



# BAS-SUCHTFORSCHUNGSTELEGRAMM

## Heft 25 - Jubiläumsausgabe

30.04.2012

**Bayerische Akademie  
für Sucht- und  
Gesundheitsfragen**

BAS Unternehmungsgesellschaft  
(haftungsbeschränkt)

Liebe Leserinnen und Leser,

mit der Ihnen vorliegenden **25. Ausgabe** des Suchtforschungstelegramms dürfen wir nach der 25. Tagung des Netzwerkes Sucht der BAS im März ein zweites **Jubiläum** im Jahr 2012 feiern.

Ferner freuen wir uns, dass wir Ihnen auch zukünftig im Rahmen unserer Beteiligung an der **Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern** ein vielseitiges Angebot aus Fortbildungsveranstaltungen, Kongressen und Praxistransferprojekten anbieten können.

In der aktuellen Ausgabe erwarten Sie zwei **Literaturreferate** zum Themenkreis der substanzbezogenen Störungen und eines zu einer Verhaltenssucht – dem pathologischen Glücksspielen.

Unter der Rubrik **Aktuelles** erfahren Sie mehr über unsere derzeitigen Projekte, wie beispielsweise HaLT in Bayern oder der Befragung zu den Konsumtrends 2011, sowie zu unseren Fortbildungen und der Vortragsreihe 2012. Eine stets aktuelle Übersicht unserer Veranstaltungen sowie weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Website

[www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de) unter der Rubrik „Veranstaltungen“ incl. einer Nachlese zu den bereits abgeschlossenen Projekten.

Für alle am Thema Sucht und Alter Interessierten, die keine Gelegenheit hatten, am **11. Suchtforum 2012** in München teilzunehmen, das am 18.04.2012 mit rund 500 Teilnehmern stattgefunden hat, kündigen wir bereits heute den Termin der **Wiederholungsveranstaltung** am **07.12.2012** in **Nürnberg** an.

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich beim **Bayerischen Ministerium für Umwelt und Gesundheit**, das uns die genannten Jubiläen erst ermöglicht hat, für das Vertrauen und die langjährige Unterstützung bedanken!

Von unseren Lesern wünschen wir uns auch für die nächsten 25 Ausgaben **Anregungen** zum Suchtforschungstelegramm sowie zu unseren Projekten und freuen uns über Ihr Interesse!

Mit herzlichen Grüßen zum Frühling

Dipl.-Psych. Melanie Arnold (Geschäftsführerin)

Dr. Beate Erbas & das BAS-Team

## Inhaltsverzeichnis

### Literaturreferate<sup>1</sup>

|  |   |
|--|---|
| Gibt es einen Zusammenhang zwischen Rauchverboten und Krankenhausaufnahmen für akute koronare Herzerkrankung in Deutschland? | 2 |
| Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei behandlingssuchenden pathologischen und gefährdeten Glücksspielern        | 4 |
| Pharmakologische Behandlung von Schlaflosigkeit in der Alkoholrehabilitation   | 7 |

### Aktuelles aus der BAS

10

### Veranstaltungshinweise

14

### Hinweis:

Sind Sie auf der Suche nach einer bereits in der Vergangenheit erschienenen Ausgabe des BAS-Suchtforschungstelegramms? Die **BAS-Suchtforschungstelegramme der Vorjahre** finden Sie zum Herunterladen auf unserer Website [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de) unter der Rubrik „Publikationen/Suchtforschungstelegramm“.

<sup>1</sup> Die hier vorgestellten Texte Dritter geben die Meinungen der vorgestellten Autoren und nicht unbedingt die Meinung der BAS wider.

## Gibt es einen Zusammenhang zwischen Rauchverboten und Krankenhausaufnahmen für akute koronare Herzerkrankung in Deutschland?

### Hintergrund

Zahlreiche Studien weisen einen Zusammenhang zwischen Passivrauchbelastung und akuten koronaren Herzerkrankungen auf. In den Industrieländern ist die ischämische Herzkrankheit die häufigste Todesursache bei beiden Geschlechtern. Mit den Gesetzen zum Nichtraucherschutz in verschiedenen Ländern gab es die Möglichkeit Beobachtungsstudien durchzuführen, um die Auswirkungen auf die Herzkranzgefäße zu messen. So zeigten zwei Metaanalysen (Lightwood & Glantz und Meyers et al.) aus dem Jahr 2009, dass besonders jüngere Menschen und Nichtraucher mit einer 17%-igen Risikoreduktion für Herzinfarkt profitierten. Für Deutschland wurde dieser Zusammenhang bisher noch nicht untersucht.

### Methodik

Eine große deutsche Krankenversicherung (DAK) bildete eine Kohorte ihrer über 30-jährigen Mitglieder, die ununterbrochen im Zeitraum von Januar 2004 bis Ende Dezember 2008 bei diesem Unternehmen versichert waren. Neben soziodemografischen Daten wurden Krankenseinweisungen wegen Angina pectoris (AP) und Herzinfarkt (HI) nach ICD-10-Diagnosen sowie das Datum der Krankenhausaufnahme nach Bundesland ebenso wie die Krankenhausbehandlungskosten erfasst.

Da die Nichtraucherschutzgesetze in den verschiedenen Bundesländern zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Kraft traten, wurde ein virtueller einheitlicher Startzeitpunkt für die Studie geschaffen: Auf der Zeitachse entspricht der Zeitpunkt der Gesetzeseinführung jeweils dem Tag 0.

Die zu überprüfende Hypothese lautete, dass die Hospitalisierungsrate wegen koronarer Ereignisse nach Einführung der Nichtraucherschutzgesetze zurückgehen würde.

### Ergebnisse

#### *Patientencharakteristika und Hospitalisierungsraten*

In der untersuchten Kohorte befanden sich 3.700.384 Versicherte, von denen rund zwei Drittel weiblich waren. Der Altersmittelwert lag bei 56 Jahren. Knapp 40% der Studienteilnehmer war berufstätig, rund 44% war berentet. Mindestens eine stationäre Behandlung wegen AP erfolgte bei 2,16% und wegen HI in 1,06% aller Fälle. Die Hospitalisierungsraten waren bei Männern, älteren Versicherten, Arbeitslosen und Personen im Ruhestand am höchsten.

#### *Trends der Krankenhausbehandlungen wegen AP und HI*

Hierzu wurde der Zeitraum 35 Monate vor Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes mit den 12 Monaten danach im Hinblick auf die Krankenseinweisungen wegen AP verglichen. Vor der Gesetzeseinführung blieb die Rate relativ konstant (480 Einweisungen pro 1 Mio. Versicherter pro Monat), danach sank sie statistisch signifikant (um 5 Einweisungen pro 1 Mio. Versicherter pro Monat) ab. Es konnten über 1.400 Krankenhausaufenthalte vermieden werden, was einem Rückgang von 13,3% entspricht. Es fanden sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder beim Vergleich der Altersgruppen (68 Jahre und jünger vs. älter als 68).

Bei den Einweisungsraten wegen Herzinfarkts kam es im Zeitraum von 35 Monaten vor Einführung der Nichtraucherchutzgesetze zu einem linearen Anstieg (von rund 1,5 Einweisungen pro 1 Mio. Versicherter pro Monat). Dieser setzte sich im Zeitraum von 12 Monaten nach Gesetzeseinführung nicht fort. Die Hospitalisierungsrate wegen HI ging um 8,6% zurück, so dass 449 Krankenhausbehandlungen verhindert werden konnten. Personen, die 68 Jahre und jünger waren, profitierten von diesem Rückgang signifikant stärker, zwischen Männern und Frauen fanden sich keine Unterschiede.

Für beide Erkrankungen konnten nach Einführung der Nichtraucherchutzgesetze 5,2 Mio. € an Behandlungskosten eingespart werden.

### Diskussion

Die Ergebnisse zum Rückgang der Einweisungszahlen von AP und HI sind vergleichbar mit bereits publizierten Metaanalysen, bei denen mit der Fortdauer der Beobachtungszeit nach Gesetzesänderung die Effektstärke zugenommen hat.

Die 8,6%-ige Reduktion der Hospitalisierungsraten bei Herzinfarkt lag niedriger als in anderen Ländern mit 100%-igem Rauchverbot und wurde auf die unterschiedlichen Ausnahmeregelungen zum Rauchen zurückgeführt. Die zunehmende Hospitalisierungsrate bei HI, die in anderen Studien nicht beobachtet wurde, erklärten die Autoren mit dem zunehmenden Einsatz von Troponin als Biomarker in Deutschland.

Die Schwächen dieser Untersuchung bestehen darin, dass keine individuellen patientenbezogenen Daten und damit auch keinerlei Angaben zu Rauchstatus, Medikation und Gesundheitsverhalten vorlagen. Ferner war auch nicht bekannt, in welchem Ausmaß die Nichtraucherchutzgesetze die Passivrauchexposition beeinflusst haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Nichtraucherchutzgesetze sowohl zu einem signifikanten Rückgang von Krankenhauseinweisungen wegen akuter koronarer Herzerkrankungen als auch zu damit verbundenen erheblichen Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen beigetragen haben. Inzwischen wurden aufgrund erfolgreicher Lobbyarbeit der Tabakindustrie weitere Ausnahmen vom Rauchverbot in Innenräumen durchgesetzt – wie zuletzt in Hessen. Auch andere Bundesländer diskutieren über mögliche Aufweichungen.

*Sargent JD, Demidenko E, Malenka D et al. (2012): Smoking restrictions and hospitalization for acute coronary events in Germany. Clin Res Cardiol 101: 227-235*

## Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei behandlingssuchenden pathologischen und gefährdeten Glücksspielern

### Hintergrund

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) treten bei 6-9% der Kinder auf, bei Erwachsenen sind noch 4-5% betroffen. Es wird davon ausgegangen, dass 75% der Fälle niemals diagnostiziert werden. Die Betroffenen leiden häufig unter weiteren psychischen Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz etwa 80%), am häufigsten sind dies Abhängigkeitserkrankungen. ADHS hat sich als einer der hauptsächlichen Risikofaktoren für den Beginn potenziell gefährlichen Konsums von psychoaktiven Substanzen sowie für die Entwicklung einer Substanzstörung herausgestellt. Prävalenzstudien zeigen, dass etwa 10-25% der Patienten, die wegen einer Abhängigkeitserkrankung eine Behandlung aufsuchen, Anzeichen einer hyperaktiven Störung zeigen. Zudem finden sich Belege, dass Erwachsene mit ADHS unter einem 2-4-mal so hohen Risiko leiden, eine Substanzstörung zu entwickeln. Obwohl diese Fakten bekannt sind, scheint die Unterdiagnose von ADHS bei Erwachsenen im Suchtbereich, auch bezüglich pathologischen Glücksspielens (PG), noch stärker ausgeprägt zu sein. Dabei liegt beiden Störungsbildern das Hauptmerkmal Impulsivität zugrunde. Dies deutet auf einen engen Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen hin. Es gibt zwar verschiedene Studien, die diesen Zusammenhang untersuchen, die meisten weisen jedoch erhebliche methodische Mängel auf. Eine Ausnahme stellt die Studie von Breyer et al. (2009) dar: Es wurden Kinder in der Allgemeinbevölkerung im Alter von 7-11 Jahren erstmalig und mit 18-24 Jahren erneut befragt. Es zeigt sich, dass Befragte, die in der Kindheit an ADHS litten, ein höheres Risiko für spätere Probleme mit Glücksspielen haben.

In der hier vorliegenden Studie soll die Häufigkeit von ADHS bei behandlingssuchenden Glücksspielern in spezialisierten Einrichtungen erfasst werden. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob sich die behandlingssuchenden Glücksspieler aufgrund einer Vorgeschichte ADHS in Bezug auf den Ausprägungsgrad verschiedener Variablen (soziodemographische Variablen, Schweregrad PG, allgemeiner Schweregrad der Psychopathologie, Ausprägung und Typ der Impulsivität) unterscheiden.

### Methode

Es handelt sich um eine konsekutive Befragung behandlingssuchender Spieler, die zwischen April 2009 und September 2010 in den teilnehmenden Einrichtungen behandelt wurden. Für die Befragung wurden ein strukturiertes Interview und Fragebögen verwendet; die Fragebögen wurden vor Behandlungsaufnahme per Post zugeschickt. Erfasst wurden klinische und spielbezogene Charakteristika.

#### *Klinische Charakteristika*

Zur retrospektiven Erfassung bei Erwachsenen von ADHS in der Kindheit wurde die Wender-Utah Rating Scale-Child (WURS-C) verwendet. Bei einem Wert von  $\geq 46/100$  wird die Diagnose ADHS in der Kindheit gestellt. Zudem wurde mit der Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1), die auf den DSM-IV-Kriterien basiert, geprüft, ob derzeit Symptome vorliegen, die mit ADHS übereinstimmen. Von einer Übereinstimmung wird ausgegangen, wenn vier oder mehr Marker in eingefärbten Boxen in Part A liegen. Basierend auf diesen beiden Instrumenten findet eine Einordnung in die Kategorien „Keine Vorgeschichte ADHS“, „ADHS nur in der Kindheit“ und „ADHS persistiert wahrscheinlich im Erwachsenenalter“ statt. Des

Weiteren wurden mit dem Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) vier Dimensionen von impulsivem Verhalten erfasst: „urgency“ (Tendenz bei Vorhandensein negativer Stimmungen und Gefühle impulsives Verhalten auszuführen), „premeditation“ (Schwierigkeiten im Vorfeld einer Handlung die Konsequenzen zu durchdenken und zu reflektieren), „perseverance“ (Fähigkeit des Individuums auf eine Aufgabe fokussiert zu bleiben, die langweilig oder schwierig ist) und „sensation-seeking“ (Tendenz, Freude an spannenden Aktivitäten oder neue Erfahrungen, die u.U. gefährlich sein können, zu haben und diesen weiter nachzugehen).

#### *Glücksspielspezifische Charakteristika*

Erfasst wurde das pathologische Glücksspielen über ein Screening basierend auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV. Die Einordnung als „Risikospieler“ wurde bei 3-4 erfüllten Kriterien, als „pathologischer Glücksspieler“ bei 5-7 erfüllten Kriterien und als „schwere pathologische Glücksspieler“ bei 8-10 erfüllten Kategorien vorgenommen. Zudem wurden mit dem Gambling Attitudes and Beliefs Survey (GABS) die kognitiven Verzerrungen, irrationale Annahmen, positive Einstellungen gegenüber Glücksspielen und das Glücksspielverhalten erfasst. Hier zeigt ein hoher Wert ein hohes Level an irrationalen Annahmen und Einstellungen gegenüber Glücksspiel an. Als weitere glücksspielspezifische Charakteristika wurde das favorisierte Glücksspiel, unterteilt in „reine Glücksspiele“ (Lotto, Automaten Spiel etc.), „Glücksspiele mit Pseudo-Geschicklichkeitsanteil“ (Sportwetten, Black Jack) oder „Glücksspiele mit Geschicklichkeitsanteil“ (Poker), aufgenommen.

Für die statistische Auswertung wurden zunächst deskriptive Auswertungen vorgenommen. Anschließend wurden explorative univariate Analysen durchgeführt, gefolgt von multivariaten Analysen. Ein iterativer Selektionsprozess führte zur Auswahl der Variablen, die signifikant mit ADHS assoziiert sind.

#### **Ergebnisse**

Insgesamt nahmen 84, überwiegend männliche Personen im Alter von 19-74 Jahren an der Untersuchung teil. Die meisten Teilnehmer wurden als „pathologische Glücksspieler“ (47,6%) oder „schwere pathologische Glücksspieler“ (36,9%) kategorisiert und wiesen ein hohes Ausmaß an spielbezogenen kognitiven Verzerrungen auf (GABS-Score  $90,2 \pm 13,7$ ). Die meisten Teilnehmer spielten offline (70,2%) und bevorzugten „Glücksspiele mit Pseudo-Geschicklichkeitsanteil“ (44%) oder „reine Glücksspiele“ (40,5%).

Bei den klinischen Charakteristika zeigt sich, dass circa ein Viertel der Teilnehmer (26,3%) eine Vorgeschichte ADHS aufweist; bei 15,8% bestand ADHS nur in der Kindheit, bei 10,5% persistiert ADHS wahrscheinlich im Erwachsenenalter. Bei der Messung der einzelnen Dimensionen der Impulsivität (UPPS) ergeben sich folgende Werte: „urgency“  $34,6/48$  (SD=6,4), „premeditation“  $24,5/44$  (SD=4,9), „perseverance“  $21,1/40$  (SD=3,8) und „sensation-seeking“  $27,9/48$  (SD=7,8). Es findet sich kein Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Score für jede der vier Facetten und dem Geschlecht. Alter ist dagegen negativ mit „perseverance“ korreliert.

Für den Vergleich „keine Vorgeschichte ADHS“ und „Vorgeschichte ADHS“ wurden die Gruppen „ADHS nur in der Kindheit“ und „ADHS persistiert wahrscheinlich im Erwachsenenalter“ aufgrund der geringen Fallzahlen zusammengefasst. Die univariate Analyse zeigt, dass mehr als die Hälfte aller getesteten Variablen mit einer Vorgeschichte ADHS assoziiert sind. Davon sind laut multivariater Analyse allerdings nur die folgenden zwei Variablen unabhängig mit ADHS assoziiert: Angststörungen (aktuell oder in der Vorgeschichte) und „urgency“. Diese beiden Variablen sind Risikofaktoren für eine

Vorgeschichte ADHS bei pathologischen Glücksspielern und bei Risikospielern (Angst OR = 4,08; „urgency“ OR = 1,20).

### Diskussion

In der hier vorliegenden Querschnittstudie findet sich eine hohe ADHS-Quote bei behandlingssuchenden pathologischen Glücksspielern und bei Risikospielern. Ähnliche Ergebnisse finden sich im Bereich der Substanzabhängigkeiten. Aufgrund der Gemeinsamkeiten zwischen PG und Substanzabhängigkeiten erscheint es sinnvoll, PG nosologisch in diesem Bereich einzuordnen, so wie im DSM-5 vorgesehen ist.

Für Kliniker soll diese Studie eine Ermutigung darstellen, das Vorhandensein von ADHS in der Kindheit und ein Persistieren in das Erwachsenenalter zu prüfen. Dies ist besonders bedeutsam, da sich eine Komorbidität von PG und ADHS durch eine besondere Schwere der Erkrankung auf verschiedenen Ebenen auszeichnet. So fanden sich in dieser Studie in der Gruppe mit einer ADHS-Vorgeschichte ein höherer Schweregrad PG und eine stärkere Ausprägung der glücksspielspezifischen kognitiven Verzerrungen. Diese stehen in einem direkten Zusammenhang zum Schweregrad der Glücksspielproblematik und spiegeln ein Versagen wider, die Willkürlichkeit und Unkontrollierbarkeit von Glück zu verstehen und in eigene Überlegungen einzubeziehen und tragen somit zum Fortbestand des PG bei.

Eine Komorbidität von ADHS und PG ist häufig mit anderen psychischen oder medizinischen Erkrankungen assoziiert. So findet sich etwa eine Verbindung zwischen ADHS und Angststörungen in verschiedenen Studien. Einige Autoren sprechen sich sogar dafür aus, Angst in die diagnostischen Kriterien von ADHS aufzunehmen. Weiterhin zeigt sich, dass das Suizidrisiko bei Problemspielern mit Vorgeschichte ADHS höher ist. Die Komorbidität von ADHS und PG muss daher in klinischen Untersuchungen beachtet werden.

Ein weiterer Part der Untersuchung befasste sich mit der Impulsivität, die ADHS und PG verbindet und eine Hauptcharakteristik beider Erkrankungen darstellt. Die Dimension „urgency“ spielt eine entscheidende Rolle in der Entwicklung von problematischen oder maladaptiven Verhaltensweisen wie PG, kompulsivem Kaufen oder der problematischen Nutzung von Mobiltelefonen oder Internet. Diese Dimension erlaubt bei pathologischen Glücksspielern zwischen solchen mit und ohne Vorgeschichte ADHS zu unterscheiden. Ein höherer Score bei „urgency“ stellt einen Risikofaktor für eine Vorgeschichte ADHS dar. Viele Personen mit ADHS konsumieren psychoaktive Substanzen, um eine Selbstmedikation zu betreiben. Dieser Hintergrund kann auch bei der Nutzung von Glücksspielen gesehen werden.

Einschränkend muss beachtet werden, dass es sich bei der vorliegenden Studie um eine Querschnittstudie handelt, die keine kausalen Rückschlüsse zulässt.

### Fazit für die Praxis

Für diese Gruppe sind spezifische Interventionen notwendig. Blaszczyński & Nower (2002) schlagen intensive und ausführliche Interventionen vor, um die Impulsivität in den Griff zu bekommen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist, ADHS bei Kindern im Sinne einer Primärprävention zu behandeln.

*Grall-Bronnec M, Wainstein L, Augy J, Bouju G, Feuillet F, Vénisse J-L, Sébille-Rivain V (2011). Attention Deficit Hyperactivity Disorder among pathological and at-risk gamblers seeking treatment: A hidden disorder. European Addiction Research 17: 231-240.*

## Pharmakologische Behandlung von Schlaflosigkeit in der Alkoholrehabilitation

### Hintergrund

Patienten in Alkoholentzugs- und -entwöhnungsbehandlung leiden häufig monatelang an Einschlafstörungen und schlechter Schlafqualität sowie einer reduzierten Schlafdauer. Diese Beeinträchtigungen werden mit einem erhöhten Rückfallrisiko in Verbindung gebracht. Die Behandlung von Schlaflosigkeit bei Alkoholkranken ist bisher wenig untersucht worden. Problematisch ist dabei, dass die meisten in Frage kommenden Medikamente selbst ein hohes Suchtpotenzial aufweisen, so dass eine Mehrheit von Klinikärzten den Patienten überhaupt keine pharmakologische Therapie anbietet (Friedmann et al., 2003).

Die Autoren geben in einem systematischen Review einen Überblick über evidenzbasierte pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten bei Schlafstörungen im Rahmen der Alkoholrehabilitationsbehandlung.

### Methoden

Dazu wurden 2009 Datenbanken wie PubMed, EMBASE, Psych Info und Medline mit den Schlagwörtern „alcohol“, „insomnia/sleep“, „treatment/management“ durchsucht sowie aktuelle psychiatrische oder schlafmedizinische Fachzeitschriften per Hand ausgewertet. Eingeschlossen wurden alle open-label<sup>2</sup> oder placebo-kontrollierten Studien, die bei vorliegender Alkoholabhängigkeit der Patienten objektive oder subjektive Schlafmaße enthielten.

### Ergebnisse

20 Artikel erfüllten die Einschlusskriterien und gingen in die Auswertung ein.

#### *Trazodon*

Dieses sedierend wirkende Antidepressivum wirkt überwiegend am serotonergen System und ist das am häufigsten verschriebene Schlafmittel bei alkoholabhängigen Patienten, da es selbst nicht abhängigkeitsfördernd wirkt und kein Missbrauchspotenzial hat. Im Vergleich zu Placebo erwies es sich in zwei Studien als überlegen.

#### *Gabapentin*

Als sedierendes Antikonvulsivum<sup>3</sup> wirkt die Substanz als GABA-Analogon und wird zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt. Es gibt auch Hinweise, dass Gabapentin bei Alkoholentzug wirksam ist. Im Vergleich zu Trazodon schnitt Gabapentin in einem open-label-Trial besser ab; andere Studien zeigten keinen eindeutigen Nutzen.

#### *Zopiclon*

Bei diesem Benzodiazepinrezeptor-Agonist besteht Missbrauchspotenzial, so dass es bei Suchtpatienten eher selten zur Anwendung kommt.

#### *Topiramate*

In einer randomisierten Studie erwies sich dieses sedierende Antikonvulsivum nicht nur signifikant besser im Hinblick auf die Schlafmaße, sondern auch hinsichtlich eines Rückgangs der Tage mit intensivem Alkoholkonsum.

<sup>2</sup> Studie, bei der Arzt und Patient bekannt ist, welches Medikament verabreicht wird

<sup>3</sup> Arzneimittel zur Behandlung von epileptischen Krampfanfällen

### *Carbamazepin*

Zur Beurteilung der Wirkung dieses Antikonvulsivums, das zur Behandlung des akuten Alkoholentzugs eingesetzt wird, zeigten zwei kontrollierte Studien einen positiven Effekt auf subjektive Schlafmaße.

### *Acamprosate*

Als funktioneller Glutamat-Antagonist hat sich diese Substanz in einer kleinen placebo-kontrollierten Studie bei einigen Schlafparametern als wirksam erwiesen.

### *Quetiapin*

Dieses sedierende Antipsychotikum wird gelegentlich außerhalb seines eigentlichen Indikationsbereichs verschrieben, um Schlafstörungen zu behandeln. In einer kleinen open-label-Studie hat es sich als wirksam erwiesen.

### *Magnesium*

In einer sehr kleinen open-label-Studie (n=11) zeigte sich eine positive Wirkung auf das Schlafverhalten.

### *Benzodiazepine*

Diese Substanzen sind weit verbreitet bei der Behandlung des akuten Alkoholentzugs-syndroms. Bei der Weiterverordnung bestehen Bedenken wegen des erheblichen Suchtrisikos sowie aufgrund der Gefahr, einen Rückfall auszulösen. Für die Behandlung von Schlafstörungen werden am häufigsten Triazolam und Temazepam eingesetzt. Auch hier wurden open-label-Studien zitiert, wobei unter Diazepam die gesamte Schlafdauer signifikant länger war.

### *Weitere Substanzen*

Die Substanzen Chlormethiazol, Scopolamin und Melperon zeigten keine Wirkung bzw. verstärkten die Schlafstörungen.

## **Diskussion**

Schlaflosigkeit ist in der Phase der Rehabilitation von Alkoholkranken weit verbreitet und ein robuster Prädiktor von Rückfallereignissen. In den ausgewerteten Studien wurden verschiedene, z.T. nicht standardisierte Fragebögen verwendet, die die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschweren. Die Studien haben nur unregelmäßig die Rückfallhäufigkeit erfasst, was die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkt.

Trazodon hat sich zwar hinsichtlich der Schlafverbesserung als signifikant wirksam erwiesen, allerdings reduzierten sich die Abstinenztage im Zusammenhang mit der Einnahme dieses Mittels.

Gabapentin hat den Vorteil, dass es ausschließlich renal ausgeschieden wird und daher auch bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion eingesetzt werden kann. Indes existieren Bedenken wegen des Missbrauchspotenzials dieser Substanz.

Für Benzodiazepine und Benzodiazepinrezeptor-Agonisten müssen weitere systematische Studien klären, ob diese Substanzen von Nutzen oder Schaden für die Population der Alkoholrehabilitanden sind.

Für Magnesium fanden sich positive Ergebnisse, so dass dieser Ansatz aufgrund der geringen Nebenwirkungen und des fehlenden Missbrauchspotenzials vielversprechend scheint.



**Fazit für die Praxis**

Die Forschung auf dem Gebiet der Schlafstörungen bei Alkoholrehabilitation ist sehr begrenzt. Bei der Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Substanzen muss die Rückfallwahrscheinlichkeit berücksichtigt werden. Für Trazodon und Gabapentin existieren derzeit die meisten Untersuchungen. Trotz z.T. sich widersprechender Studienergebnisse haben diese beiden Substanzen die höchste Evidenz für die Wirksamkeit in dieser speziellen Population.

Kolla BP, Mansukhani MP, Schneekloth T (2011): Pharmacological Treatment of Insomnia in Alcohol Recovery: A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism* 46,5: 578-585

## Aktuelles aus der BAS

### 1. Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

Mit dem 2012 geschlossenen Vertrag zur Weiterführung der Landesstelle Glücksspielsucht wird sich die BAS neben dem Betreiberverein der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern für die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern e.V. und dem IFT Institut für Therapieforschung für weitere vier Jahre als Kooperationspartner an der LSG beteiligen.

Neben Basisschulungen zum Thema pathologisches Glücksspielen bieten wir Ihnen im Mai eine Aufbauschulung zum Thema *„Spieler mit hoher Belastung – Traumasensible Beratungsarbeit und suizidale Krisen“* sowie einen Fachkongress im Herbst 2012 an. Der 3. Bayerische Fachkongress Glücksspiel wird *„Komorbide Störungen und Pathologisches Glücksspiel“* behandeln. Die genauen Termine und Veranstaltungsorte für die einzelnen Angebote können Sie der Terminübersicht im Suchtforschungstelegramm entnehmen. Weiterführende aktuelle Informationen zu unseren glücksspielspezifischen Veranstaltungen finden Sie stets unter [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de).

Speziell an die Zielgruppe der Mitarbeiter in Suchtberatungsstellen, die intensiv mit Angehörigen pathologischer Glücksspieler arbeiten, richtet sich die ganztägige *Multiplikatorenschulung zum Praxistransferprojekt „Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ“ (ETAPPE)*. Sie wird im Dezember 2012 sowohl in München (11.12.2012) als auch Nürnberg (12.12.2012) angeboten werden. Im Rahmen dieses Projektes, dessen Durchführung abgeschlossen ist, wurde ein Manual zur Durchführung des Entlastungstrainings ETAPPE erstellt. Erscheinungsdatum wird voraussichtlich im Herbst 2012 sein.

Ferner möchten wir Sie gerne noch auf einen im Ärzteblatt erschienenen Übersichtsartikel der BAS zum pathologischen Glücksspielen (Dtsch Arztebl Int 2012; 109(10): 173-179) hinweisen.

### 2. Jubiläum: 25. Tagung des Netzwerks Sucht in Bayern

Bereits zum 25. Mal trafen sich Netzwerkansprechpartner, -interessierte und Mitglieder verschiedener Alkohol-Selbsthilfegruppen zur Jubiläumstagung in München. Unter dem Tagungstitel *„Das Netzwerk Sucht wächst mit seinen Aufgaben - Wer trinkt sich (un)glücklich und wenn ja, warum?“* wurden Vorträge zur Phänomenologie des Rausches, zu Frauen und Alkohol oder zu Doppeldiagnosen und Komorbidität angeboten. Am Nachmittag stellte das Selbsthilfezentrum München – unterstützt durch vier Gruppen der Alkoholselbsthilfe – sein Angebot vor. Den Abschluss bildete ein interaktiver Vortrag zur Bedeutung der Familie im Kontext einer Alkoholabhängigkeit.

Die Dokumentation dieser Veranstaltung können Sie in Kürze über die Website der BAS unter der Rubrik Publikationen – Tagungsdokumentationen abrufen.

### 3. Aktueller Stand zur Umsetzung von „HaLT – Hart am Limit“ in Bayern

Als Initiator und Schirmherr des alkoholspezifischen Präventionsprojektes *HaLT in Bayern* fördert das *Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit* seit 2008 eine möglichst weitreichende Implementierung des Präventionskonzeptes im Freistaat. Ab 2011 wurde die bisherige Anschubfinanzierung in eine regelmäßige, jährliche Förderung umgewandelt. Vorbehaltlich zur Verfügung stehender Haushaltsmittel werden neue Standorte mit bis zu 10.000 €/Jahr und bestehende Standorte mit bis zu 6.000 €/Jahr gefördert.

Mit mehr als 40 Standorten in Bayern und mehr als 140 Standorten bundesweit hat sich *HaLT – Hart am Limit* in den letzten Jahren als ein Label für alkoholspezifische Suchtprävention bei Jugendlichen entwickelt.

Im Rahmen einer Neuimplementierung profitieren neue Träger von dem breiten Erfahrungsschatz der aktiven bayerischen HaLT-Standorte und den Vorteilen eines bayernweiten Netzwerkes mit zentraler Koordination durch die BAS. Hier nur einige Vorteile einer solchen Partizipation:

- Der hohe Bekanntheitsgrad des Projektes fördert die öffentliche Wahrnehmung.
- Zentrale Präventionsmaterialien stehen kostenfrei zur Verfügung.
- regelmäßiges Schulungs- und Fortbildungsangebot für alle Projektmitarbeiter
- Möglichkeiten zur Partizipation an Forschungsprojekten
- Informationsmanagement, Wissenstransfer und Unterstützung durch die zentrale Koordination (BAS)
- Präsenz im Internet unter [www.halt-in-bayern.de](http://www.halt-in-bayern.de)
- Abrechnungsmöglichkeiten mit kooperierenden Krankenkassen im reaktiven Projektteil

Alle an einer HaLT-Implementierung interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gesundheits- und Jugendämtern, Suchtberatungsstellen und weiteren Träger, die über Erfahrungen in der Suchtprävention verfügen, können sich gerne für ein ausführliches Informationsgespräch zu den Details der Implementierung an uns wenden <http://www.halt-in-bayern.de/index.php?id=68>. Als zentrale Koordinationsstelle stehen wir ihnen gerne unterstützend und beratend im Vorfeld, bei der Antragsstellung sowie während des Projektverlaufs zur Verfügung.

Wir nutzen die Gelegenheit und bedanken uns bei den Kommunen und Landkreisen, die das Projekt finanziell und ideell unterstützen. Weiterhin gilt unser Dank den kooperierenden Krankenkassen, im Einzelnen der AOK Bayern, dem BKK Landesverband Bayern, dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern, der Knappschaft, Regionaldirektion München sowie dem Verband der Ersatzkassen (vdek) Landesvertretung Bayern, im Einzelnen der BARMER GEK, der Techniker Krankenkasse (TK), der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse), der KHH-Allianz (Ersatzkasse), der HEK - Hanseatische Krankenkasse sowie der hkk für die Abrechnungsmöglichkeiten im reaktiven Projektteil.

Für das außerordentliche Engagement bedanken wir uns zum guten Schluss bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der bayerischen HaLT-Standorte.

#### 4. Ergebnisse aus der Befragung zu den Konsumtrends 2011

Erst einmal ein herzliches Dankeschön an alle, die sich an der Umfrage beteiligt haben und uns eine Rückmeldung gegeben haben!

Wie bereits im Vorjahr führte die BAS Ende 2011 eine Umfrage zu aktuellen Konsumtrends psychoaktiver Substanzen durch. Bayernweit wurden 248 Einrichtungen bzw. Personen angeschrieben – die Responserate lag bei 37,5%. Außerdem wurden die psychosozialen Beratungsstellen der bayerischen Universitäten und Studentenwerke kontaktiert, um Hinweise über die Verwendung von Neuroenhancement-Substanzen zu erhalten. Für beide Befragungen gilt, dass diese nicht repräsentativ sind, so dass die Ergebnisse mit entsprechender Vorsicht bewertet werden müssen.

##### (1) Aktuelle Konsumtrends

Gefragt wurde nach dem Vorkommen von 19 verschiedenen Substanzen. Darüber hinaus konnten weitere relevante Stoffe genannt werden:

|                 |              |            |                    |
|-----------------|--------------|------------|--------------------|
| Modafinil       | Fentanyl     | Tramadol   | Räuchermischungen  |
| Methylphenidat  | Methadon     | GHB/GBL    | Badesalze          |
| Appetitzügler   | Buprenorphin | Cannabis   | Düngerpillen       |
| Amphetamine     | Heroin       | Quetiapin  | Research Chemicals |
| Metamphetamaine | Codein       | Pregabalin |                    |

Tab.1: Übersicht über abgefragte Substanzen

Dazu wurden Veränderungen im Konsumverhalten im Vergleich zum Vorjahr, das Geschlechterverhältnis, typische Altersgruppen sowie häufige Kombinationen mit anderen Substanzen erfragt. Zur Einordnung der Ergebnisse wurden Region und Landkreis erfasst, auf die sich die Angaben bezogen.

##### Regionale und strukturelle Einordnung der Ergebnisse

27 Fragebögen wurden aus Oberbayern (36%) zurückgeschickt, 9 aus Mittelfranken (12%) und 8 aus Schwaben (11%). Aus Ober- und Unterfranken kamen 15 Rückmeldungen (20%) sowie 16 aus Niederbayern und der Oberpfalz (21%). Mit 88% kamen die meisten Rückmeldungen von Beratungsstellen, die restlichen Fragebögen verteilten sich auf Klinik (4,0%), Arztpraxis (6,7%) und Apotheke (1,3%).

##### Veränderungen im Konsumverhalten

Die größten Veränderungen im Sinne einer Konsumzunahme im Vergleich zum Vorjahr ergaben sich für Badesalze (79%), Research Chemicals (71%), Räuchermischungen (66%), Methamphetamine (62%), Pregabalin (61%) und Fentanyl (59%). Wie auch schon im Vorjahr wurde lediglich für Codein (40%) ein rückläufiger Konsum in größerem Maße berichtet. Auf unverändertem Niveau im Vergleich zum Vorjahr blieben Methadon (80%), Buprenorphin (75%) sowie Heroin (71%).

Konsumpräferenzen nach Altersgruppen

Räuchermischungen (52%), Research Chemicals (50%) sowie Cannabis (40%) wurden bevorzugt von unter 20-Jährigen konsumiert. Als Hauptkonsumentengruppe wurden bei allen anderen Substanzen Personen zwischen 20 und 55 Jahren benannt.

Weitere auffällige Ergebnisse

Metamfetamine (70%) und Amphetamine (80%) spielten in Oberbayern eine geringere Rolle als in den anderen Regierungsbezirken, wo sie von über 90 bis 100% der Befragten genannt wurden.

**(2) Neuroenhancement bei Studierenden**

Folgende Universitätsstandorte wurden zu den Erfahrungen im Beratungsalltag mit leistungssteigernden Substanzen im Sinne des Neuroenhancements angefragt.

|                           |                        |  |
|---------------------------|------------------------|--|
| Studentenwerk Bamberg     | Studentenwerk Würzburg | Kath. Universität Eichstätt-Ingolstadt |
| Studentenwerk Oberfranken | Studentenwerk Erlangen | Universität Regensburg                 |
| Studentenwerk München     | Studentenwerk Augsburg | Universität Passau                     |

Tab.2: Übersicht über angefragte Universitätsstandorte

Von sieben Standorten kamen Rückmeldungen, wobei in keinem Fall der Konsum von leistungssteigernden Substanzen in nennenswertem Umfang beobachtet wurde. So gab es Rückmeldungen, die ein geringes Interesse der Studierenden an diesem Thema signalisierten oder auf einen sehr diskreten Umgang mit entsprechenden Substanzen sprechen.

Ergänzung:

Eine aktuelle Studie des HIS-Instituts für Hochschulforschung (HIS-HF) hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstmals untersucht, wie viele Studierende leistungssteigernde Mittel einnehmen und in welchen Situationen sie dies tun. Demnach weisen rund fünf Prozent der Befragten entsprechende Erfahrungen auf.

Der vollständige Studienbericht „Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden“ findet sich unter [http://www.his.de/pdf/pub\\_fh/fh-201201.pdf](http://www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201201.pdf).

**Veranstaltungen**

- 09.05.2012** Kooperationsveranstaltung Bezirksklinikum und Universität Regensburg  
09:00 Uhr Symposium „**Trauma-Stress-Sucht**“  
Veranstaltungsort: Regensburg
- 14.05.2012** Veranstaltung der Landesstelle Glücksspielsucht  
10:00 Uhr Aufbauschulung „**Spieler mit hoher Belastung – Traumasensible Beratungsarbeit und suizidale Krisen**“  
Veranstaltungsort: München
- 15.05.2012** Veranstaltung der Landesstelle Glücksspielsucht  
10:00 Uhr Aufbauschulung „**Spieler mit hoher Belastung – Traumasensible Beratungsarbeit und suizidale Krisen**“  
Veranstaltungsort: Nürnberg
- 19.05.2012** Kooperationsveranstaltung Universität Würzburg  
09:00 Uhr 16. Suchtmedizinische Fort- und Weiterbildungsveranstaltung  
„**Suchtmedizinische Versorgung in Würzburg mit Schwerpunkt Alkohol**“  
Veranstaltungsort: Würzburg
- 13.06.2012** Vortrag von PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf, Campus Lübeck, STE:P  
18:00 Uhr „**Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)**“  
Veranstaltungsort: Augsburg
- 28.06.2012** Kooperationsveranstaltung Universität Würzburg  
14:00 Uhr Informations- und Fortbildungsveranstaltung „**Doping fürs Gehirn – Fluch oder Segen?**“  
Veranstaltungsort: Würzburg
- 10.07.2012** Veranstaltung der Landesstelle Glücksspielsucht  
13:00 Uhr Basisschulung „**Grundlagen der Glücksspielsucht**“  
Veranstaltungsort: München
- 11.07.2012** Vortrag von Prof. Dr. Peter Hammerstein, Institut für Biologie in Berlin  
18:00 Uhr „**Die Rolle von Drogen aus evolutionsbiologischer Sicht**“  
Veranstaltungsort: München
- 12.07.2012** Kooperationsveranstaltung KBS  
10:00 Uhr Vortragsveranstaltung „**15 Jahre Externe Suchthilfe im Strafvollzug: Externe Suchtberatung – ein wichtiger Baustein in den bayerischen Justizvollzugsanstalten**“  
Veranstaltungsort: München
- 10.10.2012** Vortrag von Frau Dr. Elisabeth Wienemann, Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft  
18:00 Uhr „**Riskanter Alkoholkonsum und Belastungssituationen bei Fach- und Führungskräften – Betriebliche Suchtprävention**“  
Veranstaltungsort: Würzburg
- 28.11.2012** Vortrag von Prof. Dr. Jürgen Zulley, Schlafforscher und Prof. Dr. Norbert Wodarz, BAS-Vorsitzender  
18:00 Uhr „**Schlafstörungen und Medikamentenabhängigkeit**“  
Veranstaltungsort: München

Weitere Informationen zu unseren Veranstaltungen erhalten Sie in der BAS-Geschäftsstelle (089.530 730-0) oder unter „Veranstaltungen“ auf der Website [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de).