

Forschungsbrief
Ausgabe 38 / September 2014

Inhalt

- **Evidenzbasierte Suchtprävention**
- **DSM-5 – diagnostische Änderungen und denkbare Folgen**
- **Bericht zum Substitutionsregister erschienen**

Evidenzbasierte Suchtprävention

Seit einiger Zeit wird kontrovers darüber diskutiert, welche Bedeutung die Evidenzbasierung für die Suchtprävention haben soll. Im Rahmen einer vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Klausurwoche hat jetzt eine Expertengruppe aus Suchtforschung und Suchtprävention ein Memorandum zur Evidenzbasierung in der Suchtkrankenhilfe vorgelegt.

Verweis

Experten- u. Expertinengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention - Möglichkeiten und Grenzen. Köln. Online unter: http://www.katho-nrw.de/fileadmin/prim_a-ryMnt/KatHO/Bilder/Bilder_zu_Pressemitteilungen/ab_2014/Koelner_Memorandum_EBSP2014.pdf.

Aus der kurativen Medizin ist die Forderung nach evidenzbasierten Vorgehensweisen nicht mehr wegzudenken. Über die Suchtmedizin sind die Grundprinzipien der Evidenzbasierten Medizin - der „gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (so die Definition auf der Homepage des Deutschen Cochrane Zentrums) – längst auch in der Behandlung von Alkohol- und anderen Drogenproblemen angekommen, wie sich z.B. bei der Erstellung entsprechender Leitlinien zeigt. In der Suchtprävention wird zwar seit vielen Jahren über Evaluation gesprochen, und inzwischen liegen auch immer mehr Evaluationsberichte zu Präventionsprogrammen vor, aber diese genügen oft nicht den methodisch strengerer Anforderungen der evidenzbasierten Medizin. Im Kern geht es dabei um die Frage der Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen.

In der evidenzbasierten Medizin werden Studien zur Wirksamkeit bestimmter Behandlungsmethoden hinsichtlich des Studiendesigns und der damit verbundenen Fehleranfälligkeit bestimmten Evidenzlevels zugeordnet. Rein deskriptive Studien oder Erfahrungsberichte von Praktikern landen dabei auf der untersten Evidenzstufe. Studien mit einem Kontrollgruppendesign und zufälliger Zuweisung der Studienteilnehmer zu den einzelnen Behandlungsgruppen (Randomisierung) wird ein höherer Evidenzlevel zugeordnet. An der Spitze der Evidenzstufen stehen systematische Reviews mehrerer methodisch hochwertiger randomisierter Kontrollgruppenstudien.

An methodisch hochwertigen Studien mangelt es aber in der Suchtprävention noch immer. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe: Zum einen basiert die Vielfalt der Suchtprävention in Deutschland zu einem großen Teil auf der Entwicklung lokaler Projekte durch Praktiker vor Ort, die sich stärker an den sozialräumlichen Rahmenbedingungen als an standardisierten Modellen orientieren. Andererseits gibt es aber auch methodische Limitierungen: So sind randomisierte Kontrollgruppen und die erforderlichen Stichprobengrößen nicht immer oder nur mit hohem finanziellen Aufwand umsetzbar. Umgekehrt würde der Verzicht auf Evidenzbasierung die Anschlussfähigkeit der Suchtprävention an Wissenschaft und Forschung und letztlich auch die Legitimität der Suchtprävention gefährden: Warum sollten Kommunen und Krankenkassen dauerhaft Maßnahmen finanzieren, deren Wirkungen nicht nach wissenschaftlichen Standards überprüft werden?

Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen im Auftrag und mit Fördermitteln des Bundesgesundheitsministeriums Wissenschaftler und Praktiker aus dem Bereich Suchtforschung und Suchtprävention zu einer Klausurwoche eingeladen, als deren Ergebnis ein Memorandum zu Evidenzbasierung in der Suchtprävention vorgelegt wurde.

Ein wichtiger Beitrag dieses Memorandums liegt in der begrifflichen Klärung. So werden zunächst die Unterschiede zwischen Evidenzgenerierung – die primär Aufgabe der Suchtforschung ist – und Evidenzbasierung, der vernünftigen und systematischen Nutzung der theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Suchtprävention, herausgearbeitet. So muss nicht jede einzelne Maßnahme nach den Standards der evidenzbasierten Medizin evaluiert werden, sie sollte sich aber in der Konzeptbegründung auf mit diesen Methoden entstandenes Wissen (z.B. zu Risiko- und Schutzfaktoren oder zur Wirksamkeit einzelner Methoden) stützen. Die Umsetzung der Maßnahme sollte im Sinne einer internen Prozessevaluation dokumentiert werden, so dass auch in der Praxis entstandenes Wissen wiederum Eingang in die Forschung finden kann.

Die Suchtprävention ist demnach darauf angewiesen, dass die Forschung Fragestellungen bearbeitet, die relevant für die Praxis sind. Das betrifft neben der Wirksamkeit auch Fragen nach der Machbarkeit, nach der Akzeptanz durch die Zielgruppen, nach dem Ressourcenverbrauch, nach der Übertragbarkeit der unter restriktiven Studienbedingungen gewonnenen Erkenntnisse in den Alltag der Prävention oder Fragen nach den strukturellen Rahmenbedingungen der Prävention, die für langfristige Erfolge hilfreich oder hinderlich sein können. Für die Forschung zur Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen, also für die Frage nach den Effekten auf Risikoverhalten und Risiko- und Schutzfaktoren, empfiehlt die Expertengruppe die Anlehnung an die abgestuften „levels of evidence“ der evidenzbasierten Medizin.

Ausdrücklich wird auf die Grenzen der Übertragbarkeit der Vorgehensweise der evidenzbasierten Medizin auf die Suchtprävention hingewiesen. Begrenzungen sieht das Memorandum z.B. in dem im Vergleich zum erwartbaren Erkenntnisgewinn unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand, den manche Fragestellungen erfordern, in methodischen Limitierungen und in den Rahmenbedingungen der Förderung der Suchtprävention und der Präventionsforschung (wenn etwa bei knappen Ressourcen von den Geldgebern unrealistische Anforderungen gestellt und von Forschungsinstituten entsprechend unrealistische Versprechen gemacht werden).

Das Memorandum endet mit Handlungsempfehlungen, die sich auf eine bessere Zusammenarbeit von Forschung und Praxis bei klarer Aufgabenteilung, auf praxisrelevante Fragestellungen, auf einen besseren Austausch mit anderen Bereichen der Prävention und der Präventionsforschung (wie etwa der Gewaltprävention oder der Ernährungsberatung), auf die Aus- und Fortbildung der Fachkräfte zur Evidenzbasierung und auf die Möglichkeiten zur Recherche evidenzbasierter Programme beziehen. Um mehr praxisrelevante Evidenz zu generieren sollte bereits bei der Forschungsförderung stärker auf realisierbare Anforderungen geachtet werden und z.B. mehrstufige Projekte mit kleineren Machbarkeitsstudien und anschließenden breiteren quantitativen Wirksamkeitsstudien ausgeschrieben werden.

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen
(2014): Suchtprävention
in Deutschland.
Stark für die Zukunft.
Hamm. Online unter:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Präventionspapier_2.pdf

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat die Suchtprävention als thematischen Schwerpunkt für das Jahr 2014 ausgewählt und ein Grundsatzpapier mit dem Titel „Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft“ vorgelegt. Darin betont sie neben den verhaltensbezogenen vor allem auch die verhältnisbezogenen suchtpreventiven Maßnahmen, mit denen gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflusst werden sollen, indem etwa das Angebot legaler Suchtmittel reglementiert wird. Auch das Grundsatzpapier der DHS spricht sich dafür aus, die Qualität präventiver Projekte und verhältnispräventiver Interventionen „hinsichtlich der Struktur- und Prozess- als auch der Ergebnisqualität“ zu messen.

DSM-5 – diagnostische Änderungen und denkbare Folgen

Zum Ende des Jahres wird die fünfte Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen auf Deutsch vorliegen. Die wichtigsten diagnostischen Veränderungen für den Bereich substanzbezogene und nicht-substanzbezogene Konsumstörungen (Süchte) sind bereits bekannt und werden hier zusammengefasst.

Verweis

Heinz, A. & Friedel, E. (2014): DSM-5: wichtige Änderungen im Bereich der Suchterkrankungen. *Nervenarzt*, 85, 571-577.

Thomasius, R. et al. (2014): Substanzgebrauchsstörung und nicht-substanzgebundene Süchte im DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 115-120.

Dawson, D. A. et al. (2013): Differences in the profiles of DSM-IV and DSM-5 Alcohol Use Disorders: implications for clinicians. *Alcohol: Clinical and Experimental Research* 37, E305-E313.

Wakefield, J.C. & Schmitz, M.F. (2014): How many people have alcohol use disorders? Using the harmful dysfunction analysis to reconcile prevalence estimates in two community surveys. *Frontiers in Psychiatry*. doi: 10.3389/fpsyt.2014.00010.

Für den Suchtbereich ergeben sich mit der Einführung des DSM-5 in die Diagnostik eine Reihe von sprachlichen und inhaltlichen Veränderungen, die für die Theoriebildung ebenso relevant sind wie für die Praxis. Im DSM-5 ist nicht mehr von Abhängigkeits-Erkrankungen die Rede, sondern von „Substanzbezogenen und Sucht-Störungen“. Der alte Begriff der Sucht kehrt wieder und mit ihm verändern sich auch die Modellvorstellungen von Sucht. Anstelle eines kategorialen Modells, in dem bislang zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden wurde, wird eine abgestufte Diagnostik eingeführt. Man geht davon aus, dass Sucht ein unidimensionales Kontinuum darstellt, auf dem sich „exzessive, repetitive und schädliche Verhaltensmuster“ abbilden lassen. Anhand von 11 Kriterien sollen sich entsprechende Verhaltensmuster in unterschiedliche Schweregrade einteilen lassen. Diese können stoffgebunden oder auch nicht-stoffgebunden sein. Als stoffgebundene Süchte werden 11 Substanzklassen aufgezählt. Neu hinzugekommen ist Koffein. Zusätzlich wird eine Reihe von Kategorien neu geordnet. Das bezieht sich auf vor allem die Kategorien Halluzinogene und Stimulantien. In letzterer werden Amphetamine und verwandte Stoffe zusammengefasst mit Kokain und Tabak.

Eine weitere Substanzklasse ist offen für „andere oder unbekannte Substanzen“; sie kann also in den kommenden Jahren mit spezifischem Inhalt gefüllt werden. Gestrichen wurde der polyvalente Konsum von psychoaktiven Substanzen. Das kann für die Praxis einige Probleme mit sich bringen. Aktuell gibt es dazu wenig Aussagen. Als nicht-stoffgebundene Sucht ist die Glücksspielsucht in den Katalog aufgenommen worden. Die „Internetspiel-Störung“ und weitere nicht-stoffgebundene Süchte werden im Forschungsteil des DSM-5 behandelt; bislang fehlen belastbare klinische Studien, die belegen, dass es sich dabei um Süchte mit Krankheitsrelevanz handelt.

Die Diagnostik erfolgt also anhand von 11 Kriterien. Diese Kriterien setzen sich zusammen aus denjenigen, die im DSM-IV für die Diagnose Missbrauch eingeführt waren und aus denjenigen für die Diagnose Abhängigkeit. Zusätzlich wurde „craving“ bzw. das starke Verlangen nach dem Stoff oder einem bestimmten Verhalten als weiteres Kriterium aufgenommen. Erfüllt ein Klient oder eine Klientin zwei (maximal 3) Kriterien, wird eine leichte Substanzkonsum- oder Sucht-Störung diagnostiziert. Werden 4 bis maximal 5 Kriterien erfüllt, handelt es sich um eine moderate und ab 6 Kriterien um eine schwere Substanzkonsum- oder Sucht-Störung. Fragen nach Problemen mit dem Gesetz sind aus dem Kriterien-Katalog gestrichen worden. Insgesamt werden die psychosozialen Folgen des Substanzgebrauchs oder eines schädlichen Verhaltensmusters stärker gewichtet als bisher. Es handelt sich dabei um sogenannte „weiche“ Kriterien, die an die Diagnostik hohe Anforderungen stellen.

In den USA liegen einige Studien vor, die überprüft haben, wie gut die Übereinstimmungen der Diagnosen auf der Grundlage von DSM-IV und DSM-5 sind. Für die substanzbezogenen Süchte sind die Ergebnisse insgesamt genommen gut. Die guten Ergebnisse beziehen sich vor allem auf gute bis sehr gute Übereinstimmungen hinsichtlich der Diagnose Alkoholabhängigkeit (DSM-IV) und schwere Substanzkonsumstörung (DSM-5). Die Übereinstimmungen sind nicht so gut hinsichtlich der Diagnose Alkoholmissbrauch (DSM-IV) und moderate Substanzkonsumstörung (DSM-5): In dieser Gruppe finden sich neben einer relativ großen Gruppe mit der Diagnose ‚moderate Substanzkonsum-Störung‘ auch Verschiebungen in Richtung auf leichte Substanzkonsum-Störung (nur 2 Kriterien im DSM-5) sowie – zu geringeren Anteilen – in Richtung auf schwere Substanzkonsum-Störung.

Bei den Verschiebungen kann es sich sowohl um eine Problemunterschätzung wie um eine Problemüberschätzung handeln. Zudem zeigt sich bei einer genaueren Untersuchung der Gruppe mit der Diagnose ‚moderate Substanzkonsum-Störung‘ eine Häufung von Personen mit niedrigem Einkommen, insbesondere Frauen und Farbige. Die DSM-5 Diagnostik kann also zu Nebeneffekten führen, die so nicht zu erwarten waren und auf eine Schieflage hindeuten können. Diese Befunde sind umso gewichtiger, da ohnehin die Sorge besteht, dass mit der DSM-5 Diagnostik die Anzahl der Diagnosen für Substanzkonsum- oder Suchtstörung erheblich ansteigen wird, möglicherweise weit über den Anteil der Personen hinaus, die eine einschlägige Behandlung benötigen. Erste kritische Auseinandersetzungen mit diesen Befürchtungen liegen vor.

Bericht zum Substitutionsregister erschienen

In Deutschland muss jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, dies an die Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) melden. Im Januar 2014 hat das BfArM den aktuellen Bericht zu dem aus diesen Meldungen generierten Substitutionsregister vorgelegt.

Verweis

Bundesinstitut für
Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
(2014): Bericht zum
Substitutionsregister.
Bonn.

Online unter:
[http://www.bfarm.de/
SharedDocs/Downloads/DE/B
undesopiumstel-
le/SubstitReg/Subst_Be
richt.pdf?__blob=pub
licationFile&v=6](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=6)

Dem Bericht zufolge lag die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten in Deutschland zum Stichtag 1. Juli 2013 bei 77.300. Seit 2002 ist diese Zahl von 46.000 kontinuierlich bis auf 77.400 im Jahr 2010 angestiegen und verbleibt seither ungefähr in diesem Bereich. Diese 77.300 Substitutionspatienten werden von knapp 2.700 substituierenden Ärzten behandelt. Die Anzahl der substituierenden Ärzte lag 2002 bei 2.436, stieg 2003 auf über 2.600 und schwankt seither zwischen 2.600 und 2.800. Der Anstieg der Patientenzahl um fast 70 % musste also von nur gut 10 % mehr Ärzten bewältigt werden. Während 28 % der substituierenden Ärzte jeweils nur bis zu drei Patientinnen und Patienten mit Substitutionsmittel behandeln, entfallen auf 2 % der Ärzte jeweils über 150 Patientinnen und Patienten.

Insgesamt wird die Hälfte aller gemeldeter Substitutionspatienten von rund 15 % der Ärzte behandelt. Während in Hamburg pro substituierendem Arzt 41,6 Patientinnen und Patienten gemeldet wurden, lag die Relation Patienten pro Arzt in Brandenburg bei 5,3. Hessen liegt mit 33,3 Patienten je Arzt im oberen Drittel. Das spiegelt sich auch in der relativen Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten je 100.000 Einwohner: Auch hier liegen die Stadtstaaten Bremen und Hamburg mit 280 bzw. 245 Patienten vorne, während in den neuen Bundesländern zwischen 30 (in Sachsen-Anhalt) und 4 Patienten (in Brandenburg) je

100.000 Einwohner gemeldet wurden. Auch hier ist Hessen im oberen Drittel zu finden. In absoluten Zahlen waren zum Stichtag 1. Juli 2013 die meisten Substitutionspatienten (25.185) im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen gemeldet. Aus Hessen lagen zum Stichtag 7.223 Meldung zu substituierten Patientinnen und Patienten vor.

Das bundesweit überwiegend verwendete Substitutionsmittel ist mit 49,3% der Meldungen Methadon. An zweiter und dritter Stelle folgen Levomethadon mit 28,6 % und Buprenorphin mit 21,3 %. Interessant ist die Veränderung über die letzten gut zehn Jahre bei der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel: Die Verwendung von Methadon ging von über 72 % aller Fälle im Jahr 2002 kontinuierlich zurück, während umgekehrt die Verwendung von Levomethadon (2002: 16,2 %) und Buprenorphin (2002: 9,7 %) kontinuierlich angestiegen ist.

Impressum

Herausgeberin:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

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