

# SUCHT

**Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis**  
German Journal of Addiction Research and Practice

T. Hayer, G. Meyer  
Das Suchtpotenzial von Sportwetten

D. Ahrens et al.  
Gesundheitsökonomische Evaluation der  
Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger  
– eine Standortbestimmung

R. Simon et al.  
Monitoring von Medikamentenmissbrauch  
in der Klientel ambulanter Einrichtungen

und weitere Beiträge

**SUCHT**

Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis

**Gründung 1891**

**Frühere Titel**

- 1891–1901: Internationale Monatsschrift zur Bekämpfung der Trinksitten
- 1902–1919: Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus und Bekämpfung der Trinksitten
- 1922–1934 (1): Internationale Zeitschrift gegen den Alkoholismus
- 1934 (2)–1943: Forschungen zur Alkoholfrage Internationale wissenschaftliche Zeitschrift gegen den Alkoholismus
- 1955–1989: Suchtgefahren

**Erscheinungsweise**

6 Hefte pro Jahr und Sonderhefte

**Herausgeber**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Postfach 1369, 59003 Hamm ([www.dhs.de](http://www.dhs.de))  
 Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT), Postfach 1433, 59004 Hamm ([www.dg-sucht.de](http://www.dg-sucht.de))

**Konzeption**

SUCHT ist eine interdisziplinäre Fachzeitschrift und offizielles Organ der DHS und der DG-SUCHT. Sie wendet sich an Wissenschaftler und wissenschaftlich interessierte Praktiker. SUCHT veröffentlicht Beiträge in deutscher und englischer Sprache, die sich mit dem Gebrauch psychoaktiver Substanzen, mit substanzbezogenen Störungen und ihren Grenzgebieten befassen. Manuskripte sollen einen signifikanten Beitrag zur Verbesserung des Wissens im Bereich der Ätiologie, Epidemiologie, Prävention oder Therapie leisten. Auf empirisch fundierte Arbeiten wird Wert gelegt. Eine besondere Zielsetzung ist die Ableitung von praxisnahen fachlichen und gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen aus neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die Zeitschrift ist Mitglied der International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE) und wendet die dort erarbeiteten ethischen Leitlinien an (»Ethical Practice Guidelines in Addiction Publishing«, [www.zeitschrift-sucht.de](http://www.zeitschrift-sucht.de)). Alle wissenschaftlichen Beiträge werden begutachtet.

**Datenbank-Auswertung**

SUCHT wird ausgewertet für Addiction Abstracts, EMBASE, ETOH (NIAAA-Database), IBR, IBZ, JURIS, PSYINDEX, SoLit.

**SUCHT**

German Journal of Addiction Research and Practice

**Founded 1891**

**Previous Titles [Partly translations]**

- 1891–1901: [International Monthly Journal for the Fight against Drinking Practices]
- 1902–1919: [International Monthly Journal of Research on Alcoholism and the Fight against Drinking Practices]
- 1922–1934 (1): International Review against Alcoholism
- 1934 (2)–1943: Alcohol Studies International Scientific Review against Alcoholism
- 1955–1989: [Dangers of Addiction]

**Publication Frequency**

Bimonthly and Supplements

**Publisher**

German Council on Addiction Problems (DHS), P. O. Box 1369, 59003 Hamm, Germany ([www.dhs.de](http://www.dhs.de))  
 German Society for Addiction Research and Addiction Therapy (DG-SUCHT), P. O. Box 1433, 59004 Hamm, Germany ([www.dg-sucht.de](http://www.dg-sucht.de))

**Mission**

SUCHT is an interdisciplinary scientific journal and the official publication of the DHS and DG-SUCHT. The journal is directed at researchers and scientifically interested practitioners. SUCHT publishes contributions in German and English, which deal with substance use, substance use disorders and related areas. Manuscripts should make a significant contribution to the improvement of knowledge in the areas of aetiology, epidemiology, prevention, or treatment. Importance is attached on empirically based papers. A special objective is to derive practical conclusions with health-political implications from new scientific findings. The journal is a member of the International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE) and conforms to its ethical principles (»Ethical Practice Guidelines in Addiction Publishing«, [www.zeitschrift-sucht.de](http://www.zeitschrift-sucht.de)). All scientific contributions are peer-reviewed.

**Abstracting Information**

SUCHT is indexed in Addiction Abstracts, EMBASE, ETOH (NIAAA-Database), JURIS, PSYINDEX, SoLit.

# SUCHT

**Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis**  
German Journal of Addiction Research and Practice

## REDAKTION

### Chefredakteur/Editor-in-Chief

Gerhard Bühringer  
IFT Institut für Therapieforschung, München

### Stellvertretender Chefredakteur/ Deputy Editor-in-Chief

Hans Watzl  
Universität Konstanz

### Redaktionsassistentin/Editorial Assistant

Jutta Künzel  
IFT Institut für Therapieforschung, München

### Redaktionsbüro/Editorial Office

IFT Institut für Therapieforschung  
Parzivalstraße 25  
80804 München  
Tel. +49 (0)89-36 08 04 15  
Fax +49 (0)89-36 08 04 19  
Email: kuenzel@ift.de

### Redakteure/Assistant Editors

Anil Batra, Tübingen  
Dieter Caspari, St. Wendel  
Ralf Demmel, Münster  
Heribert Fleischmann, Neustadt a.d. Waldnaab  
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Köln  
Andreas Heinz, Berlin  
Thomas Kuhlmann, Bergisch-Gladbach  
Johannes Lindenmeyer, Lindow  
Thomas Redecker, Oerlinghausen  
Fred Rist, Münster  
Norbert Scherbaum, Essen  
Lutz G. Schmidt, Mainz  
Friedhelm Stetter, Porta Westfalica  
Stephan Teyssen, Bremen  
Heinz C. Vollmer, Friedberg  
Rolf Hüllinghorst (Vertreter der Herausgeber)

## BEIRAT

### Beirat/Editorial Advisory Board

David Balfour, Dundee (GB)  
Martin Beutel, Münzesheim  
Jobst Böning, Würzburg  
Wim van den Brink, Amsterdam (NL)  
Miles Cox, Bangor (GB)  
Rudolf Egg, Wiesbaden  
Markus Gastpar, Essen  
Gerhard Gmel, Lausanne (CH)  
Ursula Havemann-Reinecke, Göttingen  
Ulrich John, Greifswald  
Georg Kremer, Bielefeld  
Arthur Kreuzer, Gießen  
Christoph Kröger, München

Hans-Peter Krüger, Würzburg  
Heinrich Kürfner, München  
Dieter Ladewig, Basel (CH)  
Karl Mann, Mannheim  
Jürgen Margraf, Basel (CH)  
Gordon A. Marlatt, Seattle (USA)  
Hans Maurer, Homburg/Saar  
Jörg Petry, Neunkirchen  
Klaus Püschel, Hamburg  
Jürgen Rehm, Zürich (CH)  
Karl-Heinz Reuband, Düsseldorf  
Brigitte Rockstroh, Konstanz  
Hans Rommelspacher, Berlin  
Hans-Jürgen Rumpf, Lübeck

Gerard Schippers, Amsterdam (NL)  
Helmut K. Seitz, Heidelberg  
Rainer K. Silbereisen, Jena  
Karl-Ludwig Täschner, Stuttgart  
Alfred Uhl, Wien (A)  
Hans-Ulrich Wittchen, Dresden  
Jochen Wolffgramm, Tübingen

### Ehrenmitglieder des Beirats/ Honorary Editorial Advisory Board

Wilhelm Feuerlein, München  
Joachim Gerchow, Frankfurt a. M.  
Dietrich Kleiner, Berlin  
Klaus Wanke, Homburg/Saar

## IMPRESSUM

### Verlag/Publishing Company Anzeigenverwaltung/Advertisements

Neuland-Verlagsgesellschaft mbH  
Postfach 1422  
D-21496 Geesthacht  
Tel. +49 (0)4152-813 42  
Fax +49 (0)4152-813 43  
Internet: www.neuland.com  
Geschäftsführer/Managing director: Jens Burmester  
Email: gf@neuland.com  
Abonnementsbetreuung/Journal subscription:  
Frank Lindemann  
Email: Vertrieb@neuland.com

### Herstellung/Production

Gestaltung/Design: zwart design, Hamburg  
Druck/Printing: Meiling Druck, Haldensleben

### Papier/Paper

Das Papier ist gemäß ISO-Nr. 9706 säurefrei und alterungsbeständig/Acid-free permanent paper to the draft standard ISO-Nr. 9706 is used.

ISSN 0939-5911

### Bezugspreise und -bedingungen

Inland: 90,- Euro  
Ausland: 126,- Euro  
Einzelheft: 24,- Euro  
Die Preise beinhalten Versandkosten und Mehrwertsteuer. Die Rechnungsstellung erfolgt zu Jahres- bzw. Abonnementsbeginn. Das Abonnement verlängert sich, wenn es nicht bis zum 30. November gekündigt wird. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks bestehen keinerlei Rechtsansprüche seitens des Abonnenten.

### Rechtliche Hinweise

Copyright: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.  
Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme mit Ausnahme der genannten Datenbanken.  
Der Inhalt dieses Heftes wurde sorgfältig erarbeitet; jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Herausgeber und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge.

### Subscription rates and conditions

Germany: Euro 90.00  
Foreign countries: Euro 126.00  
Single issues: Euro 24.00 each  
Prices include delivery costs and VAT. Subscriptions will be billed from the beginning of the year in which they are placed, and back issues for that year (if any) will be posted to the subscriber. A subscription must be cancelled at least prior to the 30th November; otherwise it will be automatically renewed. In case delivery is prevented by strikes or acts of God, the subscriber is entitled to no legal compensation.

### Legal Notices

Copyright: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.  
All parts of the journal are copyrighted. Each use of copyrighted material beyond the limits set by the copyright is inadmissible and subject to fine. Restrictions apply in particular to photocopies, translations, microfilming and electronic storage and processing of material.  
Care is taken with each issue to avoid any errors, however errors cannot completely be ruled out. For this reason the authors, editors and publisher accept no responsibility for the accuracy of statements, comments or advices.

## Editorial

*How useful are data on social costs of substance abuse?*

Alfred Uhl 209 **Editorial** Wie sinnvoll sind Angaben über die sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs?

## Research Reports

*The addictive potential of sports betting*

Tobias Hayer, 212 **Originalarbeiten**  
Gerhard Meyer Das Suchtpotenzial von Sportwetten

*Monitoring of misuse of prescription drugs amongst clients from out-patient centres: How representative is the ebis-med sample?*

Roland Simon, 232 **Monitoring von Medikamentenmissbrauch in der Klientel ambulanter Einrichtungen: Wie repräsentativ ist die Stichprobe ebis-med?**  
Ludwig Kraus,  
Tim Pfeiffer,  
Michael Strobl

## Review

*Economic evaluation of substitution therapy for opiate addicts*

Dieter Ahrens, 221 **Übersichtsarbeit**  
Lymke Dehde, Gesundheitsökonomische Evaluation der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger – eine Standortbestimmung  
Sebastian Schmidt,  
Bernhard Güntert

## Short Communication

*News from preclinical addiction research: Genomic alterations in the nucleus accumbens following heroin self-administration*

Rainer Spanagel 239 **Kurze Mitteilung** Neues aus der präklinischen Suchtforschung: Genomische Veränderungen im Nucleus accumbens nach Heroinselbstverabreichung

## In Practice

*Substitution based treatment of patients with primarily opioid addiction. An integrative model.*

Andreas Hauer, 241 **Praxis**  
Alexander Weicker Ein integratives Modell der substituionsgestützten Behandlung von primär opiatabhängigen Patienten

*A counselling model for drunk drivers*

Michael Hemberger 247 Ein Beratungsmodell für alkoholauffällige Verkehrsteilnehmer/innen

## Forum

*Quality assurance for outpatient addiction rehabilitation*

Christine Beckmann, 252  
 Angela Böttger,  
 Marion Ermer-  
 Externbrink,  
 Hermann  
 Gerdemann,  
 Heiko Grube,  
 Doris Habekost,  
 Volker Henning,  
 Marion Neuper-Horst,  
 Serdar Saris,  
 Georg Wiegand

## Forum

Qualitätssicherung ambulanter  
 Rehabilitation Suchtkranker

*Commentaries on »AWMF-Treatment guidelines for substance-related disorders«*

Volker Weissinger 258

**Kommentare zu den »AWMF-  
 Behandlungsleitlinien für  
 substanzbezogene Störungen«**

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht  
 e. V. zur Leitlinie »Akutbehandlung alkohol-  
 bezogener Störungen«

Thomas Kuhlmann 261

Kommentar zum Artikel: »AWMF-Behand-  
 lungsleitlinie: Akutbehandlung alkohol-  
 bezogener Störungen«

## Book Review

## Buchbesprechung

262 Buchtipps der Redaktion

Thomas Kieselbach 264

Arbeitsbedingungen, Stress und der Konsum  
 von Alkohol

## Upcoming Conferences

266 Tagungsankündigungen

## News

267 Nachrichten

## New Publications

267 Neue Literatur

## Instructions for Authors

268 Hinweise für Autoren

*How useful are data on social costs of substance abuse?*

► Alfred Uhl<sup>1</sup>

## Wie sinnvoll sind Angaben über die sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs?

Unterschiedliche Studien beziffern die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs – also den volkswirtschaftlichen Schaden dadurch – zwischen 0,5 % und 2,3 % des Bruttoinlandsprodukts. Eine aktuelle deutsche Studie von Bergmann und Horch (2002), die in diesem Sinne die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs mit 1,2 % des Bruttoinlandsprodukts angibt, liegt im Mittel dieser Schätzung. Aus den wenigen internationalen Studien, die die Gesamtkosten des Alkohol-, Nikotin- und Tabakkonsums gemeinsam quantifizieren, kann man grob schätzen, dass mehr als 50 % der Gesamtkosten dem Nikotinkonsum und weniger als 10 % dem Konsum illegaler Drogen zuzuschreiben sind. Die Gesamtschätzungen liegen zw. 2,7 % (Kanada) und 5,0 % (Australien) des Bruttoinlandsprodukts. Geht man davon aus, dass diese Werte als grobe Approximation auch auf Österreich und Deutschland übertragbar sind, so kann man schätzen, dass im Jahre 2003 in Österreich rund 6 bis 11 Milliarden Euro bzw. in Deutschland 60 bis 110 Milliarden Euro auf das Konto des Substanzmissbrauchs gehen. Auf Pro-Kopf-Basis berechnet ergibt das

sowohl für Österreich als auch für Deutschland einen gerundeten Betrag zwischen 700 und 1 300 Euro pro Einwohner und Jahr. Diese Zahlen sind ohne Frage beeindruckend hoch – aber sind solche Angaben auch sinnvoll? Was bedeuten die Zahlen für die Praxis? Und wozu sind solche Zahlen letztlich nützlich?

Pointiert könnte man sagen, dass diese Schätzungen – so wie auch die Zahl der Drogentoten oder die Zahl der alkohol- und nikotinbedingten Todesfälle (Uhl, 2002) – primär dazu verwendet werden vor Laien und Kollegen Fachkompetenz zu demonstrieren, bzw. für oder gegen vorgefasste drogenpolitische Meinungen Stimmung zu machen. Als tatsächliche Entscheidungsgrundlage für drogenpolitische Maßnahmen werden sie aber kaum herangezogen. Viele Politikerreden und viele wissenschaftliche Vorträge zum Phänomen Substanzmissbrauch leiten mit solchen Schätzungen ein. Diese Angaben finden sich auch in zahlreichen Vorworten zu offiziellen

Publikationen wieder, und regelmäßig rufen Journalisten in unserer Einrichtung an, um entsprechende Eckdaten zur Einleitung einschlägiger Artikel zu erbitten.

Das Attraktive an solchen Zahlen ist, dass sie sich hervorragend zur Unterstützung fast jeder Position und Interessenslage eignen. Wer für eine repressive Drogenpolitik eintritt, kann Stimmung gegen Substanzmissbraucher machen, indem er die sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs betont und impliziert, dass Substanzmissbraucher enorme Kosten für die gesamte Gesellschaft verursachen. Anhänger einer liberalen Drogenpolitik können Stimmung gegen Repression machen, indem sie betonen, dass ein enormer Teil der sozialen Kosten nicht durch Substanzmissbrauch per se sondern durch die repressive Antwort der Gesellschaft auf das Phänomen entsteht. Entscheidungsträger in suchtrelevanten Gremien, Beamte, deren Tätigkeitsbereich Sucht inkludiert, Mitglieder von einschlägigen Initiativgruppen, Suchtprophylaktiker, Suchtberater, Suchttherapeuten, Suchtforscher u. v. m. können unter Berufung auf die hohen sozialen Kos-

<sup>1</sup> AlkoholKoordinations- und Informations-Stelle (AKIS) und Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) am Anton-Proksch-Institut (API)

ten des Substanzmissbrauchs hohe öffentliche Mittel für ihre Tätigkeitsfelder fordern und deren Einsatz anschließend rechtfertigen.

Wenn fast alle Beteiligten von bestimmten Zahlen profitieren, dann ist ihre Motivation, sich kritisch mit diesen – für sie so nützlichen – Werkzeugen auseinander zu setzen, verständlicherweise nicht sehr stark ausgeprägt. Da solche Zahlen gegenwärtig von den meisten Menschen unhinterfragt übernommen und danach unkritisch wiedergegeben werden, riskieren Experten keinen Reputationsverlust, wenn sie weder kritische Distanz zu den Zahlen ausdrücken noch Auskunft darüber geben können, welche Konzepte sich hinter den von ihnen zitierten Zahlen verbergen. In diese Kerbe schlägt auch der UNDCP World Drug Report (1997), der kritisch feststellte, dass die sozialen Kosten des Substanzkonsums zwar oft zitiert werden, dass aber nur selten erläutert wird, was darunter zu verstehen ist.

Die große Bereitschaft opportune Ergebnisse zu verwenden ohne kritische Fragen zu stellen ist angesichts der erwähnten Rahmenbedingungen zwar menschlich nachvollziehbar, aber aus wissenschaftlicher Perspektive recht unbefriedigend. Keinesfalls kann man sich hier darauf ausreden, dass es sich um ein ökonomisches Fachgebiet handle, das sich dem Nicht-Ökonomen verschließe, und man daher Resultate nur unhinterfragt akzeptieren könne. Die sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs werden durchwegs von interdisziplinären Teams errechnet, die neben Gesundheitsökonomen auch Suchtexperten mit unterschiedlichem professionellem Hintergrund einschließen, und die – zumindest in den umfassenden Originalveröffentlichungen – in einer Art und Weise formulieren, die sich auch dem ökonomischen Laien nicht verschließt.

Dazu kommt eine stetig wachsende Zahl an auch für Nicht-Ökonomen gut verständlichen einschlägigen Publikationen – im deutschen Sprachraum z. B. Rychlik (1999) oder Lauterbach und Schrappe (2001) und im internationa-

len Kontext die »International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse« von Single et al. (1996, 2001). Letztere setzen sich kritisch und stringent mit dem Krankheitskostenansatz auseinander und kommen zum Schluss, dass dieser – trotz eingestandener logischer und messtechnischer Probleme – auch in Zukunft einen festen Platz in der Suchtforschung haben sollte.

Diese recht positive abschließende Beurteilung wird nun aber von immer mehr Autoren (Reuter, 1999; Lauterbach, 2002) – teilweise sogar von einigen Autoren der internationalen Guidelines selbst (Kopp, 1999; Single und Easton, 2001) – erheblich relativiert. Immer klarer stellt sich heraus, dass der Krankheitskostenansatz nicht primär jene Kosten erfasst, die den Nichtkonsumenten von den Konsumenten unfreiwillig aufgebürdet werden, sondern dass ein Großteil der als »soziale Kosten« ausgewiesenen Summen völlig falsch attribuiert wird. Teilweise handelt es sich um fiktive Kosten, also um Kosten, die keine realen Kosten repräsentieren, teilweise um Kosten, die nicht ursächlich durch Substanzgebrauch verursacht werden, teilweise um Kosten, die die Konsumenten selbst tragen – im Wirtschaftsjargon »interne Kosten« –, teilweise um Kosten, die die Gesellschaft durch inadäquate Reaktionen auf das Phänomen Substanzmissbrauch selbst verursacht – die man wohl nicht dem Substanzmissbraucher anlasten kann –, und nur ein Bruchteil der sogenannten »sozialen Kosten« stellen tatsächlich »soziale Kosten« im intendierten Sinne dar. Bei veröffentlichten sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs handelt es sich nicht – wie Single und Easton (2001) vertraten – um grobe Schätzungen, die mit großer Vorsicht zu interpretieren seien, sondern – um es unumwunden auszudrücken – um Scheinquantifizierungen.

Um nicht missverstanden zu werden: Ich gehe mit Single und Easton (2001) konform, wenn sie meinen, dass vom Bestreben auf internationaler Ebene Krankheitskostenanalysen durchzuführen, sehr positive Impulse

für die Suchtforschung ausgingen. Die Erfassung und Aggregation diverser Kostenkomponenten hat Detaillierergebnisse produziert, die einen wertvollen Beitrag zur Beantwortung vieler relevanter Fragestellungen liefern können. Aber der Versuch, aus diesen Zahlen – analog zum Preisindex – einen sinnvollen interpretierbaren Gesamtindex zu konstruieren, ist gescheitert, und das sollte auch zur Kenntnis genommen werden.

#### Literatur:

- Kopp, P. (1999). Economic Costs Calculations and Drug Policy Evaluation. *Addiction*, 94, 5, 641–644
- Lauterbach, K.W. (2002). Kategorien, Methoden und Probleme der Gesundheitsökonomie. Referat anlässlich der Tagung »Ökonomie und Sucht«. Auszug in: Erbas, B., Queri, S. & Tretter, F.: Ökonomie und Sucht: Bericht vom BAS-Workshop zu wirtschaftswissenschaftlichen Aspekten der psychoaktiven Substanzen, der Sucht und von Interventionsmaßnahmen (Tagungsbericht). *Suchtmed*, 4, 4, 243–253
- Lauterbach, K.W. & Schrappe, M. (2001). *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-Based Medicine – eine systematische Einführung*. Stuttgart: Schattauer
- Reuter, P. (1999). Are Calculations of the Economic Costs of Drug Abuse either Possible or Useful? *Addiction*, 94, 5, 635–638
- Robson, L. & Single, E. (1995). *Literature Review of Studies on the Economic Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse
- Rychlik, R. (1999). *Gesundheitsökonomie – Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Enke
- Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P. & Wilson, E. (2001). *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse – Second Edition*. Ottawa. <http://www.ccsa.ca>
- Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H. & Maynard, A. (1996). *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse
- Single, E., Easton, B. (2001). *Estimating the Economic Costs of Alcohol Misuse: Why We Should Do It Even We Shouldn't Pay Too Much Attention to the Bottom-line Results*. Paper presented at the annual meeting of the Kettil Bruun Society, May, Toronto



Uhl, A. (2002). Todesfälle durch Substanzkonsum: Wie sinnvoll ist dieses Konzept? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25, 1/2, 23–32

UNDCP. (1997). *World Drug Report*. New York: Oxford University Press

#### Korrespondenzadresse

Dr. Alfred Uhl  
AlkoholKoordinations- und  
InformationsStelle (AKIS) und  
Ludwig-Boltzmann-Institut für  
Suchtforschung (LBISucht) am  
Anton-Proksch-Institut (API)  
Mackgasse 7-11,  
A-1237, Wien, Österreich  
Tel. + 43-1- 8 80 10 - 9 51  
Fax + 43-1- 8 80 10 - 9 56  
alfred.uhl@api.or.at

## The addictive potential of sports betting

### Key words

Sports betting, gambling, pathological gambling, addiction

### Abstract

The present article deals with a product recently introduced on the German gambling market: **Sports betting with fixed odds**. We first introduce the sports betting opportunities currently available, including a state-controlled product called "ODDSET", commercial offers via the Internet, and private betting shops. We next analyse the **stimulation on gambling** that this new betting form has and its impact on the **development of addictive behaviour**. Empirical findings on **(problem) betting behaviour** suggest that this form of gambling is associated with an increased risk potential for a particular group of bettors. Finally, the challenge for **prevention strategies** is discussed within this context of addictive behaviours.

► Tobias Hayer<sup>1</sup>, Gerhard Meyer<sup>1</sup>

# Das Suchtpotenzial von Sportwetten

### Schlüsselwörter

Sportwetten, Glücksspiel, pathologisches Spielverhalten, Sucht

### Zusammenfassung

Im Zentrum des vorliegenden Beitrags steht ein für den deutschen Glücksspiel-Markt neues Spielangebot: Die **Sportwette nach dem Festquotenmodell**. Nach einer Vorstellung der gegenwärtigen Spielmöglichkeiten – das staatlich konzessionierte Angebot von »ODDSET«, die gewerblichen Angebote im Internet und über private Wettbüros – wird analysiert, worin der **Spielerreiz** des neuen Sportwettangebots besteht und wie dieser in Bezug auf die **Entwicklung süchtigen Spielverhaltens** einzuschätzen ist. Des Weiteren werden empirische Befunde zum (problematischen) Wettverhalten angeführt, die darauf hindeuten, dass diese Spielform mit einem erhöhten **Gefährdungspotenzial** für eine bestimmte Gruppe von Spielteilnehmern einhergeht. Eine abschließender Abschnitt diskutiert die in diesem Kontext auftretenden Herausforderungen für **suchtpräventive Handlungsstrategien**.

### Einleitung

Seit einigen Jahren machen sich auf dem deutschen Glücksspiel-Markt erhebliche strukturelle Veränderungen bemerkbar. Geringen Umsatzrückgängen bei den Tischspielen des »Großen Spiels« in Spielbanken (u. a. beim Roulette) sowie deutlichen Zuwächsen beim »Kleinen Spiel« (Glücksspielautomaten; Meyer, 2003) steht eine Erweiterung des Angebots, das über das Medium »Internet« vermittelt wird (Meyer, 2001), gegenüber. Zudem zeichnet sich auf dem bislang im europäischen Vergleich vernachlässigten Sektor »Sportwetten« folgender Entwicklungstrend ab: Während bis vor kurzem lediglich bei Pferderennen gewettet, am Rennquintett teilgenommen und Fußballtoto in Form von Ereignis- und Auswahlwette gespielt werden konnte, hat sich 1999 mit der »ODDSET-Kombi-Wette« (to set = festsetzen; odds = Chancen/Quoten) erstmalig eine staatlich konzessionierte Festquotenwette als Spielmodell etabliert. Zusätzlich steht jedem Wetter ein umfassendes Spielangebot von gewerblichen Anbietern on- wie offline zur Verfügung.

<sup>1</sup> Universität Bremen Institut für Psychologie und Kognitionsforschung

### Sportwettangebote nach festen Quotenvorgaben

Die vom Deutschen Lotto- und Totoblock vertriebene Sportwette »ODDSET« bietet grundsätzlich zwei Spielmöglichkeiten: Bei der flächendeckend in allen Bundesländern<sup>1</sup> eingeführten »ODDSET-Kombi-Wette« muss der Spielteilnehmer eine kombinierte Voraussage der Ausgänge ausgewählter Sportereignisse (z. B. Heimsiege, Unentschieden oder Auswärtssiege bei Fußballspielen) treffen. Dabei besteht die Möglichkeit, die Einsatzhöhe für einen Wettschein zwischen 2,50 Euro und 500 Euro zu variieren, wobei pro Wettschein als höchstmögliche Gewinnsumme 50.000 Euro veranschlagt sind. Einen Gewinn erzielt der »Kombi-Wetter« nur dann, wenn sich alle Prognosen ausnahmslos als richtig erweisen. Im Gegensatz zu den herkömmlichen Sportwettformen verzichtet der Deutsche Lotto- und Totoblock als Anbieter damit auf das risikolose Totalisatorprinzip, bei dem ein bestimmter Prozentsatz der Einsätze als Gewinn zugesichert und unter den Gewinnern einer Gewinnklasse aufgeteilt wird. Seit Februar 2002 enthält das Angebotssortiment der meisten Landesgesellschaften des Deutschen Lotto- und Totoblocks mit der »ODDSET-TOP-Wette« eine neue Variante, die das Tippen auf einzelne Sportwettkämpfe garantiert. Um zu gewinnen, muss der Ausgang eines einzelnen »TOP-Ereignisses« (z. B. das genaue Torergebnis eines Fußballspiels) richtig antizipiert werden. Unter Berücksichtigung, dass die »ODDSET-Kombi-Wette« Anfang Februar 2000 in 15 Bundesländern als Spielform angeboten wurde, lag der Umsatz im Jahr 2000 bereits bei über 510 Millionen Euro. Allein im Bundesland Nordrhein-Westfalen (Einführungsdatum: 01.02.2000) gaben Spielteilnehmer im ersten Jahr über 18 Millionen Wettscheine ab, was einem Umsatz von über 160 Millionen Euro bzw. 8,2% der Gesamtumsätze der regionalen Landesgesellschaft entspricht (<http://www.westlotto.de><sup>2</sup>). Im Geschäftsjahr 2002 wurden im Zuge der Fußball-

Weltmeisterschaft 14 Millionen Tipps abgegeben und dabei ca. 45 Millionen Euro umgesetzt (<http://www.cyberlotto.de>). Zudem weckte die »TOP-Wette« das Interesse der Spielteilnehmer, da allein 850.000 Euro auf das Ergebnis des Finales der Fußball-Weltmeisterschaft ausgegeben wurden. Am populärsten war das Wetten auf den Turniersieger mit über 100.000 Wetten und einem Rekordumsatz von 1,15 Millionen Euro.

Neben »ODDSET« findet man online mit »BETandWIN« (vormals »Odds Sportdata« mit Sitz in Neugersdorf) und »Sportwetten Gera« zwei weitere Anbieter von Sportwetten mit festen Quotenvorgaben. Beide Anbieter verfügen über eine Gewerbe-erlaubnis aus der ehemaligen DDR. Dabei wirbt »BETandWIN« (<http://www.betandwin.de>) als ein mittlerweile in Österreich und Gibraltar<sup>3</sup> lizenziertes und an der Wiener Börse notiertes Unternehmen mit dem »größten Wettangebot Deutschlands« inklusive »Live-Wetten in Flash« während noch laufender Sportveranstaltungen. Das seit Anfang März 1998 bestehende Produkt umfasst täglich ca. 2.000 Wetten sowie Ergebnisdienste über E-Mail und SMS. Bei »BETandWIN.com« beträgt der Mindesteinsatz 0,50 Euro. Die Gewinnbegrenzung liegt bei 10.000 Euro (pro Wette) bzw. 100.000 Euro (pro Woche). Zusätzlich ermöglicht »BETandWIN.com« als Sonderwettform die Teilnahme an »Vorgabewetten« (»spreadbetting«), bei denen der vermeintliche Außenseiter einen imaginären Vorsprung in Punkten oder Toren zugesprochen bekommt. Mit einem Gesamtumsatz von mehr als 161 Millionen Euro erwirtschaftete »BETandWIN.com« in den ersten drei Quartalen 2002 mehr als das Vierfache gegenüber der Vergleichsperiode des Vorjahres, wobei sich der Gesamtrohertrag aus dem Wettgeschäft auf 10,9 Millionen Euro ([http://www.telekom-presse.at/channel\\_itbusiness/news/3374.html](http://www.telekom-presse.at/channel_itbusiness/news/3374.html)) beläuft. Daneben bietet »Sportwetten Gera« (<http://www.sportwetten-gera.de>) als ein kurz vor der Wiedervereinigung gegründetes

Unternehmen aus Thüringen Sportwetten zu festen Gewinnquoten im Internet<sup>4</sup> an, wobei das Spielsortiment vornehmlich Wetten auf Fußballspiele der europäischen Spitzenligen umfasst. Als Mindesteinsatz pro Tipp ist bei Wettabgabe im Internet 1,- Euro vorgesehen, der Höchsteinsatz liegt bei 1.000 Euro und die höchstmögliche Gewinnsumme beträgt 10.000 Euro pro Tipp und 125.000 Euro pro Woche. »Sportwetten Gera« präsentiert zusätzlich mit Live-Informationsdiensten (<http://www.sportwetten-info.de>) und einer »Sportwettenbörse« (<http://www.spomaxx.de>) weitere sportbezogene Wett- und Informationsmöglichkeiten. So kann jeder Spielteilnehmer bei der Sportwettenbörse virtuelle Wettscheine erwerben, womit er auf den Ausgang eines Sportereignisses setzt. Allerdings besteht die Möglichkeit, diese Scheine bis zum Ende der Sportereignisse in Echtzeit binnen Sekunden wie an der Börse mittels Kauf- und Verkauforders zu handeln. Da die Kurse (Quoten) in Abhängigkeit des zugrundeliegenden Sportgeschehens variieren, lassen sich Gewinne (sowie Verluste) während noch laufender Sportereignisse einfahren. Abgesehen von den nationalen Wettangeboten findet der Spielteilnehmer im Internet zahlreiche Angebote ausländischer Wettunternehmen. Schließlich sind Websites anzuführen, auf denen systematische Quotenvergleiche durchgeführt werden können (siehe z. B. <http://www.crastinum.com>).

Mit dem Betrieb von privaten Wettbüros existiert in Deutschland eine dritte Möglichkeit, an Sportwetten nach dem Festquotenmodell teilzunehmen. Diese gewerblichen, nicht-konzessionierten Wettbüros fungieren

- 1 Die Organisation des Deutschen Lotto- und Totoblockes ist Teil der Länderhoheit und unterliegt dem Ordnungsrecht der Bundesländer.
- 2 Der Zugriff auf alle Websites erfolgte letztmalig am 15.12.2002.
- 3 »BETandWIN« verfügt über eine Gewerbe-erlaubnis für den deutschen Markt. Ob diese Erlaubnis bundesweit gilt, ist derzeit Grundlage juristischer Auseinandersetzungen.
- 4 Zudem existiert ein Angebot über lokale Wettannahmestellen.

in der Regel als Vermittler von Wetten an vornehmlich ausländische Unternehmen. Allein im niedersächsischen Hannover befinden sich nach Angaben der Staatsanwaltschaft etwa 35 gewerbliche Wettbüros, in denen 2001 ein monatlicher Umsatz von vermeintlich rund 1 Millionen Euro mit Fußballwetten erzielt wurde (Meyer, 2003). Während Voßkuhle und Bumke (2002) die staatlich angebotene Sportwette als »nicht weniger reizvoll« (S. 59) als eine private einschätzen, muss diese Einschätzung aus psychologischer Sicht revidiert werden. Zwar sind Auszahlungsintervalle und Variabilität der Einsatz- und Gewinnmöglichkeiten mit »ODDSET« vergleichbar, jedoch werden von gewerblichen Sportwetten-Betreibern üblicherweise keine Bearbeitungsgebühren verlangt. Darüber hinaus können private Unternehmen aufgrund von nicht auszurichtenden Konzessionsabgaben und Lotteriesteuern günstigere Quoten und damit einen größeren Spielanreiz anbieten. So liegt die Ausschüttungsquote von »ODDSET« bei ca. 55%, die von privaten Anbietern (on- wie offline) bei bis zu 90%, was die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalens dazu veranlasste, den Kunden zu Quotenvergleichen raten (Weser Kurier, 08.06.2002). Im Gegensatz zu den Angeboten von »ODDSET« stellen private Betreiber ein Vielfaches an Wettmöglichkeiten zur Verfügung. Zudem kann sich der Spielteilnehmer vor Ort aufhalten, da die Wettannahmen in Räumlichkeiten wie Kiosken, Gaststätten, Cafés oder Automaten-Betrieben stattfinden. Jene Lokalitäten leisten der Etablierung einer Art »Zocker-Szene« Vorschub, wo man sich trifft, kennt, Sportereignisse über verschiedene Medien verfolgt, Informationen austauscht und sich an anderen Glücksspielen wie Karten- und Würfelspielen um Geld beteiligt. Jedoch ist bislang ungeklärt, ob es sich bei der Veranstaltung von Sportwetten per se um Glücksspiele handelt, ob die private Veranstaltung bzw. Vermittlung von Sportwetten immer genehmigungsbedürftig ist und ob – und wenn

ja, unter welchen Voraussetzungen – die private Veranstaltung bzw. Vermittlung von Sportwetten genehmigungsfähig ist (vgl. Voßkuhle & Bumke, 2002). In Abhängigkeit zukünftiger Rechtsprechungen ist mit Schließungen privater Wettbüros bzw. mit einer weiteren Expansion zu rechnen.

### Strukturelle Merkmale von Sportwetten und ihr Suchtpotenzial

Aufgrund ihrer strukturellen Merkmale kann jede Glücksspielform auf das von ihr ausgehende Gefährdungspotential differenziert analysiert werden. Das Gefährdungspotential eines Suchtmittels lässt sich generell über den Anteil der süchtig gewordenen Konsumenten an der Gesamtgruppe der Konsumenten eines Suchtmittels bestimmen (Kellermann, 1999). Ähnlich wie beim stoffgebundenen Substanzkonsum können auch bestimmte Handlungen psychotrope Wirkungen entfachen und Rausch- oder Glückszustände erzeugen. In diesem Zusammenhang wird pathologisches Glücksspiel als eine stoffungebundene Suchtform aufgefasst, die durch das Zusammenwirken einer Vielzahl an biopsychosozialen Faktoren bedingt ist, welche das Individuum, sein Umfeld aber auch die spezifischen Eigenschaften des Suchtmittels betreffen. Im Folgenden wird der Fokus auf die Analyse der strukturellen Merkmale der vorgestellten Sportwettangebote und auf das von ihnen ausgehende Gefährdungspotential gelenkt. Dabei ist zu beachten, dass die angeführten Merkmale sich ebenso in alternative Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung pathologischen Spielverhaltens (z. B. Hand, 1998) integrieren lassen. Bei Betrachtung der neuen Sportwettangebote bedarf es primär der Berücksichtigung der folgenden zehn Wirkmechanismen, die je nach Angebotsstruktur unterschiedlich zu gewichten sind:

#### Emotionale Beteiligung

Die Verknüpfung von Sportbegeisterung und Sportwetten erhöht die

Spannung und den Nervenkitzel. Das Verfolgen der Sportwettkämpfe live im Stadion oder im Fernsehen sowie das euphorische Hoffen und Bangen auf den Sieg bestimmter Sportler/Mannschaften wirkt erregungssteigernd. Unabhängig vom Ausgang erfährt der Spielteilnehmer einen positiven Effekt auf sein psychisches Erleben. Gepaart mit dem Risiko, größere Geldbeträge zu verlieren, werden Gefühle gekauft und reguliert. Im Hinblick auf das Sportwetten besteht darüber hinaus die Möglichkeit, dass die Entscheidung über Gewinn und Verlust erst in den letzten Minuten des Spiels fällt, was das packende Gefühl der Ungewissheit und (An-)Spannung über einen längeren Zeitraum aufrechterhält und den lustbetonten Kick intensiviert. Während Erfolgserlebnisse Gefühle des Wohlbefindens und der Selbstbestätigung vermitteln sowie die Hoffnung auf zukünftige Gewinne verstärken, können Misserfolgserlebnisse als belastend erlebt, jedoch über sofortiges Weiterspielen sogleich wieder ausgeblendet werden.

#### Ereignisfrequenz

Das neue Sportwettangebot ermöglicht es, auf Sportereignisse zu wetten, die über die ganze Woche verstreut stattfinden. Über die Verkürzung der Spielabfolge im Vergleich zu den herkömmlichen Sportwettformen können Verlusterlebnisse schneller kompensiert werden. Bemerkenswert ist die hohe Ereignisfrequenz im Internet beim Wetten während laufender Sportveranstaltungen bei sich ständig ändernden Kursen (Quoten), die strukturell hochspekulativen Börsentransaktionen ähneln und mit einem nicht zu unterschätzenden Suchtpotenzial einhergehen (vgl. Meyer, 2000). Indem zukünftige Erfolge nach Verlusten durch erneute Einsätze über die schnelle Ereignisfrequenz in Aussicht gestellt werden, entsteht ein hoher Grad an Aktivierung, die der Spielteilnehmer im Sinne von Euphorie, Kick oder Nervenkitzel als positiv erleben kann. Neben diesen positiven Verstärkungsmechanismen sind zur Erklärung

des Aufbaus und der Verfestigung von (fehl)angepassten Verhaltensweisen zudem die Prinzipien der negativen Verstärkung heranzuziehen. Über die Teilnahme an Sportwetten (inklusive der damit verbundenen gedanklichen Beschäftigung und Sportbegeisterung) können aversive Stimulusbedingungen wie ein als langweilig empfundener Alltag ausgeblendet und unmittelbare Veränderungen im Erleben hervorgerufen werden. Erfolgserlebnisse in Form von richtigen Wettprognosen induzieren zudem eine gehobene Stimmungslage wie auch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit bei gleichzeitiger Vermeidung von Anspannung, Frustration, dysphorischen Stimmungszuständen oder Gefühlen der Minderwertigkeit. Aufgrund der positiv erlebten emotionalen Beteiligung und der Zuschreibung von Kontrolle kommt es zur Verdrängung belastender Alltagserlebnisse und persönlicher Probleme, was sich belohnend auswirkt und sich in einer verstärkten Spielteilnahme ausdrückt.

#### Flexible Einsatzhöhe und Gewinnmöglichkeiten

Jede Teilnahme an einem Glücksspiel beginnt mit dem Einsatz von Geld. Prinzipiell sind Einsatzhöhe und Gewinnmöglichkeit bei den neuen Sportwettangeboten nicht beschränkt, da es jedem Spielteilnehmer frei steht, beliebig viele Wertscheine/Wetten abzugeben bzw. sein Geld zugleich bei verschiedenen Anbietern einzusetzen. Zusätzlich kann die Gesamtquote über das Kombinieren und Hinzufügen von Sportereignissen bis zu einem bestimmten Limit erhöht und damit lustbetonte und stimulierende Erwartungshaltungen induziert werden. Jedoch wächst mit steigender Anzahl der ausgesuchten Sportereignisse zugleich auch das Risiko eines Verlustes. Im Allgemeinen kann risikoreicheres Handeln zu dem Versuch führen, entstandenen Verlusten nachzujagen (Lesieur, 1977) und dieselben durch Erhöhung der Einsätze, durch Kombination von hohen Einzelquoten oder durch das Hinzufügen weiterer Tipps rasch wieder auszugleichen.

Dem Sportwetter steht eine Fülle von Einsatzmöglichkeiten zur Verfügung, die zwischen einem konservativen Vorgehen mit geringem Einsatz sowie niedriger Gesamtquote und dem Hasardieren liegen. Letztlich ist es zumindest bei konservativem Wettverhalten (z. B. beim wiederholten Setzen auf Favoriten) unwahrscheinlich, über einen längeren Zeitraum zu verlieren und überhaupt keine Erfolgserlebnisse zu verzeichnen. Sportwetten bilden demzufolge Verstärkerpläne, wobei das Verhältnis zwischen Gewinn (als positive Konsequenz des Wettens, welche seine zukünftige Auftrittswahrscheinlichkeit erhöht) und Verlust unterschiedlich ist und Verstärkungsmengen variieren können. Nach den Prinzipien des operanten Konditionierens erweist sich ein solcher Verstärkungsplan als lösungsresistent (vgl. Meyer & Bachmann, 2000). Das zusätzlich Verführerische sind Etappengewinne wie die korrekte Prognose von 2 von 3 Spielausgängen, die »Fast-Gewinne« (Reid, 1986) vortäuschen.

#### Psychologie der Fast-Gewinne (engl.: »near misses«)

Eine fast gewonnene Sportwette, die de facto einen finanziellen Verlust darstellt, induziert eine optimistische Erwartungshaltung bezüglich zukünftiger Prognosen, der Erfolgserwartung und somit des Weiterspielens. Tatsächliche Verluste wirken hinsichtlich des subjektiven Empfindens wie Gewinne und führen zu einer Überschätzung der Gewinnwahrscheinlichkeit. Äußerungen wie »Der Gewinn ist greifbar nahe!« oder »Jetzt muss der Gewinn aber kommen!« stehen exemplarisch für derartige kognitive Transformationsprozesse. Sportereignisse sind aufgrund ihrer Komplexität prädestiniert für die Wirkung von Fast-Gewinnen, da sich a posteriori diverse Gründe der Rechtfertigung anführen lassen, warum die Vorhersage eigentlich richtig gewesen sei (»hindsight bias«; vgl. Gilovich & Douglas, 1986). Die greifbare Nähe des Erfolgs und die damit verbundene Überzeugung, die richtige Strategie angewandt zu haben, lässt die

Erfahrung des tatsächlichen Verlustes in den Hintergrund rücken und ermutigt zu einer Fortsetzung des Wettens. Walker (1992) beschreibt diesen Prozess des Eingenommenseins (»entrapment«) als eine eskalierende Bindung an eine einmal gewählte Spielstrategie trotz Misserfolgerlebnissen. Der Gedanke, einen Tipp nicht abgeben zu können bzw. auszulassen, erzeugt Unwohlsein aufgrund der Überzeugung, den großen Gewinn zu verpassen. Demzufolge setzt der Spieler auf Beharrlichkeit in der Annahme, dass diese Strategie letztendlich zum Erfolg führt. In diesem Zusammenhang evokieren faktische Verlustserien ebenfalls subjektiv verzerrte Deutungsprozesse. Hat ein Spieler mehrmals hintereinander verloren, so liegt der feste Glaubenssatz nahe, dass ein Gewinn nunmehr bevorstehen muss. Nicht unmittelbar zusammenhängende Ereignisse werden dieser Logik zufolge in kausaler Weise miteinander verknüpft. Auf jener fehlerbehafteten Interpretation von allerdings reinen Zufallsereignissen basiert der klassische Trugschluss eines Spielers (»gambler's fallacy«): Spieler erwarten eine Selbstkorrektur von Zufallsabweichungen innerhalb kurzer Sequenzen. Bereits kleine Stichproben von Ereignissen erscheinen als hoch repräsentativ für die Klasse, aus der sie stammen (»representativeness bias«; Tversky & Kahnemann, 1971). Allerdings bleibt zu beachten, dass Sportwetten nicht unbedingt rein zufällige bzw. unabhängige Ereignisse darstellen.

#### Illusionäre Kontrollüberzeugungen

Richtige Prognosen nähren den Boden für die Hoffnung auf zukünftige Gewinne und bestätigen die Korrektheit der ausgetüftelten Wettstrategien. Während erfolgreiche Strategien auf die eigenen Fähigkeiten bezogen werden (internale Kontrollüberzeugung), bieten Misserfolgerlebnisse Raum für externale Zuschreibungsprozesse. Äußere, als nicht-kalkulierbar wahrgenommene Faktoren wie etwa Pech, Zufall oder aber von anderen Personen abhängige Einflüsse wie Fehlent-



scheidungen von Schiedsrichtern oder verletzungsbedingte Ausfälle eines Spitzenspielers werden als Erklärungsmuster für Misserfolgserlebnisse herangezogen. Das Vorherrschen von illusionären Kontrollüberzeugungen (vgl. mit der »Illusion der Kontrolle«; Langer, 1975) rechtfertigt eine zukünftige Teilnahme an Sportwetten. Experimentelle Untersuchungen zeigen, dass Spieler Gewinne als eine Bestätigung ihrer Fähigkeiten ansehen, während Verluste wegdiskutiert und verstärkt auf ungewöhnliche Zufälle zurückgeführt werden (vgl. Gilovich & Douglas, 1986). Weiterhin können sich die Spieler besser an Details in Verlustsituationen erinnern. Diese gedankliche Mehrbeschäftigung unterstreicht die Bemühungen, Misserfolgserlebnisse in einer für den eigenen psychischen Haushalt akzeptablen Weise zu reinterpreten. Ein Befund von Lupfer und Jones (1971) verdeutlicht, dass risikoreichere Entscheidungen bei Spielen auftreten, deren Ausgänge wie bei Sportwetten von den Beteiligten nicht ausschließlich als zufallsbedingt aufgefasst werden. Zudem konnten Tversky und Kahnemann (1973) einen weiteren Mechanismus belegen, der die einseitige Bewertung von Gewinnchancen fördert: Je leichter ein Ereignis wie ein großer Gewinn aus dem Gedächtnis abrufbar ist, desto wahrscheinlicher hält man die Realisierung dieses Ereignisses (»availability bias«). Generell können derartige kognitive Verzerrungen als dauerhafte Tendenzen aufgefasst werden, Informationen nach bestimmten Heuristiken in unangemessener Weise zu verarbeiten. Nach Langer (1975) führen die aktive Einbeziehung des Spielteilnehmers in den Spielablauf, eine Vielzahl von Auswahlmöglichkeiten sowie eine längere gedankliche Beschäftigung mit der Materie zu der subjektiven Überzeugung, durch eigene Kompetenz Kontrolle auszuüben und die Wahrscheinlichkeit eines Gewinnes zu erhöhen. Hier spiegelt sich der Attributionsmechanismus wider, Ereignisse kausal zu interpretieren bzw. Kausalitäten aktiv zu konstruieren. Anstelle des unvor-

hersehbaren, mehrdeutigen und daher als unangenehm empfundenen Zufalls versprechen deterministische Kausalinterpretationen ein gewisses Maß an Überschaubarkeit, Verständlichkeit und damit Sicherheit. Die Überschätzung der eigenen Einflussnahme steht im Zusammenhang mit der Überzeugung das System besiegen zu können. Führt zusätzlicher Zeit- und Geldaufwand zu vereinzelteten Erfolgen, fühlt sich der Spielteilnehmer in seinem Glauben bestätigt. Eine gezielte Suche nach und Verarbeitung von sportrelevanten Informationen und die damit verbundene aktive Einbeziehung des Spielteilnehmers in den Spielablauf suggeriert das Gefühl von Kompetenz, vor allem bei anschließenden Erfolgserlebnissen. So verfügt der Spielteilnehmer über eine große Auswahl von Ereignissen, die er beliebig miteinander kombinieren kann. Zudem liegt es nahe, bei der Quotenberechnung vermeintliche Gewinne im Vorfeld der Sportereignisse zu verplanen.

#### Verzerrte Informationsverarbeitung

Das Bild eines rein rational handelnden Subjektes, das seine Treffsicherheit über angemessene Informationsbeschaffung und -verarbeitung erheblich erhöht, verkennt wesentliche kognitive, emotionale und motivationale Determinanten menschlichen Erlebens und Handelns sowie unkalkulierbare Unwägbarkeiten von Sportereignissen. Hoffnungen, Ängste, Wunschorstellungen, Aversionen und (Irr-)Glauben beeinflussen das rationale, faktenbasierte Einschätzen von relevanten Daten auf jeder Stufe der Informationsverarbeitung. Aus psychologischer Perspektive treffen Menschen keine Entscheidungen nach den Prinzipien der Optimalität und reinen Rationalität. Vielmehr bewerten sie situative Reize intuitiv und wählen Optionen im Rahmen ihrer eingeschränkten kognitiven Kapazität und auf der Grundlage von individuellen Alltagserfahrungen und Zielen (vgl. Jungermann, Pfister & Fischer, 1998). Aufgrund der Begrenztheit des kognitiven Systems ist es für jeden Spielteil-

nehmer unabdingbar, die vorhandene Informationsflut zu bündeln und auf bewährte Verarbeitungsroutinen oder bestimmte mentale Heuristiken zurückzugreifen. In Folge dessen werden Informationen verkürzt, selektiv oder einseitig aufgenommen, die Bindung an eine bestimmte Informationsverarbeitungsstrategie verstärkt und somit die Bedeutung von Zufallsprozessen unterschätzt. So kommt es nach Babad und Katz (1991) zu einer Überschätzung der Chancen des Lieblingsteams als angenehmes Ereignis im Sinne eines Wunschdenkens. Zudem belegt Wood (1992), dass Spielteilnehmer ihre Fähigkeit überschätzen, Sportereignisse wie auch Aktienkurse korrekt vorherzusagen was zu einer Aufrechterhaltung des Wettens beiträgt.

#### Bedeutung der Peer-Gruppe als sozialer Bezugsrahmen

Der Anreiz, kontinuierlich an Sportwetten teilzunehmen, kann des Weiteren auch durch soziale Komponenten bedingt sein. Gruppendynamische Prozesse wie das gemeinschaftliche Wetten am Stammtisch, als Mitglied einer Fangruppe oder eines Sportvereines begünstigen den Zugang zu und die Aufrechterhaltung des Wettverhaltens über Verstärkungsmechanismen innerhalb sozialer Netzwerke. Die subjektive Bedeutung dieser sozialen Bezüge findet sich in den von Smith (1990) zusammengestellten Beweggründen wieder, warum Menschen an Sportwetten teilnehmen, wie die Herausforderung an die eigenen intellektuellen und urteilenden Fähigkeiten, die Freude daran, das System zu besiegen, die Aussicht auf Geldgewinne und die Verbundenheit mit anderen Wetttern. Vor allem die verfestigten interpersonalen Beziehungen mit einem für Außenstehende nur schwer verständlichen informellen Bezugs-, Regel- und Hierarchiesystem scheinen einigen Wetttern von besonderer Bedeutung zu sein (Rosecrance, 1986). Soziale Interaktionen wie der Austausch von sportbezogenen Informationen vor, während und nach dem Abgeben der Wertscheine, Diskussionen über die Aus-

gänge der Sportereignisse und damit über den eigenen Gewinn bzw. Verlust, das Leihen von Geld an vertraute Personen aber auch die Etablierung eines gemeinsamen Sprachcodes verweisen auf eine geteilte »soziale Welt« mit verhaltenswirksamen Bezügen, die über gegenseitige positive Verstärkungsmechanismen zu einer Aufrechterhaltung des Sportwettens beitragen. Diese bindenden Sozialisationsprozesse können einerseits über das Gefühl der Gruppenzugehörigkeit sinn- und identitätsstiftende Funktionen erfüllen, gleichzeitig aber auch in Folge einer fortschreitenden und ausschließlichen Identifikation mit dieser Bezugsgruppe zu einer Vernachlässigung von weiteren sozialen Aktivitäten und somit mit der Gefahr einer sich einschleichenden sozialen Isolierung führen.

### Interaktives Spiel im Internet

Jede Teilnahme an einem Online-Glücksspiel bringt grundsätzlich spezifische Anreize aber auch Gefahren mit sich. So wird die Attraktivität des Sportwettens über die Möglichkeit des orts- und zeitunabhängigen Informierens und Wettens gesteigert und sofortiges, interaktives Handeln vom eigenen Wohnzimmer oder Arbeitsplatz aus garantiert. Insbesondere als problematisch einzuschätzen ist die fehlende soziale Kontrolle beim Online-Glücksspiel. Für jeden Spielteilnehmer besteht die Möglichkeit, anonym am Rechner zu sitzen und auf Kreditkartenbasis zu wetten. Über die kurze Spielabfolge können weiterhin Verluste sofort ausgeblendet, belastende Alltagserlebnisse vergessen und anstelle dessen lustvolle Spannungserlebnisse erzeugt werden<sup>5</sup>. Leicht vermittelbare, mehrsprachige Präsentationen inklusive den parallel aufgeführten Links zu unzähligen Sportinformationen stehen für eine offline nicht zu gewährleistende Benutzerfreundlichkeit, die Hemmschwellen sinken und neue Zielgruppen akquirieren lässt. Zudem versprechen zukünftige Entwicklungen wie die Verknüpfung von Internet- und TV-Technologien oder das Wetten an Internet-

Terminals weitere Expansionsmöglichkeiten:

»Sports betting is still a relatively new form of gambling, and is highly suited to internet and home-based gambling. It is likely that it will grow rapidly via the internet, largely creating a new market, though there may be some shift away from wagers on racing« (Productivity Commission, 1999, Chapter 18, p. 27).

### Verfügbarkeit und Griffnähe

Die leichte Verfügbarkeit und Griffnähe eines Spielangebots steht in direkter Verbindung mit einer vermehrten Nachfrage und letztendlich auch mit einer erhöhten Auftretenshäufigkeit problematischen Spielverhaltens bei entsprechend anfälligen Personen. Insbesondere bedenkenswert ist, dass Produkte des Deutschen Lotto- und Totoblocks wie auch gewerblicher Sportwetten-Anbieter keiner verbindlichen übergeordneten Regelung wie etwa dem »Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit« (JÖSchG; v. a. § 8 Abs. 2) unterliegen. Für die Landesgesellschaften des Deutschen Lotto- und Totoblocks gelten die jeweiligen Gesetzesregelungen der Bundesländer, die jedoch keine expliziten Auflagen zum Jugendschutz im Sinne eines Teilnahmeverbots wie bei Spielen mit Gewinnmöglichkeit vorsehen. Praktisch kann jedes Kind ab einem Alter von sieben Jahren als beschränkt geschäftsfähige minderjährige Person einen Wettschein gegen (Taschen-)Geldeinsatz an einer Annahmestelle abgeben. Auch das Einloggen im Internet unter falschen Angaben zwecks Berechtigung einer Spielteilnahme oder im Falle einer Gewinnausszahlung scheint für Minderjährige leicht realisierbar zu sein. Als besonders gefährlich bei Kindern und Jugendlichen sind zudem anfängliche Gewinne einzuschätzen, die über positive Verstärkungsmechanismen zum Weiterspielen animieren als auch die ökonomische und symbolische Bedeutung des Geldwertes verändern. Daraus kann sowohl eine Unterschätzung der auf

dem Spiel stehenden Geldbeträge als auch eine Überschätzung des zur Verfügung stehenden Guthabens resultieren.

### Extensive Werbung

Sportveranstaltungen sind integrale Bestandteile unserer Gesellschaft und gehören zur alltäglichen Normalität. Um diese Bedürfnisse anzusprechen und zu stimulieren, werden Sportberichterstattungen umfangreich medial präsentiert und vermarktet. Die Verknüpfung mit extensiven Sportwettangeboten über Bandenwerbung oder Werbespots erhöhen ihren Bekanntheitsgrad und ihre Zugänglichkeit für eine breite Öffentlichkeit.

### Internationale Befunde zum (problematischen) Wettverhalten

Sportwetten unterschiedlicher Formen stellen weltweit für Erwachsene (Gambling Review Body, 2001; National Gambling Impact Study Commission, 1999; Productivity Commission, 1999) und Jugendliche (Griffiths, 1995; Hardoon & Derevensky, 2002) eine beliebte illegale wie legale Spielform dar. Trotz der gebotenen Vorsicht bei einer Gegenüberstellung von internationalen Befunden weisen empirische Studien darauf hin, dass die Teilnahme an Sportwetten für einen kleinen Teil der Spielteilnehmer zu Problemen führen kann. Unter den pathologischen Glücksspielern finden sich vorwiegend Männer, zu deren Spielpräferenzen auch das Sportwetten gehört (z. B. Lesieur, 1987). Ähnliche Befunde liefern Griffiths, Scarfe und Bellringer (1999) anhand von Daten einer landesweiten britischen Telefonberatung. Von 1.644 Glücksspielbezogenen Kontaktaufnahmen bezogen sich 37% auf das »off-course betting«. Auch für eine nicht unbedeutende Anzahl an Minderjährigen (11%) gilt diese Glücksspielform als problematisch. Vor allem während der Adoleszenz scheinen Sportwetten an Popularität zu gewinnen.

<sup>5</sup> Diese psychotropen Wirkmechanismen, die bereits vorgeschlagen wurden, sind beim Online-Gambling besonders stark ausgeprägt.

nen (vgl. Gambling Review Body, 2001; National Research Council, 1999). Beispielsweise er hob Fisher (1999) in einer landesweiten Studie das Glücksspielverhalten von fast 10.000 britischen Jugendlichen im Alter von 12 bis 15 Jahren. Die Hälfte der Schüler nahmen bereits an Spielen mit Geschicklichkeitsanteil («games of skill»: z. B. »pool« oder »sports«) teil. Aufgrund der kulturellen und historischen Rahmenbedingungen in Großbritannien, wo »betting shops« seit den 60er Jahren von lizenzierten Buchmachern betrieben werden, überrascht es nicht, dass Spiele mit Geschicklichkeitsanteil die häufigste Spielform darstellte. Zudem konnte das Spielverhalten bei 5,6 % der Jugendlichen als problematisch eingestuft werden, wobei mehr männliche Jugendliche in dieser Subgruppe zu finden waren. Weitere Befunde bestätigen, dass Jugendliche vor allem an »informellen Spielen« – wie dem Wetten auf den Ausgang von Spielen, die eigene Geschicklichkeit verlangen oder dem Wetten auf Sportmannschaften oder Kartenspiele – teilnehmen (vgl. Stinchfield, 2002); dass Sportwetten (inklusive Sportlotterien) eine Domäne der männlichen Kinder und Jugendlichen darstellen (Gupta & Derevensky, 1998; Oster & Knapp, 1998) und dass eine kleine Gruppe von Jugendlichen mindestens wöchentlich auf den Ausgang von Sportereignissen wettet (Lesieur et al.; 1991).

### Schlussfolgerungen

Die Teilnahme an Sportwetten bedeutet für einen Großteil der Konsumenten Spaß, Freude, Unterhaltung, vergnügliches Hobby und Zeitvertreib. Jedoch muss die derzeitige Entwicklung der Sportwettenbranche auch kritisch betrachtet werden, da vor dem Hintergrund des dargestellten Gefahren- und Suchtpotenzials zukünftig mit einer erhöhten Beratungs- und Behandlungsnachfrage von Spielern zu rechnen ist. Ein erstes Forschungsprojekt zur empirischen Beantwortung dieser Fragestellung wird derzeit von den Autoren in Nordrhein-Westfalen

durchgeführt. Erste Befunde sind Ende 2004 zu erwarten.

Gesonderte Aufmerksamkeit verdienen in diesem Zusammenhang Maßnahmen des Kinder- und Jugendschutzes, um fehlangepassten Entwicklungsverläufen frühzeitig entgegenzuwirken. Insbesondere ist zu klären, welche biopsychosozialen risikoerhöhenden und -mindernden Bedingungen mit einem problematischen Sportwettverhalten verknüpft sind. Die Aufstellung eines Erklärungsmodells zum problematischen Sportwettverhalten unter Berücksichtigung des Drei-Faktoren-Modells der Suchtentwicklung als übergeordnetes Rahmenkonzept (vgl. Meyer & Bachmann, 2000) und die zweckgebundene Ableitung präventiver Handlungsmaßnahmen stellen weitere bedeutsame Aufgaben dar. Ähnliches gilt für die bislang uneinheitliche Rechtsprechung, ob Sportwetten unter Glücks- oder Geschicklichkeitsspielen einzuordnen sind (vgl. Voßkuhle & Bumke, 2002). Die Tragweite einer Klärung dieser Rechtsfrage und damit die Entscheidung über die Frage der Zulässigkeit staatlicher Monopole bei Sportwetten wird bei einem Blick auf den folgenden Entwicklungstrend deutlich: Nachdem im Rahmen der Internationalisierung immer mehr ausländische Firmen auf den deutschen Markt drängten und Sportwetten zu Festquoten im Internet oder per Telefon anboten, reagierte der Deutsche Lotto- und Totoblock 1999 mit der Einführung von »ODD-SET«. Hinzu kam, dass sich auch private deutsche Unternehmen von diesem Spielmodell einen Profit versprochen und Marktsegmente für sich beanspruchten. Die vorherrschende Konkurrenz bedingt demzufolge einen sich aufschaukelnden Prozess mit ständigen Versuchen, die Attraktivität des eigenen Angebots zu steigern und somit seine Struktur sukzessive zu verändern.

Vor dem Hintergrund des vorgestellten Gefahren- und Suchtpotentials der neuen Sportwettangebote gilt es aus psychologischer Sicht, übermäßige Spielanreize zu verhindern und das

Wettbedürfnis der Bevölkerung in geordnete und überwachbare Bahnen zu lenken. Staatliche Kontrollen im Sinne der Errichtung eines öffentlichen Monopols für die Veranstaltung und Vermittlung von Sportwetten stellen eine Möglichkeit dar, einer ausufernden Entwicklung entgegenzuwirken. In Verbindung mit einer Neuordnung und einer länderübergreifenden Vereinheitlichung der rechtlichen Rahmenbedingungen würde eine derartige Monopolisierung mit einem absoluten Verbot für gewerbliche (private) Sportwetten-Angebote einhergehen. Zugleich muss gewährleistet sein, dass der Staat seine Aufgaben zum Spielerschutz ernst nimmt und aktiv betreibt. Erst eine restriktive Zulassung unter staatlicher Aufsicht ermöglicht eine Einflussnahme auf die Gestaltung der Wettangebote mit dem Ziel, die Attraktivität dieser Spielform bei gleichzeitiger struktureller Verankerung von Spielerschutzmaßnahmen zu erhalten. Die Verpflichtung zu Konzessionsabgaben, die zweckgebunden in Sozialkonzepte fließen und der Prävention problematischen Spielverhaltens zu Gute kommen, stellen einen weiteren wichtigen Baustein des Spielerschutzes dar. Damit die geforderten Maßnahmen im Zuge wirtschaftlicher und fiskalischer Interessen des Staates als Hauptgewinnbeteiligter keine Alibi-funktion annehmen, bedarf es der Einrichtung einer unabhängigen Kommission. Zu ihren Aufgaben sollten unter anderem die folgenden Aspekte zählen: die Bestimmung von angemessenen Spielerschutzmaßnahmen, die Überwachung der Umsetzung dieser präventiven Handlungsmaßnahmen sowie die Evaluation ihrer Effizienz und Effektivität, nicht zuletzt auch, um sie systematisch weiterzuentwickeln.

Bilanzierend ist festzuhalten, dass die rapide Expansionsentwicklung inklusive den damit verknüpften Spielstrukturänderungen aufgrund des immensen Konkurrenzdruckes auf dem Sektor der Sportwetten kritisch zu hinterfragen ist. Spätestens die Aufnahme von »Echt-Zeit«- bzw. »Live-Wetten« in das Angebotssortiment



**Schlussfolgerungen für die Praxis**

- Sportwettangebote nach festen Quotenvorgaben bringen ein nicht unerhebliches Suchtpotenzial für bestimmte Spielergruppen mit sich, so dass zukünftig mit einer verstärkten Versorgungsnachfrage zu rechnen ist;
- Beratungs- und Behandlungsangebote für süchtige Spieler bedürfen einer Ergänzung um die Besonderheiten des Sportwetters;
- Die Errichtung eines staatlichen Monopols für die Veranstaltung und Vermittlung von Sportwetten stellt eine Möglichkeit dar, übermäßige Spielanreize zu verhindern. Darüber hinaus sollte eine unabhängige Expertenkommission evaluieren, ob der Staat seiner Verantwortung – unter anderem den Spielerschutz zu gewährleisten – nachkommt;
- Begleitende wissenschaftliche Forschung muss geeignete suchtpreventive Handlungsstrategien zur Minimierung des Gefährdungspotenzials von Sportwetten entwickeln.

stellt die Suchtprävention vor neue Herausforderungen im Sinne der präventiven Verankerung adäquater Spielerschutzmaßnahmen. Nur dann kann der Spagat zwischen einem attraktiven Spielangebot auf der Nutzenseite und einer Minimierung des Suchtpotentials auf der Kostenseite bzw. zwischen den fiskalischen Interessen des Staates einerseits und dem Verbraucherschutzgedanken für den einzelnen Spieler andererseits gelingen.

**Literaturverzeichnis**

Babad, E. & Katz, Y. (1991). Wishful thinking – against all odds. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1921–1938.

Fisher, S. (1999). A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents. *Addiction Research*, 7, 509–538.

- Gambling Review Body (2001). *Gambling Review Report*. URL: [http://www.culture.gov.uk/ROLE/gambling\\_review.html](http://www.culture.gov.uk/ROLE/gambling_review.html) [Zugriff am 15. April 2002].
- Gilovich, T. & Douglas, C. (1986). Biased evaluation of randomly determined gambling outcomes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 228–241.
- Griffiths, M. (1995). *Adolescent gambling*. New York: Routledge.
- Griffiths, M., Scarfe, A. & Bellringer, P. (1999). Brief report: The UK national telephone gambling helpline – Results on the first year of operation. *Journal of Gambling Studies*, 15, 83–91.
- Gupta, R. & Derevensky, J.L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14, 319–345.
- Hand, I. (1998). Pathological gambling: A negative state model and its implications for behavioral treatments. *CNS Spectrums*, 3, 58–71.
- Hardoon, K.H. & Derevensky, J.L. (2002). Child and adolescent gambling behavior: Current knowledge. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 263–281.
- Jungermann, H., Pfister, H.-R. & Fischer, K. (1998). *Die Psychologie der Entscheidung. Eine Einführung*. Heidelberg: Spektrum.
- Kellermann, B. (1999). Psychosoziale Aspekte der Glücksspielsucht. In G. Alberti & B. Kellermann (Hrsg.), *Psychosoziale Aspekte der Glücksspielsucht* (S. 51–61). Geesthacht: Neuland.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311–328.
- Lesieur, H.R. (1977). *The chase-career of the compulsive gambler*. Anchor: Garden City.
- Lesieur, H.R. (1987). Deviance in sports: The case of pathological gambling. *Arena Review*, 11 (1), 5–14.
- Lesieur, H.R., Cross, J., Frank, M., Welch, M., White, C.M., Rubenstein, G., Moseley, K. & Mark, M. (1991). Gambling and pathological gambling among university students. *Addictive Behaviors*, 16, 517–527.
- Lupfer, M. & Jones, M. (1971). Risk taking as a function of skill and chance orientations. *Psychological Reports*, 28, 27–33.
- Meyer, G. (2000). Im Wertpapier-Fieber. *SuchtReport*, 14(4), 29–36.
- Meyer, G. (2001). Glücksspiele im Internet. *SuchtReport*, 15(3), 29–36.
- Meyer, G. (2003). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2003* (S. 92–105). Geesthacht: Neuland.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2000). *Spielsucht. Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.
- National Gambling Impact Study Commission (1999). *National Gambling Impact Study Commission Final Report*. URL: <http://govinfo.library.unt.edu/ngisc/reports/fullrpt.html> [Zugriff am 15. April 2002].
- National Research Council (1999). *Pathological Gambling. A critical review*. Washington: National Academic Press.
- Oster, S.L. & Knapp, T.J. (1998). Sports betting by college students: Who bets and how often? *College Student Journal*, 32 (2), 289–292.
- Productivity Commission (1999). *Australia's gambling industries, report no. 10*. URL: <http://www.pc.gov.au/inquiry/gambling/finalreport/index.html> [Zugriff am 15. April 2002].
- Reid, R.L. (1986). The psychology of the near miss. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 32–39.
- Rosecrance, J. (1986). Why regular gamblers don't quit. A sociological perspective. *Sociological Perspectives*, 29, 357–378.
- Smith, G.J. (1990). Pools, parlays, and point spreads: A sociological consideration of the legalization of sports gambling. *Sociology of Sport Journal*, 7, 271–286.
- Stinchfield, R. (2002). Youth gambling: How big a problem? *Psychiatric Annals*, 32 (3), 197–202.
- Tversky, A. & Kahnemann, D. (1971). Belief in the law of small numbers. *Psychological Bulletin*, 76, 105–110.
- Tversky, A. & Kahnemann, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, 207–233.
- Voßkuhle, A. & Bumke, C. (2002). *Rechtsfragen der Sportwette*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Walker, M.B. (1992). *The psychology of gambling*. New York: Pergamon.
- Wood, G. (1992). Predicting outcomes: Sports and stocks. *Journal of Gambling Studies*, 8, 201–222.

**Tobias Hayer**

1974 in Bremen geboren

1995 Studium der Psychologie  
in Bremen

seit 2001 wissenschaftlicher  
Mitarbeiter am Institut für  
Psychologie und Kognitions-  
forschung der Universität  
Bremen

**Gerhard Meyer**

1952 in Bremen geboren

1973 Studium der Psychologie in  
Göttingen

1982 Promotion, Dr. rer. nat., in  
Göttingen

1999 Habilitation für Psychologie  
in Bremen

seit 1987 wissenschaftlicher Mit-  
arbeiter und Hochschul-  
dozent am Institut für  
Psychologie und Kognitions-  
forschung der Universität  
Bremen

**Korrespondenzadresse**

Dipl.-Psych. Tobias Hayer  
Universität Bremen  
Institut für Psychologie und  
Kognitionsforschung  
Grazer Strasse 4  
28359 Bremen  
Tel. +49 - 4 21 - 2 18 43 33  
Fax +49 - 4 21 - 2 18 46 00  
tobha@uni-bremen.de

Eingereicht: 09.01.2003

Angenommen: 16.05.2003

*Monitoring of misuse of prescription drugs amongst clients from out-patient centres: How representative is the ebis-med sample?*

**Key words**

Monitoring, representative sample, misuse of prescription drugs, sample, ebis-med

**Abstract**

**Aim:** Examination of ebis-med as a representative sample to monitor the misuse of prescription drugs amongst clients from outpatient treatment centres. **Method:** Key data from outpatient treatment centres were collected from files from 615 ebis-facilities and via mailed questionnaires from 673 other facilities and then compared to ebis-med (N=25). **Results:** Only a minority of comparisons between ebis-med or ebis and other units revealed significant differences. However, the portion of clients using illicit drugs is clearly lower in ebis-med. **Conclusions:** ebis-med is a representative sample for monitoring the client's misuse of prescription drugs and for trend analyses. For projections and prevalence estimates however, the lower percentage of illicit drugs has to be taken into account.

► Roland Simon<sup>1</sup>, Ludwig Kraus<sup>1</sup>, Tim Pfeiffer<sup>2</sup>, Michael Strobl<sup>1</sup>

## Monitoring von Medikamentenmissbrauch in der Klientel ambulanter Einrichtungen: Wie repräsentativ ist die Stichprobe ebis-med?

**Schlüsselwörter**

Monitoring, Repräsentativität, Medikamentenmissbrauch, Stichprobe, ebis-med

**Zusammenfassung**

**Ziel:** Überprüfung der Repräsentativität von ebis-med für Aussagen zum Medikamentenmissbrauch in der Klientel ambulanter Beratungsstellen. **Methodik:** Eckdaten über ambulante Beratungsstellen wurden aus den Datenbeständen zu 615 ebis-Einrichtungen bzw. per Fragebogen aus 673 sonstigen Einrichtungen gewonnen und mit ebis-med (N=25) verglichen. **Ergebnisse:** Nur wenige Vergleiche zwischen ebis-med und ebis bzw. den sonstigen Einrichtungen zeigen signifikante Unterschiede. Allerdings liegt der Anteil von Klienten im Bereich illegaler Drogen in ebis-med deutlich niedriger. **Schlussfolgerungen:** Die Repräsentativität ist in Bezug auf Monitoring von Medikamentenmissbrauch in der Klientel und Trendbetrachtungen gegeben. Bei Hochrechnungen und Prävalenzschätzungen muss der niedrigere Anteil illegaler Drogen jedoch berücksichtigt werden.

**Einführung**

1980 wurde in Deutschland das ebis-Dokumentationssystem in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eingeführt und seither fachlich und technisch kontinuierlich weiterentwickelt. Mit diesem System werden bundesweit Daten zu Einrichtung, Klientel und Therapie standardisiert erhoben und im Jahresabschluss ausgewertet. In seiner derzeitigen Version (Strobl & Türk 2000) wird das System von mehr als 400 ambulanten Suchtberatungsstellen als Dokumentationssystem zur Datenerhebung und Klientenverwaltung benutzt. Jährlich werden eine Gesamtauswertung aller beteiligten Einrichtungen publiziert (Welsch, 2001) und tabellarische Gesamtdaten zur Verfügung gestellt (Strobl et al., 2002). Den primären Anlass zur Betreuung stellen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit Alkohol, Heroin, Cannabis und Kokain dar. Seit 1988 wird in einer Stichprobe aus diesen Einrichtungen ein Zusatzbogen mit Detailinformationen zum Missbrauch von Medikamenten erhoben (ebis-med, früher: »Referenzstichprobe Medikamentenmissbrauch«).

1 IFT, Institut für Therapieforchung, München

2 Ludwig-Maximilians-Universität, München

Die Ergebnisse dieser Studie werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Überwachung möglicher Nebenwirkungen und Risiken der auf dem deutschen Markt befindlichen Medikamente genutzt. Im besonderen geht es um ihren Missbrauch, schädlichen oder abhängigen Konsum im Sinne von ICD-10. Dem BfArM stehen dann gegebenenfalls rechtliche Mittel zur Verfügung, eine geänderte Zusammensetzung bestimmter Präparate oder intensivere Maßnahmen zur Überwachung ihrer Abgabe zu initiieren oder ein Medikament unter die Vorschriften der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) zu stellen.

Als Grundlage für die Einleitung solcher Maßnahmen dienen dem BfArM Informationen aus verschiedenen Quellen. Umfragen über den Missbrauch in der Allgemeinbevölkerung (Kraus & Augustin, 2001; Simon et al., 1999) liefern wenig detaillierte Informationen zu einzelnen Medikamenten bzw. Wirkstoffen. Zudem werden nur sehr kleine Fallzahlen problematischer Medikamentenkonsumenten erreicht. Die pharmazeutische Industrie sammelt Rückmeldungen von Ärzten und Pharmaberatern. Ergänzt werden diese Daten durch den Informationsaustausch innerhalb der Ärzteschaft. Darüber hinaus wurden im Rahmen des »Frühwarnsystems zur Erfassung von Veränderungen der Missbrauchsmuster chemischer Substanzen in der Bundesrepublik« (FWS) seit 1976 Daten über den missbräuchlichen Konsum von Drogen und Medikamenten in etwa 20 Kliniken erhoben (Keup, 1993; 1997).

Ebis-med wurde 1988 als zusätzliche Datenquelle zur Erfassung von Informationen über den missbräuchlichen bzw. abhängigen Konsum von Medikamenten in der Klientel ambulanter Einrichtungen für Suchtkranke eingeführt. Aufgrund ihrer Erfahrung mit substanzbezogenen Störungen eignen sich die Mitarbeiter dieser Einrichtungen sehr gut zur Erhebung derartiger Informationen und unterstützen damit die frühzeitige Erkennung neuer miss-

bräuchlicher Konsummuster und problematischer Entwicklungen (Pfeiffer & Simon, 2000). Dies ist notwendig, da insbesondere Konsumenten illegaler Drogen sich durch rasche Wechsel ihres Konsums von Ersatzstoffen und ergänzender Pharmaka auszeichnen, wenn sich Preise, Verfügbarkeit oder pharmakologische Merkmale der Präparate verändern. Durch die Erfassung dieser Hochrisikogruppe, die für überdurchschnittlichen Konsum psychoaktiver Substanzen aller Art bekannt ist, kann ebis-med einen wichtigen Beitrag zu einem »Medikamenten-Monitoring« liefern.

Die Aussagekraft der Daten hängt dabei weitgehend von der Repräsentativität der verwendeten Stichprobe für die Gesamtheit der ambulant betreuten Suchtpatienten in Deutschland ab. In einem ersten Schritt wurde diese Frage im Vergleich zwischen ebis-med und der Gesamtheit aller an ebis beteiligten Einrichtungen diskutiert (Sawatzki & Simon, 1998). Es fand sich nur in 2 von 20 Merkmalen ein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen: In ebis-med war der Anteil von Klienten reduziert, bei denen sich die Hauptdiagnose auf Opiate bezog.

In dem vorliegenden Beitrag wird die »Repräsentativität« der Ergebnisse im Vergleich zur Gesamtheit aller ambulanten Suchteinrichtungen in Deutschland überprüft. Ausgangspunkt für das Verständnis von »Repräsentativität« ist dabei, dass die Objekte einer Stichprobe nicht schlechthin für die Objekte einer Grundgesamtheit stehen, sondern diese ausschließlich hinsichtlich bestimmter Merkmale repräsentieren können (Bortz & Döring, 1995; Last, 2001).

#### Methode Stichprobe

Basis für die Erfassung aller ambulanten Einrichtungen in Deutschland war die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zur Verfügung gestellte Datenbank mit Namen und Adressen ambulanter Einrichtungen zur Betreuung von Personen mit Suchtproblemen sowie die Datenbank der in

ebis teilnehmenden Einrichtungen aus dem Jahr 1999. Nach dem Ausschluss von Doppelnennungen wurden die nicht in ebis beteiligten Einrichtungen mit einem einseitigen Fragebogen in einem 2-stufigen Verfahren (Anschreiben plus Erinnerungsschreiben) per Fax oder Brief angesprochen. Für die ebis-Einrichtungen wurden die Datenbestände der ebis-Teilnehmerdatenbank genutzt.

Aufgrund der Rückmeldung wurden aus dieser Ausgangsmenge diejenigen Einrichtungen vom weiteren Verfahren ausgeschlossen, die nicht der ambulanten Suchtkrankenhilfe im weitesten Sinne zugerechnet werden konnten. Es handelte sich dabei zum Beispiel um Vertretungen von Trägerverbänden ohne eigene Therapietätigkeit, Einrichtungen ohne Klientel mit klarem Bezug zu Suchtmitteln oder um Teileinrichtungen oder Außenstellen von bereits erfassten Stellen. Es ergab sich dabei eine Grundgesamtheit von N=1.313 Einrichtungen, die der vorliegenden Studie zu Grunde liegen. Hiervon waren 615 Einrichtungen an ebis beteiligt ohne Referenzeinrichtung zu sein (im Folgenden: ebis), weitere 25 ebis-Einrichtungen sammelten als sogenannte Referenzeinrichtungen Daten zum Medikamentenmissbrauch (im Folgenden: ebis-med). Neben den Teilnehmern am Dokumentationssystem ebis waren 673 weitere Einrichtungen (im Folgenden: Sonstige) an der Studie beteiligt.

#### Instrument

Der eingesetzte Kurzfragebogen umfasste eine Kontrollfrage zur Einordnung der Stelle als »ambulante Einrichtung« analog zum Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe der DHS ([www.dhs.de/reihe/manual.pdf](http://www.dhs.de/reihe/manual.pdf)). Daneben wurden Informationen zu Mitarbeiterzahl, Budget, Zahl der Therapiebeginner, primärer Ausrichtung der Einrichtung (konzeptuell und faktisch), Verteilung der primären Suchtmittel und Anteil der Substituierten in der Klientel erhoben. Bezugsjahr war

1999. Alle Angaben gingen in die vorliegende Analyse ein. Für ebis und ebis-med wurden diese Informationen aus den vorhandenen Datenbeständen gewonnen.

### Vollständigkeit der Daten

Die Kurzfragebogen, die von den nicht an ebis beteiligten Einrichtungen (Sonstige) zurückgesandt wurden, waren weitgehend vollständig ausgefüllt. Es lagen gültige Antworten für mehr als die Hälfte dieser Einrichtungen vor (gültige Angaben zum Einrichtungstyp: 56,6 %, zu Hauptdiagnosen: 51,7 %, zu Personalstellen: 53,8 %). Für die ebis-Einrichtungen wurde auf die vorhandenen Datenbestände aus der Routineerhebung zurückgegriffen. Diese Angaben weisen unterschiedliche Anteile gültiger Werte auf (Einrichtungstyp: 62,6 %; Hauptdiagnosen: 62,3 %, Personalstellen: 60,5 %). Die fehlenden Angaben stammen zu einem erheblichen Teil aus Einrichtungen, die 1999 zwar an ebis teilnahmen, jedoch keine ordnungsgemäße Dokumentation führten. Verursacht wurde dies durch die Umstellung des Dokumentationssystems, technische Probleme oder Personalknappheit. Es liegen keine Hinweise darauf vor, dass diese Probleme einen inhaltlichen Zusammenhang mit den hier relevanten Einrichtungsmerkmalen zeigen und diese Ausfälle zu einer Verzerrung in der Grundgesamtheit führen könnten. Die Einrichtungen in ebis-med haben im Vergleich dazu praktisch vollständige Daten aufzuweisen (Einrichtungstyp: 100 %; Hauptdiagnosen: 92,0 %, Personalstellen: 88,0 %).

Besondere Probleme bereiteten die Angaben zur Zahl der Mitarbeiter in Form von Vollzeit-Äquivalenten. Da der höchste in ebis-med exakt erhobene Wert für diese bei 21,5 liegt, erschien es sinnvoll, alle Angaben von mehr als 25 bei der Auswertung des Kurzfragebogens zu vernachlässigen. Das gleiche geschah mit Angaben von 20 bis 25 Vollzeit-Äquivalenten, soweit die Zahl von Klienten nicht der höchsten Kategorie (mehr als 380 Klienten-

zugänge) entsprach. In diesen Fällen wurde angenommen, dass fälschlicherweise die Gesamtwochenstunden an Stelle der geforderten Vollzeitäquivalente eingetragen worden waren. Die Verwendung einer sinnvollen Obergrenze bei dieser Angabe unter Berücksichtigung der Klientenzahlen soll mögliche Antwortfehler weitgehend ausschließen.

### Verteilung der Hauptdiagnosen in der Klientel

Die Verteilung der Hauptdiagnosen wurde für ebis und ebis-med an Hand der Aggregatdaten und damit bezogen auf die erfasste Gesamtklientel bestimmt. Personen, für die keine Hauptdiagnose vorlag (in ebis 2,9 % der Männer, 3,0 % der Frauen), wurden zu »Sonstige« gezählt. Da für die sonstigen Einrichtungen nur kategoriale Daten zur Zahl der Klientenzugänge vorlagen, wurde jeweils annäherungsweise die Absolutzahl der Neuzugänge errechnet, indem die erfasste Zahl der Mitarbeiter (Vollzeit-Äquivalente) pro Einrichtung mit der durchschnittlichen Zahl von Klienten-Neuzugängen pro Jahr und Mitarbeiter aus ebis (177,2 Zugänge / 5,3 Mitarbeiter = 33,4) verrechnet wurde. Die Klientenzahlen pro Hauptdiagnose wurden daraus anteilig entsprechend der Angaben der Einrichtungen bestimmt.

### Ambulante Angebote und Trägertyp

Ambulante Beratung und Behandlung wird in erster Linie durch die »Psychoziale Beratungs- und Behandlungsstelle« angeboten. Allerdings fanden sich auch ambulante Angebote in Trägerschaft von Krankenhäusern und Kliniken (4,6 %) bzw. im Rahmen von Gesundheitsämtern (4,8 %) und sozialpsychiatrischen Diensten (7,4 %). In dem vorgelegten Vergleich wurden – unabhängig vom Trägertyp – die Gesamtheit dieser 1.313 Einrichtungen herangezogen.

### Statistische Auswertung

Zur Prüfung der Repräsentativität der ebis-med-Einrichtungen wurden

Einrichtungsstruktur und Klientencharakteristika dieser Einrichtungen einerseits mit den ebis-Einrichtungen und andererseits mit den sonstigen Einrichtungen verglichen. Es wurden hierzu alle Informationen herangezogen, die in der oben beschriebenen Erhebung von sonstigen Einrichtungen erfasst wurden. Zusätzlich wurden die entsprechenden Datenbestände aus ebis und ebis-med zu Grunde gelegt. Bei kategorialen Daten wurden bei mehr als zwei Kategorien  $\chi^2$ -Tests, bei zwei Kategorien Fisher's exakter Test, bei intervallskalierten Daten t-Tests durchgeführt. Wegen der insbesondere beim Vergleich der Klientencharakteristika immer hohen Stichprobenumfänge sind signifikante Ergebnisse schon bei geringfügigen Abweichungen zu erwarten. Deshalb wurde beim Vergleich von Klientendaten (speziell bei den Hauptdiagnosen) vom Stichprobenumfang unabhängige Effektgrößen bestimmt. Es wurde dabei für Kontingenztafeln der Kennwert  $w$  berechnet, dessen Ausprägungen 0,1/0,3/0,5 in der Literatur als kleiner/mittlerer bzw. großer Effekt klassifiziert werden (Bortz & Döring, 1995; Cohen, 1988).

### Zum Begriff der Repräsentativität

Last (2001) weist darauf hin, dass der Begriff zwar häufig benutzt wird, jedoch weder im statistischen noch im mathematischen Sinn exakt definiert ist (p. 157). Einerseits wird er im Sinne von »typisch in Hinblick auf bestimmte Merkmale« verstanden, andererseits als Folge eines bestimmten Verfahrens bei der Herstellung der Stichprobe. Der Einsatz bestimmter Ziehungsverfahren ist zunächst nur auf bestimmte Merkmale ausgerichtet, die Übereinstimmung zwischen Stichprobe und Gesamtheit in anderen als diesen Merkmalen ist damit nicht automatisch gegeben. Unter anderem aus diesem Grund folgt Last dem Ansatz von Kendall & Buckland (1982), bei dem Repräsentativität als nachgewiesene Eigenschaft einer Stichprobe – unabhängig vom Ziehungsverfahren – betrachtet wird.



Tabelle 1: Strukturvergleich der Einrichtungen

|  | ebis-med<br>n | ebis<br>n  | Sonstige<br>n | ebis-med<br>vs. ebis | ebis-med<br>vs. Sonstige |
|--|---------------|------------|---------------|----------------------|--------------------------|
| Anzahl Mitarbeiter<br>in Vollzeitstellen | 22            | 372        | 362           | p=0.998              | p=0.996                  |
| Mittelwert                               | 5,5           | 5,2        | 4,7           |                      |                          |
| SD                                       | 3,1           | 2,6        | 4,2           |                      |                          |
| Haushaltsmittel                          | 15            | 265        | 333           | p=0.377              | p=0.001                  |
| Bis 128.000 Euro<br>(250.000 DM)         | 0 % 0         | 10,6 % 28  | 39,6 % 132    |                      |                          |
| > 128.000 Euro<br>(250.000 DM)           | 100 % 15      | 89,4 % 237 | 60,4 % 201    |                      |                          |
| Klientenzugang (Inzidenz)                | 21            | 379        | 371           | p=0.729              | p=0.144                  |
| Bis 160                                  | 61,9 % 13     | 58,3 % 221 | 41,5 % 154    |                      |                          |
| 161–240                                  | 14,3 % 3      | 23,2 % 88  | 15,9 % 59     |                      |                          |
| 241–380                                  | 19,0 % 4      | 16,1 % 61  | 17,5 % 65     |                      |                          |
| > 381                                    | 4,8 % 1       | 2,4 % 9    | 25,1 % 93     |                      |                          |
| Ausrichtung der Einrichtung              | 22            | 361        | 380           | p=0.097              | p=0.111                  |
| Legale Substanzen                        | 50,0 % 11     | 31,0 % 112 | 33,2 % 126    |                      |                          |
| Alle Substanzen                          | 50,0 % 11     | 69,0 % 249 | 66,8 % 254    |                      |                          |

## Ergebnisse

### Strukturvergleich der Einrichtungen

Die Größe der Einrichtungen in den betrachteten Gruppen lässt sich mit mehreren Parametern beschreiben (Tabelle 1). Die Anzahl der Mitarbeiter ist in ebis-med mit 5,5 Mitarbeitern (Vollzeit-Äquivalente) nur geringfügig höher als in der Vergleichsgruppe der »sonstigen Einrichtungen«. Dem entspricht ein etwas höheres Budget in ebis-med. Rund 60 % der Vergleichsgruppe weist ein Budget von mehr als 128.000 Euro (250.000 DM) aus, während dieser Betrag allen Einrichtungen in ebis-med zur Verfügung steht. Während sich die Mittelwerte der Mitarbeiterstellen nicht signifikant unterscheiden, unterscheiden sich die Haushaltsmittel signifikant auf dem 5 %-Niveau.

Etwa 60 % der Einrichtungen in ebis-med und rund 40 % der sonstigen Einrichtungen betreuen maximal 160 Neuzugänge pro Jahr. Große Einrichtungen mit mehr als 380 Zugängen sind unter den Sonstigen häufiger zu finden. Die Unterschiede in der höchsten Kategorie (mehr als 380 Zugänge) sollten aufgrund der geringen Fallzahlen der ebis-med Einrichtungen nicht überinterpretiert werden. Während sich ebis-med und Sonstige im Budget deutlich unterscheiden, ergeben sich beim Vergleich der Klientenzahlen keine sig-

nifikanten Unterschiede. Der Vergleich zwischen ebis-med und ebis weist ebenfalls auf eine hohe Übereinstimmung hin. Bei der konzeptionellen Ausrichtung unterscheiden sich Einrichtungen in ebis-med nicht signifikant von den sonstigen Einrichtungen.

### Vergleich der Klientencharakteristika

Der Anteil der Einrichtungen, die einen Klientenanteil von mehr als 15 % mit einer primären Heroindiagnose (Abhängigkeitssyndrom oder schädlicher Konsum entsprechend ICD-10) berichten, liegt für die sonstigen Einrichtungen mit 41,7 % über dem Wert in ebis-med mit 26,3 %, erreicht jedoch keine statistische Signifikanz (Tabelle 2). Der Cut-Off von 15 % wurde zu Beginn der ebis-med Erhebung nach Inspektion der Verteilung der verschiedenen Hauptdiagnosen über die Einrichtungen verwendet, um Einrichtungen mit einem Schwerpunkt im Bereich Drogen von Einrichtungen mit dem Schwerpunkt im Bereich legaler Substanzen zu unterscheiden. Die Verteilung der Hauptdiagnosen nach den wichtigsten Substanzgruppen weist deutliche Unterschiede zwischen den sonstigen Einrichtungen und ebis-med auf. Dies betrifft insbesondere einen höheren Anteil von Alkoholdiagnosen und einen geringeren Anteil an Diagnosen für illegale Drogen in ebis-med.

Die Berechnung der statistischen Signifikanzen führt hier wegen großen Fallzahlen zu sehr kleinen Überschreitungswahrscheinlichkeiten. Die Effektgrößen zeigen für den Vergleich von ebis-med und ebis keinen, für den Vergleich ebis-med und Sonstige einen kleinen bis mittleren Effekt. Bezieht man die Heroindiagnosen auf die jeweilige Gesamtklientel, so ergibt sich in ebis-med mit 11,4 % nur ein geringfügig niedrigerer Anteil als in ebis (12,3 %) (Daten nicht in Tabelle aufgeführt). Da diese Information im Kurzfragebogen nicht enthalten war, liegt ein entsprechender Vergleichswert für die sonstigen Einrichtungen nicht vor.

Entsprechend des niedrigeren Anteils von Hauptdiagnosen aus dem Bereich Opiate bzw. illegale Drogen in ebis-med sind in 95,2 % dieser Einrichtungen, aber nur in 73,1 % der sonstigen Einrichtungen höchstens 10 % der Klienten bei Betreuungsbeginn in Substitution. Die Unterschiede sind nicht signifikant.

### Diskussion

Informationen über Missbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten sind generell sehr schwer zu gewinnen, da die Abgrenzung vom normalen, medizinisch indizierten Konsum oft schwierig ist und negative Folgen individuell häufig erst mit erheblicher

Tabelle 2: Klientenvergleich

|  | ebis-med |       | ebis  |        | Sonstige |        | ebis-med vs. ebis | ebis-med vs. Sonstige |
|--|----------|-------|-------|--------|----------|--------|-------------------|-----------------------|
|  | %        | n     | %     | n      | %        | n      |                   |                       |
| Anteil primär Heroinabhängiger   |          | 19    |       | 302    |          | 369    |                   |                       |
| Einrichtungen mit mehr als 15% Heroinabhängigen                        | 26,3%    | 5     | 36,4% | 110    | 41,7%    | 154    | p=0.464           | p=0.234               |
| Anteil verschiedener Hauptdiagnosen                                    |          | 4.337 |       | 69.129 |          | 54.948 | p=0.002           | w=0.015               |
| Anteil an der Gesamtklientel   |          |       |       |        |          |        | p=0.000           | w=0.236               |
| Alkohol  | 66,8%    | 2.896 | 63,9% | 44.197 | 40,2%    | 22.078 |                   |                       |
| Sedativa/Hypnotika   | 0,8%     | 34    | 0,9%  | 587    | 4,1%     | 2.232  |                   |                       |
| Illegale Drogen  | 17,8%    | 773   | 19,8% | 13.671 | 49,3%    | 27.102 |                   |                       |
| Sonstige   | 14,6%    | 634   | 15,4% | 10.674 | 6,4%     | 3.536  |                   |                       |
| Anteil von Klienten, die bei Aufnahme in Substitutionsbehandlung waren |          |       |       |        |          |        |                   |                       |
| Verteilung nach Einrichtungen  |          | 21    |       | 383    |          | 372    | p=0.098           | P=0.078               |
| Keine  | 47,6%    | 10    | 42,8% | 164    | 37,1%    | 138    |                   |                       |
| Bis 10%  | 47,6%    | 10    | 32,9% | 126    | 36,0%    | 134    |                   |                       |
| > 10%  | 4,8%     | 1     | 24,3% | 93     | 26,9%    | 100    |                   |                       |

Verspätung und wenig deutlich nach außen sichtbar werden. Eine zentrale Informationsquelle über Medikamente, bei denen solche Probleme auftreten, sind Personen, die mit Medikamentenproblemen in Einrichtungen der Suchthilfe betreut werden. Ebis-med sammelt solche Informationen systematisch in einer Stichprobe ambulanter Suchtberatungsstellen. Die zentrale Frage dieser Studie war, inwieweit die Ergebnisse aus dieser Stichprobe auf die Gesamtheit der Personen generalisiert werden können, welche in ambulanten Suchtberatungsstellen betreut werden.

Ein zentraler Begriff in dieser Diskussion ist die »Repräsentativität« einer Stichprobe. Ausgangspunkt des vorliegenden Vergleichs ist im Sinne von Kendall & Buckland (1982) die Überprüfung, ob die Stichprobe hinsichtlich der Untersuchungsmerkmale die Grundgesamtheit repräsentiert.

Der vorliegende Vergleich findet insgesamt eine gute Übereinstimmung zwischen ebis und ebis-med und entspricht damit dem Ergebnis einer früheren Studie (Sawatzki & Simon 1998). Allerdings sind signifikante Unterschiede in der Verteilung der Hauptdiagnosen der Klienten zu finden. So liegt der Anteil der Klienten im

Bereich illegaler Drogen mit 17,8 % unter dem Wert von ebis mit 19,8 %, während sich die Situation für Alkoholklienten umgekehrt darstellt. Die Effektstärke  $w$  weist jedoch bei einem Wert unter 0,1 darauf hin dass die im  $\chi^2$ -Test errechneten Signifikanzen vor allem auf die großen Fallzahlen und damit verbundenen niedrigen Übergangswahrscheinlichkeiten zurückzuführen sind. Der Vergleich zwischen ebis-med und den sonstigen Einrichtungen zeigt jedoch eine deutliche Unterbeteiligung von Klienten mit Störungen bezüglich illegaler Drogen in der ersten Gruppe, was sich in einer kleinen bis mittleren Effektstärke äußert.

Das weist darauf hin, dass ebis kein perfektes Abbild der Gesamtheit ambulanter Einrichtungen in Deutschland darstellt. Empirisch zeigt sich dies in signifikanten Abweichungen zwischen ebis und den Sonstigen bei den Haushaltsmitteln, der Zahl der Klientenzugänge und der Verteilung der Hauptdiagnosen ( $p$ -Werte nicht dargestellt). Auch der verringerte Anteil von Klienten mit Störungen im Bereich illegaler Substanzen (ebis: 19,8 %; Sonstige: 49,3 %) unterstreicht diese Unterschiede. Vermutlich haben sich einige Faktoren, die bei einer freiwilligen Teil-

nahme der Einrichtungen an einer Erhebung immer wirksamer sind, ausgewirkt: mit der Zahl der Klienten im Bereich illegaler Drogen in einer Einrichtung steigt die Zahl der zu erfassenden missbrauchten Medikamente rapide an. Die speziell mit diesen Problemen verbundene zusätzliche Arbeitsbelastung bei der Dokumentation lässt Einrichtungen von einer Teilnahme an einem Medikamenten-Monitoring Abstand nehmen – und zwar umso häufiger, je höher der Anteil ihrer Klientel mit Störungen im Bereich illegaler Drogen ist. Der Ausstieg einiger großer Drogeneinrichtungen aus der Teilnahme in ebis-med im Laufe der Jahre aufgrund von Arbeitsüberlastung stützt diese Einschätzung. Der Aufwand konnte im Rahmen des Projekts nicht vollständig durch Entschädigungen in verschiedenen Formen ausgeglichen werden.

Die Unterschiede in der Zusammensetzung der Klientel zwischen ebis-med und Sonstigen führt – betrachtet man die unterschiedlichen Konsummuster von Medikamenten in den verschiedenen Klientengruppen – zu einer Verzerrung der Erhebung zumindest in Bezug auf das Gewicht unterschiedlicher Wirkstoffe und Medikamentengruppen. Die Folgen der beschriebenen

nen Verzerrung sind einerseits begrenzt. Die beiden wichtigsten Gruppen von Personen, die in der behandelten Klientel Medikamente missbrauchen, sind Klienten mit Hauptdiagnosen in den Bereichen Opiate bzw. Alkohol. Sie sind auch in ebis-med zahlenmäßig umfangreich genug enthalten, um bei einer gruppenweisen Betrachtung Schlussfolgerungen ziehen zu können. Als Folge der geringeren Anteile von Konsumenten illegaler Drogen in der ebis-med-Stichprobe ergibt sich jedoch möglicherweise eine Abweichung in der Verteilung der Nennungen unterschiedlicher Präparate und in der Gesamtzahl verschiedener Nennungen.

Trendaussagen über mehrere Jahre sind dabei nicht betroffen, soweit man davon ausgeht, dass diese Verzerrung jeweils in der gleichen Weise wirksam war. Während die *absolute Zahl* von Nennungen zu einem Medikament möglicherweise durch die Unterrepräsentation von Klienten mit Drogenproblemen zu niedrig ausfällt, dürfte die *Veränderung* dieser Zahl über die Jahre robuster gegenüber den genannten Verzerrungen sein. Grundsätzlich zu lösen wäre das Problem, indem Stichproben aus der Gesamtheit ambulanter Beratungsstellen gebildet und über längere Zeiträume als Panels genutzt werden. Dies ist jedoch zur Zeit aufgrund eines fehlenden gemeinsamen institutionellen Rahmens kaum möglich.

Die Frage, inwieweit innerhalb der berichtenden Einrichtungen alle Fälle von Medikamentenmissbrauch berichtet und in die Statistik eingestellt werden, lässt sich auf der Basis dieser Studie nicht beantworten. Es ist davon auszugehen, dass in einer relevanten Zahl von Fällen die notwendigen Informationen – insbesondere zur exakten Spezifikation der einzelnen Medikamente – nicht vorlagen, so dass diese Fälle nicht in ebis-med berücksichtigt werden konnten. Eine exakte Klärung dieser Frage setzt jedoch weitere Untersuchungen voraus.

Insgesamt muss auf die weiterhin unzureichende Beachtung des Medi-

kamentenmissbrauchs hingewiesen werden. Selbst in Einrichtungen, die auf Probleme und Folgen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen spezialisiert sind, ist dieses Gebiet nicht befriedigend abgedeckt. Fehlendes pharmakologisches Hintergrundwissen und die oft problematische Diskussion über Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten zwischen somatischer Medizin einerseits und Sozialarbeit bzw. Psychotherapie andererseits sind wichtige Ursachen hierfür. Neben einer größeren Gewichtung dieser Substanzen in der fachlichen und politischen Diskussion ist deshalb mehr Schulung der Suchtexperten auch in diesem Bereich notwendig. Diese muss die Diagnostik ebenso einbeziehen wie Risiken und Behandlungsmöglichkeiten. Hier ist für die Zukunft eine engere Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen zu wünschen, um diese Probleme besser erkennen und erfolgreicher behandeln zu können. Besonders wichtig ist dies im Zusammenhang mit medikamentös gestützter Suchtbehandlung, da die Grenzziehung zwischen medizinisch indizierter und missbräuchlicher Nutzung von Medikamenten dort besonders schwierig ist.

#### Förderhinweis

Die Studie wurde vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gefördert.

#### Literatur

- Bortz, J. & Döring, M. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kendall, M. G. & Buckland, W. R. (1982). *A Dictionary of Statistical Terms*. 4th ed. London and New York: Longman.
- Keup, W. (1993). *Missbrauchsmuster bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen: Frühwarnsystem-Daten für die Bundesrepublik Deutschland 1976–1990*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

#### Schlussfolgerungen für die Praxis

- ebis-med ist ein Monitoringsystem, das in ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe eingesetzt wird, um den Missbrauch von Medikamenten unter Abhängigen zu beobachten. Die vorliegende Studie vergleicht zentrale Parameter zwischen den teilnehmenden Einrichtungen, ebis insgesamt und ambulanten Einrichtungen außerhalb des Systems.
- Es zeigte sich in vielen Feldern eine gute Übereinstimmung, so dass die Ergebnisse aus ebis-med als repräsentativ für die Gesamtheit der ambulanten Einrichtungen betrachtet werden können.
- Allerdings findet sich in ebis eine Unterbeteiligung von Einrichtungen, die sich primär mit illegalen Substanzen beschäftigen. Bei der Interpretation von Ergebnissen muss das berücksichtigt werden.
- Die Ergebnisse sind auch bedeutsam für die Nutzung der Daten aus ebis im Rahmen der nationalen Suchthilfestatistik.

- Keup, W. (1997). *Tabellarischer Jahresbericht 1997 Missbrauchsmuster bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen. Frühwarnsystem-Daten für die Bundesrepublik Deutschland 1976–1997* (Frühwarnsystem-Bericht Nr. 115).
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (Sonderheft 1).
- Last, J. M. (ed.) (2001). *A Dictionary of Epidemiology*. Edited for the International Epidemiological Association. New York: Oxford University Press.
- Pfeiffer, T. & Simon, R. (2000). *Jahresbericht 1999 problematisch gebrauchter Medikamente bei Klienten ambulanter Suchthilfeinrichtungen (EBIS-R)*. IFT-Berichte Bd. 117. München: IFT Institut für Therapieforschung.



- Sawatzki, I. & Simon, R. (1998). *Jahresbericht 1997 missbrauchter Medikamente bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen. EBIS Referenzerhebung (Berichtszeitraum: 1.1.97–31.12.97)*. (IFT-Berichte Bd. 98). München: Institut für Therapieforschung.
- Simon, R. & Palazzetti, M. (1999). Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.–31.12.1998. *Sucht*, 45 (Sonderheft 1).
- Simon, R., Tauscher, M. & Pfeiffer, T. (1999). *Suchtbericht Deutschland 1999*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, N. (2002). *Jahresstatistik 2001 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband)*. Berichtszeitraum 1.1.2001–31.12.2001. [www.ebis-ift.de/Dateien/Auswertungen/2001/EA01L-00](http://www.ebis-ift.de/Dateien/Auswertungen/2001/EA01L-00)
- Strobl, M. & Türk, D. (2000). Manual EBIS 2000. *Erläuterungen zu den Erhebungsbögen und zum PC-Programm für Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe*. IFT-Manuale Bd. 32. München: IFT.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000). EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland und SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 46 (Sonderheft 1).
- Welsch, K. (2001). Suchthilfestatistik 2000 in Deutschland. *Sucht*, 47 (Sonderheft 3).

### Roland Simon

- 1982 Abschluss des Psychologiestudiums in Trier und Tübingen
- 1984 Stipendium am Max-Planck-Institut für Psychiatrie
- 1988 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, später Leiter der AG Klinische Epidemiologie, IFT, München
- 1999 Leiter der DBDD am IFT

### Ludwig Kraus

- 1984 Abschluss des Psychologiestudiums, Universität Regensburg
- 1992 Promotion zum Dr. phil., Universität Regensburg
- 1993 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, später Leiter der AG Soziale Epidemiologie und Risikofaktoren, IFT
- 2002 Stellv. wissenschaftlicher Leiter des IFT, München

### Michael Strobl

- 1982 Abschluss des Psychologiestudiums in Hamburg
- 1989 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, später Projektleiter im Bereich Dokumentationssysteme, IFT, München

### Tim Pfeiffer

- 1998 Abschluss des Psychologiestudiums in Würzburg
- 1998 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, IFT, München
- 2002 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ludwig-Maximilians-Universität München

### Korrespondenzadresse

Roland Simon, Dipl.-Psych.  
IFT Institut für Therapieforschung  
Parzivalstr. 25  
80804 München  
Tel. +49 - 89 - 36 08 04 40  
Fax +49 - 89 - 36 08 04 49  
[simon@ift.de](mailto:simon@ift.de)

Eingereicht: 07.01.2003  
Angenommen: 25.06.2003

► Dieter Ahrens<sup>1</sup>, Lymke Dehde<sup>1</sup>,  
Sebastian Schmidt<sup>1</sup>, Bernhard Güntert<sup>1</sup>

## Economic evaluation of substitution therapy for opiate addicts

### Key words

Health Economic Evaluation,  
substitution therapy,  
opiate addiction, review

### Abstract

**Aims:** To evaluate the state of research on the health-economic evaluation of both substitution therapy with methadone and buprenorphine and heroin-supported therapy. **Method:** The literature in the relevant data bases was searched and was restricted to complete health-economic evaluation studies during the last ten years. **Results:** Both substitution therapies and heroin-supported therapy are cost effective interventions. The particular possibilities for use of the respective therapies have not yet been clearly identified, which means, that these substitution procedures cannot be used alternatively. The state of research on health economic evaluation of substitution therapy for opiate dependent persons is insufficient. **Conclusions:** According to available studies, the substitution procedures considered are to be recommended from a health-economic point of view. To specify the particular possibilities of use, further evaluation studies are needed.

# Gesundheitsökonomische Evaluation der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger – eine Standortbestimmung

### Schlüsselwörter

Gesundheitsökonomische Evaluation,  
Substitutionstherapie, Opiatabhängigkeit, Review

### Zusammenfassung:

**Ziel:** Zusammenstellung des Forschungsstands zur gesundheitsökonomischen Evaluation der Substitutionstherapie mit Methadon, Buprenorphin sowie zur heroingestützten Therapie. **Methode:** Literatur-Recherche in den einschlägigen Datenbanken mit Beschränkung auf vollständige gesundheitsökonomische Evaluationsstudien der letzten 10 Jahre. **Ergebnis:** Sowohl die beiden Substitutionstherapien als auch die heroingestützte Behandlung sind kosteneffektive Interventionen. Die spezifischen Einsatzmöglichkeiten der jeweiligen Therapien sind noch nicht eindeutig geklärt, so dass diese Substitutionsverfahren nicht alternativ zur Anwendung gelangen können. Die Studienlage im Bereich der gesundheitsökonomischen Evaluation der Substitutionstherapie Opiatabhängiger ist unzureichend. **Schlussfolgerungen:** Nach vorliegenden Studien sind die hier betrachteten Substitutionsverfahren aus gesundheitsökonomischer Sicht zu empfehlen. Zur weiteren Spezifikation der jeweiligen Einsatzmöglichkeiten sind weitere Evaluationsstudien wünschenswert.

### Einführung und Fragestellung

#### Die ökonomischen Folgen der Heroinabhängigkeit

Die Zahl der regelmäßigen Heroin-Konsumenten in Deutschland stagniert zwischen 120.000 und 150.000 Personen. Nach Schätzungen ist davon auszugehen, dass sich etwa die Hälfte der Betroffenen in suchtherapeutischen Behandlungen befinden (IFT 2002). Die gesundheitlichen und somit ökonomischen Folgen des Konsums illegaler Drogen sind beträchtlich. Je nach Abgrenzung der möglichen Kostenarten betragen die Folgekosten des illegalen Drogenkonsums im internationalen Vergleich zwischen 0,2 und 1,1 % des Bruttosozialprodukts (Rehm 1999). Mark et al. (2001) weisen darauf hin, dass der Anteil von Heroin-Missbrauchern an illegalen Drogenkonsumenten in den USA lediglich etwa 5 % betrage. Sie führten eine Krankheitskostenanalyse der allein auf Heroinkonsum zurückzuführenden Folgekosten für 1996 durch. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse.

<sup>1</sup> Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

**Tabelle 1: Gesellschaftliche Kosten der Heroin-Abhängigkeit in den USA im Jahr 1996**

| Kostenart   | Kosten<br>(in Mio US\$) | Anteil<br>in % |
|---|-------------------------|----------------|
| <b>Medizinische Kosten</b>                        |                         |                |
| Therapiekosten der Heroinabhängigkeit             |                         |                |
| spezielle Einricht. zur Therapie der Abhängigkeit | 862                     | 3,9            |
| generelle Krankenhauskosten                       | 330                     | 1,5            |
| ambulante Krankenhauskosten                       | 11                      | 0,1            |
| Notfallversorgung im Krankenhaus                  | 28                      | 0,1            |
| ambulante Versorgung                              | 10                      | 0,1            |
| Zwischensumme Behandlungskosten                   | 1.241                   | 5,8            |
| Komplikationen der Heroinabhängigkeit             |                         |                |
| AIDS  | 2.972                   | 13,6           |
| Tuberkulose                                       | 18                      | 0,1            |
| Hepatitis B                                       | 33                      | 0,2            |
| Hepatitis C                                       | 537                     | 2,5            |
| Schwangerschaftsprobleme                          | 9                       | 0,0            |
| Zwischensumme Komplikationen                      | 3.570                   | 16,3           |
| Administration der Krankenversicherungen          | 229                     | 1,0            |
| Zwischensumme Kosten der Krankenversorgung        | 5.040                   | 23,0           |
| Indirekte Kosten (Produktivitätsverluste)         |                         |                |
| Mortalität  | 5.027                   | 23,0           |
| Arbeitsunfähigkeit                                | 4.557                   | 20,8           |
| Strafvollzug                                      | 1.816                   | 8,3            |
| Reduzierte Arbeitsfähigkeit                       | 113                     | 0,5            |
| Zwischensumme indirekte Kosten                    | 11.513                  | 52,6           |
| Kosten der Kriminalität                           |                         |                |
| Polizeikosten                                     | 1.751                   | 8,0            |
| Justiz  | 885                     | 4,0            |
| Strafvollzug                                      | 1.787                   | 8,2            |
| Kosten der Kriminalitätsoffer                     | 796                     | 3,6            |
| Zwischensumme                                     | 5.220                   | 23,9           |
| Sonstige Sozialkosten                             | 99                      | 0,5            |
| <b>Gesamtkosten</b>                               | <b>21.872</b>           | <b>100</b>     |

Quelle: Mark, Woody, Juday & Kleber 2001, p. 196

Die Krankheitskostenstudie von Mark et al. (2001) für die USA zeigt, dass die direkten Therapiekosten der Heroinabhängigkeit vergleichsweise gering sind. Die medizinischen Folgen der Heroinabhängigkeit zurück zu führenden Komplikationen verursachen nahezu das Dreifache der Krankheitskosten der direkten Therapie. Insbesondere die Behandlungskosten von AIDS fallen auf. Die indirekten Kosten der Heroinabhängigkeit, also die Produktivitätsausfälle betragen über 50 % der Gesamtkosten, während die Kosten der Prohibition bei etwa 25 % der Gesamtkosten liegen. Die hier gezeigten ökonomischen Folgen der Heroinabhängigkeit sind in einigen internationalen Studien bestätigt worden (für einen Überblick: Rehm 1999). Für Deutschland bezifferten Hartwig und Pies 1995 die volkswirt-

schaftlichen Folgen des Heroinkonsums für 1992 auf annähernd 14 Mrd. DM (Hartwig & Pies 1995).

Die indirekten Kosten, also die Kosten des Produktivitätsausfalls, infolge von Morbidität Frühberentung und Mortalität, wurden in der Studie von Mark et al. (2001) und auch von Hartwig & Pies (1995) anhand des Human-Kapital-Ansatzes kalkuliert. Dieser Ansatz berechnet die indirekten Kosten vom Zeitpunkt der Neuerkrankung bis zum Eintritt des Rentenalters und ist daher nicht unumstritten. Hauptkritikpunkt ist, dass mehrjährige Produktivitätsausfälle infolge von Mortalität angesichts dauerhaft anhaltender Arbeitslosigkeit unrealistisch seien (Koopmanschaap et al. 1995) und somit wird inzwischen der sog. »Frik-tionskosten-Ansatz« empfohlen (Leidl 1998). Wall et al (2000) legten diesen

Ansatz ihrer Studie zur Berechnung der Folgekosten von Opiatabhängigkeit für Kanada zugrunde. Es zeigte sich eine andere Kostenverteilung. Hier entfiel der größte Kostenanteil auf die Kriminalitätsbekämpfung mit 44,6 %, die Produktivitätsverluste betragen hingegen nur noch 7 %. Und die direkten Krankheitsfolgenkosten in Form der Krankenversorgung hatten einen Anteil von 6,1 % (Wall et al. 2000).

Die Abschätzung der gesellschaftlichen Kosten der Opiatabhängigkeit ist nicht unproblematisch. Neben den erwähnten unterschiedlichen Ansätzen zur Berechnung der Produktivitätsausfälle gibt es weitere Problem-bereiche in der Kalkulation volkswirtschaftlicher Gesamtkosten. Mark et al. (2001) weisen darauf hin, dass vor allem zuverlässige Abschätzungen der Prävalenz der Opiatabhängigkeit und die Ermittlung attributiver Risiken problematisch seien. Ebenso schwierig ist die Abschätzung von Folgekosten, die indirekt mit der Opiatabhängigkeit in Verbindung stehen, wie z. B. die Berücksichtigung der auf den Opiatkonsum zurückzuführenden Infektionskrankheiten. Hierbei ist in vielen Fällen nicht eindeutig, ob bestimmte Infektionskrankheiten wie etwa Hepatitis oder Aids direkt auf den Opiatkonsum zurückgeführt werden können. Gleiches gilt für die Abschätzung von Kosten der Beschaffungskriminalität (Mark et al. 2001). Opiatkonsum und -abhängigkeit unterscheiden sich von anderen Krankheiten vor allem dadurch, dass die damit zusammenhängenden sozialen Kosten die Behandlungskosten weit übersteigen. Grund hierfür ist hauptsächlich, dass viele dieser Kosten nicht unbedingt mit der Opiatabhängigkeit direkt in Verbindung stehen, sondern eine Folge staatlich definierter Randbedingungen darstellen. Insbesondere die Illegalität des Opiatkonsums und die damit verbundenen Lebensgewohnheiten sind hier zu nennen (Rehm & Fischer 2001). Die gesundheitlichen und ökonomi-

Tabelle 2: Studientypen der ökonomischen Evaluation

| Studientyp                   | Bewertung der Kosten | Identifikation der Konsequenzen      | Messung/Bewertung der Konsequenzen                   |
|------------------------------|----------------------|--------------------------------------|--|
| Kosten-Effektivitäts-Analyse | monetär              | Einzeleffekte in beiden Alternativen | Natürliche Einheiten (z. B. gerettete Lebensjahre)   |
| Kosten-Nutzwert-Analyse      | monetär              | Mehrfacheffekte                      | In der Regel qualitätsbereinigte Lebensjahre (QALYs) |
| Kosten-Nutzen-Analyse        | monetär              | Mehrfacheffekte                      | monetär  |

Quelle: Ahrens 2002, S. 75

schen Folgen der Heroinabhängigkeit sind also beträchtlich. Zur Reduktion bzw. Linderung dieser Folgen wurden verschiedene Substitutionsverfahren entwickelt.

### Substitutionstherapie

Im Rahmen des wachsenden Einflusses des harmreduction-Ansatzes im Umgang mit intravenös Drogenkonsumierenden ist die Substitutionstherapie innerhalb der letzten 10 Jahre zu einer der wichtigsten Behandlungsformen der Opiatabhängigkeit geworden und hat sich mittlerweile als Alternative zur üblichen Abstinenztherapie etabliert (Drucker 1995, Poehlke 2001). Im Kontext der gesundheitsökonomischen Evaluation ist die Frage nach Behandlungsalternativen von zentraler Bedeutung. Gesundheitsökonomische Evaluationsstudien verfolgen das Ziel, aus mindestens zwei zur Verfügung stehenden Interventionsalternativen für eine bestimmte Indikation innerhalb vergleichbarer (Teil-)Populationen diejenige mit dem günstigsten Kosten-Wirksamkeits- bzw. Kosten-Nutzen-Verhältnis zu ermitteln.

Zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger sind in Deutschland vom Gesetzgeber folgende Präparate zugelassen: D,L-Methadon-hydrochlorid-lösung 1 %, Methadict (Methadon), L-Polamidon (Levo-Methadon) und Subutex (Buprenorphin) (Backmund 2001). In wie fern die verschiedenen Präparate jeweils Alternativen für identische Indikationen sind oder aber sich gegenseitig ergänzen, ist nicht eindeutig geklärt. Der Einsatz der einzelnen Substanzen erfolgt weniger aufgrund evidenzbasierter Erkenntnisse, sondern variiert vielmehr in Abhängigkeit

von der drogen- und gesundheitspolitischen Haltung auf nationaler Ebene. So lassen sich im internationalen Vergleich bzgl. der Präferenz der einzelnen Substanzen deutliche Präferenzen ausmachen. Während zum Beispiel Methadon in Deutschland als das Mittel der Wahl angesehen wird, wird in Frankreich überwiegend mit Buprenorphin substituiert (Pallenbach 2002, Moatti et al. 1998, Perrin 1999 zit. n. Barnett et al. 2001). Die Debatte, welches Substitut dem anderen nach welchen Kriterien überlegen ist, kann im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Publikation allerdings nicht abschließend geklärt werden. Hieraus ergibt sich für die gesundheitsökonomische Fragestellung, dass es nicht darum geht, die wirtschaftlichste Substitutionssubstanz zu finden, sondern lediglich darum, zu zeigen, ob jedes Präparat für sich eine kostenwirksame Intervention darstellt.

Aufgrund der praktischen Erfahrungen und der weltweit vorliegenden Studien ist davon auszugehen, dass der größte Teil der Substituierten von Methadon bzw. Buprenorphin profitieren kann (Pallenbach 2002). Für diejenigen, bei denen diese Substitutionen nicht die geeignete Therapie darstellen, ist die in vielen Ländern erprobte heroingestützte Behandlung möglicherweise eine Alternative (Poehlke 2001, Uchtenhagen et al. 1999, Krausz et al. 1999). Bislang ist die Verwendung in Deutschland illegal. Heroin ist Bestandteil der Liste 1 des BtmG und somit ein nicht verschreibungsfähiges Betäubungsmittel. Es wird jedoch in Deutschland in mehreren Städten im Rahmen eines Modellversuchs eingesetzt (Heroinstudie

2002). Die Heroinversuche richten sich tendenziell an Heroinabhängige, die bislang nicht in das Methadonprogramm integrierbar waren oder generell nicht von der Drogenhilfe erreicht wurden. Die Bezeichnungen für diese Zielgruppe reichen von »Schwerstabhängige« bis hin zu »chronisch mehrfachgeschädigte Abhängige« (Krausz et al. 2001). Somit ist die heroingestützte Therapie eigentlich keine Variante der Substitution, sondern steht am Ende einer Substitutionskette (Michels 2002). Die Wirksamkeit der heroingestützten Therapie wurde bereits in einigen Modellversuchen untersucht (z. B. die Schweizer PROVE-Studie, siehe Uchtenhagen et al. 1999, Steffen et al. 1999).

Die wesentlichen Erfolgsparameter der Substitution sind nach Auffassung von Dole und Nyswander (zit. n. Poehlke 2001) physische Rehabilitation, soziale/berufliche Integration und Stabilisierung, Ausstieg aus der Beschaffungskriminalität und die Abkehr vom illegalen Drogenmarkt. Darüber hinaus bekommt die Verhinderung von Infektionskrankheiten gerade in den letzten Jahren eine zentrale Bedeutung (BMG 2002b). Aus gesundheitsökonomischer Perspektive ergeben sich somit zwei Fragestellungen. Erstens soll untersucht werden, ob die beschriebenen Substitutionstherapien für sich allein eine positive Kosten-Nutzen-Relation aufweisen. Zweitens interessiert dann, welches der Verfahren, eine gleiche Effektivität unterstellt, den jeweils anderen vorzuziehen wäre.

### Gesundheitsökonomische Evaluation verschiedener Substitutionstherapien

Für ökonomische Evaluationen im Gesundheitswesen sind zwei Merkmale kennzeichnend: Erstens befassen sie sich mit dem Einsatz (input) und dem Ertrag (output) von gesundheitsbezogenen Aktivitäten, auch als Kosten und Konsequenzen bezeichnet. Zweitens befassen sie sich mit der Auswahl von Alternativen, indem Kriterien gesucht und expliziert werden, die

Tabelle 3: Gegenüberstellung der gesundheitsökonomischen Studien (Methadon)

| Autor                                | Barnett P  | Kraft M et al.  | Zaric et al. a) und b)  |
|--------------------------------------|--|---|---|
| Publikationsdatum                    | 1999   | 1997  | 2000  |
| Analyseform                          | Kosten-Effektivitäts-Analyse                       | Kosten-Effektivitäts-Analyse  | Kosten-Nutzwert-Analyse   |
| Staat                                | USA  | USA   | USA   |
| Währung, Jahr                        | US Dollar 1996                                     | US Dollar ohne Jahresangabe   | US Dollar ohne Jahresangabe   |
| Perspektive                          | Kostenträger                                       | Kostenträger  | Kostenträger  |
| Verglichene Alternativen             | MMT versus Drug free treatment                     | 3 Alternativen: Methadon mit minimalem, mittlerem und verstärkten Beratungsangebot                            | Erweiterung MMT-Angebot in Population mit hoher versus niedriger IDU-Prävalenz bzw. HIV-Prävalenz   |
| Berücksichtigte Kosten               | Kosten von MMT personenbezogen, lebenszeitbezogen  | Personalkosten der Health Professionals   | Behandlungskosten MMT, andere Beh.kosten, inkl. Beh.kosten von AIDS   |
| Kosten-Outcome-Maß                   | Kosten pro gewonnenem Lebensjahr                   | Kosten pro abstinenten Klienten   | Kosten pro QALY   |
| Kostendaten                          | Literatur, Zusammensetzung Kosten nicht genannt    | Routinedaten 1993, Personalaufwand pro Klienten über Observation/Interviews                                   | Verschiedene Quellen aus Literatur, nachvollziehbar angegeben   |
| Outcomedaten                         | Mortalitätsraten aus Literatur                     | Erhebung über Addiction Severity Index  | Werte für QALYs aus Literatur   |
| Studiendesign                        | Two-State-Markov Modell                            | RCT   | Computermodellierung (Excel 97)   |
| Zeitraumen                           | 8 Jahre  | 24 Wochen, Follow-Up nach einem Jahr  | 10 Jahre  |
| Studienpopulation zu Beginn und Ende | 1.000 25-jährige Heroingebraucher, fiktive Kohorte | 100 Patienten, mittl. Alters Langzeitabhängige, keine Therapieabbrecher angegeben                             | Erwachsene von 18-44 Jahre, Angenommene Population mit hoher/niedriger IDU bzw. HIV-Prävalenz   |
| Dosierung                            | Keine Angaben                                      | 60–90 mg pro Tag  | Keine Angaben   |
| Variablen                            | u. a. Mortalität, Behandl.-kosten, -zeit           | Nicht vorgenommen   | u. a. Mortalitätsraten, Therapieabbrecher, Injektionsverhalten, Behandlungskosten, Effekte auf LQ   |
| Sensitivitätsanalysen                | 3 %  | Keine Angaben   | 3 %   |
| Diskontierungsrate                   | 3 %  | Keine Angaben   | 3 %   |
| Ergebnis                             | ICER von \$ 5915 pro gerettetem Lebensjahr         | Mittl. Beratung ist am kosteneffektivsten (\$9804; min.: \$11.818, max. \$16.485 pro abst. Klienten pro Jahr) | \$ 6.300 pro QALY (hohe IDU-Prävalenz), \$ 10.900 pro QALY (niedrige IDU-Prävalenz), \$ 8.200 pro QALY (hoher HIV Prävalenz), \$10.900 pro QALY (niedriger HIV Prävalenz) |

bei der rationalen Entscheidung über die Verwendung knapper Ressourcen nützlich sein können. In diesem Sinne kann die gesundheitsökonomische Evaluation als vergleichende Analyse von Handlungsalternativen hinsichtlich ihrer Kosten und Konsequenzen definiert werden (Drummond et al. 1997). Sie befasst sich also nicht mit der Frage, ob eine Intervention überhaupt wirksam ist, sondern wie sich Kosten und Wirksamkeit zu vergleichender Alternativen verhalten. Tabelle 2 zeigt die heute üblichen Studientypen der gesundheitsökonomischen Evaluation.

Die Erfassung der Ressourcenverbräuche und ihre Bewertung unterscheidet sich bei den verschiedenen Studientypen nicht. Allerdings werden die Konsequenzen gesundheitsbezogener Interventionen in allen Studientypen unterschiedlich behandelt. Die Kosten-Effektivitäts-Analyse vergleicht sowohl die Kosten als auch die Effekte von mindestens zwei Alternativen. Diese werden in Form von Quotienten, in der Regel als Kosten pro gewonnenem Lebensjahr gegenüber-

gestellt. Eine Weiterentwicklung der Kosten-Effektivitäts-Analyse stellt die Kosten-Nutzwert-Analyse dar. Hier wird der eindimensionale Effekt »Lebensverlängerung« durch die gesundheitsbezogene Lebensqualität bereinigt. Das Ergebnis-Maß heißt dann »Kosten pro gewonnenem QALY«. Der für die gesundheitsökonomische Evaluation von Substitutionstherapien oft verwendete Studientyp ist die Kosten-Nutzen-Analyse. Hier wird jedoch nicht entsprechend den Lehrbüchern versucht, die gesamten Effekte zu monetarisieren, sondern man beschränkt sich nur auf monetäre Effekte, die zum Beispiel in Form von erzielten Einsparungen bzw. nicht mehr auftretende Kosten, angegeben werden. Einige Autoren bezeichnen diese eingeschränkte Kosten-Nutzen-Analyse auch als »cost-offset-analysis« (z. B. Simon & Katzelnick 1997).

#### Methodik

Es wurde eine Literaturrecherche in den einschlägigen Datenbanken (Medline/Pubmed; Embase) durchgeführt. Folgende Suchbegriffe wurden ver-

wendet: (Cost\* Economic\* Evaluation\* Methadon\* Bupren\* Heroin\* Maintenance\* Treatment\* Opioid\*). Berücksichtigt wurden nur vollständige gesundheitsökonomische Evaluationsstudien. Andere sog. »graue« Quellen (z. B. National Institute on Drug Abuse; USA, insbesondere Report 176, bzw. National Drug and Alcohol Research Centers NDARC, Australien) wurden ausgeschlossen, da sie entweder von geringerer Qualität zeugten oder vollständige Ergebnisse noch nicht veröffentlicht hatten. Darüber hinaus ist die Berücksichtigung von unpublizierten Literaturquellen im Rahmen von Reviews nicht unumstritten (Cook & Guyatt 1993, Moher et al. 2000).

Im Folgenden werden die wichtigsten Elemente der ausgewählten Evaluationsstudien tabellarisch zusammengefasst. Die Kriterien der Tabellen 3–5 (Spalte 1) orientieren sich an etablierten Review-Verfahren der NHS Economic Evaluation Database und des Office of Health Economics' Health Economic Evaluation Database (NHS 1996).



**Tabelle 4: Gegenüberstellung der gesundheitsökonomischen Studien (Buprenorphin)**

| Autor                                | Barnett, Zaric, Brandeau  |
|--------------------------------------|---|
| Publikationsdatum                    | 2001  |
| Analyseform                          | Kosten-Nutzwert-Analyse   |
| Währung, Jahr                        | US Dollar 1998  |
| Perspektive                          | Kostenträger  |
| Fragestellung                        | Ist Buprenorphin als zusätzl. Angebot zu MMT kosteneffektiv, bei<br>a) nur zusätzlicher Anzahl Substitutionen<br>b) hierdurch Verringerung Anzahl Substitutionen mit MMT?                       |
| Verglichene Alternativen             | weiterhin in Modellierung 3 mögliche Preisniveaus für B. berücksichtigt, sowie Szenarien von hoher und niedriger AIDS-Prävalenz   |
| Berücksichtigte Kosten               | Behandlungskosten (direkte, Personal, übrige)   |
| Kosten-Outcome Maß                   | Kosten pro QALY   |
| Herkunft der Kostendaten             | Basieren auf Kostendaten von MMT, die für Buprenorphintherapie angepasst wurden (nur für Dosispreis)  |
| Herkunft der Outcomedaten            | Werte für QALYs aus Literatur   |
| Studiendesign                        | Computersmodellierung (Excel 97, Hinweis auf Zaric et al. 2000b)  |
| Zeitraumen                           | 10 Jahre  |
| Studienpopulation zu Beginn und Ende | Keine Angaben, Therapieabbrecher in Sensitivitätsanalyse berücksichtigt; keine Angaben zum Setting  |
| Dosierung                            | Keine Angaben   |
| Sensitivitätsanalysen                | Unter anderem: Adjustierungen in Werten der Lebensqualität und Wertung der Lebensjahre, Effektivität von Buprenorphin, Risikoverhalten der Klienten, Variationen in Ausmaß der Anwendung von B. |
| Diskontierungsrate                   | 3 %   |
| <b>Ergebnis</b>                      | <b>Günstigere CERaten, wenn keine Wechsler von MMT zu B. bei hoher HIV-Prävalenz kosteneffektiver.<br/>Bei Dosispreis von \$5 Rate zwischen \$10.800 und \$ 17.700</b>                          |

## Ergebnisse

### Bewertung der berücksichtigten Evaluationsstudien

Beim Vergleich der Studien zur gesundheitsökonomischen Evaluation der verschiedenen Substitutionsverfahren fällt zunächst auf, dass nur wenige unterschiedliche Forschergruppen diese Analysen vorgenommen haben. Sowohl zwei der drei Methadon-Studien als auch die Buprenorphin-Studie wurden von den selben Autoren (Barnett u. a.) publiziert und in den USA (Palo Alto Veterans Affairs Health Care System, Kalifornien) durchgeführt. Die Studie von Kraft et al. (1997) wurde in Pennsylvania, USA durchgeführt. Die Studien zur heroingestützten Therapie basieren auf dem Schweizer Modellversuch PROVE und wurden beide von Frei u. a. publiziert. Zwei der drei Methadon-Studien führten eine Kosten-Effektivitäts-Analyse durch. Die dritte Methadon-Studie und die Buprenorphin-Studie wählten als ökonomischen

**Tabelle 5: Gegenüberstellung der gesundheitsökonomischen Studien (Heroinvergabe)**

| Autor                                 | Frei, Greiner, Mehnert, Dinkel   | Frei A. et al   |
|---------------------------------------|--|---|
| Publikationsdatum                     | 1997   | 1998  |
| Analyseform                           | KNA/Cost-offset-analysis   | KNA/Cost-offset-analysis; Teilbereich Gesundheit aus nebenstehender Studie  |
| Staat                                 | Schweiz  | Schweiz   |
| Währung, Jahr                         | CHF, keine Jahresangaben   | CHF, keine Jahresangaben  |
| Perspektive                           | Volkswirtschaft  | Kostenträger (nicht explizit genannt)   |
| Alternativen                          | Vergleich Situation Studieneintritt mit nach einem Jahr  | Diagnosehäufigkeit zu Beginn und nach einem Jahr  |
| Kosten                                | Direkte Kosten, Personalkosten, übriger Aufwand  | Med. Leistungen, Labor, Medikamente, stationäre Krankenhausaufenthalte  |
| Kosten-Outcome-Maß                    | Kosten-Nutzen in jeweiligen Teilbereichen  | Kosten und Nutzen für die einzelnen Diagnosen   |
| Kostendaten                           | In einzelnen Bereiche unterschiedliche Methodik  | Anhand von repräsentativen Fällen mit Tarifen, Preisen und Taxen bewertet   |
| Outcomedaten                          | Probandenbefragung, für einzelne Bereiche unterschiedliche Datengrundlagen (Kohorten) und Methodik   | Nacherhebung: Krankenakten, Ergänzung durch persönliche Gespräche   |
| Studiendesign                         | Interventionsstudie, Datenerhebung für ökonomische Evaluation teilweise retrospektiv; keine Kontrollgruppe   | Interventionsstudie, Datenerhebung für ökon. Evaluation retrospektiv keine Kontrollgruppe   |
| Zeitraumen                            | 1 Jahr oder Halbjahresvergleich  | 1 Jahr  |
| Studienpopulation zu Beginn und Ende; | Basispopulation war eine Kohorte von 317 Probanden (von 366 der 1994 in Versuch eingetretenen), je nach Teilbereich unterschiedliche Kohorten, Anzahl der Abbrecher bzw. Non-Response angegeben, in die ök. Evaluation nicht einbezogen; | 1994: 317 Probanden; 213 (67,2 %) waren Ende 94 noch in Behandlung (Drop-Out aus verschiedenen Gründen: 56 Probanden haben Anschlussbehandlung aufgenommen, Rest echte Drop-Outs); weitere Beschränkung auf 142 Probanden, (67 %), leicht verfügbare Daten. Therapieabbrecher nicht in ökon. Evaluation einbezogen; |
| Dosierung                             | Keine Angaben  | Keine Angaben   |
| Sensitivitätsanalysen                 | Nicht durchgeführt   | Nicht durchgeführt  |
| Diskontierungsrate                    | Keine Angaben  | Keine Angaben   |
| <b>Ergebnis</b>                       | <b>Kosten: CHF 51,7; Nutzen: CHF 95,5;<br/>Nettonutzen CHF 44,33 pro Person pro Tag,<br/>Größter Nutzen im Bereich Legalverhalten</b>  | <b>Reduktion der Behandlungskosten von CHF 22,27 auf CHF 5,15,<br/>Nettonutzen CHF 17,11 pro Person pro Tag,<br/>Größte Einsparungen bei depressiven Episoden</b>   |

Studientyp die Kosten-Nutzwert-Analyse, d.h. hier wurden auch die Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Probanden als Outcome berücksichtigt. Die beiden Schweizer Studien stellen eingeschränkte Kosten-Nutzen-Analysen dar. Die Studien der Gruppe um Barnett (zwei Methadon-Studien, Buprenorphin-Studie) basieren auf einem Computer-Simulations-Modell, das im Artikel von Zaric et al. (2000b) beschrieben wurde. Die anderen Autoren wählten ein experimentelles Studiendesign, wobei die Studie von Kraft et al. (1997) als separate Auswertung einer randomisierten kontrollierten Studie angelegt ist, die bereits 1993 publiziert wurde. Die beiden Heroinstudien entsprechen ebenfalls einem experimentellen Studiendesign, sind jedoch überwiegend retrospektiv angelegt.

Mit Ausnahme der beiden Heroinstudien wählten die Autoren als Perspektive die der Kostenträger im Gesundheitswesen. Insbesondere monetäre Effekte, die außerhalb der Zuständigkeit und des Interesses der Kostenträger liegen, wie etwa reduzierte Kriminalität, könnten deshalb in diesen Studien unberücksichtigt sein. Eine Nicht-Berücksichtigung aller Effekte führt jedoch zu einer deutlichen Unterschätzung der Effekte aus volkswirtschaftlicher Perspektive. Die nationalen und internationalen Guidelines zur gesundheitsökonomischen Evaluation empfehlen daher die Wahl der Perspektive der Gesamtgesellschaft. Sollte jedoch eine andere Perspektive gewählt werden, wie etwa hier die der Kostenträger, so sind alle Effekte zu berücksichtigen, die für deren Entscheidungsrationalitäten als notwendig erachtet werden (Drummond et al. 1997). Im Kontext der Substitutionstherapie hieße dies z. B., dass insbesondere die Reduktion von Infektionsraten (Hepatitis, HIV) monetär einbezogen würde und dass verschiedene Szenarien der Substitution (z. B. die Reduktion der Konsultationen bei der Buprenorphin-Substitution) entsprechende Berücksichtigung fänden.

Die Fragestellungen der Studien variieren erheblich. Einerseits wird die Wirksamkeit der Substitution im Vergleich zur drogenfreien Therapie analysiert (Barnett 1999). Andererseits werden verschiedene Substitutionsverfahren miteinander verglichen, z. B. Methadon in Kombination mit verschiedenen Beratungsangeboten (Kraft et al. 1997) oder Buprenorphin-Substitution als zusätzliches Angebot in bestehenden Methadon-Programmen (Zaric et al. 2000a). Insofern ist ein Vergleich der Studien untereinander nicht möglich. Auch die Ermittlung der Kosten der verschiedenen Substitutionsverfahren ist im Vergleich der Studien sehr unterschiedlich. Dies liegt vor allem daran, dass die Studiengruppen unterschiedliche Vorgehen gewählt haben. Zwei der drei Methadon-Studien und die Buprenorphin-Studie basieren auf Computersimulationen, bei denen aus der Literatur verfügbare Kostendaten in das Modell eingegeben werden, bzw. schlicht Annahmen getroffen werden, wenn zu bestimmten Aspekten keine Informationen vorliegen. Zum Beispiel schätzen die Autoren der Buprenorphin-Studie die Kosten des Buprenorphins, da dieses nicht am US-Markt erhältlich ist.

Von besonderer Bedeutung für die Aussagefähigkeit der Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien ist die Betrachtung der Studienpopulationen zu Beginn und zum Ende der Studie, da die drop-out-Rate in der Substitutionstherapie vergleichsweise hoch ist und somit das Studienergebnis beeinflusst wird (Rehm & Fischer, 2001, schätzen die Abbruchrate der Studienpopulation auf 50 % oder mehr der ursprünglichen Stichprobe). Die in den Studien geschilderten Effekte beziehen sich häufig auf die in der Studie verbleibenden Patienten und nicht auf alle in die Studie Aufgenommenen. Daher kann die Studienpopulation jeweils nur eingeschränkt nachvollzogen werden. Nur bei der Simulationsstudie von Barnett et al. (2001) wird im Rahmen der Sensitivitäts-Analyse der Umstand berücksichtigt, dass nicht alle Patienten, die

eine Substitutionstherapie aufnehmen, diese auch aufrecht erhalten. Die anderen Modellierungsstudien berücksichtigen diesen Aspekt nicht. In den beiden Heroinstudien wurde zwar auf die Studienabbrecher hingewiesen, diese wurden aber in der Auswertung nicht berücksichtigt. Für die Übertragbarkeit der Studienergebnisse ebenfalls von Bedeutung ist die Beschreibung des Studiensettings, d. h. wurde die Studie an »typischen« Patienten vorgenommen? Im Rahmen von Modellierungsstudien kann insofern darauf geachtet werden, dass die jeweils in das Modell eingegebenen Basisinformationen und Annahmen durch Studien an typischen Patienten belegt sind. Die beiden Methadon-Studien, die auf Modellierungen basieren, haben dies angemessen berücksichtigt. In der Buprenorphin-Studie wurde das Setting nicht explizit beschrieben. Obwohl die Wirksamkeit von Substitutionsprogrammen u. a. von der Dosierung der eingesetzten Präparate abhängt, wurden außer in der Studie von Kraft et al (1997) keine Angaben zu Höhe und Art der Dosierung gemacht.

#### Beurteilung anhand eines Transparenz- und Qualitätskatalogs

Zur Beurteilung gesundheitsökonomischer Studien wurden im Rahmen des deutschen HTA-Programms in Anlehnung an internationale Literaturempfehlungen ein »Transparenz-« sowie ein »Qualitätskatalog« entwickelt. Beide Kataloge zielen auf vollständige gesundheitsökonomische Evaluationen ab (Siebert et al. 1999). Grundlegendes Qualitätsmerkmal von ökonomischen Studien ist die Transparenz ihrer Fragestellung, ihrer methodischen Anlage, der tatsächlichen Vorgehensweise und der Ergebnisdarstellung. Das Studienziel, der Evaluationsrahmen, alle Datenparameter, Modelle und Annahmen, auf welchen die Untersuchung beruht, sollten klar erkennbar sein. Die Anforderungen an die Transparenz von gesundheitsökonomischen Untersuchungen lassen sich in 10 Themenbereiche mit insgesamt 56 Fragen organisieren. Die

Themenbereiche umfassen: Fragestellung, Evaluationsrahmen, Analysemethoden und Modellierung, Gesundheitseffekte, Kosten, Diskontierung, Ergebnispräsentation, Behandlung von Unsicherheiten, Diskussion und

Schlussfolgerungen. Bei Anwendung der Kataloge kann jedem einzelnen Kriterium ein Punktwert (1 Kriterium voll erfüllt, 0,5 teilweise erfüllt, 0 nicht erfüllt) zugewiesen werden (Siebert et al. 1999). Zielsetzung des Qualitätskataloges ist es, die methodisch-inhaltliche Qualität der gesundheitsökonomischen Studien zu bewerten. Teilweise gibt es bzgl. einzelner Fragen Überschneidungen zwischen Qualitäts- und Transparenzkatalog. Im Gegensatz zu dem Transparenzkatalog wird beim Qualitätskatalog jedoch vom Anwender eine Bewertung der Angemessenheit des Studiendesigns und sonstiger methodischer Aspekte gefordert. Hier stellt sich etwa die Frage, in wie weit ein angemessener Zeithorizont gewählt wurde bzw. ob geeignete Datenquellen für Kosten und Effekte herangezogen wurden. Auch beim Qualitätskatalog wird die Bewertung durch die Zuweisung einzelner Punkte zu den Kriterien vorgenommen (Siebert et al. 1999; Tabellen 6 und 7).

Die vorliegenden Studien sind bzgl. der Kriterien »Transparenz« und »Qualität« als relativ gleich zu bewerten. Jede Studie hat verschiedene Stärken und Schwächen, die vor allem durch das jeweilige methodische Vorgehen begründet sind. Die beiden Heroin-Studien fallen im Vergleich jedoch etwas ab, da sie ein methodisch relativ schwaches Vorgehen gewählt haben. Nicht nur die Tatsache, dass eine Kontrollgruppe fehlt, lässt die Validität der Ergebnisse anzweifeln, auch das retrospektive Vorgehen ist wahrscheinlich nicht geeignet, um zuverlässige Kosteninformationen zu bekommen.

Modellierungs-Studien haben den Vorteil, dass sie langfristige Studienzeiträume berücksichtigen können und dass es möglich ist, verschiedene Interventionen (z. B. Dosierungen, Therapiepläne) zu variieren. Dies ist in experimentellen Studien nur eingeschränkt möglich. Langfristige Studien sind oftmals zu aufwändig und die Variation von Studienparametern beeinflusst die Validität der Ergebnisse. Die Schwäche von Computer-Simulationen liegt

Tabelle 6: Bewertung der Transparenz der Studien

| Transparenzkriterien                    | Barnett | Kraft | Zaric | Barnett | Frei 97 | Frei 98 |
|---|---------|-------|-------|---------|---------|---------|
| 1. Fragestellung formuliert             | 1       | 1     | 1     | 1       | 1       | 1       |
| 2. Darstellung des Problemkontextes     | 1       | 1     | 1     | 1       | 1       | 1       |
| 3. Technologiespezifikation             | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0,5     | 0       | 0       |
| 4. Anzahl Alternativtechnologien        | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 1       | 0       | 0       |
| 5. Begründung Alternativtechnologien    | 0,5     | 1     | 0     | 1       | 0       | 0       |
| 6. Beschreibung der Zielpopulation      | 0,5     | 0,5   | 0     | 0,5     | 0,5     | 0,5     |
| 7. Zeithorizont                         | 1       | 1     | 1     | 1       | 1       | 1       |
| 8. Ökonomischer Evaluationstyp          | 1       | 1     | 1     | 0,5     | 0,5     | 0,5     |
| 9. Kosten + Effekte                     | 1       | 1     | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 10. Perspektive                         | 1       | 0,5   | 0     | 1       | 0       | 0       |
| 11. Modellbeschreibung                  | 0,5     | n.r.  | 1     | 1       | n.r.    | n.r.    |
| 12. Modelldokumentation                 | 0,5     | n.r.  | 1     | 1       | n.r.    | n.r.    |
| 13. (Modell)annahmen                    | 0,5     | n.r.  | 1     | 1       | n.r.    | n.r.    |
| 14. Pfadwahrscheinlichkeiten            | 0,5     | n.r.  | 1     | 1       | n.r.    | n.r.    |
| 15. Gesundheitszustände                 | 1       | 1     | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 16. Quellen der Effektdaten             | 1       | 1     | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 17. Design + Auswertungsmethoden        | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 18. Effektparameter                     | 1       | 1     | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 19. Präferenz: Bewertungsmethodik       | n.r.    | n.r.  | n.r.  | n.r.    | n.r.    | n.r.    |
| 20. Präferenz: Datenquellen             | n.r.    | n.r.  | n.r.  | n.r.    | n.r.    | n.r.    |
| 21. Evidenz                             | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 1       | 0       | 0       |
| 22. Angabe des Mengengerüsts            | 0       | 0,5   | 0     | 0,5     | 0,5     | 0,5     |
| 23. Mengengerüst: Quellen/Methoden      | 0       | 0,5   | 0     | 0,5     | 0,5     | 0,5     |
| 24. Angabe des Preisgerüsts             | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0,5     | 0,5     | 0,5     |
| 25. Preisgerüst: Quellen + Methoden     | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0,5     | 0,5     | 0       |
| 26. Perspektive/Zeithorizont            | 1       | 0,5   | 0,5   | 1       | 0       | 0,5     |
| 27. Indirekte Kosten                    | 0       | 0     | 0     | 1       | 0       | 0       |
| 28. Währung                             | 1       | 1     | 1     | 1       | 1       | 1       |
| 29. Währungskonversion                  | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 30. Preisanpassung                      | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 31. Effekte und Kosten                  | 1       | 0     | 1     | 1       | 0       | 0       |
| 32. Referenzjahr                        | 0,5     | 0     | 1     | 1       | 0       | 0       |
| 33. Angabe der Diskontrate              | 1       | 0     | 1     | 1       | 0       | 0       |
| 34. Begründung                          | 1       | 0     | 1     | 0       | 0       | 0       |
| 35. Modellvalidierung                   | 0,5     | n.r.  | 1     | 1       | n.r.    | n.r.    |
| 36. Absolute Effekte/Kosten pro Kopf    | 0,5     | 1     | 1     | 1       | 1       | 1       |
| 37. Inkrementelle Effekte/Kosten        | 0,5     | 1     | 0     | 1       | 0       | 0       |
| 38. Relation Kosten - Effekte           | 0,5     | 1     | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 39. Rohe klinische Effekte              | 0,5     | 1     | 0     | 1       | 0       | 0       |
| 40. Disaggregierte Darstellung          | 0,5     | 1     | 1     | 1       | 1       | 1       |
| 41. Populationsaggregierte Darstellung  | 0,5     | 0     | 0     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 42. Univariate Sensitivitätsanalyse     | 0,5     | 0     | 1     | 1       | 0       | 0       |
| 43. Multivariate Sensitivitätsanalyse   | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 44. Strukturelle Sensitivitätsanalyse   | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 45. Variation der Werte bzw. Strukturen | 1       | 0     | 1     | 1       | 0       | 0       |
| 46. Ergebnisse Sensitivitätsanalysen    | 0,5     | 0     | 1     | 1       | 0       | 0       |
| 47. Statistische Inferenzmethoden       | 0       | 1     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 48. Datenqualität                       | 0,5     | 0,5   | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 49. Parameterschätzung                  | 0,5     | 0,5   | 1     | 1       | 0       | 0       |
| 50. Strukturelle Modellannahmen         | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 51. Einschränkungen/Schwächen           | 0,5     | 0,5   | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 52. Generalisierbarkeit                 | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 53. Ethische Aspekte/Verteilungsfragen  | 0,5     | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 54. Kontext mit Gesundheitsprogrammen   | 0       | 0     | 0,5   | 1       | 0       | 0       |
| 55. Basierend auf Ergebnissen           | 0,5     | 0,5   | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 56. Antwort auf Fragestellung           | 0,5     | 0,5   | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |

1 = Kriterium erfüllt; 0,5 = teilweise erfüllt, 0 = nicht erfüllt, n.r. = nicht relevant



jedoch darin, dass zuverlässige Aussagen bzgl. der Übertragbarkeit der gefundenen Ergebnisse in die Routine-

Versorgung nur bedingt möglich sind. Viele Rahmenbedingungen der Routine-Versorgung, wie etwa die Auswir-

kungen von Begleitmedikationen, unterstützende Faktoren durch Beratung bzw. soziales Umfeld usw. bleiben oft unberücksichtigt. Experimentelle Studien sind somit tendenziell realistischer, vorausgesetzt, dass die Studienpopulationen dementsprechend ausgewählt wurden.

Die durchweg positiven Befunde der gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien sind aus verschiedenen Gründen im Hinblick auf ihre Repräsentativität zu diskutieren. Neben Aspekten der Realisierung der Studienergebnisse sind vor allem zwei methodische Einschränkungen zu nennen. Diese liegen in der Selbstselektion der Probanden und in der vergleichsweise hohen drop-out-rate (Rehm & Fischer 2001). Die wenigsten Studien weisen ein randomisiertes Studiendesign auf. Von den hier beschriebenen Studien führten nur Kraft et al. (1997) eine Randomisierung der Probanden durch, wobei darauf hingewiesen sei, dass die Studienpopulation der Methadongruppe nicht mit der zugrundeliegenden Wirksamkeitsstudie von McLellan et al. (1993) übereinstimmt. Eine nicht zufällige Zuordnung von Probanden zu Studiengruppen kann zu falschen Rückschlüssen führen, denn die positiven Effekte der Substitution könnten auch dadurch entstanden sein, dass die Teilnehmer ihr Leben ändern wollten und sich deshalb freiwillig zur Therapie gemeldet haben. Selbst wenn eine solche freiwillige Studienteilnahme abgelehnt werden würde, wären positive Effekte der Delinquenzverringering denkbar; dies allein aufgrund des Entschlusses, das drogenbestimmte Leben ändern zu wollen (Rehm & Fischer 2001). Dieser Selbstselektionseffekt lässt sich nur durch eine randomisierte Zuteilung der Probanden zu den Studiengruppen verhindern. Dies ist jedoch im Regelfall schwierig, da nicht therapiewillige Probanden für eine solche Studie kaum gewonnen werden können.

Die im Transparenz- und Qualitätskatalog vorgegebenen Kriterien werden von keiner Studie vollständig erfüllt. Dies dürfte aber auf die meis-

**Tabelle 7: Beurteilung der Qualität der einbezogenen Studien**

| Qualitätskriterien                      | Barnett | Kraft | Zaric | Barnett | Frei 97 | Frei 98 |
|---|---------|-------|-------|---------|---------|---------|
| 1. Präzision der Fragestellung          | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0,5     | 0       | 0       |
| 2. Darstellung des Problemkontextes     | 0,5     | 0,5   | 0     | 0,5     | 0       | 0       |
| 3. Technologiespezifikation             | 0       | 0,5   | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 4. Anzahl Alternativtechnologien        | 0       | 0,5   | 0     | 0,5     | 0       | 0       |
| 5. Begründung Alternativtechnologien    | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 6. Beschreibung der Zielpopulation      | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 7. Zeithorizont                         | 0,5     | 0,5   | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 8. Ökonomischer Evaluationstyp          | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0       | 0       | 0       |
| 9. Kosten + Effekte                     | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0,5     | 0       | 0       |
| 10. Perspektive                         | 0       | 0     | 0     | 0,5     | 0       | 0       |
| 11. Modellbeschreibung                  | 0       | n.r.  | 1     | 1       | n.r.    | n.r.    |
| 12. Modelldokumentation                 | 0       | n.r.  | 1     | 1       | n.r.    | n.r.    |
| 13. (Modell)annahmen                    | 0       | n.r.  | 1     | 0,5     | n.r.    | n.r.    |
| 14. Pfadwahrscheinlichkeiten            | 0       | n.r.  | 1     | 0,5     | n.r.    | n.r.    |
| 15. Gesundheitszustände                 | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0,5     | 0       | 0       |
| 16. Quellen der Effektdaten             | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0       | 0       | 0       |
| 17. Design / Auswertungsmethoden        | 0       | 0,5   | 0     | 0,5     | 0       | 0       |
| 18. Effektparameter                     | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0,5     | 0       | 0       |
| 19. Präferenz: Bewertungsmethodik       | n.r.    | n.r.  | n.r.  | n.r.    | n.r.    | n.r.    |
| 20. Präferenz: Datenquellen             | n.r.    | n.r.  | n.r.  | n.r.    | n.r.    | n.r.    |
| 21. Evidenz                             | 0       | 0     | 0     | 0,5     | 0       | 0       |
| 22. Angabe des Mengengerüsts            | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 23. Mengengerüst Quellen/Methoden       | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 24. Angabe des Preisgerüsts             | 0,5     | 0,5   | 0     | 0,5     | 0       | 0       |
| 25. Preisgerüst: Quellen + Methoden     | 0       | 0,5   | 0     | 0,5     | 0       | 0       |
| 26. Perspektive/Zeithorizont            | 0,5     | 0     | 0     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 27. Indirekte Kosten                    | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 28. Währung                             | 1       | 1     | 1     | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 29. Währungskonversion                  | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 30. Preisanpassung                      | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 31. Effekte und Kosten                  | 0,5     | 0     | 1     | 1       | 0       | 0       |
| 32. Referenzjahr                        | 0       | 0     | 1     | 1       | 0       | 0       |
| 33. Angabe der Diskontrate              | 1       | 0     | 1     | 1       | 0       | 0       |
| 34. Begründung                          | 1       | 0     | 0,5   | 0       | 0       | 0       |
| 35. Modellvalidierung                   | 0,5     | n.r.  | 1     | 0,5     | n.r.    | n.r.    |
| 36. Absolute Effekte/Kosten pro Kopf    | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 37. Inkrementelle Effekte/Kosten        | 0       | 0,5   | 0     | 1       | 0       | 0       |
| 38. Relation Kosten - Effekte           | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 39. Rohe klinische Effekte              | 0       | 0,5   | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 40. Disaggregierte Darstellung          | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 1       | 0,5     | 0,5     |
| 41. Populationsaggregierte Darstellung  | 0       | 0     | 0     | 1       | 0       | 0       |
| 42. Univariate Sensitivitätsanalyse     | 0,5     | 0     | 1     | 0,5     | 0       | 0       |
| 43. Multivariate Sensitivitätsanalyse   | 0       | 0     | 0     | 0,5     | 0       | 0       |
| 44. Strukturelle Sensitivitätsanalyse   | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 45. Variation der Werte bzw. Strukturen | 0,5     | 0     | 1     | 0,5     | 0       | 0       |
| 46. Ergebnisse Sensitivitätsanalysen    | 0,5     | 0     | 1     | 0,5     | 0       | 0       |
| 47. Statistische Inferenzmethoden       | 0       | 0,5   | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 48. Datenqualität                       | 0,5     | 0     | 0,5   | 0,5     | 0       | 0       |
| 49. Parameterschätzung                  | 0       | n.r.  | 0,5   | 0,5     | 0       | 0       |
| 50. Strukturelle Modellannahmen         | 0       | n.r.  | 0     | 0,5     | 0       | 0       |
| 51. Einschränkungen + Schwächen         | 0,5     | 0     | 0,5   | 0,5     | 0       | 0       |
| 52. Generalisierbarkeit                 | 0       | 0     | 0     | 0,5     | 0       | 0       |
| 53. Ethische Aspekte/Verteilungsfragen  | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 54. Kontext mit Gesundheitsprogrammen   | 0       | 0     | 0     | 0       | 0       | 0       |
| 55. Basierend auf Ergebnissen           | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0,5     | 0       | 0       |
| 56. Antwort auf Fragestellung           | 0,5     | 0,5   | 0,5   | 0,5     | 0       | 0       |

1 = Kriterium erfüllt; 0,5 = teilweise erfüllt, 0 = nicht erfüllt, n.r. = nicht relevant

ten gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien zutreffen (vgl. hierzu die Bewertung verschiedener Studien zum Mammographie- und Zervixkarzinom-Screening von Ahrens 2002 bzw. eine allgemeine Übersicht von Udvarhelyi 1992). Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die publizierten Studien relativ intransparent sind. Alle Autoren beschreiben die Fragestellungen ihrer jeweiligen Analysen und skizzieren einen Problemkontext. Konkretere Fragestellungen, die später im Verlauf beantwortet werden sollen, fehlen jedoch. Insbesondere wird darauf verzichtet, den Problemkontext detaillierter zu beschreiben. Hier fehlen im Regelfall Angaben zu den gesellschaftlichen und ökonomischen Diskussionen im Hinblick auf die Opiatsubstitution bzw. zur Einordnung gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien in Zeiten zunehmend knapper Ressourcen.

Der Evaluationsrahmen wird zwar in den meisten Studien skizziert, bleibt jedoch in der Regel oberflächlich bzw. unvollständig. Insbesondere die Technologiespezifikation, also die detaillierte Beschreibung der Substitutionsprogramme, wird unzureichend bearbeitet. Dies beeinträchtigt die Nachvollziehbarkeit der Studien und somit auch deren Übertragbarkeit auf andere Settings. Alternativtechnologien, z. B. andere Substitutionspräparate oder -programme werden nicht genannt oder lediglich erwähnt. Hier ist insbesondere die Studie von Zaric et al. (2000a) zu nennen, die den Vorteil der Substitutionstherapie u. a. damit begründen, dass eine geringere HIV-Prävalenz zu erwarten wäre. Alternative Strategien zur HIV-Prävention werden nur sporadisch erwähnt. Die Beschreibung der Zielpopulation erfolgt ebenfalls nur in Ausnahmefällen. Damit ist nicht nur die Beschreibung der Studienpopulation selbst gemeint, sondern auch diejenige Population, für die die Studienpopulation als repräsentativ gelten möchte. Die Wahl des Zeithorizonts ist dagegen in Anbetracht der jeweiligen Studiendesigns gerechtfertigt. Der ökonomische Evaluationstyp

wird ebenfalls immer genannt. Allerdings präsentieren z. B. Zaric et al. 2000 auch Ergebnis-Maße der Kosten-Nutzwert-Analyse (QALY), obwohl sie eigentlich eine Kosten-Effektivitäts-Analyse durchführen wollten. Die Wahl der Perspektive wird nicht immer explizit genannt und so gut wie gar nicht begründet. Obwohl Barnett et al. (2001) zwar betonen, die Kostenträger-Perspektive sei geeigneter als andere, weil sie die Entscheidungsrationaltäten der Institutionen berücksichtige, die die Substitutionstherapien zu zahlen hätten, ist aus wissenschaftlicher Sicht nur die gesellschaftliche (volkswirtschaftliche) Perspektive geeignet, ein im Hinblick auf optimale Ressourcenallokationen hinreichendes Studienergebnis zu gewährleisten.

Die Hälfte der Studien verwendet Computer-Simulationen im Forschungsvorgehen. Während Zaric et al. (2000) und Barnett et al. (2001) ihr Vorgehen sehr transparent beschreiben, ist die Modellierung von Barnett (1999) nicht nachvollziehbar. Die gefundenen Ergebnisse verlieren so an Glaubwürdigkeit und eine Übertragbarkeit auf andere Settings ist nahezu ausgeschlossen. In den Modellierungsstudien werden die Gesundheitseffekte der verschiedenen Substitutionsverfahren aus der Literatur übernommen. Die experimentellen Studien geben verschiedene Effektparameter an, wobei die Gesundheitseffekte in den Heroinstudien nur herangezogen werden, um daraus abzuleitende Einsparungen zu kalkulieren. Die Evidenz der den Simulationsstudien zugrundeliegenden Gesundheitseffekte geht aus den Publikationen nicht hervor. Die Befunde der experimentellen Studien dürften als eher niedrig eingeschätzt werden. Die Ergebnisse von Kraft et al. (1997) basieren auf einem zweifelhaften Vorgehen bei der Auswertung und Darstellung der Daten, da die Fallzahlen mit denen der Wirksamkeitsstudie von McLellan (1993) nicht übereinstimmen. Die Heroinstudien wurden retrospektiv und ohne Kontrollgruppe vorgenommen, hier ist allein aus diesen beiden

Gründen nur von einer eingeschränkten methodischen Güte auszugehen.

Die Ermittlung der Kosten wird oft nicht beschrieben, zudem fehlen nahezu immer die zugrundeliegenden Mengengerüste, die die Nachvollziehbarkeit der Kostenermittlung erheblich erleichtern würden und zudem die Übertragbarkeit der Ergebnisse überhaupt erst ermöglichen. Indirekte Kosten, also die Kosten des Produktivitätsausfalls werden nur von Barnett et al. (2001) erwähnt. Alle anderen Studien ignorieren diese Kosten. Die Diskontierung von Kosten und Effekten wird in den Modellierungsstudien ausreichend berücksichtigt, auch wenn eine Begründung für die Wahl der Diskontrate meist fehlt. Die experimentellen Studien vernachlässigen den Diskontierungsaspekt, dies erscheint jedoch aufgrund der kurzen Studienzeiträume gerechtfertigt. Durch Sensitivitätsanalysen und statistische Inferenzmethoden sollen Unsicherheiten der Analysen überprüft und ggfs. diskutiert werden. Dies wird durch die Modellierungsstudien in angemessener Weise geleistet. Die experimentellen Studien vernachlässigen diesen Aspekt jedoch weitgehend. Im Rahmen der Diskussion sollen Stärken und Schwächen der Studien von den Autoren dargestellt werden, damit der Leser zu einer besseren Einschätzung der Studie und deren Übertragbarkeit auf andere Settings gelangen kann. Dies erfolgt eher unzureichend. Insbesondere die Datenqualität wird selten in Frage gestellt. Aspekte der Generalisierbarkeit und der Zusammenhang zu anderen Gesundheitsprogrammen werden so gut wie nicht angesprochen. Die Schlussfolgerungen der Autoren werden maßgeblich durch das methodische Vorgehen der Autoren beeinflusst

### Schlussfolgerungen

Die gesundheitlichen und damit ökonomischen Folgen des Konsums illegaler Drogen sind beträchtlich. Gesundheitsökonomische Evaluationen werden eingesetzt, um in dem Spannungsfeld von zunehmenden In-

terventionsmöglichkeiten im Gesundheitswesen und gleichzeitig begrenzte finanziellen Ressourcen ausgewogene Analysen bzgl. der optimalen Ressourcenallokation anzustellen. Im Bereich der Substitutionstherapien Opiatabhängiger ist dies ein schwieriges Unterfangen, da zum einen die Parameter der Substitution an sich noch nicht geklärt sind und zum anderen die Studienlage als sehr inhomogen bezeichnet werden kann. Teilweise werden begrenzte Perspektiven (Kostenträger) eingenommen und die Qualität der einzelnen Studien ist als mäßig bis schlecht zu bezeichnen, wodurch die Aussagekraft der Ergebnisse nicht gewährleistet ist. Aufgrund der hier untersuchten Studien, ist trotz methodischer Einschränkungen von enormen Einsparpotentialen auszugehen. Diese liegen vor allem im Bereich der Vermeidung von Folgekrankheiten (Hepatitis, HIV und Aids) sowie in der Verringerung delinquenten Verhaltens. Wünschenswert wäre es also nicht nur die Verbesserung der gesundheitsökonomischen Evaluationen in der Drogensubstitution sondern auch eine breitere Akzeptanz der bereits bestehenden Substitutionsprogramme, dies jedoch nicht unter Vernachlässigung genereller präventiver und gesundheitsförderlicher Aktivitäten zur Verringerung riskanten, schädlichen und abhängigen Drogenkonsums.

#### Literatur:

- Ahrens, D. (2002). *Technologiebewertung und Public Health*. Bern: Huber.
- Backmund, M. (2001). Substitution und Heroin-Substitutionsbehandlung – eine kurze Übersicht. *Suchtmedizin* 3 (4), 225–228.
- Barnett, P., Zaric, G. & Brandeau, M. (2001). Costeffectiveness of buprenorphine maintenance therapy for opiate addiction in the United States. *Addiction*, 96 (9), 1.267–1.278.
- Barnett, P. & Hui, S. (2000). The costeffectiveness of methadone maintenance. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 67 (5–6), 365–374.
- Barnett, P. (1999) The costeffectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 94 (4), 479–488.

#### Schlussfolgerungen für die Praxis

- Die gesundheitlichen und ökonomischen Folgen des Konsums illegaler Drogen sind beträchtlich.
- Die gesundheitsökonomische Evaluation ist im Bereich der Substitutionstherapien Opiatabhängiger problematisch, da teilweise begrenzte Perspektiven (Kostenträger) eingenommen werden und die Qualität der vorliegenden Studien als mäßig bis schlecht zu bezeichnen ist.
- Aufgrund der hier untersuchten Studien, ist trotz methodischer Einschränkungen von enormen Einsparpotentialen auszugehen. Diese liegen vor allem im Bereich der Vermeidung von Folgekrankheiten (Hepatitis, HIV und Aids) sowie in der Verringerung delinquenten Verhaltens.
- Wünschenswert wäre also nicht nur die Verbesserung der gesundheitsökonomischen Evaluationen in der Drogensubstitution sondern auch eine breitere Akzeptanz der bereits bestehenden Substitutionsprogramme, dies jedoch nicht unter Vernachlässigung genereller präventiver und gesundheitsförderlicher Aktivitäten zur Verringerung riskanten, schädlichen und abhängigen Drogenkonsums.

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2002a). Drogen- und Suchtbericht 2002. (25.07.2002).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2002b). Substitutionsbehandlung für Heroinabhängige verbessert. . [www.bmggesund.de](http://www.bmggesund.de). Presseerklärung vom 05.07.2002.
- Cartwright, W. (2000) Cost-Benefit Analysis of Drug Treatment Services: Review of the Literature. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3, 11–26.
- Cook D & Guyatt G (1993). Should unpublished data be included in meta-analyses – current convictions and controversies. *JAMA*, 269: 2749–2753

- Doran, C., Mattick, R., White, J., Shanahan, M., Bell, J. & Ali, R. (2001). Buprenorphine versus methadone maintenance: a cost analysis of preliminary findings. *Research and Clinical Forums*, 23 (1), 43–48.
- Drucker, E. (1995). Harm-reduction: a public health strategy. *Current Issues in Public Health*, 1, 64–70.
- Drummond, M., O'Brien, B., Stoddard, G. & Torrance, G. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2nd Ed. New York; Toronto: Oxford University Press.
- Farell, M., Churchill, R. & Strang, J. (1998). A programme of methadone maintenance combined with moderate counselling services was cost-effective. *Evidence-Based Medicine*, May–June, 94.
- Frei, A. (2001). Ökonomische Evaluation des Schweizer Projekts zur ärztlich kontrollierten Heroinschreibung. *Psychiatrische Praxis*, 28, S41–S44.
- Frei, A., Steffen, T., Gasser, M., Kümmerle, U., Stierli, M., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F., Uchtenhagen, A. & Forschungsteam PROVE (1998). Gesundheitsökonomische Bewertung der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. *Sozial- und Präventivmedizin*, 43, 185–194.
- Frei, A., Greiner, R., Mehnert, A. & Dinkel, R. (1997). *Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln, Schlussbericht*. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung, Nr. 49, Zürich.
- Hartwig, K.H. & Pies, I. (1995). *Rationale Drogenpolitik in der Demokratie*. Tübingen: Mohr.
- Heroinstudie (2002). [www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de) (18.04.2003)
- Institut für Therapieforschung (IFT) (2002). *Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und jährliche Behandlungsfälle in Deutschland*. [www.ift.de](http://www.ift.de) (19.07.2002).
- Koopmanschaap, M., Rutten, F., van Ineveld, B. & van Roijen, L. (1995). The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *Journal of Health Economics*, 14, 171–189.
- Kraft, M., Rothbard, A., Hadley, T., McLellan, A. & Asch, D. (1997). Are supplementary services provided during methadone treatment maintenance really cost-effective? *American Journal of Psychiatry*, 154, 1.214–1.219.
- Krausz, M., Raschke, P. & Naber, D. (1999). Substitution von Heroinabhängigen mit Methadon. *Internist*, 40, 645–650.

- Krausz, M., Degkwitz, P., Verthein, U. & Basdekis, R. (2001). Die suchtmittelmedizinische Bedeutung des Modellversuchs zur heroingestützten Behandlung Drogenabhängiger. In: Zerdick J (Hrsg.): *Suchtmedizin im Dialog* (55–69). Berlin: VWB-Verlag.
- Leidl, R. (1998). Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in ökonomische Evaluation. In: Schwartz, F., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (Hrsg.). *Das Public Health Buch* (346–369). München: Urban & Schwarzenberg.
- Mark, T., Woody, G., Juday, J. & Kleber, H. (2001). The economic costs of heroin addiction in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 196–206.
- McLellan, A., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G. & O'Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269 (15), 1.953–1.959.
- Michels, I. (2002). Heroin-based treatment. *Journal of Drug Issues*, 2, 523–542
- Moher D. et al. (2000). Verbesserung der Berichterstattung über Meta-Analysen randomisierter kontrollierter Studien. [www.cochrane.de](http://www.cochrane.de) (16.04.03)
- NHS (1996). *NHS Centre for Reviews and Dissemination. Making cost effectiveness information accessible: the NHS Economic Evaluation Database*. University of York, Report No. 6.
- Pallenbach, E. (2002). Die Substitutionstherapie bei opiatabhängigen Patienten. *Pharmazie in unserer Zeit*, 31 (1), 90–95.
- Perrin, V. (1999). Personal Communication.
- Poehlke, T. (2001). Differenzierte Substitutionstherapie Opiatabhängiger. In: Zerdick, J. (Hrsg.): *Suchtmedizin im Dialog* (45–54). Berlin: VWB-Verlag.
- Rehm, J. & Fischer, B. (2001). Kosten, Nutzen und Effizienz der Opiatsubstitution. In: Zerdick, J. (Hrsg.): *Suchtmedizin im Dialog* (71–78). Berlin: VWB-Verlag.
- Rehm, J. (1999). Ökonomische Aspekte des Substanzmißbrauchs. In: Gastpar, M., Mann, K. & Rommelspacher, H. (Hrsg.). *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (118–127). Stuttgart: Thieme.
- Rosenheck, R. & Kosten, T. (2001). Buprenorphine for opiate addiction: potential economic impact. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 253–262.
- Siebert, U., Behrend, C., Mühlberger, N., Wasem, J., Greiner, W., Schulenburg, JM von der, Welte, R. & Leidl, R. (1999). Entwicklung eines Kriterienkataloges zur Beschreibung und Bewertung ökonomischer Evaluationsstudien in Deutschland. In: Leidl, R., Schulenburg, JM von der & Wasem, J. (Hrsg.). *Ansätzen und Methoden der ökonomischen Evaluation – eine internationale Perspektive* (156–170). Baden-Baden: Nomos.
- Simon, G. & Katzelnick, D. (1997). Depression, use of medical services and cost-offset effects. *Journal of Psychosomatic Research* 42 (4), 333–344.
- Steffen, T., Kaufmann, B., Blättler, R., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F. & Uchtenhagen, A. (1999). Die heroingestützte Behandlung von Opiatabhängigen – bisherige und aktuelle Forschungsschwerpunkte. *Das Gesundheitswesen*, 61, 407–412.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Steffen, T. & Rhis-Middel, M. (Ed) (1999). *Narcotics prescription for heroin addicts – main results of the swiss cohort study*. Basel: Karger.
- Udvarhelyi, J., Colditz, G., Rai, A. & Epstein, A. (1992). Cost-effectiveness and cost-benefit analyses in the medical literature – are the methods being used correctly. *Annals of Internal Medicine*, 116, 238–244.
- Wall, R., Rehm, J., Fischer, B., Brands, B., Gliksman, L., Stewart, J., Medved, W. & Blake, J. (2000). Social costs of untreated opioid dependence. *Journal of Urban Health*, 77 (4), 688–722.
- Zaric, G., Barnett, P. & Brandeau, M. (2000a). HIV Transmission and the Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance. *American Journal of Public Health*, 90 (7), 1.100–1.111.
- Zaric, G., Brandeau, M. & Barnett, P. (2000b). Methadone maintenance and HIV Prevention: A cost-effectiveness analysis. *Management Science*, 46 (8), 1.013–1.031.

### Dieter Ahrens

Jahrgang 1966, Dr. PH, MPH  
Seit 1998 wiss. Mitarbeiter in der AG »Management im Gesundheitswesen«, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

### Lymke Dehde

Jahrgang 1971, BA  
1997 Abschluss Studium der Physiotherapie, Hogeschool von Utrecht (NL).  
Seit 2001 Studium Public Health – Universität Bielefeld

### Sebastian Schmidt-Kaehler

Jahrgang 1974, Dipl. Soz.-päd.  
1994 Projektarbeit sekundärpräventive Versorgung intravenöser Drogengebraucher, u. a. in der kontrollierten Heroinverschreibung in Bern (Schweiz).  
2003 Wiss. Mitarbeiter, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

### Bernhard Güntert

Jahrgang 1954, Prof. Dr. oec., MHA.  
Seit 1995 Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

### Korrespondenzadresse

Dr. Dieter Ahrens  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Postfach 100 131  
33501 Bielefeld  
Tel. +49 (0) 5 21 - 1 06 42 59  
Fax +49 (0) 5 21 - 1 06 29 68  
[dieter.ahrens@uni-bielefeld.de](mailto:dieter.ahrens@uni-bielefeld.de)

Eingereicht: 10.10.2002  
Angenommen: 05.06.2003



Präklinische Suchtforschung ist kein zentraler Themenbereich der Zeitschrift SUCHT; viele Ergebnisse sind aber von hoher Relevanz für die Humanforschung und ihre Anwendungsgebiete im Bereich der Prävention und Therapie. Rainer Spanagel wird in Zukunft wichtige Publikationen vorstellen und bewerten.

Die Redaktion

► Rainer Spanagel<sup>1</sup>

*News from preclinical addiction research: Genomic alterations in the nucleus accumbens following heroin self-administration*

## Neues aus der präklinischen Suchtforschung: Genomische Veränderungen im Nucleus accumbens nach Heroinselbstverabreichung<sup>2</sup>

Die Arbeitsgruppe von Anton Schoffelmeer an der Freien Universität in Amsterdam beschäftigt sich seit vielen Jahren mit den biochemischen und molekularen Grundlagen der Opiatabhängigkeit. In der hier vorgestellten tierexperimentellen Arbeit dokumentiert diese Arbeitsgruppe auf molekularer Ebene, dass die Freiwilligkeit einer Drogenapplikation ein entscheidender psychologischer Faktor für die Entwicklung süchtigen Verhaltens ist.

Drei Gruppen von Ratten wurden in einem Rückfallmodell verglichen. Ratten, die sich aktiv, sprich per »nose-poke«, Heroin intravenös selbst verabreichen konnten (Aktivgruppe) *versus* passiv Heroin injizierte Tiere (Passivgruppe). Als Kontrolle diente eine dritte Gruppe, der intravenös Kochsalz appliziert wurde. Die Aktivierung einer Infusionspumpe, welche den Tieren eine bestimmte Menge Heroin (50 µg/kg) intravenös applizierte, erfolgte immer dann, wenn die Ver-

suchstiere mit ihrer Nase eine Lichtschranke unterbrachen, die sich in der operanten Kammer befand. Zum jeweils selben Zeitpunkt eines »nose-poke« eines Tieres der Aktivgruppe wurde einer Ratte der Passivgruppe dieselbe Menge Heroin injiziert (»yoked control«). Der einzige Unterschied zwischen den beiden Gruppen bestand somit darin, dass die Aktivgruppe sich freiwillig Heroin injizierte während die Passivgruppe forciert die Droge erhielt. Nachdem die Tiere so freiwillig bzw. forciert über mehrere Wochen Zugang zu Heroin hatten, wurden sie einer dreiwöchigen Extinktion unterzogen, d. h. Heroin wurde durch Kochsalzlösung ersetzt. Nach einer Extinktion zeigen die Tiere nur noch spontane operante Reaktionen. Werden die Tiere nach Extinktion jedoch gestresst, oder werden konditionierte Reize präsentiert steigt die »nose-poke« Rate wieder stark an – sprich es kommt zu einem Rückfallverhalten (»Reinstatement«).

Die Amsterdamer Forscher waren nun an der Erfassung genomischer Veränderungen nach einer längeren Extinktion interessiert, welche in direktem Zusammenhang mit Rückfallverhalten stehen. Nach der dreiwöchigen Extinktionsphase wurden alle Tiere getötet und ihre Gehirne entnommen. Anschließend wurde die Shellregion des Nucleus accumbens herauspräpariert, welche möglicherweise eine Schlüsselrolle bei der Vermittlung von Rückfallverhalten spielt. Aus den Hirngewebsproben wurde RNA isoliert und eine »Suppression Subtractive Hybridization« (SSH)

- 1 Abteilung Psychopharmakologie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
- 2 siehe Originalpublikation: **Jacobs EH, Spijker S, Verhoog CW, Kamprath K, de Vries TJ, Smit AB, Schoffelmeer ANM**, 2002, Active heroin administration induces specific genomic responses in the nucleus accumbens shell, *FASEB Journal* 16:1961–1963.

durchgeführt. Mit dieser molekularbiologischen Technik können seltene und häufig vorkommende Transkripte normalisiert werden, so dass auch niedrig exprimierte Gene erkannt werden können. Damit wurde die Identifikation von hoch- wie auch herunterregulierten Genen in der aktiv Heroin konsumierenden, bzw. forciert injizierten Tieren im Vergleich zu den Kochsalz-Kontrolltieren möglich. Differenziell regulierte Gene wurden dann einem Validierungsprozess mit genspezifischer quantitativer real-time PCR unterzogen. Es ergaben sich folgende Befunde: in der Aktivgruppe wurden 25 Gentranskripte identifiziert, die signifikant herunterreguliert waren. Zu diesen 25 Genen gehören u. a. Gene der synaptischen Transmission, wie z. B. metabotrope Glutamatrezeptoren (mGluR1), sowie Gene, die in Transkription und Translationsprozesse involviert sind. Ferner wurden Gene identifiziert die Metabolismus und Wachstum von Neuronen steuern, wie z. B. der »glial cell line derived neurotrophin factor« GDNF. Die nachgewiesenen genomischen Veränderungen stehen im Einklang mit der Beobachtung, dass Opiate die Morphologie von Neuronen beeinflussen. Interessanterweise waren jedoch keine Gene signifikant hochreguliert. Die Forscher verglichen nun diese genomische Antwort in der Aktivgruppe mit der genomischen Antwort in der Passivgruppe und stellten überraschenderweise ein komplett unterschiedliches Genexpressionsprofil fest. Viele der Gene, die in der Aktivgruppe herunterreguliert waren, zeigten keine Veränderung in der Passivgruppe oder waren sogar hochreguliert. Dies ist besonders auffällig bei GDNF: in der Aktivgruppe ist GDNF ca. zweifach herunterreguliert, hingegen in der Passivgruppe zweifach hochreguliert.

In der Arbeit wurde noch eine weitergehende Studie implementiert. Die selben Experimente wurden mit aktiver und passiver Kokain selbstverabreichung durchgeführt und ähnliche genomische Antwortmuster wie bei Heroin wurden gefunden.

Aktive *freiwillige* Drogenselbstverabreichung ist somit ein bedeutsamer psychologischer Faktor, der Langzeitveränderungen in der genomischen Antwort im Gehirn zur Folge hat. Die Vorstellung, dass psychische Abhängigkeit nur freiwillig erworben werden kann wird mit dieser Studie eindrücklich auf molekularer Ebene bestätigt. Passive bzw. forcierte Drogenaufnahme führt lediglich zu kurzzeitigen genomischen Adaptationsprozessen die nicht in ein süchtiges Verhalten münden.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Rainer Spanagel  
Abt. Psychopharmakologie  
Zentralinstitut für Seelische  
Gesundheit, J5  
68159 Mannheim  
Tel: + 49 -6 21-1 70 38 33  
spanagel@zi-mannheim.de

*Substitution based treatment of patients with primarily opioid addiction. An integrative model.*

**Key words**

*Methadone Maintenance treatment, modular programme, integrative model*

**Abstract**

*The treatment approach portrayed in this article sets out from the varied expectations and needs that patients show at the beginning of maintenance treatment with Methadone. The model proposed is based on assessment and consideration of patient characteristics such as motivation to change, subjective experience of disorder and strength and nature of psychopathology. During 6 years of practical experience the model was developed into a differentiated and sophisticated modular programme for the treatment of out-patients with primarily opioid addiction.*

► Andreas Hauer,<sup>1</sup> Alexander Weicker<sup>1</sup>

## Ein integratives Modell der substitions-gestützten Behandlung von primär opiatabhängigen Patienten

**Schlüsselwörter**

Substitutionsbehandlung, modulares Behandlungsprogramm, integratives Modell

**Zusammenfassung**

Ausgehend von den sehr unterschiedlichen Erwartungen und Voraussetzungen der Patienten vor einer Substitutionsbehandlung, stellen die Autoren ein Behandlungsmodell vor, das unter Berücksichtigung der Kernvariablen Veränderungsmotivation, Symptomerleben und Psychopathologie einen differentiellen Therapieansatz aufweist. Anhand eines modular aufgebauten und über einen Zeitraum von 6 Jahren weiterentwickelten Behandlungsprogramms wird aufgezeigt, wie im ambulanten Setting indikationsgeleitet eine substitions-gestützte Behandlung opiatabhängiger Patienten durchgeführt werden kann.

**Problemdarstellung**

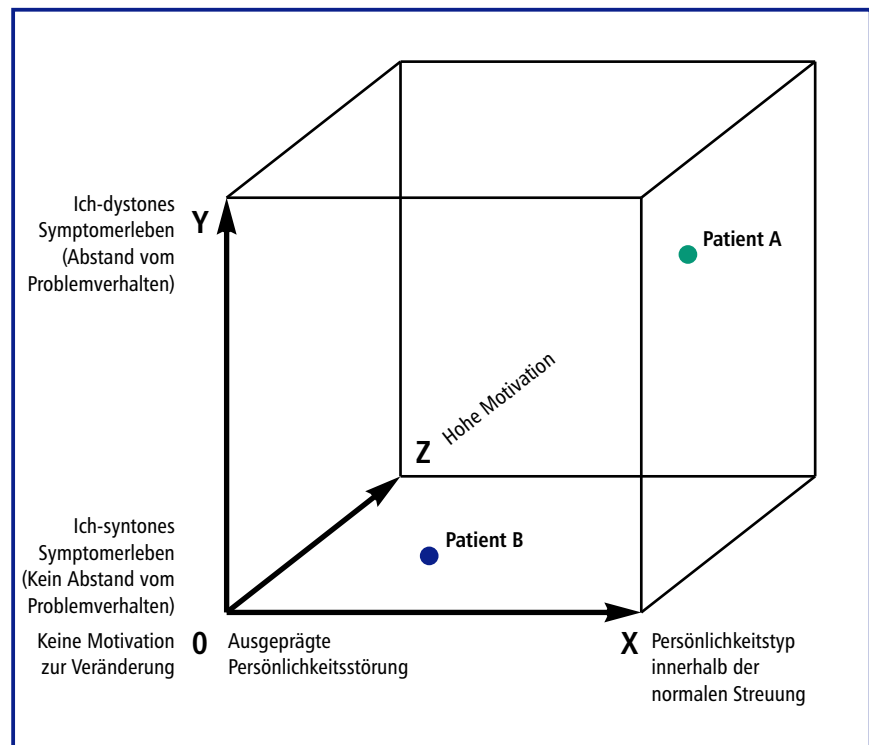
Substitutionsbehandlung hat sich in Deutschland in den letzten 10 Jahren etabliert und ist nun auch von der Gesetzlichen Krankenversicherung als Behandlungsmethode der Opiatabhängigkeit anerkannt.

Anerkannter und formal verbindlicher Standard ist dabei, dass die Behandlung aus einer Verbindung von medikamentösen und psychosozialen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsanteilen bestehen muss. Die Umsetzung dieser konzeptionellen Anforderungen gestaltet sich in der Praxis nicht so einfach. Zum einen, auf der Seite der Behandler, weil die einzelnen Behandlungskomponenten nicht einfach additiv zusammenwirken, sondern ein berufsübergreifendes Zusammenspiel von Diagnostik und Interventionen erforderlich ist. Zum anderen, weil auf Seiten der Patienten gerade zu Beginn der Behandlung wenig Krankheitseinsicht und kaum Therapiemotivation besteht und die Veränderung der Befindlichkeit und die Problemlösung zunächst vorwiegend auf pharmakologischer Basis gesucht wird.

<sup>1</sup> WABe Fachambulanz, Aachen

Sozio- oder psychotherapeutische Hilfe wird in der Regel nicht oder nur mit Vorbehalten nachgefragt. Außerdem leben die Patienten weiterhin unter den problematischen Lebensumständen, die am Entstehen der Sucht mitbeteiligt waren und häufig den Suchtkreislauf und die zugehörigen Probleme aufrechterhalten. Eine effektive und verbindliche Koordination zwischen verschiedenen Komponenten der Behandlung ist daher erforderlich. Dies ist im Kontext von ambulanter Suchtbehandlung und insbesondere wegen der andauernden Verfügbarkeit der Suchtmittel ganz besonders bedeutsam, da das Teilnahmeverhalten der Patienten wesentlich von nicht-zielführenden Motiven bestimmt wird und wegen des Rausch- und Betäubungseffektes der Drogen auch die objektive Verschlechterung der Lebensumstände nur bedingt auf das Verhalten und die Behandlungsmotivation einwirkt.

Abbildung 1: Diagnosemodell



**Eckpunkte des Behandlungsmodells**  
**Multiaxiales Diagnosemodell**

Um ein Bild von Persönlichkeit, Verhalten, Problemen aber auch vorhandenen Potenzialen des Patienten in all seiner Vielschichtigkeit und Komplexität zu bekommen, werden mit der Exploration und Diagnostik verschiedene Dimensionen betrachtet: Motivation zu Teilnahme und Veränderung, Krankheitseinsicht, Psychisches Störungsniveau (Achse 1 oder 2 DSM als wesentliches differentielles Kriterium), körperlicher Zustand, selbstschädigendes Verhalten, insbesondere das Konsumverhalten (Beikonsum) und der Grad der sozialen Desintegration. Die Ausprägung der jeweiligen Dimensionen gibt Anhaltspunkte dafür, wie lange eine Behandlung dauern kann und welche Interventionen vorrangig angeboten werden müssen. Diese Dimensionen werden in manualisierten Abläufen und Fragebögen EDV-gestützt erfasst. Die Daten werden im Laufe der Behandlung weiter ergänzt, aktualisiert und konkretisiert.

Den Kern unseres diagnostischen Modells bilden drei zentrale Dimen-

sionen, die wir in einer räumlichen Grafik zusammengefasst haben. Ihre jeweilige Ausprägung ist grundlegend entscheidend für die Einstufung des Patienten und die gesamte Behandlungsplanung (Abbildung 1).

Die y-Achse beschreibt das Erleben des Suchtsymptoms durch den Patienten (Ich-Syntonie/Ich-Dystonie). Je nachdem, ob die Einsicht ausgeprägt oder gering vorhanden ist, müssen verschiedene Strategien in der Behandlung ins Auge gefasst werden. Eng damit verbunden ist die Motivation zur Veränderung, die als z-Achse aufgetragen ist. Wir unterscheiden von der Veränderungsmotivation noch einmal die Behandlungsmotivation, also den Wunsch und die Bereitschaft des Patienten, Hilfe anzunehmen. Bei der Motivationseinschätzung und Motivationsarbeit orientieren wir uns am »Transtheoretischen Modell« von Prochaska, DiClemente & Norcross (1992).

Die dritte Dimension (x-Achse) unseres Modells berücksichtigt das Störungsniveau des Patienten. Es sollte selbstverständlich sein, dass für die

verschiedenen Ausprägungen von suchtbegleitender bzw. -auslösender psychischer Problematik sehr unterschiedliche Anforderungen an die Behandlung bestehen und spezifischer Interventionsstrategien bedürfen.

Die Ziele der Behandlung werden entsprechend der Ausgangslage des Patienten formuliert und unter Berücksichtigung des Behandlungsverlaufs entsprechend variiert. Grundlegende und möglichst kurzfristige Veränderungen beziehen sich vorwiegend auf die y- und z-Achse des Diagnosemodells, die Beeinflussung der Psychopathologie ist meist nur längerfristig möglich und erst zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlung angezeigt. Gleichwohl stellt von Beginn an gerade das psychische Funktionsniveau des Patienten einen der zentralen Faktoren für Planung, Verlauf und Prognose der Behandlung dar (Tabelle 1).

**Behandlung von »unten nach oben«**

In Anlehnung an das Modell der dialektisch-behavioralen Therapie von Linehan (1993), arbeiten wir immer



Tabelle 1: Erläuterungen zum Diagnosemodell

|   | Patient A  | Patient B   | Diagnostik   |
|---|--|---|--|
| X | Angstproblematik, Impulskontrollstörung  | Narzisstische PS, Störung des Sozialverhaltens  | Verhaltensdiagnostik VDS nach SULZ, Mini-DIPS, IDCL, ggf. psychiatrische Konsultation                    |
| Y | Erlebt eigene Fixierung auf Suchtmittel und Unfähigkeit zur Abstinenz als sehr belastend, geringer, intermittierender Beikonsum von Heroin | Keine Distanz zu Suchtsymptom, leidet an Suchtfolgeproblemen, externe Attribuierung, polyvalenter Beikonsum | Selbst entwickelte Rating-Skala, Urin-Screening  |
| Z | Hohe Behandlungsmotivation, Compliance, Selbst-Aktivierung, häusliche Übungen & Protokolle   | Geringe Behandlungsmotivation, wenig Antrieb, Vermeidungsverhalten  | Adaption des URICA-Tests (States of Change) n. Prochaska & DiClemente, Termin- und Erscheinens-Verhalten |

mit der schwersten Störung zuerst – zunächst steht die körperliche Erstversorgung, medizinische Diagnostik und Behandlung sowie die Substitution im Vordergrund. Darauf folgt die soziale Stabilisierung, der sich dann erst die Psychotherapie und (berufliche) Rehabilitation anschließt. Damit wird auch die inhaltliche Aufarbeitung von familiärer Suchtgeschichte, Traumatisierung und Suchtauslösung auf einen späteren Zeitpunkt der Behandlung verschoben, da die Arbeit an den aktuellen, alltagsnahen Problemen im ambulanten Setting dieser vorausgehen muss. Es hat sich bisher herausgestellt, dass ein Abweichen von dieser Reihenfolge (auch dem Patientenwunsch folgend, sofort ausführlich über Traumata zu sprechen oder sofort wieder einen Beruf aufzunehmen) zu keinen positiven Ergebnissen führt.

Ein wichtiges Merkmal des hier vorgestellten Behandlungsmodells ist die Verbindlichkeit in der Anleitung, Umsetzung und Durchführung aller Angebote und die Kontingenz, also die zeitliche und verlaufsmäßige Passung von Behandlungsschritten.

#### An Veränderungsmotivation und Symptomerleben orientierte modulare Behandlungsstruktur

In dem hier vorgestellten Konzept wird die Motivation zur Veränderung, die Einsicht in die eigene Problemlage und das damit verbundene Potential zur Veränderung als zentrales Differential verwendet.

Aus den oben dargelegten grundlegenden Perspektiven des Störungsverständnisses, der Einschätzung der Patienten und der Betrachtung der Motivation ergeben sich eine Reihe von Neuerungen für die Behandlung. Die wichtigste davon ist die modulare Organisation der Gesamtbehandlung: Der Leitgedanke ist dabei, dass sich je nach Ausprägung von Veränderungsmotivation und Krankheitseinsicht Interventionsfokus und Behandlungsanforderungen verändern und die Behandlungsziele variieren.

#### A-Modul (Kontakt)

Die Patienten, die eine Substitutionsbehandlung beginnen, leiden in der Regel an Suchtfolgeproblemen, wie Entzugs- und Beschaffungsstress, körperlicher Beeinträchtigung und materiellen Schwierigkeiten. Die Hilfen, die sie erwarten, müssen dieses Problem erleben berücksichtigen und den akuten Leidensdruck reduzieren helfen. Das Behandlungsprogramm in unserem Einstiegsmodul hat deshalb eine auf Soforthilfe eingerichtete Struktur. Anstelle einer »Komm-Struktur«, die in allen anderen Modulen vorherrscht, ist die ärztliche wie auch die psychosoziale Versorgung der Patienten im A-Modul im Sinne einer »aufsuchenden« Hilfe organisiert. Täglich gibt es während der Vergabezeiten eine psychosoziale und medizinische Sofortversorgung der Substituierten. Obwohl alle Patienten von Beginn der Behandlung an einen Bezugsarzt und einen Bezugstherapeuten haben, steht im A-

Modul die Einbindung des Patienten in die Hilfekultur der Einrichtung im Vordergrund. Die verpflichtenden Termine mit zuständigem Arzt und Betreuer sind reduziert, jedoch kann der Patient bei Bedarf täglich mit dem ärztlichen oder therapeutischen Dienst Kontakt aufnehmen bzw. wird von diesen angesprochen (Tabelle 2).

Das übergeordnete Behandlungsziel des A-Moduls ist es, die negativen Kreisläufe von Entzugsproblematik, Beschaffungsdruck, Konsum, Kriminalität und körperlichen Erkrankungen zu unterbrechen und damit das suchtbedingte selbstschädigende Verhalten zu reduzieren.

Die angebotenen Leistungen sind neben der Substitution und der medizinischen Grundversorgung Info-Gruppen, Beratungs- und Orientierungsgespräche sowie juristische Beratung durch einen Rechtsanwalt. Die Herausforderung für die Mitarbeiter ist im A-Modul, nicht überfordernd und trotzdem entwicklungsfördernd zu intervenieren. Die Gefahr, in ein co-abhängiges, krankheitsverstärkendes »Begleiten« der Patienten gezogen zu werden, ist dabei stets vorhanden. Ihr wird durch transparente Arbeitsorganisation, Teamunterstützung, Supervision und Intervention entgegen gewirkt.

Das A-Modul ist immer ein Durchgangsbereich in unserem Behandlungssystem: Entweder schaffen die Patienten den Schritt in das B-Modul oder die Behandlung endet.

#### B-Modul (Motivation)

Der Übergang ins B-Modul ist durch erhöhte Anforderungen an den Patienten gekennzeichnet: Der Patient muss eine deutliche Veränderungsmotivation erkennen lassen, erste Anzeichen von Krankheitseinsicht, die mit einem reduzierten Beikonsum bzw. dem deutlichen Wunsch einhergeht, systematisch an seinem Beikonsumverhalten zu arbeiten, müssen vorhanden sein. Die Bereitschaft, sich auf eine Zusammenarbeit einzulassen, Zuverlässigkeit bei der Mitarbeit zu entwickeln und an regelmäßigen Einzelsitzungen teilzunehmen, muss gegeben sein.

Das übergeordnete Ziel des B-Moduls ist die Herstellung von Therapiefähigkeit. Im Mittelpunkt der Interventionen stehen die Förderung von Behandlungsmotivation und Vertiefung der Krankheitseinsicht sowie die Aufnahme und das Konstanthalten einer Arbeitsbeziehung. Thematisch nimmt die soziale Stabilisierung und der Kompetenzerwerb für alltagspraktisches Verhalten einen großen Raum ein und wird aktiv unterstützend vorbereitet (Distanzierung von der Drogenzene, Sozialstunden, Arbeitsprojekte, Schule oder Ausbildung, Minijobs, Aufnahme und Stabilisierung von drogenfreien Sozialkontakten etc.). Neben den Einzelsitzungen werden Indikationsgruppen angeboten, ggf. – wenn bis hierhin erkennbar wurde, dass der Patient im ambulanten Rahmen nicht behandelt werden kann – erfolgt auch eine Vermittlung in stationäre Entwöhnung.

Das B-Modul kann, bei stärker chronifizierten Patienten, häufig mit schwerer Comorbidität, auch ein längerfristiges Behandlungsstadium sein. Wir haben hier eine Reihe von Patienten, die durch die modulspezifische Unterstützungs- und Anforderungsstruktur über längere Zeit keinen oder geringen intermittierenden Beikonsum aufweisen und eine hinreichende soziale Stabilität erreichen. Bei entsprechender Indikation wird parallel auch eine psychiatrische, medikamentöse Mitbehandlung durchgeführt.

**C-Modul (Therapie)**

Der Einstieg ins C-Modul setzt Beikonsumfreiheit und Meidung von Szenekontakten voraus. Die Durchführung einer ambulanten sucht- und psychotherapeutischen Behandlung erfordert zudem eine gute soziale Stabilität des Patienten und Distanz zum akuten Suchtgeschehen.

Der Behandlungsfokus liegt bei der Bearbeitung der individuellen Sucht- und Folgeprobleme. Je nach Indikation können hier sehr verschiedene Interventionsmethoden zum Einsatz kommen. In den Gruppen geht es um soziales Lernen allgemein sowie um thematische

**Tabelle 2: Modulare Behandlungsstruktur**

| Interventionsfokus  | Modul | Inhalte der Module   |
|---|-------|--|
| Selbstschädigendes Verhalten  | A     | Einstieg in die Behandlung, medizinische Versorgung und Sicherung des Überlebens, soziale Basishilfen, Förderung von Veränderungs- und Behandlungsmotivation |
| Therapieschädigendes Verhalten  | B     | Einstieg in die Behandlung, medizinische Versorgung und Sicherung des Überlebens, soziale Basishilfen, Förderung von Veränderungs- und Behandlungsmotivation |
| Suchtauslösende und suchterhaltende Verhaltens- und Lebensbedingungen | C     | Sucht- und Psychotherapie (Arbeit an Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit), berufliche Rehabilitation   |
| Rückfallverhalten, Maintenance  | D     | Rückfallanalyse, Krisenintervention, Hilfe zur Selbsthilfe, Nachsorge nach stationärer Entwöhnungsbehandlung   |

tische Schwerpunkte. Soziale und berufliche Integration – die erst ab Beikonsumfreiheit wirklich sinnvoll und möglich wird – werden in den Mittelpunkt gestellt. Im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation Sucht werden Einzeltherapie und Gruppentherapie für 12 Monate angeboten.

Ab dem C-Modul sind die Patienten in der Lage, auch an schwierigen, traumatischen oder lange zurückliegenden Konflikten zu arbeiten. Dazu ist häufig das Einbeziehen der Angehörigen in die Behandlung hilfreich. Außerdem werden in diesem Abschnitt fokale Trainingsgruppen durchgeführt, bei denen für eine begrenzte Anzahl von Sitzungen an bestimmten Aufgaben (z. B. »Konfliktlösung-Interpersonelle Wirksamkeit« oder »Umgang mit Impulsen und starken Emotionen«) geübt und gearbeitet wird.

**D-Modul (Nachsorge)**

Dieses Modul enthält die Übertragung der erreichten Ziele und Ergebnisse in den Alltag. Umgang mit Alltagsproblemen ohne Suchtmittel wird geübt, Rückfallprophylaxe ist ein wichtiges Thema, da die Sucht keineswegs mit dem Ende der Behandlung restlos ausgestanden ist. Auch hier gibt es Einzel- und Gruppenarbeit, Förderung der Selbsthilfeaktivitäten und Hilfeangebote in Krisensituationen.

Wichtigste Inhalte des D-Moduls sind die Stabilisierung der Abstinenz, Verkürzung von Rückfallepisoden sowie das Lösen aus Hilfeprozessen – um

später möglichst selbstständig oder nur durch die Selbsthilfe getragen auch kritische Situationen gut überstehen zu können.

In diesem Modul besteht für Absolventen der Behandlung die Möglichkeit zu einem aktiven »Giving Back« durch helfende Mitarbeit und Vermittlung von Rollenvorbildern an andere Patienten in den vorherigen Modulen.

**Multidisziplinarität und Networking**

Wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Behandlung ist die enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen und die Abstimmung von verschiedenen Interventionen. Das von allen Berufsgruppen mitgetragene und im Gesamtteam regelmäßig reflektierte Diagnose- und Interventionskonzept bildet den Verständigungs- und Handlungshintergrund für diese Zusammenarbeit.

Die Zuordnung der Patienten zu den unterschiedlichen Modulen macht für alle beteiligten Berufsgruppen eine Einschätzung der Entwicklung des Patienten möglich. Durch die modulspezifisch differierenden Behandlungsziele und Interventionsstrategien wird Fachgruppen übergreifend gemeinsames Handeln abstimmbare. Außerdem werden die durch die spezifische Berufsqualifikation des Mitarbeiters bestimmten Grenzen der Zuständigkeit deutlich.

Bezogen auf alle Aufgabenbereiche gibt es eine klar definierte Verantwortung der jeweiligen Mitarbeiter. Mittels eines EDV-gestützten Dokumenta-

tionssystem wird es möglich, zeitnah und fachübergreifend auf aktuelle Veränderungen zu reagieren und den Behandlungsplan auf verschiedenen Ebenen kongruent zu halten. Außerdem können verabredete Aufgaben und Pflichten von verschiedenen Mitarbeitern nachvollzogen werden, sodass bestimmte Verlaufsprozesse durch die vorübergehende Abwesenheit von Mitarbeitern nicht unterbrochen werden. Schließlich wird es den Patienten so erschwert, durch Spaltungsdynamik die Behandlung zu beeinträchtigen.

Die Zusammenarbeit mit externen Stellen (wie Bewährungshilfe, Ämtern, Kostenträgern etc.) wird durch die Struktur unseres Behandlungsansatzes vereinfacht und die Hilfequalität spürbar verbessert. Der Verlauf und die Schwerpunkte der Behandlung werden gemeinsam mit dem Patienten und in regelmäßigen Fallbesprechungen von dem zuständigen Arzt und dem zuständigen Psychotherapeuten festgelegt. Kommt es dabei zu Schwierigkeiten, so wird die Problematik in einer strukturierten Falldarstellung ins Team eingebracht und dort erörtert. Falls auch dort keine befriedigende Lösung gefunden werden kann, wird der Fall in der Supervision erneut thematisiert und über den Input von außen nach neuen Perspektiven gesucht.

### Abschließende Bemerkungen

Seit sechs Jahren bieten wir Substitution im Rahmen unserer Fachambulanz an und haben insgesamt über 600 opiatabhängige Patienten behandelt. Nicht zuletzt haben wir aufgrund dieser Erfahrung unser Behandlungskonzept verschiedentlich revidiert und erweitert und inzwischen ein relativ komplexes, aber auch kohärentes Modell zur ambulanten Behandlung entwickelt. Unser Konzept der Behandlungsmodule zeigt den verschiedenen an der Behandlung beteiligten Professionen, welche Behandlungsziele und Interventionen für den jeweiligen Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt angezeigt sind. Darüber hinaus hilft es dem Patienten,

eine Orientierung bezüglich seiner Erkrankung und dem Stand seiner Veränderung zu finden.

Unser Behandlungsmodell bietet mit seiner fachübergreifenden Handlungstheorie eine gute Grundlage für die Integration der verschiedenen Fachbereiche in ein gemeinsames Team. Multiprofessionalität in einem Team stellt aber nach wie vor eine große Herausforderung dar – und eine große Chance für jeden Mitarbeiter. Auch da, wo sie erfolgreich umgesetzt wird, sind die Grenzen des jeweiligen Behandlungsansatzes evident. Immer dann, wenn Patienten nicht erreicht werden oder von der Therapie nicht profitieren, endet die Wirksamkeit therapeutischen Handelns.

Dies erleben wir immer wieder, obwohl wir unser Modulkonzept gerade auf die Integration von Patienten mit geringer Behandlungsmotivation ausgerichtet haben. Ein nicht unerheblicher Teil der Patienten im Eingangsbereich (A-Modul) schafft den Wechsel in weiterführende Therapieangebote nicht und beendet die Behandlung, ohne eine Veränderung seiner Suchtproblematik erreicht zu haben. Eine Neu- bzw. Weiterentwicklung geeigneter Hilfeansätze, mit einem noch besser auf diese Patientengruppe abgestimmten Anforderungsprofil, ist hier in Zukunft notwendig.

Einer weiteren, wenn auch wesentlich kleineren Patientengruppe, gelingt der Einstieg in unser Therapieangebot (C-Modul) nicht. Sehr häufig liegt der Grund in einer unzureichend stabilen Drogenabstinenz. In diesen Fällen ist dann eine stationäre Entwöhnungsbehandlung notwendig. Häufig sind Patienten aber nur schwer zu einer Langzeittherapie zu motivieren. Die Weiterentwicklung von Vernetzungsstrukturen zwischen ambulanten und stationären Behandlungsangeboten im Sinne von Vor- und Intervallbehandlungen ist hier dringend angezeigt, damit die Schwelle zur stationären Behandlung sinkt und zudem durch Verkürzung von Behandlungszeiten Kosten eingespart werden können.

### Schlussfolgerungen für die Praxis

- Um opiatabhängige Suchtpatienten in ambulanter Behandlung wirkungsvoll zu fördern und zu fordern, müssen zahlreiche Komponenten des gesamten medico-psycho-sozialen Bereichs miteinander in Verbindung gebracht werden.
- Ein modular strukturiertes Behandlungsprogramm ermöglicht eine individualisierte, adäquate Therapieplanung sowie eine verständliche und verbindliche Anleitung der Patienten.
- Durch modulspezifisch differierende Behandlungsziele und Interventionsstrategien wird fachgruppenübergreifend gemeinsames Handeln abstimmbare und gleichzeitig transparent und nachvollziehbar für den Patienten.

### Literaturverzeichnis

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, New York.
- Margraf, J. (1994). *Mini DIPS. Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen*. Interviewleitfaden, Berlin
- Prochaska, J. O., DiClemente C. C. & Norcross J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV*, Göttingen.
- Sulz, S. K. D. (2000). *Verhaltensdiagnostiksystem VDS. Von der Anamnese zum Therapieplan*, München

**Kurzvita**

Dr. phil. Andreas Hauer,  
Soziologe, Dipl. Soz. Arb.,  
KuJ Psychotherapeut  
1959 in Trier geboren  
1982 Studium Sozialarbeit,  
Aachen  
1986 Sucht- und Psychotherapeut  
in verschiedenen Bereichen  
der Suchtkrankenhilfe  
1989 Studium Soziologie,  
Psychologie, Aachen  
1996 Leiter der WABe Fach-  
ambulanz, Aachen

Alexander Weicker,  
Diplom Psychologe,  
Psychologischer Psychotherapeut  
1957 in Hanau geboren  
1989 Diplom Psychologie Uni  
Frankfurt/M.  
1990 Psychologe/Psychotherapeut  
im Bereich Erwachsenen-  
bildung, Management-  
Training, München  
1992 Psychotherapeut in Fach  
klinik für Drogenabhängige,  
München  
1998 Psychologischer Psycho-  
therapeut, WABe Fach-  
ambulanz, Aachen

**Korrespondenzadresse**

Dr. Andreas Hauer  
c/o  
WABe Fachambulanz  
Couvenstr. 6  
52062 Aachen  
Tel. +49 - 241 - 47 48 10  
Fax +49 - 241 - 4 74 81 23  
a.hauer@wabe-fachambulanz.de

Eingereicht: 30.04.2003  
Angenommen: 31.07.2003

## A counselling model for drunk drivers

### Key words

Drunk drivers,  
intervention programme,  
motivational interviewing

### Abstract

**Aim:** The presentation and evaluation of a counselling concept for drunk drivers, which is based in the principles of »motivational interviewing« and »theme-focused interaction«. **Method:** A written survey of all participants in the counselling sessions. **Results:** 40% of the participants became abstinent. Those who had resumed drinking drank a reduced quantity of alcohol. 84,3% had passed the test for regaining their driving privileges. **Conclusion:** GHM is an efficient and successful brief motivational therapy for drivers with drinking problems.

► Michael Hemberger<sup>1</sup>

# Ein Beratungsmodell für alkoholauffällige Verkehrsteilnehmer/innen

### Schlüsselwörter

Alkoholauffällige Kraftfahrer,  
MPU-Beratung, Motivierende Gesprächsführung

### Zusammenfassung:

**Ziel:** Vorstellung und Evaluation eines Beratungskonzeptes für Trunkenheitsfahrer, das auf den Prinzipien der »Motivierenden Gesprächsführung« und der »Themenzentrierten Interaktion« basiert. **Methode:** Schriftliche Befragung aller Kursteilnehmer. **Ergebnis:** 40 % aller Teilnehmer lebten im Anschluss abstinenter. Diejenigen, die wieder angefangen hatten Alkohol zu trinken, hatten die Menge reduziert. 84,3 % wurden bei der nächsten MPU positiv begutachtet. **Schlussfolgerung:** Das Beratungskonzept ist eine effektive und erfolgreiche motivationale Kurzzeit-Therapie für Fahrer mit Alkoholproblemen.

### Einführung

Die Begutachtungsleitlinien Kraftfahrereignung (BAST, 2000) gehen davon aus, dass eine Blutalkoholkonzentration (BAK) über 1,5‰ die Annahme chronischen Alkoholkonsums mit einem besonderen Gewöhnungsmerkmal rechtfertigt. Wissenschaftliche Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass die Rückfallgefährdung bei dieser Zielgruppe nicht nur in bezug auf die korrekte Trennung von Trinken und Fahren, sondern vor allem in bezug auf weiteren exzessiven Alkoholkonsum als besonders hoch zu prognostizieren ist, weil ein Prozess der Verfestigung von alkoholorientierten Verhaltensgewohnheiten in der Regel zu einer Einstellungs- und Persönlichkeitsveränderung geführt hat (Lewrenz et al., 2002, Stephan, 1995, 1996). Für eine positive Fahreignungsprognose ist eine ausreichende Änderung des Alkoholtrinkverhaltens, bei der weitaus größten Anzahl der zu Begutachtenden stabile Abstinenz (in der Regel 1 Jahr, mindestens jedoch 6 Monate), erforderlich (BAST, 2000).

<sup>1</sup> Beratungsbüro Hemberger  
Beratung und Schulung im Verkehr



Alkoholauffällige Kraftfahrer, die sich einer Medizinisch-Psychologischen Eignungsuntersuchung (MPU) unterziehen müssen, sind sich allerdings in der Regel ihrer Alkoholgefährdung oder einer bereits vorhandenen Suchtproblematik kaum bewusst. Sie kommen mit einem »Führerscheinproblem« in die Beratung. Ein großer Teil von ihnen bringt ein negatives Gutachten mit, in dem häufig auch verkehrspsychologische Therapiemaßnahmen empfohlen werden. Durch den Entzug der Fahrerlaubnis fühlen die meisten sich ungerecht behandelt, vom Straßenverkehr ausgegrenzt und in bezug auf das Thema Alkohol stigmatisiert. In der MPU erlebt sich der Trunkenheitsfahrer in einer »beichteähnlichen« Situation, in der sein »schuldhaftes« Verhalten nochmals (nach einigen vorherigen peinlichen Situationen bei der Polizei, den Behörden, dem Gericht, aber vor allem in seiner Familie) Gegenstand psychologischer Betrachtung und amtlicher Entscheidung ist. Die allgemein bekannt schlechten Begutachtungsprognosen oder ein negatives Gutachten veranlassen ihn, Beratung anzunehmen, um den »Idiotentest« zu bestehen. Die in der Regel nur sehr geringe Problemeinsicht führt dazu, dass die Zielgruppe als schwierig und kaum therapiemotiviert angesehen wird (vgl. auch Stetter, 2000).

### Beschreibung des Interventionskonzeptes

Das vom Verfasser entwickelte ambulante Beratungskonzept (GHM) für alkoholauffällige Kraftfahrer nutzt die führerscheinorientierte Motivation der Betroffenen quasi als »Trojanisches Pferd«, um zu einer Neuorientierung in bezug auf das Trinkverhalten und der Einstellung zum Alkohol zu führen. Grundsätzlich ist Abstinenz die Zielsetzung, da dies für die Betroffenen angesichts des durch hohe BAK deutlich gewordenen Kontrollverlustes der einfachste Weg ist.

Das Interventionskonzept untergliedert sich in drei Phasen (Abb. 1):

Phase 1: *Orientieren und erkennen, die Situation bilanzieren*  
7–9 Sitzungen Einzelberatung (7–14tägig).

Das an den Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1999) orientierte Einzelgespräch bildet den Kern einer intensiven Motivationsarbeit. Mittels offener Fragestellungen zum Trinkverhalten – ohne Vorhaltungen und Beweisführungen! – wird eine vertrauensvolle Atmosphäre angestrebt, in der keine Konfrontation gesucht wird, Diskrepanzen jedoch aufgezeigt werden. In dieser Phase treten vielfach Abwehr und Blockaden auf. Ein weiteres Grundprinzip ist es, die Klienten auf ihre neue Wahrnehmung der jetzt alkoholfreien Lebensweise anzusprechen und so die Selbstwirksamkeit von Abstinenz zu fördern.

Phase 2: *Mit anderen sprechen, sich austauschen*  
5 Gruppenabende mit je 120 Min. in 5 Wochen.

In der Dialogphase beginnt der Klient, über sein Problem mit anderen Betroffenen zu sprechen. Indem er sich anderen mitteilt, erlebt er die Aufhebung seiner Isolation. Er kann seine mit der Lage anderer vergleichen und seine Einschätzung zum früheren Trinken und seine heutige Einstellung zur Abstinenz überprüfen. Er begreift, dass er nicht alleine ist und dass Gleichbetroffene für ihn als Feedbackpartner wichtig sind. Der Gruppenprozess orientiert sich an den Prinzipien der Themenzentrierten Interaktion (Cohn, 1997). An 5 Abenden sind 5 Themen vorgegeben, die die Gruppe (oft in Teilgruppen) selbst erarbeitet, reflektiert und Ergebnisse darstellt.

Phase 3: *Die Abstinenz vertiefen und ggf. begleiten*  
2-6 Sitzungen Einzelberatung (ggf. 1 x monatlich begleitend).

In der Vertiefungsphase kann der Klient noch einmal tiefgehend schwierigere Problemstrukturen, die hinter seinen früheren Trinkgewohn-

heiten standen und die ihm durch die Dialogphase bewusst wurden, bearbeiten. Einige Klienten suchen in dieser Phase den Kontakt zu den Selbsthilfegruppen und erleben sich selber mit der gleichen Thematik nochmals in einer anderen Gruppe, unabhängig vom Führerschein.

### Empirische Ergebnisse zur Effektivität des Interventionskonzeptes Beschreibung der Untersuchung

Angeschrieben wurden alle 167 Kursteilnehmer, die zwischen dem 01.01.98 und dem 31.12.01 beraten wurden. Der Versand der Fragebögen erfolgte am 25.03.2002, Einsendeschluss für die Rückantworten war der 30.04.2002. 153 Klienten wurden postalisch erreicht. Von diesen haben 93 geantwortet. Dies ergibt eine Ausschöpfungsquote von 55,7 %. Im Mittel lag das Beratungsende der Befragten ca. 23 Monate zurück.

Das Auswertungsdesign war konservativ, d. h., eine fehlende Rückantwort wurde als rückfällig bzw. wieder trinkend gewertet. Die postalisch nicht erreichten Klienten (n = 14) wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt. Bei etwa 25 % der Teilnehmer/innen wurde eine Suchtproblematik (ICD-10, F10.2) festgestellt. Bei allen anderen ist von schädlichem Gebrauch (ICD-10, F 10.1) auszugehen.

### Ergebnisse

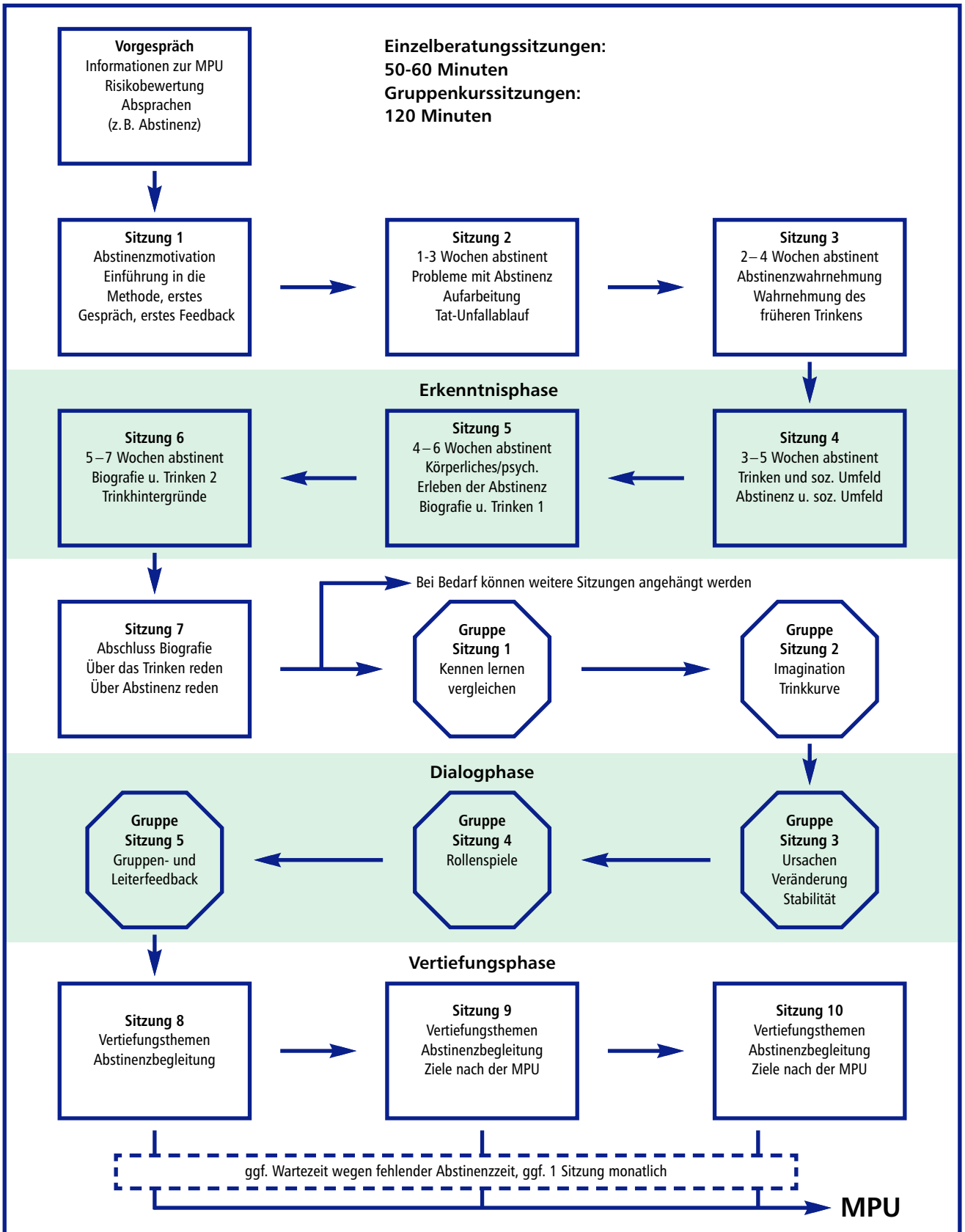
#### Verteilung der Blutalkoholkonzentration bei der relevanten Trunkenheitsfahrt

47 von 93 Antwortern hatten eine Promillezahl ab 2,0‰ und größer (Abb. 2). Überraschend hoch dabei ist der Anteil derjenigen mit 2,2‰ und mehr ‰ (n=27). Sie machen insgesamt 29 % von den 93 Antwortern aus. Probanden mit einer BAK zwischen 2,0–2,19‰ sind insgesamt am stärksten vertreten (n=20).

#### Beratungsdauer in Relation zur BAK

Die Beratungsdauer ist im Zusammenhang mit der BAK unterschiedlich. Klienten mit einer BAK bis 2,19‰

Abbildung 1: Verlauf eines Beratungsprozesses



haben im Durchschnitt die Beratung unterhalb von 5 Monaten abgeschlossen. Betroffene mit einer BAK zwischen 2,2 und 2,5‰ brauchten 6,5 Monate, Betroffene mit einer BAK höher als 2,5‰ weisen einen Beratungszeitraum von 8 Monaten und mehr auf.

Die Anzahl der Einzelberatungssitzungen unterscheidet sich dagegen nur geringfügig. Dies erklärt sich damit, dass diese Probanden aufgrund des größeren Problemdrucks besser zum Besuch von Selbsthilfegruppen zu motivieren waren.

**MPU-Ergebnisse**

Alle MPU-Ergebnisse waren durch Rückmeldungen bzw. telefonische Rückfrage bereits vor der Umfrage bekannt, so dass hier eine Auswertung aller erreichten Kursteilnehmer erfolgen konnte. Von den 153 erreichten Kursteilnehmern haben 84,3% (n=129) die 1. MPU positiv abschließen können. 15,7% (n=24) benötigten eine 2. MPU.

Vergleicht man die MPU-Ergebnisse mit den von Ehret (1996) ermittelten Begutachtungsquoten für verschiedene Hilfeangebote vor der MPU (Tab. 1), so zeigt sich für die Teilnehmer des hier dargestellten Beratungskonzeptes (GHM) eine hohe MPU-Positivquote. Sie wird nur noch von stationären Rehabilitationsmaßnahmen (91,3%) übertroffen.

**Trinkverhalten/Abstinenz**

Zum Stichtag der Befragung waren 61 Befragte (39,9%) abstinent, 32 (20,9%) gaben an, wieder zu trinken und 60 haben nicht geantwortet. Bewertet man nur die Rückantworten (n= 93), sind 65,6% (n = 61) abstinent und 34,4% (n = 32) nicht abstinent. Die Dauer der Abstinenz variierte hierbei von 9 bis 48 Monaten mit einem Mittel von von knapp 2 Jahren (22,4 Monate).

Vergleicht man die Abstinenzquoten nach Altersgruppen, so ist bei den alkoholauffälligen Kraftfahrern bis 40 Jahre der Anteil der Abstinenten mit 27,1% deutlich geringer als in der Ge-

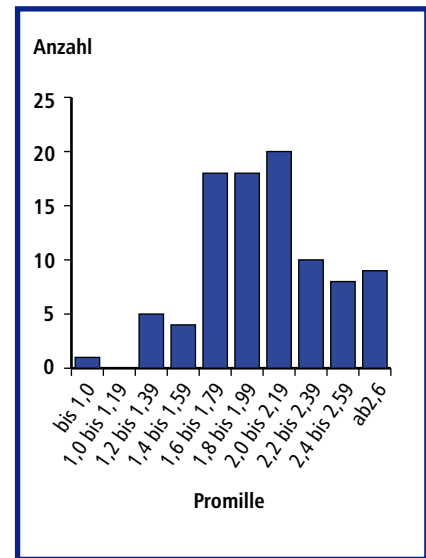
samtgruppe (39,9%; Abbildung 3). In den älteren Gruppen nähert sich die Abstinenzquote der 50% Marke.

**Diskussion**

Es gibt nur wenige Wirksamkeitsstudien, die sich mit dem Trink- und Abstinenzverhalten von alkoholauffälligen Kraftfahrern nach einer abgeschlossenen Therapie / Verkehrstherapie und einer danach erfolgten Medizinisch-Psychologischen Eignungsuntersuchung auseinandersetzen. Die 5-Jahreskatamnese von Scheucher et al. (2002) mit einer Abstinenzquote von 35,5% kann nur bedingt zum Vergleich herangezogen werden, da in dieser Studie nur die eingegangenen Fragebogen Berücksichtigung fanden. Wenn man bei Scheucher et al. (2002) alle Nichtantworten als rückfällig bewerten würde, wäre eine nur etwa 20%ige Abstinenzquote – im Vergleich zu fast 40% in dieser Studie – zu verzeichnen. Auch aus den Suchtberatungsstellen liegen keine Ergebnisse über die Abstinenzhaltung von Teilnehmern der Informationskurse für alkoholauffällige Kraftfahrer vor. Evaluationsstudien zu Rehabilitationskursen mit Rechtsfolge beschränken sich auf die Darstellung der Legalbewährung (z. B. Maukisch et al., 2000). Aussagen zur Abstinenzhaltung nach der MPU waren dort nicht vorgesehen.

Die Ergebnisse zum Abstinenzverlauf der Teilgruppe im Alter bis zu 40 Jahren sind allerdings eher ernüchternd: Fast 73% dieser Altersgruppe haben innerhalb von 2 Jahren die Abstinenz wieder aufgegeben, es handelt sich also eher um eine Trinkpause. Inwieweit sie zu einem sozialadäquaten Alkoholkonsum kommen konnten und diesen auch zeitlich unbefristet praktizieren, ist wissenschaftlich umstritten und war mittels der hier auszugswise dargestellten Datenerhebung und den in dieser Studie angewendeten empirischen Kriterien nicht überprüfbar. Die Tatsache, dass von den 32 Rückantworten der wieder Trinkenden nur 2 angaben, Alkohol wieder so zu konsumieren wie vor dem Entzug der Fahrerlaubnis, zeigt, dass

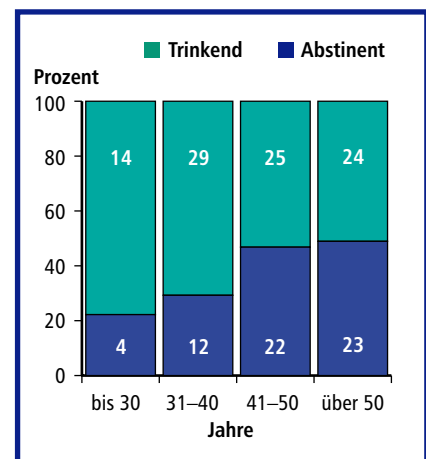
**Abbildung 2: Verteilung der BAK (Blutalkoholkonzentration)**



**Tabelle 1: Gutachtenquoten nach Ehret (1996)**

|   | Gutachten positiv |
|---|-------------------|
| Keine Intervention                            | 23,0%             |
| Nur Besuch von Selbsthilfegruppen             | 45,2%             |
| Suchtberatung                                 | 59,0%             |
| Niederbayr. Beratungskonzept (Modell Freyung) | 69,6%             |
| Reha  | 91,3%             |
| <b>GHM</b>                                    | <b>84,3%</b>      |

**Abbildung 3: Verteilung von Alkoholkonsum und Abstinenz nach Altersgruppen**



sich das Trinkverhalten zumindest in ihrer subjektiven Wahrnehmung deutlich verbessert hat.

### Literaturverzeichnis

- BAST (2000). Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen*, M115, 40–43.
- Cohn, Ruth C. (1997). *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ehret, J. (1996). Das Niederbayrische Beratungskonzept. In B. Schlag (Hrsg.), *Fortschritte der Verkehrspsychologie* (S. 461 – 470). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Lewrenz, H., Heinemann, A. & Püschel, K. (2002). *Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch, Trennungsproblematik, Blutalkohol*, 39, 290–294.
- Maukisch, H., Kannheiser, W. & Radwan, E. (2000). *Die Legalbewährung von alkoholauffälligen Kraftfahrern, Blutalkohol*, 37, 411–432.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Scheucher, B., Eggerdinger, C. & Aschersleben, G. (2002). Fünf Jahre danach – Welche überdauernden Veränderungen werden durch Verkehrstherapie für alkoholauffällige Kraftfahrer erreicht?, *Blutalkohol*, 39, 154–173.
- Stephan, E. (1996). Der Wunsch nach sozialer Anpassung als Determinante des Rückfalls bei alkoholauffälligen Kraftfahrern. In B. Schlag (Hrsg.), *Fortschritte der Verkehrspsychologie* (S. 503–511). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Stephan, E. (1995). Eignung, 1,6 Promille-Grenze und Abstinenzforderung, *DAR* 64, 41–49.
- Stetter, F. (2000). *Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende*. Geesthacht: Neuland Verlag.

### Danksagung

Dank an Prof. Dr. med. Friedhelm Stetter, der mich zu dieser Arbeit ermutigte, wichtige, grundlegende Hinweise gab und meinen Weg in die Veröffentlichung dieser Arbeit begleitete.

### Michael Hemberger

1947 in Frankfurt am Main geboren.  
 1974 bis 1977 Studium Sozialpädagogik, FH Darmstadt  
 1978 bis 1993 Tätigkeit als Sozialpädagoge  
 Seit 1995 selbständig in der Beratung von alkoholauffälligen Kraftfahrern.

### Korrespondenzadresse

Michael Hemberger  
 Beratungsbüro Hemberger  
 Beratung und Schulung im Verkehr  
 Bahnhofsplatz 6  
 73525 Schwäbisch Gmünd  
 Tel.+49 - 71 71 - 92 86 69  
 hemberger-beratung@gmx.de  
 www.mpu-beratung-ostalbkreis.de

Eingereicht: 07.03.2003  
 Angenommen: 07.06.2003

## Quality assurance for outpatient addiction rehabilitation

### Key words

Quality assurance, instruments, substance use disorders, outpatient rehabilitation

### Abstract

The German statutory pensions scheme recently announced the development of a programme to ensure the quality of out-patient rehabilitation facilities. The programme will apply to these target areas: orthopaedics, cardiology and addiction. The current authors are of the opinion that it is very difficult to compare these target areas. Instead, they show how a multi-step approach can highlight the qualities developed to date in out-patient facilities for the addiction target area, and how this approach can be used to create instruments for qualitative measurement. By the end of 2003, the authors will have put forward their proposal for instruments, that are suitable to measure the relevant qualities for the outpatient medical rehabilitation of addicts. The current status of the project is described here and further discussion is prompted.

► Christine Beckmann<sup>1</sup>, Angela Böttger<sup>2</sup>, Marion Ermer-Externbrink<sup>3</sup>, Hermann Gerdemann<sup>4</sup>, Heiko Grube<sup>5</sup>, Doris Habekost<sup>6</sup>, Volker Henning<sup>7</sup>, Marion Neuper-Horst<sup>8</sup>, Serdar Saris<sup>9</sup>, Georg Wiegand<sup>10</sup>

# Qualitätssicherung ambulanter Rehabilitation Suchtkranker

### Schlüsselwörter

Qualitätssicherung, Messinstrumente, substanzbezogene Störungen, ambulante Rehabilitation

### Zusammenfassung

Die gesetzliche Rentenversicherung hat kürzlich angekündigt, ein Programm zur Qualitätssicherung ambulanter Rehabilitationseinrichtung entwickeln zu lassen. Dieses Programm soll für die Indikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie und Sucht gelten. Die Autorengruppe ist der Auffassung, dass Einrichtungen für diese Indikationsbereiche nur schwer zu vergleichen sind. Sie zeigt stattdessen auf, wie mit einer mehrschrittigen Vorgehensweise die bisher in den ambulanten Einrichtungen des Indikationsbereiches Sucht entwickelten Qualitäten aufgezeigt und daraus Instrumente zur Qualitätsmessung gewonnen werden können. Die Autorengruppe wird bis Ende 2003 einen Vorschlag für Messinstrumente vorlegen, die geeignet sind, die für die ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker relevanten Qualitäten zu messen. Es soll hiermit der Stand der Arbeit gezeigt und weiterführende Diskussionen angeregt werden.

Der Verband Deutscher Rentenversicherung (VDR) hat Anfang 2003 beschlossen, ein Programm zur Qualitätssicherung in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für die Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Sucht zu entwickeln. Wie in § 20 SGB IX gefordert wird, ist übergeordnetes Gesamtziel die Optimierung der ambulanten Rehabilitation. Sie soll durch die Anregung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs mittels systematischer Einrichtungsvergleiche erreicht werden.

Nach unserer Auffassung sind Einrichtungen für ambulante Rehabilitation z. B. im Indikationsbereich Orthopädie mit den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen, die medizinische Rehabilitation für Abhängig-

- 1 Diakonisches Werk, Hannover
- 2 Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Hannover
- 3 Fachklinik Moorpension, Freistadt
- 4 Caritasverband LK Emsland, Meppen
- 5 Diakonisches Werk, Melle
- 6 Grundsatzreferat Rehabilitation, LVA Hannover
- 7 Caritas, Hildesheim
- 8 Diakonisches Werk, Stadthagen
- 9 STEP GmbH, Hannover
- 10 Ärztlicher Dienst, LVA Hannover



keitskranke durchführen, nicht vergleichbar. Orthopädische oder auch kardiologische Rehabilitation wird im Ganztags-Setting angeboten, es kommen z. B. Fachärzte, Physiotherapeuten, Krankenschwestern, Masseure und Patientenschulungskräfte zum Einsatz. Die Patienten nehmen in der Regel an 5 Tagen pro Woche Rehabilitation in Anspruch. Sie gehen parallel hierzu keiner Erwerbstätigkeit nach.

Ganz anders bei der ambulanten Rehabilitation Sucht. Für diesen Indikationsbereich kommen Patienten in Frage, die parallel zur Rehabilitation einer Erwerbstätigkeit nachgehen, die ein unterstützendes soziales System nutzen können und in der Lage sind, therapeutisch unterstützt abstinent zu leben. Sie nehmen ambulante Rehabilitation entweder als originäre Maßnahme oder als Weiterbehandlung nach vorangegangener stationärer Behandlung wahr bzw. als Modul einer Kombinationsbehandlung. In der Regel kommen sie mit je einer psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelsitzung pro Woche aus und besuchen parallel hierzu eine Selbsthilfegruppe. Ärztliche Tätigkeit ist gewöhnlich zu Beginn der Behandlung und bei der Abschlussuntersuchung erforderlich, gelegentlich noch zur Konsultation mit dem Haus- oder Facharzt. Die Gruppen- und Einzeltherapiestunden werden überwiegend von Sozialarbeitern/-pädagoginnen mit einer Zusatzausbildung durchgeführt. Zum Behandlungsteam gehört weiter ein psychologischer Psychotherapeut, der zur Testdiagnostik, Krisenintervention usw. eingesetzt wird. Schon diese kurze Skizzierung dessen, wie ambulante Behandlungseinrichtungen im Bereich Sucht arbeiten, zeigt die Unvergleichbarkeit der ambulanten Arbeit der unterschiedlichen Indikationsbereiche.

Schon das seit 1994 installierte 5-Punkte-Programm der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, das für die stationäre Rehabilitation entwickelt wurde, hat für den Indikationsbereich Sucht erhebliche

Schwächen gezeigt, vor allem für die kleineren Einrichtungen mit speziellen Leistungsprofilen. Es ist z. B. bis heute nicht in der Lage die Vielfalt der Wirkungen, der auf den individuellen Fall zugeschnittenen, und mittlerweile annähernd optimal flexiblen, modulorientierten oder Kombinationsbehandlungsformen einigermaßen zu berücksichtigen. Wir befürchten, dass ein Instrument, das unabhängig vom Sichten und Bewerten der Qualitäten, der Beratungsstellen, die sich für die ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker qualifiziert haben und anerkannt sind (in Niedersachsen mehr als 50!), entwickelt wird. Diese Art von Instrumenten und Programmen wird abermals zu kurz greifen. Wir schlagen daher vor, ein auf die Besonderheiten des Indikationsbereiches Sucht abgestimmtes Messinstrument zu entwerfen, das sich an den dort bereits wahrnehmbaren Qualitäten orientiert und die ambulante Rehabilitation nicht nur isoliert misst sondern auch in der Lage ist, die Qualitäten von z. B. Intervall- und Kombinationsbehandlungen abzubilden. Diese Instrumente sollen sowohl für das interne Qualitätsmanagement geeignet sein als auch die Interessen der Auftraggeber an Qualitätssicherung berücksichtigen können.

Wir sind überzeugt, dass mit dieser Vorgehensweise im Ergebnis Wirklichkeitsverluste, wie sie beim o. g. Qualitätssicherungsprogramm des VDR im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker aufgetreten sind, vermieden werden können. Es soll auch vermieden werden, dass aus falschem Respekt vor einem auf höchster Ebene beschlossenen Programm, die für den Patienten notwendigen Verfahren und Vorgehensweise künftig sich nach den Messinstrumenten auszurichten haben. Damit würde die Chance vertan, den vielfältig möglichen Einsatz ambulanter medizinischer Rehabilitation Abhängigkeitskranker künftig so optimal nutzen zu können, wie es z. B. in einer modulorientierten Therapie der Fall ist. Diese wird gemeinsam mit dem

Patienten und unter Einsatz von Case-management-Elementen in Kombination mit stationär durchgeführten Therapien und mit unterschiedlicher Frequenz eingesetzten ambulanten Behandlungsteilen, Praktika, Therapieunterbrechung etc. je nach Bedarf und den individuellen Erfordernissen des Patienten entsprechend gestaltet. Diese Art inhaltlich und zeitlich optimierter individueller Therapieverlaufsplanung ist im Indikationsbereich Orthopädie weitgehend unbekannt. Im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankung können zudem mit Hilfe dieser Vorgehensweisen teure lineare stationäre Therapiezeiten und -kosten vermieden und die Patienten-Akzeptanz erhöht werden.

Um die o. g. Instrumente zu entwickeln, sind wir in mehreren Schritten vorgegangen. Nacheinander haben wir untersucht, beschrieben und synoptisch dargestellt, z. B. die Stärken der ambulanten Beratung und Behandlung, so wie sie bereits bestehen, die wahrnehmbaren Nachweise hierfür und worin deren Nutzen für die ambulante Rehabilitation besteht. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse und die Fragen, die sich daraus stellen, erhoben und in einem letzten Schritt wird entwickelt, mit Hilfe welcher Instrumente diese Qualitäten wissenschaftlich sicher erfasst werden können. Zusammengefasst werden wir dem VDR und der Fachöffentlichkeit ein Instrument vorstellen, das die Diskussion um ein Programm zur Qualitätssicherung im Interesse der Kosten- und Leistungsträger zu unterstützen vermag. Die Veröffentlichung soll den Stand der Arbeit skizzieren und die weitere Diskussion anregen (Tabellen 1–6).

#### Korrespondenzadresse

Georg Wiegand  
Landesversicherungsanstalt  
Hannover  
Lange Weihe 2–4, 30880 Laatzen  
Tel. +49 - 511 - 8 29 11 14  
Fax +49 - 511 - 8 29 11 98  
georg.wiegand@lva-hannover.de

Tabelle 1: Einbindung in regionale Strukturen

| Stärken   | Sichtbare Nachweise   | Nutzen für die ambulante Reha  |
|---|---|--|
| <b>Kennen und Nutzen regionaler Angebote, Maßnahmen und Strukturen</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontakte und Management der Zusammenarbeit mit Gemeinwesenarbeitern, kommunalem Sozialdienst, Stadtteilläden, Tagestreffs (für Jugendliche; Wohnungs- und Obdachlose u. a.)</li> <li>– Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen</li> <li>– Kontakte zur Presse, Möglichkeiten der Veröffentlichung von Projekten, Angeboten</li> <li>– Durchführung vernetzter Angebote mit Selbsthilfe (gemeinsame Infogruppen und Sprechstunde)</li> <li>– Zusammenarbeit mit Maßnahmeträgern von ABM,SAM, Betrieben, Arbeitsamt, Stadtverwaltung, Werbegemeinschaften, Selbsthilfe und Ärzten</li> <li>– Kontakte/Vermittlung in Gruppenangebote im Freizeitbereich, Freizeitheimen, Kulturzentren, kirchlichen Einrichtungen, Vereinen</li> <li>– Durchführung von regionalen bedarfsorientierten Angeboten, z. B. Frauengruppen, Substitutionsbehandlung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Möglichkeit der ambulanten Frühintervention/Rehabilitation durch Vernetzung mit den örtlichen Vereinen, Institutionen</li> <li>– Erhöhung der Sensibilität für Suchterkrankung und Wissen um ambulante Behandlungsmaßnahmen in der Bevölkerung</li> <li>– Einbeziehung von Selbsthilfepotentialen in die ambulante Rehabilitation</li> <li>– Durchführung kombinierter med. Rehabilitations- und beruflicher Eingliederungshilfen im Rahmen eines integrierten Gesamtkonzeptes</li> <li>– Vermittlung in Praktika während ambulanter Therapie</li> <li>– Ergänzende Freizeitangebote zum Aufbau neuer sozialer Kontakte, zur Überwindung der Isolation, zur Rückfallprävention</li> <li>– Passgenaue Angebote in der ambulanten Rehabilitation</li> </ul> |
| <b>Flächendeckende Versorgung</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dezentrale Angebote wie Sprechstunden und Gruppen an verschiedenen Orten, Shuttledienste</li> <li>– Regelmäßige Präsenz in den Krankenhäusern vor Ort (Sprechstunden, Beratungen auf der Entgiftungsabteilung, Kontakte zum Personal)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Akquise für Rehabilitationsangebote vor Ort</li> </ul>  |
| <b>Etablierte Einrichtungen</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hoher langfristiger Bekanntheitsgrad und Seriosität</li> <li>– Breite Arbeitsfelder von der Notfallhilfe, Wohnungslosenhilfe, allgemeinen Sozialdienst, Schuldnerberatung bis zur medizinischen Rehabilitation</li> <li>– Örtlich gute Platzierung, hohe Kundennachfrage</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Unabhängigkeit von kurzzeitigen Finanzierungen</li> <li>– Ergänzung der medizinischen Rehabilitationsleistungen durch stabilisierende psychosoziale Angebote</li> </ul>   |
| <b>Soziales Engagement und (konfessionelle) Zugehörigkeit des Trägers und der Mitarbeiter/innen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Makrostrukturelle, politische und inhaltliche Unterstützung durch den jeweiligen Verband</li> <li>– Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter</li> <li>– Ansprechen eines Klientels mit besonderer religiös-weltanschaulicher Verankerung</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erreichbarkeit z. B. bei Krisen auch außerhalb der Sprechzeiten</li> <li>– Motivierte und engagierte Mitarbeiter</li> <li>– Geringe Fluktuation der Mitarbeiter</li> </ul>  |

Tabelle 2: Fachliche Vernetzung / Kooperation

| Stärken   | Sichtbare Nachweise  | Nutzen für die ambulante Reha  |
|---|--|--|
| <b>Austausch und Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdienste und Berufsgruppen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zusammenarbeit mit Institutionen und Fachdiensten aus Suchthilfe, Gesundheitswesen, Sozialwesen, Jugendhilfe u. a. (z. B. mit niedergelassenen Ärzten, Kliniken / Fachkrankenhäusern, Sozialpsychiatrischem Dienst, Jugendämtern, kommunalem Sozialdienst, Arbeitsämtern, Jugendgerichtshilfe, u. v. a.)</li> <li>– Case-Management <ul style="list-style-type: none"> <li>gemeinsame Fallbesprechungen</li> <li>Übergabegespräche</li> <li>Abschlussgespräche</li> <li>Telefonkonferenzen</li> </ul> </li> <li>– Weitervermittlung von Klienten in weitere Beratungsdienste des Trägers oder des Netzwerkes (z. B. Familienberatung, Schuldnerberatung)</li> <li>– Mitarbeit an regionalen Facharbeitskreisen</li> <li>– Zusammenarbeit mit Fachverbänden (NLS,DHS, GVS,FV Sucht u. a.)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zur Sicherstellung und Optimierung der Versorgung / Behandlung der Klienten werden gewachsene Strukturen des Versorgungsgebietes sowie individuelle Kontakte genutzt (ganzheitlicher Behandlungsansatz)</li> <li>– Gemeinsame Planung von Therapiezielen und Setting</li> <li>– Kontrolle der Wirksamkeit / des Behandlungszieles, ggf. Neudefinition</li> <li>– Begleitung der Übergänge zwischen Therapieabschnitten (keine Reibungsverluste)</li> <li>– Steigerung der Inanspruchnahme von Behandlung</li> <li>– Sicherung / Kontinuität des Behandlungserfolgs</li> </ul> |
| <b>Einbeziehung der Selbsthilfe</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einbeziehung der Selbsthilfe bei der Durchführung ambulanter Rehabilitation (Infoteil in Reha-Gruppe)</li> <li>– Durchführung gemeinsamer Sprechstunden</li> <li>– Gemeinsame Initiierung innovativer Angebote, z. B. für Langzeitarbeitslose</li> <li>– regelmäßiger Austausch zwischen Fachkräften der Beratungsstellen und Selbsthilfe auf Orts-, regionaler und überregionaler Verbandsebene</li> <li>– Initiierung zielgruppenspezifischer Selbsthilfegruppen</li> <li>– Schulung und Supervision von Selbsthilfegruppenleitern durch Beratungsstelle</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung der Motivation und Inanspruchnahme von Behandlung</li> <li>– Rückfallprophylaxe / Schaffung eines stabilisierenden sozialen Umfeldes</li> <li>– Nutzung der Ressourcen der Selbsthilfe im Rahmen modularer Rehabilitation und berufl. Eingliederungsmaßnahmen</li> </ul>  |
| <b>Zusammenarbeit mit Leistungsträgern</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– regelmäßige Kontakte zwischen der Beratungs- und Behandlungsstelle und dem Fachberater für Rehabilitation der LVA in Form von Telefonaten mit der Sachbearbeitung, dem Grundsatzbereich und dem Ärztlichen Dienst der LVA</li> <li>– regelmäßige (1x jährlich, spätestens alle 2 Jahre) Erfahrungsaustauschgespräche zwischen den Beratungsstellenmitarbeitern u. der LVA (vor Ort oder in den Räumen der LVA).</li> <li>– Hilfestellung der LVA bei der Erstellung von Konzepten für ambulante Entwöhnungsbehandlungen oder Spielsucht, Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> <li>»Ambulante Rehabilitation und berufliche Integration für Substituierte (ABS)«</li> <li>»Entwöhnungsbehandlung im Modulsystem (EMS)« (ambulant/stationär im Verbund)</li> <li>»WESUWE« (berufliche Wiedereingliederung / Kooperation von Suchtberatung, Stadt, Selbsthilfe, Arbeitsverwaltung und LVA)</li> </ul> </li> <li>– persönliche Begegnungen im Rahmen von Austauschgesprächen, Einweihungs- und Jubiläumsfeiern u. a.</li> <li>– Dezentrale Treffen mit A- u. B-Dienst der LVA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vertrauensvoller Austausch und Zusammenarbeit zur Klärung von Einzel- oder Grundsatzfragen durch persönliches Kennen und Wertschätzen</li> <li>– kurzfristiges Krisenmanagement zur Sicherung der Durchführung der amb. Rehabilitation in Einzelfällen (z. B. bei Rückfall)</li> <li>– Entwicklung und Umsetzung innovativer Konzepte zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern</li> </ul>  |

Tabelle 3: Individuelle, passgenaue medizinische Rehabilitation

| Stärken   | Sichtbare Nachweise   | Nutzen für die ambulante Reha   |
|---|---|---|
| Individuelle Diagnostik und Behandlungsplanung                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Medizinische, psychologische, sozialarbeiterische Diagnostik</li> <li>– Individueller Behandlungsplan nach Indikationsstellung</li> <li>– Gruppen- und Einzeltherapieangebote z. B. für Schichtarbeiter</li> <li>– Planungsrückkoppelung mit Ansprechpartnern aus dem Sozialraum des Patienten</li> <li>– Konkrete Zielplanung unter Einbeziehung der Alltagsproblematiken</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– notwendige, angemessene Leistungen</li> <li>– keine überflüssigen Maßnahmen</li> <li>– Hilfssystemausstieg verhindern</li> </ul>   |
| Passgenaue Therapie unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation | <ul style="list-style-type: none"> <li>– bürgernahe dezentrale Therapieangebote</li> <li>– Therapieform je nach psychosozialer Situation (z. B. Schichtarbeit)</li> <li>– Einbindung des psychosozialen und beruflichen Umfeldes (auch z. B. Betriebsrat/Betriebsleitung)</li> <li>– Betriebliche Frühinterventionen</li> <li>– Weniger betriebliche Fehltag</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Begleitung des Versicherten unter Alltagsbedingungen</li> <li>– Einbeziehung des sozialen Umfeldes in den therapeutischen Prozess</li> <li>– Förderung der sozialen und beruflichen Re-Integration</li> <li>– Erhalt der Erwerbstätigkeit</li> </ul> |
| Gestaltung flexibler Übergänge zwischen verschiedenen Hilfeangeboten    | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ermöglichen von nahtlosen und flexiblen Übergängen zwischen verschiedenen Therapieformen (Ambulant/stationär/Intervallbehandlung)</li> <li>– Möglichkeit der Weiterbehandlung nach stationärer Therapie</li> <li>– Case-Management <ul style="list-style-type: none"> <li>Begleitung der Klienten zur Klinik durch Therapeuten</li> <li>Übergabegespräche, Telefonkonferenzen u. ä. mit stationären Einrichtungen</li> <li>Zusammenarbeit mit Reha-Fachberater der RV</li> <li>Zusammenarbeit mit Arbeitsamt</li> <li>Zusammenarbeit mit Krankenkasse</li> <li>Kontakte zum Sozialamt u. A.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einbettung der ambulanten Rehabilitation in eine Gesamtbehandlung</li> <li>– Kosteneffizienz</li> <li>– parallele Hilfeangebote zur Sicherung des Behandlungserfolges</li> </ul>   |

Tabelle 4: Soziale und berufliche Re-Integration

| Stärken   | Sichtbare Nachweise  | Nutzen für die ambulante Reha  |
|---|--|--|
| Entwicklung einer (beruflichen) Perspektive         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Entwicklung einer beruflichen Perspektive zusammen mit dem Klienten während des gesamten Rehabilitationsprozesses</li> <li>– Zusammenarbeit mit <ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitationsberater der RV vor Ort</li> <li>Arbeitsamt</li> <li>im beruflichen Sektor tätigen Institutionen</li> </ul> </li> <li>– Vermittlung in Arbeitsprojekte</li> <li>– Durchführung von Berufspraktika</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Motivation zur weiteren Teilnahme an der Rehabilitation / Erhöhung der Haltequote</li> <li>– Einbeziehung der Alltagsprobleme in die Therapie</li> </ul>  |
| Einbindung und Stabilisierung des sozialen Umfeldes | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zusammenarbeit mit dem Lebenspartner des Versicherten</li> <li>– Kontakte zu Arbeitgebern und Betriebsräten</li> <li>– Finden eines persönlichen Ansprechpartners in Betrieben bzw. persönlicher Ansprechpartner sein für Führungskräfte in Betrieben</li> <li>– Initiierung und Durchführung von beruflichen Projekten (z. B. WESUWE / ABS*)</li> <li>– Begleitung bei der Wiedereingliederung</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einbindung des Lebenspartners in den Therapieprozess</li> <li>– höhere Bereitschaft der Betriebe einen Suchtkranken weiter zu beschäftigen bzw. ihn nach erfolgter Therapie wieder einzustellen</li> <li>– Möglichkeit der Gestaltung der Therapieinhalte entsprechend der aktuellen Situation</li> </ul> |
| Rückfallprävention                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erarbeiten von Krisen- Lösungsstrategien (»Werkzeugkoffer gegen Rückfall«)</li> <li>– Anlaufstelle auch lange nach Ende der Therapie</li> <li>– Anbindung der Klienten an die Selbsthilfe</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sicherung der Rehabilitationserfolges</li> </ul>  |

\*WESUWE= medizinisch und berufliche Eingliederung im Verbund (Stadt Haren)

ABS= Ambulante Rehabilitation und berufliche Integration Substituierte (Stadt und LK Osnabrück)

Tabelle 5: Qualitätssicherung

| Stärken   | Sichtbare Nachweise  | Nutzen für die ambulante Reha  |
|---|--|--|
| <b>Etablierte Instrumente zur Qualitätssicherung</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>– wissenschaftlich begründete Therapiekonzepte</li> <li>– standardisierte Prozessabläufe</li> <li>– Supervision / Fallgespräche</li> <li>– Berichtswesen f. amb. Rehabilitation (Anträge, Zwischenberichte, Verlängerungsberichte, Abschlussberichte)</li> <li>– Dokumentation und Statistik</li> <li>– Leistungsbeschreibungen</li> <li>– Erfassung der Tätigkeiten und Leistungen</li> <li>– Durchführung katamnestischer Erhebungen</li> <li>– Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter</li> <li>– Erfahrungsaustausch mit anderen Fachdiensten und dem Leistungsträger</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sicherung der Qualität der Behandlung und ambulanten medizinischen Rehabilitation durch Methoden der Qualitätssicherung</li> </ul>  |
| <b>Weiterentwicklung und Anpassung der Arbeit an neue Anforderungen und Entwicklungen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Durchführung von Potentialanalysen (Selbstbewertungen) zur Ermittlung von Stärken und Entwicklungspotential</li> <li>– kontinuierliche Entwicklung und Umsetzung von Verbesserungsideen</li> <li>– Aufbau interner QM-Systeme (z. B. nach EFQM oder ISO)</li> <li>– Vernetzung von Beratungsstellen zum Zweck der Qualitätssicherung durch wechselseitiges Lernen (Benchmarking-Projekt der NLS)</li> <li>– Benennung von Qualitätsbeauftragten / Benchmarkingbeauftragten der Beratungsstellen</li> <li>– Entwicklung von Qualitätshandbüchern</li> <li>– Leitbildentwicklung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Etablierung von Methoden aus dem Qualitätsmanagement zur Erfüllung veränderter Anforderungen</li> <li>– kontinuierliche Qualitätsverbesserung der amb. med. Rehabilitation</li> <li>– Installierung bedarfsgerechter Angebote (spezifische Indikationen, Zeitrahmen u. a.)</li> <li>– Vergleichbarkeit mit anderen Leistungserbringern</li> </ul> |

Tabelle 6: Kundenorientierung

| Stärken   | Sichtbare Nachweise  | Nutzen für die ambulante Reha   |
|---|--|---|
| <b>Orientierung an Erfordernissen und Bedürfnissen der Klienten und Angehörigen/ Bürgernähe</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– örtliches Angebot für amb. Rehabilitation</li> <li>– zeitlich flexibler Einsatz der Beratungsstellenmitarbeiter nach den Erfordernissen der Klienten (Berücksichtigung von Schichtarbeit; Sprechstunden für Berufstätige u. ä.)</li> <li>– Angebote für Angehörige</li> <li>– katamnestische Erhebungen</li> <li>– Kundenbefragungen (Klientenfragebogen; »Meckerkasten« usw.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– regional erreichbares Behandlungsangebot</li> <li>– Angebot für Klienten, die stationäre Rehabilitation nicht in Anspruch genommen hätten</li> <li>– Einbeziehung des sozialen Umfelds fördert Therapieprozess</li> <li>– geringe Abbruchquote in der amb. Rehabilitation</li> </ul> |
| <b>Orientierung an Bedarfen und Erfordernissen der Kosten- und Leistungsträger</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erfüllen der Voraussetzungen der Kosten- und Leistungsträger zur Durchführung amb. med. Rehabilitation</li> <li>– Anerkennung durch Kosten- und Leistungsträger</li> <li>– fachlicher Austausch und Konzeptentwicklung mit Leistungsträgern (z. B. Erfahrungsaustauschgespräche mit LVA, mit Krankenkassen u. a.)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Finanzierung der amb. Rehabilitation für Klienten und Beratungsstelle</li> </ul>   |
| <b>Orientierung an Bedarfen und Erfordernissen der unterschiedlichen Zuwendungsgeber</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einbindung in sozialpsychiatrischen Verbund</li> <li>– Informations- und Austauschgespräche mit Sozial-/Gesundheitsausschuss, mit Fraktionen, mit Zuwendungsgebern (Bezirksregierung, Land, Träger) u. ä.</li> <li>– Mitarbeit in regionalen Arbeitskreisen, runden Tischen u. ä.</li> <li>– Kontaktpflege und Veröffentlichungen in der Presse</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Existenz regional erreichbarer ambulanter Behandlungsstellen mit Angebot für Oamb. med. Rehabilitation</li> </ul>  |



# Kommentare zu den »AWF Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen« / Commentaries on »AWMF-Treatment guidelines for substance-related disorders«

## Redaktionshinweis/Editorial Note

In Heft 4, 2002 (S. 245–264) und Heft 3, 2003 (S. 147–167) der Zeitschrift SUCHT wurden AWMF-Behandlungsleitlinien für zwei Interventionsbereiche publiziert. Zu diesen Leitlinien sind folgende Kommentare eingegangen.

Die Redaktion

## Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e. V. zur Leitlinie »Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen«

Grundsätzlich begrüßt der Fachverband Sucht e. V. (FVS) die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien bei substanzbezogenen Störungen.

Die neu vorgelegte Leitlinie stellt einen aktuellen Orientierungsrahmen für die Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen dar und beinhaltet vielfältige und differenzierte Entscheidungshilfen für die in diesem Feld tätigen Behandler. Vor dem Hintergrund dieser Aussage wird in der Stellungnahme auf Aspekte hingewiesen, die hinsichtlich der Weiterentwicklung der Leitlinie und der Umsetzung in der Praxis aus Sicht des Fachverbandes Sucht e. V. von Bedeutung sind.

Hierbei wird unterschieden zwischen

- grundsätzlichen Aspekten (I) und
- spezifischen Aspekten (II)

## Grundsätzliche Aspekte

Unsere zentralen Anregungen beziehen sich auf folgende Aspekte:

### *Ziele der Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen*

In Anlehnung an diese Leitlinie »Akutbehandlung bei Störungen durch Opioide« sollten nach der Einleitung zunächst die »Ziele der Akutbehandlung« benannt werden.

Diese sind:

1. Detoxifikation im engeren Sinne (= Behandlung der akuten Intoxikation)
2. Entzugsbehandlung als Maßnahme der Behandlung der bei Reduzieren bzw. Absetzen der Substanz auftretenden körperlichen und psychischen Reaktionen. Sie dient insbesondere zur Vermeidung von körperlich begründeten Komplikationen und zur Beendigung der physischen Abhängigkeit.
3. Förderung der Motivation zur Abstinenz und zur Inanspruchnahme weitergehender Behandlungsmaßnahmen wie z. B. der Entwöhnungsbehandlung (Postakutbehandlung).
4. Beendigung einer etwaigen gleichzeitigen physischen Abhängigkeit von anderen Suchtmitteln.
5. Diagnostik und Behandlung von psychiatrischen und von somatischen Begleiterkrankungen und

Eingrenzung sozialer Suchtfolgeschäden.

### *Verknüpfung Akutbereich (Entzug) und medizinische Rehabilitation (Entwöhnung) durch Reha-Fallmanagement*

Die Einbindung der Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen in ein Behandlungsnetzwerk und die Schnittstellen zur Entwöhnungsbehandlung bzw. zur medizinischen Rehabilitation werden zwar erwähnt, sollten aber deutlicher hervorgehoben werden. Denn ein wesentliches Ziel der Akutbehandlung bei Alkoholabhängigkeit liegt in der Förderung der Motivation zur Abstinenz und der Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung (Postakutbehandlung). Bei Alkoholabhängigkeit handelt es sich um eine schwere Erkrankung mit chronischem Charakter, bei der die langfristigen Perspektiven der Behandlung bereits im Rahmen der Frühintervention und Akutbehandlung entsprechend berücksichtigt werden müssen.

Die Verzahnung von Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation ist durch ein patientenorientiertes Reha-Fallmanagement zu gewährleisten. Von daher sollte, sobald der Zustand des Patienten im Rahmen des Entzuges es erlaubt, frühzeitig mit dem Patienten besprochen werden, welche längerfristige Postakutbehandlung (z. B. ambulante und stationäre

medizinische Rehabilitation) erforderlich ist, um weiterführende Therapieziele (z. B. gesundheitliche Stabilisierung, Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben, berufliche Reintegration, Abstinenzfähigkeit) zu erreichen. Die postakute Behandlung (Entwöhnungsbehandlung) sollte nahtlos anschließen. Dies erfordert, dass eine frühzeitige Antragsstellung und Einleitung der postakuten Behandlung erfolgt.

#### *Versorgungspolitische Aspekte*

Aus versorgungspolitischer Perspektive ist festzustellen, dass die Mehrzahl aller stationären Entzugsbehandlungen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen auf den entsprechenden somatischen Stationen der Allgemeinkrankenhäuser durchgeführt wird.

Verschiedene Modellvorhaben zeigen, dass im Krankenhausbereich durch den Einsatz qualifizierten Personals im Rahmen von Konsiliar-/Liaisondiensten die Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Patienten deutlich verbessert werden konnte. Im Vordergrund steht hierbei die Motivationsarbeit, d. h. die Einstellungsänderung und Förderung der weiteren Inanspruchnahme von Hilfen. Zielsetzung der durch den Konsiliardienst-/Liaisondienst erbrachten Kurzintervention ist es, die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit bzw. dem schäd-

lichen Gebrauch zu fördern. Entsprechende Interventionen sollten grundsätzlich im Rahmen des ambulanten und stationären Entzuges implementiert sein.

Gerade vor dem Hintergrund der Einführung von Diagnosis related groups (DRG's) im Krankenhaussektor erscheint es wichtig, dies in einer Leitlinie zum Entzug hervorzuheben. Hier besteht ein prioritärer Bedarf an Strukturentwicklung und Qualifizierung.

#### *Indikationsstellung und Behandlungszeit*

Ergänzend zur genannten Behandlungsdauer halten wir es für erforderlich, auch die durchschnittliche Behandlungszeit (bei regulärer Beendigung) zu benennen, welche für den qualifizierten Entzug bei alkoholbezogenen Störungen deutlich kürzer als die genannte ist.

In diesem Zusammenhang sollte auch überlegt werden, welche indikationsspezifischen Unterscheidungen bei der Akutbehandlung vorgenommen werden können (z. B. mit/ohne Komplikationen, Entzug vor dem Antritt einer Entwöhnungsbehandlung), die einen Einfluss auf die Behandlungszeit haben.

#### *Spezifische Aspekte*

Im weiteren wird über diese grundsätzlichen Anmerkungen hinaus auf einzelne Aspekte des Leitlinientextes

eingegangen. Die Kapitelangaben beziehen sich auf die entsprechenden Angaben im vorliegenden Leitlinienentwurf.

#### *Diagnostik*

Die Angaben zu den beteiligten Berufsgruppen sollten wie folgt präzisiert werden:

»... sowie Mitarbeiter in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (z. B. Dipl.-Psych. oder Dipl.-Soz.-Päd./-Arb. mit suchtherapeutischer Weiterbildung).«

Darüber hinaus müssten die Psychologischen Psychotherapeuten ebenfalls Erwähnung finden. Ferner weisen wir darauf hin, dass hinsichtlich der genannten Spezialisten erhebliche Qualifikationsunterschiede bestehen. Beispielsweise verfügen Ärzte mit der Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung nicht obligatorisch über eine psychotherapeutische, suchtherapeutische oder psychiatrische Kenntnisse. Von daher sollte zumindest darauf hingewiesen werden, dass die genannten Spezialisten über unterschiedliche Qualifikationsniveaus verfügen.

#### *Behandlung*

Einleitend sollte ein Überblick über die verschiedenen Behandlungselemente gegeben werden, dies würde die Lesbarkeit und die Verständlichkeit des Textes fördern.

### Entgiftung

Der Begriff »Entgiftung« könnte durch den Begriff »Entzug« ersetzt werden. Auf die grundsätzliche Notwendigkeit diesen qualifiziert durchzuführen, wurde weiter oben bereits verwiesen.

### Wahl des Behandlungsortes (»Settings«)

Prinzipiell sollte das Behandlungsetting sich am individuellen Bedarf orientieren und auch die Wünsche des Patienten berücksichtigt werden, sofern diese mit den Zielen des Gesamtbehandlungsplanes vereinbar sind.

Unklar bleibt hinsichtlich der Wahl des Settings, welche Indikationsstellung zugrunde zu legen ist. Ergänzend ist bei den Settings zu nennen »Fachklinik«. Modellvorhaben, bei genehmigter stationärer medizinischer Rehabilitation im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung in der Rehabilitationsklinik durchzuführen, sind zu fördern.

### Stationäre Behandlung

Empfohlen wird die Überschrift »Stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung« zu benennen, da der Begriff stationäre Behandlung irreführend sein kann und sich z. B. »stationäre Entwöhnungsbehandlung« auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation bezieht.

### Suchtmedizinische/psychiatrische Maßnahmen (APA 2002)

Hinsichtlich der weiteren Ausführungen halten wir es für notwendig, die Überschrift zu erweitern, da es sich aufgrund der Interdisziplinarität des Behandlungssettings nicht nur um ein suchtmedizinisches und psychiatrisches Management handelt, sondern vielmehr aufgrund der biopsychosozial bedingten Erkrankung auch andere Berufsgruppen wie Psychologen, Psychologische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen etc. sowie Selbsthilfegruppen in unterschiedlicher Weise beteiligt sind.

Darüber hinaus halten wir es besonders wichtig, als zusätzlichen Punkt 3.3.4 aufzunehmen:

#### »Förderung weiterführender suchtspezifischer Hilfen«.

»Es ist zu gewährleisten, dass die Inanspruchnahme weiterführender suchtspezifischer Hilfen gefördert wird. Eine wichtige Zielsetzung ist hierbei die Nahtlosigkeit zwischen Entzug und Entwöhnung (Postakutbehandlung) zu gewährleisten.«

### Behandlungsdauer

Hierzu wurden bereits grundsätzliche Aspekte benannt (siehe oben). Darüber hinaus wird vorgeschlagen, den letzten Satz zu streichen und zu ersetzen durch: »Grundsätzlich sollte sich die Behandlungsdauer am vorliegenden Behandlungsbedarf und

der entsprechenden Indikationsstellung orientieren.«

### Ambulante/teilstationäre Behandlung

Die Überschrift sollte geändert werden in »Ambulanter/teilstationärer qualifizierter Entzug«.

Die Beschreibung des Settings und der Behandlungsstandards für eine qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung sowie entsprechender Strukturmerkmale ist nicht näher ausgeführt. Dies erscheint allerdings notwendig.

### Schlusswort

Abschließend möchten wir noch darauf hinweisen, dass bei den vorgelegten Behandlungsleitlinien auch ein Bezug zum jeweiligen Evidenzgrad hergestellt werden sollte.

Der Fachverband Sucht e.V. hofft mit diesen Anregungen und Vorschlägen zur Weiterentwicklung dieser AWMF-Leitlinie beizutragen.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Volker Weissinger  
Fachverband Sucht e.V.  
Walramstr. 3  
53175 Bonn  
Tel. + 49 - 2 28 - 26 15 55  
Fax + 49 - 2 28 - 21 58 85  
Email: sucht@sucht.de

**Kommentar zum Artikel:  
»AWMF-Behandlungsleitlinie:  
Akutbehandlung alkoholbezogener  
Störungen«**

Hinsichtlich der angemessenen Einschätzung und Nutzung der Leitlinien halte ich es für erforderlich, auf die Chancen und Risiken der Orientierung auf evidenzbasierte Behandlungsstrategien hinzuweisen:

Es ist nicht nur sinnvoll, sondern auch erforderlich, in möglichst großem Umfang nachgewiesenermaßen sinnvolle, hilfreiche und wenig schädliche Behandlungsmaßnahmen anzuwenden. Die Orientierung an evidenzbasierten Behandlungsstrategien gemäß internationalem Forschungsstand erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass entsprechend gut untersuchte und risikoarme Behandlungen dem Patienten zugute kommen und angemessen eingesetzt werden.

Die notwendigen Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsstrategien sind allerdings weitaus umfangreicher als jene therapeutischen Techniken, medikamentöse Maßnahmen etc., welche international gemäß den Kriterien der evidenzbasierten Medizin untersucht worden sind und untersucht werden. Die Bedeutung des therapeutischen Settings, der Einfluss der Milieutherapie etc. sind Aspekte, welche gar nicht oder nur höchst unzureichend in gut dokumentierten Studien untersucht worden sind. Der Vorteil der evidenzbasierten Medizin ist

ihre Kontrollierbarkeit, Reproduzierbarkeit und die gute Dokumentation der Chancen und Risiken der untersuchten Behandlungsstrategien. Problematisch und inadäquat ist jedoch die ausschließliche Orientierung auf jene Maßnahmen, welche mit den heute gängigen Forschungskriterien überhaupt erfassbar sind. Da Studien zur Erfassung sog. weicher, jedoch eminent wichtiger therapeutischer Aspekte wie therapeutisches Milieu etc. sehr umfangreich sind und dementsprechend nicht durchgeführt werden, fehlen entsprechende Untersuchungen.

Ich halte es für außerordentlich wichtig, diesen Aspekt stets zu berücksichtigen, dass nämlich qualifizierte Interventionen und qualifizierte Behandlungsstrategien weit mehr umfassen als nur jene Maßnahmen, welche gemäß den Methoden und Kriterien der evidenzbasierten Medizin ihre Bewährungsprobe bestanden haben. Es ist kein Plädoyer gegen evidenzbasierte Medizin, sondern ein Plädoyer für den angemessenen Umgang mit diesem Kriterium: Mit evidenzbasierter Medizin ist ein wichtiger, aber eben nur ein Teil des notwendigen Behandlungsspektrums erfassbar, Behandlungsmaßnahmen können nicht auf das reduziert werden, was sich als evidenzbasiert nachweisen lässt. Eine klare Darlegung dieses Zusammenhangs im Vorwort zu den Leitlinien halte ich für notwendig, um weitreichenden Missverständnissen vorzubeugen.

Darüber hinaus bin ich der Ansicht, dass trotz bestehendem Diskussionsbedarf die Leitlinien aufgrund der Bedeutung des Themas und aus Respekt vor dem großen Einsatz der Autorengruppe die Leitlinien so schnell wie möglich per Publikation in die Praxis zu transferieren sind.

Als ergänzende Information sollte in den Leitlinien auf den aktuellen Diskussionsstand in Deutschland zum Thema qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholabhängiger unter Verweis auf NRW-Rahmenkonzept, das DHS-Papier und die daraus resultierende Fachdiskussion auf Bundesebene und verschiedenen Bundesländern hingewiesen werden.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Thomas Kuhlmann  
Chefarzt  
Psychosomatische Klinik  
Bergisch Gladbach  
Schlodderdicher Weg 23a  
51469 Bergisch Gladbach  
Tel. + 49 - 22 02 - 20 61 73  
Fax + 49 - 22 02 - 20 61 82  
thkuhlmann@psk-bg.de

# Buchtipps der Redaktion

## Literatur über Alkohol und seine Folgen

|  | Ralf Demmel   | Thomas Kuhlmann   |
|--|---|---|
| <b>für interessierte Laien</b>             | Edwards, G. (2000). Alcohol: The ambiguous molecule. London: Penguin Books.   | Landesarbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung in NRW (2001). Alkohol – eine Information für Eltern, Lehrer/innen und alle weiteren Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen. GINKO, Kaiserstraße 94, 45468 Mülheim a. d. Ruhr. |
| <b>für Angehörige</b>                      | Lindenmeyer, J. (2001). Lieber schlau als blau. Weinheim: Beltz.  | Schneider, R. (1996). Die Suchtfibel. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.  |
| <b>für Personen mit Alkohol-Problemen</b>  | Lindenmeyer, J. (2001) Lieber schlau als blau. Weinheim: Beltz.   |   |
| <b>für Lehrveranstaltungen</b>             | Leonard, K. E. & Blane, H. T. (1999). Psychological theories of drinking and alcoholism. New York: The Guilford Press.  | Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2001). Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln mit literarischen Beispielen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.  |
| <b>bei medizinischen Fragen</b>            | Schuckit, M. A. (2000). Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment. New York: Kluwer Academic Publishers.  | Seitz, H., Lieber, Ch. & Simanowski, U. (1995). Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Schäden. Leipzig: Johann-Ambrosius-Barth Verlag.  |
| <b>bei diagnostischen Fragen</b>           | Allen, J. P. & Columbus, M. (1995). NIAAA Treatment Handbook Series 4, Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers. Bethesda, MD: National Institutes of Health. | Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997). Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Stuttgart: Springer Verlag.  |
| <b>bei (psycho-)therapeutischen Fragen</b> | Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: The Guilford Press.  |   |
| <b>als literarische Darstellung</b>        | Mankell, H. (2002). Die Rückkehr des Tanzlehrers. Wien: Zsolnay.  |   |



**Fred Rist**

Braun, S. (1998).  
Der alltägliche Kick: Von Alkohol  
und Koffein.  
Basel: Birkhäuser Verlag.

Ruthe, R. & Glöckl, P. (1999).  
Alkohol in Ehe und Familie. Was  
die Familie tun kann.  
Wuppertal: Blaukreuz Verlag.

Lindenmeyer, J. (2001).  
Lieber schlau als blau.  
Weinheim: Beltz.

Secretary of Health and Human Services (2000). 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.

Schuckit, M. A. (1999).  
Drug and alcohol abuse: A clinical  
guide to diagnosis and treatment.  
New York: Kluwer Academic  
Publishers.

Heather, N., Peters, T. J. &  
Stockwell, T. (2001).  
International handbook of alcohol  
dependence and problems.  
Chichester: John Wiley & Sons.

Hay, W. & Nathan, P. R. (1982).  
Clinical case studies in the behavioral  
treatment of alcoholism. New York:  
Kluwer Academic Publishers.

Cheever, S. (1998).  
Note found in a bottle: My life as  
a drinker. Simon & Schuster.

**Friedhelm Stetter**

Die Broschüren der DHS.

Die Broschüren der DHS.

Lindenmeyer, J. (2001).  
Lieber schlau als blau.  
Weinheim: Beltz.

Zernig, G. et al. (2000).  
Handbuch Alkoholismus.  
Innsbruck: Verlag der  
Psychiatrischen Universitätsklinik.

Möller, H. J. (2000).  
Therapie psychiatrischer  
Erkrankungen.  
Stuttgart: Thieme.

Weltgesundheitsorganisation (1999).  
Internationale Klassifikation  
psychischer Störungen:  
ICD-10 Kapitel V (F).  
Bern: Verlag Hans Huber.

Rudolf, G. (2000).  
Psychotherapeutische Medizin und  
Psychosomatik.  
Stuttgart: Thieme.

Saint-Exupery, A. de (1977).  
Le petit prince (S. 38–39).  
Paderborn: Ferdinand Schöningh.

**Hans Watzl**

Feuerlein, W. (1996).  
Alkoholismus: Warnsignale,  
Vorbeugung, Therapie.  
München: Beck'sche Reihe.

Lambrou, U. (1996).  
Helfen oder Aufgeben.  
Reinbek: rororo.

Merkle, R. (1994).  
Ich höre auf, ehrlich! Ein prak-  
tischer Ratgeber für Betroffene  
und Angehörige. Mannheim: pal.

Poehlke, T. et al. (2000).  
Suchtmedizinische Versorgung Bd. I:  
Grundlagen der Behandlung.  
Berlin: Springer

Singer, M. V. & Teysen, S. (1999).  
Alkohol und Alkoholfolge-  
krankheiten.  
Berlin: Springer.

Küfner, H. (1996).  
Diagnostik und Indikation des  
Alkoholismus.  
In: DHS (Hrsg.), Alkoholabhängig-  
keit – Motivation und Diagnose  
(S. 49–73). Freiburg: Lambertus.

Hay, W. M. & Nathan, P. R. (1982).  
Clinical case studies in the behavioral  
treatment of alcoholism.  
New York: Plenum Press.

Van der Heijden, A. F. Th. (1990).  
Der Anwalt der Hähne.  
Frankfurt: Suhrkamp.

# Buchbesprechung

## Stress, Arbeitsbedingungen und der Konsum von Alkohol

### Autor (Editor)

Wichard Puls

### Titel

Stress, Arbeitsbedingungen und der Konsum von Alkohol

### Verlag

Leske + Budrich

### Ort

Opladen

### Jahr

2003

### ISBN

3-8100-3474-6

### Umfang

438 Seiten

### Preis

Euro 39,00

### NEULAND Best. Nr.

108 614

Die Arbeit von Wichard Puls hat sich zum Ziel gesetzt, zu untersuchen, ob Alkoholkonsum Folge einer spezifischen Belastungsstruktur im Erwerbsleben sein kann, die möglicherweise im Kontext gesellschaftlicher Umbrüche steht. Daraus leitet er Überlegungen ab, die im Rahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung für Maßnahmen der Suchtprävention genutzt werden können.

In der theoretischen Einführung erfolgt eine differenzierte Auseinandersetzung mit populärwissenschaftlichen Annahmen bezüglich des Suchtpotentials moderner Gesellschaftsformationen, und den vielfältig behaupteten Folgen von Alkoholkonsum bzw. -missbrauch in unterschiedlichen Dimensionen von Morbidität und Mortalität sowie dessen allgemeinen sozialen Folgen.

Den Ausgangspunkt der eigenen empirischen Studie bildet die Tatsache, dass trotz der vielfältigen, oft nur plausiblen Annahmen zu den hier referierten Zusammenhängen der kausale Einfluss von Stress auf den Konsum von Alkohol noch weitgehend strittig ist. Seine Studie versucht nun diese Lücke zumindest teilweise zu schließen und gleichzeitig anwendungsorientiert einen Beitrag zur Verbesserung der betrieblichen Praxis zu leisten. Hier betritt er insofern wichtiges Neuland, als sich im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung (z. B. bei den Employee Assistance Programs) die Erkenntnis durchzusetzen begonnen hat, dass Alkohol- und Suchtprävention als integraler Bestandteil von betrieblicher Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung zu betrachten ist.

Als zentrales Ergebnis einer ersten Studie lässt sich festhalten, dass insbesondere hochmotivierte Mitarbeiter, die eine starke Berufsorientierung aufweisen und deren Selbstwertgefühl wesentlich um Berufsarbeit zentriert ist, bei Enttäuschungen oder resignierten Reaktionen, bei hoher Änderungsresistenz der Arbeitsumgebung, aber auch bei drohendem Arbeitsplatzverlust Tendenzen zum Alkoholismus entwickeln. Hier könnten wichtige Ansätze zu einer gezielten Suchtprävention am Arbeitsplatz liegen, die vom Autor im Abschlusskapitel weiter ausgeführt werden. Zukünftige Forschungen könnten hier allerdings auch unter Rückgriff auf neuere Ansätze der psychologischen Gerechtigkeitsforschung einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung solcher organisationalen Ungleichgewichte sowie der Minderung gratifikationskritischer Situationen leisten und damit implizit einen möglicherweise umfassenderen Ansatz der

betrieblichen Alkoholprävention gewährleisten.

Eine zweite Untersuchung orientiert sich an der klassischen Studie von Cooper et al. aus dem Jahre 1990, in der kein allgemeiner Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und Alkoholkonsum nachgewiesen wurde. Diese Studie hatte einen erheblichen Einfluss auf die Diskussion um Alkoholprävention am Arbeitsplatz, sie bestritt nämlich die Relevanz primärpräventiver Interventionen zur Stressreduktion am Arbeitsplatz. Puls kann dagegen die meisten Ergebnisse von Cooper nicht replizieren, lediglich zwischen Zeitdruck am Arbeitsplatz und dem Konsum von Alkohol findet er Zusammenhänge. Die Hinzunahme des gratifikationstheoretischen Konzepts sowie der Moderatorvariable Wirkungserwartungen an den Alkoholkonsum erhöht die Aussagekraft, allerdings zeigt sich kein Zusammenhang mit Alkoholkonsum generell (z. B. am Wochenende, sondern lediglich mit dem aktuellen Alkoholkonsum in der Arbeitswoche), was sich durch die Differenzierung von konvivialen und utilitaristischen Konsummustern erklären lässt.

Die Ergebnisse der dritten Untersuchung sind insofern interessant als sie eine clusteranalytische Gruppierung der Stressverarbeitung vornehmen. Danach unterscheiden sich Probanden mit riskantem Alkoholkonsum von jenen mit moderatem Konsum dadurch, dass sie eher bemüht sind, nach aktiven Lösungen der Situation zu suchen, d. h. stärker problemorientierte Lösungsstrategien bevorzugen. Der Widerspruch zwischen diesen Ergebnissen und entgegengesetzten Positionen in der Alkoholismusforschung wird vom Autor thematisiert und differenziert diskutiert.

Die von Wichard Puls vorgelegte Arbeit besticht durch ihre breite theoretische Fundierung, ihre methodenkritische Grundorientierung sowie durch den Überblick, den sie über ein weitgehend unübersichtlich gewordenes Forschungsfeld bietet. Die Hypothesengenerierung ist plausibel, die Operationalisierung der einzelnen untersuchten Konstrukte nachvollziehbar und die Diskussion der Ergebnisse nicht immunisierend gegenüber alternativen Erklärungsansätzen. Der Autor hat damit eine hervorragende Arbeit vorgelegt, die den Forschungsstand zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Alkoholkonsum beträchtlich erweitert und m. E. die wissenschaftliche Debatte vielfältig positiv beeinflussen kann.

**Prof. Dr. Thomas Kieselbach**

Institut für Psychologie der Arbeit,  
Arbeitslosigkeit und Gesundheit  
(IPG),  
Universität Bremen  
Grazer Str. 2  
Postfach 330 440  
D - 28334 Bremen  
Tel. + 49 - 4 21 - 2 18 20 47  
Fax + 49 - 4 21 - 2 18 43 09  
kieselbach@ipg.uni-bremen.

# Tagungsankündigungen

## 19.–24.10.2003, Toronto, Kanada

### 46th International Conference on the Prevention and Treatment of Dependencies

Info: ICAA Secretariat  
Case Postale 189  
1001 Lausanne, Switzerland  
Email: secretariat@icaa.ch  
Internet: www.icaa.ch

## 24.–27.09.2003, Amsterdam, Niederlande

### Fifth Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine (ISAM) »Etiology and Treatment of addiction; A Biomedical Approach 3

Info: I.S.A.M. 2003 / A.I.A.R  
Keizersgracht 818  
1017 EE Amsterdam, The Netherlands  
Tel. +31 (0) 2 03 20 16 35  
Fax +31 (0) 2 0 6 39 24 73  
Email: pouw@aiar.nl  
Internet: www.aiar.nl

## 28.–30.09.2003, Hamburg

### Psychosoziale Versorgung in der Medizin

Info: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Medizinische Psychologie  
Tel. +49 (0) 40 - 4 28 03 29 63  
Email: koch@uke-uni-hamburg.de  
Internet: www.psychosozialemedizin2003.de

## 03.–05.11.2003, Koblenz

### DHS-Fachkonferenz »Methoden in der Suchtkrankenhilfe«

Info: DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.  
Westring 2, 59065 Hamm  
Tel. +49 (0) 23 81 - 90 15 19  
Fax +49 (0) 23 81 - 90 15 30  
Email: info@dhs.de  
Internet: www.dhs.de

## 07.–09.11.2003, Berlin

### 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin »Suchtmedizinische Grundversorgung: Vergessene Mehrheit zwischen Allgemeinmedizin und Suchtmedizin«

Info: Maren Stich  
c/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg  
Martinistrasse 52, 20246 Hamburg  
Tel./Fax +49 (0) 40 4 28 03 51 21  
Email: kongress2003@dgsuchtmedizin.de

## 13.–14.11.2003, Wien, Österreich

### Beyond Borders – Perspectives for Regional Cooperation in Treating Addiction

Info: Verein Dialog – Hilfs und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige  
Hegelgasse 8/11, A-1010 Wien  
Tel. +43 (1) 5 13 46 50  
Fax +43 (1) 5 13 07 10  
Email office@dialog-on.at  
Internet: www.dialogvienna.org

## 04.12.–06.12.2003, Pietrasanta, Italien

### Europad Conference: Methadone and other Substitutive Therapies

Info: Gruppo SIMS,  
Tel. +39 (0) 5 84 - 79 00 73  
Fax +39 (0) 58 47 20 81  
Email: aucns.onlus@inwind.it  
Internet: www.sims.it

## 04.–07.12.2003, New Orleans, USA

### 14th Annual Meeting & Symposium of the AAAP (American Academy of Addiction Psychiatry)

Info: AAAP  
7301 Mission Road, Suite 252  
Prairie Village, KS 66208  
Tel. +1 91 32 62 61 61  
Fax +1 91 32 62 43 11  
Internet: www.aaap.org/meetings/2003am/2003registration.html

## 14.–17.01.2004, Auckland, Neuseeland

### The New Zealand School of the Addictions »Bridging the Gap from Science to Practice: Substance Abuse Treatments in 2004«

Info: Lorraine Devcich  
Conference Registrar, Community Alcohol/Drug Service  
40 Clarence Street  
Hamilton, New Zealand 2001  
Tel. +64 78 35 43 52  
Fax +64 78 38 31 76  
Email: devcichl@waikatodhb.govt.nz

## 31.03.–02.04.2004, Essen

### 15. Wissenschaftliche Tagung der DG-Sucht »Risiko- und Schutzfaktoren in der Sucht«

Info: Prof. Dr. M. Gastpar, PD Dr. N. Scherbaum,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Rheinische Kliniken Essen,  
Universitätsklinikum Essen  
Virchowstr. 174, 46147 Essen  
Tel. +49 (0) 201 - 7 22 71 80  
Fax +49 (0) 201 - 7 22 73 03  
Email: norbert.scherbaum@uni-essen.de  
Internet: www.suchtforschungsverbund-nrw.de

## 23.–25.04.2004, Bonn

### 6. Sucht-Selbsthilfekonzferenz der DHS

Info: DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.  
Westring 2, 59065 Hamm  
Tel. +49 (0)23 81 - 90 15 19  
Fax +49 (0)23 81 - 90 15 30  
Email: info@dhs.de  
Internet: www.dhs.de

## 01.–03.07.2004, München

### 5. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin

Info: mic-mi information center  
Tel. +49 (0) 8191 - 12 53 21  
Email: b.weber@m-i-c.de

## 25.–28.08.2004, Mainz

### 8th International Congress of Behavioral Medicine

Info: Prof. Dr. Wolfgang Hiller,  
Universität Mainz, Psychologisches Institut,  
Staudingerweg 9, D-55099 Mainz  
Tel. +49 (0) 6 13 13 92 23 44  
Fax +49 (0) 6 13 13 92 46 23  
Email: info@icbm-2004.de  
Internet: www.icbm-2004.de

## 29.09.–02.10.2004, Heidelberg

### 12th World Congress on Biomedical Alcohol Research

Info: Department for Addiction Research,  
University of Heidelberg, Central Institute of Mental Health, J 5,  
D-68159 Mannheim  
Tel. +49 (0) 62 11 70 39 46  
Fax +49 (0) 62 11 70 39 45  
Email: sucht@as200.zi-mannheim.de

# Nachrichten aus der DHS

## Professor Dr. Hermann Löser erhält das Bundesverdienstkreuz

Für sein Lebenswerk, insbesondere aber für seinen Einsatz für die Aufklärung über die Alkoholembryopathie wurde Professor Dr. Hermann Löser, Münster, das Bundesverdienstkreuz verliehen. Die DHS, der Professor Löser bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand in enger Zusammenarbeit verbunden war, gratuliert herzlich.

Hamm, 17. Juni 2003

## Wechsel in der Vertretung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Kranken- häuser in der DHS

Herr Dr. Pittrich geht zum 30.09.03 in den Ruhestand. Er hat bisher die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) vertreten. Die Mitglieder der BAG haben auf ihrer Frühjahrstagung am 08.05.03 in Klingenmünster Herrn Dr. Fleischmann zum Nachfolger von Herrn Dr. Pittrich berufen. Er wird ab 01.10.03 die BAG in der DHS vertreten.

# Neue Literatur

Bossong, H. (2003). Die Szene und die Stadt. Innerstädtische Randgruppenszenen als kommunale und staatliche Aufgabe. Geesthacht: Neuland. ISBN **NEULAND**-Best. Nr. 235

Dollinger, B. (2003). Drogen im sozialen Kontext. Zur gegenwärtigen Konstruktion abweichenden Verhaltens. Augsburg: Maro-Verlag. ISBN 3875123530 **NEULAND**-Best. Nr.108 863

Gonzoulis-Mayfrank, E. (2003) Komorbidität Psychose Sucht. Darmstadt: Steinkopff. ISBN 3798513767 **NEULAND**-Best. Nr. 108 862

Heinz, A. & Batra, A. (2003). Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN 3170172506 **NEULAND**-Best. Nr.108 612

Heinze, G. & Reuß, M. (2003). Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch im Betrieb. Arbeitsschutz – Arbeitsrecht – Prävention – Rehabilitation. Berlin: Erich Schmidt Verlag. ISBN 3503074074 **NEULAND**-Best. Nr.108 865

Krausz, M., Haasen, C. und Naber, D (2003) Pharmakotherapie der Sucht. Basel: Karger. ISBN 3805574827 **NEULAND**-Best. Nr. 108 866

Krüger-Potratz, M. (2003). Kriminal- und Drogenprävention bei jugendlichen Aussiedlern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. ISBN 3899711114 **NEULAND**-Best. Nr. 108 864

Schmidt, T. (2002). Drogenhilfe und Graumarkt. Beispiele Amsterdam und Bremen. Opladen: Leske + Budrich. ISBN 3810034037 **NEULAND**-Best. Nr. 108 627

## Kongress- ankündigung

15. Wissenschaftliche Tagung  
der DG-Sucht  
31.03. – 02.04.2004 in Essen

### »Risiko- und Schutzfaktoren in der Sucht«

Terminfrist für Anmeldung  
von Symposien: 30.09.2003

Terminfrist für Anmeldung  
von freien Vorträgen und Postern:  
30.11.2003

#### Tagungsleitung:

Prof. Dr. Markus Gastpar  
PD Dr. Norbert Scherbaum  
Klinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Rheinische Kliniken Essen  
Universitätsklinikum Essen

Hinweise für die  
Einreichung von Abstracts:  
[www.suchtforschungsverbund-nrw.de](http://www.suchtforschungsverbund-nrw.de)



## Instructions for Authors

All submissions are accepted on the condition that they have not been published in whole or in part elsewhere or are not currently being considered or accepted for publication elsewhere. In case a submission has been published in part elsewhere, this must be stated in the covering letter to the Editor with the published version attached. If a manuscript is accepted for publication, the author(s) must assign copyright to the publisher.

### Sections

Editorial  
 Research Reports  
 Short Communications  
 Reviews  
 In Practice  
 Case Studies  
 Forum (Commentaries, Discussions)  
 Letters to the Editor  
 Book and Conference Reviews  
 News  
 New Publications  
 Upcoming Conferences

### Manuscript Format

Please observe the formal instructions for the format and length of manuscripts for the individual sections as found on the Internet ([www.zeitschrift-sucht.de](http://www.zeitschrift-sucht.de)). Incorrectly formatted manuscripts will be returned, considerably prolonging the review process.

### Submission

At the beginning of 2003 manuscripts should preferably be submitted in electronic form. Please send your text via email to the following address: [kuenzel@ift.de](mailto:kuenzel@ift.de). In addition, we ask for a hard copy for the editorial office, which must exactly correspond to the electronic version. In case you are unable to send your submission in electronically, we ask for four hard copies and a copy on disk.

### Refereeing policy

Scientific manuscripts are processed by an assistant editor until they are ready for publication or have been rejected. Each manuscript is reviewed by at least two independent referees. Submissions to the other sections and decisions about their publication are processed by the editorial office or by assistant editors (for more information see [www.zeitschrift-sucht.de](http://www.zeitschrift-sucht.de)).

## Hinweise für Autoren

Beiträge für die Zeitschrift werden unter der Voraussetzung angenommen, dass sie weder als Ganzes noch in Teilen an anderer Stelle publiziert oder zur Publikation eingereicht oder angenommen wurden. Falls Teilveröffentlichungen vorliegen, müssen diese im Begleitbrief deklariert und beigefügt werden. Mit der Annahme zur Publikation gehen alle Rechte an den Verlag über.

### Rubriken

Editorial  
 Originalarbeiten  
 Kurze Mitteilungen  
 Übersichtsarbeiten  
 Praxis  
 Fallberichte  
 Forum (Kommentare, Diskussionsforen)  
 Leserbriefe  
 Buch- und Tagungsbesprechungen  
 Nachrichten  
 Neuerscheinungen  
 Tagungsankündigungen

### Manuskriptform

Bitte beachten Sie die formalen Hinweise zur Manuskriptgestaltung und zum Manuskriptumfang für die einzelnen Rubriken im Internet ([www.zeitschrift-sucht.de](http://www.zeitschrift-sucht.de)). Formale Fehler führen zu einer Rücksendung des Manuskripts und verlängern den Begutachtungsprozess erheblich.

### Manuskripteinreichung

Ab Beginn des Jahres 2003 erfolgt die Manuskriptbearbeitung vorzugsweise in elektronischer Form. Bitte senden Sie Ihren Text per Email an folgende Adresse: [kuenzel@ift.de](mailto:kuenzel@ift.de). Zusätzlich erbitten wir eine Papierkopie an das Redaktionsbüro, die in allen Bestandteilen exakt mit der elektronischen Form übereinstimmen muss. Falls Sie Ihren Beitrag nicht elektronisch einsenden können, bitten wir um vier Papierkopien und eine Diskette.

### Manuskriptbearbeitung

Wissenschaftliche Manuskripte werden jeweils von einem Redakteur bis zur Publikationsreife bzw. Ablehnung betreut. Jeder Text wird von zumindest zwei unabhängigen Gutachtern beurteilt. Die Betreuung der Beiträge für die anderen Rubriken und die Entscheidung über eine Publikation erfolgt durch das Redaktionsbüro oder einzelne Redakteure (weitere Informationen unter [www.zeitschrift-sucht.de](http://www.zeitschrift-sucht.de)).

Jetzt gleich abonnieren bei Neuland +++ per Fax unter 0 41 52/8 13 43 +++ Jetzt abonnieren

# SUCHT

## Das gesamte Spektrum der Forschung und Praxis in einer Zeitschrift

**SUCHT** erscheint zweimonatlich, jeweils Ende Februar, April, Juni, August, Oktober und Dezember. Zusätzlich erscheinen Sonderhefte. Jahresabonnement (Hefte 1–6) Euro 90,- und Ausland Euro 126,-

### Ja, ich möchte **SUCHT** abonnieren!

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
ggf. Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Kundennummer, falls vorhanden

\_\_\_\_\_  
Datum                      1. Unterschrift

Mir ist bekannt, dass ich diese Bestellung innerhalb von acht Tagen gegenüber der NEULAND-Verlags-gesellschaft widerrufen kann. Dazu genügt die recht-zeitige Absendung des Widerrufs.

\_\_\_\_\_  
Datum                      2. Unterschrift

### Ihre Bestellung an:

**NEULAND** Verlagsgesellschaft mbH  
Fachverlag und Versandbuchhandlung  
Postfach 14 22, 21496 Geesthacht  
Markt 24–26, 21502 Geesthacht  
Telefon: 0 41 52/8 13 42  
Fax: 0 41 52/8 13 43  
E-mail: [vertrieb@neuland.com](mailto:vertrieb@neuland.com)  
Internet: [www.neuland.com](http://www.neuland.com)

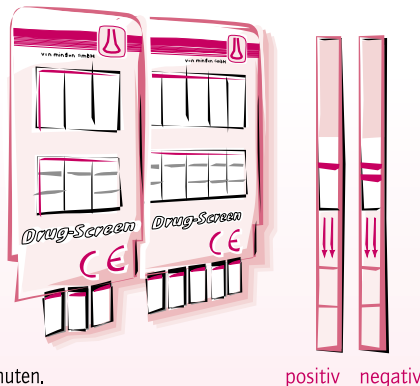
# Drogen- Analytik

## Multi-Tests und Einzeltests

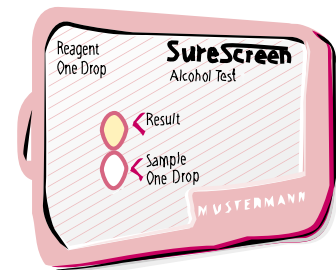
**1-Schritt-Drogen-Schnelltests:**  
Keine weiteren Reagenzien / Zubehör notwendig

**Unser Komplettangebot:**  
11 Parameter als Einzeltests,  
9 Drug-Screen-Cards.

**Drogen-Screening im Urin:**  
Einfache Handhabung,  
Ergebnis nach 5-10 Minuten.



## Alkohol-Screen



Ab 0,2‰ Alkohol im Speichel und Urin nachweisbar.

**Bitte kostenlose Infos anfordern!**



**von minden GmbH**  
Carl-Peschken-Str. 9 · D-47441 Moers

**free fax** 003  
Fax 0 800 / 86 46 336  
oder einfach unseren Namen eintippen:  
Fax 0 800 / vminden

Telefon +49 (0) 28 41 / 13 51  
[www.vonminden.de](http://www.vonminden.de)  
[info@vonminden.de](mailto:info@vonminden.de)

