

Inhalt

- **Suchtprobleme und Arbeitslosigkeit**
- **Elternberatung im Internet**
- **Behandlung von Hepatitis C mit Directly Acting Antivirals**
- **Probleme beim Nachweis von Cannabis durch Haaranalysen**

Suchtprobleme und Arbeitslosigkeit

Eine Analyse der Suchtdiagnosedaten der AOK-Versicherten in Krankenhäusern und Arztpraxen der Jahre 2007 bis 2012 zeigt, dass bei ALG-II-Beziehenden wesentlich häufiger (10,2 %) eine Suchtdiagnose gestellt wird als bei ALG-I-Beziehenden (6,3 %). Bei Erwerbstätigen liegt der Anteil der Suchtdiagnosen mit 3,7 % am niedrigsten. Die im SGB II vorgesehene Suchtberatung und die Vermittlung von Arbeitslosen in die Suchthilfe funktioniert nach wie vor nur unzureichend.

Verweis
Henkel, D. & Schröder,
H. (2015): Suchtdiag-
noseneraten von Hartz-
IV-Beziehenden in der
medizinischen Versor-
gung im Vergleich zu
ALG-I-Arbeitslosen
und Erwerbstätigen:
eine Auswertung der
Leistungsdaten aller
AOK-Versicherten der
Jahre 2007-20012.
Suchttherapie 16,
129-135.

Rund 87 % der Menschen in Deutschland sind über eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) versichert. Innerhalb der GKV ist die AOK mit über 24 Millionen Versicherten die größte Krankenkassenart. 15 Millionen dieser Versicherten sind zwischen 18 und 64 Jahren alt. Mit einer Analyse von Routinedaten dieser 15 Millionen AOK-Versicherten im erwerbsfähigen Alter haben Henkel und Schröder (2015) Zusammenhänge zwischen Suchtproblemen und dem Erwerbsstatus untersucht.

Dazu verknüpften sie die Daten zum Erwerbsstatus der 18-64-Jährigen Versicherten aus den Jahren 2007 bis 2012 mit den suchtspezifischen Diagnosedaten, die der AOK von Arztpraxen, Krankenhäusern und anderen ambulanten, stationären und teilstationären medizinischen Behandlungseinrichtungen übermittelt wurden. Um den Zusammenhang zwischen aktuellem Erwerbsstatus und Suchtdiagnosen möglichst zeitnah abzubilden, wurden die Daten quartalsweise aufbereitet. Im untersuchten Zeitraum von sechs Jahren ergab das knapp 173 Millionen Quartalsfälle. Ausgeschlossen wurden Daten von Versicherten, die nicht erwerbsfähig oder aus anderen Gründen weder erwerbstätig noch arbeitslos waren.

Henkel, D. & Schröder,
H. (2015): Arme
Schlucker. Gesundheit
und Gesellschaft 7-
8/15, 16-17.

Anhand der Routinedaten der Krankenkasse konnte zwischen den Beziehern von Arbeitslosengeld I (ALG-I nach SGB III) und Arbeitslosengeld II (ALG-II nach SGB II, „Hartz-IV“) sowie den sozialgesetzlich versicherten Erwerbstätigen unterschieden werden. Die Suchtdiagnosen werden im Gesundheitssystem nach ICD-10 erhoben, wobei für die Studie die ICD-10-Diagnosen F10 - F19 und F50 (Essstörungen) sowie F63.0 (pathologisches Glücksspiel) berücksichtigt wurden. Vergleicht man die drei Gruppen miteinander, so findet man für die ALG-II Beziehenden eine Belastung mit mindestens einer Suchtdiagnose von 10,2 %. Das Ergebnis ist mehr als doppelt so hoch wie die Belastung mit mindestens einer Suchtdiagnose der sozialversicherten Erwerbstätigen mit 3,7 %. Die ALG-I-Beziehenden liegen mit 6,3 % deutlich über den Erwerbstätigen, aber auch deutlich unter den ALG-II-Beziehenden. Der größte Teil der Diagnosen entfällt dabei auf die Abhängigkeit von Alkohol und Tabak. Betrachtet man nur die alkoholspezifischen F10-Diagnosen, so sind die Unterschiede noch größer: Mit 1,9 % ist der Anteil der Alkoholdiagnosen bei den ALG-I-Beziehenden mehr als doppelt so hoch wie bei den Erwerbstätigen mit 0,8 %. Bei den ALG-II-Beziehenden liegt der Anteil der Alkoholdiagnosen mit 4,2 % mehr als fünfmal so hoch wie bei den Erwerbstätigen und mehr als doppelt so hoch wie bei den ALG-I-Beziehenden. Noch deutlicher wird die Differenz bei den Opioid-Diagnosen: Hier haben 0,1 % der Erwerbstätigen und 0,2 % der ALG-I-Beziehenden, aber 1,1 % der ALG-II-Beziehenden eine entsprechende F11-Diagnose.

Die nach Erwerbsstatus unterschiedliche Belastung lässt sich für Männer und Frauen zeigen, ebenso für unterschiedliche Altersgruppen. Der Anteil der Alko-

hol- und Tabakdiagnosen ist bei Männern im ALG-II-Bezug zwischen 50 und 64 Jahren am höchsten, der Anteil der Opioid-Diagnosen bei Männern zwischen 30 und 49. Der Anteil der Essstörungsdiagnosen ist bei Frauen zwischen 18 und 29 Jahren am höchsten, wobei etwa doppelt so viele Diagnosen (1 %) für arbeitslose Frauen im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen (0,5 %) gestellt wurden. Zwischen ALG-II-Bezieherinnen und ALG-I-Bezieherinnen zeigen sich hingegen keine Unterschiede.

Aus diesen Daten lassen sich keine Rückschlüsse über exakte Prävalenzen einzelner Suchtprobleme ziehen, da hier im wesentlichen Diagnosen analysiert worden sind, die mit behandlungsbedürftigen (Folge-) Erkrankungen einhergehen. Das dürfte auch der Grund sein, weshalb die Daten zum pathologischen Spielen in dieser Studie eher niedrig liegen. Wohl aber weisen die Daten auf unterschiedliche Belastungen von Erwerbstätigen und ALG-I-Beziehenden sowie ALG-II-Beziehenden hin.

Kipke, I., et al. (2015):
Arbeitslosigkeit und
Sucht. SUCHT 61, 81-
93.

Interessant ist ein Vergleich mit Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik zu Arbeitslosigkeit und Sucht. Hierzu haben Kipke u.a. (2015) eine Sonderauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik aus den Jahren 2007 bis 2011 vorgelegt. Danach hat sich der Anteil der Arbeitslosen in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe zwischen 2007 und 2011 nur wenig verändert und lag über alle Diagnosen 2011 in den ambulanten Einrichtungen bei 39,1 % und in den stationären Einrichtungen bei 48,5 %. Demnach werden in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen mehr Erwerbstätige als Arbeitslose und in den stationären Suchthilfeeinrichtungen etwa gleich viele Erwerbstätige und Arbeitslose behandelt. Am höchsten war der Anteil der Arbeitslosen in der Hauptdiagnosegruppe Opioiden mit knapp 60 % in ambulanten Einrichtungen und knapp 65 % in stationären Einrichtungen. Bei den Arbeitslosen handelt es sich überwiegend (mehr als 80 %) um ALG-II-Beziehende.

Henkel, D. & Zemlin,
U. (2013): Suchtkran-
ke im SGB II: Vermitt-
lungen an die Sucht-
hilfe durch Jobcenter
und Integration in
Arbeit - eine kritische
Bilanz. SUCHT 59,
279-286.

Wenn also im SGB-II-Bereich besonders viele Menschen mit Suchtproblemen anzutreffen sind, dann sind die Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit und insbesondere die Jobcenter - neben den Einrichtungen der medizinischen Versorgung - ein wichtiger Ort für Screening, Früherkennung, Frühintervention und Weitervermittlung in suchtspezifische Hilfen. Die in §16a SGB II vorgesehene Suchtberatung als kommunale Eingliederungsleistung findet offensichtlich nach wie vor nur in einem kleinen Teil der Fälle statt. Wie Henkel und Zemlin (2013) gezeigt haben, ist die angesichts der Prävalenzen sehr geringe Zahl der Vermittlungen in Suchtberatung seit 2010 sogar rückläufig. Alle Studien stimmen deshalb in der Forderung überein, dass die Schnittstelle zwischen Jobcenter und Suchthilfe besser überbrückt, die Kooperation zwischen Jobcentern und Suchthilfe dringend ausgebaut und die Möglichkeiten des § 16a SGB II besser genutzt werden müssen.

Elternberatung im Internet

Elternberatung und allgemein Suchtberatung über die diversen Angebote im Internet etabliert sich immer mehr. Wir berichten hier über das Projekt ELSA, das sich in der Modellphase bewährt hat. Die Schweiz ist mit dem Portal „Safe Zone“ schon ein bisschen weiter.

Verweis
Tossmann et al.
(2014): Sachbericht
zur „Entwicklung und

Das Modellprojekt „Elternberatung bei Suchtgefährdung und Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen“ (ELSA) ist von Beginn an systematisch begleitet und die Ergebnisse sind evaluiert worden. Folgende Projektziele wurden verfolgt: (1) Etablierung einer Informationsplattform für Eltern, „die zu einer Vielzahl von

Erprobung eines internetbasierten Beratungsprogramms für Eltern suchtgefährdeter Kinder und Jugendlicher". Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Forschungsberichte/elsa_Sachbericht_Juni_2014_final_280714.pdf

Aspekten im Jugendalter Informationen ... bereithält" (S. 7); (2) Etablierung von Beratungskonzepten für die Zielgruppe Eltern mit Kindern im Jugendalter; (3) Etablierung eines Netzwerks zur Elternberatung in 10 Bundesländern.

Ein Grundbestand an Wissen und Methodik wurde durch eine eingehende Literaturrecherche geschaffen und durch praktisches Beratungshandeln erweitert, das im Rahmen von zwei Workshops mit Beratern und Beraterinnen der 10 beteiligten Bundesländer sowie weiterer Experten und Expertinnen gesammelt wurde. Zentrales Ziel der Beratungskonzeption war es, Eltern von Jugendlichen, die mit Drogen experimentieren oder mit diesen bereits Probleme haben, professionell, kompetent, anonym und kostenfrei online zu beraten. Das sollte zeitnah (innerhalb von zwei Werktagen) und je nach Bedarf auch längerfristig und ortsunabhängig über das Internet erfolgen.

Eine entsprechende User-Plattform für ELSA wurde eingerichtet, auf der sich die Eltern über die Angebote orientieren können (www.elternberatung-sucht.de/). Dort findet man einen Informationsblock (zu Suchtgefährdung und Abhängigkeit), eine E-Mail Beratung, eine Chat-Beratung und die Möglichkeit, an einem mehrwöchigen Beratungsprogramm teilzunehmen. Diese Website ist in der Zeit von 12/2012 bis 1/2014 von durchschnittlich 2.300 Personen pro Monat besucht worden. Sehr viel niedriger liegen die Zahlen der Personen, die die Beratungsangebote in Anspruch genommen haben. Über den gesamten Zeitraum haben 107 Personen die E-Mail Beratung genutzt, 21 die Chat-Beratung und 49 das mehrwöchige Beratungsprogramm, zumeist Mütter zwischen 40 und 60 Jahren (was vielleicht auch daran liegt, dass Frauen/Mütter von dem Programm stärker angesprochen werden als Männer/Väter). Soweit Daten vorliegen, zeigen sie, dass diejenigen, die ELSA im Untersuchungszeitraum in Anspruch genommen haben, damit recht zufrieden waren.

Bachmann, A. & Steingle, A. (2014): Safe Zone: Das Schweizer Online-Portal zu Suchtfragen. Sucht-Magazin 3/2014, 28-32.

Die Schweiz hat sich nach einer Ist-Analyse der webbasierten Beratungs- und Selbsthilfeangebots entschlossen, ein zentrales Online-Portal zu Suchtfragen unter dem Namen „Safe Zone“ aufzubauen, das verschiedene E-Beratungs-Ansätze, Informationsplattformen und datengeschützte Kommunikation mit Experten und Expertinnen zusammenfasst (www.safezone.ch) und das als Pilot-Projekt bereits läuft. Safe Zone bietet neben Informationen über Stoffe, Präventionskonzepte und Selbsthilfeorganisationen Beratung und Chats mit qualifiziertem Fachpersonal an. User können zudem selbst Themen eröffnen, Beiträge posten und sich mit anderen Usern und dem Fachpersonal austauschen. Das Fachpersonal der Safe Zone hat eine zusätzliche einwöchige Ausbildung durchlaufen, in der die Grundlagen der schriftgestützten Online-Beratung vermittelt werden ebenso wie Kompetenzen zur Arbeit mit der Software. Die Beratenden sind in virtuellen Interventionsgruppen organisiert, in denen sie ihre Beratungsfälle besprechen können. In Krisenfällen gibt es die Vernetzung mit einem externen Coach. Die Evaluation der Pilotphase wird 2016 abgeschlossen. Man kann gespannt auf die Ergebnisse sein.

Schaub et al. (2014): Qualitätsentwicklung in der Internetgestützten Suchthilfe am Beispiel des Schweizer Suchtportals Safe Zone. Suchtmedizin 16, 187-193.

Behandlung von Hepatitis C mit Directly Acting Antivirals

Dank der Einführung neuer Medikamente, den Directly Acting Antivirals (DAA), hat sich die Behandlung von Hepatitis C in den letzten Jahren massiv verändert. Die Behandlung ist nun mit nur wenigen unerwünschten Nebenwirkungen möglich. Das eröffnet neue Möglichkeiten – und bereitet den behandelnden Ärztinnen und Ärzten neue Probleme.

Verweis
Robert Koch Institut
(2015): Hepatitis C im

Das Robert Koch Institut weist in seinem jüngsten Situationsbericht zu Hepatitis C darauf hin, dass diese Infektion in Deutschland am häufigsten durch den in-

Jahr 2014. Epidemiologisches Bulletin Nr. 30.

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/30_15.pdf?__blob=publicationFile.

Berzow, C. (2015): Hepatitis C - Heilung für alle? Hamburger Ärzteblatt 03/2015, 26-29.

Backmund, M. (2014): Die Geschichte der Behandlung von Hepatitis C bei Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, ist die Geschichte einer Diskriminierung – Vielleicht wird sie eine Geschichte mit Happy End, eine Erfolgsgeschichte? Suchtmedizin 16, 261-263.

Interdisziplinäres Expertenforum HIV/Hepatitis unter: <http://www.inxfo.de/>

travenösen Drogengebrauch übertragen wird. Die Ergebnisse der DRUCK-Studie belegen darüber hinaus, dass schätzungsweise 54 % der Drogengebrauchenden „von einer aktiven, potenziell behandlungsbedürftigen Hepatitis C betroffen [sind], die infektiös ist und auf andere Personen übertragen werden kann.

Der Anteil von HIV-HCV-Koinfektionen war hoch: 6 % der HCV-positiven Personen waren gleichzeitig mit HIV koinfiziert, und 83 % der HIV-positiven Personen waren mit HCV koinfiziert“ (S. 295). Berzow weist darauf hin, dass bis zu 85 % der HCV-Infektionen - unbehandelt - chronisch verlaufen. In dieser Gruppe entwickeln 15 % bis 30 % im Laufe von 20 Jahren eine Leberzirrhose, und von diesen wiederum 2 % bis 4 % ein Leberkarzinom. Mit der Einführung der Kombinationspräparate mit mehreren DAA (Markenname z.B. Harvoni, Viekirax + Exviera, Viekirax), die ohne Interferon eingesetzt werden, sind die unerwünschten Nebenwirkungen, die bei einer Behandlung mit Interferon und Ribavirin beobachtet worden sind, massiv zurückgegangen. Die Nebenwirkungen bei einer Behandlung mit DAA sind eher unspezifisch (Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit) und betreffen nur rund 5 % derjenigen, die diese Medikamente einnehmen. Die Medikamente sind oral einzunehmen. Die Therapiedauer variiert zwischen 8 und 24 Wochen, ist also insgesamt gesehen recht kurz.

Die Wirksamkeit der neuen Medikamente variiert systematisch mit dem Genotyp; sie ist mit 90 % am höchsten bei den Genotypen 1 und 2. Auch Personen mit einer HIV-Koinfektion können erfolgreich behandelt werden. Die Wirksamkeit ist beim Genotyp 3 mit rund 60 % etwas niedriger, ebenso bei Patienten und Patientinnen, die älter oder bereits vorbehandelt sind oder eine Leberzirrhose haben. Die Berufsverbände haben daher ein Addendum zur „Aktuelle Empfehlung zur Therapie der chronischen Hepatitis C“ herausgegeben; sie empfehlen unter Berücksichtigung einer Reihe weiterer Aspekte den Einsatz der neuen Medikamente an Stelle der alten Medikation.

Vor Beginn der Behandlung sollte jedoch eine gründliche Diagnostik stattfinden und eine umfassende Erhebung aller ärztlich verordneten Medikamente sowie aller Substanzen, die ein Patient oder eine Patientin zusätzlich erwirbt und konsumiert, weil die DAA mit einer Vielzahl von Medikamenten und psychoaktiven Stoffen interagieren. Für jeden Einzelfall kann man bei INXFO die nötigen Informationen abrufen, damit die Medikation entsprechend eingestellt werden kann. Während der Behandlung sollte der zusätzlich Konsum von Straßendrogen möglichst unterbleiben.

Probleme ergeben sich wegen der hohen Therapiekosten, die mit dem Einsatz der DAA einhergehen. Behandler sind daher gehalten, Priorisierungen vorzunehmen. An erster Stelle sollten Patienten und Patientinnen mit einer Zirrhose behandelt werden. Weitere Faktoren sind dann das Alter der Patienten und Patientinnen, die Viruslast sowie Koinfektionen und zusätzliche Erkrankungen. Auch Patienten und Patientinnen in Gefängnissen sollten in den Genuss einer Hepatitis-C Behandlung mit DAA kommen. Wenn in den kommenden Jahren mit der Einführung weiterer einschlägiger Medikamente die Preise fallen, sollten möglichst viele Personen, die sich mit Hepatitis C infiziert haben, behandelt werden. Beraterinnen und Berater in Drogenhilfeeinrichtungen sollten ihre Klienten und Klientinnen mit einer aktiven Hepatitis C ermutigen, eine Behandlung mit DAA bei ihren Ärzten und Ärztinnen einzufordern.

Probleme beim Nachweis von Cannabis durch Haaranalysen

Haaranalyse liefern keinen eindeutigen Beweis dafür, ob die Person selbst Cannabis konsumiert hat - oder nur von jemandem gestreichelt worden ist, der Cannabis konsumiert hat!

Verweis
Moosmann, B. et al.
(2015): Finding cannabinoids in hair does not prove cannabis consumption. Scientific Report 5, 14906. doi:10.1038/srep14906(2015).

Freiburger Forscher haben in zwei (Selbst)Versuchen untersucht, ob und wie sich die orale Einnahme von THCA_A bzw. von Dronabinol in Körperhaaren nachweisen lässt. Sie konnten bei beiden Versuchsanordnungen weder im Kopfhaar noch in Körperhaaren THC nachweisen. Die Forscher schließen aus ihren Ergebnissen, dass THC nicht über das Blut in die Haare gelangen kann. Vielmehr gelangt das THC an die Haare über die Berührungen von Cannabis mit Händen, die entsprechend kontaminiert sind. Sollten sich diese Ergebnisse in weiteren Studien wiederholen lassen, dann heißt das, dass der Nachweis von THC an Haaren nichts aussagt über den Konsum von Cannabis. Ein solches Ergebnis weist vielmehr darauf hin, dass die Person selbst Cannabis in den Händen gehalten hat oder in engem Kontakt steht mit Personen, die Cannabis angefasst und vielleicht auch konsumiert haben.

Da Haaranalysen eine wichtige Rolle spielen beim Nachweis der Drogenabstinenz, wenn es um die Wiedererlangung des Führerscheins geht oder auch bei Sorgerechtsfällen, haben diese Ergebnisse eine große praktische Bedeutung - vorausgesetzt, sie lassen sich durch andere Forscherteams replizieren.

Impressum

Herausgeberin:

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

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,
Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF),
Frankfurt University of Applied Sciences, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 94413495, E-Mail: vogt@fb4.fra-uas.de

Prof. Dr. Martin Schmid,
Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften,
Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz,
Tel: (0261) 9528254, E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de