

Forschungsbrief
Ausgabe 45 / November 2016

Inhalt

- **Neue Daten zum Substanzkonsum in der Bevölkerung in Deutschland**
- **Zur Stigmatisierung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen**
- **Update zur Opioid- und Heroinwelle in den USA**



FORSCHUNGSBRIEF

HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V.

Neue Daten zum Substanzkonsum in der Bevölkerung in Deutschland

Für Deutschland liegen die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (Erhebungsjahr: 2015) vor. Die Daten belegen, dass es hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol und ausgewählten Medikamenten sowohl Angleichungen zwischen den Geschlechtern gibt als auch Differenzen.

Verweis

Gomes de Matos et al. (2016): Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Sucht*, 62, 271-281.

Kraus, L. et al. (2016): Zeitliche Entwicklung im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Sucht*, 62, 283-294.

Für die Aufschlüsselung nach Geschlecht siehe unter: <http://esa-survey.de/studie/uebersicht.html>.

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) wird in Deutschland seit 1980 durchgeführt. Aktuell liegen die Daten für das Erhebungsjahr 2015 vor. Ausgehend von einer Einsatzstichprobe von $N = 19.867$ konnten von 9.204 (Nettoausschöpfung 52,2%) Männern und Frauen im Alter von 18 bis 64 Jahren schriftlich, telefonisch oder internetbasiert Daten zum Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen Drogen sowie von ausgewählten psychoaktiven Medikamenten erhoben werden. Die Fragen- und Analyseeinheiten, auf die hier Bezug genommen wird, sind der Konsum in den letzten 12 Monaten und in den letzten 30 Tagen. Darüber hinaus wurden Angaben zur Nikotinabhängigkeit in den letzten 12 Monaten (mit dem Fagerström-Test FTND) erhoben, zum klinisch relevanten Konsum von Alkohol (mit dem AUDIT), von Cannabis und anderen illegalen Drogen (mit der Severity of Dependence Scale SDS) sowie von ausgewählten Medikamenten (mit dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch KFM). Diese Daten sind zudem nach dem Geschlecht aufgeschlüsselt. Zeitreihen geben Auskunft über langfristige Trends hinsichtlich des klinisch relevanten Konsums der jeweiligen Substanzen.

Die Daten zum aktuellen Konsum von Tabak bzw. zum Konsum von Zigaretten belegen leichte Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Der Anteil der Raucher liegt im Jahr 2015 mit 28,1 % etwas über dem der Frauen mit 23,4 %. Die Raucher und Raucherinnen unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Menge der gerauchten Zigaretten: 25,5 % der Männer rauchen 20 und mehr Zigaretten pro Tag im Vergleich zu 16,6 % der Frauen. Starke Raucher und Raucherinnen findet man vor allem in den Altersgruppen ab 40 Jahren. Der Anteil mit klinisch relevantem Tabakkonsum liegt bei 9,5 %; die Gruppe der 40-49-Jährigen ist davon besonders betroffen. Trendanalysen belegen, dass der Anteil der Raucherinnen und Raucher seit 1995 kontinuierlich zurückgegangen ist, bei den Männern deutlicher als bei den Frauen.

Betrachtet man die Ergebnisse zum Konsum von alkoholischen Getränken, zeigen sich hinsichtlich der Prävalenzen (Abstinenz, risikoarmer sowie riskanter Konsum in den letzten 12 Monaten bzw. in den letzten 30 Tagen – Berechnungen auf der Basis von geschlechtsspezifischen Normwerten) insgesamt genommen nur kleine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Jedoch findet man beim episodischen Rauschtrinken sowohl leichte Tendenzen zur Angleichung als auch deutliche Differenzen. Die Angleichung ist erkennbar in den Altersgruppen 18 bis 20 Jahre, lässt sich jedoch in den Altersgruppen ab 21 Jahren nicht feststellen. Die Daten zum klinisch relevanten Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten nach AUDIT ergeben für die Altersgruppen 18-20 Jahre sowie 40-64 Jahre eine leichte Angleichung zwischen den Geschlechtern, jedoch nicht für die Altersgruppen 21-39 Jahre. Insgesamt betrachtet liegt jedoch der Anteil der Männer mit klinisch relevantem Alkoholkonsum mit 28,9 % weit über dem der Frauen mit 10,5 %. Hochgerechnet entspricht das rund 7 Millionen Männern und etwa 2,5 Millionen Frauen. Zeitreihen zeigen darüber hinaus, dass der Anteil der Männer, die sich mit Alkohol episodisch berauschen, von 47,5 % im Jahr 1995

Slade, T. et al. (2016): Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and meta-regression. *BMJ Open* 2016;6:e011827. doi:10.1136/bmjopen-2016-011827

auf 36,7 % im Jahr 2015 deutlich zurückgegangen ist. Dieser Rückgang wird begleitet von einem Rückgang der konsumierten Menge in diesem Zeitraum. Bei den Frauen lässt sich ebenfalls ein leichter Rückgang beobachten, nämlich von 19,8 % (1995) auf 16,1 % (2015). Allerdings geht dieser Rückgang nicht einher mit einem Rückgang der konsumierten Menge an alkoholischen Getränken. Slade und Mitarbeiter weisen in ihrer Studie darauf hin, dass sich im Laufe des letzten Jahrhunderts und weltweit eine Konvergenz hinsichtlich des Konsums von Alkohol sowie der damit verbundenen Risiken und Gefahren zwischen Männern und Frauen nachweisen lässt. Die Konvergenz geht in erster Linie auf Veränderungen im Trinkverhalten der Frauen zurück. Der Anteil der Frauen, die Alkoholisches konsumieren und damit entsprechende Gesundheitsrisiken eingehen, hat sich – relativ gesehen – weitgehend dem von Männern angeglichen. Die Autoren schließen daraus, dass Alkoholprobleme heute Frauen ebenso betreffen wie Männer, besonders Frauen, die seit den 1990er Jahren geboren sind.

Die ESA-Daten bestätigen, dass es Tendenzen zur Angleichung zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Konsums von alkoholischen Getränken gibt, aber eben auch Differenzen, insbesondere hinsichtlich des Rauschtrinkens und des klinisch relevanten Alkoholkonsums. Wie die oben dargestellten Daten ausweisen, sind in Deutschland noch immer fast dreimal so viele Männer mit alkoholbezogenen Problemen belastet wie Frauen. Angesichts der Angleichungen der Geschlechter im Rauschtrinken vor allem in den Altersgruppen bis 20 Jahre sowie hinsichtlich des klinisch relevanten Alkoholkonsums in den Altersgruppen ab 40 Jahren ist es einerseits sinnvoll, Präventions- und Interventionsprogramme so zu gestalten, dass sie insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene ansprechen. Zielführend sind geschlechtersensible Programme, die nicht nur (junge) Männer ansprechen sondern auch (junge) Frauen. Andererseits sollten jedoch Präventionsprogramme entwickelt werden, die Frauen (und Männer) ab 40 Jahren erreichen, eine Zielgruppe, die bislang wenig berücksichtigt worden ist. Die Angaben zum Konsum von Cannabis zeigen für das Jahr 2015 einen Anstieg sowohl bei den Männern wie bei den Frauen; er erreicht etwa das Niveau der Jahre 2000 und 2003.

Die Prävalenz des Cannabiskonsums scheint wellenförmig zu verlaufen, wobei unklar ist, welche Faktoren zum Anstieg oder zum Abflauen des Konsums beitragen. Im Vergleich dazu haben sich die Angaben zum Konsum aller anderen illegalen Drogen wenig verändert; seit 1995 variiert er bei den Männern zwischen 2 % und 3 % und bei den Frauen um 1 %. Konsumenten und Konsumentinnen von Cannabis und weiteren Substanzen, die nicht legal im Handel sind, gehören zu einer besonderen Risikogruppe, insofern eben jeder Erwerb der Substanzen eine kriminelle Handlung darstellt. Langzeitstudien belegen die besonderen Gefährdungen der Menschen, die diese Drogen konsumieren (z.B. Roe et al., 2010).

ESA erhebt auch Daten zum Konsum von Schmerzmitteln, Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Appetitzüglern, Antidepressiva und Neuroleptika. Hinsichtlich der Angaben zum Konsum dieser Mittel in den letzten 30 Tagen ergeben sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Frauen haben danach einen etwas höheren Verbrauch an Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln als Männer. Mit zunehmendem Alter nimmt der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, von Antidepressiva und von Neuroleptika bei Frauen und Männern zu, der von Anregungsmitteln nimmt ab. Schmerzmittel werden in allen Altersgruppen eingenommen, von Frauen pauschal betrachtet häufiger als von Männern. Hinweise auf einen klinisch relevanten Medikamentenkonsum ergeben sich bei 6 % der Frauen und 4,5 % der Männer. Dieses Ergebnis entspricht den

Roe, B. et al. (2010):
Experiences of drug
use and ageing:
health, quality of life,
relationship and ser-
vice implications.
Journal of Advanced
Nursing, 1968-1979.

Erwartungen. Allerdings sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht so ausgeprägt wie oft dargestellt. Problematisch ist in diesem Zusammenhang freilich, dass in dieser Befragung nicht zwischen klinisch relevantem und notwendigen Konsum und missbräuchlichem Konsum unterschieden werden kann. Die Daten zum aktuellen Konsum von Medikamenten sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Abschließend weisen die Autoren und Autorinnen der ESA-Studien darauf hin, dass der Konsum der legalen Substanzen – insbesondere von Alkohol und Tabak – in Deutschland am weitesten verbreitet ist und mit den höchsten Problembelastungen einhergeht. Daher ergibt sich für diese Substanzen Handlungsbedarf für Präventions- und Interventionsmaßnahmen.

Zur Stigmatisierung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen

Quantitative und qualitative Studien belegen, dass Menschen mit (schweren) Substanzkonsumstörungen mit Stigmatisierung rechnen müssen. Für die Betroffenen hat das eine Reihe von Konsequenzen.

Verweis

Schomerus, G. (2011): Warum werden Menschen mit Alkoholabhängigkeit in besonderer Weise stigmatisiert, und was kann man dagegen tun? *Psychiatrische Praxis*, 38, 109-110.

Lloyd, C. (2013): The stigmatization of problem drug users: a narrative literature review. *Drugs: education, prevention and policy*, 20, 85-95.

Van Boekel, L.C. et al. (2013): Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 23-35.

Rivera, A.V. et al. (2014): Internalized stigma and sterile syringe use among people who inject drugs in New York City, 2010-2012. *Drug and Alcohol Dependence*, 144, 259-264.

In einer Reihe von Studien ist herausgearbeitet worden, wie verbreitet negative Einstellungen gegenüber Menschen mit schweren Substanzkonsumstörungen sind und wie sehr die explizite und implizite Stigmatisierung durch Dritte sowie die Selbststigmatisierung – also die Übernahme negativer Urteile durch die Betroffenen selbst – die Bereitschaft der Betroffenen, sich Hilfe zu suchen oder anzunehmen, behindern kann.

Bevölkerungsumfragen in Deutschland, Großbritannien und USA belegen, dass die Mehrheit der Befragten negative Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Störungen hat. Besonders negativ sind jedoch die Meinungen und Einstellungen gegenüber Menschen mit Alkoholproblemen und – noch einmal gesteigert – gegenüber Menschen, die Straßendrogen (Heroin, Kokain, Crack usw.) konsumieren. Umfragen unter Professionellen der Heilberufe belegen ebenfalls, dass der Anteil derjenigen, die gegenüber Menschen mit Substanzkonsumstörungen Vorbehalten und Vorurteile hat, relativ groß ist. Dazu gehören (Allgemein-) Ärzte und - Ärztinnen, Pflegende im ambulanten und stationären Bereich sowie Mitglieder von sozialen Berufen in verschiedenen Arbeitssektoren. Viele von ihnen halten Süchtige für unzuverlässig, nicht vertrauenswürdig und manipulativ, oft auch für aggressiv und gefährlich. Sie geben den Betroffenen selbst die Schuld an ihrer Krankheit. Die Motivation, sich behandeln und heilen zu lassen, wird von denjenigen mit starken negativen Vorurteilen gegenüber Menschen mit Substanzkonsumstörungen als eher gering eingeschätzt.

Die negativen Einstellungen sind besonders stark gegenüber denjenigen, die anderen Ethnien angehören und/oder sichtbar arm sind. Soweit möglich vermeiden diese Mitglieder der helfenden Berufe den Kontakt mit dieser Klientel. Sind sie gezwungen, sie zu behandeln, kann das mit Nachteilen für die Klientel verbunden sein, die im Vergleich mit anderen Kranken z.B. weniger gut versorgt wird. Dazu passt, dass Menschen mit leichten bis mittelschweren Substanzkonsumstörungen vieles unternehmen, um ihre Suchtprobleme zu verheimlichen und einschlägige ärztliche oder psychosoziale Hilfen zu vermeiden.

Immerhin gibt es auch eine (eher kleine) Gruppe von Professionellen der Heilberufe, die diese Klientel anders einschätzt. Es handelt sich dabei in erster Linie um suchtmmedizinische Experten und Expertinnen sowie Pflegende und Sozialarbeitende in Einrichtungen der Suchthilfe bzw. von Kliniken, die AIDS- oder Suchtkranke versorgen. Kontakte mit Betroffenen, so zeigen diese Ergebnisse, können

Cama, E. et al. (2016): Internalized stigma among people who inject drugs. *Substance Use & Misuse*, 51, 1664-1668.

Kulesza, M., Larimer, M. E. & Rao, D. (2014): Substance use related stigma: what we know and the way forward. *Journal of Addictive Behavior, Therapy and Rehabilitation*, <http://dx.doi.org/10.4172/2324-9005.1000115>.

die Einstellungen zu einer mehrheitlich als problematisch eingeschätzten Klientel verändern. Das kommt der Klientel zugute, die von diesen Professionellen besser versorgt werden, mehr positive Rückmeldungen erhalten und mehr Ermutigung, ihr Leben konstruktiv zu gestalten.

Die Betroffenen nehmen die negativen Vorurteile und die damit einhergehenden Diskriminierungen und Stigmatisierung sehr wohl wahr. Sie nehmen sie auf und internalisieren sie in ihr Selbstbild als Selbststigmata. Sie halten sich dann selbst für unzuverlässig, manipulativ und tendenziell aggressiv und daher gefährlich. Tatsächlich dominieren bei vielen Betroffenen Gefühle von Scham, Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Einige Studien weisen darauf hin, dass die Selbststigmatisierung assoziiert ist mit riskanten Verhaltensweisen beim Drogenkonsum (z.B. Nutzung von gebrauchten Spritzen und Spritzentausch obwohl der Zugang zu sauberen Spritzen unproblematisch ist) und bei sexuellen Kontakten (ungeschützter Geschlechtsverkehr).

Auch innerhalb der Lebenswelten von Menschen mit schweren Substanzkonsumstörungen finden Prozesse der Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung statt. Diese bewegen sich entlang der Dimensionen Alter, Geschlecht, Schwere der Störung bzw. Schwere der Komorbidität usw. Ältere, Frauen (und Männer), die Geld durch Sexarbeit verdienen und Menschen, die durch den Substanzkonsum stark eingeschränkt sind oder die zusätzlich HIV-positiv sind, müssen mit Diskriminierung und Stigmatisierung auch in den Milieus rechnen, in denen sie sich hauptsächlich bewegen und in denen sie persönliche Kontakte haben und pflegen. Sie werden auch dort ausgegrenzt mit der Folge, dass ihr Gesundheitszustand sich weiter und oft auch rapide verschlechtert.

Update zur Opioid- und Heroinwelle in den USA

Berichte über eine neue Opioid- und Heroinwelle in den USA finden sich inzwischen nicht nur in Fachzeitschriften und amerikanischen Massenmedien, sondern auch in deutschen Fernsehprogrammen und Tageszeitungen. Bislang spricht allerdings wenig dafür, dass sich eine vergleichbare Entwicklung auch in Deutschland abzeichnet.

Verweis
National Institute on Drug Abuse (2015): Overdose Death Rates. Online unter <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>

Bereits vor einem Jahr haben wir (im Forschungsbrief 41/2015) über die neue Opioid- und Heroinwelle in den USA berichtet, die sich deutlich von früheren Heroinwellen unterscheidet. Inzwischen liegen neue Daten und neue Veröffentlichungen dazu vor. Deutlichster Indikator für weiter zunehmenden Opioid- und Heroinkonsum sind die steigenden Todesfallzahlen durch Überdosierungen. Den Daten des National Institute on Drug Abuse zufolge starben 2014 10.574 Menschen in den USA an einer Heroinüberdosierung. Das ist im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung um 28 % und im Vergleich zum Jahr 2000, als 1.842 Tote durch Heroinüberdosierungen gezählt wurden, mehr als eine Verfünffachung. Deutlich höher liegen indes die Daten für Überdosierungen von opioidhaltigen Schmerzmitteln mit 18.893 Todesfällen im Jahr 2014, die sich seit dem Jahr 2000 (4.400 Todesfälle) mehr als vervierfacht haben. Damit hat sich der rückläufige Trend der letzten beiden Jahre bei der Zahl der tödlichen Überdosierungen von opioidhaltigen Schmerzmitteln nicht fortgesetzt.

Rudd, R.A., Aleshire, N., Zibbell, J.E., Gladden, R.M. (2016): Increases in Drug and Opioid Overdose Deaths — United States, 2000–2014. *MMWR* 64(50).January 1,

Als ursächlich für den starken Anstieg der tödlichen Überdosierungen mit opioidhaltigen Schmerzmitteln gelten die seit etwa dem Jahr 1999 erleichterten Verschreibungsmodalitäten und die damit einhergehende nahezu Vervielfachung der Verschreibung von Substanzen wie Oxycodol, Fentanyl, Hydrocodol oder Tramadol. Die Diskussionen um die Opioidepidemie der letzten Jahre haben zu

2016. verschärften Gesetzen und Verordnungen in mehreren Bundestaaten geführt. Auf einen Zusammenhang zwischen Herointodesfällen und Todesfällen durch opioidhaltige Schmerzmittel weisen u.a. Daten aus Florida hin. Dort hatten Gesetzesverschärfungen und angepasste Verwaltungsvorschriften dazu geführt, dass die Verschreibung opioidhaltiger Schmerzmittel zurückging und in der Folge nahmen auch die Todesfälle durch Überdosierungen dieser Medikamente ab. Gleichzeitig begannen allerdings die Todesfälle durch Heroinüberdosierungen zu steigen. Rudd et al. (2016) zufolge ist die aktuelle Opioidepidemie in den USA durch zwei verschiedene, aber miteinander verknüpfte Trends gekennzeichnet: Ein seit 15 Jahren anhaltender Anstieg der tödlichen Überdosierungen bei opioidhaltigen Schmerzmitteln und ein erst seit wenigen Jahren zu beobachtender Anstieg der tödlichen Überdosierungen bei opioidhaltigen Straßendrogen, der primär auf Heroin zurückgeht.
- Johnson, H., Paulozzi, L., Porucznik, C., Mack, K., Herter, B. (2014): Decline in Drug Overdose Deaths After State Policy Changes — Florida, 2010–2012. *MMWR* 63(26). July 4, 2014.
- National Institute on Drug Abuse (2015): Prescription Opioids and Heroin. Online unter <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/relationship-between-prescription-drug-abuse-heroin-use/subset-users-may-naturally-progress-rx-opioids-to-heroin>
- Case, A., Deaton, A. (2015): Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 1-6. Online unter <http://www.pnas.org/content/112/49/15078.full>
- Imtiaz, S., Rehm, J. (2016): The impact of prescription opioids on all-cause mortality in Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* (2016) 11:27 DOI 10.1186/s13011-016-0071-4
- Just J., Mücke M., Bleckwenn M. (2016): Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Opioiden—Prävention, Diagnostik und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt* 2016; 113: 213–20. DOI: 10.3238/arztebl.2016.
- Der anhaltende Gebrauch von opioidhaltigen Schmerzmitteln und die Abhängigkeit von solchen Medikamenten werden anscheinend zum Risikofaktor für Heroinkonsum und Heroinabhängigkeit. Damit verändern sich auch die demografischen Charakteristika der Gruppe der Heroinabhängigen: Während die Heroinkonsumenten der 60er und 70er Jahre überwiegend jung, männlich und Angehörige von Minderheiten waren und eher in Städten lebten, sind die neuen Heroinkonsumenten älter, wohnen mehr auf dem Land, die Geschlechterdifferenz ist weniger deutlich ausgeprägt und der Anteil der Weißen liegt bei rund 90 %. Zusätzliche tragen die leichte Verfügbarkeit hochwertigen Heroins und der niedrige Preis zur neuen Heroinwelle bei (NIDA 2015).
- Besondere Aufmerksamkeit erregte 2015 eine Studie der beiden Wirtschaftswissenschaftler Case und Deaton, die die Mortalitätsraten verschiedener Gruppen in den USA untersucht haben. Die Mortalität für Männer und Frauen in den mittleren Lebensjahren ist in den westlichen industrialisierten Ländern seit Jahrzehnten rückläufig und die Lebenserwartung steigt. Case und Deaton fanden für 45-54-jährige weiße, „non-Hispanic“-Amerikaner in der Periode zwischen 1999 und 2013 eine überraschende Trendumkehr: die Mortalität ist in dieser Zeit wieder angestiegen, während sie bei allen anderen Gruppen in den USA und auch in anderen Ländern wie Kanada oder Deutschland weiter zurückgegangen ist. Diese zunehmende Morbidität und Mortalität bei weißen Amerikanern in den mittleren Lebensjahren sind ihren Daten zufolge vor allem auf chronische Lebererkrankungen, Suizide und Überdosierungen durch opioidhaltige Schmerzmittel und Heroin zurückzuführen. Offen bleibt dabei, ob eine Zunahme an gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Schmerzen der Zunahme an opiathaltigen Schmerzmitteln vorausgegangen ist oder umgekehrt dieser gefolgt ist.
- Differenziert man innerhalb der Gruppe der Weißen in der Altersklasse zwischen 45 und 54 Jahren nochmals nach Bildung, so zeigt sich, dass der Anstieg der Morbidität und Mortalität am stärksten bei der Gruppe der weniger Gebildeten (Weiße ohne College-Ausbildung) ist. In ihrer Analyse verbinden Case und Deaton die „Epidemie der Schmerzen, Suizide und Überdosierungen“ mit der ökonomischen Unsicherheit, in der sich ein Teil der weißen Baby-Boomer-Generation in der Mitte ihres Lebens wiederfindet. Die Auswirkungen auf die Mortalität vergleichen sie mit der AIDS-Epidemie, die zwischen 1981 und 2015 in den USA zu rund 650.000 Todesfällen geführt hat.
- Imtiaz und Rehm (2016) haben die Ergebnisse dieser Studie mit Daten aus Kanada verglichen. Während die Zahlen für die Verschreibungen von opioidhaltigen Schmerzmitteln, nichtmedizinischem Gebrauch solcher Substanzen und damit verbundene Überdosierungen in Kanada durchaus mit den Daten aus den

0213 USA vergleichbar sind, ist die von Case und Deaton festgestellte Zunahme der Morbidität und Mortalität in Kanada für keine Subgruppe erkennbar. Auch in Deutschland gibt es Hinweise auf einen Anstieg der Verordnung opioidhaltiger Schmerzmittel (vgl. Just et al. 2016), aktuelle Daten fehlen aber. 2014 wurde die S3-Leitlinie zur „Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen“ (LONS) aktualisiert. Das Bundeskriminalamt geht in seinem aktuellen Rauschgiftjahresbericht für das Jahr 2015 von 554 Todesfällen durch Heroin (jeweils allein oder in Kombination mit anderen Substanzen), 308 Todesfällen durch Substitutionsmittel wie Methadon und 104 Todesfällen durch „opiat-basierte Arzneimittel“ aus (davon 87 Fälle mit Fentanyl). Auch alle anderen Daten zu Heroinkonsum, heroinebezogenen Störungen und Behandlungsnachfrage weisen nicht auf eine Zunahme hin. Die Rahmenbedingungen der aktuellen amerikanischen Opioid- und Heroinepidemie unterscheiden sich grundlegend von der Situation in Deutschland, so dass es für eine Übertragung der amerikanischen Erfahrungen auf Deutschland zumindest derzeit keine Grundlage gibt.

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,
Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW),
Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz,
Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz,
Tel: (0261) 9528254, E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de