

Inhalt

- **AWMF-Register Nr. 076-001 S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen**
- **Ergebnisse der DRUCK-Studie zu HIV und Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland**
- **Neue Opioid- und Heroinwelle in den USA**

AWMF-Register Nr. 076-001 S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen

Parallel zur S3-Leitlinie zum Tabakkonsum (Forschungsbrief 40) ist auch die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ erschienen. Auf der Grundlage des besten aktuell verfügbaren empirischen Wissens werden differenzierte Empfehlungen zu Interventionen bei alkoholbezogenen Störungen formuliert, die – erfolgreiche Implementierung vorausgesetzt – weitreichende Auswirkungen auf das Suchthilfesystem haben dürften.

Verweis

AWMF (2015a):
S3-Leitlinie
□ „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“
AWMF-Register Nr. 076-001. (Stand: 22.04.2015).
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/III/076-001.html>

Die im Rahmen der „Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften“ (AWMF) in einem aufwendigen vierjährigen Verfahren von über 60 Suchtexpertinnen und –experten und 48 Fachgesellschaften und Organisationen erarbeitete Leitlinie enthält die Ergebnisse systematisch durchgeführter Recherchen nach methodisch hochwertigen Studien, die in einem formalisierten Bewertungsverfahren nach Evidenzgraden unterteilt wurden. Auf dieser Grundlage wurden dann Empfehlungen ausgesprochen, die in einem wiederum formalisierten Konsensverfahren zwischen allen Beteiligten abgestimmt wurden. Dabei wird unterschieden zwischen Soll-Empfehlungen (Grad A), Sollte-Empfehlungen (Grad B), Kann-Empfehlungen (Grad O) und sogenannten „Klinischen Konsenspunkten“ (KKP), die der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Konsensgruppe entsprechen, die aber bislang noch nicht in empirischen Studien überprüft wurden. Das ganze Verfahren ist in einem Leitlinienreport dokumentiert.

AWMF (2015b):
S3-Leitlinie
□ „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“
AWMF-Register Nr. 076-001. (Stand: 22.04.2015).
Leitlinienreport.
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/III/076-001.html>

Begrifflich differenziert die Leitlinie zwischen verschiedenen Risikogruppen und Klassifikationssystemen wie riskantem Alkoholkonsum, schädlichem und abhängigem Alkoholkonsum nach ICD-10 oder der Alkoholkonsumstörung nach dem neuen DSM-5. Bereits die den Empfehlungen vorangestellte Begründung für die Entwicklung der Leitlinie lässt aufhorchen. Im Kern geht es um nicht weniger als eine „systematische Verbesserung der Beratung und Behandlung von Menschen mit alkoholbedingten Störungen“ (AWMF 2015, S. 3). Die Autoren der Leitlinie stellen den ca. 1,9 Millionen Alkoholabhängigen, den rund 1,6 Millionen Menschen mit „schädlichem Gebrauch“ und den rund 74.000 Alkoholtoten pro Jahr die Zahl von gerade einmal 35.000 Alkoholabhängigen gegenüber, die pro Jahr in der ambulanten und stationären Entwöhnung behandelt werden. Somatische Krankenhäuser und vor allem Arztpraxen haben hingegen Kontakt zu einer weit aus größeren Zahl von Abhängigen, allerdings ohne dass dort eine spezifische Behandlung erfolgt.

Um die Reichweite der medizinischen Behandlung bei alkoholbezogenen Störungen zu vergrößern, werden deshalb „aus einer Public-Health-Perspektive (...) Screenings von Patienten im Alter von 14 bis 70 Jahren in der medizinischen Versorgung initial bei Erstkontakt und fortlaufend alle ein bis zwei Jahre“ (AWMF 2015a, S. 9) empfohlen. Als Instrument für diese Screenings soll der AUDIT oder der AUDIT-C eingesetzt werden. Ausgerechnet bei dieser zentralen Empfehlung zur Erhöhung der Reichweite verweigerte allerdings die Organisation der Hausärzte, die Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) ihre Zustimmung. Die DEGAM sieht in einem solchen routinemäßigen Screening dem im Anhang der Leitlinie dokumentierten Briefwechsel zufolge eine Gefährdung der „viele Jahre dauernden Arzt-Patienten-Beziehung“.

Mann, K. (2015): Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *Sucht*, 61, 29-36.

Bühringer, G., Rumpf, H.-J. (2015): Therapieziel Alkoholmengenreduktion: ein Beitrag zur Verbesserung der Behandlung von Personen mit Alkoholstörungen? *Sucht*, 61, 5-7.

Um die Eingangsschwellen in Beratung und Behandlung zu senken und mehr Menschen mit Alkoholkonsumstörungen zu erreichen, wird neben der Abstinenz auch eine Reduktion der Trinkmengen als „zumindest intermediäres Therapieziel“ empfohlen. Obwohl die Entscheidung für diese Empfehlung einstimmig fiel, hat dies in der bislang überwiegend rein abstinenzorientierten deutschen Suchthilfe zu vielen Diskussion geführt, die sich insbesondere an medikamentengestützten Trinkmengenreduktionsprogrammen festmachen (vgl. z.B. Bühringer/Rumpf 2015, Mann 2015).

Sehr detailliert wird in der Leitlinie die Evidenz zu einzelnen Behandlungsansätzen aufbereitet. So werden Kurzinterventionen bei riskantem Konsum und Rauschtrinken und insbesondere in der primärmedizinischen Versorgung, nicht aber bei abhängigem Konsum empfohlen. Die qualifizierte Entzugsbehandlung wird als klinischer Konsens empfohlen; für eine stärkere Empfehlung reicht die Studienlage derzeit nicht aus. Ausführlich wird die somatische und vor allem auch die psychische und psychiatrische Komorbidität thematisiert. Bei verschiedenen psychischen Störungen wie z.B. Depression oder bipolaren Störungen werden integrierte Behandlungsverfahren zu Behandlung sowohl der Alkoholprobleme als auch der komorbiden Störung empfohlen. Den Praktikern drängt sich dabei allerdings rasch die Frage auf, wo denn die entsprechenden Behandlungsangebote zu finden sein sollen. Das gilt auch für die Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), bei denen spezifische und integrative kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme empfohlen werden.

Differenzierte Empfehlungen finden sich auch für einzelne Gruppen wie z.B. Jugendliche, Frauen, schwangere Frauen oder ältere Menschen mit Alkoholkonsumstörungen. Dabei zeigen sich allerdings auch die Grenzen evidenzbasierter Ansätze, wenn etwa für Frauen kaum Studien zu spezifischen Interventionen vorliegen oder für Schwangere schon aus ethischen Gründen solche Studien nicht umsetzbar sind. In der Postakutbehandlung werden vor allem motivationale Interventionen, (Kognitive) Verhaltenstherapie, Angehörigenarbeit, Paartherapie, psychodynamische Kurzzeittherapien und Kontingenzmanagement empfohlen. Für konfrontative Verfahren findet sich hingegen kaum Evidenz.

Die Leitlinie vertritt einen explizit multiprofessionellen Ansatz und richtet sich nicht nur an Ärztinnen und Ärzte, sondern auch an psychologische und psychosoziale Fachkräfte. Das wird besonders deutlich im abschließenden Kapitel, das die Versorgungsstrukturen der Suchtkrankenhilfe analysiert und Empfehlungen zur Weiterentwicklung formuliert. Dabei kommt im ausdifferenzierten deutschen Gesundheits- und Sozialsystem dem Schnittstellenmanagement eine große Bedeutung zu. Hier zeigen sich die Grenzen medizinischer Interventionen und der Bedarf nach psychosozialen Ansätzen – und gleichzeitig auch die Schwächen der psychosozialen Professionen, aus denen kaum Studien vorliegen, die den Kriterien der evidenzbasierten Praxis genügen und deren Tätigkeitsfeld somit meist unter dem Radar evidenzbasierter Leitlinien bleibt.

Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T., Rehm, J. (2015): Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. *Suchttherapie* 2015; 16: 18-26

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bleibt offen, wie weit die Implementierung der Leitlinie gelingt. Menschen mit Alkoholkonsumstörungen würden durch leichtere Zugänge zu einem differenzierten und evidenzbasierten Behandlungsangebot und durch eine verbesserte Behandlungsqualität profitieren.

Der Ausgangspunkt der Leitlinienentwicklung – die Kritik an der geringen Inanspruchnahme des Suchthilfesystems – wird durch aktuelle Schätzungen auf der Basis von Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, der Deutschen Suchthilfestatistik, der Krankenhausdiagnosestatistik und anderer

Datenquellen unterstützt. Kraus et al. (2015) schätzen, dass in Deutschland ca. 650.000 Alkoholabhängige jährlich von niedergelassenen Ärzten behandelt werden. In Krankenhäusern und allen ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen zusammengenommen werden jährlich knapp 300.000 Menschen (etwa 16 % der geschätzten 1,9 Millionen Alkoholabhängigen) behandelt und/oder betreut. In die stationäre Rehabilitation schaffen es hingegen jährlich nur etwa 1,8 % der Alkoholabhängigen.

Ergebnisse der DRUCK-Studie zu HIV und Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland

Von 2011 bis 2015 haben mehr als 2.000 injizierende Drogenkonsumentinnen und -konsumenten an einer Studie des Robert Koch Instituts (RKI) zu HIV und Hepatitis B und C teilgenommen, deren Ergebnisse jetzt veröffentlicht wurden.

Durchgeführt wurde die DRUCK-Studie des RKI in Kooperation mit Drogen- und Aidshilfeeinrichtungen in Berlin, Essen, Leipzig, Frankfurt am Main, Köln, Hannover, München und Hamburg. Neben Interviews zum Drogenkonsum, zum Wissen über Infektionen, zu infektionsrelevanten Verhaltensweisen und zur aktuellen Lebenssituation wurden bei allen 2.077 Teilnehmerinnen und Teilnehmern Blutproben zur Bestimmung der HIV-, HCV- und HBV-Prävalenzen entnommen. Eingeschlossen in die Studie wurden Personen ab 16 Jahren, die in den letzten 12 Monaten in den teilnehmenden Städten Drogen injiziert hatten. Um auch suchthilfeferne Personen zu erreichen, die nicht zur Klientel der Drogen- und Aidshilfe gehören, wurde zur Rekrutierung ein besonderes Schneeballverfahren („Respondent Driven Sampling“) eingesetzt, bei dem Teilnehmer über ein Gutscheinsystem Bekannte zur Teilnahme motivieren sollten. Neben der Gesamtauswertung stehen auf der Homepage des RKI auch Einzelberichte für Frankfurt und die anderen beteiligten Städte zum Download bereit.

*Verweis
Robert Koch Institut
(2015a): HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland – Ergebnisse der DRUCK-Studie des RKI. Epidemiologisches Bulletin 2015; 22: 191-197. Online unter www.rki.de*

*Robert Koch-Institut
(2015b): Ergebnisbericht der Studie zu Drogen und chronischen Infektionskrankheiten (DRUCK-Studie) in Frankfurt am Main, Berlin 2015. Online unter www.rki.de*

Die Unterschiede zwischen den Studienstädten sind durchaus überraschend. So schwanken der Frauenanteil zwischen 18 und 35 % und der Anteil der nicht in Deutschland Geborenen zwischen 9 und 31 %. Das Durchschnittsalter (Median) lag in Leipzig bei 29 Jahren und in Frankfurt bei 39 Jahren. Zwischen 55 und 89 % hatten schon einmal in ihrem Leben an einer Substitutionstherapie teilgenommen. Aktuell waren zwischen 31 und 66 % in Substitutionsbehandlung (in Frankfurt 45 %, 55 % der Frauen und 42 % der Männer). Nur etwa die Hälfte der Frankfurter Stichprobe war schon einmal in einer (ambulanten oder stationären) Entwöhnungsbehandlung, hingegen aber 84 % (87 % der Männer und 75 % der Frauen) mindestens einmal – im Durchschnitt (Median) sogar viermal – in Haft. Der Median der Gesamthaftjahre liegt bei 3,6 Jahren (4,5 Jahre bei den Männern und 1,1 Jahre bei den Frauen). Rund ein Drittel hat auch in Haft weiter intravenös konsumiert, etwa 3 % der Inhaftierten haben im Gefängnis mit dem i.v.-Konsum begonnen. Auch die Konsummuster variieren deutlich. So hatten in Frankfurt in den letzten 30 Tagen über 70 % Crack konsumiert (Leipzig: 0,8 %) während Metamphetamin (Crystal) in Frankfurt nur von 1,4 %, in Leipzig aber von 67 % konsumiert worden war.

Die HIV-Prävalenz schwankt in der Studie zwischen 0 % (Leipzig) und 9 % (Hannover und Frankfurt), wobei auch in anderen Städten aus den alten Bundesländern wie Berlin, München und Köln deutlich niedrigere HIV-Prävalenzen gemessen wurden. Knapp zwei Drittel derjenigen mit einem positiven HIV-Testergebnis waren jemals in ihrem Leben antiretroviral behandelt worden. HCV-Antikörper

wurden zwischen 37 und 73 % der Probanden nachgewiesen, und eine aktive Hepatitis C zeigte sich bei 23 bis 54 %. Nur gut ein Drittel derjenigen, die jemals ein positives Hepatitis-C-Ergebnis erhalten hatten, hatten an einer entsprechenden (Interferon-gestützten) Therapie teilgenommen. Die HBV-Prävalenzen lagen je nach Stadt zwischen 5 und 33 %. Obwohl die Ständige Impfkommission (STIKO) die HBV-Impfung für injizierende Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten und für Menschen in Haft empfiehlt, war nur bei 15 bis 52 % eine HBV-Impfung nachweisbar (Frankfurt: 26 %).

Allgemein wissen die Studienteilnehmer gut über HIV, HBV und HCV Bescheid. Je genauer die Fragen zu HCV-Übertragungswegen beim Drogengebrauch aber wurden, um so mehr zeigten sich Wissenslücken wie etwa zu Infektionsrisiken beim Sniefen oder beim gemeinsamen Benutzen von Löffeln, Filtern und Wasser. Am niedrigsten war das Wissen in Bezug auf HBV-Impfungen und die HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP). Während nur wenige gemeinsam Nadel und Spritzen benutzen, sind es deutlich mehr, die andere Utensilien wie Filter, Löffel und Wasser miteinander teilen. Insgesamt berichten je nach Stadt zwischen 36 und 48 % von Unsafe-Use-Verhaltensweisen in den letzten 30 Tagen. Auch bei der Versorgung mit frischen Spritzen zeigen sich Engpässe, wenn etwa Substituierte vom Spritzentausch ausgeschlossen sind.

Insgesamt weisen die Ergebnisse der DRUCK-Studie nicht nur auf die belastende Lebenssituation insbesondere langjähriger Drogenkonsumenten, sondern auch auf Versäumnisse in der Behandlung und Prävention hin, aus denen sich dringender Handlungsbedarf ergibt.

Neue Opioid- und Heroinwelle in den USA

Umfrageergebnisse belegen eine neue Opioid- und Heroinwelle in den USA, die einhergeht mit einem steilen Anstieg der Todesraten als Folge von exzessivem Gebrauch der Medikamente oder von Heroin. Betroffen sind vor allem Männer und Frauen in der Lebensmitte in den Vor- und Kleinstädten.

*Verweis
Frenk, S.M. et al.
(2015): Prescription
opioid analgesic use
among adults:
United States, 1999–
2012. NCHS data
brief, no 189.*

*Dart, R. C. et al.
(2015): Trends in
opioid anagesics
abuse and mortality in
the United States.
New England Journal
of Medicine, 372, 241-
248.*

*Cicero, T. J. & Ellis, M.
S. (2015): Abuse-
deterrent formulations
and the prescription
opioid abuse epidemic
in the United States.*

Studien zeigen, dass die Verschreibungen für Opioide in den USA (und einer Reihe anderer Länder) in den Jahren von 1999 bis 2006 steil angestiegen sind und seither auf hohem Niveau stagnieren. Zugenommen haben vor allem die Verschreibungen für Medikamente, die in ihrer schmerzbekämpfenden Wirkung so stark sind wie Morphin (z.B. Hydrocodon (Markenname z.B. Dicodid)) oder stärker (z.B. Fentanyl, Hydromorhon (Markenname z.B. Dilaudid, Palladon), Methadon, Oxycodon (Markenname in Deutschland z.B. Oxygesic, in den USA z.B. OxyCotin)), abgenommen haben diejenigen mit eher schwächerer Wirkung (z.B. Dihydrocodein (Markenname z.B. DHC Mundipharma), Tramadol). Es sind vor allem die Altersgruppen ab 40 Jahren, an die diese Medikamente verschrieben werden. In den USA gehen etwa gleich viele Rezepte an weiße Frauen und Männer wie an schwarze. Lediglich US-Bürger mit hispanischen Wurzeln erhalten signifikant weniger Verschreibungen für diese Schmerzmittel. Pauschal genommen und unabhängig von der Hautfarbe nehmen Frauen mehr dieser Schmerzmittel ein als Männer. Man geht davon aus, dass das Verhältnis derjenigen, die die Medikamente zur Schmerzbehandlung einsetzen und derjenigen, die sie missbrauchen, bei 1:2 liegt. Zu den unerwünschten Nebeneffekten der Einnahme von Opoiden zur Behandlung von Schmerzen und zur Veränderung der Stimmung gehören Abhängigkeit und (unbeabsichtigte) Überdosierungen mit Todesfolge. Tatsächlich findet man einen mit den Verschreibungen von Opoiden

Lessons learned from OxyContin. American Medical Association. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3043.

Hedegaard, H. et al. (2015): Drug-poisoning deaths involving heroin: United States, 2000-2013. NCHS data brief, no 190.

Quinones, S. (2015): Dreamland: The true tale of America's opiate epidemic. Bloomsbury.

Schubert, I., Ihle, P. & Sabatowski, R. (2013): Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010. Deutsches Ärzteblatt, 110(4), 45-51; eSupplement10-13.

einhergehenden steilen Anstieg der Todesfälle bis etwa zum Jahr 2010. Erst danach nimmt die Anzahl dieser Todesfälle leicht ab. Das liegt u.a. daran, dass die Probleme, die mit der breiten Verschreibung dieser potenten Schmerzmittel offensichtlich geworden sind, zu einer öffentlichen Debatte geführt haben. In den USA gab und gibt es breit angelegte Kampagnen mit dem Ziel, den Missbrauch der opioidhaltigen Schmerzmittel einzudämmen. Firmen (z.B. Purdue Pharma) mussten die Herstellung einiger Medikamente (z.B. OxyCotin) so verändern, dass man die Pillen weniger leicht zerkleinern konnte, um sie in Wasser aufzulösen und zu injizieren. Seit 2010 gehen die Verschreibungen für schwere Schmerzmittel in den USA leicht zurück, ebenso die damit in Zusammenhang stehenden Not- und Todesfälle.

Da die Frauen und Männer, die von den starken Schmerzmitteln abhängig geworden sind, nun nicht mehr so leicht weitere Rezepte erhalten können, blüht erneut der Handel mit Heroin – allerdings mit einer anderen Kundschaft und mit einem Vertriebssystem, das auf die neue Kundschaft angepasst ist. Die Hauptkäufergruppen sind zum einen weiße Männer zwischen 18 und 44 Jahren sowie schwarze Männer zwischen 45 und 64 Jahren. Quinones (2015) hat recherchiert, dass es sich vorwiegend um Männer und Frauen handelt, die einen Job und Familie haben, die in Vorstädten oder Kleinstädten leben und sich das Heroin nach Hause liefern lassen. Die Kleindealer, die sie beliefern, haben meist hispanische Wurzeln und konsumieren selbst weder Heroin noch opioidhaltige Medikamente. Das Geschäftsmodell, das vorwiegend von mexikanischen Kartellen gesteuert wird, funktioniert auch darum so gut, weil das Heroin viel billiger ist als z.B. OxyCotin-Pillen, die man auf dem Schwarzen oder Grauen Markt kaufen kann. Das Heroin, das ins Haus geliefert wird, ist relativ rein. Das erklärt zumindest teilweise die Zahl der heroинbedingten Not- und Todesfälle.

Auch in Deutschland sind die Verschreibungen für Opioide seit dem Jahr 2000 um 37% angestiegen (vgl. Forschungsbrief 34, 2013). Ähnlich wie in den USA sind es Männer und Frauen ab 40 Jahren, die die meisten Verschreibungen für diese Medikamente erhalten. In Deutschland gibt es bislang keine Hinweise für einen Anstieg der Not- und Todesfälle im Zusammenhang mit der Verordnung dieser starken Schmerzmittel. Es gibt auch keine Hinweise auf eine neue Heroinwelle, weder bei den Jungen noch bei den Älteren. Da Deutschland aber bislang noch alle Drogenwellen aus den USA - zeitverzögert – „mitgemacht“ hat, ist es gut möglich, dass dieser Trend über kurz oder lang auch unser Land erreichen wird.

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