




Inhalt

-  **Opioidverordnungen 2000 und 2010**
-  **Pathologisches Glücksspiel: Epidemiologie, Behandlung und die Inanspruchnahme von Hilfe**
-  **Transkulturelle Kompetenzen in der Suchthilfe**

Opioide Verordnungen 2000 und 2010

Arzneimittel sind hilfreich und aus der modernen Welt nicht wegzudenken. Das gilt vor allem für die Schmerzmittel, die zur Bekämpfung von akuten und chronischen Schmerzen sowie von Tumorschmerzen eingesetzt werden. Das könnte problematisch sein.

Verweis

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

Marschall, U. & L'hoest, H. (2011): Opioidtherapie in der Versorgungsrealität. In: Bärmer GEK. Gesundheitswesen aktuell 2011, S. 242-269.

Ponizovsky, A. et al. (2011): Trends in opioid analgesic consumption, Israel, 2000-2008. European Journal of Clinical Pharmacology, 14, 165-168.

SAMSHA (2010): Results from the 2009 National Survey on drug use and health (NSDUH): National findings. <http://oas.samsha.gov/NSDUH/2k9NSDUH/2k9ResultsP.pdf>.

Jamison, R. N. et al. (2010): Substance misuse treatment for high-risk chronic pain patients on opioid therapy: a randomized trial study. Pain, 150, S390-400.

Opioide gehören zu den wichtigsten Medikamenten, die man bei der Behandlung von chronischen Schmerzen sowie von Tumorschmerzen einsetzt. In Deutschland ist man lange davon ausgegangen, dass Schmerzpatientinnen und -patienten eher unterversorgt sind, d.h. dass sie nicht in angemessenem Umfang Verordnungen von Opioiden zur Behandlung ihrer Schmerzen erhalten. Diese Annahme muss angesichts der aktuellen Daten neu diskutiert werden. Schubert et al. haben für ihre Studie die Daten einer Zufallsstichprobe von 19% der bei der AOK-Hessen/KV-Hessen Versicherten verwendet. Untersucht wurden alle Verordnungen zu Opioiden (über die Pharmazentralnummer) unter Ausschluss von Codein, Levomethadon und Methadon, um Überschneidungen mit der Versorgung von Heroinabhängigen mit diesen Medikationen zu vermeiden. Zur weiteren Berechnung wurden die Verordnungsangaben zu definierten Tagesdosen standardisiert und die Zielgruppen (Patienten und Patientinnen ohne und mit Hinweisen auf eine Tumordiagnose) wurden bestimmt. Insgesamt genommen ergibt sich, dass im Zeitraum von 10 Jahren die Opioid-Verordnungen von 3,31% auf 4,53% angestiegen sind. Auf die Bevölkerung hochgerechnet handelt es sich um einen Anstieg von 37%.

Die Analyseergebnisse zeigen darüber hinaus, dass ca. vier Fünftel aller Opioid-Verordnungen an Patienten und Patientinnen gehen, die keine Tumordiagnose haben (2000: 81%, 2010: 77%). Auch Marschall & L'hoest, die die Daten der BARMER in den Jahren 2006 bis 2010 ausgewertet haben, kommen zu ähnlichen Ergebnissen (wobei methodische Unterschiede die Vergleichbarkeit der Studien erschwert). Diese Autoren können zudem zeigen, dass die Verordnungen von schwach wirksamen Opioiden (z.B. Tramadol, Tilidin, Codein) besonders hoch sind bei Menschen mit Bandscheibenerkrankungen und mit Kopfschmerzen. Den Spitzenplatz nehmen jedoch Verordnungen sowohl von schwach wirksamen als auch von stark wirksamen Opioiden (z.B. Morphin, Oxycodon, Fentanyl usw.) für multimorbide, pflegebedürftige Patientinnen und Patienten ein. Mit gutem Grund ist davon auszugehen, dass es sich dabei vor allem um ältere und alte Menschen über 65 Jahre handelt.

Aus beiden Studien geht hervor, dass sich in den letzten 5 bis 10 Jahren Verschiebungen bei den am häufigsten verordneten Substanzen ergeben haben: die Verordnungen für Morphin sind zurückgegangen und die für Fentanylpflaster, Hydromorphon, Oxycodon und Buprenorphin haben stark zugenommen. Das geht einher mit einem erheblichen Anstieg der Kosten für die Schmerzbehandlungen: schwach wirksamen Opioide sind – pauschal betrachtet – viel billiger als stark wirksamen Opioide. Und Morphin-Präparate sind viel billiger als Fentanylpflaster. Ähnliche Ergebnisse findet man auch in anderen Ländern, also einen starken Anstieg von ärztlich verordneten Schmerzmitteln zusammen mit einem ebenso starken Anstieg der Kosten für die Medikamente (z.B. Ponizovsky et al., 2011; SAMSHA, 2010).

Die nach Alter und Geschlecht differenzierte Datenauswertung von Marschall & L'hoest zeigt weiterhin, dass Männer zwischen 40 und 60 Jahren besonders viele

Verordnungen für Fentanylpflaster erhalten. Es sind vor allem diese Verordnungen, die die Kosten für die Schmerzbehandlungen hochtreiben. Die Autoren stellen in Frage, ob die Verordnungen für Schmerzmittel bei nicht-Tumorschmerz immer gerechtfertigt sind, zumal dann, wenn die Schmerzen stark psychisch überlagert sind. Nach Jamison et al. leiden 40% der mit starken Opioiden behandelten Schmerzpatienten zusätzlich unter psychischen Störungen, vor allem unter Ängsten und Depressionen. Für diese Gruppen von Patienten und Patientinnen halten Experten und Expertinnen die Verschreibung von starken Opioiden für kontraindiziert.

Holms, D. (2012): Prescription drug addiction: the treatment challenge. The Lancet, 379, 17-18.

In Deutschland gibt es keine Hinweise darauf, dass der Anstieg der Opioid-Verordnungen mit einer Zunahme von Opioid bedingten Todesfällen einhergeht. Nordamerikanische Untersuchungen und Studien kommen zu anderen Ergebnissen (vgl. Holms). Hier liegt Forschungsbedarf vor.

SFA (2009): Einnahme von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln.

<http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/medikamente/einnahme/>

Die Studien von Schubert et al. und von Marschall & L'hoest zeigen auch, dass der Anteil der Frauen, die Opioid-Verordnungen erhalten, in den Altersgruppen ab 50 Jahren über denen der Männer liegt (z.B. auch SFA, 2009). Ab dem Alter von 75 Jahren werden auch mehr Fentanylpflaster an Frauen als an Männer verschrieben. Es ist davon auszugehen, dass die Gesundheitsrisiken, die mit Opioid-Verordnungen verbunden sind wie die Gefahren, von den Medikamenten abhängig zu werden und wegen der kognitiven und exekutiven Einschränkungen unbeweglich zu werden, für ältere und alte Frauen besonders hoch sind.

Glaeske, G. et al. (2010): Konsum psychoaktiver Medikamente im Alter. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 42, 649-660.

Auf die Wechselwirkungen zum Beispiel mit Hypnotika, die dieser Personengruppe ebenfalls überdurchschnittlich häufig verordnet werden, kann hier nicht eingegangen werden. Es liegt aber auf der Hand, dass bei entsprechender Kombimedikation das Risiko, abhängig von den Medikamenten zu werden, enorm zunimmt. Umso wichtiger ist es, für ältere Menschen Programme zu entwickeln, die die Selbständigkeit fördern und die auf diesem Wege zu einer Reduzierung der Medikalisierung mit Schmerz- und Schlafmitteln beitragen können.

Pathologisches Glücksspiel:

Epidemiologie, Behandlung und die Inanspruchnahme von Hilfe

In Heft 6/2012 der SUCHT wurden die Ergebnisse der PAGE-Studie zur Epidemiologie und Behandlung von pathologischem Glücksspiel veröffentlicht. Dabei zeigt sich, dass der weitaus größte Teil der Glücksspieler nie Kontakt mit dem Suchthilfesystem (einschließlich Ärzten und Selbsthilfe) hatte. Die Autoren gehen von einer gravierenden Unterversorgung pathologischer Glücksspieler aus, die von den bestehenden Hilfeangeboten nur unzureichend erreicht werden. Die vollständigen Studienergebnisse können dem im Internet veröffentlichten Kurzbericht sowie dem ausführlicheren Endbericht entnommen werden.

Verweis

Bischof, A. et al. (2012): Inanspruchnahme von Hilfen bei Pathologischem Glücksspielen. Befunde der PAGE-Studie. In: SUCHT, 58 (6), 2012, 369 – 377

Die PAGE-Studie entstand im Auftrag der Bundesländer und wurde gefördert aus dem Glücksspielstaatsvertrag von 2008. Ziel war es, auf gesicherter methodischer Grundlage eine umfangreiche Datenbasis zur Analyse der Epidemiologie, der Entstehung, der Behandlung, der Beendigung und der Komorbidität beim Pathologischen Glücksspiel zur Verfügung zu stellen. Hierzu wurden telefonische Interviews mit einer repräsentativen Stichprobe von über 15.000 Menschen zwischen 14 und 64 Jahren geführt. Einen vergleichbaren Stichprobenumfang kann derzeit keine andere Studie zum Pathologischen Glücksspiel in Deutschland vorweisen. Um Verzerrungen zu vermeiden, wurde ein Teil dieser Stichprobe gezielt aus der Grundgesamtheit der Personen rekrutiert, die nur über einen Mobilfunkanschluss verfügen. An Glücksspielorten, über Medienaufrufe und über ver-

Meyer, C. et al. (2011):

schiedene Einrichtungen wurden gezielt weitere problematische oder pathologische Glücksspieler rekrutiert. Mit einem Teil der Glücksspielerinnen und -spielern wurden vertiefende klinische Interviews geführt.

Die Daten der Telefoninterviews wurden für die Prävalenzschätzung nach Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeitslosigkeit und Migrationshintergrund gewichtet. Für die epidemiologischen Analysen wurden die diagnostischen Kriterien des DSM-IV herangezogen, wobei bei 1-2 erfüllten Kriterien von risikoreichem Glücksspiel, bei 3-4 erfüllten Kriterien von problematischem Glücksspiel und bei fünf und mehr Kriterien von pathologischem Glücksspiel ausgegangen wurde. Den gewichteten Daten zufolge liegt die 12-Monatsprävalenz für pathologisches Glücksspiel bei 0,35 %, für problematisches Glücksspiel bei 0,31 % und für risikoreiches Glücksspiel bei 1,41 %. In absoluten Zahlen bedeutet das, dass etwa 193.000 Personen zwischen 14 und 64 Jahren in den letzten 12 Monaten die Kriterien für pathologisches Glücksspielen, weitere rund 170.000 die Kriterien für problematisches Glücksspielen und zusätzlich rund 778.000 die Kriterien für risikoreiches Glücksspiel erfüllt haben.

Bei Männern liegt die 12-Monatsprävalenz für pathologisches Glücksspiel mit 0,6 % mehrfach höher als bei Frauen mit 0,1 %. Männer unter 30 Jahren sind mit 1,8 % am stärksten gefährdet. Erhöhte Werte zeigen sich bei niedrigem Schulabschluss, Arbeitslosigkeit und Migrationshintergrund. Mit multivariaten Analysen wurde analysiert, welche Formen des Glücksspiels am stärksten mit der Kategorie „pathologisches Glücksspiel“ assoziiert sind. Dabei erwiesen sich Geldspielautomaten – gefolgt von Poker – als besonders gefährlich, während riskante Börsenspekulationen z.B. eher schwach mit pathologischem Glücksspiel assoziiert waren.

Pathologische Glücksspieler leider wesentlich häufiger als die Allgemeinbevölkerung an weiteren psychischen Störungen. Insbesondere gilt dies für substanzbezogene Störungen. So zeigt sich bei fast 55 % der pathologischen Spielerinnen und Spieler eine alkoholbezogene Störung (im Vergleich zu 8,3 % in der Gesamtstichprobe). Auch die Komorbidität mit Störungen durch illegale Drogen ist mit 22,5 % deutlich erhöht. Noch auffälliger sind die Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung bei Tabakabhängigkeit. Aber auch von Affektiven Störungen und Angststörungen sind pathologische Glücksspieler wesentlich häufiger betroffen.

Mehr als drei Viertel der pathologischen Glücksspieler hatten noch nie in ihrem Leben wegen Glücksspielproblemen mit einem Arzt oder einer Fachkraft gesprochen oder eine Selbsthilfegruppe aufgesucht. Die Autoren der PAGE-Studie sehen darin den Beleg für eine „gravierende Unterversorgung von Menschen mit einem Pathologischem Glücksspiel und einem Fehlen von Frühinterventionen für Menschen mit Risikoreichem und Problematischen Glücksspiel“. Angesichts dieser Unterversorgung ist es nicht verwunderlich, dass die meisten der pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler, die ihre Störung überwunden haben, keinen Kontakt zu Hilfeangeboten hatten.

Mit multivariaten Analysen wurde nach Unterschieden zwischen Nutzern und Nichtnutzern professioneller Hilfe gesucht. Befragte, die acht oder mehr Kriterien des DSM-IV erfüllen, nutzen professionelle Hilfeangebote eher als Befragte, die weniger als acht Kriterien des DSM-IV erfüllen. Geschlecht, Bildung und Migrationshintergrund haben keinen Einfluss auf die Nutzung professioneller Hilfeangebote.

Kalke, J., Buth, S. & Hayer, T. (2012): Indizierte Prävention im Glücksspielbereich. Wissenschaftlicher Kenntnisstand und zukünftige Herausforderungen. In: *SUCHT*, 58 (6), 2012, 359.

Kalke, Buth und Hayer vom ISD in Hamburg und vom Institut für Psychologie und Kognitionsforschung der Universität Bremen haben Evaluationsstudien zur indizierten Prävention bei Glücksspiel ausgewertet, die zwischen 1999 und 2012 in wissenschaftlichen Fachzeitschriften erschienen sind. Ihr Review kommt zu dem Schluss, dass niedrigschwellige Beratungsangebote, Selbstsperrn und Einzahlungs- und Verlustlimits im Kasinobereich bei einem Teil der Spieler zu positiven Effekten führen.

Transkulturelle Kompetenzen in der Suchthilfe

Neue Forschungsergebnisse zu transkulturellen Kompetenzen in der Suchthilfe weisen auf Weiterentwicklungsbedarf hinsichtlich kultursensibler Ansätze und Kompetenzen hin. Im Rahmen der Förderinitiative transVer – transkulturelle Versorgung für Suchtkranke – liegen erste Manuale und Handreichungen für die Praxis vor.

Verweis

Schu, M., Martin, M. (2012): Bestandsaufnahme zu transkulturellen Kompetenzen in der Suchthilfe in NRW. LWL-Koordinationsstelle Sucht, Forum Sucht, Band 45.

Die Beachtung kultureller Unterschiede wird in der Suchthilfe seit einigen Jahren immer stärker diskutiert. Im Auftrag der Sucht-Koordinierungsstellen der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland hat die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) eine schriftliche Befragung von Suchthilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, deren Ergebnisse jetzt veröffentlicht wurden. Angeschrieben wurden insgesamt 530 unterschiedliche Suchthilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen (darunter 395 ambulante und 135 stationäre Einrichtungen). Insgesamt kamen 216 ausgefüllte Fragebogen mit Informationen zu 260 Einrichtungen zurück. Damit konnten Daten zu knapp der Hälfte aller Suchthilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen zusammengetragen werden.

Da in der Stichprobe sehr unterschiedliche Einrichtungstypen (wie z.B. Präventionsstellen, Beratungsstellen, Wohnheime und Fachkliniken) zusammengefasst sind, variiert die Zahl der Klientinnen und Klienten stark. Das gilt erst recht für die Zahl der Klientinnen und Klienten mit Zuwanderungsgeschichten, die in vielen Einrichtungen nur geschätzt wurde und zwischen 3% und 75 % schwankt und im Mittelwert bei geschätzten 20 % liegt. Der größte Teil dieser Zuwanderungsklientel kommt aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion, aus der Türkei und aus Polen. Nur bei einem kleinen Teil der Einrichtungen finden sich im Leitbild oder im schriftlichen Konzept Aussagen zu den Themen Diversity oder kultursensible Arbeit.

In einem guten Drittel der Einrichtungen arbeitet mindestens eine Fachkraft mit Zuwanderungsgeschichte, wobei im Durchschnitt in den stationären Einrichtungen mehr Fachkräfte mit Migrationshintergrund beschäftigt sind. Von den insgesamt 333 Leitungskräften haben gerade einmal 24 einen Migrationshintergrund. 57 von 216 Einrichtungen können Beratung in russischer, 48 in polnischer und 23 in türkischer Sprache anbieten. Lediglich aus einem Fünftel der Einrichtungen haben im letzten Jahr vor der Befragung Fachkräfte an einer migrationsrelevanten Fortbildung teilgenommen. Bei den mehrsprachigen Informationsmaterialien, die immerhin 77 % der ambulanten und 42 % der stationären Einrichtungen vorhalten, handelt es sich meist um die von der DHS oder der BZgA zur Verfügung gestellten Infoblätter. Gerade einmal 51 der 216 Einrichtungen informieren mehrsprachig über ihre jeweiligen Angebote. Die meisten Einrichtungen thematisieren migrations- oder kulturspezifische As-

pekte zwar im Rahmen der Anamnese, aber in weniger als der Hälfte der Einrichtungen wird dies auch systematisch dokumentiert. Eine auf Klientel mit Migrationshintergrund zielende Öffentlichkeitsarbeit gibt es nur in einem Fünftel der Einrichtungen. Viele Einrichtungen beschreiben in den Fragebogen Zugangsbarrieren und erschwerte Erreichbarkeit von Klientinnen und Klienten mit Zuwanderungsgeschichten, für die primär Sprachprobleme, aber auch kulturell unterschiedliche Sucht- und Behandlungsverständnisse verantwortlich gemacht werden.

Briegel, M., Brauer, K. & Ocak, C. (2013): *Psychoedukative türkischsprachige Angehörigengruppen. Manual für die Praxis. Mudra-Drogenhilfe, Nürnberg.* Online unter www.transver-sucht.de

Die Befragungsergebnisse zeigen aber auch, dass es Einrichtungen gibt, bei denen „Diversity Management“ in Bezug auf Zuwanderung konzeptionell und personell verankert ist, die kultursensibel ausgerichtet sind und die dann auch Klientinnen und Klienten mit Zuwanderungsgeschichten besser erreichen. Angesichts der Bevölkerungsentwicklung empfehlen die Autorinnen dem Land Nordrhein-Westfalen, einen politischen Schwerpunkt auf die Öffnung der Suchthilfe für Menschen mit Zuwanderungsgeschichten zu legen. Die Träger der Suchthilfe sollten die Förderung kultursensibler Angebote als Trägeraufgabe begreifen. Den Einrichtungen schließlich wird vorgeschlagen, Transkulturalität auf der Ebene der Organisation, bei der Personalentwicklung, bei der Ausgestaltung der Angebote und in Bezug auf Kooperation und Vernetzung zu berücksichtigen.

Schu, M., Martin, M. & Czycholl, D. (2013): *Zugänge finden, Türen öffnen: transkulturelle Suchthilfe. Praktische Erfahrungen aus dem Modellprogramm transVer.* Online unter www.transver-sucht.de

Die transkulturelle Öffnung der Suchthilfe stand auch im Mittelpunkt einer Förderinitiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), in deren Rahmen Diversity-Schulungen und Projekte zum Abbau von Zugangsbarrieren und zur Ausgestaltung zielgruppengerechter Angebote in Berlin, Cloppenburg, Köln, Leipzig, Nürnberg und Warstein gefördert wurden. Inzwischen liegen praktische Erfahrungsberichte mit Handlungsempfehlungen sowie ein Manual für psychoedukative türkischsprachige Angehörigengruppen vor, die auf der Webseite www.transver-sucht.de veröffentlicht wurden.

Impressum

Herausgeberin:

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

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,
Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF),
Fachhochschule Frankfurt am Main, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 94413495, E-Mail: vogt@fb4.fh-frankfurt.de
Prof. Dr. Martin Schmid,
Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften, Konrad-Zuse-Str. 1,
56075 Koblenz, Tel: (0 261) 9528 254, E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de