FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION IM LAND BERLIN

pad e.V.

fam
Frauen-Alkohol-Medikamente & Drogen
Beratungs- und Behandlungsstelle

Informationen zum Thema

Medikamente

Eine Gemeinschaftsveröffentlichung der fam – La Vida gGmbH

und

der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin – pad e.V.

Stand: 12.05.2010

FAM Beratungs- und Behandlungsstelle
La Vida gGmbH
Merseburger Str. 3
10823 Berlin-Schöneberg

Fon 030 - 782 89 89
Fax 030 - 787 12 985
E-Mail: fam@la-vida-berlin.de
Web: www.la-vida-berlin.de

Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin
pad e.V.
Mainzer Str. 23
10247 Berlin

Fon 030 – 29 35 26 15
Fax 030 – 29 35 26 16
E-Mail: fachstelle.suchtpraevention@padev.de
Web: www.berlin-suchtpraevention.de

Zahlen und Fakten

Medikamente (medicamentum, lat. Heilmittel) sind Arzneimittel, die in einer bestimmten Dosierung zur Heilung bzw. Linderung oder aber zur Vorbeugung bestimmter Krankheiten dienen. Allerdings kann die Anwendung von Medikamenten auch Risiken bergen. So haben Medikamente häufig unerwünschte Nebenwirkungen und können darüber hinaus ein eigenes Missbrauchs- und Suchtpotenzial besitzen. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. trifft dies auf 4 bis 5% aller verordneten Medikamente zu.[1] Angesichts von ca. 50.000 unterschiedlichen Arzneimitteln, die in Deutschland gegenwärtig im Handel sind, lässt sich diesbezüglich trotz Arzneimittelatlanten, Arzneimittelreports und umfangreicheren Kompendien nur schwer der Überblick behalten. Jährlich werden große Mengen von Medikamenten in Deutschland verkauft. Die gesetzlichen Krankenversicherungen gaben 29,93 Mrd. € im Jahr 2008 für Arzneimittel aus.

Für das Jahr 2008 schätzte das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit laut Drogen- und Suchtbericht, dass in Deutschland 1,4 bis 1,9 Mio. Menschen medikamentenabhängig sind, davon ca. 70% Frauen.

Der volkswirtschaftliche Schaden durch Folgekosten der Medikamentenabhängigkeit ist immens und wird im Drogen- und Suchtbericht 2008 mit geschätzten 14 Milliarden Euro beziffert.[2]

Bildquelle: www.berlin.de

Bildet die Abhängigkeit von Benzodiazepinen mit ca. 1,1 Mio. Betroffenen bislang zwar den eindeutigen Schwerpunkt, so zeichnen sich hinsichtlich der Konsumentinnen und Konsumenten sowie deren Konsummotivation aber auch neue Entwicklungen ab. Der Gesundheitsreport 2009 der DAK weist explizit auf das Phänomen des Neuro-Enhancement, das sogenannte „Gehirndoping“ hin, das aus den USA inzwischen nach Deutschland „geschwappt“ ist. Die DAK-Studie stellt u. a. fest, dass ca. 2 Millionen Beschäftigte schon einmal zu Arzneien gegriffen haben, um ihre eigenen Leistungen zu steigern. Angesichts dieser beunruhigenden Ergebnisse wird heftig diskutiert, ob es ethisch vertretbar ist, dass gesunde Menschen Psychopharmaka einnehmen, um bestehenden Leistungsanforderungen gerecht zu werden.

Der Soziologe Fitz Reheis konstatiert eine Hochgeschwindigkeitsgesellschaft, in der

[1] Jahrbuch Sucht 2008, S.17

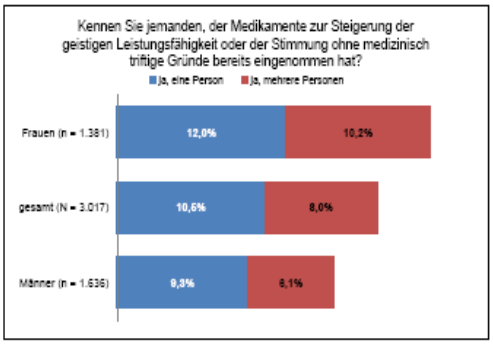
[2] Hrsg: Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit Drogen- und Suchtbericht Berlin 2008 S.70

viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens zu „Beschleunigungsfallen“ werden. In der Steigerung des Tempos sieht er eine unheilvolle Dynamik, die auf den menschlichen Organismus zerstörerisch wirkt. „Wir hetzen uns zu Tode“[3] Das Nachdenken über eine „Entschleunigung“ der Gesellschaft kann sicherlich nur ein Ansatz bei der Entwicklung von Strategien zur Bekämpfung von Medikamentenabhängigkeit sein.

Risikogruppe Gesellschaft: *Doping am Arbeitsplatz*

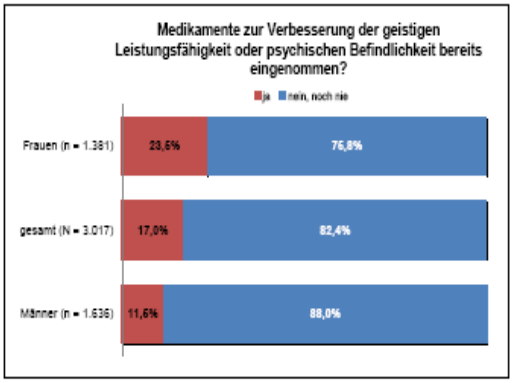
Für Aufsehen sorgte der genannte Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten Kasse (DAK). Die Krankenkasse ließ bundesweit 3.000 Erwerbstätige in Deutschland im Alter von 20 bis 50 Jahren befragen.

18,5% der befragten Personen kennen in ihrem engeren Umkreis jemanden, der zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit oder als „Stimmungsaufheller“ Medikamente eingenommen hat.



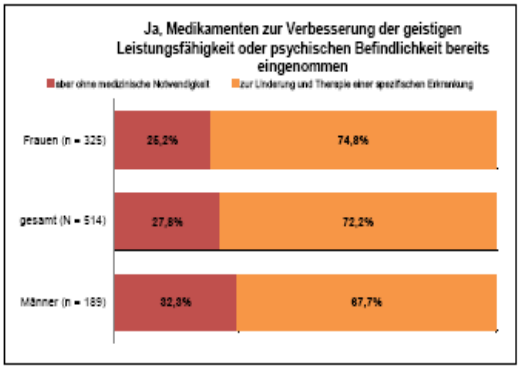
Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2008

Auch der DAK Gesundheitsreport bestätigte einen geschlechtsspezifischen Unterschied. So gaben mehr Frauen an, in ihrem Umkreis Personen zu kennen, die Medikamente eingenommen haben. Die direkte Frage nach Medikamenteneinnahme bestätigte ebenso den Geschlechterunterschied. Doppelt so viele Frauen wie Männer bejahten diese Frage.



Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2008:

Innerhalb der Gruppe der Personen, die Medikamente nahmen, gaben 27,8% an, dass hierfür keine medizinische Notwendigkeit bestanden hätte.



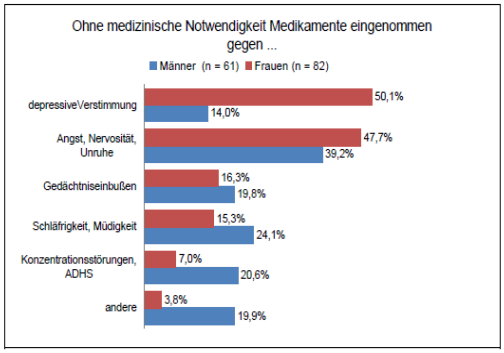
Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2008

Als häufigste Indikationen für die Einnahme von Medikamenten ohne medizinische Notwendigkeit wurden von den Frauen depressive Verstimmungen, Angst, Nervosität und Unruhe benannt. Die Verbesserung der psychischen Befindlichkeit steht deutlich im Vordergrund.

Die Motivation, mit Medikamenten die Leistungsfähigkeit, insbesondere am Ar-

[3] Fritz Reheis Entschleunigung Abschied vom Turbokapitalismus München 2006

beitsplatz zu steigern, trifft häufiger auf Männer zu.



Quelle: Bevölkerungsbefragung 2008

Doping im Leistungs-, Breiten- und Freizeitsport

Der Begriff stammt ursprünglich aus dem Leistungssport. Doping ist der Versuch, ohne Rücksicht auf die eigene Gesundheit und die Folgen für andere in einem sportlichen Wettkampf der Bessere oder Beste zu sein. Doping schadet der Gesundheit und verletzt die Gebote der Chancengleichheit und der sportlichen Fairness.

Im Leistungsport ist die Definition von Doping im WADC (Welt-Anti-Doping-Code) festgelegt. Basis des Welt-Anti-Doping-Codes bildet eine Liste verbotener Wirkstoffe, die jährlich erneuert wird und im Bundesgesetzblatt II durch ihre Veröffentlichung gesetzliche Verbindlichkeit erlangt.

Im Breitensport werden die sportlichen Wettkämpfe jedoch nicht durch Dopingkontrollen überprüft. So sind die Sportler/innen in diesem Bereich auch nicht von möglichen Sanktionen bedroht. Im Freizeitsport, in denen keine Wettkämpfe stattfinden, ist der Einsatz von Dopingwirkstoffen eher als Arzneimittelmissbrauch zu bezeichnen.

Der Mediziner Carsten Boos schätzt auf Grundlage einer Studie zum Medikamentenmissbrauch im Freizeitbereich den bundesweiten Anabolikakonsum unter den Breitensportlern auf ca. 200.000 Personen.[4]

Wie es wirklich mit dem missbräuchlichen Medikamentenkonsum im Breiten- und Freizeitsportbereich aussieht, lässt sich nur schwer sagen, da es keine Dopingkontrollen in diesem Bereich gibt und keine repräsentativen Studien vorliegen.

Risikogruppe Frauen

Während bei anderen Süchten wie z. B. bei Alkoholabhängigkeit Männer dominieren, bilden bei Medikamentenabhängigkeit Frauen die große Mehrheit.

Medikamentenabhängigkeit verläuft sozial unsichtbar. Frauen integrieren den Konsum i. d. R. unauffällig in ihren Alltag, sie „fallen nicht aus der Rolle“.

Tendenziell fällt es Frauen leichter, physische und psychische Probleme einzugestehen, sie suchen eher ärztliche Praxen auf, als Männer. Schon aufgrund der biologischen Vorgänge (Menstruation, Schwangerschaft, Wechseljahre) kommen Mädchen/Frauen früh und selbstverständlicher mit Ärztinnen und Ärzten in Kontakt und vertrauen auf deren Rat.

In den letzten Jahrzehnten unterlagen die Geschlechterrollen einem großen Wandel. Für Frauen sind Ausbildung und Berufstätigkeit selbstverständlicher geworden, sie sind selbstsicherer und unabhängiger

[4] Carsten Boos Medikamentenmissbrauch im Freizeitsport in: dvs-informationen 16 (2001) S.55

und sind häufiger in Führungspositionen. Parallel dazu hat eine Entlastung in der traditionellen Rolle (Kindererziehung, Haushalt, Pflege v. Familienmitgliedern etc.) bisher wenig stattgefunden. Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit kann als ein Versuch von Frauen gesehen werden, ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten und Mehrfachbelastungen zu bewältigen.

In den Lebensgeschichten vieler medikamentenabhängiger Frauen finden sich aber auch traumatische Erlebnisse von (sexualisierter) Gewalt. Für sie bedeutet Medikamentenkonsum das Bemühen, einen erträglichen Umgang mit belastenden Erfahrungen zu finden.

Risikogruppe ältere und alte Menschen

Mit zunehmendem Alter steigt der problematische Gebrauch von Medikamenten - statistisch gesehen - kontinuierlich an. Besonders trifft dies auch auf Bewohner/innen von Alten- und Pflegeheimen zu.[5] Die Gründe hierfür sind vielfältig. Es gibt allerdings auch Hinweise darauf, dass Medikamente zur „Ruhigstellung“ von Patienten/innen eingesetzt werden.

Auch selbstständig lebende ältere Menschen unterliegen zahlreichen Risikofaktoren, die die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit begünstigen. Dazu zählen beispielsweise Einsamkeit nach Partnerverlust bzw. Belastungen durch die Pflege des Partners. Einschränkungen sozialer Beziehungen und Aktivitäten durch Multimorbidität, Schlaflosigkeit und chronische Schmerzen sowie langwierige medikamentöse Behandlungen.

Bildquelle: www.caritas-westerwald-rhein-lahn.de

Ärztinnen und Ärzte sind hier besonders gefragt, zumal mit zunehmendem Alter und dem sich wandelndem Stoffwechsel geringere Dosen verordnet werden sollten.

Risikogruppe Menschen mit Migrationshintergrund

Studien belegen, dass sprachliche Barrieren und Missverständnisse im Bereich der interkulturellen Kommunikation Ursachen vielfältiger Probleme sind. Sie reichen von vermehrten oft aufwändigen Untersuchungen über eine erhöhte Einnahme von Medikamenten und längeren Behandlungszeiten als beim Durchschnittspatienten bis zu Fehldiagnosen.[6] Darüber hinaus gibt es weitere Risikofaktoren, die einen problematischen Medikamentenkonsum bei Menschen mit Migrationshintergrund befördern. Insbesondere junge Männer mit muslimischem Kulturhintergrund sind dabei ins Blickfeld geraten, da

[5] Quelle: Hrsg: Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit Drogen- und Suchtbericht Berlin 2008 S.69

[6] Quelle: Klinikum Nürnberg, Klinikzeitung, Jahrgang 2009, Ausgabe 4: „Migranten als Patienten - Missverständnisse, Überversorgung und Unzufriedenheit“

diese Gruppe beim missbräuchlichen Konsum des Opioids Tilidin überdurchschnittlich stark vertreten ist.[7]

Medikamente mit Suchtpotenzial

Die Palette der Medikamente, die ein Suchtpotenzial besitzen, ist sehr groß. Im Folgenden werden die wichtigsten Substanzgruppen benannt und kurz beschrieben.

Bildquelle: www.diepresse.com

Schlaf- und Beruhigungsmittel

Zwischen Schlafmitteln (Hypnotika) und Beruhigungsmitteln (Sedativa) besteht heutzutage oft nur ein quantitativer Unterschied. Dies liegt daran, dass die besonders gefährlichen barbiturathaltigen Schlafmittel heute kaum noch Verwendung finden. So sind es überwiegend Benzodiazepine, die in kleinerer Dosis eine beruhigende und in höherer eine schlaffördernde Wirkung erzielen. Typische Behandlungsanlässe für Beruhigungsmittel sind chronische Spannungs-, Erregungs- oder Angstzustände. Bei andauerndem Gebrauch von Benzodiazepinen stellen sich Langzeitfolgen, wie allgemeine körperliche und seelische Verlangsamung, Bewegungsunsicherheit, vermindertes Reaktionsvermögen oder Gleichgültigkeit ein. Regelmäßige Einnahme kann zu Toleranzentwicklung und Abhängigkeit führen. Im Jahr 2007 wurden in Deutschland ca. 29,5 Millionen Packungen Schlaf- und Beruhigungsmittel verkauft. Allein von den Tranquilizern Diazepam-ratiopharm und Tavor, die ein vergleichsweise hohes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial aufweisen, wurden 2,7 Millionen Packungen verkauft.

Rang	Name	Wirkstoff(e)	Packg. in (Mio.)	Missbrauchs-/Abhängigkeits-potenzial
1	Diazepam-ratiopharm	Diazepam	1,51	+++
2	Tavor	Lorazepam	1,19	+++
3	Bromazanil-Hexal	Bromazepam	0,84	+++
4	Oxazepam-ratio-pharm	Oxzepam	0,76	+++
5	Adumbran	Oxazepam	0,71	+++
6	Lorazepam-neurax	Lorazepam	0,49	+++
7	Normoc	Bromazepam	0,32	+++
8	Lexotanil 6	Bromazepam	0,30	+++
9	Lorazepam ratio	Lorazepam	0,30	+++
10	Faustan	Diazepam	0,28	+++
11	Oxazepam AL	Oxazepam	0,25	+++
12	Tranxilium	Dikaliumclorazepat	0,25	+++
13	Tafil	Alprazolam	0,22	+++
14	Durazanil	Bromazepam	0,21	+++
15	Lorazepam Dura	Lorazepam	0,18	+++

Quelle. Gerd Glaeske in Jahrbuch Sucht 2009

Schmerzmittel (Analgetika)

Schmerzmittel lassen sich grob nach ihrem Wirkort unterscheiden. Die leichteren verhindern den Schmerz am Entstehungsort im äußeren Nervensystem, wohingegen starke Schmerzmittel zentral wirken, das heißt die Weiterleitung von Schmerzimpulsen im zentralen Nervensystem (Rückenmark und Gehirn) unterdrücken. Hierzu zählen Opiate sowie opiatähnliche bzw. opioide Analgetika, die (bis auf Tilidin, das lediglich der einfachen Rezeptpflicht unterliegt) unter das Betäubungsmittelgesetz

[7] Vgl. „Informationen zum Thema Tilidin“, Fachstelle für Suchtprävention, 2008

fallen. Dass Opiate und Opioide insbesondere bei missbräuchlicher Anwendung über ein hohes Suchtpotenzial verfügen, ist hinlänglich bekannt.

Aber auch der permanente Konsum leichterer Schmerzmittel kann neben der Schädigung der Gesundheit zur seelischen und/oder körperlichen Abhängigkeit führen. Da diese Medikamente zu einem großen Teil frei verkäuflich sind, sind sie bevorzugte Mittel der Selbstmedikation. Regelmäßig zur Bekämpfung von Kopfschmerzen eingenommen, können sie selbst neue Kopfschmerzen verursachen gegen die erneut Medikamente eingenommen werden. Auf diese Weise entsteht ein gefährlicher Teufelskreis. Besonders häufig ist dieser sogenannte Medikamentenkopfschmerz auf Kombinationspräparate, vor allem auf koffeinhaltige Analgetika zurückzuführen.

Anregungs- und Aufputschmittel (Stimulanzien)

Amphetamine und Ephedrin sind wohl die bekanntesten Stimulanzien. Die Mittel wirken anregend und antriebsstimulierend. Erschöpfungszustände sollen überwunden werden. Bei langandauernder Einnahme lässt die Wirkung der Stimulanzien nach. Dies kann zu einer weiteren Dosissteigerung führen. Gewichtsverlust, Konzentrationsschwäche, Schlafstörungen oder psychotische Reaktionen können weitere Folgen des missbräuchlichen Konsums von Anregungs- und Aufputschmitteln sein. Das Abhängigkeitspotenzial von Stimulanzien ist als hoch einzuschätzen.

Aber auch freiverkäufliche und scheinbar harmlose Koffeintabletten sollten nicht unterschätzt werden. Jugendliche nutzen sie z. B. um besser durchhalten zu können oder auch, um im Zuge einer Diät Hungergefühle zu unterdrücken. So lernen junge Menschen früh, ihre natürlichen Bedürfnisse nach Schlaf oder Nahrung zu unterdrücken und Körperfunktionen künstlich zu stimulieren.

Bildquelle: www.wikipedia.de

Ritalin®

Besondere Beachtung in der Öffentlichkeit hat der Einsatz von Methylphenidat (bekannt unter dem Produktnamen Ritalin®) zur Behandlung von Kindern, bei denen eine Aufmerksamkeitsdefizit- und/ oder Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert wurde, erlangt. Bei diesen Störungsbildern wird davon ausgegangen, dass fehlendes Dopamin im Gehirn die Informationsübertragung zwischen den Nervenzellen behindert, was durch Ritalin® ausgeglichen werden soll. Das Suchtrisiko wird bei richtiger Dosierung und Anwendung als gering eingeschätzt. Die Zahl der Diagnosen von ADHS (Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität) und entsprechend die Verordnungen von Ritalin® sind im letzten

Jahrzehnt erheblich angestiegen, wobei Jungen deutlich häufiger betroffen sind als Mädchen. Laut Statistik der Gmünder Ersatzkasse liegen ADHS-Medikamente in der Altersgruppe der 11- bis 14-Jährigen heute an der Spitze der Verschreibungen. Nach der Statistik des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte ist die Verordnung von Ritalin® zwischen 1993 und 2006 um das 36fache gestiegen. Und in den Jahren 2006 bis 2008 ist eine weitere Steigerung der Verordnungen von 12% zu vermerken. Die Hälfte der Medikamente wurde von Kinderärzten verschrieben.

Die Diagnose und Behandlung von ADHS wird auch unter Experten heftig diskutiert. Tatsache ist, dass noch Forschungslücken in diesem Themenbereich zu schließen sind. Es bedarf vor allem fundierter Ergebnisse aus Langzeitstudien. Wie bei allen vorgestellten Medikamentengruppen gilt es, auf eine sorgsame und zeitlich begrenzte Dosierung zu achten. Der Einsatz von Ritalin® sollte nur nach einer gesicherten Diagnose eines Kinderpsychiaters und nicht ohne begleitende therapeutische Maßnahmen erfolgen.

Ritalin® wird darüber hinaus auch missbräuchlich konsumiert, um die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit z. B. beim Lernen zu steigern, nächtelang durcharbeiten oder durchfeiern zu können. Methylphenidat kann dann zu psychischer und körperlicher Abhängigkeit führen.

Vielfältige Zielgruppen der Prävention: *jede und jeder Einzelne*

Die große Herausforderung für die Prävention ist die Sensibilisierung der Allgemeinheit für die mit Medikamentenkonsum verbundenen Risiken, da Medikamente mit Suchtpotenzial quer durch die Bevölkerung eine Rolle spielen.

Auch prägt der Umgang von Erwachsenen mit Medikamenten das Verhalten der Kinder. Wenn diese früh lernen, dass es gegen jede Form des Unwohlseins ein passendes Mittel gibt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie auch später vorschnell zu Medikamenten greifen anstatt nach den Ursachen zu suchen. Es ist wichtig, dass Eltern aber auch Pädagoginnen und Pädagogen Symptome bei Kindern und Jugendlichen als solche wahr- und ernst nehmen. Sind die Kopfschmerzen vielleicht Folge von z. B. stundenlangem Computerspiel, lauter Musik oder vielleicht von Stress und Überlastung? Alternative Angebote zum Medikamentenkonsum wie z. B. Entspannungsübungen oder Bewegung anstatt Schmerz- oder Beruhigungsmittel sollten selbstverständlich sein. Solche Maßnahmen sind nicht nur nachhaltiger, sondern fördern die Gesundheit und eine kritische Auseinandersetzung mit dem Konsum von Medikamenten.

Hinsichtlich des Medikamentenmissbrauchs auf der Ebene des Breiten- und Freizeitsports müssen ebenfalls verschiedenste Ebenen betrachtet werden. Verbandsfunktionäre, Trainer/innen, Be-

treuer/innen, Lehrer/innen und Eltern sind gefordert, gerade Kindern und Jugendlichen Wertvorstellungen zu vermitteln, die sportliche Fairness und die Achtung der eigenen Gesundheit in den Mittelpunkt stellen.

Bildquelle: www.pixelio.de

Im Training, im Sportunterricht und auch in Fitnessstudios sollte auf das Thema Medikamentenmissbrauch hingewiesen und gesunde Wege der Leistungssteigerung (wie z. B. Trainingsintensität, Regenerationsphasen und gesunde Ernährung) sollten aufgezeigt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, ist Aufklärung genauso wichtig wie die Sensibilisierung der genannten Schlüsselpersonen.

Ohne Aufklärung kein Problembewusstsein

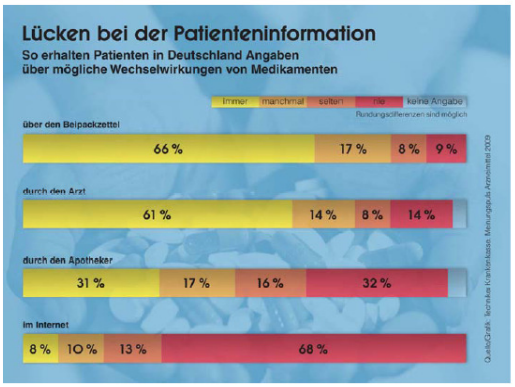
Die Tatsache, dass Medikamente in der Regel bei Beschwerden eingenommen werden und meist sogar ärztlich verordnet wurden, erschwert die Entwicklung eines Problembewusstseins hinsichtlich einer möglichen Abhängigkeit bei den Konsument/innen.

Medikamente werden gegen Symptome wie Schlaflosigkeit oder Spannungskopfschmerz eingenommen, ohne dass ein Zusammenhang mit den zugrunde liegenden psychischen Befindlichkeiten, z. B. ärgerlich oder gekränkt zu sein, wahrgenommen wird. Psychosomatische Zusammenhänge bleiben unerkannt.

Hinzu kommt, dass beim Absetzen der Medikamente auftretende Entzugserscheinungen als erneutes Auftreten der Ausgangsbeschwerden gedeutet werden. So wird Medikamentenabhängigkeit häufig erst in einem späten Stadium der Erkrankung erkannt, denn der Übergang vom Gebrauch zum Missbrauch und zur Abhängigkeit ist fließend und das Ursachengefüge für eine Medikamentenabhängigkeit sehr komplex. Darüber hinaus handelt es sich um eine unauffällige, oft kaum wahrnehmbare Abhängigkeit, die deshalb auch die „stille Sucht“ genannt wird.

Apotheker/innen

Die Techniker Krankenkasse wies in diesem Jahr auf die Lücken der Patienteninformation über die Wechselwirkungen von Medikamenten hin.



Im Internet sind viele Informationen über Medikamente zu finden. Aussagen über mögliche Suchtpotenziale fehlen jedoch. Auch Apo-

theker/innen fragen diesbezüglich noch zu wenig nach und informieren zu wenig. Im Bereich der Selbstmedikation sind die Apotheker/innen die wichtigste Aufklärungs- und Schutzinstanz. Deutlich wird dies insbesondere in Bezug auf Schmerzmittel, von denen ca. 80% ohne Rezept abgegeben werden.[8] Ebenso sollten verschreibungspflichtige Medikamente von Apotheken nicht kommentarlos abgegeben werden.

Wie bedeutsam die Rolle der Apotheker sein kann, zeigt ein Modellprojekt aus Baden Württemberg. Der Fachapotheker Dr. Ernst Pallenbach begründete folgendes Projekt zum ambulanten Benzodiazepinentzug: Kundinnen bzw. Kunden, die regelmäßig über längere Zeiträume Benzodiazepine einnehmen, werden vom Apotheker (mit der Technik der motivierenden Gesprächsführung und nach Rücksprache und in Zusammenarbeit mit den Hausärzten) darauf angesprochen. Innerhalb von zwei Jahren konnten auf diese Weise von 38 Patienten 21 entwöhnt werden. Weitere 7 reduzierten ihren Konsum.[9]

Ärztinnen und Ärzte

Leider wird durch Mediziner/innen auch nicht immer ausreichend aufgeklärt. Die Bundesärztekammer hat in einem Leitfaden für die ärztliche Praxis wichtige Richtlinien für die Arbeit der Ärzte herausgegeben. Bei Verschreibungen sollten Ärzte die vier „K's" beachten.

- Klare Indikation, keine Verschreibung an Patienten mit Abhängigkeitsdiagnose, Aufklärung der Patienten/innen
- Korrekte Dosierung, kleine Packungsgrößen, indikationsadäquate Dosierung
- Kurze Anwendung, Therapiedauer besprechen, kurzfristige Wiedereinbestellung, Überprüfung der Weiterbehandlung
- Kein abruptes Absetzen, ausschleichend abdosieren

Es gibt viele Möglichkeiten für Ärzte, eine mögliche Medikamentenabhängigkeit bei Patienten zu erkennen oder diese zu verhindern. Hier bedarf es neben dem Wissen über Suchtpotenziale verschiedener Wirkstoffgruppen einer hohen Aufmerksamkeit bei den Patientengesprächen. Für Ärzte gilt auch, das eigene Verschreibungsverhalten immer wieder zu hinterfragen.

Typische Anzeichen von Medikamentenabhängigkeit:

- Einnahmen sind weder krankheits- noch situationsbezogen
- Konsum, um bestimmte Gefühle zu betäuben oder herbeizuführen oder Einnahme vor Auftreten der Beschwerden
- Verheimlichung, Bagatellisierung des Konsums – Sorge, dass der Arzt kein Rezept mehr ausstellt
- Aufsuchen verschiedener Arztpraxen, um die Medikamente verschrieben zu bekommen, sowie verschiedener Apo-

[8] DHS Jahrbuch 2009
[9] Quelle: Symposium der Bundesärztekammer, Juni 2008, Vortrag Herr Pallenbach

theken zum Einlösen der Rezepte bzw. zum Kauf der Medikamente

- Nachlassende Wirkung bei gleichbleibend hoher Dosierung bzw. Notwendigkeit der Dosiserhöhung, um die gewünschte Wirkung zu erzielen (Toleranzentwicklung)
- Entzugssymptome beim Absetzen des Medikaments, z. B. Zittern, Schwitzen, Herzrasen, Unruhe, Angstzustände, depressive Verstimmungen, Halluzinationen, Krämpfe etc.

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Konsummuster und -verläufe sowie dem häufigen Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen ist eine Medikamentenabhängigkeit schwer festzustellen. Dies gilt ganz besonders für die Niedrigdosisabhängigkeit, die eine zeitlich lang anhaltende, aber immer gleichbleibende niedrige Dosierung aufweist.

Beratungs- und Hilfeangebote

Jeder Bezirk in Berlin hält mindestens eine Alkohol- und Medikamentenberatungsstelle vor, in der sich Betroffene aber auch Angehörige und andere Bezugspersonen kostenlos beraten lassen können. Beratungsstellen bieten auch Unterstützung zur diagnostischen Abklärung einer Abhängigkeit. Eine Übersicht mit allen Kontaktdaten ist in der Fachstelle für Suchtprävention erhältlich und kann auf der Webseite http://www.berlin-suchtpraevention.de unter der Rubrik *Informationen und Hilfe* heruntergeladen werden. Adressen und Telefonnummern der Beratungsstellen sind auch in der Broschüre „Sucht, Drogen – Rat und Hilfe“ zu finden. Diese steht im Internet unter http://www.landesstelle-berlin.de als pdf-Datei zum download bereit. Darüber hinaus hat Berlin auch frauenspezifische Beratungsstellen. Die Beratungs- und Behandlungsstelle FAM der La Vida gGmbH, www.la-vida-berlin.de, Mitherausgeberin dieses Informationsblattes, hat Medikamentenabhängigkeit als einen ihrer Arbeitsschwerpunkte und setzt sich offensiv für die öffentliche Aufklärung ein.

Information zu Wirkungen und Risiken von Medikamenten bietet die unabhängige Arzneimittelberatung des Instituts für klinische Pharmakologie Dresden Mo - Fr 8.30 – 16.00 Uhr, Tel.: 0351 - 458 50 49, Email: arzneimittelberatungsdienst@mailbox.tu-dresden.de

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) bietet

- Mo – Fr 10.00 – 18.00 Uhr ein kostenfreies bundesweites Beratungstelefon unter der Nummer 0800 - 0 11 77 22
- Online-Beratung über ihre Website www.upd.de
- sowie ein bundesweites Netz an Beratungsstellen, eine auch in Berlin, in der Rubensstraße 84 in 12157 Berlin-Schöneberg. Tel.: 030 - 80 10 78 25 und 85 62 95 86.

Darüber hinaus gibt es in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin eine Patientenbeauftragte als Ansprechpartnerin, erreichbar unter Tel.: 030 – 9025 2010.