

**Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen (sozial benachteiligte Frauen und ältere Menschen) durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit: Bewertung anhand aktueller Forschungsergebnisse und Beispielen aus der Praxis**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Karin Mohn  
unter Mitarbeit von Cornelia Plenter

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

---

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (2006):  
Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen (sozial benachteiligte Frauen und ältere Menschen) durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit: Bewertung anhand aktueller Forschungsergebnisse und Beispielen aus der Praxis.  
Dipl.-Psych. Karin Mohn, unter Mitarbeit von Dipl.-Pflegerwiss. Cornelia Plenter.  
Hamm 2006, überarbeitete Auflage Januar 2007.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

---

---

## Inhalt

<b>Kurzfassung</b> .....	7
<b>1 Einleitung</b> .....	11
<b>2 Medikamente: Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit</b> .....	12
2.1 Verordnung und Gebrauch .....	15
2.2 Zusammenhang mit Geschlecht und Alter .....	19
2.3 Problematischer Gebrauch, Missbrauch & Abhängigkeit.....	20
2.4 Belastungen, Erkrankungen und Medikamentengebrauch .....	24
2.4.1 Belastungsfaktoren und Medikamentengebrauch .....	24
2.4.2 Häufigkeit und Versorgung assoziierter Beschwerden und Erkrankungen .....	27
2.4.3 Komorbidität bei Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit .....	35
<b>3 Handlungsansätze in der Gesundheitsversorgung</b> .....	39
3.1 Gesundheitsinformation für Patienten/-innen.....	41
3.2 Medikamente in der (Sucht-)Prävention .....	45
3.3 Niedergelassene Ärzte/-innen.....	47
3.4 Apotheken .....	52
3.5 Allgemeinkrankenhäuser .....	53
3.6 Psychosomatische Kliniken .....	54
3.7 Suchtberatung, -behandlung und -selbsthilfe .....	54
3.7.1 Ambulante Suchtberatung und -behandlung .....	54
3.7.2 Stationäre Suchtbehandlung .....	57
3.7.3 (Sucht-)Selbsthilfe .....	57
3.8 Vernetzung professioneller Arbeitsfelder .....	58
3.9 Zusammenfassung .....	60

---

<b>4</b>	<b>Sozial benachteiligte Frauen</b> .....	61
<b>4.1</b>	<b>Soziale Ungleichheit und Gesundheit</b> .....	61
4.1.1	Gesundheitliche Lage .....	61
4.1.2	Psychische Erkrankungen .....	63
<b>4.2</b>	<b>Soziale Lage und Medikamentengebrauch</b> .....	64
<b>4.3</b>	<b>Handlungsansätze für sozial benachteiligte Frauen</b> .....	67
4.3.1	Medizinische Versorgung .....	68
4.3.2	Gesundheitsinformationen .....	69
4.3.3	Gesundheitsförderung .....	70
<b>4.4</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	74
<b>5</b>	<b>Ältere Menschen</b> .....	75
<b>5.1</b>	<b>Leben und Gesundheit älterer Menschen</b> .....	76
<b>5.2</b>	<b>Gebrauch von Psychopharmaka im Alter</b> .....	81
<b>5.3</b>	<b>Handlungsansätze für ältere Menschen</b> .....	87
5.3.1	Gesundheitsinformationen für ältere Menschen .....	88
5.3.2	Aufsuchende Gesundheitsförderung .....	89
5.3.3	Förderung sachgerechter Benzodiazepinverordnungen .....	89
5.3.4	Elektronische Arzneimittelinformationsmedien .....	91
5.3.5	Hausapotheken und Gesundheitskarten .....	92
5.3.6	Psychische Erkrankungen .....	92
5.3.7	Medikamentöse Behandlung in Altenheimen .....	93
5.3.8	Pflegerische und institutionelle Bedingungen in der stationären Versorgung .....	95
5.3.9	Medikamentenabhängigkeit im Alter .....	97
<b>5.4</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	100

---

---

<b>6</b>	<b>Praxishilfen, Öffentlichkeits- und Informationsmaterialien</b>	101
6.1	<b>Praxishilfen</b>	101
6.1.1	Niedergelassene Ärzte/-innen	101
6.1.2	Apotheken	103
6.1.3	Suchtprävention	103
6.1.4	Ambulante (Sucht-)Beratung und Behandlung	104
6.1.5	Suchtselbsthilfe	105
6.1.6	Ehrenamtlich und professionell für alte Menschen Tätige	105
6.1.7	Entwicklungsbedarf	106
6.2	<b>Öffentlichkeits- und Informationsmaterialien</b>	107
6.2.1	Sachgerechte Anwendung von Arzneimitteln	108
6.2.2	Information zu Beschwerden und Belastungen	109
6.2.3	Informationen zu Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial	117
6.2.4	Informationen über Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten	118
6.2.5	Vergriffene und nicht mehr aufgelegte Broschüren	120
6.2.6	Beispiele aus dem Ausland	121
6.2.7	Bewertung und Entwicklungsbedarf	122
<b>7</b>	<b>Fazit</b>	127
<b>8</b>	<b>Literatur</b>	129

---



## Kurzfassung

Medikamentenabhängigkeit ist in Deutschland mit 1,4 Millionen ähnlich häufig wie die Abhängigkeit von Alkohol. Besonders häufig sind Frauen und ältere Menschen betroffen. Nach den vorliegenden Erkenntnissen werden Medikamentenabhängige aber insbesondere durch die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe kaum erreicht und es ist weitgehend ungewiss, ob und wenn ja wo Medikamentenabhängige Hilfe finden können. Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Bericht Defizite und Möglichkeiten der Erreichbarkeit von Personen mit Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit unter besonderer Berücksichtigung der als Risikogruppen einzuordnenden sozial benachteiligten Frauen und Menschen höheren oder hohen Alters. Ausgehend von ihrer Verbreitung in der Bevölkerung konzentriert sich diese Untersuchung insbesondere auf rezeptfreie und rezeptpflichtige Schmerzmittel sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine als den wichtigsten Arzneimittelgruppen mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial.

Obwohl der Schmerzmittelgebrauch insgesamt in den vergangenen Jahren relativ konstant blieb und die Verordnungen und der Gebrauch von Benzodiazepinen zugunsten weniger riskanter Arzneimittelgruppen in den letzten Jahren deutlich zurückgingen, sind problematische Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit Medikamenten verstärkt festzustellen. Frauen und ältere Menschen bekommen mehr problematische Medikamente verordnet und gebrauchen diese auch häufiger. Ein Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und gesundheitlicher Lage von Frauen sowie dem Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten kann aus den vorliegenden Daten geschlossen werden, ist aber im Vergleich zu anderen Bereichen der Suchtforschung noch vergleichsweise schwach belegt. Weitere eingehende Untersuchungen zu diesem Themenfeld wären empfehlenswert. Für zukünftige epidemiologische Untersuchungen oder auch Sonderauswertungen vorhandener Datensätze ist eine konsequente Differenzierung der rezeptfreien und rezeptpflichtigen Schmerzmittelarten, ein Einbezug von Variablen zur Schichtzugehörigkeit und der hohen Altersgruppen wünschenswert. Erkrankungsbezogene Variablen sollten verstärkt in die Auswertung Eingang finden, um einen hohen oder häufigen Gebrauch von Schmerz- und Beruhigungsmitteln zumindest ansatzweise in einen Behandlungskontext einordnen zu können.

Die Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen, Schlafstörungen und Schmerzerkrankungen sowie die Versorgungsstruktur dieser Erkrankungen weist bislang Defizite auf, die den problematischen Konsum von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln ganz im Sinne der langjährigen Kritik zahlreicher Autoren/-innen als Fehlbehandlung sowie als Kompensation fehlender Hilfeangebote erscheinen lassen. Aktuell steigende Behandlungsraten entsprechender Störungen lassen bis zu einem gewissen Maß hoffen, dass diese auch einen positiven Einfluss auf die Häufigkeit von Medikamentenproblemen haben könnten. Hierfür muss die Versorgung auch qualitativ weiterentwickelt werden.

Zwischen psychischen und psychosomatischen Störungen einerseits und Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit andererseits besteht ein Zusammenhang, der sich über

---

erhöhte Prävalenzen in entsprechenden klinischen Stichproben erschließt. Anders als bei alkoholbezogenen Störungen ist davon auszugehen, dass psychische Störungen dem Medikamentenmissbrauch häufiger vorausgehen als sich in der Folge des Substanzmissbrauchs zu entwickeln. Als Bedingungsfaktoren von Befindensstörungen, Beschwerden und Erkrankungen wurden bereits in den vergangenen Jahren die Bewältigung von frauentypischen Belastungen durch Gefühlsarbeit in Erwerbsarbeit, Familie und Partnerschaft erkannt. Die Balance zwischen Belastungen und Bewältigungsressourcen in Form psychosozialer Kompetenzen, Bildung und Erwerbsbedingungen prägen die Entwicklung von Beschwerden und erhöhtem Medikamentengebrauch als Durchhaltestrategie entscheidend mit.

Die Frage der Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Frauen mit Medikamentenproblemen stellt sich als Potenzierung der Defizite in der Gesundheitsversorgung von Frauen und alten Menschen, der Versorgung von Medikamentenabhängigen und der Gesundheitsversorgung von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen dar. Ärzten/-innen und Apothekern/-innen kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Verantwortung zu, weil diese den Zugang zu den rezeptpflichtigen oder rezeptfreien, apothekenpflichtigen Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial kontrollieren. Die qualitative Weiterentwicklung der Arzneimitteltherapie und der Versorgung von psychischen Beschwerden und Erkrankungen sowie von Beratungs- und Behandlungsangeboten für Menschen mit Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit sind notwendige Voraussetzungen zur Verbesserung der Situation. Dabei besteht die Notwendigkeit der stärkeren Integration psychosomatischer Sichtweisen in der Suchtkrankenhilfe sowie umgekehrt eine stärkere Sensibilisierung für riskanten Substanzkonsum in der Gesundheitsversorgung und -förderung. Der Bericht zeigt eine Vielzahl von Ansätzen auf, die vermutlich nicht als Einzelmaßnahmen, sondern nur in der Summe ihre Wirkung entfalten können.

Der Stärkung von Gesundheitskompetenzen und Selbstbestimmung von Patienten/-innen im Gesundheitssystem kommt auch in Bezug auf den angemessenen Gebrauch von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial eine wichtige Rolle zu. Ein darüber hinausreichender Zugang zu sozial benachteiligten Frauen mit Medikamentenproblemen erschließt sich insbesondere über lebensweltbezogene Konzepte, die Gebrauch, Fehlgebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten in einen individuellen und soziokulturellen Zusammenhang einordnen können.

Auch zur Erreichbarkeit von älteren Menschen mit Medikamentenproblemen sind noch deutliche Defizite festzustellen. Die besonderen Lebenslagen älterer Menschen, die Zunahme von unterschiedlichen Erkrankungen im Alter, die Entwicklungsbedarfe von allgemeiner Arzneimittelversorgung, Psychopharmaka-Verordnungen sowie speziell der Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial an alte Menschen, strukturelle Mängel der stationären Altenhilfe sowie der Qualifizierungs- und Forschungsbedarf in all diesen Bereichen ergeben ein Bild komplexer Zusammenhänge mit zahlreichen „Wechsel- und Nebenwirkungen“. Die bestehenden und im Bericht geschilderten Ansätze bedürfen der Weiterentwicklung und vor allem der breiteren Umsetzung in der Praxis.

---

Praxishilfen zum Thema Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit sind für verschiedene relevante Arbeitsfelder bisher kaum verfügbar, befinden sich aber teilweise in Vorbereitung. Die aktuelle Diskussion über evidenzbasierte Medizin, Leitlinien der Versorgung und Behandlung sowie über Implementierungskonzepte dürfte den Entwicklungsprozess in diesem Bereich in den nächsten Jahren befördern. Für die Beratung und Behandlung im psychosozialen und Suchtbereich sowie für Gesundheitsförderung, (Sucht-)Prävention und die soziale Arbeit sowie für die Pflegeberufe besteht ein deutlicher Entwicklungsbedarf.

Informationsmaterialien und Broschüren über Medikamente mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial, ihre sachgerechte Anwendung bei Beschwerden und Erkrankungen sowie über Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit für die breite Bevölkerung sind in der Regel mit begrenzten Auflagen bereits verfügbar. Ein Vergleich mit der augenscheinlichen Anzahl und Vielgestaltigkeit von entsprechenden Informationen unterschiedlicher Anbieter über Alkohol verdeutlicht allerdings, dass das Thema ‚Medikamente‘ in der Öffentlichkeitsarbeit deutlich unterrepräsentiert ist. Hier spiegelt sich letztlich die Situation der Forschung und Fachpresse der beteiligten Fachdisziplinen wider. Auch hier ist ‚Medikamentenabhängigkeit‘ im Vergleich zu ‚Alkohol und Drogen‘ nach wie vor unterrepräsentiert.

Für die Erreichbarkeit spezieller Zielgruppen, in diesem Fall sozial benachteiligter Frauen und älterer Menschen, stellt sich zum einen die Frage nach der Gestaltung, die nicht nur die relevanten Informationen transportieren, sondern auch einen Bezug zu den konkreten Beschwerden und zur individuellen Lebenssituation aufweisen muss. Zur Sensibilisierung sind darüber hinaus Öffentlichkeitsstrategien erforderlich, die vor allem Medien nutzen muss, welche von den Zielgruppen vorwiegend zur Gesundheitsinformation genutzt werden. Konkrete Angebote der Hilfe und Unterstützung zur Verhaltensänderung mit Lebensraumbezug müssen entsprechende Kampagnen begleiten.

---



## 1 Einleitung

Die Häufigkeit von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit wird in Deutschland ähnlich hoch eingeschätzt wie die der Abhängigkeit von Alkohol. Besonders häufig betroffen sind allem Anschein nach Frauen und ältere Menschen. Insgesamt hat das Thema in den vergangenen Jahren wesentlich weniger Aufmerksamkeit erhalten als die Abhängigkeiten von Alkohol und illegalen Drogen. Die vorliegenden Erkenntnisse über problematischen Medikamentengebrauch sind bisher vergleichsweise lückenhaft und beruhen oft auf Schätzungen und praktischen Erfahrungen aus unterschiedlichen professionellen Arbeitsfeldern.

Selbst in der professionellen Suchtkrankenhilfe spielt die Behandlung von Medikamentenabhängigen bisher eine untergeordnete Rolle. Bei der Bewilligung ambulanter und stationärer Entwöhnungsbehandlungen liegen diese jeweils bei unter 1% der Gesamtbewilligungen, bezogen nur auf die Frauen liegt der Anteil bei 1,14% der ambulanten Entwöhnungen und 2,44% der stationären Entwöhnungen (Leune 2001). Bereits Anfang der neunziger Jahre wurde darauf hingewiesen, dass Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe vor allem junge Hochdosisabhängige sowie solche mit Mischkonsum (mit Alkohol oder illegalen Drogen) behandeln. Für die darüber hinaus verbleibende Gruppe der Medikamentenabhängigen wurde angenommen, dass diese häufiger in psychosomatischen Kliniken oder Allgemeinkrankenhäusern versorgt werden (Ellinger-Weber & Nette 1992). Hierüber liegen allerdings bis heute nur wenige Daten vor (Soyka, Queri, Kufner & Rösner 2005).

Neben dem Ausbau von Hilfeangeboten für Medikamentenabhängige sind Maßnahmen zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs von Medikamenten ein wichtiges Ziel, welches auch im Aktionsplan Drogen und Sucht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2003) aufgenommen wurde.

In dem vorliegenden Bericht soll anhand aktueller Forschungsergebnisse und Beispielen aus der Praxis aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit von Menschen mit Medikamentenmissbrauch bzw. Abhängigkeit, insbesondere der Risikogruppen sozial benachteiligter Frauen und älterer Menschen bestehen, welche Informationsmaterialien und Maßnahmen bisher zur Verfügung stehen und welcher Entwicklungsbedarf in den verschiedenen Bereichen besteht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich durch die ursächliche Verknüpfung des Medikamentengebrauchs mit medizinischen Fragestellungen, Fragen der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung, Fragen der Lebenslagen und Erreichbarkeit alter Menschen und sozial Benachteiligter sowie Fragen der Gesundheitsförderung und Suchtprävention ein komplexer Zusammenhang ergibt. Die Perspektive dieses Berichts ergibt sich in erster Linie aus dem Handlungsfeld der Suchtkrankenhilfe heraus und kann Erkenntnisse und Forschungsaktivitäten, wie sie z. B. durch verschiedene Landes- und Bundesministerien gefördert werden, nicht umfassend darstellen. Eine stärkere Integration der verschiedenen, durch die Thematik berührten Bereiche ist für die Zukunft zu wünschen.

---

## **2     Medikamente: Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit**

Etwa 4-5% aller in Deutschland verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial (Glaeske 2006). Die Risiken und Auswirkungen von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial sind beträchtlich. Mit geschätzten 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen gibt es in Deutschland ähnlich viele Medikamentenabhängige wie Alkoholabhängige.

Während im deutschen Sprachgebrauch meist allgemein von einer Medikamenten- oder Arzneimittelabhängigkeit gesprochen wird, beziehen sich allerdings diese Begriffe auf chemisch unterschiedliche Stoffe. Die verschiedenen Arzneimittelgruppen unterscheiden sich durch Indikationen, erwünschte und unerwünschte Wirkungen, das jeweilige Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial und die spezifischen Entzugserscheinungen. Tatsächlich werden also Abhängigkeiten von den unterschiedlichen Substanzen subsumiert, die in ihrer jeweiligen Wirkweise unterschiedlich in ein Krankheits- oder Suchtgeschehen eingebettet sein können. Zusätzlich treten nicht selten im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung verschiedene Formen des Mischkonsums oder wechselnden Konsums von unterschiedlichen Arzneien und / oder Alkohol auf. In diesem Zusammenhang erscheint die Wahl des Begriffs der „Arzneimittelsuchten“ angemessen (Poser & Poser 1996). Bestätigt wird dies durch Erfahrungen aus der Beratung von Frauen mit Medikamentenproblemen, denen zufolge Medikamentenabhängige keine homogene Gruppe darstellen und daher unterschiedliche Hilfeangebote benötigen (z. B. Latta 1994; Meyer 1998; Jeuck 1999).

Üblicherweise werden neun psychotrope Substanzklassen unterschieden, die in Bezug auf substanzbezogene Störungen relevant sind. Hiervon sind im Zusammenhang mit Medikamentenabhängigkeit vier hauptsächlich relevant: Opioide, Sedativa/Hypnotika, Stimulanzien und Halluzinogene (vgl. Elsesser & Satory 2001). Diese finden sich in den Arzneimittelgruppen der stark wirksamen Schmerzmittel und Hustenmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Anregungsmittel und Appetitzügler wieder.

Neben den genannten werden eine Reihe weiterer Medikamente missbräuchlich verwendet. Der Missbrauch entsteht dabei teils im Kontext des Konsums weiterer psychoaktiver Substanzen (z. B. Alkohol, illegale Drogen, Designerdrogen), von Ess-Störungen (Abführmittel, Diuretika), zur Leistungssteigerung im Freizeit- und Leistungssport und vor allem im Bereich der Selbstmedikation bei Beschwerden und Erkrankungen. Eine hervorgehobene Rolle spielen hier die rezeptfreien Schmerzmittel, wobei insbesondere den Kombinationsanalgetika mit Koffein ein besonderes Missbrauchspotenzial zugeschrieben wird. Zurzeit vorliegende Darstellungen zu allen relevanten Arzneimittelgruppen sowie zu Einzelstoffen finden sich z. B. bei Glaeske, Günther & Keller (1998) sowie in einer seit längerem vergriffenen und in Überarbeitung befindlichen Broschüre der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS 1991).

Darüber hinaus taucht im Zusammenhang mit Medikamentenabhängigkeit häufig auch der Begriff ‚Psychopharmaka‘ auf, der oft pauschal mit den psychotropen Medikamenten gleichgesetzt wird. Als Psychopharmaka werden Medikamente bezeichnet, die der Behand-

---

lung psychischer Beschwerden und neurologischer Erkrankungen dienen. Einige dieser Mittel werden auch als Narkosemittel oder zur Behandlung von Symptomen organischer Krankheiten eingesetzt. Laut Bundes-Gesundheitssurvey nahmen im Jahr 1998 etwa 3,8% der Frauen und 1,5% der Männer zwischen 18 und 79 Jahren täglich ein Psychopharmakon ein (Knopf & Melchert 2003). Zu den Psychopharmaka gehören neben den bereits genannten Sedativa, Hypnotika und Stimulanzien auch Neuroleptika, Antidepressiva und die so genannten Phasenprophylaktika. Weitere Medikamente dienen beispielsweise der Behandlung von Epilepsien und von Demenzerkrankungen. Nur ein Teil der Psychopharmaka besitzt also ein substanzbezogenes Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial. Bei Antidepressiva und Neuroleptika wird dieses dagegen als gering eingeschätzt, kommt aber im Zusammenhang mit dem Missbrauch von anderen Substanzen vor (Keup 2001). Hinweise auf eine Verbreitung neuerer Antidepressiva als Lifestylemedikamente (v. a. dass hierzu lande unter dem Handelsnamen erhältliche Fluctin, vgl. Kramer 1995), wie sie derzeit für die USA beschrieben werden, wurden in Deutschland bislang noch nicht festgestellt (Lohse, Lorenzen und Müller-Oerlinghausen 2006). Möglicherweise ist in Deutschland vor dem Hintergrund der aktuellen Bemühungen auf unterschiedlichen Ebenen, die Versorgung depressive Erkrankungen zu verbessern (Bundesministerium für Gesundheit 2006), auch mit einem weiteren Anstieg der Antidepressivaverordnungen zu rechnen – ohne hieraus Aussagen zur jeweiligen Angemessenheit der medikamentösen Behandlung ableiten zu können.

Letztlich werden diese Arzneimittel nach wie vor aus unterschiedlichen Gründen kritisch diskutiert. Zum einen wird angenommen, dass Psychopharmaka zum Dämpfen und symptomatischen Behandeln von Beschwerden eingesetzt werden, ohne deren Ursprung in gesellschaftlichen und psychosozialen Bedingungen zu berücksichtigen oder dass sie als Folge struktureller Versorgungsmängel zum „Ruhigstellen“ alter Menschen in Alten- und Pflegeheimen angewendet werden. Des Weiteren wurden und werden diese Medikamentengruppen vermutlich kompensatorisch anstatt der zunehmend kritisch bewerteten Benzodiazepine verordnet. Dies erscheint im Hinblick auf das Abhängigkeitspotenzial gerechtfertigt. Hierbei muss allerdings Berücksichtigung finden, dass die genannten Psychopharmaka ein jeweils eigenes Profil teils gravierender unerwünschter Arzneimittelwirkungen besitzen (Glaeske 2003), welche allerdings nicht Gegenstand dieses Berichts sind.

Ausgehend von ihrer Verbreitung in der Bevölkerung sind zwei Gruppen von Arzneimitteln mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial von besonderer Bedeutung, auf die sich der vorliegende Bericht konzentrieren wird:

### **Schlaf- und Beruhigungsmittel (Hypnotika, Sedativa, Tranquillantien)**

- Das Abhängigkeitsrisiko von Medikamenten aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine ist seit langem bekannt und unbestritten. Benzodiazepine werden mit über einer Million für die weit überwiegende Zahl der Medikamentenabhängigkeiten verantwortlich gemacht. Zusätzlich gelten etwa genauso viele Konsumenten/-innen als gefährdet (Remien 1994). Neben dem Abhängigkeitsrisiko ist bei einem Langzeitgebrauch dieser
-

Arzneimittel zusätzlich mit einer Reihe weiterer Folgeschäden zu rechnen. Hierzu gehören motorische, kognitive und emotionale Einschränkungen sowie ein gesteigertes Unfallrisiko. Unterschieden werden die Wirkstoffe nach der Zeit, in der die Hälfte der Substanz im Körper abgebaut ist (Halbwertszeit: HWZ). Dies wird durch Umverteilungsprozesse im Körper, aktive Metaboliten (Stoffwechselprodukte der Wirkstoffe) und verschiedene patientenbezogene Variablen beeinflusst. Es gibt kurzwirkende (HWZ 2,5 bis 8 Stunden), mittellang wirkende (HWZ 15 bis 30 Stunden) und langwirkende (HWZ bis zu 250 Stunden) Benzodiazepine. Zur kurzzeitigen Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen werden Mittel mit kurzer und mittellanger Wirkdauer empfohlen. Langwirksame Präparate werden zur Beruhigung und Dämpfung genutzt. Darüber hinaus besteht das Risiko der Kumulation, d. h. der Wirkstoff wird bis zur nächsten Einnahme nicht vollständig abgebaut und sammelt sich im Verlauf der Zeit im Körper an.

Eine Besonderheit bei dieser Wirkstoffgruppe ergibt durch die für Benzodiazepine charakteristische Niedrigdosisabhängigkeit (low-dose-dependency). Im Rahmen des Langzeitgebrauchs bei im Wesentlichen gleich bleibender Dosis können sich eine Toleranzentwicklung mit einhergehendem Wirkungsverlust der gewohnten Einnahmemenge sowie charakteristische Entzugssymptome bei einem Absetzen des Medikaments entwickeln. Das Risiko steigt mit der Dauer der Einnahme. Nach langjährigem Gebrauch entwickelt vermutlich die Hälfte der Dauernutzer eine Abhängigkeit mit Entzugssyndrom (Poser 2002; Poser, Böning, Holzbach & Schmidt 2006; Naja, Pelissolo, Haddad, Baddoura & Baddoura 2000). Liegen keine zusätzlichen Abhängigkeitssymptome vor, wird die Niedrigdosisabhängigkeit durch die gebräuchlichen diagnostischen Kriterien nicht erfasst. Ein Absetzen der Medikamente gelingt oft dennoch nicht, da die auftretenden Entzugserscheinungen als erneutes Auftreten der Ausgangsbeschwerden gedeutet werden und der Konsum wieder aufgenommen wird.

- Den kurzwirksamen, benzodiazepinähnlichen Hypnotika/Sedativa mit den Wirkstoffen Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon wird ein geringeres Missbrauchsrisiko und eine günstigere Nutzen-Risiko-Relation als den Benzodiazepinen zugeschrieben. Ein primärer Missbrauch wurde bisher in Einzelfällen berichtet und ein Missbrauchsrisiko vor allem bei Patientinnen und Patienten mit bekannter Abhängigkeit und psychiatrischen Patienten vermutet (Hajak, Müller, Wittchen, Pittrow & Kirch 2003; Poser et al. 2006). Entsprechend wird vor einer Verordnung an Benzodiazepinabhängige gewarnt (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1999). Derzeit stehen diese Wirkstoffe sozusagen „unter Beobachtung“. Entsprechend wird der Wirkstoff Zolpidem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammen mit den Benzodiazepinen in der Liste der international kontrollierten psychotropen Substanzen geführt (International Narcotics Control Board 2003) und in Fachinformationen entsprechender Präparate auf das Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsrisiko verwiesen.
-

## Schmerzmittel (Analgetika)

- Rezeptpflichtige Schmerzmittel (v. a. Opiode) spielen bei der iatrogenen Entwicklung von Medikamentenabhängigkeiten derzeit eine nachgeordnete Rolle. Aufgrund früherer Erfahrungen mit dem Suchtpotenzial von Schmerzmitteln und den Erfahrungen mit Abhängigen von illegalen Drogen haben Befürchtungen vor Abhängigkeitsentwicklungen in Deutschland jahrelang zur Unterversorgung von Schmerzkranken geführt. Durch die zunehmende Umsetzung der WHO-Leitlinien zur Behandlung von Tumorschmerzen und deren Übertragung auf die Behandlung anderer schwerwiegender chronischer Schmerzerkrankungen, steigt die Verordnung opioider Schmerzmittel kontinuierlich. Inwieweit sich dies auf die Zahl entsprechender Abhängigkeiten auswirken wird, ist noch Gegenstand der Diskussion (Poser et al. 2006, Keup 2004), so dass die konkrete Entwicklung abgewartet werden muss.
- Rezeptpflichtige Migränemittel sowie rezeptfreie Schmerzmitteln, vor allem den Kombinationsanalgetika mit Koffeinzusatz, wird ein erhöhtes Missbrauchsrisiko zugeschrieben (Glaeske 2005). Die Rolle des Koffeins bei der Entwicklung des Missbrauchs ist in der Fachwelt umstritten (Hoc 1998). Allerdings wird bei Patienten mit medikamenteninduziertem Dauerkopfschmerz (Göbel 2004; Haag, Baar, Grottemeyer, Pfaffenrath, Ribbat & Diener 1999) sowie mit Analgetikanephropathie (Elseviers & De Broe 1999) darauf hingewiesen, dass diese Erkrankungen in der Regel auf einen Missbrauch von Kombinationspräparaten mit Koffein zurückzuführen sind und nicht auf den Gebrauch von Monopräparaten.

### 2.1 *Verordnung und Gebrauch*

Angaben zur Verbreitung von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial in Deutschland liegen zum einen aus der Verordnungsstatistik der gesetzlichen Krankenkassen sowie aus epidemiologischen Studien vor. Diese Daten liefern zunächst nur Hinweise zur Exposition, aus denen sich die Häufigkeit von Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch nicht direkt ableiten lässt (Poser 2002). Der jährlich erscheinende Arzneiverordnungsreport wird aus Verordnungsdaten des GKV-Arzneimittelindex des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) erstellt. Erfasst sind hier alle Verordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen, die in öffentlichen Apotheken eingelöst wurden. Der Arzneimittelverbrauch in Krankenhäusern, Verordnungen an Privatversicherte, Privatrezepte für gesetzlich Versicherte sowie Selbstmedikation über freiverkäufliche oder anders beschaffte Medikamente werden in diesen Daten nicht abgebildet. Zudem geben die Daten keinen Aufschluss darüber, wie viele der Medikamente tatsächlich selbst konsumiert werden, als unverbrauchte Reste in den Müll wandern oder an Dritte weitergegeben werden (Nink & Schröder 2006). Im Folgenden werden die wichtigsten Trends zur Verordnung von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln dargestellt.

---

Zu den verordnungstärksten Arzneimittelgruppen im Jahr 2004 gehören an erster Stelle die Analgetika und Antirheumatika mit 69,2 Millionen Verordnungen. Nicht rezeptpflichtige Analgetika sind mittlerweile nur noch als Co-Medikation mit Opioiden verordnungsfähig, weshalb hier ein Umsatzrückgang um 44% gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen ist, der aber teilweise durch eine Zunahme der Verordnungen von Opioidanalgetika ausgeglichen wird (Schwabe 2006).

Benzodiazepinhaltige Medikamente werden im Arzneiverordnungsreport getrennt nach den Indikationsgruppen der Hypnotika/Sedativa und der Tranquillantien dargestellt. Hypnotika werden vorwiegend bei Schlafstörungen verordnet, während Sedativa zur Beruhigung tagsüber eingesetzt werden. Die Abgrenzung dieser Arzneimittel gegenüber den Tranquillantien, welche insbesondere zur kurzfristigen Behandlung von Angstzuständen, zur Sedierung bei schweren somatischen Erkrankungen sowie vor diagnostischen Eingriffen und in der Alkoholentzugsbehandlung genutzt werden, erscheint oft willkürlich und beruht möglicherweise auf Marketingaspekten. Die Verordnungen von Hypnotika/Sedativa sind seit 1992 um fast 70% zurückgegangen. Hiervon sind Benzodiazepine (von 228 Millionen definierten Tagestherapiedosen (DDD) im Jahr 1995 auf 68 Millionen DDD im Jahr 2004) ebenso wie pflanzliche Mittel betroffen, nicht jedoch Arzneimittel mit den Wirkstoffen Zolpidem und Zopiclon, die einen leichten Anstieg verzeichnen (1995: 63 Millionen DDD und 2004: 71 Millionen DDD). Diese Verschiebung hin zu kurzwirksamen Substanzen mit vermutlich geringerem Abhängigkeitspotenzial wird prinzipiell begrüßt (Lohse & Müller-Oerlinghausen 2006).

Die Verordnung von benzodiazepinhaltigen Tranquillantien hat sich im Verlauf der letzten fünfzehn Jahre ungefähr halbiert, ähnlich wie bei den Hypnotika. Dieser Rückgang wurde bis 1997 von einer Zunahme der Verordnungen von niedrig dosierten Neuroleptika begleitet. Ihre Verwendung als Beruhigungsmittel wird kontrovers diskutiert, da Neuroleptika erhebliche Nebenwirkungen haben und auch bei niedrigen Dosierungen Einzelfälle von Bewegungsstörungen (Spätdyskinesien) beobachtet wurden - einer der schwersten und irreversiblen Nebenwirkungen dieser Substanzklasse. Mit zunehmender Aufmerksamkeit für die unerwünschten Wirkungen der Neuroleptika gingen die Verordnungen entsprechender Mittel wieder zurück. Dagegen hat sich die Verschreibung von Antidepressiva seit 1994 mehr als verdoppelt. Dies geht aber vermutlich nicht nur auf ein kompensatorisches Ersetzen von Benzodiazepinen zurück (z. B. bei ängstlich gefärbten, depressiven Störungen und depressiven Schlafstörungen), sondern wahrscheinlich auch auf eine Ausweitung des Indikationsspektrums sowie eine veränderte Diagnostik und damit einhergehend häufigere Behandlung von Depressionen (Lohse, Lorenzen und Müller-Oerlinghausen 2006).

Die geschilderten Trends können als Beleg dafür gelten, dass eine konsequente Aufklärung und Sensibilisierung der Laien- und Fachöffentlichkeit über Medikamentenwirkungen und Therapiealternativen zu Veränderungen des Ordnungsverhaltens führen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die überwiegende Zahl der Ärzte/-innen Benzodiazepine verantwortungsvoll einsetzt, wie auch Ordnungsanalysen belegen. Hier zeigte sich, dass in einer Region mit rund 500 niedergelassenen Ärzten ein Anteil von nur knapp 9% „Benzodi-

---

azepin-Schwerpunktpraxen“ mehr als 45% der gesamten Dosierungen verordnen (Glaeske 2000).

Insgesamt bieten Daten aus Verordnungsstatistiken der gesetzlichen Krankenkassen einen wichtigen Einblick in die Verordnungspraxis und Verbreitung bestimmter Medikamente in der Bevölkerung. Sie können allerdings keine Auskunft über Verschiebungen von der Verordnung über die gesetzlichen Krankenkassen hin zu anderen „Märkten“ wie dem illegalen Erwerb über das Internet oder zur Verordnung von Privatrezepten an Kassenpatientinnen und -patienten bieten, wie sie in einem Bericht des Fernsehmagazins „Panorama“ vom 30.3.2006 dargestellt wurde (NDR 2006). Die Veröffentlichung einer entsprechenden Studie des Zentrums für Sozialpolitik an der Universität Bremen steht noch aus.

Missbrauch von illegal beschafften, rezeptpflichtigen Medikamenten wird in Deutschland bislang überwiegend bei Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen beobachtet. Rausch- oder Substitutionskonsum tritt eher bei Hochdosisabhängigen auf (Elsesser & Satory 2001), welche ebenso wie Menschen mit Mischkonsum (mit Alkohol oder illegalen Drogen) eher in Suchthilfeeinrichtungen behandelt werden (Ellinger-Weber & Nette 1992). Die Konsumgewohnheiten bei speziellen Klienten- bzw. Patientengruppen in der ambulanten Sucht- und Drogenberatung werden mit dem Monitoring-System EBIS-med des Instituts für Therapieforschung (IFT) in München (Grössenberger & Simon 2001) in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn genutzt, um Entwicklungen im Missbrauchsverhalten aufzudecken und als Entscheidungsbasis für regulierende Maßnahmen zu dienen. Ein Missbrauch von verschreibungspflichtigen und rezeptfreien Medikamenten in dem Ausmaß, wie er aus den USA berichtet wird (United Nations 2006) ist in Deutschland bisher noch nicht bekannt. Die Verbreitung neuer Beschaffungsmöglichkeiten unter Umgehung der Rezeptpflicht, wie sie das Internet bietet, sollte allerdings Anlass zu erhöhter Aufmerksamkeit sein (Augustin, Semmler, Rösner & Kraus 2005). Leicht vorstellbar ist, dass über diesen Zugang auch andere Zielgruppen angesprochen werden, die bisher keinen Zugang zu einer „Szene“ haben.

Der Arzneimittelgebrauch von Erwachsenen wird in Deutschland in zwei repräsentativen Erhebungen erfasst: die Repräsentativbefragung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland (Sucht-Survey) und eine Sondererhebung im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys (Arzneimittel-Survey). In den Studien werden unterschiedliche Erhebungsformen (Fragebogen, EDV-gestütztes Interview), teilweise unterschiedliche Referenzzeiträume (12 Monate, 30 Tage, 7 Tage) sowie jeweils verschiedene Variablen zu Gebrauchsmustern (z. B. Einnahmefrequenz, Verordnung, Selbstmedikation, Anwendungsdauer, problematische Medikamenteneinnahme, Diagnosen) erfasst.

Im Rahmen des Sucht-Survey wurden für Erwachsene im Alter von 18 bis 59 Jahren die Prävalenz und Häufigkeit des Gebrauchs u. a. von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln in den letzten zwölf Monaten sowie der mindestens einmaligen wöchentlichen Einnahme in den letzten 30 Tagen erfragt. Im Laufe der letzten zwölf Monate nahmen rund 62%

---

der Befragten Schmerzmittel, 5% Schlafmittel und 5% Beruhigungsmittel ein. Jeder sechste Befragte berichtete, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal irgendeines der erfragten Medikamente eingenommen zu haben (Schmerzmittel 13%; Schlafmittel 2%; Beruhigungsmittel 2%). Eine Analyse der 30-Tage-Prävalenz der Medikamenteneinnahme zwischen 1995 und 2003 zeigt keine Änderungen bei der häufigen Einnahme von Schmerzmitteln. Dagegen ging die Einnahme von Schlafmitteln und Beruhigungsmitteln seit 1995 signifikant zurück (Augustin et al. 2005).

Der Arzneimittel-Survey 1998 liefert weitere Hinweise in Bezug auf Gebrauch, Anwendungshäufigkeit, Selbstmedikation bzw. Einnahme verordneter Arzneimittel und Multimedikation in einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren (Knopf & Melchert 2003). Während bei der retrospektiven Befragung zum Arzneimittelgebrauch in den letzten zwölf Monaten Arzneimittelgruppen erfragt wurden, wurde der Arzneimittelgebrauch der letzten sieben Tage detailliert nach Einzelpräparaten erfasst und in der Auswertung zu Arzneimittelgruppen zusammengefasst.

Rund zwei Drittel aller von den Studienteilnehmern genannten Arzneimittel wurden ärztlich verordnet, wobei sich die Rate der ärztlichen Verordnungen seit Erhebungen zu Beginn der 90er Jahre vermindert und die der Selbstmedikation (rezeptfrei selbst gekaufte oder aus früheren Verordnungen stammende Medikamente aus der Hausapotheke sowie sonstige Quellen) erhöht hat. Der Anteil der Anwender von ärztlich verordneten Analgetika in der Bevölkerung lag 1998 bei 4,6% und von Psycholeptika (zu denen unter anderem die Schlaf- und Beruhigungsmittel zählen) bei rund 3%. Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel wurden in den letzten zwölf Monaten von den Befragten insgesamt eher unregelmäßig (wöchentlich oder seltener) als täglich verwendet. Bei der ausschließlichen Selbstmedikation liegen die Schmerzmittel mit ca. 11% an der Spitze aller Medikamentennennungen (ebd.). Insgesamt wird Selbstmedikation mit Analgetika von 9,3% der Männer und 13,0% der Frauen angegeben, wobei Männer häufiger (6,3%) ausschließlich selbstverordnete Schmerzmittel einnehmen, Frauen jedoch häufiger (9,1%) zusätzlich weitere ärztlich verordnete Medikamente gebrauchen (Beitz, Dören, Knopf & Melchert 2004). Aktuelle Meldungen über einen Anstieg der Selbstmedikation mit Schmerzmitteln (Zok 2006) müssen auch im Zusammenhang mit den gesetzlichen Änderungen zur Verordnungsfähigkeit von rezeptfreien Schmerzmitteln interpretiert werden. Vergleiche der Daten aus den Bundes-Gesundheitssurveys von 1984 bis 1999 zum Gebrauch von acetylsalicylhaltigen Analgetika (ASS) belegen, dass die Konsummengen in der Bevölkerung über den gesamten Zeitraum relativ stabil blieben (Melchert, Knopf, Pabel, Braemer-Hauth & Du 2001). Daten zum Absatz rezeptfreier Schmerzmittel der Jahre 2002 bis 2005 weisen ebenfalls darauf hin, dass sich zwar Verschiebungen hinsichtlich der verschiedenen Wirkstoffe ergeben, wohingegen der Gesamtumsatz aller rezeptfreien Schmerzmittel eher rückläufig ist (Petersen-Braun 2006).

Zusammenfassend kann der allgemeine Bevölkerungstrend dahingehend gedeutet werden, dass Verordnungen und der Gebrauch von Schmerzmitteln in der Bevölkerung weit verbreitet sind und die Verordnungen und den Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln um

---

ein mehrfaches übersteigen. Die Gesamtrate beim Schmerzmittelgebrauch ist in den vergangenen Jahren relativ konstant, wobei sich das Verordnungsspektrum zugunsten opioider Schmerzmittel verändert. Die Verordnungen und der Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln gehen in den letzten Jahren deutlich zurück. Hier gibt es vermutlich Verschiebungen hin zu anderen rezeptpflichtigen Arzneimitteln.

## **2.2 Zusammenhang mit Geschlecht und Alter**

Die Verordnungsraten sowie Gebrauchszahlen von Medikamenten zeigen generell deutliche Unterschiede nach Alter und Geschlecht. Laut GKV-Index wurden Frauen im Jahr 2004 durchschnittlich 24% mehr definierte Tagesdosen (DDD) verordnet als Männern. Der Mehrverbrauch der Frauen zeigt sich neben typischen Indikationsgruppen wie Sexualhormonen, Gynäkologika und Osteoporosemitteln vor allem bei Psychopharmaka und Hypnotika/Sedativa, welche Frauen mehr als doppelt so häufig verordnet werden wie Männern. Mit diesen Ergebnissen wissen sich Nink, Schröder & Selke (2001) in Übereinstimmung mit einer Vielzahl anderer Studien. Sie sehen jedoch Hinweise darauf, dass diese Verordnungszahlen auch auf die häufigeren Arztbesuche von Frauen zurückzuführen sind, die dann möglicherweise mit Verlegenheitsverordnungen beantwortet werden. Dabei werden Frauen insgesamt preiswertere Mittel verordnet als Männern. Die durchschnittlichen DDD-Kosten liegen bei Männern 8% höher als bei Frauen (Nink & Schröder 2006).

Medikamente mit Missbrauchspotenzial werden mit zunehmendem Alter häufiger verordnet, wobei der Anstieg bei den Schmerzmitteln erheblich steiler ausfällt als bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Die Mehrzahl der Benzodiazepin-Verordnungen betrifft über 60jährige Patientinnen. Auswertungen der Gmünder Ersatzkasse zeigen, dass bei älteren Frauen der Anteil der Langzeitverordnungen höher ist als bei Männern der gleichen Altersgruppen und bis zu 8% bei den Frauen über 70 Jahren reicht. Insgesamt nimmt die Zahl der Langzeitverordnungen allerdings langsam ab (Janhsen & Glaeske 2002). Der relative Anteil von Langzeitverordnungen zur Gesamtzahl der Benzodiazepinanwender/-innen ist allerdings bei Männern und Frauen gleich (Knopf & Melchert 2003).

Der Arzneimittel-Survey belegt ebenfalls, dass Frauen häufiger Medikamente gebrauchen. Rund 52% der Studienteilnehmer/-innen gaben an, irgendein Arzneimittel aus den 38 erfragten Kategorien täglich anzuwenden, darunter Frauen (66%) fast doppelt so häufig wie Männer (35%). Frauen geben dabei mehr ärztlich verordnete Medikamente an als Männer und kombinieren dabei öfter verordnete Medikamente mit Selbstmedikation. Männer wenden häufiger ausschließliche Selbstmedikation an. Schmerz-, Schlaf und Beruhigungsmittel nehmen Frauen insgesamt häufiger und jeweils häufiger täglich oder mindestens einmal wöchentlich ein als Männer (Knopf & Melchert 2003). Diese Ergebnisse lassen sich in ihrer Tendenz trotz der etwas anders erfragten Referenzzeiträume durch die Ergebnisse des Sucht-Survey bestätigen (Augustin et al. 2005). Schmerzmittel stehen bei beiden Geschlechtern in der Selbstmedikation ganz vorne.

---

Der allgemeine Arzneimittelgebrauch wächst mit steigendem Alter an, wobei die stärkste Zunahme im Vorrnten- und Rentenalter zu verzeichnen ist (Knopf & Melchert 2003). In Bezug auf Schmerzmittel zeigt sich, dass die 7-Tage-Prävalenz bei Frauen bis zur Altersgruppe der 40-49-Jährigen ansteigt und danach abnimmt. Bei den Männern liegt die Prävalenz der Schmerzmitteleinnahme bis zur Altersgruppe der 50-59-Jährigen deutlich unter der der Frauen, der Verlauf über die Altersgruppen ist jedoch uneinheitlich. Ab den Altersgruppen über 60 Jahren gebrauchen Frauen und Männer Schmerzmittel ähnlich oft. Die 7-Tage-Prävalenz der Psycholeptika, zu denen neben den Schlaf- und Beruhigungsmitteln allerdings auch z. B. die Antidepressiva zählen, steigt mit dem Alter bei beiden Geschlechtern. Bei Frauen liegt die Häufigkeit in fast allen Altersgruppen deutlich über den Männern, erst bei den 70-79-Jährigen sind die Raten annähernd gleich.

In Bezug auf alle im Arzneimittel-Survey erfassten Medikamente nimmt die ausschließliche Selbstmedikation mit dem Alter bei beiden Geschlechtern ab, bei Männern steigt der Anteil der verordneten Medikamente mit dem Alter kontinuierlich an. Bei Frauen ist der Anteil derjenigen, die ausschließlich verordnete Medikamente einnehmen, in den mittleren Altersgruppen geringer als in den niedrigen und hohen Altersgruppen. Bis zum Alter von 60 Jahren nehmen Frauen häufiger ausschließlich verordnete Medikamente ein als Männer. Danach kehrt sich das Verhältnis um (Knopf & Melchert 2003).

Die Ergebnisse des Sucht-Survey 2003 weisen ebenfalls auf eine Abnahme des Schmerzmittelkonsums im Alter hin (12-Monats-Prävalenz). Die Einnahmeprävalenz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln steigt dagegen mit dem Alter stetig an und erreicht rund 8% bei den 50-59-Jährigen. Diese Tendenz zeigt sich bei beiden Geschlechtern (Augustin et al. 2005). Bei der 30-Tages-Prävalenz der mindestens einmal wöchentlichen Einnahme steigen die Raten von Schmerzmitteln dagegen ebenso wie die der Schlaf- und Beruhigungsmittel an.

Zusammenfassend weisen die verschiedenen epidemiologischen Studien hinsichtlich der Variablen Geschlecht und Alter ähnliche Tendenzen auf. Für zukünftige Erhebungen wären eine besondere Berücksichtigung der hohen Altersgruppen sowie eine Integration der verschiedenen Quellen wünschenswert.

### **2.3 Problematischer Gebrauch, Missbrauch & Abhängigkeit**

Schätzungen zur Zahl der Medikamentenabhängigen in Deutschland reichen von ca. 1,3 Millionen (Glaeske 2006) bis zu 1,9 Millionen (Berechnung des Instituts für Therapiefor-schung IFT, zit. nach Soyka et al. 2005). Die Verbreitung von Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten in der deutschen Bevölkerung ist allerdings bisher schlechter untersucht als bei anderen substanzbezogenen Störungen (Poser & Poser 1996). Zur Einschätzung liegen Daten über Einstellungen und Verhaltenweisen im Zusammenhang mit Medika-mentengebrauch (Augustin et al. 2005), zur Verordnung und zum Gebrauch über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten (z. B. Ferber, Ihle, Köster & Krappweis 1992, Remien

---

1994; Glaeske & Janhsen 2001; Knopf & Melchert 2003) und zur Abhängigkeit anhand diagnostischer Kriterien nach dem DSM IV (Kraus & Augustin 2001) vor.

Die Diagnostik der Medikamentenabhängigkeit orientiert sich an den Kriterien von Missbrauch und Abhängigkeit nach dem ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder dem DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Revision) der American Psychiatric Association. In beiden Diagnosesystemen wird eine Abhängigkeit dann diagnostiziert, wenn mindestens drei psychische und/oder körperliche Symptome innerhalb von 12 Monaten auftreten (zur Gegenüberstellung der Kriterien vgl. Poser et al. 2006).

Zur Ermittlung eines problematischen Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten wurde in den Repräsentativerhebungen des IFT von 2000 und 2003 ein Kurzfragebogen eingesetzt (Watzl, Höcker, Rist & Miehle 1991), der Verhalten und Erleben im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten erfasst, welches zwar schon Symptome abhängigen Konsums aufweist, aber nicht notwendig die Kriterien von Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM erfüllt. Der Anteil der Personen, welche die Kriterien für einen problematischen Medikamentengebrauch erfüllen, betrug im Jahr 2003 4,3% und ist seit der vorherigen Erhebung aus dem Jahr 2000 (3,3%) angestiegen (Augustin et al. 2005). Der Anteil von Frauen mit problematischem Medikamentenkonsum ist bei den Frauen (5,5%) deutlich häufiger als bei Männern (3,2%) und steigt mit zunehmendem Alter. Dabei ist ein deutlicher Sprung von der Altersgruppe der 40-49-Jährigen (3,6%) zu den 50-59-Jährigen (8,5%) zu verzeichnen. Wie der insgesamt sinkende bzw. stagnierende Gebrauch der kritischen Arzneimittelgruppen einerseits und die steigende Rate des problematischen Medikamentengebrauchs andererseits zueinander im Verhältnis stehen, bedarf weiterer Analysen.

Mit weiteren Fragenbogen wurde der Einsatz von Medikamenten zur Lebensbewältigung sowie zur sofortigen Entlastung (Instant Relief) eingeschätzt. Bei den verwendeten Befragungsinstrumenten kann allerdings kritisch hinterfragt werden, ob sich eine Reihe der Fragen möglicherweise weniger auf einen funktionalisierenden Einsatz mit Missbrauchscharakter, als vielmehr auf einen indikationsgerechten Gebrauch zur Bewältigung von psychischen Erkrankungen und einer aktuellen Empfehlungen entsprechenden Schmerzbehandlung zurückzuführen ist. Neuere Untersuchungen belegen, dass sich Schmerzen „verselbstständigen“ und zu einer eigenständigen Erkrankung entwickeln können, wenn sie zu lange andauern oder nicht angemessen behandelt werden. Auch kann der Körper ein so genanntes „Schmerzgedächtnis“ entwickeln und hierdurch Schmerzempfindungen schneller und früher auslösen. Deshalb sollen Schmerzen frühzeitig und ausreichend behandelt werden (vgl. Diemer & Burchert 2002).

Schätzungen zur Häufigkeit von Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit beruhen einerseits auf Verordnungsdaten einzelner gesetzlicher Krankenkassen (z. B. Glaeske & Janhsen 2001; Remien 1994; Ferber, Ihle, Köster & Krappweis 1992). Ausgehend von einer Verordnungsdauer von mehr als 90 Tagen und den jeweils verordneten Mengen von Ben-

---

zodiazepinen wird hierbei hochgerechnet, dass schätzungsweise mehr als eine Million Menschen von diesen Arzneimitteln abhängig sind. Zusätzlich dazu wird eine Gefährdung durch die Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei rund einer weiteren Million Menschen geschätzt (Remien 1994).

Des Weiteren wurde das gleiche Kriterium einer Einnahmedauer von mehr als 90 Tagen im Arzneimittel-Survey 1998 (Knopf & Melchert 2003) genutzt, um den kritischen Gebrauch von benzodiazepin- und/oder barbitursäurehaltigen Präparaten sowie von opioidhaltigen Schmerzmitteln einzuschätzen. Fast 80% der Anwender/-innen der erstgenannten Medikamente haben diese länger als drei Monate täglich angewendet. Frauen gebrauchen Benzodiazepine zwar insgesamt häufiger, das Verhältnis zwischen Kurz- und Langzeitgebrauch ist bei den Geschlechtern annähernd gleich. Bei früheren Gesundheitssurveys konnte außerdem beobachtet werden, dass bei den verschiedenen Benzodiazepinwirkstoffen das Risiko einer nicht verordnungsgemäßen Einnahme unterschiedlich ist und bei dem Wirkstoff Oxazepam immerhin bei über 90% der Arzneimittelanwender ein therapeutisch sinnvoller Wirkstoffspiegel nachgewiesen werden konnte. Bei den opioidhaltigen Schmerzmitteln betrug die Zahl der täglichen Anwender mit mindestens dreimonatigem Gebrauch 65,5%. Als Hinweis auf einen überwiegend indikationsgemäßen Gebrauch wurde dabei der deutliche Zusammenhang zwischen einer Angabe starker Schmerzen und dem Gebrauch von Opioidanalgetika gewertet.

Angaben zur Prävalenz des Dauerkonsums von rezeptfreien Analgetika fehlen in dem vorliegenden Bericht, müssten aber aus den vorliegenden Daten generierbar sein.

Schließlich liegen Angaben zur Prävalenz von Medikamentenabhängigkeit aus dem Sucht-Survey 2000 vor (Kraus & Augustin 2001). Hier wurde ein Fragenkatalog in Anlehnung an die diagnostischen Kriterien nach DSM IV genutzt. Insgesamt erfüllten 2,9% der Befragten zwischen 18 und 59 Jahren drei oder mehr der sieben Kriterien für eine Medikamentenabhängigkeit. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung dieser Altersgruppen in Deutschland ergeben sich hiermit 1,4 Millionen Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit. Die Prävalenz für Medikamentenabhängigkeit steigt mit dem Alter und erreicht 4,9% in der Altersgruppe der 50-59-Jährigen. Eine Hochrechnung dieser Häufigkeit auf die Altersgruppe der 60-69-Jährigen ergibt eine Gesamtzahl von 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland (vgl. Soyka et al. 2005), wobei diese Zahl durch Einbeziehung höherer Altersgruppen in folgenden Befragungen statistisch abzusichern wäre.

Die vorliegenden Schätzungen und Daten deuten übereinstimmend darauf hin, dass es mehr medikamentenabhängige Frauen als Männer gibt, wenngleich die Verhältnisangaben schwanken. Ferber et al. (1992) berechneten aus einer repräsentativen Stichprobe der AOK Dortmund 1,8% Medikamentenabhängige. Der Anteil der als medikamentenabhängig eingestuft Frauen betrug 2,3%, der der Männer 1,1%. Aus einer Hochrechnung auf Grundlage der Verordnungsdaten des IKK Bundesverbandes auf alle gesetzlich Krankenversicherten schloss Remien (1994) auf 1,4 Millionen Medikamentenabhängige, wobei hier angenommen wurde, dass Frauen dreimal so häufig betroffen sind wie Männer.

---

Im Sucht-Survey 2000 (Kraus & Augustin 2001) betragen die Anteile von Medikamentenabhängigen an der deutschen Bevölkerung bei den Frauen 3,2% und bei den Männern 2,5% (Verhältnis 1:0,82). Allerdings ist bei der letztgenannten Studie zu berücksichtigen, dass hier die über 60-Jährigen nicht direkt befragt wurden. In dieser Gruppe steigt aber mit zunehmendem Alter der relative Anteil von Frauen, die gemäß der Verordnungsstatistik besonders häufig Beruhigungsmittel und andere Psychopharmaka verschrieben bekommen. Folglich wird die am meisten exponierte Personengruppe, bei der eine hohe Rate von Medikamentenabhängigen vermutet wird, durch die gewählte Stichprobe nur unzureichend erfasst.

In epidemiologischen Erhebungen zum Medikamentengebrauch ergeben sich prinzipiell eine Reihe methodischer Probleme hinsichtlich der Vollständigkeit und Genauigkeit der Selbstangaben der Befragten über einzelne Präparate sowie Einnahmemenge, -dauer und -frequenz, die nur mit einem relativ hohen Aufwand zu vermindern sind (z. B. Augustin, Semmler, Rösner & Kraus 2005; Knopf & Melchert 2003; Vogt 1989). Darüber hinaus werden die fraglichen Medikamente entweder bereits bei der Erhebung oder spätestens bei der Auswertung in unterschiedliche Kategorien zusammengefasst. Diese Vorgehensweise ist zum einen methodischen und forschungsökonomischen Problemen geschuldet. Des Weiteren ist die Beibehaltung eines einmal gewählten Auswertungsdesigns sicher wünschenswert, um eine Vergleichbarkeit von Auswertungen über mehrere Querschnitterhebungen innerhalb eines Forschungsparadigmas zu ermöglichen. Dennoch erschweren die uneinheitlichen Auswertungsschemata einen vergleichenden Überblick zu relevanten Fragestellungen und hierdurch eine Interpretation und entsprechende Ableitung handlungsrelevanter Aussagen. Auch wird eine Einschätzung des Medikamentenkonsums im Hinblick auf Missbrauch und Abhängigkeit anhand diagnostischer Kriterien und unter Einbeziehung behandlungsrelevanter Diagnosen bisher nur punktuell durchgeführt (s. u.).

Zusammenfassend ist aus diesem Kapitel festzuhalten, dass Frauen und ältere Menschen mehr problematische Medikamente verordnet bekommen und diese auch häufiger gebrauchen. Für zukünftige epidemiologische Untersuchungen oder auch Sonderauswertungen vorhandener Datensätze ist eine Differenzierung der Schmerzmittelarten, ein konsequenter Einbezug von Variablen zur Schichtzugehörigkeit (vgl. Kapitel 4.2) und der hohen Altersgruppen sowie der Einbezug diagnostischer Kriterien wünschenswert. Darüber hinaus ist anzustreben, dass erkrankungsbezogene Variablen verstärkt in die Auswertung Eingang finden, um einen hohen oder häufigen Gebrauch von Schmerz- und Beruhigungsmitteln zumindest ansatzweise in einen Behandlungskontext einordnen zu können. Zusätzlich sind in den verfügbaren Veröffentlichungen keine Hinweise zum gleichzeitigen Gebrauch von Medikamenten mit anderen suchtpotenten Substanzen auf Bevölkerungsebene verfügbar.

---

## **2.4 Belastungen, Erkrankungen und Medikamentengebrauch**

Bedingungsfaktoren für den Gebrauch von Psychopharmaka und Schmerzmitteln wurden bisher vor allem im Rahmen der Frauengesundheitsforschung aufgegriffen und untersucht, so dass sich Aussagen zu Hintergründen des Medikamentengebrauchs überwiegend auf Frauen beziehen. Dabei hat sich die Perspektive seit den Anfangsjahren der Frauengesundheitsbewegung verändert. Obwohl gesellschaftliche Kontrolle durchaus noch thematisiert wird (z. B. Burgard 2002), hat sich der Blickwinkel stärker auf das Gesundheitshandeln und den Einfluss von unterschiedlichen Lebensweisen und subjektiven Gesundheits- bzw. Krankheitskonzepten verschoben (Klesse, Sonntag, Brinkmann & Maschewsky-Schneider 1992). Hierzu hat sicher beigetragen, dass Unterschiede zwischen Frauen - z. B. in Bezug auf Bildung, Erwerbstätigkeit oder Migrationshintergrund - stärker in den Fokus der Diskussion rückten. Parallel dazu haben sich Frauengesundheitsforschung und -bewegung in den vergangenen Jahren zunehmend professionalisiert (Schulz & Langenheder 1997; Vogt 1998). Zum Thema Frau und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen konstatiert Vogt (1998) zwar einen mittlerweile festen Platz in der Frauengesundheitsforschung sowie einen bescheidenen Platz der geschlechtsspezifischen Perspektive in der Suchtforschung. Dennoch stellt sie erhebliche Forschungsdefizite fest. Unter anderem fällt es immer noch schwer, "zu erklären, warum Frauen im Vergleich zu Männern ganz entschieden weniger anfällig sind, von psychoaktiven Stoffen wie Alkohol oder Opiaten abhängig zu werden, aber weit mehr, wenn es um psychoaktive Medikamente geht" (Vogt 1998, S. 29). Dennoch lässt sich anhand der vorliegenden Studien zumindest in Ansätzen ein Bild der Bedingungsfaktoren zeichnen, wenngleich weitergehende Forschung zu den Ursachen von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit bei Frauen und auch bei Männern in ihren jeweiligen unterschiedlichen Lebenslagen, aber auch innerhalb der jeweiligen Geschlechtergruppen unabdingbar ist.

### **2.4.1 Belastungsfaktoren und Medikamentengebrauch**

Ein Zusammenhang von beruflichen und familiären Belastungen und einem hohen Medikamentengebrauch wurde bereits zum Ende der achtziger Jahre im Rahmen einer Studie des Instituts für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg belegt (Ellinger, Karmaus & Stauss 1987). Als sich gegenseitig bedingende und kumulierende Faktoren für hohen Medikamentengebrauch bei berufstätigen Frauen werden genannt:

- Restriktive Arbeitsbedingungen mit geringem Handlungsspielraum und hoher körperlicher sowie emotionaler Belastung, z. B. Produktion mit hohem Anspruch an feinmotorische Fähigkeiten, untergeordnete Verwaltungstätigkeiten (Schreibdienst) oder Pflege.
  - geringe soziale Unterstützung bzw. hohe soziale Belastungen im Beruf und familiärem Bereich.
-

- Gefühls- und Beziehungsarbeit, die sowohl im privaten Bereich als auch in vielen frauentypischen Berufen erwartet wird und wenige Möglichkeiten zur Distanzierung lässt (Pflege, Kundenkontakte, helfende Berufe etc.).
- Arbeitsorganisatorische Mängel (Personalmangel, Zeitdruck, Schichtarbeit, hierarchische Führungsstrukturen, geringe Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten).

Unter den beschriebenen Faktoren konnten keine Einzelursachen für hohen Medikamentengebrauch isoliert werden. Vielmehr erwies sich das gemeinsame Auftreten mehrerer Faktoren als ausschlaggebend. Bei Männern einer Vergleichsgruppe zeigten sich dagegen vor allem Zeitdruck und mangelnde soziale Unterstützung als verstärkende Einflüsse auf den Gebrauch von Beruhigungsmitteln. Aus dieser wie auch aus zahlreichen anderen Studien zum Zusammenhang von Erwerbs- und Familientätigkeit mit verschiedenen Gesundheitsvariablen (z. B. Jahn et al. 1998) kann geschlossen werden, dass die verbreitete Annahme einer „Doppelbelastung“ als pauschale Ursache für Beschwerden und erhöhten Medikamentenkonsum bei Frauen zu kurz greift. Vielmehr sind qualitative Aspekte der jeweiligen ausgeübten Berufe und des privaten Umfeldes sowie das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren entscheidend.

Der Aspekt des Einflusses von berufsgruppenspezifischen Belastungen auf die psychische Gesundheit wurde im Rahmen aktueller Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitstagen verschiedener Krankenkassen verdeutlicht. Überdurchschnittliche Arbeitsunfähigkeitszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen wurden von der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) insbesondere für die Branchen ‚Gesundheitswesen‘, ‚Öffentliche Verwaltung‘, ‚Organisationen/Verbände‘, ‚Medien‘, ‚Bildung/Kultur‘ und ‚Banken/Versicherungen‘ aufgezeigt. Mehrfachbelastungen durch physische und psychische Risikofaktoren in der Pflege sowie hohe Anforderungen an soziale Interaktion, Kommunikation und Kooperation mit anderen Menschen in den beiden anderen Branchen werden als Erklärungsansätze herangezogen (DAK 2005). Der BKK Bundesverband berichtet überdurchschnittliche Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeit, stationärer Behandlung und Medikamentenverordnungen bei Beschäftigten in sozialen und Krankenpflegeberufen, in der Telekommunikation, in Erziehung und Unterricht sowie bei den niedrig qualifizierten Tätigkeitsgruppen. Besonders hervorgehoben wird darüber hinaus das Risiko psychischer Störungen bei Arbeitslosen (BKK Bundesverband 2005). Insgesamt sind in beiden Erhebungen Frauen deutlich stärker von psychischen Störungen betroffen als Männer, mit Ausnahme der alkoholbezogenen Störungen. Dies spiegelt sich auch der Häufung entsprechender Krankmeldungen in frauentypischen Beschäftigungsbereichen wieder.

Die Ergebnisse der eingangs genannten Hamburger Studie werden darüber hinaus durch zwei quantitative Studien der Universität Dortmund gestützt (Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter 1998; Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte 2001). In den aufeinander aufbauenden Fragebogenstudien wurden Frauen mit unauffälligem und auffälligen (hohem, sehr hohem oder abhängigem) Gebrauch von Alkohol und Medikamenten vergli-

---

chen. Neben auffälligen soziodemografischen Unterschieden (vgl. Kapitel 4.2) zeigte sich, dass Frauen mit sehr hohem und abhängigem Medikamentenkonsum häufiger Berufe mit geringerer Handlungsautonomie ausübten oder nicht erwerbstätig waren als Frauen der anderen untersuchten Gruppen. Sie gaben darüber hinaus mehr Belastungen in Beruf und Privatleben sowie mehr psychische Beschwerden an. Negative Gefühle wurden intensiver erlebt und häufiger versucht zu verstecken und zu kontrollieren. Der Medikamentengebrauch zielte vor allem auf den Erhalt der Funktionsfähigkeit angesichts von Beschwerden und ging einher mit erhöhten Erwartungen an die Medikamentenwirkung. Mit ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit waren auffällige Medikamentennutzerinnen weniger zufrieden und litten insgesamt auch unter einer größeren Anzahl von Erkrankungen. Vor allem aufgrund von Schlafstörungen, Depressionen und Angstzuständen nahmen mehr Befragte mit sehr hohem oder abhängigem Medikamentenkonsum in den letzten zwölf Monaten psychotherapeutische oder beratende Hilfe in Anspruch als Frauen der anderen Konsumgruppen. Die subjektiven Kontrollüberzeugungen sowie Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit (gemäß dem Konzept des Kohärenzgefühls nach Antonovsky 1997) waren bei den Medikamentenabhängigen am niedrigsten. Die Untersuchungen verdeutlichten, dass sich Frauen mit problematischem Medikamentenkonsum nicht nur von Frauen mit unauffälligem Substanzkonsum, sondern auch von Frauen mit sehr hohem, risikoreichem Alkoholkonsum deutlich unterschieden, was als deutlicher Hinweis auf die Notwendigkeit differenzieller Präventions- und Behandlungsangebote gewertet wird.

Zur Entwicklung von Belastungen im Altersverlauf im Zusammenhang mit Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit liegen keine systematischen Studien vor. Anhand von Interviewprotokollen mit betroffenen Frauen (Ellinger, Karmaus & Stauss 1987) wird allerdings nachvollziehbar, dass Medikamente auch eingesetzt werden, um bei gleich bleibend hohem Belastungsniveau einerseits und altersbedingt schwindenden Kräften sowie neu auftretenden Beschwerden und Erkrankungen andererseits die Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Dementsprechend würden über lange Jahre sich schleichend entwickelnde Medikamentenprobleme sozusagen ‚mit in die Rente genommen‘. Anpassungsprobleme beim Übergang ins Rentenalter, Veränderungen des sozialen Umfeldes durch Wegzug oder Tod naher Angehöriger und altersbedingt häufigere Schlafstörungen kommen als weitere Faktoren in Frage. Angesichts der derzeit steigenden Aufmerksamkeit für die Häufigkeit psychischer Störungen sowie Suchterkrankungen im Alter ist zu hoffen, dass diese Themen auch in der Forschung verstärkt aufgegriffen werden.

Schließlich muss auch körperliche, seelische und sexuelle Gewalt in diesem Zusammenhang als möglicher, ursächlicher Faktor für psychische und psychosomatische Symptome und Erkrankungen einbezogen werden. Auf Zusammenhänge von erlittener Gewalt und dem Konsum von Suchtmitteln einschließlich psychoaktiver Medikamente als Bewältigungsversuch wird in zahlreichen Studien verwiesen (z. B. Vogt 1994; Franke 1998; Zenker 2002; BMFSFJ 2001). Diese Zusammenhänge konnten auch im Rahmen einer repräsentativen Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen in Deutschland (Müller & Schöttle 2004) wieder belegt werden. In der Studie wurden insgesamt 10 000 Frauen im Alter zwischen

---

16 und 85 Jahren zu ihren Gewalterfahrungen interviewt. Rund 40% der befragten Frauen hatten körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt. 42% gaben Formen von psychischer Gewalt in den Interviews an. Erfasst wurde in diesem Zusammenhang auch, ob die Befragten Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich genommen haben, um mit dem Erlebten besser fertig zu werden. Am häufigsten wurden Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Alkohol von den Befragten genannt. Schlaf- und Beruhigungsmittel gebrauchten infolge von psychischer Gewalt 9,1%, nach sexueller Belästigung 3,1%, nach körperlicher Gewalt 5,2% und nach sexueller Gewalt 9,4% der befragten Frauen.

#### **2.4.2 Häufigkeit und Versorgung assoziierter Beschwerden und Erkrankungen**

Psychische und psychosomatische Beschwerden sowie Schmerzen sind in der Regel der ursprüngliche Anlass für den Gebrauch entsprechender Medikamente und sind somit ein zentraler Risikofaktor bei der Entstehung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit. Angststörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen, Schlafstörungen und bestimmte Schmerzerkrankungen sind bei Frauen stärker verbreitet als bei Männern. Die Parallele zu den Verordnungen und zum erhöhten Gebrauch entsprechender psychoaktiver Medikamente und Schmerzmittel durch Frauen ist augenfällig (Kolip & Glaeske 2004). Aktuelle Studien und Berichte zur Häufigkeit und Versorgung der verschiedenen Erkrankungen belegen allerdings darüber hinaus, dass entsprechende Symptome in der Praxis auch häufig nicht oder nicht ausreichend erkannt und angemessen behandelt werden. Laut Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurvey 1998/1999 (Wittchen & Jacobi 2001) litten 32% der befragten Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren (entspricht 15,6 Millionen der deutschen Wohnbevölkerung) im Laufe von zwölf Monaten unter einer oder mehreren psychischen Störungen. Fast die Hälfte von diesen war von zwei oder mehr Erkrankungen betroffen. Frauen sind mit Ausnahme der Suchterkrankungen bei den meisten psychischen Erkrankungen deutlich häufiger erkrankt als Männer. Nur ein Drittel der Erkrankten (36%) war deswegen in irgendeiner Form von ambulanter bzw. stationärer psychiatrisch/psychotherapeutischer oder in hausärztlicher Behandlung (ungeachtet der jeweiligen Angemessenheit der Behandlung). Besonders niedrige Versorgungsraten wurden bei somatoformen und substanzbezogenen Störungen (29%) festgestellt. Als Faktoren für die Höhe der Behandlungsquoten werden Merkmale des Symptombildes, der Spontanverlauf der Erkrankungen, die Behandlungsbereitschaft der Patienten/-innen, der Bekanntheitsgrad der Störung sowie die Verfügbarkeit spezifischer Therapieverfahren und -institutionen angeführt. Insgesamt weisen die Befunde auf eine erhebliche Unterversorgung der genannten Erkrankungen hin. Zudem wurden bei den durchgeführten Behandlungen Art, Häufigkeit, Dauer und Angemessenheit nicht bewertet. Es wird aber vermutet, dass die medizinisch angemessene Versorgung von Patienten/-innen noch geringer ausfällt. Einige der Einzelergebnisse werden im Folgenden vorgestellt.

---

## **Affektive Störungen & Angststörungen**

Nach den Befunden des Bundes-Gesundheitssurvey leiden 14,2% der Befragten im Alter von 18 bis 65 Jahren (hochgerechnet 6,91 Millionen der deutschen Wohnbevölkerung) im Laufe eines Jahres unter einer Angststörung. Frauen erkranken etwa doppelt so häufig wie Männer. Der Verlauf ist vermutlich zumeist chronisch, wie aus der annähernden Gleichverteilung von Angststörungen in allen Altersgruppen geschlossen wird (Wittchen, Müller, Pfister, Winter & Schmidtkunz 1999; Wittchen & Jacobi 2004). Fast die Hälfte der Betroffenen leidet zusätzlich unter weiteren Erkrankungen aus dem Bereich der affektiven, somatoformen oder Suchtstörungen. Die unterschiedlichen Angststörungen werden auf psychosoziale, psychologische und biologische Ursachen zurückgeführt. Dabei werden insbesondere bei Panikstörungen und generalisierten Angststörungen akute sowie chronische psychosoziale Stresssituationen als Auslöser angenommen, die in einer adäquaten Behandlung Berücksichtigung finden sollten. Wenngleich einschränkend angemerkt wird, dass das Vorliegen einer Diagnose bei psychischen Störungen nicht automatisch mit Behandlungsbedarf gleichgesetzt werden sollte, ist dennoch bemerkenswert, dass nur etwa 44% der Befragten mit einer diagnostizierten Angststörung angaben, irgendeine professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Psychotherapeuten und Hausärzte wurden am häufigsten in Anspruch genommen. Frauen suchten häufiger als Männer Nervenärzte, Psychotherapeuten, Ambulanzen und Hausärzte auf, während Männer etwas häufiger Beratungsstellen u. ä. in Anspruch nahmen. Die Behandlung erfolgte bei 33% der Männer und 41% der Frauen ausschließlich medikamentös (Wittchen & Jacobi 2004).

Bei den verschiedenen Differenzialdiagnosen betragen die Versorgungsraten bei affektiven Störungen rund 50%, bei generalisierten Angststörungen 62%, bei Panikstörungen 74% und bei den spezifischen Phobien 42%. Die Versorgung zeigt deutliche regionale Unterschiede, wobei in Universitätsstädten und Orten mit psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen die Behandlungsraten am höchsten waren. Von den behandelten Patienten/-innen standen ca. 42% in Kontakt zu Hausärzten/-innen. Insgesamt wurden rund 14% ausschließlich hausärztlich behandelt, 32% von Nervenärzten/-innen, 27% von Psychologischen Psychotherapeuten/-innen, 17% von Ärztlichen Psychotherapeuten/-innen sowie 34% von anderen Einrichtungen wie z. B. Beratungsstellen oder von Heilpraktikern/-innen. Eine stationäre Behandlung (einschließlich psychosomatischer oder Suchtrehabilitation) erhielten 23% der behandelten Patienten/-innen (Wittchen & Jacobi 2001).

In einer weiteren Studie untersuchten Wittchen, Hoyer, Höfler & Krause (2001) die Häufigkeit und Behandlung von generalisierten Angststörungen und Depressionen im primärärztlichen Bereich. Zwei Drittel der Patienten/-innen mit generalisierter Angststörung wurden von den befragten Ärzten/-innen als behandlungsbedürftig erkannt, allerdings wurde nur etwa jeder dritte Fall richtig diagnostisch eingeordnet. Etwa ein Drittel der indizierten Patienten/-innen erhielt keine hausärztliche Intervention im Hinblick auf die generalisierte Angststörung. Dagegen wurden 64,3% der Depressionen richtig diagnostiziert. Fast allen untersuchten Patienten/-innen wurden Medikamente verordnet (vor allem Antidepressiva und pflanzli-

---

che Mittel), jedoch erhielt nur eine Minderheit die empfohlenen neueren Antidepressiva oder eine Psychotherapie.

Zur Versorgung psychischer Störungen stellen Schneider, Kratz, Bermejo, Menke, Mulert, Hegerl, Berger, Gaebel & Härter (2004) ebenfalls fest, dass die Erkennens- und Behandlungsrate in ambulanten ärztlichen Praxen verbessert werden kann. Insbesondere wird eine stärkere Orientierung an diagnostischen Standards und Behandlungsleitlinien gefordert. Die Rate der Überweisungen in eine Psychotherapie wird als zu gering eingeschätzt, wofür Faktoren auf Seiten der Patienten/-innen und behandelnden Ärzte/-innen sowie strukturelle Bedingungen (geringes Angebot von geeigneten Psychotherapien, lange Wartelisten) verantwortlich gemacht werden.

In die gleiche Richtung weist eine gesundheitsökonomische Studie zum Krankheitsverhalten von Patienten/-innen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Von den untersuchten Patienten/-innen haben rund 83% der Männer und 88% der Frauen in den letzten vier Wochen vor Aufnahme in eine stationäre psychosomatische Klinik Medikamente eingenommen (Antidepressiva 38,7%; Schmerzmittel 27,4%; Neuroleptika 10,9%, Tranquillizer 7,5%). Die durchschnittliche Krankheitsdauer vor Klinikaufenthalt betrug mehr als sieben Jahre, bis eine qualifizierte psychosomatische und verhaltensmedizinische Behandlung begonnen wurde, welche körperliche Faktoren ebenso berücksichtigt wie psychische Belastungen, soziale Problemlagen und das individuelle Krankheitsverhalten. Knapp 72% der untersuchten Patienten/-innen hatten keine Vorbehandlung in einer psychotherapeutischen oder psychosomatischen Klinik (Zielke, Borgart, Carls, Herder, Lehenhagen, Leidig, Limbacher, Meermann, Reschenberg & Schwickerath 2004).

Für verhaltensmedizinische rehabilitative Maßnahmen konnte sowohl die Effizienz wie auch die Effektivität belegt werden. Neben einer nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Verminderung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und den damit verbundenen Kosten konnte auch eine Verminderung des Medikamentenkonsums (Psychopharmaka, Analgetika, Hypnotika, Sedativa, Migränemittel) um 40% erreicht werden. Trotz der im Vergleich zu körperlich Erkrankten intensiveren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Patienten/-innen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist zu vermuten, dass der Aushandlungsprozess zwischen Ärzten/-innen und Patienten/-innen eine frühzeitige psychosomatische bzw. psychotherapeutische Behandlung verhindert. Hier werden auf der einen Seite diagnostische Zweifel bei den Behandelnden sowie ein abwartendes Krankheitsverhalten mit Selbstschonung, Abwarten weiterer diagnostischer Klärung und Medikamenteneinnahme auf der Seite der Patienten/-innen genannt. Eine geringe Akzeptanz von psychischen bzw. psychosomatischen Diagnosen bei Patienten/-innen und auch bei Ärzten/-innen kann diesen Prozess zusätzlich verlängern (Zielke & Limbacher 2004).

Von besonderer Bedeutung im Hinblick auf die Akzeptanz psychotherapeutischer Maßnahmen kann das Ergebnis einer Langzeitstudie zur seelischen Gesundheit in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe in Mannheim gewertet werden, in welcher entgegen dem

---

gängigen Stereotyp der jungen, gut gebildeten Mittelschichtangehörigen auch Unterschicht-angehörige, ältere Menschen und Männer ein Angebot zur Aufnahme einer Psychotherapie annahmen. Faktoren für eine erhöhte Akzeptanz waren zum einen patientenbezogene Variablen wie soziale Isolation, Konflikte mit wichtigen Bezugspersonen und Probleme beim befriedigenden Beziehungsaufbau. Als weiterer wichtiger Faktor wurde eine positive Beziehung zum untersuchenden Arzt eingeschätzt, welcher das Angebot zu einer Psychotherapie im Laufe eines Jahres ein bis maximal fünf Mal unterbreitete. Aus einer Stichprobe von hundert Patienten/-innen mit psychischen Störungen, von denen aus eigenem Antrieb nur drei eine psychotherapeutische Behandlung angetreten hätten, konnten im Laufe eines Jahres dreiunddreißig der Angesprochenen mit diesem Angebot von der Aufnahme einer Psychotherapie überzeugt werden (Franz 2000). Insgesamt ist davon auszugehen, dass die breite Thematisierung von psychischen Störungen in den Medien zu einer stärkeren Wahrnehmung und Akzeptanzerhöhung für entsprechende Probleme und Behandlungsmöglichkeiten in der Bevölkerung beiträgt. Im Rahmen einer Bevölkerungsumfrage gaben etwa drei Viertel der Befragten mit psychischen Problemen an, innerhalb eines Jahres ärztliche oder therapeutische Hilfe aufgesucht zu haben. Das verbleibende Viertel wartete jedoch zum Teil erheblich länger mit der Kontaktaufnahme (DAK 2005).

### **Schlafstörungen**

Einem Sonderbericht des Robert Koch-Instituts zufolge (Penzel, Peter & Peter 2005) gehören Schlafstörungen zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden in der Bevölkerung. Etwa 25% der Erwachsenen leiden an Schlafstörungen und über 10% erleben ihren Schlaf häufig oder dauerhaft als nicht erholsam. Die derzeit gültigen diagnostischen Kriterien (eine Neufassung befindet sich in Vorbereitung) unterscheiden Dyssomnien (primäre Insomnie, schlafbezogene Atmungs- und Bewegungsstörungen, Narkolepsie sowie durch äußere Einflüsse oder Störungen des Wach-Schlaf-Rhythmus hervorgerufene Schlafstörungen), Parasomnien (z. B. Schlafwandeln) und Schlafstörungen infolge von körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen (sekundäre Insomnien).

Frauen und alte Menschen sind insgesamt unzufriedener mit ihrer Schlafqualität. Frauen leiden zu 8% und Männer zu 3% an starken Schlafstörungen. Die Prävalenz starker Schlafstörungen nimmt mit dem Alter stark zu und steigt bei Frauen von 2,5% und Männern 0,7% in der Altersgruppe der 20-29-Jährigen bis auf rund 13% der Frauen und 5% der Männer in der Altersgruppe von 70 bis 79 Jahren. Nur bei einem vergleichsweise geringen Teil liegen spezifische schlafmedizinische Erkrankungen vor (z. B. Restless-Legs-Syndrom, Schlafapnoe). Als Risikofaktoren für chronische Schlafstörungen werden der Gebrauch von Medikamenten, Drogen oder Alkohol, Suchterkrankungen, mangelnde Schlafhygiene, Schichtarbeit, psychische Erkrankungen (v. a. Depression), bestimmte körperliche Erkrankungen sowie Bewegungsmangel angegeben.

Zur Behandlung ist der kurzfristige Einsatz von Schlafmitteln geeignet, wobei die Wirksamkeit über die Dauer von drei bis vier Wochen hinaus nicht belegt ist. Daher wird bei Schlaf-

---

störungen eine Dauerverordnung von Hypnotika als uneffektiv und fehlindiziert eingeschätzt (Penzel et al. 2005). Vielmehr kann die längerfristige Einnahme von Schlafmitteln aufgrund der körperlichen Gewöhnung wiederum zu verschiedenen Schlafstörungen führen. Genannt werden vor allem die Rebound-Insomnie, welche auch bei Gesunden nach mehrtägiger Einnahme von Benzodiazepinen auftritt sowie das Wiederkehren der Ausgangsbeschwerden, welche eine weitere Einnahme von Schlafmitteln aufrechterhalten. Hinzu kommen Schlafstörungen im Zusammenhang mit weiteren Symptomen wie z. B. Angst, Depressionen und Zittern im Rahmen eines Entzugssyndroms, sowie das Auftreten von besonders heftigen (Alb-)Träumen (REM-Rebound) in der Absetzphase (Poser & Dieterich 2003).

In einer Studie zur Versorgung von Schlafstörungen in Allgemeinarztpraxen fanden sich in relativer Übereinstimmung mit anderen Studien bei rund 26% der Patienten/-innen Schlafstörungen (nach DSM IV). Frauen waren auch hier häufiger betroffen als Männer (29,7% vs. 21,8%). Mehr als zwei Drittel litten unter chronischen Schlafstörungen. Insgesamt wurden 72% der Schlafstörungen vom Hausarzt erkannt, wobei die spezifische Diagnoserate der verschiedenen Formen der Schlafstörungen bei etwa 54% lag. Vermutet wird, dass hier teilweise komorbide Erkrankungen vorlagen (19%), bei denen die Schlafstörungen möglicherweise nicht gesondert als Diagnose aufgeführt wurden und dass primäre Schlafstörungen häufig nicht gegenüber anderen Formen von Schlafstörungen abgegrenzt wurden. Die Behandlung erfolgte in über 50% der Fälle medikamentös (häufig kombiniert mit Beratung), wobei die Häufigkeit der Benzodiazepinverordnungen im Vergleich zu einer früheren Studie aus dem Jahr 1995 deutlich niedriger ausfiel. Die Mehrzahl der befragten Hausärzte/-innen schätzte die Bedeutung psychotherapeutischer Verfahren als hoch ein, aber nur 10% der Patienten hatten oder haben ein entsprechendes Angebot in Anspruch genommen (Wittchen, Krause, Hofler, Pittrow, Winter, Spiegel, Hajak, Riemann, Steiger, & Pfister 2001).

Als Alternative zur medikamentösen Behandlung von Schlafstörungen werden kognitiv-verhaltentherapeutische Methoden mit geringem Sitzungsumfang vorgeschlagen, deren Wirksamkeit bei primären Schlafstörungen ohne schwerwiegenden schlafmedizinischen Hintergrund belegt wurde. Eine solche Behandlung stünde allerdings derzeit den meisten Patienten/-innen nicht zur Verfügung. Die in den letzten Jahren verstärkt entstandenen schlafmedizinischen Zentren wären angesichts der Häufigkeit von Schlafstörungen in der Bevölkerung derzeit nicht in der Lage den Bedarf zu decken. Eine adäquate Versorgung im primärärztlichen Bereich wird als praktikabel eingeschätzt (Penzel et al. 2005).

## **Schmerzen**

Mit dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde erstmals auch eine repräsentative Erhebung zur Prävalenz unterschiedlicher Schmerzerkrankungen in der Deutschen Bevölkerung durchgeführt. Bei allen erfragten Schmerzarten und in allen Altersgruppen zwischen 18 und 80 Jahren zeigen Frauen höhere Prävalenzraten als Männer. Dabei überwiegen bei Frauen bis zum Alter von 40 Jahren Kopfschmerzen, während bei Männern Rückenschmerzen die häufigste Schmerzform darstellen. Mit Ausnahme der Kopfschmerzen nehmen alle

---

Schmerzarten mit dem Alter zu. Darüber hinaus zeigen sich bei den Schmerzlokalisationen sowie der angegebenen Schmerzintensität deutliche Zusammenhänge mit den sozialen Schichten. Kopfschmerzen sind als einzige in der Oberschicht häufiger als in der Mittel- und Unterschicht. Die angegebene Häufigkeit und Stärke von unterschiedlichen Schmerzen nimmt jedoch mit steigendem Sozialstatus ab. Frauen der Unterschicht geben am häufigsten starke Schmerzen an (Bellach, Ellert & Radoschewsky 2000). Laut dem auf der gleichen Datengrundlage veröffentlichten Bericht des Robert Koch-Instituts über chronische Schmerzen gehören wiederkehrende oder ständig vorhandene Kopf-, Nacken-, Rücken- oder auch Nervenschmerzen (Diemer & Burchert 2002) zu den bevölkerungsbezogen besonders relevanten chronischen Schmerzen.

### **Kopfschmerzen**

Bei den primären Kopfschmerzerkrankungen (Migräne, Spannungskopfschmerz, Clusterkopfschmerz) besteht typischerweise kein pathologischer Befund. Zu den sekundären Kopfschmerzerkrankungen zählt der medikamenteninduzierte Dauerkopfschmerz. Die 7-Tage-Prävalenz von Kopfschmerzen beträgt bei Frauen rund 36% und bei Männern 22%. Im Laufe eines Jahres leiden etwa 67% der Frauen und 52% der Männer unter Kopfschmerzen. Insgesamt nimmt die Häufigkeit von Kopfschmerzen mit dem Alter ab. Spannungskopfschmerzen treten bei über 38% der Bevölkerung episodisch sowie bei 3% chronisch auf. Für Migräneerkrankungen wird eine Lebenszeit-Prävalenz von 17% angegeben. Frauen sind hiervon bis zu dreimal häufiger als Männer betroffen. Die höchste Prävalenz für Migräne findet sich in den Altersgruppen zwischen 40 und 49 Jahren, die Erkrankungshäufigkeit nimmt allerdings mit zunehmendem Alter ab. Darüber hinaus gibt es wiederum Hinweise, dass Personen mit höherer Schulbildung häufiger unter Migräne leiden. Clusterkopfschmerzen sind mit einer Prävalenz von 0,1% der Bevölkerung dagegen selten. Von diesen Beschwerden sind als einziger Kopfschmerzerkrankung Männer achtmal häufiger als Frauen betroffen.

Medikamenteninduzierte Dauerkopfschmerzen können in der Folge von falscher Behandlung oder durch Selbstmedikation entstehen. Es wird angenommen, dass alle zur Akutbehandlung eingesetzten Schmerzmittel einen medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz hervorrufen können, wenn sie öfter als an zehn Tagen im Monat eingenommen werden. Der Gebrauch von Kombinationsanalgetika wird in Hinblick auf eine Gewöhnung besonders kritisch bewertet (Diemer & Burchert 2002). Allerdings sind Dauerkopfschmerzen eher selten, wenn Analgetika aufgrund anderer Indikation, z. B. bei rheumatischen Erkrankungen oder chronischen Rückenschmerzen, eingenommen werden (Haag, Baar, Grottemeyer, Pfaffenrath, Ribbat & Diener 1999). Nach Schätzungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft leiden 5-10% der Patienten aus spezialisierten Praxen oder Kliniken unter medikamenteninduziertem Kopfschmerz. Dieser tritt häufig im Alter zwischen 40 und 50 Jahren auf. Die vorhergehende Entwicklung verläuft schleichend über viele Jahre, in denen zunächst die Medikamenteneinnahme gesteigert wird, bis nach längerem Über-

---

gebrauch die Kopfschmerzen medikamentös nicht mehr zu beeinflussen sind (Diemer & Burchert 2002). Eine epidemiologische Studie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft konnte belegen, dass Frauen mit einer Prävalenz von 1,4% fünfmal häufiger als Männer von dieser Kopfschmerzform betroffen sind und dass die Häufigkeit im Alter abnimmt (Haag et al. 1999; Evers 2005). Die einzig sinnvolle Behandlung eines medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzes besteht in einem Entzug (Poser et al. 2006). Etwa 70% der Patienten sind nach dem Medikamentenentzug frei von Dauerkopfschmerzen oder leiden nur noch unter gelegentlichen Migräneattacken während 30% rückfällig werden (Haag et al. 1999).

Die Erreichbarkeit und Versorgung von Kopfschmerzpatienten/-innen in Deutschland ist ebenfalls verbesserungsbedürftig. Fast die Hälfte aller Betroffenen begibt sich nie in ärztliche Behandlung, wodurch ein besonderes Risiko durch Selbstmedikation besteht. Darüber hinaus wird vermutet, dass Therapieleitlinien zu den verschiedenen Kopfschmerzkrankungen bisher nicht ausreichend umgesetzt und die Symptomatik des medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzes nicht ausreichend bekannt ist. In Deutschland sind bisher nur wenige Schmerzkliniken und etwa vierzig Schwerpunktpraxen auf Kopfschmerz spezialisiert, weshalb eine größere Versorgungsdichte und eine breitere Anwendung des verfügbaren Wissens gefordert werden (Diemer & Burchert 2002).

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass Kopfschmerzen eine der Hauptindikationen im Bereich der Selbstmedikation darstellen. Kopfschmerzen werden von 10,5% der Frauen und 7,3% der Männer als Grund für die Einnahme rezeptfreier Medikamente angegeben, wobei Frauen relativ gesehen häufiger zusätzlich weitere ärztlich verordnete Medikamente angeben (Zok 2006). Den Apotheken kommt somit als gesetzlich vorgeschriebenen Verkaufsstellen dieser Arzneimittel eine besondere Verantwortung bei der Beratung und Versorgung von Kopfschmerzpatienten/-innen zu (Janhsen & Hoffmann 2002; Janhsen 2005).

## **Rückenschmerzen**

Insgesamt leiden Frauen häufiger als Männer an Kreuz- und Rückenschmerzen sowie häufiger an starken Rückenschmerzen. Im Laufe eines Jahres berichten 62% der Frauen und 56% der Männer Schmerzen im Rücken (Diemer & Burchert 2002). Insgesamt 85% der Rückenschmerzen sind unspezifisch, d.h. es liegt den Beschwerden keine feststellbare körperliche Ursache zugrunde. Dennoch ist wissenschaftlich akzeptiert, dass die Betroffenen tatsächlich Schmerzen und Einschränkungen erleiden und sich diese nicht einbilden. Ein Viertel der Patienten/-innen leidet unter chronischen Rückenschmerzen. Die überwiegende Zahl der Rückenschmerzkranken nimmt das Gesundheitswesen kontinuierlich in Anspruch. Frauen sind häufiger und schwerer betroffen als Männer. Zwischen dem Alter und dem Ausmaß der Beschwerden scheint jedoch kein direkter Zusammenhang zu bestehen. Bei Menschen mit geringerem Einkommen besteht ein höheres Chronifizierungsrisiko. Darüber hinaus wird für geschiedene oder verwitwete Betroffene ohne Kinder ein verdoppeltes Risiko für chronische Rückenschmerzen berichtet. Insgesamt werden psychosoziale und ver-

---

haltensmedizinische Faktoren als entscheidend für die Entstehung chronischer Rückenschmerzen beurteilt (Göbel 2001).

Nach Ausschluss spezifischer Ursachen stehen die körperliche Mobilisierung und die Behandlung der gestörten körperlichen, psychischen und sozialen Funktionen sowie die Arbeitsplatzsituation im Vordergrund der Behandlung. Psychosoziale Belastungen, wie beruflicher und familiärer Stress, Störungen des seelischen Gleichgewichts oder Depressionen können die Entstehung von Rückenschmerzen beeinflussen. Andererseits ziehen chronische Schmerzen auch psychosoziale Folgen nach sich. Da chronische Schmerzen als biopsychosoziale Erkrankungen anzusehen sind, sind Behandlungen, die sich nur den körperlichen Symptomen widmen, nicht ausreichend. Weniger als 5% der chronischen Schmerzpatienten erhalten eine Psychotherapie, weniger als 1% werden in eine Schmerzambulanz überwiesen. Die Patienten/-innen wechseln oft jahrelang die Ärzte/-innen und unterziehen sich ohne Erfolg unterschiedlichen Therapien (Diemer & Burchert 2002). Die aktuelle Behandlungspraxis berücksichtigt die multifaktoriellen Entstehungsbedingungen nicht ausreichend, wodurch hohe Behandlungskosten bei geringer Behandlungseffektivität entstehen (Göbel 2001). Vor dem Hintergrund der zunehmenden Indikationsausweitung bei der Verordnung von opioiden Schmerzmitteln ist hier möglicherweise auch besondere Aufmerksamkeit für Entwicklungen in Richtung Missbrauch und Abhängigkeit geboten.

Anders als bei anderen legalen und illegalen Suchtmitteln muss bei Medikamenten der Kontext der medizinischen Behandlung und Versorgung berücksichtigt werden. Generell stellt sich bei jeglicher medikamentöser Behandlung die Frage nach dem therapeutischen Nutzen einerseits und möglichen Risiken durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen andererseits. Der theoretische Nutzen einer Behandlung ist dabei auch von den möglichen, verfügbaren Alternativen sowie ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit abhängig. Dieser Abwägungsprozess stellt letztlich – neben allen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien – immer auch eine individuelle Einzelfallentscheidung dar, die von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird. Hierzu gehören Wissen, Einstellungen, Behandlungs- und Gesprächskompetenz auf Seiten der behandelnden Ärzte/-innen, Wissen und Einstellungen auf Seiten der Patienten/-innen, theoretische und praktische Verfügbarkeit von (Be-)Handlungsalternativen sowie individuelle und gesellschaftliche psychosoziale Bedingungen.

Zusammenfassend ist aus diesem Abschnitt festzuhalten, dass die Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen, Schlafstörungen und Schmerzkrankungen sowie die Versorgungsstruktur bislang Defizite aufweisen, die den problematischen Konsum von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln ganz im Sinne der langjährigen Kritik zahlreicher Autoren/-innen als Fehlbehandlung sowie als Kompensation fehlender Hilfeangebote erscheinen lassen. Aktuell steigende Versorgungsraten durch eine größere Aufmerksamkeit und Akzeptanz für die verschiedenen Erkrankungen lassen bis zu einem gewissen Maß hoffen, dass diese auch einen positiven Einfluss auf die Häufigkeit von Medikamentenproblemen haben könnten. Dies wird allerdings nur unter der Voraussetzung gelingen, dass die Versorgungsangebote auch qualitativ weiterentwickelt werden.

---

### 2.4.3 Komorbidität bei Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

Während Rausch- oder Substitutionskonsum von Medikamenten eher bei Hochdosisabhängigen auftritt, sind bei der großen Zahl von Niedrigdosisabhängigen gesundheitliche Beschwerden (v. a. Angst, Depressionen, Schlafstörungen, psychosomatische Beschwerden, Schmerzen) der Ursprungsanlass für den Medikamentenkonsum (Elsesser & Satory 2001), d. h. dass die Beschwerden dem Medikamentenmissbrauch vorausgehen und seltener (wie bei Alkoholabhängigen) die Folge des Substanzmissbrauchs sind (vgl. Moggi & Donati 2004). Bei Menschen mit Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit wird insgesamt eine hohe Komorbidität berichtet. Zum Zusammenhang von Medikamentenproblemen mit anderen Erkrankungen liegen allerdings nur wenige systematische Studien vor (Kolip & Glaeske 2004). Im Hinblick auf die Verordnungspraxis wurde die Angemessenheit der jeweiligen medikamentösen Behandlung bereits von zahlreichen Autoren/-innen kritisch hinterfragt. Häufig kritisiert wurde insbesondere die Verordnung von Benzodiazepinen bei eher unspezifischen Beschwerden - wie z. B. Benommenheit, Abgespanntheit, Nervosität, Apathie, traurige Verstimmung, Konzentrationsschwierigkeiten, Angst, innere Unruhe, Schlafstörungen, Kreislaufprobleme, Kopf- und Rückenschmerzen - die unter dem mittlerweile an sich obsoleten Begriff der vegetativen Dystonie (vgl. Poser 2002) oder wegen ihrer Häufigkeit bei Frauen unter dem Begriff des Hausfrauensyndroms (Vogt 1985) gefasst wurden. Darüber hinaus trat Medikamentenabhängigkeit nach Angaben von Poser & Poser (1996) häufig als Folge von Fehldiagnosen und -behandlungen von Depressionen auf, weil hier Beruhigungsmittel gegen die begleitenden Angst- und Unruhezustände, Schlafmittel zur Behandlung der depressionstypischen Schlafstörungen sowie Analgetika gegen depressive Schmerzzustände verordnet wurden. Aufgrund des steigenden Bewusstseins über die Häufigkeit von Depressionen und ihre Erscheinungsbilder sowie veränderter Verordnungszahlen ist anzunehmen, dass Depressionen heute zunehmend indikationsgerecht mit Antidepressiva behandelt werden. Beruhigungsmittel dienen hier vor allem zu Beginn der Behandlung zur Überbrückung, bis die verzögert einsetzende Wirkung der Antidepressiva greift (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1997).

Melchinger, Schnabel & Wyns (1992) werteten in einer Studie zur Verordnung von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial (Psychopharmaka, Analgetika, Hypnotika/Sedativa, Hustenmittel, Migränemittel sowie andere Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial) Verordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung aus und verglichen diese mit den bei der Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung vorliegenden Behandlungsscheinen. Zum damaligen Zeitpunkt bezogen sich 73,4% aller Verordnungen der untersuchten Medikamentengruppen auf Benzodiazepine und benzodiazepinhaltige Kombinationspräparate. Der Abgleich zeigte, dass sich bei über einem Drittel der Patienten mit Langzeitverordnungen dieser Medikamente unter den Behandlungsscheindiagnosen überhaupt keine Hinweise auf Befindlichkeitsstörungen oder psychiatrische Krankheitsbilder fanden. Weiter fanden bei weniger als 20% aller Patienten mit Langzeitverordnungen zusätzlich diagnostisch-therapeutische Beratungsgespräche oder psychotherapeutische Hilfen statt. Auch in aktuellen Auswertungen von Verordnungsdaten wird die verbreitete Langzeit-

---

verordnung von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial nach wie vor festgestellt (Janhsen & Glaeske 2002).

Im Arzneimittel-Survey 1998 (Knopf & Melchert 2003) wurde die Anwendung von benzodiazepin- und/oder barbitursäurehaltigen Präparaten im Zusammenhang mit Indikationen nach dem ICD 9 Revision ausgewertet. Die Gebrauchsprävalenz bei diesen Arzneimitteln betrug bei den Frauen 4,2% und bei den Männern 2,0%. Fast 80% der Anwender/-innen haben diese Medikamente drei Monate und länger täglich angewendet, insbesondere in den Altersgruppen über 50 Jahren. Bei den ausgewerteten Indikationen war der Anteil der Klasse „Symptome, Zeichen und ungenau bezeichnete Zustände“ mit 85,9% auffällig hoch. Im Einzelnen wurden hier Schlafstörungen von etwa 50%, sowie Erregungs- und Spannungszustände, innere Unruhe und Nervosität von etwa 26% der Anwender/-innen genannt. Erst mit deutlichem Abstand wurden Indikationen der ICD-Klasse „Psychische Krankheiten“ genannt (11,3%). Depressionen wurden nur in 6,4% der Fälle angegeben, was für eine Veränderung der Verordnungsgewohnheiten gegenüber früheren Surveys in Richtung Antidepressiva spricht. Andere psychische Erkrankungen bzw. psychische Stabilisierung spielen eine eher untergeordnete Rolle.

Der Gebrauch opioidhaltiger Schmerzmittel wurde ebenfalls im Zusammenhang mit Behandlungsindikationen ausgewertet. Entsprechende Arzneimittel wurden von 1,2% der Männer und 1,7% der Frauen in den letzten sieben Tagen vor der Befragung angewendet. Der Gebrauch steigt erst ab dem Alter von 70 Jahren stärker an. 62% der genannten opioidhaltigen Schmerzmittel wurden von den Anwendern drei Monate und länger eingenommen, mehr als die Hälfte der täglichen Anwender (65,5%) gehörten ebenfalls zu den Dauerkonsumenten. Ein Vergleich mit den Indikationen und Angaben zur Schmerzintensität führte hier allerdings zu der Vermutung, dass der Gebrauch dieser Medikamente überwiegend indikationsgerecht geschieht (Knopf & Melchert 2003).

Von der anderen Seite her betrachtet belegen eine Reihe von Studien, dass die Prävalenz von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit bei bestimmten Patienten/-innengruppen erhöht ist. So stellten Wolf, Grohmann, Mössner, Poser, Rüter & Schmidt (1994) bei mehr als der Hälfte der medikamentenabhängigen Patienten/-innen eine weitere psychiatrische Haupterkrankung fest. Umgekehrt wurden in den untersuchten Kliniken bei Patienten/-innen mit Angststörungen bei 17,7% Benzodiazepinmissbrauch oder -abhängigkeit diagnostiziert. Die häufigsten Erkrankungen bei Medikamentenabhängigen sind Angst- und Panikerkrankungen (31-43%), Depressionen (20-33%) und Schlafstörungen (35%) sowie polyvalenter Konsum mit Alkohol (16-53%) (Elsesser & Satory 2001).

Nach Einschätzung von Ellinger-Weber & Nette (1992) werden in Suchthilfeeinrichtungen vor allem junge Hochdosisabhängige sowie solche mit Mischkonsum (mit Alkohol oder illegalen Drogen) behandelt. Für die darüber hinaus verbleibende Gruppe der Niedrigdosis-Medikamentenabhängigen wird angenommen, dass diese meist wegen psychischer oder psychosomatischer Beschwerden in psychosomatischen Kliniken oder Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden. In einer Befragung von Sucht- und psychosomatischen Kliniken

---

ergaben sich Anteile von 5,8% primär Medikamentenabhängigen in den psychosomatischen Kliniken und von 6,6% in den Suchtfachkliniken (Ellinger-Weber & Nette 1992). In die gleiche Richtung weisend stellten Zielke und Lieb (1992) in einer psychosomatischen Fachklinik bei jeweils rund 5% der Patienten/-innen mit den Hauptdiagnosen „Neurose“ und „funktionelle Störung“ einen Medikamentenmissbrauch fest. Weitere Angaben zur Prävalenz von Medikamentenabhängigen in psychiatrischen Kliniken schwanken zwischen 2,4% und 18,5% (Poser et al. 2006).

Bei Schmerzpatienten ist die Prävalenz von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit aus den vorliegenden Daten schwer abzuschätzen. Allerdings zeigen die Erhebungen aus dem „Frühwarnsystem zur Erfassung von Veränderungen der Missbrauchsmuster Chemischer Substanzen in der Bundesrepublik Deutschland“ (FWS), dass 6% der seit 1976 erfassten Suchtpatienten/-innen zuvor wegen Schmerzen verschiedener Art behandelt worden waren. Bei etwa dreiviertel dieser Gruppe wird ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Schmerztherapie und Abhängigkeit angenommen (Keup 2004). Darüber hinaus leiden einer Schätzung der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft zufolge 5-10% der Patienten/-innen aus spezialisierten Schmerzpraxen oder -kliniken unter einem medikamenteninduziertem Kopfschmerz (Diemer & Burchert 2002).

Insgesamt ist davon auszugehen, dass auch bei Aufnahme in eine stationäre Behandlung Missbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten oft hinter der einweisungsveranlassenden gesundheitlichen Krise verborgen bleibt und nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt entdeckt wird. So finden sich entsprechende Diagnosen in den offiziellen Krankenhausstatistiken nur zu einem verschwindend geringen Anteil wieder (Soyka et al. 2005). Im Bereich der bei dieser Thematik vermutlich stärker sensibilisierten Suchtfachkliniken wurden bereits Screeningverfahren entwickelt, die einen Medikamentenmissbrauch bei Patienten/-innen mit einer anderen substanzbezogenen Hauptdiagnose erfassen. Mit Hilfe entsprechender Verfahren stellten Watzl et al. 1991 bei knapp 40% der Patienten/-innen von Suchtabteilungen einen primären, sekundären oder polytoxikomanen Medikamentenmissbrauch fest. Mit einem anderen Screeningverfahren diagnostizierten Funke & Schmitz (2004) bei 13% der Patienten/-innen in einer Stichprobe in stationärer Suchtrehabilitation einen problematischen Medikamentenkonsum. Mit Hilfe der Eingangsuntersuchung konnten so etwa doppelt so viele Personen identifiziert werden, wie ohne ein entsprechendes Verfahren in der Anamnese aufgefallen waren. Schuhler, Martin, Wagner, Höfer & Werner (1997) berichten einen Anteil von einem Viertel der Patienten/-innen in untersuchten psychosomatischen Kliniken mit behandlungsbedürftigen Alkohol- oder Medikamentenproblemen. In einer Studie in einem Lübecker Allgemeinkrankenhaus konnte mit verschiedenen Screeningverfahren ein Anteil von 6,7% der befragten Patienten/-innen mit problematischem Medikamentenkonsum identifiziert werden. Für insgesamt 4,4% der Befragten wurde eine Abhängigkeitsdiagnose gestellt. Von diesen wiesen 30,6% eine Angststörung, 22,2% eine affektive Störung, 38,9% eine andere substanzbezogene Störung und 38,6% keine komorbide Störung auf (Rumpf, Bischof, Fach & Schmidt 2005). Zusammenfassend belegen diese Ergebnisse, dass die Prävalenz von Medikamentenmissbrauch bzw.

---

-abhängigkeit in verschiedenen Behandlungseinrichtungen höher ist, als es die jeweiligen Diagnosestatistiken vermuten lassen. Auf die standardmäßige Anamnese eines möglicherweise problematischen Medikamentengebrauchs sollte in stationären Einrichtungen aller Art mehr Sorgfalt verwendet werden.

Wie in den vorangegangenen Ausführungen deutlich wurde, liegen dem Medikamentengebrauch zunächst Befindensstörungen, Beschwerden und Erkrankungen zugrunde. Als weitere Faktoren kommt die Bewältigung von Belastungen in Erwerbsarbeit, Familie und Partnerschaft hinzu. Die Verfügbarkeit von (Be-)Handlungsalternativen ist durch Faktoren auf Seiten der Patienten/-innen und Behandler/-innen - wie Wissen, Bereitschaft, Kommunikations- und Handlungskompetenz - sowie auf Seiten der strukturellen Rahmenbedingungen bestimmt. Das folgende Kapitel wird nun unterschiedliche Ansatzpunkte in diesem komplexen Bedingungsgefüge aufgreifen.

### **3 Handlungsansätze in der Gesundheitsversorgung**

Die Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland setzt sich aus den Komponenten Prävention, Beratung und Behandlung, Nachsorge und Selbsthilfe zusammen. Durch die bestehenden Angebote werden Medikamentenabhängige bisher nicht ausreichend angesprochen und erreicht. In der professionellen Suchtkrankenhilfe spielt die Behandlung von Medikamentenabhängigen eine untergeordnete Rolle. Bei der Bewilligung ambulanter und stationärer Entwöhnungsbehandlungen liegen diese jeweils bei unter 1% der Gesamtbewilligungen (Leune 2001). Bei der Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Behandlungen ergibt sich ein Geschlechterunterschied. Frauen nutzen relativ gesehen eher ambulante Behandlungen als Männer (Müller-Farnow et al. 2002). Dies wird auch damit begründet, dass Frauen oft die Betreuung der Familie obliegt und sie deshalb besonders ungern längere Zeit von zu Hause wegbleiben. Nach Hochrechnungen aus ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen für Deutschland wurden für das Jahr 2000 insgesamt 2100 Behandlungsfälle geschätzt (Welsch 2002). Hiermit wurden Medikamentenabhängige in der Suchtkrankenhilfe sogar noch seltener behandelt, als die erheblich weniger häufigen Abhängigkeiten von illegalen Drogen einschließlich Cannabis. Auch in der Sucht-Selbsthilfe sind Medikamentenabhängige laut verbandsübergreifender Statistik 2003 der fünf Abstinenz- und Sucht-Selbsthilfeverbände mit 2,7% der abhängigen Gruppenteilnehmer/-innen unterrepräsentiert.

Die Entstehungszusammenhänge und Verläufe von Medikamentenmissbrauch unterscheiden sich in vielen Punkten von denen anderer legaler und illegaler Drogen. Der Gebrauch von Medikamenten hängt überwiegend mit bestimmten Beschwerden und Erkrankungen zusammen und dient der Linderung von Leiden sowie der Wiederherstellung und Aufrechterhaltung von Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit. Als ein wesentliches Hemmnis der Erreichbarkeit von Menschen mit Medikamentenproblemen wird immer wieder darauf verwiesen, dass die Entwicklung von Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit in den meisten Fällen über lange Jahre relativ unauffällig verläuft, was ein Erkennen und Ansprechen des Konsums erschwert. Deutliche soziale Auffälligkeiten, z. B. durch Gesetzeskonflikte, Probleme am Arbeitsplatz oder im sozialen Umfeld entwickeln sich meist erst zu einem sehr späten Zeitpunkt. Unterschiedliche Konsummuster (Hoch- und Niedrigdosis Konsum), spezifische Erkrankungen (Schmerzmittel oder Beruhigungsmittel) und Formen von ausschließlichen, wechselndem oder gleichzeitigem Konsum von Alkohol bedingen zusätzliche Unsicherheiten beim Erkennen entsprechender Probleme durch Außenstehende. Der Missbrauch selbst ist also schwer zu fassen. Dies lenkt den Blick auf die Ausgangsbeschwerden zurück. Über psychische Beschwerden und private Sorgen sprechen Frauen zwar grundsätzlich eher als Männer. Dennoch handelt es sich hier für beide um sensible Auskünfte, die häufig mit Scham besetzt sind. Hilfen werden oft erst dann aktiv aufgesucht, wenn die Symptome oder die Überforderung (fast) nicht mehr bewältigt werden können. Ein entstigmatisierender Umgang mit psychischen und psychosomatischen Störungen, die Anerkennung ihrer verbreiteten Bedingtheit in biografischen oder aktuellen Belastungssituationen sowie des Medikamentenmissbrauchs als (missglücktem) Bewältigungsversuch eröffnet

---

hier möglicherweise einen Weg, dem verborgenen Medikamentenkonsum einen Teil der Notwendigkeit zu entziehen.

Ausgehend von der anfänglich geschilderten Situation ging eine Befragung von Expertinnen im Rahmen eines Projektes zur Förderung der Selbsthilfe für medikamentenabhängige Frauen unter anderem der Frage nach, wo und wie medikamentenabhängige Frauen zu erreichen sind (Mohn 2005). Nach Aussagen der Befragten aus Suchtberatung, -behandlung und -selbsthilfeunterstützung funktioniert das Ansprechen von Tablettenkonsumentinnen eher über ‚Information‘ als über ‚Sucht‘ und zwar über die Symptome, wie z. B. Schlafstörungen, Unruhe, Ängste oder Schmerzen. Empfohlen wurden niederschwellige, störungsbezogene Angebote, wie z. B. Indikationsgruppen zu Schlafstörungen oder Ängsten, die bei den meisten Medikamentenabhängigen der Abhängigkeit vorausgegangen waren. Bei derartigen Angeboten steht das Thema Abhängigkeit im Hintergrund. Darüber hinaus wurde darauf verwiesen, dass Informationen über spezifische Medikamente und deren Nebenwirkungen vorhanden sein sollten. Als hilfreich zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit wurden vor allem einfach zugängliche Information über Medikamente sowie Aufklärungsarbeit durch Veröffentlichungen, Berichte und Broschüren erachtet. Teilweise werden Frauen mit Medikamentenproblemen offenbar auch durch unverbindlichere Angebote, wie z. B. Informationsveranstaltungen zu Medikamentenwirkungen und -wirkungsverlust sowie über pflanzliche und sonstige Alternativen zu Tabletten erreicht.

Darüber hinaus wurde auf die erforderliche - wenn auch in der Praxis oft schwierige - Ansprache von und Vernetzung mit Einrichtungen außerhalb der Suchtkrankenhilfe hingewiesen. Informationsarbeit muss lebensweltbezogen sein. Als Einrichtungen und Institutionen, mit denen Frauen vermehrt Kontakt haben, wurden Schulen, Kindergärten und (frauen-)ärztliche Praxen angeführt. Hervorgehoben wurden darüber hinaus auch die Kurhäuser der Müttergenesung, in welchen immer wieder Frauen mit Medikamentenproblemen auffallen, die nie Kontakt zur Suchtkrankenhilfe hatten. Schließlich wurde für sinnvoll erachtet, regional verankerte Anlaufstellen aufzubauen, die in erster Linie Informationsvermittlung und Weiterleitung an geeignete Gruppen oder Einrichtungen leisten können. Diese Stellen müssen nicht zwingend im Suchthilfebereich angesiedelt sein (z. B. Gesundheitsämter, Selbsthilfekontaktstellen, Frauenberatungsstellen etc.). Es wird vermutet, dass sich ein „Sog“ entwickle bzw. entsprechende Aktivitäten vor Ort auch begleitet werden können, wenn Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit als Thema in einer Beratungsstelle oder Institution verankert ist. Aufgrund der Symptome und Erkrankungen der Betroffenen und der damit einhergehenden Bindung an das Medizinsystem wurden jedoch auch Ärzte/-innen als wesentliche Anlaufstellen für betroffene Frauen gesehen (ebd.).

Resümierend legt der Bezug zu Gesundheits- bzw. Krankheitshandeln nahe, sowohl den angemessenen Gebrauch entsprechender Mittel als auch die vorhandenen Risiken als Querschnittsthema im Rahmen von Gesundheitsversorgung und komplementären Angeboten aufzugreifen. Dabei wird zum einen die Annahme zugrunde gelegt, dass Informationen und verhaltensbezogene Angebote zur angemessenen Bewältigung und Behandlung der genannten Erkrankungen einen präventiven Einfluss auf Missbrauch und Abhängigkeit von

---

Medikamenten haben können. Zum anderen ermöglichen erst verfügbare Kenntnisse eine Weitervermittlung in passende Angebote. Umgekehrt muss im Rahmen von Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe der Erkrankungshintergrund angemessen berücksichtigt werden, welcher die Medikamenteneinnahme legitimiert und einen zentralen Aspekt bei der Aufrechterhaltung des Konsums sowie der Rückfallgefährdung darstellt. Die häufig vorzufindende, mehr oder weniger strikte Abgrenzung der Bereiche ‚Gesundheit‘, ‚Psychosomatik‘ und ‚Sucht‘ ist in Bezug auf Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit nicht aufrecht zu erhalten. Eine Sensibilisierung von Fachpersonen und der breiten Öffentlichkeit zum Thema Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit kann allerdings nur dann zu einer erfolgreichen Hilfe für die Betroffenen führen, wenn dementsprechend qualifizierte und ausgewiesene Angebote zur Verfügung stehen, die den besonderen Anforderungen und Problemstellungen dieses Personenkreises gerecht werden. Dies ist nach dem derzeitigen Kenntnisstand nur sehr bedingt der Fall. Aus diesem Grund ist eine (Weiter-)Entwicklung und Akzentuierung von angemessenen Hilfeangeboten besonders zu fördern.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich zunächst auf Defizite und Maßnahmen, die Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten auf unterschiedlichen Ebenen aufgreifen, bevor in den Kapiteln 4. und 5. auf die spezifischen Zielgruppen sozial benachteiligter Frauen und alter Menschen eingegangen wird. Diskutiert werden bevölkerungsbezogene Maßnahmen, die Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten sowie speziell Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit berücksichtigen sowie Ansätze, die sich an Risikogruppen mit spezifischen Erkrankungen sowie Personen mit manifestem Medikamentenmissbrauch richten. Weiter werden Aspekte der Beratung und Behandlung bei Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit dargestellt. Alle Angebote sind mit strukturellen und inhaltlichen Aspekten der Lebens- und Versorgungsverhältnisse eng verzahnt. In Publikationen und auf Fachtagungen ist das Thema Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit bisher deutlich unterrepräsentiert, so dass einzelne Initiativen möglicherweise trotz sorgfältiger Recherche nicht erfasst wurden.

### **3.1 Gesundheitsinformation für Patienten/-innen**

Die Verfügbarkeit, Vermittlung und Aneignung von Gesundheitsinformationen dienen der Förderung gesundheitlicher Kompetenz und Stärkung der Patientensouveränität, wie sie durch das „Forum Gesundheitsziele für Deutschland“ (2003) formuliert werden. Korrekte und verständliche Informationen über Beschwerden, Erkrankungen und den angemessenen Einsatz von Medikamenten stellen neben dieser grundsätzlichen Ebene auch einen ersten wichtigen Ansatzpunkt zur Vermeidung von Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiken dar. Darüber hinaus wenden sich Menschen mit Medikamentenproblemen in der Regel nicht an Angebote, die sich ausgewiesenermaßen auf das Thema Sucht konzentrieren. Vielmehr richtet sich das Interesse neben den ursprünglichen Beschwerden, Erkrankungen und akuten Lebensproblemen auf Informationen zu Medikamenten und ihren Wirkungen als unverbindlichem Anlass zur Kontaktaufnahme.

---

Als Anbieter von Gesundheitsinformationen diskutieren Lerch & Dierks (2001) Ärzte/-innen, Massenmedien, Printmedien und die so genannten Neuen Medien (Internet, Internetberatung, virtuelle Selbsthilfegruppen). Abhängig vom Krankheitszustand, Informationsbedarf und persönlichen Vorlieben und Erfahrungen nutzen für Patienten/-innen vor allem Ärzte/-innen (31%), Broschüren (21%) und das Internet (18%) als Informationsquellen (zu Broschüren vgl. Kapitel 7). Angesichts der unüberschaubaren Vielfalt von Gesundheitsinformationen in Massenmedien, Printmedien und im Internet stellt sich für interessierte Nutzer/-innen vor allem die Frage nach Strategien zur Auswahl und der Qualität der angebotenen Informationen.

Wissenschaftlich geprüfte Gesundheitsinformationen für Patienten/-innen stellen das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG, [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)), die Universität Witten/Herdecke ([www.patientenleitlinien.de](http://www.patientenleitlinien.de)) und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ, [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de)) im Internet zur Verfügung. Das ÄZQ bietet dabei das umfangreichste Angebot. Unter Einbezug von Patientenbewertungen werden u. a. eine kommentierte Linksammlung zu qualitätsbewerteten Informationsangeboten für Patienten zu zahlreichen Erkrankungen, Informationen über Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen, Literaturhinweise für Patienten/-innen und eine Übersicht über Dachverbände und Anlaufstellen der Selbsthilfe und Patientenberatung zur Verfügung gestellt. Aktuell wurden darüber hinaus Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen veröffentlicht (Sänger, Lang, Klemperer, Thomczek & Dierks 2006). Eine Recherche über das alphabetische Register führt unter anderem auch zu Anbietern von Internetinformationen und zu teils kostenfrei bei den jeweiligen Anbietern bestellbaren Materialien über altersbezogene Erkrankungen, Angst/Angststörungen, chronische Schmerzen (Kopf- und Rückenschmerzen), Depressionen und Schlafstörungen, die jeweils auch auf medikamentöse Behandlungsstrategien eingehen. Explizite Informationen zu Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie zu Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit werden zurzeit (Frühjahr 2006) von den beschriebenen Institutionen noch nicht vorgehalten.

Generell kommt dem Internet bei der Suche nach Gesundheits- und Arzneimittelinformationen eine wachsende Bedeutung zu. Neben dem Aspekt der inhaltlichen Qualität ist allerdings auch zu beachten, dass es beim Zugang zu Internetinformationen nach wie vor Unterschiede in Altersstruktur, Geschlecht, Bildung und Einkommen gibt. Internetnutzer sind tendenziell jünger, besser gebildet und männlich. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass bisher unterrepräsentierte Gruppen diese Differenz zunehmend aufholen. Hinzu kommt der Umstand, dass Gesundheitsinformationen aus dem Internet auch durch das soziale Umfeld oder Multiplikatoren/-innen zur Verfügung gestellt werden. Zur Unterstützung des Umgangs mit dem Internet für verschiedene Personengruppen, wie Frauen, ältere Menschen oder chronisch Kranke bieten sich Schulungen zur Internetkompetenz an (vgl. Kapitel 5), die insbesondere für die letzte Zielgruppe z. B. durch Selbsthilfeverbände, Krankenkassen oder Gesundheitsämter angeboten und abgerufen werden können (Schmidt-Kaehler 2003).

Informationen und Materialien über unterschiedliche Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten sowie Orientierungshilfen zu Angeboten der Gesundheitsversorgung (z. B. ärztli-

---

che Behandlung, Psychotherapien, Kuren etc.) für Patienten/-innen vermitteln die Verbraucherzentralen und die zahlreich auf bundes-, landes- und regionaler Ebene tätigen Selbsthilfeverbände und -organisationen (zur Übersicht: Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen NAKOS). Diese bieten zudem häufig auch telefonische oder persönliche Beratung an. Entsprechende Angebote, mit teilweise erkrankungsbezogenen Schwerpunktsetzungen, bietet darüber hinaus ein im Aufbau befindliches Netz nach § 65 b SGB V geförderter, unabhängiger Patienten- und Verbraucherberatungsstellen, welche dazu beitragen, als Ergänzung zu bestehenden Angeboten der Gesundheitsversorgung infrastrukturelle Lücken in der Beratungslandschaft zu schließen, Informationsangebote weiterzuentwickeln und neue Beratungsformen (z. B. E-Mail-Beratung, aufsuchende Beratung) zu erproben (Schaeffer, Dierks, Hurrelmann, Keller, Krause, Schmidt-Kaehler & Seidel 2004). Ein weiteres Modell der Kompetenzförderung für Patienten/-innen stellen die neu entstehenden Patienteninformationszentren (PIZ) dar, welche mit Anbindung an Krankenhäuser oder Kliniken sowohl laiengerechte Informationen, Internetzugang und Literatur zur Verfügung stellen, als auch Patienten/-innen, Angehörige und Interessierte bei der Recherche von Informationen und mittels individueller Beratung durch speziell geschulte Pflegekräfte unterstützen (Brzoska 2006).

Zu einem konkreten Arzneimittel ist, nach den zur Aufklärung über Arzneimittelrisiken verpflichteten Ärzte/-innen und Apotheker/-innen, die Packungsbeilage des Medikaments eine wichtige Informationsquelle. Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) kam zu dem Schluss, dass ein Großteil der Informationen für Verbraucher/-innen nicht lesbar und verständlich ist und hat Kriterien für verbraucherfreundliche Packungsbeilagen formuliert. Befragungen ergaben, dass Patienten/-innen zwischen 98% (teilweise) und knapp 57% (vollständig) die Packungsbeilagen lesen. Menschen mit höherem Alter oder niedrigerem Bildungsstand fühlen sich jedoch häufiger durch die Inhalte verunsichert (Nink & Schröder 2005). Entsprechende Beilagen sollten unter anderem in verständlicher Form über Wirkungen und Risiken informieren und so die korrekte Anwendung unterstützen. Hinweise zu einem vorhandenen Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsrisiko von einzelnen Medikamenten sind dabei obligatorisch. Eine deutliche Kennzeichnung zu Beschränkungen der Einnahmedauer und -menge z. B. bei Kopfschmerzmitteln und Benzodiazepinen könnte hier eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

Arzneimittelinformationen liegen darüber hinaus in großer Zahl und unterschiedlicher Qualität in Buchform vor (z. B. Stiftung Warentest: Bopp & Herbst 2002; 2004) und sind in der Regel nach Indikationsgebieten gegliedert. Hinzu kommen zahlreiche Informationsangebote im Internet, die meist kostenfrei (z. B. [www.netdoktor.de](http://www.netdoktor.de): allgemeine Gesundheitsinformation sowie umfassende Informationen zum Thema Arzneimittel) oder in Teilbereichen kostenpflichtig sind (z. B. [www.stiftung-warentest.de](http://www.stiftung-warentest.de): Datenbank zu rezeptpflichtigen und freiverkäuflichen Medikamenten). Kritisch ist das Internet nicht nur in Bezug auf zahlreiche unseriöse Informationen zu bewerten, sondern auch als kaum kontrollierbare Bezugsquelle für Arzneimittel, weshalb entsprechende Entwicklungen im Hinblick auf Medikamentenmissbrauch größter Aufmerksamkeit bedürfen. Eine Hilfe zur Bewertung von seriösen und

---

unseriösen Arzneimittelinformationen bietet das Informationsblatt „Arzneimittel und Internet“ (Europarat & Bundesministerium für Gesundheit o. J.). Sowohl in den angegebenen Druckwerken als auch Internetangeboten wird auch auf Gewöhnungs- und Abhängigkeitsrisiken der relevanten Medikamente hingewiesen. Gezielte Informationen zu unterschiedlichen Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial werden darüber hinaus von zahlreichen Institutionen und Einrichtungen im Bereich der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe im Internet angeboten (z. B. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: [www.dhs.de](http://www.dhs.de); Ginko e.V. - Landesfachstelle für Suchtprävention NRW: [www.ginko-ev.de](http://www.ginko-ev.de)). Diese Informationen richten sich allerdings im Wesentlichen auf Aspekte der Abhängigkeitsentwicklung, während indikationsbezogene Hinweise weitgehend fehlen.

Eine besondere Form der Arzneimittelinformation stellt die telefonische Beratung dar. Diese Form ermöglicht, Fragen mit Bezug zur eigenen gesundheitlichen Situation ergänzend zur Beratung durch die behandelnden Ärzte/-innen mit ausgebildeten Apothekern/-innen zu klären. Die Schweizerische Medikamenteninformationsstelle (SMI) in Basel hat ihre Anfragen im Hinblick auf Medikamente mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial ausgewertet. Die SMI erhielt insgesamt über 3800 Anfragen in fünf Jahren, wobei fast drei Viertel der Anrufenden Frauen waren. Rund 20% der Anrufe von Frauen und 24% der Anrufe von Männern bezog sich auf Medikamente mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial. Der Anteil der Ratsuchenden, bei denen ein Verdacht auf Missbrauch bestand, betrug etwas mehr als 1%. Die häufigsten dieser speziellen Nachfragen bezogen sich auf Beruhigungsmittel (38%), Schmerzmittel (28%) und Schlafmittel (19%). Inhaltlich richteten sich 58% der Fragen auf Nebenwirkungen, Abhängigkeitsrisiken und Wechselwirkungen, 24% auf die Angemessenheit des Medikaments im Rahmen der Therapie und weitere 20% auf Wirkstoffe, Wirkungsweise und Dosierung. Anfragen an die Informationsstelle erfolgten mit schwankender Frequenz, vor allem wenn Medienberichte über bestimmte Medikamente erschienen waren (Ganguillet 2000). Telefonische Arzneimittelberatung für Patienten/-innen wird in Deutschland durch das Pharmakologische Institut der Universität Dresden sowie im Rahmen eines am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen angesiedelten Projektes, allerdings nur für Versicherte der projektbeteiligten Betriebskrankenkassen, angeboten. Einzelauswertungen von Anfragen zu Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial liegen derzeit nicht vor.

Persönliche Information und Beratung zu Medikamenten mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial wurden bis zu ihrer Auflösung vom Modellprojekt "Medikamente, Frauen, Prävention" in Hamburg (Nette 1989, 1993) und der Berliner Informations- und Beratungsstelle für Frauen und Medikamente "Schwindelfrei" (Latta 1994; Jeuck 1999) angeboten und genutzt. Beide Beratungsangebote wurden in der ehemals bestehenden Form nicht weiterfinanziert. Die Arbeit von „Schwindelfrei“ wird seit dem Sommer 2002 gemeinsam mit einer weiteren Beratungsstelle für abhängige Frauen unter dem neuen Namen „F.A.M. - Frauen, Alkohol, Medikamente & Drogen“ fortgeführt. Ein weiteres Konzept zum Aufbau einer Informations- und Beratungsstelle für Frauen mit Medikamentenproblemen bzw. Medikamentenabhängigkeit in Frankfurt („Frankfurter Medikamentenforum“, Appel & Vogt 1999) wurde

---

mangels finanzieller Förderung gar nicht erst umgesetzt. Gemeinsam war den genannten Einrichtungen sowie dem Frankfurter Konzept u. a. ein niederschwelliges Informations- und Beratungsangebot zu relevanten Medikamenten, welches auch die Möglichkeit eröffnete, Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten anzusprechen. Diese Themen wurden allerdings nicht in den Vordergrund des Informationsangebotes gestellt, wie auch die jeweilige Namenswahl der Einrichtungen zum Ausdruck bringt. Die Beratungsstellenmitarbeiterinnen führten darüber hinaus Fortbildungen für Multiplikatoren/-innen und Berater/-innen auch außerhalb des Suchtbereichs und des regionalen Umfeldes durch. Neben der Information über Erkrankungen und Arzneimittelwirkungen und -risiken durch Printmedien, Internet und Informationsmaterialien bzw. Broschüren ist der telefonischen und persönlichen Beratung ein hoher Stellenwert einzuräumen. Durch derartige Angebote wird ermöglicht, einen unmittelbaren, konkreten Bezug zur persönlichen Situation der Patienten/-innen herzustellen und Unterstützung bei der Planung von Handlungsschritten und gegebenenfalls Verhaltensänderungen zu leisten.

### **3.2 *Medikamente in der (Sucht-)Prävention***

Medikamente dienen der Vorbeugung, Linderung oder Heilung von Krankheiten und somit auch dem Erhalt und der Wiederherstellung der Leistungs- und Handlungsfähigkeit. Wie bereits in Kapitel 2.4.1 ausgeführt, besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Belastungssituationen, Beschwerden und Medikamentengebrauch. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, wie z.B. Programme zur Stressbewältigung oder Schlafförderung, können Alternativen zur Belastungsbewältigung durch Medikamente aufzeigen und trainieren. Dabei werden der angemessene Umgang mit Medikamenten und eine Reflektion des eigenen Verhaltens in diesem Zusammenhang in den gebräuchlichen Programmen in der Regel allenfalls am Rande aufgegriffen. Ein Beispiel hierfür findet sich in einem psychologischen Programm zur Gesundheitsförderung (Franke & Möller 1993), welches dem Thema Medikamentengebrauch eine von zehn Sitzungen widmet. Auch in Suchtpräventionskonzepten werden Medikamente selten und z. T. nur in einem Atemzug mit Alkohol und illegalen Drogen thematisiert. Entsprechende Inhalte sind allerdings nicht übertragbar, weil sich Entstehungsgründe und der Verlauf von problematischem Konsum bei diesen Substanzen von Medikamenten unterscheiden und daher auch unterschiedlich behandelt werden müssen (Nette 1995).

Zur Prävention von schädlichem Medikamentengebrauch bei Kindern und Jugendlichen entwickelte der Arbeitskreis „Frauen und Medikamente“ der Gesundheitskonferenz Münster Handlungsempfehlungen, die insbesondere die unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen von Jungen und Mädchen berücksichtigen sollen. Hervorgehoben wurden hierbei die Bedeutung Mädchenspezifischer Suchtpräventionsmaßnahmen sowie das Aufgreifen des im Vergleich zu Jungen steigenden Medikamentenkonsums von Mädchen ab der Pubertät. Zur Förderung des angemessenen und sparsamen Gebrauchs von Medikamenten in Familien wurde darüber hinaus Informationsmaterial entwickelt und Elterninformationsabende in

---

Kindertageseinrichtungen sowie Familienbildungsstätten geplant (Arbeitskreis „Frauen und Medikamente“ der Gesundheitskonferenz Münster 1999). Die Evaluation eines frühen Lernprogramms zum Thema ‚Rauchen, Alkohol und Medikamentenmissbrauch‘ (Erne, Richter & Ritzel 1977) kam zu dem Ergebnis, das die Einstellungen zu einem sachgerechten Umgang mit Medikamenten durch das Programm positiv beeinflusst werden konnten, während die hiermit zusammenhängenden Konsummuster unverändert blieben. Eine aktuellere deutsche Studie belegte ebenfalls einen positiven Effekt eines standardisierten Sucht-Präventionsprogramms auch im Hinblick auf den Medikamentengebrauch der teilnehmenden Schüler/-innen, wobei sich der Effekt erst im Langzeitvergleich zu einer Kontrollgruppe nachweisen ließ (Mittag & Jerusalem 2000). Insgesamt sind die Erkenntnisse über suchtpräventive Maßnahmen im Bereich Medikamente spärlich. Entsprechend reiht Schmidt (2004) schädlichen Medikamentengebrauch unter denjenigen Präventionsbereichen ein, für welche weitere Daten über Prävalenz, Entwicklungen, Trends und Bedingungsgefüge ermittelt, Zielgruppen und Settings definiert sowie fundierte Konzepte und wirksame Methoden entwickelt werden müssen.

Auch für den betrieblichen Bereich wurde im Jahr 1992 festgestellt, dass Medikamente in entsprechenden Materialien und Maßnahmen kaum thematisiert werden (Steinbach, Wienemann & Nette 1992) und ein erheblicher Nachholbedarf konstatiert. Aktuell wird allerdings auch darauf verwiesen, dass Medikamenten-Prävention im Betrieb neben dem Suchtpotenzial auch den Sicherheitsaspekt von reaktionsvermindernden Nebenwirkungen berücksichtigen muss, welcher auch Personen mit einem medizinisch indizierten Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten betrifft. So beschreibt die im Dezember 2005 veröffentlichte DHS-Expertise „Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen“ (Wienemann & Müller 2005) als wichtige Bausteine der betrieblichen Prävention bei sicherheitsrelevanten Medikamentenwirkungen und Medikamentenmissbrauch:

- „Kontinuierliche Information und Aufklärung von Beschäftigten zu den Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, wobei besonders auf Arzneimittelgruppen abgehoben werden sollte, die von Personen im erwerbsmäßigen Alter angewandt werden (sofern dies eingrenzbar ist);
  - Information über die wahrnehmungs- und reaktionsverändernden Wirkungen von Medikamenten in Verbindung mit Arbeits- und Verkehrssicherheit;
  - Sensibilisierung besonders gesundheitsbelasteter Zielgruppen, z.B. Führungskräfte, Lehrkräfte an Schulen, Pflegepersonal, berufstätige Frauen, Berufseinsteiger/-innen;
  - Angebot der Beratung durch Betriebsärzte unter präventiven und arbeitsplatzbezogenen Aspekten, besonders für Personen mit spezifischen Medikationen, z.B. bei Schmerztherapien, Substitution, Ritalin-Verordnungen;
  - Aufzeigen von gesunden Alternativen zum Medikamenteneinsatz;
-

- Förderung des Gesundheitsbewusstseins und Erweiterung der Gesundheitskompetenz;
- Schaffung von ausreichenden Handlungsspielräumen, um Belastungsspitzen und vorübergehende Befindlichkeitsstörungen individuell ausgleichen zu können;
- Ausbau sozialer Unterstützungssysteme im Arbeitsumfeld.

Für die vorbeugende Arbeit im Themenbereich Medikamente bietet sich eine enge Kooperation mit den Betriebsärzten und der Gesundheitsförderung an, weil hier einerseits das spezifische Fachwissen gefragt ist, andererseits gesündere Alternativen zum schnellen Griff zur Tablette gefunden und angeboten werden sollten“ (Wienemann & Müller 2005, S. 57).

### **3.3 Niedergelassene Ärzte/-innen**

Der Verkehr von Medikamenten mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial wird in Deutschland durch das Betäubungsmittelgesetz, die Rezeptpflicht und die Apothekenpflicht geregelt. Der Zugang zu entsprechenden Arzneimitteln ist für Patienten/-innen in der Regel nur über entsprechend ausgebildete Fachpersonen möglich. Die überwiegende Zahl der Verordnungen von in diesem Kontext relevanten Medikamenten wird in allgemeinärztlichen und internistischen Praxen ausgestellt (Glaeske & Janhsen 2001). Die zentrale Bedeutung der verordnenden Ärzte/-innen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit wird mehr oder weniger von allen Autoren/-innen zu diesem Thema aufgegriffen. Dabei wird neben dem Problem von teilweise unkritischen oder aus Verlegenheit erstellten Verordnungen durch Ärzte/-innen auch das Dilemma der Interaktion mit teils passiv-duldenden, expertenorientierten oder auch Rezepte einfordernden und psychosomatische Symptominterpretationen ablehnenden Patienten/-innen deutlich. Ansatzpunkte für die Versorgung von Patienten/-innen mit entsprechenden Beschwerden insbesondere durch hausärztliche Praxen bieten z. B. Schulungsprogramme für Ärzte/-innen und Patienten/-innen zu unklaren (somatoformen) Beschwerden (BMBF 2005), Leitlinien und Materialien zum Thema Müdigkeit (Donner-Banzhoff, Maisel, Baum & Dörr 2002) oder psychoedukative Programme bei Angst- und Panikstörungen (Alsleben, Weiss & Wuffer 2003).

Medikamentenabhängige gelten als vergleichsweise kooperativ, wenn ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit vom behandelnden Arzt entdeckt und die potentiellen Schäden verdeutlicht wurden (Poser 2002). Als wichtige Behandlungsmotivation wird die Kenntnis der potentiellen Schäden und Beeinträchtigungen genannt, wozu neben der Minderung der Gedächtnisleistung und Merkfähigkeit noch gefühlsmäßige Verflachung und Koordinationseinschränkungen mit Unfallrisiko, vermehrte Ängste, Depressionen und Schlafstörungen trotz Medikamenteneinnahme durch Toleranzentwicklung sowie als Folge der Übergang von der Niedrigdosisabhängigkeit zur Hochdosisabhängigkeit zählen. Patienten/-innen soll dabei besonders der Aspekt der Toleranzentwicklung überzeugen, denn wenn der gewünschte

---

Effekt verloren geht oder gar ins Gegenteil umschlägt, verliert die Tabletteneinnahme ihren Sinn (Holzbach 2005).

Erfahrungen belegen, dass Informationen über Arzneimittelwirkungen und -risiken immer wieder nicht oder nicht in ausreichender Form gegeben werden. In einem Überblick über verschiedene Studien zur Information durch Ärzte/-innen stellen Lerch und Dierks (2001) fest, dass 50% der Patienten/-innen Gesundheitsinformationen aus dieser Quelle vorziehen, bei über 55-Jährigen sind es sogar 75%. Insbesondere im Bereich der Medikation sind Ärzte/-innen für viele die einzige Informationsquelle. In über 60% der Interaktionen wurden Nebenwirkungen, Vorsichtsmaßnahmen und Risiken weder durch die Behandelnden noch durch die Behandelten thematisiert (Makoul, Antson & Schofield 1995 nach Lerch & Dierks 2001). Ausreichende Aufklärung über sachgerechte Anwendung und mögliche Abhängigkeitsrisiken von Arzneimitteln sollte daher in der Behandlungspraxis Standard werden.

Die Veränderungen bei den Verordnungszahlen und der Einnahmehäufigkeit von Benzodiazepinen legen die Vermutung nahe, dass die bisher geleistete Aufklärungsarbeit zu diesem Thema Erfolge zeigt (vgl. Kapitel 5.3.3). Andererseits ist nicht zu übersehen, dass nach wie vor eine große Zahl von Menschen Benzodiazepine zu lange und zu hoch dosiert einnimmt (Janhsen & Glaeske 2002), obwohl diese Mittel durch die Rezeptpflicht einer Zugangsbeschränkung unterliegen, die für andere legale Suchtmitteln vielleicht wünschenswert wäre. Der Vergleich von Verordnungsdaten und Umsätzen deutet darüber hinaus darauf hin, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Benzodiazepinverordnungen über Privatrezepte auch an Kassenpatienten/-innen ausgegeben wird (Glaeske 2005), wie auch Erfahrungen aus der klinischen Praxis bestätigen (Holzbach 2005).

In der Schweiz ist eine Höchstdauer von sechs Monaten für erstmalige Benzodiazepinverordnungen sowie eine meldepflichtige Begründung für länger dauernde Verordnungen gesetzlich vorgeschrieben. Zu den Indikationen für entsprechende Verordnungen gehören z. B. aktuelle Krisen, Nichtzumutbarkeit eines Entzugs für die Patienten/-innen aus gesundheitlichen Gründen und die „Substitution“ von Benzodiazepinabhängigen aufgrund von Abstinenzunfähigkeit. Im Rahmen einer Studie konnte allerdings belegt werden, dass 28% der verordnenden Ärzte/-innen diese Bestimmungen nicht einhielt und durch zusätzliche Informationen über Empfehlungen zur Benzodiazepinverordnung und die gesetzlichen Bestimmungen nicht zu einer Änderung des Ordnungsverhaltens bewegt werden konnte (Frick, Lerch, Rehm & Crotti 2004). Diese Situation wird derzeit vom Zürcher Stadtarzt zum Anlass genommen, im Rahmen einer breiten Kampagne auch disziplinarische Maßnahmen gegen vorschriftswidrige Verordner/-innen zu ergreifen (Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs 2006).

Berufsrechtliche Maßnahmen gegenüber niedergelassenen Ärzten/-innen mit kritischen Verordnungen wurden in Deutschland in den achtziger Jahren durch die Hamburger Ärztekammer erprobt. Informationen über Fehlverordnungen wurden über Gesetzliche Krankenkassen, Patienten/-innen, Angehörige, Beratungsstellen, Apotheken und staatliche Ermittlungsstellen ermittelt. Durch die Kammer wurde ein gestuftes Verfahren mit Beratungsge-

---

sprächen, Verwarnung und Berufsgerichtsverfahren durchgeführt. Der Erfolg der Maßnahme wurde nach einem Beobachtungszeitraum von acht Jahren positiv beurteilt (Damm 1992). Die Aktivitäten wurden in der Folgezeit allerdings offensichtlich eingestellt. In einem aktuelleren Projekt von Gmünder Ersatzkasse (GEK) und Ärztekammer Westfalen-Lippe wurden ausgewählte Ärzte/-innen mit Langzeitverordnungen um eine Einzelfallbegründung gebeten, die durch eine Beratungskommission der Kammer im Einzelfall geprüft wurde. Hier kam die Beratungskommission zu dem Schluss, dass nur rund 7% der geprüften Langzeitverordnungen nicht ausreichend plausibel begründet waren (Glaeske 2004). Nach Einschätzung der Ärzteverbände können Auswertungen von Verordnungsdaten die Versorgungsrealität sowie den Behandlungsbedarf im konkreten Einzelfall nicht erfassen (Follmann & Wüstenbecker 2006), wobei hier keine konkreten Entscheidungskriterien der zuständigen Kommission veröffentlicht wurden.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist in Deutschland offenbar weder von einem fachlichen Konsens über medizinisch akzeptable Begründungen, noch von expliziten Regelungen zur Dokumentation und Finanzierung von Langzeitbehandlungen mit Benzodiazepinen auszugehen. Die Notwendigkeit einer differenzierten Sichtweise auf die jeweils individuellen Umstände der Langzeitverordnung ist dabei unbestritten. Bei den Überlegungen zu einem Entzug müssen Nutzen und Risiken individuell abgewogen werden (Poser 2002). Dabei sollten allerdings auch die nicht unerheblichen Langzeitr Risiken und Folgen der Dauerbehandlung mit Benzodiazepinen in die Überlegungen mit einbezogen werden (Holzbach 2005). Darüber hinaus können möglicherweise, gerade bei alten Patienten/-innen, bereits die Stabilisierung oder zumindest eine Verringerung der eingenommenen Dosis realistische Therapieziele sein, wenn die Möglichkeit oder Fähigkeit zu einem Entzug bzw. zur Aufrechterhaltung der Abstinenz fehlen (Wolter-Henseler 2000). In begründeten Fällen, in denen ein Absetzen oder Reduzieren von Benzodiazepinen nicht möglich ist, sollte eine Finanzierung der Behandlung durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen außer Frage stehen. Eine scheinbar „wilde“, nicht nachprüfbar Verordnung mittels Privatrezepten trägt zu einer Klärung dieser Situation nicht bei und nährt den Verdacht einer unethischen Verschreibungspraxis. Eine breite Diskussion von sinnvollen Kriterien für Langzeitverordnungen von Benzodiazepinen unter Einbezug von Fachleuten sowohl der klinischen als auch der ambulanten Praxis sowie konkrete Regelungen auf Ebene der ärztlichen Verbände und der Gesetzlichen Krankenversicherung erscheinen hier dringend angeraten, bevor Gesetzesänderungen und Sanktionen am Beispiel der Schweiz in Betracht gezogen werden.

Darüber hinaus stellt die kontinuierliche Information und Sensibilisierung behandelnder Ärzte/-innen zu den Risiken von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit einen wichtigen Ansatzpunkt dar. In ihrem Abschlussbericht forderte die Enquetekommission zur „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ im Hinblick auf Medikamentenabhängigkeit von Frauen, diese Problematik in die Curricula der ärztlichen Weiterbildungen aufzunehmen, Informationen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bekannter und zugänglicher zu machen sowie diese Institution mit einer Publikation zum Problem der Niedrigdosisabhängigkeit und dem diesbezüglichen Verschreibungsverhalten

---

zu betrauen (Landtag Nordrhein-Westfalen 2004). Einen Schritt zu einer möglichen Verbesserung der Prävention und des Erkennens von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit in der ärztlichen Praxis stellt der in Vorbereitung befindliche Praxisleitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ der Bundesärztekammer dar, dessen Veröffentlichung für den Herbst des Jahres 2006 geplant ist. Die Behandlung der Thematik im Rahmen von Ärztlichen Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie mit dem Ziel der Überprüfung der eigenen Verordnungspraxis und der Entwicklung von Handlungsalternativen auf Praxisebene (Meyer 1999) greift einen weiteren Aspekt möglicher Maßnahmen auf. Darüber hinaus sollten sich die Bemühungen auch auf die Umsetzung von Leitlinien zu Diagnose und Behandlung psychischer Beschwerden und Erkrankungen sowie Schmerzerkrankungen richten, deren Fehlversorgung einen Risikofaktor für schädlichen Medikamentengebrauch darstellt.

Die Übertragung von Konzepten und Erfahrungen aus dem Alkoholbereich zur Früherkennung von schädlichem Gebrauch, motivierender Gesprächsführung zur Förderung von gesundheitsgerechtem Verhalten sowie Kurzinterventionsmaßnahmen auf medikamentenbezogene Probleme erscheint – bei angemessener Berücksichtigung der Unterschiede in Entstehung und Verlauf der Konsummuster – als sinnvoller und effizienter Ansatz für die ärztliche Praxis. Ausgehend von dem Umstand, dass etwa 80% der Menschen mit einem alkoholbedingten Beratungs- oder Behandlungsbedarf mindestens einmal jährlich aufgrund verschiedener alkoholassoziierter Beschwerden eine hausärztliche Praxis aufsuchen, wurden in den letzten Jahren mehrere Praxishilfen zur Kurzintervention bei Alkoholproblemen herausgegeben (BZgA 2001; DHS 2005; Sieber 2005). Ziel der Kurzinterventionen ist es, durch Techniken der Gesprächsführung die Veränderungsbereitschaft von Patienten/-innen zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu fördern und konkrete Lösungsschritte zu erarbeiten. Die Übertragbarkeit des Konzepts wird derzeit im Setting eines Allgemeinkrankenhauses überprüft (vgl. Kapitel 3.5).

Ein Konzept zur ‚Minimalen Intervention bei Benzodiazepingebrauch‘ wurde in den Niederlanden entwickelt. In dem Forschungsprojekt wurden chronische Benzodiazepinnutzer/-innen, die sich in der Regel ein neues Rezept bei den Arzthelfern/-innen holen, von ihren Hausärzten/-innen mit einem so genannten „Stoppbrief“ angeschrieben. In diesem wurde auf die Risiken des Langzeitgebrauchs von Benzodiazepinen hingewiesen und eine Anleitung zum eigenständigen, schrittweisen Absetzen der Medikamente gegeben. Nach drei Monaten wurde in einem weiteren Schreiben um eine Terminvereinbarung gebeten, um die Reduktions- bzw. Absetzerfahrungen zu besprechen und gegebenenfalls das Absetzen mit ärztlicher Begleitung durchzuführen. In einer Langzeitstudie wurde die Wirksamkeit der Maßnahme bei Empfängern/-innen des Briefs und einer Kontrollgruppe ohne Intervention überprüft. Bei den Empfängern/-innen des Briefs wurde nach 21 Monaten eine Reduktion der Benzodiazepinverordnungen um 26% festgestellt (Kontrollgruppe ohne Intervention 9%). Nach sechs Monaten hatten 24% der Experimentalgruppe und 12% der Kontrollgruppe die Benzodiazepine abgesetzt. Nach Abschluss des kompletten Untersuchungszeitraums waren 13% der Experimentalgruppe und 5% der Kontrollgruppe frei von Benzodia-

---

zepinverordnungen. Es wird gefolgert, dass diese Interventionsform die Langzeitverordnung von Benzodiazepinen in der allgemeinärztlichen Praxis reduzieren kann und dass dieser Ansatz als erster, niederschwelliger Schritt im Rahmen eines „Stepped-Care-Konzepts“ zur Reduzierung des Langzeitgebrauchs von Benzodiazepinen geeignet ist (Gorgels, Oude Voshaar, Mol, van de Lisdonk, van Balkom, van den Hoogen, Mulder, Breteler & Zitman 2005). Die Ergebnisse des Forschungsprojektes sind Bestandteil eines umfassenden Projekts zur Reduzierung der Langzeitverordnung von Benzodiazepinen in den Niederlanden. Das unabhängige DGV Nederlands Instituut voor verantwoord Medicijngebruik ([www.medicijngebruik.nl](http://www.medicijngebruik.nl)) richtet sich mit seinen unterschiedlichen Angeboten zur Verbesserung der Pharmakotherapie an Ärzte/-innen, Apotheker/-innen und Patientenorganisationen. Neben der Durchführung von Forschungsprojekten bietet das Institut u. a. auch die Entwicklung von entsprechenden Materialien, Trainings und Schulungen. Die Minimale Intervention zur Reduzierung des Benzodiazepingebrauchs ist hier Teil eines umfangreichen Paketes mit Informationsmaterialien für Ärzte/-innen und Patienten/-innen sowie Praxishilfen zur Dokumentation von Benzodiazepinverordnungen und einer EDV-tauglichen Vorlage für den „Stoppbrief“. Darüber hinaus umfasst das Projekt einen Helpdesk für allgemeinärztliche Praxen und Apotheken, die die Werkmaterialien aus dem Projekt nutzen sowie zusätzliche Unterstützung und Trainings für hausärztliche Praxen zur Anwendung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass für niedergelassene Ärzte/-innen weiterhin ein Bedarf an handlungsleitenden Konzepten sowohl zur Verordnung von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial als auch zum Umgang mit Missbrauchs- und Abhängigkeitsproblemen bei Patienten/-innen besteht. Vorhandene Ansätze bedürfen der Weiterentwicklung und Implementierung in der Praxis. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl die Entwicklung als auch die Implementierung von Leitfäden und Leitlinien den Anforderungen der alltäglichen Praxis gerecht werden müssen. Die Evaluationsstudie zum Einsatz des Beratungsleitfadens für die ärztliche Praxis zu Patienten/-innen mit Alkoholproblemen (Kuhnt 2004) sowie Studien zur Implementierung von Leitlinien in der ärztlichen Praxis (vgl. Gerlach, Beyer, Szecsenyi & Fischer 1998; Selbmann & Kopp 2005) verdeutlichen, dass zugesandte schriftliche Informationen nicht ausreichen, um eine Umsetzung durch die angesprochenen Ärzte/-innen zu bewirken (vgl. auch Kapitel 5.4.3). Begleitende interaktive Schulungsangebote sowie verschiedene Arbeitshilfen (z. B. Kitteltaschenversion der Leitlinie, indikations- und verordnungsbezogene Module für die Praxis-EDV, Monitoring der individuellen Verordnungspraxis, Telefonberatungshilfen für Praxismitarbeiter/-innen, Wartezimmerinformationen, Patientenbriefe sowie Checklisten oder Flussdiagramme für die Praxis) in Kombination mit Öffentlichkeitsmaßnahmen sind für eine effektive Umsetzung von Leitlinien notwendige Voraussetzungen (Gerlach et al. 1998; Selbmann & Kopp 2005). Eine Linksammlung mit Projekten zur Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien bietet das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) unter [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de).

---

### **3.4 Apotheken**

Als Verkaufsstellen für rezeptpflichtige und apothekenpflichtige Arzneimittel kommt Apotheken eine wichtige Aufgabe bei der Information über Arzneimittel zu. Zudem erhalten sie durch Konzepte wie das Hausapothekenmodell oder die in der Erprobungsphase befindliche Gesundheitskarte eine wichtige Kontrollfunktion über versehentliche Doppelverordnungen durch gleichzeitig aufgesuchte (Fach-)ärzte/-innen oder mögliche Wechselwirkungen mehrerer eingenommener Medikamente. Schließlich stellt der Verkauf von Arzneimitteln zur Selbstmedikation einen Kernbereich der Tätigkeit von Apotheken dar. Selbstmedikation ist bei Angehörigen höherer Schichten stärker verbreitet. Männer betreiben häufiger ausschließliche Selbstmedikation, während Frauen häufiger rezeptpflichtige und selbst gekaufte Medikamente gleichzeitig anwenden (vgl. Kapitel 2.2). In Hinblick auf die Erreichbarkeit unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen durch die Schweizer Apotheken-Kampagne „Medikamente – richtig eingesetzt“ zeigte sich, dass der als Risikogruppe für problematische Medikamentenanwendung eingestufte Personenkreis (über 30 Jahre, berufstätig mit niedriger bis mittlerer Bildung) nur teilweise erreicht werden konnte. Zusammenfassend wurde vermutet, dass das Interesse bei einem Teil aller Personen, welche die Kampagne wahrgenommen hatten, mit einer teils riskanten Selbstüberschätzung gekoppelt ist. Diese basiert auf einer starken Aufmerksamkeit für das eigene Wohlbefinden, welche einem unsachgemäßen Umgang mit Medikamenten und dem Missbrauch Vorschub leisten können. Als Folgerung wird eine stärkere Wahrnehmung der Beratungsfunktion durch Apotheker/-innen empfohlen, die auch ein Hinterfragen der Konsumumstände beinhaltet (Dumont 1999).

Von besonderer Bedeutung im Hinblick auf schädlichen Medikamentengebrauch ist der Verkauf von rezeptfreien Schmerzmitteln in Apotheken. Wie bereits in Kapitel 2.4.2 dargestellt, ist die Erreichbarkeit und Versorgung von Kopfschmerzpatienten/-innen in Deutschland unzureichend. Fast die Hälfte aller Betroffenen begibt sich nicht in ärztliche Behandlung, wodurch ein besonderes Risiko durch Selbstmedikation besteht. Entsprechend stellt das Konzept der Pharmazeutischen Betreuung von Kopfschmerzpatienten/-innen ein besonderes Potenzial in der Prävention und Behandlungsmotivation bei Schmerzmittelmissbrauch dar. Im Vordergrund der Erstberatung stehen vor allem Information über die Krankheit und Therapiemöglichkeiten sowie die Erfassung von krankheits- und therapielevanten Lebensgewohnheiten der Patienten/-innen. In Folgegesprächen werden gemeinsam Lösungskonzepte entwickelt, die u. a. die Motivierung zur ärztlichen Untersuchung und Klärung möglicher Krankheitsursachen sowie die Anleitung zur sachgerechten Arzneimitteltherapie und mögliche Alternativen und ergänzende Maßnahmen umfasst (Janhsen & Hoffmann 2002; Janhsen 2005).

Bei der Entwicklung des oben genannten Projekts wurde deutlich, dass beim Apothekenpersonal oft Unsicherheit und Bedenken bestehen, einen offensichtlichen Medikamentenmissbrauch anzusprechen. Entsprechende Fortbildungen zu den Hintergründen von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit sowie zu Möglichkeiten der Beratung und Gesprächsführung bei betroffenen Kunden/-innen sind somit als sinnvolle Ergänzung des bestehenden Weiterbildungsangebotes zu betrachten. Ein Fortbildungsangebot für Apothe-

---

ker/-innen und Pharmazieassistenten/-innen zur „Früherfassung von Medikamentenmissbrauch in der Apotheke“ (FEMA) wurde von der Schweizer Organisation Berner Gesundheit, Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen entwickelt und durchgeführt. Inhalt war unter anderem der Umgang mit gefährdeten Kunden/-innen sowie Beratungsmöglichkeiten. Im Vorfeld des Kurses wurden geeignete Infomaterialien sowie ein Ordner mit Projektmaterialien entwickelt. Die Weiterbildung wurde mit guter Resonanz im Herbst 2001 in Kooperation mit dem Apothekerverein des Kantons Bern durchgeführt (Hefti Kraus 2002). Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) sowie einzelne Landesapothekerkammern bieten Fortbildungen zu den Hintergründen von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit an (ABDA 2001).

### **3.5 Allgemeinkrankenhäuser**

Über die Prävalenz und Behandlung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit in Allgemeinkrankenhäusern liegen derzeit nur wenige Daten vor. Entsprechende Diagnosen finden sich in den offiziellen Krankenhausstatistiken nur zu einem verschwindend geringen Anteil wieder (Soyka et al. 2005). Da der problematische Medikamentenkonsum vermutlich oft hinter der einweisungsbedingenden Erkrankung verborgen bleibt, stellt sich in diesem Arbeitsfeld (wie auch in anderen Settings) die Frage nach einem geeigneten und effizienten Screeningverfahren, dass im Rahmen der Eingangsuntersuchungen angewendet werden kann. Wie bereits in Abschnitt 2.4 dargestellt, wurde im Rahmen der MedaK-Studie in einem Lübecker Allgemeinkrankenhaus ein Anteil von 6,7% der befragten Patienten/-innen mit problematischem Medikamentenkonsum festgestellt. Hierbei wurden verfügbare Screeningverfahren mit einem neu entwickelten, vier Fragen umfassenden Instrument verglichen. Erste Veröffentlichungen deuten darauf hin, dass die Erkennungsrate von kritischem Medikamentengebrauch mit ausführlicheren Instrumenten vergleichbar ist und somit zur Indikationsstellung für eine weiter reichende Diagnostik geeignet (Rumpf, Bischof, Fach & Schmidt 2005).

Auf dieser Studie aufbauend werden in dem seit November 2005 laufenden Projekt „Motivierende Kurzintervention bei Medikamentenabhängigen im Krankenhaus“ (MIMiK) verschiedene Interventionen bei medikamentenabhängigen Patienten/-innen des Allgemeinkrankenhauses eingeleitet und auf ihre Wirksamkeit mit dem Ziel eines Absetzplans für das betreffende Medikament geprüft. Die Effektivität der Verfahren wird in einer 12-Monats-Katamnese im Rahmen des insgesamt drei Jahre dauernden Projektes mit dem Ziel überprüft, die Implementierung von Interventionsangeboten für Medikamentenabhängige in Allgemeinkrankenhäusern zu verbessern. Da das Projekt erst kürzlich angelaufen ist, liegen noch keine Ergebnisse vor (Bundesministerium für Gesundheit 2006).

---

### **3.6 Psychosomatische Kliniken**

Die Prävalenz von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit ist in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken gegenüber der Gesamtbevölkerung erhöht (vgl. Kapitel 2.4.3), so dass auch für dieses Arbeitsfeld die Entwicklung von Konzepten zu diesem Thema sinnvoll erscheint. Ein entsprechender, medikamentenspezifischer Therapieansatz konnte in der vorliegenden Recherche nicht gefunden werden. Für die gemeinsame verhaltenstherapeutische Behandlung von Patienten/-innen mit behandlungsbedürftigen Alkohol- und/oder Medikamentenproblemen wurde allerdings bereits ein indikatives therapeutisches Programm für psychosomatische Abteilungen entwickelt (Schuhler & Jahrreis 1996, Schuhler et al. 1997; Schuhler & Baumeister 1999; Schuhler 2003). Das Programm unterscheidet sich von den Prinzipien der Entwöhnungsbehandlung hinsichtlich Therapiezielen, Methoden und Prognose. Im Mittelpunkt der Sitzungen stehen die Funktionalität des Suchtmittleinsatzes und das Erarbeiten von Alternativen. Therapieziel ist, Alkohol und Medikamente nicht zur Lebensbewältigung einzusetzen, was nicht zwingend mit Abstinenz gleichzusetzen ist. Zu Unterschieden zwischen Frauen und Männern sowie Alkohol- bzw. Medikamentenmissbrauchern ist nichts bekannt. Das zwölf Sitzungen umfassende Programm wird auch für den Einsatz in Beratungsstellen oder der ärztlichen Praxis als geeignet eingeschätzt (Schuhler & Baumeister 1999). In dem kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Programm werden Menschen mit missbräuchlichem Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch gemeinsam behandelt. Die Untersuchungsgruppe, an der das Programm evaluiert wurde, bestand aus 55 Männern und 36 Frauen. Alkoholmissbrauch wurde bei 74 Teilnehmer/-innen, Medikamentenmissbrauch bei 12 Teilnehmer/-innen und Mischkonsum bei fünf Teilnehmer/-innen diagnostiziert. Für den grundsätzlich als interessant einzuschätzenden Ansatz wäre zu prüfen, ob sich differenzielle Effekte jeweils für alkohol- bzw. medikamentenmissbrauchsspezifische Indikationsgruppen sowie für Frauen und Männer in den jeweiligen Gruppenkonstellationen ergeben.

### **3.7 Suchtberatung, -behandlung und -selbsthilfe**

#### **3.7.1 Ambulante Suchtberatung und -behandlung**

Die Inanspruchnahme von Angeboten der ambulanten Suchtberatung und -behandlung durch Menschen mit Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit ist gering. Dies erklärt sich einerseits aus dem Umstand, dass bei den betroffenen Personen zumeist die Ursprungserkrankungen und -beschwerden im Vordergrund des Interesses stehen. Ein Bewusstsein für die Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsproblematik ist oft kaum vorhanden, weshalb aus eigenem Antrieb eher Angebote der medizinischen Versorgung aufgesucht werden. Vor allem Niedrigdosisabhängige suchen in der Regel keine Beratungseinrichtung auf, weil sie sich nicht als abhängig begreifen. Die Verordnung durch den Arzt dient hierbei als Legitimation für den fortgesetzten Medikamentenkonsum (Nette 1991).

---

Andererseits sind Einrichtungen der Suchtberatung und -behandlung trotz der nominellen Zuständigkeit auch für Medikamentenabhängige mit ihren Angeboten in der Regel an den Bedürfnissen der Abhängigen von Alkohol und illegalen Drogen ausgerichtet. Ausgewiesene Angebote für Medikamentenabhängige existieren kaum. Die Berliner Informations- und Beratungsstelle für Frauen und Medikamente "Schwindelfrei" hatte hiermit jahrelang ein herausragendes Alleinstellungsmerkmal. Seit dem Sommer 2002 setzt das Team der Beratungsstelle aus Finanzierungsgründen zusammen mit einer weiteren Beratungsstelle für abhängige Frauen unter dem neuen Namen F.A.M. - Frauen, Alkohol, Medikamente & Drogen die Arbeit fort. Auch das Modellprojekt "Medikamente, Frauen, Prävention" in Hamburg konnte nach Ablauf der Projektfinanzierung nicht fortgesetzt werden (Nette 1993). Ein Konzept zum Aufbau einer Informations- und Beratungsstelle für Frauen mit Medikamentenproblemen bzw. Medikamentenabhängigkeit in Frankfurt (Appel & Vogt 1999) wurde ebenfalls mangels finanzieller Mittel gar nicht erst umgesetzt. Da Suchtberatungsstellen oft bereits Probleme äußern, frauenspezifische Gruppenangebote auf Grund geringer Teilnehmerinnenzahlen aufrecht zu erhalten, stellt die Ausrichtung auf Medikamentenabhängige eine Spezialisierung dar, die viele Träger finanziell nicht tragen wollen. Etwas anders stellt sich die Situation in frauenspezifischen Beratungs- und Behandlungsstellen dar, weil hier die Mitarbeiterinnen oft stärker für die Medikamentenproblematik sensibilisiert sind und weil sie auch durch ihre Klientinnen mit anderen substanzbezogenen Abhängigkeiten häufiger mit psychosomatischen Fragestellungen konfrontiert werden (s. o.).

Als Motive der Inanspruchnahme spezialisierter Beratungsangebote beschreibt Latta (1994) zunächst ein oft formuliertes Anliegen nach Informationsbedarf zur Wirkung bestimmter Medikamente. Für diese Gruppe von Frauen stellt das Bewusstwerden der Abhängigkeit ein Risiko zum Abbruch der Beratung dar. Ein weiterer häufiger Anlass sind psychosoziale Notlagen. Nur etwa 12% der Beratungsklientinnen bezeichneten sich von vornherein als abhängig und wollten Entzugsmöglichkeiten ausloten, ca. 21% hatten nach einem stationären Entzug den Wunsch nach therapeutischer Nachsorge, suchten eine Gruppe für medikamentenabhängige Frauen oder Einzelbetreuung.

Häufige Themen in der Beratung waren u. a. Überlegungen zu Ersatzmitteln, da das Gefühl bestand, ohne Medikamente nicht arbeits- und lebensfähig zu sein sowie Methoden medikamentenfreier Behandlung, Entspannungs- und Angstbewältigungsverfahren und Fragen nach psychosomatischen Zusammenhängen. In die gleiche Richtung weisen Erfahrungen aus Arbeit der ehemaligen Informationsstelle „Frauen-Alltag-Medikamente“ in Hamburg (Nette 1991). Die Hauptgruppe der Hilfesuchenden bestand aus Frauen im Alter von 40 bis 55 Jahren. Der Hintergrund für die Inanspruchnahme der Beratung war dabei oft eine akute Lebenskrise (Tod oder schwere Erkrankung naher Angehöriger). Zur Beratung erschienen vor allem Interessentinnen mit Informationsbedarf, Niedrigdosisabhängige, die etwas verändern wollen, Medikamentenabhängige nach einer Entzugsbehandlung sowie ambivalente Medikamentenabhängige, welche ihren Medikamentenkonsum verändern wollten, ohne zu wissen, wie und die schon verschiedene Alternativen ausprobiert hatten.

---

In ihrem Konzept für die ambulante Informations- und Beratungsstelle für Frauen und Medikamente „Schwindelfrei“ betonen Latta (1994) und Jeuck (1999) zum einen die Frauenspezifität der Medikamentenabhängigkeit, zum anderen die Verknüpfung von Suchtmittelabhängigkeit und Psychosomatik. Es wird gefordert, die Besonderheit der Klientel zum Ausgangspunkt zu machen und zielgruppenspezifische, niedrigschwellige Angebote bereitzustellen, die neben dem Suchtaspekt auch den psychosomatischen Hintergrund und die besondere Bedürftigkeit der Betroffenen einbeziehen. Als Organisationsformen werden spezielle Gruppen für Medikamentenabhängige, Indikationsgruppen (z. B. zu Angst, Kopfschmerz), Medikamentenberatung und -information sowie Heranführung an die Selbsthilfe angeführt. Allerdings berichten beide Autorinnen die Erfahrung, dass medikamentenabhängige Frauen nach dem Entzug erfahrungsgemäß verstärkt individuelle Hilfen benötigen. Die gezielte Ansprache durch geeignete Angebote für Medikamentenkonsumentinnen funktioniert eher über "Information" als über "Sucht" und zwar über das jeweilige Symptom wie z. B. Schlafstörungen, Unruhe, Ängste und Schmerzen. Es müssen Informationen über spezifische Medikamente und deren Nebenwirkungen vorhanden sein. Außerdem empfiehlt sich die Einbeziehung von psychosozialen Methoden wie Psychotherapie, Entspannungs- und Schmerzbewältigungstrainings sowie Trainings gegen Schlafstörungen oder naturheilkundlichen Methoden wie Akupunktur, Kneipp-Anwendungen und Homöopathie (Jeuck 1999).

Über die Beratungsarbeit hinaus wurde von den Mitarbeiterinnen der beschriebenen Einrichtungen auch (teilweise bundesweite) Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit geleistet sowie dem Bedarf an Fachfortbildungen für Suchtberater/-innen und andere professionelle Gruppen entsprochen. Angesichts des Fortbildungs- und Entwicklungsbedarfs zum Thema Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit in (Sucht-)Beratungsstellen wurde von der Landesfachstelle Frau und Sucht NRW „Bella Donna“ ein Praxisleitfaden für entsprechende Einrichtungen geplant. Aufgrund der bislang fehlenden Finanzierung des Praxisleitfadens sowie aktueller finanzieller Kürzungen und Umstrukturierungen der Landesfachstelle Frau und Sucht NRW durch die nordrhein-westfälische Landesregierung ist eine Umsetzung zurzeit nicht absehbar.

Die Häufigkeit von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit bei Frauen erfordert Herangehensweisen in der Suchtkrankenhilfe, die den frauenspezifischen Bedingungen und Problemlagen gerecht werden. Allerdings ist nach wie vor davon auszugehen, dass die Umsetzung frauen- bzw. gender-orientierter Behandlungsbedingungen in der Suchtkrankenhilfe in erster Linie auf dem Interesse und dem Engagement der Mitarbeiter/-innen beruht sowie auf der Bereitschaft und dem guten Willen von Klinik- und Einrichtungsleitungen, dieses Engagement - auch finanziell - zu unterstützen (Winkler 2001). Die Umsetzung der Strategie des ‚Gender Mainstreaming‘ (vgl. BMFSFJ 2002) wurde daher den Organisationen und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in einem Vorstandsbeschluss der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen empfohlen (DHS 2004). Die Befürchtungen in frauenspezifischen Projekten und Einrichtungen, dass die Ressourcen für mühsam aufgebaute frauenspezifische Angebote zurückgefahren bzw. zwischen männer- und frauenspezifischen An-

---

gebieten aufgeteilt werden müssen, erscheint angesichts von Kürzungen und Streichungen öffentlicher Mittel in zahlreichen sozialen Bereichen einschließlich Grundförderungen für frauenspezifische Suchtarbeit (wie im Frühjahr 2006 in Nordrhein-Westfalen) berechtigt.

### **3.7.2 Stationäre Suchtbehandlung**

Die für die ambulante Suchtberatung und -behandlung beschriebene Situation der Hemmnisse für die Inanspruchnahme durch Menschen mit Medikamentenproblemen spiegelt sich in der stationären Suchtbehandlung wider. Die bisher verbreitete Strategie der stationären Behandlung von Medikamentenabhängigen in Suchtfachkliniken besteht in der Teilnahme am gesamten therapeutischen Programm, gemeinsam mit Abhängigen von Alkohol oder illegalen Drogen. Zusätzlich werden so genannte Indikationsgruppen, wie z. B. das Gruppeninterventionsprogramm für Patienten/-innen mit Medikamentenabhängigkeit angeboten, welche die spezifischen Bedürfnisse nach Information und Austausch bedienen (Baumeister 1998). Nur wenige Suchtkliniken in Deutschland bieten eigenständige Therapiekonzepte (z. B. Einbezug von Schmerzbewältigungsverfahren) oder eigene Bezugsgruppen ausschließlich für Medikamentenabhängige an (z. B. Holzbach 2000). Loos & Jansen beschreiben, dass Medikamentenabhängige in solchen Gruppen Hilfe und Entlastung bei der Identitätsfindung bekommen, da sie in Gruppen mit Alkoholikern oft wenig Verständnis finden. Ein Beispiel hierfür ist das lange Anhalten der Entzugssymptome. Mit Gleichbetroffenen finden sie dagegen viele Parallelen "und fühlen sich in ihrer gemeinsamen ‚Klapprigkeit‘ ernst genommen" (Loos & Jansen 1992, S. 151). Außerdem werden neben der Gruppentherapie mehr Halt gebende Einzelgespräche als z. B. bei Alkoholabhängigen benötigt. Auf Grund der Komorbidität wird außerdem die Kooperation von Suchtfachkliniken mit psychosomatischen Abteilungen oder Fachkliniken empfohlen.

Eine Übersicht frauenspezifischer Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe auf der Grundlage einer Abfrage in den Bundesländern unter Angabe der jeweiligen Indikationen findet sich in der Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht ‚Ungeschminkt‘ (BMGS 2002).

### **3.7.3 (Sucht-)Selbsthilfe**

Auch in der Sucht-Selbsthilfe sind Medikamentenabhängige laut verbandsübergreifender Statistik 2003 der fünf Abstinenz- und Sucht-Selbsthilfeverbände mit 2,7% der abhängigen Gruppenteilnehmer/-innen unterrepräsentiert. Dies wird zum einen damit begründet, dass Medikamentenabhängige nach dem Entzug verstärkt individuelle Hilfen benötigen (Latta 1994; Jeuck 1999) und Einzeltherapien auch von ihnen selber häufig bevorzugt werden (Poser 2002). Darüber hinaus fühlen sich Medikamentenabhängige in traditionellen Sucht-Selbsthilfegruppen oft nicht verstanden und können auf der anderen Seite die Erfahrungen z. B. von Alkoholabhängigen nicht nachvollziehen, was ihnen mitunter den Vorwurf des Hegens von Vorurteilen und der Überheblichkeit gegenüber anderen Abhängigen einbringt.

---

Auf der anderen Seite fehlen in diesen Gruppen meist Informationen über die Besonderheiten der Medikamentenabhängigkeit. Häufig wird diese unterschätzt, indem z. B. die vormals konsumierten Alkoholmengen der scheinbar winzigen Menge der Medikamente gegenübergestellt werden. Unbekannt sind z. B. auch die lange Entzugsdauer bei Benzodiazepinen, abweichende Versuchungs- und Rückfallsituationen sowie die Abgrenzung von medizinisch notwendigen Medikamenteneinnahmen (Zürner 2001). Darüber hinaus fehlen oft Informationen über die relevanten Medikamentengruppen sowie die psychischen und psychosomatischen Vorerkrankungen. Im Rahmen des Projektes „Frauen – Medikamente – Selbsthilfe“ wurde mittels gezielter Maßnahmen versucht, den Aufbau von Gruppen für Frauen mit Medikamentenproblemen zu fördern (Mohn 2005). Die Gründung von Gruppen erwies sich allerdings als schwierig und nur eine kleine Anzahl der angestrebten Gruppen erwiesen sich als längerfristig existenzfähig. Eine vorsichtige Einschätzung deutet darauf hin, dass eine Anbindung z. B. an Krankenhäuser oder Suchtfachkliniken hilfreich für den Aufbau und die Aufrechterhaltung entsprechender Gruppen ist. Demgegenüber haben das Projekt und das in diesem Rahmen entwickelte Handbuch allerdings dazu beigetragen, dass die Thematik von den beteiligten Abstinenz- und Suchtselbsthilfeverbänden verstärkt im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit, Seminaren und Tagungen aufgegriffen wurde. Der aktuelle Trend deutet darauf hin, dass Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit als Querschnittsthemen der Gruppenarbeit aufgegriffen werden.

Im Rahmen einer Befragung von Frauen mit Medikamentenproblemen in dem oben genannten Projekt wurde darüber hinaus deutlich, dass ein Teil der Betroffenen den Besuch von indikationsspezifischen Selbsthilfegruppen (z. B. Angstgruppen) vorziehen, um nach dem Absetzen der Medikamente die verbliebenen Beschwerden anzugehen. Vereinzelt Rückmeldungen aus Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen deuteten darauf hin, dass in den indikationsspezifischen Gruppen Missbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten (wie auch von Alkohol) selten offen gelegt wird. Vor diesem Hintergrund werden in einem aktuellen Projekt von DHS und BKK Bundesverband an zwei Modellstandorten Informationen zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln in Form von Informationsabenden für Gruppen der Gesundheitsselfhilfe sowie einer Broschüre zu Nutzen und Risiken dieser Medikamentengruppe angeboten.

### **3.8 Vernetzung professioneller Arbeitsfelder**

Die Verknüpfung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit mit diversen Erkrankungen und die Vielzahl tangierter Arbeitsfelder führen zu der nahe liegenden Konsequenz, entsprechende Bemühungen auf einer sektorenübergreifenden Ebene zu vernetzen. Zu den Möglichkeiten und Schwierigkeiten können hierzu einige Beispiele aus Nordrhein-Westfalen angeführt werden.

So wurde im Jahr 1999 das Thema ‚Frauen und Medikamente‘ von der Kommunalen Gesundheitskonferenz Münster aufgegriffen. Als Ergebnis einer interdisziplinären Fachkonfe-

---

renz wurden Handlungsempfehlungen für die Bereiche Prävention, Arztpraxen, Apotheken, Beratung und Therapie sowie Informations- und Öffentlichkeitsarbeit beschlossen. Neben einer Telefonbefragung von Bürgerinnen zum Arzneimittelgebrauch wurde ein Arbeitskreis ‚Frauen und Medikamente‘ eingerichtet sowie Informationsmaterialien zur sachgerechten Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern herausgegeben (Stadt Münster 1999). Zur nachhaltigen Umsetzung der Maßnahmen lagen nach Auskunft der zuständigen Abteilung des Gesundheitsamtes im Jahr 2003 keine Informationen vor.

Die nordrheinwestfälische Enquetekommission ‚Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW‘ (Landtag Nordrhein-Westfalen 2004) berücksichtigte neben zahlreichen anderen gesundheitlichen Themen in ihrer Arbeit auch den Arzneimittelgebrauch bei Frauen sowie die Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln in Altersheimen (vgl. Kapitel 5). Die Arbeit der Enquetekommission wurde 2001 beendet, die weitere Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Kommission liegt bei Land, Kommunen und Verbänden. Die Ergebnisse der Enquetekommission wurden im Rahmen der Arbeit der ‚Koordinationsstelle Frauengesundheit NRW‘ aufgegriffen. Zu den von der Koordinationsstelle wahrgenommenen Aufgaben gehörte auch die Geschäftsführung des ‚Netzwerk Frauengesundheit NRW‘. Ziel des Netzwerks war themenbezogene Kooperationen und Wissenstransfer von Vertreterinnen und Vertretern aus 65 landesweit tätigen Organisationen der Wohlfahrtsverbände, der freien Wohlfahrtspflege, der Kostenträger im Gesundheitswesen, der Frauenorganisationen mit dem Teilschwerpunkt Gesundheit, der gesundheitlichen Selbsthilfe, der Beschäftigten im Gesundheitswesen, Vertreterinnen des Landes und der Kommunen und Frauen aus der Gesundheits- und Frauenforschung. Die Durchführung von Fachtagungen (u. a. zu ‚Frauen und Medikamenten‘ und ‚Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit von Frauen‘), die Erfassung laufender Aktivitäten über das Netzwerk und die Präsentation der Ergebnisse in Internet und Printmedien (vgl. [www.frauengesundheit-nrw.de](http://www.frauengesundheit-nrw.de)) ermöglichte einen themen- und arbeitsfeldübergreifenden Austausch und Vernetzung. Die Finanzierung der Koordinationsstelle wurde im Frühjahr 2006 von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen gestrichen und in der Folge die Arbeit des Netzwerks bis auf weiteres eingestellt. Derzeit ist unklar, wie die begonnenen Aktivitäten zum Thema Medikamente wie auch zu den zahlreichen anderen Themen der Gesundheitsförderung und -versorgung von Frauen weitergeführt werden können.

Ein weiterer Ansatz zur Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Arbeitsfelder auf landes- und kommunaler Ebene im Hinblick auf den Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln wird zurzeit an zwei Modellstandorten in Westfalen von BKK Bundesverband, BAHN BKK, BKK Hoesch, BKK Westfalen-Lippe, den ärztlichen Körperschaften Westfalen-Lippe, Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Gesundheitsselfhilfe und Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen erprobt. Erste Ergebnisse werden voraussichtlich im Frühjahr 2007 vorgestellt.

---

Insgesamt ist festzustellen, dass themenbezogene Kooperation und Vernetzung institutionell verankert werden muss, um eine über die punktuelle Auseinandersetzung hinausreichende Umsetzung und Verstetigung entsprechender Initiativen zu gewährleisten. Angesichts der viel beschworenen, knappen Finanzlage der öffentlichen Haushalte stellt sich die Frage, in welchen Strukturen eine nachhaltige Unterstützung von frauenbezogener Gesundheitsförderung und -versorgung getragen und weiterentwickelt werden kann.

### **3.9 Zusammenfassung**

Die Erreichbarkeit von Menschen mit Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit wird vor allem durch den Bezug zu für den Konsum ursächlichen Beschwerden und Erkrankungen bestimmt. Hierdurch kommt Angeboten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, wie niedergelassenen ärztlichen Praxen, Apotheken, Krankenhäusern und psychosomatischen Einrichtungen eine Schlüsselstellung zu. Für diese Bereiche wurden Defizite in der Versorgung von relevanten Erkrankungen beschrieben, die einen Risikofaktor für die Entwicklung von fehlerhaftem oder schädlichem Medikamentengebrauch darstellen (vgl. 2.4.2). Darüber hinaus sind Konzepte zum Erkennen und Behandeln von Medikamentenproblemen in Ansätzen vorhanden. Hier bedarf es weiterhin einer konsequenten Sensibilisierung der in den verschiedenen Arbeitsfeldern Tätigen sowie der Weiterentwicklung und Verbreitung entsprechender Praxiskonzepte. Die Suchtkrankenhilfe wird von Betroffenen nicht als geeignete Anlaufstelle für ihre Probleme wahrgenommen. Dem kann möglicherweise durch ausgewiesene und zielgruppengerechte Angebote unter Einbezug der psychosomatischen Hintergründe des problematischen Medikamentengebrauchs begegnet werden. Eine Ressourcen schonende Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der medizinischen und psychosozialen Versorgung stellt allerdings angesichts der „sektorenübergreifenden“ Problemlagen von Menschen mit Medikamentenproblemen eine sinnvolle Option dar. Hier sind eine Weiterentwicklung von Kooperationsmöglichkeiten und die Sicherung von Finanzierungsgrundlagen erforderlich.

---

## 4 Sozial benachteiligte Frauen

### 4.1 Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Soziale Ungleichheit bezeichnet zumeist Unterschiede in Bezug auf Bildung, beruflichen Status und Einkommen oder zusammengefasst der sozialen Schichten (vertikale soziale Ungleichheit). Eine weitere Unterteilung verläuft quer zu diesen Kategorien. Hierunter werden eine Vielzahl von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, Kinderzahl und weitere erfasst (horizontale soziale Ungleichheit). Zur Untersuchung der Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit können die Merkmale der vertikalen und horizontalen Ungleichheit vielfältig kombiniert werden, wobei eine systematische Vorgehensweise eher selten ist (Mielck 2003). Babitsch (1998) zeigt in ihrer Arbeit auf, dass eine systematische Bestandsaufnahme geschlechtsspezifischer Unterschiede in diesem Bereich noch aussteht. Als zentrale Frage hierbei wird die Operationalisierung sozialer Ungleichheit von Frauen gesehen. Konzepte sozialer Ungleichheit basieren auf einem idealtypischen männlichen Lebenslauf mit lebenslanger kontinuierlicher Erwerbstätigkeit, zum zweiten fließen Aspekte geschlechtsspezifischer Ungleichheit in diese Konzepte ein.

#### 4.1.1 Gesundheitliche Lage

Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung einerseits und häufigerem gesundheitsriskantem Verhalten (Rauchen, Übergewicht, körperliche Inaktivität) sowie höherer Morbidität und Mortalität wurden in zahlreichen Studien nachgewiesen. Die Expertise des Robert Koch-Instituts zum Zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Lampert, Saß, Häfelinger & Ziese 2005) stellt u. a. die aktuelle Situation zu subjektiver Gesundheit, Schmerzerkrankungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zusammen:

- **Einkommen**

Frauen geben mit insgesamt 21,4% insgesamt häufiger eine weniger gute oder schlechte Gesundheit an als Männer mit 16,7%. Bei beiden Geschlechtern nimmt die Gesundheitszufriedenheit mit der Höhe des Einkommens zu. Die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen sind bei Frauen in den jüngeren Jahren deutlicher ausgeprägt und nehmen mit dem Alter ab. Die Schmerzprävalenz nimmt sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit dem Alter zu. In der Armutsrisikogruppe (weniger als 60% des bundesdeutschen Durchschnittseinkommens) ist das Schmerzvorkommen am höchsten. In der Altersgruppe über 65 Jahren sind Frauen der untersten Einkommensgruppe doppelt so häufig betroffen wie Frauen der höchsten Einkommensgruppe. Obwohl einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen unter mehr Beschwerden leiden, gehen sie seltener zum Arzt. Bei Frauen zeigt sich dieser Trend vor allem in den mittleren Jahren. Frauen über 65 Jahren und mit einem Einkommen von unter 60% des Durchschnittseinkommens

---

mens zeigen dagegen eine höhere Inanspruchnahme der ambulanten Gesundheitsversorgung als gleichaltrige Frauen der oberen Einkommensgruppe. Dabei ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Inanspruchnahme von Ärzten/-innen bei Frauen insgesamt schwächer ausgeprägt als bei Männern (Lampert et al. 2005).

- **Bildung**

Bildung wird ein Einfluss auf personale Kompetenzen sowie auf den Zugang zu beruflicher Qualifizierung und damit zu Erwerbschancen mit entsprechendem Einkommen und Aufstiegsmöglichkeiten zugesprochen. Darüber hinaus gilt Bildung als gut operationalisierbare und valide Variable. Frauen mit niedriger Schulbildung (Volks-/ Hauptschule) schätzen sie ihre Gesundheit als schlechter ein als Frauen mit mittlerer und höherer Bildung. Dazu haben sie ein höheres Risiko für chronische und wiederkehrende Erkrankungen sowie starke Schmerzen. Gesundheits-Checkups werden von Frauen und Männern mit niedriger Schulbildung häufiger genutzt als von Menschen mit höherer Bildung. Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung werden jedoch von Frauen mit niedriger Schulbildung seltener genutzt als von Frauen mit höherer Schulbildung (Lampert et al. 2005).

- **Beruflicher Status**

Eine sehr gute subjektive Gesundheit ist bei Frauen in Berufsgruppen mit niedrigem Berufsstatus deutlich seltener als bei Frauen mit höherem beruflichem Status. Bei Frauen ist der Zusammenhang zwischen Berufsstatus und Gesundheit allerdings geringer ausgeprägt als bei Männern. Arbeitslose beiderlei Geschlechts schätzen ihre Gesundheit insgesamt schlechter ein und nehmen mehr ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch (Lampert et al. 2005). (Auf die Häufung von Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund psychischer Erkrankungen in bestimmten, frauentypischen Berufsgruppen wurde bereits in Kapitel 2.4.1 verwiesen.)

- **Alleinerziehende Frauen**

Sie leiden öfter und stärker unter Schmerzen, vor allem in Kopf, Nacken, Armen und Beinen. Keine Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten wegen Schmerzen geben nur rund 38% der Alleinerziehenden gegenüber 53% der Mütter mit Partnerschaft an. Insgesamt ist die subjektive Gesundheit bei alleinerziehenden Müttern geringer. Erwerbstätigkeit und Einkommenszufriedenheit haben einen positiven Einfluss auf das subjektive Befinden. Bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie bei Vorsorgeuntersuchungen und Angeboten der Gesundheitsförderung zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen alleinerziehenden Müttern und Müttern mit Partnerschaft. Nur Psychotherapien nehmen Alleinerziehende (15%) deutlich häufiger in Anspruch als Mütter mit Partnerschaft (3,7%) (Lampert et al. 2005).

- **Migration**

Zur gesundheitlichen Situation von Migranten/-innen liegen relativ wenige Daten vor. Die Zufriedenheit mit der Gesundheit ist bei Migranten/-innen geringer. Bei der Inan-

---

spruchnahme von niedergelassenen Ärzten/-innen zeigen sich keine Unterschiede zwischen Menschen mit deutschem und türkischem Hintergrund, bei Menschen aus anderen Herkunftsländern ist die Inanspruchnahme geringer (Lampert et al. 2005).

#### **4.1.2 Psychische Erkrankungen**

Der Sonderauswertung zu psychischen Störungen im Bundes-Gesundheitssurvey (Wittchen & Jacobi 2001) zufolge sind Bildungsunterschiede beim Vorkommen psychischer Störungen eher gering. Am ehesten sind Unterschiede bei den affektiven Störungen zu beobachten. Absolventen/-innen der Volks- oder Hauptschule (Männer 10,2%; Frauen 16,8%) leiden häufiger unter affektiven Störungen als Personen mit Abitur (Männer 7,4%; Frauen 12,8%). Als Hochrisikogruppe wurden Personen mit niedriger Schulbildung und ohne Berufsabschluss identifiziert (Männer 18%; Frauen 24,8%). Die ‚Mannheimer Kohortenstudie‘ (Franz et al. 2000) stellt ebenfalls dar, dass Frauen sowie Angehörige unterer Sozialschichten jeweils deutlich schwerer mit psychischen Störungen belastet waren. Für Frauen unterer sozialer Schichten wurde ein besonders hohes Chronifizierungsrisiko festgestellt.

Zwischen Arbeitslosigkeit und Depressionen kann ein deutlicher Zusammenhang festgestellt werden. Der telefonische Gesundheitssurvey 2003 fand sowohl bei Männern als auch bei Frauen gegenüber Erwerbstätigen (Männer 10,5%; Frauen 17,8%) bei Kurzarbeitslosen (<12 Monate: Männer 20,0%; Frauen 36,8%) und Langzeitarbeitslosen (>12 Monate: Männer 25,3%; Frauen 38,8%) deutlich erhöhte Raten. Die nur für Frauen angegebene Kategorie der Hausfrauen erreichte eine Häufigkeit von 20,3% und war damit vergleichsweise gering gegenüber den erwerbstätigen Frauen erhöht (Lampert et al. 2005).

Bei alleinerziehenden Frauen ist die Lebenszeitprävalenz u. a. von Migräne gegenüber Müttern in einer Partnerschaft deutlich erhöht. Außerdem geben sie doppelt so häufig psychische Beschwerden an, wie Nervosität, Niedergeschlagenheit, Entmutigung und Traurigkeit. Unter psychischen Erkrankungen leidet fast die Hälfte der alleinerziehenden Mütter (Mütter in Partnerschaft 35,5%). Auch die Häufigkeit substanzbezogener Störungen ist mit 9% bei dieser Gruppe deutlich erhöht, wohingegen nur 1% der Mütter in Partnerschaft eine entsprechende Erkrankung aufweisen (Lampert et al. 2005).

Ein Überblick von Weilandt, Rommel & Raven (2003) zur psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen kommt zu dem Schluss, dass die Datenlage zur Thematik schlecht ist. Die wenigen verfügbaren epidemiologischen Daten sind häufig nicht nach Nationalität oder nach Geschlecht differenziert. Statistiken der medizinischen Rehabilitation zufolge sind berufstätige Migrantinnen im Vergleich zu anderen Gruppen Berufstätiger auffallend häufig wegen Depressionen und somatoformen Störungen in Behandlung. Psychische und psychosomatische Reaktionen (Magenbeschwerden, Kopf- und Rückenschmerzen, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Überforderung usw.) werden von Migrantinnen ebenfalls häufiger angegeben. Besonders prekär ist die psychische Situation von Flüchtlingen und Opfern von Menschenhandel aufgrund der Auswirkungen verschiedener Traumatisierungen. Sprachliche und kulturelle Barrieren sowie ein deutlicher

---

Mangel an entsprechenden Behandlungsangeboten kennzeichnen die Versorgungssituation (Weilandt et al. 2003).

Insgesamt ist die gesundheitliche Lage bei verschiedenen benachteiligten Gruppen stärker beeinträchtigt und es werden mehr psychische und psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen angegeben. Dies geht allerdings nur teilweise mit einer erhöhten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens einher. In einer Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Dienste stellten Thode, Bergmann, Kamtsiuris & Kurth (2005) fest, dass Personen mit niedrigerem sozialem Status öfter Allgemeinärzte/-innen und seltener internistische Fachärzte/-innen aufsuchen als Angehörige höherer sozialer Schichten.

## **4.2 Soziale Lage und Medikamentengebrauch**

Zu Zusammenhängen von sozialer Ungleichheit mit dem Gebrauch von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial liegen wenige Erkenntnisse vor. Es gibt aber Anhaltspunkte, dass die soziale Schicht einen wesentlichen Faktor beim Gebrauch von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial darstellt. In den verfügbaren Studien werden bei der Zuordnung zu einer sozialen Schicht in der Regel Einkommen, Bildungsstatus und beruflicher Status berücksichtigt.

Laut Arzneimittel-Survey (Knopf & Melchert 2003) gebrauchen Männer aus der Unterschicht (bezogen auf alle Arzneimittelarten) signifikant mehr Medikamente als Männer aus der Oberschicht, während sich bei den Frauen keine signifikanten Unterschiede finden. Die Herkunft der angewendeten Arzneimittel zeigt allerdings einen Zusammenhang zur sozialen Schicht. Dabei ergibt sich hinsichtlich der ausschließlichen Einnahme ärztlich verordneter Medikamente kein Einfluss der Schichtzugehörigkeit. Die Wahrscheinlichkeit von Selbstmedikation und gleichzeitiger Anwendung von Verordnungs- und Selbstmedikation ist jedoch in der Oberschicht höher als in der Unterschicht. In Bezug auf die kritischen Arzneimittelgruppen ist die Zahl der Anwender (7-Tage-Prävalenz) von Analgetika in der Unterschicht niedriger und steigt mit dem sozialen Gradienten. Hier kann ein Zusammenhang zur größeren Prävalenz von Kopfschmerzerkrankungen (vgl. Kapitel 2.4.2) mit der größeren Häufigkeit der Selbstmedikation in den oberen Schichten vermutet werden. Bei den Psycholeptika ist dagegen der Verlauf umgekehrt.

In den Daten der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen 2000 zeigte sich ebenfalls ein deutlicher Zusammenhang von Medikamentengebrauch und sozialer Schicht. Sowohl in der 12-Monats-Prävalenz als auch bei der 30-Tage-Prävalenz berichteten Angehörige der unteren Schicht eine häufigere Einnahme aller Medikamentengruppen mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial, während die Häufigkeiten in der Oberschicht am geringsten waren. Während sich in der unteren Schicht die Prävalenzraten von Männern und Frauen nicht wesentlich unterschieden, berichten Frauen, die den beiden höheren Schichten zuzuordnen sind, häufiger von mindestens einem eingenommenen Medikament

---

als Männer der jeweiligen Schicht. Am häufigsten wird in allen sozialen Schichten der Konsum von Schmerzmitteln genannt. Die 30-Tage-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs ist hier, anders als im Arzneimittelsurvey (s. o.) in der Unterschicht am höchsten. Erst mit großem Abstand wird mit ähnlicher Häufigkeit der Gebrauch von Beruhigungs- und Schlafmittel berichtet (Kraus 2002).

Im Vergleich weisen die beiden epidemiologischen Studien hinsichtlich der Variablen Geschlecht und Alter ähnliche Tendenzen auf, während sich bezogen auf die soziale Schicht schwer interpretierbare Unterschiede beim Gebrauch von Schmerzmitteln in der Unterschicht zeigen. Dieser Umstand sollte in zukünftigen Erhebungen genaueren Analysen unterzogen werden.

Weitere Hinweise auf einen Zusammenhang der sozialen Lage mit dem Gebrauch von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial zeigte ein früherer Gesundheitssurvey (Henkel 2000). Hier wurde der Konsum von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Medikamenten bei Arbeitslosen und Einkommensarmen untersucht. Bezogen auf den Medikamentenkonsum wurde die mehr als zweimal wöchentliche Einnahme von Anregungs-, Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln sowie von Psychopharmaka erfragt. Bei Arbeitslosen beiderlei Geschlechts ergab sich ein wesentlich höheres Risiko für den Konsum entsprechender Medikamente. Zwischen den Einkommensgruppen bestanden dagegen weder bei Frauen noch bei Männern signifikante Unterschiede.

Alleinerziehende Mütter und Mütter in Partnerschaften zeigen bei der Drei-Monats-Prävalenz der Einnahme von Schmerzmitteln nur geringe Unterschiede (allein Erziehende 56%, Mütter in Partnerschaft 53%). Dagegen ist ein deutlicher Unterschied bei der Drei-Monats-Prävalenz von psychoaktiven Medikamenten (Beruhigungs- und Schlafmittel, Mittel gegen Folgen von Stressbelastung und gegen Verstimmtheit/Depressionen) vorhanden. Knapp 24% der alleinerziehenden Mütter und rund 15% der Mütter mit Partnerschaft nahmen entsprechende Medikamente ein (Lampert et al. 2005).

Sußmann (2001) verweist in einer Stellungnahme zur Medikamentenabhängigkeit bei Frauen auf Praxiserfahrungen, denen zufolge Arbeitsmigrantinnen und Flüchtlingen in hohem Maße Schmerz- und Beruhigungsmittel verordnet werden. Dies wird auf soziokulturelle Aspekte der Beschwerdendarstellungen (generalisiertes Schmerzsyndrom) und kulturelle wie sprachliche Verständigungsschwierigkeiten zurückgeführt. Ernst (2000) führt verschiedene Studien an, die auf Verzerrungen der Wahrnehmung von Schmerzäußerungen von Migrantinnen/-innen durch das medizinische Personal hindeuten („Mittelmeersyndrom“) und die auch zur vermehrten Analgetikavergabe führten. Aufgrund eigener Studien kommt er zu dem Schluss, dass keine Unterschiede in der Prävalenz und der Intensität bei Rückenschmerzen bestehen, dass jedoch vor allem Angehörige unterer Sozialschichten (sowohl deutsche als auch nicht-deutsche) diese Schmerzen anders äußern. David, Braun & Borde (2004) bestätigen dagegen mit ihrer Untersuchung in Berliner Notfallambulanzen eine stärkere Alltagsbelastung durch Schmerzen, eine höhere Schmerzintensität und zahlreichere Schmerzlokalisationen bei Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Patientinnen. Vor einer Deutung der

---

geäußerten Beschwerden als Übertreibung wird gewarnt. Konkrete Daten zur Verordnung oder Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder allgemein von Psychopharmaka bei Migrantinnen sind in den vorliegenden epidemiologischen Studien nicht verfügbar.

Auch beim problematischen Medikamentengebrauch, erfasst auf der Basis des Kurzfragebogens nach Watzl et al. (1991; vgl. Kapitel 2.3), zeigt sich ein Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit. Je höher die soziale Schichtzugehörigkeit, desto niedriger ist der Anteil derjenigen Personen mit problematischem Medikamentengebrauch. Während 10% der Angehörigen der Unterschicht entsprechend dem Kriterium für einen problematischen Gebrauch mindestens vier positive Antworten gaben, sind es bei den Befragten aus der Mittelschicht nur etwa 5% und bei denen aus der Oberschicht nur etwa 3%. Das gleiche Muster zeigt sich bei beiden Geschlechtern und bei den höheren Altersgruppen. In jeder sozialen Schicht ist der Anteil der Frauen mit problematischem Medikamentengebrauch höher als der der Männer (Augustin 2006).

Vergleiche von Frauen mit unauffälligem sowie auffälligem oder abhängigem Konsum (nach Selbsteinschätzung) von Alkohol oder Medikamenten in zwei Studien (Franke et al. 1998; 2001) zeigten, dass Frauen mit sehr hohem oder abhängigem Konsum von Medikamenten niedrigere Schul- und Berufsabschlüsse haben. Das Haushaltsnettoeinkommen war mit dem der anderen Gruppen vergleichbar, die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation war allerdings geringer als bei den unauffälligen Frauen. Die geringe Zahl der erwerbstätigen Frauen mit auffälligem Medikamentenkonsum übte Berufe mit geringerer Handlungsautonomie aus. Die Mehrzahl war jedoch nicht erwerbstätig, ohne sich als arbeitslos einzuordnen. Bei sehr hohem Medikamentenkonsum war die Zahl der Getrennten und Geschiedenen höher als bei Frauen ohne auffälligen Substanzgebrauch. Dieser Unterschied galt für medikamentenabhängige Frauen in der zweiten der beiden durchgeführten Studien jedoch nicht.

Zusammenfassend ergibt sich der Eindruck, dass die soziale Schichtzugehörigkeit sowie besondere Belastungssituationen, die mit der häufigeren Angabe von Schmerzen einhergehen, möglicherweise nicht proportional in einem höheren Schmerzmittelkonsum resultieren. Dagegen ist der Gebrauch von die Stimmung beeinflussenden Psychopharmaka bei Angehörigen niedriger sozialer Schichten sowie bei Arbeitlosen und alleinerziehenden Müttern erhöht. Problematischer Medikamentengebrauch und Medikamentenabhängigkeit nehmen nach den vorliegenden Daten ebenfalls bei sozial benachteiligten Menschen, insbesondere bei Frauen zu. Einschränkend muss allerdings darauf verwiesen werden, dass die Datenlage insgesamt dünn und teilweise widersprüchlich ist. Eine weitergehende Absicherung der beschriebenen Zusammenhänge mit Bezug zu konkreten diagnostischen Daten ist hier dringend erforderlich.

---

### **4.3 Handlungsansätze für sozial benachteiligte Frauen**

Verschiedene Formen sozialer Benachteiligung können als Risikofaktoren für Beschwerden und Erkrankungen, erhöhten Gebrauch von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial sowie für problematischen Medikamentenkonsum und -abhängigkeit betrachtet werden. Dabei ist nicht ein einziger Faktor für die Entstehung von Medikamentenabhängigkeit ausschlaggebend. Vielmehr ist davon auszugehen, dass das Zusammenwirken mehrerer Belastungsfaktoren und geringer Bewältigungsressourcen das Risiko verstärkt (Ellinger et al. 1987; Franke et al. 1998; 2001).

Stärker noch als beim Missbrauch von Alkohol und illegalen Drogen zur (dysfunktionalen) Bewältigung von psychischen Problemen und biografischen oder aktuellen Krisen durch Frauen (vgl. z. B. Vogt 1994; Zenker 2002) ist der (zur Behandlung von Erkrankungen funktionale und legitime) Gebrauch von Medikamenten als Akt des Gesundheitshandelns zu verstehen. Ein problematischer Gebrauch ergibt sich aus dem ausschließlichen Einsatz von Medikamenten zur Lebens- und Alltagsbewältigung bei gleichzeitiger (subjektiver oder objektiver) Abwesenheit anderer Handlungsoptionen. Klesse et al. (1992) konnten in ihrer Arbeit aufzeigen, dass das Gesundheitshandeln in der lebensgeschichtlichen Auseinandersetzung mit den sozialen und natürlichen Bedingungen der Umwelt entsteht. Verhaltensbedingte Risiken (hier am Beispiel von Herz-Kreislauf-Krankheiten) sind in ihrer spezifischen Ausprägung in die gesamte Lebensweise einer gesellschaftlichen Gruppe integriert und werden vom Individuum nicht zwingend im Kontext von Gesundheit gesehen. Übertragen auf den Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten spiegelt sich dies in den spezifischen Wirkerwartungen (Erhalt der Funktionsfähigkeit) wider (Franke et al. 1998; 2001).

Die qualitative Analyse des Gesundheitshandelns von sozial benachteiligten Frauen (Klesse et al. 1992) fördert unterschiedliche Orientierungen zutage. Neben einer seltener als erwartet auftretenden Klagsamkeitsorientierung bei geringen Belastungen, hoher Aufmerksamkeit für das eigene körperliche und seelische Befinden und häufigen Erfahrungen mit schweren Erkrankungen und wenig beeinflussbaren Lebenssituationen in der Herkunftsfamilie (z. B. Suchterkrankung eines Elternteils), wurden häufiger Durchhalteorientierungen bei zahlreichen psychosomatischen Beschwerden, schlechter Körperwahrnehmung und häufigen Entwertungserfahrungen durch autoritäre Eltern sowie körperliche, seelische und sexuelle Misshandlung festgestellt. Eine weitere große Gruppe der befragten Frauen zeigte keine der Extremhaltungen bei wenig Beschwerden und guter Körperwahrnehmung und teilweise positiven Kindheitserfahrungen oder späteren Lebenserfahrungen, die ihnen ein selbstbewusstes Gesundheitshandeln ohne die zuvor beschriebenen Extreme ermöglichten. Aus ihrer Studie folgern Klesse et al. (1992) u. a. die Notwendigkeit, lebensgeschichtliche Dimensionen von Gesundheit gleichwertig neben den körperlichen zu betrachten, positive Erfahrungen der Selbstbestimmung, sozialen Unterstützung und gesellschaftlichen Teilhabe zu unterstützen und sich dabei an den Stärken und Ressourcen der Frauen zu orientieren. Diese Grundhaltung kann als maßgeblich für die im Folgenden beschriebenen Ansätze gesehen werden.

---

Ausgewiesene Maßnahmen oder Projekte, die sich explizit an sozial benachteiligte Frauen mit Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit richten, existieren bisher fast gar nicht. So wie ‚Frauen und Medikamente‘ bereits eine doppelte Spezialisierung darstellt (vgl. Kapitel 3.8.1), die in der Gesundheitsversorgung nur marginal angesprochen wird, so kann Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit bei sozial benachteiligten Frauen als dreifache Spezialisierung betrachtet werden. Dabei ist unbenommen, dass verschiedene Einrichtungen diese Arbeit dennoch (mit-)leisten. So kann eine frauenspezifische Suchteinrichtung natürlich Frauen mit Abhängigkeiten von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen aller Schichten beraten und behandeln. Auf der anderen Seite werden bei präventiven und gesundheitsfördernden Projekten, die sich aus der Frauengesundheitsbewegung heraus entwickelt haben, häufig die Reduzierung von Psychopharmakagebrauch insgesamt sowie Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit als ein Beweggrund der Initiativen angegeben. Die Schaffung und Verbreitung von Konzepten und angemessenen Hilfeangeboten für Medikamentenabhängige vorausgesetzt (vgl. Kapitel 3), stellt sich zum einen die Frage, wie diese Angebote sozial benachteiligte Frauen gezielt erreichen sollen. Zum Zweiten ist zu überlegen, was Angebote für sozial benachteiligte Frauen leisten können, um Medikamentenprobleme zu erkennen und entsprechend zu beraten, behandeln oder weiter zu verweisen.

#### **4.3.1 Medizinische Versorgung**

Die Inanspruchnahme von Diensten der Gesundheitsversorgung variiert zwar bei unterschiedlichen Faktoren sozialer Ungleichheit. Das medizinische System stellt allerdings insgesamt eine zentrale Anlaufstelle bei Beschwerden und Erkrankungen dar und ist im Hinblick auf Missbrauch und -abhängigkeit von den überwiegend rezeptpflichtigen Medikamenten der Dreh- und Angelpunkt zur Erreichbarkeit von Frauen mit entsprechenden Problemen. Insofern ergeben sich in diesem Bereich hinsichtlich der qualitativen Verbesserung der Versorgung und Arzneiverordnungen keine neuen Aspekte. Zusätzlich diskutiert Trabert (2001) Potenziale der medizinischen Versorgung von sozial benachteiligten Menschen am Beispiel von Armut auf unterschiedlichen Ebenen. Angeführt werden niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote ‚vor Ort‘, wie z. B. aufsuchende Betreuungsangebote durch geschulte Krankenpflegekräfte und Hebammen (bei Schwangeren und jungen Müttern) sowie Sprechstunden innerhalb sozialer Brennpunkte, Beratungsstellen und öffentlicher Institutionen wie z. B. Kindergärten und Schulen. Weiter wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung von bestehenden Versorgungsstrukturen (Medizin, Pflege, Sozialarbeit) vorgeschlagen. Die Einrichtung von Versorgungs- bzw. Gesundheitszentren in sozialen Brennpunkten unter Einbezug von (Fach-)Ärzten/-innen, psychosozialen und gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten mit einem zusätzlichen Angebot zur kurzzeitigen Kinderbetreuung stellt eine weitere Option dar.

Darüber hinaus wird darauf verwiesen, dass Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen nicht nur aus der Gesundheitsversorgung und -förderung selbst

---

heraus organisiert werden kann, sondern die Zersplitterung der Zuständigkeiten für den Sozialsektor, Stadtentwicklung, Bildung und Gesundheitsversorgung überwinden muss. Die wichtige Rolle von Institutionen und Gremien auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene wird dabei betont (Altgeld & Leykamm 2003). Insbesondere für die in Kapitel 3 dargestellten Arbeitsfelder, aber auch für spezielle Konzepte zur medizinischen Versorgung von sozial benachteiligten Menschen sowie für übergreifende Strukturen der Politik, Verbände und Organisationen ist die Sensibilisierung für die Lebenszusammenhänge von Frauen dieser Zielgruppe und für die entsprechenden Zusammenhänge vom Gebrauch bis hin zu einem möglichen Fehlgebrauch oder Missbrauch von psychoaktiven Medikamenten zu fördern.

#### **4.3.2 Gesundheitsinformationen**

Entgegen verbreiteter Annahmen zur Inanspruchnahme von Informationsangeboten zu Gesundheitsthemen zeigen sich keine Hinweise, dass sich untere Bildungsgruppen seltener informieren, sie bevorzugen allerdings andere Medien als höhere Bildungsgruppen. Ähnlich wie Männer der gleichen Bildungsschicht nutzen Frauen mit niedriger Schulbildung häufiger Radio, Fernsehen, Krankenkassen, Apothekenhefte und Arzthotlines (bei insgesamt gesehen sehr niedriger Nutzungsrate) als Frauen mit höherer Schulbildung (Lampert et al. 2005) (vgl. hierzu auch Kapitel 5.3.1).

Die Zeitschrift ‚bella donna‘ wurde von der Berner Gesundheit und der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauch (ZüFAM) speziell für Frauen ab 40 entwickelt, die insgesamt als Risikogruppe für den Missbrauch von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln gelten und mit traditionellen Broschüren schlecht erreicht werden. Im Stil einer Boulevardzeitschrift wurde ‚bella donna‘ mit viel Bildmaterial sowie Haushalts-, Kosmetik- und Secondhandbekleidungstipps, einem Preisrätsel sowie Kindheitserinnerungen von Schweizer Prominenten illustriert. Zentraler Inhalt sind Porträts von ehemals medikamentenabhängigen Frauen sowie ausführliche Hintergrundinformationen zu Medikamenten und Beratungs- und Therapiemöglichkeiten. Die Zeitschrift wurde im Laufe eines Jahres in einer Auflage von rund 36 000 Stück direkt an Haushalte in Bern-West und zur Gratis-Auslage an verschiedene Stellen wie z. B. Arztpraxen, Apotheken, Drogerien, Friseure, Frauenorganisationen und Gesundheits- und Sozialberatungsstellen abgegeben. Mit Hilfe eines beigefügten Fragebogens wurde die Zeitschrift evaluiert. Erreicht wurden mit der Zeitschrift zu fast 90% Frauen, wobei sich in der Beurteilung der Inhalte kein Geschlechterunterschied ergab. Unterhaltungswert, Inhalt und Verständlichkeit wurden sehr positiv bewertet. Personen ohne Ausbildung und mit Berufslehre gefiel die Zeitschrift signifikant häufiger als Personen mit höherer Ausbildung. Knapp die Hälfte der Fragebogenbeantworter/-innen berichtete, durch die Zeitschrift über ihren Umgang mit Medikamenten nachzudenken. Rund ein Viertel gab an, ihre Einstellung zu Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln geändert zu haben. Insgesamt 36 Frauen meldeten sich für eine Beratung bei den Beratungsstellen der Berner Gesundheit an (Müller & Bähler 2004).

---

Vor der Umsetzung eines entsprechenden Öffentlichkeitskonzepts muss allerdings die jeweilige Reichweite der Kampagne sowie die Verfügbarkeit von zielgenauen Hilfeangeboten berücksichtigt werden. Angesichts der aktuellen Versorgungslage für Medikamentenabhängige in Deutschland wäre von einer sofortigen bundesweiten Aktion eher abzuraten. Eine regionalisierte Öffentlichkeitsarbeit in Zusammenarbeit mit Institutionen und Einrichtungen, die entsprechende ortsnahe Beratungsmöglichkeiten und Hilfen vermitteln können, erscheint in Bezug auf das Thema dieses Berichtes angebracht.

### **4.3.3 Gesundheitsförderung**

Zu Angeboten der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte lagen in Deutschland bis zum Jahr 2003 nur wenige und unzureichende Informationen vor. Die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durch die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Berlin ‚Gesundheit Berlin e. V.‘ erstellte Internetdatenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) bietet erstmalig einen umfassenden Überblick über Adressen, inhaltliche Informationen und Umsetzungspraxis von Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung für unterschiedliche Zielgruppen mit sozialer Benachteiligung und kann fortlaufend durch Anbieter/-innen neuer Projekte selbstständig über das Internet ergänzt werden (Kilian, Brendler, Geene & Richter 2003).

Die aktuelle Recherchenoberfläche der Internetdatenbank ermöglicht die Suche in annähernd 2800 Projekten nach Settings, Handlungsfeldern, Angebotsart, Zielgruppen und Altersgruppen. Die Suche nach geschlechtsspezifischen Angeboten ist nicht möglich. Eine Recherche zum Handlungsfeld ‚Medikamentenkonsum‘ erbrachte 883 Treffer (Stand Mai 2006). Unter den aufgeführten Angeboten findet sich ein sehr breites Themenspektrum von Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe (einschließlich Beratungsstellen, Entwöhnungsangeboten und ambulant betreutem Wohnen für Drogenabhängige und Schwerstmehrfachabhängige), Beratung zu ADHS, HIV und AIDS, Hilfen für Wohnungslosen, allgemeinen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, Krisenhilfen, Beratung und Betreuung bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen, Gesundheitsförderung für Migranten/-innen, Erwerbslose und Erwerbstätige, Selbsthilfe, Senioren u. a. m. Eine Eingrenzung, welche Arten von Arzneimitteln berücksichtigt werden und in welcher Form Medikamentenkonsum in den verschiedenen Projekten aufgegriffen wird, ist aus der Durchsicht der jeweiligen Projektbeschreibungen in der Regel nicht möglich und so nur indirekt zu erschließen. Die überwiegende Zahl der Projekte wendet sich darüber hinaus mit seinen Angeboten an mehrere Zielgruppen (Frauen und Männer, unterschiedliche Altersstufen, unterschiedliche Bildungs-, Erwerbs- und Einkommenssituation). Somit ergeben sich aus dieser Recherche zunächst eine Vielzahl von möglichen Multiplikatoren/-innen für Informationen über angemessenen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten sowie über Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten.

---

Eine weitere Recherchemöglichkeit besteht in der Volltextrecherche, welche den Namen des Angebotes, den Träger und die Selbstbeschreibung der Projekte erfasst. Eine Recherche mit dem Stichwort ‚Frauen‘ erbrachte 361 Treffer (Stand Mai 2006). Unter den Projekten, welche in den meisten Fällen tatsächlich frauenspezifische Angebote umfassen, finden sich die Themenbereiche Suchtmittelabhängigkeit, Gesundheitsförderung, Kurberatung und -nachsorge, Stadtteilarbeit, Freizeit und Kultur, Alleinerziehende, Beratung bei Schwangerschaft, HIV/AIDS, sexuelle Gewalt, Migration, Wiedereinstieg in den Beruf, Krebserrankungen, Sport, Ernährung, psychosoziale Problemlagen u. a. m. Auch hier kann auf eine Vielzahl von potenziellen Multiplikatoren/-innen zurückgegriffen werden. Eine kombinierte Recherche der Stichworte ‚Frauen‘ und ‚Medikamente‘ führte zu 10 Treffern, die überwiegend in der Suchtkrankenhilfe angesiedelt sind und in der Projektbeschreibung keine expliziten Hinweise für medikamentenspezifische Konzepte liefern.

Somit liefert die Datenbank zahlreiche Hinweise auf Projekte, die eine Multiplikatorenfunktion für die Thematik ausüben können, jedoch wenig Anhaltspunkte für konkrete Ansätze. Eine Sensibilisierungsstrategie für entsprechende Einrichtungsträger und Mitarbeiter/-innen wäre somit zu empfehlen, wobei sich die verbreitete Trennung zwischen Gesundheitsförderung einerseits und Suchtprävention bzw. -behandlung andererseits als problematisch erweisen kann. Daher sind der Zusammenhang von (angemessenem und nicht-angemessenem) Medikamentengebrauch mit den jeweiligen Lebenslagen und gesundheitlichen Bedingungen und der fließende Übergang zu einem möglichen Fehlgebrauch, Missbrauch oder einer Abhängigkeit besonders hervorzuheben. Gesundheitsförderung und Suchtprävention sind somit besonders im Bereich Medikamente auf einem Kontinuum angesiedelt.

In der Frauengesundheitsbewegung und -forschung und den sich hierauf beziehenden Projekten kann eine hohe Sensibilität für den Zusammenhang von Lebenslagen von Frauen und dem Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten vorausgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund werden in der folgenden Auswahl Projekte beispielhaft aufgegriffen, welche unterschiedliche Herangehensweisen der frauenspezifischen Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Frauen darstellen.

### **Frauengesundheitstreff Tenever**

Der Frauengesundheitstreff Tenever wurde 1989 im Zuge eines Forschungsprojekts zum Gesundheitshandeln von sozial benachteiligten Frauen in einem sozialen Brennpunkt in Bremen gegründet (vgl. Klesse et al. 1992) und anlässlich seines zehnjährigen Bestehens evaluiert (Flerlage & Weerts 2001). Die aktuelle Arbeit beinhaltet vier wesentliche Angebotskomplexe, die auf einem niederschweligen offenen Treff, zahlreichen (interkulturellen) Programmangeboten mit regelmäßigen Kursen, Gesprächsrunden und Veranstaltungen, Psychosozialer Beratung und Einbezug der Nutzerinnen in die Programmgestaltung durch halbjährliche Plena (Empowerment-Ansatz) beruhen. Zu den Nutzerinnen gehören Frauen aller Alterstufen mit einem relativ stabilen Anteil von etwa einem Drittel Migrantinnen.

---

Während die durchschnittlichen Schulabschlüsse der Nutzerinnen in etwa denen repräsentativer Untersuchungen gleichen, ist die durchschnittliche Berufsausbildungssituation erkennbar schlechter. Über 60% sind nicht erwerbstätig (Hausfrau, Rentnerin, Erwerbslose). Die meisten der erwerbstätigen Frauen sind im Dienstleistungssektor (z. B. Friseurin, Verkäuferin), im medizinischen und pädagogischen Bereich (z. B. Arzhelferin, Erzieherin) oder im Verwaltungsbereich (z. B. Verwaltungsangestellte, Sekretärin) tätig und teilzeitbeschäftigt. Aber auch von höher qualifizierten Frauen wird das Angebot (z. B. Finanzbeamtin, Pädagogin) genutzt. Im Vergleich zu Repräsentativerhebungen liegt das Haushaltseinkommen unter dem Durchschnitt (Flerlage & Weerts 2001). Die Frauen werden in ihren aktuellen Lebenszusammenhängen durch den stadtteilbezogenen Arbeitsansatz und muttersprachliche Angebote angesprochen. Zentrale Inhalt der Arbeit sind die Stärkung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit im Zusammenhang mit der eigenen Gesundheit sowie der Bewältigung von Belastungen und Konflikten. Berücksichtigt werden dabei das individuelle Gesundheitshandeln, der Umgang mit dem eigenen Körper und die Wahrnehmung und Bewertung gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Darüber hinaus übernimmt der Gesundheitstreff eine Brückenfunktion zwischen den Bewohnerinnen des Stadtteils und den Institutionen des Gesundheits- und Bildungswesens (vgl. Selbstdarstellung des Frauengesundheitstreffs in der Projektdatenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de))

### **Femmes Tische**

FemmesTische wurde als lebensumfeldbezogenes Projekt von der Zürcher Fachstelle zur Prävention von Alkohol- und Medikamentenmissbrauch (ZüFAM) und der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich entwickelt und dient als Bildungs-, Vernetzungs- und Austauschprojekt für Frauen. Nach dem Schneeballprinzip suchen geschulte und supervidierte Laien-Moderatorinnen Gastgeberinnen, welche wiederum mehrere Frauen aus ihrem Bekanntenkreis zu sich nach Hause einladen. Mit einem Kurzvideo zu Themen wie Frauenbilder, Wechseljahre oder Auszug der Kinder als Einstieg wird ein moderiertes Gespräch der eingeladenen Frauen über ihren eigenen Alltag angeregt. Das Konzept erlaubt den Einbezug vielfältiger Themen und unterschiedlicher Zielgruppen wie z. B. Migrantinnen (Haltiner 2003; Gesundheitsförderung Schweiz 2003). Aktuell werden Femmes Tische an ca. 25 Standorten in der Deutschschweiz sowie an fünf Standorten in Deutschland durchgeführt ([www.femmestische.ch](http://www.femmestische.ch)).

### **Schulungs- bzw. Kursangebote**

Das kostenlose Angebot der Patientinnenschulung „Älter werden und Gesundheit – die Patientinnenschulung“ durch das Feministische Frauengesundheitszentrum e.V. Berlin richtet sich allgemein an sozial benachteiligte Frauen deutscher und nicht-deutscher Herkunft. Die Schulung umfasst acht Einheiten mit den folgenden Themenkomplexen: 1) Körperliche Veränderungen in der zweiten Lebenshälfte; 2) die Rolle von Ernährung und Bewegung bei gesundheitlichen Risiken; 3) Schlafstörungen; 4) depressive Verstimmungen und

---

Depressionen; 5) Selbsthilfe zu Stressabbau, Entspannung und Förderung von Heilungsprozessen; 6) Verhalten in der ärztlichen Sprechstunde; 7) Umgang mit Medikamenten; 8) Krankenhaus, Nachsorge und Rehabilitation. Die Schulung wird bei unterschiedlichen Trägern angeboten. Schulungen für Migrantinnen werden zweisprachig durchgeführt und schriftliche Informationen und Merkblätter in türkisch und deutsch vorgehalten. Das Projekt wurde von Januar 2004 bis Juni 2005 von der ARD-Fernsehlotterie unterstützt (Krock 2006).

Unter dem Titel ‚Donna, nonna, ma donna‘ führt die Organisation Berner Gesundheit verschiedene Veranstaltungen durch, die sich insbesondere an weniger privilegierte Frauen ab 50 Jahren aus unteren Bildungsschichten richten. Im Rahmen des Projekts werden präventiv ausgerichtete Angebote innerhalb von Betrieben und sozialen Institutionen durchgeführt. Ziel ist die Verminderung des riskanten Medikamentengebrauchs bei Frauen durch die Stärkung der Selbsthilfepotenziale der Frauen. Mit Informationen, kurzen Filmszenen, spielerischen Übungen und Gesprächen wird an die Kompetenzen und Ressourcen der Frauen angeknüpft. Im Zentrum stehen die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen, der Einbezug ihrer spezifischen Lebenskontexte sowie die Berücksichtigung frauenspezifischer, psychosomatischer Verarbeitungsmuster (Hefti Kraus 2002 und [www.beges.ch](http://www.beges.ch)).

### **Kooperation und Vernetzung**

Im Rahmen eines vom Hessischen Sozialministerium finanzierten landesweiten Projektes bietet das Feministische Frauengesundheitszentrum e.V. Frankfurt (FFGZ) seit 1996 in Kooperation mit Trägern der Gemeinwesenarbeit in sozialen Brennpunkten Beratung und Unterstützung bei der Verankerung von Angeboten frauenspezifischer Gesundheitsförderung in der Stadtteilarbeit an. Weiter übernimmt das FFGZ die Organisation und inhaltliche Gestaltung von landesweiten Kooperationstreffen. Durch das Projekt konnten an zahlreichen Standorten unterschiedliche gesundheitsfördernde Maßnahmen geplant, durchgeführt und evaluiert werden (Bundesverband der Frauengesundheitszentren 2005).

### **Medizinische Rehabilitation**

Ein besonderes Beispiel für die gesundheitliche Versorgung von sozial benachteiligten Frauen stellt die medizinische Rehabilitation des Müttergenesungswerks der Elly Heuss-Knapp-Stiftung dar (Stoll 1999). Indikationen für die Bewilligung entsprechender Maßnahmen sind somatische und psychische Beschwerden sowie soziale Belastungen und Überforderung. Ausgangspunkt der interdisziplinären Behandlung sind demnach Fähigkeitsstörungen, die aus vielfältigen Belastungen, Risikoverhalten, Überforderung und fehlenden Möglichkeiten zum Stressabbau entstehen.

---

Laut Statistik des Müttergenesungswerks 1998 wurden von den Kurteilnehmerinnen nervliche oder seelische Überlastung, Rückenleiden, Müdigkeit und Niedergeschlagenheit, Kopfschmerzen und Migräne, Schlafstörungen, Erschöpfung nach Schicksalsschlag, Lustlosigkeit und Stimmungsschwankungen, Unruhe und Angstgefühle, Erkrankungen der Atemwege, Allergien und Hautkrankheiten besonders häufig (>20%) angegeben. Ein nach Selbsteinschätzung zu hoher Medikamentenkonsum wurde von einem Prozent der Kurteilnehmerinnen genannt. Besonders häufig genannte Faktoren der psychosozialen Lage der Frauen in den Kuren des Jahres 1997 waren ständiger Zeitdruck, Partnerschaftsprobleme, mangelnde Anerkennung als Hausfrau und Mutter, Alleinverantwortung für Kinder, finanzielle Probleme und Doppelbelastung sowie zahlreiche weitere Faktoren. Ziel der Behandlung ist es unter anderem auch, Psychopharmaka und Schmerzmittel etc. durch entsprechende Techniken und neu gelernte Verhaltensmuster überflüssig zu machen. Die ‚Therapeutische Kette‘ umfasst zunächst die Kurvorbereitung mit Beratung, Hilfe beim Antragsverfahren, inhaltlicher Vorbereitung, Hilfen bei praktischen Fragestellungen und Klärung der Finanzierung. Danach folgt die stationäre Maßnahme mit frauenspezifischem Konzept, Berücksichtigung der Kinder in Mutter-Kind-Kuren, und Empfehlung durch die Kureinrichtung zu weiteren ambulanten Maßnahmen am Wohnort. Schließlich wird durch Nachsorge mit Einzel- und Gruppengesprächen, Entspannung, Weitervermittlung in weitere Beratung und teilweise mit Wochenendangeboten der Kurerfolg stabilisiert (Stoll 1999). Vor dem Hintergrund, dass die Effektivität der Maßnahmen belegt ist und der Bedarf durch das derzeitige Angebot nicht gedeckt wird, ist eine restriktive Bewilligung durch (zumindest einige) Krankenkassen nicht nachvollziehbar. Eine stärkere Inanspruchnahme ambulanter Angebote durch die betreffenden Mütter ist aus Kostengründen vielleicht wünschenswert, aber angesichts der verursachenden, belastenden Lebensbedingungen gerade für diese Zielgruppe besonders schwer umsetzbar.

#### **4.4 Zusammenfassung**

Ein Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und gesundheitlicher Lage von Frauen sowie dem Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten kann aus den vorliegenden Daten geschlossen werden, ist aber im Vergleich zu anderen Bereichen der Suchtforschung bisher noch vergleichsweise schwach belegt. Weitere eingehende Untersuchungen zu diesem Themenfeld wären empfehlenswert. Die Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Frauen mit Medikamentenproblemen stellt eine Potenzierung der in den jeweiligen Einzelbereichen existenten Problemlagen dar. Die qualitative Weiterentwicklung der Arzneimitteltherapie und Versorgung von psychischen Beschwerden und Erkrankungen sowie von Beratungs- und Behandlungsangeboten für Menschen mit Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit stellt eine notwendige Voraussetzung zur Verbesserung der Situation dar. Der Zugang zu sozial benachteiligten Frauen mit Medikamentenproblemen erschließt sich über lebensweltbezogene Konzepte, die den Gebrauch von Medikamenten in einen individuellen und soziokulturellen Zusammenhang einordnen können.

---

## 5 Ältere Menschen

In diesem Kapitel wird eine Bevölkerungsgruppe beleuchtet, die bislang (noch) wenig Beachtung gefunden hat. Entsprechend gibt es auch zum Thema substanzbezogener Abhängigkeit im Alter bisher wenig Informationen und Angebote. Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit im Alter stellt hierbei, wie in anderen Bereichen der Suchtkrankenhilfe, eine weitere Spezialisierung dar. Die Datenlage zum schädlichen Konsum ist derzeit noch vergleichsweise dünn, Forschungsergebnisse und Erhebungen sind dementsprechend nur im geringen Umfang verfügbar. Gleichzeitig ist diese Bevölkerungsgruppe durch ihre besonderen Problemlagen in hohem Maße von der Verordnung psychoaktiver Substanzen betroffen. Darüber hinaus weisen die demografischen Daten bekanntermaßen auf eine deutliche Zunahme des Bevölkerungsanteils älterer Menschen hin. Insofern ist es notwendig, sich der Problematik dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe zuzuwenden, um passgenaue Lösungsansätze für die Zukunft entwickeln zu können.

Für ältere Menschen wird der schädliche Konsum von psychoaktiven Medikamenten bisher vor allem im Hinblick auf die stark steigenden Verordnungen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ab dem 50. Lebensjahr, Fehlmedikation in Alten- und Altenpflegeeinrichtungen sowie den damit einhergehenden Einschränkungen, wie gesteigerter Sturzgefahr und demenzähnlichen Einschränkungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit, diskutiert (Have-mann-Reinecke, Weyerer & Fleischmann 1998). In den entsprechenden Altersgruppen sind Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung überdurchschnittlich stark vertreten. Dabei sind in der Praxis die Probleme durchaus sichtbar, die mit der Verordnung psychoaktiver Substanzen bei älteren Menschen verbunden sind.

Auf unterschiedlichen Handlungsebenen sind Einzellösungen und Projekte entstanden, die eine Antwort auf bestehende strukturelle Mängel, institutionelle Rahmenbedingungen, mangelnde professionelle Kompetenz und Versorgungsmängel bieten können. Sie betreffen zum einen Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen und zur Optimierung von strukturellen Rahmenbedingungen, wie auch der Verbesserung der Arzneimittelversorgung im ambulanten und stationären Bereich. Zum anderen werden im Rahmen bestehender Angebote spezielle Modelle für ältere Abhängigkeitskranke entwickelt. Gegenwärtig gibt es noch keine flächendeckende Versorgung in diesem Bereich. Einige Erfolg versprechende Ansätze werden im folgenden Abschnitt vorgestellt. Diese beispielhaft vorgestellten Projekte können sinnvolle Anregungen zur Verbesserung der bestehenden Praxis bieten.

---

## **5.1 Leben und Gesundheit älterer Menschen**

### **Demografische Entwicklung**

Gegenwärtig beträgt der Anteil der über 60-Jährigen in Deutschland ca. 19 Millionen. Der Anteil der über 80-Jährigen wird sich von derzeit 2,9 Millionen bis zum Jahr 2020 schätzungsweise auf 5,3 Millionen erhöhen. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen des Geburtsjahres 1910 betrug bei Frauen 48,3 Jahre und bei Männern 44,8 Jahre. Für das Geburtsjahr 1998 beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen 80,6 Jahre, für Männer 74,4 Jahre. Hiermit liegt Deutschland weltweit an vierter Stelle. Frauen erreichen jetzt und auch in Zukunft ein immer höheres Lebensalter. Die weitere Lebenserwartung von derzeit über 80-jährigen Frauen beträgt zusätzliche 8,4 Jahre und bei Männern bei 6,9 Jahre (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002). Dieser Anstieg der Lebenserwartung ist zusammen mit dem Rückgang der Geburtenzahlen für den Anstieg des Anteils von Älteren in der Bevölkerung verantwortlich (Kruse 2002).

### **Finanzielle Situation**

Die finanzielle Lage älterer Menschen stellt sich insgesamt relativ gut dar. Das mittlere Monatseinkommen von allein lebenden älteren Menschen liegt bei ca. 1300 €. Einkommensarmut zeigt sich heute eher in der jüngeren als in der älteren Bevölkerung. Das Risiko der Einkommensarmut der Älteren sank seit 1998 von 13,3% auf 11,4%. Der Anteil der älteren Sozialhilfeempfänger/-innen liegt mit 0,7% deutlich unter dem gesamtgesellschaftlichen Mittel von 3,4%. Jedoch liegt das Armutsrisiko allein lebender Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren bei 29,3%, in noch höherem Alter bei bis zu 31,4% (Lampert et al. 2005).

### **Lebenszufriedenheit**

Die Ergebnisse der interdisziplinär angelegten Berliner Altersstudie (BASE), in der die Lebensbedingungen von 516 alten Menschen im Alter zwischen 70 und 103 Jahren erhoben wurden, sind auch auf andere westdeutsche Großstädte übertragbar. Sie zeigt, dass ein Großteil der Befragten mit dem Leben zufrieden ist. Die meisten fühlen sich gesund und erleben ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Insbesondere die „jungen Alten“ (bis 70 Jahre) verfügen über eine hohe körperliche und soziale Zufriedenheit und einen hohen Funktionsstatus. Sie sind zu 63% mit ihrem Leben zufrieden oder sehr zufrieden. Ebenso viele erwarten, dass sie auch in Zukunft mit ihrem Leben zufrieden sein werden. Jedoch zeigt sich, dass in hohem Lebensalter ab 70 Jahren und insbesondere bei über 85-Jährigen sowie bei Heimbewohnern/-innen die positive emotionale Befindlichkeit deutlich absinkt. Frauen geben - im Unterschied zu Männern - in allen Altersgruppen an, häufiger negative Gefühle zu erleben. Insbesondere Heimbewohner/-innen erleben im Vergleich zu im Privathaushalt Lebenden seltener positive Emotionen und haben damit ein eingeschränkteres Wohlbefinden (Mayer & Baltes 1999).

---

### **Besondere Belastungen**

In der gleichen Studie wird festgestellt, dass Hochbetagte unabhängig vom Geschlecht weniger in soziale Netzwerke eingebettet sind als junge Alte. Frauen sind von emotionaler und sozialer Einsamkeit mit zunehmendem Alter stärker betroffen.

Allein stehende Frauen machen den größten Teil der älteren Bevölkerung aus. Durch kriegsbedingte Witwenschaft und durch ihre höhere Lebenserwartung sind bereits 60% der über 65-Jährigen weiblich, von den über 80-jährigen sind es etwa drei Viertel. Der Anteil der verheirateten Frauen nimmt mit zunehmendem Alter im Unterschied zu den gleichaltrigen Männern rapide ab, bis auf 10% bei den über 80-jährigen. Dagegen ist der weit überwiegende Teil der älteren Männer verheiratet. Der Anteil der allein in Ein-Personen-Haushalten lebenden Frauen über 65 Jahren liegt mit 51% deutlich höher als der Anteil der allein lebenden Männer mit 17%. Damit sind ältere Frauen häufiger von psychischen Belastungen durch Verlust- und Einsamkeitsproblematiken betroffen (Lampert et al. 2005).

### **Selbständigkeit und Individualität**

Alte Menschen erleben im Unterschied zu früheren Generationen ein hohes Maß an Selbstständigkeit (Mayer & Baltes 1999). Die Berliner Altersstudie, der Vierte Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) und der Sonderbericht des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit im Alter (2005) stellen übereinstimmend fest, dass die Gruppe der Älteren im Umbruch begriffen ist. Die Lebensführungen und Bedarfslagen sind individuell ausgeprägt, weshalb es erforderlich ist, dementsprechend passgenaue, zielgruppengerechte Angebote für diese Bevölkerungsgruppe zu entwickeln.

Der überwiegende Anteil der in der Berliner Altersstudie befragten alten Menschen lebt in Privathaushalten (86%), lediglich 14% leben in Altenheimen. Völlig selbständig sind 78%, als hilfsbedürftig gelten 2,3%. Leistungen der Pflegeversicherung erhalten 7,6% (Pflegestufe I: 2,3%, Pflegestufe II: 3,3%, Pflegestufe III: 2,0%).

Die Daten zeigen auch, dass internale Kontrollüberzeugungen (die Überzeugung, selbst gesetzte Ziele durch eigene Bemühungen und Fertigkeiten zu erreichen) nicht altersabhängig ist. Demgegenüber steigt die externale Kontrolle (die Überzeugung, dass andere Personen und/oder das Schicksal das eigene Leben wesentlich bestimmen) mit zunehmendem Alter deutlich an. Dies lässt darauf schließen, dass die mit höherem Lebensalter einhergehenden gesundheitlichen, emotionalen und sozialen Einschränkungen auch eine größere Abhängigkeit von anderen Menschen mit sich bringen.

Das Robert Koch-Institut stellt fest, dass ca. 900 000 der über 65-Jährigen in speziellen Einrichtungen für ältere Menschen oder Alteneinrichtungen leben. Während von den 85 bis 89-Jährigen etwa ein Sechstel in Altenheimen lebt, sind es rund ein Drittel der über 90-Jährigen. Etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversichertengesetzes wird in Altenheimen versorgt, davon sind insbesondere Pflegebedürftige der Pflegestufe III

---

betroffen. Frauen machen aufgrund ihrer längeren Lebenserwartung den Großteil der Pflegebedürftigen aus und sind auch in Altenheimen besonders stark vertreten (Kruse 2005).

### **Physiologische Veränderungen im Alter**

Mit zunehmendem Alter stellen sich im menschlichen Körper körperliche Veränderungen ein, die nicht notwendigerweise pathologisch sind. Dazu gehört die Verminderung der Sehkraft und der Hörfähigkeit, Einschränkungen der Lungenfunktion, Zunahme der arteriosklerotischen Gefäßveränderungen und des Bluthochdrucks, eine geringere Knochendichte und eine veränderte Glukosetoleranz. Die chronisch-degenerativen Veränderungen und Erkrankungen machen den hauptsächlichen Anteil der Gesundheitsproblematik im Alter aus. Die Ausprägung der jeweiligen Einschränkungen und Krankheitsbilder unterliegt sehr individuellen Schwankungen (Kruse 2005). Erkrankungen, die zu einem früheren Zeitpunkt des Lebens aufgetreten sind, können sich im Alter manifestieren und chronifizieren. Diese Beschwerden setzen sich bis zum Lebensende fort und erfordern zunehmend medizinische Behandlung.

Nach Erkenntnissen aus der Berliner Altersstudie wirken sich weder Bildung noch die (ehemalige) berufliche Position auf körperliche und funktionelle Aspekte der Gesundheit von über 70-jährigen Menschen im Alter aus. Jedoch zeigt sich, dass ein hohes Bildungsniveau ein protektiver Faktor bei der Entstehung einer Altersdemenz ist. Männer und Frauen der Ober- und Mittelschicht bis zum Alter von 70 Jahren schätzen ihre eigene Gesundheit positiver ein. Im höheren Lebensalter nähern sich diese schichtspezifischen Einschätzungen einander an (Lampert et al. 2005), was möglicherweise auch auf selektive Prozesse durch die höhere Sterblichkeit von sozial Benachteiligten zurückzuführen ist.

### **Erkrankungen im Alter und Multimorbidität**

Im hohen Alter nehmen insbesondere chronische Erkrankungen, Tumorerkrankungen und die wahrgenommene Intensität von Schmerzen zu. Die zunehmende Gleichzeitigkeit mehrerer Erkrankungen im höheren Lebensalter erhöht die Notwendigkeit der medizinischen Behandlung. Als Multimorbidität wird in der Regel die gleichzeitige Anwesenheit von mehr als fünf Erkrankungen verstanden. Fast alle Menschen über 70 Jahre (96%) sind von mindestens einer behandlungsbedürftigen Krankheit (internistisch, neurologisch oder orthopädisch) betroffen. Fast ein Drittel dieser Gruppe sowie etwa die Hälfte der über 85-Jährigen leidet an mehr als fünf Erkrankungen (BMFSFJ 2002; Knopf & Melchert 2003). Diese Daten stimmen in etwa mit den Aussagen der Berliner Altersstudie überein.

### **Pflegebedürftigkeit**

Im Jahr 2003 galten 2,4% der deutschen Bevölkerung als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (ca. 2 Millionen Versicherte). Bis zum Alter von 55 Jahren

---

beträgt der Anteil bei beiden Geschlechtern etwa 1%. Danach steigt die Prävalenz bei den Frauen stark bis auf 67% bei den über 90-jährigen, bei gleichaltrigen Männern jedoch nur bis auf 37,5% an. Die meisten Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes werden zuhause gepflegt (etwa 1,4 Millionen), weitere 600 000 werden in Pflegeheimen versorgt. Pflegebedürftige der Pflegestufe 3 werden vermehrt in Altenheimen versorgt (Kruse 2002).

### **Demenz und Depressionen**

Fast ein Viertel der über 70-Jährigen sind psychisch erkrankt. An Depressionen leiden etwa 9% der Altenpopulation (Mayer et al. 1999, Kruse 2002). Davon sind zu 5,9% Frauen betroffen und zu 3,5% der Männer (Prävalenz bei Dysthymien 2%, subdiagnostische Problematiken 18% der 70-Jährigen und Älteren). Frauen leiden auch im hohen Lebensalter etwa doppelt so häufig an Depressionen wie Männer (BMFSFJ 2002). Ein Zusammenhang mit der höheren Betroffenheit von Frauen durch Partnerverlust, subjektiv erlebter Einsamkeit sowie körperlichen Erkrankungen und Behinderungen ist nahe liegend. Der Berliner Altersstudie zufolge sind die häufigsten psychischen Erkrankungen Demenzen mit 14% bei den über 70-Jährigen und 40% bei den über 90-Jährigen. Die Prävalenz von Demenzerkrankungen wird bei den 65 bis 69-Jährigen auf unter 1% und bei den über 90-Jährigen auf 35% geschätzt. Die Anzahl dementer Menschen wird nach Vorausschätzungen von derzeit etwa 950 000 auf 1,8 Millionen bis 2040 ansteigen (Lampert et al. 2005).

### **Spätfolgen von Traumata**

Ein Zusammenhang zwischen Kriegstraumatisierung und der möglichen Entwicklung von Suchterkrankungen wird aus den Erfahrungen des Projektes "Sucht oder Leben" heraus vermutet. Die als traumatisch erlebten Kriegserfahrungen können im Alter zu sozialem Rückzug, Depressionen, Angstzuständen und Bindungsstörungen führen. Maßgeblich wird hier das Erleben von Bombenangriffen, Ausbombung, Flucht und der Verlust eines Elternteils angeführt. Etwa 25% der Menschen, die zwischen 1929 und 1945 geboren wurden, wuchsen in dauerhaft beschädigten familiären, sozialen und materiellen Bedingungen auf (Stadt Arnsberg 2005). In eine ähnliche Richtung weisend stellt Böhmer (2005) in ihrer Arbeit einen Zusammenhang zwischen traumatischen Kriegserfahrungen von Frauen in Form von sexuellen Nötigungen und Vergewaltigungen durch Soldaten und späteren gerontopsychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten her, die zu einer vermehrten Verabreichung von Psychopharmaka führen können. Die Erfahrung sexualisierter Gewalt gilt bei Frauen insgesamt als Risiko für die Entwicklung von psychischen, psychosomatischen und Abhängigkeitserkrankungen und kann in besonderen Pflegesituationen eine Retraumatisierung hervorrufen.

---

## Schlafstörungen

Schlafstörungen nehmen im Verlauf des Lebens zu. Bereits jüngere Menschen leiden an Schlafbeschwerden (etwa 20%). Diese nehmen mit dem Alter erheblich zu, bis fast zur Hälfte der über 65-jährigen Menschen. Insbesondere im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen erhöht sich das Risiko für Schlafstörungen bis hin zu einer Umkehr des Tag/Nachtrhythmus (Schulz 1997). An starker Schlaflosigkeit leiden mehr ältere Menschen, dabei sind Frauen häufiger betroffen: Die Prävalenz steigt bei Frauen von 2,5% in der Altersgruppe der 20 bis 29-Jährigen auf 13,2% in der Altersgruppe der 70 bis 79-Jährigen, bei Männern ist eine Zunahme von 0,7% auf 5,2% zu verzeichnen. Frauen über 40 Jahren geben häufiger (17%) Schlafprobleme als Grund für einen Hausarztbesuch an als Männer (11%). Stationäre Krankenhausbehandlungen mit der Hauptdiagnose „Schlafstörungen“ (über 95% sind Schlafapnoediagnosen) werden zum größten Teil in der Altersgruppe der 50 bis 70-jährigen verzeichnet. Hier werden Männer bis zu viermal häufiger behandelt als Frauen (Penzel et al. 2005).

Im Alter treten biologisch bedingte Änderungen der Schlafmuster auf, ohne dass dabei von krankhafter Veränderung gesprochen werden kann: die Einschlafzeiten verlängern sich, der Nachtschlaf reduziert sich auf etwa sechs Stunden. Insgesamt wird der Schlaf oberflächlicher und störanfälliger. Weiter kommt es öfter zu früherem Erwachen in den Morgenstunden. Gleichzeitig nimmt der Bedarf an Entspannungs- und Schlafphasen während des Tages zu. Da im Rentenalter die allgemeinen physischen und geistigen Anforderungen tendenziell abnehmen, ist auch eine kürzere Regenerationszeit für den Körper ausreichend (Schai 2000). Dennoch wird diese normale Veränderung des Schlafverhaltens subjektiv als störend empfunden. Die veränderten Lebensbedingungen im Alter, wie der Verlust an sozialen Kontakten, vermehrte körperliche Einschränkungen und ein Mangel an Aufenthalt im Freien führen zusätzlich zu einem Anstieg der Schlafbereitschaft. Es kommt zu einer Diskrepanz zwischen dem Schlafbedürfnis und der Schlaffähigkeit (Schulz 1997). Schai (2000) verweist auf die damit verbundenen Auswirkungen in Altenpflegeheimen, in denen das geringere natürliche Schlafbedürfnis von ca. 6 Stunden zu einem Problem wird. Häufig kommt es zur „Ruhigstellung“ der Bewohner/-innen mit Schlafmitteln um die durch den Betriebsablauf vorgegebene zehnstündige Nacht im Altenheim zu überbrücken.

Für die erfolgreiche adäquate Behandlung von Schlafstörungen im Alter ist eine ausführliche Diagnose der Schlafstörung angeraten sowie ein mehrdimensionaler diagnostischer Ansatz, der sowohl das Tagesverhalten als auch Begleitumstände wie z. B. den Verlust des Partners / der Partnerin oder Schmerzerkrankungen einbezieht. In der Therapie ist in erster Linie die Beratung und Aufklärung über Schlafstörungen alter Menschen besonders bedeutsam. Dadurch können übersteigerte Erwartungen an das Schlafverhalten korrigiert werden und mögliche Veränderungen in der Tagesaktivität ermittelt werden. In einem zweiten Schritt sind physikalische Maßnahmen wie Wasseranwendungen, Entspannungsmöglichkeiten, psychotherapeutische Ansätze und medikamentöse Therapieformen angeraten (Schulz 1997). Im stationären Bereich hat sich die Einführung von Nachcafés als effektiv erwiesen (Gust 2004).

---

## **Sturzgefahr**

Das Sturzrisiko nimmt im Alter deutlich zu (Knopf & Melchert 2003, Mayer et al. 1999). Die Einnahme von psychoaktiven Medikamenten wirkt sich deutlich auf die Erhöhung des Sturzrisikos um 66% aus (Weyerer 2001; Wolter 2005). Weitere Risikofaktoren für Stürze sind kardiovaskuläre Erkrankungen, Durchblutungsstörungen, neurologische Koordinationsstörungen sowie Umweltfaktoren wie Fußbodengestaltung, Beleuchtungs- und Witterungsverhältnisse. Ein Drittel der über 60-jährigen Personen sowie die Hälfte der 80-jährigen stürzt mindestens einmal im Jahr. Dies führt zu deutlicher Angst vor weiteren Stürzen und Kompetenzeinbußen. 10-20% aller Stürze führen zu Verletzungen, davon 5% Frakturen und ca. 1-2% Oberschenkelhalsfrakturen. Diese führen insbesondere bei Hochaltrigen zu enormen Gesundheitseinschnitten: Die Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach einer Oberschenkelhalsfraktur liegt bei ca. 30% (BMFSFJ 2002).

Insgesamt stellen sich die Lebenslagen alter Menschen im Durchschnitt aktuell positiver dar als in vergangenen Jahren. Allerdings ist diese Lebensphase häufig auch von hohen gesundheitlichen und sozialen Belastungen gekennzeichnet, die mit einem entsprechenden Medikamentengebrauch einhergehen. Hierauf wird im Folgenden näher eingegangen.

## **5.2 Gebrauch von Psychopharmaka im Alter**

### **Allgemeiner Psychopharmakagebrauch**

Die Arzneimittelanwendung wird maßgeblich beeinflusst durch die Faktoren Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand. Mit zunehmendem Alter steigt der Arzneimittelgebrauch, Frauen sind stärker betroffen (83%) als Männer (60%). Auch die Anzahl der eingenommenen Medikamente (von 2 und mehr Arzneimitteln) steigt im Alter deutlich an: bei Frauen steigt der Anteil von ca. 50% in der Altersgruppe der 40-49-Jährigen auf über 80% in der Altersstufe der 70-79-Jährigen. Bei Männern dieser Altersstufen steigt der Medikamentengebrauch von ca. 35% auf über 75% (Knopf & Melchert 2003). Über den Medikamentengebrauch im hohen Lebensalter (über 80 Jahre) geben die Ergebnisse der Berliner Altersstudie Aufschluss: Der Gebrauch von Arzneimitteln steigt im Alter von 40 bis 75 Jahren an und bleibt ab dem 85. Lebensjahr etwa auf dem gleichen Niveau. 97% der befragten Personen nehmen Medikamente ein, im Durchschnitt sechs pro Tag (maximal 24 pro Tag). Der Anteil von Multimedikation beträgt bei den über 70-Jährigen über 50%. Auch der Anteil der Selbstmedikation steigt im hohen Lebensalter an, dies betrifft hauptsächlich Geriatrika, Vitamine, Laxantien und Analgetika. Mit zunehmender Demenz sinkt der Medikamentengebrauch (Mayer et al. 1999).

Die Berliner Altersstudie hält fest, dass 67% der über 70-Jährigen psychoaktive Medikamente gebrauchen. Hierzu gehörten Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer, Hypnotika, Nootropika und besonders Analgetika. Ein Viertel der Studienteilnehmer nahmen Psychopharmaka im engeren Sinne gemäß Klassifizierung der Roten Liste ein, dabei bilden Benzodiazepine die größte Gruppe mit 13%. Bei dieser Datenlage muss berücksichtigt werden,

---

dass diese Zahlen primär die Situation von ambulant versorgten alten Menschen abbildet, da in dieser Studie lediglich 14% stationär versorgte Senioren/-innen vertreten sind. Studien in Altenpflegeheimen zeigen, dass der Gebrauch von psychoaktiven Arzneimitteln in der stationären Versorgung höher liegt.

Die Datenerfassung von Medikationen und ihren bedingenden Faktoren ist in stationären Versorgungseinrichtungen deutlich einfacher als in der ambulanten Versorgung. Der Zugriff auf die Verordnungsdaten und die Vergabe der Medikamente sind institutionell geregelt und an zentraler Stelle im Dokumentationssystem der Altenpflegeheime einsehbar. Für den ambulanten Bereich gilt dies nicht. Die Verordnungspraxis ist zwar in der Krankenakte der hausärztlichen Praxis festgehalten, jedoch gibt diese keinen Aufschluss über das tatsächliche Einnahmeverhalten der Patienten/-innen. Die Arzneimittelverordnung geschieht im Dialog zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in und entzieht sich zumeist den Blicken Dritter. So kann es zu einer stillen Übereinkunft zwischen den Verordnenden und benzodiazepinabhängigen alten Menschen kommen, ohne dass ein Fehlgebrauch auffällig wird. In diesem Zusammenhang zeigt ein Projekt zur Qualifizierung von Pflegepersonen im Umgang mit suchtkranken Pflegebedürftigen, dass ein missbräuchlicher Umgang mit Benzodiazepinen erst bei genauer Betrachtung und Sensibilisierung für das Thema erkannt und bearbeitet werden kann (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2006). Erfahrungsgemäß werden langjährige „verdeckte“ Medikamenteneinnahmen erst bei der Aufnahme in ein Altenheim sichtbar.

Einen differenzierteren Blick auf die Verordnungspraxis in Altenheimen bietet eine repräsentative Studie an 20 Mannheimer Altenheimen (Weyerer & Schäufele 2000). Demnach liegt der Psychopharmakagebrauch in der stationären Altenversorgung bei etwa 55%. Davon erhalten 37% Antipsychotika, 13% Antidepressiva, 11% Tranquilizer und 8% Hypnotika/Sedativa. Etwa 17% nahmen Benzodiazepine ein. Dieses Bild wird durch die Studie von Molter-Bock (2004) zur psychopharmakologischen Behandlungspraxis in Münchner Altenpflegeheimen bestätigt. In diese Studie gingen die Daten von 980 Altenpflegeheimbewohner/-innen in der Basiserhebung ein und in einer erweiterten Erhebung 440 weitere Bewohner/-innen. Auch hier zeigte sich ein hoher Gebrauch von Psychopharmaka. 56,4% der Bewohner/-innen erhielten Psychopharmaka: Dies waren in den Hauptgruppen 33,7% Neuroleptika, 12,3% Anxiolytika und 13,6% Hypnotika/ Sedativa (davon 5,7% Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon). Antidepressiva machten etwa 20% und Antidementiva ca. 8% der verordneten Medikamente aus. Der Anteil der Benzodiazepine von 16% bestätigt die Ergebnisse der Studie von Weyerer. Die Datenlage zur Multimedikation ist sehr eindrücklich: Am Stichtag der Untersuchung erhielt jede Person im Schnitt 4,8 Medikamente, etwa die Hälfte erhielten mindestens fünf Medikamente. Mit 60,5% erhielt die überwiegende Anzahl der untersuchten Bewohner/-innen ein Psychopharmakon, während 40% zwei bis fünf Präparate gleichzeitig erhielten.

In der von Weyerer durchgeführten Studie in Mannheimer Altenheimen konnte eine auffällige Schwankungsbreite der Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka von etwa 30% bis zu über 70% in den einzelnen Heimen beobachtet werden, die nicht allein durch die Unterschiede in der Klientel zu begründen war. Es ist zu vermuten, dass diese Unterschiede in

---

den teilweise hochsignifikanten Zusammenhängen der institutionellen Bedingungen, wie Heimausstattung, Pflegequalität und organisatorischen Merkmalen zu begründen sind. Weyerer stellt fest, dass der Gebrauch von Psychopharmaka bei den Bewohnern/-innen umso höher ist, je geringer die Möglichkeiten der Pflegenden sind, die Pflegepraxis mit zu gestalten. Mit dem Anstieg der Arbeitsbelastungen erhöht sich der Gebrauch von Psychopharmaka für die Pflegebedürftigen (Weyerer & Schäufele 2000).

Zwischen der Qualifikation von Pflegenden und dem Einsatz von Psychopharmaka besteht ein Zusammenhang: Mit zunehmender Information und Qualifizierung der Pflegenden für die Thematik steigt die Sensibilisierung sowie die Fähigkeit und Bereitschaft der Pflegenden, angemessen zu handeln und nach Alternativen zu suchen. Sie werden in die Lage versetzt, die Problematik überhöhter Medikationen zu erkennen, können auf den Problembereich aufmerksam machen, entsprechende Rückmeldungen an die verordnenden Ärzte/-innen geben und auch die Bewohner/-innen beraten. Bei der Reduzierung von Medikamenten können sie vorübergehende Entzugssymptome bei den Patienten/-innen leichter tolerieren und diese in dieser Zeit besser unterstützen. Durch die gelungene Reduzierung von psychoaktiven Medikamenten kann sich die pflegerische Betreuung auch durchaus einfacher gestalten. Die Pflegeintensität kann im Fall einer Überdosierung von Benzodiazepinen deutlich ansteigen: Bewohner/-innen mit einem Schlafmittel-*Hangover* haben in der Morgenversorgung einen deutlich höheren Unterstützungsbedarf als ohne Arzneimittelnebenwirkung. Auch die Sturzgefahr reduziert sich (Sowinski 2006). Ein adäquater Umgang mit psychoaktiven Medikamenten führt somit zu vorteilhaften Veränderungen sowohl für die Bewohner/-innen als auch die Mitarbeitenden in Altenheimen.

Da Frauen häufiger als Männer unter Depressionen und Schlafstörungen leiden, nehmen sie auch häufiger entsprechende Medikamente wie Schlafmittel, Beruhigungsmittel und Schmerzmittel ein. Insbesondere bei Bewohnern/-innen von Altenheimen, unter denen Frauen und intensiv Pflegebedürftige besonders zahlreich vertreten sind, ist Gebrauch von Psychopharmaka auffällig hoch. Die These, dass eine längerfristige Institutionalisierung zu erhöhtem Psychopharmakagebrauch führe, konnte von Weyerer nicht bestätigt werden. Nach seinen Erhebungen ist der Psychopharmakagebrauch bei Heimbewohnern/-innen zum Zeitpunkt der Heimaufnahme vergleichbar mit dem Psychopharmakagebrauch von Menschen, die seit Jahren im Altenheim leben. Dennoch führt Weyerer zwei Hauptursachen für die hohe Psychopharmakaverordnung in Altenheimen an:

- Mangelnder Wissensstand zum sachgemäßen Umgang mit Psychopharmaka seitens der Ärzte/-innen und der Pflegenden.
- Arbeitsbedingungen in Altenheimen: die Verordnung von Psychopharmaka steigt weniger aus psychiatrischer Indikation, sondern dient eher zur Verhaltenskontrolle und „Ruhigstellung“ der Bewohner/-innen.

Zusammenfassend ist bei alten Menschen, insbesondere wenn sie in Heimen leben, von einem steigenden Medikamentengebrauch auszugehen. Die Menge der eingenommenen Psychopharmaka, sowie speziell der Benzodiazepine ist dabei zumindest teilweise von in-

---

stitutionellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen abhängig. Ein Übergebrauch entsprechender Mittel führt nicht nur zu gesundheitlichen Risiken für die Bewohner/-innen, sondern auch zu weiteren Problemen im Pflegealltag. Eine Verbesserung der Qualifikation sowie Änderungen der Arbeitsstrukturen können hier zu einer Reduktion des Medikamentengebrauchs beitragen.

### **Inadäquate Medikamentenverordnung**

Die sachgerechte Indikationsstellung und Verordnung von Psychopharmaka bei alten Menschen lässt zu wünschen übrig. Während im Bereich der Behandlung von Depressionen und Demenzerkrankungen eine Unterversorgung festzustellen ist, werden Benzodiazepine zu hoch dosiert und zu lange verordnet. In der Berliner Altersstudie wird bedingt durch die Auswahl der erhobenen Personengruppe schwerpunktmäßig die Verordnungsrate im ambulanten Bereich abgebildet, in dem eine Niedrigdosierung häufiger zu beobachten ist. Die Überprüfung der Indikationen für eine Psychopharmakaverordnung ergab folgenden Befund: Ca. 70% der verordneten Psychopharmaka galten als indiziert, 17% wurden als verzichtbar, 7% als möglicherweise kontraindiziert und 6% als sicher kontraindiziert bewertet. In keinem Fall wurde eine Überdosierung festgestellt. Bei 64% der untersuchten Fälle lag eine angemessene Tagesdosis vor, 36% waren vermutlich unterdosiert. Eine deutliche Unterversorgung mit Medikamentenverordnungen fand sich bei demenziellen Erkrankungen (4%) und bei Depressionen (44%). Kritisch sind auch die Langzeitverordnungen von Benzodiazepinen zu betrachten. Benzodiazepine machten 13% der Psychopharmakaverordnungen aus und wurden zu 90% länger als 6 Monate verordnet, etwa zur Hälfte zum täglichen Gebrauch (vgl. auch Kapitel 2.3). Dies ist insofern bemerkenswert, als die Gruppe der Heimbewohner/-innen in dieser Kohorte vergleichsweise gering war (14%) und daher hier überwiegend die ambulante Behandlungspraxis gespiegelt wird. Der Befund bei Heimbewohner/-innen zeigt folgende Trends:

Nach Weyerer und Molter-Bock ist in der stationären Versorgung alter Menschen gegenwärtig eine Unterversorgung mit Antidementiva und Antidepressiva zu verzeichnen (Landtag Nordrhein-Westfalen 2002b; Molter-Bock 2004). Einen inadäquaten Psychopharmakagebrauch in Altenheimen stellte darüber hinaus eine Erhebung in einem Frankfurter Altenheim fest: Nur bei vier von 56 Studienteilnehmer/-innen lagen keine Hinweise auf inadäquate Verordnung vor. In 52 Fällen gab es mindestens einen Hinweis auf inadäquate Verordnung (Pantel 2004). Auch in einer US-amerikanischen Studie wurde festgestellt, dass 50% aller Heimbewohner/-innen über 65 Jahren mindestens ein potenziell inadäquat verordnetes Medikament erhalten, die größte Gruppe bilden Psychopharmaka, insbesondere bei den jüngeren Alten zwischen 65 und 74 Jahren (Lau, Kasper, Potter & Lyles 2004).

Eine Richtlinie zur angemessenen Verordnung von Medikationen für ältere Menschen bieten die Beers-Kriterien. Diese erstmals 1991 von dem gleichnamigen Pharmakologen in den USA veröffentlichte Negativliste umfasst 48 Medikamente bzw. Medikamentenklassen,

---

die bei Patienten/-innen über 65 Jahre generell nicht eingesetzt werden sollten. Die Einschätzung wird für jedes Medikament begründet und die Gefahr des Einsatzes als hoch oder niedrig bewertet (Fick, Cooper, Wade, Waller, Maclean & Beers 2003). Hintergrund für die Beers-Kriterien ist das hohe Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, welches mit einer unkritischen Medikamentenverordnung verbunden ist. Studien haben gezeigt, dass knapp 30% der älteren ambulanten Patienten/-innen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen behandelt werden müssen und dass in einem Vier-Jahres-Zeitraum zwei Drittel der Bewohner/-innen von Pflegeheimen Nebenwirkungen erleiden, von denen jede siebte zu einer Klinikeinweisung führt (vgl. Meyer 2004).

### **Missbrauch und Abhängigkeit von Benzodiazepinen im Alter**

Die Problematik des Benzodiazepinmissbrauchs bei Älteren stellt sich insgesamt als deutlich komplexer dar als in der Gesamtbevölkerung. Der Fehlgebrauch/Missbrauch findet noch verdeckter statt (s. u.). Außerdem ist der Gebrauch von Benzodiazepinen aufgrund der im Alter veränderten Verstoffwechslung gesundheitsgefährdender und mit mehr Nebenwirkungen verbunden. Die Sturzgefahr erhöht sich und auch ein Entzug ist problematischer.

Aufgrund der sich im Alter verändernden Enzymaktivitäten der Leber kann sich die Halbwertszeit der Benzodiazepin-Wirkung (bei Gesunden mittleren Alters 20-100 Stunden) bis auf das 3-fache erhöhen. Die Sensibilität für Benzodiazepin-Rezeptoren nimmt im Alter zu. Durch den verlangsamten Metabolismus im Alter kommt es zu einer schleichenden Intoxikation, in der sich psychotische und depressive Zustandsbilder entwickeln können. Auch demenzähnliche Erscheinungsbilder und Teilnahmslosigkeit sind möglich. Diagnostische Fehleinschätzungen sind sehr wahrscheinlich. Darüber hinaus kommt es zu lang anhaltenden Entzugssymptomen (Wolter 2005). Um die Kumulationseffekte bei alten Menschen gering zu halten, empfiehlt Wolter die Gabe von Substanzen wie Lorazepam, Oxazepam, Temazepam (eingeschränkt auch Lormetazepam), die ausschließlich über die Niere ausgeschieden werden und nicht zu aktiven Metaboliten verstoffwechselt werden. Die Gabe von kurzwirksamen benzodiazepinähnlichen Wirkstoffen wie Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon kann bei alten Menschen aufgrund der hepatischen Elimination zu verlängerten Halbwertszeiten und zu Leberfunktionsschäden führen.

Die Kombination von Alkoholmissbrauch und Arzneimittelmissbrauch bei älteren Menschen führt insbesondere vor dem Hintergrund der physiologischen Veränderungen zu besonderem Gefahrenpotenzial. Alkohol kann ebenfalls aufgrund der eingeschränkten Verstoffwechslung nicht mehr so schnell abgebaut werden. Eine gleichzeitige Einnahme von psychoaktiven Medikamenten kann bei einer latenten Gangunsicherheit zu erhöhtem Sturzrisiko führen. Das Deutsche Ärzteblatt weist darauf hin, dass Studien zufolge drei bis sechs Prozent der Krankenhauseinweisungen auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückzuführen sind. Bei jedem 15. Patienten treten darüber hinaus unerwünschte Arzneimittelwirkungen während des Krankenhausaufenthaltes auf. Obwohl genaue Angaben zur Zahl von

---

Todesfällen und irreversiblen Schädigungen schwierig sind, sterben vermutlich mehrere tausend Menschen jährlich an unerwünschten Arzneimittelwirkungen (Korzilius 2005).

Der Entzug von Benzodiazepinen kann bei alten Menschen sowie bei sehr kranken und ängstlichen Patienten/-innen sehr schwer verlaufen. Je höher die regelmäßig eingenommene Dosis, je länger die Einnahmedauer und je älter der Mensch, desto vorsichtiger und langsamer sollte der Entzug gestaltet werden. Auch bei älteren Menschen ist ein Entzug unter Berücksichtigung der Krankheitssymptome, der Lebensqualität und der zu erwartenden Lebensspanne zu empfehlen. Der Entzug sollte ausschleichend und gegebenenfalls mit Substitutionsmitteln vorgenommen werden, die fein dosierbar sind. Zu den unterstützenden Medikamenten gehören u. a. Antidepressiva. Der Entzug kann über Wochen bis Monate erfolgen, bis eine Stabilisierung erreicht wird. In der Regel wird ein Benzodiazepin-Entzug ambulant vorgenommen. Dies kann bei alten Menschen aufgrund eines fehlenden unterstützenden sozialen Netzwerks und einer daraus resultierenden größeren Gefahr in der häuslichen Umgebung bei eventuellen Krampfanfällen und Intoxikationen während des Entzugs problematisch sein. Deshalb ist zumindest phasenweise ein stationärer oder teilstationärer Entzug in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik angezeigt. Es ist angeraten, einen Behandlungsplan für einen Entzug zu erstellen, in dem die schleichende Reduzierung des betreffenden Medikaments festgelegt ist. Die Vor- und Nachteile eines bevorstehenden Entzugs sollten erwogen werden. Wolter empfiehlt die folgenden Überlegungen und Indikationen für einen Benzodiazepin-Entzug im Alter voranzustellen:

- Abschätzung von nachteiligen Folgen des Entzugs. Ein Entzugssyndrom ist nur bei 40-50% der Dauerkonsumenten zu erwarten.
- Ist ein Nutzen der Benzodiazepine für die Patientin zu erkennen?
- Welche Schäden durch Benzodiazepine sind erkennbar? (Sturzgefahr, kognitive Beeinträchtigung)
- Wie ist die verbleibende Lebensspanne einzuschätzen?
- Ist mit Unterstützung des sozialen Umfeldes zu rechnen?
- Auch eine Dosisreduzierung und/oder Umstellung auf ein geeigneteres Präparat ist ein Behandlungserfolg.

In der therapeutischen Begleitung ist es angezeigt, möglichst realistische Therapieziele zu verfolgen und die Angebote altersspezifisch auszurichten. Eine Abstinenz steht am Ende einer längerfristigen Entwöhnungstherapie. Bedeutsamer sind die Sicherung des Überlebens und die Reduzierung von Folgeschäden durch ein Herabsetzen der Dosis und die Gestaltung einer möglichst eigenständigen Lebensführung. Wolter weist darauf hin, dass es oft schwieriger ist, eine therapeutische Beziehung zu alten Menschen aufzubauen, da sie häufiger Vorbehalte gegen Psychotherapien haben. Im Vergleich zu anderen Suchtkranken sind sie jedoch einsichtiger. Bei himnorganischen Veränderungen sind spezielle Angebote zur Behandlung empfehlenswert. In jedem Fall sollten die Nachsorgeeinrichtungen gemein-

---

denah und altengerecht ausgerichtet sein, was derzeit noch selten der Fall ist (Wolter 2005).

Auf die wichtige Rolle der Hausärzte/-innen bei der Reduzierung Benzodiazepinverordnungen verweist Wolter in einem Appell, die Patienten/-innen wiederholt auf die Suchtgefährdungen und Langzeitproblematiken hinzuweisen. Ein Minimalziel ist die Vermeidung von schleichenden Intoxikationen durch die Umstellung auf kurzwirksame benzodiazepinähnliche Präparate. Eine gute hausärztliche Begleitung und ein klares Entzugsprogramm sind Voraussetzungen für den Entzugserfolg. Viele der Patienten/-innen benötigen möglicherweise Antidepressiva als Begleittherapie. Die Erfolgsrate bei alten Menschen liegt nach sechs Monaten bei 80%. Es kommt zu einer Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit und einer Besserung der psychopathologisch-psychiatrischen Symptome (Wolter 2005).

### **5.3 Handlungsansätze für ältere Menschen**

Substanzbezogener Missbrauch und Abhängigkeit im Alter ist ein bislang vernachlässigter Bereich. Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit im Alter stellt hierbei eine weitere Spezialisierung innerhalb der Thematik dar. Dennoch bieten sich verschiedene aktuelle Ansätze an, um die gegenwärtige Situation zu verbessern. Diese betreffen zum einen Strategien der Information und Gesundheitsförderung von älteren Menschen, Verbesserungen der strukturellen Rahmenbedingungen vor allem in Alten- und Altenpflegeeinrichtungen sowie die Verbesserung der Arzneimittelversorgung im ambulanten und stationären Bereich. Zum anderen werden Behandlungsmodelle für ältere Abhängigkeitskranke entwickelt. Wenn auch derzeit noch keine flächendeckenden Versorgungsstrukturen vorhanden sind.

Ein erster Ansatzpunkt zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit im Alter ist in erster Linie das Erkennen der Problematik. Da die erste Kontaktperson in der Regel der Hausarzt oder die Hausärztin ist, fällt der hausärztlichen Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Leider lässt die adäquate Behandlung hier oft zu wünschen übrig: Wolter weist in diesem Zusammenhang auf das derzeit noch vorherrschende mangelnde Problembewusstsein von Hausärzten/-innen hinsichtlich der Verordnungspraxis von Benzodiazepinen hin. Auch in der Suchttherapie sind ältere Menschen benachteiligt. So betrachteten stationäre Suchteinrichtungen ein Alter von 60 Jahren oft bereits als Kontraindikation für eine Aufnahme. Darüber hinaus stellt die gemeinsame Behandlung von Menschen in überwiegend erwerbsfähigem Alter und älteren Menschen mit ihren lebensphasenbedingten eigenen Anforderungen und Fragestellungen für diese Zielgruppe eine hohe Anforderung dar. Aus diesem Grund ist ein erheblicher Nachholbedarf in der Behandlung älterer Suchtkranker festzustellen und ein Ausbau von nichtmedikamentösen psychotherapeutischen Angeboten wie Milieuthérapie und Verhaltenstherapie zu empfehlen (Weyerer & Schäufele 2000; Wolter 2005).

---

### 5.3.1 Gesundheitsinformationen für ältere Menschen

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass ältere Menschen Informationen über Gesundheitsthemen und Arzneimittelrisiken in ähnlicher Weise nutzen, wie Menschen anderer Altersgruppen mit ihren jeweiligen bildungs- und milieuspezifischen Unterschieden (vgl. Kapitel 3.1 und 4.3). Besonders zu beachten sind hierbei zusätzlich Zugangsbarrieren durch altersbedingte Einschränkungen (z. B. Schriftgröße bei schriftlichen Informationen, Mobilitätseinschränkungen bei der Erreichbarkeit von Informations- und Beratungsstellen) sowie eine zielgruppengerechte Aufbereitung von Informationen, welche die besonderen Lebens- und Gesundheitslagen von alten Menschen berücksichtigen. Bei der Nutzung von Massenmedien und Printmedien im Zusammenhang mit gezielten Kampagnen bietet sich m. E. die Nutzung bereits vorhandener altersspezifischer Formate an. So konnte mit einem Radiobeitrag der WDR 4-Reihe ‚In unserem Alter - Begegnungen und Informationen‘ mit dem Titel „Alt und abhängig – Sucht im fortgeschrittenen Lebensalter“ am 9.4.2005 mit anschließendem Experten/-innentelefon nach Auskunft der zuständigen Moderatorin eine Resonanz bei den Zuhörer/-innen erreicht werden, die dem Interesse an Informationen zu Testamentgestaltung und Patientenverfügungen gleichkommt.

Die Erreichbarkeit von älteren Menschen über das Internet hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Eine Nutzung dieser Plattform zur Verbreitung gesundheitsfördernder Informationen wird dadurch Erfolg versprechender. Die Wahrscheinlichkeit, über diesen Zugang ältere Menschen mit Medikamentenproblematiken zu erreichen ist zwar vergleichsweise gering, jedoch erscheint es aussichtsreich, aktive Senioren/-innen als Multiplikatoren/-innen zu gewinnen. Nach einer ARD/ZDF-Online-Studie wird festgestellt, dass ältere Menschen in zunehmendem Maße ‚Neue Medien‘ nutzen: Im Jahr 1997 waren noch lediglich 3,2% der über 50-Jährigen online, während es im Jahr 2000 bereits 26,5% waren. Diese Medienkompetenz wird sich voraussichtlich weiter entwickeln, so dass Seniorenportale häufiger frequentiert und Internetcafes für Senioren/-innen eingerichtet werden. Zusätzlich werden gezielte Förderungen geleistet, um diese Angebote auszubauen, wie z. B.:

- Senior@s OnLine: ein Schulungsprogramm für ältere Frauen (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Nordrhein-Westfalen)
- Kompetenznetzwerk Senioren online (SOL): neben Schulungsangeboten und Unterstützungsleistungen zur Internetnutzung werden auch Informationen zu seniorenrelevanten Ereignissen und Gesundheitsthemen weitergegeben (Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Evangelischer Verband für Altenarbeit im Rheinland, Gesellschaft für Gerontotechnik).
- Bürgermedienzentrum für Senioren am Bennohaus Münster (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Nordrhein-Westfalen)
- Medienkompetenznetzwerk NRW (mekonet.de): vielfältige Informationen für Senioren (Staatskanzlei Nordrhein-Westfalen und die Landesanstalt für Rundfunk Nordrhein-Westfalen, angesiedelt am Europäischen Zentrum für Medienkompetenz GmbH).

(Landtag Nordrhein-Westfalen 2002a)

---

Weitere Modelle wie aufsuchende Gesundheitsberatungen (s. u.) und unterstützte Recherchen im Rahmen von Patienteninformationszentren (vgl. Kapitel 3.1) können die Gesundheitskompetenz von älteren Menschen zusätzlich fördern.

### **5.3.2 Aufsuchende Gesundheitsförderung**

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ mit dem Untertitel “Präventive Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Kooperation zwischen Hausärzten und geriatrischem Zentrum“ richtet sich schwerpunktmäßig an selbständig lebende Ältere und wird vom BMFSFJ gefördert. Das Programm umfasst mehrere Module und richtet sich nicht primär an suchtkranke ältere Menschen. Dennoch ist ein Teilbereich dieses Projektes in diesem Kontext der Erwähnung wert:

Der hausärztlichen Betreuung wird bei alten Menschen eine große Bedeutung beigemessen. Hausärzte sind oftmals erste Anlaufstelle für medizinische, soziale und familiäre Problemlagen. Zu diesem Zweck ist ein geriatrisches Netzwerk zwischen dem geriatrischen Zentrum am Albertinen-Haus in Hamburg und den niedergelassenen Hausarztpraxen aufgebaut worden. Durch Qualitätszirkelarbeit wurden Hausärzte/-innen darin fortgebildet, ältere Patienten/-innen adäquat zu begleiten und zu behandeln. Es ist gelungen, um die beteiligten Hausarztpraxen herum ein weites Netzwerk mit vielfältigen gesundheitsfördernden Organisationen und Institutionen zu installieren. Dazu gehören verschiedene Angebote in den Bereichen Kultur und Freizeit, aber auch Unterstützung und Einzelfallhilfen in Krisen. In einem weiteren Schritt konnte die aktive Gesundheitsförderung im Alter für weitere Settings erweitert werden. Darüber hinaus werden seit 2005 auch Multiplikatoren/-innen in interdisziplinären Teams ausgebildet, um das Präventionsprogramm für selbständige ältere Menschen in ihrem Umfeld auch an anderen Standorten im deutschsprachigen Raum weiterzuführen. Zur besseren Erreichbarkeit von nicht-mobilen Senioren/-innen wurde die Möglichkeit eines Hausbesuchs eingeführt, um auch diesen Menschen gesundheitsfördernde Maßnahmen zu ermöglichen. Für dieses Einsatzgebiet wurde eine Pflegekraft ausgebildet. Diese führte ein Screening bei 77 besuchten Personen durch. Dadurch konnten auffällige Befunde in den Bereichen Polypharmazie (50%), Schmerz (über 50%), Sturz (ca. 30%), Depressionen (über 40%) und körperliche Einschränkungen festgestellt und im Weiteren bearbeitet werden. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass auch nicht-suchtspezifisch angelegte Seniorenprojekte einen guten Einstieg für Suchtpräventionen bieten können (Dapp, Anders & Meier-Baumgartner 2004; Dapp & Anders 2006 a, 2006 b; Anders & Dapp 2006).

### **5.3.3 Förderung sachgerechter Benzodiazepinverordnungen**

In einer kanadischen Studie konnte ein möglicher Weg zur Optimierung von Benzodiazepinverordnungen bei älteren Menschen aufgezeigt werden. Als Ursache wird die Verbreitung von Informationen über die unsachgemäße Verordnung von langwirksamen Benzodia-

---

zepinen im Alter angesehen. Ziel der Erhebung war es, Trends in der Verordnung von Benzodiazepinen bei alten Menschen im Zeitraum von 1993 bis 1998 zu erheben. Im Jahre 1997 wurden Leitlinien für eine sachgemäße Verordnung von Medikamenten für ältere Menschen herausgegeben (Defining inappropriate Practices in prescribing for elderly People: a national consensus panel). Es konnte festgestellt werden, dass die Verschreibung von Benzodiazepinen stetig abnahm und ein positiver Trend in der häufigeren Verordnung von kurzwirksamen Benzodiazepinen anstelle langwirksamer Benzodiazepine stattfand. Auch ein Wechsel zur vermehrten Verordnung von Antidepressiva konnte festgestellt werden. Ein gleichzeitiger Anstieg der Verordnung von Barbituraten, die ein noch höheres Abhängigkeitsrisiko als Benzodiazepine haben, wurde nicht beobachtet. Als Datenbasis standen die Verordnungsdaten von mehr als eine Million Einwohner Ontarios im Alter über 65 Jahren zur Verfügung, darunter auch von Altenheimbewohner/-innen (Tu et al. 2001).

Allerdings ist anzunehmen, dass dieser Effekt zumindest teilweise einem allgemeinen Trend im Rückgang der Benzodiazepinverordnungen geschuldet ist, der sich nunmehr erschöpft hat. Diesen Verdacht nähren die Ergebnisse einer weiteren kanadischen Studie, in der kein signifikanter Rückgang der Verordnungen durch gezielte Information von Hausärzten/-innen mehr zu verzeichnen war. In einer randomisierten Kontrollstudie an ca. 370 Hausarztpraxen erhielt die Interventionsgruppe regelmäßig Informationen zu Verschreibung und Gebrauch von Benzodiazepinen.

Die Auswirkung auf die Verschreibungspraxis war jedoch marginal. In einer zurückliegenden Interventionsstudie war dagegen mittels derselben Methode die Reduzierung von Antibiotikaverordnungen gelungen. Es wird angenommen, dass folgende Faktoren dazu geführt haben, dass dieser Erfolg nicht auf die Verordnungspraxis von Benzodiazepinen übertragbar war:

- Es ist einfacher, die Verordnungspraxis bei einem Medikament zu reduzieren, das einmalig verordnet wird (Antibiotikatherapie). Im Unterschied dazu liegt bei Benzodiazepinverordnungen häufig eine jahrelange Dauerverordnung vor, in deren Konsequenz sich sowohl die Ärzte/-innen als auch Patient/-innen gegen ein Absetzen des Präparats sträubten. Hinzu kommt, dass auch die Gefahr des Gebrauchs für beide Seiten nicht einsichtig war.
  - Das gesellschaftliche Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Reduzierung von unnötigen Antibiotikaverordnungen ist größer als das Wissen um die Risiken eines Benzodiazepingebrauchs.
  - Die Therapie ist möglicherweise bereits optimiert und es gibt keinen Spielraum mehr zur weiteren Verbesserungen der Benzodiazepinverordnungen.
  - Es gibt größere diagnostische Unsicherheiten, die insbesondere bei älteren Menschen zur Verordnung von Benzodiazepinen führen, da die Symptome von Depressionen und Angststörungen schwer zu unterscheiden sind. Die Vermutung ist nahe liegend, dass hier die Verordnung von Benzodiazepinen im Sinne einer Verlegenheitsverordnung zu verstehen ist. Dies kann jedoch aufgrund der Datenlage nicht evaluiert werden.
-

- Für den Gebrauch von Antibiotika liegen evidenzbasierte Leitlinien vor, die allen Hausärzten/-innen vom Gesundheitsministerium zugestellt wurden. Vergleichbare Leitlinien liegen für Benzodiazepinverordnungen nicht vor.

Für eine Veränderung in der Verschreibung von Benzodiazepinen sollten außerdem eindeutig definierte Verhaltensziele und multifaktorielle Programme zur Unterstützung adäquater Verschreibung berücksichtigt werden (Pimlott, Hux, Wilson, Kahan, Li & Rosser 2003). Diese Studien können als Beleg dafür gesehen werden, dass die Ergebnisse einer reinen Informationsintervention von beschränkter Reichweite sind und darüber hinaus verpflichtendere Maßnahmen zur Veränderung von Verschreibungspraktiken Erfolg versprechender sind.

#### **5.3.4 Elektronische Arzneimittelinformationsmedien**

Ein Problem, welches bei der Medikation älterer Menschen immer wieder auftritt, ist die mangelnde Transparenz aller verordneten Medikamente, insbesondere beim Übergang von multimorbiden alten Menschen mit Multimedikation vom Altenheim in das Krankenhaus und umgekehrt. Sind in diesem Fall nicht alle verordneten Medikamente erfasst worden, können Wechselwirkungen und Fehlverordnungen verkannt werden. Gerade bei Multimedikation und Medikamentenverordnungen bei Notfalleinsätzen ist das Erkennen von Interaktionen häufig schwierig (Landtag Nordrhein-Westfalen 2002b). Angesichts der Vielzahl von notwendigen Dosierungsanpassungen bei bestimmten Erkrankungen, (altersbedingten) Unverträglichkeiten und Interaktionen können hundertfache Dosierungsunterschiede notwendig werden. Eine adäquate Dosierung, in der alle Faktoren berücksichtigt werden, ist kaum noch zu leisten. Erfahrungen aus dem Ausland und Pilotprojekte in Deutschland zum Einsatz von elektronischen Informationssystemen in der Arzneimittelverordnung belegen eine Zeitersparnis und eine Reduzierung der Fehlerquote in solchen Fällen (Bertsche, Kaltschmidt & Haefeli 2006). Pilotprojekte in Heidelberg, Saarbrücken und Erlangen zeigen, dass eine EDV- gestützte Medikamentenverordnung im Krankenhaus zur Reduzierung von Arzneimittelfehlern beiträgt. Mittels einer speziellen Software kann auf ungewöhnliche Dosierungen, Kontraindikationen, Interaktionen und Wechselwirkungen hingewiesen werden. In einem Hospital in Boston konnte durch ein computergestütztes Medikamentenverordnungs-system die Rate der Verordnungsfehler um 81% gesenkt werden (Korzilius 2005). Bertsche et al. (2006) halten einen flächendeckenden Einsatz elektronischer Arzneimittelinformationssysteme in deutschen Praxen und Krankenhäusern für wünschenswert und empfiehlt, die pilotierte Einrichtung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für die Erweiterung innovativer elektronischer Systeme zu nutzen. Für die Umsetzung sieht er die Einrichtung einer interdisziplinären Steuerungsgruppe und einen Stufenplan vor.

---

### **5.3.5 Hausapotheken und Gesundheitskarten**

Das seit 2004 eingeführte Hausapothekenkonzept sieht eine langfristige Kundenbetreuung zur Optimierung der Arzneimittelversorgung vor: Versicherte wählen eine Hausapotheke, mit der sie einen Vertrag über ein Jahr abschließen. Hier werden alle verordneten und selbst erworbenen Medikamente mittels EDV-Unterstützung erfasst, auf mögliche Wechsel- und Nebenwirkungen untersucht und eine gezielte Beratung der Patienten/-innen geleistet. Nach einer Umfrage im Auftrag der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände findet das Hausapothekenmodell Zustimmung in der Bevölkerung: Zwei Drittel würden sich auf eine Hausapotheke festlegen und 51% der Befragten schätzt die intensivere Beratung durch die Apotheker/-innen. Bundesweit beteiligen sich im Jahr 2005 rund 13.000 Apotheken an diesem Modell (ABDA 2004; 2006).

Konkrete Zahlen zu einer Optimierung der Verordnungspraxis bei älteren Menschen durch das Hausapothekenmodell (s. o.) liegen nicht vor. Erfahrung aus der Praxis belegen allerdings, dass durch die Einführung des Hausapothekenmodells die Beratung der Bewohner/-innen und der Mitarbeiter/-innen eines Altenheimes deutlich verbessert werden konnte: Der persönliche Kontakt zwischen der Apotheke und den Pflegekräften bei der Bestellung und Lieferung der Medikamente in das Altenheim wird als Gelegenheit für ein Beratungsgespräch genutzt, in dem problematische Medikamentenverordnungen angesprochen und gemeinsame Lösungen erarbeitet werden können. Besonders geschätzt wird die kontinuierliche Kooperation zwischen der beliefernden Apotheke und dem Altenheim. Die Auflage für Altenheime, die zuliefernde Apotheke zu Wettbewerbszwecken in halbjährlichen Intervallen zu wechseln, ist mittlerweile durch eine Änderung des Apothekengesetzes eingestellt worden.

Die elektronische Gesundheitskarte soll ab Mitte 2005 zunächst in der Region Bochum und Essen erprobt werden. Freiwillig können Patientinnen und Patienten auf ihrer Gesundheitskarte u. a. Daten über die von ihnen eingenommenen Medikamente speichern lassen. Diese Maßnahme bietet insbesondere für alte Menschen den Vorteil, die Verordnungshäufigkeiten bei Multimedikationen zu kontrollieren und Wechselwirkungen frühzeitig zu erkennen (vgl. Kapitel 3.4).

### **5.3.6 Psychische Erkrankungen**

Die psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen ist derzeit noch eine Ausnahme, obwohl seit 15 Jahren die Vorstellung überholt ist, dass alte Menschen nicht therapierbar sind (Sonnenmoser 2004). Alte Menschen verfügen über ein besonderes Potenzial an mentalen Reserven und Ressourcen wie Lebenserfahrung, Weisheit und Reife. Dennoch liegt der Anteil von über 60-Jährigen, die sich in ambulanter Psychotherapie befinden, unter einem Prozent. Angesichts der zu erwartenden Zunahme alter Menschen in der Bevölkerung ist auch mit einem Anstieg des Bedarfs an psychotherapeutischer Begleitung dieser Zielgruppe zu rechnen. Angeführt werden hierfür die Problembereiche Depressionen, Angststö-

---

rungen, Schlafprobleme, Substanzmissbrauch und die erhöhte Suizidrate bei älteren Menschen. In einer Therapie können Themen wie z. B. der Umgang mit chronischen Krankheiten, Trauerarbeit und Überlebensschuld, Verlust sozialer Rollen und Einsamkeit bearbeitet werden. Fortbildungen für Psychotherapeuten/-innen, die Ältere behandeln möchten, bietet die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie (Sonnenmoser 2004). Studien zufolge ist eine Psychotherapie im höheren Lebensalter ähnlich erfolgreich wie in früheren Lebensaltern (Kruse 2002). Eine genauere Übersicht zu Informationen für Experten, Betroffene und Angehörige bietet eine Internetrecherche zu diesem Thema (Eichenberg 2006).

Zur Verbesserung der Versorgung von Altenheimbewohnern mit Depressionen bietet das oben genannte Bündnis seit dem Jahr 2006 Fortbildungen in Düsseldorfer Einrichtungen der Altenpflege an. Hier wird der Zugang über die Pflegekräfte genutzt, welche eine wichtige Vermittlerfunktion zwischen Bewohnern/-innen, Ärzten/-innen und Angehörigen haben. Sie sind in der Einrichtung oft die wichtigsten Bezugspersonen, welche Befindlichkeitsstörungen beobachten und maßgeblich dazu beitragen können, dass Depressionen im Alter erkannt und adäquat behandelt werden.

Das „Deutsche Bündnis gegen Depressionen e. V.“ hat seit 2003 bundesweit Aktionsprogramme auf regionalen Ebenen zur Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen aufgestellt. Das Bündnis arbeitet seit dem Jahr 2004 auf europäischer Ebene als „European Alliance against Depression (EAAD)“. In einer wissenschaftlichen Erhebung in Nürnberg konnte nachgewiesen werden, dass durch spezifische Angebote wie Schulungen von Professionellen, Öffentlichkeitsarbeit und die Einführung von spezifischen Angeboten für Angehörige und Betroffene die Anzahl von Suiziden und Suizidversuchen um mehr als 20% gesenkt werden konnte. Das regionale „Düsseldorfer Bündnis gegen Depression“ bietet speziell für Senioren Informationen zum Umgang mit Depressionen an. Unter anderem wird hier auch auf die Möglichkeiten der medikamentösen Therapieformen sowie die Gefahr von unerwünschten Wechselwirkungen bei Multimedikationen hingewiesen (Kompetenznetz Depression [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de); Düsseldorfer Bündnis gegen Depression [www.depression-duesseldorf.de](http://www.depression-duesseldorf.de)).

### **5.3.7 Medikamentöse Behandlung in Altenheimen**

Die Medikamentenversorgung in der stationären Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen wurde im Rahmen eines Expertenfachgesprächs im Rahmen der „Enquetekommission zur Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ behandelt. Die umfangreichen konstruktiven Vorschläge zu Verbesserung der Praxis sind dem Sitzungsprotokoll sowie dem Abschlussbericht zu entnehmen (Landtag Nordrhein-Westfalen 2002b; 2004). Die bereits dargestellten Probleme in der Medikamentenversorgung der stationären Altenhilfe sind im Wesentlichen von den anwesenden Experten/-innen bestätigt und differenziert dargestellt worden. Folgende Handlungsempfehlungen wurden erarbeitet:

---

- **Verbesserung der Aus- und Fortbildung**

Da ein Großteil der Missstände in der mangelnden Qualifikation und Sensibilisierung der Professionellen begründet liegt, fordern die Experten/-innen eine Verbesserung der Aus- und Fortbildung aller beteiligten professionellen Akteure zu den Themen ‚Medikamentöse Therapie‘, ‚Alter‘ und ‚Geschlecht‘. Dies betrifft sowohl die pflegerischen und ärztlichen Berufe als auch die pharmakologischen Berufe. Nach dem derzeitigen Stand sind diese Themen noch kein integraler Bestandteil der Ausbildungen in Medizin, Pflege und Pharmazie. Es gibt einen deutlichen Informationsbedarf von Ärzten/-innen zur Verordnung von Psychopharmaka und - insbesondere bei älteren Menschen - zu Nebenwirkungen und Wechselwirkungen. Gezielte Fortbildungen von Pflegekräften im Umgang mit bestimmten Medikamentengruppen werden insbesondere angeraten.

Da ein erheblicher Anteil der Altenhilfe im Ehrenamt geleistet wird, sind auch Qualifizierungen für Laien empfehlenswert. Dazu gehören neben den ehrenamtlich Tätigen auch die (oftmals pflegenden) Angehörigen. Doch auch Heimbeiräte und Heimförsprecher sollten, zur besseren Rückkopplung der Interessen der Bewohner/-innen, für das Thema sensibilisiert und qualifiziert werden.

- **Optimierungen in den Einrichtungen der Altenversorgung**

Um der Unterversorgung von psychisch kranken Altenheimbewohner/-innen entgegenzuwirken wird eine adäquate Behandlung psychisch kranker Altenheimbewohner/-innen angeraten. Dazu gehören medikamentöse Behandlungen und auch nichtpharmakologische Strategien wie milieutherapeutische Ansätze und Psychotherapien. Empfohlen wird auch der weitere Ausbau des Konzepts der Wohngruppen mit familienähnlichen Strukturen, in denen deutlich weniger Psychopharmaka verordnet werden müssen.

Besondere Aufmerksamkeit sollte die Berücksichtigung institutioneller Faktoren in der medikamentösen Behandlung von Altenheimbewohner/-innen finden, da es hier eine besonders hohe Schwankungsbreite (30-70%) in der Verordnung von Medikamenten festgestellt wird, die nicht mit der Unterschiedlichkeit der Klientel zu erklären ist. Zur Minimierung des Sturzrisikos wird die Anwendung von Sturzprotektoren empfohlen. Genannt wurden weiterhin die Einführung eines Beschwerdemanagements in Altenheimen und die Verbesserung der Betreuung der Bewohner/-innen durch die Einrichtung von Nachtcafes und Snoezelenräumen (Ruhe- und Entspannungsräume). Schließlich ist es erforderlich, den pflegerischen Personalschlüssel an den tatsächlichen Bedarf in Altenpflegeheimen anzupassen und die Umsetzung pflegerisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse zu gewährleisten, um den Problematiken adäquat begegnen zu können. Damit einhergehend ist auch eine Verbesserung der Dokumentation und das Sichern der korrekten Vorbereitung und Vergabe von Medikamenten angezeigt.

- **Ärzte/-innen und Apotheker/-innen**

Die Beratung von Altenheimen und Altenheimbewohnern/-innen über Beruhigungs- und Schlafmittelgebrauch durch regionale Apotheken wird empfohlen. Die Apothekerkam-

---

mer sieht hier eine Qualifizierung ihrer Apotheker/-innen durch die Weiterbildung der "Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung" vor. Empfohlen wird die Einführung des Hausapothekenmodells (s. o.) und eine verbindliche pharmazeutische Betreuung in der Altenheimbelieferung sowie ein standardisierter Interaktions-Check für die Medikation bei Altenheimbewohner/-innen. Insbesondere seitens der Altenheimvertreterinnen wird eine eindeutige Zuständigkeit und langfristige Betreuung durch eine Apotheke gefordert, um eine Kontinuität in der Zusammenarbeit zu garantieren.

Entsprechend wird eine Verbesserung der fachärztlichen Betreuung von Altenheimbewohner/-innen und das Einführen eines Heimärzte/-innen-Modells am Beispiel des Seniorenzentrums Köln-Riehl im Jahr 2001 vorgeschlagen. Zusätzlich konnte eine Optimierung der medikamentösen Therapie dadurch erreicht werden, dass Ärzte/-innen der umliegenden Kliniken an das Altenheim herantraten und ambulante neurologische Behandlung für die Bewohner/-innen anboten. Ein solches Vorgehen setzt eine Sensibilisierung der Ärzte/-innen und Apotheker/-innen für die Problematik voraus, sowie die Bereitschaft zur Veränderung der Verordnungspraxis. In einem geschilderten Fall konnten Fehlverordnungen von abhängigkeitsfördernden Medikamenten weiter reduziert und die Verordnungen adäquater Arzneimittel weiter umgesetzt werden (persönliche Auskunft einer Pflegedienstleitung in einem Altenheim, Mai 2006).

- **Vernetzung und Kooperation der Professionellen**

Eine gemeinsame Entwicklung von Leitlinien und Beratungscurricula von Apothekerkammer und Ärztekammer sowie das Entwickeln von Handlungsanweisungen bei Interaktionen von Arzneimitteln in Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen und Pflegevertretern/-innen werden angeraten. Die Verbesserung des Informationsaustausches der Leistungserbringer im Gesundheitssystem (Pflege, Krankenhäuser, Fach- und Hausärzte/-innen, ärztlicher Notdienst, Altenpflegeeinrichtungen, etc.) ist wünschenswert sowie die Einführung von interdisziplinären medizinischen Strukturen durch ein Heim-Ärztssystem. Hilfreich kann hier auch die Einführung von Disease-Management-Programmen und Case-Management sein.

- **Pharmazeutische Industrie**

Die pharmazeutische Industrie sollte aufgefordert werden, die Verträglichkeit von Medikamenten bei Älteren zu sichern. Die Pharmakovigilanz nach der Zulassung ist ein Bereich mit erheblichem Verbesserungsbedarf in der Praxis.

(vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen 2002b; 2004)

### **5.3.8 Pflegerische und institutionelle Bedingungen in der stationären Versorgung**

Insgesamt erscheinen die strukturellen Defizite in der stationären Versorgung alter Menschen sowohl für die Beschäftigten als auch für die Versorgten als erhebliches Gesundheitsrisiko. Inwieweit sich dieser Umstand auf die gesundheitliche Situation von Alten-

---

pflegerinnen auswirkt, die mit den Folgen dieses Mangels täglich konfrontiert sind, lässt sich indirekt vermuten: In dem Expertengespräch zur "Über-, Unter- und Fehlversorgung bezüglich Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen" im Landtag Nordrhein-Westfalen (2002b) wurde auf den überproportionalen Anteil von Altenpflegerinnen in psychotherapeutischer Behandlung hingewiesen. Insbesondere in der Gesundheitsbranche werden hohe Arbeitsunfähigkeitsraten aufgrund psychischer Erkrankungen berichtet (vgl. Kapitel 2.4.1). Weyerer (2000) weist mit seinen Beobachtungen über den direkten Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen der Pflege und dem Anstieg der Psychopharmakaeinnahme deutlich auf die Notwendigkeit zur Optimierung der Arbeitsbedingungen in Altenheimen hin. Auch im Vierten Altenbericht werden diesbezüglich Missstände aufgezeigt: In vielen Fällen liegt der Anteil der Fachkräftequote von Beschäftigten in Altenheimen bei nur 30%. Gemäß der Heimpersonalverordnung ist jedoch eine Fachpersonalquote von 50% vorgeschrieben.

Die Forderung von Weyerer, verstärkt nichtmedikamentöse Therapieansätze zu verfolgen, deckt sich mit den Empfehlungen des Vierten Altenbericht zum Ausbau von nichtmedikamentösen Interventionen in der Altenpflege. Ein wichtiges Mittel dazu, das bereits an vielen Orten umgesetzt ist, bieten so genannte Nachtcafés in Altenheimen. Nachtcafés sind eine geeignete Methode im Umgang mit gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Altenheimbewohnern/-innen, die in den Abend- und Nachtstunden besonders aktiv werden. Gezielte Beschäftigungsangebote sind eine anerkannte Methode, die Einnahme von Psychopharmaka und Schlafmitteln zu reduzieren. Die Einrichtung eines Nachtcafés ist daher ein relevantes Kriterium in der Qualitätsprüfung von Altenheimen nach den Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 2005). Nachtcafés werden vermehrt in Altenheimen angeboten, vom wöchentlichen Angebot als Ehrenamtinitiative bis hin zum täglichen Regelangebot. So wird im Alzheimerforum von einem Beispiel der ostholsteinischen "Seniorenresidenz Godenblick" in Malente berichtet. Dort wurde bereits seit 1997 ein Nachtcafé zum adäquaten Umgang mit dem so genannten Sundowning-Syndrom (Sonnenuntergangs-Syndrom) demenziell erkrankter Bewohner/-innen eingerichtet. Durch dieses Beschäftigungsangebot (täglich von 19:30 bis 22:30 Uhr) konnte die Medikamentengabe signifikant verringert werden und damit auch der Medikamenten-Hangover am nächsten Morgen sowie die daraus resultierende Sturzgefahr reduziert werden (Gust 2004).

Doch nicht nur die Bedingungen innerhalb einer Institution bedürfen der Optimierung. Auch die Kooperation der Einrichtungen und der Akteure im Gesundheitswesen muss verbessert werden. Auf die Informationsverluste beim Wechsel zwischen den Institutionen wurde bereits hingewiesen. Im Vierten Altenbericht werden die Folgen einer „fragmentierten Versorgung“ kritisch erörtert und zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen einzelfallorientierte Betreuung empfohlen wie Care-Management, Case-Management und interprofessionelles Arbeiten.

Die Relevanz der Qualifizierung von Pflegekräften wurde bereits angesprochen. Je besser Pflegenden qualifiziert sind, desto besser können sie sich für die Reduzierung von Fehlmedikationen einsetzen. Sie haben kontinuierlichen Kontakt zur Klientel und haben den Auftrag

---

zur Sicherstellung der Medikamentengaben. Daneben gehört auch das Beobachten der Wirksamkeit sowie der Nebenwirkungen von Medikamenten zu dem Aufgabenfeld der Pflegekräfte (Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld 2005). Insgesamt weist die Versorgung von alten und hochbetagten Menschen in Deutschland einen deutlichen Forschungsbedarf auf: Die Kommission des Vierten Altenberichts stellte durchgehend fest, dass es derzeit noch an ausreichenden validen Kenntnissen zur Problemlage und Gesundheit sowie zu Interessen und Wünschen von Menschen im hohen Lebensalter mangelt. Forschungsförderung seitens der Bundesregierung ist hier angeraten. Eine Ursache für diesen Mangel an fundierten Interventionsforschungen wird in den eingeschränkten Ressourcen pflegewissenschaftlicher Studiengänge gesehen: Gerontologische Schwerpunkte werden nur vereinzelt angeboten. Die Aktivitäten sind schwerpunktmäßig an Fachhochschulen angesiedelt. Dort haben die Professorinnen und Professoren aufgrund ihrer hohen Lehrverpflichtung und kargen Ausstattung zwangsläufig nur begrenzte Ressourcen für wissenschaftliche Aktivitäten. Nur sehr wenige Pflegestudiengänge sind an Universitäten angesiedelt (BMFSFJ 2002).

Auch in Pflegefachschulen und im Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Altenhilfe ist Substanzabhängigkeit im Alter noch kein Thema (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2006). Zur Optimierung der Datenlage ist eine Intensivierung von Forschung zum Thema geschlechtsspezifischer Determinanten zu Medikamentengebrauch in der stationären Altenhilfe sowie die Durchführung von Interventionsstudien zur sachgerechten Verordnung von Medikamenten und Reduzierung unerwünschter Nebenwirkungen wie Stürzen zu fordern. „Dringend geboten ist die Durchführung von Untersuchungen, in denen Interventionsmaßnahmen für die sachgerechte Indikation und den medizinische angemessenen Gebrauch von Psychopharmaka entwickelt und evaluiert werden“ (Weyerer, Schäufele & Zimmer 1998).

### **5.3.9 Medikamentenabhängigkeit im Alter**

Medikamentenabhängigkeit im Alter ist nicht einfach zu entdecken. Die Diagnose Medikamentenabhängigkeit wird auch bei Krankenhausaufnahmen alter Menschen nicht oft gestellt, eher stehen andere psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen oder aktuelle körperliche Erkrankungen im Vordergrund. Ein Entzug wird selten erwogen (Weyerer 2001). Nach Wolter-Henseler (2000) wird die Diagnose bei alten Menschen insbesondere deshalb selten gestellt (neben den Gründen die bei allen Bevölkerungsgruppen das Erkennen erschweren), weil ein verbreiteter negativer Altersstereotyp vorherrscht. Symptome wie z. B. Bewegungsstörungen, Schwäche, Stürze, Beeinträchtigung von Denken und Gedächtnis oder Depressivität, die auf eine Medikamentenabhängigkeit schließen lassen, werden allgemeinen Alterserscheinungen zugeschrieben und nicht als typische Folgen einer Benzodiazepineinnahme erkannt (Wolter-Henseler 2000).

In einer Studie am Universitätsklinikum Lübeck konnten zwischen 1990 und 1998 anhand der psychiatrischen Konsiluntersuchungen suchtkranke alte Menschen identifiziert werden,

---

die nicht mit der Primärdiagnose einer Abhängigkeit im Krankenhaus aufgenommen worden waren. Erhoben wurden die Daten von Patienten/-innen, die sich in der Versorgung des Allgemeinkrankenhauses befanden und konsiliarisch von der benachbarten psychiatrischen Klinik betreut wurden. Neben Alkoholabhängigkeit wurde bei 6,6% der insgesamt etwa 11 000 Konsilpatienten/-innen ein Medikamenten- bzw. Drogenmissbrauch festgestellt. Bei 2,6% der über 64-Jährigen handelte es sich um einen Benzodiazepinmissbrauch. Hiervon waren zu 58% Frauen betroffen. Benzodiazepin-Entzugsdelire traten bei 17 Personen auf, davon waren über zwei Drittel älter als 65 Jahre. Die Häufigkeit von Benzodiazepinmissbrauch stieg insgesamt mit dem Alter an. Aufgrund dieser Erkenntnisse wird empfohlen, bei älteren Patient/-innen mit unklarer neuropsychiatrischer Symptomatik auch an Suchterkrankungen zu denken (Wetterling 2002).

### **Schwerpunktjahr Missbrauch und Abhängigkeit im Alter**

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat das Jahr 2006 zum Schwerpunktjahr „Missbrauch und Abhängigkeit im Alter“ erklärt. Mit der Botschaft „unabhängig im Alter – Suchtprobleme sind lösbar“ möchten die DHS und ihre Kooperationspartner, die BARMER und das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) dazu beitragen, dass betroffene ältere Menschen häufiger als bisher in Beratung und Therapie vermittelt werden.

Ziel des Schwerpunktjahres ist die Information unterschiedlicher Zielgruppen. Hierzu hat die DHS gemeinsam mit dem KDA und der BARMER informative Broschüren zu den Themen Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsum erstellt und bietet darüber hinaus weitere Öffentlichkeitsmaterialien und Pressevorlagen im Internet an. Mit der Broschüre „Medikamente - sicher und sinnvoll gebrauchen“ werden ältere Menschen und ihre Angehörigen angesprochen. Die Broschüre „Substanzbezogene Störungen im Alter“ richtet sich an Professionelle in Einrichtungen des sozialen, medizinischen und des Pflegebereichs. Das Informationsmaterial ist direkt über die DHS zu beziehen oder im Internet herunterzuladen ([www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de)).

### **Projekt Arnsberg: „Sucht oder Leben.“**

Das Thema „Sucht im Alter“ wird im Rahmen eines Gemeinschaftsprojektes im Raum Arnsberg aktiv bearbeitet. Anlass ist eine erwartete Zunahme von Senioren/-innen in der Bevölkerung der Stadt Arnsberg und ein damit verbundener möglicher Anstieg von älteren Menschen mit substanzbezogenen Abhängigkeiten. Dieses Projekt bietet gute Ansatzpunkte, um einerseits der Suchtproblematik und der demografischen Entwicklung zu entsprechen und andererseits die Erreichbarkeit der Betroffenen durch die Weiterbildung von speziellen Multiplikatoren/-innen sowohl im professionellen Bereich als auch im privaten Bereich zu gewährleisten.

---

Projektbeteiligte sind das Suchthilfenetzwerk Arnsberg-Sundern, der Seniorenbeirat Arnsberg sowie private und institutionelle Akteure mit Unterstützung der Stadt Arnsberg. Das Kooperationsnetzwerk Arnsberg umfasst die Suchthilfeeinrichtung „Wendepunkt“, die Westfälische Klinik Warstein LWL; die Salus-Klinik Arnsberg GmbH, das St. Johannes Hospital Neheim (Geriatric und Psychiatric) und die Einrichtung für Betreutes Wohnen für Chronisch Suchtkranke in der Diakonie HSK-Soest. Zielführend ist in diesem Projekt, dem Missbrauch und der Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten bei älteren Menschen vorzubeugen. Dabei ist von vorrangiger Bedeutung, eine schnelle Erreichbarkeit der Betroffenen zu erlangen und die Zusammenarbeit der Professionellen auf dem Gebiet zu fördern. Zu diesem Zweck sind im Jahr 2005 öffentlichkeitswirksame Aktivitäten unternommen worden, wie Bürgerbefragungen, Pressemitteilungen und Informationsveranstaltungen mit Expertenvorträgen und Podiumsdiskussion.

Ausgehend von der Erfahrung, dass ältere medikamentenabhängige oder alkoholabhängige Menschen vom Suchthilfesystem nur unzureichend erreicht werden, ist ein Zugang über Multiplikatoren gewählt worden. Hier wurden die Personengruppen angesprochen, welche über eine vertrauensvolle Beziehung Zugang zu Einrichtungen, Gruppen oder Einzelnen haben. Dazu gehören in erster Linie Hausärzte/-innen, aber auch seelsorgerische Ansprechpartner/-innen, Apotheker/-innen, Professionelle aus den Bereichen Pflege, Kultur und Bildung sowie aktive Senioren/-innen. Das Projekt erfährt eine gute fachliche Unterstützung und wird auch in der Bevölkerung gut angenommen. Nach dem derzeitigen Stand werden im Sommer 2006 die Curricula für die Multiplikatoren/-innen erstellt. Die weiteren Schritte werden von einer Steuerungsgruppe begleitet, welche viermal im Jahr tagt. Da das Projekt noch im Aufbau ist, liegen derzeit noch keine abschließenden Ergebnisse vor. Die Erhebungsdaten von 2005 befinden sich im Druck (Stadt Arnsberg 2005).

### **Suchtbezogene Weiterbildungen im ambulanten Pflegedienst**

Ambulante Pflegedienste stellen eine wichtige Zugangsmöglichkeit zu einer Personengruppe dar, deren Möglichkeiten auf öffentliche Suchtkrankenhilfeangebote zuzugreifen sehr begrenzt sind: Pflegebedürftige, die in häuslicher Umgebung versorgt werden (Jonas 2006). Durch die ambulante pflegerische Arbeit in den Privatwohnungen der Pflegebedürftigen haben Pflegekräfte einen intensiven Einblick in die Privatsphäre und die Problematiken ihrer Klientel. Auch Medikamentenabhängigkeit kann hier erkannt werden. In den meisten Fällen kann dieses Wissen allerdings nicht genutzt werden, da es sowohl an Qualifizierung als auch an weiterführenden Hilfeangeboten mangelt. Durch die in diesem Projekt durchgeführte Weiterbildung der Pflegekräfte zum Umgang mit Suchterkrankungen wird nicht nur ein guter Zugang zur Lebenswelt der Patienten gewählt, es findet außerdem eine Optimierung der Zusammenarbeit der professionellen Akteure statt und fördert so einen adäquaten Umgang mit Suchtproblematik.

---

Im Rahmen des Modellprojektes „Sucht im Alter“ des Suchthilfezentrums Schleswig wurden Pflegefachpersonen und Hauswirtschaftskräfte von ambulanten Pflegediensten in einem Zeitraum von drei Jahren zum Umgang mit suchtkranken älteren Patienten/-innen weitergebildet. Ziel war es, die Mitarbeiterinnen in ihrer Kompetenz zu stärken und eine frühe Intervention zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten angemessene Angebote zur Unterstützung geleistet, die Arbeitsfelder der Pflege und Suchtkrankenhilfe weiterentwickelt sowie die Zusammenarbeit mit den Ärzten/-innen verbessert werden. Das Projekt hat deutlich dazu beigetragen, das Thema der Suchtmittelabhängigkeit zu enttabuisieren und die Kooperation zwischen Altenhilfe und Suchthilfe zu verbessern. Durch die Teilnahme an den Weiterbildungsangeboten konnten die Mitarbeiterinnen die Problematik frühzeitig erfassen und besser intervenieren. Darüber hinaus wurden sie dazu befähigt, ihre den Suchtmittelkonsum aufrechterhaltende Co-Abhängigkeit zu reflektieren und zu verlassen.

Durch die dreijährige Arbeit in dem Projekt hat der Projektleiter des Suchthilfezentrums Schleswig einen tieferen Einblick in die Problematik der abhängigkeiterzeugenden Medikamente gewonnen. Erfreulicherweise konnte er im Verlauf des Projektes feststellen, dass Ärzte/-innen mittlerweile ihre Verordnungspraxis ändern, indem sie die Notwendigkeit von Verordnungen stärker hinterfragen und vermehrt Medikamente ohne Suchtpotenzial sowie Psychotherapie verordnen.

#### **5.4 Zusammenfassung**

Zusammenfassend sind zur Erreichbarkeit von älteren Menschen mit Medikamentenproblemen noch deutliche Defizite festzustellen. Die besonderen Lebenslagen älterer Menschen, die Zunahme von unterschiedlichen Erkrankungen im Alter, die Entwicklungsbedarfe von allgemeiner Arzneimittelversorgung, Psychopharmaka-Verordnungen sowie speziell der Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial, strukturelle Mängel der stationären Altenhilfe sowie der Qualifizierungs- und Forschungsbedarf in all diesen Bereichen ergeben ein Bild komplexer Zusammenhänge mit zahlreichen „Wechsel- und Nebenwirkungen“. Diese aufzuarbeiten und in der breiten Praxis umzusetzen ist nicht nur in Anbetracht der demografischen Altersentwicklung eine Aufgabe für die Zukunft, sondern angesichts der gegenwärtigen Situation eine aktuelle Notwendigkeit.

---

## **6 Praxishilfen, Öffentlichkeits- und Informationsmaterialien**

Grundlage der Recherche nach Praxishilfen, Öffentlichkeits- und Informationsmaterialien im Zusammenhang mit Missbrauch und Abhängigkeit von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln waren der Bibliotheksbestand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, eine Abfrage von Verbänden und Institutionen durch das Referat Drogen und Sucht des Bundesgesundheitsministeriums sowie eine Internetrecherche zu den Angeboten verschiedener medizinischer Institutionen und Fachgesellschaften. In Praxishilfen oder Öffentlichkeitsmaterialien zum allgemeinen Oberthema ‚Sucht‘ werden Medikamente oft mit aufgeführt. Die unterschiedlichen Entstehungsbedingungen und Konsumumstände bei Medikamenten und anderen legalen und illegalen Drogen finden jedoch in diesem Rahmen nur eingeschränkt Raum. Aus diesem Grund werden im Folgenden (mit wenigen Ausnahmen) nur Materialien berücksichtigt, die Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit oder relevante Medikamentengruppen explizit aufgreifen.

### **6.1 Praxishilfen**

#### **6.1.1 Niedergelassene Ärzte/-innen**

Für den medizinischen Bereich wurden in Deutschland in den vergangenen Jahren zahlreiche Leitlinien und Therapieempfehlungen für verschiedene Erkrankungen erstellt und veröffentlicht. Die Entwicklung qualitativ hochwertiger, evidenzbasierter Leitlinien wird dabei insbesondere von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKDÄ), der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) sowie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorangetrieben. Auch für verschiedene Erkrankungen, die in diesem Bericht angesprochen wurden (z. B. Angststörungen, verschiedene Schmerzkrankungen, Depressionen, psychosomatische Beschwerden, Schlafstörungen) liegen Leitlinien und Empfehlungen vor, die von den genannten Institutionen und den beteiligten Fachgesellschaften leicht zugänglich im Internet zur Verfügung gestellt werden (Übersichten und Verlinkungen unter [www.akdae.de](http://www.akdae.de); [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de); [www.aeqzq.de](http://www.aeqzq.de); [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)) und die in der Regel auch Angaben zur Medikation mit Schmerzmitteln und/oder benzodiazepinhaltigen Medikamenten enthalten. Verfügbar sind z. B. Empfehlungen und Leitlinien zu:

- Kopfschmerzen
  - Rückenschmerzen
  - Depression
  - Angst- und Zwangsstörungen
  - Müdigkeit, nicht-erholsamer Schlaf
  - Demenz
  - Sturzprävention
-

Eine besondere Herausforderung stellen die Praxistauglichkeit und Implementierung von Leitlinien in der Versorgung dar (vgl. Kapitel 3.3). Verschiedene Arbeitshilfen (z. B. Kittelta-schenversion von Leitlinien, Hilfen zum Monitoring der individuellen Verordnungspraxis, Telefonberatungshilfen für Praxismitarbeiter/-innen, Wartezimmerinformationen, Patienten-briefe sowie Checklisten oder Flussdiagramme für die Praxis werden zur Gestaltung von Praxismaterialien vorgeschlagen (Gerlach et al. 1998; Selbmann & Kopp 2005). Speziell zu Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial sind zurzeit oder in naher Zukunft verfügbar:

- **Empfehlungen zur Verordnung von Benzodiazepinen**  
Empfehlungen zur Verordnung von Benzodiazepinen wurden von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft wiederholt veröffentlicht (AKDÄ 2003) und entsprechende indikationsspezifische Hinweise in entsprechenden Therapieempfehlungen eingearbeitet (s. o.).
- **Leitfaden ‚Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Medikamenten‘**  
Bundesärztekammer (Hg.).  
Handbuch mit Kurzversion: in Vorbereitung (voraussichtlich Herbst 2006).
- **Behandlungsleitlinie Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien).**  
Poser, Böning, Holzbach, Schmidt: In Schmidt et al. (Hg.).  
Evidenzbasierte Suchtmedizin: Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen.  
Köln: Dt. Ärzte-Verlag, 2006. S. 271-308.
- **Suchtmedizinische Reihe: Medikamente.**  
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.).  
wird die vergriffene Ausgabe „Medikamentenabhängigkeit. Eine Information für Ärzte“ ersetzen. Broschüre: in Vorbereitung

Beispiele für Praxishilfen zur Reduzierung des Langzeitgebrauchs von Benzodiazepinen und zum Absetzen dieser Medikamente liegen darüber hinaus in englischer und niederländischer Sprache vor. Auffallend ist bei diesen vor allem, dass sie sich konkret auf Benzodiazepine und Möglichkeiten der Reduktion bzw. des Absetzens beziehen, während deutsche Materialien den Anspruch verfolgen, Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit umfassend abzuhandeln (ein Ansatz, der auch in Laienbroschüren oft gewählt wird). Welche Strategien geeigneter sind, um den Gebrauch von problematischen Medikamenten bzw. den problematischen Gebrauch von Medikamenten zu reduzieren, lässt sich anhand der vorliegenden Erkenntnisse nicht klären (vgl. Kapitel 5.3.3). Daher kann nur vermutet werden, dass sich die unterschiedlichen Ansätze sinnvoll ergänzen.

- **Benzodiazepines: How they work & how to withdraw.**  
Medical research information from a benzodiazepine withdrawal clinic. 2000  
Ashton H. (2000)
  - **Doctors´ guidelines for benzodiazepine reduction.**  
TRANX (Tranquilliser Recovery And New Existence) (Hg.).  
Broschüre: o. J., [www.tranx.org.au](http://www.tranx.org.au)
-

- **Stoppen met benzodiazepinen – minimale interventie.**  
DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik (Hg.).  
Umfasst einen Leitfaden für Hausärzte/-innen, Vorlagen für Arbeitsmaterialien sowie eine Patienten/-innenbroschüre in schriftlicher Form und auf CD.  
Bezug: DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik.  
[www.medicijngebruik.nl](http://www.medicijngebruik.nl)
- **Ouderen & Benzodiazepinen**  
Reduktie Benzodiazepingebruik door ouderen.  
DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik (Hg.). Broschüre: 2000.  
[www.stichtingdgv.nl](http://www.stichtingdgv.nl)

### 6.1.2 Apotheken

Ein spezielles Beratungskonzept für Apotheken steht beispielsweise mit der Pharmazeutischen Betreuung von Kopfschmerzpatienten/-innen zur Verfügung (Janhsen & Hoffmann 2002; Janhsen 2005). Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände gibt eine Broschüre zu Fehlgebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten heraus, die ein gewisses Entwicklungspotenzial besitzt. Darüber hinaus stehen Schulungsreferate und Powerpointpräsentationen der ABDA zu den Themen ‚Arzneimittelmisbrauch‘ und ‚Arzneimittel im Alter‘ und ‚Kopfschmerzen‘ auf dem Internetportal der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg zur Verfügung ([www.lak-bw.de/service/referate](http://www.lak-bw.de/service/referate)). Beispiele aus der Praxis (Kapitel 5.3.5) deuten darauf hin, dass Apotheken als ‚lizenzierte Ausgabestellen‘ für kritische Medikamentengruppen eine Beratungs- und Kontrollfunktion übernehmen könnten. Mit der weiteren Entwicklung von Beratungskonzepten und entsprechenden Materialien würde die verantwortliche Funktion von Apothekern/-innen in diesem Bereich gestärkt.

- **Kopf- und Rückenschmerzen.**  
Krappweis, Schubert, Hoffmann & Janhsen.: Manuale zur pharmazeutischen Betreuung. Band 7, Govi Verlag. Ringordner: 2004.
- **Erst eins, dann zwei, dann drei und vier... Ihr Apotheker sagt Ihnen genau, wo die Grenze ist.**  
ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (Hg.).  
2. Aufl.: Eschborn. Broschüre: 1999.

### 6.1.3 Suchtprävention

Materialien zu Medikamenten für die Suchtprävention berücksichtigen in der Regel junge Menschen. Das vergriffene und nur noch über Medienverleihe erhältliche Video „Ich wollte einfach nur Hilfe“ (mit Begleitbroschüre) stellte hier eine Ausnahme dar.

- **Arzneimittel. Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 5-10.**  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.).  
Sachinformationen und Bausteine für die Suchtprävention: o. J.

- **Suchtprävention - 3. Wie in Watte gepackt: Pillen als Problemlöser**  
Schulfernsehen des Bayerischen Rundfunks: Unterrichtsmaterialien mit Videosequenzen und Arbeitsblättern: 2004. [www.br-online.de/bildung/databrd/sucht2.htm/](http://www.br-online.de/bildung/databrd/sucht2.htm/)
- **Bittere Pillen? Medikamentenmissbrauch.**  
Informationen und Lehrmaterial für die Berufliche Bildung 2/02  
Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften  
Bezug: [www.nextline.de/uploads/27/U-Hilfe\\_2\\_02.pdf](http://www.nextline.de/uploads/27/U-Hilfe_2_02.pdf)
- **„Ich wollte einfach nur Hilfe“ Frauen berichten über ihre Erfahrungen mit psychisch wirksamen Medikamenten.**  
Schwindel-Frei, Informations- und Beratungsstelle Frauen und Medikamente.  
Video mit Begleitbroschüre: o. J., Verleih über Medienzentren.

Darüber hinaus kann eine Öffentlichkeitskampagne aus der Schweiz als gelungenes Gestaltungsbeispiel dienen, welches Medikamente nicht in Zusammenhang zu ‚Bunten Pillen‘ (Genussmitteln), sondern zu Lebensmitteln, wie Nudeln, Reis etc. stellt, was dem subjektiven Gefühl vieler Medikamentennutzer/-innen nahe kommen dürfte.

- **Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch.**  
Abteilung Jugend, Familie und Prävention, Justizdepartement Kanton Basel-Stadt, Schweiz. Öffentlichkeitskampagne: Poster und Postkarten zu unterschiedlichen Suchtmitteln mit eigener Medikamentenreihe.

#### 6.1.4 Ambulante (Sucht-)Beratung und Behandlung

Deutschsprachige Praxishilfen zur Beratung und Begleitung von Menschen mit Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit stehen derzeit nicht zur Verfügung. Zur eigenständigen Erarbeitung der Thematik steht eine kommentierte Bibliografie zur Verfügung. Ein Praxisratgeber befindet sich in Planung, die Veröffentlichung ist aber derzeit nicht absehbar.

- **Frauen und psychotrope Medikamente – Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit. Kommentierte Bibliografie.**  
Brunnett R., Bella Donna Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW (Hg.).  
Broschüre: 2003. [www.belladonna-essen.de](http://www.belladonna-essen.de)
- **Frauen. Medikamente. Abhängig?**  
Ein Ratgeber für Beraterinnen und Berater.  
Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW Bella Donna.  
Broschüre: in Planung

Ein englischsprachiges Handbuch zur Beratung und Begleitung bei Benzodiazepinabhängigkeit für unterschiedliche Berufsgruppen wird von der australischen Non-Profit-Organisation TRANX (Tranquilliser Recovery And New Existence) vertrieben. Die Organisation arbeitet eng mit einer Einrichtung für Angst- und Panikstörungen zusammen und bietet zahlreiche Informationen und Broschüren, überwiegend in englischer Sprache, zu verschiedenen Themen an.

---

- **Beyond benzodiazepines. Helping people recover from benzodiazepine dependence and withdrawal.**

TRANX (Hg.) Burwood Victoria, Australien.  
Handbuch: 2000. [www.tranx.org.au](http://www.tranx.org.au)

### 6.1.5 Suchtselbsthilfe

Für die Zielgruppe der Suchtselbsthilfegruppen sind Materialien zum Thema Medikamentenabhängigkeit ansatzweise auf regionaler Ebene verfügbar, häufig in Form von ehrenamtlich erstellter ‚grauer Literatur‘. Darüber hinaus werden Informationen über die Internetportale der Bundes- und Landesverbände angeboten sowie fortlaufende Öffentlichkeitsarbeit durch Artikel oder Schwerpunktheft der Verbandszeitschriften geleistet. Für Interessierte empfiehlt sich die Anfrage bei den Abstinenz- und Suchtselbsthilfeverbände auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene. Auf Bundesebene kann als Beispiel ein verfügbares Faltblatt angeführt werden sowie eine Praxishilfe für Selbsthilfegruppen.

- **Medikamente. Informationen, Kontaktadressen, Literatur.**  
Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche - Bundesverband e. V., Dortmund.  
Faltblatt: o. J.
- **Nicht mehr alles schlucken...! Frauen. Medikamente. Selbsthilfe.**  
Handbuch für Selbsthilfegruppen.  
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm. Broschüre: 2004.

### 6.1.6 Ehrenamtlich und professionell für alte Menschen Tätige

Die vorliegenden und geplanten Informations- und Praxismaterialien für Multiplikatorinnen im Bereich der Altenarbeit und –pflege greifen Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Medikamenten bisher neben und im Zusammenhang mit anderen substanzbezogenen Störungen auf, weil es bisher in diesem Bereich überhaupt keine Materialien zum Thema Sucht gab.

- **Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen.**  
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm. Broschüre: 2006.  
Zu dieser Broschüre wurde eine Faltblattreihe veröffentlicht, die an Betroffene und Interessierte weitergereicht werden kann. Neben den Themen Alkohol und Tabak wurde auch die Broschüre „Medikamente – sicher und sinnvoll gebrauchen“ erstellt.
  - **Substanzbezogene Störungen im Alter**  
Broschüre für Pflegekräfte.  
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm. Broschüre: in Planung.
-

### **6.1.7 Entwicklungsbedarf**

Insbesondere für den ärztlichen Bereich stehen indikationsbezogene Leitlinien sowie Praxismaterialien zum Thema Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit zur Verfügung bzw. befinden sich in Vorbereitung. Informationen zu sozialen Hintergründen und Hilfemöglichkeiten sowie zu Besonderheiten des Medikamentengebrauchs im Alter stellen eine sinnvolle Ergänzung dar. Darüber hinaus bedarf die Implementierung durch gezielte Fort- und Weiterbildungsangebote besonderer Aufmerksamkeit. Bei Beratungsansätzen und Materialien für Apotheker/-innen besteht weiterer Entwicklungsbedarf.

Die zurzeit in Planung befindliche Praxishilfe für (Sucht-)Berater/-innen zum Thema Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit würde im Falle ihrer Fertigstellung eine wichtige Lücke schließen. Es wäre zu prüfen, ob eine darüber hinaus reichende Praxishilfe auch für den allgemeinen Informationsbedarf von Multiplikatoren/-innen aus anderen Arbeitsfeldern, wie z. B. Gesundheitsförderung, Suchtprävention und Soziale Arbeit sinnvoll ist (s. u.). Die Erfahrungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen weisen darauf hin, dass nicht nur Informationen für die allgemeine Öffentlichkeit, sondern auch auf spezielle Zielgruppen orientierte Broschüren von den jeweiligen Multiplikatoren/-innen zur eigenen Information genutzt werden. Darüber hinaus liegen Praxismaterialien zur Suchtprävention überwiegend für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene vor. Für entsprechende Konzepte und Materialien für Erwachsene besteht ein dringender Bedarf.

Für Mitarbeitern/-innen in Allgemeinkrankenhäusern und psychosomatischen Kliniken liegen Informationsmaterialien oder Praxishilfen derzeit nicht, als ‚Graue Literatur‘ oder in dem Therapiekonzept zu Alkohol- und Medikamentenmissbrauch für psychosomatische Kliniken (vgl. Kapitel 3.6) vor. Hier besteht ein Entwicklungsbedarf, der die besondere Situation des in der Regel kurzzeitigen Kontakts in der stationären Akutversorgung und Rehabilitation berücksichtigt.

Schädlicher Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten stellt ein Querschnittsthema für viele Arbeitsfelder dar. Informationen und Praxismaterialien stellen kommt in der aktuellen Situation eine wichtige Rolle bei der Sensibilisierung der Mitarbeitern/-innen dieser Arbeitsbereiche zur Thematik zu. Nur in wenigen der Praxismaterialien werden Lebenslagen von älteren Menschen oder sozial benachteiligten Frauen thematisiert oder zum Ausgangspunkt der Veröffentlichung gewählt. Dies könnte zur zielgruppengerechten Ansprache von Betroffenen bei der Entwicklung von Materialien verstärkt berücksichtigt werden. Langfristig ist die Integration von Erkenntnissen und Handlungskonzepten zum sachgerechten und schädlichem Gebrauch von Arzneimitteln in die Alltagspraxis wünschenswert.

---

## **6.2 Öffentlichkeits- und Informationsmaterialien**

In die folgende Auswertung wurden ausschließlich Materialien und Broschüren einbezogen, die zur kostenfreien Verteilung (ggf. gegen Schutzgebühr) oder als Dokument zum Herunterladen im Internet zur Verfügung stehen. Erfasst wurden überwiegend bundesweit verfügbare Materialien. Zusätzlich wurden einige Broschüren mit regionalem Bezug beispielhaft in die Analyse aufgenommen. Eine Recherche aller auf Landes- oder kommunaler Ebene möglicherweise vorhandenen Broschüren hätte den Rahmen dieses Berichts gesprengt. Die umfangreiche, käuflich zu erwerbende Ratgeberliteratur<sup>1</sup> zur vertiefenden Auseinandersetzung wurde von der Auswertung ausgenommen, zumal die in diesem Bericht besonders zu berücksichtigende Zielgruppe der sozial benachteiligten Frauen diese Informationsquelle in geringerem Umfang nutzt als andere Bevölkerungsgruppen. Weiter wurden Materialien, die erkennbar älter als 20 Jahre waren sowie Werbematerialien der Pharmazeutischen Industrie nicht berücksichtigt.

Die vorliegenden Broschüren umfassen sowohl Öffentlichkeitsmaterialien zur Sensibilisierung bei bestimmten Thematiken (mit entsprechend sehr knappen Erst-Informationen) als auch weitergehende Patienten/-inneninformationen. Für einige dieser Materialien liegen inhaltliche Bewertungen aus Patienten/-innensicht vor. Weitere Informationen hierzu können im Internetportal des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ([www.patienteninformation.de](http://www.patienteninformation.de)) eingesehen werden. Zur besseren Übersicht wurden die Broschüren und Materialien zunächst grob geordnet und verschiedenen Kategorien zugeteilt, welche im Hinblick auf die inhaltliche Breite vieler Broschüreninhalte selbstverständlich nicht trennscharf sind:

- 1) Information zur sachgerechten Anwendung von Arzneimitteln,
- 2) Informationen zu Beschwerden und Belastungen,
- 3) Informationen zu Medikamenten mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial,
- 4) Informationen zu Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten,
- 5) vergriffene und nicht mehr aufgelegte Broschüren sowie
- 6) Beispiele aus dem Ausland.

Anschließend wurden die Broschüren und Materialien auf weitere inhaltliche Aspekte hin untersucht. Ausgangspunkt der Überlegungen war, dass Beschwerden und Erkrankungen sowie Belastungen beim Gebrauch von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial zentrale Faktoren darstellen. Des Weiteren muss zum Erreichen bestimmter

---

<sup>1</sup> z. B.: Ratgeber bei Medikamentenmissbrauch, -abhängigkeit (Nette 1993; Poser, Poser & Roscher 1997; Elsesser & Satory 2005), Ratgeber zum Gebrauch von Psychopharmaka (Greve, Osterfeld & Diekmann 2006; Burghardt-Neumann 2005).

---

Zielgruppen durch Maßnahmen und Informationsmaterialien ein klarer Zielgruppenbezug hergestellt werden. Aus den vorhergehenden Kapiteln wurden folgende Kriterien abgeleitet:

- sachgerechte Anwendung von Arzneimitteln  
(z. B. allgemein, Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel)
- Beschwerden und Erkrankungen  
(z. B. Angst, Schmerz, Schlaf, Depression, Erschöpfung)
- Fehlgebrauch, Missbrauch, Abhängigkeit und Absetzen von Medikamenten
- Spezifische Belastungen  
(z. B. Arbeit, Familie, altersbedingte soziale und körperliche Veränderungen)
- Bewältigungsstrategien, nichtmedikamentöse Behandlungsalternativen oder -ergänzungen
- spezifische Zielgruppen  
(z. B. allgemeine Öffentlichkeit, Frauen, sozial benachteiligte Frauen, alte Menschen)

In der folgenden Darstellung werden jeweils nur diejenigen Kriterien aufgeführt, die in relevantem Umfang in den Broschüren und Materialien berücksichtigt wurden.

### 6.2.1 Sachgerechte Anwendung von Arzneimitteln

**Nicht einfach schlucken! 10 Fragen, die Ihnen helfen, Medikamente vernünftig zu gebrauchen – Leitfaden für kritische Patientinnen und Patienten.**

BUKO Pharma-Kampagne. Faltblatt: 1993.

Reichweite: über interessierte Multiplikatoren/-innen

Zielgruppe: kritische Verbraucher/-innen

**Kein Kinderspiel: Medikamente. Tipps aus der Praxis für Eltern.**

Stadt Münster – Gesundheitsamt. Faltblatt: o. J.

Reichweite: Kommune

Zielgruppe: Eltern

**Heilmittelwerbung – Gesunde Skepsis gefragt.**

Stadt Münster – Gesundheitsamt. Faltblatt: o. J.

Reichweite: Kommune

Zielgruppe: Öffentlichkeit

---

**Als Patient in einer Medikamentenprüfung.**

Stadt Münster – Gesundheitsamt. Broschüre: 2003.

Reichweite: Kommune

Zielgruppe: Teilnehmende an klinischen Studien

**Medikamente bei psychischen Erkrankungen.** Antwort auf die häufigsten Fragen, die Angehörige psychisch Kranker zu Psychopharmaka stellen.

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.). Broschüre: 2004.

Reichweite: bundesweit

Beschwerden: schizophrene, depressive und manisch-depressive Psychosen

Anwendung: Information in erster Linie über Neuroleptika und Antidepressiva

Zielgruppe: Angehörige psychisch Kranker

Anmerkungen: Tranquilizer werden am Rande erwähnt, Beilage zu Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit,

## 6.2.2 Information zu Beschwerden und Belastungen

### 6.2.2.1 Schmerz allgemein

**Schmerzen.** Ratgeber für ein besseres Verständnis.

Gmünder Ersatzkasse, Broschüre: 2002

Reichweite: Versicherte der GEK; Internet [www.gek.de](http://www.gek.de)

Beschwerden: die häufigsten Schmerzformen

Anwendung: Schmerzmittel, kurze Angaben zu jeder Schmerzform

Bewältigung: kurze Angaben zu jeder Schmerzform

Missbrauch etc.: Kopfschmerzmittelkopfschmerz

Zielgruppe: Versicherte, Öffentlichkeit

Anmerkungen: Beratung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

### 6.2.2.2 Kopfschmerzen

**Chronische Kopfschmerzen.** Eine Information für Patienten und Angehörige.

Techniker Krankenkasse, 1. Auflage. Broschüre: 2000

Reichweite: Versicherte der TK; Internet [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de) oder [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

Beschwerden: verschiedene Kopfschmerzarten

Anwendung: Schmerzmittel

Bewältigung: medizinische Alternativen und Lebensführung

Missbrauch etc.: Schmerzmittelkopfschmerz, Entzug

Zielgruppe: Versicherte, Öffentlichkeit

Anmerkungen: nach Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

**Kopfschmerz bei älteren Menschen.** Informationen für Patientinnen und Patienten.  
Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (Hg.). Informationsblatt: 2005.  
Reichweite: über Hausärzte/-innen; Internet [www.dgsm.de](http://www.dgsm.de)

Beschwerden: Kopfschmerz allgemein

Anwendung: Schmerzmittel, Wechselwirkungen mit Medikamenten, die häufiger im Alter benötigt werden

Zielgruppe: Kopfschmerzpatienten/-innen

Anmerkungen: Hinweise zu altersbedingten Veränderungen der Häufigkeit von Kopfschmerzen, mögliche altersbedingte Ursachen

**Kopfschmerzen durch Kopfschmerzmittel. Schmerzexpress.**

Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzlinik Kiel (Hg.) Patientenzeitung: 1/1998.  
Reichweite: Patienten/-innen der Klinik; Internet [www.schmerzlinik.de](http://www.schmerzlinik.de)

Beschwerden: Schmerzmittelkopfschmerz

Missbrauch etc.: Schmerzmittel, Entzug

Zielgruppe: Kopfschmerzpatienten/-innen

**Kopfschmerzen lindern ohne Medikamente.** Informationen für Patientinnen u. Patienten.  
Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (Hg.). Informationsblatt: 2005  
Reichweite: nur Internet [www.dgsm.de](http://www.dgsm.de)

Beschwerden: verschiedene Kopfschmerzarten

Bewältigung: medizinische Alternativen, Selbstbehandlung und Lebensführung

Zielgruppe: Kopfschmerzpatienten/-innen

**Migräne.** Informationen für Patientinnen und Patienten.

Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (Hg.). Broschüre: 2005  
Reichweite: nur Internet [www.dgsm.de](http://www.dgsm.de)

Beschwerden: Migräne mit und ohne Aura

Anwendung: Schmerz- und Migränemittel

Bewältigung: Vorbeugende Maßnahmen (Entspannung, Bewegung, Stressbewältigung, Ernährung etc.)

Zielgruppe: Kopfschmerzpatienten/-innen

**Migräne selbst behandeln.** Informationen für Patientinnen und Patienten.

Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (Hg.). Informationsblatt: 2004.  
Reichweite: nur Internet [www.dgsm.de](http://www.dgsm.de)

Beschwerden: Migräne

Anwendung: sachgemäße Anwendung von Schmerz- und Migränemitteln

Missbrauch etc.: Hinweis auf medikamenteninduzierten Kopfschmerz

Zielgruppe: Kopfschmerzpatienten/-innen

---

**Patientenleitlinie Kopfschmerzen und Migräne.**

Medizinisches Wissensnetzwerk der Universität Witten-Herdecke (Hg.). Dokument zum Herunterladen aus dem Internet: 2005

Reichweite: nur Internet [www.patientenleitlinien.de](http://www.patientenleitlinien.de)

Beschwerden: verschiedene Kopfschmerzarten

Anwendung: Schmerz- und Migränemittel

Bewältigung: Schmerzdokumentation, Lebensführung

Missbrauch etc.: Medikamentenkopfschmerz

Zielgruppe: Kopfschmerzpatienten/-innen und Angehörige

**Spannungskopfschmerz. Informationen für Patientinnen und Patienten.**

Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (Hg.). Broschüre: 2005

Reichweite: nur Internet [www.dgsm.de](http://www.dgsm.de)

Beschwerden: Spannungskopfschmerz

Anwendung: Schmerzmittel

Missbrauch etc.: Hinweis auf medikamenteninduzierten Kopfschmerz

Bewältigung: Entspannung, Stressbewältigung, Kopfschmerztagebuch, ggf. Antidepressiva

Zielgruppe: Kopfschmerzpatienten/-innen

**Spannungskopfschmerz selbst behandeln. Informationen für Patientinnen u. Patienten.**

Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (Hg.). Informationsblatt: 2005.

Reichweite: nur Internet [www.dgsm.de](http://www.dgsm.de)

Beschwerden: Spannungskopfschmerz

Anwendung: sachgerechte Anwendung Schmerzmittel

Bewältigung: Hinweise auf vorbeugende Maßnahmen, Empfehlungen zur ärztlichen Untersuchung

Missbrauch etc.: medikamenteninduzierter Kopfschmerz

Zielgruppe: Kopfschmerzpatienten/-innen

### 6.2.2.3 Rückenschmerzen

**Haltung bewahren. Wir stärken Ihnen den Rücken.**

BKK Bundesverband. Broschüre: 2005

Reichweite: Versicherte der BKK; Internet [www.bkk.de](http://www.bkk.de)

Beschwerden: Rückenschmerzen

Anwendung: kurze Hinweise

Bewältigung: Prävention, Entspannung, medizinische Behandlung

Zielgruppe: Versicherte mit Rückenbeschwerden

**Kreuzschmerzen.** Eine Information für Patienten und Angehörige.

Techniker Krankenkasse, 2. Auflage. Broschüre: 2002.

Reichweite: Versicherte der TK; Internet [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de) oder [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

Beschwerden: verschiedene Rückenbeschwerden

Anwendung: verschiedene Schmerzmittel und Antirheumatika

Bewältigung: Vorbeugung, medizinische Behandlung, Entspannungsverfahren

Missbrauch etc.: Hinweis auf Abhängigkeitsrisiken von Muskelrelaxantien auf Benzodiazepinbasis

Zielgruppe: Patienten/-innen mit Kreuzschmerzen, Angehörige

Anmerkungen: nach Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

**Kreuzschmerzen. Patienteninformation.**

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Faltblatt: XXX

Reichweite: über Hausärzte/-innen; Internet [www.degam.de](http://www.degam.de)

Beschwerden: Kreuzschmerzen

Bewältigung: Verhaltensregeln, allgemeine Hinweise zur Behandlung

Zielgruppe: Patienten/-innen mit Kreuzschmerzen

Anmerkungen: keine Hinweise zur Analgetikabehandlung

**Patientenleitlinie Rücken- und Kreuzschmerzen.**

Medizinisches Wissensnetzwerk der Universität Witten-Herdecke (Hg.). Dokument zum Herunterladen aus dem Internet: 2002.

Reichweite: nur Internet [www.patientenleitlinien.de](http://www.patientenleitlinien.de)

Beschwerden: verschiedene Rückenbeschwerden

Anwendung: Analgetikabehandlung

Bewältigung: verschiedene medizinische und physikalische Therapien, Lebensführung

Zielgruppe: Patienten/-innen mit neu aufgetretenen oder wiederkehrenden Schmerzen im unteren Rücken

#### 6.2.2.4 Angst und Depression

**Angst**

Bund deutscher Psychologinnen und Psychologen & Christoph Dornier-Stiftung (Hg.).

Faltblatt: o. J.

Reichweite: über Angehörige des Berufsverbands

Beschwerden: Angststörungen

Bewältigung: Psychotherapie

Zielgruppe: Öffentlichkeit, Klienten/-innen, Patienten/-innen

**Angst- und Zwangsstörungen. Eine Information für Patienten und Angehörige.**

Techniker Krankenkasse, 1. Auflage. Broschüre: 2000.

Reichweite: Versicherte der TK; Internet [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de) oder [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

Beschwerden: verschiedene Formen der Angst, Zwangsstörungen

Anwendung: Angaben zu verschiedenen Psychopharmaka

Bewältigung: Psychotherapie

Missbrauch etc.: Hinweis auf Abhängigkeitsrisiken von Benzodiazepinen

Zielgruppe: Versicherte, Patienten/-innen, Angehörige

Anmerkungen: nach Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

**Depression.**

Bund deutscher Psychologinnen und Psychologen & Christoph Dornier-Stiftung (Hg.).

Faltblatt: o. J.

Reichweite: über Angehörige des Berufsverbands BDP

Beschwerden: Depression

Anwendung: Hinweise auf Behandlung mit Antidepressiva

Bewältigung: Psychotherapie

Zielgruppe: Öffentlichkeit, Klienten/-innen, Patienten/-innen

**Depression.** Ursachen, Erscheinungsformen, Untersuchung, Behandlung. Informationen für Patienten und Angehörige.

Techniker Krankenkasse, 1. Auflage. Broschüre: 1998.

Reichweite: Versicherte der TK; Internet: [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de) oder [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

Beschwerden: Depressive Erkrankungen

Anwendung: nur Hinweise zur Behandlung mit Antidepressiva

Bewältigung: Psychotherapie

Zielgruppe: Patienten/-innen und Angehörige

Anmerkungen: nach Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

**Depression im Alter.**

Düsseldorfer Bündnis gegen Depression (Beispiel). Faltblatt: o. J.

Reichweite: dem Bündnis gegen Depression im Kompetenznetz Depression gehören zurzeit 26 Kommunen an, die entsprechende regionale Informationen zur Verfügung stellen;

Internet [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)

Beschwerden: Depression

Zielgruppe: ältere Menschen, Angehörige, Öffentlichkeit

Anmerkungen: Verweis auf Behandlungsmöglichkeiten, Hilfeangebote in Düsseldorf

**Depression kann jeden treffen.**

Düsseldorfer Bündnis gegen Depression (Beispiel). Faltblatt: o. J.

Reichweite: dem Bündnis gegen Depression im Kompetenznetz Depression gehören zurzeit 26 Kommunen an, die entsprechende regionale Informationen zur Verfügung stellen;

Internet [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)

Beschwerden: Depression

Zielgruppe: Öffentlichkeit

Anmerkungen: Verweis auf Antidepressiva und Psychotherapie, Selbsttest, Hilfeangebote in Düsseldorf

**Information für Patienten mit depressiven Erkrankungen.**

Universitätsklinikum Freiburg und Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.). Broschüre: o. J.

Reichweite: Klinikpatienten/-innen;

Internet [www.patient-als-partner.de](http://www.patient-als-partner.de)

Beschwerden: Depressionen

Anwendung: nur Hinweise zur Behandlung mit Antidepressiva

Bewältigung: Psychotherapie, Hinweise zur Lebensführung

Zielgruppe: Patienten/-innen mit Depression

**Leitlinienorientierte Patienteninformation zur Depression.**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Rheinische Kliniken Düsseldorf. Reader: 2003.

Reichweite: Klinik; Internet [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de)

Beschwerden: Depression

Anwendung: Hinweise zur Behandlung mit Antidepressiva

Bewältigung: Psychotherapie

Zielgruppe: Patienten/-innen

Anmerkungen: in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

**Wenn das Altern krank macht. Hilfen für psychisch kranke ältere Menschen.**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Broschüre: 2005.

Reichweite: Westfalen-Lippe, NRW; Internet [www.lwl.org](http://www.lwl.org)

Beschwerden: Depression, Demenz, Sucht, Psychosen

Anwendung: Überblick zu medikamentöser Behandlung der unterschiedlichen Störungen

Bewältigung: verschiedene Behandlungsansätze der unterschiedlichen Störungen

Missbrauch etc.: Medikamentenabhängigkeit

Zielgruppe: Öffentlichkeit

Anmerkungen: mit Informationen zum Weiterlesen, Verweis auf gerontopsychiatrische Angebote

---

### 6.2.2.5 Demenz

**Demenz.** Eine Information für Patienten und Angehörige.

Techniker Krankenkasse, 1. Auflage. Broschüre: 2002.

Reichweite: Versicherte der TK; Internet [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de) oder [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

Beschwerden: verschiedene Formen der Demenz

Anwendung: entsprechend der unterschiedlichen Formen der Demenz

Bewältigung: Trainings der kognitiven Fähigkeiten, häusliche Umgebung, Umgang mit Erkrankten, Pflege

Zielgruppe: Patienten/-innen, Angehörige

Anmerkungen: keine Hinweise zur Behandlung mit Medikamenten auf Benzodiazepinbasis

### **Leitlinie für Betroffene, Angehörige und Pflegende Demenzkrankheit**

Medizinisches Wissensnetzwerk der Universität Witten-Herdecke (Hg.). Dokument zum Herunterladen aus dem Internet: 2005

Reichweite: nur Internet [www.patientenleitlinien.de](http://www.patientenleitlinien.de)

Beschwerden: verschiedene Formen der Demenz

Anwendung: entsprechend der unterschiedlichen Formen der Demenz

Bewältigung: Trainings der kognitiven Fähigkeiten, Milieutherapie, Hervorhebung von Umgebungsfaktoren und Umgang mit Erkrankten

Zielgruppe: Betroffene, Angehörige, Pflegende

Anmerkungen: keine Hinweise zur Behandlung mit Medikamenten auf Benzodiazepinbasis, eigener Abschnitt für Angehörige

### 6.2.2.6 Sturzprävention

**Ältere Sturzpatienten.** Information für ältere Menschen und ihre Angehörigen

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Faltblatt: 2004

Reichweite: über Hausärzte/-innen; Internet [www.degam.de](http://www.degam.de)

Beschwerden: Stürze

Bewältigung: Hinweise zu Bewegungstraining, Gestaltung des häuslichen Umfeldes, Hilfsmittel, Verhalten

Zielgruppe: Betroffene, Angehörige

Anmerkungen: keine Hinweise zum Einfluss von Medikamenten auf das Sturzrisiko

**Sicher leben auch im Alter.** Sturzunfälle sind vermeidbar.

Aktion DAS SICHERE HAUS, Deutsches Kuratorium für Sicherheit in Heim und Freizeit e.V. (DSH) und Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV).

Reichweite: bundesweit; Internet [www.das-sichere-haus.de](http://www.das-sichere-haus.de)

Beschwerden: Stürze

Bewältigung: Gestaltung des häuslichen Umfeldes, Hilfsmittel, Bewegung, Verhalten, Ernährung, Hinweis zum Einfluss verschiedener Medikamente auf das Sturzrisiko vorhanden

Zielgruppe: Betroffene, Angehörige

### 6.2.2.7 Stress

**Besser leben mit Schichtarbeit.** Hilfen für Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeiter.  
BKK Bundesverband, 6. überarbeitete Auflage. Broschüre: 2005.

Reichweite: Versicherte der BKK; Internet [www.bkk.de](http://www.bkk.de)

Beschwerden: Schlafstörungen, Befindensstörungen, Belastungen im Privatleben durch Schichtarbeit

Bewältigung: Schlafumgebung, Ernährung, Freizeitgestaltung, Schichtplanung

Zielgruppe: Schichtarbeiter/-innen

Anmerkungen: Hinweis auf Medikamente und Alkohol als ungeeignete Dauerlösung

#### **Der Stress.**

Stressoren erkennen, Belastungen vermeiden, Stress bewältigen.

Techniker Krankenkasse. Autorin: Angelika Wagner-Link. 11. Auflage. Broschüre: 2001.

Reichweite: Versicherte der TK; Internet [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de)

Beschwerden: Über- und Unterforderung

Belastungen: verschiedene Stressoren

Bewältigung: Verschiedene Methoden und Techniken der Stressbewältigung (körperlich, kognitiv, sozial)

Zielgruppe: Versicherte, Öffentlichkeit

Anmerkungen: Gebrauch von Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmittel wird zwar u. a. im Vorwort als gesundheitsschädliches

Verhalten erwähnt, im Text wird aber nur schädlicher Alkoholkonsum wieder aufgegriffen.

#### **Lustvoll arbeiten.**

Mehr Spaß am Job, mehr Zeit für gesunden Ausgleich.

Techniker Krankenkasse. 1. Auflage. Broschüre: 2000.

Reichweite: Versicherte der TK; Internet [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de)

Beschwerden: z. B. Schlaf, Jetlag, Workaholismus, Hinweise zu Substanzmissbrauch (Alkohol, Medikamente)

Belastungen: Stress, Zeitdruck, Führungsverhalten

Bewältigung: Stressbewältigung, Zeitmanagement, Ernährung, Bewegung, soziale Unterstützung

Zielgruppe: Versicherte, Führungskräfte

Anmerkung: auch in englischer Sprache verfügbar

---

### 6.2.2.8 Sonstige

**Körper und Seele. Ratgeber für ein besseres Verständnis.**

GEK Gmünder Ersatzkasse. Broschüre: o. J.

Reichweite: Versicherte der GEK; Internet [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

Beschwerden: psychosomatische Beschwerden, z.B. Rücken, Herz, Magen, Angst,

Belastungen: Stress, Ärger

Anwendung: keine medikamentösen Behandlungsstrategien

Bewältigung: Entspannung, Psychotherapie

Zielgruppe: Versicherte, Öffentlichkeit

Anmerkungen: Beratung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

**Müdigkeit. Patienteninformation.**

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Faltblatt: 2002

Reichweite: über Hausärzte/-innen; Internet [www.degam.de](http://www.degam.de)

Beschwerden: Müdigkeit als unspezifisches Symptom

Belastungen: siehe Zusatzmodule

Anwendung: keine Angaben zu konkreten Medikamenten

Bewältigung: siehe Zusatzmodule

Missbrauch etc.: Warnung vor Absetzen ohne ärztliche Rücksprache

Zielgruppe: Patienten/-innen

Anmerkungen: Wird ergänzt durch zusätzliche, präventiv orientierte Patientenbriefe zu Überlastung, Unterforderung und Schlafhygiene

### 6.2.3 Informationen zu Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial

**Basisinformation Medikamente.**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: Broschüre, 2005

Reichweite: bundesweit; Internet [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

Missbrauch etc.: verschiedene Medikamentengruppen und ihr Missbrauchspotenzial

Zielgruppe: Öffentlichkeit

Anmerkungen: Daten und Fakten, knappe Grundinformation mit Verweisen zum Weiterlesen

**Die Sucht und ihre Stoffe 1: Benzodiazepine.**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: Faltblatt: o. J.

Reichweite: bundesweit; Internet [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

Missbrauch etc.: Missbrauchspotenzial, Abhängigkeit

Zielgruppe: Öffentlichkeit

Anmerkungen: Hinweise zu Anwendungsbereichen, Wirkungen, Nebenwirkungen, keine Patienteninformation

**Die Sucht und ihre Stoffe 7: Schmerzmittel.**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: Faltblatt: o. J.

Reichweite: bundesweit; Internet

Missbrauch etc.: Missbrauchspotenzial, Abhängigkeit

Zielgruppe: Öffentlichkeit

Anmerkungen: nur opioide Schmerzmittel, Hinweise zu Anwendungsbereichen, Wirkungen, Nebenwirkungen, keine Patienteninformation

**Immer mit der Ruhe... Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen und BKK Bundesverband. Broschüre: 2006

Reichweite: bundesweit; Internet [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

Beschwerden: Notwendigkeit eines umfassenden Behandlungsplans bei Schlaf, Angst usw.

Anwendung: Empfehlungen zum Umgang vor und während der Anwendung

Missbrauch etc.: Empfehlungen zu Absetzen und Entzug

Zielgruppe: Nutzer/-innen von Benzodiazepinen

Anmerkungen: Liste der im Handel befindlichen Präparate

## 6.2.4 Informationen über Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten

**Frau. Sucht. Gesundheit. Statt Risiken und Abhängigkeit.** Wie Frauen ihren Umgang mit Psychopharmaka überprüfen können. Broschüre: o. J.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm

Reichweite: bundesweit; Internet [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

Beschwerden: Schlaf, Schmerz, Ängstlichkeit, depressive Verstimmung, psychische Ursachen

Belastungen: Krisen, belastende Lebenssituationen

Anwendung: Hinweise zu den verschiedenen Medikamentengruppen (einschließlich Antidepressiva, Neuroleptika, Schlankheitsmittel), Wirkung und Risiken

Bewältigung: Bewegung, Entspannung, Ernährung, Beratung, Psychotherapie

Missbrauch etc.: Missbrauch und Abhängigkeit

Zielgruppe: Frauen

Anmerkungen: Geschichtliches, Arztsuche, trotz des Bezugs auf Psychopharmaka werden auch andere Arzneimittelgruppen angesprochen (z. B. Schmerzmittel, Schlankheitsmittel), Hilfeadressen bei Abhängigkeit

---

**Medikamentenabhängigkeit. Bunte Pillen für alle Fälle.**

next – Die Infoseiten für Junge Leute. Zeitschrift Arbeit und Gesundheit: 2/2002.

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Reichweite: Internet [http://admin.next-line.de/uploads/27/02\\_02.pdf](http://admin.next-line.de/uploads/27/02_02.pdf)

Missbrauch etc.: Missbrauch, Abhängigkeit

Zielgruppe: junge Menschen

Anmerkungen: Hinweise zu Verkehrssicherheit und –recht, Medikamente werden als Einstiegsdroge zum Konsum illegaler Drogen (Partydrogen, Heroin etc.) dargestellt.

**Medikamente. Gebrauch und Missbrauch.**

Barmer Ersatzkasse, Wuppertal: Broschüre: o. J.

Reichweite: Versicherte der BEK

Beschwerden: Schmerz, Schlaf, Erschöpfung, Verstimmung

Belastungen: Überlastung, Anspannung

Anwendung: Risiken und Nebenwirkungen problematischer Arzneimittelgruppen, einschließlich Amphetaminen, Hustenmitteln, alkoholhaltigen Zubereitungen, Abführ- und Entwässerungsmitteln, schleimhautabschwellende Nasentropfen und -sprays

Bewältigung: Entspannung, Psychotherapie

Missbrauch etc.: Missbrauch, Abhängigkeit, Checkliste, Adressen für Information und Hilfe

Zielgruppe: Versicherte, Öffentlichkeit, Hinweise zu Frauen, Kindern und Jugendlichen, älteren Menschen

**Medikamente - sicher und sinnvoll gebrauchen**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm. Faltblatt: o. J.

Bestandteil der Faltblattreihe zum Schwerpunktjahr „Unabhängig im Alter“

Reichweite: bundesweit; Internet [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

Belastungen: altersbedingte Veränderungen von Medikamentenwirkungen

Anwendung: Risiken von Benzodiazepinen, mit Schema zur Bestandsaufnahme aller eingenommenen Medikamente, Multimedikation

Missbrauch etc.: Checkliste zu Medikamentenabhängigkeit, Adressen für Rat und Hilfen

Zielgruppe: ältere Menschen

## 6.2.5 Vergriffene und nicht mehr aufgelegte Broschüren

### **Verschluck dich nicht.**

Informationen über psychisch wirksame Medikamente.

Informationsstelle Frauen-Alltag-Medikamente, 1. Auflage. Broschüre: 1988

Reichweite: Hamburg, vergriffen

Beschwerden: Schmerz, Schlaf, Depressive Verstimmung, Ängste, psychovegetatives Syndrom, Ess-Störungen, Wechseljahre, psychotische Symptome, Parkinson

Belastungen: verschiedene frauentypische Belastungen, Helfersyndrom

Anwendung: entsprechend den genannten Beschwerden, Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen, Abhängigkeitsrisiken

Bewältigung: entsprechend den genannten Beschwerden

Missbrauch etc.: Missbrauch, Abhängigkeit, Sucht, Entzug, Hilfemöglichkeiten

Zielgruppe: Frauen

Anmerkungen: Ergebnis aus dem Forschungsprojekt ‚Medikamente, Frauen, Prävention‘ (vgl. Kapitel 2.4)

### **„Ich wollte einfach nur Hilfe“ Frauen berichten über ihre Erfahrungen mit psychisch wirksamen Medikamenten.**

Schwindel-Frei, Informations- und Beratungsstelle Frauen und Medikamente.

Begleitbroschüre zum gleichnamigen Video: o. J.

Reichweite: bundesweit, vergriffen

Beschwerden: Befindlichkeitsstörungen, verschiedene Beschwerden

Belastungen: Alltagsbelastungen von Frauen

Anwendung: Wirkungen und Nebenwirkungen von Schmerz- und Migränemitteln, Benzodiazepinen, Psychopharmaka, Schlankheitsmitteln

Missbrauch etc.: Gewöhnung, Abhängigkeit, Wendepunkte, Beratung, Entzug und Entwöhnung

Zielgruppe: Frauen

Anmerkungen: Mit ‚Test‘ zu persönlichem Lebensgefühl und Medikamentenkonsum

### **Medikamente: Zu viel, zu oft, die Falschen?**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Hamm. Faltblatt: o. J.

Reichweite: vergriffen; Internet [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

Anwendung: Anwendung und Risiken von Benzodiazepinen sowie rezeptfreien Schmerzmitteln

Missbrauch etc.: kurzer Selbsttest, Hilfemöglichkeiten

Zielgruppe: Öffentlichkeit

---

## 6.2.6 Beispiele aus dem Ausland

### „bella donna“. Schwerpunktthema: Medikamentenabhängigkeit bei Frauen.

Zeitschrift: 2004.

Berner Gesundheit, Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen

Reichweite: Schweiz auf Kantonebene

Beschwerden: Schmerz, psychische Probleme, Sucht

Belastungen: Arbeit, Partnerschaft, Älterwerden

Anwendung: Verweis auf Auskunftsstellen

Bewältigung: Verhalten beim Arzt, Psychotherapie- und Beratungssuche, Selbsthilfegruppen

Missbrauch etc.: Missbrauch, Abhängigkeit, Entzug

Zielgruppe: Frauen ab 40 Jahren, niedrigere Sozialschichten

Anmerkungen: Teil einer Kampagne des Fachbereichs Prävention der Berner Gesundheit, Schweiz, zum Thema Medikamentenabhängigkeit. Informationen kombiniert mit Elementen einer Boulevard-Zeitschrift. Persönliche Geschichten, Kleidungs- und Schminktipp, Kreuzworträtsel, Selbsttests zu verschiedenen Themen etc.

### Drogeninfo: Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Suchtberatung im Gesundheitsamt des Kantons Zug. Infoblatt der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA-ISPA: o. J.

Reichweite: Schweiz; Internet [www.zug.ch/sucht/download/schlafal.pdf](http://www.zug.ch/sucht/download/schlafal.pdf)

Beschwerden: Schlafstörungen

Anwendung: Anwendung von Benzodiazepinen sowie synthetischen und pflanzlichen Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Bewältigung: Tipps zum Einschlafen

Missbrauch etc.: Abhängigkeitsrisiken

Zielgruppe: Öffentlichkeit

### Informatie over slaap- en kalmeringmiddelen

DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. Broschüre: Utrecht, 2000.

Reichweite: über projektbeteiligte Ärzte/-innen, Niederlande

Beschwerden: Schlaf, Angst

Missbrauch etc.: Langzeitgebrauch, Absetzen

Zielgruppe: Nutzer/-innen von Benzodiazepinen

Anmerkungen: Patienten/-innenbroschüre im Rahmen des Projektes zur ‚Minimalen Intervention‘ (vgl. Kapitel 3.3; 6.1.1)

### Information about tranquilizers and sleeping pills.

TRANX (Tranquiliser Recovery And New Existence). Infoblatt: o. J.

Reichweite: Australien; Internet [www.tranx.org.au](http://www.tranx.org.au)

Zielgruppe: Öffentlichkeit

Anmerkungen: Sehr knappe Information zum sicheren Gebrauch, Risiken und Notwendigkeit alternativer Behandlungsstrategien, zum Herunterladen in mehreren Sprachen

**Medikamente. Heilmittel oder Gefahr? Informationen zum Umgang mit Medikamenten mit Checklisten zur Selbstkontrolle.**

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel und des Sanitätsdepartements, Basel. Broschüre: 1996.

Reichweite: Kanton

Anwendung: allgemeine Informationen zum Umgang mit Medikamenten, Regeln zur Einnahme, bei Krankenhausaufenthalt, Sicherheit, Aufbewahrung, Schwangerschaft, Kinder etc.

Missbrauch etc.: Problematischer Umgang mit Medikamenten, Checkliste, Hilfe bei Abhängigkeit

Zielgruppe: Öffentlichkeit

**Medikamente. Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch.**

Abteilung Jugend, Familie und Prävention (AJFP), Justizdepartement Kanton Basel-Stadt, Schweiz. Faltblatt: o. J., vergriffen

Reichweite: Teil einer Kampagne, die in mehreren Schweizer Kantonen durchgeführt wurde

Anwendung: allgemeine Regeln zur Medikamenteneinnahme und verschiedenen Risiken

Bewältigung: Hinweise zur Verhaltensänderungen und Hausmitteln

Missbrauch etc.: Abhängigkeit, Checkliste, Hilfestellen

Zielgruppe: Öffentlichkeit

**Selbstbeurteilung des Medikamentenkonsums.**

Suchtberatung im Gesundheitsamt des Kantons Zug. Fragebogen: o. J.

Reichweite: Kanton Zug, Schweiz;

Internet [www.zug.ch/sucht/download/selbstbeurteilung\\_medikamentenkonsum.pdf](http://www.zug.ch/sucht/download/selbstbeurteilung_medikamentenkonsum.pdf)

Missbrauch etc.: Selbsttest

Zielgruppe: Öffentlichkeit

Anmerkungen: Doppelbogen mit 23 Fragen und Auswertungsschema zum Herunterladen

### **6.2.7 Bewertung und Entwicklungsbedarf**

Die durchgeführte Analyse zeigt, dass die überprüften Broschüren und Patientenleitlinien in der Regel nur einige Aspekte des Zusammenhangs von Lebensbedingungen, Beschwerden, Erkrankungen und Medikamentenproblemen erfassen (können). Während eine breite Darstellung aller relevanten Informationen leicht zu Lasten der Übersichtlichkeit geht, kann eine Erstinformation nur oberflächliche Hinweise bieten. Wenige Materialien weisen einen speziellen Zielgruppenbezug auf und sind speziell an Frauen, Eltern oder alte Menschen adressiert. Der Zugang zu den Broschüren erschließt sich vor allem bei den Informationen zu Beschwerden und Belastungen häufig über ärztliche Multiplikatoren, einzelne Krankenkassen oder das Internet. Im Folgenden werden die Entwicklungspotenziale der verschiedenen Kategorien von Broschüren und Patienteninformationen diskutiert.

---

## **1) sachgerechte Anwendung von Arzneimitteln**

Die sachgerechte Anwendung von Arzneimitteln wird in den vorliegenden Faltblättern und Broschüren überwiegend auf konkrete Fragestellungen bezogen (Anwendung bei Kindern, Bewertung von Arzneimittelwerbung). Es ist allerdings zu vermuten, dass diese Themen von relativ geringer Öffentlichkeitswirkung sind und vor allem ohnehin bereits sensibilisierte Personen ansprechen. Vor dem Hintergrund altersbedingter körperlicher Veränderungen, zunehmenden Beschwerden und Multimedikation wäre dennoch eine Informationsbroschüre sinnvoll, die sich zu dieser Thematik gezielt an ältere Menschen und Angehörige richtet. Dies gilt auch unabhängig von den vorhandenen Informationsmaterialien zum Thema Demenz. In den vorliegenden Patienteninformationen zu Demenz werden Benzodiazepine nicht berücksichtigt, obwohl diese neben der Behandlung mit anderen dämpfenden Medikamenten eine praktische Bedeutung haben (vgl. Kapitel 5.2). In den beiden vorliegenden Broschüren zur Sturzprävention bei alten Menschen wird nur in einem Fall auf die Bedeutung von Medikamenten als mögliches Sturzrisiko hingewiesen. Auch diesem Thema sollte in der Öffentlichkeit breitere Aufmerksamkeit eingeräumt werden.

## **2) Informationen zu Beschwerden und Belastungen**

Zu Schmerzen allgemein, häufigen Kopfschmerzarten und Rückenschmerzen liegen eine ganze Reihe von Informationsblättern und Patienteninformationen vor. Die vorliegenden Materialien, insbesondere der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft, berücksichtigen Hinweise zur sachgerechten Anwendung von Schmerzmitteln sowie das Risiko des medikamenteninduzierten Kopfschmerzes als Folge von langdauerndem Schmerzmittelgebrauch bzw. -missbrauch. Angesichts der hohen Prävalenz von medikamenteninduzierten Kopfschmerzen (vgl. Kapitel 2.4.2) wäre eine stärkere Verbreitung dieser Informationen, auch in Form von Kampagnen, dringend zu empfehlen. Informationen zur Arzneimittelanwendung bei Rückenschmerzen sollten die Risiken benzodiazepinhaltiger Muskelrelaxantien (entsprechend den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) berücksichtigen. Neben dem prinzipiellen Abhängigkeitsrisiko ist hier vor allem an versehentliche Kombinationen mit anderen benzodiazepinhaltigen Medikamenten (verdeckte Dosissteigerung) sowie kontraindizierte Verordnungen an Alkohol- und Medikamentenabhängige zu denken, die aus der Praxis immer wieder berichtet werden.

Informationen zu Angststörungen gehen, wenn sie nicht ausschließlich aus psychotherapeutischer Perspektive verfasst sind, auch auf Benzodiazepine und ihr Abhängigkeitspotential ein. Materialien zu Depressionen berücksichtigen dagegen in Bezug auf die medikamentöse Behandlung nur die Antidepressiva. Sind die jeweiligen Störungen bereits richtig diagnostiziert worden, können diese Informationen als ausreichend betrachtet werden, wobei eine breite Streuung entsprechender Broschüren in Kampagnen (wie z. B. im Rahmen des ‚Bündnisses gegen Depression‘ und der Strategie der Bundesregierung im Rahmen der Gesundheitsziele ‚Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln‘ BMG 2006) sinnvoll ist. Ein Informationsbedarf ist darüber hinaus im Bereich der

---

Sensibilisierung für einzelne Symptome zu sehen, z. B. wie Unruhe oder Schlafstörungen. Eine häufige, ausschließlich symptomatische Behandlung dieser Beschwerden mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln ohne weitergehende diagnostische Abklärung und Behandlung muss nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurvey (vgl. Kapitel 2.4) und Erfahrungen aus der Praxis angenommen werden. Insbesondere zu Schlafstörungen liegen kaum Informationsmaterialien vor. Da eine zuletzt im Jahr 2004 überprüfte Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin ([www.dgsm.de](http://www.dgsm.de)) vorliegt, bietet sich eine hierauf beruhende Patienteninformation an, die entsprechende Hinweise zum möglichen Vorliegen psychischer Störungen, zur medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlung von Schlafstörungen sowie zum Absetzen von Benzodiazepinen umfasst.

Den analysierten Broschüren zur Stressbewältigung und Schichtarbeit einerseits und zu psychosomatischen Beschwerden andererseits ist gemeinsam, dass sie Medikamenten-gebrauch oder -missbrauch am Rande oder gar nicht aufgreifen. Eine Broschüre für Führungskräfte geht relativ gesehen am ausführlichsten auf das Thema ein.

Aus präventiver bzw. psychosomatischer Sicht ist es plausibel, bei Belastungen und Beschwerden den Blick insbesondere auf nicht-medikamentöse Handlungs- und Bewältigungsstrategien zu richten. Da private und berufliche Belastungen mit verschiedenen Beschwerden und einem höheren Konsum von Medikamenten einhergehen (vgl. Kapitel 2.4) und Medikamentengebrauch gerade bei Frauen eine wichtige Bewältigungs- und Durchhaltestrategie darstellen, bietet es sich an, dieses Thema in diesem Kontext zu berücksichtigen. Dies würde im Sinne von Früherkennung und -intervention sowie Lebensweltbezug eine umgekehrte Strategie dazu darstellen, zunächst den hohen Medikamentengebrauch von Frauen zu problematisieren und erst dann auf ihre belastenden Lebensumstände einzugehen. Zur Verwendung in Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung von benachteiligten Frauen würde diese Herangehensweise den sinnvollsten Ansatz darstellen.

### **3) Informationen über Medikamente mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial**

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) informiert seit Jahren mit der Reihe ‚die Sucht und ihre Stoffe‘ über verschiedene Einzelsubstanzen und ihr Abhängigkeitspotenzial. Hier stehen auch Informationen über Benzodiazepine und opioide Schmerzmittel zur Verfügung. Neu hinzugekommen sind im Jahr 2005 die ‚Basisinformation Medikamente‘ mit einem Überblick über verschiedene Medikamentengruppen, sowie die aktuelle Patienten/-inneninformation ‚Immer mit der Ruhe...‘ zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Eine Broschüre zu rezeptfreien Schmerzmitteln ist bislang allerdings nicht umgesetzt worden. Sollte diese Medikamentengruppe nicht, z. B. im Rahmen von Materialien zum medikamenteninduzierten Kopfschmerz, von anderer Seite aufgegriffen werden, wäre eine entsprechende Broschüre eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Informationsreihen.

---

#### **4) Informationen zu Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten**

Die vorliegenden Materialien zu Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten gehen mehr oder weniger von einem problematischen Umgang mit Medikamenten aus und stellen dabei überwiegend einen deutlichen Zielgruppenbezug her (Jugendliche, Frauen, ältere Menschen). Während die Infozeitung für Jugendliche der gewerblichen Berufsgenossenschaften und das Faltblatt für ältere Menschen der DHS knappe Informationen zu Medikamentenabhängigkeit aufweisen, stellen die beiden übrigen Broschüren der Barmer Ersatzkasse und der DHS die Thematik sehr umfassend dar. In beiden Fällen werden nicht nur Medikamente mit einem Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial aufgrund psychotroper Wirkungen dargestellt, sondern darüber hinaus weitere Psychopharmaka, Schlankheitsmittel und Arzneimittel mit einem Missbrauchspotenzial aufgrund körperlicher Gewöhnungsprozesse berücksichtigt. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu bewerten, dass es zum Zeitpunkt der Erstellung der Broschüren noch weniger Informationsmaterialien zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit gab als heute und sich so die Notwendigkeit ergab, die ganze Komplexität der Zusammenhänge mit vergleichsweise geringen Ressourcen der Öffentlichkeit darzustellen. Eine stringenter Schwerpunktsetzung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Hintergründe von Medikamentenmissbrauch (z. B. unterschiedliche Beschwerdebilder, Ess-Störungen, Hoch- und Niedrigdosiskonsum, illegaler Gebrauch von Medikamenten, problematischer Gebrauch von Psychopharmaka zur Lebens- statt Krankheitsbewältigung, Life-Style-Gebrauch von Medikamenten) wäre im Rahmen einer umfassenden Öffentlichkeitsstrategie möglich.

#### **5) vergriffene und nicht mehr aufgelegten Broschüren**

Unter den vergriffenen Broschüren finden sich Produkte aus zwei regional angelegten Projekten, der Berliner Informations- und Beratungsstelle ‚Schwindelfrei‘ und der Hamburger Informationsstelle ‚Frauen-Alltag-Medikamente‘, die mit ihren Angeboten bundesweite Beachtung gefunden und mit den erstellten Broschüren ebenfalls eine bis dahin ungedeckte Nachfrage bedient haben. Beide Broschüren stellen einen konkreten Bezug zur Alltagswelt von Frauen her, gehen allerdings wie die aktuell noch erhältlichen Broschüren von dem hohen bzw. problematischen Medikamentengebrauch durch Frauen aus. Für die Bandbreite der berücksichtigten Medikamentengruppen gelten die entsprechenden Aussagen aus dem vorhergehenden Absatz.

Das Beispiel der beiden Beratungsstellen und der von ihnen erstellten Broschüren verdeutlicht die Notwendigkeit einer strukturellen Verankerung der Thematik, welche eine kontinuierliche Weiterentwicklung sowohl von Handlungsansätzen als auch von Öffentlichkeitsstrategien ermöglicht, damit diese nicht nach Ablauf von Projektförderungen ‚im Sande verlaufen‘.

---

## **6) Beispiele aus dem Ausland**

Die vorliegenden Informationsmaterialien aus dem europäischen und nicht-europäischen Ausland bieten eine Auswahl von Möglichkeiten, den Gebrauch bzw. Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten aufzugreifen. Als wesentliche Elemente werden oft Selbsttests und Checklisten genutzt, die auch in aktuellen deutschen Publikationen häufig verwendet werden. Dabei handelt es sich oft um Fragen, die aus den Diagnostischen Kriterien für substanzbezogene Störungen abgeleitet und je nach Bedarf ergänzt oder gekürzt werden. Ein für die Allgemeinbevölkerung validierter Kurztest für Medikamentenprobleme (analog zum vier Fragen umfassenden CAGE-Test im Alkoholbereich) wurde bisher nicht veröffentlicht.

Davon abgesehen stellt die Präventionszeitschrift ‚bella donna‘ der Berner Stiftung für Gesundheit und Suchtfragen und der Zürcher Präventionsfachstelle ZüFAM das einzige Produkt in der vorliegenden Broschürensammlung dar, welches einen konkreten Zielgruppenbezug zu Frauen niedrigerer Bildungsschichten aufweist und diese auch nachweislich erreicht. Kriterien für eine potenzielle Umsetzung in Deutschland wurden bereits in Kapitel 4.3.1 umrissen. An dem Beispiel von ‚bella donna‘ wird deutlich, dass es nicht ausreicht, hier und da ‚auch mal eine Frauenbroschüre‘ zu produzieren. Innerhalb dieser Gruppe, die die Bevölkerungsmehrheit darstellen, gibt es unterschiedliche Lebens- und Problemlagen sowie unterschiedliche Bedürfnisse und Geschmäcker. Diese angemessen zu berücksichtigen sollte Ziel entsprechender Öffentlichkeitsmaßnahmen werden.

---

## 7 Fazit

Zusammenfassend kann zu Defiziten und Möglichkeiten der in der Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Frauen und älteren Menschen durch Informationsmaterialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit Folgendes festgehalten werden:

1. Zu einzelnen Problemstellungen (v. a. medikamenteninduzierter Kopfschmerz, Schlafstörungen und Schlafmittelgebrauch, Medikamentengebrauch im Alter) besteht allgemein ein Defizit an Informationsmaterialien in Printform. Vor allem in den anvisierten Zielgruppen ist die Nutzung und der eigenständige Zugang zum Internet als Recherchemöglichkeit bislang beschränkt und bedarf besonderer Unterstützung.
  2. Die Verfügbarkeit und Verteilung über Multiplikatorinnen (Ärzte/-innen, Apotheker/-innen, Krankenkassen), welche von den Zielgruppen in Anspruch genommen werden, ist durch weitergehende Sensibilisierung besonders zu unterstützen. Darüber hinaus ist die Berücksichtigung weiterer Arbeitsfelder (Pflege, Sozialarbeit, Beratungsstellen etc.) sinnvoll. Die begleitende Weiterbildung und Entwicklung von Handlungskonzepten für alle Praxisfelder ist eine notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung.
  3. Zur Information und Sensibilisierung der Bevölkerung sowie der konkreten Zielgruppen ist die Erschließung von Zugangswegen notwendig. Als Beispiel kann hier die Kampagne der Berner Gesundheit e.V. dienen, welche alltägliche Aufenthaltsorte wie z. B. Friseure und Supermärkte für die Verteilung einer Zeitschrift mit Themen- und Zielgruppenbezug nutzte.
  4. Unter Berücksichtigung der hauptsächlichen Quellen für eigenständige Gesundheitsinformation durch Personen niedriger Bildungsschichten sind auch Medien wie Fernsehen, Radio und Apothekenzeitschriften (Anzeigen, redaktionelle Beiträge) als Möglichkeiten für eine Kampagne einzubeziehen. Für die Platzierung sind zielgruppenspezifische Formate zu wählen, die sich an entsprechende Bevölkerungsgruppen (hier auch insbesondere ältere Menschen) richten. Die Gestaltung kann milieu-spezifische Konzepte aus der Werbung (z. B. den Sinus-Milieu-Ansatz) einbeziehen.
  5. Eine erfolgreiche Kampagne muss darüber hinaus handlungsbezogene, interaktive Angebote einbeziehen. Hierfür sind in erster Linie kompetente Ansprechpersonen erforderlich, die einen evtl. vorhandenen weitergehenden Beratungsbedarf abdecken und an regionale Hilfeangebote weiter verweisen können. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, entsprechende Aktivitäten in Absprache mit Institutionen und Ein-
-

richtungen auf regionaler Ebene durchzuführen, die in Kooperation mit weiteren Akteuren auf dieser Ebene beispielsweise Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchführen und geeignete Hilfeangebote der Gesundheitsversorgung für manifest Erkrankte einbeziehen können.

Eine strukturelle Verankerung der Thematik auf unterschiedlichen Ebenen ist erforderlich, um eine nachhaltige Implementierung zu erreichen und inhaltliche Weiterentwicklungen zu ermöglichen. Die Verankerung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit im ‚Aktionsplan Drogen und Sucht‘ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2003) war hierfür ein wichtiger Schritt. Weitere Schritte auf den Ebenen der Länder und Kommunen sind notwendig. Darüber hinaus verspräche eine Kooperation und Vernetzung mit den existierenden und zahlreichen sich entwickelnden Initiativen unterschiedlicher Akteure, wie z. B. im Bereich der lebenslagenbezogenen Gesundheitsforschung und -förderung, der Versorgungsforschung, der Verfolgung von Gesundheitszielen und den Initiativen der Europäischen Gemeinschaft zur Beseitigung von gesundheitlicher Ungleichheit und zur Förderung der psychischen Gesundheit, welche sich im Rahmen dieses Berichts kaum angemessen haben abbilden lassen, eine Integration der Thematik in die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung.

## 8 Literatur

- ABDA (Hg.) (2001): „Stoff“ aus der Apotheke – Arzneimittelmissbrauch, Arzneimittelsucht. Internet: [www.lak-bw.de/service/referate/anzneimittelmissbrauch%20.doc](http://www.lak-bw.de/service/referate/anzneimittelmissbrauch%20.doc).
- ABDA (2004): Erfolgsmodell Hausapotheke. Pressemitteilung 10/2004. Internet: [www.abda-online.org/497.html](http://www.abda-online.org/497.html).
- ABDA (2006): Hausapotheke begeistert zwei Drittel der Deutschen. Pressemitteilung 02/2006. Internet: [www.abda-online.org/581.html](http://www.abda-online.org/581.html).
- Alsleben, H. (et al.) (2003): Psychoedukation Angst - und Panikstörungen. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. Urban und Fischer bei Elseviers
- Altgeld, T. & Leykamm, B. (2003) Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte muss sektorenübergreifend angelegt sein – Vernetzungsaktivitäten auf Länderebene zwischen dem Gesundheits-, sozial- und Jugendhilfesektor. In: Lehmann, F. (et al.) (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 22), S. 20 -42.
- Anders, J.; U. Dapp (2006): Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Modul 4: Integration freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements: „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ Internet: [www.bmfsfj.de/Kategorien/forschungsnetz.html](http://www.bmfsfj.de/Kategorien/forschungsnetz.html). (Stichwort: Ältere Menschen)
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Appel, C. & Vogt, I. (1999). Expertise zur Entwicklung eines Frankfurter Medikamenten Forums auf der Grundlage einer Ist-Analyse der Beratungssituation medikamentenabhängiger Frauen in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main: Frauenreferat und Gesunde-Städte-Projekt der Stadt Frankfurt am Main.
- Arbeitskreis „Frauen und Medikamente“ der Gesundheitskonferenz Münster (1999): Handlungsempfehlung: Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch? In: Stadt Münster, Gesundheitsamt ( Hg.): Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch? Münster. S. 7–16.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hg.) (2003): Arzneiverordnungen. 20. Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag. S. 276-279, S. 354-355.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (1997): Empfehlungen zur Therapie der Depression. Arzneiverordnung in der Praxis. Sonderheft 8. Köln.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (1999): Keine Verordnung von Zolpidem bei bekannter Benzodiazepinabhängigkeit. In: Deutsches Ärzteblatt, 96(10), S. A-648
- Augustin, R. (2006): Zusammenhang zwischen Arzneimittelmissbrauch und sozialer Schicht. Sonderbericht zum Sucht-Survey 2003. München: IFT. (unveröffentlicht)
- Augustin, R. (et al.) (2005): Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 51, Sonderheft 1, S. S49 – S57.
- Babitsch, B. (1998): Soziale Ungleichheit und Geschlecht. Eine geschlechtsspezifische Betrachtung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Huber. S. 63-73.

Baumeister, H. (1998): Gruppeninterventionsprogramm für Patienten mit Medikamentenabhängigkeit. Neunkirchen: Psychosomatische Fachklinik Münchwies. (Münchwieser Hefte. Reihe Konzepte; 14)

Beitz, R. (et al.) (2004): Selbstmedikation mit Over-the-Counter-(OTC-)Präparaten in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 47(11), S. 1043-1050.

Bellach, B.M.; U. Ellert; M. Radoschewski (2000): Epidemiologie des Schmerzes. Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 43(6), S. 424-431.

Bertsche, Th.; J. Kaltschmidt; W.E. Haefeli (2006): Elektronische Arzneimittelinformationsmedien: Chancen (v)erkannt? In: Deutsches Ärzteblatt, 103(21), S. A-1438.

BKK Bundesverband (2005): Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit. BKK Gesundheitsreport 2005. BKK Bundesverband, Essen.

Böhmer, M. (2005): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Bopp, A.; V. Herbst (2004): Handbuch Medikamente. Vom Arzt verordnet – Für Sie bewertet. Berlin: Stiftung Warentest.

Bopp, A.; V. Herbst (2002): Handbuch Selbstmedikation. Rezeptfreie Mittel – Für Sie bewertet. Berlin: Stiftung Warentest.

Brzoska, P. (2006): Patienteninformationszentren. UniInfo-Newsletter der Gesundheitswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bielefeld. Internet: [www.uniinfo-newsletter.de/printable/00000097ab10b4c04/00000097ab1125602/index.html](http://www.uniinfo-newsletter.de/printable/00000097ab10b4c04/00000097ab1125602/index.html).

Bühler A.; C. Kröger (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 29)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2001): Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. 1. Auflage. Berlin: Kohlhammer.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Gender Mainstreaming – Was ist das? Broschüre: [www.gender-mainstreaming.net](http://www.gender-mainstreaming.net).

Bundesministerium für Bildung und Forschung BMBF (Hg.) (2005): Projektbeschreibung „Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden“. In: Versorgungsforschung. Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBV und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. BMBF, Bonn S. 12.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. 6. nationales Gesundheitsziel. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Drogen- und Suchtbericht 2006. Berlin.

---

---

Bundesverband der Frauengesundheitszentren (2005): Dokumentation der Tagung „Herausforderung Prävention als vierte Säule des Gesundheitssystems. Das neue Präventionsgesetz und der Beitrag der Frauengesundheitseinrichtungen zur Formulierung und Umsetzung von Gesundheitszielen für Frauen, Mädchen und spezifische Zielgruppen“ vom 22.-24. April 2005. Nörten-Hardenberg.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2001): Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen. Ein Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln.

Bündnis 90 / Die Grünen im bayrischen Landtag (Hg.) (2001): Sucht auf Rezept. Probleme Medikamentenabhängigkeit. Reader zur Anhörung. München.

Burgard, R. (2002). Frauenfalle Psychiatrie. Wie Frauen verrückt gemacht werden. Berlin: Orlanda.

Burghardt-Neumann, C. (2005): Wegweiser Psychopharmaka. Wirkstoffe für die Seele. München: Zenit Verlag.

DAK Versorgungsmanagement (Hg.) (2005): DAK Gesundheitsreport 2005. Hamburg.

Damm, K.-H. (1992): Medikamentenabhängigkeit und ärztliche Verschreibungspraxis – eine Berufsaufsichtsaufgabe der Ärztekammer. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Medikamentenabhängigkeit. Freiburg: Lambertus. S. 190-196.

Dapp, U.; J. Anders (2006): Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Modul 5: Überprüfung sonstiger Settingansätze für die „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“. Internet: [www.bmfsfj.de/Kategorien/forschungsnetz.html](http://www.bmfsfj.de/Kategorien/forschungsnetz.html). (Stichwort: Ältere Menschen)

Dapp, U.; J. Anders (2006): Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Modul 6: Ausbildung von Multiplikatoren für die eigenständige Durchführung des Präventionsprogramms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“. Internet: [www.bmfsfj.de/Kategorien/forschungsnetz.html](http://www.bmfsfj.de/Kategorien/forschungsnetz.html). (Stichwort: Ältere Menschen)

Dapp; U; J. Anders; H.P. Meier-Baumgartner (2004) Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Hausarztstudie, Teil 2. Internet: Teile 1 bis 4, [www.bmfsfj.de/Kategorien/forschungsnetz.html](http://www.bmfsfj.de/Kategorien/forschungsnetz.html). (Stichwort: Ältere Menschen)

David, M. (et al.) (2004): Schmerz und Ethnizität – Ergebnisse einer Befragung an drei internistisch/gynäkologischen Rettungswachen in Berlin. In: Zentralblatt Gynäkologie 2004, (126), 81 – 86.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (2004): Umgang mit Alkohol. Informationen, Tests und Hilfen in 5 Phasen. Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (2004): DHS-Grundsatzpapier. Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten. <http://www.dhs-intern.de/pdf/gender.pdf>

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (1991): Medikamentenabhängigkeit. Eine Information für Ärzte. Hamm.

Diemer, W.; H. Burchert (2002): Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Berlin: Robert-Koch-Institut. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 7).

Donner-Banzhoff, N. (et al.) (2002): DEGAM-Leitlinie Nr. 2: Müdigkeit. [http://www.degam.de/leitlinien/2\\_muede.html](http://www.degam.de/leitlinien/2_muede.html)

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2003): Aktionsplan Drogen und Sucht. Berlin.

---

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2002): Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 5. und 6. September 2002 in Berlin.

Dumont, J. (1999): Spannungsfeld zwischen Wahrnehmung und Verhalten. Medikamentennutzung und Public Health am Beispiel einer Repräsentativstudie zum Thema „Medikamentennutzung in der Schweiz“. Internet: [www.gfs.ch/medinutz.html](http://www.gfs.ch/medinutz.html).

Eichenberg, Ch.; K. Portz (2006): Internet-Recherche zu psychischen Erkrankungen im Alter. Informationen für Experten, Betroffene und Angehörige. In: Deutsches Ärzteblatt, PP 5, Ausgabe April 2006, S. 174.

Ellinger, S.; W. Karmaus; S. Strauss (1987): Risiken, Bedeutung und Prävention des Gebrauchs psychotroper Medikamente von Frauen. Ergebnisse des Forschungsvorhabens. Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten und Bewältigungsformen zur Verhütung von Missbrauchsverhalten in frauenspezifischen Konfliktsituationen. Hamburg: Universitätskrankenhaus Eppendorf.

Ellinger-Weber, S.; A. Nette (1992): Die Versorgungssituation Medikamentenabhängiger im Spannungsfeld von Suchtkrankenhilfe und medizinischem System. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Medikamentenabhängigkeit. Freiburg i. Br.: Lambertus, 1992. S. 92 – 108.

Elsesser, K.; G. Sartory (2001): Medikamentenabhängigkeit. Göttingen (u.a.): Hogrefe. (Fortschritte der Psychotherapie; 12)

Elsesser, K.; G. Sartory (2005): Ratgeber Medikamentenabhängigkeit. Göttingen (u.a.): Hogrefe.

Elseviers, M.M.; M.E. de Broe (1999): Analgesic Nephropathie. Is it caused by Multi-Analgesic Abuse or Single Substance Use? In: Drug Safety, 20(1), 15-24.

Erne H.; P. M. Richter & G. Ritzel (1977): Evaluation eines Lernprogramms zum Thema „Rauchen, Alkohol und Medikamentenmissbrauch“. Sozial- und Präventivmedizin, 22(6), S. 331-6.

Ernst, G. (2000): Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. In: David M., Borde T. Kantenich H. (Hg.). Migration – Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse Verlag, Frankfurt a. M. 57-66

Europarat; Bundesministerium für Gesundheit (o. J.): Arzneimittel und Internet. Internet: [www.bmgs.bund.de/downloads/Arzneimittel-und-Internet-Flyer.pdf](http://www.bmgs.bund.de/downloads/Arzneimittel-und-Internet-Flyer.pdf).

Evers, St. (2005): Ergebnisse der Epidemiologischen Studie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG). Internet: [www.dmkg.de](http://www.dmkg.de).

Ferber, L. von (et al.) (1992): Abhängigkeit im Spiegel der Verwaltungsdaten einer Ortskrankenkasse aus dem Jahre 1988 unter besonderer Berücksichtigung der Abhängigkeit bei ärztlich verordneten Medikamenten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Medikamentenabhängigkeit. Freiburg i. Br.: Lambertus, 1992. S. 43-58.

Fick, D.M. (et al.) (2003): Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. In: Arch. Intern. Med., 163(8), 2716-2724.

Flerlage I.; M. Weerts (2001): Frauengesundheit im Brennpunkt. Eine Bestandsaufnahme und Evaluation der zehnjährigen Arbeit des Frauengesundheitstreffs Tenever. Bremen: Gesundheitsamt Bremen; Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales.

Follmann, A.; M. Wüstenbecker (2006): Medikamentenabhängigkeit – ein „Schattenthema“? In: Westfälisches Ärzteblatt, (5), S. 13-15

---

---

Forum Gesundheitsziele für Deutschland (2003): gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland: Bericht. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Köln.

Franke, A. (et al.) (2001): Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Weinheim; München: Juventa.

Franke, A. (et al.) (1998): Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen. Eine salutogenetische Verlaufsstudie. Cloppenburg: Runge.

Franke, A.; H. Möller (1993): Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung. Tübingen: dgvt-Verlag.

Franz, M. (2000): Einflussfaktoren auf die Psychotherapieakzeptanz. In: Franz, M. (et al.): Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Berlin (u.a.): Springer. S. 140-148.

Frick, U. (et al.) (2004): Pilotstudie zur Rezeptierung von Benzodiazepinen in der Schweiz: Beeinflusst die kognitive Verfügbarkeit von Gesetzesvorschriften das ärztliche Verschreibungsverhalten? In: Das Gesundheitswesen, 66(8/9), S. 499-504.

Funke, J. (et al.) (2001): Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM). Konzeption und erste Befunde. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47(2), S. 88-103.

Funke, W.; B. Schickentanz (2002): Medikamente. In: Fengler, J. (Hg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. Landsberg/Lech: Ecomed. S. 336-344.

Funke, W.; I. Schmitz (2004): Medikamentenabhängigkeit: Ergebnisse einer Pilotstudie aus der stationären medizinischen Rehabilitation. In: Sucht aktuell, Jg. 11(2004), Nr. 1, S. 46-50.

Ganguillet, G. (2000): Beratungsbedürfnis bei Medikamenten mit Missbrauchspotential. In: Maffli, E. (Hg.): Medikamentenmissbrauch in der Schweiz. Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis. Lausanne: SFA-ISPA Press. S. 161-166.

Gerlach F. M. (1998): Welche Anforderungen sollten moderne Leitlinien erfüllen? Welche Strategien zur Entwicklung, Verbreitung und Implementierung haben sich bewährt? Welchen Beitrag können Leitlinien zur Qualitätsförderung in der Medizin leisten? In: Deutsches Ärzteblatt, 95(17), S. 1014-1021.

Gesundheitsförderung im Alter am Albertinen-Haus Hamburg (2006). Zentrum für Geriatrie und Gerontologie. Internet: [www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/gesundheitsfoerderung-im-alter,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/gesundheitsfoerderung-im-alter,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf).

Gesundheitsförderung Schweiz 2003: Femmes Tische. Reden und handeln. Sonderdruck, Nr. 16, September 2003.

Glaeske, G. (2002): Auffälligkeiten der geschlechtsspezifischen Versorgung in der GKV. . In: Hurrelmann, K.; P. Kolip (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber. S.520-532.

Glaeske, G. (2005): Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit. Vortrag im Rahmen der DHS Fachkonferenz SUCHT 2005 vom 14.-16.11.2005. Internet: [www.dhs-intern.de/pdf/Beitrag\\_glaeske\\_FK05.pdf](http://www.dhs-intern.de/pdf/Beitrag_glaeske_FK05.pdf).

Glaeske, G. (2000): Pharmakologische Versorgung und präventive Drogenpolitik. Arzneimittel – legale Alltagsdrogen vom Dealer in weiß? In: Schmidt, B.; K. Hurrelmann (Hg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Opladen: Leske + Budrich. S. 111-128.

---

Glaeske, G. (2005): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2005. Geesthacht: Neuland, 2005. S. 52 – 68.

Glaeske, G. (2006): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht: Neuland. S. 87-103.

Glaeske, G. (2003): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2004. Geesthacht: Neuland, 2003. S. 64 – 82.

Glaeske, G.; K. Janhsen (2004): GEK-Arzneimittel-Report. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002-2003. Hrsg. von der GEK – Gemünder Ersatzkasse. St. Augustin: Asgard.

Glaeske, G.; K. Janhsen (2001): Der "GEK-Arzneimittel-Report". Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 - 2000. St. Augustin: Asgard. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse; Bd. 20)

Glaeske, G., J. Günther; S. Keller (1997): Nebenwirkung: Sucht. München: Kunstmann.

Göbel, H. (2001): Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. Spezifische und unspezifische Rückenschmerzen. In: Schmerz, 201(15), S.92-98.

Göbel, H. (2004): Die Kopfschmerzen. Ursachen, Mechanismen, Diagnostik und Therapie in der Praxis. 2., bearb. u. aktualisierte Aufl. Berlin (u. a.): Springer.

Gorgels, W. J. M. J. (et al.) (2005): Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. In: Drug and Alcohol Dependence, 78, 49–56.

Größenberger, S.; R. Simon (2001): Jahresbericht 2000 problematisch gebrauchter Medikamente bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen (Monitoring-System EBIS-med). München: IFT Institut für Therapieforschung. (IFT-Berichte; 131)

Gust, J. (2004): Nachtkaffee in der ostholsteinischen Seniorenresidenz Godenblick. In: Alzheimerforum 2004. In: [www.alzheimerforum.de/3/1/7/nachtkaffee.html](http://www.alzheimerforum.de/3/1/7/nachtkaffee.html), Mai 2006.

Greve, N. (et al.) (2006): Umgang mit Psychopharmaka. Ein Ratgeber für Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Haag, G. (et al.) (1999): Therapie des medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzes, Therapieempfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. In: Schmerz, 13, S. 52-57.

Hajak, G. (et al.) (2003): Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone. A review of case reports and epidemiological data. In: Addiction, 98(10), 1371-1378.

Haltiner; E. (2003): Unauffällig süchtig: Medikamente im Alltag (Interview). In: Laut & leise. Magazin der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich, (1), S. 9-11.

Havemann-Reinecke, U.; S. Weyerer; H. Fleischmann (Hg.) (1998): Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Hefti Kraus, C. (2002): Mit oder ohne Rezept – Pillen werden vor allem von Frauen geschluckt. In: Abhängigkeiten, (2).

Henkel, D. (2000): Zum Konsum von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Medikamenten bei Arbeitslosen und Einkommensarmen. Eine Auswertung der Nationalen Gesundheitssurveys 1991/1992 der Bundesrepublik Deutschland. In: Abhängigkeiten, 6(1), S. 26-43.

---

---

Hoc, S. (1998): Analgetika in der Selbstmedikation. Pro und Contra Kombinationspräparate. In: Deutsches Ärzteblatt, 95(1-2), S. A-25 – A-26.

Holzbach, R. (2000): Benzodiazepinabhängigkeit. In: Abhängigkeiten, 6(2), S. 5-14.

Holzbach, R. (2005): Weiter verschreiben oder stoppen? Die Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen. In: Der Neurologe – Psychiater, (10), S. 45-47.

Hurrelmann, K.; P. Kolip (Hg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (2005): Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004-2006. Leistungsbeschreibung zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege – Version 1.1, April 2005.

International Narcotics Control Board (2003): Green List. List of psychotropic substances under international control. United Nations Publication. Internet: [www.incb.org](http://www.incb.org).

Jahn, I. (et al.) (1998): Zur Bedeutung der Eingebundenheit von Frauen in Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit für ihre Gesundheit. Ergebnisse aus einer Befragungsstudie in Bremen. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaften, Praxis und Politik. Bern: Huber. S. 74-88.

Janhsen, K.; G. Glaeske (2002): Benzodiazepine – immer noch zu lange und zu hoch dosiert! In: Sucht aktuell, 9(2), S. 5-10.

Janhsen K.; W. Hoffmann (2002): Pharmazeutische Betreuung von Kopfschmerzpatienten. In: Pharmazie in unserer Zeit, 31(5), S. 480-485.

Janhsen, K. (2005): Arzneimittelmarkt und Pharmazeutische Betreuung am Beispiel von Kopfschmerzpatienten. Vortrag zur Fachtagung „Hilfe für Medikamentenabhängige“ am 10.3.2005 in Berlin. Internet: [www.dhs-intern.de/pdf/Folien.Janhsen.pdf](http://www.dhs-intern.de/pdf/Folien.Janhsen.pdf).

Jeuck, G. (1999): Frauen – Medikamentenabhängigkeit und Behandlung. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Die Süchte der Frauen. Angebote zur Hilfe auf dem Prüfstand. Hannover. S. 48-63.

Jonas, I. (2006): Wie Co-Abhängigkeiten in der Pflege vermieden werden können. Erfahrungen eines dreijährigen Modellprojektes. In: Pro Alter, 38(1), S. 21-23.

Keup, W. (2004): Analgetika-abhängige Schmerzpatienten. Erster Entzug und Entwöhnung beenden eine erfolgreiche Schmerztherapie. Pöcking. (Frühwarnsystem-Bericht; 140)

Keup, W. (2001): Erfolge – Ergebnisse – Erlebnisse im Frühwarnsystem-Sucht: Mißbrauchsmuster 1976 – 2000. Frühwarnsystem-Daten. Pöcking. (Frühwarnsystem-Bericht; 131)

Kilian, H. (et al.) (2003): Abschlussbericht Projektphase 1: „Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der bundesrepublik Deutschland“. In: Lehmann, F. (et al.) (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 22), S. 65-118.

Klesse, R. (et al.) (1992): Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbstlosigkeit und Selbst-Bewußtsein. Frankfurt a. M.: Campus.

Knopf H.; H.-U. Melchert (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

---

Kolip, P.; G. Glaeske (2002): Die Medikalisierung weiblicher Biografien im mittleren Alter. In: Schweizerische Ärztezeitung, 83(10), S. 479-482.

Kolip, P.; G. Glaeske (2004): Zur Problematik der Verordnung von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln in Deutschland. Ist es ein medizinisches Risiko, Frau zu sein? In: Abhängigkeiten, 10(2), S. 65-74.

Kolip, P.; F. Koppelin (2002): Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann, K.; P. Kolip (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber. S. 491-504..

Korzilius, H. (2005): Arzneitherapie- ein Hochrisikoprozess. In: Deutsches Ärzteblatt, 102(17).

Kramer, P.D. (1995): Glück auf Rezept. Der unheimliche Erfolg der Glücksspieler Fluctin. München: Kösel.

Kraus, L. (2002): Repräsentativerhebung zum Konsum und Missbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren (Erhebung 2000). Sonderauswertung und Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse: Auszug. München: IFT. (unveröffentlicht)

Kraus, L.; R. Augustin (2005): Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 51, Sonderheft 1.

Kraus, L.; R. Augustin (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47, Sonderheft 1.

Kreuzbund (et al.) (Hg.) (2003): Verbandsübergreifende Statistik der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände 2003. Hamm.

Krock, M. (2006): Patientinnenschulung für sozial benachteiligte ältere Frauen und Migrantinnen. Berlin: Gesundheit Berlin e. V. Internet: [www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1964&type=infotext](http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1964&type=infotext).

Kruse, A. (et al.) (2002): Gesundheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 10).

Kruse, A. (et al.) (2005): Gesundheit im Alter. Geänderte Aufl. Berlin: Robert Koch-Institut. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 10).

Kuhnt, M. (2004): Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis. Bericht der Evaluation von Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte in Niedersachsen. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen.

Lampert, Th. (et al.) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

Landtag Nordrhein-Westfalen (2002a): Leben im Alter. Antwort der Landesregierung auf die große Anfrage 9 der Fraktion der SPD. Drucksache 13/2726, 17.06.2002. Internet: [www.landtag.nrw.de/portal/WWW/Webmaster/GB\\_I/I.4/Dokumentenarchiv/dokument.php?Id=MMD13%2F2726+++&von=00001&bis=00000&quelle=alle&action=anzeigen&typ=N](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/Webmaster/GB_I/I.4/Dokumentenarchiv/dokument.php?Id=MMD13%2F2726+++&von=00001&bis=00000&quelle=alle&action=anzeigen&typ=N)

Landtag Nordrhein-Westfalen (2002b): "Über- Unter- und Fehlversorgung bezüglich Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen". Protokoll des Fachgesprächs im Landtag im Rahmen der Enquetekommission zur Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Düsseldorf, 05.09.2002. Internet: [www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB\\_I/I.1/EK/EKALT/13\\_EK2/Protokoll\\_12.\\_Sitzung.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/Protokoll_12._Sitzung.pdf)

---

---

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2004): Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden: VS-Verlag.

Latta, D. (1994): Frauen und Medikamente – Besonderheiten in der Arbeit mit medikamentengefährdeten/ -abhängigen Frauen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 1995. Geesthacht: Neuland. S. 79-92.

Lau, D. T. (et al.) (2004): Long-Term Care: Potentially Inappropriate Medication Prescribing among Elderly Nursing Home Residents: Their Scope and Associated Resident and Facility Characteristics. In: Health Services Research, (10).

Lehmann, F. (et al.) (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 22)

Lehmann, P. (1998): Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern. Berlin: Antipsychiatrieverlag.

Lerch M.; M.-L. Dierks (2001): Gesundheitsinformationen und -kommunikation als Basis für Patientensouveränität. In: Dierks M.-L. (et al.): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. S. 119-145. (Arbeitsbericht; 195)

Leune, J. (2001): Zahlen, Fakten und Trends im Hilfesystem. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht: Neuland. S.135–150.

Lohse, M. J.; B. Müller-Oerlinghausen (2006): Hypnotika und Sedativa. In: Schwabe, U.; D. Paffrath (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2005. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin (u.a.): Springer. S. 650 – 662.

Lohse, M.J.; A. Lorenzen; B. Müller-Oerlinghausen (2006): Psychopharmaka. In: Schwabe, U.; D. Paffrath (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2005. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin (u.a.): Springer. S. 820 – 864.

Loos, H.J.; H.-H. Jansen (1992): Klinische Behandlung von Medikamentenabhängigen in der Suchtklinik. Medikamentenabhängigkeit als Gesundheitserkrankung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Medikamentenabhängigkeit. Freiburg: Lambertus. S. 139-154.

Makoul, G.; P. Arntson; T. Schofield (1995): Health promotion in primary care. Physician-patient communication and decision making about prescription medications. In: Soc Sci Med; 41(9), 1241-1254.

Marckmann, G. (Hg) (2003): Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Stuttgart: Schattauer.

Mayer, K. U.; P.B. Baltes (Hg.) (1999): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2005): Richtlinien/ Erhebungsbogen/ MDK-Anleitungen. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfung in der stationären Pflege. Köln.

Melchert, H.-U. (et al.) (2001): Co- and multimедication in users of ASA and vitamin E drugs in the Federal Republic of Germany. Results of the Federal Health Surveys 1984 – 1999. In: International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics, 39(10), 488-491.

Melchinger, H. (et al.) (1992): Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential. Baden-Baden: Nomos. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; 13).

---

- Meyer, C. (1998): „Sich der Medikamentenabhängigkeit entziehen...“. Überlegungen zum Benzodiazepin- und Schmerzmittelkonsum bei Frauen. In: Lehmann, P. (Hg.): Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern. Berlin: Antipsychotherapieverlag. S. 260-275.
- Meyer, D. (1999): Frauengerechte Prävention von Medikamentenmissbrauch in der Arztpraxis. In: Stadt Münster, Gesundheitsamt (Hg.) Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch? Münster. S. 67-78.
- Meyer, R. (2004): Arzneimitteltherapie: US-Negativliste zum Einsatz bei Senioren. In: Dt. Ärzteblatt, 101(1-2), S. A-5 / B-5 / C-5.
- Mielck, A. (2003): Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Köln. S. 10-19. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 22)
- Mittag, W.; M. Jerusalem (2000): Prävention von Alkohol- und Medikamentenkonsum in der Schule. In: Leppin, A. (et al.) (Hg.): Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention. Neuwied; Berlin: Luchterhand. S. 162-194.
- Moggi, F.; R. Donati (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen (u.a.): Hogrefe.
- Mohn, K. (2005): Frauen – Medikamente – Selbsthilfe. Bericht über ein Projekt. Bundesverband der Betriebskrankenkassen; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe; 10)
- Molter-Bock, E. (2004): Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchner Altenpflegeheimen. München: Ludwig-Maximilians-Universität. (Dissertation)
- Müller, C.; G. Bähler (2004): Zeitschrift „bella donna“. Schlussauswertung der Evaluation im Auftrag der Berner Gesundheit. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin ISPM, Universität Bern.
- Müller, U. (et al.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend.
- Müller-Fahrnow, W. (et al.) (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung, Humboldt-Universität zu Berlin. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.). Frankfurt am Main. (DRV-Schriften; 32).
- Naja, W.J. (et al.) (2000): A general population survey on patterns of benzodiazepine use and dependence in Lebanon. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 102(6), 429-431.
- NDR Panorama Nr. 666 vom 30.03.2006: Drogen auf Rezept. Wie Ärzte Patienten süchtig machen. Bericht von M. Cordero, N. Lübbers. Sendeskript.  
Internet: [www.ndrtv.de/panorama/archiv/2006/0330/drogen\\_auf\\_rezept.html](http://www.ndrtv.de/panorama/archiv/2006/0330/drogen_auf_rezept.html).
- Nette, A. (1989): Konzept und erste Erfahrungen der Informationsstelle Frauen-Alltag-Medikamente. In: Ellinger-Weber, S.; M. Kruse (Hg.): Psychopharmaka im Alltag. Hamburg: Ergebnisse-Verlag. S. 180-194.
- Nette, A. (1991): Information und Beratung für medikamentenabhängige Frauen und Männer. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1992. Geesthacht: Neuland. S. 64-70.
- Nette, A. (1993): Medikamente - Tascheninfo. Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschland. E.V. Kassel: Nicol-Verlag.
-

---

Nette, A. (1995): Medikamentenabhängigkeit und psychosomatische Störung. Zur Versorgung von medikamentenabhängigen Frauen. In: Arbeitskreis Frauen und Sucht (Hg.): Frauen und Sucht. Offene Fachtagung des Arbeitskreises Frauen und Sucht am 22.-23. Februar 1995. Bremen. S. 118-131.

Nette, A. (1994): Ursachen, Bedingungen und Funktionen für den hohen Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittelgebrauch von Frauen. In: Burmester, J. (Hg.): Schlucken und ducken. Medikamentenmißbrauch bei Frauen und Kindern. Geesthacht: Neuland. S. 13-19.

Nink, K.; H. Schröder (2006): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, U.; D. Paffrath (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2005. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin (u.a.): Springer. S. 980 -992

Nink, K.; H. Schröder; G.W. Selke (2001): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, U.; D. Paffrath (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2001. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin (u.a.): Springer. S.823-836.

Nink, K.; H. Schröder (2005): Zu Risiken und Nebenwirkungen. Lesen Sie die Packungsbeilage? Bonn. (WIdO-Materialien; 53)

Pantel, J. (2004): Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Gefördert von BHF-BANK-Stiftung. Frankfurt am Main.

Penzel, Th.; H. Peter; J.H. Peter (2005): Schlafstörungen. Herausgeber: Robert Koch-Institut. Berlin. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; H. 27)

Petersen-Braun, M. (2006): Erkenntnisse über den rezeptfreien Gebrauch von Naproxen 2002-2005. Arzneimittelanwendung und Arzneimittelsicherheit. Sachverständigen-Präsentation im Rahmen einer Sitzung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte. Internet:

[www.bfarm.de/cfn\\_042/nn\\_916718/DE/Pharmakovigilanz/gremien/Verschreibungspflicht/Protokolle/56Sitzung/ergebnisprotokoll.html](http://www.bfarm.de/cfn_042/nn_916718/DE/Pharmakovigilanz/gremien/Verschreibungspflicht/Protokolle/56Sitzung/ergebnisprotokoll.html).

Pimlott, N.J.G. (et al.) (2003): Education physicians to reduce benzodiazepine use by elderly patients: a randomized controlled trial. In: CMAJ, 168(7), 835-839.

Poser, W. (2002): Die Behandlung der Medikamentenabhängigkeit: Sedativa und Hypnotika. In: Richter, G.; H. Rommelspacher; C. Spies (Hg.): Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende?. Lengerich (u.a.): Pabst. S. 203 - 210.

Poser, W. (et al.) (2006): Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien). In: Schmidt, L.G. (et al.) (Hg.): Evidenzbasierte Suchtmedizin: Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Dt. Ärzte-Verlag. S. 271-308.

Poser, W.; A. Dieterich (2003): Benzodiazepinabhängigkeit und Schlaf. Warum Schlafmittelkonsumenten so schlecht schlafen. In: Jellinek, Ch. (et al.) (Hg.): Mehr als abhängig? Schlafstörungen: Trauma, Betäubung, Behandlung. Freiburg: Lambertus. S. 161-176.

Poser, W. (et al.) (1997): Ratgeber für medikamentenabhängige und ihre Angehörigen. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Poser, W.; S. Poser (1996): Medikamente – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Verlauf – Behandlung. Stuttgart: Thieme.

Poser, W.; V. Wegerer (2001): Die isolierte Benzodiazepinabhängigkeit in der Hausarztpraxis. In: Suchttherapie, 2(4), S. 204-208.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2006): Pro Alter: Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. H. 1. Köln.

---

Remien, J. (1994): Bestimmung der Arzneimittelabhängigkeit durch eine quantitative Analyse des individuellen Verbrauchs aller ärztlich verordneten Arzneimittel. IKK-Bundesverband (Hg.). Bergisch Gladbach.

Rumpf, H.-J. (et al.) (2005): Medikamentenabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus MedAK. Internet: [www.dhs-intern.de/pdf/Folien.Rumpf.pdf](http://www.dhs-intern.de/pdf/Folien.Rumpf.pdf).

Sänger, S. (et al.) (2006): Manual Patienteninformation – Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. Berlin: ÄZQ. (Schriftenreihe des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin; 25)

Schaeffer D. (et al.) (2004): Evaluation der Modellprojekte zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65B Sozialgesetzbuch V. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung für die Spitzenverbände der GKV. Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Schai, D. (2000): Subjektive Beurteilung der Schlafmittelabhängigkeit im Alter. Dissertation. Philosophische Fakultät der Universität Zürich.

Schmidt, B. (2004): Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland. Grundlagen und Konzeption. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 24)

Schmidt-Kaehler, S. (2003): Internetkompetenz für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Bielefeld. (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld)

Schneider F. (2004): Insufficient depression treatment in outpatient settings. German Medical Science – an Interdisciplinary Journal 2004;2:Doc01. Internet: [www.egms.de/en/gms/2004-2/000011.shtml](http://www.egms.de/en/gms/2004-2/000011.shtml)

Schuhler, P. (2003): Frühzeitige Hilfe bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Ein Beitrag aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht. In: Psychotherapie im Dialog: Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 4(2), S. 184-187

Schuhler, P.; H. Baumeister (1999): Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. Diagnostik, Behandlung, Frühintervention. Weinheim: Psychologie Verl.-Union.

Schuhler P., Martin J., Wagner A., Höfer E. & Werner H. (1997): Alkohol- und Medikamentenmißbrauch psychosomatisch Kranker. Psychosomatische Fachklinik Münchwies. 1. Auflage 1997.

Schuhler, P.; R. Jahrreis (1996): Die Münchwies-Studie: Alkohol- und Medikamentenmißbrauch psychosomatischer Kranker. Evaluation der stationären Behandlung und Katamnese. Berlin; Bonn: Westkreuz-Verlag. (Verhaltensmedizin heute: Sonderdruck)

Schultz, D.; S. Langenheder (1997): Die Entwicklung der Frauengesundheitszentren in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung von Frauen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Schulz, H. (Hg.) (1997): Altern und Schlaf. Bern: Huber.

Schwabe, U.; D. Paffrath (Hg.) (2006). Arzneiverordnungs-Report 2005. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin (u.a.): Springer.

Selbmann, H. K.; I. Kopp (2005): Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. In: Die Psychiatrie, (1), S. 33-38.

Sieber, M. (2005): Riskanter Alkoholkonsum - Früherkennung und Kurzintervention und Behandlung. Ein Manual für Hausärzte. Bern: Huber.

---

- 
- Sonnenmoser, M. (2004): Psychotherapie älterer Menschen: Eine (noch) unentdeckte Klientel. In: Deutsches Ärzteblatt, PP 3, Ausgabe April, S. 169.
- Sowinski, Ch.; H. Fillibeck (2006): „Bei der Pflege suchtabhängiger älterer Menschen ist viel Kreativität gefragt“. Das ProAlter-Experten-Gespräch. In: ProAlter, 38(1), S. 23-26.
- Soyka, M. (et al.) (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? In: Der Nervenarzt, 76(1), S. 72-77.
- Stadt Arnsberg (Hg.) (2006): Sucht oder Leben. Ein Gemeinschaftsprojekt des Suchthilfenetzwerks Arnsberg-Sundern und des Seniorenbeirates der Stadt Arnsberg unter Beteiligung privater und institutioneller Akteure mit Unterstützung der Stadt Arnsberg. Projektstand 2005. Internet: [www.arnsberg.de/gesundheitsucht-oder-leben.pdf](http://www.arnsberg.de/gesundheitsucht-oder-leben.pdf).
- Stadt Münster, Gesundheitsamt (Hg.) (1999): Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Mißbrauch? Münster.
- Steinbach, I. & Wienemann, E. (1992): Probleme mit Medikamenten im Arbeitsleben. Ergebnisse einer Recherche. Mitarbeit: Angelika Nette. Niedersächsisches Sozialministerium (Berichte zur Suchtkrankenhilfe). Hannover, 1992.
- Stoll, B. (1999): Integration rehabilitativer und ambulanter Versorgung am Beispiel der Müttergenesung. In: Zoike, E.; E.M. Malin (Hg.): Frauengesundheit. Anforderungen an vernetzte Versorgungsangebote. Beiträge eines Symposiums des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen mit ExpertInnen aus Wissenschaft, Medizin, Praxis am 23. September 1999 in Essen. Essen: BKK-Bundesverband. S. 101-120.
- Strauß, B. (et al.) (2002): Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. . In: Hurrelmann, K.; P. Kolip (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber. S. 533-547.
- Sußmann, C. (2001): Frauen und Medikamentenabhängigkeit. In: Bündnis 90 / Die Grünen im bayerischen Landtag (Hg.): Sucht auf Rezept. Problem Medikamentenabhängigkeit. Reader zur Anhörung, 26. Januar 2001. München. S. 17-21.
- Trabert, G. (2001): Interventive Potenziale der medizinischen Versorgung von sozial benachteiligten (armen) Menschen in unserer Gesellschaft. In: Laser, U. (et al.) (Hg.): Gesundheit und soziale Benachteiligung. Informationssysteme – Bedarfsanalysen – Interventionen. 2. Aufl. Lage: Jacobs. S. 115-132. (Schriftenreihe Gesundheit – Pflege – soziale Arbeit; 6)
- Tu, K. (et al) (2001): Progressive Trends in the Prevalence of Benzodiazepine prescribing in Older People in Ontario, Canada. In: Journal of American Geriatrics Society, 49(10), 1341 – 1345.
- United Nations (Ed.) (2006): Report of the National Narcotics Control Board for 2005. New York.
- Vogt, I. (1985): Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Mädchen und Frauen. Opladen: Westdeutscher Verlag. (Beiträge zur psychologischen Forschung)
- Vogt, I. (1989): Probleme der Klassifizierung von Psychopharmaka. In: Scheerer, S.; I. Vogt (Hg.): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Frankfurt a. M.; New York: Campus. S. 193-195.
- Vogt, I. (1994): Alkoholikerinnen: Eine qualitative Interviewstudie. Lambertus, Freiburg i. Br.
- Vogt, I. (1998): Standortbestimmung der deutschsprachigen Frauengesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Huber.
-

- Watzl, H. (et al.) (1991): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In: Heide, M.; H. Lieb (Hg.): Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses. Bonn: Nagel. S. 123 -139.
- Weilandt C. (et al.) (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Wissenschaftliches Institut der Ärzte (WIAD), Bonn.
- Welsch, K. (2002): Suchthilfestatistik 2001 für Deutschland. Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 48, Sonderheft 1.
- Wetterling, T. (et al.) (2002): Sucht im Alter. Ein unterschätztes Problem in der klinischen Versorgung älterer Menschen? In: Der Nervenarzt , H. 9.
- Weyerer, S. (2001): Medikamentensucht im Alter. In: Bündnis 90 / Die Grünen (Hg.): Sucht auf Rezept. Problem Medikamentenabhängigkeit. Reader zu Anhörung, 26. Januar 2001. München. S. 22-28.
- Weyerer, S; M. Schäufele; A. Zimber (1998): Epidemiologie des Psychopharmakagebrauchs im höheren Alter. In: Havemann-Reinecke, U.; S. Weyerer; H. Fleischmann (Hg.) (1998): Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 38-49.
- Weyerer, S.; M. Schäufele (2000): Medikamentenabhängigkeit und Multimedikation. In: Kretschmar, Chr. (et al.) (Hg.): Angst - Sucht - Anpassungsstörungen im Alter. o. O. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, 2000. S. 234-248.
- Wienemann, E.; P. Müller (2005): Standards der Alkohol- Tabak, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen. Expertise im Auftrag der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm.
- Winkler, K. (2001): Gender Mainstreaming in der stationären Alkoholarbeit. In: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales; Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (Hg.). Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 7. Dezember 2000. Hannover. 61-75
- Wittchen, H.-U. (et al.) (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. In: Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 2, S. 216-222.
- Wittchen, H.-U. (et al.) (2001): Hausärztliche Interventionen und Verschreibungsverhalten. In: Fortschritte der Medizin, Sonderheft 1, S. 36-41.
- Wittchen, H.-U. (et al.) (2001): NISAS-2000: Die "Nationwide Insomnia Screening and Awareness Study". Prävalenz und Verschreibungsverhalten in der allgemeinärztlichen Versorgung. In: Fortschritte der Medizin, Originalien, 119(1), S. 9-19.
- Wittchen, H.-U.; F. Jacobi (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44(10), S. 993-1000.
- Wolf, B. (et al.) (1994): Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit. In: Grohmann, R. (et al.) (Hg.): Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka. Ergebnisse der AMÜP-Studie. Berlin (u. a.): Springer. S. 278-304.
- Wolter, D. K. (2005): Zur Problematik der Benzodiazepinverordnung im Alter –Teil 1. In: Geriatrie Journal, H. 1, S. 34 – 38.
-

- 
- Wolter, D. K. (2005): Zur Problematik der Benzodiazepinverordnung im Alter –Teil 2. In: Geriatrie Journal, H. 2, S. 30-34.
- Wolter-Henseler, D. K. (1999): Benzodiazepine. Verordnung, Einnahme, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie &-psychiatrie, 12 (2), S. 115 - 112.
- Wolter-Henseler, D. K. (et al.) (1994): Depression und Benzodiazepinabhängigkeit im Alter. In: Psychiatrische Praxis, H. 21.
- Wolter-Henseler, D. K. (2000): Sucht im Alter. Realistische Therapieziele mindern Frustration. In: NeuroTransmitter, H. 10.
- Wolter-Henseler, D. K. (1996): Zur Problematik der Benzodiazepinverordnung im Alter. In: Psycho, 22(6).
- Wolter-Henseler, D. K. (2000): Realistische Therapieziele mindern die Frustration. In: NeuroTransmitter. (10).
- Zenker C., K. Bammann, I. Jahn (2002): Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg). Bd.148 Nomos, Baden-Baden.
- Zielke, M.; H. Lieb (1990): Sucht und Abhängigkeitsprobleme bei psychosomatischen Erkrankungen. In: Lieb, H. (Hg.): Sucht und Psychosomatik. Themenschwerpunkt der Zeitschrift: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 3(10), S. 81-92.
- Zielke, M.; K. Limbacher (2004): Fehlversorgung bei psychischen Erkrankungen. Studie im Auftrag der DAK. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36(2), Suppl. 3, S. 8-12.
- Zielke, M. (et al.) (2004): Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik: Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf. Lengerich (u.a.): Pabst.
- Zok, K. (2006): Arzneimittelmarkt Selbstmedikation im Fokus. Wissenschaftliches Institut der AOK (Hg.). WIdO Monitor (1). Internet:  
[http://wido.de/uploads/media/wido\\_mon\\_selbstmed\\_0506.pdf](http://wido.de/uploads/media/wido_mon_selbstmed_0506.pdf).
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (Hg.) (2006): ZüFAM-Newsletter Mai 2006.
- Zürner, W. (2001): Zur Arbeit der Fachkommission Medikamentenabhängigkeit. In: Weggefährte, (5), S. 26-27.
-