

# Prävention des Medikamenten-Missbrauchs

Autor(en): **Kaiser, Christine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): - **(2006-2007)**

Heft 93

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-789829>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## **Prävention des Medikamenten-Missbrauchs**

von **Christine Kaiser, ZÜFAM, Zürcher Fachstelle für Alkohol- und Medikamentenmissbrauch**

### **Definition Medikamenten-Missbrauch**

**«Jedes Ding ist ein Gift. Es kommt nur auf die Dosis an.»  
(Paracelsus, 16. Jahrhundert).**

Das Problem des Missbrauchs und der Abhängigkeit entsteht dort, wo eine Vielfalt von psychoaktiven Wirkstoffen und Wirkstoffkombinationen unterschiedliche, zum Teil auch umstrittene Missbrauchrisiken haben. Der Missbrauch findet häufig im Rahmen einer medizinischen Behandlung statt, denn der Übergang zwischen sinnvollem, das heisst medizinisch indiziertem Gebrauch und Missbrauch ist fließend. Da es keine klare Grenze zwischen Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten gibt und in der Fachwelt verschiedenste Auffassungen bezüglich Definitionen und Operationalisierung von «Missbrauch» und «Abhängigkeit» bestehen, existieren bis heute keine eindeutigen Zahlen zum Medikamentenmissbrauch in der Schweiz.

### **Definition «Medikamentenmissbrauch» gemäss WHO**

Der Begriff Medikamentenmissbrauch wird gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO wie folgt definiert:

Medikamentenmissbrauch liegt vor, wenn ein Medikament ohne medizinische Notwendigkeit oder in unnötigen Mengen konsumiert wird. Missbräuchlich können in diesem Sinne fast alle Medikamente verwendet werden, in der Praxis sind es vor allem aber psychoaktive Substanzen:

- Schlafmittel (Hypnotika/Sedativa)
- Beruhigungsmittel (Tranquilizer) aber auch
- Anregungsmittel und Appetitzügler und
- Schmerzmittel einschliesslich Hustenmittel

## **Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10**

Der Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO behandelt den Medikamenten-Missbrauch unter «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» (Kat. F1)

Beim Abhängigkeitssyndrom gemäss ICD-10 handelt es sich «um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, (...) Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht) (...) zu konsumieren». Das ICD-10 nennt sechs Diagnosekriterien, von denen drei oder mehr gleichzeitig vorhanden sein müssen, damit sich sichere Diagnose «Abhängigkeit» gestellt werden kann:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanz-spezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch

exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmass der schädlichen Folgen im klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Die Kriterien des ICD-10 und des DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 1994) decken sich mehrheitlich. Das ICD-10 nennt neben dem Abhängigkeitssyndrom noch den «schädlichen Gebrauch», wobei hier das Kriterium die gesundheitlich schädigende Konsequenz des Konsumverhaltens ist.

### **Fakten zum Medikamenten-Konsum**

Als besonders auffällig stellt sich der Gebrauch von Benzodiazepinderivaten heraus, deren Abhängigkeitspotential schon lange bewiesen ist. Die Wahrscheinlichkeit einer Benzodiazepinabhängigkeit steigt mit der Einnahmedauer und -dosis (Poser & Poser, 1996). Es handelt sich bei dieser Suchtgruppe v.a. um so genannte «low-dose»- bzw. «normal-dose»-Abhängige. Sie stellen die drittgrösste Suchtgruppe im Suchthilfesystem dar, nach den Nikotin- und Alkoholabhängigen (Holzbach, 2000, S. 5-16). Kennzeichnend für Benzodiazepinabhängige ist das fehlende Krankheitskonzept. Weder die Ärzte/innen noch die Betroffenen erkennen in der Regel die Abhängigkeit. Da Tabletten «keine Fahne machen» und Intoxikationserscheinungen nicht erkannt werden, fallen Benzodiazepinabhängige jahrelang nicht auf (Holzbach, 2000, S. 5-16). Es handelt sich um eine so genannte «stille» Sucht, von der v.a. Frauen und ältere Menschen betroffen sind. Die Symptome chronischer Benzodiazepinabhängigkeit sind schwerwiegend. Sie zeigen sich typischerweise in einer leichten kognitiven Beeinträchtigung, einer fehlenden körperlichen Spannkraft und einem Mangel an einer spürbaren gefühlsmässigen Beteiligung an der Umwelt. Ausserdem gestaltet sich der Benzodiazepin-Entzug sehr schwierig und ist häufig von Reboundeffekten begleitet. So können Menschen mit Schlafstörungen nach Absetzen des Schlafmittels unter schwereren, über längere Zeit anhaltenden Schlafstörungen leiden, als dies vor Einnahme des Medikamentes der Fall war.

Eine Risikogruppe für den Gebrauch von Benzodiazepinderivaten stellen Frauen ab 40 Jahren dar. Mit dem Übergang in die 3. Lebensphase gehen häufig körperliche und/oder emotionale Veränderungen mit einher. Diese werden oftmals falsch interpretiert und medikamentös behandelt, obwohl dies nicht immer medizinisch notwendig ist. Werden die Schlaf- und Beruhigungsmittel über längere Zeit verschrieben und eingenommen, kommt es zu einer Medikamentenabhängigkeit mit starken Nebenwirkungen.

Eine weitere Risikogruppe stellen die älteren Menschen dar. Sie klagen oftmals über Schlafstörungen, im fehlenden Wissen darüber, dass sich das Schlafverhalten über die Lebensspanne verändert. Ihr Hausarzt bzw. ihre Hausärztin verschreibt ihnen dann Schlafmittel auf Benzodiazepinbasis. Häufig werden diese Medikamente über Monate oder Jahre eingenommen. Sie beeinträchtigen die kognitive und körperliche Leistungsfähigkeit. Dies kann zu schweren Stürzen mit bspw. einem Oberschenkelhalsbruch und zur Hospitalisation führen. Diese Menschen werden in der Regel pflegebedürftig und können nicht mehr alleine wohnen. Neben der verlorenen Selbständigkeit hat dies auch hohe medizinische und volkswirtschaftliche Kosten zur Folge.

### **Schlussfolgerung**

Beim Medikamenten-Missbrauch handelt es sich um eine stille, weibliche, tabuisierte, legale, unerkannte und weit verbreitete Sucht. Ein Schwerpunkt der Aktivitäten von ZüFAM soll darum die Enttabuisierung des Themas Medikamenten-Missbrauch sein. In erster Linie sollen die Fachkreise angesprochen werden. Ziel ist es, zu sensibilisieren, zu informieren und vernetzen.

Weiter muss der Medikamenten-Missbrauch in der Öffentlichkeit thematisiert werden. Angesprochen werden sollen die Risikogruppen Frauen ab 40 Jahre, Jugendliche und Senioren/innen. Begleitet wird diese Massnahme durch Auftritte in den Medien.