Wege aus der Sucht : Abhängigkeiten erkennen – behandeln – bewältigen : Herbst 2022 123

SUCHT

Grüner Kreis magazin No 123 | Österreichische Post AG SP 04Z035724 S | Simmeringer Hauptstraße 101, 1110 Wien | DVR: 0743542

Medikamentensucht

grüner kreis magazin

www.gruenerkreis.at

Wir danken unseren SpenderInnen

Elfriede Aschbeck, Wien
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Mag. Reinhard und Rosemarie Burndorfer
Beate Cerny, Wien
René Ferrari, Leonding
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Mag. Peter Humann, Pitten
Mag.ª Brigitta Kandl, Wien
Robert Kopera, Reisenberg
Helmut und Gertraude Kulhanek, Kierling
Gesine Muschl, Maria Enzersdorf
Dr. Franz Pfneisl, Lichtenegg
DI Peter Podsedensek, Wien
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach
Dr. Ferdinand Schönbauer, Tulln
Günther Stacher, Waidhofen a.d. Ybbs
Dr. Alfred Stiskal, Eisenstadt
Dr. Alfons William, Wien

und viele anonyme SpenderInnen

Partner des *Grünen Kreises*

Die Niederösterreichische Versicherung unterstützt die Arbeit des *Grünen Kreises*. »Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des *Grünen Kreises* nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noevers.at

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des *Grünen Kreises*!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im *Grünen Kreis* verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die
HYPO NOE
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei
spenden@gruenerkreis.at
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:
Das Aufgabengebiet des *Grüner Kreis*-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins *Grüner Kreis* .
Das *Grüner Kreis*-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren
Medieninhaber: *Grüner Kreis* , Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber: Verein *Grüner Kreis*
Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer
Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

Eigenverlag: *Grüner Kreis*, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen
Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40
office@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at
Layout: Österreichisches Wirtschaftsforum
Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH
Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H.

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:
Alfred Rohrhofer, Gabriele Koller, Gerald Gatterer, Josefine Atzendorf, Sascha Tafelski, Christian Rauschert, Pia Köldorfer, Norbert Bachl, Wolfgang Raber, Human-Friedrich Unterrainer, Theresa Prandstätter, Lisa Roithmeier, und KlientInnen im Verein *Grüner Kreis*

Bildquellennachweis:
Cover: iStock.com / Ulf Wittrock
AutorI*innenportraits: privat

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der Gastautor*innen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der *Grüne Kreis* dankt seinen Förderern

editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit haben sich zu einem unterdiagnostizierten sowie untertherapierten Problem der Volksgesundheit entwickelt. Im Jahr 2019 sind in Österreich 13% der gesamten Gesundheitsausgaben auf Arzneimittel entfallen. Speziell bei Menschen im höheren Alter stehen Polymedikation und, damit einhergehend, die Entwicklung von Substanzkonsumstörungen an der Tagesordnung. Obwohl Medikamentenabhängigkeit in allen Bevölkerungsgruppen zu finden ist, sind anteilsmäßig ältere Frauen überrepräsentiert. Psychosoziale Faktoren, wie Depression, Angst und Mangel an sozialer Unterstützung, aber auch psychosomatische Beschwerden infolge von Verlusterlebnissen und Einsamkeit, lassen die Betroffenen oftmals unbedacht zur Pille greifen.

*Medikamentenmissbrauch ist auch bei älteren Sporttreibenden zu beobachten. Wenn Senior*innen bedingt durch soziale Vereinsamung die Lebensbestätigung bzw. Lebensbefriedigung nur noch im Sport suchen, ist die Versuchung, altersbedingte Leistungsgrenzen mit Medikamenten zu überwinden, sehr groß.*

Letztlich sei noch auf die Gefahren von frei verkäuflichen Arzneimitteln hingewiesen. Rezeptfreie, daher scheinbar harmlose »Over-the-counter-Medikamente«, wie Nasensprays oder Schmerztabletten, bergen ein vielfach unterschätztes Suchtpotential.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Bleiben Sie gesund!

Alfred Rohrhofer

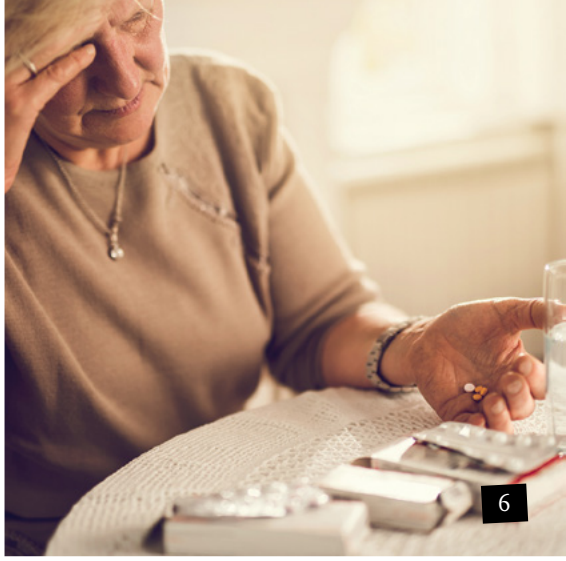
Helfen Sie uns helfen!

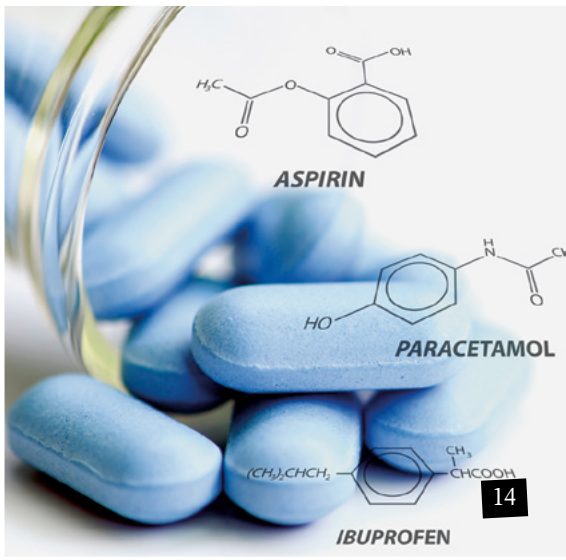
»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom Grünen Kreis« bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

Geben Sie Sucht keine Chance -
unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW




ASPIRIN
PARACETAMOL
IBUPROFEN

Inhalt

3 Editorial
Alfred Rohrhofer

6 Medikamentenabhängigkeit
Gabriele Koller

8 Medikamentensucht und Abhängigkeit im Alter
Gerald Gatterer

10 A pill a day keeps the doctor away!?
Josefine Atzendorf

12 Schmerztherapie bei suchtmittelabhängigen Patient*innen
Sascha Tafelski

14 Missbrauch von Nichtopioid-Analgetika in Deutschland
Christian Rauschert

16 Unser Betreuungsangebot

18 Umgang mit Medikamentenabhängigkeit in der Therapeutischen Gemeinschaft
Pia Köldorfer

20 Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht

22 Die Sucht nach dem Sieg, Medikamentenmissbrauch bei älteren Sporttreibenden
Norbert Bachl

24 Doping und medikamentöse Leistungssteigerung
Wolfgang Raber

26 »Meine Oma fährt im Hühnerstall Motorrad« – Tablettenmissbrauch im Alter
Human-Friedrich Unterrainer

28 Der Einfluss von Bindungsmustern auf Primäremotionen, Persönlichkeit und psychische Gesundheit
Theresa Prandstätter, Lisa Roithmeier

Medikamentenabhängigkeit

von **Gabriele Koller**

Eine Idee wäre, auf entsprechenden Medikamentenblistern ähnlich wie auf Tabakprodukten deutlich sichtbare Warnhinweise anzubringen.

Was ist das Besondere an Medikamentenabhängigkeit?

Die Medikamentenabhängigkeit ist mit 3,2 % (Jahresbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung) durchaus eine der häufigeren Substanzkonsumstörungen. Im Gegensatz zu Alkohol, Tabak oder aber auch illegalen Drogen ist die Medikamentenabhängigkeit aber unterdiagnostiziert und untertherapiert (Deutsche Bundesregierung, 2021). Zahlenmäßig sind viele ältere Frauen betroffen, aber Medikamentenabhängigkeit kommt in allen Bevölkerungsgruppen vor (Deutsche Suchthilfestatistik, 2021).

Welche Medikamente machen abhängig?

Die größte Gruppe der abhängig machenden Substanzen stellt sicherlich die Gruppe der Benzodiazepine sowie auch der Z-Drugs dar. Benzodiazepine werden vor allem zur Behandlung von Schlafstörungen, aber auch bei Angstzuständen, Panikattacken oder vor Operationen eingesetzt. Sie wirken beruhigend, dämpfend und angstlösend und sind aus dem klinischen Alltag kaum noch wegzudenken. Sie besitzen aber ein hohes Potenzial, eine Abhängigkeitserkrankung auszulösen. Ähnlich werden die Z-Drugs (Zolpidem, Zopiclon, Eszopiclon) eingesetzt. Sie haben in der Regel eine kürzere Wirkdauer, sind aber bezüglich der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ähnlich problematisch.

Eine andere ähnlich große Wirkstoffgruppe sind die Schmerzmittel, insbesondere opioidhaltige Schmerzmittel wie z.B. Tilidin oder Tramadol. Diese Substanzen werden vor allem in der Indikation Schmerz verordnet. Auch sie besitzen ein hohes Potenzial zur Entwicklung einer Substanzkonsumstörung.

Aber auch sogenannte »nicht abhängig machende Substanzen«, z.B. nicht opioidhaltige Schmerzmittel wie Ibuprofen, Voltaren oder Pantoprazol, können im Sinne eines »schädlichen Gebrauchs von nicht abhängig machenden Substanzen« für die Gesundheit schädlich sein und ein stufenweises Absetzen nötig machen. Natürlich sollte im Fall von Schmerzen der Erhalt der Lebensqualität an oberster Stelle stehen und verschiedene Aspekte sollten sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

Pregabalin und Gabapentin sind ebenfalls als potenziell abhängigkeitserzeugend einzustufen. Pregabalin wurde gelegentlich zur Behandlung von epileptischen Anfällen eingesetzt, aber auch zur Behandlung von Angststörungen und neuropathischem Schmerz. Gabapentin wird in einer ähnlichen Indikation eingesetzt. Auch im Fall dieser Substanzen ist ein Potenzial für Abhängigkeit bekannt. Häufig werden diese Substanzen auch von drogengebrauchenden Menschen eingesetzt.

Medikamente, die zur Behandlung von ADHS eingesetzt werden, wie Methylphendidat oder Amphetamine, werden gelegentlich missbraucht, eine reine Abhängigkeit tritt aber eher selten auf.

Seit die Verschreibung von Cannabis in Deutschland möglich ist, muss diese Medikamentengruppe sicher auch an dieser Stelle erwähnt werden. Cannabis wird laut Bundesopiumstelle am häufigsten in der Indikation Schmerz verordnet. Da diese Möglichkeit erst seit 2017 vorhanden ist, spielt die Gruppe von Patienten, die rein durch die Verordnung abhängig geworden ist, im Moment noch keine große Rolle.

Wie kann im Rahmen der Verordnung Abhängigkeit so gut es geht vermieden werden?

In den Leitlinien der Bundesärztekammer werden »vier K«, um iatrogene Abhängigkeit zu vermeiden, vorgeschlagen (BÄK, 2021):

1. Klare Indikation, die Indikationsstellung soll sorgfältig geprüft werden, die Patienten müssen über ein mögliches Abhängigkeitspotenzial sorgfältig aufgeklärt werden.
2. Korrekte Dosierung, möglichst kleine Dosierungen wählen, möglichst kleine Packungsgrößen verschreiben.
3. Kurze Anwendungsdauer, die Gesamtverordnungsdauer sollte mit dem Betroffenen besprochen werden, eine Wiedereinbestellung sollte möglichst bald erfolgen.
4. Kein abruptes Absetzen – um starke körperliche Symptome des Absetzens zu vermeiden, sollten all diese Medikamente langsam und schrittweise abgesetzt werden.

Daneben sollte bei komplexen Störungsbildern wie Schlafstörungen, Angst oder Schmerzen im idealen Fall immer schon von Anfang an ein multimodales Konzept mit Aspekten wie Psychotherapie, Entspannungsverfahren, Bewegungstherapie und anderen nicht primär medikamentösen Verfahren herangezogen werden.

Foto: iStock.com/BraunS (Sujetbild)

Zahlenmäßig sind viele ältere Frauen betroffen, aber Medikamentenabhängigkeit kommt in allen Bevölkerungsgruppen vor.

Eine weitere Idee wäre, auf entsprechenden Medikamentenblistern ähnlich wie auf Tabakprodukten deutlich sichtbare Warnhinweise anzubringen.

Sinnvoll könnte sein, dass einzelne Verschreiber die Verschreibungspraxis und Häufigkeit der letzten Zeit an zentraler Stelle einsehen können.

Und wenn doch eine Abhängigkeit entstanden ist?

Gerade in einem solchen Fall sollte eine schrittweise Reduktion der problematischen Substanz erfolgen. Unter Umständen kann eine Einweisung in einen stationären Rahmen (wie qualifizierte Entgiftung) sinnvoll sein, eine ambulante Dosisreduktion kann aber durchaus sinnvoll und möglich sein.

Sowohl im stationären als auch im ambulanten Rahmen sollte genug Zeit eingeplant sein und das »Verweilen auf einer Dosis« für einen längeren Zeitraum (von bis zu einem halben Jahr oder Jahr) kann sinnvoll sein und vor Abbrüchen bewahren.

Behandler sollten sich bewusst sein, dass der Konsum und auch die Konsummenge sich nicht unbedingt in einem Urin oder Bluttest abbildet (z.B. Z-Drugs sind im üblichen Drogenscreening nicht sichtbar).

Die Patienten sollten über Entzugserscheinungen aufgeklärt werden. Gerade im Fall von Benzodiazepinen und Z-Drugs können Entzüge langwierig und schwierig sein und diverse Symptome auftreten.

Für alle Interessierten möchte ich an dieser Stelle auf die Leitlinien Medikamentenabhängigkeit verweisen (AWMF, 2020).

Zumindest einmalig sollte eine organische Abklärung erfolgen, ob nicht z.B. eine Schlafapnoe vorliegt oder ob eine organische Krankheit, die bisher nicht bekannt war, die Schmerzen verursacht.

Sowohl in der Indikation Schmerz als auch in der Indikation Angst und Schlafstörungen sollten im optimalen Fall nichtmedikamentöse Optionen wie Psychotherapie, Entspannungsverfahren, Physiotherapie, Suchtberatung und Schlafhygiene auszuschöpfen versucht werden. In allen genannten Indikationen gibt es auch medikamentöse Optionen, die nicht primär abhängigkeitserzeugend sind, wie Antidepressiva oder Neuroleptika, oder aber auch Medikamente auf primär pflanzlicher Basis, wie z.B. Lavendelprodukte. Auch störungsbezogene Tagebücher (oder aber elektronische Varianten wie Schmerztagebuch) können hilfreich sein.

Gerade bei älteren Patientinnen und Patienten sollte das Sturzrisiko bedacht werden.

In einigen Fällen kann es sinnvoll sein, im Sinne einer »Harm Reduction« für einige Zeit nur eine Verordnung auf der gleichen Dosis ohne Dosisreduktion anzustreben (Konsumstabilisierung auf niedrigem Niveau).

Wie insgesamt im Bereich Substanzkonsumstörungen spielt motivierende Gesprächsführung eine große Rolle.

Literatur

AWMF (2020). Medikamentenbezogene Störungen.

BÄK (2021). Medikamente, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden und Merkblatt der Bundesärztekammer.

Deutsche Bundesregierung (2021). Jahresbericht.

Deutsche Suchthilfestatistik (2021). Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS).

PD Dr.in Gabriele Koller
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und suchtmedizinische Grundversorgung
Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München

Medikamentensucht und Abhängigkeit im Alter

von Gerald Gatterer

Die Problematik von Suchterkrankungen im Alter ist noch immer ein unterrepräsentiertes Kapitel in der Suchttherapie.

Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Abhängigkeit als einen »seelischen, eventuell auch körperlichen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird«.

»Substanzmissbrauch«– oder nach ICD-11 »Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte«[1] – führt zu einer körperlichen oder seelischen Gesundheitsschädigung und bezieht soziale und rechtliche Folgen mit ein, wobei eine Abhängigkeit nicht immer nachweisbar ist.

Die Suchtforschung war lange Zeit primär auf Menschen der Altersgruppe zwischen 18 und 59 Jahren gerichtet. Der ältere Mensch fand wenig Berücksichtigung. Repräsentative Studien zu Substanzkonsum im Alter sind selten. In der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010« (GEDA 2010) vom Robert Koch-Institut gaben insgesamt 22.050 telefonisch Befragte Auskunft zu ihrem Alkoholkonsum. 20,6 % der weiblichen und 28,6 % der männlichen Befragten ab 65 Jahren weisen nach dieser Studie einen riskanten Alkoholkonsum auf.

Bei Medikamenten ist es noch schwieriger, eine Abhängigkeit oder Sucht zu erfassen. Bei keiner anderen Substanz ist es so schwer, Therapie, Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit voneinander abzugrenzen, da diese primär keine Genuss- oder gar Suchtmittel, sondern meist anfangs Heilmittel zur Behandlung von Krankheiten und Beschwerden sind. Vielen älteren Menschen ist auch nicht bewusst, dass sie sich durch ihren Medikamentengebrauch schädigen oder dass sie von ihrem Medikament bereits abhängig geworden sind.

Altern und Medikamente

Das Altern ist ein Risikofaktor für viele Erkrankungen, Abbauprozesse und psychosoziale Belastungen. Insofern zählen ältere Menschen zu den Hauptkonsumenten von Medikamenten, wobei Antidepressiva, Schlaf- und Beruhigungsmittel oder Schmerzmittel, Abführmittel, aber auch Neuroleptika neben blutdrucksenkenden Präparaten im Vordergrund stehen. Diese Medikamente werden oft dann verschrieben, wenn entsprechende körperliche (z.B. gastrointestinale Beschwerden) oder psychische Symptome (Ängste, Depressionen, Schlafstörungen, unklare Schmerzzustände und psychosomatische Beschwerden) auftreten, und sind dadurch Teil der medizinischen Therapie der »somatischen« Grunderkrankungen. Zusätzlich stellen körperliche Erkrankungen und soziale Veränderungen, wie etwa Verlusterlebnisse oder der Übertritt in die Pension, die mit dem normalen Alterungsprozess einhergehen, aber auch eine zusätzliche psychische Belastung dar, die ebenfalls eine Zunahme von Schlafstörungen, Depressionen und kognitiven Störungen begünstigt. Auch hier kommt es oft zur Verschreibung von Antidepressiva, Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Savaskan & Laimbacher, 2021, S. 59). Die Autoren weisen darauf hin, dass diese nur nach sorgfältiger Indikationsstellung und Aufklärung der Betroffenen hinsichtlich Suchtpotenzial und Nebenwirkungen eingesetzt werden sollten (S. 21).

Zusätzlich haben ältere Menschen auch ein erhöhtes Risiko für kognitive Veränderungen infolge demenzieller Erkrankungen (Österreichischer Demenzbericht; Gatterer & Croy, 2020). Die oft damit verbundenen Veränderungen von sozialen Verhaltensweisen und der Grundpersönlichkeit haben ebenfalls oft eine medikamentöse Therapie mittels Antidepressiva, Beruhigungsmitteln und Neuroleptika zur Folge. So berichten Anditsch et al. (2006), dass es gerade bei dieser Gruppe zu einer erhöhten Verschreibung von Psychopharmaka kommt. Benzodiazepine gehören hier zu den am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka, z.B. bei Schlafstörungen, Angstzuständen und durch Muskelverspannungen verursachten Rückenschmerzen, da sie einen raschen Wirkungseintritt haben und deshalb auch von den Betroffenen lieber eingenommen werden als Antidepressiva oder nieder dosierte Neuroleptika/Antipsychotika.

Für ältere Menschen sind sie jedoch nicht immer empfehlenswert. Neben den erwünschten Wirkungen haben diese Medikamente fast immer auch unerwünschte Nebenwirkungen. Das Risiko von Nebenwirkungen ist bei Kombipräparaten erhöht und steigt, je mehr Medikamente gleichzeitig eingenommen werden. Besonders gefährlich ist der gleichzeitige Gebrauch von Psychopharmaka und Alkohol, wobei dies häufiger bei Männern auftritt als bei Frauen. Psychopharmaka wirken bei älteren Menschen oft anders. Sie werden langsamer im Körper abgebaut, da Nieren und Leber im Alter eingeschränkt funktionieren. Das zentrale Nervensystem und die Neurotransmitter reagieren oftmals empfindlicher auf die Wirkstoffe. Bereits bei einer über einen längeren Zeitraum eingenommenen gleichbleibend niedrigen Dosis kann es insbesondere bei Benzodiazepinen zu einer sogenannten Niedrig-Dosis-Abhängigkeit kommen. Weiters kann eine regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka auch eine Wirkstoffanreicherung im Körper bewirken. Dadurch kommt es zur

[1] https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=2246A0A5D242CD8041ADAE5BFADBC1D3.intranet231

Hang-over-Sedierung, d. h., das abends verabreichte Medikament wirkt noch bis in den nächsten Tag hinein.

Folgen oder Symptome einer unsachgemäßen Einnahme von Psychopharmaka sind:

- Eine Blutdrucksenkung und atemdepressive Wirkung, eine erhöhte Schläfrigkeit, Schwindel und damit verbundene Unfall- oder Sturzgefahr
- Zunehmende Teilnahmslosigkeit, Verwahrlosung und Depressivität
- Eine Abnahme der kognitiven Leistungen und der Aufmerksamkeit, stärkere Vergesslichkeit und ein erhöhtes Risiko für eine Demenz
- Beeinträchtigungen der Wahrnehmung wie Seh- und Koordinationsstörungen
- Aber auch paradoxe Wirkung bei demenziell erkrankten Menschen

Häufigkeiten

Es ist schwierig, entsprechende Daten dazu zu erfassen, weil die Abhängigkeit sich in vielen Fällen über Jahre und Jahrzehnte im Niedrigdosisbereich abspielt und daher epidemiologisch kaum in Erscheinung tritt. Für Österreich wird geschätzt, dass 150.000 Personen arzneimittelabhängig sind, man geht jedoch von einer Dunkelziffer von bis zu 300.000 Personen aus (Musalek, GFSTMK 2020b, S. 78 f., in: Gesundheitsfonds Steiermark, 2021). Der Anteil der über 65-Jährigen, die in der österreichischen Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020 (General Population Survey – GPS) angaben, in den letzten 30 Tagen Schlaf- oder Beruhigungsmittel konsumiert zu haben, liegt in der Steiermark mit 15,4 % weit über dem gesamtsteirischen Durchschnitt aller Altersgruppen von 8,7 %. Rund 28 % der Befragten dieser Altersgruppe gaben an, solche Mittel eingenommen zu haben. Nach dem epidemiologischen Suchtsurvey 2015 (Deutschland) liegt die 30-Tages-Prävalenz (Einnahme in den letzten 30 Tagen) von Schmerzmitteln in der Altersklasse 60 bis 64 Jahre bei 37 %. 7 % nahmen Schlaf und Beruhigungsmittel und 5,8 % Antidepressiva ein. Sehr häufig werden diese Medikamente auch kombiniert eingenommen. Von den 60- bis 64-jährigen Konsument*innen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln haben (in den letzten 12 Monaten) 81,4 % auch Schmerzmittel und 30,3 % auch Antidepressiva eingenommen.

Von einem problematischen Gebrauch psychoaktiver Substanzen, vor allem Benzodiazepinen, sind schätzungsweise 8 bis 13 % aller Menschen zwischen 60 und 64 Jahren betroffen. Es wurde auch deutlich, dass Frauen häufiger als Männern Medikamente verordnet werden. Bedenklich stimmt, dass nicht nur mit der Altersklasse der problematische Gebrauch sowie die Abhängigkeit von Medikamenten zunehmen, sondern dass die Prävalenzraten deutlich zugenommen haben. In der Altersklasse 50 bis 59 Jahre lag im Jahr 2000 eine Medikamentenabhängigkeit bei 4,9 % der Befragten vor, bei 5,9 % wurde ein problematischer Gebrauch festgestellt. Im Jahr 2006 lag dieser Anteil bei 7,4 %. Unter der Annahme, dass dieser Anteil in den höheren Altersklassen nicht abnimmt, betrifft dies ca. 1,25 Millionen Menschen in Deutschland über 65 Jahre.

Die Zahl der Personen, welche Medikamente ohne Verordnung bei Verdauungsbeschwerden einnehmen, steigt ebenfalls mit dem Alter an (Statistik Austria, 2007). Verwenden in der Personengruppe der 15- bis 60-Jährigen etwa 4,1 % Medikamente gegen diese Beschwerden, sind es in der Personengruppe über 65 Jahre bereits 8,2 %. Bei den Medikamenten, welche auf Verschreibung gegen Beschwerden bei der Verdauung eingenommen werden, nehmen 6,8 % der Personen zwischen 15 und 60 Jahren und 9,7 % der über 60-Jährigen Medikamente zur Linderung der Beschwerden. Besonders auffallend ist der Wert von 13,8 % bei den über 75-Jährigen.

Risikofaktoren

Altern ist ein multifaktorielles Geschehen, dabei spielen biologische, psychologische, soziale und kontextuelle Variablen eine wesentliche Rolle. Dies gilt auch für die Suchterkrankung im Alter. Insofern spielen auch im Alter genetische und neurophysiologische Prozesse bei der Suchtentwicklung eine große Rolle. Insbesondere ist hierbei das dopaminerge System stark mitbeteiligt. Das ist gerade bei älteren Menschen besonders durch die Beseitigung von Symptomen durch rasch wirksame Medikamente der Fall. Dabei spielen psychologisch Verstärkermodelle aber dahinter liegende Schemata (z.B. Kontrolle zu haben, Unlustvermeidung, Autonomie; vgl. Grawe) eine wesentliche Rolle. Die Medikamente unterstützen diese Prozesse sehr stark. Zuletzt ist im Alter durch psychosoziale Faktoren auch das Risiko für eine Depression und Ängste, aber auch für psychosomatische Beschwerden infolge von Verlusterlebnissen und Einsamkeit erhöht. Schnell wirksame Substanzen sind hier bei älteren Menschen beliebter als »weniger stark spürbare Substanzen« wie etwa Antidepressiva.

Zuletzt ist natürlich die bereits erwähnte Problematik von Menschen mit Demenz gegeben. Die oft damit verbundenen Verhaltensstörungen, Ängste und Probleme, die sich bei der Betreuung durch Angehörige und professionelle Betreuer*innen ergeben, führen leicht zu einer Polymedikation, die auch suchtfördernde Substanzen beinhaltet und viele Nebenwirkungen hat (Konsensus Statement – Demenzerkrankungen: Medikamentöse Therapie). Dies erfolgt oft dadurch, dass andere Substanzen aus der Sicht der Betreuer*innen zu wenig Wirkung zeigen. Menschen in Pflegeeinrichtungen sind hiervon besonders betroffen.

Prävention

Präventive Maßnahmen sind der wichtigste Aspekt bei Suchterkrankungen. Auch im Alter ist dieser Faktor besonders wichtig. Er betrifft dabei sowohl die Personen selbst, aber auch die Ärzt*innen, die das Suchtpotenzial ihrer medikamentösen Therapie durch eine begleitende Psychotherapie oder psychologische Behandlung reduzieren sollten. Das gilt vor allem für die typischen Probleme älterer Menschen wie Schlafstörungen infolge fehlender Tagesstruktur, Vereinsamung, unspezifischer Ängste, aber auch psychosomatische Beschwerden wie gastrointestinale Beschwerden oder unspezifische Schmerzen. Diese entstehen oft durch eine stärkere Körperorientierung infolge fehlender sozialer Kontakte.

Aber auch die betroffenen Menschen selbst und deren Angehörige sollten vermehrte Aufmerksamkeit auf das Suchtrisiko bei gewissen Substanzen legen. Das gilt auch für Menschen mit Demenz, die zwar manchmal durch ihre veränderten Verhaltensweisen »anstrengender« sind, aber trotzdem sollte dann ein Beruhigungsmittel nicht das Mittel der ersten Wahl sein, obwohl es natürlich oft schnell hilft. Hier wäre der Einsatz von Antidementiva, Antidepressiva bzw. auch von einem leichten Neuroleptikum und ebenfalls Psychotherapie bzw. auch Paar- oder Familientherapie zu empfehlen (Gatterer, 2018).

Die Abklärung einer Suchtgefährdung kann man auch durch Fragebögen

→ Seite 30

A pill a day keeps the doctor away!?

Verbreitung der Medikamenteneinnahme in der älteren Bevölkerung in Österreich

von Josefine Atzendorf

Die Österreichische Apothekenkammer berichtet, dass 2020 ca. 70 % des Bedarfs an Arzneimitteln Personen ab 50 Jahren zugeordnet werden konnten.

Bei der Behandlung von Erkrankungen und den Linderungen von damit einhergehenden Beschwerden spielt die Einnahme von Medikamenten eine tragende Rolle [1]. Im Jahr 2019 beliefen sich die Gesundheitsausgaben in Österreich auf 44,2 Milliarden Euro, wovon etwas mehr als ein Zehntel (13%) für Arzneimittel ausgegeben wurde (Konsum im Krankenhaus- und Apothekenmarkt, inklusive Umsatzsteuer) [2, 3]. Die Österreichische Apothekenkammer berichtete, dass 2020 ca. 70% des Bedarfs an Arzneimitteln Personen ab 50 Jahren zugeordnet werden konnten [2, 4]. Mit fortschreitendem demografischen Wandel ist davon auszugehen, dass in einer immer älter werdenden Bevölkerung auch in Zukunft der Bedarf an Medikamenten steigen wird.

Neben Umsatz- und Verordnungszahlen bieten sich epidemiologische Daten aus Bevölkerungsbefragungen an, um die Verbreitung der Einnahme verschiedener Arzneimittel in der Bevölkerung bzw. in verschiedenen Bevölkerungsgruppen abzuschätzen [1]. Mithilfe epidemiologischer Studien kann u. a. so auch der Gebrauch von nicht verschriebenen und frei verkäuflichen Medikamenten, sogenannten »Over the counter (OTC)«-Medikamenten, erfasst werden sowie die Einnahme mehrerer Wirkstoffe (Polypharmazie) [1].

Repräsentative Ergebnisse zur Verbreitung der Einnahme von Medikamenten in der älteren Bevölkerung in Österreich liegen aus dem SHARE Survey on Health, Aging and Retirement in Europe für 2019/2020 vor [5-7]. Die Daten wurden mittels computergestützter, persönlicher Interviews (CAPI) von Oktober 2019 bis März 2020 erhoben. Insgesamt beantworteten n = 1560 Personen in Österreich Fragen zum Medikamentengebrauch. Die Studienteilnehmenden wurden gefragt, zu welchen Erkrankungen oder Beschwerden sie mindestens einmal wöchentlich ein Medikament einnahmen und ob sie täglich fünf oder mehr Medikamente gebrauchten (Polypharmazie). Bei der Einnahme mehrerer Medikamente sollten sowohl vom Arzt verschriebene als auch nicht verschriebene Medikamente sowie Nahrungsergänzungsmittel wie Vitamine und Mineralstoffe berücksichtigt werden. Insgesamt nahmen in Österreich 39,7 % Männer und 60,3 % Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 73,3 Jahren (SD = 8,8 Jahre; Min = 50 Jahre; Max = 101 Jahre) teil. Personen jünger als 50 Jahre und Personen, die nicht alle Fragen zu dem Gebrauch von Medikamenten beantwortet hatten, wurden von den Berechnungen ausgeschlossen (n = 7). Nachfolgend sind gewichtete Prävalenzwerte dargestellt.

Frauen und Männer gebrauchten deskriptiv am häufigsten Medikamente gegen Bluthochdruck (Abbildung 1

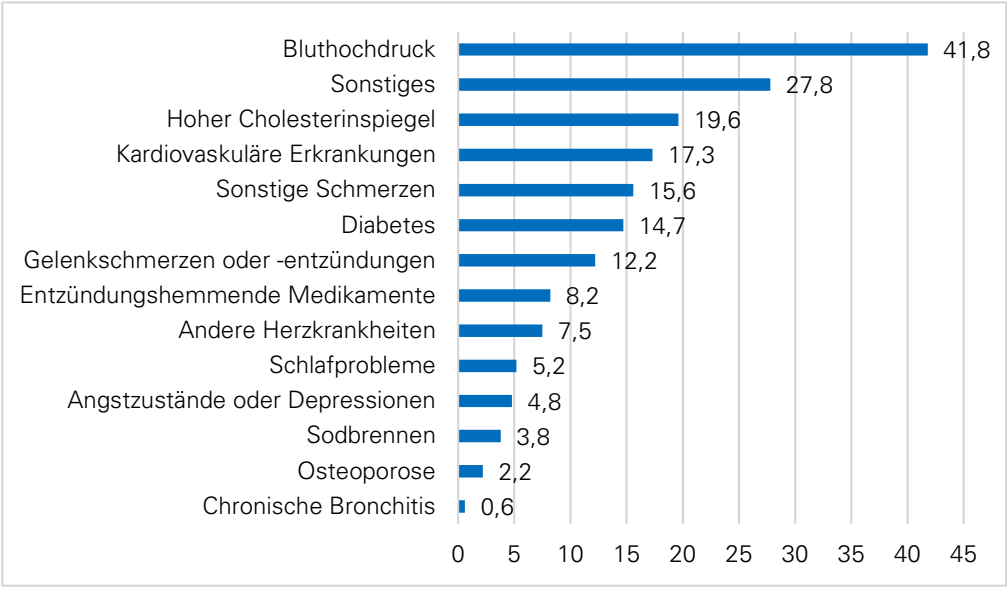


Abb. 1: Gewichtete Prävalenzwerte (in %) für den Gebrauch von Medikamenten bei Männern in Österreich (50 Jahre), n = 619, SHARE Wave 8 Release 8.0.0

und Abbildung 2). Etwa ein Fünftel der Männer und Frauen nahm Medikamente aufgrund eines erhöhten Cholesterinspiegels ein. Männer berichteten deskriptiv häufiger als Frauen, Medikamente aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen sowie Medikamente gegen Diabetes zu gebrauchen. Frauen berichteten dagegen deskriptiv häufiger, Medikamente gegen Osteoporose, Schlafprobleme, Depression oder Angstzustände einzunehmen.

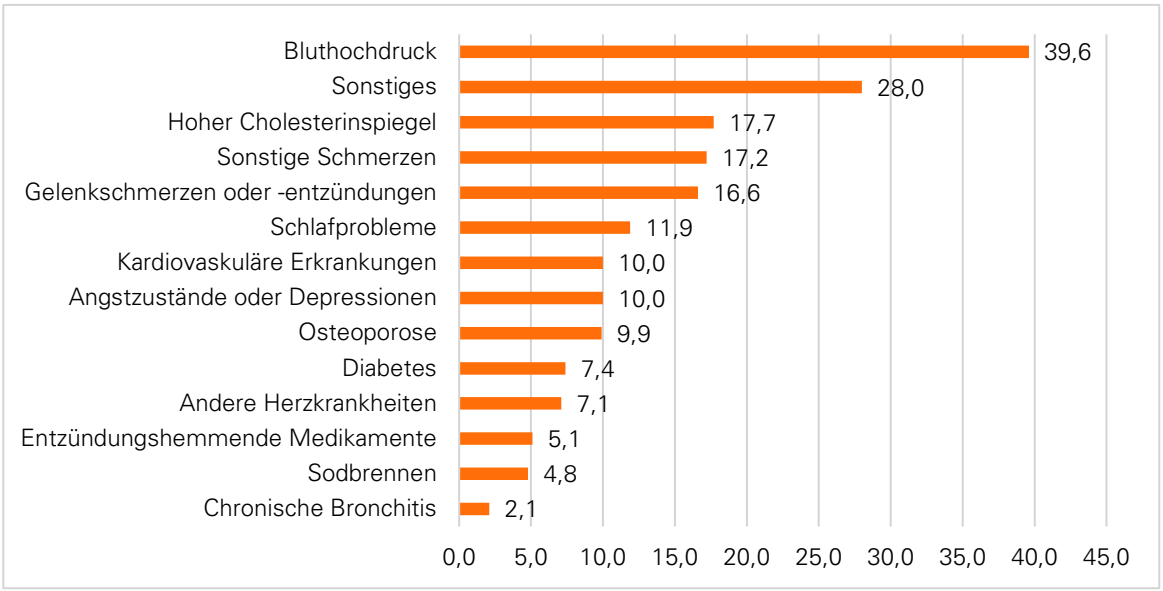


Abb. 2: Gewichtete Prävalenzwerte (in %) für den Gebrauch von Medikamenten bei Frauen in Österreich (50 Jahre), n = 941, SHARE Wave 8 Release 8.0.0

Bei Frauen zeigte sich weiterhin deskriptiv, dass mit dem Fortschreiten des Alters vermehrt mindestens fünf Medikamente täglich eingenommen werden (Abbildung 3). Bei Männern nahmen deskriptiv etwas mehr als ein Drittel der 50- bis 59-Jährigen mindestens fünf Medikamente täglich ein, wohingegen dies nur drei von zehn Frauen in derselben Altersgruppe berichteten. Eventuell kann dies damit erklärt werden, dass Männer in der Altersgruppe auch deskriptiv häufiger als Frauen berichteten, Medikamente gegen Bluthochdruck (Männer: 32,3 %; Frauen: 9,9 %), gegen erhöhte Cholesterinwerte (Männer: 22,9 %; Frauen: 5,2 %), aufgrund von Erkrankungen der Herzkranzgefäße oder der Blutgefäße im Gehirn (Männer: 38,8 %; Frauen: 1,7 %) und mehr entzündungshemmende Medikamente (Männer: 12,3 %; Frauen: < 0,01 %) einzunehmen. Von 60 bis 89 Jahren gebrauchten auch Männer mit dem Fortschreiten des Alters deskriptiv häufiger mindestens fünf Medikamente täglich. Bei den Personen ab 90 Jahren nahmen wiederum Frauen deskriptiv häufiger als Männer mindestens fünf Medikamente täglich ein. In der ältesten Altersgruppe berichteten deskriptiv mehr Frauen als Männer, Medikamente gegen Bluthochdruck (Männer: 56,1 %; Frauen: 74,1 %), aufgrund anderer Schmerzen (Männer: 13,8 %; Frauen: 36,1 %), aufgrund von Depression oder Angstzuständen (Männer: 2,6 %; Frauen: 10,3 %), gegen Osteoporose (Männer: 4,6 %; Frauen: 20,8 %) sowie entzündungshemmende Medikamente (Männer: < 0,01 %; Frauen: 18,4 %) einzunehmen.

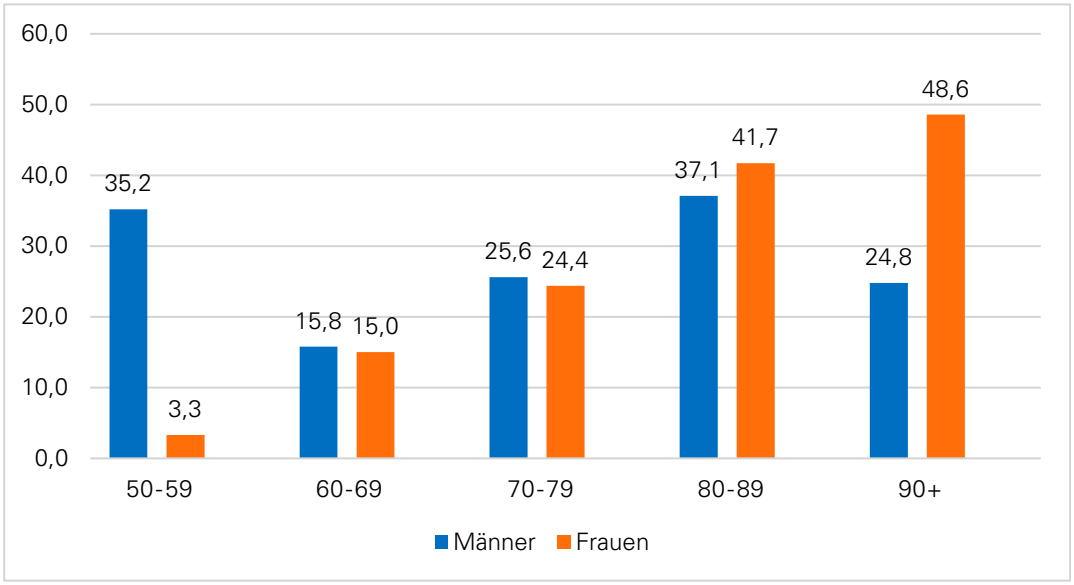


Abb. 3: Gewichtete Prävalenzwerte (in %) für die tägliche Einnahme von mindestens 5 Medikamenten in Österreich nach Altersgruppen, n = 1560, SHARE Wave 8 Release 8.0.0

→ Seite 31

Schmerztherapie bei suchtmittelabhängigen Patient*innen

von Sascha Tafelski

Die schmerztherapeutische Begleitung von Patient*innen mit Einnahme von psychotropen Medikamenten oder Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial ist vor dem Hintergrund der Konsumraten eine tägliche Herausforderung im ambulanten wie auch stationären Behandlungsumfeld.

Der Gebrauch von psychotropen Substanzen ist wahrscheinlich so alt wie die Menschheit selbst. Neuroanatomisch ist das Belohnungssystem im Gehirn für die Steuerung der Bedürfnisbefriedigung und auch für die Suchtentwicklung von entscheidender Bedeutung [1]. Die Entwicklung von hochwirksamen psychotropen Substanzen in den vergangenen Jahrzehnten hat das Problem einer intensiven körperlichen wie auch psychischen Abhängigkeit allerdings aggraviert. Der Europäische Drogenbericht 2021 schätzt die Lebenszeitprävalenz von Drogen auf mindestens 28,9% der Bevölkerung (83 Millionen Menschen). Dabei sind Cannabis, Kokain, MDMA und Amphetamine die häufigsten benannten illegalen Substanzen. Der Einsatz von Hochrisiko-Opioiden wird auf eine Prävalenz von 0,35% der EU-Bevölkerung beziffert, wobei Opioide bei 76% der tödlichen Überdosierungen nachgewiesen wurden. Bemerkenswert ist der Zuwachs des multiplen Substanzgebrauches sowie der immer neue Nachweis von synthetischen Substanzen mit noch höherem Abhängigkeitspotenzial wie beispielsweise synthetischen Cannabinoiden oder Methamphetaminen [2]. Während dieser Effekt insbesondere für Amphetamine wie z.B. Crystal Meth bereits gut dokumentiert ist, liegen inzwischen vermehrt Berichte über verschiedene Cannabinoide und ihr signifikantes Abhängigkeitspotenzial vor [3, 4]. Selbst unter den kontrollierten und selektionierten Bedingungen einer aktuellen Studie konnten Symptome der Cannabinoid-Abhängigkeit bei immerhin 25 der 186 Studienteilnehmer:innen nachgewiesen werden (13,4%).

Die schmerztherapeutische Begleitung von Patient*innen mit Einnahme von psychotropen Medikamenten oder Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial ist vor dem Hintergrund der Konsumraten eine tägliche Herausforderung im ambulanten wie auch stationären Behandlungsumfeld. Schwerpunkt ist hierbei der Hochrisiko-Opioidgebrauch, auf den nachfolgend näher eingegangen werden soll.

Pathophysiologische Veränderungen bei Opioidabhängigkeit

Bei Patient*innen mit Opioid-Abhängigkeit oder in Substitutionsprogrammen besteht sehr häufig eine ausgeprägte Angst vor Entzugssymptomen und psychiatrischen Komorbiditäten. Insbesondere in Stresssituationen wie einem Unfall oder einer Operation kommen Patient*innen dann rasch an die Grenzen ihrer Kompensationsmechanismen. Ein unangenehmes Symptom eines akuten Opioidentzuges ist dabei die generalisierte Hypalgesie, bei der die Patient*innen über eine am ganzen Körper auftretende Überempfindlichkeit gegenüber Berührung und eine verstärkte Schmerzwahrnehmung berichten. Zu beobachten ist zudem, dass eine Behandlung mit Opioiden dann andere Dosierungen erfordert, als dies eigentlich zu erwarten wäre. Während einerseits also der Bedarf an einer höheren Schmerzmitteldosierung bestehen kann, bestehen zusätzlich eine verstärkte Schmerzwahrnehmung und unerwartet hohe Schmerzintensitäten [5]. Bei der Betreuung von Patient*innen mit Substanz-Fehlgebrauch besteht die dringende Notwendigkeit von interdisziplinärem Handeln. Nachfolgend wird der perioperative Verlauf eines Patienten nach Fraktur mit ambulant durchgeführter Levomethadon-Substitution (L-Polamidon) exemplarisch beschrieben:

Vorbericht: Ein 32-jähriger Patient wird nach einem Sturz mit dem Fahrrad über die Rettungsstelle in das Krankenhaus aufgenommen. Im Zuge des Unfalls hatte sich der Patient eine Radiusfraktur zugezogen. Der Patient berichtet auf Nachfrage über eine ambulante Levomethadon-Substitution seit acht Jahren, nachdem er in früheren Jahren zunächst Cannabis, dann auch Heroin sowie Kokain konsumiert hatte. Aktuell berichtet er über keinen Beikonsum. Als Dosis gibt er eine Einnahme von Levomethadon 8 ml in der ambulanten Suchtpraxis morgens gegen 10 Uhr an. Die operative Versorgung des Patienten erfolgt in kombinierter Allgemein- sowie Regionalanästhesie mit

axillärer Plexusblockade mit Schmerzkatheter. Im OP hatte der Patient Metamizol sowie Ibuprofen 600 mg erhalten. Zusätzlich war im Aufwachraum 40 mg Parecoxib im Intervall gegeben worden.

Schmerzkonzept: Bereits präoperativ erfolgt ein Gespräch mit dem Patienten. Die Kollegin der Anästhesie plant einerseits sowohl die operative Versorgung als auch das postoperative Schmerzkonzept in Abstimmung mit dem Traumatologen. Von zentraler Bedeutung ist die Wertschätzung des Patienten, insbesondere die Zusicherung, eine konstante Versorgung mit dem bekannten Substitutionsmedikament durchzuführen und einen möglichen Entzug zu beachten. Für die postoperative Schmerzbehandlung wird neben einem Regionalverfahren am Plexus axillares eine Erhöhung der Levomethadon-Substitution vorgenommen: von ursprünglich 8ml Levomethadon wird eine Erhöhung auf 10 ml Levomethadon 1-0-0 vorgenommen, zusätzlich kann sich der Patient einen Milliliter Levomethadon dreimal am Tag als zusätzlichen Bolus abholen. Die Gabe von Metamizol (4 g pro Tag) sowie Ibuprofen 3 x 800 mg wird fortgesetzt. Mit dem Patienten ist vereinbart, dass er bei Auftreten von Schmerzen oder Entzugssymptomen zusätzlich mit Gabapentin behandelt werden kann, aktuell wünscht sich der Patient jedoch keine weiteren Schmerzmittel. Nichtmedikamentöse Verfahren wie Kühlung und Extremitäten-Hochlagerung werden ergänzt. Der Akut-Schmerzdienst besucht den Patienten täglich, hier werden der aktuelle sowie maximale Schmerz der letzten 24 Stunden dokumentiert und mit dem Patienten Möglichkeiten der Schmerzbehandlung besprochen. Der Katheter hat zunächst eine Laufrate von 4 ml pro Stunde (Ropivacain 0,2 %) und wird schrittweise täglich reduziert. Bereits präoperativ ist mit dem Patienten vereinbart worden, dass der ambulante Suchtmediziner über den stationären Aufenthalt informiert wird, ein entsprechendes Entlassdokument mit den applizierten Opioiden wird dem Patienten mitgegeben. Nach einem dreitägigen stationären Verlauf wird die Regionalanästhesie entfernt, der Patient verlässt am vierten Tag auf eigenen Wunsch die Klinik.

Von entscheidender Bedeutung ist wie in diesem Fall die vertrauensvolle Begleitung der Patient*innen: Einerseits sollten Symptome wie Schmerz, Angst oder Depressionen mit den Patient*innen besprochen und nicht bagatellisiert werden. Die Patient*innen haben in der Regel diverse und eben sehr unterschiedliche Erfahrungen mit dem medizinischen System gemacht. Andererseits sind ein klarer Umgang mit und die interdisziplinäre Abstimmung von therapeutischen Maßnahmen einschließlich der Schmerztherapie dringend geboten. Richtlinien in der Akutschmerzbehandlung lassen sich bei Patient*innen mit suchtmedizinischer Begleitung nicht verallgemeinern, jedoch sollte im individuellen Konzept ein Verzicht auf rasch anflutende, akut wirksame Opioide, Benzodiazepine sowie Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial versucht werden oder diese Substanzen rasch durch günstigere Alternativen ersetzt werden. Ein Augenmerk sollte zudem auf Schlafmedikamente und andere sedierende Medikamente gelegt werden, hilfreich kann ein Blick in die Leitlinie »Nicht erholsamer Schlaf« sein[6]. Patient*innen in suchtmedizinischer Begleitung sollten vor einem operativen Eingriff möglichst frühzeitig dem behandelnden Anästhesie-Team vorgestellt werden, um das perioperative Behandlungskonzept abzustimmen.

Verlässlichkeit bei der Medikationsplanung und die Umsetzung der besprochenen Akutschmerzmedikamente sind für die Patient*innen von Bedeutung. Eine therapeutische Option ist in der Akutsituation selbstverständlich die Behandlung mit einem Patienten-kontrollierten-Analgesie-Verfahren. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass das primäre Ziel dieser Verfahren in der kontinuierlichen Zufuhr von intravenösen Opioiden liegt, um einen konstanten therapeutischen Spiegel zu erreichen. Die Bolus-Funktion sollte hierbei mit einer entsprechend limitierten Dosis vorgesehen werden, um einem Triggern einer potenziellen Opioidabhängigkeit keinen Vorschub zu leisten. Auch die Therapiesicherheit ist hier von Bedeutung, insbesondere sollten die Systeme zugriffssicher und vor Manipulation geschützt sein. In der Schmerztherapie ist insbesondere für diese Patient*innengruppe ein multimodaler Ansatz indiziert, hierbei sollten physikalisch-medizinische, psychologische wie auch medikamentöse Ansätze kombiniert werden. Unter Berücksichtigung des kardiovaskulären und renalen Risikoprofils ist der sinnvoll kombinierte Einsatz von nichtsteroidalen Antiphlogistika, Gabapentinoiden, Antidepressiva sowie die oben beschriebenen retardierten Opioide indiziert und eine Begleitung durch einen/eine Schmerzmediziner:in sinnvoll. Hierbei sind besonders Risikooperationen wie die Amputation in der Gefäßchirurgie zu nennen, bei denen entsprechende multimodale Konzepte bereits im OP empfohlen werden[7]. An dieser Stelle sei insbesondere auch auf die jüngst erschienene AWMF-Akutschmerz-Leitlinie verwiesen, in die Substanzen und auch suchtmedizinische Grundsätze mit Eingang gehalten haben[8]. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Behandlung von Patient*innen mit Suchtanamnese eine häufige Herausforderung in Krankenhäusern und Ambulanzen darstellt. Neben dem professionellen Umgang mit dem Substanzmittelmissbrauch als relevanter Nebendiagnose besteht ein dringender Bedarf an hoher fachlicher Expertise und interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Literatur

1. Schafer, M., Denke, C., Krampe, H. & Spies, C. (2015). Pharmacotherapy in pain patients with substance abuse. J Pain Palliat Care Pharmacother 29(1), 59–60.
2. (EMCDDA) EBfDuD. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2021), Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, Report No, 1977–9836.
3. Gilman, J. M., Schuster, R. M., Potter, K. W., Schmitt, W., Wheeler, G., Pachas, G.N. et al. (2022). Effect of Medical Marijuana Card Ownership on Pain, Insomnia, and Affective Disorder Symptoms in Adults: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open 5(3), e222106.
4. Maier, C., Glaeske, G. (2021). [The green rush-worse than feared? : Data on the misuse of medical cannabis]. Schmerz 35(3), 185–7.
5. Hampel, C., Schenk, M., Gobel, H., Gralow, I., Grusser, S. M., Jellinek, C. et al. (2006). [Pain therapy in addicted patients]. Schmerz 20(5), 445–57; quiz 58–9.
6. Schlafmedizin A-LFFDGfSu (2017). S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen Kapitel »Insomnie bei Erwachsenen«.
7. Tafelski, S. (2020). [Perioperative measures for prevention of phantom pain: an evidence-based approach to risk reduction]. Anaesthesist 69(9), 665–71.
8. ALFFDGfAuI (2021). S3-Leitlinie »Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen«.

PD Dr. med. Sascha Tafelski
ist leitender Oberarzt an der Klinik für Anästhesiologie m. S. operative Intensivmedizin Campus Charité Mitte. Neben seiner Tätigkeit in der Anästhesiologie ist die ambulante und perioperative Schmerztherapie sein zentraler Schwerpunkt in der Klinik. Ein Forschungsfeld besteht dabei in der Prävention der Chronifizierung von Schmerzen nach Operationen.

Missbrauch von Nichtopioid-Analgetika in Deutschland

von **Christian Rauschert**

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Selbstmedikation sowie der gesundheitsschädlichen Folgen, sollte der Missbrauchs von Nichtopioid-Analgetika als ein Problem der öffentlichen Gesundheit wahrgenommen werden.

Nichtopioid-Analgetika (NOA) sind eine heterogene Arzneimittelgruppe, die je nach Medikamentenuntergruppe neben ihrer analgetischen Wirkung auch antiphlogistische oder antipyretische Wirkungen aufweisen können. Sie werden vorwiegend zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Schmerzen eingesetzt und gehören zu den am häufigsten angewendeten Arzneimitteln im Bereich der Selbstmedikation (Moore et al., 2015). In vielen Ländern sind diese schwach wirksamen Schmerzmittel frei verkäuflich und ohne ärztliches Rezept erhältlich. Die genaue Art der Verfügbarkeit kann jedoch stark von Land zu Land variieren. So sind diese Arzneimittel beispielsweise in Ländern wie Deutschland oder Österreich zwar nicht verschreibungspflichtig, der Vertrieb dieser Medikamente findet jedoch ausschließlich über lokale oder Online-Apotheken durch ausgebildetes Fachpersonal statt (Bessell et al., 2003). In anderen Ländern wie z.B. in den USA, Polen oder England ist der Erwerb dieser Medikamente dagegen auch in regulären Supermärkten oder in Tankstellen möglich (Foley et al., 2015).

Eine Analyse des deutschen Arzneimittelmarktes zeigt, dass im Jahr 2019 etwa 46,0 % (ca. 706 Millionen Packungseinheiten) aller verkauften Arzneimittel auf frei verkäufliche apothekenpflichtige Medikamente zurückzuführen sind (Glaeske, 2021). Anteilig davon entfielen alleine 9,5 % (67 Millionen Packungseinheiten) auf die Top Fünf der am häufigsten gebrauchten NOA. Analysen von Survey-Daten zeigen zudem, dass etwa 21,4 % der deutschen Bevölkerung eine dieser häufig genutzten NOA (z.B. Aspirin, Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, Paracetamol) mindestens einmal die Woche einnehmen, während 4,5 % der Bevölkerung diese Medikamente sogar regelmäßig einnehmen (≥ 4 Tage pro Woche) (Sarganas et al., 2015). Neben ihren positiven schmerzstillenden Eigenschaften besitzen diese Medikamente jedoch auch ein gewisses Risiko für Nebenwirkungen, wenn sie unsachgemäß eingenommen werden. Hierzu zählen unter anderem Schädigungen des Gastrointestinaltraktes, des kardiovaskulären Systems, der Leber, der Nieren, der Lunge sowie des Gehirns (Freytag et al., 2014; Bindu et al., 2020). Studien belegen, dass das Risiko eines solchen unsachgemäßen Gebrauchs im Rahmen der Selbstmedikation deutlich höher ist im Vergleich zu einem ärztlich verordneten Gebrauch (Ruiz, 2010). Die Ergebnisse einer Analyse von Daten des Giftnotrufes Erfurt in Deutschland zu Vergiftungsanfragen zeigen, dass die drei häufigsten NOA-Monoexpositionen durch Paracetamol-, Ibuprofen- und Acetylsalicylsäure verursacht sind (Hentschel et al., 2016). Darüber hinaus zeigen die Studienergebnisse einen Anstieg der Vergiftungsanfragen aufgrund von NOA-Monoexpositionen in Höhe von 57 % über die Jahre 2003 bis 2012 mit einer positiven Korrelation zwischen dem Verkauf von Packungseinheiten und der Häufigkeit der NOA-Monoexpositionen.

Aufgrund ihrer einfachen Verfügbarkeit und des weitverbreiteten Gebrauchs in der Bevölkerung ist es sowohl aus klinischer als auch gesundheitspolitischer Sicht äußerst relevant, das Missbrauchspotenzial dieser Medikamente zu kennen, um adäquate Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen implementieren zu können. Prävalenzschätzungen zum Missbrauch von NOA aus existierenden internationalen Studien unterscheiden sich jedoch stark aufgrund der Verwendung uneinheitlicher Definitionen von »NOA-Missbrauch«, was die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse stark einschränkt. Dies liegt vorwiegend an dem Fehlen einer standardisierten Definition des Missbrauchs von NOA (Rauschert et al., 2022). Auch die beiden offiziellen Klassifikationssysteme wie das DSM-IV oder das DSM-5 enthalten keine Definition für den Missbrauch von NOA (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2013). Dagegen kann der ICD-10-Code F55.2 »Schädlicher Gebrauch nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen« als Definition für den Missbrauch von NOA verwendet werden

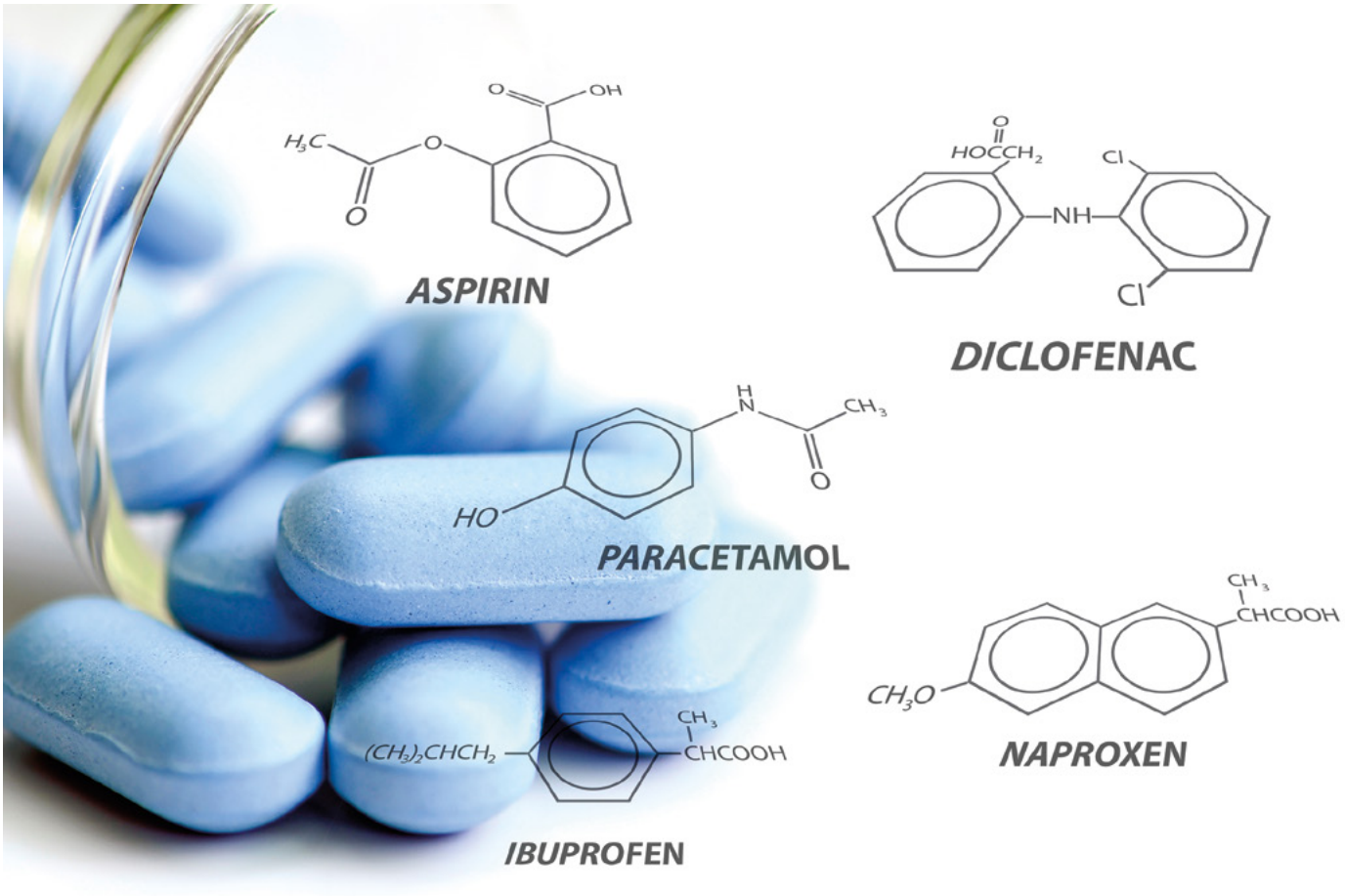


Foto: iStock.com/areeya_ann (Sujetbild)

21,4 % der Deutschen nehmen eine der häufig genutzten NOAs (z.B. Aspirin, Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, Paracetamol) mindestens einmal in der Woche ein.

(Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM, 2020).

Basierend auf einer kürzlich veröffentlichten Studie in Deutschland wurde die 12-Monats-Prävalenz des Missbrauchs von NOA gemäß dieser ICD-10-F55.2-Diagnose unter Gebrauchern, die Selbstmedikation betreiben, auf 14,6 % geschätzt (Rauschert et al., 2022). Hochgerechnet auf die 18 bis 64 Jahre alte Wohnbevölkerung in Deutschland entspricht dies in etwa 3.243.396 Personen oder 6,4 %. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass der Missbrauch von NOA in Deutschland stark verbreitet ist. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Selbstmedikation sowie der gesundheitsschädlichen Folgen eines Missbrauchs dieser Substanzen sollte dies als ein Problem der öffentlichen Gesundheit wahrgenommen werden.

Literatur

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bessell, T. L., Anderson, J. N., Silagy, C. A. et al. (2003). Surfing, self-medicating and safety: buying non-prescription and complementary medicines via the internet. Quality and Safety in Health Care 12(2), 88–92.

Bindu, S., Mazumder, S. & Bandyopadhyay, U. (2020). Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and organ damage: A current perspective. Biochemical Pharmacology 180, 114147.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2020). ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Available at: www.dimdi.de (accessed 17.05.2021).

Foley, M., Harris, R., Rich, E. et al. (2015) The availability of over-the-counter codeine medicines across the European Union. Public Health 129(11), 1465–1470.

Freytag, A., Quinzler, R., Freitag, M. et al. (2014). Gebrauch und potenzielle Risiken durch nicht verschreibungspflichtige Schmerzmittel. Der Schmerz 28(2), 175–182.

Glaeske, G. (2021). Medikamente 2019 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Jahrbuch Sucht 2021. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), S. 91–110.

Hentschel, H., Prasa, D., Bergmann, I. et al. (2016). [Human single drug exposures to non-opioid analgesics reported to the poisons information centre Erfurt from 2003 to 2012]. Das Gesundheitswesen 78(1), 14–21.

Moore, R. A., Wiffen, P. J., Derry, S. et al. (2015). Non-prescription (OTC) oral analgesics for acute pain – an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: 10.1002/14651858.CD010794.pub2.(11).

Rauschert, C., Seitz, N.-N., Olderbak, S. et al. (2022). Abuse of Non-opioid Analgesics in Germany: Prevalence and Associations Among Self-Medicated Users. Frontiers in Psychiatry 13.

Ruiz, M. E. (2010). Risks of self-medication practices. Current Drug Safety 5(4), 315–323.

Sarganas, G., Buttery, A. K., Zhuang, W. et al. (2015) Prevalence, trends, patterns and associations of analgesic use in Germany. BMC Pharmacol Toxicol. 16(1), 1–13.

Christian Rauschert, M.Sc.
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am IFT Institut für Therapieforschung München in der Abteilung Epidemiologie & Diagnostik und Doktorand an der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir konzipieren suchtpräventive Maßnahmen zur Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen und zeigen Strategien für einen konstruktiven Umgang mit Suchtproblemen. Das Repertoire in diesem Bereich ist vielfältig und individuell zugleich, abgestimmt auf die Nöte und Anforderungen des jeweiligen Unternehmens und seiner Mitarbeiter*innen.

In Betrieben
Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, Mitarbeiter*innen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen
Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene individuelle Unterstützung und Begleitung durch Mitarbeiter*innen des Beratungs- & Betreuungsteams. Unsere Berater*innen sind in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche können in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort stattfinden, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an
- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legal und illegal)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- Klient*innen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- Klient*innen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren möchten
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG)
- Angehörige

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie ist gedacht für erwachsene Suchtkranke die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese Klient*innen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch Klient*innen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach §35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG), da der Bund die stationären Behandlungskosten nur bis zu einem Ausmaß von 6 Monaten übernimmt.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener Klient*innen statt. Sie haben die Möglichkeit, sich nach einem körperlichen Teil- oder Vollentzug, einer stationären Reha-Entwöhnung in der Dauer von 1 bis 3 Monaten im Sonderkrankenhaus Marienhof zu unterziehen. Mit »Alkohol. Leben können.« gibt es neue Möglichkeiten für die Betreuung, welche ganz auf die individuelle Situation der/des Betroffenen zugeschnitten ist.

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie ist gedacht für jugendliche und erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, Multimorbiditätsklient*innen und Menschen die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchten (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte.

Ziel ist die nachhaltige Rehabilitation und Integration der Klient*innen. Gewöhnung an ein abstinent oder substituiertes, ohne Beikonsum, zu führendes, geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.

ungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der*des Betroffenen integriert. In unseren sechs ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für **Wiener Klient*innen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte Klient*innen (Drogen, Alkohol etc.) als auch für substituierte Klient*innen und für Klient*innen mit einer substanzgebundenen (Drogen, Alkohol etc.) sowie für Klient*innen mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung (z. B. Spielsucht) sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für **KlientInnen aller übrigen Bundesländer** beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate. Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten Klient*innen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

Klient*innen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof. Die Dauer der Behandlung beträgt bei Alkohol und illegalen Substanzen 4 Wochen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation muss im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug erfolgen, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul (1 Monat) oder ein längeres (min. 3 Monate) stationäres und danach ein ambulantes Modul (3 bis 24 Monate) anschließen muss.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen oder/und illegalen Substanzen.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen Klient*innen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Folgebehandlungsmodell. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der *Therapeutischen Gemeinschaft* weiterhin genutzt werden.

Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der *Therapeutischen Gemeinschaft* oder in einer nahe gelegenen, vom Verein Grüner Kreis angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird Klient*innen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit (1 Jahr, Möglichkeit der Verlängerung auf 1 1/2 Jahre) zu erhalten. Die Transitmitarbeiter*innen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden Klient*innen und Exklient*innen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen Facharbeiter*innenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der Klient*innen ist nach Beendigung der Transitmitarbeiter*innenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

Umgang mit Medikamentenabhängigkeit in der Therapeutischen Gemeinschaft

von Pia Köldorfer

Auch eine Vielzahl der frei verkäuflichen Arzneimittel, beispielsweise »harmlose« Nasensprays oder Schmerztabletten, haben ein oft unterschätztes suchterzeugendes Potenzial.

Arzneimittel und Medikamente gehören, bei richtiger und ordnungsgemäßer Anwendung, zu den wirksamsten Interventionen ärztlicher Hilfe und sind aus der Medizin nicht wegzudenken. Allgemein wird der Begriff »Sucht« oder »Abhängigkeit« eher mit Alkohol oder Drogen in Verbindung gebracht, doch auch Medikamente können süchtig machen. Eine Medikamentensucht beginnt in vielen Fällen mit einem Arztbesuch aufgrund psychischer oder körperlicher Krankheitssymptome und mit der Verschreibung eines rezeptpflichtigen Medikaments durch einen Arzt oder eine Ärztin. Patient*innen rutschen oftmals durch unzureichende oder nicht verstandene Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen und Suchtpotenzial in eine Medikamentensucht. Häufig verwenden Patient*innen eine Arznei auch missbräuchlich, weil sie ihre psychische Wirkung schätzen. Bestimmte verschreibungspflichtige Medikamente, die anfangs in bester Absicht zur Linderung von z.B. Angst-, Schlaf- oder Schmerzzuständen dienen sollen, können bei Patient*innen daher schnell eine Medikamentenabhängigkeit mit Entzugserscheinungen entstehen lassen.

Medikamente

Zu den Medikamenten mit dem höchsten Abhängigkeitspotenzial zählen Schlaf- (Hypnotika) und Beruhigungsmittel (Sedativa) (vgl. z.B. Glaeske, 2010; Soyka, 2022). Bei Angsterkrankungen, Schlafstörungen, Depression oder hochgradigem Stress verschreiben Ärzt*innen und Psychiater*innen häufig Benzodiazepine, die ausschließlich auf Rezept zugelassen sind. Die zugelassenen Anwendungen für Benzodiazepine (z.B. Praxiten, Temesta etc.) sind breit gestreut, wodurch sie unverzichtbare Medikamente bei der Behandlung akuter psychischer Krisen darstellen. Patient*innen erfahren rasch Entlastung und können zur Ruhe kommen. Das Abhängigkeitsrisiko der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine ist seit Langem bekannt und unbestritten. Sie können, abgesehen von ihrer positiven Wirkung, jedoch nach kurzer Zeit zur physischen und psychischen Abhängigkeit führen, weshalb sie nicht länger als zwei bis vier Wochen eingenommen werden sollten. In der suchttherapeutischen Praxis stellen Personen mit Abhängigkeit von diesen Medikamenten eine große Patient*innen-Gruppe dar.

Ein hohes Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln, findet sich zudem bei Schmerz- und Betäubungsmitteln, wie Opiaten/Opioiden (z.B. Tramadol), die im medizinischen Bereich zur Linderung starker oder chronischen Schmerzen verordnet werden. Deren Einnahme erfolgt daher unter strenger ärztlicher Kontrolle. Neben ihrer schmerzlindernden Wirkung bewirken Opioide eine Dämpfung von Anspannung oder negativen Gefühlen und sie besitzen einen stimmungsaufhellenden Effekt. Diese Wirkungen sind für das starke Missbrauchs- und Suchtpotenzial mitverantwortlich.

Eine weitere Medikamentengruppe, die ebenso häufig missbräuchlich verwendet wird und zu einer Abhängigkeit führen kann, stellen Psychostimulanzien (Amphetamine und verwandte Substanzen, z.B. Ritalin) dar. Diese werden meist bei der Behandlung der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) eingesetzt, da sie die Leistungsfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit verbessern, Müdigkeit vermindern und das Hungergefühl unterdrücken. Darüber hinaus können sie zu positiver Stimmung bis hin zu Euphorie führen.

Die »schleichende« Sucht

In der professionellen Suchttherapie spielt die Behandlung von medikamentenabhängigen Personen bislang eine eher untergeordnete Rolle. Das größte Problem hierbei stellt die geringe Inanspruchnahme suchtmedizinischer Behandlungsangebote dar, da eine Medikamentenabhängigkeit nicht einfach zu entdecken ist und den Patient*innen oft selbst nicht bewusst ist (vgl. z.B. Soyka, 2015). Die diagnostischen Kriterien für eine Medikamentenabhängigkeit decken sich im Wesentlichen mit den Formen der Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen. Allerdings kommt es bei einer Medikamentenabhängigkeit nicht unbedingt zur Vernachlässigung von Verpflichtungen, Aktivitäten oder sozialen Kontakten. Auch eine ständige Steigerung der Dosis, um die gleiche Wirkung zu erzielen, muss hierbei nicht zwingend auftreten. Dies ist insbesondere bei einer Niedrigdosis-Abhängigkeit, wie z.B. bei Benzodiazepinen, der Fall.

Foto: iStock.com/Art-Of-Photo (Sujetbild)

Scheinbar »harmlose« Nasenspray oder Schmerztabletten haben oft ein unterschätztes suchterzeugendes Potenzial.

Woran liegt es nun, dass Arzneiabhängigkeit so wenig wahrgenommen wird? Zunächst einmal sind Medikamente legal und bedürfen keiner Beschaffungskriminalität, die Betroffenen fallen bei der »Beschaffung« somit kaum auf. Zudem findet der Arzneimittelmissbrauch, laut Angaben betroffener Patient*innen, meist heimlich und versteckt statt, wodurch die Familie und das soziale Umfeld von der Abhängigkeit lange nichts mitbekommen. Auch eine Vielzahl der frei verkäuflichen Arzneimittel, beispielsweise »harmlose« Nasensprays oder Schmerztabletten, haben ein oft unterschätztes suchterzeugendes Potenzial. Die Grenze zwischen Droge und Arzneimittel verschwimmt zusehends – oft aus Unkenntnis über die Gefährlichkeit der Tabletten, bei längerer Einnahme oder durch die »legitimierte Einnahme« auf Rezept oder Empfehlungen von Apotheker*innen. So kann es passieren, dass die sinnvolle Anwendung eines Medikaments entartet und das Arzneimittel meist unauffällig zur legalen (Einstiegs-)Droge wird.

Medikamentenabhängigkeit in der Therapeutischen Gemeinschaft

Ähnlich wie bei der Therapie von Alkohol- oder Drogenabhängigkeit umfasst die Therapie der Medikamentenabhängigkeit zum einen den Entzug der Substanz bzw. des Arzneimittels, zum anderen psychosoziale Maßnahmen, wie psychologische Beratung und eine stationäre Suchttherapie. Im therapeutischen Setting wird mit den Patient*innen zu Beginn an Krankheitseinsicht und -verständnis gearbeitet und sie werden für die psychische und körperliche Abhängigkeitsgefahr von Arzneimitteln sensibilisiert. Für einen Teil der medikamentenabhängigen Patient*innen nimmt das Thema Arzneimittel und Tabletten einen zentralen Platz im Alltag ein, d. h. ständige Gedanken an den Nachschub, andauernde Besuche bei verschiedenen Ärzt*innen, um einen ausreichenden Vorrat an Medikamenten zu haben. Medikamente sind grundsätzlich dazu bestimmt, Krankheiten zu lindern oder zu heilen, wodurch Aussagen wie »Das verschreibt mir doch mein Doktor« oder »Das braucht mein Körper halt« als Rechtfertigung zum Konsum herangezogen werden. In der *Therapeutischen Gemeinschaft* wird mit den Patient*innen daran gearbeitet, ihre suchtdienlichen Verhaltens- sowie Denkmuster zu erkennen und die Suchtspirale zu durchbrechen.

In der *Therapeutischen Gemeinschaft* werden zudem die Ursachen der Medikamenteneinnahme erarbeitet und alternative Lösungen gesucht, um zugrunde liegende Erkrankungen zu lindern oder psychische Belastungen bewältigen zu können, ohne auf suchterzeugende Medikamente zurückzugreifen. Hierbei wird mit den Ärzt*innen und betroffenen Patient*innen eine adäquate Schmerztherapie entwickelt, um bestehende Schmerzen bestmöglich zu behandeln.

Ein weiterer wichtiger Behandlungsbaustein stellt die Komorbiditätsgruppe dar, in welcher die Patient*innen durch psychoedukative Elemente in ihrer Eigenverantwortung gestärkt werden, gezielt unterschiedliche Entspannungs- und Achtsamkeitstechniken sowie Stressmanagement erlernen und im Erfahren und Wahren eigener körperlicher und psychischer Grenzen unterstützt werden.

Literatur

Glaeske, G. (2010). »Die Tablette ist wie ein Freund«. Die unterschätzte Medikamentenabhängigkeit! Public Health Forum, 18(2), 32.e1-32.e3.
Soyka, M. (2015). Medikamentenabhängigkeit: Entstehungsbedingungen – Klinik – Therapie. Stuttgart: Schattauer Verlag.
Soyka, M. (2022). Benzodiazepinabhängigkeit. CME, 19(4), 19–27.

Pia Köldorfer, BSc MSc
Klinische Psychologin
Seit 2020 beim *Grünen Kreis*, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen, Schloss Johnsdorf, tätig.

Spurensuche

Medikamentmissbrauch

ich kann mich noch genau daran erinnern, als ich zum ersten Mal das legal verschriebene Schmerzmittel „Tramal“ (in Tropfenform) von einem Bekannten probierte. Ich hatte es natürlich absichtlich viel zu hoch dosiert und es löste in mir ein unbeschreibliches Gefühl von Euphorie und Geborgenheit aus. Ich fühlte mich einfach wach und ausgesprochen gut. Natürlich wollte ich dieses Gefühl wieder und wieder herbeiführen und so kam ich auf die Idee, mir eine Geschichte auszudenken, damit mir mein Hausarzt ein Fläschchen Tramal verschreibt. Unter dem Vorwand, dass ich fürchterliche Rückenschmerzen hätte ging ich dann zu meinem Hausarzt und ohne großartig nachzufragen, verschrieb er mir ein Fläschchen Tramal. Er hat kein Wort darüber verloren, dass sich dieses Schmerzmittel nicht für den längerfristigen Gebrauch eignet, da es ein sehr starkes Abhängigkeitspotenzial besitzt. Das wurde mir erst klar, als ich nichts mehr davon hatte und es mir deswegen richtig schlecht ging. Ich konnte keinen klaren Gedanken mehr fassen, nur noch daran denken, wo ich noch ein Fläschchen Tramal oder gar Beruhigungsmittel herbekomme. Wann sperrt der Hausarzt auf? Welche Geschichte erzähle ich ihm diesmal? Soll ich lieber zu einem Vertretungsarzt gehen? Alles andere, wie die Ausbildung oder sonstige Interessen, rückten in den Hintergrund, denn ich hatte nur mehr Gedanken für das Eine. Das war der Anfang einer langen Abwärtsspirale. Von dem einen Mittel wach und aufgedreht, brauchte ich noch zusätzlich eines, das mich und das Gedankenchaos in meinem Kopf wieder beruhigt. Unter dem Vorwand, seit Wochen nicht mehr richtig geschlafen zu haben, was auch zum Teil stimmte, lief ich wieder zu meinem Hausarzt und der verschrieb mir daraufhin Diazepam. Dasselbe Spiel, nur ein anderes Mittel. Ich konnte mir an einem Tag bis zu fünf Fläschchen Tramal und am nächsten 5 Fläschchen Diazepam bei verschiedenen Hausärzten beschaffen. Aus heutiger Sicht finde ich es erschreckend, wie einfach der Zugang zu bestimmten Schmerzmitteln oder auch Beruhigungsmitteln ist; nicht nur über Hausärzte, sondern auch über das Internet. Man schildert online seine Problematik und kann ganz einfach das Mittel der Wahl bestellen und dies wird einem auch noch innerhalb von 48 Stunden vor die Haustür geliefert. Das Thema Abhängigkeit ist in Zeiten wie diesen so

präsent und doch gehört es immer noch zu den Tabuthemen unserer Gesellschaft. Keiner will sich richtig damit beschäftigen. Ärzte sollten meiner Meinung nach eine viel bessere Präventionsarbeit hinsichtlich abhängigmachender Medikamente leisten.

Jasmin, 30

Meine Sucht

2015 hatte ich einen schweren Reitunfall. Mein Kreuz war zwei Mal gebrochen und ich hatte eine verschobene Hüfte. Mein Arzt hat die Diagnose gestellt, dass ich für mein ganzes Leben im Rollstuhl sitzen werde und ich mich daran gewöhnen müsse. Ich gab mein Leben auf, gab mich voll den Schmerzen hin und dachte daran, dass ich nie mehr gehen können würde. Mein Hausarzt verschrieb mir Tramadolor, ein Medikamant, das etwas gegen die Schmerzen half. Im nächsten Jahr hatte ich es geschafft und war wieder gehfähig; zwar mit Krücken, aber dennoch. Durch das Tramodolor hatte ich nicht nur weniger Schmerzen, es machte auch etwas mit meinem Kopf. Immer wenn ich aufstand, war der erste Weg zu meinen Tropfen. Ich spürte etwas im Bauch, die wohlige Wärme und das Gehirn funktionierte gut. Es regte mich nichts auf und ich konnte besser denken. Mit der Zeit brauchte ich mehr, was ich vom Hausarzt problemlos erhalten habe. Von einer Abhängigkeit war damals keine Rede. Ich habe mit zehn Tropfen angefangen und endete mit vier Flaschen zu 250mg in der Woche.
Vor zwei Jahren hatte ich zwei Schlaganfälle und da wurde mir bewusst, wie abhängig ich war. Die Ärzte sagten mir, dass die Tropfen zu 100% etwas damit zutun hatten. Ich machte einen Entzug, der die Hölle war. Ich musste wieder Sprechen, Gehen und Kommunizieren lernen.
Ich war sehr lange in einer geschlossenen Anstalt, wo ich alles wieder neu erlernte. Seitdem bin ich beim Grünen Kreis und wurde medikamentös umgestellt. Ich werde immer abhängig bleiben und dafür sage ich „Danke“ zu meinem Hausarzt.

Martina H.

Die Sucht nach dem Sieg

Medikamentenmissbrauch bei älteren Sporttreibenden

von **Norbert Bachl**

Was nützt der Sieg, wenn man danach in ein Spital eingewiesen werden muss oder tot umfällt!

Aus präventiver Sicht ist es erfreulich, dass die Zahl jener Menschen stetig steigt, die bis ins höhere und hohe Lebensalter körperlich aktiv sind, Sport betreiben, regelmäßig trainieren und zum Teil eindrucksvolle sportliche Spitzenleistungen erbringen.

Bei älteren Sporttreibenden kann man prinzipiell zwei Gruppen unterscheiden:

1. Die »Masterathleten«, also Leistungssportlerinnen und Leistungssportler, welche mindestens 35 Jahre alt sind, zumeist jahrzehntelang auf sehr hohem Niveau trainiert haben und dieses Training auch weiterhin zur Absolvierung von regelmäßigen Wettkämpfen fortführen. Üblicherweise zählt für diese Personengruppe weniger die Teilnahme, sondern vor allem der Sieg bei Wettkämpfen. Dem werden alle anderen Lebensinhalte untergeordnet. Nur der Sieg zählt! Der vielfach »pathologische« Ehrgeiz induziert die Sucht nach dem Sieg!

Für diese Personengruppe gilt, dass viele Medikamente und verschiedene Methoden der Leistungssteigerung im Rahmen der Anti-Doping-Maßnahmen verboten sind. Die jeweiligen aktuellen Dopinglisten, welche sowohl hinsichtlich der Substanzen wie auch der Methoden, inklusive Gendoping, in verschiedene Kategorien aufgeteilt sind, können national über die Links zur NADA (https://www.nada.at/) bzw. international zur WADA (https://www.wada-ama.org/) – üblicherweise jährlich aktualisiert – abgerufen werden.

Für Athletinnen und Athleten dieser Gruppe spricht man von Doping, wenn ein Medikament, eine Substanz oder eine Methode die Leistungsfähigkeit erhöht, ein Gesundheitsrisiko in sich birgt sowie »ethische Regeln des Sports« verletzt.

Darüber hinaus besteht bei dieser Personengruppe von älteren Leistungssportlerinnen und Leistungssportlern die weitere Problematik, dass krankheits- oder risikofaktorenbedingt verschiedene Medikamente eingenommen werden, die aus medizinischer Sicht ärztlich indiziert sind, die Leistungsfähigkeit beeinflussen und zum Teil auch mit anderen Medikamenten interagieren können.

Wie in der nächsten Personengruppe spielen auch hier schmerzstillende und entzündungshemmende Medikamente – soweit nicht auf der Dopingliste – eine wesentliche Rolle für die Erbringung einer guten Wettkampfleistung.

2. Die Personengruppe, welche regelmäßig mehr oder weniger intensiv, zum Teil auch nach Trainingsplänen, Sport betreibt, um ihren Lieblingssport in der Freizeit auf gutem bis hohem Niveau ausführen, an »Volksbewerben« wie Marathons oder Triathlons teilnehmen bzw. in Vereinen oder Verbänden Ball- und Spielsportarten wie Tennis oder Golf betreiben zu können.

Bei dieser Gruppe von älteren Sporttreibenden ist es nicht von der Hand zu weisen, dass der persönliche Ehrgeiz, eine bestimmte Strecke in einer bestimmten Zeit – trotz zunehmenden Alters – bewältigen zu können, oder der Ehrgeiz, andere Vereinskolleginnen und -kollegen hinter sich zu lassen bzw. bei Sportspielen unbedingt gewinnen zu müssen, eine sehr große Rolle spielt.

Dies trifft insbesondere auf jene Menschen zu, welche aus unterschiedlichen Gründen, oft aber durch soziale Vereinsamung nunmehr den Sport bzw. den sportlichen Wettkampf als Betätigungsfeld besitzen und damit auch ihre einzige Lebensbestätigung bzw. Lebensbefriedigung finden. Also die »Sucht« nach Erfolg, nach Selbstbestätigung bzw. Anerkennung.

Oft wird dabei verdrängt, dass das Alter der Leistung Grenzen setzt. Damit das Alter eine Chance wird, das Leben zu genießen, und nicht zu einem zusätzlichen sportbedingten Risiko wird, gilt es auf den Körper zu hören; sich nicht zu quälen, wenn man seine Grenzen spürt, oder zu glauben, durch Medikamente diese Grenze überwinden zu müssen.

»Geh vom Gas« kann zu einer Gesundheitsgarantie werden! Was nützt der Sieg, wenn man danach in ein Spital eingewiesen werden muss oder tot umfällt!

Gerade hier, also bei dieser Gruppe von älteren Sporttreibenden, von denen viele bedingt durch verschiedene Erkrankungen regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, spielen zwei Medikamentengruppen für die Leistungserbringung bzw. den Sieg eine wichtige, aber für die Gesundheit abträgliche Rolle, nämlich Aufputschmittel und schmerzstillende Substanzen.

Beide Medikamentengruppen bringen ein hohes Gefährdungspotenzial mit sich. Durch Aufputschmittel werden die sogenannten »autonom geschützten Reserven« des Organismus in Anspruch genommen, was zur kompletten Dysregulation im vegetativen Nervensystem, im Herz-Kreislauf-System sowie zu schweren Erschöpfungszuständen führen kann. Dies kann dann besonders bedrohlich sein, wenn Wettkämpfe bei hohen Außentemperaturen durchgeführt werden, ein Flüssigkeitsdefizit durch ein schlechtes Trinkregime besteht und zusätzlich kardiale Risikofaktoren bzw. Erkrankungen gegeben sind (Herzinfarkte führen in dieser Altersgruppe sowohl die Morbiditäts- wie auch die Mortalitätsstatistik an).

Der zweite Problemkreis liegt in der Einnahme von schmerzstillenden und entzündungshemmenden Medikamenten, inkludierend die sogenannten Antirheumatika zur Reduktion von Schmerzen, welche beim Training bzw. bei

Wettkämpfen auftreten können. Dabei wird missachtet, dass der »Schmerz« immer ein Warnsignal darstellt, dass gewisse Strukturen des Organismus (vor allem im Bewegungsapparat) überlastet werden. Durch eine Schmerzdämpfung können daher akute Schäden verursacht bzw. chronisch degenerative Veränderungen, vor allem an Gelenken, verstärkt werden (Sportschäden). Oft sind beginnende Schmerzen auch Warnsignale, dass bestimmte koordinative Abläufe nicht mehr regulär gegeben sind. Durch Schmerzausschaltung können sich abnorme Bewegungsmuster massiv verstärken, wodurch Gelenksprobleme insbesondere bei bestehenden bzw. inzipienten Arthrosen die Folge sein können.

Den Sieg errungen zu haben, lässt viele ältere Sporttreibende auf den »Geschmack kommen«, beim nächsten Training oder Wettkampf immer wieder verschiedene Medikamente einzunehmen (Medikamentenabusus), um erfolgreich zu sein.

Diese »Medikamentensucht« kann nicht nur zu den erwähnten Problemen und Schädigungen führen, sondern bei lang dauernder Einnahme auch andere Organe wie zum Beispiel die Nieren oder die Leber in Mitleidenschaft ziehen. Zudem ist auch noch auf verschiedene Interaktionen dieser Substanzen mit anderen notwendigen Medikationen hinzuweisen.

Schließlich muss auch noch vor der illegalen Einnahme von Erythropoetin – zur Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit – und von anabol wirksamen Hormonen – zur Verbesserung der Krafteigenschaften der Muskulatur – gewarnt werden (beide im Wettkampfsport auf der Dopingliste), die mit gravierenden Nebenwirkungen bzw. massiven Gesundheitsrisiken einhergehen. Es gibt diesbezüglich nur den einzigen ärztlichen Rat, die Finger davon zu lassen!

Für beide Personengruppen gilt, dass ab dem mittleren Lebensalter die meisten atraumatischen Sporttodesfälle durch Herzinfarkte bzw. Rhythmusstörungen verursacht werden. Daher empfiehlt es sich für ältere Sporttreibende, besonders aber für Personen mit kardialen Erkrankungen, regelmäßig eine ärztliche Kontrolluntersuchung inklusive Belastungs-EKG durchführen zu lassen. Darüber hinaus sind alle plötzlich während der Belastung auftretenden Beschwerden, also Schwindelzustände, unregelmäßiger Herzschlag bzw. Schmerzen hinter dem Brustbein, absolute Warnsignale, sofort die körperliche Tätigkeit bzw. den Sport zu beenden und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Wichtig ist es, bei bestehenden Infektionen bzw. Herdgeschehen im Organismus, also bei allen akuten Erkrankungen, keine Trainingseinheiten bzw. Wettkämpfe vorzunehmen, auch in einem Zeitraum danach, der von der Schwere der Erkrankung und der jeweiligen Medikation abhängt. Dies ist wiederum für ältere Sporttreibende wichtig, da deren Regenerations- und Erholungszeiten, auch nach viralen bzw. grippalen Infekten, oft länger dauern können. Dies trifft insbesondere nach durchgemachten Covid-Infektionen bzw. beim Auftreten eines »Long-Covid-Syndroms« zu. In diesem Fall ist es unbedingt notwendig, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da ansonsten – vor allem bei zu frühzeitigem Trainingsbeginn – schwerwiegende Störungen in der Kreislaufregulation des Blutdrucks bzw. im schlimmsten Fall Herzmuskelentzündungen mit dem Risiko eines akuten Todes resultieren können.

Erfolge und Siege sind wesentliche Lebensinhalte (allerdings tragen auch Niederlagen zur Persönlichkeitsentwicklung, vor allem in der Jugend, bei).

Wenn das »Siegenmüssen« zur Sucht wird bzw. begleitende Maßnahmen wie eine wiederholte unkritische Medikamenteneinnahme Suchtcharakter erlangen, dann können sich alle positiven Inhalte von körperlicher Aktivität, Training und Sport zu langfristigen psychischen und physischen Schäden umkehren.

Wie schon Paracelsus formuliert hat: »*Dosis fecit venenum*«!

Emer. o. Prof. Dr. med. Dr. hc Norbert Bachl FFIMS, FRCPI, FRCSI
Facharzt für Medizinische Leistungsphysiologie
Ehem. Dekan des Zentrums/der Fakultät für Sportwissenschaft und Universitätssport
Ehem. Mitglied der Medizinischen Kommission des IOC, EOC und ÖO
Teamarzt des Österreichischen Nationalteams bei den Olympischen Spiele Los Angeles, Seoul
Ehem. Direktor Österreichisches Institut für Sportmedizin

Foto: iStock.com / FluxFactory (Sujetbild)

Damit das Alter nicht zu einem zusätzlichen sportbedingten Risiko, gilt es auf den Körper zu hören; sich nicht zu quälen, wenn man seine Grenzen spürt.

Doping und medikamentöse Leistungssteigerung

von **Wolfgang Raber**

Während sich Doping auf die Verwendung von durch die WADA (Welt-Anti-Doping-Agentur) verbotenen Substanzen im Leistungssport bezieht, ist medikamentöse Leistungssteigerung ein Volksgesundheitsproblem. Menschen erwarten sich dabei nicht nur eine Steigerung der körperlichen oder geistigen Leistung, sondern auch eine Verbesserung ihres Aussehens, was man mit dem Begriff Körperwahrnehmungsstörung zusammenfassen kann. Im Folgenden soll aus Sicht des Endokrinologen ein kurzer Überblick zur Epidemiologie, zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen – beide nicht voneinander trennbar – hormoneller und nicht hormoneller Medikamente (Tabelle 1) sowie zu Problemen in Bezug auf Erkennung und Therapie gegeben werden. Auf den Substanzabusus zur geistigen Leistungssteigerung von z.B. Studenten, Ärzten, Managern, Forschern oder Soldaten (u. a. durch Ritalin, Amphetamine oder andere Aufputschmittel) kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden.

Epidemiologie

Die weitaus am häufigsten missbrauchten Substanzen sind androgen-anabole Steroide (AAS), Testosteron und synthetische Derivate. Praktisch alle AAS, die für menschliche und tierische Anwendungen entwickelt wurden, werden verwendet, sehr häufig in Kombination mit anderen Medikamenten (s. unten). Die häufigsten missbrauchten AAS sind Testosteron, das in der Rinderzucht und Tiermedizin verwendete Trenbolon und Boldenon, im Leistungssport Stanozolol (Handelsname u. a. »Winstrol« – 1988 beim Sprinter Ben Johnson nachgewiesen) und Nandrolon (in Österreich und der Schweiz Handelsname »Deca-Durabolin«). Der Missbrauch hat schon lange vom Leistungssport auf den Breiten- und Fitnesssport übergegriffen und ist zu einem weltweiten Gesundheitsproblem geworden. Die globale Prävalenz über die gesamte Lebenszeit wird auf 3,3 % (bei Männern 6,4 %) geschätzt, im Freizeitsport auf über 18 % und geographisch unterschiedlich (im mittleren Osten bis zu 22 %). Bei Polizisten und im Militär wird eine Verbreitung von bis zu 5,6 % angenommen, wobei die Datenlage dürftig ist. Im Jahr 2013 berichtete die U.S. Centers of Disease Control and Prevention (CDC), dass 3,2 % aller Highschool-Schülerinnen und -Schüler zumindest einmal ohne ärztliches Rezept Androgene verwendet hatten. Bis zu ein Drittel der Menschen, die AAS missbrauchen, werden abhängig, am häufigsten Männer. Eine Assoziation mit gleichzeitigem Substanzabusus und psychischen Erkrankungen (Heroinsucht, Angststörungen, Depression) wurde beschrieben. AAS-Abusus ist häufiger, wenn es eine positive Familien- oder Eigen-Anamnese bezüglich anderen Medikamentenmissbrauchs gibt.

Erwünschte und unerwünschte Wirkungen

Reduktion des Fettgewebes und Steigerung der Muskelmasse, um eine »Modellierung« des Körpers zu erreichen, ist eines der Hauptanliegen der Endverbraucher, intensivere Belastbarkeit und »dichteres« Training durch Verkürzung der Regenerationsfähigkeit nach harten Trainingseinheiten ein anderes. Die Anwendung erfolgt in Zyklen nach verschiedenen Mustern, in eskalierenden Dosen (»pyramiding«) oder in Kombination von zwei oder mehreren AAS (»stacking«). Es wird dabei mit geringen Dosen jeder einzelnen Substanz begonnen, bis zur Zyklusmitte langsam gesteigert und bis zum Ende des Zyklus wieder auf null reduziert. Ein Hypogonadismus kann im Intervall die Folge sein, sodass die Person andere Medikamente wie Clomiphen oder hCG einnimmt, um die durch die hohen Steroiddosen gehemmte hypothalamisch-hypophysär-gonadale Achse schneller erholen zu lassen. Es gibt jedoch keinen Beweis, dass dies hilft; im Gegenteil, AAS führen nicht selten zu anhaltendem Hypogonadismus (Unfruchtbarkeit schon während, Testosteronmangel nach den Zyklen). Der gesuchte anabole (muskelaufbauende, regenerationsfördernde) Effekt geht immer auch mit einem androgenen einher. Steigerung der Libido, tiefere Stimme, Vermännlichung ist neben Unfruchtbarkeit zumindest seit den 1970er und 1980er Jahren bei Sportlerinnen aus Ostdeutschland, die systematisch mit AAS gedopt wurden, einer breiteren Öffentlichkeit bekannt. Durch Aromatisierung der Testosteron-Derivate in Östrogene in der Leber und im Fettgewebe tritt bei Männern auch häufig ein Wachstum der Brustdrüsen (Gynäkomastie) oder der Brustwarzen (»bitch tits«) auf. Die Einnahme mehrerer Medikamente ist die Regel, um die Nebenwirkungen des einen durch ein anderes zu bekämpfen. Viele im Internet angebotene »Packages« beinhalten sowohl AAS als auch andere Medikamente wie ein Wachstumshormon (GH) für größere anabole Wirkung, menschliches (humanes) Choriongonadotropin (hCG) oder das hypothalamische Gonadotropin-Releasing-Hormon (GnRH) – Medikamente, die bei Hypophysen-Unterfunktion zur Fertilitätsinduktion oder bei künstlicher Befruchtung eingesetzt werden –, um der Größenreduktion der Hoden (durch Spermienmangel) infolge der hohen AAS-Dosen entgegenzuwirken, einen Aromatase-Hemmer wie z.B. Clomiphen gegen Gynäkomastie, einen 5-alpha-Reduktase-Hemmer (blockiert die Umwandlung des aus den Hoden stammenden oder von außen verabreichten Testosterons, das erst durch das Enzym 5-alpha-Reduktase seine biologische Wirksamkeit erfährt) gegen Akne und Kopfhaarverlust sowie Diuretika, um vermehrte Wassereinlagerung (in 70 % bei AAS, in 20 % bei GH) zu bekämpfen oder allfällige Urin-Dopingtestproben zu verfälschen. Insulin wird ob seiner anabolen Wirkung ein beschleunigtes

Wiederauffüllen der Glykogenspeicher nach Training und Wettkampf zugeschrieben und ebenso missbraucht.

Probleme in Erkennung und Therapie

Mit Medikamenten und Dopingmitteln ist viel Geld zu verdienen. Und das Netz, in dem mit ihrem Aussehen oder ihrer Leistung nicht zufriedene Menschen, Sportfunktionäre, Politiker, Ärzte, Wissenschaftler oder Industrie verstrickt sind, ist groß, kontinenteüberspannend und es reicht bis in die kriminelle Welt. Leistungssteigernde Substanzen werden heimlich bezogen, vor allem aus dem Internet, von Fitness-Centern, von anderen Anwendern oder dem Schwarzmarkt, mit unbekannter Herstellung und Herkunft der oft nicht reinen Substanzen. Soziologisch entwickelt sich der Missbrauch meist spiralförmig und in Etappen, beginnend mit Nahrungsergänzungsmitteln (NEM) bis zu Human- oder Tierarzneien, manchmal bis zu Straßendrogen. Die Etappen überschneiden sich. Weder bei NEM noch bei allen Medikamenten, die nicht aus Apotheken stammen, ist gesichert, dass das, was auf der Packung steht, auch drin ist, weder in der angegebenen Dosis noch die Substanz betreffend. 15-20 % aus dem Internet stammende NEM sind z.B. mit zusätzlichen Substanzen, von Blei über Cadmium, Sildenafil (Viagra) oder Antidepressiva bis AAS, verschnitten. Informationen werden selten von Ärzten eingeholt (weder vor noch während oder nach dem Abusus) – und wenn, dann nur wegen schwerer Nebenwirkungen und Folgen des Abusus (Tabelle 1). Die Gewichtung, die Grenze des persönlich »noch Vertretbaren« kann sich innerindividuell verschieben. Ein Stopp ist auf jeder Ebene möglich. Bei Tierarzneien spätestens zeigen sich Suchtstrukturen mit zunehmender Enthemmung, Kontrollverlust, zwanghafter Pseudo-Logik, Bagatellisierung und möglicher Horizontverengung auf die missbrauchten Substanzen. Überindividuelle (kollektive) Sichtweisen finden sich häufig im Bodybuilding- und Fitnesszentren-Bereich. Die meisten Anwender dürften ihren Missbrauch nach einigen Jahren wieder beenden. Daten sind hierzu aber nicht bekannt.

Die gesundheitliche Gefährdung liegt in der erhöhten Verletzungsgefahr des Bewegungsapparats (70 % Inzidenz nach 3-4 Jahren AAS-Abusus im DDR-Sport der 1970er bis 1990er Jahre) oder in den plötzlichen lebensgefährlichen kardiovaskulären und zentralnervösen Ereignissen (z.B. an Fußballern oder Radsportlern regelmäßig in den Medien). Diese sind mitverursacht durch die Polypharmazie aus AAS, Stimulantien, Schmerzmitteln, Diuretika, bei Ausdauersportlern auch kombiniert mit Erythropoetin/Blutdoping und Plasmaexpander. Die nicht einschätzbare mögliche Toxizität der Polypharmazie auf multiple Organe, nicht nur auf die Leber wie z.B. beim Tod der deutschen Siebenkämpferin Birgit Dressel im Jahr 1987, kann Ärzte vieler Fachrichtungen verwirren, bis hin zum letalen Ausgang. Aufklärung kann helfen und sollte, wo immer möglich, vom kundigen Menschen weitergegeben werden.

Literatur beim Verfasser

a.o. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Raber
Klinik III für Innere Medizin
Klinische Abteilung für Endokrinologie & Stoffwechsel
Medizinische Universität Wien, AKH-Wien
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien, Austria
e-mail: wolfgang.raber@gmx.at

Tabelle 1. Häufige zur Leistungssteigerung missbrauchte Substanzen (Auswahl)

Substanzgruppe	Beispiele	Gewünschte Wirkung	Unerwünschte (schädliche) Wirkung (Auswahl)
AAS	Testosteron-Ester (intramuskulär), 17-alpha-alkylierte Androgene (oral)	• Körpermodellierung (muskulöser, schlanker, weniger Fett) • Kraftgewinn • schnellere Regeneration nach Training	• bei Kindern und Jugendlichen: Kleinwuchs (vorzeitiger Epiphysenschluss) • reproduktive Effekte (Unfruchtbarkeit, erektile Dysfunktion, vermehrte oder verminderte Libido) • Klitorishypertrophie, Verlust der Kopfhaare, Akne) • Gynäkomastie • Leberschäden (durch alkylierte orale AAS (Lebertumore, Funktionsschäden) • Bewegungsapparat (Reißen von Bändern, Sehnen, Muskeln) • Ödeme, Muskelabszesse (bei Injektionen)
GH	Norditropin, Genotropin, Humatrope, Saizen	• Körpermodellierung • anaerobe Ausdauer • Kraft?	Ödeme, Gelenksschäden, Schwitzen, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Wachstum von Kinn, Stirn, Backenknochen
Insulin		schnellere Regeneration der Glykogenspeicher nach Training	Ödeme, Unterzucker mit Krampf- und Komagefahr, Gewichtszunahme
hCG oder GnRH		Stimulation eigener Testosteronproduktion	wie AAS
Schmerzmittel	nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), Glucocorticoide (Aprednisolon, Dexamethason)	Schmerzlinderung	Blutungsneigung, Leber- und Nierenfunktionsstörung, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Infektneigung, dünne Haut
Erythropoetin (EPO), Plasmaexpander	Erypo, Neorecormon	Ausdauersteigerung	Thrombo-Embolien (bis Schlaganfall)
Plasmaexpander		NW von EPO bekämpfend	Allergien bis Schock
Koffein u.a. Stimulantien	u.a. Ephedrin, Amphetamine	Müdigkeit bekämpfend	Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen bis plötzlicher Herztod, Herzinfarkt, Schlaganfall
Antidepressiva	alle möglichen	Stimmungsaufhellung	Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen

»Meine Oma fährt im Hühnerstall Motorrad« Tablettenmissbrauch im Alter

von **Human-Friedrich Unterrainer**

Bei hochaltrigen Patient*innen kann die Anzahl der verabreichten Medikamente schnell einmal zweistellig werden.

Motorräder als Zeichen von Freiheit und Unabhängigkeit stehen seit jeher hoch im Kurs. Das wusste auch schon der leider viel zu früh von uns gegangene, dafür ewig jung gebliebene Sangesbarde Udo Jürgens (UJ; gebürtig Jürgen Udo Bockelmann), der bis zum letzten Seufzer noch quietschfidel die Tasten seines unschuldigen (weil schneeweißen) Klaviers behämmerte und mit »Mit 66 Jahren, da fängt das Leben an« die Hymne für alle engagierten alten weißen Männer (und Frauen) geschaffen hat – im Falle von Herrn Bockelmann dauerte dieser vermeintliche erste Lebensabschnitt dann immerhin noch 15 Jahre. Im Falle des betreffenden Liedguts schlüpft der Interpret (UJ) in die Rolle eines überaus rüstigen Pensionärs, der es eben im Alter von 66 Jahren noch einmal so richtig krachen lassen möchte. Seinem rebellischen Naturell entsprechend kauft sich dieser ein Motorrad und einen Lederdress, um dann mit 110 PS durch die Gegend zu fegen. Seine nicht weniger verwegene Gefährtin (»Oma«) nimmt dabei auf dem Sozius Platz, um dann mit ihm in trauter Zweisamkeit in die Diskothek zum Rocken zu düsen. Doch damit nicht genug, denn so will es das Narrativ: Im Sommer dann plant der rüstige Senior mit Blumen im Haar nach San Francisco zu cruisen, um sein Rheuma auszukurieren. Spätestens hier verkommt allerdings die Assoziationskette zur Abwärtsspirale bzw. schlägt meine hochtrainierte Drogenspürnase Alarm: San Francisco – Blumen im Haar – Flower-Power – Easy Rider – Hippies – Kommune – kombiniere: Hier müssen rauschinduzierende Substanzen im Spiel sein!

Im Allgemeinen darf festgehalten werden: Je älter Menschen werden, desto mehr Medikamente nehmen sie … und die Menschen werden auch immer älter (zumindest taten sie das bis vor zwei bis drei Jahren; möglicherweise wird hier aufgrund aktueller geopolitischer Veränderungen in den kommenden Jahren eine Trendumkehr zu beobachten sein): So hat sich in den letzten hundert Jahren die durchschnittliche Lebenserwartung von 43 auf 81 Jahre beinahe verdoppelt. Dieser Zuwachs ist laut Fachliteratur vor allem auf eine erhöhte Hygiene, qualitativ hochwertigere Ernährung, humanere Arbeitsbedingungen und eine verbesserte medizinische Versorgung zurückzuführen. Doch wo viel Licht, da auch viel Schatten … und so geht ein höheres Lebensalter auch mit einer Zunahme von Krankheiten einher: Blutdruck und Blutzucker steigen, das Herz wird schwächer, Gelenksschäden nehmen zu, Schlafmangel und nächtliche Unruhe stellen sich ein. Eine 65-jährige Patientin/ein 65-jähriger Patient erhält im Durchschnitt fünf Medikamente täglich. Bei Hochaltrigen wird die Anzahl der Medikamente dann schnell einmal zweistellig. Dabei sei festgehalten: Medikamente werden im Allgemeinen oft an jungen Menschen getestet und dann an älteren Menschen zur Anwendung gebracht – die Nebenwirkungen können sich allerdings bei höherem Lebensalter verstärken bzw. werden die Wirkstoffe vom in die Jahre gekommenen Körper auch langsamer abgebaut. So darf man zum Beispiel davon ausgehen, dass in Deutschland 400 unterschiedliche sogenannte »Dementiva« am Markt sind. Hier handelt es sich um verschiedene Arzneien, die im Allgemeinen gegen alles Mögliche wirken, denen aber gemein ist, dass sie gemeinerweise das Denkvermögen insgesamt verschlechtern (Wortspiel beabsichtigt).

Was nun die süchtige oder missbräuchliche Verwendung von Medikamenten betrifft, so darf davon ausgegangen werden, dass in Österreich laut ExpertInnenschätzung 150.000 Menschen (in Deutschland sind es 1,5 Millionen) betroffen sind, die Dunkelziffer dürfte weit höher liegen – etwa 1.600 ÖsterreicherInnen sterben jährlich daran. Zwei Drittel der Medikamentenabhängigen sind weiblichen Geschlechts – ältere Menschen sind dabei deutlich häufiger betroffen als jüngere. Des Weiteren weisen neuere Studien darauf hin, dass der Medikamentenmissbrauch auch coronapandemiebedingt zugenommen hat. Entsprechend der Farbe der meisten Mittel wird die Medikamentensucht auch »weiße Sucht« oder auch »stille Sucht« genannt. Anders als bei den klassischen Süchten wie zum Beispiel dem Alkoholismus oder auch den nicht substanzgebundenen Süchten wie Kauf- oder Sexsucht werden die betroffenen Menschen kaum durch ihr Verhalten auffällig – so vergehen oft einige Jahre, bis etwas gegen das Suchtproblem unternommen wird, wodurch vor allem das Risiko von

Organschädigungen wie etwa der Leber oder Niere ansteigt. Des Weiteren tritt die Medikamentensucht gerne komorbid zu einer anderen Suchterkrankungen wie dem Alkoholismus auf – diese Verbindung kann sich wiederum verkomplizierend auf die Behandlung des Medikamentenabusus bzw. auf die Entwöhnung davon auswirken.

Ein besonders hohes Suchtpotenzial weisen vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Schmerzmittel auf. Problematisch erscheint des Weiteren, dass älteren Menschen oft Psychopharmaka (zum Beispiel Antidepressiva) als Begleitmedikation zur Linderung von psychischen Begleiterscheinungen bei körperlichen Erkrankungen verschrieben werden. Dieser Umstand erschwert mitunter die sichere Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit. Oftmals verstärken die Erfahrung von Einsamkeit oder auch Vernachlässigung die Entwicklung einer Medikamentensucht. Für viele Menschen bedeutet das Ende der beruflichen Tätigkeit auch das Wegfallen vieler wichtiger Sozialkontakte. Dementsprechend werden Psychopharmaka wie Antidepressiva oder Neuroleptika eingesetzt, um negative Emotionen zu dämpfen. Alle diese hier angewandten Medikamente bergen ein gewisses Suchtpotenzial, da oftmals die Erfahrung gemacht wird, mithilfe der Medikamente den Alltag leichter bewältigen zu können. In diesem Zusammenhang sind auch rezeptfreie, scheinbar »harmlose« Medikamente zu nennen, da diese mitunter in viel zu hohen Dosen eingenommen werden. Das Internet stellt dabei eine zusätzliche Gefahrenquelle dar – viele SeniorInnen sind mittlerweile fit im Cyberspace unterwegs und der Weg zur nächsten Online-Drogerie ist nur ein paar wenige Klicks entfernt, um hier stress- bzw. rezeptfrei die Substanz der Wahl zu shoppen. Die gute Nachricht kommt dann unverhofft am Schluss des Paragraphen: Suchterkrankungen, die erst im höheren Lebensalter auftauchen, haben sich oftmals noch nicht chronifiziert und sind aus diesem Grund auch besser behandelbar.

Mittlerweile hat sich der Umstand, dass meine Oma im Hühnerstall Motorrad fährt, auf meiner inneren Bühne in ein kohärentes Ganzes integriert. Allerdings, wie mir der Liedtext in weiterer Folge weismachen will, hat meine Oma auch noch eine »Brille mit Gardinen« bzw. eine »Glatze mit Geländer« (???) – das kann und will ich so nicht glauben bzw. akzeptieren und erstarre aus Protest im Zustand der Irritation. Nicht zuletzt deshalb freue ich mich jetzt schon auf die kommende Ausgabe des »Sucht«-Magazins des Vereins Grüner Kreis – welches sich dem Thema »Psychedelika« widmen wird. Vielleicht werde ich dort einige Antworten finden …

Weiterführende Literatur

Glaeske, G. (2018). Medikamentenabhängigkeit im Alter. In: Psychotherapie mit Älteren bei Sucht und komorbiden Störungen (S. 79¬–94). Springer: Berlin, Heidelberg.

Holzbach, R. (2017). Medikamentenabhängigkeit im Alter – Handlungsleitlinien zum pflegerischen Umgang. In: Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege (S. 39–54). Springer: Berlin, Heidelberg.

Müller, T. (2021). Wege aus der Medikamentensucht. DNP – Der Neurologe & Psychiater, 22(4), 13–15.

Internetressource

Billig, S. & Geist, P. (2019). Das Geschäft mit dem Alter. Wenn Medikamente zur Gefahr werden. https://www.deutschlandfunkkultur.de/das-geschaeft-mit-dem-alter-wenn-medikamente-zur-gefahr-100.html [abgerufen am 14.06.2022]

PD DDr. Human-Friedrich Unterrainer
Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz;
Lektor an der Universität Wien;
Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein *Grüner Kreis*

Foto: iStock.com/lisegagne (Sujetbild)

Wo viel Licht, da auch viel Schatten: Die Lebenserwartung hat sich beinahe verdoppelt, doch je älter die Menschen werden, desto mehr Medikamente nehmen sie.

Der Einfluss von Bindungsmustern auf den Zusammenhang von Primäremotionen, Persönlichkeit und psychischer Gesundheit

von **Theresa Prandstätter**

und **Lisa Roithmeier**

In der bestehenden Literatur existieren bislang noch keine Studien, welche Primäremotionen und Bindungsstile in Bezug auf die mentale Gesundheit vereint haben.

Die Primäremotionen nach Jaak Panksepp

In den letzten Jahren haben in der Forschung sogenannte Primäremotionen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Diese insgesamt sieben Emotionen wurden von Panksepp (2011) anhand von Tiermodellen an Säugetieren herausgearbeitet und konnten auch neurobiologisch untermauert werden. Dementsprechend konnten diese primären Emotionssysteme in den entwicklungsgeschichtlich »alten« Gehirnarealen detektiert werden, hauptsächlich in den kaudalen und subkortikalen Regionen des Gehirns. Panksepp beschrieb, dass diese Emotionen nicht erst im Laufe des Lebens erlernt werden müssen, sondern bereits bei der Geburt verankert sind. Aus evolutionsbiologischer Sichtweise laufen sie demnach automatisch ab, um das Überleben des Individuums zu sichern. Diese sieben Emotionen, welche auch spezifisch auf gewisse Areale des Gehirns begrenzt nachgewiesen werden konnten, können grob in vier positiv und drei negativ konnotierte emotionale Systeme eingeteilt werden. Als positiv gelten die Emotionen SEEKING (das Erwartungssystem), CARE (das Fürsorgesystem), PLAY (Spiel und Freude) und LUST (Sexualität). Negativ konnotiert, jedoch entwicklungsgeschichtlich sinnvoll, sind FEAR (Angst), PANIC (das Paniksystem) und RAGE (das Wutsystem).

Genauer ausgeführt ist die erste positive Emotion, das SEEKING, also das Suchen. Dieses System ist grundlegend an der Suche nach Nahrung und Partner*innen beteiligt. Es spiegelt Motivationsprozesse des täglichen Lebens wider, um verschiedene Ziele zu erreichen. Darüber hinaus ist die primäre Emotion CARE bzw. die Pflege an der Aufzucht des Nachwuchses beteiligt. LUST spiegelt reproduktives und sexuelles Verlangen wider. Die vierte positive Emotion ist PLAY, also das Spielen, das als entscheidender Faktor für soziale Bindungen und die Entwicklung sozialer Fähigkeiten angesehen wird. Die als negativ erlebten Emotionen WUT, ANGST und PANIK dienen im Wesentlichen dem Schutz vor Schaden und Ressourcenverlust oder können auch eine Reaktion auf Stress darstellen. Sie sollen vor einer Gefahr für das eigene Leben oder für nahestehende Personen warnen und sie so zum Ausdruck bringen (Montag et al., 2021).

Die Bindungsmuster nach John Bowlby

Im Rahmen der Untersuchungen bezüglich kindlicher Entwicklungen und Psychopathologien konnten von John Bowlby und Kolleg*innen im Rahmen der Bindungstheorie mehrere Bindungsmuster von Kindern bezüglich ihrer Eltern herausgearbeitet werden. So basieren nach diesem Konzept die ersten Lebensmonate auf einem evolutionären Verhaltenssystem, das nach enger und emotionaler Beziehung strebt. Die Funktionen der kindlichen Bindung an eine primäre Bezugsperson bestehen darin, eine als fürsorglich erlebte Umwelt voller Sicherheit und Trost zu bieten, Spannungen zu reduzieren, eine Erkundungsgrundlage zu schaffen und schlussendlich auch Schutz vor jeglicher Bedrohung zu gewährleisten (Brisch, 2015; Müller, 2001). Dementsprechend können vier Bindungsmuster abgeleitet werden: a) die sichere, b) die unsicher-ambivalente, c) die unsicher-vermeidende und d) die von Main und Solomon (1986) ergänzte desorganisierte/desorientierte Bindung. Jeder dieser Bindungsstile geht mit verschiedenen Verhaltensmustern einher und ist mit bestimmten Charakteristika auch im späteren Leben assoziiert.

Mentale Gesundheit

Hinsichtlich der Thematik mentale Gesundheit gibt es in der Literatur bereits für einige psychiatrische Störungsbilder Hinweise auf die Relevanz von Primäremotionen. So konnten Montag et al. (2017) Assoziationen zwischen depressiven Tendenzen und niedrigerer Ausprägung der positiven Emotion SEEKING und einer höheren Ausprägung der negativen Emotionssysteme FEAR und SADNESS gefunden werden. Darüber hinaus fanden Fuchshuber et al. (2019) in ihrer Studie sehr ähnliche Ergebnisse für die Bedeutung der Primäremotionen. Sie fanden höhere Werte der primären Emotionen SADNESS und ANGER im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch sowie höhere Werte von SADNESS und FEAR und niedrigere Werte von PLAY im Zusammenhang mit Depression und Angst. Somatisierung wurde ebenfalls mit höherer SADNESS und geringerem PLAY in Verbindung gebracht. Darüber hinaus war die Depression mit einem niedrigeren Niveau der primären Emotion SUCHEN verbunden.

Auch die Bindungsstile scheinen nach Mikulincer und Shaver (2012) in Bezug auf psychische Störungsbilder einen Stellenwert einzunehmen. So konnten beispielsweise Zusammenhänge zwischen Bindungsunsicherheiten und Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen und Essstörungen evaluiert werden.

Forschungsanliegen

Die Affective Neuroscience Personality Scale, kurz ANPS, beabsichtigt es, die Ausprägung der Primäremotionen messbar zu machen. Entgegen der Annahme von Davis und Panksepp (2011), dass die Primäremotion LUST in Bezug auf die menschliche Persönlichkeit wenig relevant ist, wird in unserer Studie mehr Aufmerksamkeit auf dieses Konstrukt gelenkt. Da Spiritualität in aktuellen Forschungen einen präsenten Faktor darstellt und bereits öfter in der Diskussion als achte Primäremotion – das sogenannte höhere Selbst – stand, wird diese ebenso miteinbezogen. Letztendlich soll dabei eine Validierung einer weiterentwickelten deutschen Version der Brief – Affective Neuroscience Personality Scale (B-ANPS) stattfinden, die eben LUST und Spiritualität als Gesamtheit der Primäremotionen miteinschließt und untersucht.

Der weitere Fokus der Studie liegt bei Bindungsstilen und mentaler Gesundheit. In der bestehenden Literatur existieren bislang noch keine Studien, welche diese beiden Konstrukte, also Primäremotionen und Bindungsstile, in Bezug auf die mentale Gesundheit vereint haben. So sollen im Zuge dieser Studie mithilfe verschiedener statistischer Verfahren mögliche Zusammenhänge erforscht werden, um mehr Klarheit im Wissen über psychische Gesundheitseinschränkungen, wie beispielsweise Essstörungen oder Suchterkrankungen, zu gewinnen und aus dieser evolutionsbiologischen Perspektive näher zu betrachten.

Literatur

Bowlby, J. (1969). Bindung. S. Fischer Verlag.

Brisch, K. H. (2015). Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta.

Davis, K. L., Panksepp, J. & Normansell, L. (2003). The Affective Neuroscience Personality Scales: Normative Data and Implications. Neuropsychoanalysis, 5(1), 57–69. https://doi.org/10.1080/15294145.2003.10773410

Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H.-P. & Unterrainer, H. F. (2019). Do Primary Emotions Predict Psychopathological Symptoms? A Multigroup Path Analysis. Frontiers in Psychiatry, 10, 610. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00610

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), Affective development in infancy (pp. 95–124). Ablex Publishing.

Mikulincer, M. & Shaver P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 11(1):11–15. https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003

Montag, C., Elhai, J. D. & Davis, K. L. (2021). A comprehensive review of studies using the Affective Neuroscience Personality Scales in the psychological and psychiatric sciences. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 125, 160–167. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.02.019

Montag, C., Widenhorn-Müller, K., Panksepp, J. & Kiefer, M. (2017). Individual differences in Affective Neuroscience Personality Scale (ANPS) primary emotional traits and depressive tendencies. Comprehensive Psychiatry, 73, 136–142. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.11.007

Müller, K. (2001). Grundlagen der Bindungstheorie. Psychoanalyse – Texte zur Sozialforschung, 5. https://www.researchgate.net/publication/224928797

Panksepp, J. (2011). The basic emotional circuits of mammalian brains: Do animals have affective lives? Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35(9), 1791–1804. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.08.003

Theresa Prandstätter, BSc
Masterstudium Psychologie an der Karl-Franzens-Universität Graz
Aktuelles Forschungsprojekt: Validierung einer neuen deutschen Version des B-ANPS mit Inkludierung aller Primäremotionen

Lisa Roithmeier, BSc
3. Studienjahr Humanmedizin, 1. Masterstudienjahr Psychologie
Rettungsassistentin bei Malteser Rettungsdienst gGmbH in Deutschland, Ehrenamt im Kriseninterventionsteam Land Steiermark

Foto: iStock.com/cynoclub (Sujetbild)

Sieben Emotionen wurden von Jaak Panksepp anhand von Tiermodellen herausgearbeitet. Bekanntheit erlangte er u.a. mit seinen Untersuchungen an Ratten.

→ Seite 9

unterstützen. So hat die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin[2] in ihrer Broschüre zum Thema »Medikamentenabhängigkeit im Alter: Leitfaden für Angehörige und Betreuer älterer Menschen« die Risikofaktoren sehr übersichtlich in einer Checklist dargestellt. Diese sind:

- »Allein der Gedanke, ohne Medikamente leben zu müssen, ruft ein Gefühl von Hilflosigkeit hervor.
- Es gibt immer einen Vorrat an Medikamenten, auch wenn dieser nicht genutzt wird.
- Egal ob zuhause oder unterwegs, die Medikamente sind immer mit dabei.
- Um alle Medikamente zu bekommen, werden verschiedene Ärzte aufgesucht.
- Meinen Medikamentenkonsum verheimliche ich vor anderen.
- Ich nehme manchmal mehr ein als verordnet oder befolge Änderungsempfehlungen nicht.
- Die Medikamente helfen nicht mehr so gut wie früher.
- Schlaf- oder Beruhigungsmittel werden länger als einen Monat eingenommen.
- Trotz schwerwiegender Nebenwirkungen werden die Medikamente weiter eingenommen.
- Familie, Freunde, Haushalt oder Hobbys werden vernachlässigt.
- Beim Absetzen der Medikamente kommt es zu Beeinträchtigungen, z.B. Zittern, Krämpfe, Schlafstörungen, Ängste oder Sinnestäuschungen.
- Ein Leben ohne die Medikamente ist nicht mehr möglich.«

Bei mehr als der 50 % Ja-Antworten sollte man nach dieser Checkliste professionelle Hilfe suchen. Andere Autor*innen meinen, dass bereits bei drei bis vier Ja-Antworten ein erhöhtes Risiko besteht.

Alternative Therapiemöglichkeiten

Die Therapie von Medikamentenabhängigkeit im Alter, vor allem bei Low-Dose-Abhängigkeit, wird oft sehr divergent diskutiert. Die Meinungen gehen von Entzug und Umstellung auf Alternativen, vor allem Antidepressiva oder nieder dosierte Neuroleptika, bis zur Akzeptanz infolge fehlender Alternativen. Insofern sollte jeder Fall individuell geprüft werden. Die Kombination von psychotherapeutischen/klinisch-psychologischen Behandlungen mit medikamentöser Therapie bzw. eine gute soziale Betreuung erhöhen die Chancen, dass dies gelingt. Wesentlich ist jedoch die Motivation und Einsicht der betroffenen Personen.

Die psychotherapeutische/psychologische Behandlung sollte darauf ausgerichtet sein, die Ursachen der Abhängigkeit zu ergründen und alternative Verhaltensweisen aufzubauen. Sie sollte gemeinsam mit einer medizinischen Behandlung erfolgen, da oft auch alternative medikamentöse Strategien gesucht werden müssen bzw. die problematische Substanz ausgeschlichen werden muss. Bei schweren Süchten hat sich auch hier eine stationäre Behandlung bewährt, wobei der Anteil älterer Menschen in den Suchtkliniken noch immer sehr gering ist. Befindet sich die Person in einem Pflegeheim, so sollte mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt Kontakt aufgenommen werden. Bei der spezifischen Psychotherapie hat sich Verhaltenstherapie besonders bewährt, jedoch sind auch alle anderen Therapierichtungen möglich. Die Literatur zur Therapie von Suchtproblemen im Alter ist nur spärlich (Wolter, 2010; Hoff, 2017). Die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat hier einen schönen Überblick zusammengestellt, der die verschiedensten Bereiche betrifft[3].

Wesentlich ist eine wertschätzende, empathische Gesprächsführung mit Informationen zur Sucht, deren Genese und damit verbundene spezifische Auslöser. Oft ist die Sucht die Bewältigungsstrategie für andere Probleme bzw. hat sich aus einer medikamentösen Behandlung einer anderen Erkrankung ergeben. Insofern sind alternative Möglichkeiten wie Entspannungstechniken, soziale Kontakte, Hobbys, aber auch spezifische Bewältigungsstrategien wie etwa bei Ängsten wichtig. Wesentlich ist auch die Verringerung von Einsamkeit und Isolation. Die Integration von Angehörigen und Partner*innen ist daher ein wesentlicher Faktor der interdisziplinären und ganzheitlichen Behandlung. Da die Sucht auch eine positive Wirkung auf den Betroffenen hatte, sind alternative Strategien zu Genuss, Spaß, Freude, der Aufbau positiver Aktivitäten, Achtsamkeitsübungen und eventuell auch ein Haustier, welches zu Aktivitäten und Kontakten motiviert, günstig. Abzuraten ist von überschießenden Aktionen infolge starker emotionaler Beteiligung der Helfer*innen und Angehörigen wie etwa nach einem Sturz oder Paarproblemen. Auch hier sollte die Therapie gut geplant werden und nicht einfach das Präparat abgesetzt werden. Gerade ältere Menschen reagieren hier besonders sensitiv, wodurch sich häufig neue Probleme ergeben, die möglicherweise wieder zu einer oft anderen Sucht führen.

Zusammenfassung

Die Problematik von Suchterkrankungen im Alter ist noch immer ein unterrepräsentiertes Kapitel in der Suchttherapie. Gerade ältere Menschen haben aber infolge ihre Multimorbidität ein erhöhtes Risiko für eine Medikamentensucht. Dieses wird durch psychosoziale Faktoren wie Einsamkeit, Pflegeheimaufenthalte und demenzielle Erkrankungen noch verstärkt. Oft wird dieses Risiko jedoch infolge fehlender psychosozialer und psychotherapeutischer/psychologischer Alternativen nicht adäquat berücksichtigt. Dabei spielt auch die defizitorientierte Sicht des Alterns eine wichtige Rolle, da es sich »um das Ende des Lebens« handelt und dadurch diese Problematik in Kauf genommen wird. Da aber auch das Risiko für andere Probleme – z.B. Stürze oder damit verbundene Pflegeheimeinweisungen – erhöht wird, sollten Medikamente mit Suchtpotenzial auch im Alter nicht unreflektiert verordnet oder eingenommen werden. Präventive Maßnahmen zur Suchtprophylaxe wie psychosoziale Maßnahmen bei Krisen, z.B. beim Austritt aus dem aktiven Erwerbsleben oder bei Krankheiten, können dieses Risiko vermindern. Auch ältere Menschen mit psychischen Problemen und auch demenziellen Erkrankungen sind durchaus in der Lage, mittels Psychotherapie neue Lebenskonzepte zu entwickeln (Gatterer, 2019; Gatterer & Croy, 2020). Insofern sollte das Alter bei Suchterkrankungen nicht zu einem therapeutischen Nihilismus führen.

Literatur kann in der Redaktion angefragt werden.

Univ.-Doz. Dr. Gerald Gatterer
Institut für Alternsforschung an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
Praxis und Gerontopsychologisches Institut Dr. Gerald Gatterer, 22, 2351 Wiener Neudorf
www.gatterer.at; gerald@gatterer.at

[2] https://www.psychiatrie-beschwerde.de/fileadmin/user_upload/BIP/Arbeitsmaterialien/Medikamentenabhaengigkeit_im_alter_SenGPG.pdf
[3] https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_im_Alter.pdf

→ Seite 11

Da mit dem Anstieg des Alters die Anzahl der Erkrankungen und Beschwerden zunimmt, ist es nicht verwunderlich, dass sich auch die Einnahme verschiedener Medikamente häuft. Jedoch steigt mit der Anzahl eingenommener Medikamente auch das Auftreten arzneimittelbedingter Probleme [8-10]. Durch die ständige Entwicklung neuer Medikamente und die damit verbundenen Verschreibungen mit immer komplexeren Kombinationen ist es für Ärzte und Apotheker jedoch mitunter schwierig geworden, mögliche Wechselwirkungen zu erkennen [11, 12]. Auch wenn Wechselwirkungen von Medikamenten entweder positiv (verstärkte Wirksamkeit) oder negativ (verringerte Wirksamkeit, Toxizität oder Idiosynkrasie) sein können, sind sie im Allgemeinen unvorhersehbar und in der Pharmakotherapie unerwünscht [11, 13].

In einer Studie unter älteren Personen (≥ 65 Jahre) mit kardiovaskulären Erkrankungen in den USA zeigten sich bei 77,5 % der Studienteilnehmenden mindestens eine potenzielle Wechselwirkung unter den eingenommenen Medikamenten [14]. Von den gefundenen Wechselwirkungen sollte in 83,5 % der Fälle eine Modifikation der Pharmakotherapie angestrebt und in 16,5 % der Fälle sollte die parallele Einnahme der Medikamente absolut vermieden werden [14].

Die Einnahme mehrerer Medikamente ist nicht gleichbedeutend mit schlechter Pflege und muss im klinischen Kontext für den einzelnen Patienten interpretiert werden [14]. Ob eine Medikation fortgeführt oder abgesetzt wird, richtet sich in erster Linie danach, inwieweit sich dadurch Prognosen verbessern, Verschlechterungen des Krankheitszustandes verhindern lassen und Krankheitssymptome kontrolliert werden können [8]. Mediziner sollten zwischen angemessener und unangemessener Polypharmazie unterscheiden und potenzielle, schwere Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten reduzieren [14]. Von Patienten wird es zudem geschätzt, wenn Veränderungen in der Medikation gemeinsam besprochen werden [8, 15]. Das National Institute for Aging (NIH) gibt Ratschläge an Patienten, wie man die Medikation mit dem jeweiligen medizinischen Fachpersonal besprechen kann:

1. Erstellen Sie zusammen mit Ihrem Arzt eine vollständige und akkurate Liste aller Medikamente, die Sie aktuell einnehmen.
2. Stellen Sie sicher, dass Sie den Namen von allen Medikamenten kennen, und fragen Sie nach, wie lange und wie häufig das jeweilige Medikament eingenommen werden soll. Fragen Sie auch nach, welche Arzneimittel nicht unbedingt notwendig sind.
3. Wenn Sie weitere (z.B. nicht verschriebene) Medikamente einnehmen, unterrichten Sie Ihrem Arzt davon, damit dieser potenziellen Wechselwirkungen zwischen den Wirkstoffen vorbeugen kann.
4. Besprechen Sie neu aufgetretene Symptome und fragen Sie bei Ihrem Arzt nach, ob diese aufgrund der Medikamente auftreten könnten.
5. Bedenken Sie mögliche Beeinträchtigungen durch die Medikamente. Stellen Sie Fragen wie: »Kann dieses Medikament mein Gedächtnis beeinträchtigen?« oder »Kann dieses Medikament mein Sturzrisiko erhöhen?« Sprechen Sie dann mit Ihrem Arzt darüber, ob diese Vorteile und Risiken sinnvoll sind und wenn nicht, ob es alternative Möglichkeiten gibt. [16]

Mehr Studien zur Polypharmazie sind notwendig, die u. a. soziodemografische Merkmale, wie beispielsweise ein fortschreitendes Alter und die damit einhergehende Multimorbidität der Patienten, berücksichtigen [8].

Weitere Infos zu SHARE finden sich auf http://www.share-project.org/home0.html

Literatur

1. **Piontek, D. et al.** (2017). Verbreitung der Medikamenteneinnahme und des klinisch relevanten Medikamentengebrauchs basierend auf dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2015. Public Health Forum 25(3), 206–8.
2. **PHARMIG – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs** (2021). Daten & Fakten 2021. Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich. Wien .
3. Berechnet durch das **Institut für pharmaökonomische Forschung** (IPF) unter Verwendung folgender Quellen: IQVIA, Statistik Austria, SV.
4. **Österreichische Apothekerkammer** (2020).
5. **Börsch-Supan, A. et al.** (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). International Journal of Epidemiology 42(4), 992–1001.
6. **Börsch-Supan, A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe** (SHARE) Wave 8. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w8.8002022.
7. **Bergmann, M. et al.** (2021). SHARE Wave 8 Methodology: Collecting Cross-National Survey Data in Times of COVID-19. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
8. **Moßhammer, D. et al.** (2016). Polypharmazie – Tendenz steigend, Folgen schwer kalkulierbar. Dtsch Arztebl International 113(38), 627–33.
9. **Viktil, K. K. et al.** (2007). Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. British journal of clinical pharmacology 63(2), 187–95.
10. **Nobili, A. et al.** (2009). Potentially severe drug interactions in elderly outpatients: results of an observational study of an administrative prescription database. 34(4), 377–86.
11. **Prado, MAMBd. et al.** (2016). Diabetes in the elderly: drug use and the risk of drug interaction. Ciência & Saúde Coletiva 21(11), 3447–58.
12. **Tatro, D.S .** (2007). Drug interaction facts 2007. St Louis: Wolters Kluwer Health.
13. **Brasil Ministério da Saúde** (MS), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (2012). Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados Brasília: MS.
14. **Sheikh-Taha, M. et al.** (2021). Polypharmacy and severe potential drug-drug interactions among older adults with cardiovascular disease in the United States. BMC Geriatrics 21(1), 233.
15. **Stevenson, F.A. et al.** (2004). A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy 7(3), 235–45.
16. **National Institute on Aging**. The dangers of polypharmacy and the case for deprescribing in older adults 2021 [Online verfügbar unter: https://www.nia.nih.gov/news/dangers-polypharmacy-and-case-deprescribing-older-adults.

Danksagung

This paper uses data from SHARE Waves 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 and 9 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.800, 10.6103/SHARE.w2.800, 10.6103/SHARE.w3.800, 10.6103/SHARE.w4.800, 10.6103/SHARE.w5.800, 10.6103/SHARE.w6.800, 10.6103/SHARE.w7.800, 10.6103/SHARE.w8.800, 10.6103/SHARE.w8ca.800, 10.6103/SHARE.w9ca800), see Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details.[1]

Dr.in Dipl.-Soz.in Josefine Atzendorf, B.Sc. Psych.
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.
Ärztliche Leiterin der suchtmedizinischen Rehabilitation und Oberärztin auf einer jugendpsychiatrischen Therapiestation für substanzbezogene und medienbezogene Störungen in der LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Genießen mit Gewissen

Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis

Ganzjährige Freilandhaltung **www.nahgenuss.at** beste Bio-Qualität

Beratungs- & Betreuungsteam

Wien
Mag.ª Mirjam Ohr MA (W)
Tel.: +43 (0)664 8111021
mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at
Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Lisa Kläring, BA
Tel.: +43 (0)664 8111018
mail: lisa.klaering@gruenerkreis.at
Reinhard Krainer, BA
mail: reinhard.krainer@gruenerkreis.at
Tel.: +43 (0)664 / 180 97 09

Niederösterreich, Burgenland
Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at
Gabriele Stumpf (NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 8111676
mail:gabriele.stumpf@gruenerkreis.at
Wolfgang Kaufmann
Tel.: +43 (0)664 8111002
mail: wolfgang.kaufmann@gruenerkreis.at
Harald Berger (Justizanstalten Krems und St. Pölten)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

Oberösterreich
Elisabeth Schnitzer, BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1024
elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at
Armin Hickl BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: armin.hickl@gruenerkreis.at

Steiermark
Anna-Maria Ranftl, BA, MA
Tel.: +43 (0)664 10130 02
mail: anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at
Mag.ª (FH) Ursula Aichmaier
Tel.: +43 (0) 664 811 1041
mail: ursula.aichmaier@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol
Dipl. Päd. Marcel Kogler BA,
Tel.: +43 (0)664 384 0280
mail: marcel.kogler@gruenerkreis.at

Salzburg
Armin Hickl BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: armin.hickl@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg
Susanne Fessler-Rojkowski, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111675
mail: susanne.fessler@gruenerkreis.at

Beratung & Hilfe

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-40
mail.: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11
Tel.: +43 (0)1 710 74 44
Fax: +43 (0)1 710 74 44-22
mail.: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt
2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721
mail: ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz
8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt
9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126 | Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz
4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024
Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at

grüner kreis