

## Medikamentenabhängigkeit – Der unterschätzte Konsum

Sehr geehrte Damen und Herren, auch ich begrüße Sie ganz herzlich!

Als Mitarbeiterin der Frauensuchberatungs- und Behandlungsstelle FAM möchte ich Ihnen gern einige Aspekte zur Situation weiblicher Medikamentenabhängiger darstellen.

FAM entstand u.a durch die Fusion mit der ehemaligen Medikamentenfachstelle Schwindelfrei, und die offensive Aufklärungsarbeit zur Medikamentenproblematik war uns schon immer ein dringendes Anliegen.

Dennoch blieb der Rücklauf von Betroffenen gering, und wir suchten nach einer Möglichkeit, die Öffentlichkeitsarbeit auf einer breiten multiprofessionellen Ebene anzusiedeln. Ich freue mich sehr, dass Sie durch Ihr Kommen und Ihr Mitwirken an dieser Veranstaltung mit uns einen ersten Schritt in diese Richtung gehen.

### Grundsätzliches

Die Datenerhebungen zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit sind insgesamt sehr unterschiedlich und daher oft kaum vergleichbar. Nach dem letzten Bundesdrogen- und Suchtbericht leben schätzungsweise 1,4 bis 1,9 Millio. medikamentenabhängige Menschen in Deutschland - davon sind 70% Frauen. Den absoluten Schwerpunkt bilden Benzodiazepinabhängige

Die Anzahl der medikamentenabhängigen Menschen ist damit bundesweit ähnlich hoch wie die der Alkoholabhängigen. Bei Alkoholabhängigkeit liegt, wie Sie sich wahrscheinlich denken können, ein umgekehrtes Geschlechterverhältnis vor.

Wir alle wissen, dass sich in den Suchthilfeeinrichtungen kaum medikamentenabhängige Menschen befinden. Laut Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage im Bundestag 2008 beziehen sich weniger als 1% der bewilligten Suchttherapien auf Medikamentenabhängigkeit. Es gibt keine andere Stoffgruppe, bei der die Diskrepanz zwischen der Anzahl der Süchtigen zu denen die Hilfe suchen, so eklatant groß ist.

Seit Erhebungen durchgeführt werden, gibt es immer die gleichen Ergebnisse. Frauen bekommen ab dem 14.Lj -beginnend mit Schmerzmitteln gegen Menstruationsbeschwerden- sehr viel mehr Medikamente verschrieben als Männer. Eine Ausnahme bilden die zunehmenden Verordnungen von Methylphenidat für 11-14jährige Jungen bei ADHS. Mit dem Lebensalter von Frauen steigen die Verschreibungszahlen an. Jüngere Frauen konsumieren eher Schmerzmittel - ältere greifen vor allem zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Benzodiazepine). Als besonders gefährdet gelten Frauen über 60 Jahren.

Bei FAM haben wir es mit Frauen zu tun, die hauptsächlich von Beruhigungsmitteln abhängig sind oder von opioidhaltigen Schmerzmitteln - oder sie konsumieren freiverkäufliche Kopfschmerzmittel, v.a. mit Koffein in abhängiger Form.

## **Die Sucht der Frauen**

Die Genderaspekte sind mittlerweile gut belegt. Heute wird selbstverständlicher von einer geschlechtsspezifischen Diagnose- und Verschreibungspraxis ausgegangen. Eine sog. Gendermedizin, die die biologische, psychische und soziale Unterschiedlichkeit beider Geschlechter einbezieht, etabliert sich.

2/3 der Arzneimittelabhängigen sind Frauen. Wie hinlänglich bekannt, wird Medikamentenabhängigkeit auch als „stille Sucht“ bezeichnet. Unauffällig können Frauen ihrem Tablettenkonsum nachgehen, keine „Fahne“ verrät sie. Sie „fallen nicht aus der Rolle“, ihre Einnahme ist ärztlich legitimiert. I.d.R. üben sie weder Beschaffungskriminalität noch Gewalt aus. Sozial unsichtbar wird ihre Suchtproblematik unterschätzt und auch vom Hilfesystem leicht übersehen.

Tendenziell fällt es Frauen leichter, körperliche und seelische Probleme einzugestehen. Sie suchen eher ärztliche Praxen auf als Männer und präferieren bei psychischen Belastungen Arzneimittel – Männer hingegen Alkohol oder auch Drogen.

Schon aufgrund der biologischen Vorgänge Menstruation, Verhütung, Schwangerschaft und Menopause kommen Mädchen und Frauen früh und selbstverständlicher mit Ärzten und Ärztinnen in Kontakt und vertrauen auf deren Verordnungen.

Ein besonderer Risikofaktor für eine Abhängigkeitsentwicklung von psychotropen Substanzen sind traumatische Erfahrungen sexueller Gewalt, von der süchtige Frauen in hohem Maße betroffen sind.

## **Neben der Beschwerdenlinderung dienen die Arzneimittel auch dem Erhalt der Leistungs- und Funktionsfähigkeit.**

Nicht unerwähnt lassen möchte ich an dieser Stelle, die letzte DAK-Studie, wonach u.a. mehr als 2 Millio. Beschäftigte in der BRD schon einmal Doping am Arbeitsplatz betrieben, indem sie Medikamente unsachgemäß zur Leistungssteigerung einsetzen.

Wir leben in einer Welt mit zunehmender Beschleunigung und sind konfrontiert mit Höchstleistungen um uns herum. Frauen wollen funktionieren und stehen unter Druck vielfältigen Belastungen standzuhalten. In den letzten Jahrzehnten unterlagen die Geschlechterrollen einem großen Wandel. Für Frauen sind Ausbildungen und Berufstätigkeit selbstverständlicher geworden. Sie sind selbstsicherer und unabhängiger, füllen häufiger Führungspositionen aus.

Parallel dazu hat jedoch eine Entlastung in der traditionellen Rolle -Kindererziehung, Haushaltsführung, Pflege von Angehörigen- bisher wenig stattgefunden. Auch die emotionale Versorgung der Familie ist i. d. R. immer noch das Ressort der Frauen.

## **Die Abhängigkeit vor allem von Beruhigungs- und Schlafmitteln steigt beim weiblichen Geschlecht sprunghaft an.**

Zu den belastenden Lebensbedingungen dieser Altersgruppe gehören sicherlich u. a. die Vereinsamung durch den Verlust geliebter Menschen und die Pflege der Eltern und des Partners, unverarbeitete Gefühle des „Nichtmehrgebrauchtwerdens“ bei Müttern und die zunehmende Chronifizierung von Beschwerden sowie „emotionales Ausgebranntsein“ u.a. aufgrund einer zu ausgeprägten Helferinnenrolle und langjährig ausgeübter Mehrfachbelastungen.

Eine Gesellschaft, die junge, schöne, leistungsfähige Frauen propagiert, verstärkt mit ihrer negativen Sicht auf die Älteren ebenfalls Minderwertigkeitsgefühle und Selbstwertzweifel. Eine bedeutende Rolle spielt natürlich auch die „Ruhigstellung“ von alten Menschen durch Medikamentenvergabe.

## **Ärztliche Rezepte beschwichtigen Schuldgefühle und aufkommende Zweifel am Konsum.**

Wenn Frauen, die uns aufsuchen, das Ausmaß ihrer Abhängigkeit erkennen, reagiert ein Teil mit Unglaube und Fassungslosigkeit, dass ihr Arzt oder ihre Ärztin sie nicht hinreichend aufklärte, über Jahre das Mittel immer wieder verschrieb.

Ein anderer Teil kaufte die rezeptfreien Arzneien in der Apotheke oder übers Internet und glaubte sich auf der sicheren Seite: „Die Tabletten können ja nicht so schlimm sein, sonst wären sie nicht freiverkäuflich“.

Einige waren sich der Suchtgefährdung bewusst und besorgten sich heimlich die Tabletten, z.B. am Arbeitsplatz im Krankenhaus, suchten mehrere Arztpraxen und Apotheken auf oder nahmen die Arzneien kranker Angehöriger ein.

Natürlich tragen die Frauen auch ihren Teil bei, indem sie den Beipackzettel nicht lesen, weil sie die Nebenwirkungen so erschreckend finden, ärztliche oder apothekerliche Hinweise bzgl. der Suchtgefahr ihrer Mittel negieren - ihre Selbstverantwortung als Patientin oft wenig ausgeprägt ist.

## **Ohne Aufklärung ist keine Problemeinsicht möglich**

Die meisten Medikamentenabhängigen verbleiben -ohne Behandlung ihrer Suchterkrankung- oft jahrelang im medizinischen System: in den hausärztlichen, psychiatrischen Praxen, den internistischen, orthopädischen Abteilungen etc.- und in den Alten- und Pflegeheimen.

Sie können sich dem Suchthilfesystem nur schwer zuordnen und brauchen schon eine Ahnung, dass bei ihnen eine Suchtproblematik vorliegen könnte, damit sie gezielt eine Suchtberatungsstelle aufsuchen - aber genau diese Einsicht können sie ohne Aufklärung kaum entwickeln. Sie fühlen sich krank und nicht süchtig.

Frauen mit Migrationshintergrund sind dem Suchthilfesystem besonders fern. Vergleichsstudien mit deutschen Frauen belegen, dass sie wesentlich häufiger unter körperlichen und seelischen Symptomen leiden. Die Suizidraten junger deutsch-türkischer Frauen sind doppelt so hoch. Auch Migrantinnen greifen zu Arzneimitteln, um ihre Beschwerden zu lindern. Es ist eine hohe Anzahl Betroffener mit Missbrauchs- und Abhängigkeitsproblematik zu vermuten.

Aufgrund des Informationsdefizits sind sich nur wenige Medikamentenabhängige des möglichen psychosomatischen Zusammenhanges ihres Konsums bewusst. Ihre Symptome wie Angst, Schlaflosigkeit begründen die Einnahme. Der Zusammenhang zu möglichen psychischen Konflikten bleibt unbewusst.

Die Entzugsphänomene, die den ursprünglichen Symptomen ähneln und die Symptomverstärkung, die sog. „Wirkumkehr“, die im Zuge eine Abhängigkeitsentwicklung mit Benzodiazepinen entstehen kann, wird von den Frauen als Schwere ihrer Erkrankung gedeutet und mit verstärkter Einnahme beantwortet. Es zeigt ihnen, wie krank sie tatsächlich sind und dass sie ihre Arznei dringend brauchen.

Bei übermäßiger Verwendung von Kopfschmerzmedikamenten besteht das Risiko eines arzneimittelinduzierten Dauerkopfschmerzes. Er verleitet ebenfalls dazu, die Dosierung zu erhöhen. Ein fataler Kreislauf entsteht: die Mittel verursachen genau die Symptome, gegen die sie ursprünglich genommen wurden.

Suchttherapie kann anfangs nur schwer mit Medikamenten mithalten. Häufig finden wir eine unbewusste, hohe Anspruchshaltung bei den Frauen. Sie drängen auf sofortige Symptombesserung – von außen - wie sie ihre Tabletten lange Zeit bieten konnten. Die nun „pur“ erlebten Beschwerden wie Panikattacken, Kopfschmerzen stellt die Abstinenzmotivation der Frauen auf eine extrem harte Probe.

Es erfordert Zeit, Gesundheitshandeln zu erlernen und evtl. schmerzhaft psychosomatische Zusammenhänge zu erkennen. Es braucht Schutz, Biographien mit schwer traumatischen Erfahrungen zu bearbeiten und sich Ängsten zu stellen, bevor Symptome sich bessern können.

### **Welche Schritte ergeben sich nun daraus?**

Aus meiner Sicht sind die enge Vernetzung zwischen dem Medizinischen System und der Suchthilfe dringende Maßnahmen.

Ebenfalls notwendig ist eine intensive Kooperation des Suchthilfesystems mit dem Alten- und Pflegebereich -und dieses erst Recht mit Blick auf die demografische Entwicklung. Aktuell läuft ja gerade zum Thema Sucht im Alter eine wunderbare Ausschreibung des Bundesministerium für Gesundheit: „Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten – und Suchthilfe“.

Auch die Einbeziehung des MigrantInnenbereichs ist noch als dringend hervorheben. Gern erwähnen möchte ich hier, dass FAM für Aufklärung, Vernetzung und Beratung in diesem spezifischen Tätigkeitsfeld - dank der Unterstützung durch das Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg - eine sog. Fraueninfrastrukturstelle erhalten hat, die seit Januar von einer türkischen Mitarbeiterin ausgefüllt wird.

Für mich ist vieles denkbar - bis hin zu einer berlinweiten Koordinationsstelle „Medikamente und Gesundheit“ mit Vertretern und Vertreterinnen aus o.g. Bereichen, die ein gendergerechtes Konzept entwickeln und auf gesundheitspolitischer Ebene tätig sind.

Ich weiß, dieses sind hehre Ziele – aber die Dringlichkeit zum vernetzten öffentlichen Handeln ist längst überfällig - und ich bin gespannt auf Ihre Erfahrungen, Ihre Einschätzungen und Ihre Ideen!

Vielen Dank fürs Zuhören!

Berlin, 30.6.2010

Christa Surburg-Liefert  
FAM der La Vida gGmbH

#### Literatur

- Drogen- und Suchtbericht, Sabine Bätzing - Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mai 2009
- Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage im Bundestag zum Thema: „Medikamentenabhängigkeit in der Bundesrepublik Deutschland“, Drucksache 16/7973 vom 05.02.2008
- Klinische Psychologie der Frau, Franke Alexa, Kämmerer Annette (Hrsg.), Hogrefe-Verlag Göttingen 2001