

Bericht zur aktuellen Lage im Kontext Medikamentenabhängigkeit und Migration/Diversität/Gender



die verschwiegene Sucht 2.0

Medikamentenabhängigkeit
im interkulturellen Kontext

Impressum

Herausgeber und Medieninhaber: Verein JUKUS – Verein zur Förderung von Jugend, Kultur und Sport

Redaktionsadresse: Annenstraße 39, 8020 Graz

Autorinnen: Alena Strauss, Edith Zitz

Publikationsdatum: Februar 2020

ZVR-Zahl: 767701094

T: +43 316 722865

E: office@jukus.at

W: www.jukus.at

Fördergeber*innen



Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich
Gesundheit Österreich
GmbH



Herausgeber und Medieninhaber



Einleitung.....	2
Medikamente – Definition und Überblick.....	3
Epidemiologischer Überblick.....	5
Österreich:.....	5
Steiermark	6
Deutschland	8
Schweiz	9
Praxis/Projektberichte.....	11
Diversität	13
Diversität im Kontext (Medikamenten-)Abhängigkeit.....	14
Soziodemografische Merkmale	14
Alter	15
Gender.....	15
Migrationshintergrund	16
Fokusgruppen Resultate	19
Prävention	24
Parlamentarische Materialien/Anfragen.....	24
Empfehlungen & Handlungsbedarf	25
Literaturverzeichnis.....	28

Einleitung

Arzneimittel wirken gezielt, um gesundheitliche Beschwerden zu lindern oder Erkrankungen zu heilen. Entscheidend sind die richtige Auswahl und die Dosierung bei der Verschreibung sowie die richtige Anwendung durch die Patientin bzw. den Patienten. Zum Schutz der Gesundheit müssen in Österreich alle Arzneimittel ein strenges Zulassungsverfahren durchlaufen.¹

Diese Information bekommt jede*r der sich über das Österreichische Gesundheitsportal zu Medikamenten informieren möchte. Weiter werden die Fragen: Was ist ein Arzneimittel? Oder auch, dass Arzneimittel von Ärzt*innen zur Behandlung von Beschwerden oder Erkrankungen verordnet werden, bei geringfügigen Beschwerden auch eine Selbstmedikation möglich sei, Wechselwirkungen und auch auf Vergiftungen wird eingegangen. Auf Medikamentenabhängigkeit wird jedoch auf der offiziellen Gesundheits-Informationssseite des Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nicht eingegangen. Das Risiko, dass Medikamente auch zu einer Abhängigkeitserkrankung führen können, wird nicht erwähnt, obwohl, dass *öffentliche Gesundheitsportal Österreichs unabhängige, qualitätsgesicherte und serviceorientierte Informationen rund um die Themen Gesundheit und Krankheit²* anbietet. Anlass genug, sich die aktuelle Situation rund um Medikamente und Abhängigkeit im Kontext zu Diversität genauer an zu schauen.

Die Österreichische Suchtpräventionsstrategie, ist als Schnittstelle zwischen wissenschaftlichem Erkenntnisstand in den einschlägigen Disziplinen, medizinischer und psycho-sozialer Praxis sowie allen maßgeblichen Politik- und Verwaltungsbereichen, mit dem Ziel einer Definition des gesellschaftlichen Grundverständnisses zum Thema Sucht, einer breiten Zielformulierung und einem Orientierungsrahmen für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen in den verschiedenen Verantwortungsbereichen zu verstehen. Sie benennt als eines der strategischen Ziele, den missbräuchlichen Konsum von Medikamenten mit und ohne Suchtpotenzial zu verringern. Als Voraussetzung, dass negative Gesundheitsfolgen und Suchtentwicklungen verhindert werden können werden einerseits die Verschreibungsmechanismen, andererseits Aufklärung und Weiterbildung der Ärzteschaft sowie die Entwicklung von praktikablen Richtlinien, sowie die die Förderung von Risikokompetenz und Reflexion des eigenen Konsumverhaltens in der Bevölkerung, genannt. Gleichzeitig sollen medizinisch indizierte Verschreibungen erfolgen und adäquate Behandlungsformen ermöglicht werden.³

1 <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/medikamente/inhalt>

2 <https://www.gesundheit.gv.at/ueber-uns/inhalt>

3 Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015) Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Wien

Medikamente – Definition und Überblick

Nach der Definition des Arzneimittelgesetzes⁴ sind „Arzneimittel“ Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die zur Anwendung im oder am menschlichen oder tierischen Körper und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder zur Linderung oder zur Verhütung menschlicher oder tierischer Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind, oder im oder am menschlichen oder tierischen Körper angewendet oder einem Menschen oder einem Tier verabreicht werden können, um entweder die physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen, oder als Grundlage für eine medizinische Diagnose zu dienen.

Nach der Definition des Arzneimittelgesetzes sind Arzneispezialitäten Fertigarzneimittel, die im Voraus stets in gleicher Zusammensetzung hergestellt und unter der gleichen Bezeichnung in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Form in Verkehr gebracht werden. Diese sind von Einzelanfertigungen in der Apotheke (magistrale Zubereitungen) zu unterscheiden. Von den 13.251 in Österreich zugelassenen Humanarzneispezialitäten sind derzeit 5.216 (rd. 39 %) Präparate rezeptfrei, etwa 61% (8.035) der Präparate sind rezeptpflichtig. Rund 57% der zugelassenen Arzneimittel werden von den Sozialversicherungsträgern erstattet. Der Arzneimittelverbrauch, mit 742,25 abgegebenen Standard Units⁵ je Einwohner in Österreich liegt im internationalen Vergleich mit den EU-25-Ländern und der Schweiz im Mittelfeld.⁶

Definition Medikamentenabhängigkeit

Wie bereits eingangs erwähnt sind Medikamenten, bzw. Arzneimittel, Stoffe, die zur Heilung oder zur Linderung von gesundheitlichen Beschwerden eingesetzt werden.

Medikamentenabhängigkeit ist eine Form der Abhängigkeitserkrankung, bei der chemische Präparate (Kopfschmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Abführmittel, Aufputzmittel), die sonst für Heilzwecke verwendet werden, eingenommen werden. (...) Der Einstieg erfolgt nicht über

4 Arzneimittelgesetz, I. ABSCHNITT, § 1. (1),

<https://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/newspresse.nsf/webPages/21404E7D1E4B5D24C1256B45003385EA?OpenDocument>

5 Standard Units bezeichnet jene Dosis, die die*der Patient*in pro Einnahme zu sich nimmt, zB. Eine Tablette, 1 Messbescher, oder 10 Tropfen

6 Institut für Pharmaökonomische Forschung (IPF) (2015), Wien, zitiert nach Österreichische Apothekerkammer (2019): Apotheke in Zahlen 2019, Wien

den Genuss, wie z. B. häufig bei Alkohol, sondern wegen der Wirkung, da zu Beginn meist ein "Problem" steht.⁷

In der ICD-10, der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO⁸, ist das Abhängigkeitssyndrom durch psychotrope Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung) erfasst und als eigener Subcode angelegt. Abhängigkeiten, als allgemeiner Begriff beschrieben den Zustand, in dem jemand etwas oder jemanden zur Unterstützung benötigt, um zu funktionieren oder zu überleben. Um ein gewisses Wohlbefinden aufrecht zu erhalten besteht die Notwendigkeit einer wiederholenden Einnahme der entsprechenden Substanzen.⁹ Das Abhängigkeitssyndrom ist als Cluster von physiologischen, verhaltensbezogenen und kognitiven Phänomenen beschrieben, bei denen die Verwendung einer Substanz gegenüber anderen Verhaltensweisen priorisiert wird. Ein zentrales Merkmal des Abhängigkeitssyndroms ist der Wunsch (oft stark, manchmal überwältigend), die jeweilige Substanz einzunehmen.¹⁰

Prinzipiell werden zwei unterschiedliche Verläufe unterschieden, zum einen die von Anfang an missbräuchliche Verwendung von Medikamenten ohne ärztliche Verordnung, häufig auch in Kombination mit anderen Suchtmitteln. Beim anderen Verlauf bestehen zu Beginn medizinische (physische oder psychisch) Beschwerden auf Grund derer es zu einer Verschreibung von Medikamenten kommt. In diesem Kontext ist, insbesondere bei Benzodiazepinen, das Phänomen der Niedrigdosis-Abhängigkeit (Low-Dose-Dependence) beschrieben worden, bei der die Dosis auch über lange Zeitspannen hinweg nicht gesteigert wird, bei Aussetzen der Einnahme jedoch deutliche Entzugerscheinungen auftreten. Fokus dieser Bestandsaufnahme liegt auf einer nicht willentlich herbeigeführten Medikamentenabhängigkeit.

Als Besonderheit im Vergleich mit anderen substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen ist die Legitimation der Substanzeinnahme durch die ärztliche Verschreibung des Medikaments besonders zu beachten. Der Umstand, dass das Medikament verschrieben wird, fördert zusätzlich die Legitimation des Medikaments als «kleiner Helfer», z. B. in einen erholsamen Schlaf. Zudem sind die Übergänge zwischen Fehlgebrauch, Missbrauch bzw. schädlichem Gebrauch sowie einer Suchterkrankung fließend und eine Abgrenzung schwierig.¹¹

7 <https://www.suchtvorbeugung.net/stepbystep/pages/lexikon/definitionen.php>

8 Bundesministerium für Gesundheit (2013) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – BMG-Version 2014

9 http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

10 http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

11 Wolter (2017): Benzodiazepine im Alter. Sucht 2017; 63(2): 81-97

Epidemiologischer Überblick

*Statistisch gesehen begegnet ein niedergelassener Arzt mindestens einmal am Tag einem medikamentenabhängigen Patienten. Und einem weiteren Patienten, der akut gefährdet ist, in eine Abhängigkeit zu geraten.*¹²

Als Einstieg in die Thematik Medikamentenabhängigkeit, werden in diesem Kapitel die zur Verfügung stehenden Daten, aus der Steiermark, Österreich und darüber hinaus dem deutschen Sprachraum aufgearbeitet, sowie mit übergeordneten Strategien systematisiert und verknüpft. Wobei, die Situation in der Steiermark, auch auf Basis des Steirischen Suchtberichts 2017 genauer erhoben ist.

Österreich:

Der Epidemiologiebericht Sucht 2018 erhebt Medikamenten lediglich im Kontext von suchtbezogenen Todesfällen als Substanz des Beikonsum erhoben. Ausschließlich illegale Drogen (ohne Alkohol und/oder Psychopharmaka) wurden in den seltensten Fällen festgestellt, ebenso reine Opiatintoxikationen (ohne weitere legale oder illegale Substanzen). Der Anteil der Fälle, bei denen auch Psychopharmaka gefunden wurden, hat sich von 47 Prozent 2002 auf 72 Prozent im Jahr 2017 erhöht (vgl. Abbildung 6.7). Insgesamt wurden bei den Fällen, bei denen Psychopharmaka nachgewiesen wurden (88), bei 85 Prozent Benzodiazepine, bei 38 Prozent Antidepressiva und bei 27 Prozent Neuroleptika nachgewiesen. Bei jeweils weniger als 20 Prozent wurden Anti-Epileptika, Z-Medikamente oder andere psychoaktive Medikamente (z. B. Barbiturate) nachgewiesen.

Im DOKLI-System (das einheitliche Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe liefert, die die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht entwickelte, um die Situation im Bereich des risikoreichen Drogenkonsums einschätzen zu können) können auch noch „Alkoholproblematik“, „Medikamentenproblematik“ oder „sonstiger Betreuungsschwerpunkt“ vermerkt werden, sofern neben dem illegalen Drogenkonsum auch noch andere Problematiken im Zentrum der Betreuung stehen. Der Großteil der in österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen erfassten Klientinnen und Klienten ist ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung, wobei bereits 2017 über die Vermutung diskutiert wurde, dass in der Praxis eine zusätzlich bestehende Alkohol- oder Medikamentenproblematik möglicherweise nicht immer kodiert ist.¹³

Daten bezüglich Psychopharmaka-Verordnungszahlen im Rahmen eines Suchtberichts Steiermark 2017 wurden in dieser Form in Österreich erstmalig dargestellt.¹⁴ Daher werden auch diese Zahlen

12 <http://www.medikamente-und-sucht.de/fachleute-und-forschung/fort-und-weiterbildung.html>

13 Anzenberger et al (2018): Epidemiologiebericht Sucht 2018. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien, S 48

14 Horvath et. al (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien 2017

für eine genauere Betrachtung heran gezogen. Limitierend ist in Bezug auf Verordnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen festzuhalten, dass sie einen wichtigen Einblick in die Verordnungspraxis und Verbreitung bestimmter Medikamente in der Bevölkerung liefern. Sie bieten allerdings keine Auskunft über Verschiebungen von der Verordnung über die gesetzlichen Krankenkassen hin zu anderen „Märkten“ wie dem Erwerb von Medikamenten über das Internet oder zur Verordnung von Privatrezepten.¹⁵

Steiermark¹⁶

Die in der Steiermark abgerechneten Verordnungen für Benzodiazepine und benzodiazepinähnliche Wirkstoffe, deren Anzahl in den letzten fünf Jahren rückläufig ist, zeigen einen hohen Frauenanteil und betreffen Vorwiegend die Altersgruppe ab 60 Jahren. Ein Rückschluss auf das Ausmaß des missbräuchlichen Konsums dieser psychotropen Medikamente kann aufgrund fehlender Daten nicht gezogen werden.

Verordnungszahlen von Benzodiazepine (N05BA und N05CD gemäß ATC-Code21) sowie benzodiazepinähnliche Wirkstoffe (N05CF gemäß ATC-Code), die auch als „Z-Drugs“ bekannt sind, die von den steirischen Krankenkassen BVA, STGKK, SVAGW, SVB und VAEB bereitgestellt wurden. Bei der Interpretation der Zahlen ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die Zahlen für Benzodiazepine, deren Kosten häufig unter der Rezeptgebühr liegen, nur für rezeptgebühr-befreite Versicherte ersichtlich sind.

Zwischen 88 und 95 Prozent der gegenständlichen Arzneimittel wurden von Allgemeinmediziner*innen verordnet. Hausärztin kommt demnach eine zentrale Rolle in der Behandlung mit Psychopharmaka und in der diesbezüglichen Patientenaufklärung zu.

Insgesamt wurde im Jahr 2016 für 36.513 Personen mindestens eine gegenständliche Verordnung bei den SV-Trägern abgerechnet, wobei die Anzahl der Verordnungen nicht bekannt ist. Im Vergleich zum Jahr 2012 ist hier ein Rückgang von rund 11% (8% bei Männern, ~13% für Frauen). Die Zahl der Frauen mit mindestens einer gegenständlichen Verordnung war 2016 mehr als doppelt so hoch als jene der Männer. Dass Frauen deutlich häufiger Psychopharmaka-Verordnungen erhalten als Männer, ist ein international bekanntes, aber nicht eindeutig geklärtes Phänomen.¹⁷

Nach Altersgruppen erhoben zeigte sich, dass bei den 15- bis 29-Jährigen ein Anteil von 0,32% mit einer Verordnung der untersuchten Medikamentengruppen, wobei Männer zumeist häufiger als Frauen eine oder mehrere Verordnungen erhielten – ein Verhältnis, das sich im späteren Alter

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

16 Horvath et. al (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien 2017

17 Glaeske & Schick Tanz (2012) BARMER GEK Arzneimittelreport 2012; mit Verweis auf Glaeske (2002)

umkehrt. Bei den 30- bis 59-Jährigen zeigt sich insgesamt eine sinkende Tendenz, wobei seit 2012 eine leichte Zunahme bei den „Z-Drugs“ zu verzeichnen ist, was sich auch mit Hinweisen von Expertenseite zu Verordnungen dieser Wirkstoffgruppe deckt.¹⁸ Der Großteil der abgerechneten Rezepte aus den betrachteten Wirkstoffgruppen entfällt auf die Altersgruppe der über 59-Jährigen. Frauen sind mit einem Anteil von 68 bis 84 Prozent (je nach Jahr) deutlich häufiger als Männer vertreten. Im Zeitraum zwischen 2012 und 2016 ist allgemein eine sinkende Tendenz zu verzeichnen. Der Rückgang betrifft vor allem die Benzodiazepine (N05BA und N05CD gemäß ATC-Code), wohingegen sich benzodiazepinähnliche Wirkstoffe (N05CF gemäß ATC-Code) relativ konstant auf niedrigem Niveau hielten. In der Schülerbefragung ESPAD (2015)¹⁹ berichtet jede*r zehnte Schüler*in davon, bereits mindestens einmal in seinem bzw. ihrem Leben Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel eingenommen zu haben. Zumeist wurden diese nur über einen kurzen Zeitraum eingenommen – Mädchen berichten dies etwas häufiger als Burschen.

Bei der Analyse der Versorgungsdaten fällt auf, dass im Diagnosecluster Medikamente der weitaus größte Anteil an vergebenen Diagnosen jene des Medikamentenmissbrauchs bzw. der -abhängigkeit von Sedativa und Hynotika (700–800 Steirer*innen pro Jahr) betrifft. Dies entspricht ungefähr 6 bis 7 Personen je 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Die Vergabe dieser Diagnose hat seit 2010 leicht zugenommen. Frauen sind häufiger als Männer (60:40) wegen dieser Diagnose in stationärer Behandlung, bei knapp unter 15 Prozent ist Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit die Hauptdiagnose. Bei den Männern ist die Diagnosehäufigkeit ab dem Alter von 25 Jahren relativ stabil. Frauen sind vor allem im hohen Alter (70 bis 89 Jahre) wegen Medikamentenmissbrauchs bzw. -abhängigkeit in Behandlung. Die Diagnose Vergiftungen durch Medikamentenmissbrauch wird vergleichsweise selten vergeben, jährlich bei 10 bis 25 Steirern/Steirerinnen – Tendenz gleichbleibend. Das entspricht 0,1 bis 0,2 Personen pro 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Die Diagnose Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen, darunter fallen bspw. Schmerzmittel, Antidepressiva und Laxativa, wird jährlich um die 100-mal vorwiegend als Nebendiagnose vergeben.

Die Diagnose Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit betrifft bei Frauen in erster Linie Personen im Alter von 70 bis 89 Jahren. Bei Männern kommt die Diagnose ab dem Alter von 25 Jahren in allen folgenden Altersgruppen mit leichten Schwankungen in etwa immer gleich häufig vor. Die Diagnose Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen kommt bei Frauen und Männern etwa ab dem Alter von 45 Jahren in allen folgenden Altersgruppen häufiger vor als in den Altersgruppen davor. Bei den Vergiftungen durch Medikamentenmissbrauch gibt es sowohl bei Frauen als auch bei Männern einmal einen Anstieg in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen und dann noch einmal in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen.

18 Tanios (2016) Protokoll der Expertenrunde zum Psychopharmakakonsum in Österreich, zitiert nach Horvath et. al (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien 2017

19 Strizek et al (2015) ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Auswertung für die Steiermark, n = 965, Berechnung: GÖG

Wird die Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe mit einbezogen, so zeigt sich, dass das Thema Medikamente eine untergeordnete Rolle in der Suchtberatung einnehmen. Bei b.a.s., den regional in der Steiermark verbreitetsten Träger für Suchtberatung entfielen 4% der knapp 1540 Beratungsepisoden auf das Thema Medikamente, an erster Stelle stand das Thema Alkohol (759 Kontakte oder 49 %), gefolgt von den Themen Glücksspiel und illegale Drogen (19 % bzw. 18 %), Essstörungen (7 %), sowie Internet und sonstigen Themen (jeweils 1 %).²⁰

Der Divergenz zwischen der vermuteten Verbreitung von Medikamentenabhängigkeit und der Unterrepräsentanz im Bereich der Suchthilfe leistete bereits 2011 „Die neue steirische Suchtpolitik“²¹ mit der inhaltliche Ausweitung der Suchtpolitik unter anderem auf psychoaktive Medikamente sowie auf Produkte zur Optimierung der Leistungsfähigkeit (Selbstmedikation) wie auch auf die Planung von Aktivitäten gemeinsam mit neuen Akteuren/Akteurinnen. Wobei der Fokus auf den Handlungsfeldern, Beratung/Behandlung bei problematischer Selbstmedikation bei über 60-Jährigen, sowie der Bewusstseinsbildung bei verschreibenden Ärzten/Ärztinnen im stationären, aber vor allem im niedergelassenen Bereich hinsichtlich der Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, liegt.

Deutschland

In Deutschland gehen die Schätzungen, je nach Methodik, von 1,3 bis 2,6 Mio. Menschen, die von problematischem bis abhängigem Medikamentenkonsum betroffen sind, aus. Damit steht die Medikamentenabhängigkeit noch vor der Alkoholabhängigkeit an zweiter Stelle der Abhängigkeitserkrankungen.²² Der Alternative Drogen- und Suchtbericht 2014²³, geht für Deutschland von 1,5 – 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus, das entspricht etwa 4,2% der Bevölkerung. Der Epidemiologische Suchtsurvey²⁴ geht von 2,6 Millionen Menschen mit klinisch relevantem Medikamentenkonsum aus und die Erhebungen der Europäischen Suchtsurvey²⁵ 2012 liefern gar Hinweise, darauf, dass 8,4% der Teilnehmenden einen klinisch relevanten bzw. problematischen Medikamentengebrauch aufweisen. Da die Einnahme von Medikamenten im hohen Erwachsenenalter eher zunimmt, und der Altersbereich des ESA 2012 auf 64 Jahre begrenzt dürfte die Anzahl der Medikamentenabhängigen in der Bevölkerung höher liegen,

20 b.a.s. (2016) Geschäftsbericht 2015

21 Pammer & Lederer-Hutsteiner (2011) Die Neue Steirische Suchtpolitik

22 https://www.belladonna-essen.de/fileadmin/user_upload/documents/Medikamentenprojekt/Tagungsbericht_Medikamentenabhaengigkeit_bei_Frauen_21032019-1_01.pdf

23 <http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2014/07/Alternativer-Drogen-und-Suchtbericht-2014.pdf>

24 Gomes de Matos, Atzendorf, Kraus & Piontek (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. SUCHT, 62 (5)

25 Piontek et al. (2017): Substanzkonsum und Hinweise auf relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein – Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015

als die konservative Schätzung von 6.9 Millionen Erwachsenen in Deutschland mit einer medikamentenbezogenen Störung.²⁶

Differenziert nach Medikamentengruppen, sind nach laut Glaeske und Hoffmann (2014) etwa 1,1-1,2 Millionen Menschen von Benzodiazepin-Derivaten und etwa weitere 300 000 – 400 000 Menschen von anderen Medikamenten abhängig.²⁷ Der Frauenanteil wird mit 60-70% beziffert. Die Prävalenzen variieren stark nach Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischem Status zuungunsten von Frauen, Alten und Armen.²⁸

Schweiz

Die Entwicklung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit wird in der Schweiz seit längerem beobachtet. Eine fast tägliche Einnahme von Schmerzmitteln oder von Schlaf- und Beruhigungsmitteln über mehrere Monate wird als problematisch angesehen.²⁹

Der Anteil der Personen in der Schweiz, die Schlaf- oder Beruhigungsmittel nehmen, hat sich in den letzten Jahren kaum verändert und blieb mit ca. 8% stabil. Die Daten von CoRoLAR 2016³⁰ zeigen, dass 9.5% der befragten Frauen und 5.3% der Männer während der letzten 30 Tage vor der Befragung Schlaf- oder auch Beruhigungsmittel genommen haben. Die Häufigkeit des Gebrauchs steigt, übereinstimmend mit den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) deutlich mit dem Alter, von 1.8% bei den 15- bis 19-Jährigen auf 18.4% bei Personen ab 75 Jahren.

Der Anteil der Personen, die ein Rezept für die tägliche Einnahme von Beruhigungsmitteln haben, hat in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen und belief sich 2012 auf 98.0%. Unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Schwelle (tägliche Einnahme ein Jahr oder länger), deuten die Ergebnisse in der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren darauf hin, dass 2.0% der Männer und 3.6% der Frauen in problematischem Ausmaß regelmäßig Medikamente einnehmen. Hochgerechnet auf die Schweizerische Bevölkerung ab 15 Jahren entspricht dieser Anteil etwa 200'000 Personen (131'000 Frauen und 69'000 Männer). Schließlich soll darauf hingewiesen werden, dass 94.6% der Personen, die im Jahr 2012 täglich Schlafmittel genommen haben, eine ärztliches Rezept dafür hatten.

Zum Gebrauch von Benzodiazepinen³¹ hatten 40,2% der Befragten angegeben, in den letzten 12 Monaten „ein Benzodiazepin oder ein den Benzodiazepinen ähnliches Medikament (Z-Drugs)“ eingenommen zu haben. Der reale Anteil dürfte, aus methodischen Gründen jedoch darüber liegen.

26 Rumpf & Weyerer (2005): Sucht im Alter. Sucht Aktuell

27 Hoffmann et al (2009): Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007

28 https://www.belladonna-essen.de/fileadmin/user_upload/documents/Medikamentenprojekt/Tagungsbericht_Medikamentenabhaengigkeit_bei_Frauen_21032019-1_01.pdf

29 <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/chronische-medikamenteneinnahme-alter-15>

30 <https://www.suchtmonitoring.ch/de/6/1.html?schlaf-und-beruhigungsmittel-pravalenz>

31 Gmel, Notari & Gmel (2015). Suchtmonitoring Schweiz - Vertiefende Analysen zur Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln sowie Psychostimulanzien im Jahr 2014. Lausanne: Sucht Schweiz

Darüber hinaus gaben 18.7% an, diese Medikamente auf eigene Faust genommen, bzw. zu einem anderen Zweck als dem ursprünglich beabsichtigten, eingenommen zu haben. Diese Tendenz der Selbstmedikation fand sich in der Altersgruppe der 35-bis 64-Jährigen (24.6%) am häufigsten.

Als Hauptgrund für die Medikation mit Benzodiazepinen nannte, mit 81.7% ein Großteil der Befragten "(Ein-) Schlafprobleme", gefolgt von „zur Beruhigung“ (58.2%) und „Entspannung“ (48.1%). Etwa ein Drittel (32.6%) der Befragten nannte "Angststörungen, zur Verringerung von Angstzuständen", als Verschreibungsgrund für die Medikamente.

Basierend auf dem Monitoringsystem [act-info](#) kann geschätzt werden, dass psychotrope Medikamente bei etwa 1% der wegen Suchtproblemen in Beratungsstellen oder spezialisierte stationäre Einrichtungen aufgenommenen Personen das Hauptproblem darstellen. Diese Substanzen stellen bei knapp 10% der aufgenommenen Personen ein sekundäres Problem dar.

Die Anzahl der Verkehrsunfälle hat sich in der Schweiz unter angenommenem Einfluss von Medikamenten in den letzten 20 Jahren etwa verdoppelt.

Insgesamt hat auch die Anzahl der Todesfälle wegen Medikamentenmissbrauchs zwischen 1995 und 2008 mehr als verdoppelt (127 resp. 312 Fälle). Zu berücksichtigen ist die Freitodbegleitung, die Einfluss auf diese Entwicklung hatte, was dazu führte, dass diese Fälle ab 2009 aus den Statistiken ausgeschlossen werden. Seither variiert die Anzahl der Todesfälle zwischen 39 (2012) und 65 (2010) Fällen pro Jahr.

Zusammenfassend konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Prävalenz des aktuellen Medikamentengebrauchs mit der Tatsache weiblich zu sein, sowie mit dem Alter, dem Umstand getrennt zu leben oder keine Arbeit bzw. keine Arbeit mehr zu haben, festgestellt werden.³² Im Gegensatz dazu ist das Ausbildungsniveau mit dem Gebrauch dieser Substanzen invers verbunden (je höher das Ausbildungsniveau, desto niedriger die Prävalenz). Allerdings trifft dies für Frauen nicht zu. Das durchschnittliche Alter bei der erstmaligen Einnahme lag 2016 bei etwa 29 Jahren und bei rund 36 Jahren für den auffälligen Gebrauch. Suizidversuche mittels einer Medikamenteneinnahme mehr als die Hälfte aller Selbstmordversuche aus. Allerdings liegt die Anzahl letaler Fälle sehr tief. So liegt der jährliche Durchschnitt von Selbstmordversuchen zwischen 2004 und 2006 bei 4'043 Fällen, 318 können der Einnahme von Medikamenten zugeschrieben werden. Frauen nehmen deutlich häufiger als Männer Medikamente mit dem Ziel, sich umzubringen.³³

32 Thrul (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz

33 <https://www.suchtmonitoring.ch/de/6.html> <https://www.suchtmonitoring.ch/de/table/442.html>

Praxis/Projektberichte

In Deutschland gab es ab 1989 immer wieder Projekte die Beratung zu Medikamenten anboten. Allerdings wurden die Projekte „Medikamente, Frauen, Prävention“ in Hamburg³⁴ und „Schwindelfrei“ von der Berliner Informations- und Beratungsstelle für Frauen und Medikamente wurden jedoch nicht weiter finanziert. Die Arbeit von „Schwindelfrei“ konnte in Kooperation mit einer anderen Beratungsstelle wieder aufgenommen werden. Ein weiteres Konzept zum Aufbau einer Informations- und Beratungsstelle für Frauen mit Medikamentenproblemen bzw. - Abhängigkeit in Frankfurt „Frankfurter Medikamentenforum“³⁵ wurde mangels Finanzierung nicht umgesetzt. Gemeinsam hatten all diese Projekte, ein niederschwelliges Informations- und Beratungsangebot, dass die Möglichkeit über Medikamente und ihre Verwendung zu sprechen eröffnete, aber nicht in den Vordergrund stellt. Darüber hinaus wurden Fortbildungen für Multiplikator*innen und Praktiker*innen außerhalb des Suchtbereichs und in unterschiedlichen, regionalen Settings durchgeführt, sowie Sensibilisierung mittels Öffentlichkeitsarbeit in Medien, über Broschüren oder das Internet zu Medikamentenabhängigkeit betrieben.³⁶

Die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, betrieb von 2014 - 2019 das Projekt „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“³⁷. Projektziel war es, basierend auf den vorliegenden Forschungsbefunden und dem Praxiswissen – erste konkrete Hilfe- und Behandlungskonzepte zu erarbeitet. Die in einer anschließende Projektphase verdichtet wurden, zu einer zielgruppenspezifischen Differenzierung der Hilfe- und Behandlungskonzepte, die der Entwicklung und Etablierung von Qualifizierungsangeboten sowie der Erarbeitung von Empfehlungen für die Versorgungsstruktur dienten.³⁸ Bereits sehr früh nach Projektstart wenige Daten zur Zielgruppe im System vorhanden sind. Die Zugänge über Suchtkliniken und die Selbsthilfe erwiesen sich als nicht funktionell, außerdem konnten keine aktuell medikamentenabhängigen Frauen gewonnen werden. Dies verdeutlicht einmal mehr, wie tabuisiert das Thema ist. Alle Befragten hatten die Abhängigkeit von mindestens einer Substanz überwunden und sich kritisch mit ihrem Medikamentenkonsum auseinandergesetzt. Die Motivation zur Teilnahme speiste sich bei fast allen Frauen aus dem Wunsch, „etwas verändern“ zu wollen. Die Projektergebnisse verdeutlichen, die spezifischen Aspekte der Medikamentenabhängigkeit, die ihre Thematisierung erschweren: gesellschaftliche Akzeptanz, unauffälliger Konsum, unzureichende

34 Nette (1989): Konzept und erste Erfahrungen der Informationsstelle Frauen-AlltagMedikamente. In: Ellinger-Weber, S.; M. Kruse (Hg.): Psychopharmaka im Alltag. Hamburg: Ergebnisse-Verlag. S. 180-194.

35 Appel & Vogt (1999). Expertise zur Entwicklung eines Frankfurter Medikamenten Forums auf der Grundlage einer Ist-Analyse der Beratungssituation medikamentenabhängiger Frauen in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main: Frauenreferat und Gesunde-StädteProjekt der Stadt Frankfurt am Main.

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

37 Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA (2019): Abschlussbericht - Medikamentenabhängige1 schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder

38 <http://www.landesstellesucht-nrw.de/neues/items/startschuss-fuer-das-projekt-medikamentenabhaengige-schwangere-frauen-muetter-und-ihre-kinder.html>

Sensibilität für Risiko der Medikamentenabhängigkeit sowohl bei verschreibenden Ärzt*innen als auch bei den Patientinnen. Die Verschreibung legitimiert den Konsum insbesondere bei Benzodiazepinen. Gleichzeitig trägt die Verordnungspraxis zur Medikalisierung psycho-sozialer Probleme bei. Die Ergebnisse der Interviews machen auf Defizite im Bereich Information und Aufklärung sowie das Fehlen partizipativer Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess aufmerksam. Die Qualität der Ärzt*in-Patientin-Kommunikation steht hier im Fokus, die Befunde sind anschlussfähig für das Konzept der Medication Literacy³⁹. Voraussetzungen für die Förderung von Medication Literacy sind verständliche Gesundheitsinformationen und patient*innenzentrierte Unterstützung durch Gesundheitsprofessionen. Dass hier hoher Handlungsbedarf besteht, belegen die Projektergebnisse insbesondere der qualitativen Interviews mit medikamentenabhängigen Frauen. Es gelingt der Suchthilfe bisher nicht, medikamentenabhängige Menschen zu erreichen. Als Gründe wurden insbesondere, keine spezifischen Ansprache von Menschen mit medikamentenbezogenen Problemen, die Hochschwelligkeit der Angebote, Angst vor Stigmatisierung, der nicht wahrgenommenen Kompetenz zu Medikamentenproblematiken, genannt. Hier ist die Suchthilfe gefragt hinderliche Faktoren abzubauen, sowie entsprechende Kompetenzen zum Thema Medikamentenabhängigkeit aufzubauen. Allgemein können Medikamentenabhängige an vielen verschiedenen Stellen im Versorgungssystem auftauchen. Allerdings wurde den Gesundheitsprofessionen und Angehörigen der sozialen Berufe unzureichende Sensibilität für das Thema Medikamentenabhängigkeit attestiert. Medikamentenkonsum wird nicht systematisch erfragt und auch potentielle Auffälligkeiten nicht mit einer möglichen Abhängigkeit in Verbindung gebracht. Aktuell gibt es kein Nachfolgeprojekt zu Medikamentenabhängigkeit.

Ein aktuelles Projekt aus der Schweiz, das den Fokus auf Alter und Sucht legt, ist die Website Alter und Sucht.⁴⁰ Eine Wissensplattform für ältere Menschen, für Angehörige und für Fachleute, die ältere Menschen betreuen, begleiten oder beraten zu den Themen Alkohol und Medikamenten. Die zielgruppenspezifisch aufbereiteten Informationen umfassen unter anderem auch den Themenkomplex Medikamentenabhängigkeit, Risikofaktoren, Hilfsangebote, aber auch wie Nahestehende auf Anzeichen reagieren können. Die Website ist in Kooperation von Infodrog, Sucht Schweiz, der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs (ZFPS) und der Forel Klinik erarbeitet und durch das Nationale Programm Alkohol finanziert worden. Die Informationen leisten einen Beitrag zur Verhinderung von Suchtproblemen, zu Früherkennung und Frühinterventionen bei einem problematischen Alkohol- oder Medikamentenkonsum und zu einer adäquaten Unterstützung von älteren Menschen mit Suchtproblemen.⁴¹

39 Haslbeck (2017). Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronische Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten. In D. Schaeffer & J.M. Pelikan (Hrsg.), Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven (S. 259-276). Bern: Hogrefe.

40 <https://www.alterundsucht.ch/>

41 <https://www.alterundsucht.ch/impressum.html>

In Graz setzt sich das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau immer wieder, vor allem im Rahmen ihrer Veranstaltungsreihe „Senior*innenplattform“ mit dem Thema „Medikamentenabhängigkeit im Alter“, zuletzt im Herbst 2018, sowie auch im SMZ-Info, Ausgabe Frühjahr 2019, einer Broschüre, die sich sowohl an Expert*innen aus dem medizinischen, sozialen und gesundheitlichen Bereich als auch an Patient*innen, Klient*innen und interessierte Laien richtet, auseinander.

Aktuell sind uns im deutschsprachigen Raum keine weiteren Projekte in Kontext mit Medikamentenabhängigkeit bekannt.

Diversität

Gesellschaftliche Vielfalt oder Diversität bezeichnet Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Menschen oder Gruppen. Diese lassen sich auf individueller, institutioneller und struktureller Ebene betrachten und betreffen alle Menschen, nicht nur einzelne Gruppen. Die Erscheinungsformen Diversität und Diskriminierungen können je nach Kontext variieren und unterliegen einem zeitlichen Wandel.

Nach dem Modell von Gardenswartz und Rowe (2003)⁴² gibt es verschiedene Diversitätsdimensionen, wie: "Persönlichkeit", sie umfasst all jene Aspekte einer Person, die als "persönlicher Stil" "Kerndimensionen" gelten als vom Individuum relativ unveränderbar, wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, geistige und körperliche Fähigkeiten, Nationale Herkunft/Ethnie oder Hautfarbe. Das Modell wurde um Soziale Herkunft erweitert. Die soziale Herkunft einer Person kann u. a. durch wirtschaftliche oder bildungsbezogene Merkmale beschrieben werden. So können Faktoren wie der Bildungsabschluss oder das Einkommen der Eltern einer Person deren Zugang bzw. Nicht-Zugang zu materiellen und immateriellen Ressourcen beeinflussen.⁴³ "Äußerer Dimensionen" zeichnen sich durch Veränderbarkeit aus, wobei "Religion/Weltanschauung" eine Ausnahme im Schema bildet, da sie nicht immer frei wählbar sind. Die "Organisationalen Dimensionen" sind durch die Art der Zugehörigkeit innerhalb einer Institution oder Organisation bestimmt.⁴⁴

In der Steiermark bildet sich die gesellschaftliche Vielfalt folgendermaßen ab: So lebten per 1.1.2019 genau 1.243.052 Einwohner (1.1.2009: 1.204.795; 1.1.2018: 1.240.214) in der Steiermark. Längerfristig gesehen ergibt sich damit für die Steiermark seit dem Jahr 2001 ein stetiges Wachstum, speziell ein Wachstum von +0,2% oder 2.838 Einwohner*innen gegenüber 1.1.2018. Das Durchschnittsalter in der Steiermark ist gegenüber 2018 wieder leicht auf 43,9 Jahre gestiegen. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0-19 Jahre) hat um -0,3% abgenommen, während die Personen im Erwerbsalter (20-64) um (+0,1%) und Personen im Rentenalter (65+) um +1,2% zugenommen haben. Im steiermarkweiten Durchschnitt kommen auf 1.000 Frauen 976 Männer,

42 Gardenswartz & Rowe (2003): 4 Layers of Diversity. Diverse Teams at Work. Society for Human Resource Management

43 Ibr & Pauser: Erweiterung der inneren Dimensionen von „4 Layers of Diversity“ von Gardenswartz & Rowe (2003) um soziale Herkunft für die Uni Wien

44 <https://personalwesen.univie.ac.at/gleichstellung-diversitaet/diversitaet/worum-geht-es-bei-diversitaet/>

wobei bis etwa zum 50. Lebensjahr im Schnitt 1.058 Männer auf 1.000 Frauen fallen, danach dreht sich dieses Verhältnis stark zugunsten der Frauen. Die steirische Bevölkerung weist 11,0% als Menschen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit aus, das entspricht einem Zuwachs um 4,0% im Vergleich zum Vorjahr.⁴⁵

Diversität im Kontext (Medikamenten-)Abhängigkeit

Folgend werden relevante Diversitätsdimensionen und ihre Besonderheiten im Kontext mit Medikamentenabhängigkeit beleuchtet. Die Prävalenzen von Medikamentenabhängigkeit variieren stark nach Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischem Status zuungunsten von Frauen, Alten und Armen.⁴⁶

Soziodemografische Merkmale

Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung einerseits und häufigerem gesundheitlich riskanten Verhalten (Rauchen, Übergewicht, körperliche Inaktivität) sowie höherer Morbidität und Mortalität wurden in zahlreichen Studien nachgewiesen.

Zu Zusammenhängen von sozialer Ungleichheit mit dem Gebrauch von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial liegen wenige Erkenntnisse vor. Es gibt aber Anhaltspunkte, dass die soziale Herkunft einen wesentlichen Faktor beim Gebrauch von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial darstellt. Laut Arzneimittel-Survey⁴⁷ gebrauchen Männer aus niedrigen sozialen Schichten (bezogen auf alle Arzneimittelarten) signifikant mehr Medikamente als Männer aus höheren sozialen Schichten, während sich bei den Frauen keine signifikanten Unterschiede finden. Die Herkunft der angewendeten Arzneimittel zeigt allerdings einen Zusammenhang zur sozialen Schicht. In Bezug auf die Einnahme von ausschließlich ärztlich verordneten Medikamenten war kein Einfluss der Schichtzugehörigkeit sichtbar. Jedoch stieg die Wahrscheinlichkeit von Selbstmedikation und gleichzeitiger Anwendung von Verordnungs- und Selbstmedikation mit der sozialen Schicht an. Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen 2000 zeigte ebenfalls einen deutlichen Zusammenhang von Medikamentengebrauch und sozialer Schicht. Sowohl in der 12-Monats-Prävalenz als auch bei der 30-Tage-Prävalenz berichteten Angehörige der unteren Schicht eine häufigere Einnahme aller Medikamentengruppen mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial.⁴⁸

45 Amt der Steiermärkischen Landesregierung, A17 Landes- und Regionalentwicklung (Hg.) (2019): Steirische Statistiken, Heft 9/2019 – Wohnbevölkerung am 1.1.2019, Wanderungen 2018, Graz

46 https://www.belladonna-essen.de/fileadmin/user_upload/documents/Medikamentenprojekt/Tagungsbericht_Medikamentenabhaengigkeit_bei_Frauen_21032019-1_01.pdf

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

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

Alter

Zur Entwicklung von Belastungen im Altersverlauf im Zusammenhang mit Medikamentenmissbrauch, bzw. -abhängigkeit liegen keine systematischen Studien vor. Es gibt jedoch Hinweise, dass ältere Menschen besonders gefährdet sind, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln. 60 % aller Medikamentenverordnungen gehen an Menschen, die über 60 Jahre alt sind. Bei den Psychopharmaka-Verschreibungen sind 80 % der Patient*innen über 55 Jahre alt.⁴⁹ Bei einer differenzierten Betrachtung der Zielgruppe der älteren Menschen zeigt sich, dass Medikamente auch eingesetzt werden um bei gleichbleibend hohem Belastungsniveau einerseits eine altersbedingte Minderung von Leistungsfähigkeit, andererseits neu auftretende Beschwerden auszugleichen und so die Leistungsfähigkeit aufrecht zu erhalten. Dementsprechend werden schleichend entwickelte Medikamentenprobleme sozusagen „mit in die Pension“ genommen. Weitere Umstellungen in Bezug auf den Eintritt ins Pensionsalter, Veränderungen im sozialen Umfeld und altersbedingte Beschwerden kommen erschwerend hinzu.⁵⁰ In diesem Zusammenhang müssen auch körperliche Parameter, die sich mit einem höheren Lebensalter verändern, berücksichtigt werden, was weiters auch die Wirkung von Medikamenten beeinflusst. Wirkstoffe werden aufgrund verlangsamter Magen-, Darm- und Herzarbeit und / oder eingeschränkter Leber- und Nierenfunktion langsamer verarbeitet. Daher bedarf es einer Anpassung der medikamentösen Therapie nicht nur an Körpergewicht, Gesundheitszustand und anderweitiger Medikamenteneinnahme, sondern auch an das Alter und dadurch veränderte Wirkzeiten.⁵¹ Besonders bei älteren Menschen bleiben weiters Abhängigkeitserkrankungen häufig unentdeckt, da Symptome einer anderen Erkrankung oder dem Alter zugeschrieben werden.⁵²

Gender

Hintergründe zu Medikamentenabhängigkeit wurden insbesondere im Rahmen der Frauengesundheitsforschung aufgegriffen und untersucht. Auch wenn die Frauengesundheitsforschung seit den Anfangsjahren einem ausgeprägten Wandel unterworfen war, so nahm und nimmt das Thema Frausein und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen einen festen Platz ein - auch wenn erhebliche Forschungsdefizite bestehen und es noch immer schwer fällt, die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf unterschiedliche Abhängigkeitsformen zu erklären. Weitergehende Forschungen zu Ursachen von Medikamentenmissbrauch bei Frauen, aber auch bei Männern in unterschiedlichen Lebenslagen sind unabdingbar.⁵³ Bereits Ende der 1980er

49 Lais (1997): Sucht – (k)ein Thema im Alter

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

51 Wolter (2009): Substanzbezogene Störungen im Alter

52 Verein für praktische Sozialmedizin – SMZ Liebenau (Hg.)(2019): SMZ INFO FRÜHJAHR 2019, St. Ruprecht/ Raab

53 Mohn & Plenter (2006), überarbeitete Auflage Januar 2007: Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen (sozial benachteiligte Frauen und ältere Menschen) durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von

Jahre wurde ein Zusammenhang zwischen beruflichen und familiären Belastungen und einem hohen Medikamentengebrauch bei berufstätigen Frauen belegt. Als sich kumulierenden Faktoren wurden restriktive Arbeitsbedingungen, geringe soziale Unterstützung bzw. hohe soziale Belastungen, hohes Ausmaß an Carearbeit, sowie arbeitsorganisatorische Mängel (Personalmangel, Zeitdruck, Schichtarbeit, geringe berufliche Perspektiven, hierarchische Führungsstrukturen) genannt. Unter diesen Faktoren konnten keine Einzelursachen isoliert werden, viel mehr erwies sich das gemeinsame Auftreten von unterschiedlichen Faktoren als ausschlaggebend. Bei Männern in einer Vergleichsgruppe zeigte sich dagegen vor allem Zeitdruck und mangelnde soziale Unterstützung als verstärkende Einflüsse bezogen auf den Gebrauch von Beruhigungsmitteln.⁵⁴ Frauen mit sehr hohem oder auffälligem Medikamentenkonsum waren häufiger in Berufen mit geringer Handlungsautonomie oder gar nicht berufstätig. Sie hatten häufiger als andere Gruppen in den letzten 12 Monaten Beratungsangebote in Anspruch genommen. Gemeinsam hatten diese Frauen außerdem, dass subjektiven Kontrollüberzeugungen und weitere Bestandteile des Kohärenzgefühls⁵⁵ vergleichsweise am niedrigsten ausgeprägt waren. Der Medikamentengebrauch zielte vor allem auf den Erhalt der Funktionsfähigkeit im Alltag ab und ging mit einer erhöhten Erwartung an die Medikamentenwirkung einher. Frauen mit problematischem Medikamentenkonsum unterscheiden sich nicht nur von Frauen mit unauffälligem Substanzkonsum, sondern auch von Frauen mit sehr hohem, risikoreichen Alkoholkonsum deutlich, woraus die Notwendigkeit differenzierter Präventions- und Behandlungsangebote abgeleitet wird.⁵⁶

Allgemein ist festzuhalten, dass es sich bei Medikamentenabhängigkeit um eine „weibliche“ Abhängigkeitserkrankung handelt, wie auch in der epidemiologischen Betrachtung⁵⁷ deutlich wird. Der Frauenanteil wird mit 60-70% beziffert. Die Diagnose Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit betrifft bei Frauen in erster Linie Personen im Alter von 70 bis 89 Jahren.⁵⁸

Migrationshintergrund

Insgesamt liegen zur gesundheitlichen Situation von Migrant*innen wenige Daten vor. Die Zufriedenheit mit der Gesundheit ist bei Migrant*innen geringer.⁵⁹ Auch in Bezug auf die psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrant*innen ist die Datenlage unzureichend. Lebens- und Arbeitsbedingungen von Migrant*innen und ihre sozioökonomischen Gegebenheiten sind allgemein schlechter als jene von „Österreicher*innen“.

Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit: Bewertung anhand aktueller Forschungsergebnisse und Beispielen aus der Praxis. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.), Hamm 2006

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

55 Antonovsky (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

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

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

58 Horvath et. al (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien 2017

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

Ausländische Staatsangehörige leben häufiger mit einem niedrigeren Lohnniveau. Sie arbeiten überdurchschnittlich häufig im Niedriglohnssektor. In den letzten Jahren kam es zu einer Zunahme des Armuts- oder Ausgrenzungsrisikos bei im Ausland Geborenen. Der Anteil der von mehrfacher Ausgrenzung bedrohten Personen war unter der Bevölkerung mit ausländischem Geburtsort mit durchschnittlich rund 11% fast viermal so hoch wie unter den in Österreich Geborenen (3%).⁶⁰ Migrant*innen erleben teils strukturelle, teils individuelle Diskriminierung und Ausgrenzung aufgrund ihrer Herkunft, was einen permanenten latenten Stressor darstellt.

Personen mit Migrationshintergrund in Österreich fühlen sich – je nach Herkunft – im Durchschnitt gesundheitlich schlechter als Personen ohne Migrationshintergrund. Das trifft insbesondere für Migrantinnen und Migranten aus Ex- Jugoslawien (ohne Slowenien) und der Türkei zu. Sie leiden nach eigenen Angaben auch öfter an chronischen Krankheiten und Schmerzen als Österreicher*innen ohne Migrationshintergrund. Lediglich Allergien treten seltener auf. Die Zahngesundheit wird sowohl subjektiv von Migrant*innen selbst als auch nach medizinischer Untersuchung als schlechter bewertet. Was die Faktoren individueller Lebensweisen betrifft, rauchen Migrant*innen (beide Geschlechter und in allen Altersgruppen) mehr als Österreicher*innen, neigen eher zu Übergewicht (das Adipositas-Risiko ist je nach Geschlecht zwischen 1,8 und 2,5% erhöht im Vergleich zu Österreicher*innen) und üben weniger Bewegung aus (körperlich inaktiv zu sein ist bei Migranten um den Faktor 1,4 erhöht, bei den Migrantinnen um den Faktor 2,0).⁶¹ Betrachtet man die medizinische Versorgung, so hatten 5% der Personen mit Migrationshintergrund aus finanziellen Gründen einen ungedeckten Bedarf bei medizinischen Behandlungen, im Vergleich zu 3% bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.⁶² Berufstätige Migrant*innen sind im Vergleich zu anderen Gruppen Berufstätiger auffallend häufig wegen Depressionen und somatoformen Störungen in Behandlung. Psychische und psychosomatische Reaktionen (Magenbeschwerden, Kopf- und Rückenschmerzen, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Überforderung usw.) werden von Migrant*innen ebenfalls häufiger angegeben.⁶³

Erhebungen aus der Schweiz weisen noch einmal darauf hin, dass Migrant*innen nicht als homogene, sondern als hoch diverse Gruppe zu identifizieren sind. Medikamentenabhängigkeit war in beinahe allen Gruppen ein Thema. Häufig wurden Medikamente als allgemeines Problem eingestuft, wobei der Konsum in der Schweiz geringer als im Herkunftsland eingestuft wurde. Medikamentenabhängigkeit wurde weiters als frauenspezifische Problematik/Suchtform genannt,

60 STATISTIK AUSTRIA – Bundesanstalt Statistik Österreich (Hg.) (2019): migration und integration. zahlen.daten.indikatoren 2019 Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres, Wien

61 Anzenberger, Bodenwinkler & Breyer (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

62 STATISTIK AUSTRIA – Bundesanstalt Statistik Österreich (Hg.) (2019): migration und integration. zahlen.daten.indikatoren 2019 Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres, Wien

63 Weilandt et al (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Wissenschaftliches Institut der Ärzte (WIAD), Bonn.

wobei ergänzt wurde, dass auch Männer von Antidepressiva abhängig seien.⁶⁴ Speziell hinsichtlich der Gruppe der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in der Schweiz wird berichtet, dass diese im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund wesentlich mehr Medikamente konsumieren, dies gilt auch für Schlaf- und Beruhigungsmittel.⁶⁵

Das Suchtverhalten bzw. die Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen bei Migrant*innen wird nach wie vor in der Steiermark bzw. in Österreich wenig erhoben. In der Steiermark werden Migrant*innen von Sucht(hilfe)angeboten eher nicht erreicht.⁶⁶ Bereits 2012 wurden im österreichischen Drogenbericht Migrant*innen als mögliche Zielgruppe der „selektiven Suchtprävention“ genannt und somit als vulnerable Gruppe definiert.⁶⁷ Auch im Suchtbericht Steiermark 2017 wurden Migration oder Migrationshintergrund als Risikoindikator und zur Definition als vulnerable Zielgruppe, bezogen auf unterschiedliche suchtrelevante Verhaltensweisen, herangezogen.⁶⁸ Migrant*innen werden jedoch nur selten gezielt von Suchtpräventionsprogrammen angesprochen werden.⁶⁹

Im Kontext psychische Gesundheit und Migration konnte festgestellt werden, dass es gerade sozioökonomisch benachteiligten Menschen mit Migrationshintergrund häufig das Wissen betreffend Wirkungen und potenziellen Nebenwirkungen von Medikamenten fehlt (sowie andere Aspekte rund um die Einnahme von Medikamenten wie Dosis, Dauer, Regelmäßigkeit). Allgemeinmediziner*innen spielen eine wichtige Rolle als Anlaufstelle, sie werden von Menschen mit Migrationshintergrund als sehr kompetent wahrgenommen, z. B. in Bezug auf Depression und generell auf das Verschreiben von Medikamenten. Weil Hausärztinnen*ärzte als offen für alle, also als ein nicht-stigmatisierendes Angebot wahrgenommen werden, werden sie von türkischen Migrant*innen z.B. für die Verschreibung von Antidepressiva gegenüber Fachärztinnen*-ärzten bevorzugt. Andererseits wird z. B. von geflüchteten Männern berichtet, bei denen eine Verordnung opioidhaltiger Schmerzmittel durch Hausärztinnen/-ärzte zu einer Abhängigkeit geführt habe. Ob dies jedoch auf die Verschreibungspraxis oder eine nicht-verschreibungskonforme Anwendung zurückzuführen ist, bleibt unklar. Medikamente werden allgemein gut angenommen. Bezüglich Beruhigungsmitteln zeigt sich z. B., dass sich Frauen mit und ohne Migrationshintergrund diese gerne verschreiben lassen, unter anderem, um Ängste zu reduzieren und ihr „Funktionieren“ sicherzustellen. Überhaupt werden Medikamente anscheinend gern als schnelle Problemlösung eingenommen.⁷⁰

64 Oggier & Ideli (2005): Bericht über Suchtverhalten und -prävention bei Migrantinnen und Migranten im Kanton Zürich, Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (Hrsg.), Zürich, 2005

65 Haab et al. (2010): Diaspora und Migrantengemeinschaften aus der Türkei in der Schweiz. Office fédéral des migrations, Suisse

66 JUKUS (Hg.) (2016): Bericht „Suchtinformation. Interkulturell und diversitätssensibel“ (2018) (unveröffentlicht)

67 Weigl et al (2012): Bericht zur Drogensituation 2012, Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien

68 Horvath et. al (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien 2017

69 Biffel & Rössl (Hg.) (2015): Suchtverhalten und Migration. Zur Praxis der Präventionsarbeit in Österreich, Bad Vöslau

70 Weigl & Gaiswinkler (2019): Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit. Gesundheit Österreich, Wien

Fokusgruppen Resultate

Im Juni und Juli 2019 wurden seitens des Projektes „Die verschwiegene Sucht“ zwei Fokusgruppen mit Expert*innen durchgeführt. Eine der Fokusgruppen war an Stakeholder aus Politik und Verwaltung bzw. Forschungseinrichtungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich gerichtet, die andere Fokusgruppe adressierte Praktiker*innen aus dem Sucht-, Sozial- und Frauenbereich.

Die Ergebnisse der beiden Fokusgruppen wurden aufbereitet, ausgewertet und die Resultate in verdichteter Form dargestellt. In beiden Fokusgruppen trafen die Teilnehmenden die Entscheidung, sich im Rahmen der Diskussion auf die allgemeine Bevölkerung zu fokussieren und etwaigen Offlabel-Use, wie zum Beispiel Schnupfenmittel als Injektion zu gebrauchen oder andere Praktiken, die insbesondere in der „Szene“ der Menschen mit multiplem Substanzgebrauch angewandt werden, nicht mitzubearbeiten.

Bei Medikamentenabhängigkeit handelt es sich um ein hochrelevantes Themenfeld: Bei dieser Einschätzung waren sich die Teilnehmenden der beiden Fokusgruppen einig. Ebenso wie in der Einschätzung, dass die Thematik tabuisiert sei und weiters, über das vorliegende Projekt hinausgehend, für die österreichische Gesamtbevölkerung bearbeitet und aufbereitet werden sollte.

„Es gibt da jede Menge Menschen, die wir nicht sehen, nicht drüber reden und nicht erreichen...“

Auch über die bescheidene Datenlage in Bezug auf Medikamentenabhängigkeit waren sich die beiden Fokusgruppen einig. Die Daten und die Herangehensweise des Steirischen Suchtberichts 2017⁷¹, der erstmals in Österreich Daten zu Medikamentengebrauch miteinbezogen hat, stellt eine positive Entwicklung in diesem Kontext dar. Die Limitierung, dass für den Suchtbericht ausschließlich Sekundärdaten der verrechneten Rezepte bei den Sozialversicherungen verfügbar sind, und es somit zu einer Verzerrung kommen könnte, kann mit einem Verweis auf die Studie von Hoffmann (2008)⁷², ergänzt, bez. entkräftet werden. Nach Hoffmann eignen sich die Routinedaten der Krankenversicherung zur Identifikation von Medikamentenabhängigen, um so eine valide epidemiologische Situationsanalyse zu Medikamentenabhängigkeit zu erstellen. Hier sind die Verantwortlichen auf der Ebene der gesundheitsbezogenen Steuerung und Finanzierung gefragt, nämlich, solche Analysen zu beauftragen und zu unterstützen (insbesondere mit Zugang zu den Daten von den Versicherungsträger*innen): Einerseits, um auf Basis valider Daten Angebote entsprechend zu planen und zu steuern und in weiterer Folge auch Kosten einzusparen, sowie andererseits großes Leid zu verhindern.

71 Horvath et. al (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien

72 Hoffmann (2008): (Arzneimittel)Routinedaten als Datenbasis für die Versorgungsforschung und Pharmakoepidemiologie, Bremen

Das Phänomen Medikamentenabhängigkeit ist auf unterschiedlichen Ebenen systemisch zu betrachten, um ein stimmiges Gesamtbild zu erlangen, nämlich auf der Systemebene und auf der individuellen Ebene.

Zum einen auf einer übergeordneten Systemebene, die im engen Zusammenhang mit Bewusstsein bzw. Sensibilität, aber auch mit der Wahrnehmung der Relevanz des Themenkomplexes, steht. Bei näherer Betrachtung lässt sich die Systemebene wiederum in unterschiedliche Bereiche differenzieren: Steuerungsebene und Strukturebene:

Auf der Steuerungsebene sind Einflussfaktoren wie Finanzierung, Kontrolle, (fehlende) Standards (Leitlinien, Vorgaben etc.) und Versorgung (-squalität, -Daten) verortet. Diese Elemente bereiten den Rahmen und die Prämisse, unter denen das Phänomen Medikamentenabhängigkeit im Kontext der österreichischen Gesamtgesellschaft eingebettet ist.

Eine Steuerung wäre mittels evidencebasierten Standards in Bezug auf Verschreibungspraxen und alternativer Möglichkeiten für den Umgang mit Zuständen, die die Verschreibung von Medikamenten erfordern, möglich. Dafür bedarf es einer soliden Datenbasis, wie bereits angesprochen wurde. Parallel dazu stellt sich die Frage nach der Verantwortung – liegt diese bei der Health Literacy, also der Gesundheitskompetenz, der Individuen, nämlich zu entscheiden, ob sie Medikamenten einnehmen oder nicht, die sie als Ratsuchende verschrieben bekommen. Oder liegt die Verantwortung bei den Ärzt*innen, die Verschreibungen vornehmen, um das Leid ihrer Patient*innen zu lindern? Oder bei den Apotheker*innen, die die Medikamentenausgabe vornehmen?

Auf Grund der Ausgestaltungen der Strukturen in der österreichischen Gesellschaft und insbesondere dem Gesundheitswesen (teilweise historisch gewachsen, teilweise politisch motiviert) bestehen systemimmanente Logiken, wie etwa Hierarchien und Kompetenzen (Arzt – Facharzt – Allgemein Mediziner*innen, Arzt-Apotheker*in, etc.), Verschreibpraxen, aber auch (fehlende?) Kontrollsysteme und Standards, die auf der Steuerungsebene bearbeitet werden müssten.

Im ärztlichen Kontext wurden Verschreibpraxen und teilweise divergierende ärztliche Ansichten angesprochen. Weiters kamen Kompetenzunterschiede zwischen unterschiedlichen ärztlichen Professionen (Allgemeinmediziner*innen/Fachärzt*innen) zur Sprache. Der überwiegende Teil der Verschreibungen von psychoaktiven Medikamenten erfolgt demnach durch Allgemeinmediziner*innen, wobei es sich häufig um eine Weiterführung einer bestimmten Therapie handle. Angesprochen wurde weiters, dass das Wissen um Suchtpotentiale von Medikamenten in dieser Form keinen Teil der ärztlichen Ausbildung darstelle. Des Weiteren wurden

fehlende Standards für Medikationen, abseits der Benzodiazepin-Leitlinie⁷³ für schnell anflutende Benzodiazepine sowie fehlende Kontrollsysteme/-mechanismen bezüglich des Verschreibungsverhaltens thematisiert. Außerdem wurden Barrieren, vor allem sprachliche, zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, aber auch die Arbeitsbedingungen, unter denen Mediziner*innen arbeiten, wie etwa Stress im Ordinationsalltag, Umsetzbarkeit von Alternativen etc. kurz angerissen. Hier wurde manchen Ärzte/ Ärztinnen eine gewisse „Fahrlässigkeit“ attestiert. Weiters wurde das Spannungsfeld zwischen Notfallmedikation und Dauermedikation diskutiert. Ebenso wurde die Frage, wer die Verantwortung bezüglich einer Medikation trägt, Arzt/ Ärztin (als verschreibende Instanz) versus Apotheke (als ausgebende Instanz, mit Möglichkeit einer Kontrollfunktion) angesprochen, wobei hier wieder die bereits angesprochenen systemimmanenten Logiken zu tragen kommen und berücksichtigt werden müssen. Die Apotheken werden als die erste Stelle, an der bzw. wo Medikamentenabhängigkeit sichtbar werden könnte, wahrgenommen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Priscus Medikamentenliste, ein Tool der Apothekerkammer und des LKH Graz, angesprochen, das eine bessere Übersicht über die verordneten Medikamente gewähren soll. Weiters entstanden Überlegungen zu Synergien im Kontext der E-Card NEU, der E-Medikation, sowie über ELGA für die Identifikation bzw. als Kontroll-Werkzeug im Kontext Medikamentenabhängigkeit, auch wenn es dazu aktuell keine Pläne zu geben scheint.

In diesem gesellschaftlich-strukturellem Spannungsfeld sind die unterschiedlichen Lebenswelten, der in Österreich lebenden Bevölkerung angesiedelt. Diese Lebenswelten sind wiederum im Spannungsfeld zwischen Systemlogiken und der persönlichen Ebene/Hintergründen angesiedelt und über gesellschaftliche Rahmenbedingungen mitbestimmt.

Auf der persönlichen Ebene sind unterschiedliche Gegebenheiten, wie etwa Lebenssituation, Alter, Geschlecht, sozioökonomische Situation, Migrations- und Fluchterfahrung, Traumata, Ressourcen und protektive Faktoren wie etwa Lösungsmuster, Community-Zugehörigkeiten, Sozio-Kultur, Sprache, aber auch der (psychische) Gesundheitsstatus subsumiert. Sie alle können Einflussfaktoren auf eine potenzielle und/oder manifestierte Abhängigkeitserkrankung von Medikamenten darstellen. Als Risikofaktoren auf der persönlichen/individuellen Ebene für die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit wurden im Rahmen der Fokusgruppen die Kombination unterschiedlicher Umstände bzw. Gegebenheiten genannt. Insbesondere Sprachlosigkeit im direkten Sinn, also die Sprache nicht zu beherrschen, zählt hier als Risikofaktor, aber auch eine fehlende Psychoedukation, die sich im Kontext mit „keine Worte“ für mein eigenes psychosoziales Geschehen haben, äußert, also die Unfähigkeit das eigene Wohlbefinden wahrzunehmen und/oder zu artikulierten. Hier wurde außerdem die Bedeutung von Dolmetscher*innen hervorgehoben: sie könnten über ihre Sprachkompetenz eine vermittelnde Sensibilität für den Medikamentengebrauch

⁷³https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Drogen_Sucht/Drogen/Leitlinie_zum_Umgang_mit_dem_schaedlichen_Gebrauch_und_der_Abhaengigkeit_von_Benzodiazepinen_bei_Patientinnen_und_Patienten_in_Erhaltungstherapie_mit_Opioiden

und potentielle Abhängigkeiten herstellen. Über den nicht-diskriminierenden Kommunikationsstil und Sprachgebrauch könne eine Enttabuisierung ermöglicht werden.

Auch belastende Erfahrungen, die mit Migration, insbesondere mit Flucht, Krieg, Traumata, assoziiert sind, können Risikofaktoren für die Entwicklung von Medikamentenabhängigkeit darstellen. Je nach kultureller Zugehörigkeit, können zudem (sozio-)kulturspezifische Moralvorstellungen und Stigmatisierungstendenzen als Einflussfaktoren auf einer persönlichen Ebene hinzukommen. Die kulturelle Prägung, insbesondere in der Herkunftsgesellschaft, in Bezug auf Hierarchien und Hierarchiegefälle, z.B. zwischen Ärztin*Arzt und Patient*innen, wirken ebenfalls auf dieser individuellen Ebene weiter.

„Vom Arzt verschriebene Medikamenten, erhalten eine gewisse Akzeptanz, eine Akzeptanz, die auch ein Problem werden kann.“

Ebenso gilt dies für psychische Erkrankungen, insbesondere jene, die ausschließlich medikamentös behandelt werden, diese können zusätzlich als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeit wirken. Werden Medikamente als Lösungsstrategien verstanden, stellt der Lösungsansatz selbst den Risikofaktor dar.

Lenkt man den Fokus auf den Einflussfaktor Gender, so scheint Medikamentenabhängigkeit ein weibliches Thema zu sein - bei österreichischen Frauen gleich wie auch bei Frauen mit Migrationshintergrund. Insbesondere mehrfachbelastete Frauen, die unter Leistungsdruck stehen bzw. die es sich nicht leisten können, auszufallen oder eine Auszeit zu nehmen, geraten auf Grund von Gender und ihrer prekären Lebenssituation schnell in ein problematisches Muster von Medikamentenkonsum.

Bei der Betrachtung all dieser Faktoren ist Intersektionalität, also die wechselseitige verstärkende Wirkung unterschiedlicher Faktoren (Alter, Gender, sozioökonomischer Status, ethnische Herkunft / Migration,...) zu berücksichtigen. Die unterschiedlichen Einflussfaktoren sind weder voneinander isoliert noch lediglich in Summe zu betrachten, sondern als Gesamtkonstrukt, das auf die Betroffenen wirkt. Die einzelnen Einflussfaktoren verstärken sich zudem gegenseitig.

Werden die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet, rücken Zugangsoptionen, strukturelle Zugangsbarrieren, Informationszugang, sowie auch alternative Möglichkeiten dafür in den Fokus. Der Zugang zu Informationen aber auch zu Versorgungsangeboten (Beratung, Behandlung, Therapie), ebenso wie zu Alternativen zur medikamentösen Behandlung, spielen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit. Dabei ist die Verknüpfung mit strukturellen Gegebenheiten wie dem Mangel an Psychotherapieangeboten (in unterschiedlichen Sprachen, mit Überweisung kostenfrei) und strukturelle Zugangshürden zu Beratungsangeboten sowie der Mangel an mehrsprachige Informationen in leichter Sprache zu beachten.

Hinsichtlich möglicher Angebote für medikamentenabhängige Personen wurde in den Fokusgruppen die Einrichtungen der Suchthilfe angesprochen. Allerdings werden hier meist eher Menschen mit Polytoxikomanie betreut, die Medikamente als Beikonsum zu ihrem primären Suchtmittel einnehmen. Das Thema Substitution wurde in diesem Zusammenhang kurz angesprochen, aber von den Teilnehmenden auch wieder verworfen, nämlich mit dem Fokus auf primär medikamentenabhängige Personen. Die Erfahrungen aus den Suchthilfeeinrichtungen zeigen, dass kaum Menschen mit der Hauptdiagnose Medikamentenabhängigkeit in den Suchthilfeeinrichtungen zu verorten sind.

„Medikamenten sind doch noch einmal etwas anderes, machen etwas Gutes, sind vom Arzt verschrieben, sind eine Behandlung, oft auch ein Weg aus der Illegalität, das müssen wir beim Kontext Suchthilfe und Medikamentenabhängigkeit immer mitbedenken.“

In beiden Fokusgruppen gab es Ideen zu Präventionsmaßnahmen, um potentiellen Medikamentenabhängigkeiten vorzubeugen.

Als wichtigste Maßnahme gegen Medikamentenabhängigkeit bzw. auch für eine Entstigmatisierung selbiger, stellt sich die umfassende Sensibilisierung und Fortbildung von Fachpersonal aus dem Gesundheits- und Sozialbereich dar. Insbesondere wurden Ärzt*innen angesprochen, die die Schlüsselstelle in Bezug auf den Zugang zu und die Legitimation des Konsums von Medikamenten darstellen. Aber auch Apotheker*innen, Therapeut*innen, Pflegepersonal, Berater*innen etc., die als Kontrollinstanzen wirken könnten, haben zentrale Positionen. In diesem Kontext wurde eine konkrete Implementationsidee, in Kooperation mit dem Projekt Evi-Box (<https://evi.at/die-evi-box/>), mit einer Beteiligung des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Graz, angesprochen. Ziel dieses Projekts ist es evidenzbasierte Informationen für ihre Nutzung in der allgemeinmedizinischen Praxis aufzubereiten und zur Verfügung zu stellen.

Des Weiteren wurde die Problematik, die sich aus der Gestaltung der Beipackzettel von Medikamenten ergeben, angesprochen. Eine nutzerfreundliche Ausgestaltung, bzw. ein eventuell farbliches Hervorheben der wichtigsten Informationen sowie Online Zugang zu Informationen in unterschiedlichen Sprachen könnte das Wissen und somit auch das Bewusstsein der Patient*innen stärken.

Mehrsprachige Informationen waren auch bei der Österreichischen Informationsplattform zu Gesundheitsthemen gesundheits.gv.at ein Thema: auch hier wären unterschiedliche Sprachen und auch „Leichter-Lesen“-Versionen wünschenswert, um möglichst viele Menschen mit möglichst hochqualitativen Informationen zu versorgen.

Prävention

Die Erkenntnisse über suchtpreventive Maßnahmen im Bereich Medikamente/Medikamentenabhängigkeit sind spärlich. Schädlicher Medikamentengebrauch wurde 2004 in Deutschland daher auch unter denjenigen Präventionsbereichen eingeordnet, für welche weitere Daten über Prävalenz, Entwicklungen, Trends und Bedingungsgefüge zu ermitteln, Zielgruppen und Settings zu definieren sowie fundierte Konzepte und wirksame Methoden zu entwickeln sind.⁷⁴

Die Sucht- und Drogen-Koordination Wien hat 2016 die „Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen“ herausgegeben, um einerseits das Problembewusstsein zu schärfen und andererseits eine Orientierungshilfe und Unterstützung für die fachgerechte Benzodiazepin-Anwendung in der täglichen Praxis zu bieten. Die Broschüre versteht sich als Weiterbildungs-Maßnahme aller im Gesundheitswesen tätigen Personen und soll unter anderem mittels Indikationskompass die Arbeit in der täglichen Praxis erleichtern, denn: *in den meisten Fällen geht der Abhängigkeit eine längere Phase der ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen voraus.*⁷⁵

Das Infoblatt der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln streicht die Verantwortung und die Bedeutung von gesetzlichen Regelungen und der nationalen Behörden für die Prävention von Medikamentenabhängigkeit, beispielsweise über die Reglementierung der Abgabemengen von Medikamenten, heraus.⁷⁶

Häufig ist die Unterscheidung von gerechtfertigtem und missbräuchlichem Konsum von Medikamenten schwierig, was ein Grund dafür sein könnte, warum die Prävention und Frühintervention im Bereich Medikamentenmissbrauch noch wenig entwickelt sind. Präventive Maßnahmen sollten daher vermehrt gefördert werden.⁷⁷

Parlamentarische Materialien/Anfragen

Um einen Überblick über parlamentarische Initiativen zu bekommen, wurde auf der österreichischen Parlamentshomepage zurückgehend bis zum Jahr 2015 eine Suchabfrage im Begriffshof von „Medikamentenabhängigkeit“ bzw. „missbräuchliche Verwendung von Medikamenten umgesetzt, und zwar zum Instrument der schriftlichen Anfrage. Dies brachte ein Ergebnis:

20.5.2015: Maßnahmen der Reduktion zur missbräuchlichen Verwendung von Medikamenten
https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/J/J_05030/imfname_416071.pdf

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

75 Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH (2016): Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Wien

76 Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2012): Schlaf- und Beruhigungsmittel. Informationen zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

77 Schweizer Suchtpanorama 2017 (2017): Prävention | Hilfe | Forschung

Dieselbe Recherchemethode wurde bei den Materialien des Landtag Steiermark angewendet, mit ebenfalls einem Ergebnis:

15.4.2019: Medikamentenmissbrauch in der Steiermark in den Jahren 2017 und 2018

<https://pallast2.stmk.gv.at/pallast-17-p/pub/documents?dswid=-9616>

Im Programm der österreichischen Bundesregierung „Aus Verantwortung für Österreich“ für die Legislaturperiode 2020-2024 findet sich nur indirekt ein Bezug zur Medikamentenabhängigkeit bzw. der missbräuchlichen Verwendung, und zwar im Bereich „Gesundheitsversorgung“ mit folgender Formulierung: „Forcierung von Gender-Medizin (z.B. bei Medikamentenverschreibungen), auch in den medizinischen Curricula“. 78 (S. 164). Bezüge zu weiteren Diversitätsdimensionen wie Alter oder sozialer Status finden sich nicht.

Empfehlungen & Handlungsbedarf

Aus dem für diese Bestandsaufnahme erhobenen Material lassen sich richtungsweisende Empfehlungen sowie konkreter Handlungsbedarf ableiten.

Bis zum heutigen Zeitpunkt ist keine Studie bekannt, welche die gesellschaftlichen Kosten des Missbrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln in der Schweiz schätzt.⁷⁹ Die Abschätzung der gesamtgesellschaftlichen Kosten, die sich durch Medikamentenabhängigkeit ergeben, wäre aus gesundheitsökonomischer aber auch aus gesellschaftspolitischer Sicht für Österreich ein interessantes Unterfangen. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die nicht-monitären Kosten wie Leid, prekäre Lebensumstände etc. der Betroffenen zu legen. Eine rein ökonomische Abschätzung der Kosten in Form von Folgeerkrankungen, Arbeitskraftentgang, etc. würde der komplexen Thematik und vor allem der Lage der Betroffenen absolut nicht gerecht.

Richtungsweisend sprach sich bereits 2011 „Die neue steirischen Suchtpolitik“⁸⁰ für eine inhaltliche Ausweitung der Suchtpolitik, mit Fokus auf psychoaktive Medikamente sowie auf Selbstmedikation zur Leistungssteigerung aus. Besonderer Fokus lag in diesem Kontext auf dem Auf- und Ausbau von Beratung zu problematischer Selbstmedikation bei über 60-Jährigen, sowie der Bewusstseinsbildung bei verschreibenden Ärzt*innen, insbesondere im niedergelassenen Bereich hinsichtlich ihrer Verschreibepraxen.

Im Rahmen der Tagung „Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ in Deutschland (Bella Donna) wurden weiters in den folgenden Feldern Handlungsbedarf verortet. Für die Enttabuisierung von Medikamentenabhängigkeit, durch Aufklärungskampagnen zu Medikamentenabhängigkeit und Medikamentenabhängigen sollen die Alltagsbilder und Vorurteile abgebaut und dadurch das

78 <https://www.bundestkanzleramt.gv.at/bundestkanzleramt/die-bundesregierung/regierungsdokumente.html>, S. 164

79 <https://www.suchtmonitoring.ch/de/6/8.html?schlaf-und-beruhigungsmittel-gesellschaftliche-kosten-und-folgen>

80 Pammer & Lederer-Hutsteiner (2011) Die Neue Steirische Suchtpolitik

Phänomen entstigmatisiert werden.⁸¹ Hier setzt auch das Projekt „Die verschwiegene Sucht 2.0“ in dessen Rahmen diese Bestandsaufnahme entstanden ist, an, das durch Anregung eines entsprechenden öffentlichen Diskurses zur Sensibilisierung einerseits und der Enttabuisierung von Medikamentenabhängigkeit andererseits beitragen möchte.

Ein weiteres Feld mit Handlungsbedarf in Bezug auf Medikamentenabhängigkeit ist die Identifikation von Betroffenen.⁸² Viele Betroffene glauben, ihre Ausgangserkrankung verstärke sich, und daher bräuchten sie eine Dosissteigerung ihrer Medikamente, obwohl die Toleranz auf Grund der Abhängigkeitserkrankung zu Stande kommt.⁸³ Hier bedarf es der Entwicklung sensibler Screeninginstrumente für Medikamentenkonsum, sowie deren verantwortungsvollen, nicht-stigmatisierenden Einsatz. An dieser Stelle sei noch einmal auf die Erkenntnisse von Hoffmann⁸⁴ verweisen, dass die Identifikation von medikamentenabhängigen Personen auf Basis von Routinedaten der Krankenversicherungen möglich sein sollte.

Als zentrales Anliegen in Bezug auf den Handlungsbedarf zum Themenkomplex Medikamentenabhängigkeit stellt sich die Sensibilisierung von Angehörigen der Gesundheitsprofessionen dar.⁸⁵ Für eine nachhaltige Veränderung müssen alle – Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten, Apothekerinnen und Apotheker – über das Thema aufgeklärt werden.⁸⁶ Diese Forderung nach Aufklärung und Fortbildung betrifft zum einen alle Professionist*innen aus dem Gesundheitsbereich. Die Empfehlungen der Sucht und Drogen Koordination Wien⁸⁷ stellen einen ersten Schritt in Richtung „Medikamentenabhängigkeit verhindern“ dar. Patient*innen und Ärzt*innen sollen für das Risiko der Medikamentenabhängigkeit sensibilisiert werden und Verschreibungspraxis insbesondere von Benzodiazepinen verändern bzw. auch kritisch hinterfragen und ansprechen. Bei der Sensibilisierung von Patient*innen sollte die Potenziale von Ärzt*in-Patientin-Beziehungen in der hausärztlichen Versorgung genutzt werden, um so die Medication Literacy zu fördern. Gleichzeitig gilt es das Laienverständnis allgemein zu Diagnose, Therapie und (Neben)Wirkungen von Medikamenten zu stärken und eine partizipative Entscheidungsfindung zu Behandlungen zu ermöglichen. Zudem Bedarf es neuer, vielfältigerer

81 Tagung der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA: „Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ – Medikamentenabhängigkeit bei Frauen am 21. März 2019 in Essen

82 Tagung der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA: „Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ – Medikamentenabhängigkeit bei Frauen am 21. März 2019 in Essen

83 Musalek (2018): Medikamentensucht: 150.000 Betroffene in Österreich, hohe Dunkelziffer

https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180601_OTS0057/medikamentensucht-150000-betroffene-in-oesterreich-hohe-dunkelziffer

84 Hoffmann (2008): (Arzneimittel)Routinedaten als Datenbasis für die Versorgungsforschung und Pharmakoepidemiologie, Bremen

85 Tagung der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA: „Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ – Medikamentenabhängigkeit bei Frauen am 21. März 2019 in Essen

86 Musalek (2018): Medikamentensucht: 150.000 Betroffene in Österreich, hohe Dunkelziffer

https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180601_OTS0057/medikamentensucht-150000-betroffene-in-oesterreich-hohe-dunkelziffer

87 Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH (2016): Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Wien

Konzepte für (ambulante) Entzüge, die an den Lebenswelten der Betroffenen andocken.⁸⁸ Weiters sind auch Maßnahmen zur Stärkung bestehenden Richtlinien wie beispielsweise einer zentralen Meldestelle für besonders risikobehaftete Medikamente oder die Einführung und Verschreibung von kleineren Packungen, mitzubedenken.⁸⁹

Parallel zu den Anknüpfungspunkten im Gesundheitssystem bedarf es niedrigschwelliger Angebote innerhalb und außerhalb der Suchthilfe / -prävention mit Kompetenzen zu Medikamentenabhängigkeit, insbesondere bezogen auf Gender⁹⁰, die als niederschwellige Anlaufstellen für Betroffenen zur Verfügung stehen.

88 Tagung der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA: „Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ – Medikamentenabhängigkeit bei Frauen am 21. März 2019 in Essen

89 Schweizer Suchtpanorama 2017 (2017): Prävention | Hilfe | Forschung

90 Tagung der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA: „Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ – Medikamentenabhängigkeit bei Frauen am 21. März 2019 in Essen

Literaturverzeichnis

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, A17 Landes- und Regionalentwicklung (Hg.) (2019): Steirische Statistiken, Heft 9/2019 – Wohnbevölkerung am 1.1.2019, Wanderungen 2018, Graz

Antonovsky (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Anzenberger et al (2018): Epidemiologiebericht Sucht 2018. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien, S 48

Anzenberger, Bodenwinkler & Breyer (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Appel & Vogt (1999). Expertise zur Entwicklung eines Frankfurter Medikamenten Forums auf der Grundlage einer Ist-Analyse der Beratungssituation medikamentenabhängiger Frauen in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main: Frauenreferat und Gesunde-StädteProjekt der Stadt Frankfurt am Main.

Arzneimittelgesetz, I. ABSCHNITT, § 1. (1),
<https://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/newspresse.nsf/webPages/21404E7D1E4B5D24C1256B45003385EA?OpenDocument>

b.a.s. (2016) Geschäftsbericht 2015

Biffel & Rössl (Hg.) (2015): Suchtverhalten und Migration. Zur Praxis der Präventionsarbeit in Österreich, Bad Vöslau

Bundesministerium für Gesundheit (2013) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – BMG-Version 2014

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015) Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Wien

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

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

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

Gardenswartz & Rowe (2003): 4 Layers of Diversity. Diverse Teams at Work. Society for Human Resource Management

Glaeske & Schicktanz (2012) BARMER GEK Arzneimittelreport 2012; mit Verweis auf Glaeske (2002)

Gmel, Notari, Gmel (2015). Suchtmonitoring Schweiz - Vertiefende Analysen zur Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln sowie Psychostimulanzien im Jahr 2014. Lausanne: Sucht Schweiz

Gomes de Matos, Atzendorf, Kraus & Piontek (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. SUCHT, 62 (5)

Haab et al. (2010): Diaspora und Migrantengemeinschaften aus der Türkei in der Schweiz. Office fédéral des migrations, Suisse

Haslbeck (2017). Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronische Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten. In Schaeffer & Pelikan (Hrsg.), Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven (S. 259-276). Bern: Hogrefe.

Hoffmann (2008): (Arzneimittel)Routinedaten als Datenbasis für die Versorgungsforschung und Pharmakoepidemiologie, Bremen

Hoffmann et al (2009): Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007

Horvath et al (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien 2017

<http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2014/07/Alternativer-Drogen-und-Suchtbericht-2014.pdf>

<http://www.landesstellesucht-nrw.de/neues/items/startschuss-fuer-das-projekt-medikamentenabhaengige-schwangere-frauen-muetter-und-ihre-kinder.html>

<http://www.medikamente-und-sucht.de/fachleute-und-forschung/fort-und-weiterbildung.html>

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

<https://www.alterundsucht.ch/>

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/medikamente/inhalt>

<https://www.gesundheit.gv.at/ueber-uns/inhalt>

<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/chronische-medikamenteneinnahme-alter-15>

https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Drogen_Sucht/Drogen/Leitlinie_zum_Umgang_mit_dem_schaedlichen_Gebrauch_und_der_Abhaengigkeit_von_Benzodiazepinen_bei_Patientinnen_und_Patienten_in_Erhaltungstherapie_mit_Opioiden

<https://www.suchtmonitoring.ch/de/6.html>

<https://www.suchtmonitoring.ch/de/table/442.html>

<https://www.suchtmonitoring.ch/de/6/1.html?schlaf-und-beruhigungsmittel-pravalenz>

<https://www.suchtmonitoring.ch/de/6/8.html?schlaf-und-beruhigungsmittel-gesellschaftliche-kosten-und-folgen>

<https://www.suchtvorbeugung.net/stepbystep/pages/lexikon/definitionen.php>

Iber & Pauser: Erweiterung der inneren Dimensionen von „4 Layers of Diversity“ von Gardenswartz, L. and Rowe, A. (2003) um soziale Herkunft für die Uni Wien

<https://personalwesen.univie.ac.at/gleichstellung-diversitaet/diversitaet/worum-geht-es-bei-diversitaet/>

Institut für Pharmaökonomische Forschung (IPF) (2015), Wien, zitiert nach Österreichische Apothekerkammer (2019): Apotheke in Zahlen 2019, Wien

JUKUS (Hg.) (2016): Bericht „Suchtinformation. Interkulturell und diversitätssensibel“ (2018) (unveröffentlicht)

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

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

Lais (1997): Sucht – (k)ein Thema im Alter

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

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA (2019): Abschlussbericht - Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder

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

Musalek (2018): Medikamentensucht: 150.000 Betroffene in Österreich, hohe Dunkelziffer https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180601_OTS0057/medikamentensucht-150000-betroffene-in-oesterreich-hohe-dunkelziffer

Nette (1989): Konzept und erste Erfahrungen der Informationsstelle Frauen-AlltagMedikamente. In: Ellinger-Weber, S.; M. Kruse (Hg.): Psychopharmaka im Alltag. Hamburg: Ergebnisse-Verlag. S. 180-194.

Oggier & Ideli (2005): Bericht über Suchtverhalten und -prävention bei Migrantinnen und Migranten im Kanton Zürich, Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (Hrsg.), Zürich, 2005

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2012): Schlaf- und Beruhigungsmittel. Informationen zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

Pammer & Lederer-Hutsteiner (2011) Die Neue Steirische Suchtpolitik

Piontek et al. (2017): Substanzkonsum und Hinweise auf relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein – Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015

Rumpf & Weyerer (2005): Sucht im Alter. Sucht Aktuell

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

Schweizer Suchtpanorama 2017 (2017): Prävention | Hilfe | Forschung

STATISTIK AUSTRIA – Bundesanstalt Statistik Österreich (Hg.) (2019): migration und integration. zahlen.daten.indikatoren 2019 Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres, Wien

Strizek et al (2015) ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Auswertung für die Steiermark, n = 965, Berechnung: GÖG

Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH (2016): Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Wien

Tagungsbericht der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA: „Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ – Medikamentenabhängigkeit bei Frauen am 21. März 2019 in Essen, https://www.belladonna-essen.de/fileadmin/user_upload/documents/Medikamentenprojekt/Tagungsbericht_Medikamentenabhaengigkeit_bei_Frauen_21032019-1_01.pdf

Tanios (2016) Protokoll der Expertenrunde zum Psychopharmakakonsum in Österreich, zitiert nach Horvath et. al (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien 2017

Thrül (2014). *Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012*. Lausanne: Sucht Schweiz

Verein für praktische Sozialmedizin – SMZ Liebenau (Hg.)(2019): SMZ INFO FRÜHJAHR 2019, St. Ruprecht/ Raab

Weigl et al (2012): Bericht zur Drogensituation 2012, Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien

Weigl & Gaiswinkler (2019): Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit. Gesundheit Österreich, Wien

Weilandt (et al.) (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Wissenschaftliches Institut der Ärzte (WIAD), Bonn.

Wolter (2017): Benzodiazepine im Alter. Sucht 2017; 63(2): 81-97

Wolter (2009): Substanzbezogene Störungen im Alter

Verein JUKUS

Annenstraße 39
8020 Graz
office@jukus.at
www.jukus.at