

Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V.

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA

Medikamentenabhängige¹ schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder

Abschlussbericht

**vorgelegt dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-
Westfalen**

Juli 2019

¹ Der Begriff „Medikamente“ bezieht sich hier im Wesentlichen auf die Stoffe bzw. Stoffgruppen der Sedativa-Hypnotika, Analgetika und Psychostimulantien; der Begriff „Abhängigkeit“ umfasst den missbräuchlichen Konsum.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	4
2.	Epidemiologie der Medikamentenabhängigkeit.....	6
2.1.	Medikamentenabhängigkeit bei Frauen.....	7
2.2.	Medikamentenkonsum während der Schwangerschaft.....	8
2.2.1.	Prävalenz von Benzodiazepinen.....	8
2.2.2.	Prävalenz von Opiat- und Opioidanalgetika.....	8
2.2.3.	Charakteristika der schwangeren Frauen.....	9
2.2.4.	Gesundheitliche Folgen für Mutter und Kind.....	10
2.3.	Versorgung und Behandlung von Medikamentenabhängigen.....	10
3.	Zielsetzungen und Fragestellungen des Projekts.....	11
5.	Methodisches Vorgehen.....	13
6.	Medikamentenabhängige im Gesundheitssystem und der Suchthilfe – die Perspektive der Gesundheitsprofessionen.....	17
7.	Erfahrungen und Bedürfnisse von Betroffenen.....	19
7.1.	Beschreibung des Samples.....	19
7.2.	Einstieg in den Medikamentenkonsum.....	20
7.3.	Subjektive Sichtweise auf Medikamentenkonsum.....	20
7.4.	Schwangerschaft und Mutterschaft.....	21
7.5.	Erfahrungen mit dem Versorgungs- und Suchthilfesystem.....	22
7.5.1.	Information und Aufklärung.....	22
7.5.2.	Ärzt*in-Patientin-Interaktion.....	23
7.5.3.	Suchthilfe.....	23
7.6.	Strategien im Umgang mit der Abhängigkeit.....	24
7.6.1.	Informationssuchverhalten.....	25
7.7.	Unterstützungs- und Versorgungsbedürfnisse.....	25
8.	Diskussion.....	27
9.	Handlungsempfehlungen.....	30
9.1.	Handlungsfeld Prävention.....	30
9.2.	Handlungsfeld Behandlung und Versorgung.....	32
9.3.	Handlungsfeld Suchthilfe.....	34
9.4.	Handlungsfeld Suchtselbsthilfe.....	35

10. Ausblick.....	36
Literatur.....	37
Anhang	40
1. Informationsblatt	40
2. Interviewleitfaden	40
3. Poster	40
4. Dokumentation der Fachtagung am 21. März 2019	40

1. Einleitung

Schätzungen gehen von 1,4 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus. Darüber hinaus ist eine hohe Dunkelziffer anzunehmen. Frauen sind nach bisherigen Erkenntnissen doppelt so häufig von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen wie Männer. Die Abhängigkeit von Medikamenten gilt als die „typische Frauensucht“ – still, heimlich und unauffällig (Brunett, 2003).

Schädlicher Gebrauch und die häufig dadurch entstandene Abhängigkeit von Medikamenten, die auf die Psyche wirken (*psychotrop*), werden in der medizinischen Versorgung bislang unzureichend erkannt und deshalb häufig nicht adäquat behandelt. Der Suchtbereich mit dem höchsten Anteil an Frauen taucht im Hilfesystem am wenigsten auf. Die größte Gruppe der süchtigen Frauen – die medikamentenabhängigen Frauen – ist fachlich bislang nicht im Fokus der behandelnden Mediziner*innen bzw. der Suchthilfe. Auch die Suchtselbsthilfe erreicht betroffene Frauen kaum (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher und medizinischer Fachgesellschaften [AWMF], 2006).

Die „Leitlinie Medikamentenabhängigkeit“ der AWMF stellt fest, dass „Arzneimittelabhängige (...) in Deutschland nur selten in Suchtfachkliniken einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen [werden], wenn man ihre große Zahl berücksichtigt“ (AWMF, 2006: 22). Und im Weiteren: „Evidenzbasierte Daten zu Differenzialindikationen und Effektivität von Entwöhnungsbehandlungen bei Abhängigen von Sedativa/Hypnotika existieren kaum.“ Zu geschlechtsbezogenen Aspekten wird formuliert: „Wünschenswert wären auch frauenspezifische Angebote (...)“ (ebd.)².

Über die Prävalenz von Medikamentenabhängigkeit bzw. von missbräuchlichem Konsum in der Schwangerschaft liegen bislang so gut wie keine Erkenntnisse vor; ebenso wenig über die Situation der medikamentenabhängigen Frauen, die mit ihren Kindern zusammenleben. Auch fehlen entsprechende fachliche Reaktionen der Suchthilfe. Trotz der erdrückenden empirischen Belege für die Belastungen und Entwicklungsrisiken für Kinder suchtkranker Eltern einschließlich des erhöhten Risikos, selbst suchtkrank zu werden, sind die Kinder medikamentenabhängiger Frauen so gut wie gar nicht im Blick der Suchthilfe bzw. -forschung. Geschlechtsbezogene Aussagen fehlen umfänglich. Möglicherweise in der Praxis vorliegende Erkenntnisse zu erfolgversprechenden Angeboten/ Maßnahmen/Strategien sind nicht veröffentlicht und nicht systematisiert.

Erkenntnisse über die Prävalenz von Medikamentenabhängigkeit bzw. missbräuchlichem Konsum bei schwangeren Frauen und Müttern mit Migrationshintergrund liegen ebenfalls nicht vor, ebenso wenig über die Situation ihrer Kinder.

Bereits die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“, die von 2001 bis 2004 arbeitete, wählte „Frauen und Arzneimittel“ als eines der relevanten Themen aus dem Feld der Frauengesundheit aus. Neben den sozialen Implikationen der Geschlechtsrolle wurden relevante biologisch bedingte Geschlechtsunterschiede diskutiert. Eine wichtige damalige Forderung war die stärkere Berücksichtigung von Frauen in der pharmakologischen Forschung. Weitere

² Die Leitlinie befindet sich derzeit in Überarbeitung. Die Fertigstellung der S3-Leitlinie „Medikamentenbezogene Störungen“ ist für den 31. Juli 2020 angekündigt.

Forderungen richteten sich auf Werbeverbote für Arzneimittel mit Abhängigkeitspotenzial, die Förderung unabhängiger Informationen über Medikamente, Verankerung dieser Problematik in den Curricula der ärztlichen Weiterbildung, verstärkte mädchen- und frauenspezifische Präventionsangebote seitens der Krankenkassen sowie Schulung der Gutachter*innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, damit diese die Problematik bei Frauen erkennen, sodass angemessene Therapien befürwortet und genehmigt werden und nicht zuletzt forderte sie die Apothekerkammern zur Thematisierung in ihrer Fortbildungs-, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit auf.

In diesen und den folgenden Jahren gab es eine Reihe von Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen, die den beschriebenen Handlungsbedarf aufgriffen. Beispielfhaft seien die Folgenden genannt:

- Die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA, veröffentlichte im Jahr 2003 eine kommentierte Bibliografie „Frauen und psychotrope Medikamente – Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit“ herausgegeben, die als Arbeitshilfe einen sorgfältigen Überblick über die Literatur gab.
- Für einzelne Berufsgruppen wurden Handreichungen entwickelt, die die Identifizierung von Medikamentenabhängigen erleichtern sollen wie z.B. die Handreichung „Basiswissen Sucht“ der Psychotherapeutenkammer NRW (Psychotherapeutenkammer NRW & Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, 2017).
- Auf Bundesebene hat die Bundesärztekammer (2007) in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft einen Leitfaden für die ärztliche Praxis herausgegeben, der Ärzt*innen für das Risiko der Medikamentenabhängigkeit sensibilisieren, sie informieren und ihnen Hilfestellung für die Unterstützung betroffener Patient*innen geben soll. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS] hat einen ärztlichen Leitfaden für die Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln entwickelt (DHS, o.J.).

Vor diesem Hintergrund verankerte die Landesregierung Nordrhein-Westfalen aus NRWSPD und Bündnis90/Die Grünen in ihrem Koalitionsvertrag 2012 bis 2019: „Zur Versorgung medikamentenabhängiger schwangerer Frauen, Mütter und ihrer Kinder werden wir Maßnahmen auf den Weg bringen“ (S. 96). Eine dieser Maßnahme war das Projekt „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“, das von der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, durchgeführt wurde.

2. Epidemiologie der Medikamentenabhängigkeit

Da belastbare bevölkerungsrepräsentative Daten zur Prävalenz von Medikamentenabhängigkeit fehlen, werden Schätzungen auf der Basis von Verordnungsdaten vorgenommen. In Deutschland wird von 1,4 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen ausgegangen. Während der Gesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts eine Zahl von 1,3 Millionen Medikamentenabhängigen nennt (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016), geht der Epidemiologische Suchtsurvey gar von 2,6 Millionen Menschen mit klinisch relevantem Medikamentenkonsum aus (Gomes de Matos, Atzendorf, Kraus & Piontek, 2016). Darüber hinaus ist eine hohe Dunkelziffer anzunehmen.

Medikamentenabhängigkeit wird häufig mit dem Alter assoziiert. Tatsächlich zeigen die Prävalenzen der Frauen in allen Altersgruppen nicht nur den gegenüber den Männern erhöhten Anteil derjenigen, die Medikamente einnehmen³, sondern sie zeigen außerdem, dass sich die Prävalenzen zwischen Frauen und Männern erst bei den über 45-Jährigen annähern (s. Abbildung 1). Bei den 18- bis 29-jährigen sowie bei den 30- bis 44-Jährigen Frauen ist der Anteil derjenigen, die ärztlich verschriebene Medikamente einnehmen deutlich höher als bei den Männern. Die Daten weisen auf einen weiteren wichtigen Befund hin: in allen Altersgruppen und für beide Geschlechter zeigt sich ein deutlicher Bildungsgradient zuungunsten der unteren Bildungsgruppe.

Frauen	%	(95 %-KI)	Männer	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	58,9	(57,8–60,0)	Männer (gesamt)	52,0	(50,8–53,2)
18–29 Jahre	33,8	(31,4–36,4)	18–29 Jahre	21,3	(18,8–24,1)
Untere Bildungsgruppe	40,5	(34,3–46,9)	Untere Bildungsgruppe	25,6	(20,1–32,1)
Mittlere Bildungsgruppe	33,1	(29,9–36,5)	Mittlere Bildungsgruppe	20,1	(17,1–23,5)
Obere Bildungsgruppe	27,5	(23,3–32,2)	Obere Bildungsgruppe	19,0	(14,2–24,9)
30–44 Jahre	38,7	(36,6–40,8)	30–44 Jahre	31,9	(29,4–34,4)
Untere Bildungsgruppe	41,7	(34,9–48,9)	Untere Bildungsgruppe	36,9	(29,2–45,4)
Mittlere Bildungsgruppe	39,3	(36,5–42,1)	Mittlere Bildungsgruppe	35,3	(32,1–38,7)
Obere Bildungsgruppe	35,4	(32,1–38,8)	Obere Bildungsgruppe	22,9	(20,2–25,9)
45–64 Jahre	61,4	(59,8–63,1)	45–64 Jahre	58,5	(56,6–60,4)
Untere Bildungsgruppe	67,0	(62,5–71,3)	Untere Bildungsgruppe	67,0	(62,2–71,5)
Mittlere Bildungsgruppe	61,5	(59,4–63,5)	Mittlere Bildungsgruppe	59,7	(56,9–62,5)
Obere Bildungsgruppe	56,2	(53,4–58,8)	Obere Bildungsgruppe	53,5	(50,9–56,0)
≥ 65 Jahre	87,1	(85,5–88,5)	≥ 65 Jahre	86,3	(84,9–87,7)
Untere Bildungsgruppe	88,7	(86,5–90,7)	Untere Bildungsgruppe	86,3	(82,6–89,3)
Mittlere Bildungsgruppe	85,9	(83,4–88,0)	Mittlere Bildungsgruppe	87,0	(84,7–89,1)
Obere Bildungsgruppe	85,9	(82,7–88,7)	Obere Bildungsgruppe	85,2	(82,7–87,4)
Gesamt (Frauen und Männer)	55,5	(54,7–56,4)	Gesamt (Frauen und Männer)	55,5	(54,7–56,4)

KI = Konfidenzintervall

Abbildung 1: Prävalenz der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente in den letzten zwei Wochen nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (Knopf, Prütz, Yong, 2017: 111; Datenquelle: GEDA 2014/2015-EHIS)

80 %, das entspricht 1,5 Mio. Menschen, sind von Benzodiazepinen z.B. mit den Wirkstoffen Lorazepam und Diazepam abhängig; hiervon sind zwei Drittel weiblich (Holzbach, Martens, Kalke & Raschke, 2010). Die Zahl der Schmerzmittelabhängigen wird auf ca. 300.000 bis 500.000 geschätzt.

Zu den am häufigsten verkauften und verordneten Arzneimitteln gehören Psychopharmaka (Anti-depressiva, Neuroleptika, Tranquilizer und Psychostimulanzien) sowie Benzodiazepine (Schlaf- und

³ Hormonelle Kontrazeptiva und andere Hormonpräparate wurden bei den Frauen ausgeschlossen.

Beruhigungsmittel) (Glaeske, 2018). Etwa 4 bis 5 % aller häufig verordneten rezeptpflichtigen Medikamente besitzen ein Abhängigkeitspotenzial, darunter vor allem Beruhigungs- und Schlafmittel mit Wirkstoffen aus der Gruppe der Benzodiazepine und Benzodiazepinrezeptoragonisten (ebd.).

2.1. Medikamentenabhängigkeit bei Frauen

Der Bevölkerungsanteil der Medikamentenabhängigen liegt mit insgesamt 5,2 % deutlich vor dem Anteil der Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit (3,4 %) (Gomes de Matos et al., 2016). Der Anteil der Medikamentenabhängigen an der Bevölkerung ist bei den Frauen drei Mal so hoch wie bei der männlichen Bevölkerung (6,0 vs. 2,0 %). In jeder Altersgruppe sind Frauen häufiger als Männer von Medikamentenabhängigkeit betroffen (s. Abbildung 1). Die Abhängigkeit von Medikamenten gilt daher als „typische Frauensucht“ – still, heimlich und unauffällig. Insgesamt wird der Frauenanteil an den Medikamentenabhängigen mit 60-70 % beziffert. Grund hierfür ist, dass Frauen gegenüber Männern eine erhöhte Konsumentintensität aufweisen (Prävalenz, Häufigkeit der Einnahme, Anzahl der eingenommenen Arzneimittel). Die Daten der GKV zeigen, dass Frauen pro Kopf deutlich mehr Antidepressiva, Tranquilizer und Benzodiazepine, welche ein besonders hohes Abhängigkeitspotenzial haben, verschrieben werden (Glaeske, 2018). Dem steht eine geringe sowohl stationäre als auch ambulante Behandlungsprävalenz gegenüber (Soyka, Queri, Küfner & Rösner, 2005).

Sehr früh wurden bereits frauenspezifische Gründe für Medikamentenkonsum diskutiert. Hierzu gehören das im Vergleich zu Männern andere Krankheitsspektrum von Frauen: Frauen sind häufiger als Männer von chronischen Erkrankungen wie z.B. rheumatischen Erkrankungen sowie von Beeinträchtigungen im psychosomatischen und psychischen Bereich betroffen. Als ein weiterer Erklärungsansatz wird das ärztliche geschlechtsbezogene Verschreibungs- und Diagnoseverhalten angeführt. So erhalten Frauen bei gleichen und vergleichbaren Beschwerden eher psychosomatische und Männer eher organische Diagnosen. Frauen erhalten doppelt so häufig die Diagnose Depression und ihnen werden zwei bis drei Mal häufiger psychotrope Arzneimittel, insb. Psychopharmaka und Antidepressiva verschrieben. Frauen suchen außerdem häufiger als Männer eine ärztliche Praxis auf, sie sind eher bereit über psychische Belastungen zu sprechen und sie nutzen häufiger Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen als Männer (Glaeske, 2018). Ursachen für Substanzkonsum von Frauen sind auch in frauentypischen Belastungen wie sexualisierte Gewalt in der Kindheit und im Erwachsenenalter, Doppel- und Dreifachbelastung, Armut und nicht zuletzt Geschlechterzuschreibungen zu suchen.

Wenig untersucht ist bisher der Zusammenhang von biologischem Geschlecht und Pharmakodynamik, d.h. der Art und Weise wie ein Wirkstoff vom Körper aufgenommen, transportiert, verteilt, verstoffwechselt und ausgeschieden wird. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Arzneimittel von Frauen- und Männerkörpern unterschiedlich verarbeitet werden. Gründe hierfür sind biologische Unterschiede bezogen auf Gewicht, Größe und Körperzusammensetzung sowie hormonelle Einflüsse auf Ausscheidungsprozesse. Bisher existiert jedoch keine systematische Forschung hierzu. Einzelne Studien weisen darauf hin, dass die Verstoffwechslung von Antidepressiva eng verbunden mit dem Hormonstatus ist und Östrogene die serotonergen Effekte von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) modulieren können (Kashuba & Nafziger, 1998; Kornstein, Schatzberg, Thase, Yonkers &

McCullo, 2000; Kornstein, Toups, Rush, Wisniewski, Thase, Luther, Warden, Fava & Trivedi, 2013; Martényi, Dossenbach, Mraz & Metcalfe, 2001). Auch bei häufig verordneten Schlafmitteln wie Zolpidem zeigt sich, dass der weibliche Organismus diesen Wirkstoff langsamer abbaut als der männliche. Dieser Befund führte in den USA zu angepassten geschlechtsspezifischen Dosierungsempfehlungen (U.S. Food and Drug Administration (FDA), 2013a & 2013b). Außerdem leiden Frauen stärker und häufiger unter Nebenwirkungen von Arzneimitteln als Männer. Relevante Unterschiede in der Pharmakologie zwischen Frauen und Männern finden bisher weder in der Arzneimittelforschung noch in der Verschreibungspraxis ausreichend Berücksichtigung.

2.2. Medikamentenkonsum während der Schwangerschaft

Zur Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten bei Schwangeren liegen kaum Daten vor. Die im Folgenden dargestellten Befunde basieren auf den Ergebnissen der im Rahmen des Projektes durchgeführten Literaturrecherchen (s. Kapitel 4: Methodisches Vorgehen).

2.2.1. Prävalenz von Benzodiazepinen

Die Prävalenzzahlen zu verschriebenen Benzodiazepinen und/ oder Benzodiazepinagonisten in der Schwangerschaft schwanken in den nordeuropäischen Staaten von 0,23-1,5 % (Askaa, Jimenez-Solem, Enghusen Poulsen & Traerup Andersen, 2014; Riska, Skurtveit, Furu, Engeland & Handal, 2014) bis hin zu 3,23-3,9 % im nordamerikanischen Raum (Daw, Mintzes, Law, Hanley & Morgan, 2012; Hanley & Mintzes, 2014; Kieviet, Dolman & Honig, 2013). Nach den Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) waren Benzodiazepine in einer US-amerikanischen Kohortenstudie die am zweithäufigsten konsumierten psychotropen Medikamente bei Schwangeren (Hanley & Mintzes, 2014). Oftmals nahm die Prävalenz für den Benzodiazepinkonsum von jungen Müttern während der Schwangerschaft und dem ersten Lebensjahr des Kindes ab, erhöhte sich jedoch, wenn das Kind älter wurde (Raitasalo, Holmila, Autti-Rämö, Martikainen, Sorvala & Mäkelä, 2014).

2.2.2. Prävalenz von Opiat- und Opioidanalgetika

Die Prävalenzzahlen für Opiat- und Opioidhaltige Medikamente während der Schwangerschaft liegen sowohl im nordeuropäischen als auch im nordamerikanischen Raum im Schnitt bei etwa 6 % (Handal, Engeland, Rønning, Skurtveit & Furu, 2011; Smith, Costello, & Yonkers, 2014; Bateman, Hernandez-Diaz, Rathmell, Seeger, Doherty, Fischer & Huybrechts, 2014; Daw et al., 2012).

In einer norwegischen Untersuchung erhielten die Frauen Opiat- und Opioidhaltige Medikamente oftmals nur einmal für eine Therapiedauer von etwa einer Woche (Handal et al., 2011). Der am häufigsten verschriebene Wirkstoff war Codein (ebd.). In US-amerikanischen Studien lösten 21,6 % der Frauen während der Schwangerschaft mindestens ein Rezept ein, in den einzelnen Staaten bis zu 41,6 % (Desai, Hernandez-Diaz, Bateman & Huybrechts, 2014). Auch hier wurden am häufigsten Codein und Hydrocodon verschrieben. Zu einer frühen Exposition des Neugeborenen mit Opiat- und Opioidanalgetika kam es bei 14,5 % aller Frauen (Epstein, Bobo, Martin, Morrow, Wang, Chandrasekhar & Cooper, 2013). Insgesamt stieg die Verschreibung von Opiat- und Opioidanalgetika, darunter am

häufigsten Hydrocodon, Codein und Oxycodon, im US-amerikanischen Raum im Zeitraum von 1995 bis 2009 um das Zweifache an (ebd.).

2.2.3. Charakteristika der schwangeren Frauen

Aus den Untersuchungen zu den Prävalenzraten ergaben sich zusätzlich die folgenden Informationen zu medikamentenabhängigen schwangeren Frauen.

Charakteristika von Benzodiazepin-konsumierenden Frauen: Frauen, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine und/ oder Benzodiazepinagonisten verschrieben bekommen haben, waren im Vergleich signifikant älter, haben häufiger geraucht und häufiger das dritte oder vierte Kind bekommen. Außerdem hatten diese Frauen vergleichsweise ein geringeres Einkommen, eine schlechtere Schulbildung und einen höheren BMI. Sie litten häufiger an einer psychiatrischen Störung (Raitasalo et al., 2014) und nahmen häufiger Antipsychotika, Anxiolytika und Antidepressiva ein (Askaa et al., 2014; Wikner, Stiller, Bergman, Asker & Källén, 2007; Wikner, Stiller, Källén & Asker, 2007). Die am häufigsten gefundenen psychiatrischen Diagnosen unter den Frauen, die während der Schwangerschaft psychotrope Medikamente eingenommen haben, waren Depressionen (25 %) und Angststörungen (24,4 %) (Hanley & Mintzes, 2014). Ein Fünftel der Frauen nahm neben den Benzodiazepinen auch Opiat- und Opioidanalgetika ein (Riska et al., 2014). Benzodiazepinkonsumierende Frauen wiesen ebenfalls häufiger Alkohol- oder anderen Substanzabusus (Raitasalo et al., 2014) auf. Die Charakteristika von Müttern, die während der Schwangerschaft Benzodiazepinagonisten (HBRA) konsumierten ähneln den Charakteristika von Benzodiazepin-konsumierenden Frauen (Wikner & Källén, 2011).

Charakteristika von Opiat- und Opioidanalgetika-konsumierenden Schwangeren: Opiat- und Opioidanalgetika wurden besonders häufig von jungen, unverheirateten und arbeitslosen Frauen während der Schwangerschaft eingenommen. Diese Frauen litten außerdem häufig an einer komorbiden psychiatrischen Störung (Martin, Longinaker & Terplan, 2014). Sie rauchten signifikant häufiger und tranken häufiger Alkohol (Kelly, Dooley, Cromarty, Minty, Morgan, Madden & Hopman, 2011). Frauen, die an einer psychiatrischen Störung litten, sowie Frauen, die während der Schwangerschaft rauchten, und Frauen, die ein Antidepressivum einnahmen, nahmen zweimal häufiger ein Opiat- oder Opioidanalgetikum während der Schwangerschaft ein, als Frauen, bei denen dies nicht der Fall war (Smith et al., 2014).

Für den deutschen Raum gibt es bislang nur vereinzelte Befunde. Egen-Lappe & Hasford (2004) fanden in ihrer Untersuchung an 41.293 schwangeren Frauen, dass 96,4 % mindestens ein Rezept in der Schwangerschaft erhielten; potentiell das Kind schädigende Medikamente wurden immerhin 1,3 % aller Frauen verschrieben. Entsprechende aktuelle Zahlen mit dem Fokus auf Benzodiazepinen und Opiat- oder Opioidanalgetika fehlen bislang und es bedarf weiterer Forschung in diesem Bereich. Ungeklärt bleibt in solch groß angelegten Kohortenstudien wie von Egen-Lappe & Hasford (2004), ob die untersuchten Frauen Medikamente möglicherweise aus anderen Quellen bezogen haben (Glaeske, 2013). Der Fokus zukünftiger Untersuchungen sollte daher eher auf der Untersuchung von Risikopopulationen liegen, d.h. z.B. Frauen mit psychischen Erkrankungen.

2.2.4. Gesundheitliche Folgen für Mutter und Kind

Die gesundheitlichen Auswirkungen des mütterlichen Medikamentenkonsums während der Schwangerschaft sind abhängig von der Art des Medikaments und vom Zeitpunkt, d.h. der Schwangerschaftswoche, in der sich die werdende Mutter befindet. Grundsätzlich überwinden alle Sedativa und Hypnotika die Plazentarschranke und gelangen auf diese Weise in den Blutkreislauf des Embryos bzw. Fötus. Während der Entwicklung der Organe reagiert der Embryo besonders empfindlich auf chemische Stoffe. Werden in dieser Zeit Benzodiazepine eingenommen, so verdoppelt sich das Risiko einer Fehlgeburt (Sheehy, Zhao & Bérard, 2019). Es kann außerdem zu Schädeldefektbildungen kommen. Opiat- und Opioidanalgetika können bei den Kindern Herzerkrankungen, Neuralrohrdefekte (z.B. Spina Bifida, Anenzephalie) sowie Bauch- und Gaumenspalten zur Folge haben (Enato, Moretti & Koren, 2011; El Marroun, White, Verhulst & Tiemeier, 2014; Palanisamy & Bailey, 2014; Fodor, Tímár & Zelena, 2014).

Die Folgen für die Mutter und das (ungeborene) Kind können vielfältig sein: so kommt es u.U. beim Absetzen der abhängig machenden Medikation während der Schwangerschaft zu einem Entzugsyndrom von Mutter und Kind (Gopalan, Glance & Azzam, 2014; Wong, Ordean & Kahan, 2011). Neugeborene, deren Mütter während der Schwangerschaft Opiat- und Opioidanalgetika oder Benzodiazepine eingenommen haben, zeigen typischerweise das „Floppy infant syndrome“, das durch einen verminderten Muskeltonus, Sedierung, Hypotonie, Trinkschwäche und Atemstörungen gekennzeichnet ist. Sie entwickeln außerdem mit hoher Wahrscheinlichkeit das neonatale Absetzsyndrom, welches lebensbedrohlich für das Neugeborene sein kann (Kocherlakota, 2014; Kieviet, Dolman & Honig, 2013).

Als mögliche Spätfolge zeigt sich außerdem, dass die Kinder später wiederum selbst häufiger Medikamente und potentiell abhängig machende Medikamente konsumieren (Log, Skurtveit, Selmer, Tverdal, Furu & Hartz, 2013).

All diese möglichen Folgen sind nicht nur den verschreibenden Ärzt*innen, sondern auch anderen behandelnden Ärzt*innen (wie Gynäkolog*innen) nicht immer bewusst.

2.3. Versorgung und Behandlung von Medikamentenabhängigen

Schädlicher Gebrauch und die häufig dadurch entstandene Abhängigkeit von psychotropen, d.h. von Medikamenten, die auf die Psyche wirken, werden in der medizinischen Versorgung bislang unzureichend erkannt und deshalb häufig nicht adäquat behandelt. Das bedeutet, dass derjenige Suchtbereich mit dem höchsten Anteil an Frauen im Hilfesystem am wenigsten auftaucht. Die größte Gruppe der süchtigen Frauen – die medikamentenabhängigen Frauen – ist fachlich bislang nicht im Fokus der behandelnden Mediziner*innen bzw. der Suchthilfe. Auch die Suchtselbsthilfe erreicht betroffene Frauen kaum (AWMF, 2006).

Möglicherweise in der Praxis vereinzelt vorhandene Erfahrungen mit Angeboten und Strategien sind weder veröffentlicht noch systematisiert. Die Erkenntnisse bezogen auf die generationenübergreifende Weitergabe von Suchterkrankungen und die vorliegenden empirischen Befunde, die zahlreiche

Belastungen und Entwicklungsrisiken für Kinder suchtkranker Mütter, Väter oder Eltern einschließlich des Risikos dieser Kinder, selbst eine Abhängigkeitsproblematik zu entwickeln, verweisen auf Handlungsbedarf.

3. Zielsetzungen und Fragestellungen des Projekts

Vor dem skizzierten Hintergrund formulierte das Konzept vier Hauptzielsetzungen:

1. **Aufbereitung des Wissensstandes**

Durch systematische Recherche und Aufbereitung des nationalen und internationalen Forschungsstandes sollen wichtige zielgruppenspezifische Erkenntnisse zusammengetragen und verfügbar gemacht werden. Das Erkenntnisinteresse richtet sich hierbei auf den Medikamentenkonsum von schwangeren Frauen und Müttern, deren Lebenslagen und spezifische Problemstellungen sowie konsumbezogene biographische Hintergründe.

2. **Vernetzung und Wissenstransfer**

Durch gezielte Vernetzung von Akteur*innen der unterschiedlichen Berufsgruppen soll der arbeitsfeld- und berufsgruppenübergreifende Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer sowie der Aufbau von Kooperationen und Netzwerken angeregt und gefördert werden. Um das vorhandene Praxiswissen u.a. auch in Bezug auf Angebote und Beispiele guter Praxis erschließen, bündeln und explizieren zu können, werden Fokusgruppen durchgeführt.

3. **Entwicklung und Erprobung von Strategien und Angeboten**

Aufbauend auf den nationalen und internationalen Forschungsergebnissen sowie den durch die Fokusgruppen gewonnenen Erkenntnissen zum vorhandenen Praxiswissen und zu bestehenden Versorgungsangeboten sollen Strategien und Angebote zur Prävention und Frühintervention sowie zur Verbesserung der Erreichbarkeit betroffener Frauen und deren Kindern entwickelt und erprobt werden. Darüber hinaus sollen Arbeitshilfen für die im Hilfe- und Versorgungssystem (v.a. Suchthilfe, medizinische Versorgung, psycho-sozialer Bereich) Tätigen konzipiert werden.

4. **Ableitung und Implementierung von Qualifizierungskonzepten**

Basierend auf den Ergebnissen der Projektphasen ist es ein wesentliches Anliegen des Projekts, neben den Arbeitshilfen auch Qualifizierungsangebote für Fachkräfte unterschiedlicher Berufsgruppen zu konzipieren und zu implementieren, um für das Thema zu sensibilisieren und die fachliche Auseinandersetzung zu befördern. Ziel ist, eine integrierte, interdisziplinäre und intersektorale Versorgungsstruktur für die beschriebene Zielgruppe zu entwickeln.

Das Projekt lässt sich in zwei Phasen gliedern: die **erste Projektphase von 2014 bis 2017** folgte den vorstehend beschriebenen Zielen und adressierte entsprechend die relevanten Berufsgruppen und Einrichtungen in der Suchthilfe und der gesundheitlichen Versorgung. Insbesondere die Umsetzung der Ziele zwei bis vier wurde durch zu Projektbeginn nicht erwartete Hindernisse erschwert bis unmöglich (vgl. Kapitel 4: Methodisches Vorgehen und Kapitel 5: Ergebnisse). Zentral waren die folgenden Befunde:

- Medikamentenabhängige werden vom Hilfesystem nicht erreicht.
- Das Hilfesystem hält keine spezifischen Angebote für Medikamentenabhängige vor.
- Es herrscht weitgehend Unkenntnis über die Lebenslagen und Unterstützungsbedürfnisse von Medikamentenabhängigen.

- Die Gesundheitsprofessionen sind wenig bis gar nicht für dieses Problem sensibilisiert.

Angesichts dieser Erkenntnisse wurde für die **zweite Projektphase von 2017 bis 2019** eine konzeptionelle Modifikation vorgenommen. Im Zentrum des Interesses stand nun die Frage, wie zielgruppenspezifische Angebote der Hilfesysteme konzipiert sein müssen, damit sie medikamentenabhängige schwangere Frauen und Mütter erreichen. Dazu war notwendig, Erkenntnisse zu subjektiven Sichtweisen von Betroffenen, ihren Erfahrungen mit dem medizinischen und suchtspezifischen Hilfesystem sowie zu ihren Bedürfnissen hinsichtlich Unterstützung und Versorgung zu gewinnen.

5. Methodisches Vorgehen

Entsprechend der verschiedenen Zielsetzungen wurden unterschiedliche methodische Ansätze konzipiert.

- **Recherche Fachliteratur/Forschungsstand**

- Eine sozialwissenschaftliche Literaturrecherche (national und international) wurde durch die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, abgeschlossen sowie
- eine medizinische Literaturanalyse im Sinne einer Übersicht über Prävalenz, Folgeschäden und Therapiemöglichkeiten: „Abhängig machende Medikamente bei medikamentenabhängigen schwangeren Frauen, Müttern und deren Kindern“ durch die Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, LVR Klinikum Essen, Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen, Herrn Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum, Frau Anna Silkens, durchgeführt.

- **Fachkonferenzen/Fokusgruppen und methodische Modifikationen**

Das Konzept war darauf angelegt, aktive Beteiligung, Vernetzung, gemeinsames Verständnis und gemeinsames Lernen im Fachumfeld zu initiieren. Zur Umsetzung wurden hier moderierte Fachkonferenzen bzw. Fokusgruppen gewählt. Dazu sollten Vertreter*innen aus den im Konzept benannten Beteiligten zu überschaubaren Gesprächskreisen eingeladen werden, um gemeinsam die Ziele der Fokusgruppen,

- verstreute Erfahrungen und lokal erfolgreiche Interventionen zusammenzutragen, vor allem: implizites Erfahrungswissen zu explizieren und damit verbreiten, verknüpfen und vertiefen zu können sowie
- die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen in ihren jeweiligen Organisationen im Hinblick auf die Implementierung von Angeboten als Übermittler*innen und Unterstützer*innen zu gewinnen,

umzusetzen.

Im Verlauf der ersten Projektphase wurden gezielt Vertreter*innen der im Konzept genannten Organisationen, Verbände, Netzwerke, Institutionen, Einrichtungen und Einzelpersonen, bei denen vermutet werden konnte, dass ihnen die Thematik nicht fremd ist, per Mail bzw. durch den postalischen Versand von ca. 2.500 Flyern zum Projekt angesprochen. Auf die damit verbundene Bitte zur Kontaktaufnahme erfolgte kaum Resonanz. Zu den im Konzept als Beteiligte genannten Organisationen, Verbänden, Netzwerken etc. wurde anschließend telefonisch Kontakt aufgenommen. Eines der Ziele war es, die benannten Vertreter*innen zur Teilnahme an Fokusgruppen zu gewinnen. Dieser Ansatz erwies sich als nicht zielführend, da die genannten Vertreter*innen aus ihrer Sicht nahezu übereinstimmend angaben, über kein Expert*innen-Wissen zu verfügen, welches sie hätten einbringen können und/oder die Thematik zwar als vernachlässigt und „interessant“ einschätzten, für eine inhaltliche Auseinandersetzung im Rahmen von Fokusgruppen jedoch keine zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stellen konnten.

- **Fokusgruppen und Expert*inneninterviews**

Es konnten insgesamt zwei moderierte Fokusgruppen stattfinden. Die erste Fokusgruppe am 27.11.2014 war als „Spurensuche“ angelegt, hierfür konnten als Beteiligte aus NRW Vertreter*innen aus der ambulanten und stationären Suchthilfe, der Suchtselbsthilfe, der Qualifizierten Entgiftung, Psychiatrischen Institutionsambulanz und pro familia gewonnen werden. Die zweite Fokusgruppe am 21.10.2015 widmete sich der medizinischen Literaturrecherche und dem Versuch einer Analyse.

Die im Projektlaufverlauf regelmäßig stattfindende Analyse und Bewertung der konzeptionellen Grundlage und der jeweiligen Erkenntnisse führte zu der Entscheidung, Einzelgespräche sowohl mit ausgewählten Fachleuten, als auch mit betroffenen Frauen aus der Suchtselbsthilfe (persönlich und telefonisch) zu führen, um weiterführende Erkenntnisse zu generieren. Es konnten 72 leitfadengestützte Interviews mit Fachpersonen aus der ambulanten und stationären Suchthilfe, der Suchtselbsthilfe sowie der psycho-sozialen Beratung durchgeführt werden.

- **Leitfadengestützte Einzelinterviews mit Frauen mit Medikamentenabhängigkeit (2017-2018)**

Es zeigte sich, dass im gesundheitlichen Versorgungs- und Hilfesystem kaum Kenntnisse zur Problematik der Medikamentenabhängigkeit vorliegen. Es wurde daher eine weitere konzeptionelle Neuausrichtung vorgenommen und zur Perspektive der Betroffenen gewechselt. Hierfür wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt. Mithilfe qualitativer leitfadengestützter Interviews nach Witzel (2000) sollten konsumbezogene Biographien, Erfahrungen mit dem Hilfesystem nachgezeichnet werden⁴. Ziel dieses Vorgehens war, Erkenntnisse zu Unterstützungsbedürfnissen Betroffener zu generieren, um entsprechenden Bedarf daraus abzuleiten. Alle Interviews werden unter Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Vorgaben aufgezeichnet und anschließend volltranskribiert. Die Auswertung erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2010; 2014). Diese Methode verbindet deduktives und induktives Vorgehen miteinander. In der Befragung wurden die subjektiven Sichtweisen medikamentenkonsumierender Frauen auf ihren Konsum, die damit verbundenen Gesundheitsrisiken, Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse ermittelt und die zugrundeliegenden Deutungs- und Handlungsmuster rekonstruiert.

Einschlusskriterien waren: weibliches Geschlecht sowie aktuelle oder zurückliegende Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten. Im Fokus des Projekts standen zwar Frauen mit Kindern und schwangere Frauen, es zeigte sich jedoch, dass diese Spezifizierung für die Rekrutierung von Interviewpersonen nicht zielführend war. Es wurden daher medikamentenkonsumierende Frauen insgesamt angesprochen. Es gab keine Altersbegrenzung. Ausgeschlossen wurden hingegen Frauen, deren Medikamentenkonsum eher eine Begleiterscheinung des Konsums anderer Substanzen insb. illegaler Drogen war.

Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen erfolgte über Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe, die Suchtselbsthilfe, psycho-soziale Beratungseinrichtungen, die gynäkologische bzw. geburtshilfliche Versorgung sowie einschlägige Internetforen und das Schneeballprinzip. Es wurde davon ausgegangen, dass auf diese Weise eher Frauen erreicht werden, die ihren Medikamentenkonsum als problematisch einschätzen und bereits Unterstützungs- und Beratungsangebote der Suchthilfe als eine Form der Problemlösung nutzten. Es war kaum zu erwarten, dass aktuell

⁴ Der Leitfaden befindet sich im Anhang.

abhängig konsumierende Frauen rekrutiert werden könnten. Die Ansprache der potenziellen Interviewpartnerinnen erfolgte mittels eines Informationsblattes⁵, das über das Anliegen informierte und über die o.g. Organisationen disseminiert wurde.

Das Vorgehen basierte auf forschungsethischen Überlegungen. Insbesondere galt es, vulnerable Personen, die aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation oder einer Erkrankung durch die Teilnahme am Forschungsvorhaben in besonderem Maße belastet werden könnten, zu schützen (Schnell & Heinritz, 2006). Die Studie wurde daher unter Wahrung der folgenden ethischen Grundsätze durchgeführt: (1) *Freiwilligkeit der Teilnahme*: Die Entscheidung zur Teilnahme an einem Interview traf ausschließlich die Person selbst. Es entstanden ihr keine Nachteile durch eine Nichtteilnahme; (2) *Informierte Einwilligung*: Die Angesprochenen erhielten ausreichende Informationen über das Forschungsprojekt. Sie hatten außerdem ausreichend Zeit, sich zu entscheiden. Die Forscherin bot die Möglichkeit der Information und Beratung im Rahmen eines Vorgesprüches an, so dass die Angesprochenen sich eine eigene Meinung bilden konnten. Auch die Einrichtungen, über die die potenziellen Interviewpersonen angesprochen wurden, waren umfassend über das Vorhaben informiert; (3) *Vertraulichkeit und Datenschutz*: Die Forschung beachtete datenschutzrechtliche Vorgaben. Das bedeutet, dass die Verwendung der Daten der Zustimmung der Interviewperson unterlag. In einer Vertrauensschutzklärung versicherte die Forscherin die sichere Aufbewahrung der Daten, die Trennung von persönlichen und qualitativen Daten, so dass keine Rückschlüsse auf die Interviewperson möglich sind. Weiter wurde schriftlich erklärt, dass die Daten anonymisiert bzw. pseudonymisiert und ausschließlich zum vereinbarten Zweck der Studie verwendet wurden; (4) *Vermeidung von Verletzung und Schaden*: Denkbar wäre, dass die Interviewpersonen belastet und ihre psychische Verfassung negativ beeinflusst werden könnten, wenn sie sich im Rahmen des Interviews mit Problemen und Konflikten auseinandersetzen. Auch das Interview selbst könnte eine Belastungssituation darstellen. Studien aus psychiatrischen und psychotherapeutischen Settings zeigen, dass die beschriebenen Risiken gering einzuschätzen sind und die Interviews gar eine entlastende Wirkung haben können, da sie zu Reflexionsphasen führen (Schnell & Heinritz, 2006; Driessen, Beblo, Mertens, Piefke, Rullkoetter, Silva et al., 2004). Außerdem entscheiden die Interviewpersonen selbst, welche Themen sie ansprechen und welche Erfahrungen sie mitteilen mögen.

- **Fachgespräch. 03. Juli 2018**

Um die ersten Ergebnisse der Interviews auf dem Hintergrund von Praxiswissen zu diskutieren und zu validieren, wurde am 03.07.2018 ein Fachgespräch durchgeführt. Teilnehmende waren Expert*innen aus der ambulanten und stationären Suchthilfe, der Suchtselbsthilfe und der psycho-sozialen Beratung, Vertreterinnen der Ärztekammer und Apothekerkammer in NRW sowie ein Apotheker. Dieses partizipative Vorgehen sollte die Anschlussfähigkeit der Handlungsempfehlungen für die Praxis sicherstellen und die Akzeptanz der entwickelten Handlungsempfehlungen bei Akteur*innen aus der Praxis fördern.

- **Fachtagung, 31. März 2019**

⁵ Das Informationsblatt befindet sich im Anhang.

Die Fachtagung diente der Präsentation und Diskussion der Projektergebnisse. Die Dokumentation befindet sich im Anhang.

6. Medikamentenabhängige im Gesundheitssystem und der Suchthilfe – die Perspektive der Gesundheitsprofessionen

Die Ergebnisdarstellung wird grob in zwei Teile geteilt. Zunächst werden die Erkenntnisse aus der ersten Projektphase und den Gesprächen mit den Expert*innen vorgestellt. Der zweite Teil widmet sich den Ergebnissen der qualitativen Interviews mit medikamentenabhängigen Frauen. In der Diskussion und den Handlungsempfehlungen werden diese Ergebnisse zusammengeführt.

Die Zielgruppe war allen angefragten Fachleuten bekannt – sowohl den Vertreter*innen der ambulanten und stationären Suchthilfe, als auch den im Konzept genannten beteiligten Berufsgruppen. Deutlich wurde, dass Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten in der Regel *kein Thema* in der Begleitung, Betreuung und/oder Behandlung von schwangeren Frauen bzw. Müttern und ihren Kindern ist. Im Allgemeinen werden Frauen, werdende Mütter und/oder Mütter nicht danach gefragt, ob sie (über einen längeren Zeitraum) regelmäßig Medikamente konsumieren. Auffälligkeiten/Komplikationen in den Geburtskliniken, die sich meist auf die Schwangerschaft bzw. die Geburtsvorbereitung/Geburt konzentrieren, werden nicht zwangsläufig mit einem Suchtmittelkonsum der Mutter in Verbindung gebracht. Zudem wirken die betroffenen Frauen selbst auf eine schnelle Entlassung hin. Auch aus eher engmaschigen Betreuungen, wie beispielsweise der Sozialpädagogischen Familienhilfe, wird berichtet, dass ein regelmäßiger bzw. längerfristiger Medikamentenkonsum nicht (unbedingt) auffällt.

Die Angebote der ambulanten Suchthilfe werden von Frauen, die medikamentenabhängig und schwanger oder Mütter sind, nicht genutzt. Für diese Nicht-Inanspruchnahme scheint die (befürchtete) Etikettierung/Stigmatisierung eine wesentliche Rolle zu spielen.

Der Indikation einer medikamentösen Behandlung schwangerer Frauen und Mütter mit psychischen Erkrankungen kommt eine besondere Bedeutung hinsichtlich einer differenzierten Diagnostik und Analyse der Situation der betroffenen Frauen zu. Die Bewertung der Verschreibung psychotroper Medikamente in der Schwangerschaft wird durch die verschiedenen Berufsgruppen ausgesprochen unterschiedlich bewertet (Psychiater*innen, Psychologen*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen).

Werden werdende Mütter mit größeren Komplikationen in der Schwangerschaft in ein Krankenhaus eingewiesen, wird eine Medikamentenabhängigkeit nicht unbedingt festgestellt.

Es gibt Beobachtungen, dass die Medikamenteneinnahme während der Schwangerschaft von Frauen häufig in der Hoffnung reduziert wird, Folgen für das ungeborene Kind zu vermeiden. Folgen durch den Konsum von Medikamenten sind den betroffenen Frauen jedoch häufig nicht bekannt. Aus suchtfremden Arbeitsfeldern, so z.B. pro familia Beratungsstellen, wird berichtet, dass schwangere Frauen sehr wohl die Beratung aus Sorge um mögliche Folgen ihres Medikamentenkonsums aufsuchen, jedoch keinen Anlass zum Besuch einer Suchtberatung sehen. Bei Hebammen oder Mitarbeitenden im Rahmen der Frühen Hilfen steht die Thematik eines riskanten Medikamentenkonsums schwangerer Frauen nicht im Fokus. Würde eine betroffene Frau diese Thematik selbst ansprechen oder gäbe es schwerwiegende Gründe für einen Verdacht, würde sie an die Suchthilfe verwiesen.

Die ambulante Suchthilfe sieht sich weder hinsichtlich ihrer Qualifikation, noch hinsichtlich ihrer zeitlichen und personellen Ressourcen in der Lage, Angebote für diese Zielgruppen vorzuhalten.

Übereinstimmend benannten die erreichten Fachleute aus allen Arbeitsbereichen, dass Scham und Schuldgefühle der betroffenen Frauen eine offene Kommunikation über ihre Lebenssituation eher verhinderten. Insbesondere die große Sorge, dass ihnen ihre Kinder entzogen werden könnten, halte sie in ihrem (häufig gut organisierten) System.

Neben diesen Aspekten zeigt sich jedoch aus den Gesprächen mit betroffenen Frauen, dass es vielmehr eine befürchtete oder tatsächlich erlebte Stigmatisierung ist, die Frauen davon abhält, im Suchthilfesystem Hilfe in Anspruch zu nehmen und über ihren Konsum psychotroper Medikamente sowohl während der Schwangerschaft zu sprechen, als auch in der Lebenssituation mit beispielsweise (kleinen) Kindern, als die tatsächliche Sorge um eine Inobhutnahme.

Auf die Frage, wo sich die betroffenen Frauen im Hilfesystem aufhalten oder aufhalten könnten, falls sie es in Anspruch nehmen würden, hatten die erreichten Fachpersonen i.d. Regel keine Antworten.

7. Erfahrungen und Bedürfnisse von Betroffenen

Es wurden insgesamt 19 qualitative Interviews mit medikamentenabhängigen Frauen geführt. Die Ergebnisse werden anhand der folgenden Forschungsfragen dargestellt:

- Welche subjektiven Sichtweisen haben die Betroffenen in Bezug auf ihren Medikamentenkonsum und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken v.a. in Verbindung mit einer Schwangerschaft und Mutterschaft?
- Welche Strategien wählen die Betroffenen im Umgang mit ihrer Abhängigkeit und welche Deutungs- und Handlungsmuster liegen dahinter?
- Welche Erfahrungen haben sie mit dem medizinischen und suchtspezifischen Hilfesystem gemacht?
- Welche Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe formulieren Betroffene?

7.1. Beschreibung des Samples

Es wurden 19 qualitative Interviews geführt. Die befragten Frauen waren im Alter zwischen 23 und 65 Jahren (s. Tabelle 1). Der Altersdurchschnitt beträgt 46 Jahre; der Median liegt bei 47 Jahren.

Tabelle 1: Interviewte nach Altersgruppen

Altersgruppen	Anzahl Interviewte (n=19)
20 bis unter 30 Jahre	2
30 bis unter 40 Jahre	5
40 bis unter 50 Jahre	3
50 bis unter 60 Jahre	7
60 bis 65 Jahre	2

Das Sample ist sehr gemischt hinsichtlich Bildungsstatus, beruflichem Status und Einkommen. Fünf der Befragten haben Kinder, zwei haben einen Kinderwunsch bzw. planen eine Schwangerschaft, eine hat eine Schwangerschaft abgebrochen, elf Befragte haben keine Kinder. Zwei Interviewte haben eine Zuwanderungsgeschichte. 10 Interviewpersonen sind in NRW wohnhaft; die übrigen 9 leben in vier anderen Bundesländern.

Zwei Drittel der Befragten haben vor dem 25. LJ mit dem Medikamentenkonsum begonnen. Das niedrigste Einstiegsalter lag bei 14 Jahren, das höchste bei 45 Jahren. Hinsichtlich der konsumierten Medikamente fällt auf, dass ein knappes Drittel der Befragten Präparate aus einer Arzneimittelgruppe⁶ konsumiert. Knapp zwei Drittel konsumieren Substanzen aus drei oder mehr Arzneimittelgruppen. Der alleinige Konsum von Benzodiazepinen findet sich nur in einem Fall, bei weiteren 12 Befragten werden Benzodiazepine gemeinsam mit weiteren Psychopharmaka, mit Analgetika sowie Alkohol oder illegalen Drogen eingenommen. In sechs Fällen werden Präparate aus einer Arzneimittelgruppe, in zwei Fällen aus zweien und in 11 Fällen aus dreien oder mehr Arzneimittelgruppen konsumiert.

⁶ Die konsumierten Medikamente wurden in die Arzneimittelgruppen: Antidepressiva, Antipsychotika, Benzodiazepine, Analgetika eingeordnet.

Über die Hälfte der Interviewpersonen konnte über Frauensuchtberatungsstellen (N=7) und Internetforen (N=5) gewonnen werden. Weitere Zugänge waren Selbsthilfeorganisationen/-gruppen (N=3), psychosoziale Einrichtungen (N=3) und Suchtkliniken (N=1). Die Interviews fanden mehrheitlich in den Wohnungen der Befragten (16) statt, in zwei Fällen in einer Beratungsstelle und in einem weiteren Fall am Arbeitsplatz der Interviewten. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 88 Minuten; das kürzeste Interview dauerte 54 Minuten und das längste Interview umfasste 122 Minuten.

7.2. Einstieg in den Medikamentenkonsum

Abhängigkeit von ärztlich verschriebenen Arzneimitteln ist ein komplexes Geschehen, da es sich in einem Geflecht von psychischen und physischen Erkrankungen und in der Interaktion mit Gesundheitsprofessionen entwickelt. Meist stehen am Anfang physische und/oder psychische Beschwerden. Psychische Belastungen und Krisen werden oftmals im familiären oder beruflichen Kontext verortet. Erste Anlaufstelle ist meist der*die Hausarzt*ärztin oder auch eine Klinik. Häufig sind mit dieser gesundheitlichen Krise dramatische Ereignisse verbunden, die einen Einschnitt im Leben der Betroffenen darstellen. Diese sind gefordert, nicht nur die Probleme, die gleichsam die Ursache für die Medikation darstellen, sondern auch die Medikamenteneinnahme selbst zu bewältigen. Es gilt in der Regel außerdem, eine Diagnose zu verarbeiten sowie eine Fülle von krankheits- und medikamentenbezogenen Informationen aufzunehmen und zu verstehen.

Mögliche Lebenskrisen, aufgrund derer psychotrope Medikamente verschrieben werden, sind kein Anlass, das psycho-soziale Hilfesystem aufzusuchen. Eine psychotherapeutische Behandlung kommt eher selten in Frage, da es vielen Frauen „unangenehm“ ist, mit dieser Berufsgruppe in Verbindung gebracht zu werden. Hauptansprechpartner*innen bleiben die verschreibenden Ärzt*innen, auch wenn es keine Fachärzt*innen sind.

7.3. Subjektive Sichtweise auf Medikamentenkonsum

Anlass für die Einnahme von Medikamenten sind Beschwerden psychischer und/oder physischer Art. Die Medikamente sollen Abhilfe schaffen und Erleichterung bringen. Sie werden daher zunächst als Hilfestellung erlebt; sie dienen der Herstellung von Normalität, der Steigerung der Leistungsfähigkeit und ermöglichen soziale Kompatibilität. Der Konsum von psychotropen Medikamenten hilft, zu funktionieren und alltägliche Herausforderungen zu bewältigen. Insbesondere trifft dies auf Frauen in subjektiven und objektiven Belastungssituationen zu, wie beispielsweise in schwierigen sozialen und ökonomischen Lebenslagen.

„Ich war so normal, ich fand mich so normal wie alle anderen normal waren, ohne dass die was nehmen mussten.“ (4_53, 31)⁷

Im Gegensatz zu anderen Substanzen ist Medikamentenkonsum mit Aspekten verbunden, die seine Problematisierung erschweren. Medikamenteneinnahme ist gesellschaftlich akzeptiert und auch in der

⁷ Die Codes der Interviewzitate enthält in der Reihenfolge die laufende Nr. des Interviews, das Alter der Befragten sowie den vom Programm MAXQDA 18 nummerierten Absatz, aus dem das Zitat stammt.

Öffentlichkeit möglich, ohne negative Aufmerksamkeit zu erregen. Da es keine Substanzwahrnehmung wie z.B. bei Alkohol gibt, kann der Konsum unbemerkt vom sozialen Umfeld erfolgen.

*„Da ist so ne Tablette einfach. Ja, nimmt man kurz, keiner guckt blöd, könnte ja auch ne Kopfschmerztablette sein oder was weiß ich nicht. Wenn ich mir jetzt n Bier an n Hals setzen würde, das ist was ganz anderes.“
(6_37, 121)*

Tabuisiert und schambesetzt sind die Medikamenteneinnahme selbst sowie die dahinterliegenden Problemlagen, sodass der Konsum meist heimlich erfolgt.

Es zeigt sich deutlich, dass zu Beginn der Behandlung das Vertrauen in den*die Behandler*in, meist der*die Hausarzt*ärztin, sehr groß ist. Die erwünschten Wirkungen der Medikamente wie Sicherheit, Entspannung, Sedierung, bessere Bewältigung von Aufgaben in Alltag und Beruf, werden positiv bewertet. Evtl. Zweifel an ihrer Wirksamkeit oder Notwendigkeit werden beiseitegeschoben. Im Verlauf der Einnahme kann es jedoch zu massiven Nebenwirkungen kommen, so dass Zweifel an der Therapie und Aversionen gegenüber der Einnahme entstehen können. Insbesondere die Nebenwirkungen von Antidepressiva und Antipsychotika wie Dumpfheit, „alles ist tot“, sexuelle Unlust, Müdigkeit, Antriebslosigkeit und das Gefühl von Abhängigkeit können eine große Belastung darstellen und dazu führen, dass die Betroffenen den Nutzen der Medikamente in Frage stellen.

Medikamentenkonsum wird zunächst nicht mit Abhängigkeit in Verbindung gebracht. Vielmehr ist in den subjektiven Deutungsmustern Substanzabhängigkeit vor allem mit Alkohol und illegalen Drogen assoziiert. Vor allem, wenn es nicht zur Dosissteigerung kommt und die Einnahme nicht mit Freiwilligkeit und Genuss wie bspw. bei Alkohol oder anderen Rauschdrogen verbunden wird, wird kein Bezug zu abhängigem Konsum hergestellt.

„Ich wäre nie auf die Idee gekommen zu dem Zeitpunkt, dass auch ne Medikamentensucht ne Sucht in dem Sinne ist.“ (12_25, 94)

Bei verschreibenden Ärzt*innen wie anderen Gesundheitsprofessionen und bei Betroffenen selbst ist die Sensibilität für das Abhängigkeitspotenzial von Medikamenten nur eingeschränkt vorhanden. Medikamentenabhängige Frauen definieren sich nicht als abhängig, wenn die Medikamente ärztlich verschrieben werden. Vielmehr legitimiert die ärztliche Verschreibung die Einnahme. Entsprechend bestehen wenig Problembewusstsein und kein Anlass, das Suchthilfesystem aufzusuchen.

„Das war für mich auch immer noch so, ich hab mich immer so bestärkt gefühlt in dem, dass das doch alles gar nicht so schlimm sein konnte, wenn Ärzte so bereitwillig verschreiben. [...] Das war für mich wie n Freifahrtschein.“ (4_53, 11 + 19)

Abhängigkeit wird von allen Befragten in biomedizinischen Kategorien beschrieben. Es zeigen sich aber auch Unterschiede je nach Art der Medikamente.

7.4. Schwangerschaft und Mutterschaft

Im Sample war keine aktuell schwangere Frau. Diejenigen Frauen mit Kindern haben jedoch Aussagen zum Medikamentenkonsum und ihrer Mutterschaft getroffen. Sie gehen davon aus, dass ihr Konsum keine Auswirkungen auf das Kind/die Kinder hatte. Begründet wird dies damit, dass die Einnahme verheimlicht werden konnte.

Zwei der Befragten planen eine Schwangerschaft; beide nehmen Antidepressiva und Antipsychotika ein, die sie jedoch vor der Umsetzung des Kinderwunsches absetzen wollen. Eine Schwangerschaft halten beide für nicht kompatibel mit Medikamenteneinnahme. Es wird berichtet, dass die behandelnde Ärztin den bereits vorher geäußerten Absetzwunsch erst dann unterstützt hat, als der Kinderwunsch kommuniziert wurde. Außerdem war es schwierig, eine Gynäkologin zu finden, die über Expertise in diesem Bereich verfügt und den Absetzwunsch unterstützt bzw. begleitet.

7.5. Erfahrungen mit dem Versorgungs- und Suchthilfesystem

Hier werden sowohl die Erfahrungen mit dem medizinischen Versorgungssystem als auch mit der Suchthilfe beschrieben.

7.5.1. Information und Aufklärung

Bei der Auswertung der Interviews kristallisierte sich Informiertheit als eines der zentralen Themen heraus. Informationsbedürfnisse durchziehen den gesamten Behandlungsprozess, können sich aber im Verlauf der Erkrankung bzw. Behandlung auf unterschiedliche Bereiche richten. Zu Beginn steht im Vordergrund, die Diagnose zu verstehen und zu verarbeiten. Bei psychischer Erkrankung, die oftmals mit einem Psychiatrieaufenthalt einhergeht, sind die Betroffenen gefordert, mit dem Diagnoseschock, mit Verunsicherung, Kontrollverlust und Ohnmachtsgefühlen umzugehen.

„Man ist erstmal schockiert, dass was passiert ist, dass man halt in der Psychiatrie gelandet ist.“ (8_37, 10)

Aufklärung über Diagnose und Therapie erfolgt dann häufig nur in der Klinik im Rahmen von Psychoedukation. Hinweise auf kurz- und langfristige (Neben-)Wirkungen der Medikamente und Alternativen zur medikamentösen Behandlung bleiben sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting aus, so berichten die Betroffenen.

Informationen über die Kompatibilität der verschriebenen Medikamente mit einer potenziellen Schwangerschaft und die Vorgehensweisen im Falle einer Schwangerschaft sind nicht Bestandteil des ärztlichen Informationsgesprächs, so berichten und beklagen vor allem die jungen Frauen im Sample. Es wird deutlich, dass die Befragten aktive Aufklärung wünschen.

„Auch halt Sachen wie irgendwie: Unter Medikamenten Kinder kriegen ist schwierig. Wird auch nie geredet. Also ich meine, klar, ich war 16. Dass ich jetzt nicht nächstes Jahr ein Kind kriege, konnte man sich denken. Aber dass mir noch nie irgendwer irgendwas zum Thema Schwangerschaft erzählt oder kann man zumindest mal einen Hinweis geben, irgendwie eine Broschüre mitgeben.“ (9_23, 54-56)

Beipackzettel werden schlecht verstanden oder nicht gelesen, da sie Befürchtungen auslösen. Da weder Ärzteschaft noch Apotheker*innen geeignete Ansprechpartner*innen zu sein scheinen, wird im Internet nach Gesundheitsinformationen gesucht. Dies führt häufig zu Verwirrung, da die Nutzer*innen auf widersprüchliche Informationen stoßen und es ihnen schwer fällt, diese einzuordnen und zu gewichten. Fehlen Ansprechpartner*innen, so werden die Medikamente weniger nach sachlicher Abwägung denn nach „Bauchgefühl“ eingenommen.

„Ich muss das alles selber recherchieren und hauptsächlich mache ich das dann im Internet. Und dann werde ich natürlich auch verwirrt. Dann steht das eine dort, da steht es so und jetzt habe ich gedacht, ich höre einfach mal auf mein Bauchgefühl und nehme dieses Medikament nicht mehr.“ (11_53, 5)

7.5.2. Ärzt*in-Patientin-Interaktion

Insgesamt kritisieren die Befragten nicht nur mangelnde Aufklärung über Diagnosen, Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente sowie kurz- und langfristige Effekte und Risiken der Medikamenteneinnahme.

„Da hätte ich mir mal mehr Aufklärung gewünscht und ein bisschen mehr Zeit und Gespräch (.) ne (.) nicht so abgefertigt werden.“ (11_53, 61)

Den Befragten fehlen Behandlungs- und Medikationspläne und sie vermissen Hinweise auf Alternativen sowie komplementäre außermedizinische Behandlungsmöglichkeiten. Sie fühlen sich außerdem unzureichend am Behandlungsprozess beteiligt, was sich nicht nur an der mangelnden Informiertheit, sondern auch an der unzureichenden Berücksichtigung ihrer Perspektiven und Präferenzen festmacht. Dies gilt sowohl für somatische als auch für psychische Erkrankungen und äußert sich vor allem darin, dass die Befragten sich mit Absetzwünschen und Belastungen durch Nebenwirkungen von Medikamenten nicht wahr- und ernstgenommen fühlen.

Mangelnde individualisierte und patientinnenorientierte Behandlung bemängeln die Befragten sowohl bezogen auf die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung. Fachärzt*innen werden daher als „Dienstleister“ wahrgenommen, die hauptsächlich Rezepte ausstellen. Problematisch wird außerdem die Orientierung an „Einzeldiagnosen“ empfunden.

Diese Erfahrungen können mit Konflikten und Frustrationen verbunden sein, sodass es auch zu mehrmaligem Wechsel des*r Arztes*Ärztin kommen kann, bis im besten Fall ein*e Behandler*in gefunden wird, die den geschilderten Bedürfnissen entspricht. Ein anderer Effekt mißlingender Ärzt*in-Patientin-Kommunikation ist, dass eigenständige Reduktions- und Absetzversuche ohne Rücksprache mit dem*der behandelnden Arzt*Ärztin unternommen werden.

Die Befragten sehen die Ursachen auch in systembezogenen und strukturellen Faktoren wie enge Taktung von Patient*innengesprächen, Vergütungssystem der Ärzt*innen, Praxisorganisation etc..

Mängel formulieren die Befragten ebenfalls bezogen auf den Übergang von stationär zu ambulant. Besonders negativ wird die mangelnde Nachsorge nach dem Medikamentenentzug sowie die fehlende Orientierung hinsichtlich ambulanter Unterstützungsmöglichkeiten erlebt.

„Ich hab ja immer gedacht, es macht da irgendwo Klick im Kopf und dann bin ich wieder da und zwar in dem Moment, wo ich in die Wohnung komme. Das war aber umgekehrt. Es- es war- es ging eigentlich zurück, wurde viel schlimmer.“ (15_65, 30)

7.5.3. Suchthilfe

Aus den Interviews geht hervor, dass Suchthilfe vor allem mit Alkohol und illegalen Drogen verbunden wird. Medikamentenabhängige haben das Bedürfnis, sich gegen „Süchtige“ abzugrenzen, erst recht, wenn es um illegale Drogen geht. Diese Einstellung speist sich aus der Tatsache, dass Medikamente nicht als Drogen eingeordnet werden, legal sind und ärztlich verordnet werden. Da auf diese Weise nur schwer ein Selbstbild von Abhängigkeit entwickelt wird, ist die Suchthilfe keine geeignete Anlaufstelle. Aber auch wenn erste Probleme mit dem Medikamentenkonsum auftreten und Sensibilität für eine eigene Abhängigkeit entwickelt werden, wenden sich Betroffene nicht unbedingt an die

Suchthilfe. Hierfür gibt es mehrere Gründe. Da Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit häufig zusammen genannt wird, wenn es um Beratungsangebote geht, fühlen sich Medikamentenabhängige nicht angesprochen, sondern eher „mitgemeint“. Ähnliches gilt übrigens ebenfalls für die Suchtselbsthilfe. Die Befragten äußern außerdem die Befürchtung, mit einer Medikamentenproblematik nicht ernst genommen zu werden und sie formulieren Angst vor Stigmatisierung. Weiter bestehen Zweifel an der Kompetenz der Mitarbeiter*innen bezogen auf das Thema Medikamente.

„Alkohol steht immer oben drüber. Und dann dieses: Medikamentenabhängige dürfen auch gerne kommen, so und da fühlt man sich nicht, da hat man nicht das Gefühl, wenn ich da jetzt hingeh, dann wissen die wie es mir geht oder ich kann es da besprechen. Hatte ich jedenfalls nicht.“ (15_65, 72)

„Also mit Medikamentenmissbrauch wär ich nicht auf die Idee gekommen, zur Suchtberatung zu gehen. Einfach auch aus der Unsicherheit heraus, einfach Angst ausgelacht zu werden, nicht ernst genommen zu werden oder auch Kompetenzprobleme der Mitarbeiter vielleicht.“ (12_25, 98)

Die Interviews zeigen außerdem, dass Angebote der Suchtberatung und Suchthilfe häufig nicht bekannt sind und die Betroffenen oftmals recht wenig Orientierung hinsichtlich Unterstützungsmöglichkeiten haben.

7.6. Strategien im Umgang mit der Abhängigkeit

Die Umgangsweisen mit der Abhängigkeit variieren im zeitlichen Verlauf und sind abhängig von der Art der konsumierten Arzneimittel.

Beim Konsum von Benzodiazepinen erfolgt die ärztliche Verschreibung in der Regel zunächst unproblematisch durch den*die gleiche Arzt*Ärztin; hierbei handelt es sich meist um den*die Hausarzt*ärztin. Es gibt außerdem Fälle, die Rezepte oder das Medikament selbst über private Netzwerke erhielten. Die Effekte der Benzodiazepine, d.h. Sedierung, „Funktionieren können“, sind erwünscht. In der Regel erfolgt der Konsum heimlich gegenüber dem sozialen Umfeld; dies ist verstärkt der Fall, wenn es zu Dosissteigerungen kommt. Solange es in dieser Routine nicht zu Veränderungen kommt, kann auch die meist erfolgende Dosissteigerung bewältigt werden. Es besteht subjektiv kein Anlass, diese Situation zu verändern. Treten jedoch Veränderungen ein, die die Verschreibung unterbrechen oder beenden (bspw. durch Verschreibungsstopp oder Praxisaufgabe des*r Hausarztes*ärztin) müssen Alternativen gefunden werden. Diese bestehen dann häufig darin, eine*n andere*n Arzt*Ärztin oder mehrere Ärzt*innen aufzusuchen, die*der das Medikament verschreiben. Es kommt vor, dass ärztlicherseits kommuniziert wird, dass eine Verschreibung auf Kassenrezept nicht mehr möglich ist und der Wechsel zum Privatrezept angeboten wird. Diese kostenintensive Variante wird von den Patientinnen so lange genutzt wie die finanziellen Möglichkeiten es zulassen. In letzter Instanz wird der sog. Schwarzmarkt aufgesucht, um die benötigten Benzodiazepine zu bekommen. Für die Betroffenen sind diese Ereignisse häufig mit großer Not, Verzweiflung und Scham verbunden. Trotz des einsetzenden Erkenntnisprozesses, dass eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen vorliegt, wird nicht in Betracht gezogen, das Suchthilfesystem in Anspruch zu nehmen. Im Verlauf der Zeit werden jedoch meist mehrere selbstständige und begleitete, d.h. stationäre Reduktions- und Ausstiegsversuche unternommen, so dass es zu Abstinenzzeiten kommt.

Bei Antidepressiva und Antipsychotika handelt es sich eher um Langzeitkonsum ohne Abstinenzzeiten, da die zugrunde liegende Erkrankung aus medizinischer Sicht meist die lebenslange Einnahme von

entsprechenden Medikamenten erfordert. Die Verschreibung erfolgt oftmals zunächst durch Allgemeinärzt*innen und anschließend durch Fachärzt*innen. Befragte berichten von wechselnden Diagnosen und Medikationen. Bei diesen Medikamenten kommt es nicht zur Dosissteigerung und es besteht auch kein Verlangen, die Medikamente einzunehmen. Wird die Dosierung verändert, kommt es jedoch zu Absetzsymptomen. Subjektiv wird daher weniger eine Abhängigkeit, denn ein Angewiesensein auf die Medikamente erlebt, was als negativ bewertet wird. Schwierig für die Betroffenen sind außerdem die teilweise sehr extremen und belastenden Nebenwirkungen der Medikamente. Häufig bleibt auch die erhoffte Besserung der ursprünglichen Symptome aus. Ist dies der Fall, entsteht der Wunsch, die Medikamente abzusetzen und langfristig medikamentenfrei zu leben. Wird dieser Wunsch ärztlicherseits nicht unterstützt, kommt es zu selbstständigen Absetzversuchen.

7.6.1. Informationssuchverhalten

Bei den Befragten ist der Wunsch nach unabhängigen, neutralen Informationen groß. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn diese sich durch behandelnde Ärzt*innen nicht ausreichend informiert fühlen. Wichtige Quelle für Informationen ist das Internet. Dabei fällt auf, dass die Qualität von Gesundheitsinformationen oftmals nicht beurteilt werden kann, da die Qualitätskriterien oder auch Qualitätssiegel wie der HON-Code nicht bekannt sind. So ist letztlich nicht gesichert, dass der Wunsch nach Informationen, die frei von Anbieterinteressen sind, auch realisiert werden kann.⁸

Apotheker*innen, die prinzipiell über die Expertise zur Beantwortung dieser Fragen verfügen, werden als Ansprechpartner*innen nicht wahrgenommen.

In der ambulanten und stationären Suchthilfe wie in der Suchtselbsthilfe sind Medikamentenabhängige nur vereinzelt vertreten. Aus Sicht der Suchtselbsthilfe gibt es nicht ausreichend Nachfrage nach Selbsthilfegruppen zur Medikamentenabhängigkeit, sodass Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zusammengefasst wird. Die interviewten Frauen berichten, dass die Nutzung der Suchtselbsthilfe in den Überlegungen meist nicht vorkommt. Eine weitere Barriere bildet für einige der Befragten das Fehlen von Frauengruppen. Gleichzeitig formulieren die Interviewten das Bedürfnis nach Austausch mit anderen Betroffenen. An die Stelle der Selbsthilfegruppe treten dann teilweise Austauschforen im Internet.

7.7. Unterstützungs- und Versorgungsbedürfnisse

Die Expert*innengespräche zeigen, dass medikamentenabhängige Frauen das Hilfesystem kaum nutzen. Die Interviews geben Einblick in die möglichen Gründe. So berichten die Betroffenen, dass sie unzureichend über Möglichkeiten der Unterstützung informiert werden/sind und eine hohe Aktivität entfalten müssen, um Hilfe zu erhalten. Während zu Beginn v.a. Hausärzt*innen zentrale Ansprech-

⁸ Bei den Foren *Netdoktor* (<https://forum.netdoktor.at/forum/sucht>) und *Hoffnungsschimmer* (www.hoffnungsschimmerforum.de) ist Abhängigkeit (Sucht) eines von vielen Themen. Im Forum *ADFD* hingegen geht es ausschließlich um Psychopharmaka (<https://adfd.org/> Unabhängige Information und Austausch über Nebenwirkungen und Absetzsymptome von Psychopharmaka).

personen sind, werden im weiteren Verlauf neutrale Informationsquellen und Anlaufstellen bedeutsamer, um sich zu Medikamenten, deren Wirkungsweisen, Nebenwirkungen und evtl. Wechselwirkungen bei Polymedikation beraten zu lassen. Es zeigt sich außerdem, dass es Schwierigkeiten beim Verstehen des Beipackzettels gibt und auch hier Unterstützung benötigt wird. Betroffene wünschen spezifische Angebote und kompetente Ansprechpersonen im Rahmen der Suchthilfe und Suchtselbsthilfe. Speziell für einen gelingenden Übergang von stationärer Entzugsbehandlung zu ambulanter Weiterbehandlung halten die Befragten Informationen zu ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten für notwendig. Diese Informationen sollten bereits in der Klinik gegeben werden, damit die Rückkehr in den Alltag vorbereitet werden kann.

8. Diskussion

Ziel des Projekts war, Erkenntnisse zur Situation medikamentenabhängiger schwangerer Frauen, Mütter und ihrer Kinder zu generieren sowie Konzepte für deren verbesserte Versorgung zu entwickeln und zu erproben. Bereits sehr früh nach Projektstart zeigte sich, wie wenige Kenntnisse im System über die Zielgruppen vorhanden sind, was zum einen überraschend war und zum anderen methodische Modifizierungen erforderlich machte. Bei der qualitativen Befragung, die in der zweiten Projektphase durchgeführt wurde, stellte v.a. die Gewinnung von Interviewpartnerinnen eine zentrale Herausforderung dar. Auch hier war zunächst überraschend, wie wenig erfolgreich sich die Zugänge über Suchtkliniken und die Selbsthilfe erwiesen. Außerdem konnten keine aktuell medikamentenabhängigen Frauen gewonnen werden. Dies verdeutlicht einmal mehr, wie tabuisiert das Thema ist. Die Teilnahme an einem Interview schien auch eher hochschwellig zu sein, was sich daraus schließen lässt, dass die Teilnahmebereitschaft erhöht wurde, wenn eine Vertrauensperson, wie beispielsweise die Berater*in, das Vorhaben kommunizierte. Bedeutsam war außerdem für viele Interviewtenehmerinnen, dass ihre Anonymität garantiert wurde und seitens der Interviewerin bzw. der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW keine Verbindung zur Pharmaindustrie besteht. 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. Dies bezog sich dann zum einen auf den biomedizinischen Umgang mit Erkrankungen und Beschwerden, die Verschreibungspraxis und mangelnde Aufklärung und Information. Dies und die Tatsache, dass ein knappes Drittel der Befragten über Internetforen gewonnen werden konnte, lässt vermuten, dass mit dem Sample ein Ausschnitt von eher kritischen Frauen repräsentiert wird. Frauen, die positive Erfahrungen gemacht haben und sich medikamentös gut behandelt fühlen, waren nicht im Sample vertreten. Da das Sample jedoch sehr heterogen war hinsichtlich Alter, Bildungsstatus, Erwerbsstatus und ökonomischer Situation, kann davon ausgegangen werden, dass ein breites Spektrum von möglichen Lebenslagen und Erfahrungen abgebildet werden konnte.

Die Projektergebnisse verdeutlichen, dass es spezifische Aspekte der Medikamentenabhängigkeit gibt, die ihre Thematisierung erschweren: gesellschaftliche Akzeptanz, unauffälliger Konsum, unzureichende Sensibilität für Risiko der Medikamentenabhängigkeit sowohl bei verschreibenden Ärzt*innen als auch bei den Patientinnen. Besonders schwierig ist, dass, anders als bei anderen Substanzen, in der Regel eine Erkrankung oder Störung zugrunde liegt, die zur ärztlichen Verschreibung führt. Subjektiv legitimiert die Verschreibung 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. Das daraus resultierende Verhalten der Patientinnen, das ärztlicherseits als mangelnde Compliance eingeordnet wird, ist aus Patientinnensicht rückführbar auf die mangelnde Qualität der Ärzt*in-Patientin-Kommunikation. Auf Patientinnenseite kann die unzureichende Berücksichtigung ihrer Perspektiven und Präferenzen zu Unzufriedenheit und zu Konflikten mit Behandler*innen führen. Die Befunde sind anschlussfähig für das Konzept der Medication Literacy. Diese wird definiert als das Ausmaß, in dem Individuen patient*innenspezifische Informationen ihre Medikation betreffend erlangen, verstehen,

kommunizieren und verarbeiten können, um informierte Entscheidungen bezogen auf ihre Medikation und Gesundheit treffen zu können. Ziel ist es, ihre Medikation sicher und wirksam anwenden zu können - unabhängig davon, in welcher Form der Inhalt vermittelt wird (z.B. schriftlich, verbal oder visuell) (Haslbeck, 2016). Medication Literacy stellt gleichsam einen Brückenschlag zwischen Health Literacy und dem Umgang mit Medikamenten dar und wählt hierzu die Patient*innenperspektive. Sie beinhaltet die Fähigkeit, sich Zugang zu Arzneimittelinformationen zu verschaffen, diese zu verstehen und dann medikamentenbezogene informierte Entscheidungen zu treffen. Voraussetzungen für die Förderung von Medication Literacy sind verständliche Gesundheitsinformationen und patient*innen-zentrierte Unterstützung durch Gesundheitsprofessionen, die als Lots*innen im Versorgungssystem zur Koordination beitragen sollen. 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. Gründe hierfür sind aus Nutzerinnenperspektive in der nicht ausreichend spezifischen Ansprache von Menschen mit medikamentenbezogenen Problemen, der Hochschwelligkeit der Angebote, der Angst vor Stigmatisierung, der nicht ausreichend kommunizierten Kompetenz diese Problematik betreffend sowie der Unkenntnis von Unterstützungsangeboten zu suchen (s. Tabelle 2). Sollte die Suchthilfe diesen Personenkreis erreichen wollen, so sind diese hinderlichen Faktoren abzubauen. Voraussetzung ist jedoch, entsprechende Kompetenzen zum Thema Medikamentenabhängigkeit aufzubauen. Bei der konsequenten Berücksichtigung von Geschlechteraspekten bei Abhängigkeitserkrankungen und deren Behandlung zeigt sich die Suchthilfe insgesamt eher zurückhaltend. Auch hier müssten Bewusstsein und Kompetenzen gebildet werden. Angesichts der knappen Ressourcen in der Suchthilfe ist dies nicht ohne externe Impulse und Unterstützung möglich.

Tabelle 2: Hinderliche und förderliche Faktoren bei Zugang zum Hilfesystem

Hinderliche Faktoren	Förderliche Faktoren
Keine spezifische Ansprache	Spezifische Ansprache
Hochschwelligkeit von Angeboten	Niedrigschwelligkeit von Angeboten
Angst vor Stigmatisierung	Qualifikation und Kompetenz von Berater*innen
Mangelnde Orientierung im Hilfesystem	Empfehlung durch Vertrauensperson
	Unabhängigkeit und Neutralität
	Wahrung der Anonymität
	Geschützte Frauenräume

Zur Frage, wie medikamentenabhängige Menschen erreicht werden können, lässt sich festhalten, dass sich dem Hilfesystem zahlreiche Kontaktmöglichkeiten bieten. Medikamentenabhängige können an vielen verschiedenen Stellen im Versorgungssystem auftauchen. Das Problem scheint vielmehr zu sein,

dass bei den Gesundheitsprofessionen und in den sozialen Berufen keine ausreichende Sensibilität für das Thema besteht und Medikamentenkonsum nicht systematisch erfragt wird. Auch mögliche Auffälligkeiten werden seitens der Gesundheitsprofessionen nicht mit einer möglichen Abhängigkeit in Verbindung gebracht. Mit einer veränderten Aufmerksamkeit und Haltung ließen sich Medikamentenabhängige vermutlich sehr viel besser erreichen.

Zum Schluss sei noch angemerkt, dass keine Aussagen darüber getroffen werden können, wie sich die Situation für Männer, die Medikamente einnehmen, darstellt und ob bzw. inwieweit die vorliegenden Ergebnisse auf diese übertragen werden können. Dies stellt eine separate Fragestellung dar. Wenn es sich um systembedingte strukturelle Mängel handelt, sind Männer hiervon jedoch ebenso betroffen wie Frauen.

9. Handlungsempfehlungen

In die Handlungsempfehlungen fließen die Ergebnisse des Fachgesprächs am 3. Juli 2018 und der Tagung der Landeskoordinierungsstelle „Medikamentenabhängigkeit bei Frauen“ vom 21. März 2019 ein. Der Diskussion und Konkretisierung dienten insbesondere die fünf Thementische: (1) Prävention der Medikamentenabhängigkeit, (2) Medikamentenabhängigkeit enttabuisieren, (3) Zugang zu und Erreichbarkeit von medikamentenabhängigen Frauen verbessern, (4) Gesundheitsprofessionen für Gender sensibilisieren und (5) Handlungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene.

Die Befunde verweisen auf Handlungsbedarf in verschiedenen Handlungsfeldern. Als relevant können die Handlungsfelder: Prävention, Behandlung und Versorgung sowie Suchtselbsthilfe identifiziert werden. Basierend auf den Ergebnissen werden im Folgenden für jedes Handlungsfeld Ziele, Zielgruppen, Maßnahmen sowie relevante Akteur*innen beschrieben. Außerdem werden mögliche Maßnahmen skizziert.

Deutlich wird, dass die Bearbeitung des Themas Medikamentenabhängigkeit verschiedener Ansätze bedarf, die in eine Gesamtstrategie eingebettet werden müssen. Dabei sollten die verschiedenen Handlungsebenen (Bund, Land, Region, Kommune) sowie die verschiedenen Professionen und Sektoren der medizinischen und psychosozialen Versorgung sowie des Suchthilfesystems angesprochen werden. In NRW können vom Gesundheitsministerium, von der Landesgesundheitskonferenz und vom Fachbeirat Sucht wichtige Impulse für die (kommunale) Bearbeitung des Themas ausgehen. Auf kommunaler Ebene bietet sich an, bereits vorhandene Strukturen zu nutzen; in erster Linie sind dies die kommunalen Gesundheitskonferenzen.

9.1. Handlungsfeld Prävention

Interventionen der Prävention zielen darauf, die Risiken der Medikamentenabhängigkeit zu minimieren und Betroffene möglichst früh zu identifizieren⁹. Zur Anwendung kommen sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Ansätze. Adressiert werden sollten daher Ärzteschaft und hier v.a. Allgemeinmediziner*innen sowie weitere relevante Gesundheitsprofessionen.

Frauen mit einem Kinderwunsch sollten schon vor der Schwangerschaft über die Risiken der Medikamenteneinnahme für sich und das ungeborene Kind aufgeklärt werden und zu einem reflektierten Umgang mit Medikamenten, insbesondere während der Schwangerschaft, angeleitet werden. Insbesondere das kritische Bewusstsein von Ärzt*innen für die Verschreibung von Medikamenten an Frauen während der Schwangerschaft muss weiter gestärkt werden. Darüber hinaus sollten Ärzt*innen sensibilisiert werden, Medikamente und insbesondere Medikamente mit Abhängigkeitspotential, die Frauen während der Schwangerschaft einnehmen, zu erfragen, auch wenn sie diese nicht selbst verordnet haben.

⁹ Das häufig in der Suchtprävention zur Anwendung kommende triadische Spezifitätsmodell differenziert nach Zielgruppen und unterscheidet zwischen universeller Prävention, deren Interventionen sich auf die Gesamtbevölkerung richten, selektiver Prävention, die spezifische Zielgruppen adressiert und indizierter Prävention, die spezifische Hochrisikopersonen erreichen will, um schadensminimierend und rückfallpräventiv zu wirken.

Für Patient*innen und auch ihre Angehörigen ist die Förderung der Medication Literacy von besonderer Bedeutung, denn diese unterstützt den kompetenten Umgang mit Medikamenten und ermöglicht Betroffenen, informierte Entscheidungen bezogen auf ihre Medikation zu treffen.

Eine besondere Rolle kommt den Allgemeinmediziner*innen zu. Die Ergebnisse zeigen, dass diese häufig ein besonders Vertrauen seitens der Patient*innen genießen. Dieses Potenzial sollte für die Identifizierung und Weiterleitung von Medikamentenabhängigen ins Hilfesystem stärker genutzt werden.

Handlungsfeld Prävention			
Ziele	Zielgruppen	Maßnahmen	Akteur*innen/ Kooperationspartner*innen
Medikamenten-abhängigkeit enttabuisieren (universelle Prävention)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesamtbevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ öffentlichkeitswirksame Aufklärungskampagne ▪ Informationsabende an Volkshochschulen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BZgA¹⁰ ▪ DHS¹¹ ▪ Gesetzliche und private Krankenkassen ▪ MAGS NRW¹² ▪ VHS
Medikamenten-abhängigkeit verhindern (selektive Prävention)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzteschaft (v.a. Allgemeinmediziner*innen) ▪ Patient*innen ▪ Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veränderte Verschreibungspraxis ▪ Sensibilisierung von Gesundheitsprofessionen und Patient*innen für das Risiko der Medikamentenabhängigkeit ▪ Information von Patient*innen über das Abhängigkeitspotenzial insb. von BZD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztekammern ▪ IQWiG¹³
Medikamenten-abhängige früh erkennen und behandeln (indizierte Prävention)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsprofessionen (Ärzt*innen, Gynäkolog*innen, Hebammen, Psychotherapeut*innen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screeninginstrumente entwickeln und einsetzen ▪ Gesundheitsprofessionen sensibilisieren und fortbilden ▪ Potenziale der Ärzt*in-Patientin-Beziehung in der hausärztlichen Versorgung nutzen ▪ Konzept für ambulante Entzüge entwickeln und umsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berufsverbände ▪ Ärztekammern ▪ Hausärzterverband
Verordnung von Benzodiazepinen senken (indizierte Prävention)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzteschaft ▪ Patient*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung für Risiko der BZD-Abhängigkeit ▪ Förderung ambulanter Entzugskonzepte ▪ Verständliche Gesundheitsinformationen für Patient*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztekammern ▪ IQWiG ▪ DHS

¹⁰ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

¹¹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

¹² Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

¹³ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Förderung der Medication Literacy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient*innen ▪ Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neutrale, laienverständliche, evidenzbasierte, patient*innen-zentrierte Gesundheitsinformationen zu Medikamenten ▪ Aufklärung über Qualitätskriterien von Gesundheitsinformationen insb. Internetinformationen ▪ Verständliche Beipackzettel ▪ Online-Beratung ▪ Beratung durch Apotheker*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BMG¹⁴ ▪ IQWiG
<p><i>Mögliche Maßnahme:</i></p> <p>Entwicklung und Durchführung eines Fortbildungskonzepts für verschiedene relevante Berufsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Konzeptentwicklung ○ Durchführung von Fortbildungen ○ Evaluation <p><u>Akteur*innen: Berufsverbände und -vertretungen (Ärzttekammern WL und NR, Apothekerkammer NRW, Hebammenverband NRW, Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, Psychotherapeutenkammer NRW), Hochschulen)</u></p>			

9.2. Handlungsfeld Behandlung und Versorgung

In der Behandlung und Versorgung sind verschiedene Zielsetzungen zu verfolgen. In der medizinischen Versorgung gilt es, die Ärzt*in-Patient*in-Interaktion gemäß des Konzepts der Partizipativen Entscheidungsfindung (engl. Shared Decision Making - SDM) zu gestalten. Es bedeutet, dass Patient*in und Ärzt*in unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft kommen. Auf diese Weise wird Transparenz über Diagnose und Therapie hergestellt, der*die Patient*in erhält notwendige Informationen, um Entscheidungen treffen zu können und er*sie hat die Möglichkeit, die eigenen Präferenzen und Perspektiven einzubringen. In der Verordnungspraxis ist vor allem die Anzahl der Verordnungen von Benzodiazepinen zu senken und die aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials empfohlene maximale Einnahmedauer von vier bis sechs Wochen einzuhalten. Von Politik und Standesorganisationen auf Bundes- und Landesebene können wichtige Impulse für die Weiterverarbeitung des Themas ausgehen. So kann Politik unterstützen, dass das Thema Medikamentenabhängigkeit auf die politischen Agenden in Bund, Ländern und Kommunen gelangt. Relevante bundes- und landesweit agierende Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen können in ihren eigenen Strukturen wirken und das Thema auf den verschiedenen Ebenen bewegen. Es bietet sich weiter an, bereits bestehende Strukturen zu nutzen, die im besten Fall bereits interdisziplinär und intersektoral besetzt sind. Besondere Bedeutung kommt den Kommunen zu, denn Gesundheit „entsteht“ dort, wo Menschen leben und arbeiten. Für die Planung und Umsetzung konkreter Interventionen auf kommunaler Ebene stellen die Kommunalen Gesundheitskonferenzen¹⁵ (KGK) in NRW einen ausgezeichneten Anknüpfungspunkt dar. Hier kann im

¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit

¹⁵ Im Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) ist die Einrichtung einer kommunalen Gesundheitskonferenz für alle Kreise und kreisfreie Städte in Nordrhein-Westfalen verpflichtend festgeschrieben. Sie beraten Fragen der gesundheit-

Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung die Relevanz des Themas nachvollzogen werden¹⁶, um auf dieser Grundlage passgenaue Analysen vorzunehmen und zielführende Handlungsempfehlungen und Interventionen zu entwickeln und umzusetzen. Entsprechende Impulse könnten von der Landesgesundheitskonferenz (LGK) des Landes NRW, die jährlich eine Entschließung zu einem Themenschwerpunkt verfasst, ausgehen. Mit dem Landeszentrum für Gesundheit NRW (LZG.NRW) steht außerdem eine Institution zur Verfügung, deren Aufgabe u.a. die fachliche Begleitung und Unterstützung der KGKen ist.

Handlungsfeld Behandlung und Versorgung			
Ziele	Zielgruppen	Maßnahmen	Akteur*innen/ Kooperationspartner*innen
Transparenz über Diagnose und Therapie herstellen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzteschaft (v.a. Allgemeinmediziner*innen) ▪ Patient*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsatz von Behandlungs- und Medikationsplänen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztekammern ▪ Hausärzterverband
Gesundheitskompetenz und Medication Literacy fördern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsprofessionen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laienverständliche, barrierefreie, evidenzbasierte Informationen über (Neben-)Wirkungen von Medikamenten bereitstellen ▪ Partizipative Entscheidungsfindung umsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQWiG ▪ Ärztekammern
Medikamentenabhängigen den Weg ins Hilfesystem bahnen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Apotheker*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hinweise auf Beratungsstellen und Unterstützungsangebote ▪ Flyer mit kommunalen Einrichtungen ▪ Nutzung bereits vorhandener kommunaler Strukturen ▪ Ggf. Bestandsaufnahme und Aufbau von Kooperationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunale Strukturen: KGK, PSAG¹⁷, Psychiatriekoordination
Kommunale Strukturen der interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit nutzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ LGK ▪ KGKen ▪ Einrichtungen der medizinischen und psychosozialen Versorgung sowie der Suchthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thema in LGK platzieren, Aufforderung an KGKen ▪ Vorhandene kommunale Strukturen nutzen (PSAG, KGK, Psychiatriekoordination) ▪ KGKen: Gründung von AKs; an bereits vorhandene Themen „andocken“ (z.B. psychische Gesundheit, Alter und Gesundheit, Arzneimitteltherapiesicherheit, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MAGS; LZG.RW ▪ Kommunale Strukturen wie KGK, PSAG, Psychiatriekoordination

lichen Versorgung auf kommunaler Ebene, sprechen Empfehlungen aus, vereinbaren Lösungsvorschläge und setzen diese im Rahmen von Selbstverpflichtung um. Beteiligt werden alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens. Weitere Informationen unter www.lzg.nrw.de.

¹⁶ Vgl. Stadt Münster, Gesundheitsamt (1999). Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Mißbrauch? Gesundheitsberichte Band 9. Münster

¹⁷ Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

- Entwicklung von Materialien für die kommunale Bearbeitung des Themas

Mögliche Maßnahmen:

- **Entwicklung und Durchführung eines Interventionsprojekts zur besseren Erreichbarkeit medikamentenabhängiger Frauen durch die ambulante Suchthilfe:**
 - Konzeptentwicklung für die zielgruppenspezifische Ansprache, Unterstützung und Beratung medikamentenabhängiger Frauen
 - Umsetzung mit und in kooperierenden Einrichtungen der Suchthilfe
 - Entwicklung und Erprobung von psychosozialen Zugangswegen außerhalb der Suchthilfe (z.B. Frauenberatungsstellen, pro familia, Mütterzentren)
 - Evaluation

Akteur*innen: Psychosoziale Beratungs- und Hilfeinrichtungen, Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe, LZG.NRW

- **Entwicklung eines Materialienkoffers für die kommunale Bearbeitung des Themas**
 - Zusammenstellung der Materialien
 - Modellhafte Erprobung des Einsatzes in Düsseldorf und Essen
 - Evaluation

Akteur*innen: LZG.NRW, Suchthilfe, KGK Essen

- **Befragung von niedergelassenen Ärzt*innen:**
(Häufigkeit der Benzodiazepinverschreibung, Prävalenz von Medikamentenabhängigen in der Praxis nach Geschlecht, Umgang mit (vermuteter) Abhängigkeit, Unterstützungs- bzw. Fortbildungsbedarf)

Akteur*innen: Ärztekammern, Hausärzteverband

- **Förderung ambulanter Benzodiazepinentzüge:**
 - Entwicklung einer Informationsbroschüre über BZD und ihr Abhängigkeitspotenzial für Patient*innen
 - Dissemination an Patient*innen über Allgemeinmediziner*innen
 - Fortbildungen für Allgemeinmediziner*innen zu ambulanten BZD-Entzügen
 - wissenschaftliche Begleitung / Evaluation

Akteur*innen: Ärztekammern, niedergelassene Allgemeinmediziner*innen, IQWiG

9.3. Handlungsfeld Suchthilfe

Da medikamentenabhängige Menschen nicht nur Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem haben, sind auch andere Versorgungssektoren wie beispielsweise psychosoziale Beratungsstellen aufgefordert, ihre Kontaktmöglichkeiten zu Medikamentenabhängigen zu nutzen und diesen einen Weg ins Suchthilfesystem zu bahnen. Die Suchthilfe selbst hält bisher keine spezifischen Angebote für Medikamentenabhängige vor. Auch hier wären Überlegungen anzustellen, wie medikamentenabhängige Menschen angesichts knapper Ressourcen und mangelnder Kompetenz bezogen auf Medikamentenabhängigkeit sowie Geschlecht besser erreicht werden können.

Handlungsfeld Suchthilfe			
Ziele	Zielgruppen	Maßnahmen	Akteur*innen/ Kooperationspartner*innen
Andere psychosoziale Beratungsstellen bieten Zugänge zum Suchthilfesystem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familienberatungsstellen, pro familia, Frauenberatungsstellen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzepte für die Identifizierung und Ansprache von Medikamentenabhängigen entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landesverbände der Familienberatungsstellen, pro familia, Frauenberatungsstellen
Die Suchthilfe hält geeignete Angebote für Medikamentenabhängige vor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spezifische Ansprache von Medikamentenabhängigen ▪ Entwicklung von Angeboten ▪ Aufbau von Kompetenzen bezogen auf Medikamentenabhängigkeit und Genderaspekte von Substanzabhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landesstelle Sucht

9.4. Handlungsfeld Suchtselbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe wird von medikamentenabhängigen Menschen bisher nur vereinzelt genutzt; gleichzeitig besteht Bedarf nach Austausch mit Betroffenen.

Handlungsfeld Suchtselbsthilfe			
Ziele	Zielgruppen	Maßnahmen	Akteur*innen/ Kooperationspartner*innen
Medikamentenabhängige Menschen erreichen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikamentenabhängige 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikamentenabhängigkeit aus der Koppelung mit Alkoholabhängigkeit lösen ▪ Spezifische, eigenständige Angebote/SHG für Medikamentenabhängige 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suchtselbsthilfe ▪ KOSKON NRW ▪ Kommunale / regionale Selbsthilfekontaktstellen

10. Ausblick

Die Ergebnisse verweisen nicht nur auf breiten Handlungsbedarf, sondern sie verdeutlichen auch, dass die Bearbeitung der Problematik verschiedener Strategien auf unterschiedlichen Interventionsebenen bedarf. Das bedeutet weiter, dass es gemeinsamer, abgestimmter Anstrengungen der verschiedenen Akteur*innen bedarf, um Fortschritte zu erzielen.

Gute Anschlussmöglichkeiten für die Verarbeitung der Projektergebnisse bieten außerdem der *Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz*¹⁸ der Bundesregierung sowie die Beschlüsse der 91. *Gesundheitsministerkonferenz der Länder* des Jahres 2018 unter TOP 4.1: „Patientenorientierung als Element einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik“¹⁹. Beide verfolgen u.a. die folgenden Ziele:

- Förderung von
 - patient*innenorientierter Versorgung und Shared Decision Making,
 - Vernetzung verschiedener Berufsgruppen und Versorgungssektoren,
 - Wissenstransfer sowie
- Stärkung der Gesundheitskompetenz und insb. Medication Literacy von medikamenten-abhängigen Frauen.

Hiermit wäre gleichsam ein politisches Dach gegeben, unter dem sich Initiativen entfalten könnten. Dass gemeinsame Überlegungen und Aktivitäten notwendig sind, zeigen nicht nur die vorliegenden Ergebnisse. Auch die seit Jahren steigenden Raten von psychischen Erkrankungen verweisen darauf, dass Medikamentenabhängigkeit in Zukunft mehr Menschen betreffen wird und daher mehr Beachtung benötigt.

¹⁸ <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/>

¹⁹ <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=698&jahr=2018>

Literatur

- Askaa, B., Jimenez-Solem, E., Enghusen Poulsen, H. & Traerup Andersen, J. (2014). Maternal Characteristics of Women Exposed to Hypnotic Benzodiazepine Receptor Agonist during Pregnancy. *Obstetrics and gynecology international*, 2014, 945621.
- Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher und medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) (2006). Medikamentenabhängigkeit. (Sedativa-Hypnotika, Analgetika, Psychostimulantien). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/009 Entwicklungsstufe 2.
- Bateman, B. T., Hernandez-Diaz, S., Rathmell, J. P., Seeger, J. D., Doherty, M., Fischer, M. A. & Huybrechts, K. F. (2014). Patterns of opioid utilization in pregnancy in a large cohort of commercial insurance beneficiaries in the United States. *Anesthesiology*, 120 (5), 1216-1224.
- Brunett, R. (2003). Frauen und psychotrope Medikamente. Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit. Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA (Hrsg.): Essen.
- Bundesärztekammer (2007): Medikamente - schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Daw, J. R., Mintzes, B., Law, Hanley, G. E. & Morgan, S. G. (2012). Prescription drug use in pregnancy: A retrospective, population-based study in British Columbia, Canada (2001-2006). *Clinical therapeutics*, 34 (1), 239-249.e2.
- Desai, R. J., Hernandez-Diaz, S., Bateman, B. T. & Huybrechts, K. F. (2014). Increase in prescription opioid use during pregnancy among Medicaid-enrolled women. *Obstetrics and gynecology*, 123(5), 997–1002.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (o.J.): Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte. DHS: Hamm.
- Driessen, M., Beblo, T., Mertens, M., Piefke, M., Rullkoetter, N., Silva Saveedra, S., Reddemann, L., Rau, H., Markowitsch, H.J., Wulff, H., Lange, W. & Woermann, F.G. (2004). Different fMRI activation patterns of traumatic memory in borderline personality disorder and without additional posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 15, 603-611.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2016). Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2016. Berlin.
- Egen-Lappe, V. & Hasford, J. (2004). Drug prescription in pregnancy: analysis of a large statutory sickness fund population. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 60 (9), 659-666.
- El Marroun, H., White, T., Verhulst, F. C. & Tiemeier, H. (2014). Maternal use of antidepressant or anxiolytic medication during pregnancy and childhood neurodevelopmental outcomes: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(10), 973-992.
- Enato, E., Moretti, M. & Koren, G. (2011). The fetal safety of benzodiazepines: an updated meta-analysis. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada* JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC, 33 (1), 46-48.
- Epstein, R. A., Bobo, W. V., Martin, P. R., Morrow, J. A., Wang, W., Chandrasekhar, R. & Cooper, W. O. (2013). Increasing pregnancy-related use of prescribed opioid analgesics. *Annals of epidemiology*, 23 (8), 498-503.
- Fodor, A., Tímár, J., & Zelena, D. (2014). Behavioral effects of perinatal opioid exposure. *Life Sciences*, 104 (1-2), 1-8.
- Glaeske, G. (2013). Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe: Vol. 5. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Glaeske, G. (2018): Medikamente 2016 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hg.): Jahrbuch Sucht 2018. Lengerich: Pabst, S. 85-104.
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *SUCHT*, 62 (5), 271-281.
- Gopalan, P., Glance, J. B. & Azzam, P. N. (2014). Managing benzodiazepine withdrawal during pregnancy: case-based guidelines. *Archives of Women's Mental Health*, 17 (2), 167-170.
- Handal, M., Engeland, A., Rønning, M., Skurtveit, S. & Furu, K. (2011). Use of prescribed opioid analgesics and co-medication with benzodiazepines in women before, during, and after pregnancy: a population-based cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67 (9), 953-960.

- Hanley, G. E. & Mintzes, B. (2014). Patterns of psychotropic medicine use in pregnancy in the United States from 2006 to 2011 among women with private insurance. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 242.
- Haslbeck, J. (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.
- Holzbach, R., Martens, M., Kalke, J. & Raschke, P. (2010). Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. *Bundesgesundheitsblatt*, 53 (4), 319-325
- Kashuba, A. D. & Nafziger, A. N. (1998): Physiological changes during the menstrual cycle and their effects on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs. *Clinical Pharmacokinetics*, 34 (3), S. 203–218.
- Kelly, L., Dooley, J., Cromarty, H., Minty, B., Morgan, A., Madden, S. & Hopman, W. (2011). Narcotic-exposed neonates in a First Nations population in northwestern Ontario: incidence and implications. *Canadian Family Physician – Médecin de Famille Canadien*, 57 (11), 441-447.
- Kelly, L. E., Poon, S., Madadi, P. & Koren, G. (2012). Neonatal Benzodiazepines Exposure during Breastfeeding. *The Journal of Pediatrics*, 161 (3), 448-451.
- Kieviet, N., Dolman, K. M. & Honig, A. (2013). The use of psychotropic medication during pregnancy: how about the newborn? *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1257.
- Knopf, H., Prütz, F. & Yong, D. (2017): Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2017 (4), S. 109-116.
- Kocherlakota, P. (2014). Neonatal Abstinence Syndrome. *PEDIATRICS*, 134 (2), e547.
- Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Thase, M. E., Yonkers, K. A., McCullough, J. P., Keitner, G. I., Gelenberg, A. J., Davis, S. M., Harrison, W. M. & Keller, M. B. (2000): Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (9), S. 1445–1452.
- Kornstein, S. G., Toups, M., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Thase, M. E., Luther, J., Warden, D., Fava, M. & Trivedi, M. H. (2013): Do menopausal status and use of hormone therapy affect antidepressant treatment response? Findings from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) study. *Journal of Women's Health*, 22 (2), S. 121–131.
- Kuckartz, U. (2010). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Log, T., Skurtveit, S., Selmer, R., Tverdal, A., Furu, K. & Hartz, I. (2013). The association between prescribed opioid use for mothers and children: a record-linkage study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69 (1), 111-118.
- Martényi, F., Dossenbach, M., Mraz, K. & Metcalfe, S. (2001). Gender differences in the efficacy of fluoxetine and maprotiline in depressed patients: a double-blind trial of antidepressants with serotonergic or norepinephrinergic reuptake inhibition profile. *European Neuropsychopharmacology*, 11 (3), S. 227–232.
- Martin, C. E., Longinaker, N. & Terplan, M. (2014). Recent trends in treatment admissions for prescription opioid abuse during pregnancy. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Palanisamy, A. & Bailey, C. R. (2014). Codeine in mothers and children: Where are we now? *Anaesthesia*, 69 (7), 655-660.
- Psychotherapeutenkammer NRW & Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (2017): Basiswissen Sucht. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis.
- Raitasalo, K., Holmila, M., Autti-Rämö, I., Martikainen, J. E., Sorvala, V.-M. & Mäkelä, P. (2014). Benzodiazepine use among mothers of small children: a register-based cohort study. *Addiction*, n/a.
- Riska, B. S., Skurtveit, S., Furu, K., Engeland, A. & Handal, M. (2014). Dispensing of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs to pregnant women: A population-based cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70 (11), 1367-1374.
- Schnell, H. W. & Heinritz, C. (2006). Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen für die Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Bern. Verlag Hans Huber.
- Sheehy, O., Zhao, J.-P. & Bérard, A. (2019). Association Between Incident Exposure to Benzodiazepines in Early Pregnancy and Risk of Spontaneous Abortion. *JAMA psychiatry*. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0963.
- Smith, M. V., Costello, D. & Yonkers, K. A. (2014). Clinical Correlates of Prescription Opioid Analgesic Use in Pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*.

- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H. & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt*, 76, 72-77.
- U.S. Food and Drug Administration (FDA) (2013a). FDA drug safety communication: Risk of next-morning impairment after use of insomnia drugs; FDA requires lower recommended doses for certain drugs containing zolpidem (Ambien, Ambien CR, Edluar, and Zolpimist) (<https://www.fda.gov/media/84992/download>)
- U.S. Food and Drug Administration (FDA) (2013b). FDA drug safety communication: FDA approves new label changes and dosing for zolpidem products and a recommendation to avoid driving the day after using Ambien CR (<https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-approves-new-label-changes-and-dosing-zolpidem-products-and>)
- Wikner, B. N. & Källén, B. (2011). Are Hypnotic Benzodiazepine Receptor Agonists Teratogenic in Humans? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31 (3), 356-359.
- Wikner, B. N., Stiller, C.-O., Bergman, U., Asker, C. & Källén, B. (2007). Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16 (11), 1203-1210.
- Wikner, B. N., Stiller, C.-O., Källén, B. & Asker, C. (2007). Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: maternal characteristics. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16 (9), 988-994.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* (1), 2000 (22).
- Wong, S., Ordean, A. & Kahan, M. (2011). Substance use in pregnancy. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, 33 (4), 367-384.

Anhang

1. Informationsblatt
2. Interviewleitfaden
3. Poster
4. Dokumentation der Fachtagung am 21. März 2019

Gabriele Klärs
Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel.: 0201 - 85 199 436
www.belladonna-essen.de



Frauen, die Medikamente einnehmen, gesucht!

Worum geht es?

Regelmäßiger Medikamentenkonsum kann viele Fragen aufwerfen und mit dem Wunsch nach Unterstützung verbunden sein. Die Anliegen und Sorgen von Frauen, die regelmäßig ärztlich verschriebene oder selbst erworbene Arzneimittel einnehmen, werden bisher nur unzureichend beachtet. Um mehr darüber zu erfahren, welche Art von Unterstützung benötigt wird, suchen wir Frauen, die Medikamente einnehmen oder eingenommen haben, für Einzelinterviews. Uns interessieren Ihre Erfahrungen, was hilfreich bzw. hinderlich ist und welche Art von Unterstützung Sie sich wünschen bzw. zu einem früheren Zeitpunkt gewünscht hätten.

Die Teilnahme ist freiwillig. Aus einer Nichtteilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile.

Wie läuft das Interview ab?

Ich stelle verschiedene offene Fragen zu ein paar Themenbereichen, bei denen ich Sie bitten werde, einfach all das zu erzählen, was für Sie wichtig ist. Dabei gibt es kein „richtig“ und kein „falsch“. Sie werden genug Zeit für Ihre Ausführungen haben.

Das Gespräch wird etwa 1 Stunde in Anspruch nehmen.

Was passiert mit meinen Daten?

Damit ich nicht alles mitschreiben muss, sondern dem Gespräch besser folgen kann, möchte ich das Gespräch für die spätere Auswertung gern auf Band aufnehmen und es anschließend abschreiben. Die Aufnahme und das abgeschriebene Gespräch werden streng vertraulich und anonym behandelt. Das heißt: alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf Sie erlauben, werden gelöscht oder anonymisiert. Zu Beginn des Gesprächs werde ich Ihnen dies in einer Vertrauensschutzklärung schriftlich versichern. Darüber hinaus werden alle Daten auch nur dann anonymisiert ausgewertet, wenn Sie nach dem Gespräch Ihr Einverständnis dazu geben.

Bin ich die Richtige für ein Interview?

Ja. Wenn Sie die Bereitschaft und Offenheit haben, über Ihre Erfahrungen zu berichten, sind Sie eine interessante Gesprächspartnerin für mich. Termin und Ort vereinbaren wir individuell.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich zu einem Gespräch bereit erklären würden.

Als Dankeschön, dass Sie sich die Zeit für ein Interview nehmen, zahlen wir nach erfolgtem Interview eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30,- €.

Auch wenn Sie sich zunächst noch weiter informieren möchten, bevor Sie sich entscheiden, melden Sie sich bitte gern bei mir. Ich rufe Sie auch gern sofort zurück.

Kontakt:

Gabriele Klärs
Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Tel. 0201 – 85199436 oder mobil: 0177 963 79 09.
g.klaers@belladonna-essen.de

Interviewleitfaden

	Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen
Themenblock 1: Medikamentenkonsum	<ul style="list-style-type: none"> • Wie kam es zum Medikamentenkonsum? • Wie würden Sie Ihren Konsum beschreiben? • Welchen Verlauf hatte der Konsum? • Was waren Wendepunkte in Ihrem Konsum? • Wie schätzen Sie Ihren Konsum ein? • Wobei helfen Ihnen Medikamente? • Welche Situationen sind besonders schwierig? • Was ist schwierig am Konsum? • Was ist Ihre größte Sorge / Angst? • Ein Leben ohne Medikamente... 	<ul style="list-style-type: none"> Subjektive Sichtweisen auf Konsum Konsumgewohnheiten Funktion des Konsums Konsumintensität Lebenslagen und Konsum/Nichtkonsum Reflektion des Konsums Reflektion ärztlichen Verschreibungsverhaltens 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie hat der Konsum begonnen? • Wie hat sich der Konsum entwickelt? • Was war in konsumintensiven Phasen in Ihrem Leben los? • Was war in konsumschwachen Phasen in Ihrem Leben los? • Wie ist Ihnen der Ausstieg / die Reduktion gelungen? • Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass Ihr Medikamentenkonsum außer Kontrolle geraten ist? • Haben Sie die ärztliche Verordnung mal in Frage gestellt? • Machen Sie sich Sorgen um Ihren Konsum?
	<ul style="list-style-type: none"> • Was verstehen Sie unter Abhängigkeit? • Würden Sie sagen, dass Sie von Medikamenten abhängig sind? Woran machen Sie das fest? 	<ul style="list-style-type: none"> Subjektive Theorien der Abhängigkeit Eigene Verortung 	

Themenblock 2: Medikamentenkonsum während der Schwangerschaft	Wie sind Sie mit Ihrem Konsum umgegangen, als Sie von der Schwangerschaft erfahren haben? Welche Fragen sind bei Ihnen entstanden? Wie und wo haben Sie Antworten erhalten? Was ist/war Ihre größte Sorge / Angst?	Problembewusstsein Hilfesuch- und Informationsverhalten	Glauben Sie, dass der Konsum Ihrem Kind schadet / geschadet hat? Sind Sie, als Sie schwanger wurden, nach Ihrem Konsum gefragt worden?
Themenblock 4: Mutterschaft	Glauben Sie, dass Ihre Kinder von Ihrem Konsum wissen? Welche Auswirkungen hat Ihr Konsum auf Ihre Kinder? Was ist Ihre größte Sorge / Angst?		Glauben Sie, dass Ihr Konsum Ihrem Kind/Ihren Kindern schadet? Reagieren Ihre Töchter anders als Ihre Söhne? Welche Strategien wählen Sie, um den Konsum vor Ihren Kindern zu verheimlichen?
Themenblock 3: Soziales Umfeld	Wer weiß von Ihrem Medikamentenkonsum? Wie reagiert Ihr soziales Umfeld? Gibt es eine vertraute Person, mit der Sie über Ihren Konsum reden können? Wer oder was hilft Ihnen? Wer oder was unterstützt Sie?	Umgang mit dem Medikamenten- konsum im sozialen Umfeld Grad der Tabuisierung	
Themenblock 4: Erfahrungen mit dem Hilfesystem	Welche Unterstützungsangebote haben Sie genutzt? Wer oder was hat Ihnen geholfen? Wer oder was war wenig hilfreich?	Erfahrungen mit Hilfesystemen Kontaktmöglichkeiten seitens des Hilfesystems Förderliche und hinderliche Faktoren	Welche Anlaufstellen kennen Sie? Sind Sie im Versorgungssystem nach Medikamentenkonsum gefragt worden? Wie haben Sie reagiert?

		der Inanspruchnahme des Hilfesystems	<p>Wären Sie gern gefragt worden?</p> <p>Haben Sie Ihren Konsum schon einmal verheimlicht?</p> <p>Würden Sie in eine Suchtberatungsstelle für Frauen gehen?</p>
Themenblock 5: Wünsche an Unterstützung	<p>Wann und von wem hätten Sie sich Unterstützung gewünscht?</p> <p>Wie müssten Angebote sein, damit Sie sie in Anspruch nehmen?</p>	<p>Bedürfnisse hinsichtlich Unterstützung</p> <p>Kontaktmöglichkeiten seitens des Hilfesystems</p>	
Offene Ausstiegsfrage	Jetzt haben wir ja schon viel besprochen. Gibt es etwas, das bisher noch nicht zur Sprache gekommen ist, was Ihnen aber wichtig ist?		
Am Ende	<p>Wie ging es Ihnen während des Interviews?</p> <p>Wie war das Interview für Sie?</p> <p>Was hat Sie bewogen, an dem Interview teilzunehmen?</p>		



Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen

Gabriele Klärs

„Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt.“ Eine qualitative Befragung medikamentenabhängiger Frauen

Hintergrund

Von problematischem bis abhängigem Medikamentenkonsum sind schätzungsweise 1,3 [1] bis 2,6 [2] Mio. Menschen in Deutschland betroffen. Der Frauenanteil wird mit 60-70% beziffert. Bei den Frauen steht damit die Medikamentenabhängigkeit vor der Alkoholabhängigkeit an zweiter Stelle der Abhängigkeitserkrankungen. Dieser hohen Prävalenz stehen geringe stationäre und ambulante Behandlungsprävalenzen gegenüber [3]. Über problematischen Medikamentenkonsum in der Schwangerschaft und die Situation von Müttern liegen kaum Erkenntnisse vor. Ziel des vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Projekts „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“ ist u.a., die Leerstelle im Hilfesystem mit Handlungsempfehlungen für die bedürfnisgerechte Versorgung medikamentenabhängiger Frauen zu füllen (Laufzeit: 2014 bis 2019).

Ziele und Methodik der qualitativen Befragung

- Teilprojekt (2017-2019): qualitative Befragung von medikamentenabhängigen Frauen
- Ziele:
 - Erkenntnisse zu Erfahrungen und Unterstützungsbedarf aus der Perspektive der Betroffenen,
 - Ableitung von hinderlichen und förderlichen Faktoren für den Zugang zum Hilfesystem,
 - Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Praxis.
- Die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen erfolgte mittels Multiplikator*innen der ambulanten und stationären Suchthilfe, Suchtselbsthilfe, frauenspezifischen Beratung sowie der gynäkologischen/geburtshilflichen Versorgung.
- Auswertung mit Qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz [4].



Beschreibung des Samples

- 19 Interviews; Interviewpartnerinnen im Alter von 23 bis 65 Jahren
- Niedrigstes Einstiegsalter: 14 Jahre, höchstes Einstiegsalter: 45 Jahre
- Konsumierte Substanzen: Benzodiazepine, Analgetika, Antipsychotika, Antidepressiva, illegale Drogen, Alkohol (einzeln oder in Kombination)

Ausgewählte Ergebnisse

- **Gesellschaftliche Akzeptanz** des Medikamentenkonsums und Stigmatisierung von Abhängigkeit erschweren die Entwicklung eines Problembewusstseins und die Inanspruchnahme von Hilfe.
- **Unzureichende Sensibilität** für Risiko der Medikamentenabhängigkeit bei Konsumentinnen sowie Professionellen im Gesundheitsbereich.
- **Verschreibungspraxis**
 - legitimiert subjektiv den Konsum insb. bei Benzodiazepinen und Analgetika,
 - trägt zur Medikalisierung psycho-sozialer Probleme bei.
- **Defizite hinsichtlich Aufklärung und Information** der Patientinnen über Wirkungsweisen, Langzeitfolgen und Absetzmöglichkeiten der Medikamente
- **Patientinnen fühlen sich zu wenig wahrgenommen und wünschen sich mehr Beteiligung am Behandlungsprozess** (i.S.d. Shared Decision Making).
- **Suchthilfe stellt keine Anlaufstelle für Betroffene dar** (Zweifel an Fachkompetenz der Berater*innen, Angst vor Stigmatisierung).
- **Brüche in der Versorgung** insb. im Übergang zwischen ambulant und stationär.
- **Betroffene müssen hohe Aktivität entfalten**, um Hilfe zu erhalten.

Schlussfolgerungen und Handlungsbedarf

Abhängigkeit entstigmatisieren

- Alltagsbilder von „Sucht“ und „Süchtigen“ verändern
- **Betroffene identifizieren**
- Berufsgruppen in der gesundheitlichen Versorgung sensibilisieren und fortbilden
- Potenziale der Ärzt*in-Patientin-Beziehung in hausärztlicher Versorgung nutzen
- Screeninginstrumente für Medikamentenkonsum einsetzen

„Medication Literacy“ fördern

- Laienverständlich über Diagnose, Therapie und (Neben-)Wirkungen von Medikamenten aufklären
- **Niedrigschwellige Angebote innerhalb und außerhalb der Suchthilfe implementieren**
- Frauenspezifische Angebote in der Suchthilfe etablieren
- Kompetenzen bezogen auf Gender und Medikamentenabhängigkeit aufbauen

Literatur

- [1] Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2016). Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2016. Berlin; Gomez de Matos, E., Atendorf, J., Kraus, L. & Plonkai, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. SUCHT, 62 (5), 271-281.
- [2] Gomez de Matos, E., Atendorf, J., Kraus, L. & Plonkai, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. SUCHT, 62 (5), 271-281.
- [3] Soyka, M., Quert, S., Köfner, H. & Riemer, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Nervenarzt, 76, 72-77.
- [4] Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Kontakt

Gabriele Klärs, M.Sc. Public Health
Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel. 0201-89 153 436
g.klaers@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de

Posterpräsentation auf dem Kongress „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“,
2./3. Mai 2019 in Bielefeld



Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Dr. Gabriele Klärs

„Ich bin da nach Bauchgefühl gegangen.“ Gesundheitskompetenz medikamentenkonsumentender Frauen

Hintergrund

Chronisch Erkrankte sind gefordert, Fähigkeiten der Krankheitsbewältigung und des Selbstmanagements zu entwickeln [1]. Insbesondere der Umgang mit der langfristigen Einnahme von Medikamenten kann mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden sein [2]. In allen Altersgruppen nehmen Frauen häufiger Medikamente ein als Männer [3; 4]. Gründe hierfür sind in einem im Vergleich zu Männern anderen Krankheitsspektrum, im geschlechtsbezogenen Diagnose- und Verschreibungsverhalten, frauentypischen Belastungen und nicht zuletzt Geschlechterzuschreibungen zu suchen. Das vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen geförderte Projekt „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“ hat zum Ziel, Handlungsempfehlungen für die bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung medikamentenabhängiger Frauen zu entwickeln.

Ziele und Methodik der qualitativen Befragung

- Teilprojekt (Erhebungszeitraum 2017-2018): qualitative Befragung von medikamentenkonsumentierenden Frauen
- Ziele:
 - Erkenntnisse zu Erfahrungen und Unterstützungsbedarfen aus der Perspektive der Betroffenen,
 - Ableitung von hinderlichen und förderlichen Faktoren für den Zugang zum Hilfesystem,
 - Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Praxis.
- Die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen erfolgte mittels Multiplikator*innen der ambulanten und stationären Suchthilfe, Suchtselbsthilfe, psychosozialer Beratung sowie der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung.
- Auswertung mit Qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz [5].



Beschreibung des Samples

- 19 Interviews; Interviewpartnerinnen im Alter von 23 bis 65 Jahren
- Niedrigstes Alter bei Beginn des Medikamentenkonssums: 14 Jahre, höchstes Einstiegsalter: 45 Jahre
- Konsumierte Substanzen: Benzodiazepine, Analgetika, Antipsychotika, Antidepressiva, illegale Drogen, Alkohol (einzeln oder in Kombination)

Ergebnisse

- Beipackzettel von Medikamenten werden häufig nicht gelesen bzw. verstanden.
- Die Befragten kritisieren unzureichende Beteiligung am Behandlungsprozess; sie vermissen Behandlungs- und Medikationspläne.
- Sie beklagen Informationsdefizite hinsichtlich Diagnose und Therapie, (Neben-)Wirkungen, Langzeitfolgen und Absetzmöglichkeiten der verordneten Medikamente sowie mangelnde Aufklärung über mögliche Alternativen.
- Zunächst ist das Vertrauen v.a. in den*die Hausärzt*in hoch; negative Erfahrungen im Verlauf der Behandlung führen dazu, dass andere Informationsquellen gesucht werden (Internet, Foren). Dies hat mehrere Konsequenzen: (1) Es werden andere Ärzt*innen aufgesucht, (2) die zum Teil widersprüchlichen Informationen führen zu Verunsicherung, (3) es kommt zu eigenständigen Reduktions- und Ausstiegsversuchen und (4) Medikamente werden nach „Bauchgefühl“ eingenommen.
- Die Qualität von Gesundheits- und insb. Internetinformationen kann meist nicht eingeschätzt werden.

Diskussion und Handlungsbedarf

Die Ergebnisse machen auf Defizite im Bereich Information und Aufklärung sowie das Fehlen partizipativer Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess aufmerksam. Die Auswirkungen auf das Verhalten der Patientinnen, die ärztlicherseits als mangelnde Compliance eingeordnet werden, sind aus Patientinnensicht rückführbar auf die mangelnde Qualität der Ärzt*in-Patientin-Kommunikation. Auf Patientinnenseite kann die unzureichende Berücksichtigung ihrer Perspektiven und Präferenzen zu Unzufriedenheit und zu Konflikten mit Behandler*innen führen. Die Befunde verweisen weiter auf die Notwendigkeit der Förderung der Medication Literacy.

Verbesserung der Ärzt*in-Patientin-Kommunikation

- Laienverständliche Aufklärung über Diagnose, Therapie und (Neben-) Wirkungen von Medikamenten
- Partizipative Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess

Medikamentenbezogene Informationen

- Neutrale Informationsmöglichkeiten zu Medikamenten

- Verständliche Beipackzettel
- Transparenz über die Qualität von Gesundheits- und insb. Internetinformationen
- Unterstützung bei der Suche und Einordnung von Gesundheits- und insb. Internetinformationen.

Wie sich die Situation für Männer, die Medikamente einnehmen, darstellt und ob bzw. inwieweit die vorliegenden Ergebnisse auf diese übertragbar sind, stellt eine separate Fragestellung dar. Wenn es sich um strukturelle Mängel handelt, sind Männer hiervon jedoch ebenso betroffen wie Frauen.

Literatur

- [1] Schaeffer, D. (2017). Chronische Krankheit und Health Literacy. In: D. Schaeffer & J.M. Peillon (Hrsg.), Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven (S. 23-70). Bonn: Hogrefe.
- [2] Haselbeck, J. (2017). Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronische Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten. In D. Schaeffer & J.M. Peillon (Hrsg.), Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven (S. 259-276). Bonn: Hogrefe.
- [3] Knopf, H., Prütz, F. & Du, Y. (2017). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2 (4): 109-116.
- [4] Gomes de Matos, F., Atzendorf, J., Kraus, L. & Florbaki, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice 62 (5), S. 271-281.
- [5] Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Kontakt

Dr. PH Gabriele Klärs
Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel. 0201-69 153 436
g.klaers@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel.: 0201 – 24 84 17-1/-2, info@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de



Tagung

„Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ - Medikamentenabhängigkeit bei Frauen

21. März 2019

Von problematischem bis abhängigem Medikamentenkonsum sind Schätzungen zufolge 1,1 bis 2,6 Mio. Menschen in Deutschland betroffen. Der Frauenanteil wird mit 60 bis 70% beziffert. Damit rangiert die Medikamentenabhängigkeit bei den Frauen noch vor der Alkoholabhängigkeit an zweiter Stelle der Abhängigkeitserkrankungen. Dieser hohen Prävalenz steht eine geringe sowohl stationäre als auch ambulante Behandlungsprävalenz gegenüber. Über die Hintergründe sowie Unterstützungsbedürfnisse und -bedarfe betroffener Frauen ist nur wenig bekannt. Noch weniger Erkenntnisse liegen zur Situation von konsumierenden Schwangeren und Frauen, die mit Kindern zusammenleben, vor.

Wo liegen die Knackpunkte beim Thema Medikamentenabhängigkeit? Wie kann Medikamentenabhängigkeit vermieden werden? Wie können medikamentenabhängige Frauen erreicht und unterstützt werden? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt der Tagung.

Das Grußwort hält Frau Dr.in Sandra Dybowski vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Für die Vorträge am Vormittag konnten Herr Prof. Dr. Gerd Glaeske und Frau Prof.in Dr.in Petra Thürmann gewonnen werden. Gabriele Klärs wird die Ergebnisse des landesgeförderten Projekts „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“ präsentieren.

Am Nachmittag steht die Arbeit an spezifischen Themen im Fokus. Ziel ist es, einen lebendigen Gedanken- und Ideenaustausch zu ermöglichen und konkrete Handlungsansätze zu entwickeln.

Herzlich eingeladen sind Fachfrauen/-männer aus den verschiedenen Sektoren der generischen und frauenbezogenen Suchthilfe (ambulant, stationär, akut, rehabilitativ), aus der Selbsthilfe, der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung, der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung, Wissenschaft und Forschung sowie Akteure*innen aus der Selbstverwaltung.

Veranstaltungsort: GHOTEL hotel & living, Hachestr. 63, 45127 Essen



Programm

ab 9:30	Ankommen, Begrüßungskaffee
10:00	Begrüßung Dr.in Gabriele Klärs LANDESKOORDINIERUNGSSTELLE FRAUEN UND SUCHT NRW, BELLA DONNA Grußwort Dr.in Sandra Dybowski REFERATSLEITUNG AIDS, SUCHT UND DROGEN IM MAGS NRW
10:15	Pillen für Schwache oder schwach durch Pillen? Prof. Dr.Gerd Glaeske
10:50	Kurze Diskussion
11:00	Geschlechteraspekte in der Pharmakotherapie Prof.in Dr.in Petra Thürmann
11:35	Kurze Diskussion
11:45	Ergebnisse des Projekts „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“ Dr. in Gabriele Klärs
12:15	Kurze Diskussion
12:20	Ausblick auf den Nachmittag und Vorstellung der Arbeit an den Thementischen
12:30	Mittagspause
13:20	Moderierte Thementische <ol style="list-style-type: none">1. Prävention der Medikamentenabhängigkeit (Input: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Moderation: Armin Koeppel)2. Medikamentenabhängigkeit enttabuisieren (Input: Dr. Peter Raiser, Moderation: Dr.in Anne Pauly)3. Zugang zu und Erreichbarkeit von medikamentenabhängigen Frauen verbessern (Input: Martina Tödte, Moderation: Gerda Schmieder)4. Gesundheitsprofessionen für Gender sensibilisieren Input: N.N., Moderation: Dr.in Gabriele Klärs)5. Handlungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene (Input: Dr. Udo Puteanus, Moderation: N.N.)
14:30	Kurze Pause
14:40	„Markt“ / Rundgang
15:15	Zusammenfassung und Verabschiedung
15:30	Ende der Veranstaltung



Referent*innen:

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik an der Universität Bremen; Professur für Arzneimittelanwendungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen; Leiter der Forschungseinheit „Arzneimittelberatung und Arzneimittelinformation“

Dr.in Gabriele Klärs

Gesundheitswissenschaftlerin, Dipl. Sozialarbeiterin; Arbeitsschwerpunkte: Genderaspekte von Gesundheitsförderung und Prävention, Frauengesundheit, qualitative Sozialforschung; seit 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht BELLA DONNA, Projektleitung „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“

Prof.in Dr.in Petra Thürmann

Fachärztin für Klinische Pharmakologie, Ärztliche Direktorin des Philipp Klee-Instituts für Klinische Pharmakologie am HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal; Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission seit 2006, seit 2011 Mitglied des Sachverständigenrats des Bundesgesundheitsministeriums zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; Arbeitsschwerpunkt u.a. Genderaspekte in der Pharmakotherapie

Außerdem Input an den Thementischen:

Dr. Udo Puteanus

Pharmazeut; Fachkoordinator Sozialpharmazie am Landeszentrum für Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Dr. Peter Raiser

Referat „Grundsatzfragen“ / stellv. Geschäftsführung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Martina Tödte

Dipl. Sozialpädagogin; Geschäftsführerin des Vereins zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V.

Moderation der Thementische:

Armin Koepe

Diplom-Sozialwirt; Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW bei g!nko Stiftung für Prävention

Dr.in Anne Pauly

Dipl. Sozialpädagogin; Geschäftsstelle Landesstelle Sucht NRW

Gerda Schmieder

Dipl. Sozialpädagogin; Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland

Gesamtmoderation: Dorothea Herrmann

Dipl. Psychologin (Wirtschaftspsychologie), Wirtschaftsinformatikerin (M.Sc.), Coach – Supervisorin (DGSv), Expertin für Neue Lerntechnologien, Geschäftsführende Gesellschafterin synexa consult, Standort Essen

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Projektleitung: Dr.in Gabriele Klärs
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel.: 0201 - 85 199 436
g.klaers@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de



Tagung der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW,
BELLA DONNA, am 21. März 2019

„Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ - Medikamentenabhängigkeit bei Frauen

- Tagungsbericht -

Die Tagung diente der Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse des vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Projekts: *Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder* (Laufzeit: Mai 2014 bis Juni 2019). 50 interessierte Fachleute aus den verschiedenen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung und der Suchthilfe waren nach Essen gekommen, um am Vormittag Vorträge zu hören und am Nachmittag miteinander an Thementischen Überlegungen zum Transfer der Befunde in konkretes Handeln anzustellen.

Zunächst begrüßten Frau Dr.in Gabriele Klärs von der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, und Frau Dr.in Sandra Dybowski vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW die Anwesenden und führten in das Thema der Tagung ein.

Der anschließende Vortrag von Herrn Prof. Gerd Glaeske von der Universität Bremen vermittelte die relevanten Daten. So sind von problematischem bis abhängigem Medikamentenkonsum Schätzungen zufolge 1,3 bis 2,6 Mio. Menschen in Deutschland betroffen. Damit steht die Medikamentenabhängigkeit noch vor der Alkoholabhängigkeit an zweiter Stelle der Abhängigkeitserkrankungen. Der Frauenanteil wird mit 60-70% beziffert. Die Prävalenzen variieren stark nach Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischem Status zuungunsten von Frauen, Alten und Armen. Dieser hohen Prävalenz steht eine geringe sowohl stationäre als auch ambulante Behandlungsprävalenz gegenüber. Zum problematischen Medikamentenkonsum in der Schwangerschaft liegen so gut wie keine Erkenntnisse vor; ebenso wenig über die Situation der konsumierenden Frauen, die mit Kindern zusammenleben. Prof. Glaeske stellte Verordnungsdaten der meistverkauften Beruhigungs- und Schlafmittel vor, von denen ca. 1,5 Mio. Menschen abhängig sind. Dies betrifft v.a. ältere Menschen und in allen Altersgruppen vermehrt Frauen. Die Hälfte dieser Verordnungen erfolgt durch Allgemeinärzt*innen. Als Ursachen benannte Prof. Glaeske unzureichende Sensibilität für das Risiko der Abhängigkeit sowohl bei verschreibenden Ärzt*innen als auch bei Patient*innen. Für die Überrepräsentanz der Frauen führte er deren höhere Betroffenheit von Gründen für die Verschreibung von Benzodiazepinen wie z.B. Schlafstörungen und Ängste sowie frauenspezifische Belastungen und von Geschlechterzuschreibungen geleitetes ärztliches Diagnose- und Verschreibungsverhalten an.

Frau Prof.in Petra Thürmann vom Helios Universitätsklinikum Wuppertal sprach über Geschlechteraspekte in der Pharmakokinetik. Demnach werden Arzneimittel von Frauen- und Männerkörpern unterschiedlich verarbeitet. Gründe hierfür sind biologische Unterschiede bezogen auf Gewicht, Größe und Körperzusammensetzung sowie hormonelle Einflüsse auf Ausscheidungsprozesse. Es existiert jedoch keine systematische Forschung hierzu. Einzelne Studien weisen darauf hin, dass die

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Projektleitung: Dr.in Gabriele Klärs
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel.: 0201 - 85 199 436
g.klaers@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de



Verstoffwechslung von Antidepressiva eng verbunden mit dem Hormonstatus ist und Östrogene die serotonergen Effekte von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) modulieren können. Auch bei häufig verordneten Schlafmitteln wie Zolpidem zeigt sich, dass der weibliche Organismus diesen Wirkstoff langsamer abbaut als der männliche. Dieser Befund führte in den USA zu angepassten geschlechtsspezifischen Dosierungsempfehlungen. Außerdem leiden Frauen stärker und häufiger unter Nebenwirkungen von Arzneimitteln als Männer. Relevante Unterschiede in der Pharmakologie zwischen Frauen und Männern finden bisher weder in der Arzneimittelforschung noch in der Verschreibungspraxis ausreichend Berücksichtigung.

Die Projektergebnisse stellte Frau Dr.in Gabriele Klärs von der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, vor. Ziel des Projekts war, vorhandenes Wissen aufzubereiten und zu systematisieren, die Vernetzung der verschiedenen Akteur*innen des Hilfesystems zu fördern und die weitgehende Leerstelle im Versorgungs- und Hilfesystem mit Handlungsempfehlungen und Konzepten für die bedürfnisgerechte Versorgung medikamentenabhängiger Frauen zu füllen. In der ersten Projektphase (2014-2017) wurden der wissenschaftliche Erkenntnis- und Forschungsstand aufgearbeitet und 72 Expert*innen im Themenfeld Sucht, Suchtselbsthilfe, psychosoziale Beratung sowie gesundheitliche und geburtshilfliche Versorgung befragt. Es konnte festgestellt werden, dass über die Zielgruppen wenig bekannt ist, betroffene Frauen als „stille“ Abhängige schlecht oder gar nicht erreicht werden, es keine spezifischen Angebote für sie gibt, die Konsumierenden sich selbst nicht als abhängig definieren und auch vom Hilfesystem nicht als solche identifiziert werden. Für die zweite Projektphase (2017-2019) wurde daher zur Perspektive der Betroffenen gewechselt. Mit Hilfe qualitativer Interviews sollten Erkenntnisse zu Lebenssituationen, abhängigkeitsbezogenen Biografien, Erfahrungen mit Hilfesystemen sowie zu Unterstützungsbedürfnissen gewonnen werden. Es zeigte sich, dass sowohl bei Gesundheitsprofessionen als auch bei Patient*innen eine unzureichende Sensibilität für das Risiko der Medikamentenabhängigkeit vorhanden ist. Gesellschaftliche Akzeptanz der Medikamenteneinnahme und die ärztliche Verschreibung legitimieren subjektiv den Konsum. Die befragten Frauen stellen Defizite in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation fest. Insbesondere kritisieren sie mangelnde Aufklärung und Information über Diagnose, Therapie und (Neben-)wirkungen von Medikamenten. Ihnen fehlen Behandlungs- und Medikationspläne, die Transparenz über die Therapie herstellen könnten. Die Befragten wünschen sich außerdem Hinweise auf Alternativen zu Medikamenten und die stärkere Berücksichtigung ihrer Präferenzen. Folgen dieser Defizite sind häufige Arzt/Ärztinnenwechsel, eigenständige Reduktions- und Ausstiegsversuche sowie mangelnde Orientierung und Informiertheit über Unterstützungsmöglichkeiten. Angebote der Suchthilfe werden als eher hochschwellig eingeordnet. Die Befragten fühlen sich als Medikamentenabhängige nicht angesprochen und äußern Zweifel an der Kompetenz und Qualifikation der Mitarbeiter*innen.

Aus den Befunden kann Handlungsbedarf abgeleitet werden: Medikamentenabhängigkeit ist zu enttabuisieren und Betroffene müssen besser identifiziert werden. Patient*innen sind in ihrer Gesundheitskompetenz und insb. ihrer Kompetenz bezogen auf den Umgang mit Medikamenten zu stärken. Weiter werden niedrigschwellige Angebote innerhalb und außerhalb der Suchthilfe benötigt und schlussendlich muss es darum gehen, Medikamentenabhängigkeit zu verhindern.

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Projektleitung: Dr.in Gabriele Klärs
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel.: 0201 - 85 199 436
g.klaers@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de



Welche konkreten Handlungsansätze zielführend sein könnten, wurde am Nachmittag an fünf Thementischen diskutiert. Die Themen reichten von: Prävention der Medikamentenabhängigkeit über verbesserte Erreichbarkeit von medikamentenabhängigen Frauen bis hin zu kommunalen Handlungsmöglichkeiten. Die Teilnehmenden formulierten Knackpunkte und Probleme und sammelten Ideen für Lösungen. Beispielhaft seien die folgenden Vorschläge genannt: laienverständliche und barrierefreie Medikamenteninformationen, Aufklärungskampagne Medikamentenabhängigkeit, Entwicklung und Implementierung niedrigschwelliger Angebote, verstärkte Kooperation der Berufsgruppen im Gesundheitswesen mit der Suchthilfe, Verankerung genderbezogenen Wissens in der ärztlichen Aus- und Fortbildung, Unterstützung kommunaler Aktivitäten sowie Platzierung des Themas in der Landesgesundheitskonferenz und in kommunalen Gesundheitskonferenzen.

Die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, wird die Ergebnisse weiter verarbeiten und Handlungsempfehlungen formulieren.

Die vollständige Dokumentation mit den Vortragsfolien und den Ergebnissen der Thementische sind auf der Homepage der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, zu finden:

<https://www.belladonna-essen.de/herzlich-willkommen/aktuelles/#c723>