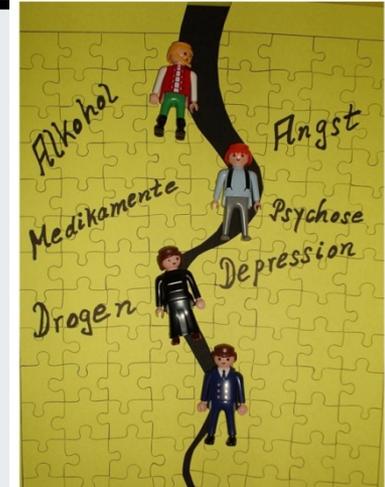


Abteilung Suchtmedizin der LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein





Abteilungsaufbau

2 Standorte (Warstein und Lippstadt)
6 Stationen, 120 Betten, 2 Institutsambulanzen

Drogenbereich:

THC / Amphetamin
Paare
Behandlungserfahrene
Migranten

Legaler Bereich:

Alkohol offen / geschlossen
Basis-Gruppe /
Behandlungserfahrene
akute Korsakow
Medikamentenabhängige
Migranten

Übergreifend:

Sucht + Angst
Sucht + Depression
Sucht + PTBS
(Sucht + Psychose)



Eckdaten der Abteilung:

6 Stationen

2 Alkoholstationen mit max. 56 Betten / Ø belegt 34

3 Drogenstationen mit max. 68 Betten / Ø belegt 52

1 gemischte Station mit max. 24 Betten / Ø belegt 19,5

Rund 3.000 - 3.300 Behandlungsfälle jährlich

Verweildauer (2012): Ø 13,3 Tage



Qualitätsdaten BADO I

Alter	36,6 Jahre
Geschlecht	25,3% ♀, 74,7% ♂
Arbeitssituation	77% arbeitslos, 8,9% voll erwerbsfähig
Betreuung	14,6%
Bisher	5,9 Entzüge, davon 2,4 bei uns
Letzter Entzug vor	9 Monaten
Bei Aufnahme	41,7% intoxikiert, 42,6% unter Substanz



Qualitätsdaten BADO II

Zu uns wegen:

gute Vorerfahrung	47,5%
Nähe zum Wohnort	14,4%
schneller Aufnahmetermin	29,3%
lokale Zuständigkeit bei PsychKG	1,8%
Entscheidung Betreuer/in	2,7%
große Distanz zu Wohnort	3,4%
Empfehlung Arzt/Ärztin	7,4%
Empfehlung Beratungsstelle	12,8%
Empfehlung Bekannte/Verwandte	9,7%
Empfehlung Selbsthilfegruppe	5,6%
Internet	0,5%
Berichterstattung Medien	0,7%
Spezielles Behandlungsangebot	13,3%



Qualitätsdaten BADO III

Geplante Anschlussbehandlung:

unklar / keine	11,7%
Substitution	9,2%
Hausarzt/-ärztin	68,9%
Selbsthilfegruppe	27,0%
Institutsambulanz	5,6%
ambulante Psychotherapie	2,5%
Psychosomatik	0,0%
Anderes	3,8%

Reha

neu beantragt	11,5%
alte Kostenzusage	10,8%
Direktverlegung	
Stationäre Reha	19,8%
teil-stationäre Reha	0,9%
ambulante Reha	0,7%



Qualität durch wissenschaftliche Begleitforschung

- Score-gesteuerter Alkoholentzug mit der HAES
- THC- und Amphetamin-Abhängige – Charakteristika, Verlauf und outcome
- Benzodiazepin-Abhängige – Charakteristika, Verlauf und outcome
- Akzeptanz von Anticraving-Substanzen
- Migranten aus dem russischen Sprachraum – Verbesserung der Haltequote und Anschlussbehandlung (BMG-Projekt)
- Behandlung des akuten Korsakow-Syndroms mit HLT
- KISS-stationär – Akzeptanz, Inanspruchnahme und outcome
- Epidemiologische Projekte zu Jugendlichen und Alkohol sowie zur Medikamentenabhängigkeit (BMG-Projekt)

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

transVer
transkulturelle Versorgung von Suchtkranken



Immer wenn er Pillen nahm.....





Kultserie der 70iger

IMMER WENN ER PILLEN NAHM. Amerikanische Wissenschaftler entwickeln eine Superpille. Doch leider wirkt diese Pille nur bei einem einzigen Menschen - Stanley Beamish (Stephen Strimpell). Die Pille macht Stanley zum kraftstrotzenden Supermann, der - ähnlich wie der gleichnamige Superheld - durch die Lüfte fliegen kann. Ein Handicap hat die Superpille allerdings: sie wirkt nur für kurze Zeit. Danach wird Stanley Beamish wieder zum kleinen schwächlich-unscheinbaren Mitarbeiter in der Werkstatt seines Freundes und Kollegen Hal Walters (Dick Gautier).

Eingeweiht in Stanleys wundersame Eigenschaften sind lediglich die beiden Regierungsbeamten Mr. Reed (John McGiver) und Mr. Trent (Paul Smith).

Heitere Comedy-Reihe um einen verhinderten Superhelden als Persiflage auf den allgegenwärtigen Superman. Eine Serie, die hierzulande eine Art Mini-Kultstatus erlangt hat.



Medikamente verschreibt der Arzt

- Männer 14-mal jährlich
- Frauen 20-mal
- Frauen durchschnittlich 20 Prozent mehr Medikamente verschrieben
- ab 75 holen die Männer auf - und sind im hohen Alter häufiger beim Doktor als Frauen

Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
(2007)



Wenn Männer krank sind

- nehmen 27 Prozent Medikamente
- 20 Prozent nur, wenn der Arzt sie ihnen verschreibt.
- 13 Prozent lehnen die Einnahme von Medikamenten grundsätzlich ab

Die Top 5 der unbeliebtesten Medikamente

- Zäpfchen lehnen 61 Prozent ab
- Spritzen 44 Prozent
- Infusionen 37 Prozent
- Tabletten 10 Prozent
- Husten- oder andere Arznei-Säfte 5 Prozent

Online-Umfrage "*Men's Health*" (Ausgabe 5/2013, 10.04.2013); n= 1315



Männer und Frauen – der kleine Unterschied bei Medikamenten

- bei 101 von 131 untersuchten Stoffwechselprodukten unterscheiden sich die Geschlechter (vor allem Lipide und Aminosäuren)
(Kora Studie, J. Adamski, PLoS Genetics 2011)
- Neue Medikamente häufig nicht / weniger an Frauen untersucht, u.a. wegen der Gefahr der Schwangerschaft
- Frauen je nach Zyklus-Phase und in der Meno-Pause unterschiedlichen Stoffwechsel
- Höherer Fettanteil bei Frauen
- Im Schnitt 15kg leichter
- Verdauungstrakt bei Frauen langsamer



Zolpidem – verzögerte Elimination bei Frauen

Verstoffwechselung über Cytochrom P450

8 Stunden nach Einnahme von 10mg:

15% der Frauen Spiegel > 50ng/ml (Fähigkeit Autofahren herabgesetzt) – aber nur 3% der Männer

In den USA Präparat mit 12,5mg und verzögerter Freisetzung, 8 Stunden nach Einnahme:

33% der Frauen und 25% der Männer Spiegel > 50ng/ml

5% der 500 Studienteilnehmer Spiegel > 100ng/ml



Über welche Medikamente reden wir?

- Viagra
- Anabolika / Sport-Doping generell
- Neuroenhancement
- Schmerzmittel
- Benzodiazepine



Männer und Viagra (Sildenafil)

- 16 Prozent der Männer würden ein Potenzmittel "gern mal ausprobieren,"¹
- Außer Jack Nicholson nahmen es in den ersten 10 Jahren 35 Millionen Männer (1998 – 2008)
- potenziellen Kunden auf 150 Mio weltweit geschätzt
- rund 2% aller 40-jährigen Männer und 7% der 55-jährigen und 25% der 65-jährigen leiden unter Erektionsstörungen²
- Pfizer nahm darüber 1,8 Milliarden Euro ein (Stand 2008)
- Übrigens: mit Viagra gezeugte Babies können bei Geburt nicht stehen!

¹ Online-Umfrage "*Men's Health*" (Ausgabe 5/2013, 10.04.2013); n= 1315

² Praxisleitfaden Allgemeinmedizin



Doping-Stoffe im Sport

Anabolika

Hormone und verwandte Stoffe

Beta-2-Agonisten

Stoffe mit antiöstrogener Wirkung

Diuretika

Stimulanzien

Narkotika

Cannabinoide

Glucocorticoide

Alkohol

Betablocker

Künstliche Verbesserung des Sauerstofftransportes



Grundmuster

Sport als Bewältigungsstrategie bei Belastungen und Überforderung.

Doping wird eingesetzt, wenn die erstrebenswerten Ziele / der Erfolg nicht mit normalen / legalen Mitteln zu erreichen sind und damit der seelische Stabilisator gefährdet ist



Beweggründe für Arzneimittelmissbrauch





Zahlen zum Doping

z.Zt. stehen rund 200 Substanzen auf der Doping-Liste

Von 140.000 bis 150.000 jährlich durch die Welt-Anti-Doping-Agentur untersuchten Proben sind unter 1% positiv

Anonyme Befragung von 448 deutschen Kaderathleten:
26% mindestens 1x

Fitness-Studios: 22% der Männer und 8% der Frauen betreiben einen Arzneimittelmisbrauch (Boos & Wulff 2001)

Je häufiger und je länger im Fitnessstudio, um so wahrscheinlicher ist Doping (Striegel et al. 2006)



Zahlen zum Doping

Bei Body-BUILDER-Wettkämpfen 40% der Urin-Proben positiv (Bundesinstitut für Sportwissenschaften)

Marathonläufer nehmen häufig Schmerzmittel, Asthmamittel, Rheumapflaster, aber sehr selten klassische Dopingmittel

KOLIBRI-Studie (C. Lange et al. 2011)

6.142 durch das RKI schriftlich befragt

Alter 19 – 97 Jahre

Fragen zu Sportausübung, Motive dafür, Medikamenteneinnahme, etc.



KOLIBRI-Studie

3.1 Deskriptive Auswertung zur Verwendung leistungsbeeinflussender Mittel

Tabelle 3.1: Verwendung leistungsbeeinflussender Mittel ohne medizinische Notwendigkeit in den letzten 12 Monaten

	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Gesamt	9,5	8,5 – 10,7	10,0	8,6 – 11,5	9,1	7,7 – 10,8
Frei verkäufliche Mittel (mindestens 2 Mal monatlich in den letzten 12 Monaten verwendet)						
Appetitzügler	0,3	0,2 – 0,7	0,5	0,2 – 1,2	0,2	0,1 – 0,5
Kohlenhydrate	0,6	0,4 – 1,1	0,1	0,0 – 0,3	1,2	0,6 – 2,2
Kreatin	0,5	0,3 – 0,9	0,2	0,1 – 0,6	0,7	0,4 – 1,5
Mittel zur Fettverbrennung	0,7	0,5 – 1,0	0,9	0,6 – 1,3	0,6	0,3 – 1,0
Pflanzliche Mittel zum Muskelaufbau	0,1	0,0 – 0,6	0,1	0,0 – 0,6	0,2	0,1 – 0,5
Proteine	1,8	1,4 – 2,3	1,2	0,9 – 1,7	2,4	1,7 – 3,2
Sättigungsmittel	0,7	0,5 – 1,0	1,1	0,7 – 1,5	0,3	0,2 – 0,7
Taurin	0,5	0,2 – 1,0	0,3	0,1 – 1,0	0,7	0,3 – 1,6
Gesamt	3,7	3,0 – 4,4	3,6	2,8 – 4,6	3,7	2,8 – 4,8



KOLIBRI-Studie

Verschreibungspflichtige Mittel (mindestens 1 Mal in den letzten 12 Monaten verwendet)

Chemisch-synthetische Beruhigungs-/ Schlafmittel	2,5	2,0 – 3,1	3,1	2,4 – 4,0	1,9	1,3 – 2,7
Mittel gegen Demenz	0,0	0,0 – 0,1	0,0	0,0 – 0,1	--	--
Potenzsteigernde Mittel	0,3	0,1 – 0,7	--	--	0,6	0,3 – 1,4
Rezeptpflichtige Schmerzmittel	2,9	2,3 – 3,6	3,0	2,2 – 4,1	2,8	2,1 – 3,9
Gesamt	5,6	4,8 – 6,5	6,2	5,0 – 7,5	5,0	4,0 – 6,3

Dopingmittel (mindestens 1 Mal in den letzten 12 Monaten verwendet)

Anabolika	--	--	--	--	--	--
Betablocker	0,1	0,0 – 0,1	0,1	0,0 – 0,2	0,0	0,0 – 0,1
Chemisch-synthetische Stimulanzien	0,5	0,3 – 1,0	0,5	0,2 – 1,3	0,5	0,2 – 1,1
Erythropoetin (EPO)	--	--	--	--	--	--
Methylphenidat	0,0	0,0 – 0,1	0,0	0,0 – 0,2	--	--
Mittel zur Entwässerung	0,2	0,1 – 0,4	0,3	0,1 – 0,6	0,1	0,0 – 0,3
Modafinil	--	--	--	--	--	--
Wachstumshormone	0,1	0,0 – 0,8	--	--	0,2	0,1 – 1,6
Gesamt	0,9	0,6 – 1,4	0,9	0,5 – 1,6	0,9	0,4 – 1,7

*nur gültige Angaben



Doping im Freizeitbereich:

Befragung an 113 deutschen Fitnessclubs:
13,5 % mindestens 1x ein Doping-Mittel
genommen

Lübecker Untersuchung in 24 Studios:
24% der Männer und 8% der Frauen haben
bisher mindestens 1x Anabolika genommen



Risikogruppen

- „Sozial schwache“ Jugendliche, die sich ein Fitnessstudio nicht leisten können, dadurch geringen oder keinen Trainingserfolg haben
- „Sozial Schwache“, die in Beruf oder Privat keine Erfolgserlebnisse haben
- Fehlendes Selbstbewusstsein
- Sport als einzige Bewältigungsstrategie



Subgruppen

Bodybuilder

Wollen an Wettkämpfen teilnehmen

Konkrete Vorstellungen vom idealen Körper /
Trainingsziel und wie zu erreichen

Sind gut informiert, wie über Ernährung, Training
und Arzneimittel der Körper zu manipulieren ist

Das gesundheitliche Risiko ist bekannt und wird
für die Zielerreichung billigend in Kauf
genommen



Subgruppen

(männliche) trainierende Jugendliche

Außerhalb von Fitnessstudios in sozialen Brennpunkten

Ziel: Kräftiger Körper, um auf der Strasse mithalten zu können

Arzneimittel werden genutzt, um schneller oder überhaupt an das Ziel zu kommen

Wissen um Gefahren ist gering



Subgruppen

Normale männliche Trainierende

Ziel Kondition / Fitness / Kraft

Verwendet eher spezielle Sporternährung,
Nahrungsergänzung, Vitamin- und
Mineralpräparate

Keine bzw. wenig Arzneimittel und wenn am
ehesten Schmerzmittel gegen Folgen falschen
Trainings

Soziale Kontakte wichtig



Subgruppen

Normale weibliche Trainierende

Ziel Kondition, Fett verbrennen, Körper straffen

Eher Kursbereich als Geräteraum

Keine bzw. wenig Arzneimittel und wenn Schmerzmittel gegen Folgen falschen Trainings oder anderen Gründen

Verwenden Nahrungsergänzungsmittel, Mineral- und Vitaminpräparate

Öfters genutzt: L-Carnitin, das Fettverbrennung fördern soll



Neuroenhancement

- brain doping –
- performance enhancement –
- cognitive enhancement -



Definition

Doping im Beruf (Ausbildung) ist (der Versuch der) Leistungssteigerung durch Einnahme körperfremder Substanzen ohne therapeutische Indikation.

(in Anlehnung an WADA-Definition von 2004)

Unterscheidung Lernen / Vigilanz / Ausdauer.



Welche Substanzen?

- Antidepressiva
- Anti-Dementiva
- Narkolepsie-Mittel
- ADHS-Medikamente
- Koffein-Präparate
- Neue Wirkansätze



Risiko-Gruppen

- Studenten
- „Fahrer“
- Nachtarbeiter
- Selbstständige



DAK-Studie (Erhebung 2008)

Online-Befragung von 3.000 Erwerbstätigen

20 – 50 Jahre; ♀ 45%, ♂ 54%

62% Angestellte

24% wurden mind. 1x Arzneimittel zur Leistungssteigerung von Familie, Freunden, Kollegen, Ärzten, Apothekern empfohlen.

5% Medikamente ohne medizinischen Grund genommen, um Leistungsfähiger oder „besser drauf“ zu sein.



DAK-Studie (Erhebung 2008)

1-2% machen dies öfters (ca. 1/2 Mio.)

Unterschied Männer / Frauen:

Männer nutzen eher aufputschende und konzentrationsfördernde Substanzen

Frauen nutzen häufiger beruhigende Mittel gegen Depressionen und Ängste



Männer und Schmerzmittel

- 70 Prozent der Frauen und mehr als 50 Prozent der Männer haben innerhalb eines Jahres Kopfschmerzen
- Norwegische Studie: 0,8% der Mädchen und 0,2% der Jungen Kopfschmerz durch Medikamentenmissbrauch (Neurology 2006;66:198–201)
- Bundes-Gesundheitssurvey 1998: 5,5% der Männer und 10,2% der Frauen nehmen mindestens 1-2x wöchentlich ein Schmerzmittel ein



Männer und Benzodiazepine

- 1/3 alle Benzodiazepine gehen an Männer
- Primäre Einnahmegründe sind bei Frauen häufiger Depressionen und Überforderung; Männer überwiegen nur bei Indikation Muskelkrämpfe und vegetative Störungen (seltene Indikationen)



Das 3 Phasen-Modell der Benzodiazepin- Langzeiteinnahme



Wirkumkehr



Apäthie



Sucht



Phasen des Benzodiazepin- Langzeitkonsums:

Phase 1: Langzeitkonsum ohne Dosissteigerung:

Ausbildung relativer Entzugserscheinungen

(„Wirkumkehr“)

Phase 2: Moderate Dosissteigerung:

Kognitive, affektive und körperliche Veränderungen

(„Apathie-Phase“)

Phase 3: Deutliche Dosissteigerung:

Zunehmende Sedierung, Kontrollverlust

(„Sucht-Phase“)



Phase 1: „Wirkumkehr“

Relative Entzugerscheinungen

Patienten steigern Dosis nicht („Originalstoff-Substitution“)
Gewöhnung führt zur relativen Unterdosierung
Unterdosierung bedeutet Entzugerscheinungen
⇒ „buntes Symptombild“

typische Trias

- Verstärkt Symptome der psychischen Grunderkrankung (nach freiem Intervall)
- Stimmungslabilität
- gestörtes Körpergefühl

akzessorische Symptome

- Schlafstörungen
- Ängste
- gereizte Verstimmungszustände





Phase 2: „Apathie-Phase“ Moderate Dosissteigerung

Patienten steigern Dosis leicht („2-3 Tabletten pro Tag“)
Es treten zusätzlich Langzeitnebenwirkungen auf.

typische Trias

- Gefühlserleben abgeschwächt
- Vergesslichkeit und geistige Leistungsminderung
- gestörtes Körpergefühl / verminderte körperliche Energie

akzessorische Symptome

- Fähigkeit zur Selbstkritik abgeschwächt
- Überforderung in bzw. Vermeidung von neuen / belastenden Situationen
- gereizte Verstimmungszustände
- Konfliktvermeidung
- muskuläre Schwäche, ggf. mit Reflexverlust ⇒ **STURZGEFAHR!**
- Appetitlosigkeit
- Vermeidung des Themas Tabletten / heimliche Einnahme



Apathie



Phase 3: „Sucht-Phase“

Deutliche Dosissteigerung

typische Trias

- zusätzliche Quellen
- Kontrollverlust / Intoxikationszeichen
- Abstumpfung und fehlende Selbstkritik

ICD 10 Kriterien der Abhängigkeit erfüllt:

- Wunsch / Zwang Substanz zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge
- Körperliche Entzugssymptome
- Toleranz / Dosissteigerung
- Erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung und Erholung von der Substanz, Vernachlässigung anderer Interessen
- Fortgesetzter Konsum trotz Folgeschäden

