

Redaktion
 W. Nebelung, Düsseldorf

Arthroskopische Therapie der hinteren Instabilität des Schultergelenkes

Unter den chronischen Instabilitäten des Schultergelenkes ist die posteriore Instabilität mit einer Häufigkeit von etwa 2% aller Fälle sehr selten.

Folgende Strukturen schützen die Schulter vor einer posterioren Instabilität:

- das Glenoid mit dem die Konkavität vergrößernden posterioren Labrum;
- der glenohumerale Bandapparat, insbesondere das posteriore Band des inferioren glenohumeralen Ligaments (PB-IGHL);
- das superiore glenohumerale Ligament (SGHL) und das Rotatorenintervall (RI) verhindern die posteriore Translation in Adduktion;
- die posteriore Rotatorenmanschette (M. infraspinatus und M. teres minor) durch Anspannen der glenohumeralen Bänder.

Pathoätiologie

Die Entstehung einer posterioren Instabilität kann analog zur anterioren Instabilität traumatisch, atraumatisch oder durch repetitive Mikrotraumata bedingt sein. Man muss unterscheiden zwischen der einmaligen Dislokation, den chronischen Dislokationen, chronischen Subluxationen und der schmerzhaften Schulter in einer Position der Innenrotation, Adduktion und Flexion.

Ferner können Konstellationen beobachtet werden, bei denen sich bei Vorliegen einer generalisierten Hyperlaxität durch eine muskuläre Dysbalance schmerzhafte, chronische posteriore Luxationen oder Subluxationen ereignen.

Diese Patienten können am meisten von einer gezielten und kontrollierten Physiotherapie profitieren.

Die traumatische posteriore Luxation wird durch ein Anpralltrauma bei nach vorne gestrecktem, innenrotiertem Arm ausgelöst, wie z. B. bei einem Auffahrunfall mit Abstützen des Arms am Lenkrad oder durch einen entsprechenden Sturz oder Aufprall.

Wenn bei dieser Dislokation eine anteriore Humeruskopfimpression stattfindet, kann es zur chronisch-verhakten posterioren Luxation kommen. Die Humerusimpression, die analog zum Hill-Sachs-Defekt bei der anterioren Luxation durch den Kontakt mit dem Glenoidrand entsteht, wird nach Malgaigne benannt. Sind mehr als 50% des Humeruskopfes betroffen, besteht die Indikation zum endoprothetischen Ersatz des Humeruskopfes. Bei Impressionen zwischen 20–40% des Humeruskopfes kann ein Aufstoßeln des Defekts oder eine Versetzung des Tuberculum minus in den Defekt nach McLaughlin erfolgen.

Ebenfalls analog zur anterioren Luxation entsteht bei der traumatischen posterioren Dislokation eine Ablösung des Labrums (posteriore Bankart-Läsion) und der glenohumeralen Ligamente. Bei entsprechend starker Gewalteinwirkung kann sich der Schädigungsmechanismus nach anterosuperior mit begleitender SLAP-Läsion oder nach anteroinferior fortsetzen. Je nach Einheilung des posterioren Labrum-Ligament-Komplexes entwickelt sich dann eine chronische posteriore Instabilität mit rezidivierenden Luxationen oder Subluxationen, die dann eine weitere

Überkopffaktivität einschränken oder ganz verhindern.

Bei bestehender Laxität kann häufig ein geringes Trauma zur Luxation oder zu Subluxationen führen.

Knöcherner Veränderungen wie eine vermehrte glenoidale Retroversion von mehr als 25° bedürfen einer Korrekturosteotomie.

Diagnostik

Bei der akuten frischen hinteren Luxation wird die Diagnose zum einen durch die Inspektion und Palpation ermöglicht. Auffällig ist zudem die blockierte Außenrotationsfähigkeit des Patienten.

Röntgendiagnostik

Eine konventionelle Röntgenaufnahme im a.-p.-Strahlengang ist nicht ausreichend und aus forensischen Gründen ist eine Darstellung in 3 Ebenen zu fordern.

Bei der True-a.-p.-Aufnahme muss der Zentralstrahl so ausgerichtet werden, dass der vordere und hintere Pfannenrand sich genau überlagern. Hierdurch ist eine freie Einsicht in den Gelenkspalt möglich. Bei gut eingestellter True-a.-p.-Aufnahme ist das Überschneiden der Humeruskopfkonturen und des Glenoids beweisend für eine hintere Luxation. In der Scapulatangentialaufnahme ist die hintere Dislokation durch das freie Glenoid und die dorsale Position des Humeruskopfes erkennbar. Eine transthorakale Aufnahme ist heute obsolet und die dritte Ebene wird entweder mit einer axialen Aufnahme oder, falls dies nicht möglich ist,

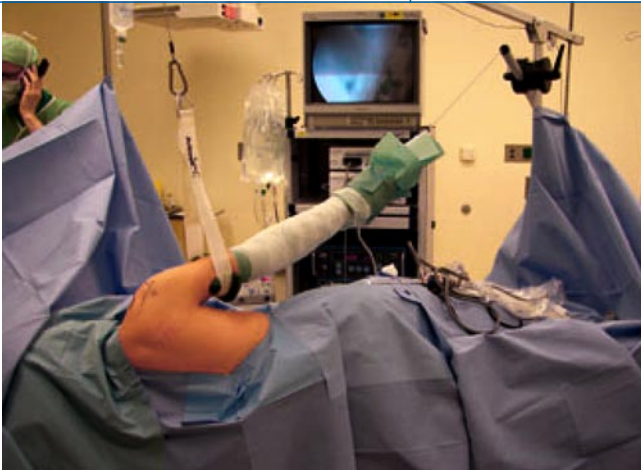


Abb. 1 ◀ Operatives Setup bei Seitlagerung

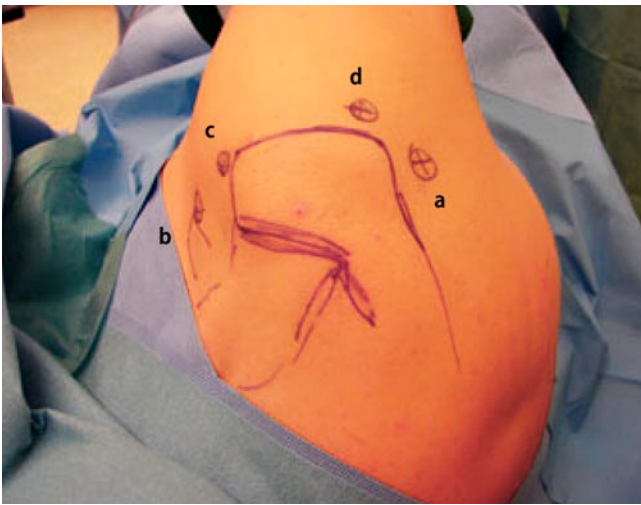


Abb. 2 ◀ Portale: a dorsales Standardportal, b anteroinferior, c anterosuperior, d posterolateral

mit der Velpeau-Aufnahme erreicht. Auch auf dieser Aufnahme kann gut die Position des Humeruskopfes im Verhältnis zur Gelenkpfanne dargestellt werden.

Nach Reposition erfolgt die erneute Kontrolle in mindestens zwei Ebenen. Bei Unklarheiten ist eine Schnittbildgebung wie CT oder MRI notwendig.

Klinische Untersuchung

Im Falle einer chronischen, rezidivierenden Instabilität ist der Jerk-Test durchzuführen, bei dem in Innenrotation und Adduktion über den gebeugten Ellenbogen ein posteriorer Stress auf das Gelenk ausgeübt wird. Der Patient berichtet bei einem positiven Test über Unwohlsein und über eine Beinahedislokation, ähnlich dem anterioren Apprehension-Test. Der Schubladentest und das Sulcuszeichen geben Anhalt für eine mögliche begleitende Hyperlaxität.

Wichtig ist zu erkennen, welche Patienten durch ein pathologisches „muscle patterning“ sich die Schulter luxieren/subluxieren und über entsprechende Beschwerden klagen. Hier ist eine genaue Diagnostik des Bewegungsablaufs notwendig. Insbesondere muss auf die Stabilität und die Führung der Skapula als Träger des Glenoids geachtet werden. Bei falscher Einstellung der Skapula mit dadurch bedingter weiterer Öffnung der glenoidalen Gelenkfläche nach hinten kann eine dorsale Instabilität provoziert werden. Ferner ist auf ein Gleichgewicht der ventralen und dorsalen Muskeln zu achten. Ein Überwiegen der dorsalen Strukturen wie des Mm. latissimus dorsi und teres major und eine Minderaktivierung der ventralen Muskeln wie dem M. pectoralis major können ebenfalls eine dorsale Luxation oder Subluxation bedingen. Hier können EMG-Ableitungen hilfreich sein.

Diagnostik zur Operationsplanung

Zur Operationsplanung sollte ein Arthro-MRT durchgeführt werden, um die Läsion des hinteren Labrum-Ligament-Komplexes (LLC) zu verifizieren. Bestehen Hinweise auf eine knöcherne Beteiligung von Glenoid oder Humeruskopf ist eine CT notwendig, bei Schäden des Glenoids besonders als dreidimensionale Rekonstruktion unter Subtraktion des Humeruskopfes.

Operative arthroskopische Therapie

Bis heute stellt die offene Rekonstruktion des Labrum-Ligament-Komplexes den Gold-Standard in der Therapie der posterioren Instabilität dar. Ähnlich wie in der Behandlung der anterioren Instabilität ist es in den letzten Jahren durch ein besseres Verständnis von Anatomie und Pathomechanik, neue, innovative Instrumente und Verankerungssysteme zu einer Aufwertung der arthroskopischen Technik gekommen.

Die Möglichkeiten und Grenzen der arthroskopischen Therapie der hinteren Schulterinstabilität werden aufgezeigt.

Operationsziel

Rekonstruktion des Labrum-Ligament-Komplexes des posterioren Glenohumeralgelenks zur Wiederherstellung der Konkavität des Glenoids und zur Zentrierung des Humeruskopfes im Glenoid. Hierdurch soll eine weitere Dislokation, weitere Subluxationen oder Schmerzen bei forcierter kombinierter Innenrotation, Adduktion und Flexion verhindert werden. Weiterhin soll damit die Wiederaufnahme schulterbelastender Tätigkeiten und sportlicher Aktivitäten ermöglicht werden.

Vorteile:

- Schonung der posterioren Rotatorenmanschette, die bei offenen Verfahren abgelöst und rekonstruiert werden muss
- Genaue und komplette Inspektion des Schultergelenks möglich
- Therapie begleitender Verletzungen wie SLAP-Läsionen, Rotatorenman-

- schettenläsionen und ventral gelegener Labrum-Band-Läsionen
- Wenig invasive Zugänge

Nachteile:

- Technisch anspruchsvoll
- Setzt gute arthroskopische Fähigkeiten voraus
- Spezielle Instrumente notwendig, damit kostenintensive Operation

Indikationen:

- Posttraumatische hintere Schulterinstabilität mit posteriorem Labrum-Ligament-Schaden
- Posttraumatische hintere Schulterinstabilität mit kleiner knöchernen posterioren Bankart-Läsion
- Posteriore Schulterinstabilität bei Vorliegen einer Hyperlaxität nach erfolgloser gezielter Physiotherapie
- Chronische posteriore Subluxationen

Kontraindikationen:

- Willkürliche posteriore Instabilität
- Posteriore Instabilität mit Glenoidfrakturen
- Posteriore Instabilität aufgrund einer Pfannendysplasie
- Posteriore Instabilität bei pathologischem Muskelpatterning
- Chronisch verhakete posteriore Luxation
- Größere knöcherne Defekte des Humeruskopfes (Malgaigne-Impression mit über 25% Beteiligung der humeralen Gelenkfläche)

Lagerung

Sowohl die Beach-chair- als auch die Seitlagerung sind möglich. Zur besseren Distraction des Gelenkes empfiehlt sich die Seitlagerung (■ **Abb. 1**) mit Schutz des N. peroneus. Der Arm wird in einem speziellen Armhalter durch Traktion nach distal (5 kg) und lateral (3 kg) gezogen. Der Kopf des Patienten muss gut gesichert werden und der OP-Tisch so positioniert werden, dass sich der Operateur gut um den Kopf herumbewegen kann (■ **Abb. 1**).

Anlage der Portale

Dorsales Standardportal (■ **Abb. 2 a**) etwa 2 cm kaudal und medial des posterolateralen Acromioclaviculargelenks. Diagnostische Arthroskopie zur Überprüfung der Indikation und zur Feststellung weiterer Verletzungen. Insbesondere sind Verletzungen des Bizepssehnenankers (SLAP-Läsionen) oder eine Fortsetzung der Labrumablösung nach anterior zu erwarten.

Danach Anlage eines anteroinferioren Portals (■ **Abb. 2 b**) just oberhalb der Subscapularissehne und eines anterosuperioren Portals (■ **Abb. 2 c**) dorsal der langen Bizepssehne. In das anteroinferiore Portal wird eine transparente Arbeitskanüle eingedreht. Das Arthroskop wird in das anterosuperiore Portal gesteckt. Man hat nun eine Übersicht über das Glenoid von kranial, der sog. 12-Uhr-Position. Das dorsale Standardportal liegt meist zu medial und zu tief, um als einziges dorsales Portal ausreichend zu sein. Es muss daher ein zweites dorsales Portal installiert werden. Dieses wird unter Verwendung einer Spinalnadel von posterolateral (■ **Abb. 2 d**) angelegt durch die Sehne des Muskulus supraspinatus. Mit der Spinalnadel muss überprüft werden, ob man den gesamten posterioren Glenoidbereich erreichen kann und einen guten Einfallswinkel von 45° zum Glenoid für das Einbringen der Nahtanker hat. Auch hier wird eine transparente Arbeitskanüle verwendet.

Darstellen und Überprüfen der Pathologie

Bei der Sicht über das anterosuperiore Portal können nun der hintere Pfannrand und das Labrum mit dem Bandapparat evaluiert werden. Mit einem Tasthaken wird das Labrum angehoben und die Dehiszenz überprüft (■ **Abb. 3**).

Mobilisation des Labrum-Ligament-Komplexes

Mit Hilfe eines scharfen Raspatoriums wird der fehlverheilte Labrum-Ligament-Komplex vom Glenoidrand mobilisiert. Das scharfe Instrument dient nur der Schaffung einer Eintrittspforte in den Zwischenraum zwischen Knochen und Weichgewebe. Dann wird mit einem

Zusammenfassung · Abstract

Arthroskopie 2007 · 20:211–216
DOI 10.1007/s00142-007-0406-2
© Springer Medizin Verlag 2007

S. Lichtenberg · P. Habermeyer · P. Magosch Arthroskopische Therapie der hinteren Instabilität des Schultergelenkes

Zusammenfassung

Die hintere Instabilität des Schultergelenkes ist eine seltene Verletzung. Die arthroskopische Therapie der chronisch rezidivierenden hinteren Luxation ist ein etabliertes Operationsverfahren, deren Indikationen und Kontraindikationen beachtet werden müssen, um ein optimales Operationsergebnis zu erzielen.

In diesem Beitrag werden Entstehungsmechanismen, Diagnostik, Therapie und Ergebnisse des arthroskopischen Vorgehens beschrieben.

Schlüsselwörter

Hintere Schulterinstabilität · Arthroskopische Stabilisierung · Arthroskopie · Chronische posteriore Instabilität

Arthroscopic therapy for posterior shoulder instability

Abstract

Posterior instability of the shoulder is a rare entity. Arthroscopic stabilization of posterior instability is a well established technique whose indications and contraindications have to be taken into consideration for a successful surgical outcome.

In this article the pathological mechanisms, diagnostics, therapy and results are described.

Keywords

Posterior shoulder instability · Arthroscopic stabilization · Arthroscopy · Recurrent instability

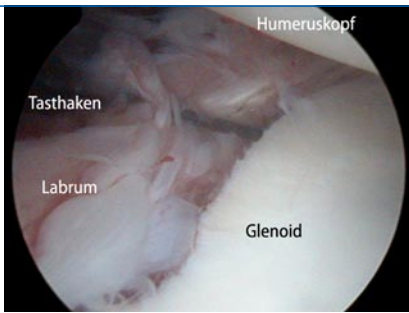


Abb. 3 ▲ Darstellen der Pathologie mit dem Tasthaken



Abb. 4 ▲ Mobilisation des Gewebes mit einem scharfen Raspatorium

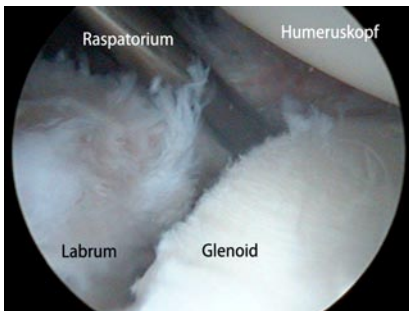


Abb. 5 ▲ Tiefe Mobilisierung bis zur 6-Uhr-Position

Punch der gesamte posteriore Glenoidhals freigelegt. Einzelne Verwachsungen können mit einem geräffelten Raspatorium und mit dem Punch gelöst und entfernt werden. Die Mobilisation erfolgt von der 11-Uhr- bis zur 6-Uhr-Position in einer der Schulter, bzw. von der 1-Uhr- bis zur 6-Uhr-Position in der linken Schulter (■ **Abb. 4**).

Der Labrum-Ligament-Komplex muss soweit mobilisiert werden bis das Gewebe wieder auf Pfannenniveau „aufschwimmt“. Hierzu ist es notwendig, alle Verwachsungen zu lösen bis man auf den Muskelbauch des Musculus infraspinatus schauen kann (■ **Abb. 5**).

Anfrischen des Glenoidrandes

Knorpelaufwerfungen oder Auffassungen des Labrums werden mit einem motorisierten Shaver abgetragen. Danach dekortiziert man den Scapulahals mit einer Kugelfräse, so dass Blutungen am Knochen entstehen. Dies dient der fibroblastischen Einheilung des Labrum-Ligament-Komplexes (■ **Abb. 6**).

Einbringen der Nahtanker

Stand der arthroskopischen Stabilisierungstechnik ist heute die Verwendung von Nahtankern, die im Glenoid implantiert werden. Je nach verwendetem Anker erfolgt ein Vorbohren oder Gewindeschneiden im glenoidalen Knochenblock. Der Anker wird eingeschlagen oder eingedreht. Die Implantation sollte in einem Winkel von 45° zur Glenoidebene erfolgen. Der erste Anker wird an der 7-Uhr-Position (rechte Schulter, 5-Uhr-Position linke Schulter) gesetzt (■ **Abb. 7**).

Vorlegen der Fäden und Perforation des Gewebes

Es wird ein Fadenende nach ventral herausgezogen. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Fadenenden beim späteren Verknoten sich nicht in der Öse des Ankers verklemmen.

Das weitere Vorgehen besteht aus dem Einführen eines Perforationsinstruments von dorsal und Perforation des Labrum-Ligament-Komplexes an seiner tiefsten und lateralsten Stelle, Verschieben des Gewebes nach medial in Richtung Glenoid und des im Instrument einliegenden Transportfadens ins Gelenk. Wichtig ist, dass sowohl Kapselgewebe gegriffen, wie auch das Labrum unterfahren wurde. Der Transportfaden wird nun ebenfalls nach ventral ausgeleitet und der im ventralen Portal geparkte Faden in diesen eingelegt. Man zieht dann den Transportfaden mit dem einliegenden Ankerfaden nach dorsal heraus. Diesen Schritt wiederholt man mit dem zweiten Fadenende, wobei das Gewebe nun etwas weiter kranial perforiert wird (■ **Abb. 8**).

Es resultiert eine kräftige Matratzennaht, mit der zum einen ein Kapselshift von inferior nach superior sowie von la-

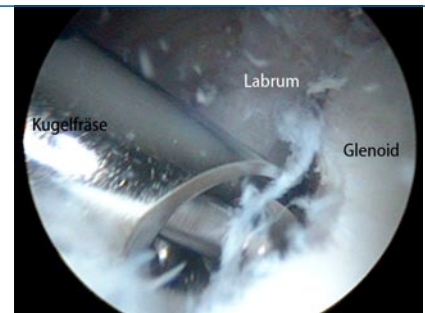


Abb. 6 ▲ Anfrischen des Scapulahalses mit einer Kugelfräse

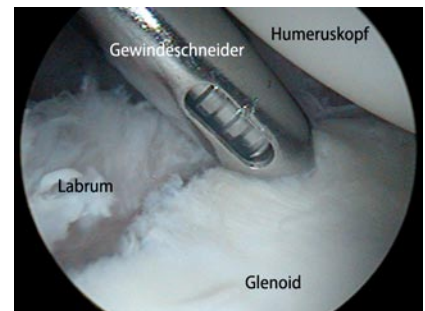


Abb. 7 ▲ Gewindeschneiden für einen ersten Fadenanker

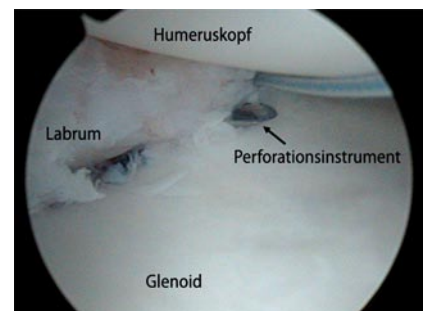


Abb. 8 ▲ Perforation des Labrum-Ligament-Komplexes mit einer Hohlneedle mit Transportfaden

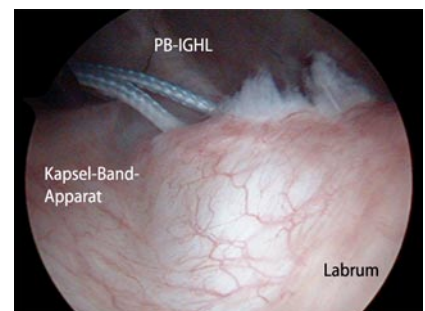


Abb. 9 ▲ Vorgelegte Fäden. Die Fäden sind durch das Kapselbandgewebe und unterhalb des Labrum gestochen worden

teral nach medial und zum anderen eine Rekonstruktion des Labrums auf dem Pfannenrand gelingt. Die untere und hin-

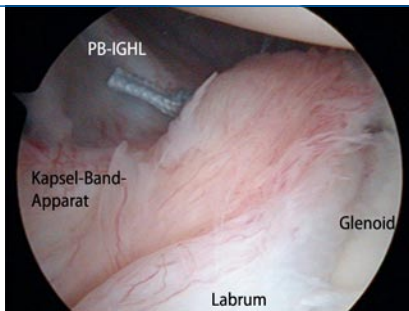


Abb. 10 ▲ Ansicht des ersten Knoten mit reifiziertem Labrum-Ligament-Komplex

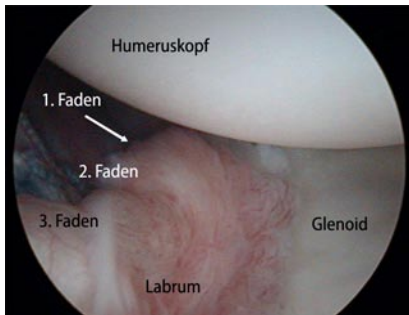


Abb. 11 ▲ Abschlussbild nach Einbringen von 3 Anker und Verknoten aller Fäden

tere Kapselausweitung ist aufgehoben (▣ **Abb. 9**).

Nach Verknoten des vorgelegten Fadens stellt sich das posteriore Band des inferioren glenohumeralen Ligaments (IGHL) wieder als straffe Struktur dar. Die Kapsel ist ebenfalls angespannt (▣ **Abb. 10**).

Das zuvor beschriebene wird nun mit mindestens zwei weiteren Nahtankern wiederholt. Diese werden an der 8:30- und 10-Uhr-Position eingebracht. Insgesamt gelingt so eine Straffung der posterioren Kapselanteile und die Wiederherstellung einer Konkavität der Gelenkpfanne.

Abschließend wird eine Redon-Drainage eingelegt, die Wunde durch Nähte verschlossen und mit einem sterilen Kompressionsverband versorgt. Zur weiteren Behandlung wird eine Gilchrist-Bandage angelegt (▣ **Abb. 11**).

Additive Verfahren bei begleitender Hyperlaxität

Eine vor allem posterior ausgeprägte Instabilität mit begleitender Hyperlaxität erfordert bei intaktem vorderem Labrum eine inferiore und ventrale Kapselpliktur. Das Arthroskop ist im anterosuperioren Portal platziert und die Instrumente wer-

Tab. 1 Prospektive Studien zu einer arthroskopischen hinteren Stabilisierung

Autor	Patientenzahl (n)	Follow-up (Monate)	Relaxation
Kim et al. 2005 [4]	27	39	1 Subluxation
Williams et al. 2003 [6]	26	60	1 Relaxation
Goubier et al. 2003 [3]	11	34	0
Wolf u. Eakin 1998 [7]	14	33	1 Relaxation
Antoniou et al. 2000 [2]	41	28	41%
Abrams 2004 [1]	50	30	4%
McIntyre et al. 1997 [5]	20	31	25%
Eigene Daten	11	33	1 traumatische Relaxation 1 Subluxation

den von ventral über das anteroinferiore Portal eingebracht.

Das Kapselgewebe wird mit einem Shaver angefrischt, dann mit einem Perforationsinstrument durchstochen.

Die aufgeladene Kapselportion wird nach kranial und medial verschoben und danach das Labrum unterstochen, sodass der Transportfaden zwischen Labrum und Knorpel der Gelenkfläche zum Vorschein kommt. Der Transportfaden wird nach dorsal herausgezogen und ein nicht resorbierbarer Faden eingelegt.

Nach Zurückziehen des Transportfadens wird dann das noch im dorsalen Portal liegende Fadenende nach anterior geholt. Das eine Fadenende liegt durch das ventrale Labrum und den Kapselbandapparat vorgelegt, das andere Ende kommt frei unterhalb des Labrums zum Vorschein.

Der Faden wird mit einem Rutschknoten verknüpft. Es kommt zur Pliktur der Kapsel und zu einer Verkleinerung des Gelenkvolumens.

Das Aufladen und Perforieren des Kapselbandapparates sowie das Vorlegen der Fäden wird je nach Ausprägung 2- bis 3-mal wiederholt.

Abschließend zeigt sich eine gute Pliktur und Anspannung von inferiorem und mittlerem glenohumeralen Ligament (IGHL und MGHL) an den ventralen Pfannenrand.

Postoperative Behandlung

Belassen des Gilchrist-Verbands für 48 h, danach Anlage eines 15°-Abduktionskissens in Neutralrotation für 3 Wochen. Am ersten postoperativen Tag Entfernung der Drainage, Beginn mit Lymphdrainage und Kryotherapie. Dann folgt Haltungsschu-

lung und aktive Mobilisierung von Hand und Ellenbogen. In den ersten 3 Wochen Flexion/Abduktion bis 60° reinpassiv unter Schmerzfreiheit. Aus der Außenrotation bis 0° Innenrotation mobilisieren. Aktive Mobilisierung des Ellenbogens bei adduziertem Arm mit dynamischen Bizeps- und Trizepsstraining; Schlingentisch; manuelle Therapie mit leichter Gleitmobilisation Stufe I, schmerzfreie Traktion; ab der 2. Woche Übergehen auf Wärmepackungen.

Ab der 4. Woche aktiv-assistierte Flexion bis 90°, Abduktion bis 60°, Außenrotation 80° aktiv vor der Körperlängsachse. Aus der Außenrotation bis 30° Innenrotation mobilisieren. Aktives Training der Scapulastabilisatoren. Ab der 7. Woche Erarbeiten der freien Flexion, Abduktion und Rotation. Nach Erreichen der freien Flexion Erarbeiten der freien Innenrotation. Training der Rotatorenmanschette und des Musculus deltoideus und der Scapulastabilisatoren. Keine Widerstände mit langem Hebelarm; Koordinations-training; ab der 12. Woche sportartspezifisches Training.

Rückkehr zu Kontaktsport oder Wurf-/Schlägersportarten frühestens nach 6 Monaten.

Ergebnisse prospektiver Studien

Die orthopädische Literatur weist hinsichtlich prospektiver Studien, die das klinische Ergebnis einer arthroskopischen hinteren Stabilisierung betrachten, nur eine kleine Zahl von Arbeiten auf.

Eine Übersicht der bisher veröffentlichten Arbeiten mit Patientenzahlen, Relaxationsraten und Nachschuldauer, soweit dies den Arbeiten zu entnehmen ist, bietet (▣ **Tab. 1**).

Hier steht eine Anzeige.



Fachnachrichten

Korrespondenzadresse

Dr. S. Lichtenberg
ATOS-Praxisklinik Heidelberg
Bismarckstr. 9–15
69115 Heidelberg
lichtenberg@atos.de

Interessenkonflikt. Keine Angaben

Literatur

1. Abrams JS (2004) Arthroscopic findings and repair of recurrent posterior subluxation. Presented at: 9th ICSS Washington, DC, USA, May 2–5, 2004
2. Antoniou J, Duckworth DT, Harryman DT (2000) Capsulolabral augmentation for the management of posteroinferior instability of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 82-A: 1220–1230
3. Goubier JN, Iserin A, Duranthon LD et al. (2003) A 4-portal arthroscopic stabilization in posterior shoulder instability. *J Shoulder Elbow Surg* 12: 337–341
4. Kim SH, Ha KI, Park JH et al. (2003) Arthroscopic posterior labral repair and capsular shift for traumatic unidirectional recurrent posterior subluxation of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 85-A: 1479–1487
5. McIntyre LF, Caspari RB, Savoie FH 3rd (1997) The arthroscopic treatment of posterior shoulder instability: two-year results of a multiple suture technique. *Arthroscopy* 13: 426–432
6. Williams RJ, Strickland S, Cohen M et al. (2003) Arthroscopic repair for traumatic posterior shoulder instability. *Am J Sports Med* 31: 203–209
7. Wolf EM, Eakin CL (1998) Arthroscopic capsular plication for posterior shoulder instability. *Arthroscopy* 14: 153–163

Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

Vergleichbares Ausmaß wie bei Alkohol

Eine aktuelle Studie der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) kommt zu dem Ergebnis, dass es geschätzte 1,4 bis 1,9 Mio. Medikamentenabhängige in Deutschland gibt. Damit erreicht die Medikamentenabhängigkeit in Deutschland ein vergleichbares Ausmaß wie die Alkoholabhängigkeit. Die größte Gruppe der Betroffenen, über eine Million Menschen, ist abhängig von Schlaf- und Beruhigungsmitteln aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine. Nach den Ergebnissen der DHS-Studie sind vor allem Frauen und ältere Menschen von der Sucht betroffen. Ihnen werden mehr problematische Medikamente verordnet und sie gebrauchen diese auch häufiger. Gerade in höherem Alter können die Beruhigungsmittel jedoch wegen ihrer muskelentspannenden Wirkung auch zu schweren und komplikationsreichen Stürzen führen. Für die Beratung und Behandlung im psychosozialen und Suchtbereich wird ein deutlicher Entwicklungsbedarf festgestellt. Informationsmaterialien über Medikamente mit Missbrauchs- und Suchtpotenzial sind im Vergleich zur entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit beim Thema Alkohol deutlich unterrepräsentiert. Zur Sensibilisierung werden zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsstrategien gefordert. Die Bundesärztekammer hat sich dieser Thematik angenommen und wird demnächst den Leitfaden „Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Medikamenten“ veröffentlichen. Dieser richtet sich an die Ärzte und soll ihnen umfangreiche Hinweise zur Verschreibung von Medikamenten mit Missbrauchspotenzial an die Hand geben.

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit,
www.drogenbeauftragte.de*