



Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

Leitfaden für die ärztliche Praxis

Herausgegeben von der Bundesärztekammer
in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Für das vorliegende Buch wurde zunächst der Versuch unternommen, beide Geschlechtsformen einzusetzen, was jedoch zu einer nicht zumutbaren Erschwernis in der Lesbarkeit führte. Aufgrund dieser Erfahrung wurde zur traditionellen, auf der männlichen Form basierenden Schreibweise zurückgekehrt. Wir möchten deshalb an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass mit dem vorliegenden Text selbstverständlich beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen sind.

Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

Leitfaden für die ärztliche Praxis

Herausgegeben von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der
Arzneimittelkommission der deutschen Ärztschaft

Schriftleitung:

Dr. med. Astrid Bühren
Prof. Dr. med. Ingo Flenker
Dr. med. Constanze Jacobowski
Dr. rer. medic. Wilfried Kunstmann
Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes

In Zusammenarbeit mit:

Dr. med. Christoph Freiherr von Ascheraden
Dr. med. Horst Baumeister
Prof. Dr. med. Markus Theodor Gastpar
Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Dipl.-Psych. Karin Mohn
Christine Müller
Prof. Dr. Wolfgang Poser
Wiebke Schneider
Prof. Dr. med. Lutz G. Schmidt
Dr. Volker Weissinger

Redaktionelle Bearbeitung:

Michaela Schulte

Impressum:

Satz: Plaumann, 47807 Krefeld

Druck und Bindung: farbo print+media GmbH, 50969 Köln

Copyright © 2007 by

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Dieselstraße 2, 50859 Köln

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
Warum ein Leitfaden zum Thema Medikamentenabhängigkeit?	7
1. Patienten mit schädlichem oder abhängigem Gebrauch psychotroper Medikamente in der ärztlichen Praxis	9
1.1. Der niedergelassene Arzt – Ratgeber und Experte für adäquaten Medikamentengebrauch	9
1.2. Einige Zahlen zum Gebrauch von psychotropen Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial .	11
2. Problem Darstellung und Problemerkennung in der ärztlichen Praxis	13
2.1. Welche Risikokonstellationen prädestinieren für einen problematischen Medikamentenkonsum?	13
2.2. Typische Situationen mit Verschreibungswünschen für psychotrope Medikamente	14
2.3. Ansprechen eines kritischen Medikamentenkonsums	16
2.3.1. Hinweise zur Gesprächsführung	16
2.3.2. Einstiegsfragen zur Thematisierung des Medikamentenkonsums in der Praxis	18
2.4. Diagnostische Abklärung eines schädlichen Medikamentengebrauchs bzw. einer Abhängigkeit	18
2.4.1. Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F1x.1) bzw. Missbrauch von Sedativa/Hypnotika (DSM-IV)	19
2.4.2. Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F1x.2)	19
2.4.3. Niedrigdosisabhängigkeit	20
2.4.4. Polytoxikomanie (multipler Substanzgebrauch, ICD-10: F19)	20
2.4.5. Fragen zur Abklärung eines Abhängigkeitssyndroms	20
2.4.6. Fragebogen zur Medikamentenanamnese	21
3. Problematische Arzneimittel und ihre Wirkungen	23
3.1. Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial	23
3.1.1. Sedativa und Hypnotika	23
3.1.1.1. Benzodiazepine	23
3.1.1.2. Benzodiazepin-Analoga	25
3.1.1.3. Clomethiazol	25
3.1.2. Analgetika	26
3.1.2.1. Opiate und Opioide	26
3.1.2.2. Peripher wirksame Analgetika und sogenannte Mischanalgetika	26
3.1.3. Psychostimulantien	28
3.2. Hinweise zur Verschreibung problematischer Arzneimittelgruppen	29
3.3. Empfehlungen für ein internes Qualitätsmanagement zur Kontrolle des eigenen Verschreibungsverhaltens	30
4. Therapie der Medikamentenabhängigkeit	31
4.1. Entwicklung von Problembewusstsein und Veränderungsmotivation	31
4.2. Das „Transtheoretische Modell“ nach Prochaska und DiClemente	32
4.3. Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen	34

4.4.	Entzug bei psychotropen Medikamenten	35
4.4.1.	Entzug von Schlaf- und Beruhigungsmitteln	35
4.4.1.1.	Entzug bei Niedrigdosisabhängigkeit	35
4.4.1.2.	Entzug bei Hochdosisabhängigkeit	36
4.4.2.	Entzug von Clomethiazol	37
4.4.3.	Entzug von Benzodiazepin-Analoga	37
4.4.4.	Entzug von Opiaten und Opioiden	37
4.4.5.	Entzug von Mischanalgetika	38
4.5.	Entzug, Entwöhnung, Nachsorge – die Elemente des Suchtbehandlungssystems	40
4.5.1.	Stationäre Entzugsbehandlung	40
4.5.2.	Qualifizierte Entzugsbehandlung	40
4.5.3.	Entwöhnungsbehandlung	40
4.5.3.1.	Ambulante Entwöhnungsbehandlung	41
4.5.3.2.	Stationäre Entwöhnungsbehandlung in Fachkliniken	41
4.5.4.	Nachsorge	41
4.6.	Kriterien zur Durchführung von ambulanter oder stationärer Rehabilitation	41
5.	Informationen zu Einrichtungen des Hilfesystems	45
5.1.	Suchtmedizinisch qualifizierte Ärzte	45
5.2.	Ambulante Psychotherapie	45
5.3.	Ambulante Suchtberatungsstellen	45
5.4.	Ambulante psychosoziale Beratung	46
5.5.	Gruppenangebote	46
5.6.	Sucht-Selbsthilfe	47
5.7.	Gesundheits-Selbsthilfe	47
5.8.	Weitere therapeutische Angebote	47
5.9.	Stationäre suchtspezifische Behandlungsangebote	48
5.9.1.	Entgiftung/Entzug	48
5.9.2.	Stationäre Entwöhnung / Rehabilitation	48
5.9.3.	Ganztägig ambulante (teilstationäre) Angebote	48
6.	Allgemeine Informationen zum Thema	49
7.	Weiterführende Literatur	53
Anhang		55
	Psychotrope Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen mit Sucht- und Missbrauchspotential	55
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	56

Einleitung

Warum ein Leitfaden zum Thema Medikamentenabhängigkeit?

1,5 Millionen Menschen in Deutschland weisen eine manifeste Abhängigkeit von Medikamenten auf. Eine ähnlich große Zahl wird von Experten als mittel- bis hochgradig gefährdet eingestuft, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln. Die Ursachen sind – wie bei allen Suchterkrankungen – vielfältig: Psychische und soziale Faktoren auf Seiten der Betroffenen wirken zusammen mit einem z.T. unübersichtlichen Medikamentenmarkt sowie einem oftmals engen Zeitbudget in der ärztlichen Praxis.

So machen etwa 10 000 verschreibungspflichtige Arzneimittel es dem Arzt in seiner Praxis nicht immer einfach, in jedem Fall das geeignete Medikament auszuwählen und mögliche unerwünschte Nebenwirkungen fortwährend im Auge zu behalten. Immerhin besitzen etwa 4 bis 5% aller viel verordneten Arzneimittel ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Zunächst unauffällige Niedrigdosisabhängigkeiten sowie Rebound-Effekte¹, die auch beim Absetzen von Medikamenten mit Suchtpotenzial entstehen können, erschweren den Umgang mit diesen Medikamentengruppen.

Auf Seiten des Patienten ist zu berücksichtigen, dass diejenigen, die bereits ein Abhängigkeitsproblem entwickelt haben, oftmals mehrere Ärzte parallel aufsuchen. Sie haben häufig Strategien entwickelt, ihre Verschreibungswünsche wirksam vorzubringen oder greifen auf frei verkäufliche Medikamente zurück. Dies erschwert zusätzlich ein adäquates Reagieren auf das Problem Medikamentenabhängigkeit in der täglichen Praxis.

Als Bundesärztekammer möchten wir Ihnen deshalb mit dem vorliegenden Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ eine Hilfestellung an die Hand geben, die Ihnen den Umgang mit den von Medikamentenabhängigkeit gefährdeten Patienten in Ihrer Praxis erleichtern soll.

Der Leitfaden informiert Sie außerdem über problematische Arzneimittelgruppen und möchte zu einer frühen Erkennung von Patienten mit einer Abhängigkeitsgefährdung beitragen sowie Hilfestellungen für ihre Behandlung leisten. Darüber hinaus bietet er praktische Hilfen zur Kontrolle des eigenen Verschreibungsverhaltens und informiert über weiterführende Hilfsangebote für betroffene Patienten. Der vorliegende Leitfaden wurde mit der Leitlinie Medikamentenabhängigkeit (Sedativa-Hypnotika, Analgetika, Psychostimulantien) der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) inhaltlich abgeglichen. Einige der Leitlinien-Autoren waren auch an der Erstellung des vorliegenden Leitfadens beteiligt.

Darüber hinaus wirkten an ihm verschiedene Experten des Gesundheitswesens wie auch Vertreter von Patienten und Betroffenen unter hohem fachlichen und zeitlichen Einsatz mit, wofür wir uns an dieser Stelle ganz herzlich bedanken möchten!

Prof. Dr. med. Ingo Flenker

Ehrenpräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe (Präsident 1993–2005),

Vorsitzender des Ausschusses Sucht und Drogen der Bundesärztekammer (1995–2005)

¹ Rebound-Effekte (Phänomene): Gemeint ist hierbei eine überschießende, der Wirkung entgegengesetzte Reaktion nach plötzlichem Absetzen von Medikamenten nach länger dauernder Therapie

1. Patienten mit schädlichem oder abhängigem Gebrauch psychotroper Medikamente in der ärztlichen Praxis

1.1. Der niedergelassene Arzt – Ratgeber und Experte für adäquaten Medikamentengebrauch

Niedergelassene Ärzte tragen bei der medikamentösen Therapie eine besondere Verantwortung. Durch ihre Stellung im Gesundheitswesen sind sie für mehr als die Hälfte der in Deutschland verschriebenen Medikamente verantwortlich.

Insbesondere Hausärzte sind eine primäre Anlaufstelle für Patienten. Erste Anlaufstelle zu sein, bedeutet zunächst einmal, Ratgeber für unterschiedliche Probleme zu sein.

Viele Patienten verfügen heute, wenn sie einen Arzt aufsuchen, über Vorinformationen zu ihren Beschwerden, die sie den Printmedien oder dem Internet entnommen haben. Daraus resultieren häufig Erwartungen an eine Medikamentenverschreibung zur schnellen Beseitigung unerwünschter Empfindungen wie Traurigkeit, innerer Unruhe, Selbstzweifel oder Überforderungsgefühlen. Auch mehren sich gezielte Verschreibungswünsche, die sich nicht nur auf die Behandlung von Krankheiten, sondern in zunehmenden Maße auch auf die Beseitigung von Schönheits- und Befindlichkeitsproblemen, wie z.B. das körperliche Erscheinungsbild, Haarwuchsprobleme oder das sexuelle Leistungsvermögen beziehen. Andererseits wissen wir, dass einer Vielzahl von funktionellen Störungen, die vom Patienten auf der körperlichen Ebene erlebt und vorgetragen werden, psychische Probleme oder psychosoziale Problemlagen zugrunde liegen.

Gerade bei den eher unspezifischen Beschwerden bedarf es einer sorgfältigen Diagnostik, insbesondere auch um abzuklären, ob eine psychische oder psychiatrische Erkrankung vorliegt, bevor eine medikamentöse Behandlung eingeleitet wird.

Eine Symptomtrias aus gedrückter Stimmung, Antriebsarmut, Interessen- und Freudlosigkeit lässt an eine Depression denken. Auch Minderwertigkeits- und Schuldgefühle, Konzentrationsstörungen, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen können zu diesem Krankheitsbild gehören. Schätzungsweise 5% aller Menschen leiden zu einem gegebenen Zeitpunkt an dieser Krankheit. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Bei Angststörungen steht das Gefühl der übermäßigen Angst dermaßen im Vordergrund, dass das tägliche Leben davon stark beeinträchtigt ist. Patienten mit Angststörungen sind besonders gefährdet, zusätzlich eine Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln, da sie zur Selbstmedikation neigen oder manchmal auch inadäquat medikamentös behandelt werden.

Anhaltende Schmerzsymptome – zum Teil wechselnd lokalisiert – ohne erklärbare organische Ursachen müssen an eine somatoforme Störung denken lassen, vor allem wenn psychosoziale Belastungsfaktoren vorhanden sind. Hier ist es besonders wichtig, dass der Hausarzt die Krankheit erkennt und der Veranlassung immer erneuter, beschwerdegesteuerter organodiagnostischer Maßnahmen widersteht, um Chronifizierungen zu vermeiden. Die regelmäßige Einbestellung der Patienten – unabhängig von aktuellen Beschwerden – ist geeignet, zur Reduktion von Beschwerden und inadäquatem Krankheitsverhalten beizutragen, insbesondere zur Reduktion der

Besondere Verantwortung niedergelassener Ärzte

Sorgfältige Diagnostik bei unspezifischen Beschwerdebildern

Vorsicht bei anhaltenden Schmerzsymptomen ohne organische Ursache

wiederholten Inanspruchnahme von immer neuen Ärzten und immer neuen diagnostischen und pseudo-therapeutischen Maßnahmen.

Menschen, die unter Zwangsgedanken, Zwangsvorstellungen oder Zwangshandlungen leiden, sind psychotherapeutisch und evtl. auch pharmakologisch behandelbar.

**Zusammenarbeit
mit Fachärzten
für Psychiatrie**

Bei allen diesen Erkrankungen wird häufig die Zusammenarbeit mit einem psychiatrischen Kollegen zur Indikationsstellung und Einleitung einer psychotherapeutischen und/oder pharmakologischen Behandlung sinnvoll sein.

Bei der großen Gruppe von Patienten, bei denen die vorgetragenen Beschwerden weder einer organischen noch einer psychiatrischen Diagnose zuzuordnen sind, kann aus einer vorübergehend begründeten Medikation mit Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmitteln im Rahmen von Kriseninterventionen leicht eine dauerhafte Medikation entstehen, wenn keine Alternativen gefunden werden. In diesen Fällen stellt die medikamentöse Behandlung eine besonders große Herausforderung an den Arzt dar, weil viele der hierfür eingesetzten Medikamente ein nicht unerhebliches Abhängigkeitspotenzial aufweisen.

Als Hausärztin oder Hausarzt haben Sie die Möglichkeit, durch wiederkehrende Kontakte den Lebenskontext Ihrer Patienten kennen zu lernen und die vorgetragenen Beschwerden vor diesem Hintergrund zu betrachten und zu bewerten. In der Biografie oder in der aktuellen Lebenssituation begründete Risikofaktoren für einen Medikamentenmissbrauch, wie familiäre oder berufliche Belastungen oder persönliche Gewohnheiten und Einstellungen, können leichter identifiziert werden.

**Aktivierung vor-
handener Ressourcen
des Patienten**

Dadurch eröffnet sich für Sie die Chance, im gegebenen Fall gemeinsam mit Ihrem Patienten auch nichtmedikamentöse Strategien zu entwickeln, die v.a. auf eine Aktivierung vorhandener Ressourcen in Ihrem Patienten oder in seinem Umfeld abzielen sollten. Auch die Akzeptanz für eine psychotherapeutische Behandlung kann behutsam und taktvoll entwickelt werden.

Die Wahrnehmung psychosozialer Zusammenhänge sowie eine kommunikative Kompetenz der Hausärztin bzw. des Hausarztes sind hilfreich, um dem nur allzu verführerischen Griff zum Rezeptblock zu widerstehen.

**Besondere Sorgfalt
bei der Verschreibung
psychotroper
Medikamente**

Dort, wo der Einsatz von psychotropen Medikamenten geboten ist, sollten besondere Vorsichtsmaßnahmen bedacht werden. Die Indikationsstellung sollte mit großer Sorgfalt erfolgen, die Verschreibung sich an einem klar definierten inhaltlichen Ziel ausrichten und der zeitliche Rahmen klar abgesteckt sein. Mit der Patientin oder dem Patienten müssen die Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen eingehend besprochen werden. Die Gefahren einer unkontrollierten Selbstmedikation oder der Weitergabe an dritte Personen sind zu berücksichtigen und ggf. zu thematisieren.

Ist bei entsprechender Indikation eine antidepressive oder neuroleptische Behandlung eingeleitet, kann es eine wichtige Aufgabe des Hausarztes sein, dem Patienten die Notwendigkeit einer ausreichend dosierten und ausreichend lange durchgeführten Medikation zu vermitteln. Hier muss oft gegen unrichtige Befürchtungen, es könne eine „Abhängigkeit“ von diesen Medikamenten entstehen, angegangen werden.

Bei der Verordnung von Medikamenten mit Suchtpotenzial – vorrangig sind die Benzodiazepine und ihre Analoga zu nennen – sollten Sie Ihre Verschreibungen besonders genau kontrollieren, insbesondere die Verschreibungsdauer und die verordneten Mengen, aber auch den Umgang mit Wiederholungsrezepten und Doppelverordnungen. Die Verschreibungsdauer sollte wegen der Abhängigkeitsgefahr so kurz wie möglich gehalten werden. Nach längerem Gebrauch muss ausschleichend abdosiert werden.

Auch bei Medikamenten, die – häufig durch die Pharmaindustrie aufwändig beworben – neu auf den Markt kommen und zunächst ein geringeres oder kein Suchtpotenzial versprechen, ist Skepsis geboten. In der Regel ist das Suchtpotenzial neuer Medikamente anfangs nur schwer abschätzbar. In der Vergangenheit haben sich positive Erwartungen oftmals als trügerisch erwiesen. Valide Informationen zum aktuellen Stand der Forschung erhält man über unabhängige, nicht durch Werbung finanzierte Fachzeitschriften sowie über die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Anders ist die Situation bei solchen Patienten, die sich bereits mit einem schädlichen oder abhängigen Gebrauch in Ihre Behandlung begeben. Auch hierfür enthält der vorliegende Leitfaden Hinweise (Kap. 4.3. ff.). Oftmals wird es in diesen Fällen erforderlich sein, die Kooperation mit Suchtexperten – erfahrenen Suchttherapeuten, Suchtberatungsstellen oder Fachkliniken – zu suchen. Zu diesem Zweck gibt der Leitfaden in Kap. 5 eine Übersicht über wertvolle Adressen und bietet Platz für Ihre eigenen Eintragungen.

- ▲ Niedergelassene Ärzte tragen eine besondere Verantwortung bei der Verschreibung von Medikamenten mit Suchtpotenzial.
- ▲ Bei Befindlichkeitsstörungen wie auch vielen somatischen Beschwerden sind mögliche zugrunde liegende psychische Belastungen abzuklären.
- ▲ Die Verordnung psychotroper Arzneimittel bedarf klarer Indikationen, klarer Therapieziele, begrenzter Zeitspannen und regelmäßiger Überprüfungen.
- ▲ Besteht die Notwendigkeit einer antidepressiven oder neuroleptischen Medikation, soll der Hausarzt unrealistische Ängste vor einer Abhängigkeit abbauen helfen und die Compliance des Patienten unterstützen.
- ▲ Für die kritische Verordnung ist es unabdingbar, sich anhand Interessensunabhängiger Informationen über Arzneimittelwirkungen zu informieren.
- ▲ Die Therapie mit psychotropen Medikamenten erfordert systematische Maßnahmen der Qualitätssicherung wie z.B. genaue Dokumentation, Erinnerungssysteme und begleitende Fortbildung.
- ▲ Bei der Behandlung gefährdeter oder abhängiger Patienten ist eine Kooperation mit Suchtexperten und -einrichtungen im Umfeld ratsam.

1.2. Einige Zahlen zum Gebrauch von psychotropen Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial

Experten gehen davon aus, dass etwa 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen in Deutschland von ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig sind. Weitere 1,7 Millionen müssen als mittel- bis hochgradig gefährdet eingestuft werden, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln. Es ist davon auszugehen, dass etwa jeder zwanzigste erwachsene Bundesbürger akut von einer Medikamentenabhängigkeit oder dem Missbrauch von Medikamenten mit einem Suchtpotenzial betroffen ist. Hinzu kommen die Personen, die rezeptfreie Arzneimittel missbrauchen und somit schwer zu erfassen sind.

Für den niedergelassenen Arzt bedeuten diese Zahlen, dass er – statistisch gesehen – mindestens einmal am Tag in seiner Praxis einem manifest medikamentenabhängigen Patienten begegnet und einem weiteren, der akut gefährdet ist, in eine Ab-

Vorsichtiger Umgang mit neu eingeführten Medikamenten

Umgang mit abhängigen Patienten

Hinweise zur Verschreibung psychotroper Medikamente

1,4–1,9 Millionen Medikamentenabhängige in Deutschland

Ein Abhängiger pro Tag je Praxis

**Erhöhtes Risiko
von Frauen**

hängigkeit zu geraten. Angesichts der Tatsache, dass abhängige Patienten aufgrund ihres Verschreibungsbedarfs überdurchschnittlich häufig Ärzte aufsuchen, dürfte die Kontakthäufigkeit in der Praxis sogar noch höher liegen. Auch sollten Ärzte bedenken, dass Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen sind, dass die Prävalenz der Erkrankung ab dem 40. Lebensjahr erheblich zunimmt und insbesondere ab dem 60. Lebensjahr ein durchaus weit verbreitetes Problem darstellt.

**Epidemiologie der
Medikamenten-
abhängigkeit**

- ▲ Etwa 5% der erwachsenen Bundesbürger weisen Probleme im Umgang mit psychotropen Medikamenten auf.
- ▲ Jeder niedergelassene Arzt hat im Durchschnitt einmal täglich Kontakt mit einem manifest medikamentenabhängigen Patienten, ein weiterer muss als gefährdet eingestuft werden.
- ▲ Frauen sind etwa doppelt so häufig wie Männer von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen.
- ▲ Die Prävalenz steigt ab dem 40. Lebensjahr, ab dem 60. Lebensjahr stellt der nicht verschreibungsgemäße Gebrauch psychotroper Medikamente ein weit verbreitetes Problem dar.

2. Problemdarstellung und Problemerkennung in der ärztlichen Praxis

2.1. Welche Risikokonstellationen prädestinieren für einen problematischen Medikamentenkonsum?

Der gesundheitsschädliche Gebrauch von Medikamenten ist für Außenstehende nicht gleich auf den ersten Blick erkennbar und meistens keiner spezifischen Risikogruppe zuzuordnen.

Menschen mit gesundheitsschädlichem Medikamentengebrauch oder -abhängigkeit sind in allen Altersstufen und sozialen Schichten vorzufinden.

Frauen ab dem 40. Lebensjahr sind jedoch überdurchschnittlich häufig betroffen. Offensichtlich wählen sie im stärkeren Maße als Männer Medikamente als eine sozial weitgehend unauffällige Bewältigungsform psychischer Belastungen. Begünstigend wirkt sich bei ihnen wahrscheinlich auch eine ausgeprägtere Körperwahrnehmung aus, die u.a. in wesentlich häufigeren Arztkontakten als bei Männern resultiert. Allein 78% aller Arztbesuche entfallen auf Frauen.

Generell verleiten Patienten, die mit eher diffusen, organisch nicht recht zuzuordnenden und häufig chronischen Beschwerden und Symptomen in die Praxis kommen, zur Verschreibung symptomatisch wirkender und von den Herstellern für eben solche Syndrome beworbener Medikamente. Dazu gehören insbesondere „psychovegetative Beschwerden“, Überforderungs- und Überlastungsgefühle, Schlafstörungen, ständige Müdigkeit und Erschöpfung, Unruhe und Nervosität, Konzentrationsstörungen, Ängste, Niedergeschlagenheit und sorgenvolles Grübeln bis hin zu Depressionen. Aber auch die mehr körperlich erlebten Beschwerden wie Schwindel, Herzrasen, Magen- und Darmprobleme sowie diffuse Schmerzsymptome machen den Arzt beim fehlenden Nachweis einer organischen Ursache oft ratlos.

Den meisten Patienten ist an einer schnellen Wiedererlangung ihrer vollen Leistungsfähigkeit gelegen und sie erhoffen sich deshalb vom Arzt rasche Hilfe und Beseitigung der Beschwerden durch die Verschreibung von Medikamenten. Organmedizinische Erklärungen für psychisch bedingte Symptome sind weniger stigmatisierend, organische Störungen scheinen leichter behandelbar. Die ärztliche Verschreibung von Medikamenten kommt dem Bedürfnis, eine „richtige Krankheit“ zu haben, entgegen und hilft, der Reflektion über möglicherweise zugrunde liegende Lebensbedingungen und -gewohnheiten auszuweichen.

Zudem weisen viele Patienten, aber auch Ärzte, ein stark biologisch-funktional geprägtes Körperverständnis auf, was im Umgang mit gesundheitlich störenden Symptomen zu einer Art Reparaturbedürfnis führt. Für viele ist der Griff zur Tablette selbstverständlich, um den Anforderungen des täglichen Lebens Stand zu halten. Vom beruflichen und privaten Umfeld wird dieses Verhalten häufig zumindest implizit unterstützt.

Dabei ist es nahe liegend, dass Personen, die gewohnt sind, gegen alle möglichen Befindlichkeitsstörungen Medikamente einzunehmen, auch verstärkt gefährdet sind medikamentenabhängig zu werden.

Medikamentenabhängigkeit als verdeckte Suchterkrankung

Psychovegetative Beschwerdebilder verleiten zu falschem Verschreibungsverhalten

2.2. Typische Situationen mit Verschreibungswünschen für psychotrope Medikamente

Sorgfältige Anamneseerhebung und Diagnostik

Die von Patienten vorgetragenen Verschreibungswünsche reflektieren eine große Bandbreite möglicher Probleme und Diagnosen. So ist es Aufgabe des Arztes, durch sorgfältige Anamneseerhebung und Diagnostik herauszufinden, ob es sich um eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung, um einen unreflektierten Wunsch nach schneller „Reparatur“ oder um einen bereits bestehenden problematischen oder gar abhängigen Medikamentenkonsum handelt. Im Folgenden einige Beispiele:

A. Patientin mit dem Wunsch nach Medikamentenverschreibung zur Verbesserung ihres Befindens

Kasuistiken einer Medikamentenabhängigkeit

Frau A. kommt in die Praxis, weil sie in letzter Zeit immer so unruhig und gereizt ist. Eine Verwandte hat ihr ein Medikament empfohlen, das dieser sehr gut geholfen habe, so dass sie ihren Verpflichtungen weiter nachkommen konnte und sich viel ausgeglichener fühlte. Dieses Mittel möchte die Patientin nun auch von Ihnen verschrieben bekommen.

Diagnostische Einschätzung: Die Patientin leidet unter einer belastenden Symptomatik und hat den verständlichen Wunsch, diese auf einfache Weise bewältigen oder aus der Welt schaffen zu können. Die Klagen der Patientin müssen auf jeden Fall ernst genommen werden und zu weiterer Abklärung Anlass geben. Käme der Arzt ihrem Verschreibungswunsch ohne weiteres nach, wäre die Patientin gefährdet, einen schädlichen oder abhängigen Medikamentenkonsum zu entwickeln.

B. Patient mit Absetzproblemen nach länger dauerndem Schlafmittelgebrauch

Herr B. nimmt bereits seit längerem ein Schlafmittel gegen seine Schlafstörungen. Er berichtet, dass beim Aussetzen der Medikamente die Beschwerden prompt in sehr quälender Form zurückgekehrt seien. Er finde fast gar keinen Schlaf mehr und fühle sich tagsüber zitterig und unruhig. Jetzt will er von Ihnen dieses Schlafmittel, das ihm ursprünglich so gut geholfen hat, wieder verschrieben bekommen.

Diagnostische Einschätzung: Hier hat ein ursprünglich möglicherweise indizierter Schlafmittelkonsum durch zu lange Dauer ein eigenständiges Problem geschaffen: Beim Absetzen treten Entzugserscheinungen auf, die den Patienten zu erneuter Einnahme verleiten.

C. Patientin mit Medikamentenkopfschmerz bei chronischem Schmerzmittelabusus

Frau C. leidet seit Jahren unter anfänglich gelegentlich auftretenden starken Kopfschmerzen, die sich in letzter Zeit immer mehr zu einem ständigen Begleiter entwickelt haben. Um den dumpfen Druck in ihrem Kopf zu bekämpfen, nimmt sie an den meisten Tagen einer Woche mehrere selbst gekaufte Kopfschmerztabletten, die aber seit einiger Zeit nicht mehr den erwünschten Erfolg erzielen. Frau C. wendet

sich nun an Sie mit dem Wunsch nach Verschreibung eines wirksameren Kopfschmerzmittels.

Diagnostische Einschätzung: Es handelt sich möglicherweise um einen typischen Medikamenten-induzierten Kopfschmerz, der durch die jahrelange Einnahme von Schmerzmitteln entstanden ist. Dieser ist nur durch eine konsequente Entzugsbehandlung zu beheben.

D. Patient mit mutmaßlich bestehender Medikamentenabhängigkeit oder Polytoxikomanie

Herr D. erscheint erstmals in der Praxis mit dem Wunsch nach einem bestimmten Beruhigungsmittel, und zwar in großer Packung, weil er immer so nervös sei und erhebliche Schlafprobleme habe. Das Medikament sei das Einzige, welches ihm bei seinen Beschwerden helfe. Es sei ihm immer von seinem Arzt an seinem bisherigen Wohnort verschrieben worden. Herr D. ist zu keiner genauen Befragung und Besprechung der Problematik bereit. Er versucht, Sie mit Argumenten und schließlich mit Drohungen zu einer Verschreibung zu überreden.

Diagnostische Einschätzung: Hier liegt der Verdacht nahe, dass es sich um einen Patienten mit einer bereits eingetretenen manifesten Abhängigkeit handelt – möglicherweise im Rahmen einer Polytoxikomanie.

In allen beschriebenen Fällen muss eine Gefährdung oder ein unkritischer Konsum vermutet werden. Der Arzt läuft dabei Gefahr, die zugrunde liegenden Faktoren auf Seiten des Patienten nicht genügend zu berücksichtigen und den vorgebrachten Wünschen in der Hektik des Praxisalltags nachzugeben.

In Kap. 3 finden Sie weitere Informationen zu Medikamenten mit Suchtpotenzial, in Kap. 2.3. und 4.1. Hinweise zur Ansprache betroffener Patienten und zu ihrer Motivierung für eine Verhaltensänderung, in Kap. 4.3. zum Absetzen solcher Medikamente und zu möglichen Begleitsymptomen.

Folgende Beschwerdebilder verleiten erfahrungsgemäß leicht zu einer Verordnung von psychotropen Medikamenten, ohne dass eine klare Indikation dafür vorliegt.

Psychische Symptome	Körperliche Symptome
<ul style="list-style-type: none"> • Überforderungs- und Überlastungsgefühle • Schlafstörungen • ständige Müdigkeit und Erschöpfung • Unruhe und Nervosität • Konzentrationsstörungen • Ängste • Niedergeschlagenheit • sorgenvolles Grübeln 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwindel • Herzrasen • unspezifische Magen-Darmprobleme • diffuse Schmerzsymptome ohne organische Ursache • „vegetative Beschwerden“

Psychovegetative Beschwerdebilder

Zudem ist besondere Aufmerksamkeit geboten, wenn Anzeichen für eine aktuelle Suchterkrankung oder eine Suchterkrankung in der Vorgeschichte vorliegen (siehe auch Anamnesebogen zum Suchtmittelkonsum auf Seite 26).

Suchterkrankungen in der Vorgeschichte

Risikofaktoren eines Medikamentenabusus und Risiken seiner Verstärkung im Behandlungsverlauf

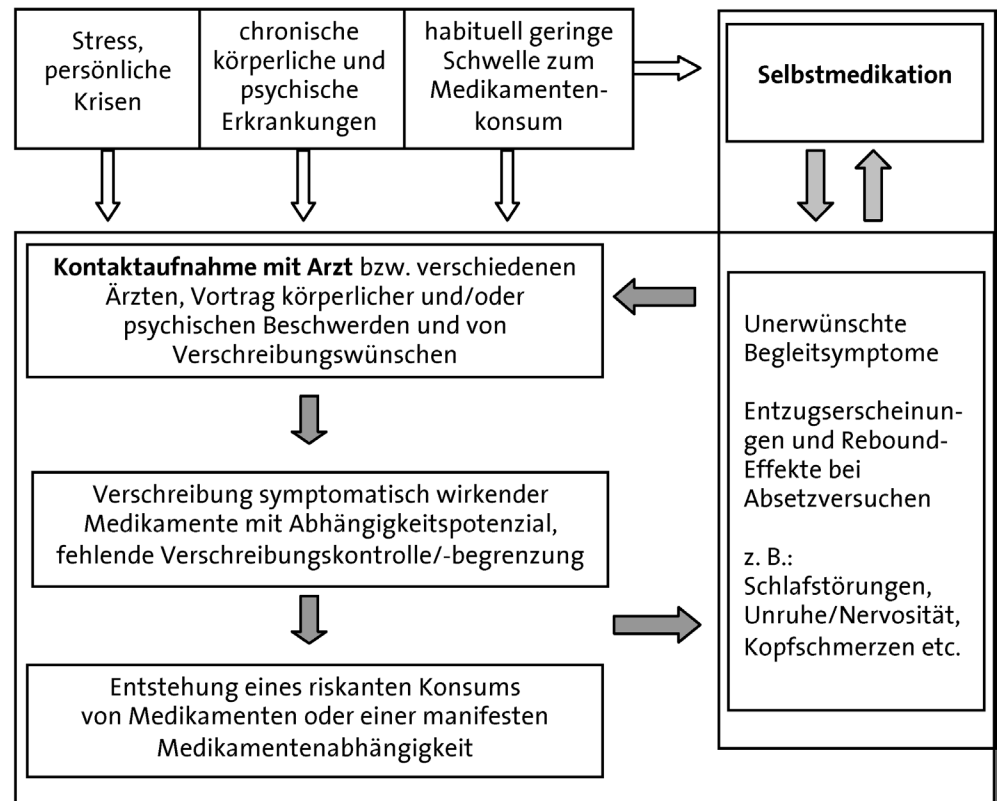


Abb. 1: Kreislauf des Medikamentenmissbrauchs (nach Jacobowski, Kunstmann, Schwantes)

2.3. Ansprechen eines kritischen Medikamentenkonsums

Thematisierung eines vorliegenden Verdachts

Vermutet der Arzt aufgrund der vom Patienten vorgetragenen Beschwerdebilder und Verschreibungswünsche problematischen Medikamentenkonsum, ist es dennoch nicht immer leicht, den Verdacht auf ein Abhängigkeitsproblem dem Patienten gegenüber zu thematisieren.

Im Folgenden bekommen Sie deshalb einige Hinweise, wie Sie Ihre Vermutung weiter abklären und wie Sie das Problem gegenüber Ihrem Patienten in einer konstruktiven Weise ansprechen können. Zudem erhalten Sie Hinweise zu Medikamentengruppen, die aufgrund ihres Suchtpotenzials als besonders problematisch bewertet werden müssen, und zum Umgang mit ihnen in der ärztlichen Praxis.

2.3.1. Hinweise zur Gesprächsführung

Authentizität

Für die Ansprache des Problems gegenüber dem Patienten kann folgendes Vorgehen hilfreich sein:

1. Authentisch sein:

Äußern Sie Ihrem Patienten gegenüber Ihre Eindrücke und Überlegungen. Melden Sie ihm auch Ihre Vermutung zurück, dass die Ihnen vorgetragenen Beschwerden Ihres Erachtens durch den Gebrauch von Medikamenten hervorgerufen sein können. Dies sollte Ihrerseits ohne Vorwürfe geschehen, vielmehr sollten Sie Ihr professionell-ärztliches Interesse an einer Lösung der vorgetragenen Beschwerden signalisieren. Zur Authentizität gehört es aber auch, Ihren Patien-

ten über die Gefahren des schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von Medikamenten zu informieren und ihm die Notwendigkeit nichtmedikamentöser Behandlungs- bzw. Bewältigungsformen näher zu bringen.

2. *Eine gemeinsame Arbeitsgrundlage schaffen:*

Signalisieren Sie Ihrem Patienten, dass Sie den Ursachen der Beschwerden gemeinsam mit ihm auf den Grund gehen wollen. Suchtprobleme gehen oftmals mit großen Schamgefühlen einher, die von Beginn an zu berücksichtigen sind. Nur dann kann eine gemeinsame tragfähige Arbeitsgrundlage geschaffen werden, auf deren Basis der Patient bereit ist, über sein Verhalten und die zugrunde liegenden Motive zu reden.

Kooperation

3. *Verständnis für die Situation des Patienten zeigen:*

Sie sollten Verständnis für die Versuche des Patienten zeigen, durch die Einnahme von Medikamenten seine Beschwerden und die zugrunde liegenden Probleme zu lindern oder zu lösen. Auch sollten Sie ihm Interesse signalisieren, zur Lösung der Probleme beizutragen. Darüber sollte nicht vergessen werden, eine genaue Anamnese und gründliche körperliche Untersuchung durchzuführen, damit organische Krankheiten und funktionelle Störungen erkannt und angegangen werden können. Es beinhaltet aber auch den Verzicht auf eine weitergehende Diagnostik, wenn bei Fehlen körperlicher Befunde eine seelische Belastungssituation evident ist. Diffuse Beschwerden in unterschiedlichen Organsystemen können einen Anhaltspunkt dafür bieten, dass es sich um seelisch bedingte, somatoforme Störungen handelt.

Empathie

Erst wenn sich Ihr Patient von Ihnen verstanden und akzeptiert fühlt und ein Problembewusstsein entwickelt hat, ist die Voraussetzung geschaffen, dass er mit Ihnen gemeinsam Alternativen entwickelt oder an Ihren Vorschlägen ernsthaft interessiert ist. Für sich selbst schaffen Sie auf diese Weise die Motivation, dem Patienten auch längerfristig hilfreich zur Seite zu stehen.

4. *Ziele und Teilziele vereinbaren:*

Sind die dem Medikamentenkonsum zugrunde liegenden Ursachen erkannt, können mit dem Patienten seine „eigentlichen Ziele“ und die dafür erforderlichen Schritte besprochen werden. Der Ambivalenz des Patienten sollte Rechnung getragen werden, indem Sie sowohl mögliche Barrieren als auch förderliche Aspekte offen thematisieren.

Ziele setzen

Auf dem Weg zur Überwindung der Medikamentenabhängigkeit sind mit dem Patienten realistische Teilziele zu vereinbaren (z.B. sich über Beratungsangebote informieren, ein Schmerztagebuch führen, Schlafgewohnheiten notieren etc.), um den Erfolg oder Misserfolg dieser Aktivitäten bei einem nächsten Termin zu besprechen. Bei der Vereinbarung der nächsten Schritte sollten Sie den Patienten aktiv werden lassen, auch indem Sie ihm möglicherweise mehrere Alternativen zur Wahl stellen.

5. *Umgang mit den eigenen Grenzen:*

Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie keinen Zugang zu ihrem Patienten finden, die Inhalte der erforderlichen Gespräche Ihre Kompetenz überschreiten oder aber das vorgeschlagene Vorgehen nicht in Ihre Praxisabläufe zu integrieren ist, sollten Sie dieses ebenfalls mit Ihrem Patienten offen besprechen und ihm Vorschläge für eine fachlich fundierte Beratung, eine Psychotherapie oder auch die Kontaktaufnahme mit einer Selbsthilfegruppe machen. Das wird umso leichter gehen, wenn Sie bereits über ein entsprechendes Kooperationsnetz verfügen und Sie selber den Kontakt herstellen. Einige Hinweise zum Aufbau eines solchen Netzes sowie Adressen zu weiterführenden Hilfsangeboten finden Sie am Ende dieses Leitfadens (Kapitel 5 und 6).

Weitervermittlung

2.3.2. Einstiegsfragen zur Thematisierung des Medikamentenkonsums in der Praxis

Schaffen einer Gesprächsbasis

Die nachfolgenden Fragen können Ihnen helfen, einen möglicherweise problematischen Medikamentenkonsum Ihres Patienten zu thematisieren und sich ein etwas genaueres Bild von dessen Art und Schwere zu machen.

Der Fragenkatalog soll dem Patienten zunächst einen Raum eröffnen, seine eigene Problemsicht darzustellen. Dabei sollten Sie der Versuchung widerstehen, Ihren Patienten entlarven oder „überführen“ zu wollen. Vielmehr können Sie den Fragebogen als eine Art Gesprächsleitfaden einsetzen, der ihnen hilft, über das heikle Thema miteinander ins Gespräch zu kommen.

Einstiegsfragen bei einem Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Medikamenten

- ▲ Bei welchen Beschwerden oder Störungen neigen Sie dazu, diese mit Medikamenten zu behandeln?
- ▲ Nehmen Sie hin und wieder zur Verbesserung Ihres allgemeinen Befindens oder Ihrer Stimmung Medikamente ein?
- ▲ Haben Sie schon mal die Erfahrung gemacht, dass diese Beschwerden wieder schlimmer geworden sind, sobald Sie die Medikamente weggelassen haben?

Sollte sich über diese – oder ähnliche – Einstiegsfragen bei Ihnen der Verdacht auf einen schädlichen Gebrauch von Medikamenten oder auf eine bereits manifeste Abhängigkeitserkrankung einstellen, sollten Sie für eine Abklärung des Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsstatus die Kriterien des ICD-10 hinzuziehen, wie sie in Kap. 2.4. aufgeführt sind. Eine detaillierte Anamnese des Gebrauchs psychotroper Medikamente ermöglichen die in Kap. 2.4.6. aufgeführten Fragen.

2.4. Diagnostische Abklärung eines schädlichen Medikamentengebrauchs bzw. einer Abhängigkeit

Äußerlich wahrnehmbare Hinweise auf einen problematischen Medikamentenkonsum findet man vor allem beim schädlichen Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

Diagnostische Hinweise auf den am häufigsten vorkommenden schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen können sein:

- Affektive Nivellierung und kritiklose Euphorie
- Dysphorisch-depressive Stimmungslage
- Konzentrationsstörungen, Amnesien, Verwirrtheit
- Ataxie, Dysarthrie, Nystagmus
- Verwahrlosungszeichen

Symptomtrias bei Medikamentenabhängigkeit

Die typische Trias aus affektiver Indifferenz, kognitiv-mnestischen Defiziten und körperlicher Schwäche tritt auch bei einem Konsum im Niedrigdosisbereich auf. Mit wachsender Lebenszeitdosis steigt das Ausmaß der Folgeerscheinungen.

Die für die anderen Stoffgruppen mit Abhängigkeitspotenzial typischen Symptome eines schädlichen oder abhängigen Gebrauchs werden in den entsprechenden Kapiteln behandelt.

Neben den auf der körperlichen und psychischen Ebene wahrnehmbaren Symptomen stellen auch auffällig häufige Rezeptverluste sowie jede andere Form der Medikamentenbeschaffung außerhalb der üblichen Wege (Medikamentenbeschaffung durch Dritte, Rezeptfälschung oder -erschleichung etc.) dringende Hinweise auf das Bestehen einer Abhängigkeit dar.

Die folgenden Definitionen und Klassifikationen sollen Ihnen Hilfestellung bei der diagnostischen Einordnung geben.

2.4.1. Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F1x.1) bzw. Missbrauch von Sedativa/Hypnotika (DSM-IV)

Schädlicher Gebrauch bezeichnet ein Konsummuster von Sedativa oder Hypnotika, das zu einer physischen oder psychischen Gesundheitsschädigung führt, z.B.

- mnestiche Störungen, die bei Benzodiazepin-Konsumenten vor allem unter hohen Dosen und bei schnell resorbierbaren Substanzen vorkommen,
- Verhaltensstörungen in Kombination mit Alkohol (auch in kleinen Mengen),
- Zunahme von Angst und/oder Schlafstörungen unter der Medikation,
- Dosissteigerung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für schwerwiegende Folgen,
- psychomotorische Behinderungen im Umgang mit Maschinen, mit Zunahme von Straßenverkehrsunfällen, häuslichen Unfällen und Frakturen, vor allem bei älteren Menschen und bei Verwendung lang wirksamer Substanzen.

Der isolierte schädliche Gebrauch (ohne gleichzeitige Abhängigkeit) ist beim Medikamentenkonsum selten und führt noch seltener zum Behandlungswunsch.

Der Begriff „Missbrauch“ wurde mit dem ICD 10 (1991) durch den Begriff „schädlicher Gebrauch“ ersetzt. Er wird jedoch weiterhin im US-amerikanischen Klassifikationssystem DSM IV R benutzt und bezieht in dieser Kategorie auch die durch den Gebrauch hervorgerufenen sozialen Probleme in die Definition mit ein. Missbrauch von Sedativa und Hypnotika in diesem Sinne kommt vor allem bei Abhängigen von illegalen Drogen im Rahmen einer Polytoxikomanie vor.

Symptome eines schädlichen Medikamentengebrauchs

2.4.2. Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F1x.2)

Ein Abhängigkeitssyndrom liegt nach ICD 10 dann vor, wenn in einem Zeitraum von 12 Monaten drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Es besteht ein starker Wunsch bzw. Zwang, die psychotrope Substanz zu konsumieren.
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit im Umgang mit der Substanz.
- Beim Absetzen der Substanz tritt ein körperliches Entzugssyndrom auf.
- Es hat eine Toleranzentwicklung stattgefunden.
- Soziale und berufliche Aktivitäten werden anhaltend vernachlässigt.
- Der Substanzgebrauch wird trotz eindeutiger Schädigung fortgesetzt, worüber sich der Konsument im Klaren ist.

Auch niedrige Dosierungen können bereits zu einer Abhängigkeit führen. Gesicherte Gefahrengrenzwerte existieren nicht, jedoch ist die Grenze zwischen einer kurzfristigen, zweckgerichteten Befindlichkeitsmanipulation und einem abhängigkeitsrelevanten Konsummuster schnell überschritten.

Symptome einer Medikamentenabhängigkeit

Abhängigkeitspotenzial niedriger Dosierungen

2.4.3. Niedrigdosisabhängigkeit

Besonderheit der Niedrigdosisabhängigkeit bei Medikamentenkonsum

Bei Benzodiazepinen besteht insofern ein Sonderfall, als sich hier bereits bei Dosierungen im therapeutischen Bereich eine schwere körperliche Abhängigkeit entwickeln kann. Die Niedrigdosisabhängigkeit ist dadurch gekennzeichnet, dass keine Dosissteigerung erfolgt. Damit lassen sich die Kriterien der Abhängigkeit nach ICD 10 nur bedingt anwenden. Erst bei einem Absetzversuch treten Entzugssymptome auf, auf deren Grundlage sich eine Abhängigkeitsdiagnose stellen lässt.

2.4.4. Polytoxikomanie (multipler Substanzgebrauch, ICD-10: F19)

Einsatz von Medikamenten bei Politoxikomanie

Bei Patienten ohne Dominanz einer Einzelsubstanz, bei denen die Substanzaufnahme eher wahllos bzw. von der jeweiligen Befindlichkeit gesteuert ist, liegt eine Polytoxikomanie (Störung durch multiplen Substanzgebrauch) gemäß ICD vor. Sedativa/Hypnotika werden häufig von Abhängigen von illegalen Drogen missbräuchlich eingesetzt, um die euphorisierenden oder berauschenden Wirkungen der Drogen zu verstärken oder deren Entzugssymptome zu mildern.

2.4.5. Fragen zur Abklärung eines Abhängigkeitssyndroms

Abklärung eines Verdachts auf Medikamentenabhängigkeit

Die folgenden Fragen können bei der Abklärung einer Medikamentenabhängigkeit hilfreich sein:

1. Nehmen Sie Medikamente kontinuierlich ein, um Unruhe, Schlaflosigkeit, Angstzustände oder auch Schmerzen zu lindern?
2. Haben Sie das Gefühl, diese Medikamente ständig in Ihrer Griffnähe haben zu müssen?
3. Haben Sie schon einmal die Erfahrung gemacht, dass unangenehme Begleiterecheinungen aufgetreten sind, wenn Sie diese Medikamente weggelassen haben?

Folgende ergänzende Fragen können zur Abklärung einer Hochdosis-Abhängigkeit eingesetzt werden:

- a. Haben Sie die Einnahmemenge dieses Medikamentes schon einmal gesteigert, um noch die beabsichtigte Wirkung erzielen zu können?
- b. Ist Ihnen bei der Einnahme des Medikaments schon einmal aufgefallen, dass Ihnen nicht mehr bewusst war, wie viele Sie hiervon an dem Tag bereits konsumiert hatten?
- c. Ist Ihnen schon einmal von anderen Personen in Ihrer Umgebung vorgeworfen worden, Ihrer Arbeit oder Ihren Beziehungen zu Freunden oder Verwandten nicht mehr richtig nachzukommen?
- d. Nehmen Sie das Medikament weiter ein, obwohl Sie eigentlich wissen, dass die Einnahme für Sie schädliche Folgen hat?

Eine positive Beantwortung der Fragen 1.–3. muss als Hinweis auf das Vorliegen einer Niedrigdosisabhängigkeit gewertet werden.

Werden zusätzlich auch Fragen aus dem Komplex a) – d) positiv beantwortet, besteht ein Verdacht auf eine Hochdosisabhängigkeit.

2.4.6. Fragebogen zur Medikamentenanamnese

Erst wenn Sie und Ihr Patient Klarheit darüber gewonnen haben, dass ein problematischer Medikamentenkonsum vorliegt und wenn Ihr Patient bereits weitgehend entschlossen ist, daran etwas ändern zu wollen, kann eine exakte Medikamentenanamnese erhoben werden. Dadurch kann ein genaueres Bild über Ausmaß und Qualität des schädlichen Gebrauchs oder der bereits bestehenden Abhängigkeit gewonnen werden. Zudem ist es auf dieser Grundlage besser möglich, im Rahmen der weiteren Behandlung eventuell auftretende Entzugserscheinungen zu antizipieren und den Patienten darüber frühzeitig in Kenntnis zu setzen.

Die Fragen zur Medikamentenanamnese lassen sich gegenüber Ihrem Patienten beispielsweise wie folgt einleiten:

„Im Folgenden möchte ich gerne in Erfahrung bringen, welche Medikamente Sie einnehmen, um z.B. Ihre Stimmung zu verändern, um besser schlafen zu können, um ruhiger oder leistungsfähiger zu werden oder um weniger Schmerzen zu haben.“

Exakte Medikamentenanamnese als Grundlage der Therapie

Anamnesebogen zum Medikamentenkonsum

Kopiervorlage

1. Welche Medikamente haben Sie in den letzten 4 Wochen eingenommen?
2. Seit wann und in welcher Dosis haben Sie die genannten Medikamente eingenommen?
3. Welche Wirkungen erhoffen Sie sich von der Einnahme?
4. Woher beziehen Sie das Medikament üblicherweise?

Medikamentenname/ Wirkstoff	mit der Einnahme angestrebte Wirkung:*	eingenommene Dosis pro Tag/pro Woche	unregelmäßige Einnahme?	Einnahme erfolgt seit wann?	Bezug des Medikaments durch ...°

- * Folgende angestrebte Wirkungen könnten seitens des Patienten für die Einnahme angegeben werden:
1. angst- und spannungslösende Wirkung (z.B. „bin weniger unruhig“, „fühle mich entspannter“)
 2. schlaffördernde Wirkung (z.B. „kann besser ein-/durchschlafen“)
 3. dämpfende Wirkung (z.B. „fühle mich gleichgültiger“)
 4. stressabbauende Wirkung (z.B. „abschalten wollen“, „vergessen wollen“)
 5. selbstwahrnehmungsverändernde Wirkung (z.B. „fühle mich selbstbewusster“, „kann besser auf andere zugehen“)
 6. antriebssteigernde Wirkung (z.B. „fühle mich fitter“, „habe mehr Energie“)
 7. schmerzlindernde Wirkung (z.B. Kopf-/oder andere Schmerzen verschwinden)
 8. zur Manipulation des Körpergewichtes (z.B. „würde sonst zu dick werden“)
 9. Sonstige

° An folgende Bezugsquellen ist zu denken:

1. über *einen* Arzt
2. über *unterschiedliche* Ärzte
3. direkt über die Apotheke
4. über Angehörige
5. über Freunde
6. über das Internet
7. Sonstiges

5. Welche weiteren Genussmittel/psychoaktiven Substanzen werden aktuell bzw. wurden in der Vergangenheit von Ihnen eingenommen?

	Aktueller Konsum vorhanden? (pro Tag/pro Woche)	problematischer Konsum in der Vergangenheit?	ärztliche Suchtbehandlung in der Vorgeschichte?
Alkohol			
Illegale Drogen			
Tabak			

Bewertung der Trinkmenge

durchschnittlicher Alkoholkonsum in g/Tag

	Männer*	Frauen
Risikoarmer Konsum	bis 30/40 g	bis 20 g
Riskanter Konsum	31/41–60 g	21–40 g
Gefährlicher Konsum	61–120 g	41–80 g
Hochkonsum	> 120 g	> 120 g

Ermittlung der Trinkmenge

0,125 l Wein oder Sekt
 0,25 l Bier ≈ 10 g Reinalkohol
 0,04 l Sprituosen

* Die unterschiedlichen Schwellenwerte für Männer beruhen auf den unterschiedlichen Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der British Medical Association (BMA). Während die WHO höchstens 40 g Reinalkohol pro Tag empfiehlt, liegt die Gefährdungsgrenze der BMA bei 30 g.

3. Problematische Arzneimittel und ihre Wirkungen

3.1. Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial

In diesem Kapitel möchten wir Ihnen die am häufigsten zu schädlichem Gebrauch und zur Abhängigkeit führenden Medikamentengruppen vorstellen. Hier haben wir es zum einen mit Medikamenten zu tun, die primär für die Behandlung psychischer Störungen eingesetzt werden (Tranquilizer, Hypnotika). Zum anderen geht es auch um Schmerzmittel, die teilweise wegen ihrer psychotropen Komponente missbraucht werden, die aber nicht nur zu Gewöhnung und Abhängigkeit, sondern teilweise auch zu schweren Organschäden führen können (Mischanalgetika). Bewusst wurden Antidepressiva nicht aufgenommen, da ihnen kein Abhängigkeitspotenzial zugeschrieben werden kann. Die auch bei ihrem Absetzen auftretenden Rebound-Phänomene werden fälschlicherweise häufig mit einer Abhängigkeit verwechselt.

Hinweise zu Entzugssymptomen der im Folgenden aufgeführten Wirkstoffgruppen und ihrer Behandlung erfolgen im Kapitel 4 „Therapie der Medikamentenabhängigkeit“.

Relevante Wirkstoffgruppen

3.1.1. Sedativa und Hypnotika

3.1.1.1. Benzodiazepine

Benzodiazepine wirken – je nach Substanz, Dosierung und Halbwertszeit – anxiolytisch, hypnotisch, muskelrelaxierend, antikonvulsiv und amnestisch. Entsprechend dieser Wirkungen werden Benzodiazepine bei Angsterkrankungen und Erregungszuständen, bei Schlafstörungen, bei Muskelspasmen sowie in der Therapie cerebraler Krampfanfälle eingesetzt. Die amnestische Wirkung macht man sich bei der Prämedikation vor operativen Eingriffen zunutze.

Benzodiazepine werden in der ambulanten Medizin häufig auch als so genannte „Tranquilizer“ zur Behandlung unspezifischer oder nicht genauer abgeklärter Beschwerden eingesetzt: bei schwer fassbaren Allgemeinsymptomen wie Niedergeschlagenheit, Unausgeglichenheit und Lustlosigkeit, bei unspezifischen Angstsymptomen und psychosomatischen Stresssymptomen. Dabei besteht die Gefahr, dass durch ihren Einsatz eine exakte Diagnostik und eine indikationsgerechte Behandlung mit anderen pharmakologischen Substanzen oder mit psychotherapeutischen Verfahren verhindert wird.

Die Einnahme von Benzodiazepinen mildert zunächst den subjektiven Leidensdruck des Patienten. Der Zusammenhang zwischen innerem Erleben und körperlichen Beschwerden, für den bei diesen Patienten häufig ohnehin ein „blinder Fleck“ besteht, wird durch sie weiter verwischt. Die Symptomatik wird gelindert, die zu Grunde liegenden Probleme aber chronifizieren. Die Verführung, sich mit Hilfe des Medikaments weiterhin Beschwerdefreiheit und Sorglosigkeit zu verschaffen, ist groß.

Durch unkritisches Ordnungsverhalten des Arztes und eine unzureichende Aufklärung des Patienten über Wirkung, Nebenwirkung und Kontraindikationen von suchtpotenten Pharmaka entsteht leicht ein Dauerkonsum.

Indikationsgebiete von Benzodiazepinen

Schnelle Toleranzentwicklung

Gegenüber den hypnotischen und sedierenden Eigenschaften der Benzodiazepine entwickelt sich schon nach kurzer Zeit eine Toleranz. Andererseits können bereits nach einer wenige Wochen dauernden Benzodiazepin-Einnahme bei abruptem Absetzen Entzugssymptome in Form von Schlafstörungen und Unruhezuständen auftreten, was häufig dazu führt, die Beschwerden als fortbestehende Störung zu interpretieren und das Medikament weiter zu verschreiben. Diese Rebound-Phänomene können allerdings durch eine allmähliche Reduktion beim Absetzen des Medikaments weitgehend vermieden werden. Sie beweisen noch keine Abhängigkeit, können aber eine Dauereinnahme in Gang halten und damit erster Schritt zu einer Niedrigdosisabhängigkeit sein.

Umgang mit Rebound-Phänomenen

Der regelmäßige Gebrauch von Benzodiazepinen führt früher oder später zu Gewöhnung und Abhängigkeit. Bei den meisten Langzeitkonsumenten kommt es allerdings nicht zur Dosissteigerung, es bleibt bei einer Niedrigdosisabhängigkeit. Hier wird die Diagnose einer Abhängigkeit oft erst deutlich durch das Auftreten einer – unter Umständen schweren! – Entzugssymptomatik nach abruptem Absetzen, die sich in Schlafstörungen, Angst, Unruhe und Irritabilität, Tremor, Schwindel, Tachycardie, Kreislaufstörungen u.a.m. äußern kann.

Entzugssymptomatik bei abruptem Absetzen

Dienten die Medikamente zunächst der Anpassung an berufliche und soziale Anforderungen, der Überwindung von persönlichen Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten, so hat die chronische Einnahme meist negative soziale, psychische und gesundheitliche Folgen, die die Lebensqualität des Patienten weiter beeinträchtigen.

Typische Nebenwirkungen

Bei Dauer- und Übergebrauch von Benzodiazepinen kann es zu einer typischen Kombination von Nebenwirkungen kommen:

- Einschränkung von Gedächtnis- und Merkfähigkeit
- Muskelschwäche und Koordinationsstörungen (mit daraus folgendem Sturz- und Unfallrisiko)
- Gefühlsverflachung.

Die hypnotische Wirkung geht beim Dauergebrauch verloren, hingegen kann es zu einer Zunahme von Angst und Depression kommen.

Bei alten Menschen besteht die Gefahr der Wirkstoffkumulation durch verzögerten Abbau. Die resultierenden Beeinträchtigungen können das Bild einer „Scheidemenz“ hervorrufen.

Indikationsgebiete und Wirkungen der Benzodiazepine

Indikationsgebiet	Wirkung
Angsterkrankungen, Erregungszustände	anxiolytisch, sedierend
Schlafstörungen	hypnotisch
Muskelspasmen	muskelrelaxierend
Cerebrale Krampfanfälle	antikonvulsiv
Prämedikation für operative Eingriffe	amnestisch

Nebenwirkungen:

- Bei Dauergebrauch kann es zu mnestischen Störungen, psychomotorischer Behinderung und/oder Affektverflachung kommen.
- Paradoxe Wirkungen sind möglich.
- In Kombination mit Alkohol können erhebliche Verhaltensstörungen mit Amnesie für die betreffende Zeit ausgelöst werden.
- Benzodiazepine können zu Missbrauch und Abhängigkeit führen.

Sonderfall Flunitrazepam

Die besondere Pharmakokinetik des Flunitrazepam – schnelle Anflutung und rascher Wirkungseintritt – macht dieses Mittel besonders für Abhängige von Opiaten bzw. für Polytoxikomane attraktiv. Es wird häufig in Kombination mit Heroin und anderen Substanzen konsumiert, von Spritzdrogenabhängigen auch häufig aufgelöst und intravenös injiziert. Die dezidierte Forderung eines Patienten nach Verschreibung größerer Mengen genau dieses Arzneimittels sollte deshalb immer an das Vorliegen einer Abhängigkeit von illegalen Drogen denken lassen.

Flunitrazepam ist keine Entzugsmedikation, sondern eine Kombinationsdroge für Opiatabhängige! Um den Missbrauch durch Drogenabhängige zu unterbinden, darf Flunitrazepam an drogenabhängige Patienten nur auf Betäubungsmittelrezept verschrieben werden.

3.1.1.2. Benzodiazepin-Analoga

Als Schlaf- und Beruhigungsmittel lösten die Benzodiazepine die früher in diesem Indikationsspektrum verwandten Barbiturate ab. Ihrerseits werden sie inzwischen wiederum häufig durch die Benzodiazepin-Analoga mit Wirkstoffen wie Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon ersetzt.

Auch für die Benzodiazepin-Analoga zeichnet sich ab, dass die Annahme eines deutlich geringeren Abhängigkeitsrisikos sich möglicherweise nicht aufrecht erhalten lassen wird: die WHO hat Zolpidem bezüglich des Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisikos bereits den Benzodiazepinen gleich gestellt.

Hier wiederholt sich, was bei neuen Arzneimitteln häufig geschieht: Die Risiken und Nebenwirkungen sind noch nicht ausreichend bekannt oder werden unterschätzt.

3.1.1.3. Clomethiazol

Clomethiazol wird im akuten Alkoholentzug zur Dämpfung der neurovegetativen Entzugssymptomatik eingesetzt. Es hat aber ein eigenes Missbrauchspotential, so dass es in der Vergangenheit nicht selten im Rahmen einer unkritischen Begleitmedikation ambulanter Entzüge (z.B. Verordnung von Großpackungen zur eigenen Verwendung und Dosierung) zu Umstiegen auf eine Clomethiazol-Abhängigkeit oder zur kombinierten Alkohol-Clomethiazol-Abhängigkeit gekommen ist.

Die Verwendung von Clomethiazol sollte dem klinischen Entzug vorbehalten sein.

Exkurs: Verordnung von psychotropen Substanzen in Alten- und Pflegeheimen sowie in der häuslichen Pflege

Eine besondere Situation stellt die Verordnung von psychotropen Substanzen an Patienten in Alten- und Pflegeheimen sowie in der häuslichen Pflege dar. Häufig wird der Arzt vom Pflegepersonal, von pflegenden Angehörigen oder von Mitarbeitern der Sozialstationen aufgefordert, eine bestehende nächtliche Unruhe, eine Umkehrung des Schlaf-Wachrhythmus oder ein Durchgangssyndrom medikamentös zu behandeln. Daraus erwächst die Gefahr, ohne weitere psychiatrische und internistische (möglicherweise auch urologische, dermatologische und kardiologische) Zusatzdiagnostik eine multisymptomorientierte Verschreibung von psychotropen Substanzen vorzunehmen. Wenn dies zusätzlich im Wochenenddienst geschieht, besteht das Risiko, dass Mehrfachverordnungen aus einer Substanzgruppe vorgenommen und unbemerkt über einen längeren Zeitraum verabreicht werden. Das Ergebnis ist dann vorhersagbar desaströs: Durch die Medikation werden neue Krankheitssymptome erzeugt wie z.B. Verwirrheitszustände, Tagesmüdigkeit, Schluckbeschwerden, Muskeltonuserabsetzung und Sturzgefahr, Blasenentleerungsstörun-

**Flunitrazepam:
Kombinationsdroge
für Opiatabhängige**

**Suchtpotenzial
von Benzodiazepin-
Analoga**

**Clomethiazol nur im
klinischen Entzug**

**Problematische Ver-
schreibungen psycho-
troper Substanzen in
der Altenpflege**

Kritische Reflektierung und Kommunikation

gen, Darmatonien und vieles andere. Nicht selten wird auf diese Weise ein circulus vitiosus in Gang gesetzt, bei dem versucht wird, die durch die Verschreibung entstandenen Probleme mit einem erneuten pharmakologischen Pragmatismus zu lösen.

Indizierte Verordnung von psychotropen Substanzen auf der Basis einer bestmöglichen Diagnostik, kritische Durchsicht des „Medikamentenplans“ in festgelegten periodischen Abständen, Hinzuziehung fachärztlicher Kompetenz und ausreichende Kommunikation mit dem Pflegepersonal/pflegenden Angehörigen schützen Patienten und Arzt gleichermaßen vor diesem Irrweg.

Einsatz von Opiaten bei Schmerzpatienten

3.1.2. Analgetika

3.1.2.1. Opiate und Opioide

50% der Hausarztkontakte sind durch chronische Schmerzen veranlasst. Hierbei dominieren insbesondere Rückenschmerzen und Schmerzen des Bewegungsapparates sowie Beschwerdebilder aus dem Formenkreis somatoformer Störungen. Viele dieser Patienten weisen eine jahrelange Patientenkarriere mit vielen Untersuchungen, Behandlungsversuchen, Arztwechseln, manchmal auch Krankenhausaufenthalten auf.

Inzwischen ist die Bedeutung des Einsatzes von Opiaten bei der Behandlung schwerer Schmerzzustände mit einer nachweislich somatischen Genese unbestritten und kann die Lebensqualität betroffener Patienten deutlich steigern. Die unbedachte Verschreibung von Opiaten bei ungeklärten Schmerzzuständen kann jedoch dazu führen, dass in einzelnen Fällen eine iatrogene Opiatabhängigkeit induziert wird.

Definitionen:

- ▲ Opiate und Substanzen, die chemisch vom Opium abstammen (Morphin, Codein);
- ▲ Opioide sind synthetische Substanzen mit morphinartigen Eigenschaften.

Wirkungen der Opiate/Opioide:

Sie binden an Opioid-Rezeptoren (μ , Kappa, Sigma, Delta), die zu unterschiedlichen Wirkungen und Nebenwirkungen führen. Die Analgesie wird über μ -Rezeptoren vermittelt.

Bezüglich der μ -Rezeptoren wird unterschieden in reine Agonisten, gemischte Agonisten/Antagonisten und reine Antagonisten.

In der Schmerztherapie dürfen die reinen Agonisten keinesfalls mit den Agonisten/Antagonisten kombiniert werden, da die Gefahr der Aufhebung der Analgesie durch den antagonistischen Anteil besteht.

Nebenwirkungen erklären sich aus den Wirkungen an den verschiedenen Rezeptoren (euphorisierende Wirkung mit der Gefahr psychischer Gewöhnung, physische Abhängigkeit mit Entzugssymptomatik beim Absetzen oder bei Gabe eines Antagonisten).

3.1.2.2. Peripher wirksame Analgetika und sogenannte Mischanalgetika

Prädisponiert für einen Analgetika-Abusus sind Patienten, die ursprünglich an Migräne und/oder Spannungskopfschmerz litten. Auch Patienten nach Schädel-Hirn-Trauma oder Schleudertrauma sind gefährdet.

Bei häufiger Einnahme von Analgetika – d.h. an mehr als der Hälfte aller Tage eines Monats – kann es schon nach wenigen Wochen, meistens aber erst nach Jahren zu einem medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz kommen (Dauer bis zum Auftreten bei frei verkäuflichen Schmerzmitteln im Mittel 4,7 Jahre, bei Triptanen 1,7 Jahre). Hatte man ursprünglich angenommen, dass nur ergotaminhaltige Präparate zum Dauerkopfschmerz führten, so hat sich inzwischen herausgestellt, dass alle Medikamente zur Behandlung von Migräne und Kopfschmerzen einen medikamenteninduzierten Kopfschmerz hervorrufen können. Zwischen 1 und 2% der Bevölkerung sind davon betroffen.

Besonders problematisch sind analgetische Mischpräparate. Mischanalgetika sind Arzneimittel, die ein oder mehrere peripher wirksame Schmerzmittel sowie zusätzlich einen oder mehrere Kombinationspartner mit Wirkung auf das ZNS, z.B. Koffein oder Codein, enthalten. Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass die Wirkung von Acetylsäure oder von Paracetamol durch die Kombination mit Koffein oder Codein verstärkt wird.

Der Gebrauch von Mischanalgetika ist in der Bevölkerung weithin verbreitet, zumal einige von ihnen frei verkäuflich sind (Schmerzmittel mit Coffein). Motor der Einnahme ist zunächst der analgetische Effekt, zur Aufrechterhaltung der Medikation kann die psychische Stimulation beitragen. Ist nach länger dauerndem Gebrauch eine Gewöhnung eingetreten, rufen die im Entzug auftretenden vegetativen Symptome, insbesondere der Entzugskopfschmerz, ein starkes Bedürfnis nach erneuter Einnahme des Mittels hervor.

Neben dem Dauerkopfschmerz können Analgetika, insbesondere Mischanalgetika, eine Fülle von Nebenwirkungen im Bereich des Gastrointestinaltraktes, des hämatopoetischen Systems sowie der Nieren und ableitenden Harnwege hervorrufen, die sich oft erst nach Jahren manifestieren. Als klassisches Beispiel für Nebenwirkungen im Bereich des Nierensystems gilt die Analgetikaniere mit Papillennekrose und interstitieller Nephritis. Diese ist nach dem Verbot von Phenazetin seltener geworden, kann aber auch als Folge von chronischem Paracetamol-Gebrauch – insbesondere in Kombinationspräparaten – auftreten. Auch nichtsteroidale Antirheumatika inklusive der neuen Gruppe der COX-2-Hemmer stehen im Verdacht, bei langfristige Gebrauch eine Nephropathie hervorrufen zu können.

Zudem kann es zum Auftreten von Tumoren im Bereich der Niere und der ableitenden Harnwege kommen. Aseptische Leukozyturie, Hämaturie, Zylindrurie, Proteinurie und Störungen der Harnkonzentrationsfähigkeit sind Hinweise auf die Störungen.

Problematik analgetischer Mischpräparate

Organische Nebenwirkungen des Analgetikagebrauchs

Definition Mischanalgetika:

Arzneimittel, die ein oder mehrere peripher wirksame Schmerzmittel sowie zusätzlich einen oder mehrere Kombinationspartner mit Wirkung auf das ZNS enthalten

Wirkungen der Mischanalgetika:

Analgesie, je nach beigegebener Substanz Sedierung oder psychische Stimulation

Nebenwirkungen:

Analgetika-Kopfschmerz

Organschäden, insbesondere Nierenschäden, bei langfristige Gebrauch

3.1.3. Psychostimulantien

Sympathomimetisch wirksame Medikamente

Diese Gruppe von sympathomimetisch wirksamen Medikamenten stammt pharmakologisch größtenteils vom Phenylaethylamin ab, der „Muttersubstanz“ aller sympathomimetischen Amine, auf die auch die physiologischen Überträgersubstanzen des sympathischen Nervensystems (Adrenalin und Noradrenalin) zurückgehen. Die Wirkung besteht in der Unterdrückung von Müdigkeitsgefühlen und Schlafbedürfnis, einem Gefühl erhöhter Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, der Unterdrückung von Hungergefühlen. Begleiterscheinungen sind Steigerung der Herzfrequenz und Erhöhung des Blutdrucks.

Wirkung von Psychostimulantien

Stimulierende Medikamente wurden früher rezeptfrei verkauft und fanden zeitweise eine große Verbreitung. Sie wurden entweder direkt zum Zweck der psychomotorischen Stimulation verwendet (Psychoanaleptika), teilweise werden sie als Kombinationssubstanz in Grippe- und Asthmamitteln zugefügt.

Psychostimulantien rezeptpflichtig bzw. dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt

Die dabei aufgetretenen Nebenwirkungen – schwere psychische Abhängigkeit, Auftreten von Lungenhochdruck, psychotische Reaktionen, Erschöpfungszustände und körperlicher Verfall wegen des chronischen Mangels an Schlaf bei länger dauernder Einnahme – führten dazu, dass die Substanzen unter Rezeptpflicht bzw. sogar unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt wurden.

Psychostimulantien enthalten Wirkstoffe aus der Amphetamingruppe (Fenetylin, Amfetaminil) bzw. Amphetaminderivate (Pemolin, Methylphenidat). Das Missbrauchspotenzial aller genannten Wirkstoffe wird als hoch bis mittel klassifiziert.

Einige Grippe- und Asthmamittel enthalten Wirkstoffe aus der Ephedrin-Gruppe (Phenylpropanolamin, L-Ephedrin) oder Wirkstoffe aus der Amphetamingruppe (Amfepramon).

ADHS/HKS und Narkolepsie: Indikationen für Amphetaminderivate

Als Indikationen für Pemolin und Methylphenidat gelten heute das Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperkinetische Syndrom (ADHS/HKS) bei Kindern sowie bei Erwachsenen die Narkolepsie. Bei einer indikationsgerechten Anwendung sind bisher keine Fälle von Missbrauch und Abhängigkeit bekannt geworden. Der Einsatz sollte allerdings streng leitliniengerecht erfolgen und nicht im Sinne von „Versuch und Irrtum“. Inzwischen liegen zur Diagnose und Therapie des ADHS/HKS Leitlinien verschiedener ärztlicher Fachgesellschaften sowie eine Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer vor.

Leitlinien zu Diagnose und Therapie des ADHS/HKS, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der BÄK

Bei den Störungen durch Stimulantien ist ausdrücklich auch auf das Coffein hinzuweisen, dessen Missbrauchspotenzial z.B. in Analgetika-Kombinationen nicht zu unterschätzen ist.

Wirkungen der Psychostimulantien:

Bei indikationsgerechtem Einsatz:

- ▲ Linderung von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität bei ADHS-betroffenen Personen
- ▲ Milderung der Tagesschläfrigkeit bei Narkolepsie-Patienten

Bei missbräuchlicher Einnahme angestrebte Wirkungen:

- ▲ Gefühl erhöhter Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit
- ▲ Wohlgefühl bis Euphorie
- ▲ Unterdrückung von Schlafbedürfnis und von Hungergefühlen

Nebenwirkungen bei unsachgemäßer Einnahme:

- ▲ Psychische Abhängigkeitsentwicklung
- ▲ Psychotische Reaktionen
- ▲ Auszehrung bei länger dauernder Einnahme

Entzugssymptome:

Körperliche Abhängigkeit und Abstinenzsyndrome sind nicht bekannt, allerdings folgt dem Entzug in der Regel eine seelische und körperliche Depression.

Weitere Hinweise zum Umgang mit problematischen Arzneimitteln und zur Behandlung der Medikamentenabhängigkeit, zum Entzug und zur Entwöhnung finden sich in den Kapiteln 3.2., 4.3., 4.4. und 5.

3.2. Hinweise zur Verschreibung problematischer Arzneimittelgruppen

Für die Verordnung potentiell Abhängigkeits-erzeugender Arzneimittelgruppen sind folgende Faustregeln hilfreich:

- Gehen Sie mit der Indikation zur Verschreibung restriktiv um!
- Verordnen Sie diese Medikamente nicht an Patienten mit einer Abhängigkeitsanamnese!
- Händigen Sie alle Rezepte dem Patienten stets persönlich aus!
- Vereinbaren Sie mit dem Patienten eindeutig die vorgesehene Therapiedauer!
- Überprüfen Sie die Weiterbehandlung sehr sorgfältig!
- Wählen Sie bei der Verschreibung die kleinste Packung, vermeiden Sie Überdosierungen!
- Klären Sie den Patienten über mögliche Abhängigkeitspotentiale exakt auf!
- Verweisen Sie darauf, diese Medikamente keinesfalls an Dritte weiterzugeben.
- Wurde das Medikament über längere Zeit angewandt, ist ein „Ausschleichen“ der Behandlung angeraten.

Beziehen Sie den Patienten in Ihre Entscheidungen ein. Erläutern Sie ihm die Zweckmäßigkeit der Behandlung, informieren Sie ihn über Wirkungen, Nebenwirkungen und Gefahrenpotentiale und – wenn möglich – stellen Sie dem Patienten Therapiealternativen zur Wahl. Verweigern Sie Gefälligkeitsverschreibungen, von deren Sinnhaftigkeit Sie nicht überzeugt sind.

Faustregeln für die Verschreibung

Das Ziel, eine Langzeitverordnung zu vermeiden, wird nur zu erreichen sein, wenn der Patient lernt, alternative Problembewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln.

4 K's

Kurz und knapp:

Auf die „4 K's“ kommt es an:

- ▲ Klare Indikation
- ▲ Korrekte Dosierung
- ▲ Kurze Anwendung
- ▲ Kein abruptes Absetzen

3.3. Empfehlungen für ein internes Qualitätsmanagement zur Kontrolle des eigenen Verschreibungsverhaltens

Faustregeln für das interne Qualitätsmanagement

- Achten Sie auf **Wiederholungsrezepte, Doppelverordnungen, Mengen** etc. Medikamente mit Suchtpotential bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit.
- Versichern Sie sich der **Unterstützung Ihrer Arzthelferinnen**, die an erster Stelle die Wünsche des Patienten entgegen nehmen. Sie haben oft eine gute Wahrnehmung für Veränderungen beim Patienten, die möglicherweise im Sprechzimmer bereits wieder kaschiert sind. Hilfreich ist es, in der Anmeldung bei den Arzthelferinnen Listen mit problematischen Arzneimitteln zu hinterlegen.
- Das eigene Verordnungsverhalten lässt sich gut über Ihre Praxis-EDV kontrollieren, mit der sich in der Regel auch **Praxis-Statistiken** erstellen lassen. Wenigstens einmal im Quartal kann mit Ihrer Hilfe eine Übersicht über eigenes Verordnungsverhalten gewonnen werden. Dies hilft Ihnen sowohl, Verschreibungsmengen zu begrenzen, als auch den eigenen Verordnungsumgang mit psychotropen oder anderen Substanzen mit Suchtpotential zu überprüfen.
- In manche Praxissoftware sind sogenannte „**Expertensysteme**“ integriert bzw. lassen sich ergänzen, die Warnhinweise bei bestimmten Medikamenten geben. Diese Systeme sind darüber hinaus nützlich, indem sie für Therapiekombinationen auf mögliche Wechselwirkungen aufmerksam machen.
- Nicht zu vergessen ist die **Zusammenarbeit mit dem Apotheker**, dessen Fachwissen einbezogen und der um Rückmeldung bei bestimmten Auffälligkeiten gebeten werden kann.

4. Therapie der Medikamentenabhängigkeit

4.1. Entwicklung von Problembewusstsein und Veränderungsmotivation

Bei der Behandlung von Suchterkrankungen ist – mehr als bei den meisten anderen Erkrankungen – die aktive Mitarbeit des Patienten gefordert. Nur wenn der Patient selbst von der Notwendigkeit einer Veränderung überzeugt ist, besteht Aussicht auf Erfolg.

Bei vielen Patienten besteht zunächst die Auffassung, die Medikamenteneinnahme sei notwendig zur Beseitigung vorhandener Symptome, wie z.B. Ängsten, Schlafstörungen, allgemeinen Stresssymptomen, chronischen Schmerzen. Diese werden durch die eingenommene Medikation zunächst in erwünschtem Sinne abgemildert und lassen den Betroffenen wieder „funktionieren“. Vor diesem Hintergrund ist die Medikamenteneinnahme zu einer scheinbar unverzichtbaren Lebenshilfe geworden, um die Auseinandersetzungen mit den Anforderungen der Umwelt und der Innenwelt zu bewältigen.

Das kann bedeuten, dass die Motivation des Patienten, sein Verhalten zu ändern, anfänglich gering ist. Jedoch zeigt das Ansprechen des Problems durch den Arzt und der klare Hinweis auf die gesundheitlichen Folgen des Verhaltens bei vielen Patienten bereits eine nachweisliche Wirkung.

Auch bei Patienten ohne erkennbare Änderungsmotivation sollten Sie auf jeden Fall versuchen, eine Verringerung des Konsums zu bewirken, da bereits dadurch mögliche körperliche Schädigungen reduziert werden können.

Wenn deutlich ist, dass der chronische Medikamentenkonsum möglicherweise schon zu Auswirkungen (Depression, Kopfschmerzen, psychosoziale Folgen der Abhängigkeit etc.) geführt hat, kann die eindeutige, aber vorwurfslose Benennung dieses Zusammenhangs auch für den Patienten eine Veränderung wünschenswert machen.

Im Laufe des ärztlichen Gesprächs ist es sinnvoll festzustellen, wie weit sich der Patient hinsichtlich seiner Motivation zu einer Verhaltensänderung befindet. Das „Transtheoretische Modell“ nach Prochaska und DiClemente, auf das im folgenden Kapitel genauer eingegangen wird, beschreibt die verschiedenen Stadien der Entwicklung von Problembewusstsein und Änderungsbereitschaft. Je nach Stadium, in dem sich der Patient aktuell befindet, richten sich die weiteren Interventionen und konkreten Hilfestellungen des Arztes. Es ist wichtig, dass der Arzt nicht „vorprescht“, sondern den Patienten „da abholt, wo er steht“.

Motivierung und Mitarbeit des Patienten

Ärztliche Ansprache ist wirksam

Aufzeigen der Folgen eines schädlichen Konsums

„Transtheoretisches Modell“ nach Prochaska und DiClemente

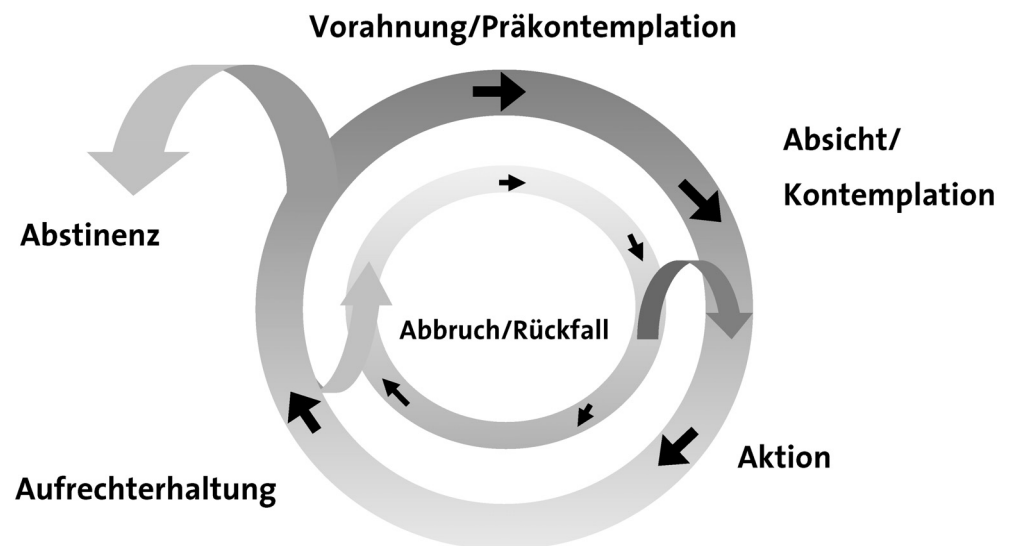
**Bereits Ihre kurze Ansprache eines schädigenden Medikamentenkonsums zeigt bei Patienten nachweislich Wirkung!
Selbst bei unmotivierten Patienten sollten Sie auf eine Reduktion des Suchtmittelkonsums hinwirken, um körperliche Schädigungen abzuwenden!**

4.2. Das „Transtheoretische Modell“ nach Prochaska und DiClemente

Identifikation des Motivations- stadiums

Das „Transtheoretische Modell“ nach Prochaska und DiClemente geht davon aus, dass Motivation verschiedene Stadien durchläuft und diese linear aufeinander aufbauen. Dabei können die Übergänge zwischen den Stadien durchaus fließend sein. Der Arzt sollte in der Interaktion mit dem Patienten versuchen, das jeweils aktuelle motivationale Stadium zu identifizieren und den Patienten zum Schritt in das nächste Stadium zu motivieren. Dadurch kann verhindert werden, dass der Patient in seinen Möglichkeiten zur Veränderung überfordert wird.

Das Transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente (1983)



Ein Abbruch oder Rückfall ermöglicht das Wiedereintreten in den Kreislauf mit den gewonnenen Erfahrungen, so dass eine Entwicklungsspirale entsteht.

Stadien der Patienten (Bezeichnungen gemäß transtheoretischem Modell nach Prochaska)	Interventionen des Arztes/Aktionen des Patienten
1. noch geringe Problemwahrnehmung, Ambivalenz (Vorahnung, Präkontemplation)	Arzt: Vermittlung von Informationen Steigerung des Problembewusstseins Förderung kognitiver Dissonanzen (d.h. Herausarbeiten der Vor- und Nachteile des Medikamentenkonsums) Hilfen zur Entscheidungsfindung (z.B. Einschätzung der Risiken, Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen)
2. Orientierungsphase, Zielentwicklung (Absicht/Kontemplation)	Arzt: Förderung der Selbstbeobachtung Vorstellung unterstützender Maßnahmen (z. B. Suchtberatungsstelle) Arzt und Patient gemeinsam: Planung der Änderung des Medikamentenkonsums Entwicklung alternativer Handlungsweisen
3. Handlungs-, Umsetzungsphase (Aktion)	Patient mit Unterstützung des Arztes: Umsetzung der geplanten Ziele Entwicklung von Teilzielen, Erarbeitung wünschenswerter Verhaltensänderungen Selbstverpflichtung (z. B. Vernichtung von Medikamentenvorräten) Nutzen hilfreicher Beziehungen (z. B. durch Einweihung nahe stehender Personen) Nutzen professioneller Unterstützung (z. B. Suchtberatungsstelle, Entwöhnungsbehandlung, Psychotherapie) Möglichkeiten der Selbstverstärkung besprechen
4. Neuorientierung Aufrechterhaltung (Aufrechterhaltung)	Patient mit Unterstützung des Arztes: Bilanzierung des Erreichten Wirksamkeit alternativer Strategien prüfen Stabilisierende Faktoren (z. B. Nutzen hilfreicher Beziehungen, professionelle Nachsorge) ausbauen Rückfallprophylaxe
5. Abbruch/Rückfall (Abbruch/Relaps)	Arzt: Vermitteln, dass Rückfälle oftmals ein Teil eines Genesungsprozesses sind Positive Bewertung der Fortsetzung des Behandlungskontaktes Arzt und Patient: Aufarbeitung des Geschehenen und der auslösenden Faktoren Bearbeitung des Schuldgefühls Aufbau zusätzlicher „Sicherungssysteme“ für den nächsten Versuch

Die Übergänge zwischen den verschiedenen Stadien können fließend sein und im Gespräch wiederholt durchlaufen werden. Ziel ist es, durch die angegebenen Interventionen die betreffende Person zum Schritt in das nächst höhere Stadium zu motivieren und dessen Stabilisierung zu fördern. Es handelt sich um einen Gesamtprozess, bei dem in der Regel viele Gespräche erforderlich sind.

Um ein Arbeitsbündnis aufzubauen bzw. zu stärken sind Gesprächsstrategien hilfreich, die auf folgenden Prinzipien beruhen:

- Akzeptanz und Respekt
- Wertschätzung, ohne zu verurteilen

Stadienbezogene Motivierung des Patienten

- Rücksicht auf Schamgefühle und Ängste
- Verständnis für Ambivalenz
- Geduld und Ermutigung

Der Ausstieg aus einem Missbrauch oder einer Abhängigkeit ist in aller Regel ein langer Weg, bei dem mit Rückschlägen und Rückfällen zu rechnen ist. Sie als Fachmann wissen das. Der Patient hingegen wird sich desto mehr für einen Rückfall schämen, je motivierter er zunächst war, sein Verhalten zu ändern.

Schützen Sie Ihren Patienten vor der drohenden Entmutigung durch den Hinweis, dass der Weg am Anfang schwierig ist, dass das allen so geht und man sich von möglichen Rückfällen nicht entmutigen lassen sollte. Erkennen Sie auch kleine Schritte an. Vereinbaren Sie am Ende jedes Gesprächs jeweils einen neuen Termin mit Ihrem Patienten, bei dem die Fragen besprochen werden können, die durch das vorherige Gespräch ausgelöst wurden und in dem das weitere Vorgehen besprochen werden kann.

Positive Bewertung von Teilerfolgen

In Rückkoppelungsschleifen ist zu prüfen, ob die Ziele gleich geblieben sind, ob die Ziele erreicht bzw. welche Teilerfolge erzielt wurden. Die positive Bewertung auch von Teilerfolgen verstärkt die Motivation. Bei scheinbarer Erfolglosigkeit empfiehlt es sich, die gewählten Therapieziele gründlich zu revidieren und ggf. in kleinere, erreichbare Teilschritte zu zerlegen. Die positive Verstärkung auch kleiner Erfolge stärkt das Vertrauen des Patienten, durch sein Handeln Erfolge erzielen zu können. Meist lässt sich das Bemühen des Patienten auch dann noch würdigen, wenn der Erfolg kaum oder nicht sichtbar ist.

4.3. Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen

Niedergelassene Ärzte sind im Allgemeinen die ersten Ansprechpartner für Patienten mit substanzbezogenen Problemen. In der ärztlichen Praxis werden oft die allerersten Schritte im Prozess der Problemwahrnehmung und Problembearbeitung gemacht. Die Kontinuität des Patientenkontaktes ermöglicht zudem eine längerfristige Begleitung und Motivierung des Patienten in seinem Veränderungsprozess.

Allerdings werden diese Möglichkeiten oftmals in der Praxis aufgrund von Zeitmangel und Patientenaufkommen erschwert. Deshalb empfiehlt es sich, rechtzeitig gute Kontakte zu einer Suchtberatungsstelle aufzubauen, um Patienten, die bereit sind, selbst Verantwortung für den weiteren Prozess zu übernehmen, ggf. dorthin vermitteln zu können.

Unterstützung durch Sucht- beratungsstellen

Suchtberatungsstellen sind das Bindeglied zwischen den verschiedenen suchtspezifischen Hilfen. Ihre Aufgaben sind suchtspezifische Informationsvermittlung und ressourcenorientierte Beratung. Sie begleiten einen aktiven Veränderungsprozess, vermitteln in Selbsthilfe und beziehen Angehörige mit in die Hilfeplanung ein. Sie bereiten ggf. auf eine stationäre Entwöhnungsbehandlung vor und übernehmen die Begleitung in der Nachsorge-Phase.

In den als **Beratungs- und Behandlungsstellen** ausgewiesenen Einrichtungen ist neben dem Beratungs- und Motivationsprozess auch eine ambulante suchtspezifische Behandlung möglich. Sind die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt, kann in ihnen sowohl eine ambulante Rehabilitation durchgeführt wie auch die Nachsorge nach einer stationären Maßnahme sichergestellt werden.

4.4. Entzug bei psychotropen Medikamenten

Die Indikation zum Entzug sollte sehr sorgfältig mit dem Patienten gemeinsam unter Abwägung aller relevanten Gründe dafür und dagegen gestellt werden. Gründe für einen Entzug sind: verlorene Wirksamkeit oder gar eine Zunahme von Angst- und Schlafstörungen unter der Medikation sowie andere negative Folgeerscheinungen. Dazu zählen z.B. medikamenteninduzierter Kopfschmerz, Einschränkung von Gedächtnis und Merkfähigkeit, Gefühlsverflachung, Muskelschwäche und Koordinationsstörungen bei Sedativa und Hypnotika. Auch eine bestehende Depression, die auf die Einnahme der Mittel zurückgeführt wird, stützt die Entscheidung für einen Entzug.

Manche hochbetagte Patienten haben sich über lange Zeit an die Einnahme ihres Sedativums gewöhnt, so dass sie nur schwer davon ablassen mögen. Bei der Beratung dieser Patienten sind die Risiken und Leiden eines Entzugs gegen eventuell bestehende psychomotorische Einschränkungen, die zu Gangunsicherheit und Stürzen führen können, abzuwägen.

Der Zeitpunkt für einen Entzug ist erst dann gekommen, wenn der Patient von dessen Notwendigkeit überzeugt ist. Rechtzeitig sollten alternative Behandlungsmöglichkeiten für eine eventuell bestehende komorbide Erkrankung besprochen werden. Z.B. sollten Patienten mit Schlafstörungen über schlafhygienische Maßnahmen aufgeklärt werden, Patienten mit Angsterkrankungen profitieren von einer kognitiven Verhaltenstherapie. Veränderungen der eigenen Lebensweise, der Besuch einer Selbsthilfegruppe kann angeraten sein, manchmal ist eine psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen. Auch eine medikamentöse Behandlung ist vielleicht notwendig – allerdings unter Vermeidung von suchterzeugenden Medikamenten.

Depressionen können in der Entzugsphase von Benzodiazepinen eine Verschlimmerung erfahren, worüber Patienten rechtzeitig in Kenntnis gesetzt werden sollten. In diesen Fällen muss die Benzodiazepin-Reduktion unterbrochen und die Depression zunächst adäquat behandelt werden.

4.4.1. Entzug von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Bereits nach einer wenige Wochen dauernden Benzodiazepin-Einnahme in therapeutischer Dosierung können Absetzerscheinungen in Form von Schlafstörungen und Unruhezuständen auftreten. Dies führt dazu, dass die Beschwerden als fortbestehende Störung interpretiert werden und dass das Medikament weiter verschrieben wird. Der Arzt muss solche Rebound-Phänomene kennen und den Patienten frühzeitig über sie aufklären. Allerdings kann das Auftreten von Rebound-Phänomenen durch ein stufenweises Absetzen des Medikaments fast vollständig verhindert werden.

Schwieriger ist der Entzug nach einer jahre- oder jahrzehntelangen Medikamentenabhängigkeit. Nicht immer führt die langjährige Einnahme eines Mittels zur Dosissteigerung. Häufig besteht eine Niedrigdosisabhängigkeit, die für den Patienten aber dennoch insofern quälend werden kann, weil er sich chronisch „wie hinter einer Glaswand“ fühlt.

4.4.1.1. Entzug bei Niedrigdosisabhängigkeit

Ein Entzug kann ambulant durchgeführt werden, wenn die tägliche Einnahme nicht mehr als das Doppelte der üblichen Tagesdosis des missbrauchten Medikamentes betragen hat. Bei Langzeiteinnahme von hochpotenten oder kurz wirksamen Benzodiazepinen empfiehlt sich die Umstellung auf die Äquivalenzdosis eines mittellang oder lang wirksamen Benzodiazepins (Clonazepam, Oxazepam oder Diazepam).

Indikation für einen Entzug

Entzug bei hochbetagten Patienten

Alternative Behandlungsmöglichkeiten

Verstärkte Depressionen in der Entzugsphase

Stufenweise Runterdosierung zur Vermeidung von Rebound-Phänomenen

Durchschnittliche Entzugsdauer von 6–10 Wochen

Die Dosis wird über Wochen bis Monate reduziert: anfangs in größeren Schritten, später in kleineren Schritten (z.B. jeweils Halbierung der vorherigen Dosis). Dauer und Stärke der Entzugssymptomatik hängen von der Dauer der Abhängigkeit, der eingenommenen Dosis, der Halbwertszeit des Mittels (je kürzer, desto schwerer der Entzug), dem Allgemeinzustand des Patienten und seiner psychischen Verfassung ab.

Bei starken Symptomen sollten die Reduzierungsschritte während des Ausschleichens entsprechend modifiziert werden. Als optimal wird oft eine Entzugsdauer von 6 bis 10 Wochen genannt, bei langjährig Abhängigen kann der Entzug aber auch sehr viel länger – bis zu einem Jahr – dauern. Arzt und Patient sollten aber wissen: so lange abdosiert wird, werden immer wieder Entzugerscheinungen auftreten. Gleichzeitiger Alkoholkonsum, eine Komorbidität mit Depression oder Angsterkrankungen sowie eine Vorgeschichte mit anderen Suchtformen (Alkohol oder Heroin) erschweren das Entzugssyndrom.

Das Auftreten von Grand-mal-Anfällen oder psychotischen Symptomen ist nur bei Hochdosisabhängigkeit zu erwarten. Beides ist eine Indikation für die sofortige stationäre Einweisung!

Entzug bei Niedrigdosisabhängigkeit

- ▲ Umstellung auf mittel- oder langwirksames Benzodiazepin
- ▲ Schrittweise Dosisreduktion
- ▲ Information des Patienten über Entzugerscheinungen und die zu erwartende Entzugslänge

Stationärer Entzug bei Hochdosis- abhängigkeit sowie kombinierter Ab- hängigkeit Benzo- diazepine/Alkohol

4.4.1.2. Entzug bei Hochdosisabhängigkeit

Patienten mit einer Hochdosisabhängigkeit sowie Patienten mit einer kombinierten Abhängigkeit von Benzodiazepinen und Alkohol sollten stationär in einer spezialisierten Einrichtung (i.d.R. psychiatrische Klinik) entzogen werden. Hier wird auf die Äquivalenzdosis des jeweils verwendeten Standard-Entzugsmedikaments (i.d.R. Diazepam oder Oxazepam) umgestellt und abdosiert. Die Entzugssymptomatik kann ggf. mit sedierenden trizyklischen Antidepressiva gedämpft werden, bei Gefahr des Auftretens von Grand-mal-Anfällen werden Antikonvulsiva eingesetzt. Auch eine psychologische Unterstützung sowie die Einleitung von Anschlussmaßnahmen (Entwöhnungsbehandlung) können hier erfolgen.

Entzug bei Hochdosisabhängigkeit

- stationärer Entzug in Spezial-Einrichtungen
- Umstellung auf Äquivalenzdosen eines mittel- oder langwirksamen Benzodiazepins
- Begleitende Medikamente gegen eventuell auftretende Entzugskomplikationen

Das Benzodiazepin-Entzugssyndrom:	Behandlung:
Unruhe und Angst Gesteigerte Erregbarkeit Schlaflosigkeit	Umstellung auf mittellang oder lang wirksames Benzodiazepin und schrittweise Abdosierung
In Fällen schwerer und lang dauernder Abhängigkeit ist darüber hinaus mit folgenden Entzugs-Komplikationen zu rechnen:	
Krampfanfälle Entzugsdelir Psychosen	symptomatische Behandlung

4.4.2. Entzug von Clomethiazol

Hier steht häufig die Grundkrankheit Alkoholabhängigkeit im Vordergrund. Der Entzug von Clomethiazol verläuft aber äußerst schwer und kann mit Krampfanfällen und Entzugsdelirien einhergehen. Aus diesem Grunde sollte der Entzug ausschließlich stationär erfolgen und u.U. mit der Gabe von Antikonvulsiva begleitet werden.

Stationärer Entzug bei Clomethiazol-Abhängigkeit

4.4.3. Entzug von Benzodiazepin-Analoga

Gerade bei Abhängigkeitskranken mit einer vorbestehenden Abhängigkeit von GABA-Agonisten ist mit einer Abhängigkeitsentwicklung von diesen Substanzen zu rechnen. Nach dem Absetzen hoher Dosen entsteht ein Benzodiazepin-ähnliches Entzugssyndrom mit den Leitsymptomen Schlaflosigkeit und Angst. Auch hier sollte auf ein mittellang bis langwirksames Benzodiazepin umgestellt und kontrolliert abdosiert werden.

Entzug über mittel- bis langwirksames Benzodiazepin

Hinweis: Ausführliche und differenzierte Hinweise zum Entzug von Sedativa und Hypnotika sind neben entsprechenden Lehrbüchern den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zu entnehmen, die über das Internet (<http://leitlinien.net/>) abrufbar sind. Hier finden sich auch Angaben zu Äquivalenzdosen der verschiedenen Benzodiazepine.

4.4.4. Entzug von Opiaten und Opioiden

An dieser Stelle soll nicht die Opiatabhängigkeit der Drogenszene besprochen werden, die ein eigenes komplexes Krankheitsbild darstellt. In diesem Kapitel geht es vielmehr um die Behandlung der Abhängigkeit von Opiaten/Opioiden, die im Rahmen einer ärztlichen Behandlung erworben wurde.

Gelegentlich entwickelt sich aus chronischen Schmerzsyndromen heraus eine Opiatabhängigkeit von erheblicher Schwere, einschließlich massiver Dosissteigerung und ggf. heimlicher Selbstinjektion. Ein ambulanter Entzug lässt sich unter diesen Umständen praktisch nicht durchführen.

Bei chronischen Schmerzsyndromen ist eine adäquate Schmerztherapie auf jeden Fall Voraussetzung für den Erfolg eines Opiatentzugs. Für die Behandlung kommen Analgetika, nichtsteroidale Antirheumatika, trizyklische Antidepressiva in klei-

Adäquate Schmerztherapie bei chronischem Schmerzsyndrom

nen Dosen, im Einzelfall auch Krankengymnastik oder Kraftsport in Frage. Die Zusammenarbeit mit einer schmerztherapeutischen Abteilung ist dringend anzuraten!

Fast überflüssig zu erwähnen: Bei Patienten mit schweren Malignomschmerzen führt die indizierte Opiattherapie zur Toleranzentwicklung und zu Entzugserscheinungen bei nachlassender Wirkung. Von einer Opiatabhängigkeit im eigentlichen Sinne kann man aber nicht sprechen. Insofern ist ein Opiatzug auch kontraindiziert. Die infolge regelmäßiger Opiat-Einnahme entstehende physische Gewöhnung stellt gegenüber der chronischen schweren Schmerzsymptomatik ein zu vernachlässigendes Problem dar. Einer Toleranzentwicklung wird durch Dosiserhöhung begegnet. Im Einzelfall gelten die Regeln der Algesiologie (Dosiserhöhung, Umstellung auf wirksameres Opioid, Kombination mit Koanalgetika).

Oral eingenommene Opioide wie Codein, Tramadol oder Tilidin – gelegentlich zu „Entspannungszwecken“ eingesetzt – können unter Umständen (gute soziale Einbindung, gute Compliance) ambulant entzogen werden. Der reine Opiatzug ist – entgegen landläufiger Vorstellungen – zwar unangenehm, aber nicht lebensgefährlich.

Aber: Bei Abhängigkeit von Heroin – besonders in Kombination mit anderen legalen oder illegalen Drogen – ist in der Regel ein stationärer Entzug durchzuführen!

Opiat-Entzugserscheinungen:

- ▲ Motorische Unruhe
- ▲ Schwitzen und Gänsehaut
- ▲ Erbrechen, Durchfall
- ▲ Muskelkrämpfe
- ▲ Schlaflosigkeit
- ▲ Niesen und Tränenfluss
- ▲ Schmerzen im Bauchraum
- ▲ Blutdruckkrisen

Ursache: Wegfall der Opioidhemmung der peripheren Katecholaminausschüttung ⇒ Anstieg von Adrenalin und Noradrenalin

4.4.5. Entzug von Mischanalgetika

Teufelskreis Entzugskopfschmerz

Die Abhängigkeit von Mischanalgetika entsteht häufig im Zuge der Selbstmedikation in der Behandlung von Kopfschmerzen, da diese Medikamente nicht verschreibungspflichtig sind. Zunächst wird der Abusus häufig durch den Coffein-Anteil getriggert, der gegen Müdigkeit und Abgeschlagenheit wirkt.

Bei chronischer Einnahme von Schmerzmitteln (inkl. der Triptane) entsteht eine Gewöhnung in der Form, dass Entzugskopfschmerzen beim Nachlassen der Medikamentenwirkung auftreten. Diese werden dann häufig ihrerseits wieder mit dem Medikament bekämpft, womit eine Missbrauchsspirale in Gang gesetzt wird.

Der Entzug und die Therapie des Mischanalgetika-Abusus sind wegen der meist langen Krankheitsdauer schwierig, aber dennoch oft erfolgreich.

Am Anfang der Therapie stehen eingehende Aufklärung des Patienten, insbesondere über die zu erwartende Kopfschmerzhäufung im Entzug und die langfristig eintretende Besserung. Das Analgetikum muss bis zum Beginn des Entzuges weiterverordnet werden. In dieser Zeit sollte der exakte Verbrauch protokolliert werden.

Recht häufig stellt sich erst im Entzug heraus, dass eine Migräne der Ausgangspunkt für die Medikamenteneinnahme war. Der vermeintliche Spannungskopf-

schmerz erweist sich dann als Analgetikakopfschmerz in Folge einer ungeeigneten Migränemedikation.

Beim Entzug werden alle Schmerzmittel schlagartig abgesetzt. Ergotalkaloide und Opioide sind während des Entzugs verboten. Bei Migräne wie bei Spannungskopfschmerz empfiehlt sich eine niedrig dosierte Schmerzprophylaxe mit Amitriptylin (25–50 mg zur Nacht). Trotzdem auftretende Migräneanfälle können mit einem injizierbaren Monoanalgetikum behandelt werden. Wenn Erbrechen im Vordergrund steht, ist eine Metoclopramid-Therapie sinnvoll.

Wenn eine Serie schwerster Migräneanfälle auftritt, ist auch die orale oder subkutane Gabe eines Triptans für einige Tage zu erwägen. Allerdings sollte die Verabreichung im Entzug nicht zu Händen des Patienten gehen, sondern ausschließlich durch Arzt bzw. Krankenpflegepersonal erfolgen: Neuerdings wird zunehmend Missbrauch von Triptanen bei Patienten mit vorhergehendem Missbrauch von Mischanalgetika beobachtet.

Migränepatienten werden auch bezüglich ihrer Lebensführung beraten. Z.B. werden die üblichen Migräneanfallsauslöser mit den Patienten durchgesprochen. Anhand eines von den Patienten geführten Schmerztagebuches werden die individuellen Auslöser ausfindig gemacht.

Während des ersten Vierteljahres nach Absetzen der Mischanalgetika muss der Patient engmaschig weiter begleitet werden. Schmerzattacken und Medikamentenverbrauch werden registriert und wöchentlich mit dem Patienten besprochen.

Während dieser Gespräche wird oft deutlich, dass Migränepatienten dazu neigen, Mischanalgetika prophylaktisch einzunehmen, „damit kein Migräneanfall auftritt“. Diese Einstellung zur Krankheit sollte sich langsam verändern. Mischanalgetika dürfen nicht genommen werden, auch nicht in Form selbst hergestellter Mischungen!

Besteht Krankheitseinsicht und Compliance, ist der Erfolg des geschilderten Vorgehens überraschend gut, besonders bei Migränekranken. Allerdings ist der erste Anlauf oft nicht erfolgreich.

In der Regel empfiehlt sich ein stationärer Entzug, auf den viele Patienten sich aber zunächst nicht einlassen wollen. Bei hoch motivierten Patienten und gutem sozialen Rückhalt kann ambulant entzogen werden. Nach dem Scheitern eines ambulanten Behandlungsversuches ist erfahrungsgemäß die Bereitschaft zu einer stationären Behandlung deutlich besser. Diese sollte dann aber möglichst in einer spezialisierten Institution (Schmerzambulanz, Kopfschmerzambulanz, psychiatrische Suchtambulanz mit Erfahrung bei Mischanalgetika-Missbrauchern) erfolgen.

Abruptes Absetzen bei Schmerzmittelabhängigkeit

Triptane bei schweren Migräneanfällen

Führen eines Schmerztagebuches

Gründe für einen ambulanten/ stationären Entzug

Entzug von Mischanalgetika

- ▲ Aufklärung des Patienten, insbesondere über zu erwartende Kopfschmerzen
- ▲ Schlagartiges Absetzen der missbrauchten Schmerzmittel
- ▲ begleitende Behandlung auftretender Kopfschmerzanfälle
- ▲ Behandlung der Grunderkrankung
- ▲ Erwägung eines stationären Entzugs

4.5. Entzug, Entwöhnung, Nachsorge – die Elemente des Suchtbehandlungssystems

Klärung des zuständigen Kostenträgers

Das in der Bundesrepublik bestehende System der Suchtkrankenhilfe bietet therapeutische Hilfen bei der körperlichen und psychischen Bewältigung einer Suchterkrankung. Als Kostenträger kommen – abhängig vom Maßnahmetypus und Versicherungsstatus des Patienten – die zuständige gesetzliche oder private Krankenversicherung, die Rentenversicherung sowie der zuständige Sozialhilfeträger in Betracht. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, einen Entzug ambulant oder stationär durchzuführen. Die Entscheidung für das eine oder andere hängt zum einen von der Schwere der Abhängigkeit ab, zum anderen auch von der sozialen Unterstützung, die der Betroffene durch sein soziales Umfeld oder seine Familie in der Entzugssituation erwarten kann.

4.5.1. Stationäre Entzugsbehandlung

Einrichtungen und Dauer des stationären Entzugs

Ziel der Entzugs-/Entgiftungsbehandlung ist es, die körperlichen Voraussetzungen für weitergehende therapeutische Maßnahmen zu schaffen. Dazu gehört u.U. auch eine medikamentöse Behandlung auftretender Entzugserscheinungen. Die Behandlung sollte in der suchtmmedizinischen Abteilung einer psychiatrischen Klinik oder einer spezialisierten Abteilung eines Akutkrankenhauses erfolgen. Die Dauer des klinischen Entzugs hängt von der Art und der Dosis der missbrauchten Substanz ab. Die Kosten hierfür werden von der Krankenkasse getragen, die als Regeldauer jedoch nur sieben Tage anerkennt – was häufig nicht ausreicht.

4.5.2. Qualifizierte Entzugsbehandlung

Begleitung des Entzugs durch Psychotherapie

Neben der körperlichen Entgiftung ist es das Ziel einer *qualifizierten* Entzugsbehandlung, durch psychotherapeutische Interventionen beim Patienten die Krankheitseinsicht zu fördern und ihn für eine weiterführende Behandlung zu motivieren.

Dort, wo ein qualifizierter stationärer Entzug angeboten wird, erfolgt dieser in der Regel in einer suchtmmedizinischen Abteilung einer psychiatrischen Klinik oder in spezialisierten Abteilungen anderer Krankenhäuser. Für diese Behandlung sind mindestens zwei Wochen erforderlich, da Patienten im Regelfall erst nach ihrer körperlichen Entgiftung für eine weitergehende Therapiemaßnahme motiviert werden können.

4.5.3. Entwöhnungsbehandlung

Rentenversicherung als Kostenträger für die „Medizinische Rehabilitation“

Entwöhnungsbehandlungen werden als „Medizinische Rehabilitation“ von den Rentenversicherungsträgern finanziert, sofern ein Anspruch des Patienten besteht. Ziel ist der Erhalt einer gefährdeten bzw. die Wiederherstellung einer verloren gegangenen Erwerbsfähigkeit und die Förderung der aktiven Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft. In anderen Fällen kann die Krankenkasse die Kosten übernehmen bzw. subsidiär der Sozialhilfeträger.

Seit Anfang der 90er Jahre besteht alternativ zur stationären Therapie auch die Möglichkeit zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme.

4.5.3.1. Ambulante Entwöhnungsbehandlung

Ambulante Entwöhnungsbehandlungen können in dafür anerkannten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, Integrierte Suchtberatungsstellen etc.) durch suchtttherapeutisch qualifizierte Fachkräfte durchgeführt werden.

Eine ambulante Entwöhnungsbehandlung kommt in Frage, wenn der Betreffende ausreichende persönliche und soziale Ressourcen hat, um eine schwierige Zeit durchzustehen, ohne auf seine „altbewährte“ Bewältigungsstrategie (Medikamenteneinnahme) zurückzugreifen.

In der Regel sind Einzel- und Gruppentherapie Teil der Behandlung. Die Behandlungsdauer beträgt bis zu 12–18 Monate.

Zusätzlich zur ambulanten Therapie hat sich bewährt, wenn die Patienten auch an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen.

Ferner existieren in Ballungsgebieten teilweise auch ganztägige ambulante Behandlungsangebote (teilstationäre/tagesklinische Einrichtungen), die eine umfangreichere und intensivere Behandlung ermöglichen.

4.5.3.2. Stationäre Entwöhnungsbehandlung in Fachkliniken

Stationäre Entwöhnungsbehandlungen werden in dafür ausgewiesenen und interdisziplinär besetzten Fachkliniken durchgeführt. Sie bieten qualifizierte multimodale Therapiekonzepte an, die Einzel- und Gruppentherapien, ärztliche Behandlung, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Entspannungs- und Musiktherapie, arbeitsbezogene Leistungen etc. umfassen können. Nur wenige Einrichtungen verfügen über Behandlungsangebote, die sich ausschließlich auf medikamentenabhängige Patienten spezialisieren. Deshalb werden sie meistens mit anderen Patienten, die an einer stoffgebundenen Suchterkrankung leiden, gemeinsam therapiert.

Einige Kliniken führen ergänzende Gruppeninterventionsprogramme für Patienten mit einer Medikamentenabhängigkeit durch, in denen spezifische Aspekte einer Medikamentenabhängigkeit behandelt werden. Auch Angehörige können in den Therapieverlauf mit einbezogen werden.

Eine stationäre Entwöhnungstherapie dauert in der Regel 8 bis 16 Wochen – abhängig von den individuellen Voraussetzungen.

4.5.4. Nachsorge

Die „Nachsorge“ im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung kann in einer dafür zugelassenen ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle durchgeführt werden. Sie besteht in wöchentlichen Gruppentherapie-Sitzungen, in denen das Gelernte aufgefrischt und die Abstinenzmotivation unter alltäglichen Rahmenbedingungen erhalten werden soll. Bewährt hat sich zudem die Einbindung in Sucht-Selbsthilfegruppen.

4.6. Kriterien zur Durchführung von ambulanter oder stationärer Rehabilitation

Die Kostenträger haben Kriterien für die Entscheidung zwischen einer ambulanten oder einer stationären Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen aufgestellt. Demnach ist eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme dann angezeigt, wenn sie Aussicht auf Erfolg hat und eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erfor-

Voraussetzungen und Dauer einer ambulanten Entwöhnung

Therapieelemente einer stationären Entwöhnung

Nachsorge in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen

Ambulante Rehabilitation bei stabilem sozialen Umfeld

derlich ist. Erfolgversprechend ist sie insbesondere dann, wenn der Abhängigkeitserkrankte noch über ein stabiles soziales Umfeld verfügt und etwaige Belastungsfaktoren über bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgefangen werden können. Dies umfasst eine stabile Wohnsituation sowie eine noch ausreichend bestehende berufliche Integration. Zudem sollte erkennbar sein, dass die Fähigkeit zu einer aktiven Mitarbeit, regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans besteht. Dies setzt auch eine ausreichende Mobilität des Abhängigkeitserkrankten voraus.

Umgekehrt ist eine stationäre Maßnahme dann sinnvoll, wenn schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet vorliegen, eine Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld als sinnvoll erscheint und dieses für den Erkrankten keine stützende Funktion mehr übernimmt. Eine fehlende berufliche Integration ist ein weiterer Indikator für die Angemessenheit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme.

Kriterien für eine stationäre Rehabilitation

Bei folgenden Problemkonstellationen ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme indiziert:

- ▲ Vorliegen einer langjährigen chronifizierten Medikamentenabhängigkeit
- ▲ Patient ist chronisch mehrfach beeinträchtigt
- ▲ Es liegen komorbide Störungen vor wie z.B.:
 - chronifizierte Angsterkrankungen
 - somatoforme Schmerzstörungen
 - Depressionen
 - schwere Persönlichkeitsstörungen (Borderline, narzisstische oder dissoziale Persönlichkeitsstörungen)
 - Essstörungen
 - posttraumatische Belastungsstörung

Übersicht verfügbarer Behandlungsangebote bei Medikamentenabhängigkeit

Behandlungssetting problemadäquat auswählen

Therapieangebot	Aufgabe/Zielsetzung	durchschnittliche Behandlungsdauer	Kostenträger
ambulante Suchtberatung	niedrigschwelliges Kontaktangebot Schaffung von Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation, evtl. Nachsorge nach stationärem Aufenthalt	patientenabhängig	kostenfrei über Beratungsstellen kommunaler Träger oder der freien Wohlfahrtspflege
ambulante Psychotherapie	Behandlung komorbider Störungen Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt	patientenabhängig: Zunächst bis 5 probatorische Sitzungen. Kurztherapie 25 Std., Verlängerung ist bei entsprechendem Antrag möglich.	GKV, bei Sozialhilfeabhängigkeit zuständiger Sozialhilfeträger gemäß § 40 SGB XII (Eingliederungshilfe) in der PKV vertragsabhängig
stationärer Entzug	Entgiftung vom Suchtmittel und Behandlung der körperlichen Entzugerscheinungen	bis zu 7 Tage	GKV, PKV, bei Sozialhilfeabhängigkeit zuständiger Sozialhilfeträger gemäß § 37 SGB XII (Krankenhilfe)

Therapieangebot	Aufgabe/Zielsetzung	durchschnittliche Behandlungsdauer	Kostenträger
Qualifizierte Entzugsbehandlung	neben Entgiftung und Behandlung körperlicher Entzugserscheinungen auch Einbezug von psychotherapeutischen Elementen zur Steigerung der Behandlungsmotivation Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs zur Entwöhnungsbehandlung	14 bis 21 Tage	vorab ist die Möglichkeit einer Kostenübernahme mit dem zuständigen Kostenträger (GKV, PKV, bei Sozialhilfeabhängigkeit zuständiger Sozialhilfeträger gemäß § 40 SGB XII – Eingliederungshilfe) zu klären
Stationäre medizinische Rehabilitation	Einzel- und Gruppentherapie, begleitende Therapieformen (z.B. Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Entspannungs- und Musiktherapie, Soziotherapie, arbeitsbezogene Leistungen) Ziel: wie unter ambulanter Rehabilitation	in der Regel 8 bis 16 Wochen, unterschiedliche Behandlungsdauer in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen (Kurz-, mittelfristige, Langzeitbehandlung)	Rentenversicherung, GKV, bei Sozialhilfeabhängigkeit zuständiger Sozialhilfeträger gemäß § 40 SGB XII (Eingliederungshilfe)
ambulante medizinische Rehabilitation/ ganztäglich ambulante Rehabilitation (ehemals teilstationär)	Einzel- und Gruppentherapie Ziel: Erreichung und Erhalt der Abstinenz, Behebung körperlicher und seelischer Störungen und Teilhabe an Arbeit, Beruf und Gesellschaft	bis zu 18 Monate	Rentenversicherung, GKV, bei Sozialhilfeabhängigkeit zuständiger Sozialhilfeträger gemäß § 40 SGB XII (Eingliederungshilfe)
ambulante Nachsorge, poststationäre Behandlung	Stabilisierung der Therapieergebnisse im Alltag, berufliche Reintegration	patientenabhängig	Rentenversicherung, GKV, bei Sozialhilfeabhängigkeit zuständiger Sozialhilfeträger gemäß § 40 SGB XII (Eingliederungshilfe)
Selbsthilfe	Förderung der Krankheitseinsicht, Stärkung der Behandlungsmotivation, Stabilisierung von Therapieerfolgen im Alltag, Rückfallprophylaxe, soziale Reintegration	patientenabhängig – ggf. lebenslang	kostenfrei

5. Informationen zu Einrichtungen des Hilfesystems

Niedergelassene Ärzte können zur Schaffung eines Problembewusstseins auf Seiten des Patienten beitragen und die erforderlichen Veränderungen des Medikamentenkonsums einleiten und begleiten.

Dabei haben Sie die Möglichkeit auf weitere Einrichtungen zurückzugreifen, die Hilfen bei der Ursachenanalyse und -aufarbeitung, der weitergehenden Lebensberatung und Unterstützung im therapeutischen Prozess sowie in der Nachsorge der Suchterkrankung anbieten.

Die im Folgenden genannten Stellen können Sie bei der Behandlung eines Patienten mit Medikamentenabhängigkeit unterstützen. Zudem haben Sie im Folgenden die Möglichkeit, sich die Anschriften der Einrichtungen in Ihrer Umgebung, mit denen Sie gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit gemacht haben, zu vermerken.

5.1. Suchtmedizinisch qualifizierte Ärzte

Bei der Behandlung eines Patienten mit Medikamentenabhängigkeit kann es hilfreich sein, einen ärztlichen Kollegen mit der Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zu kontaktieren.

Die zuständige KV verfügt über Informationen, wer die Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ besitzt und entsprechend tätig ist.

**Ärzte mit
Zusatzqualifikation
„Suchtmedizinische
Grundversorgung“**

5.2. Ambulante Psychotherapie

Ambulante Psychotherapie wird von ärztlichen Psychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten angeboten. Diese können die Behandlung über die gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnen, wenn sie die anerkannten Richtlinienverfahren der Verhaltenstherapie oder der Psychoanalyse / tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie durchführen. Dabei ist es ratsam, vorab vorhandene suchtspezifische Kenntnisse des/der Therapeuten abzufragen.

Eine von der Krankenkasse zu genehmigende Kurzzeittherapie umfasst bis zu 25 Stunden, ein Verlängerungsantrag ist möglich. Es besteht die Möglichkeit, zu Therapiebeginn 5 bis 8 probatorische Sitzungen durchzuführen, die der Abklärung des Therapiebedarfs und der geeigneten Therapieform dienen. Um an einer ambulanten Psychotherapie teilnehmen zu können, müssen mitunter lange Wartezeiten in Kauf genommen werden. Die Krankenkassen verfügen in der Regel über Listen der im Rahmen des Richtlinienverfahrens zugelassenen Psychotherapeuten.

**Abrechnungsfähigkeit
anerkannter
Psychotherapien
über die GKV**

5.3. Ambulante Suchtberatungsstellen

Suchtberatungsstellen bearbeiten die Abhängigkeitsproblematik unter Berücksichtigung von Persönlichkeits- und Umweltfaktoren sowie der Lebens- und Arbeitsbedin-

**Einbeziehung psychosozialer
Faktoren
durch Sucht-
beratungsstellen**

gungen des Patienten. Ziel ist es, ein Verständnis der dem Medikamentenkonsum zugrunde liegenden Konflikte zu entwickeln und alternative Handlungsmöglichkeiten in der Bewältigung umzusetzen.

Dabei können auch nahe Angehörige/Bezugspersonen in den Hilfeprozess einbezogen werden.

Informationen über Gesundheitsämter oder Wohlfahrtsverbände

Informationen über die nächstgelegene Suchtberatungsstelle können über die Gesundheitsämter und/oder die Wohlfahrtsverbände (AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Deutscher Caritasverband, Der Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., Deutsches Rotes Kreuz e.V., Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (ZWST)) abgefragt werden.

5.4. Ambulante psychosoziale Beratung

Weiterführende ambulante Hilfsangebote bei Spezialproblemen

Im Bereich ambulanter psychosozialer Beratung steht ein breites und differenziertes Angebot für unterschiedliche Lebensprobleme zur Verfügung. Weiterführende Hilfen bei der Bearbeitung begleitender bzw. zugrunde liegender Probleme bieten folgende Fachberatungsstellen an:

- Erziehungsberatungsstellen
- Paar- und Familienberatungsstellen
- Schuldnerberatung
- Einrichtungen bei Problemen mit familiärer Gewalt oder sexuellem Missbrauch (Beratungsstellen, Frauenhäuser, Kinderschutzbund)
- Beratung für pflegende Angehörige

Die genannten Beratungsstellen befinden sich in der Regel in Trägerschaft freier Wohlfahrtsverbände oder der Kommunen.

5.5. Gruppenangebote

Gruppenangebote bei Suchtproblemen

Weitere Aspekte in der Therapie der Medikamentenabhängigkeit können die Überwindung sozialer Isolation und die Einübung neuer Verhaltensweisen darstellen. Dazu kann auf folgende Gruppenangebote zurückgegriffen werden:

- Sport- und Entspannungsangebote (z.B. Sportvereine, Volkshochschule)
- (Gruppen-)Angebote für gesunde Ernährung (z.B. Krankenkassen, Verbraucherzentralen)
- Stress-Bewältigung (Diplom-Psychologe, Psychotherapeut, Krankenkassen u. a.)

Entsprechende Kursangebote können über die Krankenkassen oder die Volkshochschule o.Ä. abgefragt werden.

Vielerorts können örtlich verfügbare Beratungsangebote auch über das Branchenbuch („Gelbe Seiten“), dort im Informationsteil unter dem Stichwort „Beratung und Auskünfte“, über die Wohlfahrtsverbände sowie über die lokalen öffentlichen Gesundheitsdienste abgerufen werden.

5.6. Sucht-Selbsthilfe

Sucht-Selbsthilfe richtet sich traditionell an Menschen mit alkoholbezogenen Störungen, inzwischen arbeiten viele Gruppen substanzübergreifend.

In Selbsthilfegruppen helfen und unterstützen Betroffene sich gegenseitig. Selbsthilfe wirkt motivierend auf die Veränderungsbereitschaft, begleitet die Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik und ist als langfristige Nachsorge von besonderer Bedeutung.

Viele Gruppen stehen Betroffenen und Angehörigen gemeinsam offen, daneben gibt es spezielle Gruppen nur für Betroffene oder nur für Angehörige.

Selbsthilfe ist niedrigschwellig und kostenfrei. Meist ist ein vorheriger Telefonkontakt mit ehrenamtlichen Helfern möglich, vielerorts auch auf Wunsch Einzelberatung und Hausbesuche.

Einige Selbsthilfe-Organisationen und eine Reihe von Selbsthilfe-Kontaktstellen bieten angeleitete Gruppen speziell für Menschen mit Medikamentenproblemen an.

Die Sucht-Selbsthilfegruppen sind in der Regel in Verbänden organisiert, deren Adressen im Anhang aufgeführt sind.

Gegenseitige Hilfe durch Betroffene

Gruppenangebote für Angehörige

Adressen von Sucht-Selbsthilfe-Verbänden siehe Anhang

5.7. Gesundheits-Selbsthilfe

Ausgangspunkt für einen missbräuchlichen Medikamentenkonsum sind oftmals andere zugrunde liegende Krankheits- und Beschwerdebilder.

Besonders im Bereich der Angst- und Panikstörungen, verschiedenen Schmerzkrankungen und Depressionen existieren bundesweite Selbsthilfeorganisationen, die neben Beratung und Vermittlung in Selbsthilfegruppen auch geeignete Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten erstellen. Darüber hinaus bieten einige dieser Organisationen auch Informationen und Hilfen für Angehörige an.

Über bundesweite Selbsthilfeorganisationen informiert die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Dort erhalten Sie auch Adressen der regionalen Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen, der nächstgelegenen Koordinationsstelle Selbsthilfe und Ärzte, die einen Überblick über das Angebot von Selbsthilfegruppen in Ihrer Region bieten.

Informationen über spezielle Selbsthilfeangebote über NAKOS

5.8. Weitere therapeutische Angebote

Für verschiedene Beschwerden stehen Möglichkeiten für eine weitergehende Diagnostik und Behandlung, auch mit nicht-medikamentösen Verfahren zur Verfügung, wie z.B.:

- Schmerztherapie (Fachärzte mit der Zusatzqualifikation „Schmerztherapie“, Fachkliniken, spezialisierte Diplom-Psychologen)
- Akupunktur (Fachärzte, Suchtberatungsstellen, Fachkliniken u. a.)
- Schlafmedizinische Angebote/Schlafschulungen (Schlaflabor, Fachkliniken, Fachärztinnen und -ärzte, Fachabteilungen der Allgemein-Krankenhäuser)

Informationen und Kontakte erhalten Sie über die jeweiligen Berufs- und Fachverbände.

5.9. Stationäre suchtspezifische Behandlungsangebote

5.9.1. Entgiftung/Entzug

Einrichtungen für eine stationäre Entgiftung

Stationäre Entgiftung zielt darauf ab, den missbrauchten Stoff auf zellulärer und systemischer Ebene unschädlich zu machen und die Basis für weitere psychosoziale Maßnahmen zu schaffen. Sie sollte in einer suchtmmedizinischen Abteilung, einer psychiatrischen Klinik oder in einer Fachabteilung eines Akutkrankenhauses erfolgen. Sinnvoll ist der „qualifizierte Entzug“, eine Maßnahme, die gleichzeitig den suchtspezifischen und den psychosomatischen Aspekt des Medikamentenkonsums aufgreift und für eine weitere psychosoziale Behandlung und/oder Beratung motiviert.

5.9.2. Stationäre Entwöhnung/Rehabilitation

Qualifizierte Therapieangebote in Suchtfachkliniken

Suchtfachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen bieten qualifizierte Therapiekonzepte für Menschen mit suchtspezifischen Störungen. In den meisten Einrichtungen werden Medikamentenabhängige zusammen mit Alkoholabhängigen gemeinsam behandelt. Einige Einrichtungen verfügen über spezielle Therapiekonzepte für Medikamentenabhängige.

Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung dauert im Schnitt 8 bis 16 Wochen – abhängig von den individuellen Voraussetzungen. Im Anschluss an eine stationäre Therapie ist häufig eine weitere Begleitung durch eine Selbsthilfegruppe und/oder eine Beratungsstelle für eine effektive Nachsorge notwendig.

Eine stationäre Behandlung (Entwöhnung) wird meist durch eine Beratungsstelle vorbereitet und eingeleitet.

5.9.3. Ganztägig ambulante (teilstationäre) Angebote

Einbindung der Alltagsbedingungen bei ambulanten Entwöhnungsmaßnahmen

Einige Einrichtungen des Suchthilfesystems bieten auch ganztägig ambulante Entwöhnungsmaßnahmen an. Diese bestehen i.d.R. aus einem strukturierten therapeutischen Tagesaufenthalt in der Einrichtung, wodurch es möglich wird, die in der Therapie gewonnenen Erkenntnisse schrittweise auf den Alltag zu übertragen. Inwieweit derartige Angebote verfügbar sind, sollte mit den vor Ort vorhandenen Einrichtungen abgeklärt oder bei den in Kapitel 6 aufgeführten Dachverbänden erfragt werden.

6. Allgemeine Informationen zum Thema

Für Anfragen zu Informationsmaterialien und Adressen von Landesärztekammern, ärztlichen Fachgesellschaften und Fachverbänden sowie Selbsthilfeverbänden wenden Sie sich bitte an:

Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel. 030 - 400 456 - 0
Fax 030 - 400 456 - 388
E-Mail: cme@baek.de
www.bundesaerztekammer.de

Für Anfragen bzgl. Informationsmaterialien zu suchtbezogenen Themen, zur Suchtvorbeugung, sowie zu Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der Sucht-Selbsthilfe:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Postfach 1369
59003 Hamm
Tel. 02381 - 9015 - 0
Fax 02381 - 90 15 - 30
E-Mail: info@dhs.de
www.dhs.de

Fachverband Sucht e.V.

Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel. 0228 - 261555
Fax 0228 - 215885
E-Mail: sucht@sucht.de
www.sucht.de
(→ Einrichtungen/Behandlung,
Informationen für Betroffene)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.

Postfach 1453
59004 Hamm
Tel. 02381 - 4179 - 98
Fax 02381 - 9015 - 30
e-mail: dg-sucht@t-online.de
www.dg-sucht.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Tel. 0221 - 8992 - 0
Fax 0221 - 8992 - 300
E-Mail: poststelle@bzga.de
www.bzga.de

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung

Tel. 0221 - 892031

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss)

Wilhelmshöher Allee 273
34 131 Kassel
Tel. 0561 - 779351
Fax 0561 - 102883
E-Mail: buss@suchthilfe.de
www.suchthilfe.de
(Einrichtungsverzeichnis:
www.suchthilfe.de/kliniken/bundesuebersicht.htm)

Abstinenz- und Selbsthilfverbände:**Blaues Kreuz in Deutschland e.V.**

Freiligrathstraße 27
42289 Wuppertal
Tel. 0202 - 62003 - 0
Fax 0202 - 62003 - 81
E-Mail: bkd@blaues-kreuz.de
www.blaues-kreuz.de

Guttempler in Deutschland

Adenauerallee 45
20097 Hamburg
Tel. 040 - 245880
Fax 040 - 241430
E-Mail: info@guttempler.de
www.guttempler.de

Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e.V.

Geschäftsstelle
Julius-Vogel-Straße 44
44149 Dortmund
Tel. 0231 - 586 41 - 32
Fax 0231 - 586 41 - 33
E-Mail: bke@blaues-kreuz.org

Kreuzbund e.V. – Bundesgeschäftsstelle

Münsterstr. 25
59065 Hamm
Tel. 01805 - 410 450
Tel. 02381 - 6 72 72 - 0
Fax: 02381 - 6 72 72 - 33
E-Mail: info@kreuzbund.de
www.kreuzbund.de

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e.V.

Untere Königsstr. 86
34117 Kassel
Tel. 05 61 - 78 04 13
Fax 05 61 - 71 12 82
E-Mail: mail@freundeskreise-sucht.de
www.freundeskreise-sucht.de

Eigene Notizen und Anschriften:

Suchtmedizinisch qualifizierte/r Arzt/Ärztin/Psychiater/Psychiaterin in der Nähe meiner Praxis:

Ambulante/r Psychotherapeut/Psychotherapeutin in der Nähe meiner Praxis:

Suchtberatungsstelle in der Nähe meiner Praxis:

Kontaktadresse Suchtselbsthilfe:

Adresse zur Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen:

NAKOS Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Wilmerdorfer Str. 39

10627 Berlin

Tel. 030 / 31 01 89 60

Fax 030 / 31 01 89 70

E-mail: selbsthilfe@nakos.de

www.nakos.de

Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA)

Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung

Kontaktadresse Klinik mit Entgiftungsabteilung:

Kontaktadresse Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen
(siehe auch www.sucht.de, www.suchthilfe.de):

Einrichtungen mit ganztägig ambulanten (teilstationären) Therapieangeboten
in der Umgebung:

7. Weiterführende Literatur

- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.) (2006) *Arzneiverordnungen*, 21. Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- von Ascheraden C, Gellert R, Hagenbuch F (2007) Sucht im Alter: Die stille Katastrophe. *Deutsches Ärzteblatt*, pp, 01/2007, S. 17
- Böger RH, Schmidt G (2006) Analgetika. In: Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungs-Report 2006*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg; S. 273–290
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007) *Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln;
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/adhslang.pdf> (31.01.2007)
- Fachverband Sucht e. V. (2006) *Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen*, 12. Auflage, Bonn 2006
- Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (Hrsg.) (1999) *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart, New York
- Glaeske G, Günther J, Keller S (1997) *Nebenwirkung: Sucht – Medikamente, die abhängig machen*, München
- Glaeske G, Janhsen K (2002) *Der „GEK-Arzneimittel-Report 2002“*. Asgard-Verlag, St. Augustin
- Glaeske G (2006) Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, in: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Jahrbuch Sucht 06*, Geesthacht 2006, S. 87–103
- Günther J (2006) Migränemittel. In: Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungs-Report 2006*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg; S. 735–744
- Havemann-Reinecke U, Weyerer S, Fleischmann H (Hrsg.) (1998) *Alkohol und Medikamente. Missbrauch und Abhängigkeit im Alter*, Lambertus Verlag, Freiburg i. Br.
- Hoffmann F, Glaeske G, Scharffetter W (2006) Zunehmender Hypnotikaverbrauch auf Privatrezepten in Deutschland. In: *SUCHT 52. Jahrgang 2006, Heft Nr. 6*, S. 360–366
- Holzbach R (2005) Die Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen. Weiter verschreiben oder stoppen? *DNP 10/2005*, S. 45
- Janhsen K, Glaeske G (2002) Benzodiazepine – noch immer zu hoch und zu lange dosiert, *Sucht aktuell*, 02/2002
- Kraus L, Augustin R (2005) Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht*, 51 (Sonderheft 1), März 2005; S. 4–57
- Krausz M, Haasen C, Naber D (Hrsg.) (2003) *Pharmakotherapie der Sucht*, Basel
- Lohse MJ, Müller-Oerlinghausen B (2006) Hypnotika und Sedativa. In: Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungs-Report 2006*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg; S. 641–654
- Lohse MJ, Lorenzen A, Müller-Oerlinghausen B (2006) Psychopharmaka. In: Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungs-Report 2006*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg; S. 819–868

- Miller WR, Rollnick S (1999) Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus Verlag, Freiburg i. Br.
- Noble S, Langtry HD, Lamb HM (1998) Zopiclone. An update of its pharmacology, clinical efficacy and tolerability in the treatment of insomnia. *Drugs* 55: 277–302
- Poser W, Poser S (1996) Arzneimittelabhängigkeit. Thieme, Stuttgart
- Rockstroh S (2002) Lehrbuch – Einführung in die Neuropsychopharmakologie, Bern
- Rumpf HJ, Weyerer S (2005) Sucht im Alter, in: *Sucht aktuell* 2/2005, S. 28–33
- Scharnetzky E (2004) Aktuelle Analysen zur medikamentösen Behandlung des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS). In: Glaeske G, Janhsen K (2004) *Der „GEK-Arzneimittel-Report 2004“*. Asgard-Verlag, St. Augustin, S. 127–135
- Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W (Hrsg.) (2006) *Evidenzbasierte Suchtmedizin – Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Schubert I, Köster I, Adam C, Ihle P, Döpfner M, Lehmkuhl G (2003) Psychopharmakaverordnungen bei Kindern und Jugendlichen mit Behandlungsanlass „Hyperkinetische Störung“. *Z.f.Gesundwiss* 11/2003, 306–324
- Schuhler P, Baumeister H (1999) *Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch*. Weinheim: Beltz
- Schwabe U, Paffrath D (2006) *Arzneiverordnungs-Report 2006*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg
- Soyka M (1998) *Drogen- und Medikamentenabhängigkeit*, Stuttgart
- Thomasius R (Hrsg.) (2000) *Psychotherapie der Suchterkrankungen*, Stuttgart
- Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J (2001) Hazardous benzodiazepine Regimens in the Elderly: Effects of Half-Life, Dosage, and Duration on Risk of Hip Fracture. *Am J Psychiatry* 158: 892–898
- Weissinger V (2006) Zukunftsperspektiven und Entwicklungsaufgaben der Suchtbehandlung, *Sucht aktuell* 1/2006, S. 58–72
- Weyerer S (2001) Medikamentensucht im Alter. In: *Bündnis 90/Die Grünen im Bayerischen Landtag* (Hrsg.) *Sucht auf Rezept. Problem Medikamentenabhängigkeit. Reader zur Anhörung*. München 2001, S. 22–28
- Woggon B (2005) (2. Auflage) *Behandlung mit Psychopharmaka – Aktuell und maßgeschneidert*, Bern
- Wolter-Henseler DK (1999) Benzodiazepine: Verordnung, Einnahme, Mißbrauch und Abhängigkeit im Alter. *Zeitschr. f Gerontopsychologie & -psychiatrie*. 12,2: 115–128

Informationen für Patienten

- Elsesser K, Sartory G (2005) *Ratgeber Medikamentenabhängigkeit – Informationen für Betroffene und Angehörige*. Hogrefe, Göttingen
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2006) *Immer mit der Ruhe ... Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln*, Hamm
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2005) *Nicht mehr alles schlucken ...! Frauen. Medikamente. Selbsthilfe – Ein Handbuch*, Hamm
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2006) *Substanzbezogene Störungen im Alter, Informationen und Praxishilfen*, Hamm

Psychotrope Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen mit Sucht- und Missbrauchspotential

Barbiturate

Phenobarbital

Benzodiazepine

Alprazolam	Bromazepam	Brotizolam	Chlordiazepoxid
Clobazam	Clonazepam	Diazepam	Dikaliumclorazepat
Flunitrazepam	Flurazepam	Loprazolam	Lorazepam
Lormetazepam	Medazepam	Nitrazepam	Oxazepam
Prazepam	Temazepam	Tetraazepam	Triazolam

Benzodiazepin-Analoga

Zaleplon	Zolpidem	Zopiclon
----------	----------	----------

Clomethiazol

Opiate und Opioide

Buprenorphin	Codeinphosphat ohne Analgetikum	Fentanyl	Levomethadon
--------------	------------------------------------	----------	--------------

Methadon	Pethidin	Tilidin	Tramadol
----------	----------	---------	----------

Mischanalgetika

Analgetikum + Codein	Analgetikum + Coffein
-------------------------	--------------------------

Psychostimulantien/Amphetamine

Amfepramon	Amfetaminil	Ephedrin	Fenitillin
Methylphenidat	Norpseudoephedrin	Pemolin	Phenylpropanolamin
Pseudoephedrin			

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. med. Christoph Freiherr von
Ascheraden
Vizepräsident der Bezirksärztekammer
Südbaden, Stellv. Vorsitzender des
Ausschusses Sucht und Drogen der
Bundesärztekammer, St. Blasien

Dr. med. Horst Baumeister
Ltd. Oberarzt
Psychosomatische Fachklinik
Münchwies, Neunkirchen

Dr. med. Astrid Bühren
Mitglied des Vorstandes der
Bundesärztekammer, Vorsitzende des
Ausschusses Sucht und Drogen der
Bundesärztekammer, Murnau

Prof. Dr. med. Ingo Flenker
Ehrenpräsident der Ärztekammer
Westfalen-Lippe, Präsident von 1993 bis
2005, Mitglied des Ausschusses Sucht
und Drogen der Bundesärztekammer,
Medizinische Klinik der Kath. St. Lukas
Gesellschaft, Dortmund

Prof. Dr. med. Markus Theodor Gastpar
Leitender Arzt der Fliegener Klinik Berlin
Mitglied der Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft, Berlin

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik der
Universität Bremen, Bremen

Dr. med. Constanze Jacobowski
Ärztekammer Berlin – Referat
Qualitätssicherung, Mitglied des
Ausschusses Sucht und Drogen der
Bundesärztekammer, Berlin

Dr. rer. medic. Wilfried Kunstmann
Referent für Gesundheitsförderung und
Prävention, Bundesärztekammer, Berlin

Dipl.-Psych. Karin Mohn
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.,
Hamm

Christine Müller
2. Vorsitzende des Kreuzbund
Diözesanverbandes Mainz e.V.
Selbsthilfe und Helfergemeinschaft für
Suchtmittelabhängige und Angehörige,
Raunheim

Prof. Dr. Wolfgang Poser
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie der
Georg-August-Universität Göttingen,
Mitglied der Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft, Göttingen

Prof. Dr. med. Lutz G. Schmidt
Direktor (komm.) der Psychiatrischen
Klinik und Poliklinik der Johannes-
Gutenberg-Universität Mainz, Präsident
der Deutschen Gesellschaft für Sucht-
forschung und Suchttherapie e.V.,
Mitglied der Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft, Mainz

Wiebke Schneider
Dipl. Pädagogin/Dipl. Sozialpädagogin/
Dipl. Supervisorin, Geschäftsführerin
und Suchtreferentin Guttempler-
Bundesverband, Vorstandsmitglied
DHS, Mitglied im Drogen- und
Suchtrat, Hamburg

Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes
Institut für Allgemeinmedizin, Charité,
Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer des Fachverbands
Sucht e. V., Bonn