Fachtagung Sozialpharmazie, 4. und 5. September 2012 in Düsseldorf

Arzneimittelmissbrauch
Arzneimittelabhängigkeit

Gemeinsame Veranstaltung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen und Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Arzneimittelmissbrauch
Arzneimittelsucht

Fachtagung Sozialpharmazie der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen am 4. und 5. September 2012 in Düsseldorf

Bericht unter Berücksichtigung der Korrekturen der Referentinnen und Referenten

Redaktion:

Cordula Billmann
Dr. Andrea Wiegard
Dr. Udo Puteanus

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen.
Westerfeldstr. 35-37
33611 Bielefeld

Dezember 2012

Inhaltsverzeichnis

Dr. Udo Puteanus	Einleitung	4
Prof. Dr. med. Andreas Weber	Arzneimittelmissbrauch: Risiken und Nebenwirkungen der Wettbewerbsgesellschaft	9
Dr. Constanze Schäfer	Süchte im Alter: Geschlechtsspezifische Aspekte	19
Dr. med. Heinrich Elsner	Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit: Beobachtungen aus einer regionalen Drogenberatung und der Netzwerktätigkeit	28
Dr. med. Rüdiger Holzbach	Behandlung von Medikamentenabhängigen	35
Dr. Wilfried Kunstmann	Medikamentenmissbrauch, Medikamentenabhängigkeit: ein Leitfaden für die ärztliche Praxis	43
Dr. Matthias Flume Dr. Holger Neye	Arzneimittelmissbrauch: Erfahrungen und Beratungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen	54
Andreas Heeke	Arzneimittelmissbrauch, Arzneimittelabhängigkeit: Möglichkeiten einer Krankenkasse	60
Wiebke Schneider	Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit: Hilfe durch Selbsthilfe	67
Dr. Ralf Goebel	Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch: Leitfaden der Bundesapothekerkammer für die apothekerliche Praxis	74
Jan Möbius	Arzneimittelabhängigkeit am Beispiel Benzodiazepine: Gemeinsame Herausforderung für Apotheker und Ärzte	79
Heinrich Queckenberg	Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs: Erfahrungen der Apothekerschaft	89
Diskussion im Plenum	Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs und der Arzneimittelabhängigkeit durch die örtliche Arzneimittelüberwachung im Rahmen des Aufgabenbereichs Sozialpharmazie	95

Fachtagung Sozialpharmazie, 4. und 5. September 2012 in Düsseldorf

Arzneimittelmissbrauch, Arzneimittelabhängigkeit

Gemeinsame Veranstaltung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen und Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Einleitung

Dr. Udo Puteanus, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Die Fachtagung Sozialpharmazie 2012 war die 15. Tagung ihrer Art, die gemeinsam von der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen und dem Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen seit 1999 durchgeführt wurde. Grundlage für die Sozialpharmazie-Fachtagungen ist das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGD-Gesetz) und hier insbesondere der § 20 „Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie“. Er legt fest:

> (1) Der Arzneimittelverkehr auf örtlicher Ebene wird von der unteren Gesundheitsbehörde (Amtsapothekerin / Amtsapotheker) überwacht.
>
> (2) Die untere Gesundheitsbehörde (Amtsapothekerin / Amtsapotheker) soll mit Unterstützung des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit anhand der ihr zur Verfügung stehenden Daten den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten. Sie kann dazu Erhebungen durchführen. Auf dieser Grundlage soll sie die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufklären, informieren und beraten sowie an der Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs mitwirken.

Die Fachtagungen greifen Themen auf, die im Rahmen des Aufgabenspektrums der örtlichen Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie von Relevanz sind. Die Fachtagungen dienen dabei unterschiedlichen Zielen: Sofern im Vorfeld bereits ein entsprechendes Projekt durchgeführt wurde, können ihre Ergebnisse hier präsentiert und mit Partnern im Gesundheitswesen diskutiert werden, wie dies bspw. im Jahr 2011 der Fall war. Andererseits dienen sie dem Zweck der Fortbildung der pharmazeutischen Überwachungsbeamtinnen und –beamten in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen. Hinzu kommt ihre Funktion als anerkanntes Seminar im Rahmen der Weiterbildung zum Fachapotheker / zur Fachapothekerin für öffentliches Gesundheitswesen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Verknüpfung sozialpharmazeutischer Themen mit Partnern aus Wissenschaft und Praxis des Gesundheitswesens. Inzwischen konnten ca. 150 Vertreter aus Wissenschaft und Praxis durch ihre Beiträge und durch die Diskussionen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die pharmazeutische Arbeit in den unteren Gesundheitsbehörden in Nordrhein-Westfalen kennenlernen. Daraus erwuchs nicht selten ein engerer Kontakt, der zum Teil zu gemeinsamen Projekten führte. Damit dienen die sozialpharmazeutischen Fachtagungen auch der interdisziplinären Zusammenarbeit, wie es dem Selbstverständnis von Public Health entspricht.

Fachtagungen Sozialpharmazie 1999 bis 2012	
1999	Einführung in die Sozialpharmazie und Epidemiologie
1999	Krankenkassendaten, Entwicklung von Projekten
2000	Datenquellen, Datenhalter, Verbraucherinformation
2001	Sozialpharmazie und Krankenkassen, Aufklärung
2002	Öffentlichkeitsarbeit, Pressearbeit
2003	Doping im Breitensport
2004	Verbraucheraufklärung; Aspekte der Methylphenidat-Therapie
2005	Arzneimittelversorgung in der ambulanten Pflege
2006	Selbstmedikation und Information und Beratung durch Apotheken
2007	Klinische Prüfung
2008	Pharmakovigilanz
2009	Apotheken, Gesundheitsförderung, Gesundheitswissenschaften / Public Health
2010	Arzneimittelüberwachung u. bürgerorientierte Aufklärung im Rahmen der Sozialpharmazie
2011	Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern
2012	Arzneimittelmissbrauch, Arzneimittelabhängigkeit

Im Sinne dieser an Public Health-Zielen orientierten Arbeit der Sozialpharmazie war auch die diesjährige Fachtagung zum Thema „Arzneimittelmissbrauch, Arzneimittelabhängigkeit“ konzipiert. Neben Beiträgen aus der Pharmazie sollten Vertreter aus der Medizin, aus der Suchthilfe, von der Selbsthilfe und aus dem Arbeitsschutz zu Wort kommen.

Mit dem Tagungsthema griffen die Veranstalter eine konkrete Forderung des ÖGD-Gesetzes auf. Denn darin wird gefordert, dass die unteren Gesundheitsbehörden, hier die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker, an der Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs mitwirken sollen.

Der Arzneimittelmarkt bietet eine Fülle von Medikamenten, die potenziell missbräuchlich angewendet werden können. Dazu gehören neben den Dopingmitteln, den Schlankheitsmitteln, den Potenzmitteln und den Stimulantien u. a. auch die Schmerzmittel, Allergiemittel, Beruhigungsmittel, Abführmittel, Erkältungsmittel und eine ganze Reihe weiterer Medikamente.

Zum Thema Doping wurde bereits im Jahr 2003 eine Fachtagung Sozialpharmazie durchgeführt. Im Jahr 2013 standen vor allem die Schlaf- und Beruhigungsmittel und hier insbesondere die Arzneimittel aus der Gruppe der Benzodiazepine im Vordergrund. Am Rande wurden aber auch andere missbräuchlich verwendete Arzneimittel diskutiert.

Der Gruppe der Benzodiazepine als sehr häufig eingesetztes Therapeutikum und als Substanzgruppe, die für die höchste Anzahl an medikamentenabhängigen Menschen verantwortlich ist, kommt eine besondere Bedeutung zu. Ungefähr 1,1 bis 1,3 Mio. Menschen sollen von Benzodiazepinen abhängig sein. In erster Linie sind Frauen ab dem 40., vor allem aber ab dem 60. Lebensjahr betroffen.

Schon seit Mitte der achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts weiß man sehr genau über die Risiken einer zu lang andauernden Einnahme von Benzodiazepinen Bescheid. Es war und ist bekannt, dass schon nach etwa zwei Wochen Entzugs-

symptome auftreten können, wenn ein benzodiazepinhaltiges Arzneimittel abrupt abgesetzt wird. Schon damals war bekannt, dass Angstzustände, Schlafstörungen und Unruhezustände erneut und ggf. verstärkt auftreten können, wenn die Arzneimittel dieser Stoffgruppe zu lange angewendet werden. Trotzdem werden diese Absetzsymptome häufig als erneutes Auftreten der ursprünglichen Störung missgedeutet, was nicht selten zu einem erneuten Einsatz benzodiazepinhaltiger Arzneimittel führt. In diesen Fällen droht eine Spirale in Gang gesetzt zu werden, die zu einer Arzneimittelsucht führen kann. Auch ist immer wieder darüber diskutiert worden, dass gerade ältere Menschen sturzgefährdet sind, wenn sie die muskelrelaxierenden Benzodiazepine einnehmen.

Obwohl die Risiken dieser Schlaf- und Beruhigungsmittel in den Fachkreisen und auch in der Laienpresse immer wieder aufgegriffen wurden, muss auch heute noch festgestellt werden: die Situation hat sich nach über dreißig Jahren nicht wesentlich verbessert. Dies allein war schon Grund genug, das Thema erneut aufzugreifen und darüber zu diskutieren, was getan werden kann, um die Patientinnen und Patienten vor der Falle Arzneimittelabhängigkeit zu schützen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und in Kenntnis der Tatsache, dass Menschen im höheren Alter gehäuft über Schlafprobleme, Einsamkeit, Depressionen, Ängste und Unruhezustände klagen, ist davon auszugehen, dass sich das Problem der Substanzgruppe der Benzodiazepine in Zukunft möglicherweise weiter verschärfen wird, wenn es nicht endlich gelingt, die Einschätzung von Nutzen und Risiken der Benzodiazepine in der Bevölkerung und bei den Heilberufen neu zu justieren. Benzodiazepine sind ein wertvolles Therapeutikum. Sie haben zu Recht die Barbiturate als Schlafmittel abgelöst. Aber sie dürfen nur über einen kurzen Zeitraum angewendet werden, um Abhängigkeiten zu verhindern.

Obwohl dies eine einfache Botschaft ist, fällt es offensichtlich schwer, das Handeln daran zu orientieren. Die Fachtagung diente deshalb zum einen dazu, die Hintergründe des Benzodiazepin-Missbrauchs deutlich zu machen. Sie sollte aber auch dazu beitragen, Ideen für die zukünftige sozialpharmazeutische Arbeit zu entwickeln, die zu konkreten Maßnahmen im öffentlichen Gesundheitsdienst der Kreise und kreisfreien Städten führen sollen. Deshalb war am zweiten Tag der Veranstaltung ausreichend Raum für eine breite Diskussion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit den noch anwesenden Referentinnen und Referenten vorgesehen, der auch genutzt wurde.

Zu Beginn der Fachtagung führte Prof. Dr. med. Andreas Weber, Leiter des medizinischen Dienstes des Berufsförderungswerkes in Dortmund, in das Thema ein. Anknüpfend an sein Berufsumfeld fokussierte er in seinem Beitrag auf Hintergründe eines sich in den letzten Jahren immer weiter steigenden Anspruchs an die Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Die daraus resultierende Überforderung führt dabei zu bewusst oder unbewusst eingeleiteten Abwehrreaktionen der Betroffenen, was bei einem nicht unbeträchtlichen Teil zu dem Versuch führt, mit medikamentösen Hilfsmitteln den Leistungsanforderungen standzuhalten.

Im zweiten Beitrag widmete sich Dr. Constanze Schäfer von der Apothekerkammer Nordrhein Genderaspekten des Arzneimittelmissbrauchs und der Arzneimittelabhängigkeit. Dabei verband sie das Thema mit pharmakologischen Aspekten der Arzneimittelabhängigkeit, womit insbesondere an die pharmazeutischen Kenntnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeknüpft wurde.

Im dritten und vierten Beitrag kamen zwei Praxisbeispiele zu Wort. Dr. med. Heinrich Elsner berichtete über seine Erfahrungen bei der Krisenhilfe Bochum und den dort beobachteten Umgang mit potenziell abhängig machenden Arzneimitteln. Dabei ging er auf das breite Spektrum unterschiedlichster Stoffe und Arzneistoffe ein, die missbräuchlich konsumiert werden. Dr. med. Rüdiger Holzbach gab einen Einblick in die Arbeit der LWL-Kliniken in Warstein und Lippstadt (LWL: Landschaftsverband Westfalen-Lippe), die als zwei von sehr wenigen stationären Einrichtungen in Deutschland Entzugstherapien speziell für Medikamentenabhängige anbietet. Dabei griff er zur Darstellung der Entstehung von Arzneimittelabhängigkeit auf Ergebnisse des „norddeutschen Medikamenten-Monitors“ aus dem Jahr 2010 zurück.

In den vier folgenden Beiträgen stellten Vertreter unterschiedlicher Organisationen ihre Arbeit zur Bekämpfung der Arzneimittelabhängigkeit vor. Dr. Holger Neye und Dr. Matthias Flume referierten über die Aktivitäten der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen und luden die örtliche Arzneimittelüberwachung zu einer engeren Zusammenarbeit auf diesem Gebiet ein. Wiebke Schneider von der Selbsthilfeorganisation Guttempler verwies darauf, dass sich auch die Selbsthilfe in Zukunft verstärkt dem Thema Medikamentenabhängigkeit widmen möchte. Aufgrund der Problematik, dass es sich hier meist um von Ärztinnen und Ärzten verordnete Arzneimittel handelt, fällt es allerdings vielen Betroffenen schwer zu erkennen, dass sie ein Suchtproblem haben. Insofern bedarf es größerer Anstrengungen, diesen Betroffenenkreis zu erreichen. Der Vertreter der Arzneimittelkommission deutscher Apotheker, Dr. Ralf Goebel, verwies auf den Leitfaden der Bundesapothekerkammer zum Umgang mit Medikamenten mit Suchtpotenzial und berichtete über eine Studie in Zusammenarbeit mit den Referenzapotheken der Arzneimittelkommission zum Thema Missbrauch. Dabei konnte erneut bestätigt werden, dass auch zum jetzigen Zeitpunkt weiterhin von den hohen Zahlen an Medikamentenabhängigen ausgegangen werden muss.

Am Schluss des Referateteils standen erneut zwei Praxisbeispiele auf dem Programm. Stefan Möbius von der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA) stellte eine Möglichkeit vor, wie öffentliche Apotheken im Zusammenspiel mit den ortsansässigen Ärztinnen und Ärzten einen ambulanten Entzug bei Benzodiazepin-Abhängigen anbieten können. Ein entsprechendes Projekt ist bereits kurz vor dem Abschluss. Hier hat sich gezeigt, dass die Rekrutierung von Betroffenen zwar nicht einfach ist, dass aber ein Entzug durch langsames Abdosieren, begleitet von einer Zusammenarbeit zwischen Patientin/Patient, Ärztin/Arzt und Apothekerin/Apotheker, möglich ist. Dies wurde auch von Heinrich Queckenberg, Schloss-Apotheke Gelsenkirchen und Vertreter der Apothekerkammer Westfalen-Lippe in Suchtfragen, bestätigt. Es kommt seiner Meinung nach darauf an, eine gute Kommunikation zwischen den beiden Heilberufen auf Langfristigkeit aufzubauen. Dann kann

es gelingen, mit der Ärztin bzw. dem Arzt Problemfälle bei der Arzneitherapie zu besprechen und Lösungen zu finden. Aus seiner Praxis konnte Queckenberg allerdings auch berichten, wie immer wieder von Abhängigen versucht wird, Arzneimittel zu erschleichen. Hier muss eine eindeutige Position von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Apotheke durchgehalten werden. Zudem kommt es darauf an, dass möglichst alle Apotheken in der Umgebung nach diesen Grundsätzen handeln, um ein problemloses Ausweichen der Betroffenen zu verhindern und ihnen damit deutlich zu machen, dass eine weitere Arzneimitteleinnahme nicht die Lösung des Problems darstellt. Hier appellierte Queckenberg an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ihren Einfluss bei den Apotheken im Rahmen ihrer Begehungen geltend zu machen.

Die auf die Vorträge folgende Diskussion der noch anwesenden Referentinnen und Referenten mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern fasste die Gesamtproblematik nochmals zusammen und erbrachte eine Fülle vor Vorschlägen, wie in Zukunft im Rahmen der Sozialpharmazie an der Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs mitgewirkt werden kann. Diese Vorschläge wird die Expertenfachgruppe Sozialpharmazie der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker mit Unterstützung des LZG.NRW aufgreifen und einzelne Projektteile entwickeln. Damit soll den pharmazeutischen Diensten der unteren Gesundheitsbehörden erleichtert werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten dem gesetzlichen Auftrag, bei der Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs mitzuwirken, nachzukommen.

Arzneimittelmissbrauch: Risiken und Nebenwirkungen der Wettbewerbsgesellschaft

Prof. Dr. med. habil. Andreas Weber, Berufsförderungswerk Dortmund, Leiter Medizinischer Dienst

Arbeit ist eine zentrale Kategorie der menschlichen Existenz. Dabei nimmt die Frage nach potentiell gesundheitsfördernden oder krank machenden Faktoren der Arbeitswelt breiten Raum ein oder auf den Punkt gebracht: macht Arbeit krank oder vielleicht auch gesund? Wie häufig im Leben, kommt es auch hier auf die Dosis und die Art der Arbeitsanforderungen an. Erwerbsarbeit hat zweifelsohne starke salutogene Komponenten: sie ist für die meisten Menschen Grundlage der Existenz, Möglichkeit für Konsum und Teilhabe sowie Quelle für Status und Macht. Auch im Internetalter bleibt Arbeit wichtig für soziale Kontakte, Zeit-, Tages- und oft auch Lebensstrukturierung. Und wie wertvoll Arbeit ist, wird deutlich, wenn man sich die pathogenen Wirkungen von Langzeitarbeitslosigkeit vor Augen hält, insbesondere die psychischen und psycho-sozialen Folgen.

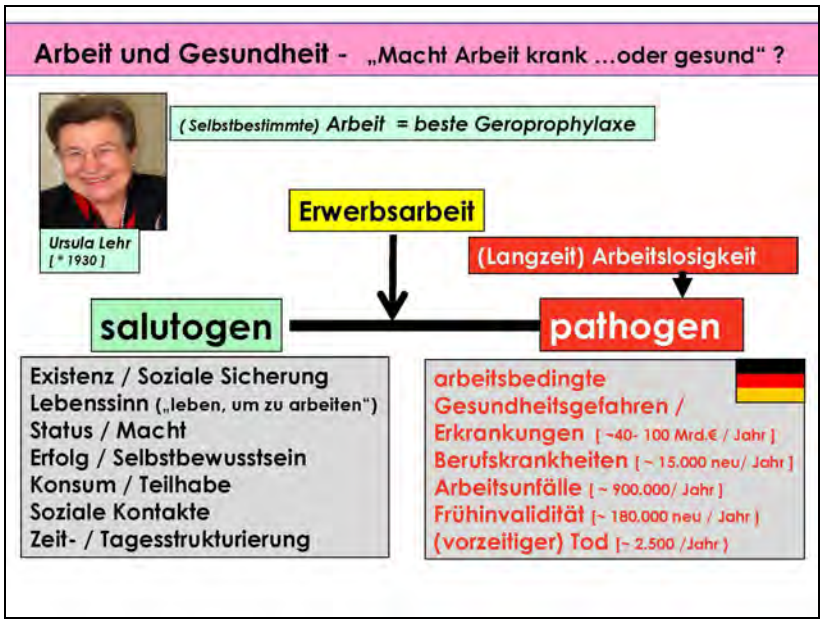
Arbeit: salutogen und pathogen

Es gibt aber auch krankmachende Faktoren der Arbeitwelt. So werden ca. 15.000 Berufskrankheiten jedes Jahr neu anerkannt. Die häufigsten Berufskrankheiten sind dabei nach wie vor die Lärmschwerhörigkeit, berufliche Hauterkrankungen und Spätschäden durch Asbest. Ein großes Problem ist darüber hinaus die vorzeitige Invalidität, die etwa 180.000 Menschen im Jahr in Deutschland betrifft. Sie scheiden aufgrund einer meist chronischen Erkrankung (oft gepaart mit Multimorbidität) vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus.

Die Arbeitswelt hat sich in den letzten 20 Jahren nachhaltig verändert. So hat sich für eine kurze Umschreibung der wesentlichen Veränderungen das Label der “24/7 Standby Gesellschaft“ etabliert:. 24 Stunden, 7 Tage die Woche, ohne Pause im Dauereinsatz sein, wie ein Fernsehgerät, das auf Dauer-Standby steht oder anders ausgedrückt: in der globalisierten Weltwirtschaft hat eine Börse auf dem Erdball immer geöffnet. Die Globalisierung hat viele Veränderungen mit sich gebracht. In Bezug auf gesundheitliche Auswirkungen erscheinen mir zwei besonders wichtig: Zum einen hat die Deregulierung, verbunden mit dem Primat der Ökonomie, zu einem Wettbewerb in allen Lebensbereichen geführt, den man durchaus als totalitär bezeichnen kann. Er beginnt schon im Kindergarten und setzt sich in der schulischen Ausbildung und in der Berufstätigkeit fort.

Zum zweiten beobachten wir weltweit eine Zunahme der Ungleichheit, sowohl sozial, aber vor allem auch gesundheitlich. Die Wissenschaftler streiten sich noch darüber, wie soziale Ungleichheit zur gesundheitlichen Ungleichheit führt und was die entscheidenden Mechanismen dabei sind. In der Regel ist es eine Kombination aus Verhalten und Verhältnissen: Menschen in schwierigen Lebenslagen haben oft schlechte Wohnquartiere, bekommen, wenn überhaupt die schlechteren Jobs, sie trinken zu viel, bewegen sich zu wenig oder rauchen zu viel. Durch viele Untersu-

chungen ist bestätigt worden, dass sich die sozialen Verhältnisse, in die man hineingeboren wird, ganz wesentlich auf die sozialen und gesundheitlichen Chancen auswirken. Selbstredend kann der oder die Einzelne durch sein oder ihr Verhalten zur Gesundheit beitragen, aber das soziale Umfeld lässt es für den einen leicht erscheinen, gesund zu leben, für den anderen sind aber kaum überwindbare Hürden zu bewältigen, um überhaupt die Entscheidung treffen zu können, gesund zu leben oder nicht.



Darüber hinaus hat die heutige Arbeitswelt viele Chancen, die es früher nicht gab, insbesondere für junge, fitte, aktive, mobile, und gebildete Menschen. Die Erfahrung lehrt, viele jüngere Arbeitnehmer (U 40 Gruppe) empfinden viel Genugtuung darin, um die Welt zu jetten, wichtig zu sein, immer erreichbar zu sein, alle technische Unterstützung zu haben. Mit zunehmendem Lebensalter und ersten gesundheitlichen Einschränkungen verändert sich dies ein wenig. Es folgen die ersten Fragezeichen: Ist das das Leben, was habe ich denn davon? Fakt bleibt, dass heute sehr viel mehr Geld verdient werden kann, aber dies betrifft zum einen nicht die Masse und fordert zum anderen seinen Preis.

Weniger vorteilhaft ist es insbesondere für die, die krank sind, die älter werden und die nicht mobil sind. Bei diesen Menschen erzeugt Arbeitsverdichtung, enge Terminabsprachen, lange Arbeitszeiten, ständige Erreichbarkeit, Instabilität der Arbeits- und Lebensbedingungen Druck, dem sie standhalten müssen.

Belastend sind zudem die allgemeine Arbeitsplatzunsicherheit und prekäre Arbeitsverhältnisse mit Multijobbing und working poor. Nach dem Ideal der WHO ist Gesundheit als vollständiges bio-psycho-soziales Wohlbefinden definiert. Nach dieser Definition ist kaum einer gesund. Sie wird deswegen immer wieder als utopisch kritisiert. Trotzdem sollte man sie ernst nehmen. Denn sie bezieht die soziale Dimension

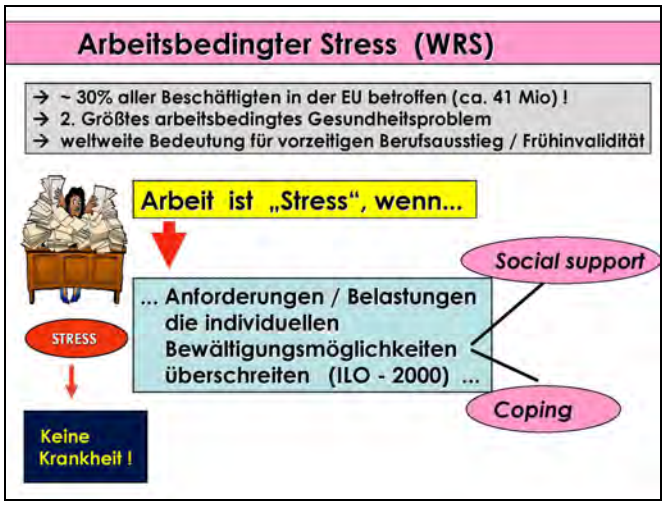
ausdrücklich ein. Die soziale Dimension ist in der Humanmedizin in den letzten 30 Jahren nahezu verloren gegangen.

Aus der Perspektive von Politik und Wirtschaft wird Gesundheit heute mit Beschäftigungsfähigkeit gleichgesetzt. Beschäftigungsfähigkeit fokussiert auf die Arbeitswelt, auf Risiken und Ressourcen der Arbeitswelt. Die Risiken und Ressourcen betreffen in der neuen globalisierten Arbeitswelt insbesondere die psycho-soziale Gesundheit: Stress, Arbeitszeit, Arbeitszufriedenheit, Führung, Bewegung, Ernährung, Erholung und Schlaf sowie neuerdings auch den arbeitsbezogener Medikamentenmissbrauch, den man umgangssprachlich auch als Doping am Arbeitsplatz bezeichnet. Die jährlichen Befragungen des Gallup-Institutes zum Engagement von Arbeitnehmern geben dabei einen guten Einblick, wie Arbeit von den Beschäftigten empfunden wird. Der Engagement-Index ist seit Jahren gleich schlecht. In 2011 arbeiteten nur 14 % der Befragten engagiert, 23 % hatten bereits innerlich gekündigt und 63% machten Dienst nach Vorschrift.

Stress und deren Bewältigung

Würde man nicht repräsentative Spontanumfragen unter Beschäftigten machen, wird man häufig folgenden O-Ton hören: „Mein Akku ist leer“, ich bin total ausgebrannt. Der Vergleich mit dem Akku ist sehr beliebt. Damit wird ausgedrückt: ich fühle mich ständig überfordert (Schlagwort Burnout), ich bin permanent im Stress. Sind das alles nur Alltagsfloskeln, ist das eine schlechte Befindlichkeit, oder ist das ein Hinweis, dass die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit beeinträchtigt ist, ist das ein Alarmzeichen für Stress?

Wann wird Arbeit zum Stress? Die Definition des Internationalen Arbeitsamtes (ILO) in Genf ist bestechend klar und einfach: Arbeit wird immer dann zu Stress, wenn die Anforderungen die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten überschreiten. Definitionsgemäß ist es schwierig, Stress zu objektivieren.



Einen Vortrag zu halten kann einen introvertierten schüchternen Menschen extrem stressen. Für einen Thomas Gottschalk-Typ ist dies völlig unproblematisch. Das

Stressempfinden ist intra- und interindividuell unterschiedlich. Stress ist keine Krankheit, Stress spornt z.B. Sportler zu Höchstleistungen an. Gesundheitlich problematisch wird es dann, wenn Stress auf Dauer nicht bewältigt werden kann.

Es gibt viele Kompensationsmechanismen, aber zwei, die man sich ganz gut merken kann: zum einen „social support“ (soziale Unterstützung im Umfeld des einzelnen Menschen), zum zweiten „coping“, die individuellen Bewältigungsstrategien.

Es gibt eine Reihe von Coping-Strategien, drei davon sollen im Folgenden angesprochen werden. Eine Strategie ist Voice = Protest. Hier finden sich Menschen, die aggressiv werden, feindselig sind, die mobben und die Konflikte provozieren. Das Gegenstück ist Exit = Resignation, hier zeigen sich Menschen erschöpft, sie haben innerlich gekündigt. Sie ziehen sich zurück, und im schlimmsten Fall werden sie krank und sie bewegen sich auf einer Abwärtsspirale nach unten. Es gibt aber auch das sogenannte Over-Commitment. Das ist eine interessante Gruppe, welche in den letzten 10 Jahren immer mehr in den Fokus rückt. Es handelt sich um die Überangepassten. Sie zeigen das Phänomen Präsentismus, indem sie auch dann arbeiten, wenn sie eigentlich gar nicht mehr an den Arbeitsplatz gehören. Das interessante Phänomen der Arbeitssucht ist bislang allerdings kaum wissenschaftlich erforscht.

Doping im Beruf

Im weiteren ist das Brain-Doping, auch Doping im Beruf (wissenschaftlich Enhancement) genannt, zum Over-Commitment zu zählen.

Wenn man die internationale Anti-Doping Agentur zum Maßstab nimmt, dann kann man Doping im Beruf definieren als Versuch der beruflichen Leistungssteigerung durch Einnahme körperfremder Substanzen ohne Therapieindikation. Darunter fallen Medikamente, Alkohol, Nikotin, Koffein, illegale ergotrope Drogen, insbesondere auch Kokain. Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) hat in ihrer deutschlandweiten Befragung, die 2009 durch die Medien verbreitet wurde, eine etwas andere Definition verwendet. Dort ging es um nicht bestimmungsgemäß angewendete verschreibungspflichtige Arzneimittel. Andere Stoffe, insbesondere Nikotin, Alkohol, Kaffee wurden demnach ausgeschlossen.

Dabei sind zahlreiche Abgrenzungsprobleme zu beachten. Es gibt Menschen, insbesondere im jugendlichen Alter, die experimentieren oder probieren aus, wie etwas wirkt. Das hat nichts mit Doping am Arbeitsplatz zu tun. Auch stellt sich die Frage, was ist mit der sechsten oder siebten Tasse Kaffee; ist das schon Doping, oder ist das noch im Rahmen der Norm? Auch wenn damals Kritik auf die DAK einprasselte, dass die Pressekampagne eine medienwirksame Effekthascherei gewesen sei, so hat sie doch dazu beigetragen, dass das Thema in der gesellschaftlichen Diskussion seitdem ernster genommen wird. Darüber hinaus ist eine Abgrenzung zur Sucht nötig.

Wesentliches Kennzeichen einer Abhängigkeit und Sucht ist das unausweichliche Verlagen (craving); die betroffenen Menschen erleben Kontrollverlust und Abstinenzunfähigkeit. Sie steigern die Dosis, sie haben psychosoziale Folgeschäden und bekommen Entzugserscheinungen, wenn sie das Mittel abrupt absetzen.

Im Rahmen der Differenzialdiagnose ist Doping ferner von „einfachem“ Medikamentenmissbrauch zu unterscheiden. Im Gespräch zwischen Arzt und Patient, aber auch zwischen einem Interviewer bei einer Befragung und dem Befragten, wird in der Regel sehr schnell das Thema Arbeitswelt angesprochen, ohne dass der Arzt nachfragt oder nachbohrt. Die Menschen, die Medikamente einnehmen, machen dies eindeutig zur Leistungssteigerung. Unerwünschte Nebenwirkungen lassen sich anfangs nicht erkennen. Auch eine Dosissteigerung findet sich in der Regel nicht.

Das Problem Neuroenhancement ist immer dann in den Medien, wenn Popstars, Fußballtrainer oder sonstige berühmte Menschen in die Schlagzeilen kommen. Popstars, Schauspieler, Moderatoren, Manager, Militärs, Wissenschaftler, Politiker, Ärzte – alle werden schon mal in Verbindung mit Aufputschmitteln gebracht. Aber ist der Missbrauch gleich eine Sucht? Sind alle gedopt? Kann Thomas Gottschalk seine Show nur machen, wenn er ein gewisses Quantum inne hat? Es gab vor Jahren mal eine Undercover-Aktion, indem man über die Toilettenbrillen im Reichstag wischte und Kokainspuren fand. Gleiches zeigte sich auch auf Geldscheinen von Prominenten.

Empirische Grundlage, was ist gesichertes Wissen zum Neuroenhancement?

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach einer empirischen Fundierung des Wissens über Doping im Beruf. Angefangen hat die Diskussion mit Brendan Maher, der in der Zeitschrift Nature 2008 über eine online-Umfrage unter 1400 Akademikern aus 60 Ländern berichtete. 20 % von den Befragten gaben an, sie nähmen psychotrope Substanzen ohne Indikation, um leistungsfähiger zu sein, insbesondere Methylphendidat (Ritalin®) und Modafinil, hier als Vigil® bekannt.

Eine neuere Untersuchung aus Deutschland stammt von Prof. Dr. Klaus Lieb, Psychiater an der Uniklinik Mainz. Er befragte Schüler- und Studierende in Hessen /Rheinland Pfalz und fand, dass ungefähr 4 % der Befragten Amphetamine bzw. Methylphenidat als Dopingmittel eingenommen hatten.

Unter den etwa 1000 Rehabilitanden pro Jahr, die vom Berufsförderungswerk Dortmund betreut werden, findet sich ein Anteil von ca.10%, die von Suchtproblemen betroffen sind. Meist ist es Cannabis, aber zum Teil sind es auch Amphetamine, die die Menschen einnehmen.

Zu den epidemiologischen Erkenntnissen, die in der Literatur zu finden sind: Die meisten, überwiegend älteren Untersuchungen stammen aus Frankreich. Untersuchungen, die in einem Zusammenhang mit Arbeit, mit Arbeitnehmern, mit Leistungssteigerung in der Arbeitswelt stehen, gehen davon aus, dass 9 % bis 30 % der Menschen zur Verbesserung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit Medikamente einnehmen.

Problematisch bei diesen Untersuchungen ist allerdings, dass die Ein- und Ausschlusskriterien unterschiedlich gehandhabt werden. Häufig handelt es sich um Selbstbefragungen. Onlinebefragungen sind dabei noch schwieriger, weil sie das Problem haben, dass die Antwortenden sozial erwünschte Antworten geben. Höherwertig wären Untersuchungen, in denen die Selbstauskunft mit Bioindikatoren oder

mit einem Drugmonitoring verbunden würden, um erkennen zu können, in welchem Ausmaß tatsächlich Dopingmittel eingenommen werden. Solche Studien gibt es aber meines Wissens bislang nicht, weshalb man nicht sagen kann, wie repräsentativ Ergebnisse aus den Befragungen letztlich sind.

Die DAK-Studie 2009

Das war die Ausgangslage für die DAK Studie, die im November 2008 durchgeführt wurde. In der Studie wurden 3000 Erwerbstätige von einem sozialwissenschaftlichen Institut befragt. Anschließend wurden zusätzlich Experteninterviews durchgeführt. Um die Ergebnisse zu validieren, wurden auch Arzneiverordnungen ausgewertet.

Bei den Befragten war die Altersgruppe zwischen 40 und 50 überproportional vertreten. Außerdem wurden überwiegend Menschen aus den alten Bundesländern befragt. In der Mehrheit fanden sich Angestellte bereit, an der Befragung teilzunehmen, die etwas mehr als der Durchschnitt verdienen. Zudem konnten nur Menschen einbezogen werden, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Das Ergebnis: Fast einem Viertel wurde von Ärzten oder Bekannten / Freunden schon einmal empfohlen, Medikamente zur Leistungssteigerung einzunehmen. Ca. 5 % gaben zu, dass sie gelegentlich sogar Medikamente zur Leistungssteigerung einnehmen, 1 % bis 2 % gaben eine regelmäßig und / oder häufige Einnahme zu. Hochgerechnet ist bei 28 Mio. Erwerbstätigen zwischen 20 und 50 Jahren von ca. 500.000 Dopern auszugehen. Beliebteste Dopingmittel waren auch hier Methylphenidat und Modafinil, ähnlich wie in der Nature Studie. Weitere Mittel waren Antidepressiva, Antidementiva und Beta-Blocker. Diese wurden genommen um Wachheit, Leistungsfähigkeit , Gedächtnis oder Konzentration zu steigern.

Die potenziellen Nebenwirkungen sind zum Teil erheblich: Psychosen, Persönlichkeitsveränderungen, Unruhe, Übelkeit, Leber- Nierenschädigungen, Rhythmusstö-

rungen usw. Auch international scheinen derzeit Modafinil und Methylphenidat die beliebtesten Dopingmittel im Beruf zu sein.

Durch Modafinil, ursprünglich für Narkolepsie, Schlafapnoe und Schichtarbeitersyndrom zugelassen, lässt sich bei Gesunden wahrscheinlich die Aufmerksamkeit ein wenig steigern. Allerdings muss bei Dauereinnahme mit Leberschäden gerechnet werden.

Nachdem ein Artikel über die DAK-Studie im Deutschen Ärzteblatt 2009 erschienen war, kamen Zuschriften an mich, die die Unwirksamkeit des Antidepressivums Citalopram bei Gesunden zur Stimmungsverbesserung belegten. Auch das Piracetam sowie Ginkgo biloba haben keine nachgewiesenen positiven Effekte bei gesunden Menschen. Koffein und Energy Drinks steigern dagegen Aufmerksamkeit und Vigilanz ein wenig.

Was sind mögliche Ursachen für den Arzneimittelmissbrauch? Die Anwender möchten ihre Leistungsfähigkeit steigern, sehr viele wollen Müdigkeit bekämpfen, wollen optimal an den Wettbewerb angepasst sein, sie wollen schlicht der beste sein. Viele wollen auch einfach nur gut drauf sein. Mögliche Ursachen in der Arbeitswelt finden sich z.B. in der Arbeitsverdichtung, der permanenten Verfügbarkeit, der Schichtarbeit, im Zeitdruck oder allgemein in hohen psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz.

Die gesellschaftliche Komponente ist m. E. aber mindestens genauso wichtig. Der heutige Zeitgeist muss dabei als erheblicher Risikofaktor angesehen werden. Zu häufig wird „gefakt“, gedopt, gekauft. Performance ist wichtiger als Fachwissen. Die Gesellschaft setzt in großen Teilen auf Lifestyle, Bodytuning ist angesagt. Viele Leute, die sich die Brüste vergrößern, die Nase operieren oder sonstige Schönheitsoperationen über sich ergehen lassen, haben nichts dagegen, sich auch das Gehirn zu dopen. Wir haben eine pharmazeutische Industrie, die vom Verkauf ihrer Waren lebt, eine Werbung, die alle Tricks kennt, uns die Produkte nahe zu bringen, und wir haben natürlich auch Kollegen, die unkritisch verschreiben. Hinzu kommt das Internet und der freie Warenverkehr – alles Voraussetzungen, die das Hirndoping fördern.

Aber es gibt auch individuelle Faktoren, die das Gehirndoping fördern: dazu gehört die Persönlichkeitsstruktur, ein übersteigerter Narzissmus oder Perfektionismus. Es gibt Menschen, die aufgrund psychosomatischer und / oder chronischer Leiden Psychopharmaka verordnet bekamen, bei denen aber im Laufe der Zeit niemand mehr die Indikation überprüfte und insofern eine Langzeitmedikation ohne Indikation bestand.

Es ist immer schwierig zu analysieren, was die wirklichen Probleme sind, mit denen die Menschen zu tun haben. Forschungsprojekte zum Stress beziehen sich bspw. entweder nur auf die Arbeitswelt oder nur auf das Privatleben des Menschen. Übergreifende Projekte, die den ganzen Menschen und seine gesamte Lebenswelt berücksichtigen, gibt es so gut wie nicht. Stress hört ja nicht beim Betreten oder Verlassen der Arbeitsstätte auf.

Doping im Beruf – die ethische Diskussion

In den letzten drei Jahren wird verstärkt über Nutzen und Risiken des Neuroenhancement diskutiert. Es gibt durchaus seriöse Wissenschaftler, die kein Problem darin sehen, dass sich Menschen mit Psychopharmaka Vorteile gegenüber anderen Menschen verschaffen. Sie gehen davon aus, es handele sich hier um ein Optimierungsstreben mit anderen Mitteln, vergleichbar mit Fitness, Anti-Aging und Bodystyling. Man versuche doch nur, seine Lebenschancen zu steigern.

Andere verweisen auf das Selbstbestimmungsrecht des Menschen, weshalb man ihnen die chemische Leistungssteigerung nicht verbieten können; denn man könne ja auch nicht die nachgewiesenermaßen schädlichen Genussmittel Nikotin und Alkohol verbieten.

Wieder andere verweisen darauf, die Nebenwirkungen der eingesetzten Mittel seien doch harmlos, gerade auch im Vergleich zu den genannten Genussmitteln.

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.	**Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.**

Es gibt aber auch gute Contra-Argumente. Als generelles gewissermaßen philosophisches Argument wird angeführt, dass wir derzeit eine Verschiebung bei den Ansprüchen haben. Nicht mehr der Mensch mit seinen natürlichen Unterschieden ist das Maß, sondern der äußere Anspruch: Was lässt sich aus den Menschen an maximalem Potenzial herausholen? Wer in diesem Wettbewerb nicht besteht, hat das Nachsehen. Das Menschenbild sollte eigentlich ein anderes sein: natürliche Leistungsgrenzen sollten nicht als Manko begriffen werden.

Wieder andere halten die eingesetzten Arzneimittel für wenig wirksam, aber mit Nebenwirkungen behaftet, weshalb man sie nicht einsetzen sollte. Man würde höchstens zur iatrogenen Suchterzeugung beitragen.

Ein wichtiges soziales Argument darf auch nicht vergessen werden. Gehirndoping verschärft die soziale Ungleichheit. Wenn es irgendwann einmal nebenwirkungsarme Arzneimittel zur Leistungssteigerung geben sollte, werden sich diese Arzneimittel nur die Reichen leisten können, Arme haben das Nachsehen und dadurch noch weniger Chancen. Die wirkliche Leistungsfähigkeit wird weiter verfälscht und das ärztliche Handeln verkommt immer mehr, so dass eine medizinische Indikation bezogen auf Krankheiten immer mehr an Bedeutung verliert. Dadurch verändert sich auch die Arztrolle.

Handlungsmöglichkeiten

Information, Aufklärung und Problembewusstsein zu schaffen, sind zunächst die wichtigsten Ansatzpunkte. Aber man muss auch beim Thema Stress ansetzen. Es gibt universelle Stress-Antidote, die wirksam und preiswert sind. Dazu gehört zu-

nächst die soziale Unterstützung. Es müssen soziale Unterstützungssysteme vorhanden sein, damit die Menschen nicht vereinsamen und verzweifeln. Im Betrieb ist dabei ein gutes Betriebsklima äusserst salutogen Im Familienleben sollte die Partnerschaft tragfähig sein. Bei der Freizeitbeschäftigung sollte Freude und Bestätigung im Vordergrund stehen.

Im weiteren sind Führungskräfte im Betrieb sehr wichtig für die psychische Gesundheit der Mitarbeiter. Sie haben wesentlichen Einfluss darauf, wie mit Stress umgegangen werden kann.

Aber auch der Einzelne sollte selbst aktiv werden: Stressmanagement, realistische Ansprüche entwickeln, Arbeit-Freizeit-Ausgleich schaffen, soziale Netzwerke pflegen.

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

Was können Unternehmen tun? Es gibt in vielen anderen Bereichen sogenannte Betriebsvereinbarungen, wie z.B. Betriebsvereinbarungen zu Alkohol /Sucht oder zum Thema Mobbing. Nach den bisherigen Erfahrungen wirken Betriebsvereinbarungen häufig gut. Man könnte so auch eine Betriebsvereinbarung zum Thema Doping erstellen. Das würde zunächst dazu beitragen, Doping zu enttabuisieren. Zudem würde eine dopingfreie Arbeitsphilosophie entwickelt, die der Arbeitszufriedenheit und der Motivation dienlich wäre. Eine solche Betriebsvereinbarung müsste aber auch umgesetzt werden. Das ist nicht einfach. An erster Stelle müsste die Führungsebene versprechen, ohne Doping zu arbeiten und ein Klima zu schaffen, in dem niemand Angst vor dem Versagen haben muss. Keiner sollte das Gefühl haben, er müsse immer 130% Arbeitsleistung erbringen. Denkbar wäre auch eine Selbstverpflichtung, dass Führungskräfte freiwillige Dopingtests machen.

Wichtig ist auch die Ausarbeitung von Kriseninterventionsstrategien und von Hilfen bei der Wiedereingliederung von Mitarbeitern nach längerer Abwesenheit vom Arbeitsplatz.

Die bloße Existenz von Betriebsvereinbarungen wirkt häufig schon präventiv. Noch besser ist es, wenn man aufgrund einer solchen Betriebsvereinbarung an einem Fall durchexerziert, was man verbessern kann. Das führt in der Regel zu einer positiven Rückmeldung bei der Belegschaft.

Man könnte auch über Kontrollen nachdenken. Nach der derzeitigen Rechtslage ist den Betriebsärzten allerdings kein heimlicher Dopingtest am Arbeitsplatz erlaubt, außer wenn eine akute Beeinträchtigung vorliegt. Wenn bspw. ein Mitarbeiter sichtbar schwankt und schwindelt und eine Maschine bedient, mit der Eigen- oder Fremdgefährdung möglich ist, ist der Betriebsarzt berechtigt, den Betroffenen zu untersuchen.

Was kann die Wissenschaft und die Forschung tun? Hier werden m. E. weitere Studien benötigt, die den Zusammenhang von Stress und Doping herausarbeiten und effektive Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. Derzeit wird bei der Bundesanstalt für

Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Berlin und Dortmund (Baua) eine Studie „Einfluss psychischer Belastungen am Arbeitsplatz auf das Neuroenhancement“ durchgeführt. Derzeit gibt es noch keine vorstellbaren Ergebnisse. Im Rahmen dieser Studie werden Ärzte Werbefachleute, Publizisten, Softwareentwickler, Programmierer nach einem sehr differenzierten Design untersucht.

Zusammenfassung / Take-Home-Message:

Die Problematik Doping am Arbeitsplatz wird unter fortgesetztem globalen Wettbewerb weiter zunehmen. Dabei gelten Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an Kreativität, Kommunikation und Verantwortung als besonders anfällig. Eine forcierte Medikalisierung von Arbeitswelt- und / oder sozialen Problemen kann dabei keine Lösung sein. In unser Menschenbild sollte wieder eine „Dosis mehr“ Humanität einfließen, die in den letzten 20 Jahren leider abhanden gekommen ist. Es gilt in diesem Zusammenhang ein älteres Statemant von Albert Einstein, das da lautet:

„Hemmungslose Konkurrenz führt zu einer maßlosen Verschwendung von Arbeitskraft und zu einer Verkrüppelung der sozialen Seite in der Veranlagung der Individuen“. Dem ist aus Sicht von Public Health nichts mehr hinzuzufügen.

Weiterführende Literatur: Weber A, Rebscher H: Doping im Beruf. „Risiken und Nebenwirkungen“ der Wettbewerbsgesellschaft? In: Dt. Ärztebl. 106(33) (2009): A-1615 / B-1385 / C-1353

Süchte im Alter – geschlechtsspezifische Aspekte

Dr. Constanze Schäfer MHA, Apothekerkammer Nordrhein

Im Juni dieses Jahres wurde der Barmer GEK-Arzneimittelreport 2012 vorgestellt. Demnach sind Psychopharmaka „Frauenarzneimittel“. Es sind vor allem Antidepressiva, Tranquilizer und Schlafmittel, die Frauen deutlich häufiger erhalten als Männer. Dabei, so Prof. Glaeske als Mitautor der Publikation, hätten nur rund die Hälfte der Frauen, die Antidepressiva bekommen, auch eine entsprechende Indikation. Vielfach kämen diese Arzneimittel schon bei Befindlichkeitsstörungen im Alltag zum Einsatz. Es stellt sich die Frage, was unter einer Befindlichkeitsstörung zu verstehen ist und ob diese in jedem Fall behandlungsbedürftig ist. Dies als Einstieg zum Thema. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass mit Geschlecht im Folgenden ausschließlich das biologische Geschlecht gemeint ist, nicht das soziologische.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Auftreten einzelner Krankheitsbilder

Es lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede im Auftreten suchtassoziierter Krankheiten feststellen. So leiden Frauen doppelt so häufig unter affektiven Störungen, und 90 % der Fälle von Essstörungen fallen auf Frauen, auch wenn diese inzwischen nicht mehr nur unter Suchtaspekten betrachtet werden. Aus dem Landesprogramm gegen Sucht sind die Essstörungen inzwischen ausgegliedert. Auch Arzneimittel-Abusus betrifft in 70 % der Fälle Frauen. Männer hingegen missbrauchen eher Alkohol und illegale Drogen. Die Häufigkeit der Schizophrenie ist bei Männern und Frauen vergleichbar, wobei sich der Krankheitsverlauf meist deutlich unterscheidet. So tritt bei den Männern die erste Spitze häufig in der Jugend auf, wobei Cannabiskonsum unter Umständen als eine Form der Selbsttherapie praktiziert wird. Es stellt sich allerdings die Frage, was zuerst da war: Cannabis oder die Schizophrenie? Frauen gehen hingegen häufiger zum Arzt und neigen weniger zur Selbsttherapie

Insgesamt erhalten Männer bei den genannten Erkrankungen in der Regel schneller eine adäquate Arzneimitteltherapie, die auch die Ursache behandelt. Die Wirkstoffauswahl ist bei psychiatrischen Erkrankungen nicht immer leicht, es gibt keine allgemeingültigen Regeln, die auf alle Patientinnen und Patienten angewendet werden können. Ärztinnen und Ärzte entscheiden nach eigener Aussage häufig intuitiv. Frauen werden oft nur mit Tranquilizern behandelt. Der eigentlichen Erkrankung wird in diesen Fällen seltener auf den Grund gegangen.

Verbreitung von Arzneimittelsucht und -missbrauch

Missbrauch und Abhängigkeit müssen unterschieden werden. Ein Missbrauch liegt vor, wenn der Stoff für den Betroffenen noch keinen Suchtcharakter besitzt, aber in zu hohen Dosen oder unreflektiert eingenommen wird. In Deutschland wird von 2,8 Millionen Menschen über 60 Jahren ausgegangen, die Arzneimittel missbräuchlich anwenden. Frauen machen die Mehrzahl aus. 1,3 bis 1,4 Millionen Menschen werden als arzneimittelabhängig bezeichnet. Davon sind 1,1 Millionen von einer Benzodiazepin-Abhängigkeit betroffen. Über 70 % der Medikamente, die von arzneimittelabhängigen Menschen eingenommen werden, sind ärztlich verordnet. Diese Zahl

der verbrauchten Benzodiazepine wurde anhand der Anzahl verkaufter Packungen bestimmt, weil inzwischen viel auf Privatrezept verordnet wird. Vor allem wenn die Verschreibung auf Patientenwunsch oder längerfristig erfolgt, sind die Verordnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr aussagekräftig.

Bei der Arzneimittelsucht lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede ausmachen. Von den 1,3 bis 1,4 Millionen Medikamentenabhängigen sind 70 % weiblichen Geschlechts. Sozialwissenschaftler glauben, dass Frauen sich in der Rolle von „Familienmanagern“ fühlen und daher Alkohol als Droge für sie nicht in Frage kommt. Sie haben eher als Männer den Anspruch an sich selbst, funktionieren zu müssen und sorgen oft noch für andere. Sie sind daher anfälliger für unauffällige Drogen wie Medikamente oder Rauchen. Mit Fahne könnten sie ihre Rolle nach außen nicht mehr wahrnehmen. Frauen sind eher abhängig von Beruhigungsmitteln, Anxiolytika oder Antidepressiva, wohingegen Männer eher Aufputschmittel oder konzentrationsfördernde Mittel einnehmen.

Arzneimittelsucht

Nach ICD 10 ist Sucht definiert als der starke Wunsch bis zum Zwang, den psychotropen Stoff zu konsumieren. Weiterhin ist Sucht durch eine verminderte Kontrolle im Umgang mit dem Stoff, Toleranzentwicklung sowie Entzugssymptome beim Absetzen gekennzeichnet. Ganz wichtiges Kriterium ist die anhaltende Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten, was häufig als „Spirale abwärts“ bezeichnet wird. Der Gebrauch wird fortgesetzt, auch wenn dem Konsumenten klar ist, dass er sich damit schädigt. Die Definition ist erfüllt, wenn innerhalb von 12 Monaten drei oder mehr der nach ICD 10 definierten Symptome auftreten.

Charakteristisch für Benzodiazepine ist die Unterscheidung einer Low-Dose- von einer High-Dose-Abhängigkeit. Die Low-Dose-Abhängigkeit entsteht durch die zum Teil jahrzehntelange Einnahme geringer Mengen Hypnotika. Dabei entwickelt sich zwar nur wenig Toleranz, trotzdem werden beim Absetzen Entzugserscheinungen wahrgenommen, sodass zur Vermeidung dieser Symptome weitere Einnahmen folgen. Beispielsweise stellt sich in Altenheimen die Frage, ob bei Patienten, die seit über 20 Jahren niedrige Dosen dieser Medikamente bekommen, der Entzug lohnt. Bei der High-Dose-Abhängigkeit entwickelt sich hingegen ein regelrechter Zwang zur Einnahme. Entzugssymptome entstehen nicht erst beim Auslassversuch, sondern der oder die Betroffene ist ständig auf Nachschub fixiert. Es kommt auch zur Dosissteigerung. Diese Form der Abhängigkeit ist eine definitive Indikation für das Ergreifen von Maßnahmen.

Arzneimittelmissbrauch

Arzneimittelmissbrauch ist definiert als absichtliche, dauerhafte oder sporadische und übermäßige Verwendung von Arzneimitteln mit körperlichen oder psychischen Schäden als Folge, die vom Betroffenen einkalkuliert werden. Darunter fällt auch jegliche Anwendung ohne medizinische Indikation. Schätzungen zufolge kann man bei 2,8 Millionen älteren Menschen von einem Arzneimittelmissbrauch ausgehen. Dies gilt vor allem für Neuroleptika, die immer noch zur Ruhigstellung eingesetzt werden. Ge-

rade im Bereich des Laxantiengebrauchs oder der Einnahme von Wachstumshormonen durch junge Sportler besteht ein fließender Übergang zum Doping.

Es gibt einen Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (s. Abb.), den die Patientin oder der Patient für sich selber ausfüllen kann. Dieser besteht aus zehn Aussagen, die mit „Trifft zu“ oder „Trifft nicht zu“ beantwortet werden, beispielsweise „Ohne Medikamente kann ich schlechter schlafen“ oder „Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang der Einnahme“. Treffen mehr als zwei Aussagen auf die Patientin oder den Patienten zu, gilt er oder sie als gefährdet. Daraufhin wird der Patient aufgefordert, sich zum Beispiel an die bundesweite Sucht- und Drogen-Hotline oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu wenden.

Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) (Watzl et al. 1991)

Welche Rolle spielen Medikamente in Ihrem Leben?

Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die infolge einer häufigen Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln sowie von Medikamenten zur Behandlung von Depressionen und Stimmungstiefs auftreten können.

Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht, und kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.

Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○
Ich habe mir zur Sicherheit schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○
Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○
Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○
Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○
Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang der Einnahme.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○
Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○
In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○
Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○
Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Medikamente ich an einem Tag eingenommen habe.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○
Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.	trifft zu ○	trifft nicht zu ○

Treffen zwei oder mehr dieser Aussagen auf Sie zu? Dann kann es sein, dass Sie aufgrund einer längerfristigen Medikamenteneinnahme eine Gewöhnung entwickelt haben, die zu einer Abhängigkeit werden kann.

Informieren Sie sich. Fragen zum problematischem Medikamentenkonsum und Medikamentenabhängigkeit beantworten:

Bundesweite Sucht- und DrogenHotline
0 18 05/31 30 31 (12 Cent/Min.)
täglich 0 bis 24 Uhr

BZgA-Info-Telefon
02 21/89 20 31
Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr
Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Kopiervorlage 3.2 aus: DHS Substanzbezogene Störungen im Alter 2005

Der Fragebogen wurde 2005 von der deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) herausgebracht und ist speziell auf substanzbezogene Süchte im Alter zugeschnitten.

Nationale Strategien zur Drogen- und Suchtpolitik

Im Jahr 2012 wurde die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung verabschiedet. Dort wird u. a. die Problematik von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit behandelt. Der Konsum von Tabak und Alkohol ist insgesamt rückläufig, auch der Gebrauch illegaler Drogen ist demnach relativ selten. Die Datenlage ist allerdings unzureichend. In Erhebungen werden nur die 18- bis 59-Jährigen erfasst, für die Zielgruppe der über 60-Jährigen gibt es hingegen kaum Daten. In dieser Bevölkerungsgruppe stehen eher Arzneimittel und Alkohol im Vordergrund, wobei meist vor dem 60. Lebensjahr mit dem Missbrauch begonnen wird. Es wird von 400.000 über 60-Jährige mit Alkoholproblemen ausgegangen. Der Genderaspekt ist in Publikationen nur unzureichend aufbereitet, die Unterschiede zwischen Männern und Frauen werden so gut wie nicht veröffentlicht.

Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik nimmt die ältere Bevölkerung verstärkt in den Fokus. Schon seit längerem gibt es Leitfäden sowohl von den Ärzte- als auch von den Apothekerkammern. Diese sind inhaltlich sehr ähnlich. Bei den für sie jeweils relevanten Wirkstoffgruppen unterscheiden sich die beiden Berufsgruppen hingegen. Für Ärztinnen und Ärzte sind vor allem die verschreibungspflichtigen Medikamente von Bedeutung. Bei Apothekerinnen und Apothekern müssen die verschreibungs- und die apothekenpflichtigen Substanzen hingegen getrennt betrachtet werden. Im Rx-Bereich ist der Handlungsspielraum der Apothekerinnen und Apotheker durch verschreibende Ärztinnen und Ärzte allerdings häufig begrenzt.

In den Leitlinien der Apothekerschaft wird im OTC-Sektor auf Dextrometorphan verwiesen, das von einigen Patienten missbräuchlich verwendet wird, sowie auf Analgetika und Triptane. Im Leitfaden der Bundesapothekerkammer finden sich beispielsweise zu Kopfschmerzmitteln Hinweise, in welchen Fällen eine Abgabe kritisch zu hinterfragen ist. So sollte Vorsicht geboten sein, wenn mehr als 20 Tabletten im Monat eingenommen werden. Apothekerinnen und Apotheker sollten solche Kaufwünsche kritisch hinterfragen. Sie sollten bspw. fragen, wie oft die Schmerzen auftreten, und ob andere Substanzen wie Coffein zusätzlich eingenommen werden. Auch wenn die Patientin oder der Patient täglich mehr als zehn Stunden unter Kopfschmerzen leidet, ist die Grenze der Selbstmedikation erreicht. Wird darüber geklagt, dass beim Absetzen der Schmerzmittel die Intensität der Kopfschmerzen zunimmt oder gibt es keinen Zusammenhang zwischen den ursprünglichen Kopfschmerzen und den aktuellen Symptomen, ist dies ein Hinweis auf Abusus. Wichtig ist immer, mit den Patientinnen und Patienten ins Gespräch zu kommen.

Eine weitere politische Maßnahme zur Einschränkung des Substanzmissbrauchs und der Hilfe bei Suchtproblemen ist das Konzept „Nationale Gesundheitsziele“ und darin das Ziel „Gesund älter werden“. Es wurde dieses Jahr vorgestellt. Darin ist festgelegt, die psychische Gesundheit älterer Menschen zu erhalten, zu stärken bzw. wieder herzustellen. Außerdem werden die möglichen Gründe für ein erhöhtes Suchtrisiko im Alter diskutiert. Zum einen verändert sich die Stoffwechsellage, Nieren-, Leber- und Herzleistung ändern sich sowie die Verteilung von Rezeptoren. Zum anderen gibt es eine gesellschaftliche Komponente, die eine mangelnde Entwicklungsfähigkeit bezüglich des Umgangs mit Krankheit, Tod und Trauer einschließt. Im Vergleich zu früher fehlt heute eine Umgangstradition mit diesen Problemen, was unter anderem mit der zunehmenden Zahl Alleinlebender zusammenhängt. Gerade Männer vereinsamen überdurchschnittlich häufig.

In Untersuchungen wird davon ausgegangen, dass pro Tag in jede Arztpraxis ein Abhängiger oder eine Abhängige kommt. Da pro Tag mehr Patientinnen und Patienten in eine Apotheke gehen als in eine Arztpraxis, ist davon auszugehen, dass es pro Apotheke und Tag noch mehr Betroffene sind. Der Schwerpunkt liegt hier auf den Sedativa und Hypnotika, aber auch Analgetika und Psychostimulanzien werden in der Leitlinie für Ärztinnen und Ärzte genannt.

Die Leitlinie für Ärztinnen und Ärzte zur Medikamentenabhängigkeit ist von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Deutschen Ge-

sellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde herausgegeben worden und befindet sich auf Entwicklungsstufe 2, ist also noch nicht voll evidenzbasiert. Für Ärztinnen und Ärzte stellt dies eine hilfreiche Leitlinie dar, aber es ist fraglich, ob alle Hausärzte Leitlinien dieser speziellen Gesellschaften überhaupt lesen und benutzen..

Pharmakologie der Sucht

Eine der wichtigsten Substanzen bei der Entstehung einer Sucht ist das Dopamin. Dopamin sorgt beim Menschen für eine zielgerichtete Bewegung. Es ist als Neurotransmitter im Gehirn für Antrieb und Lustgewinn zuständig, stimuliert die Erwartung und dient als Belohnungssubstanz, indem es Glücksgefühle auslöst. So verstärkt der Botenstoff Lernprozesse und nimmt Einfluss auf das Verhalten, was auch die Entstehung einer Sucht bedeuten kann. Alle Suchtsubstanzen beeinflussen den Dopaminhaushalt. Je suchterzeugender ein Stoff ist, desto stärker die dopaminerge Reaktion. Dies kann durch vermehrte Freisetzung oder Verhinderung der Wiederaufnahme des Dopamins geschehen (zum Beispiel durch Hemmung der Transporter), oder der Stoff stimuliert selbst dopaminerge Rezeptoren.

Pharmakokinetik und Pharmakodynamik im Alterungsprozess

Mit zunehmendem Alter verändern sich Pharmakokinetik und Pharmakodynamik kontinuierlich. Weil sich Leber- und Nierenfunktion sowie das Herzzeitvolumen verändern, bleibt auch die Eliminationsleistung nicht konstant. Ebenso die Fett-Wasser-Verteilung, da der Fettanteil im Alter steigt, was Einfluss auf die Verteilung fett- bzw. wasserlöslicher Stoffe hat und damit auf ihre Verfügbarkeit. Die Veränderungen im Magen-Darm-Trakt sowie die veränderte Plasmaeiweißmenge spielen bei suchterregenden Substanzen eine untergeordnete Rolle. Auf pharmakodynamischer Ebene ändern sich neben der Rezeptoren-Dichte oder -Verteilung in den einzelnen Geweben auch im ZNS einige Prozesse.

Die Veränderung der Nierenfunktion lässt sich anhand der Kreatinin-Clearance beispielsweise mittels Cockcroft-Gault-Formel berechnen, in die Geschlecht, Körpergewicht und Alter eingehen. Als Normwert für die Kreatinin-Clearance gelten 120 ml/min, bei älteren Patienten liegt sie meist um 80 ml/min und unter 60 ml/min kumulieren bestimmte Stoffe bereits in kritischem Ausmaß.

Geschlechtsspezifische Unterschiede der Pharmakokinetik und -dynamik

Erst seit kurzem müssen in klinischen Studien Frauen und Männer gleichermaßen berücksichtigt werden. Bisher gibt es nur wenige Studien, die Erkenntnisse zu Dosierung, Interaktionen und Nebenwirkungen unter geschlechtsspezifischen Aspekten berücksichtigen. Auch wurden ältere Wirkstoffe, die häufig eingesetzt werden, noch nicht dahingehend untersucht. Im Pharmakovigilanzbereich sind systematische Untersuchungen ebenfalls bezüglich altersbedingter Veränderungen selten.

Man weiß aber inzwischen, dass auch Geschlechtshormone die Pharmakokinetik und -dynamik beeinflussen.

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.	**Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.**

All diese Punkte sind wichtig zu wissen, um zu verstehen, warum Ältere ein höheres Risiko haben, eine Suchterkrankung zu entwickeln, und warum das Risiko bei Frauen und Männern unterschiedlich ist.

So kumulieren bei älteren Frauen manche Arzneistoffe verstärkt, zum einen aufgrund des höheren Fett-Wasser-Verteilungskoeffizienten, zum anderen, weil der Abbau vermindert ist. Bei Benzodiazepinen kann das im schlimmsten Fall zur typischen Kaskade aus Sturz und Oberschenkelhalsbruch führen.

Insgesamt haben Frauen eine im Verhältnis größere Fettmasse, was sie bei der Verteilung hydrophiler Arzneistoffe benachteiligt. Auch sind Männer besser mit saurem Glykoprotein ausgestattet. Für einige Enzyme kennt man inzwischen recht genau die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. So metabolisieren Frauen beispielsweise verstärkt über CYP 3A4. Diese Daten gelten über alle Altersgruppen hinweg. Ob auch eine Verschiebung im Alter stattfindet, ist bisher nicht untersucht.

Die Halbwertszeiten verschiedener Arzneistoffe variieren aber je nach Alter und Geschlecht unter Umständen sehr stark. Die Halbwertszeit von Morphin erhöht sich mit zunehmendem Alter von 3 auf 4,5 Stunden, was an der veränderten Rezeptorverteilung liegt. Auch bei Propranolol nimmt die Halbwertszeit zu, außerdem wird bei Frauen eine größere Wirkstärke erreicht. Beides lässt sich durch unterschiedliche CYP-Aktivitäten erklären. Gleiches gilt für Diazepam, wobei es mit zunehmendem Alter zu einer massiven Steigerung der Halbwertszeit von knapp 49 auf fast 94 Stunden kommt.

Benzodiazepin-Abhängigkeit

Benzodiazepine führen zu psychischer, nicht zu physischer Abhängigkeit. Sie stellen die wichtigste Tranquillantiengruppe dar, werden schnell resorbiert und besitzen eine große therapeutische Breite.

Benzodiazepine sind allosterische Liganden am inhibitorischen $GABA_A$-Rezeptor im Gehirn. Ihre Bindung am Rezeptor erhöht die Affinität des natürlichen Liganden GABA zum Rezeptor. Damit steigt die Öffnungswahrscheinlichkeit des Chlorid-Kanals. Durch den Chlorid-Einstrom wird die Membran hyperpolar, sodass die Entstehung eines Aktionspotentials erschwert und die Erregbarkeit herabgesetzt wird.

Neben der gewünschten sedierenden, hypnotischen, anxiolytischen, beruhigenden oder antikonvulsiven Wirkung wirken sie muskelrelaxierend, was zu Stürzen führen kann.

Kritisch zu bewerten ist auch die durch Benzodiazepine ausgelöste CYP-Induktion. Andere Arzneistoffe können dadurch beschleunigt abgebaut werden, sodass deren Dosierung unter Umständen angepasst werden muss. Kommt im Alter eine Niereninsuffizienz hinzu, können die entstehenden Metaboliten möglicherweise nicht mehr ausreichend ausgeschieden werden. Auch in dieser Hinsicht bergen Benzodiazepine ein nicht kalkulierbares Risiko.

Zudem verlängert sich die Halbwertszeit im Alter und bei abnehmender Leberfunktion. Beides wird bei älteren Patienten häufig vergessen, sodass keine Dosisreduktion erfolgt. Diese ist in keinem Fall mit einem Entzug gleichzusetzen. Weiterhin reagiert das zentrale Nervensystem im Alter sensibler auf Benzodiazepine. Beides führt dazu, dass Ältere im Vergleich zu Jüngeren stärker sediert werden und größere motorische Einschränkungen durch Benzodiazepine auftreten.

In der folgenden Grafik sieht man deutlich die Zunahme der Halbwertszeit im Alter. So beträgt sie bei einem 20-Jährigen durchschnittlich etwa 20 Stunden, wohingegen sie bei einem 80-Jährigen schon bei bis zu 100 Stunden liegen kann.

Zunahme der Halbwertszeit im Alter

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

Ähnliches lässt sich über den Sedationsindex sagen. Dieser liegt bei Älteren je nach Dosis doppelt so hoch wie bei Jüngeren.

In der Literatur finden sich Tabellen, wie die Dosis einzelner Substanzen je nach Alter, Geschlecht und Stoffwechsellage angepasst werden sollte.

Zum Abschluss soll auf die Notwendigkeit der Fortbildung von Pflegepersonal zur „Pflege und Betreuung medikamentenabhängiger Senioren“ hingewiesen werden. Letztendlich muss auch jeder selbst aktiv werden, um sich gegen die massive Medikalisierung zu schützen und Strategien entwickeln, um den Alltag auch ohne Benzodiazepine zu meistern.

Aus der Diskussion:

Braucht man die Substanz Diazepam überhaupt noch oder ist es aufgrund des negativen Potentials schon völlig obsolet? Und wird Diazepam überhaupt noch eingesetzt?

Nach den Verkaufszahlen zu urteilen wird es weiterhin viel verschrieben. Anhand der Zahlen lässt sich allerdings nicht sagen, welche Patienten die Substanz erhalten, also ob gerade Ältere Diazepam nehmen. Möglicherweise erhalten Patientinnen und Patienten, die nicht optimal substituiert sind, Diazepam.

Zum Problem der fehlenden Zusammenarbeit zwischen den Heilberufen: gibt es, gerade im Zusammenhang mit Benzodiazepinen und anderen suchterzeugenden Stof-

fen, Angebote vonseiten der Kammer, zum Beispiel gemeinsame Fortbildungen, wo versucht wird, das Thema auch interdisziplinär anzugehen?

Die Apothekerkammer Nordrhein ist Mitglied der Steuerungsgruppe des Suchtkooperationstages NRW. Das ist ein Kooperationsfortbildungstag, der alle zwei Jahre stattfindet. Dort treffen sich Heilberufler, Sozialarbeiter und alle anderen, die mit Sucht zu tun haben und erarbeiten bestimmte Themen, z.B. Sucht im Alter, Genderaspekte oder Fragen rund um die Substitutionsbehandlung. Es handelt sich dabei also um ein fest installiertes Gremium, in dem alle zusammen diskutieren können.

Außerdem versuchen die (Apotheker-)Kammern immer wieder, Veranstaltungen anzubieten, wo sich Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker gemeinsam fortbilden können. Leider ist das nicht immer so einfach – es kommen meist nur wenige Ärzte.

Die Zusammenarbeit wird auch in der Ausbildung noch zu selten praktiziert. Für die Hochschulprofessoren gilt Lehrfreiheit, das Zustandekommen gemeinsamer Kurse liegt daher in ihrem Ermessen. In gewissem Umfang wird die Zusammenarbeit im Bereich der klinischen Pharmazie versucht, allerdings hängt es vom Engagement Einzelner ab, ob Ärztinnen und Ärzte zu Veranstaltungen eingeladen werden. Es gibt leider noch kein dauerhaft etabliertes System.

Zur Genderproblematik, die ja schon seit zehn bis 15 Jahren diskutiert wird und inzwischen auch in der Gesetzgebung angekommen ist: Wie ist es denn in der Praxis? Werden Genderaspekte von Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern berücksichtigt? Oder findet die Auseinandersetzung mit dem Thema bisher eher nur auf der theoretischen Ebene statt?

Zur Behandlung von Herz-Kreislauf Erkrankungen, vor allem zum Thema Herzgesundheit von Frauen, findet sich schon viel in Fortbildungen, Literatur und in Leitlinien für Ärztinnen und Ärzte. Man kann den Eindruck gewinnen, dass das Thema weitgehend angekommen ist, auch bei Internisten und Hausärzten. In anderen Bereichen ist man noch nicht so weit. Gerade im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen und den zur Therapie eingesetzten Wirkstoffen wird das „Titrieren“ zur Dosisfindung, also das Herantasten an die gewünschte Wirkung, statt z.B. genetischer Bestimmung des Metabolisierungstyps, von vielen bevorzugt. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern werden zwar beforscht, hier scheint aber noch nicht alles in der Praxis angekommen zu sein.

Wird die Verteilung von Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit zwischen Frauen und Männern unter sozialen Aspekten berücksichtigt?

Die Problematik ist den Ärztinnen und Ärzten durchaus bewusst, so werden z.B. Männer im allgemeinärztlichen Gespräch häufiger nach ihrem Alkoholkonsum gefragt als Frauen. Allerdings ist zu vermuten, dass nach dem Ausmaß des Alkohol- oder Benzodiazepin-Gebrauchs bspw. aufgrund von Budgetierungen und manchmal aus Resignation nicht gefragt wird. Viele Ärztinnen und Ärzte wissen vielleicht, dass es nicht optimal ist, einer Patientin ihr Medikament weiter zu verschreiben, tragen das aber still mit. Gleiches gilt für die abgebenden Apothekerinnen und Apotheker. Es ist

notwendig, dass die Heilberufe ihre Berufsethik wieder stärker wahrnehmen und danach handeln.

Weiterführende Literatur: C. Schäfer: Benzodiazepin-Missbrauch gezielt ansprechen. Wie klappt der Einstieg in den Ausstieg?. In: Dtsch. Apoth. Ztg. 152 (2012): 5510-5512.

Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit: Beobachtungen aus einer regionalen Drogenberatung und der Netzwerktätigkeit

Dipl. theol. Dr. med. Heinrich Elsner (Methadonambulanz Bochum)

Die Krisenhilfe e.V. Bochum ist von der Kommune Bochum mit der Wahrnehmung der Suchtkrankenhilfe im Bereich illegale Drogen beauftragt und hat unterschiedliche Abteilungen zusätzlich zur eigentlichen Drogenberatung. Dazu gehört u.a. ein „Drobscafé“, in der eine niedrigschwellige Kontaktmöglichkeit zum Drogenhilfesystem besteht. In einem Drogenkonsumraum haben Abhängige die Möglichkeit, mitgebrachte illegale Drogen, Opiate und Amphetamine unter hygienischen Bedingungen zu konsumieren. Zudem besteht die Möglichkeit, eine medizinische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Ferner gibt es ein spezialisiertes Angebot für junge Leute, die illegale Drogen konsumieren, sowie für deren Bezugspersonen. In der Methadonambulanz erfolgt die Substitution opiatabhängiger Menschen mit dem Ersatzstoff Methadon in einer integrierten medizinisch-psychosozialen Behandlung. Hinzu kommen die Fachstelle für Suchtvorbeugung und das Arbeitsprojekt INSAT (Individuelle Schritte in Arbeit).

Unterschiedliche Konsumformen

Es können verschiedene Konsumformen aufgrund des klinischen Bildes differenziert werden,

- der hedonistische Konsum,
- der problematische Konsum, oftmals Missbrauch genannt, und
- der abhängige Konsum, die sogenannte Sucht.

Wird ein Arzneimittel nicht-bestimmungsgemäß von einem Verbraucher eingesetzt, wird dies oftmals als Missbrauch bezeichnet, wobei häufig die missbräuchliche Anwendung gemeint ist. Der missbräuchliche Konsum der Arzneimittel erfüllt nicht die eigentlichen Kriterien des medizinisch definierten Missbrauchs oder der Abhängigkeit, aber im Einzelfall haben diese Medikamente durchaus die Potenz dafür. Den Schwerpunkt des Beitrags bildete die nicht-bestimmungsgemäße Anwendung von Arzneimitteln.

Neuer Trend des Alltagsdoping

Ein Trend bei der nicht-bestimmungsgemäßen Anwendung von Arzneimitteln ist seit längerer Zeit auch beim sogenannten Alltagsdoping zu erkennen. Insbesondere im Berufsleben wird immer mehr erwartet, durchgängig volle Leistungsfähigkeit zu erbringen. Bereits im Jahr 2008 wurde in den USA berichtet, dass immer mehr Studenten Stimulantien außerhalb zugelassener Anwendungsbereiche einnehmen, um ihre Leistungsfähigkeit durch „Gehirnbooster“ zu erhöhen. Es ist davon auszugehen, dass

in einigen Jahren einige Arbeitnehmer bereit sind, sich chemisch zu manipulieren, um entsprechend Leistungen am Arbeitsplatz stets abrufen zu können.

Arzneimittelabhängigkeit nimmt zu

Die Zahl der medikamentenabhängigen Personen war im Jahr 2006 erstmals mit 1,4 Millionen größer als die Zahl der Alkoholabhängigen mit 1,3 Millionen Personen. Den größten Anteil bilden in dieser Gruppe die Benzodiazepin-abhängigen Personen, wobei mehr Frauen als Männer abhängig sind. Die Zahl der Menschen, die Medikamente nicht-bestimmungsgemäß anwenden, ist hingegen nicht einmal zu schätzen.

Zahlen und Daten zur Sucht, Allgemeine Zahlen
In Deutschland leben
- ca. 6 % Rauschmittelabstinente,
- ca. 65-70 % Rauschmittelkonsumenten mit geringem Risiko der Suchtentwicklung,
- ca. 20-25 % Rauschmittelkonsumenten mit erhöhtem Risiko der Suchtentwicklung,
- ca. 4 % Abhängigkeitserkrankte (nach den Kriterien der ICD 10) und
- ca. 0,5 % mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte.

Zahlen im Vergleich:

- in 1995 wurden als behandlungsbedürftig eingeschätzt in Deutschland ca. 2,5 Mill. AlkoholkonsumentenInnen,
- in 2006 gab es (Jahrbuch Sucht 2008) ca.1,3 Mill. Alkoholabhängige, ca. 2 Mill. Menschen missbrauchten Alkohol,
- *in 1995 wurden in Deutschland ca. 1,4 Mill. MedikamentenkonsumentenInnen als behandlungsbedürftig geschätzt,*
- in 2006 gab es (Jahrbuch Sucht 2008) ca. 1,4 Mill. Medikamentenabhängige, davon ca. 1-1,1 Mio. Benzodiazepinabhängige und ca. 300000 Abhängige anderer Medikamente; der Anteil der Menschen mit Medikamentenmissbrauch ist nicht sicher zu schätzen.

Bezüglich der Alkoholabhängigkeit ist die Geschlechtsverteilung 2/3 Männer gegenüber 1/3 Frauen, bei der Medikamentenabhängigkeit sind Frauen 1,3- bis 2-fach so stark betroffen wie Männer, wobei jedoch auf Seiten der Frauen eine erhebliche Dunkelziffer anzunehmen ist, da 70% aller Psychopharmaka-Verschreibungen Frauen betreffen.

Medikamente werden häufig nicht mehr ausreichend differenziert betrachtet, sondern ihr Konsum als normal angesehen. Dies spiegelt sich beispielsweise auch in einer Studie in den USA wieder. Dort wurde von 1983 bis 2004 ein hoher Anstieg an Todesfällen, die nicht in suizidaler Absicht geschahen, durch falsch eingenommene verschriebene Arzneimittel, besonders Betäubungsmittel (Opiate), beobachtet. Zudem wurden Todesfälle registriert, bei denen verschiedene verschriebene Arzneimittel eine Rolle spielten, die gleichzeitig eingenommen wurden, wie Schlafmittel und Schmerzmittel oder die gleichzeitige Aufnahme von Alkohol und illegale Drogen.

Aufgrund des Verfolgungsdrucks werden die illegalen Drogen auf dem Markt immer geringer. Als Alternative werden Psychopharmaka genutzt. Sie unterliegen zwar der Verschreibungspflicht und sind nur mit der Verschreibung auf dem legalen Weg zu erhalten. Neben dem bestimmungsgemäßen Gebrauch tritt aber auch immer wieder die missbräuchliche Anwendung auf – wenn dafür keine Verschreibung erhältlich ist, können die meisten Medikamente auf dem Internet-Markt erworben werden, ggf. auch im Ausland. Die Vermutung liegt daher nahe, dass Psychopharmaka in doppelter Anwendung zum einen als Psychopharmakon und zum anderen als Rauschmittel im Einsatz sind. In diesen Zusammenhang passt ein Zitat des deutschen Sozialwissenschaftlers und Drogenexperten Günter Amendt (2008): „Da viele marktgängige psychoaktive Substanzen sowohl als Medikament wie als Genussmittel nutzbar sind, werden sie nicht nur legal von Ärzten als Therapeutikum verschrieben, sondern auch als sogenannte Smart Drugs am Markt illegal gehandelt."

Als weitere neue Suchtstoffe finden sich die synthetischen Cannabinoide. Diese sind auf dem Vormarsch und werden Cannabis oder Marihuana zu einem beträchtlichen Anteil ersetzen, auch aufgrund dessen, dass die synthetischen Substanzen zur Zeit meist nicht nachgewiesen werden können.

Medikamente, die derzeit missbräuchlich verwendet werden

Zu den verschiedenen missbräuchlich verwendeten Substanzen, die als Arzneimittel legal im Markt sind oder früher als Arzneimittel Anwendung fanden, gehören:

<u>Trichlorethandiol (Chloralhydrat)</u>

- Trichlorethandiol wird als Ersatz für Alkohol eingenommen. In höheren Dosierungen treten Entzugssymptome auf.

<u>Opiate und Opioide</u>

- Wahrscheinlich gehören nicht mehr die „Junkies" zu den häufigsten Opiat-/Opioid-Abhängigen. Die größte Zahl der von dieser Substanzklasse Abhängigen sind möglicherweise Frauen höheren Alters – typischerweise wurden ihnen Opioide als Schmerzmedikamente verschrieben, die wegen der persistierenden Beschwerden nicht mehr abgesetzt werden können. Dabei stehen aber möglicherweise nicht mehr unbedingt die ursprünglichen Schmerzen im Vordergrund. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass diese Substanzklasse häufig nicht mehr auf dem Kassen-, wohl aber auf einem Privatrezept verordnet und dadurch die Abhängigkeit weiter unterstützt wird. Offensichtlich sind sich Ärzte in diesen Fällen nicht sicher, ob die Verordnung medizinisch indiziert ist und entgehen mit der Nutzung der Privatrezepte der Kontrollmöglichkeit von Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenkasse.
- Tilidin ist ein Opioid, welches zur Schmerztherapie eingesetzt wird. Durch die Wirkstoffkombination mit dem Opiatantagonist Naloxon soll die missbräuchliche Anwendung vorgebeugt werden. Allerdings werden diese Lösungen trotz der Kombination missbräuchlich angewendet, z.B. in dem sie injiziert werden.

Da vor allem die Darreichungsform Tropfen missbräuchlich angewendet wird, werden diese ab Januar 2013 dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt.

- Durch eine missbräuchliche Anwendung von freiverkäuflichem Loperamid können Rauschwirkungen mit einem großen Suchtpotential erzeugt werden. Dies gelingt durch eine wenig aufwändige Veränderung des Arzneimittels.
- Auch Fentanylpflaster können missbräuchlich angewendet werden. Bei einem bestimmungsgemäßen Gebrauch werden die Pflaster alle drei Tage neu appliziert, in dem sie auf die Haut aufgeklebt werden. Die Fentanyldosis wird über diese drei Tage kontinuierlich über die Haut in den Körper aufgenommen, was bei einer Therapie von chronischen Schmerzen von besonderer Bedeutung ist. Aufgrund der technologischen Formulierung bleibt aber immer ein Wirkstoffrest in den bereits verwendeten Pflastern enthalten. Die in den Pflastern enthaltene Wirkstoffmenge ist also insgesamt deutlich höher als der über die Haut aufgenommene Wirkstoffanteil. Eine missbräuchliche Anwendung von Fentanyl erfolgt, indem der Wirkstoff mit geeigneten Methoden aus neuen Pflastern oder der in den Pflastern verbliebene Restanteil an Wirkstoff extrahiert und dann intravenös appliziert wird. Da die genaue Wirkstoffkonzentration durch das Verfahren nicht bekannt ist, kann es schnell zu Überdosierungen kommen. In Bayern wurden mehrere Todesfälle durch missbräuchliche Fentanyl-Anwendung beschrieben.
- Methylnaltrexon wird als peripherer Opiod-Rezeptorantagonist missbräuchlich von Opiatabhängigen verwendet, um die peripheren Entzugserscheinungen nach einer Opiatgabe zu drosseln.

<u>Sedativa und Hypnotika</u>

- Die Benzodiazepine lösten in den 60er Jahren die Barbiturate, unter deren Anwendung es viele Todesfälle gab, als Sedativum ab. Anfangs wurde angenommen, dass diese Substanzklasse kein Abhängigkeitspotential besitzt, was allerdings schnell widerlegt werden konnte. Zwar ist das Abhängigkeitspotential der Benzodiazepine allgemein bestens bekannt, wird aber für eine bestimmte Substanz/Indikation nicht vermutet: Mit dem als Muskelrelaxans eingesetzten Benzodiazepin Tetrazepam wird das Abhängigkeitspotential oftmals nicht verbunden, weil die Leit-Indikation der Sedierung nicht angegeben ist; aber auch diese Substanz zeigt die typische unerwünschte Arzneimittelwirkung dieser Substanzklasse.
- Unter den sogenannten Z-Drugs versteht man Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon. Von diesen Substanzen wurde anfangs ebenfalls fälschlicherweise angenommen, dass sie kein Abhängigkeitspotential besitzen – auch dies ist inzwischen widerlegt.
- Doxylamin und Diphenhydramin sind als freiverkäufliche Schlafmittel in der Apotheke zu erhalten und werden ebenfalls missbräuchlich angewendet. Im Jahre 2012 enthielten die beiden meist verkauften Schlafmittel nach Packungsmengen jeweils eine dieser Substanzen.

Kokain

- Kokain wurde früher als Arzneimittel in Augentropfen eingesetzt. Heute ist Kokain dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt und unterliegt einem hohen Verfolgungsdruck. Es ist davon auszugehen, dass daher Kokain immer mehr durch andere Substanzen als Rauschdroge ersetzt wird.

Stimulantien

- Zu den Stimulantien wird auch das Coffein gezählt.
- Von den Sympathomimetika wird beispielsweise Salbutamol missbräuchlich als „Speed"-Ersatz vor allem von Jugendlichen verwendet.
- Ebenfalls als „Speed"-Ersatz werden einige SSRI eingesetzt.
- In einigen freiverkäuflichen Arzneimitteln gegen Erkältungen ist z.B. Pseudoephedrin enthalten.
- Ebenfalls ein Missbrauchspotential zeigen einige Appetitzügler/Antiadiposita wie z.B. Cathin, Amphetamin, Phenylpropanolamin und Amfepramon.
- Auch die Antihypotonika (Epinephrin, Etilefrin, Norepinephrin) werden als Stimulantien missbräuchlich eingesetzt.
- Aus dem Bereich der Parkinsonmedikamente wird Biperidin als Stimulanz missbräuchlich angewendet.
- Als weitere Substanzen sind die Stoffe Methylphenidat, Modafinil und Dexamfetamin aufzuzählen.
- Als problematische Nebenwirkungen der Stimulantien gelten die deutlich erhöhte Selbstüberschätzung und die mangelnde Selbstkritik. Nach längerem Konsum der Stimulantien tritt zudem als Absetzsymptom eine Depression auf, dabei sind suizidale Krisen nicht selten.

Halluzinogene

- Halluzinogene verändern die Wahrnehmung. In Deutschland ist kein Arzneimittel mit primär halluzinogener Wirkung zugelassen, jedoch gibt es einige Arzneimittel, die im Einzelfall halluzinatorisches Erleben als Nebenwirkung haben. Häufig entstehen diese Halluzinationen aber durch gewollte Überdosierungen entsprechender Fertigarzneimittel.

Nicotin

- Nicotin ist in Fertigarzneimitteln in z.B. Kaugummis im Rahmen des Zigaretten-Entzuges zugelassen. Bekanntermaßen kann Nicotin eine Abhängigkeit erzeugen.

Flüchtige Lösungsmittel

- Als „Schnüffelstoffe" werden bestimmte Arzneimittel verwendet, die Stoffe zur Inhalation oder flüchtige Substanzen enthalten.

Andere psychotrope Substanzen

- Zu diesen Substanzen gehört u. a. das Betäubungsmittel Gammahydroxybuttersäure (GHB) auch bekannt als Liquid-Ecstasy oder K.O-Tropfen. Unter Anwendung dieser Tropfen kommt es in höheren Dosierungen zu einem Pamipsest („Filmriss“). Gamma-Butyrolacton hingegen ist eine Vorstufe von GHB und unterliegt nicht den Regelungen des BtMG.
- Propofol, ein Narkotikum, welches neben anderen Medikamenten mitverantwortlich für den Tod von Michael Jackson war, hat ebenfalls Missbrauchspotential. Als weitere psychotrop wirkende Substanzen mit bekanntem Missbrauchspotenzial sind Pregabalin, Dimenhydrinat und Quetiapin zu nennen.

Kritisch zu betrachtende Kombinationspräparate

- Kritisch zu betrachten sind außerdem Kombinationspräparate wie z.B. WICK MediNait® Erkältungssirup für die Nacht: Als wirksame Bestandteile enthält die Lösung Dextromethorphan als mögliches Halluzinogen, Ephedrinhemisulfat als Stimulans, Doxylaminsuccinat als Sedativum, Paracetamol als Schmerzmittel und als Hilfsstoff noch Ethanol.
- Ein weiteres kritisches Fertigarzneimittel ist Cetebe® antiGrippal Erkältungs-Trunk forte anzusehen. In dem Granulat wirken Phenylephrin als Stimulans und Dextromethorphan als Halluzinogen; Paracetamol ist als Schmerzmittel enthalten.

Aus der Diskussion

Wie lange dauert es, um bei bestimmten Rauschstoffen ein Therapiekonzept zu entwickeln, was dem Abhängigen bei der Behandlung seiner Sucht therapeutisch helfen kann, wie z.B. die Ersatzstofftherapie mit Methadon bei der Opiatabhängigkeit?

Wie schnell etwas im Sucht-Hilfe-System geschieht, hängt von vielen Faktoren ab. Insbesondere spielen die finanziellen und die personellen Ressourcen eine große Rolle. Zum einen muss ausreichend Geld zur Verfügung stehen, um zunächst erfolgversprechende Therapieoptionen zu finden und sie anschließend auch ausreichend zu untersuchen. Denn nicht jede Option ist bei genauerer Betrachtung sinnvoll. Zum zweiten müssen ausreichend viele Experten zur Verfügung stehen. Leider gibt es aber immer weniger entsprechend ausgebildetes Fachpersonal in der Drogenberatung.

Wie sind die Erfahrungen in der Methadonambulanz der Krisenhilfe Bochum e.V. mit Opiatabhängigen? Kommen die Abhängigen von dem Methadon los und bleiben sie dann abstinent?

In 2011 haben mehr als 20% Prozent derjenigen, die in der Methadonambulanz der Krisenhilfe Bochum e.V. zunächst mit Methadon substituiert wurden, einen Abstinenz-orientierten Behandlungsabschluss erreicht. Eine generelle Schlüsselfrage bei der Behandlung ist, ob es sich wirklich um eine Opiat**ersatz**stofftherapie handelt und werden die entsprechenden Anforderungen erfüllt, oder werden noch weitere Suchtstoffe zu dem Methadon eingenommen. Dabei ist die Dosierung wichtig: Bei geringen

Methadondosierungen handelt es sich entweder um eine ausschleichende Therapie, oder es besteht der begründete Verdacht, dass neben dem Methadon noch Heroin konsumiert werden soll – das hat bei zu geringer Menge des Substitutionsmittels noch eine Wirkung.

Die persönliche Lebenssituation des Methadonsubstituierten hat zudem einen großen Einfluss auf den Erfolg der Therapie.

Weiterführende Informationen zur „Krisenhilfe Bochum“: http://www.krisenhilfe-bochum.de/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=25&Itemid=156

Behandlung von Medikamentenabhängigen

Dr. med. Rüdiger Holzbach, Chefarzt der Abt. Suchtmedizin, LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein

Ein Schwerpunkt der Behandlungsangebote der LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein ist der qualifizierte Entzug bei verschiedenen Abhängigkeitserkrankungen. In der Abteilung Suchtmedizin beschäftigt sich eine Untergruppe mit der Behandlung bei Störungen durch Medikamente. Es gibt sowohl eine ambulante Sprechstunde, in der die Patienten die Möglichkeit haben, ihren Umgang mit Medikamenten überprüfen zu lassen und sich über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren oder einen ambulanten Entzug durchzuführen als auch die Möglichkeit einer stationären Behandlung.

Schwerpunkt des Vortrages war die Behandlung von Arzneimittelabhängigkeit, insbesondere die Abhängigkeit von Benzodiazepinen und den sogenannten Z-Drugs (Zalepon, Zolpidem, Zopiclon).

Studie zur Arzneimittelabhängigkeit

In einer Studie beschäftigte sich der Vortragende in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der Universität Hamburg mit dem Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und der Arzneimittelabhängigkeit der Patienten. Dafür wurden routinemäßig anfallende Daten aus einem Apotheken-Rechenzentrum erfasst. Wenn ein Patient ein Kassenrezept von einem Arzt ausgestellt bekommt, löst er dieses i.d.R. in einer Apotheke ein. Dieses Rezept wird zum Apothekenrechenzentrum gesendet und die Daten in digitalisierter Form an die Krankenkassen zur Abrechnung weitergeleitet. In dem Apothekenrechenzentrum in Bremen fließen Daten von ungefähr 16 Millionen gesetzlich versicherten Patienten im norddeutschen Raum zusammen. Diese Daten wurden der Arbeitsgruppe in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Anhand der Rezeptdaten können die Verschreibungsdauer, -häufigkeit und -menge von problematischen Medikamenten wie z.B. Benzodiazepine und Z-Drugs erfasst werden. Die Daten dieser großen Anzahl an Patienten wurden zunächst noch nicht interpretiert, sondern erst einmal beschrieben, in dem ein farbcodiertes System entwickelt wurde. In dieses System wurden die Benzodiazepin-Verordnungen in sechs verschiedene Risikokategorien eingruppiert.

Wurde ein Rezept als „grünes Rezept“ einsortiert, erfolgte eine leitliniengerechte Verordnung. Gemäß der Leitlinie der Fachgesellschaften gibt es kein Krankheitsbild, bei dem die Gabe von Benzodiazepinen über einen längeren Zeitraum indiziert ist. Eine Einnahme soll maximal über vier bis sechs Wochen erfolgen. Unter das „grüne Rezept“ wurden nach dem farbcodierten System alle Verordnungen, die eine Versorgung von maximal acht Wochen ermöglichen, gefasst. Dieser längere Zeitraum wurde gewählt, um mögliche Abdosierungen, bei denen möglicherweise nur noch wenige Tabletten von einer Folgepackung eingenommen werden, noch in dieser Kategorie erfassen zu können. „Graue“ und in der Abstufung höhere Rezepte weisen eine Überschreitung der Höchstverordnungsdauer auf.

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

Die letzte Stufe in der Einsortierung ist ein „schwarzes Rezept“. Zusammen mit dem Vorgänger-Rezept ermöglicht das „schwarze Rezept“, mindestens sechs Monate lang täglich eine Diazepam-Äquivalentdosis von mindestens 15 mg einzunehmen.

Bei einer bundesweiten Hochrechnung der gewonnen Daten ist erkennbar, dass zwei Drittel der Verschreibungen noch leitliniengerecht erfolgen, 748.000 Patienten befinden sich in einem Bereich des „grauen Rezeptes“, problematische Verschreibungen (Stufe „gelb bis schwarz“) sind bei 790.475 Menschen zu erkennen. Allerdings bedeutet nicht jede Überschreitung einer Leitlinie gleich eine Abhängigkeit.

Werden die Alterstufen der Patienten bei den Verordnungen näher betrachtet, lassen sich folgende Altersgruppen zusammenfassen, die jeweils ein Drittel der verordneten Benzodiazepine erhalten: die Gruppe der bis zu 50jährigen Patienten, die Patienten von 50 bis 70 Jahre und die Patienten über 70 Jahre. Aus der letzten Zahl lässt sich

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

bei den über 70jährigen schließen, dass eine überdurchschnittliche Verschreibungshäufigkeit bei dieser Altersklasse erfolgt, denn die über 70Jährigen entsprechen nicht einem Drittel der Bevölkerung. In dieser Gruppe werden nur 50,6 % Verordnungen leitliniengetreu ausgestellt, wohingegen der prozentuale Anteil der zeitlich zu langen, höheren Dosis im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen mit 13,1 % am höchsten ist. Je höher das Alter ist, desto höher scheint das Risiko zu sein, eine Langzeitverschreibung zu erhalten.

Bei dieser Studie wurden nur Daten der gesetzlichen Krankenkassen ausgewählt, allerdings werden Benzodiazepine auch auf dem Privatrezept verordnet. Ein durch Hoffmann et al. durchgeführter Vergleich von Benzodiazepin- und Z-Drugs-Verordnungen auf Kassenrezept und der durch Apotheken eingekauften Packungen im Jahr 1993 und 2004 zeigte bei den Benzodiazepinen einen deutlichen Rückgang bei der Verordnung auf GKV-Rezept, allerdings ist dieser Rückgang bei den eingekauften Packungen durch die Apotheke längst nicht in gleichem Maße zu verzeichnen. Die Verordnung der Benzodiazepine erfolgt folglich zunehmend auf Privatrezepten, und es wird z. T. auf die Z-Drugs umgestiegen.

Die Zahl der verordneten Z-Drugs ist im Jahr 2004 im direkten Vergleich mit den Verordnungszahlen von 1993 angestiegen. Dies lässt sich auch dadurch erklären, dass ein Wechsel von einer Benzodiazepin-Verordnung auf eine Z-Drug-Verordnung erfolgt, da diese fälschlicherweise als unproblematischer betrachtet wird. Im Jahr 1993 betrug der Privatrezept-Anteil bei den Z-Drugs ungefähr 5 %, im Jahr 2004 lag der Anteil der Privatrezepte bei fast 50 %. Werden die gesamten Packungen an

Z-Drugs und Benzodiazepinen summiert, ergibt sich allerdings kein großer Unterschied in der Zahl zwischen 1993 und 2004, wobei unterschiedliche Packungsgrößen nicht berücksichtigt wurden.

Beratungspflicht der Apotheker

Die Apotheke hat die Pflicht zur Beratung und Information von Patienten und Ärzten über Arzneimittel, insbesondere über Aspekte der Arzneimittelsicherheit. Die Beratung muss die notwendigen Informationen über die sachgerechte Anwendung des Arzneimittels umfassen. In der Apotheke sollte es auffallen, wenn ein älterer Patient oder eine ältere Patientin zuvor das Benzodiazepin auf einem Kassenrezept verordnet bekommen hat und dieses nun auf ein Privatrezept verschrieben bekommt. Da ein Wechsel von der gesetzlichen zur privaten Krankenkasse bei älteren Personen unwahrscheinlich ist, kommt der Verdacht auf, dass der Arzt sich der nicht-leitlinienkonformen Verordnung bewusst ist und auf ein Privatrezept ausweicht, um eine mögliche Beobachtung der Verordnung durch die Krankenkasse zu umgehen. In solch einem Fall ist die Apotheke in der Pflicht zu beraten und über die möglichen Gefahren einer langfristigen Benzodiazepin-Behandlung aufzuklären.

Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums

Es gibt drei verschiedene Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums. Benzodiazepine haben ein hohes Potential, eine Abhängigkeit hervorzurufen. Um bei einer längeren Einnahme die gleiche Wirksamkeit wie am Anfang der Behandlung zu erreichen, ist relativ schnell eine Dosissteigerung notwendig. Der Körper versucht der „bremsenden“ Wirkung der Benzodiazepine entgegen zu wirken. Wird die Dosis bei der kontinuierlichen längeren Einnahme nicht erhöht, treten dann insbesondere die Symptome dieser Gegenregulation des Körpers auf. Diese Symptome sind Entzugserscheinungen, die sich u.a. in Schlafstörungen, Unruhe und Stimmungsschwankungen äußern. Patienten registrieren, dass ihre Tabletten nicht mehr im vollen Umfang die gewünschte Wirkung haben. Verzichten sie ganz auf die Einnahme der Tabletten, dann nehmen sie die Entzugssymptome meist noch stärker wahr, werten diese allerdings als die Ursprungssymptome, wogegen ihnen das Benzodiazepin verordnet wurde. Der Patient oder die Patientin möchte also nicht auf die Einnahme der Tabletten verzichten, da sie aus ihrer Sicht noch wirken. Evtl. kommt es sogar zur Dosissteigerung.

In der Phase 1 („Wirkumkehr-Phase“) lässt sich die Ausbildung relativer Entzugserscheinungen beobachten. Die Patienten steigern die Dosis noch nicht, die Gewöhnung führt aber zu einer relativen Unterdosierung, und es sind die typischen Symptome des Entzugs zu beobachten. Die Phase 1 erfüllt noch nicht die Suchkriterien, hier liegt häufig eine Niedrigdosisabhängigkeit vor.

In der Phase 2, der „Apathie-Phase“, erfolgt dann eine moderate Dosissteigerung. Durch diese Dosissteigerung treten weitere Symptome hinzu. Typischerweise ist das Gefühlserleben abgeschwächt, die Konzentrationsfähigkeit sowie Leistungsfähigkeit nimmt ab und die körperliche Energie ist vermindert. Diese Symptome werden vom

Umfeld wahrgenommen, aber normalerweise nicht richtig zugeordnet, da sie sehr unspezifisch sind.

In der eigentlichen „Sucht-Phase“, der Phase 3, entdecken Patienten zusätzliche Quellen für Benzodiazepine, in dem sie sich z.B. das Arzneimittel zeitgleich bei verschiedenen Ärzten verschreiben lassen. Es kommt zur deutlichen Dosissteigerung. Die Suchtkriterien werden erfüllt.

Die meisten Benzodiazepin-einnehmenden Patienten befinden sich in der Phase 1 oder 2, nur wenige befinden sich in der „Sucht-Phase“.

Motivation durch Information

Die Patienten in der Phase 1 oder 2 erkennen ihre Abhängigkeit nicht. Aus ihrer Sicht nehmen sie ein Arzneimittel ein, welches ihr Arzt gegen die Schlafstörungen oder Unruhe verordnet hat. Ohne dieses Arzneimittel treten die Symptome wieder stärker auf. Die Patienten verbinden dies allerdings nicht mit Entzugserscheinungen. Folglich wird ein Beratungsgespräch in der Apotheke, in dem die Begriffe Sucht oder Abhängigkeit genutzt werden, keine Akzeptanz finden. Der Apotheker kann aber die Begrifflichkeit Nebenwirkung im Verlauf anwenden.

Im Gespräch mit dem Patienten oder Patientin kann zudem der Lippstädter Benzo-Check zur Abwägung der Vor- und Nachteile der Langzeitbehandlung gereicht werden. Zu finden ist dieser im Internet unter

http://www.lwl.org/klinik_warstein_bilder/pdf/BenzoCheck.pdf.

In diesem Fragebogen werden einfache Fragen gestellt, und der Patient oder die Patientin kann bei der Auswertung erkennen, ob möglicherweise ein Problem vorliegt. Dieser Fragebogen ist nicht als Diagnoseinstrument zu verstehen, sondern er kann ein Hinweis auf eine mögliche Abhängigkeit geben und ist als Motivationsinstrument zu betrachten.

Problem der Unterversorgung im Hilfesystem

Es gab gemäß einer Untersuchung von Glaeske (Krankenhausstatistik 2010) ungefähr 1.200.000-1.400.000 Anxiolytika- oder Sedativa-Abhängige, aber es wurden weniger als 10.000 Patienten im stationären Entzug behandelt. Weniger als 500 Patienten befanden sich in einer Entwöhnungstherapie aufgrund einer reinen Medikamentenabhängigkeit. Hier liegt eine deutliche Diskrepanz zwischen der Häufigkeit des Auftretens und der idealen Nutzung der Behandlungsform vor.

Häufig werden Entzugsbehandlungen in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen sowie nicht spezialisierten Suchtstationen durchgeführt. Eine gemeinsame Behandlung von verschiedenen Suchterkrankungen (z.B. Alkohol und Medikamente) auf einer Station, stellt für den Arzneimittelabhängigen keinen geeigneten Weg dar. Die Krankheitsmodelle der verschiedenen Abhängigkeiten sind für eine gemeinsame Therapie zu unterschiedlich und finden von dem Arzneimittelabhängigen keine Akzeptanz.

Auch in psychosomatischen Abteilungen bzw. Kliniken werden viele Medikamenteabhängige gesehen. Dort wird die Suchterkrankung aber offiziell nicht thematisiert,

da diese Kliniken keine Zulassung für die Behandlung von Suchtkranken haben und der „Fall“ als Fehlbelegung unter Umständen nicht abgerechnet werden kann.

Die Suchtabteilung der LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein ist die einzige deutsche Einrichtung mit einem eigenen Behandlungsprogramm für Medikamentenabhängige. So ist es möglich, mit der Blickweise und der Sprache der Patienten die Abhängigkeit gezielt zu therapieren.

Modellprojekt: Ambulante Behandlung

Es gibt ein vom BMG gefördertes Modell-Projekt, bei dem ein Apotheker in einer engen Kooperation mit einem Arzt den Benzodiazepin-Abhängigen berät und begleitet, welches auf dieser Fachtagung Sozialpharmazie von Dr. Möbius noch vorgestellt wird. Bei dem Pilotprojekt nahmen 38 Personen mit einem Durchschnittsalter von 72, 5 Jahren teil. 21 Personen haben einen kompletten Entzug gemacht, bei sieben Personen erfolgte eine Dosisreduktion. Lediglich bei zehn Patienten konnte keine erfolgreiche ambulante Behandlung durchgeführt werden. Diese Möglichkeit des ambulanten Entzuges ist als eine positive Variante zu sehen. Häufig werden in diesem Zusammenhang von Standesvertretern Bedenken geäußert, es könne die Therapiehoheit des Arztes verletzt werden. Allerdings sind Apotheker gemäß der Apothekenbetriebsordnung verpflichtet, die Patienten zu informieren oder zu beraten. Dies ist auch als Chance für die niedergelassene Apotheke zu sehen, sich z.B. gegen Internetapotheken zu behaupten.

Was ist bei einem Entzug zu beachten?

Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine äquivalente Umstellung auf ein Benzodiazepin mit mittlerer Halbwertszeit. Diazepam ist ein Benzodiazepin mit einer Halbwertszeit von 20-40 Stunden. Allerdings werden bei der Metabolisierung die aktiven Metabolite Nordazepam und Oxazepam gebildet, die wiederum eine Halbwertszeit von 36-200 bzw. 10-20 Stunden besitzen. Die eigentliche Halbwertszeit kann unter Einbezug der Metaboliten mit ungefähr 150 Stunden angegeben werden. Bei einer einmal täglichen Dosierung kommt es innerhalb kurzer Zeit zu hohen Wirkstoffspiegeln im menschlichen Körper und somit innerhalb weniger Wochen zu einem sehr schnellen Gewöhnungseffekt. Diazepam ist folglich mit der langen Halbwertszeit nicht für einen Entzug geeignet.

Eine Substanz mit einer mittleren Halbwertszeit von 10-20 Stunden, die im Entzug verwendet werden kann, ist z.B. Oxazepam. Ein Vorteil der Substanz ist, dass sie keine aktiven Metabolite bildet. Zudem ist sie in unterschiedlichen Dosierungen verfügbar und die Tabletten können sogar geviertelt werden. In der ambulanten Therapie eignet sich z.B. auch Clonazepam in der Darreichungsform Tropfen, da sehr geringe Dosierungen eingenommen werden können, was bei einer ausschleichenden Therapie gerade bei der „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Interesse ist. Die Wechsel von einer Tablette auf Tropfen, kann zudem einen psychologischen Effekt haben, im Sinne einer ersten Ablösung von Ritualen und der Fixierung auf „die“ Tablette.

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

Bei der Behandlung sind eine schrittweise Abdosierung und eine möglichst geteilte Dosis von Wichtigkeit. In der stationären Behandlung kann die eine Dosis z.B. auf vier Dosen aufgeteilt werden, um einen gleichmäßigen Wirkstoffspiegel über den Tag zu erreichen, denn ein Spiegelabfall bedeutet Entzugserscheinungen. Im ambulanten Bereich empfiehlt es sich, morgens ein Fünftel bis ein Viertel der bisherigen Dosis einzunehmen und den Rest am Abend, damit zwischendurch keine Entzugserscheinungen durch einen zu großen Spiegelabfall auftreten. Bei einer Abdosierung werden anfangs größere Reduzierungsschritte gewählt. Je kleiner die Dosierung dann ist, umso kleiner werden auch die Reduzierungsschritte. Die Reduktionsintervalle sollten individuell festgelegt werden. Zu empfehlen sind Intervalle von drei bis sieben Tagen, wobei die Gesamttherapiedauer nicht zu lange sein sollte. Besonders wichtig ist es, keine Dosiserhöhung im Laufe des Entzuges durchzuführen.

Bei einer Lippstädter Studie mit 101 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 50 Jahren, die im Mittel 8,3 Jahre regelmäßige Benzodiazepine (durchschnittliche 38 mg Oxazepam oder 13 mg Diazepam) eingenommen hatten, wurden als primäre Einnahmegründe hauptsächlich Angst, Unruhe und Schlafstörungen genannt. Sie erhielten die Benzodiazepine in erster Linie durch die Verschreibung nur eines Arztes. Aber es wurden auch verschiedene Ärzte aufgesucht oder Benzodiazpine durch Verwandte oder Bekannte weitergegeben. Von den Patienten wurden als Quelle mit 3 % aber auch die Apotheken genannt, in denen die Patienten diese Arzneimittel unerlaubterweise ohne Rezept erhielten.

Die Behandlungsdauer betrug im Schnitt 21 Tage. 76 % der Patienten schlossen den Entzug regulär ab. Bei 91 % der Patienten traten während des Entzuges keine Komplikationen auf. Auch bei der eigenen Einschätzung ihres psychischen Zustandes wurde von 76 Patienten eine Verbesserung angegeben, bei acht Patienten hatte sich der Zustand sehr verbessert. Die Schlafqualität nahm während des Entzuges erst ab, aber am Ende der stationären Behandlung und noch ausgeprägter bei der Nachuntersuchung wurde eine deutliche Verbesserung festgestellt. Bei einer weiteren Nachuntersuchung nach sechs Monaten waren zwei Drittel der Patienten immer noch abstinent.

Die Rolle der Apothekerinnen und Apotheker

Den Patienten sollte in der Apotheke vermittelt werden, dass Arzneimittel sicher und wertvoll sind. Bei der pharmazeutischen Beratung kann ergänzend zum Arztgespräch auf das individuelle Risiko für Nebenwirkungen eingegangen werden. Nebenwirkungen können auch im Verlauf auftreten, aber man muss danach fragen, da sonst der Zusammenhang nicht erkannt wird.

Aus der Diskussion

Die medikamentenabhängigen Personen werden in Statistiken immer zusammen mit den alkoholabhängigen Personen genannt. Wird eine Alkoholabhängigkeit problematischer angesehen als eine Medikamentenabhängigkeit?

Auf einer normalen Entzugsstation sind sehr wenige Patienten mit Medikamentenabhängigkeit in Behandlung. Es werden mehr Patienten mit Alkoholabhängigkeit behandelt. In der Regel werden eher die jüngeren Patienten stationär behandelt, da ältere Personen häufig aufgrund der Dynamik auf einer Suchtstation besser ambulant behandelt werden können. Häufig ist die Atmosphäre für ältere Patienten auf einer Stationen zu hektisch, daher ist eine ambulante Therapie erfolgversprechender. Treten weitere Begleitstörungen wie z.B. Depressionen auf, ist eine stationäre Aufnahme meist unumgänglich.

Tetrazepam wird häufig im Rahmen von orthopädischen Behandlungen z.B. bei Verspannungen verschrieben und nicht mit den Abhängigkeitssymptomen in Verbindung gebracht. Wie wird das Abhängigkeitspotential von Tetrazepam beurteilt?

Bisher sind in Lippstadt fast keine Patienten mit einer Tetrazepam-Abhängigkeit behandelt worden, das bedeutet aber nicht, dass es diese Abhängigkeit nicht gibt. Die GKV-Daten werden diesbezüglich noch ausgewertet. Vorstellbar ist eine Abhängigkeit auch von dieser Substanz, aber bisher gibt es keine belastbaren Daten.

Wie finden die Patienten Zugang zu dem Behandlungsangebot der Arzneimittelabhängigkeit? Was ist die Motivation dieser Patienten ihre Abhängigkeit therapieren zu lassen?

Einige Patienten registrieren ihre Abhängigkeit. Sie haben über das Behandlungsangebot in der LWL-Klinik in Zeitschriften, Zeitungen oder dem Internet gelesen. Wenige Patienten werden von den Ärzten an die Fachklinik überwiesen. Sehr selten werden Patienten von der Krankenkasse auf das Angebot aufmerksam gemacht. Kann einem Patienten oder einer Patientin verdeutlicht werden, dass die Schlafstörungen und die Unruhe eine Nebenwirkung des Arzneimittels bei Langzeiteinnahme ist, so wollen sie häufig dieses Arzneimittel auch nicht mehr einnehmen.

Sind sich die Ärzte dieser Problematik bewusst? Kennen die Ärzte das Therapieangebot der LWL-Klinik?

Auch auf Veranstaltungen für die Ärzteschaft wird über das Angebot der Klinik berichtet. Es gab außerdem mehrere Publikationen und Fernsehbeiträge. Aber nur wenige Ärzte weisen ihre Patienten auf das Therapieangebot hin.

Ist es nicht notwendig, dass gerade Ärzte verantwortungsvoller beim Verschreiben der Benzodiazpine vorgehen müssen?

Wenn der Arzt oder die Ärztin Arzneimittel nicht mehr auf dem Kassenrezept sondern auf dem Privatrezept verschreibt, ist ihm oder ihr spätestens dann die Abhängigkeitsproblematik bewusst. Der Arzt oder die Ärztin unterstützt durch die Verschreibung sogar die Abhängigkeit. Der bessere Weg wäre, die Patienten auf ein Angebot, wie es in der LWL-Klinik gibt, aufmerksam zu machen. Ein niedergelassener Arzt oder Ärztin hat häufig aufgrund der vorherrschenden Situation weder die zeitlichen

noch die finanziellen Ressourcen, einen arzneimittelabhängigen Patienten oder Patientin entsprechend zu behandeln, aber er oder sie kann z.B. den Lippstädter Benzo-Check oder anderes Infomaterial an den oder die Patientin weiterreichen und beim nächsten Besuch nochmals die Ergebnisse mit dem oder der Betroffenen besprechen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Apotheker mit ins Boot zu holen!

Weiterführende Literatur: R. Holzbach, M. Martens, J. Kalke, P. Raschke: Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhaltender Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten: In: Bundesgesundheitsbl 2010, 53:319–325

Medikamentenmissbrauch, Medikamentenabhängigkeit. Ein Leitfaden für die ärztliche Praxis

Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer

(Der Beitrag konnte auf der Fachtagung Sozialpharmazie nicht als Vortrag gehalten werden. Die folgenden Ausführungen orientieren sich eng, zum großen Teil wörtlich, an den für den Vortrag entwickelten Folien, am Leitfaden der Bundesärztekammer (2007) „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis“ sowie an der Publikation: S. Ulbricht, B. Groß, W. Kunstmann, C. Meyer, U. John: Der Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ im ärztlichen Arbeitsalltag. Eine Studie unter Kursteilnehmern zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“, in: Dtsch. Med. Wochenschr. 2011; 136: 2537–2541.)

Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit sind in Deutschland eine Realität. Es gibt viele Ursachen für den Missbrauch und die Arzneimittelabhängigkeit, darunter solche, die auf gesellschaftliche Probleme hinweisen, sowie Ursachen, die auf problematischen Rahmenbedingungen für die ärztliche Verordnungstätigkeit fußen.

Gründe für Medikamentenabhängigkeit

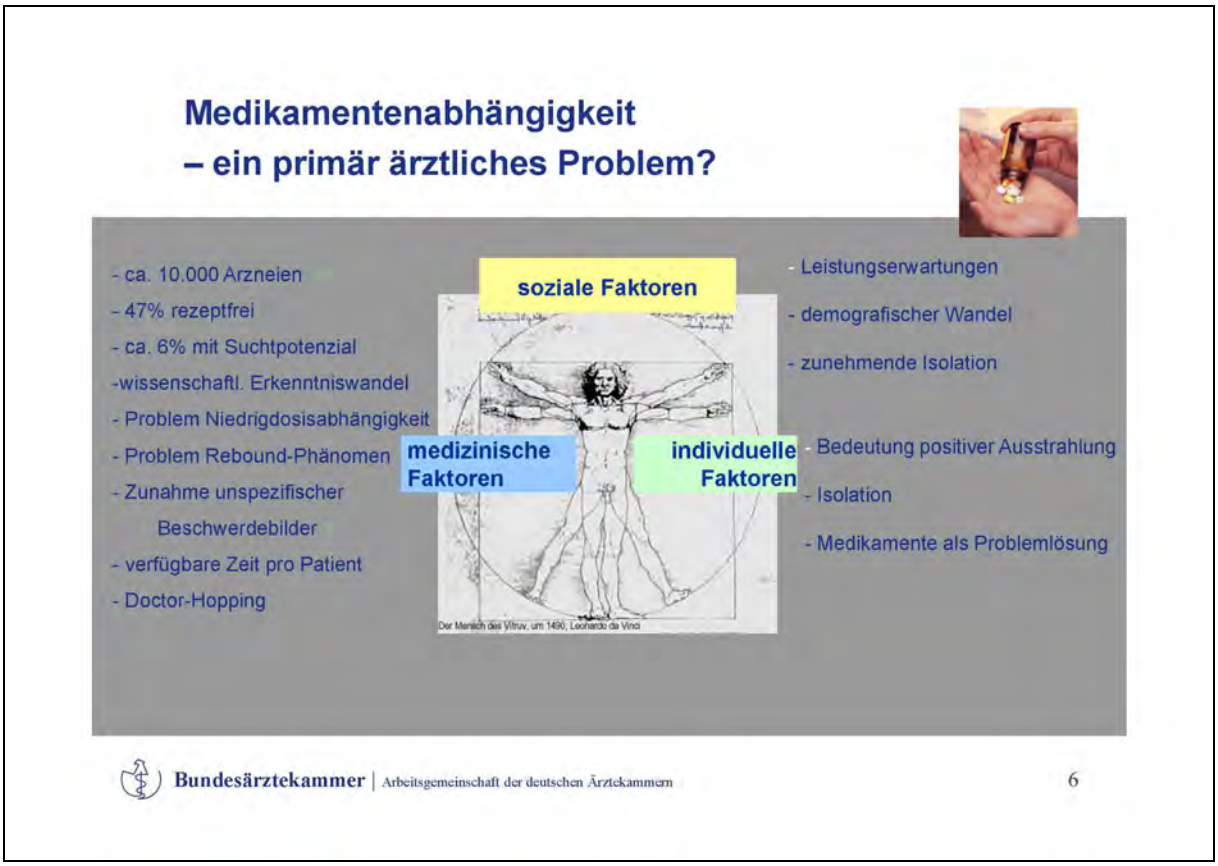
Ca. 1,5 Millionen Menschen in Deutschland weisen eine manifeste Abhängigkeit von Medikamenten auf. Eine ähnliche Menge wird von Experten als mittel- bis hochgradig gefährdet eingestuft, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln. Die Ursachen sind – wie bei allen Suchterkrankungen – vielfältig: Psychische 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 es etwa 10.000 verschreibungspflichtige Arzneimittel 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-Effekte, 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 aufsuchen. Sie haben häufig Strategien entwickelt, ihre Verschreibungswünsche wirksam vorzubringen oder greifen auf frei verkäufliche Medikamente zurück. Dies erschwert ein adäquates Reagieren auf das Problem Medikamentenabhängigkeit in der täglichen Praxis.

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 zunehmendem Maße auch auf die Beseitigung von Schönheits- und Befindlichkeitsproblemen, wie z.B. das körperliche Erscheinungsbild 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.



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.

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 Abhängigkeit 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 Ärztinnen und 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.

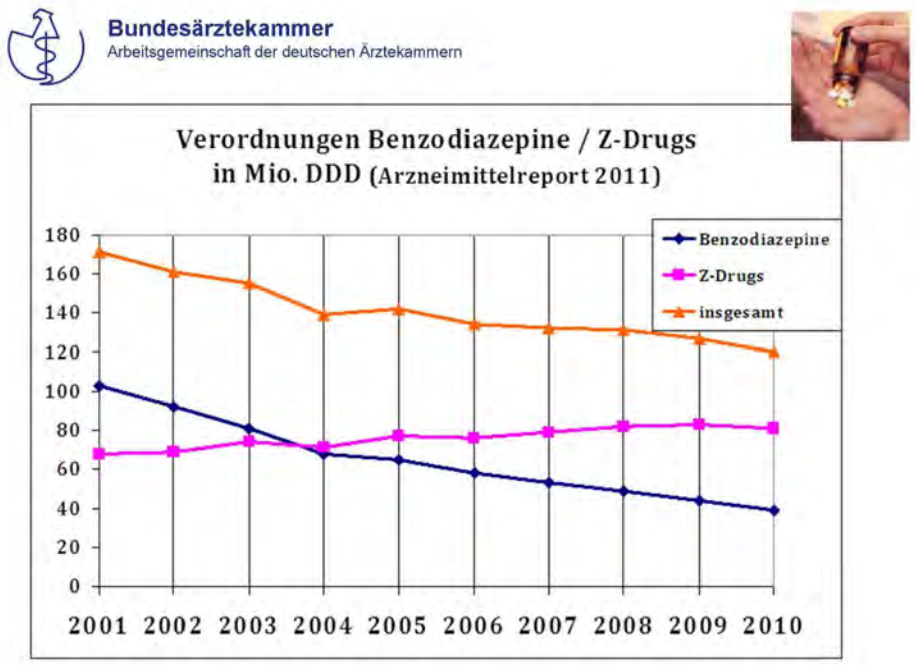
Menschen mit gesundheitsschädlichem Medikamentengebrauch oder -abhängigkeit sind in allen Altersstufen und sozialen Schichten vorzufinden. Frauen ab dem 40. Lebensjahr sind jedoch überdurchschnittlich häufig betroffen. Offensichtlich wählen sie im stärkeren Maße als Männer Medikamente als eine sozial 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.

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 es gewohnt sind, gegen alle möglichen Befindlichkeitsstörungen Medikamente einzunehmen, auch verstärkt gefährdet sind, medikamentenabhängig zu werden.

Benzodiazepine und Z-Drugs

Benzodiazepine und die sog. Z-Drugs Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon sind die Stoffe, die am häufigsten als abhängig machende Arzneimittel gelten. Ca. 1,1 bis 1,3 Mio. Menschen sind von der Abhängigkeit betroffen. Aufgrund der vielfältigen Informations- und Beratungstätigkeit im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung ist der

Anteil der GKV-Rezepte mit Benzodiazepin-Verordnungen in den letzten Jahren stets rückläufig gewesen, während die Verordnungsmenge der Z-Drugs leicht anstieg. Anhand der Verkaufszahlen von benzodiazepinhaltigen Medikamenten lässt sich aber vermuten, dass inzwischen ein gewisser Teil auch auf Privatrezepten verordnet wird, was die Erfassung des Gesamtumfangs des Problems erschwert.



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 als so genannte „Tranquilizer“ zur Behandlung unspezifischer,nicht genau abgeklärter Beschwerden eingesetzt: bei schwer fassbaren Allgemeinsymptomen wie Niedergeschlagenheit, Unausgeglichenheit und Lustlosigkeit, bei unspezifischen Angstsymptomen und Stresssymptomen. Dabei besteht die Gefahr, dass durch ihren Einsatz eine exakte Diagnostik und eine indikationsgerechte Behandlung mit anderen pharmakologischen Substanzen oder mit psychotherapeutischen Verfahren erschwert werden.

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

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.

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.

Verordnungsgrenzen bei abhängigkeitserzeugenden Arzneimittelgruppen

Für die Verordnung potentiell abhängigkeitserzeugender Arzneimittelgruppen sind folgende Faustregeln hilfreich, die als 4-K-Regel leicht einprägsam sind:

1. Der Verschreibung muss immer eine **k**lare Indikationsstellung vorausgehen.
2. Bei der Verschreibung die kleinste Packung wählen, es ist auf **k**orrekte Dosierung zu achten..
3. Es ist auf **k**urze Anwendungszeiträume zu achten.
4. Wurde das Medikament über längere Zeit angewandt, darf das Medikament nicht abrupt abgesetzt werden, sondern es ist langsam „auszuschleichen“.

Zudem ist zu beachten:

- Die Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial dürfen nicht an Patienten mit einer Abhängigkeitsanamnese verordnet werden.
- Alle Rezepte sind dem Patienten stets persönlich auszuhändigen.
- Die Weiterbehandlung ist sehr sorgfältig zu überprüfen.
- Die Patienten sind über mögliche Abhängigkeitspotentiale aufzuklären.
- Die Medikamente dürfen keinesfalls an Dritte weitergegeben werden.

Der Patient ist in die Entscheidung des behandelnden Arztes einzubeziehen. Ihm ist die Zweckmäßigkeit der Behandlung zu erläutern, er ist über Wirkungen, Nebenwirkungen und Gefahrenpotentiale zu informieren. Wenn möglich sollten mit dem Patienten Therapiealternativen diskutiert werden.

Bei der Behandlung von Suchterkrankungen ist im besonderen Maße 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.

Probleme beim Entzug

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 Koordinati-

onsstörungen 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.

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.

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 der kurz wirksamen Benzodiazepinen empfiehlt sich die Umstellung auf die Äquivalenzdosis eines mittellang oder lang wirksamen Benzodiazepins (Clonazepam, Oxazepam oder Diazepam). 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 eingenomme-

nen 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 Entzugserscheinungen auftreten. Gleichzeitiger Alkoholkonsum, eine Komorbidität mit Depression oder Angsterkrankungen sowie eine Vorgeschichte mit anderen Suchtformen (Alkohol oder Heroin) erschweren das Entzugssyndrom.

Der Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Anhängigkeit“

Um die Sensibilisierung von Ärzten gegenüber der Thematik zu stärken und weiter zu erhöhen, wurde von einem interdisziplinären Expertenteam unter Leitung der Bundesärztekammer der Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ erarbeitet und 2007 publiziert. Der Leitfaden richtet sich an niedergelassene Ärzte und insbesondere an Hausärzte, die primäre Anlaufstelle für Patienten sind. Demzufolge ist er sehr praxisorientiert und enthält neben Hinweisen zu Anamnese und Diagnostik auch solche zu kritischen Wirkstoffgruppen. Anhand von Praxisbeispielen werden Besonderheiten in der Gesprächsführung aufbereitet. Eine abschließende Übersicht über Behandlungs- und Beratungsangebote dient der Orientierung des Arztes im Suchthilfesystem. Die Kernbotschaften des Leitfadens sind in einer handlichen Schreibttischkurzversion verfügbar.

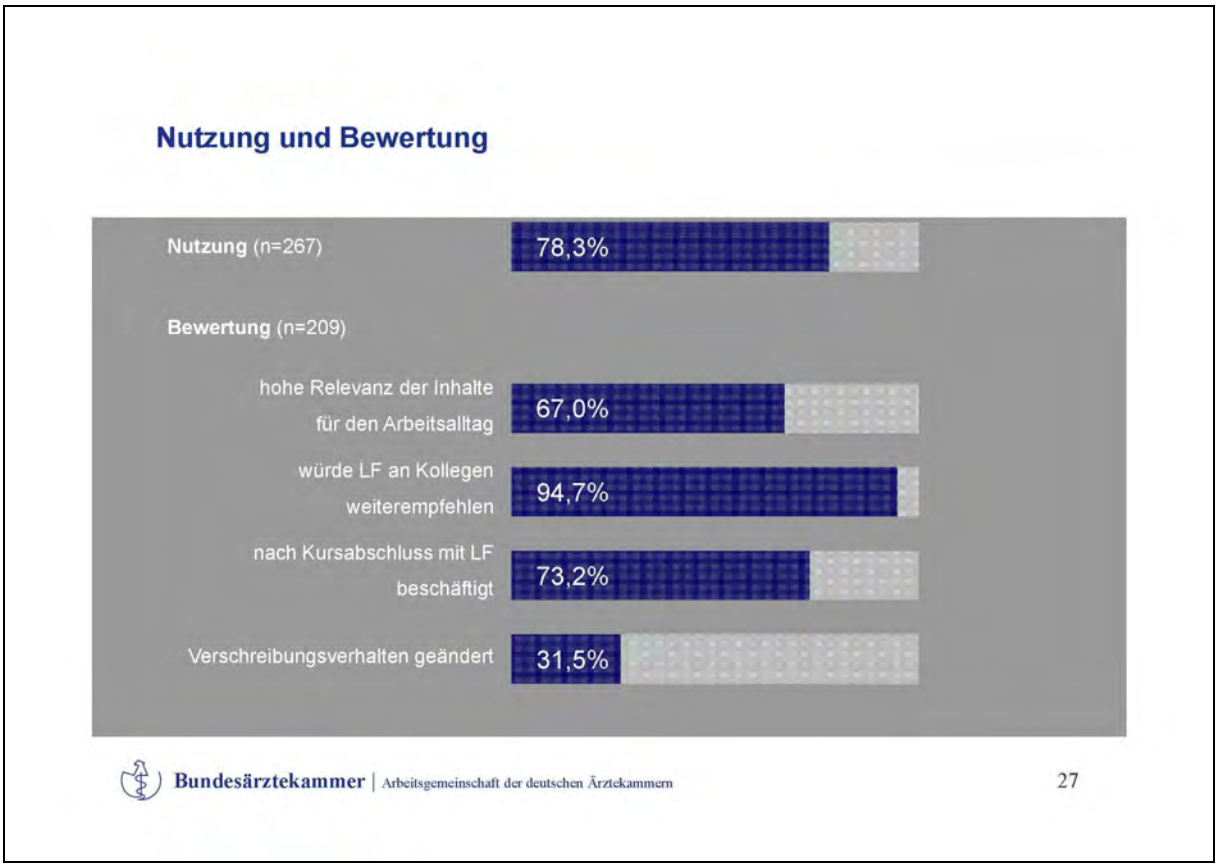
Der vorliegende Leitfaden wurde mit der Leitlinie Medikamentenabhängigkeit (Sedativa-Hypnotika, Analgetika, Psychostimulantien) der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) inhaltlich 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.

Evaluation des Leitfadens

Nach Publikation des Leitfadens im Jahre 2007 folgte im Jahre 2008 seine Evaluation. Anhand einer Stichprobe ärztlicher Teilnehmer der Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in Deutschland wurden für die Nutzergruppen der niedergelassenen Ärzte, der Klinikärzte sowie Ärzte in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens

- der Umfang der Beschäftigung mit dem Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“,
- seine Relevanz für den Arbeitsalltag und
- die selbsteingeschätzte Veränderung bei der Verordnung psychotroper Medikamente nach Beschäftigung mit dem Leitfaden

untersucht. Am Kurstag erfolgte die Vorstellung der Studie. Im Anschluss wurden alle Kursteilnehmer gebeten, an der Studie teilzunehmen und im Fall ihres Einverständnisses, Kontaktdaten (Adresse und Telefonnummer) in eine Liste einzutragen. Nach der schriftlichen Ankündigung der Befragung bei allen Kursteilnehmern, die ihre Kontaktdaten zur Verfügung gestellt hatten, erfolgte 12 Wochen später das telefonische Interview zum Leitfaden. Die Analysestichprobe umfasste letztlich 247 Studienteilnehmer.



Die Relevanz der Leitfadeninhalte für den Arbeitsalltag wurde auf einer 5-stufigen Skala (1=überhaupt nicht relevant bis 5=sehr relevant) erfasst. Für die einzelnen Leitfadenabschnitte ergaben sich Mittelwerte zwischen 3 „mittelgradig relevant“ bis 4 „relevant“.

In die nachfolgende Analyse wurden neben Ärzten, die sich mit dem Leitfaden beschäftigt hatten, nur jene einbezogen, die zudem angegeben hatten, Medikamente zu verschreiben (n=178). 67 % der Nutzer bescheinigten den Inhalten des Leitfadens eine hohe Relevanz, fast 95 % gaben an, ihn an Kollegen weiterempfehlen zu wollen, fast drei Viertel (73,2 %) gab an, sich auch nach Kursabschluss mit dem Leitfaden beschäftigt zu haben. Eine Veränderung ihres Verschreibungsverhaltens hinsichtlich psychotroper Medikamente nach der Beschäftigung mit dem Leitfaden bestätigten 56 Ärzte (31,5 %)

Wissen zum Thema (Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe - Selbsteinschätzungen)

	Kontrolle	Intervention
Relevanz des Themas [1)]	40,8%	56,5%
Informationsstand zum Thema	48,0%	56,6%
Sicherheit beim Erkennen des Problems	50,4%	57,1%
Sicherheit in der Behandlung einer Medikamentenabhängigkeit	29,8%	38,6%

1) sehr hoch / hoch auf 5-stufiger Skala

Bundesärztekammer | Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern 32

Auf die Frage, in welcher Weise sie Ihr Verschreibungsverhalten hinsichtlich psychotroper Medikamente verändert haben, liegen Angaben von 53 jener 56 Ärzte vor, die für sich eine solche Veränderung eingeschätzt hatten. Der Kategorie „Zurückhaltung bei der Verschreibung psychotroper Medikamente“ konnten Angaben von 24 Ärzten, der Kategorie „Es wird kritischer verschrieben“ Angaben von 12 Ärzten zugeordnet werden. Die Antworten von 10 Ärzten wurden in die Kategorie „Reduktion bzw. Verzicht auf bestimmter Wirkstoffgruppen“, die von weiteren 5 Ärzten in die Kategorie „Umfassendere Patientenaufklärung“ eingeordnet. Die Angaben von 2 Ärzten konnten keiner dieser Kategorien zugeordnet werden. Eine zweite Interventionsgruppe bildete eine repräsentative bundesweite Stichprobe niedergelassener Ärzte (911), die den Leitfaden zugesandt erhielten und nach 12 Wochen telefonisch befragt wurden. Diese Gruppe wurde mit einer Kontrollgruppe verglichen, die sich aus einer gleichgroßen Zufallsstichprobe niedergelassener Ärzte zusammensetzte, die nicht über den Leitfaden verfügten. Die Interventionsgruppe zeigte in der Nachbefragung nach 12 Wochen, dass sich 65 % intensiv mit dem Leitfaden beschäftigt hatte (im Durchschnitt 39 Minuten), sie im Vergleich zur Kontrollgruppe die Relevanz des Themas (56,5 % vs. 40,8 %) und ihren Informationsstand (56,6 % vs. 48,0 %) höher einschätzte und sich sowohl bezüglich Erkennen und Behandeln des Problems sicherer fühlte.

Vergleicht man Wirkungen der Ausgabe des Leitfadens an die Kursteilnehmer mit den Wirkungen bei niedergelassenen Hausärzten, die zwar den Leitfaden erhielten,

aber nicht an dem Kurs teilgenommen hatten , so stellt sich heraus, dass der Leitfaden bei den Kursteilnehmern eine deutlichere Nachwirkung erzielte.

Lösungsansätze aus gesellschaftlicher Sicht

Es reicht nicht aus, nur die Ärztinnen und Ärzte ausreichend zu schulen und unabhängige Informationen, bspw. über die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, zur Verfügung zu stellen. Es sind auch gesellschaftliche Faktoren, die eine Fokussierung auf die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit des Menschen, auf Funktionalität von Körper und Seele bewirken, so dass Patienten immer häufiger erwarten, störende Funktionsbeeinträchtigungen mit Medikamenten weg behandeln zu können, ohne den Ursachen näher auf den Grund gehen zu müssen.

Der Vorwurf, Ärzte würden bei ihren Verschreibungen zunehmend auf Privatrezepte ausweichen, hilft nicht weiter. Vielmehr müsste hierfür zunächst die Datenlage erhellt werden, um dann nach möglichen Ursachen sowohl auf Seiten des Arztes, der Patienten und des Gesundheitssystems zu forschen.

Und schließlich muss sich die Gesellschaft Gedanken darüber machen, wie sie mit der in Zukunft weiter anwachsenden Zahl alter und sehr alter Menschen umgehen will. Häufig leben schon heute alte Menschen in Isolation und Einsamkeit. Die sich daraus ergebenden psychischen Belastungen und Erkrankungen haben sehr häufig Arztbesuche zur Folge, ohne dass der Arzt alle damit verbundenen Probleme auffangen kann. Hier müssen auf gesellschaftlicher Ebene neue Lösungen entwickelt werden, wie Menschen bis zu ihrem Lebensende in Würde in der Gesellschaft integriert bleiben können.

Darüber hinaus muss der Gesetzgeber sicherstellen, dass keine weiteren Lockerungen der Heilmittelwerbung zugelassen werden. Die Bundesärztekammer hat sich insofern erfolgreich einer geplanten Liberalisierung des Heilmittwerbegesetzes entgegengestellt. So bleibt auch in Zukunft die Werbung für Arzneimittel, die psychotrope Wirkstoffe mit der Gefahr der Abhängigkeit enthalten und die dazu bestimmt sind, bei Menschen die Schlaflosigkeit oder psychische Störungen zu beseitigen oder die Stimmungslage zu beeinflussen, außerhalb der Fachkreise verboten. Ein entsprechender Liberalisierungsversuch der Bundesregierung konnte durch die Stellungnahme der Bundesärztekammer erfolgreich verhindert werden. So sind bei der Behandlung des Problems Medikamentenabhängigkeit sowohl das Verschreibungsverhalten von Ärzten, die Vermarktungsstrategien der Pharmaindustrie, die Bewältigungsstrategien von Patienten und gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Weiterführende Literatur: S. Ulbricht, B. Groß, W. Kunstmann, C. Meyer, U. John: Der Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ im ärztlichen Arbeitsalltag. Eine Studie unter Kursteilnehmern zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. In Dt. Med. Wochenschr. 2011; 136: 2537–2541.

Arzneimittelmissbrauch: Erfahrungen und Beratungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen

Dr. Matthias Flume (KV Westfalen-Lippe), Dr. Holger Neye (KV Nordrhein)

Die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein vertreten rund 28.000 Vertragsärzte in Nordrhein-Westfalen. Sie haben als Selbstverwaltungseinrichtung die Interessen der Vertragsärzte gegenüber den anderen Partnern im Gesundheitswesen, insbesondere den Krankenkassen, zu vertreten.

Das System der Selbstverwaltung ist ein Charakteristikum des deutschen Gesundheitswesens. Der Gesetzgeber gibt nicht genau vor, welche Regeln im Einzelnen gelten sollen, sondern setzt nur den Rahmen, innerhalb dessen die einzelnen Partner im Gesundheitswesen die Details auszuhandeln haben. Für das Gesundheitswesen ist in erster Linie das Sozialgesetzbuch V (SGB V) maßgeblich.

Apothekerinnen und Apotheker bei Kassenärztlichen Vereinigungen

Apothekerinnen und Apotheker werden seit Beginn des Jahrhunderts verstärkt zur Pharmakotherapieberatung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) eingesetzt. Hintergrund war die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Es konnte nämlich festgestellt werden, dass die Ausgaben der GKV für Arzneimittel schneller stiegen als die Ausgaben für die ärztlichen Honorare. Inzwischen haben sie sie sogar zeitweise überholt. Mit der Nutzung von pharmazeutischem Sachverstand konnte dieser Entwicklung gegengesteuert werden. Die Einstellung von Apothekerinnen und Apothekern in inzwischen fast allen KVen zeigt, dass die Vertretung der Vertragsärzte damit offensichtlich zufriedenstellende Ergebnisse erreicht hat.

Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

Eine wesentliche Aufgabe der KVen ist die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Das heißt, die KV sorgt nicht nur dafür, dass die Bevölkerung in den Städten ausreichend durch niedergelassene Ärzte versorgt ist, sondern auch in den ländlichen Gebieten. Das gilt auch für die zeitliche Erreichbarkeit. Keine Patientin und kein Patient soll überlange Wartezeiten haben, um ärztlich behandelt zu werden.

Ein weiteres wichtiges Ziel der KV ist die Sicherstellung der Qualität der Versorgung. So muss bspw. darauf geachtet werden, dass nur Geräte zum Einsatz kommen (z.B. Röntgengeräte), die eine ausreichend gute Qualität haben, um dem Arzt oder der Ärztin eine sichere Diagnose zu ermöglichen.

Den meisten Menschen ist bekannt, dass die KV für die Verteilung der Honorare der Ärztinnen und Ärzte zuständig ist. Auf der Bundesebene werden die wichtigsten Verträge verhandelt und abgeschlossen, und auf der regionalen Ebene der einzelnen KV müssen die Einzelheiten ausgehandelt werden. So ist bspw. zu entscheiden, welche Arztgruppen für welche medizinische Leistung welches Honorar erhalten sollen.

Kassenärztliche Vereinigungen verstehen sich für die Ärztinnen und Ärzte auch als Serviceeinrichtung. In diesem Zusammenhang werden bei den KVen Apothekerinnen

und Apotheker eingestellt, die ihren pharmazeutischen Sachverstand für die Beratung der einzelnen Ärztin, des einzelnen Arztes, wie aber auch der KVen selbst einbringen. Die KV-Apothekerinnen und –Apotheker bemühen sich, die Ärztinnen und Ärzte darin zu unterstützen, dass Arzneimittel nicht nur wirtschaftlich eingesetzt werden, sondern dass die Arzneimittelversorgung auch einem hohen qualitativen Anspruch genügt. In diesem Zusammenhang nutzen die KV Westfalen-Lippe und Nordrhein einen Katalog von Leitsubstanzen, um den Ärztinnen und Ärzten Anhaltspunkte zu geben, was derzeit Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Arzneitherapie ist. Gleichzeitig sollen sie in die Lage versetzt werden, wirtschaftlich zu handeln, um nicht Gefahr zu laufen, für ein unwirtschaftliches Umgehen bei den Arzneiverordnungen in Regress genommen zu werden. In erster Linie kümmern sich die Apothekerinnen und Apotheker bei den KVen dabei um die Ausarbeitung und Verbesserung von Hilfen für die Ärztinnen und Ärzte. Demgegenüber wird die Beratung einzelner Ärztinnen und Ärzte seltener durchgeführt.

Wirtschaftliche und gute Arzneitherapie – Beratung vor Regress

Die KVen bemühen sich schon sehr früh um die Vermittlung einer wirtschaftlichen Arzneitherapie. Ärztinnen und Ärzte gehen in der Regel nach ihrem Studium in die Klinik. Dort haben sie sich an den Rahmen der Arzneimittelliste im Krankenhaus zu halten. Es werden dort also Vorgaben gemacht, was verordnet werden kann und was nicht. Die einzelne Ärztin oder der einzelne Arzt braucht sich in wirtschaftlicher Hinsicht keine Gedanken darüber zu machen, welche Substanz einer bestimmten Substanzklasse oder welches Produkt welcher Firma nach einer bestimmten Diagnose einzusetzen ist. Geht sie oder er in eine vertragsärztliche Praxis, sind selbständig Entscheidungen zu treffen. Dabei findet sie oder er einen sehr umfassenden Arzneimittelmarkt vor, in der es inzwischen allerdings auch sehr viele Regelungen gibt. Diese Regelungen müssen allerdings erst einmal bekannt sein, um sie einhalten zu können. Hier setzt die Arbeit der KV an. In Einführungsveranstaltungen für junge Ärztinnen und Ärzte werden die Grundzüge der wirtschaftlichen und evidenzbasierten Verordnungsweise erläutert, um sie von Anfang an zu unterstützen und vor Regressen zu schützen. Desweiteren können die Ärztinnen und Ärzte auf die Unterstützung ihrer KV setzen, wenn sie Einzelfragen zur Verordnungsfähigkeit haben oder wenn sie ihr Verordnungsbudget überschreiten.

Bis 2004 lag das Prüfgeschäft für Arzneimittelverordnungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen; danach wurde diese Aufgabe von einer unabhängigen Prüfstelle übernommen. Noch heute verbinden viele ältere Ärztinnen und Ärzte die Arbeit der KVen mit dem für sie unangenehmen Regressgeschäft. Inzwischen ist bei den KVen allerdings die Philosophie „Beratung vor Regress“ vorherrschend. Um diesen Grundsatz umzusetzen, wurden die Apothekerinnen und Apotheker bei den KVen eingestellt.

Informationsangebote der KV für Ärztinnen und Ärzte

Neben den Einführungsveranstaltungen für junge Vertragsärztinnen und –ärzte werden jährlich ca. 20.000 Einzelanfragen in der Geschäftsstelle behandelt. Dabei geht es in erster Linie um die Beantwortung von Fragen, ob bestimmte Arzneimittel im

Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig sind oder nicht. Nur selten erreichen die KV-Apothekerinnen und –Apotheker Nachfragen über Interaktionen beim Einsatz unterschiedlicher Medikamente.

Das Informationsangebot für die Ärztinnen und Ärzte wird durch einen Internetauftritt ergänzt, in dem sie die wichtigsten Regeln und Hinweise permanent abrufen können. In Westfalen-Lippe werden einzelne Themen alphabetisch sortiert, sodass das Informationsangebot übersichtlich zur Verfügung steht. In den Homepages werden auch die Newsletter archiviert, die die Ärztinnen und Ärzte über neueste Entwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt und über Fragen zur Arzneimittelsicherheit informieren. Außerdem stehen den Ärztinnen und Ärzten über einen geschützten Bereich Informationen über die Statistik der eigenen Verordnungen zur Verfügung, um sich ggf. rechtzeitig über Risiken informieren zu können.

Einzelberatungen für Ärztinnen und Ärzte

Bei der Einzelberatung einer Ärztin oder eines Arztes wird auf eine kollegiale Gesprächsatmosphäre gesetzt. Bei den KVen werden dabei zunächst erfahrene Ärztinnen oder Ärzte eingesetzt, aber häufig auch Beratungsapothekerinnen- oder -apotheker. In Nordrhein kann die Kassenärztliche Vereinigung auf ein Pool von Beratungsapothekerinnen und -apothekern zurückgreifen, die sich aus Krankenhausapotheken, aus Apotheken und zum Teil aus Krankenkassen rekrutieren. Bei den Gesprächen werden zunächst die Verordnungen in der Übersicht besprochen. Grundlage sind Statistiken, die die Verordnungsweise der zu beratenden Ärztin oder des Arztes im Vergleich zu ihrer bzw. seiner ärztlichen Fachgruppe vergleichen. Einzelne Wirkstoffe und verordnete Produkte werden ebenfalls diskutiert. Teilweise werden den Ärztinnen und Ärzten auch Tipps gegeben, wie sie mit nicht umsetzbaren Verordnungswünschen von Patientinnen und Patienten umgehen können,

„Frühinformationen“ bzw. „Trendmeldungen“

Jeder Vertragsärztin und jedem Vertragsarzt wird einmal im Quartal eine Information über das Verordnungsgeschehen in der einzelnen Praxis in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt. Diese „Trendmeldungen“ oder „Frühinformationen“ zeigen ebenfalls den Stand der Verordnungsentwicklung in der Praxis an und geben Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten. In der Übersicht über die behandelten Patientinnen und Patienten erhält die Ärztin oder der Arzt Hinweise, ob ihre oder seine Praxis eine sogenannte Praxisbesonderheit aufweist. Viele Vertragsärzte meinen, sie würden mehr als ihre Kolleginnen oder Kollegen ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten behandeln. Schaut man sich allerdings die Vergleichszahlen an, so trifft diese Vermutung nur selten zu, was bei vielen Ärzten zunächst Erstaunen hervorruft.

Die Quartalsinformationen enthalten zudem Hinweise über die Einhaltung von verabredeten Quoten. KVen und Krankenkassenverbände handeln in der Regel für bestimmte Leitsubstanzen Quoten aus, die eine qualitativ hochstehende und auch wirtschaftliche Verordnungsweise möglich machen (z.B. Simvastatin zur Behandlung mit Lipidsenkern). In der schriftlichen Information erhält der Verordner Hinweise, in wel-

chem Ausmaß er oder sie selbst die Quote eingehalten hat. Das gibt ihm Hinweise, ob sie oder er an dieser Stelle verstärkt auf die Leitsubstanzen achten muss.

Weiterhin enthalten die Informationen sogenannten „Hitlisten“ der 25 am häufigsten verordneten Wirkstoffe. An der Reihenfolge der einzelnen Wirkstoffe lassen sich Diskussionen über weitere Verbesserungen bei den Arzneiverordnungen anknüpfen. Sehr interessant ist es z.B. für Ärztinnen und Ärzte zu erfahren, dass sie mehr Geldausgaben durch Blutzucker-Testreifen als durch Insulin verursachen, eine häufige Tatsache, die immer wieder zu Aha-Effekten führt.

Anhand der Darstellung von Wirkstoffgruppen lässt sich erkennen, ob die Praxis mit wenigen Wirkstoffen aus einer Gruppe auskommt oder ob viele unterschiedliche Wirkstoffe aus der Gruppe eingesetzt werden. Im Vergleich zur Fachgruppe lässt sich daran diskutieren, ob hier Verbesserungspotenzial besteht. So ist es in der Regel sinnvoll, bei den ACE-Hemmern mit ein bis zwei Substanzen auszukommen. Wird allerdings die ganze Vielfalt der Substanzen ausgenutzt, bietet das Diskussionsstoff über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Verordnung.

Die Statistiken werden den Ärzten möglichst zeitnah zur Verfügung gestellt. Während noch vor ein paar Jahren viele Monate einkalkuliert werden mussten, um den Ärztinnen und Ärzten Informationen zur Verfügung stellen zu können, sind jetzt sehr viel kürzere Zeiträume möglich. Jetzt hat die Ärztin bzw. der Arzt zeitnah darüber Kenntnis, wie er bzw. sie im Vergleich zu seiner oder ihrer Fachgruppe bei den Arzneiverordnungen steht. Allerdings darf man auch nicht den Aufwand unterschätzen, der notwendig ist, um die Arzneiverordnungen zu erfassen, auszuwerten, Statistiken zusammenzustellen, Übersichten zu produzieren und möglicherweise Interpretationsmöglichkeiten anzubieten. Das braucht Zeit, Fehler müssen korrigiert und ärztliche Sorgen und Bedenken berücksichtigt werden.

Benzodiazepine

Das Thema, kritischer Umgang mit Benzodiazepinen, wird auch bei den KVen behandelt. Schon in den Einführungsveranstaltungen wird die Problematik angesprochen. Junge Ärztinnen und Ärzte werden bei der Übernahme einer Praxis mit der Realität konfrontiert, dass in ihren Wartezimmern die Menschen, meistens ältere Frauen, sitzen, die schon längere Zeit Benzodiazepine einnehmen. In dieser Situation sind Ärztin oder Arzt sowie Patientin und Patient ratlos, was zu tun ist. Hier hilft zunächst der Hinweis wenig, Benzodiazepine nur unter ganz bestimmten Umständen einzusetzen und möglichst nach kurzer Zeit wieder abzusetzen, denn häufig besteht schon eine jahrelange Benzodiazepin-Abhängigkeit. Die heutige Veranstaltung hat bereits einige Hinweise gegeben, was evtl. zur Lösung des Problems auf den Weg gebracht werden kann. Die vortragenden KV-Apotheker werden diese Hinweise bei der Konzeptionierung der KV-Informationen und zur Vorbereitung von Beratungsgesprächen einbringen, damit auch die KVen noch besser helfen können. Sicherlich sollte man gerade bei den jüngeren Ärztinnen und Ärzten kontinuierlich zusammen mit den umliegenden Apotheken darüber nachdenken, wie die Patientinnen und Patienten auf dem Weg aus ihrer Abhängigkeit begleitet werden können.

Teilweise beobachten auch die Krankenkassen einen kritischen Umgang mit Benzodiazepin-Verordnungen. Sie können dann einen Regressantrag stellen, der dem Arzt oder der Ärztin über die Prüfstelle zugesandt wird. Von Seiten des Arztes oder der Ärztin erfolgt eine Stellungnahme zu dem Antrag. Sollte die Verordnungshäufigkeit nicht plausibel gemacht werden können, wird die Ärztin oder der Arzt aufgefordert, das Benzodiazepin-Verordnungsverhalten zu ändern. Dies geschieht in der Regel auch. Allerdings muss man feststellen, wie ja bereits auf dieser Veranstaltung angemerkt wurde, dass einige Ärztinnen und Ärzte dann auf das Ausstellen von Privatrezepten ausweichen, ein Verhalten, was von den KVen ausdrücklich nicht gewünscht ist.

In Westfalen-Lippe wird die räumliche Nähe zum ausgewiesenen Experten, Herrn Dr. Holzbach, genutzt, indem er immer wieder zu Vorträgen eingeladen wird. Die KV hat zudem Informationen über den korrekten Umgang mit den Stoffen erstellt und weist die Ärzteschaft immer wieder darauf hin. Allerdings reichen die personellen Ressourcen in den KVen nicht aus, den einzelnen Arzt oder die einzelne Ärztin immer wieder gesondert zu beraten. Hier muss auf das Verantwortungsbewusstsein der Ärzte insgesamt bzw. auf die Unterstützungsmöglichkeiten von anderen Partnern im Gesundheitswesen gesetzt werden.

Ausblick

Der bisher schon eingeschlagene Weg, von der quantitativen Prüfung der Arzneiverordnungen zu den qualitativen Beratungsangeboten, soll in Zukunft weiter intensiviert werden. Die Darstellung nackter Zahlen reicht nicht aus, den Ärztinnen und Ärzten den Weg zu einer evidenzbasierten Pharmakotherapie zu erleichtern. Es ist notwendig, dass die Ärzte die Chancen erkennen können, mit welchen Arzneimitteln sie ihre Patientinnen und Patienten besser und gleichzeitig wirtschaftlicher versorgen können.

Dazu sollen in Zukunft auch die Behandlungen einzelner Patientinnen und Patienten beleuchtet werden. Der Arzt erhält dafür eine Übersicht über die Behandlung und das Angebot, zusammen mit den KV-Experten anhand dieser Beispiele darüber nachzudenken, was verbessert werden kann. Die Daten der Patientinnen und Patienten werden dabei selbstverständlich anonym aufbereitet. Insbesondere die Behandlung Multimorbider wird dabei sicherlich eine herausragende Rolle spielen. Von großem Vorteil ist, dass auch die Diagnosen in die Beratung einbezogen werden können.

Die inzwischen weit verbreitete PRISCUS-Liste wird ein Aufgreifkriterium sein, um mit den Praxisinhabern ins Gespräch zu kommen. Außerdem ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die sehr hohe Kosten verursachen, von besonderem Interesse. Hier wie auch schon bei der Behandlung von multimorbiden Patientinnen und Patienten wird speziell darauf zu achten sein, ob alle verordneten Dosierungen sinnvoll sind oder an welcher Stelle Dosisanpassungen notwendig sind.

Als großer Vorteil wird die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach den Regeln des AMNOG gesehen. Neue Wirkstoffe durchlaufen seit 2011 in Deutschland diesen Prozess. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt ein halbes Jahr nach

Markteinführung fest, ob und in welchem Umfang für neue Arzneimittel ein Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie besteht.

Aus der Diskussion

Was erwarten die KV-Beratungsapotheker von der örtlichen Arzneimittelüberwachung?

Die Veranstaltung heute bietet die Möglichkeit, die Kommunikation mit der örtlichen Arzneimittelüberwachung zu intensivieren. Sicherlich sind die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker nicht im Bereich Verordnungsanalysen aktiv. Aber bspw. bei der Verordnung von Rezepturarzneimitteln zeigen sich Schnittstellen zwischen KV und Überwachung. Nach Inkrafttreten der neuen Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) melden sich einzelne Ärzte bei der KV und informieren darüber, dass bestimmte Rezepturen von den Apotheken mit Hinweis auf die neue ApBetrO nicht mehr hergestellt werden. Dabei wird darauf verwiesen, dass Apothekerkammern oder -verbände, aber auch Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker entsprechende Hinweise gegeben hätten. Um hier keine unnötigen Probleme bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten entstehen zu lassen, ist es ratsam, sich bei solchen Neuerungen auszutauschen und möglichst schon im Vorfeld mögliche Probleme zu lösen. Die KV-Vertreter freuen sich jedenfalls, wenn man Probleme auf diese Art gemeinsam lösen könnte.

Was können Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker tun, wenn sie Kenntnis über eine inadäquate Benzodiazepin-Verordnung, bspw. auf Privatrezept, erhalten?

Es lohnt immer, neben der Ärztekammer auch mit der KV über erkannte Probleme und Risiken zu reden. Allerdings ist für die Fälle ggf. nicht sachgerechter Benzodiazepin-Verordnungen in erster Linie die Ärztekammer verantwortlich. Und es ist auch bekannt, dass die Kammer, zumindest in Westfalen-Lippe, bereits einige Fälle bearbeitet hat. Bei den Privatverordnungen für GKV-Versicherte sollte zusammen mit der zuständigen Krankenkasse versucht werden zu klären, ob nicht eine Sachleistung in Form eines Kassenrezeptes notwendig gewesen wäre.

Weiterführende Informationen

- *der KV Westfalen-Lippe: Benzodiazepine: Information und Beratung. In: http://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/_extra/benzodiazepine.pdf (letzter Zugriff: 09.11.2012)*
- *der KV Nordrhein: Flunitrazepam und andere Benzodiazepin: http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=KV+Nordrhein+benzodiazepine&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kvno.de%2Fdownloads%2Fnewsletter%2Fvin%2FVIN_03_2011.pdf&ei=3DSdUJLhEtSLhQfqh4HQDw&usg=AFQjCNEcmpga56qFP9hDt-RWQbDFOURA8w (letzter Zugriff: 09.11.2012)*

Arzneimittelmissbrauch, Arzneimittelabhängigkeit: Möglichkeiten einer Krankenkasse

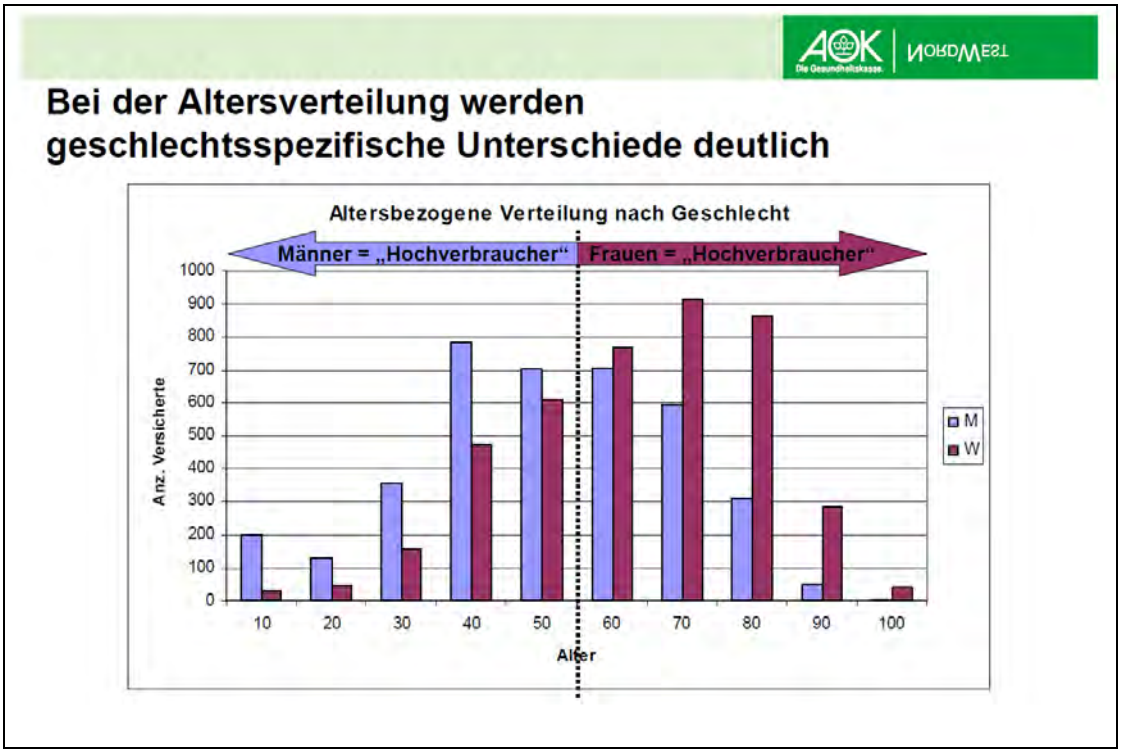
Andreas Heeke (Pharmakotherapieberatung AOK NordWest)

Wie gehen Krankenkassen mit dem Problem des Arzneimittelmissbrauchs oder mit der Arzneimittelabhängigkeit um? Im Folgenden geht es weniger um statistische Auswertungen, die das jeweilige Ausmaß abschätzen lassen, sondern eher um das praktische Vorgehen mit dieser Thematik.

Zunächst wird auf die Hochdosisproblematik bei kritischen Arzneimitteln eingegangen, es folgt das Thema ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom) und als Letztes das Thema potentiell suchterzeugende Arzneimittel. Beim letzten Punkt werden in erster Linie die Benzodiazepine angesprochen.

Hochdosis und Beigebrauch

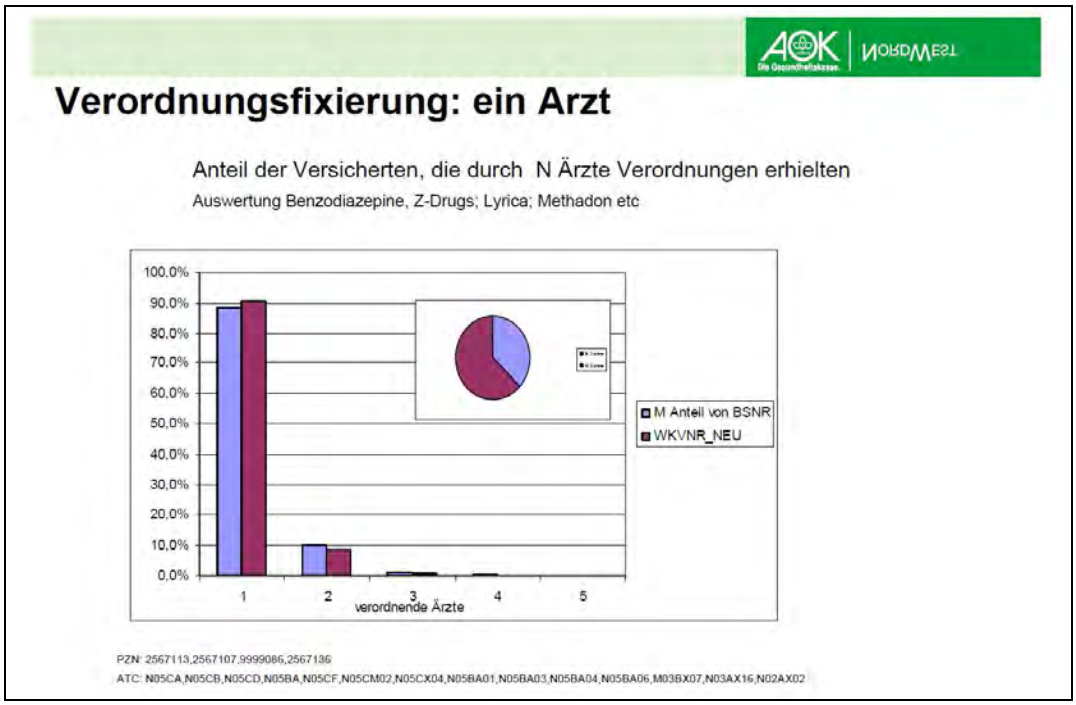
Zunächst soll ein Blick auf die Patientengruppen geworfen werden, die viele Arzneimittel benötigen. In der folgenden Abbildung sind die Patientinnen und Patienten in die Auswertung eingeflossen, die besonders viele Medikamente verordnet bekamen. In den Altersklassen bis 50 Jahren sind es in erster Linie männliche Patienten, die viele Arzneimittel benötigten, in den Altersklassen über 50 Jahren sind es dagegen die weiblichen Patienten, die zu den „Hochverbrauchern“ gerechnet werden.



Analysiert man die Patientengruppen weiter, lässt sich feststellen, dass die „Hochverbraucher“ nicht über kurze Zeit mit vielen Arzneimitteln therapiert werden, sondern über mindestens 4 Quartale, meist aber noch sehr viel länger. Bei den weiblichen

Patienten sind es 97% der „Hochverbraucher“, die mindestens vier Quartale dazu gehören, bei den Männern 93%.

Häufig wird darüber diskutiert, dass Menschen, die Benzodiazepine, Z-Drugs (ähnlich wie Benzodiazepine wirkende Schlaf- und Beruhigungsmittel) sowie Methadon verordnet bekommen, mehrere Ärzte in Anspruch nehmen, um von unterschiedlichen Verordnern Rezepte zu erhalten. Schaut man sich jedoch die realen Zahlen an, stellt man fest, dass ca. 90% der Bezieher der genannten Arzneimittel nur einen Arzt aufsuchen. Nur ein kleiner Teil kontaktiert zwei (ca. 10%) oder mehr Ärzte.



In der vorliegenden Abbildung sind alle Patientinnen und Patienten einbezogen, die im Quartal mindestens eine Verordnung der genannten Arzneimittel erhielten. In erster Linie sind Frauen Bezieher der problematischen Medikamente (über 60%).

Schaut man sich die Zahlen genauer an, erkennt man dennoch einzelne Patientinnen und Patienten, die viele Verordnungen erhielten und zum Teil mit offensichtlich hoher sportlicher Energie unterschiedliche Ärztinnen und Ärzte aufsuchten, um an die Rezepte heranzukommen. Interessant ist bei dieser Gruppe: mehr als ein Drittel suchten immer die gleiche Apotheke auf, um ihre Arzneimittel, ausgestellt von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten, zu beziehen. Hier hätten die Apotheken die Möglichkeit, ihre Kommunikationsfähigkeiten gegenüber den Patientinnen und Patienten bzw. gegenüber den Ärztinnen und Ärzten zu nutzen und vor dem Dauergebrauch zu warnen.

Krankenkassen haben im Rahmen ihres Prüfgeschäftes eine Übersicht über alle Verordnungen eines Arztes an seine Patientinnen und Patienten. Datenschutzrechtli-

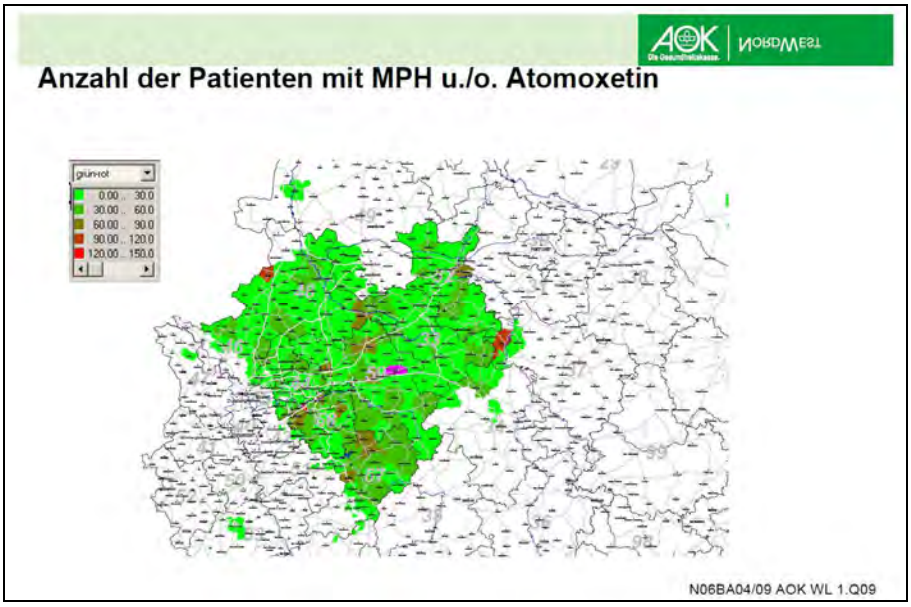
che Fragen stellen sich hier nicht, denn das Prüfgeschäft ist gesetzlich fixierte Aufgabe.

Betrachtet man die einzelne Arztpraxis, fällt auf, dass es in der Regel in der einzelnen Praxis nicht viele Patientinnen und Patienten gibt, die auffällig viele problematische Benzodiazepinverordnungen erhalten. Vielmehr haben die meisten Ärztinnen und Ärzte nur eine Patientin oder einen Patienten, der oder die bei genauer Prüfung auffällig beim Verbrauch von Benzodiazepinen ist. Bei einer Praxis mit ca. 3000 Scheinen pro Quartal fällt ein solcher Fall der Ärztin oder dem Arzt meist nicht auf. Umso wichtiger ist das Engagement der Krankenkasse in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, den Arzt darauf aufmerksam zu machen und zu beraten. Bei einer solchen Beratung werden dem Arzt oder der Ärztin immer therapeutische Alternativen aufgezeigt, um ihm eine sinnvolle Handlungsmöglichkeit zu geben. Die AOK gibt bspw. die Garantie, dass der Patient oder die Patientin eine qualifizierte Entzugstherapie durchführen kann.

Anhand der Statistiken lässt sich aber auch feststellen, dass es längst nicht alle Praxen sind, die mehrere Patienten mit höherem Benzodiazepin-Verbrauch haben. Es handelt sich eher um einige wenige Praxen, die als Schwerpunktpraxen bezeichnet werden können. Diese Praxen versuchen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam herauszufiltern und zu beraten.

Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (AD(H)S)

In den letzten Jahren ist der Verbrauch an Methylphenidat stark angestiegen. Schaut man sich einmal in der Fläche an, in welcher Region mehr oder weniger verordnet wird, stellt man interessanterweise fest, dass es auch hier Schwerpunkte gibt. In Westfalen-Lippe kann eine dort stark präsente Krankenkasse anhand ihrer Daten gut erkennen, in welcher Region ein Arzt/Ärztin oder auch mehrere Ärzte/Ärztinnen viel



Methylphenidat verordnen. Es stellt sich hier die Frage, ob in diesen Schwerpunkt-Regionen tatsächlich so viele Erkrankte zu finden sind, ob die dort praktizierenden

Ärztinnen/Ärzte viele Patientinnen und Patienten von weit außerhalb an sich ziehen oder ob die Ärztinnen/Ärzte in ihrem Umfeld häufiger Methylphenidat verordnen als die übrigen Ärztinnen und Ärzte.

Überprüft man die ärztlichen Fachgruppen, die am häufigsten Methylphenidat verordnen, so lässt sich anhand der Zahlen erkennen, dass nur 5% der Verordnungen durch Kinder- und Jugendpsychiater erfolgen, aber ca. Zweidrittel aller Verordnungen durch Allgemeinärzte und Kinderärzte. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung haben hier nachzuprüfen, ob die Versicherten ausreichend gut versorgt sind. Wissen alle Allgemeinmediziner tatsächlich, wie eine leitliniengerechte Therapie der AD(H)S durchzuführen ist? Dies in Erfahrung zu bringen, ist ein wesentlicher Grund für die Beratungsgespräche. Dabei werden folgende Ziele verfolgt: Werden die Leitlinien adäquat eingehalten, werden Änderungen von Packungsbeilagen oder Fachinformationen beachtet, funktioniert die verpflichtend vorgeschriebene Zusammenarbeit mit Fachärzten und vor allem mit Psychotherapeuten, werden Teambesprechungen oder Qualitätszirkel durchgeführt, ist das multimodale Behandlungskonzept sinnvoll aufgebaut und wird es eingehalten, werden die einzelnen Kinder wirklich ganz individuell betreut, erfolgt die Medikation nach den Vorgaben der zugelassenen Indikationen und existiert eine kontinuierliche Therapieüberwachung, um rechtzeitig Maßnahmen zu ergänzen oder zu ändern? Nach dem ersten Gespräch wird in der Regel nach einem Jahr ein weiteres Gespräch geführt, um die Veränderungen zu diskutieren und mögliche neue Probleme anzusprechen.

Benzodiazepine – Schwerpunktthema im Jahr 2011

Im Jahre 2011 stand das Schwerpunktthema Benzodiazepine im KV-Bereich Westfalen-Lippe auf der Tagesordnung. Krankenkassen und KV entwickelten zunächst umfassendes Informationsmaterial und stellten es den Ärztinnen und Ärzten per Internet zur Verfügung. Es findet sich auf der folgenden Internetseite: http://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/_extra/benzodiazepine.pdf.

Außerdem erhielten die Ärztinnen und Ärzte eine spezielle Informationsmappe, es wurden Qualitätszirkel von Großpraxen beraten, die Substitutionspatienten behandeln, und eine Arbeitsgemeinschaft Sucht gegründet, die sich u. a. mit dem Thema Beigebrauch von Benzodiazepinen bei Opiatabhängigen beschäftigte. In dieser Zeit der umfangreichen Informationsvermittlung wurden Ärztinnen und Ärzte bei den Einzelberatungen gezielt anhand ihrer eigenen Verordnungsdaten beraten. Es wurden insofern keine abstrakten Fälle diskutiert, sondern ganz spezifisch die Arzneimittelverordnungen für die Patientinnen und Patienten der jeweiligen Praxis.

Bei den Gesprächen wird auch gefragt, ob dem Arzt bekannt ist, dass einzelne Patientinnen und Patienten möglicherweise andere Ärztinnen und Ärzte aufsuchen und dort Rezepte über Benzodiazepine erhalten. Dabei wird den Ärztinnen und Ärzten deutlich gemacht, dass viele der sog. Ärztehopper eigentlich gar nicht bewusst Rezepte mit einer gewissen kriminellen Energie erschleichen wollen, sondern dass es aufgrund der Benzodiazepine dazu gekommen ist, dass die Patientinnen und Patienten in die Ärztehopper-Rolle quasi hineingeschlittert sind. Oftmals kann die Ärztin oder der Arzt in einem offenen Gespräch dem Patienten Auswege aus dieser Situati-

on aufzeigen. Dabei helfen die Krankenkassen gern bei der Vermittlung freier Entzugstherapieplätze.

Im Beratungsgespräch werden natürlich auch die wesentlichen Grundlagen des Umgangs mit Benzodiazepinen angesprochen, z.B. die Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinien und der Fachinformationen. Danach sind die Ärztinnen und Ärzte daran gehalten, Benzodiazepine nur für einen Zeitraum bis maximal vier Wochen zu verordnen. Werden längere Zeiträume ins Auge gefasst, müssen sie gesondert begründet werden. Zudem werden bspw. die Leitlinien bei Beigebrauch während einer Substitutionstherapie (verordnungsfähig nur bei harten, abgesicherten, psychiatrischen Diagnosen) besprochen.

Keine Privatrezepte bei Benzodiazepin-Verordnungen für GKV-Patientinnen und –Patienten!

Ein besonders kritischer Punkt ist der Umgang mit Privatrezepten bei GKV-Patientinnen und -Patienten. Privatrezepte sind nicht erlaubt, wenn Patienten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt werden. Nur im Bereich Lifestyle (IGeL: individuelle Gesundheitsleistungen) oder bei Arzneimittelausschlüssen durch die Arzneimittel-Richtlinien oder durch gesetzliche Vorgaben können Privatrezepte zum Einsatz kommen. Benzodiazepine sind als im Rahmen der GKV verordnungsfähige Arzneimittel immer eine Kassenleistung und dürfen aufgrund des geltenden Sachleistungsprinzips den Patientinnen und Patienten als Kassenleistung nicht vorenthalten werden, wenn sie medizinisch indiziert sind. Sind sie nicht medizinisch indiziert, braucht der Patient oder die Patientin das Benzodiazepin nicht. Das Erhalten einer iatrogenen Sucht, ist weder eine GKV-Leistung noch eine IGeL-Leistung. Wird ein Benzodiazepin dennoch – ohne medizinische Indikation – verordnet und zwar auf Privatrezept, handelt es sich sogar um eine Körperverletzung. Dies sollte den Ärztinnen und Ärzten bewusst sein – gerade bei Benzodiazepinen, die ja sogar als Stoffe in die Anlage zum Betäubungsmittelgesetz aufgenommen wurden. Falls dem Arzt oder der Ärztin hier ein Behandlungsfehler nachgewiesen wird, trägt er bzw. sie das Haftungsrisiko.

Damit die Ärztinnen und Ärzte beim Umgang mit Benzodiazepinen nicht allein gelassen werden, stellen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen auch Patienteninformationen zur Verfügung. Diese kann der Arzt einsetzen, um den Patienten rechtzeitig den richtigen Umgang mit den Benzodiazepinen zu erläutern.

Polymedikation bei älteren Menschen

Die Krankenkassen versuchen auch im Bereich der Versorgung älterer, multimorbider Menschen durch Verordnungsanalysen Transparenz zu schaffen und den Ärzten Hilfestellungen zu geben. Der Einsatz vieler unterschiedlicher Arzneimittel ist bei dieser Patientengruppe die Regel. Mehr als ein Drittel der Menschen über 70 Jahre erhält sechs und mehr Arzneimittel täglich. Dies bedeutet oftmals ein Risiko für die Patientinnen und Patienten, vor allem wenn sich dabei Arzneimittel befinden, die potenziell inadäquat für ältere Menschen sind. Solche Arzneimittel sind in der PRISCUS-Liste verzeichnet, die sicherlich allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieser Ver-

anstaltung bekannt ist. Auch hier finden sich wieder Benzodiazepine, die zwar nicht als Masse bei den Verordnungsanalysen auf sich aufmerksam machen, wobei man aber bei genauerem Hinsehen doch erkennen kann, dass jeder vierte Patient über 70 Jahre mit vielen unterschiedlichen Arzneiverordnungen auch Benzodiazepine erhält. Das zeigt wieder, dass offensichtlich die Problematik den Ärztinnen und Ärzten nicht bewusst ist und sie in der Masse der Gesundheitsprobleme und der Arzneiverordnungen das Abhängigkeitsrisiko der Benzodiazepine oft übersehen.

Bei den Beratungsgesprächen werden einzelne Fälle von Polypharmazie mit dem Arzt oder der Ärztin diskutiert, sodass er oder sie anhand seiner oder ihrer Verordnungsdaten erkennen kann, wo ggf. Probleme bestehen. Besonders interessant ist es, wenn darüber gesprochen wird, dass auch andere Ärztinnen und Ärzte an der Therapie des Patienten beteiligt sind. Das ist vielen Ärztinnen und Ärzten oft nicht bekannt.

Insgesamt bemühen sich die Krankenkassen, die Arzneimitteltherapie für ihre Versicherten anhand ihrer Analysemöglichkeiten der Routinedaten zu verbessern. Dabei hat sich die Zusammenarbeit mit den KVen bewährt.

Aus der Diskussion

Wird bei der Therapie mit Methylphenidat gegenüber den Allgemeinärztinnen und -ärzten nicht zu hart geurteilt, sie würden vorschnell Arzneimittel verordnen und andere Therapieoptionen vernachlässigen?

Die Zahlen, die den Krankenkassen zur Verfügung stehen, lassen nur schwer den Einzelfall analysieren. Durch die Übersicht über alle Verordnungen lässt sich aber durchaus erkennen, wo möglicherweise Beratungsbedarf ist. Es ist lohnenswert, mit einem viel verordnenden Allgemeinarzt oder -ärztin über seine oder ihre Einzelfälle zu sprechen, wenn Sie durch die große Menge ihrer Methylphenidat-Verordnungen aufgefallen sind. Die Erfahrung aus solchen Gesprächen zeigt, dass in einer großen Anzahl von Fällen andere Therapieoptionen vernachlässigt wurden, aber sicherlich gibt es auch viele Fälle, bei denen die Allgemeinärztin oder der Allgemeinarzt eine sinnvolle Therapie eines Kinder- und Jugendpsychiaters fortführt und sich immer wieder auch den Rat des Facharztes einholt. Anhand der Fachinformation lässt sich auch diskutieren, in welchem Ausmaß Allgemeinärzte überhaupt befugt sind, Methylphenidat zu verordnen. Dort heißt es z.B. „Die Behandlung muss unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern durchgeführt werden“ (Fachinfo Ritalin®).

Wie erfährt die Krankenkasse von Einzelfällen, in denen übermäßig viele, vielleicht auch kritische Arzneimittel für einen einzelnen Patienten verordnet werden?

Krankenkassen machen keine Rasterfahndung. Sie analysieren die Verordnungsdaten der einzelnen Ärzte. In diesem Zusammenhang werden Verordnungen einzelner Patientinnen und Patienten ggf. auffällig. Wenn noch weitere Ärzte in die Therapie involviert werden, befragen die Krankenkassen die Patienten, ob die Daten zusammengeführt werden dürfen. In den meisten Fällen stimmen die Versicherten zu. Erhalten die Krankenkassen eindeutige Hinweise, dass einzelne Versicherte versu-

chen, sich Leistungen zu erschleichen, werden die Fälle nach § 197a SGB V an die Staatsanwaltschaft weitergegeben.

Ist es tatsächlich so, dass eine Ärztin oder ein Arzt kein Privatrezept mit einem Benzodiazepin ausstellen darf, wenn es sich um einen Kassenpatienten handelt?

Ärztinnen und Ärzte dürfen auf Privatrezept nur Arzneimittel verordnen, die nicht von den Krankenkassen erstattet werden dürfen, also Lifestyle Arzneimittel, OTC-Arzneimittel, Vitamine etc. Es gibt keinen Grund, ein Benzodiazepin auf Privatrezept zu verordnen. Denn wenn es eine medizinische Indikation gibt, dann muss auf Kassenrezept verordnet werden, wenn nicht, dann darf auch nicht auf Privatrezept ausgewichen werden. Im Übrigen darf dann auch keine Beratung etc. als Honorar abgerechnet werden.

Kassenpatienten können sich allerdings entscheiden, für einen bestimmten Zeitraum im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips behandelt zu werden. Dann müssen alle, und das sei betont, alle Leistungen zunächst privat bezahlt werden. Dann werden die Rechnungen bei der Krankenkasse eingereicht und von dort entsprechend den Vorgaben bezahlt. Es geht allerdings nicht, dass der Versicherte nur einen Teil, z.B. die Benzodiazepin-Verordnung, auf Privatrezept verordnet bekommt, aber gleichzeitig bspw. das Herzmittel auf GKV-Rezept.

Dürfen die Apotheken das Privatrezept mit einem Benzodiazepin beliefern, wenn sie wissen, dass es sich um einen GKV-Patienten hält?

In der Ausbildung wird den angehenden Apothekerinnen und Apothekern beigebracht, dass sie bei Unklarheiten auf einem Rezept vor der Abgabe zunächst dafür zu sorgen haben, dass die Unklarheiten beseitigt werden. Insofern sollte die Abgabe verweigert werden. Gehen solche Fälle allerdings vor Gericht, wird oft anders entschieden. Insofern ist es sicherlich notwendig, darüber nachzudenken, wie eine solche Verpflichtung in Zukunft rechtlich eindeutiger und klarer geregelt wird, damit die Apothekerinnen und Apotheker auf einem festeren Fundament agieren können.

Suchtselbsthilfe und Medikamentenproblematik

Wiebke Schneider, Guttempler in Deutschland

Die größte Schwierigkeit, medikamentenabhängige Personen zu unterstützen, ist die Schwierigkeit, diesen Personenkreis zu erreichen. Denn die Betroffenen, die arzneimittelabhängig sind, erhalten ihre Arzneiverordnungen in Regel vom Arzt und sehen sich insofern bereits als Patienten in einem Therapieprozess. Diese Problematik wurde deshalb in diesem Jahr erstmals bei der Suchtselbsthilfe-Tagung aufgegriffen. Dabei zeigte sich diesem Bereich noch viel Entwicklungspotential.

Entstehung und Definition von Sucht

Bei der Entstehung von Sucht sind vier Komponenten zu berücksichtigen: die Persönlichkeit (Mensch), die Droge (Mittel), die Gesellschaft (Milieu) und der Markt. Diese vier Faktoren können graphisch in dem Modell des Suchtvierecks dargestellt werden. Das Mittel oder die Droge nimmt durch die unterschiedlichen Abhängigkeitspotentiale Einfluss auf eine Suchtentstehung. Aber auch die Verfügbarkeit und der Zugang zu solchen Substanzen können eine Abhängigkeit beeinflussen oder fördern. Oftmals wird gerade durch das Internet der Zugang zu suchtfördernden Substanzen sehr einfach. Auch Medikamente können über das Internet relativ einfach bestellt werden. Wenn die oder der arzneimittelabhängige Verbraucherin/Verbraucher zudem das Arzneimittel auf einem Rezept von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet bekommt, ist der Zugang sehr einfach.

Die Diagnose einer Sucht erfolgt zumeist über die ICD-10-Kriterien. Gemäß dieser Kriterien liegt eine Suchtmittelabhängigkeit vor, wenn drei davon zutreffen. Eine weitere Definition, die in der Suchtselbsthilfe häufige Verwendung findet, wird von Prof. Wanke vertreten,: „Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebens- oder Bewusstseinszustand.“ Es geht in erster Linie nicht um die Droge, sondern wer nimmt welches Suchtmittel zu welchem Zweck.

Tradition der Suchtselbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe hat ihre Wurzeln bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts. Der Guttempler-Orden wurde 1851 in den USA gegründet. Die Gründer des Ordens versprachen sich gegenseitig, keinen Alkohol zu trinken und jedem Hilfe und Unterstützung bei einem gefährlichen Umgang mit Alkohol anzubieten. Zu dieser Zeit war Alkohol im Bewusstsein der Menschen das Hauptsuchtmittel. Die Bewegung der Guttempler entstand somit als sogenannte „Trinkerrettung“. Hinter dieser Idee stand nicht nur, den gefährdeten Menschen zu helfen, sondern durch alkholfreie Lebensweise Freiraum für persönliche Weiterentwicklung und soziales Engagement zu schaffen. Sie zeigten Solidarität und Verbundenheit mit Betroffenen. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt war und ist heute immer noch, gegen die Alkohol-Lobby anzukämpfen.

Der Hintergrund der Suchtselbsthilfe war immer der Schutz der Familie. Sucht betrifft nicht immer nur den einzelnen Menschen, sondern das ganze Umfeld. Insbesondere Kinder in Familien mit Suchtproblematik sind stark belastet und können selbst wiederum Abhängigkeitsproblematiken und/oder psychische Störungen entwickeln.

Es folgte eine Weiterentwicklung und Erweiterung in der Suchtselbsthilfe. Zur Hilfe bei Alkoholabhängigkeit kamen weitere Hilfen bei unterschiedlichen Abhängigkeitsproblematiken. Neben den substanzbezogenen Störungen erfolgte auch die Einbeziehung der verhaltensbezogenen Störungen, wozu beispielsweise die Spiel- oder Internetsucht gehört.

Ein Umdenken begann vor allem mit dem 1968er Sozialgerichtsurteil, in dem der Alkoholismus als behandlungsbedürftige und behandlungsfähige Abhängigkeitsstörung, also als eine Krankheit anerkannt wurde. Ab diesem Zeitpunkt gab es eine große Auswahl an professionellen Hilfesystemen – zunächst allerdings nur im Bereich der Alkoholabhängigkeit. Es folgten später weitere Angebote wie z.B. im Bereich der Spielsucht.

Unterstützungssystem Suchtselbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe ist ein lebensnahes, alltagsorientiertes und langfristig begleitendes Unterstützungssystem für Suchtkranke und deren Angehörige zur Überwindung von Sucht. Die Einbeziehung der Angehörigen von Suchtkranken ist besonders wichtig, da diese ebenfalls Störungen entwickeln können.

Die Suchtselbsthilfe versucht zusätzlich auch suchtgefährdete Personen zu erreichen, die zahlenmäßig eine sehr viel größere Gruppe einnehmen. Zum Beispiel zeigen 11 bis 13 Millionen Menschen einen riskanten Alkoholkonsum, sie gelten aber noch nicht als abhängig.

In ca. 9000 Gruppen treffen sich jede Woche Betroffene und Angehörige zur Selbsthilfe. Die Menschen in den sozialen Gruppen erleben Solidarität und soziale Kontakte. Wichtige Instrumente sind gemeinsame Aktivitäten, Freizeitgestaltung und Lernen, aber auch die gegenseitige Unterstützung und Hilfe auf gleicher Augenhöhe. Dadurch werden soziale Isolationen überwunden und neue Beziehungen, auch zu sich selbst, aufgebaut. Menschen mit einer Suchtproblematik haben häufig keinen Kontakt zu ihren Gefühlen. Sie denken ihre Gefühle eher, als dass sie diese wahrnehmen und fühlen. Sie haben oftmals ein schlechtes Verhältnis zu sich selbst und ein negatives Selbstbild. Bedeutsam ist, dass sie ihre Bedürfnisse zunächst erkennen und diese Bedürfnisse und Ziele artikuliert werden. Die Betroffenen müssen wieder Verantwortung für sich selbst übernehmen, was als Selbst-Wirksamkeit bezeichnet wird. In der Gruppe lernen die Menschen, Ressourcen wieder zu aktivieren. Sie teilen ihre Erfahrungen mit anderen.

Hauptanliegen der Selbsthilfe ist Veränderung

Das Hauptanliegen der Selbsthilfe ist die Veränderung. Die Selbsthilfe wird genutzt vor, während, nach oder anstatt einer Therapie von Konsumentinnen und Konsumenten sowie Angehörigen. Es ist durchaus möglich, ohne professionelle Therapie aber durch die Suchtselbsthilfe eine abstinente Lebensweise zu erreichen und diese

auch beizubehalten. Eine erfolgreiche Überwindung einer Sucht beginnt mit der Motivation zur Veränderung. Dieser Prozess wird im Verlauf unterstützt und die Veränderungserfolge werden stabilisiert. Da das Umfeld zur Suchtentstehung oder zur Konsumerhaltung beiträgt, ist es ebenso wichtig, dort Veränderungen zu schaffen. Das Prinzip ist nicht nur sich selbst zu helfen, sondern auch andere bei Veränderungsprozessen zu unterstützen. Der Satz „Ich helfe mir selbst, in dem ich anderen helfe“ unterstreicht das Prinzip nochmals.

Die traditionelle Suchtselbsthilfe ist daher geprägt von Erfahrungen der Betroffenen und Erfahrungen in eigenen Therapien, wobei sich die Therapien in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt haben und sich grundsätzlich unterscheiden können. Aber auch die Vorstellungen und Forderungen der Kostenträger haben Einfluss auf die Therapien.

Bei einer Datenerhebung in den fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbindungen – das blaue Kreuz in Deutschland, das blaue Kreuz in der Evangelischen Kirche, der Kreuzbund, die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe sowie die Guttempler – wurden die verschiedenen Abhängigkeitsformen abgefragt. Dabei nahm die Alkoholabhängigkeit mit 88,7 % den größten Anteil ein. Nur drei Prozent der Befragten nannten eine Medikamentenabhängigkeit.

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

Dass nur wenige Medikamente als Suchtmittel nennen, liegt wohl in erster Linie daran, dass in den Gruppen die Alkoholabhängigkeit als Sucht gesehen und erkannt wird, wohingegen eine Medikamentenabhängigkeit nicht als Sucht wahrgenommen wird; insbesondere dann nicht, wenn die Arzneimittel von einem Arzt oder einer Ärztin verordnet werden und er bzw. sie aus Sicht des Patienten oder der Patientin für die Überwachung der Therapie zuständig ist. Das Rauchen wird als Abhängigkeitsform nicht mehr abgefragt, da viele Personen sich nicht als nicotin-abhängig wahrnehmen, selbst dann nicht wenn sie starke Raucher sind.

Bei den Suchtkranken erreichen 26,6 % durch die Selbsthilfe in Gruppen eine abstinente Lebensweise und können diese auch erhalten, 39,2 % der Betroffenen machen einen stationären Entzug und sind damit die größte Gruppe ein. In den Gruppen werden überwiegend Suchtkranke angetroffen, wobei der männliche Anteil höher als der weibliche Anteil ist. Zudem nehmen Angehörige an den Gruppengesprächen teil, wobei unter den Angehörigen der Frauenanteil höher ist als der Männeranteil. Des Weiteren nehmen andere Personen zu einem kleinen Anteil an den Gruppengesprächen teil, die nicht aus einer Suchtproblematik den Weg in die Gruppe gefunden haben. Die Selbsthilfegruppen stehen in der Regel für alle Interessierten offen.

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

Medikamentenprobleme und Selbsthilfe

Arzneimittelabhängige Personen definieren sich nicht über das Sucht-Thema sondern über Krankheit, Leiden und Symptome. Eine typische Aussage eines Arzneimittelabhängigen ist: „Wenn das zugrundeliegende Problem (Schmerzen, Ängste, Depressive Störungen,…) weg wäre, würde ich auch keine Medikamente nehmen…“. Für Personen mit einer Arzneimittelabhängigkeit kann es auch in der Gruppe schwierig sein Akzeptanz zu finden. Bei einer alkohol- oder drogenabhängigen Person, ist absolute Abstinenz besonders wichtig. Bei Medikamenten ist es aber durchaus möglich, dass ein Patient auf ein bestimmtes Arzneimittel angewiesen ist und dieses nicht absetzen kann, wie beispielsweise bei bestimmten psychischen Erkrankungen. Das Prinzip „Null Komma Nix“ ist in der Praxis dann nicht durchführbar, was von Personen mit anderen Abhängigkeitsproblematiken nicht verstanden wird. Dies in der Gruppe zu thematisieren, stellt eine große Herausforderung dar.

Die Suchtselbsthilfe kann vieles leisten, aber längst nicht alles. Daher ist die Zusammenarbeit mit anderen bzw. die Nutzung von anderen Hilfsangeboten vorteilhaft.

Schnittstellen mit der Suchtselbsthilfe – Was können Apotheken tun?

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Allgemeinkrankenhäuser, Psychiatrie, Fachkliniken Sucht, Apotheken und Selbsthilfe insgesamt stellen Schnittstellen zur Suchtselbsthilfe dar. Den Heilberuflern stehen Leitfäden zum Umgang mit Medikamentenabhängigkeit zur Verfügung. Allerdings werden Leitfäden nicht von allen beachtet, sondern eher von Gutwilligen, die diesem Bereich gegenüber interessiert und sensibel sind. „Schwarze Schafe“ kann man auch mit diesen Mitteln leider nicht erreichen.

Apotheken können Informationen zum Thema „Abhängigkeit“ liefern. Sie können den Kontakt zur Selbsthilfe herstellen und ihr Angebot erläutern, was nicht nur die Suchtüberwindung, sondern vielmehr wie bereits oben erwähnt ein umfassendes Angebot darstellt. Sie können somit die Funktion des Bindeglieds übernehmen. Als Zielgruppe in der Apotheke gelten die Betroffenen, die Angehörigen und die pflegenden Berufe, da auch ältere Personen abhängig sein können. Für eine Lösung des Suchtproblems ist es nie zu spät. In diesem Zusammenhang ist das Projekt „Unabhängig im Alter – Suchtprobleme im Alter sind lösbar“ zu nennen.

Die Bedeutung der Suchtselbsthilfe ist für die Betroffenen nicht zu unterschätzen. Sie sind Experten in eigener Sache. Die Selbstbestimmung steht im Vordergrund statt der „Therapiebedürftigkeit“. Die Selbsthilfe dient als Prävention, sie soll dazu dienen, den Suchtkreislauf zu durchbrechen. Wichtige Schlagworte sind „Empowerment“, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit.

Herausforderungen für die Suchtselbsthilfe

Es sollte eine Besinnung auf die „Kernkompetenz“ erfolgen, d.h. Hilfe bei der Lebensgestaltung und der aktiven Krankheitsbewältigung. Empowerment sollte als Grundhaltung eingenommen werden. Durch neue Werbekonzepte und die Darstellung nach außen soll das Image verändert werden.

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

Zudem ist eine verbesserte Zusammenarbeit und Vernetzung mit Ärztinnen und Ärzten, Apotheken, Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachkliniken, Sozialen Diensten, Selbsthilfegruppierungen und anderen wünschenswert. Neue Ausrichtungen und Kreativität sind bei der Weiterentwicklung der Suchtselbsthilfe gefragt.

Aus der Diskussion

In wie weit ist das Thema Prävention in der Suchtselbsthilfe relevant?

Es wird versucht, gerade bei Kindern präventiv einzuwirken, wenn diese aus Familien mit Suchtproblematiken stammen. Bei diesen Familien ist es besonders wichtig, den Kreislauf zu durchbrechen, damit die Kinder nicht ebenfalls in eine Suchtproblematik geraten.

Eine präventive Maßnahme ist zudem, in Schulen über Suchtproblematik aufzuklären und aus eigenen Erfahrungen zu berichten.

In der Suchtselbsthilfe gibt es einen eigenen Fachbereich, in dem es um Prävention geht. Verhaltensprävention stellt einen guten Ansatz dar.

Gibt es Selbsthilfegruppen, wo sich Arzneimittelabhängige treffen, die von einer Apotheke empfohlen werden können? Ist die Selbsthilfegruppe als erste Anlaufstelle sinnvoll oder werden die Betroffenen abgeschreckt?

Bei einem Projekt „Frauen und Medikamentenabhängigkeit“ wurde versucht, die Selbsthilfe bei Medikamentenabhängigkeit zu etablieren. Diese Angebote erreichen die betroffenen Personen häufig leider nicht, da sie sich selbst nicht als abhängig wahrnehmen. Allerdings sind in den anderen Selbsthilfegruppen auch Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit. Die Kompetenz von diesen Personen kann genutzt werden, um das Thema Arzneimittelmissbrauch gesprächsfähig zu machen. Wenn in der Gruppe vermittelt werden kann, dass es nicht um das Sucht-Thema oder das Mittel an sich geht, sondern um Veränderung und Stärkung der eigenen Kompetenzen, dann können Menschen mit verschiedenen Suchtproblematiken in einer Gruppe zusammen voneinander lernen und sich helfen. Die sozialen Kontakte und das Willkommensein in dieser Gruppe stehen im Vordergrund. Die verschiedenen Suchtformen haben zudem viele Schnittmengen, wodurch eine Kommunikation auch bei verschieden Suchterkrankungen möglich ist.

Es gibt keine speziellen Gruppen für arzneimittelabhängige Personen, aber die Begleiter in diesen Gruppen werden speziell geschult.

Insgesamt besteht aber noch enormes Entwicklungspotential, wofür die Zusammenarbeit der verschiedenen Systeme essentiell ist.

Gibt es Kontakte und Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen der Kommunen?

Die Erfahrungen bei der Zusammenarbeit sind sehr unterschiedlich. Zum Teil gibt es gute Kontakte und eine gute Zusammenarbeit.

Weiterführende Informationen: Guttempler Nordrhein-Westfalen: Mit Rezept in die Sucht. Männer greifen zur Flasche, Frauen zur Tablette? http://www.guttempler-nrw.de/index.php/component/content/article/1-aktuelle-nachrichten/297-mit-rezept-in-die-sucht (letzter Zugriff: 09.11.2012)

Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch: Leitfaden der Bundesapothekerkammer für die apothekerliche Praxis

Dr. Ralf Goebel, Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)

Ein Arzneimittelmissbrauch kann aus unterschiedlichsten Motiven erfolgen und unter bestimmten Bedingungen in eine Abhängigkeit münden. Die Wirklichkeit, die Wünsche und die Wahrheiten gehen oftmals sehr weit auseinander. Viele Menschen haben bestimmte Wünsche: Sie möchten bis ins hohe Alter fit bleiben, sie möchten dauerhaft volles Haar auf ihrem Haupt tragen, sie möchten möglichst schnell abnehmen. Dies sind nur einige Wünsche, bei denen Menschen Arzneimittel – z.T. auch missbräuchlich – einnehmen, mit der Hoffnung diese Wünsche überhaupt oder schneller zu verwirklichen. Die Arzneimittel-Fernsehwerbung suggeriert allabendlich „das schnelle Einwerfen der kleinen Pille“ als gesellschaftlich akzeptierte Handlung zur schnellen und einfachen Lösung gesundheitlicher Probleme.

Doping am Arbeitsplatz wird ist seit vielen Jahren ein verbreitetes Phänomen. Der Gesundheitsreports der DAK berichtete im Jahr 2004, dass ca. 800.000 Arbeitnehmer Doping am Arbeitsplatz z.B. mit Stimulantien betreiben, um scheinbar leistungsfähiger zu sein. Auch unter Studenten ist die Einnahme von Arzneimitteln zur Leistungssteigerung, Stimmungsaufhellung und anderen gewünschten Effekten - ohne medizinische Indikation - verbreitet.

Der unkritische Umgang mit Arzneimitteln wird durch die Werbung noch gefördert. Dort wird der Begriff Doping keineswegs als negativ betrachtet sondern als positiv belegter Begriff in Werbeaussagen genutzt, wie z.B. das „Doping für Ihr Haar“.

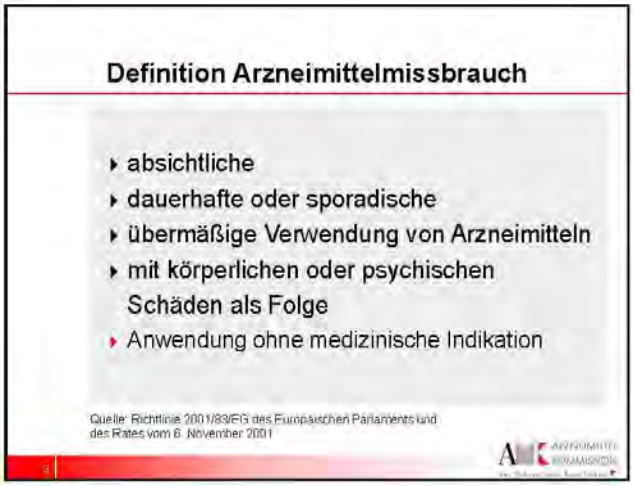
In Deutschland gibt es laut Jahrbuch Sucht 2012 ca. 1,4-1,5 Millionen Arzneimittelabhängige, darunter ca. 1,1-1,2 Millionen Benzodiazepin-Abhängige. Die Zahl der geschätzten Arzneimittelabhängigen liegt in der Größenordnung von Alkoholabhängigen (1,2 Mio.).

Zu den Risikogruppen, die vergleichsweise häufig eine Medikamentenabhängigkeit entwickeln, zählen ältere, vor allem alleinstehende Personen und Menschen mit dependenten Persönlichkeitsstrukturen. Frauen ab einem Alter von 55 Jahren und auch Kinder und Jugendliche mit Problemen verschiedener Art gehören ebenfalls zu den Risikogruppen, die bei Untersuchungen zu missbräuchlichen Arzneimittelanwendungen identifiziert wurden.

Unterschiede zwischen Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit

Es muss eine Unterscheidung zwischen Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit gemacht werden. Der Missbrauch ist in der EG-Richtlinie 2001/83/EG definiert als die absichtliche dauerhafte oder sporadische übermäßige Verwendung von Arzneimitteln mit körperlichen Schäden als Folge. Die Arzneimittelanwendung ohne medizinische Indikation ist ein weiteres Merkmal, welches jedoch nicht in der Definition der EG-Richtlinie 2001/83/EG aufgeführt ist. Zu den Arzneimitteln, die häufig zu

missbräuchlichen Zwecken missbräuchlich eingesetzt werden, zählen u.a. die Laxantien, Diuretika, Schilddrüsenhormone sowie Wachstumshormone.



Eine Arzneimittelabhängigkeit hingegen liegt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision (ICD-10) vor, wenn in einem Zeitraum von zwölf Monaten drei oder mehr Abhängigkeitssymptome aufgetreten sind. Zu diesen Symptomen zählen der starke Wunsch oder Zwang, den psychotropen Stoff zu konsumieren, die verminderte Kontrolle im Umgang mit dem Stoff, das körperliche Entzugssyndrom beim Absetzten des Stoffes, die Toleranzentwicklung, die anhaltende Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten sowie der fortgesetzte Gebrauch, obschon dem Konsumenten klar ist, dass er sich damit schädigt. Die Arzneimittel, die eine Abhängigkeit hervorrufen können, haben psychotrope Wirkungen. Dazu zählen u. a. Sedativa, Tranquilizer, Opiate und Opioide sowie Stimulantien und Appetitzügler. Die Dosissteigerung infolge einer Toleranzentwicklung kann ein zusätzliches Merkmal einer Abhängigkeit sein.

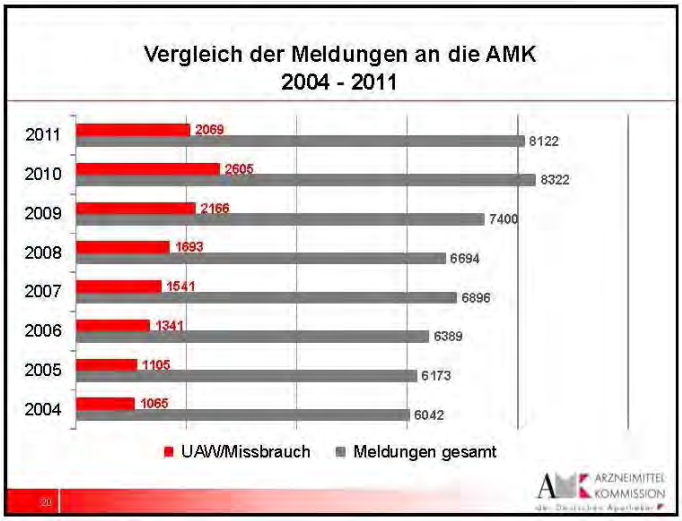
Apotheker haben eine wichtige Schlüsselfunktion

Bei der Erkennung von Arzneimittelmissbrauch und –abhängigkeit kommt den öffentlichen Apotheken eine wichtige Schnittstellenfunktion zu. Es gibt derzeit ca. 21.000 Apotheken in Deutschland, die täglich von ca. 4 Millionen Patienten- bzw. Kunden aufgesucht werden. Darüber hinaus nutzen mehr als 20.000 Patienten pro Nacht den Bereitschaftsdienst der öffentlichen Apotheken.

Die Apotheke ist ein wichtiges Bindeglied zwischen Patient und Arzneimittel. Sie informiert Patienten, deren Angehörige und andere Heilberufe über den Nutzen und die potenziellen Risiken von Arzneimitteln umfassend. Durch die zahlreichen Patientenkontakte können die Apotheken in der Selbstmedikation sowie bei ärztlichen Verschreibungen schon früh Hinweise auf missbräuchliche Anwendung von Arzneimitteln erhalten und durch die Weiterleitung von Verdachtsmeldungen an die AMK und die zuständige Behörde wesentlich zur Arzneimittelsicherheit beitragen.

Gemäß den Berufsordnungen für Apothekerinnen und Apotheker der Apothekerkammern müssen die Apotheker/innen bei der Ermittlung, Erkennung, Erfassung und Weitergabe von Arzneimittelrisiken mitwirken. Sie haben ihre Feststellungen oder Beobachtungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) unverzüglich mitzuteilen. Gemäß § 17 Abs. 8 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) hat das pharmazeutische Personal einem erkennbaren Arzneimittelmissbrauch in geeigneter Weise entgegenzutreten. Bei begründetem Verdacht auf Missbrauch ist die Abgabe zu verweigern. Als Hilfestellung steht den Apotheken der Leitfaden: Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch der Bundesapothekerkammer zur Verfügung.

Die AMK erfasst gemäß § 63 Arzneimittelgesetz (AMG) Arzneimittelrisiken. Zu den Arzneimittelrisiken zählen u. a. Neben- und Wechselwirkungen, Qualitätsmängel, Verpackungsmängel, Kennzeichnungsmängel und Arzneimittelfälschungen, aber auch Arzneimittelmissbrauch sowie Abhängigkeit und Gewöhnung. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) sollen von der Apotheke mittels eines UAW-Berichtsbogen an die AMK gemeldet werden. Bei der Dokumentation und Weiterleitung der Verdachtsfälle von UAW ist auf die 4 Minimalkriterien zu achten: Angaben zur Person (Initialen, Geburtsdatum, Geschlecht), Meldequelle, verdächtiges Arzneimittel und beobachtete UAW. Die AMK leitet die Meldungen an die Bundesoberbehörden (BfArM, PEI), die zuständigen Behörden und die pharmazeutischen Unternehmen weiter und unterstützt die Behörden bei der Informationsweitergabe von Pharmakovigilanz-Maßnahmen.



Im Jahr 2011 sind insgesamt 8122 Meldungen bei der AMK eingegangen. Davon betrafen 2069 (25,5 %) Meldungen unerwünschte Arzneimittelwirkungen einschließlich Missbrauch. Diese Meldungen haben im Rahmen der Pharmakovigilanz eine wichtige Funktion. Das Missbrauchs- oder Suchtpotential ist bei der Zulassung von neuen Arzneimitteln oftmals nicht (hinreichend) bekannt. Erst durch die Spontanmeldungen können diese Eigenschaften von Arzneimitteln erkannt werden. Ein Beispiel

ist der Wirkstoff Pregabalin. Das Abhängigkeitspotential dieses Wirkstoffs wurde erst durch das Spontanmeldesystem nach der Zulassung erkannt.

Umfragen bei Referenzapotheken

Die AMK betreut ein bundesweites Netz von ca. 840 öffentlichen Apotheken (Referenzapotheken) für Umfragen zum Thema Arzneimittelsicherheit. In einer bundesweiten Online-Umfrage vom 24. Juli bis zum 21. August 2012 wurde als Thema „Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Schlaf- und Beruhigungsmittel“ bei Referenzapotheken untersucht. Eine Veröffentlichung der Umfrageergebnisse wird in Kürze erfolgen.

Was kann der Apotheker leisten?

Apotheken sollen dazu beitragen, Arzneimittelmissbrauch und –abhängigkeit im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel und Selbstmedikation zu erkennen und zu verhindern. Apothekerinnen und Apotheker haben als Heilberuler die Pflicht zur Aufklärung, Information und Beratung zu Arzneimitteln. Der BAK-Leitfaden für die apothekerliche Praxis, welcher zum Download auf der ABDA-Homepage bereitsteht (www.abda.de/medikamentenmissbrauch.html) soll alle Apothekenmitarbeiter bei der Erkennung und Beratung zum Thema Arzneimittelmissbrauch oder –abhängigkeit unterstützen.

BAK

Medikamente:
Abhängigkeit und Missbrauch

Leitfaden für die apothekerliche Praxis

Herausgegeben von der Bundesapothekerkammer (BAK)
– Berlin im Oktober 2011 –

Inhalte des Leitfadens sind u. a., Hinweise, wie ein Missbrauch in der Apotheke erkannt werden kann, welche Arzneimittelgruppen als problematisch zu betrachten sind, was ein Apotheker tun muss und was ein Apotheker zusätzlich tun kann. Zudem werden Anlaufstellen und Informationsquellen genannt.

Als Indizien für einen kritischen Arzneimittelkonsum gelten die Häufigkeit der Nachfrage und gewünschte Menge(n) und Hinweise auf Beschaffung aus mehreren Apotheken. Das gehäufte Verschreiben eines Arzneimittels für den kurzzeitigen Gebrauch (z. B. Schlaf- und Beruhigungsmittel) auf einem Privat- statt auf einem Kassenrezept kann ebenfalls ein Anhaltspunkt sein. Ein weiterer Hinweis kann die Manipulation von Arzneimitteln sein, wobei das Arzneimittel beispielsweise nach vorheriger Entnahme von Lösung wegen einer Minderfüllung reklamiert wird. Auch weisen

Rezeptfälschungen auf einen kritischen, nicht bestimmungsgemäßen Arzneimittelkonsum hin.

Als problematische Arzneimittelgruppen mit einem Missbrauchspotential gelten die Schlaf- und Beruhigungsmittel, zu denen die Benzodiazepine und die sogenannten Z-Drugs (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon) gehören. Es gibt schätzungsweise mehr als eine Millionen Benzodiazepinabhängige in Deutschland, darunter sehr viele Ältere. Der Anteil der Frauen ist deutlich größer als der Männer.. Eine Abhängigkeit von diesen Substanzklassen ist bei therapeutischen Dosen nach zwei bis vier Monaten, bei sehr hohen Dosen bereits nach drei bis vier Wochen zu beobachten. Es wird daher zwischen der Niedrigdosisabhängigkeit und der Hochdosisabhängigkeit von Benzodiazepinen und Benzodiazepin-Analoga unterschieden.

Auch Opiate, nichtopioide Schmerzmittel, Dextrometorphan Abführmittel, Entwässerungsmittel sowie Schnupfenmittel gehören zu den kritischen Arzneimittelgruppen, die im BAK-Leitfaden ausführlich erläutert werden.

Für das sogenannte Neuroenhancing oder Hirndoping werden Stimulantien, wie Methylphenidat, Modafinil, Amfepramon, Cathin, Ephedrin, Phehylpropanolamin und Pseudoephedrin ohne medizinische Indikation eingenommen.

Im Sport werden Arzneimittel missbräuchlich zu Dopingzwecken appliziert. In diesem Bereich werden u.a. Anabolika, Wachstumshormone, Stimulantien sowie Diuretika eingesetzt.

Die Apotheker können in dem Bereich präventiv arbeiten und Aufklärung betreiben, in dem sie Vorträge z.B. in Schulen oder Seniorenheimen halten. Entsprechende Materialien und Referate können auf der Internetseite der ABDA (www.abda.de) heruntergeladen werden. Sie können Betroffene und deren Angehörige informieren und beraten sowie bei der Arztsuche Hilfestellung geben. Eine weitere Möglichkeit ist die Vermittlung von Ansprechpartner und Hilfsangeboten, wie Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen.

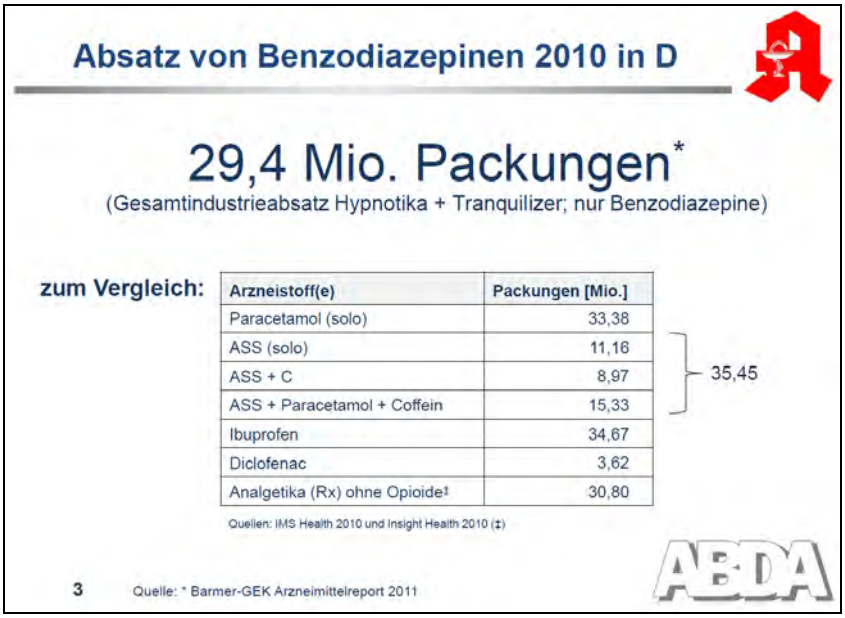
Es gibt erfolgreiche Aktivitäten und Beiträge der Apotheker gegen Arzneimittelmissbrauch und –sucht. Das Projekt „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“ und das Präventionsprojekt „Apotheke macht Schule“ sind nur zwei gute Beispiele. Wichtig ist eine Sensibilisierung der heilberuflichen Verantwortung des Apothekers bei der Beratung und Abgabe von Arzneimitteln, denn Patienten- und Verbraucherschutz sind originäre Aufgaben des Apothekers.

Weiterführende Informationen zur Arzneimittelkommission: P. Zagermann-Muncke, S. Frölich, M. Schulz: Pharmakovigilanz: Unerwünschte Wirkungen an die AMK melden. Pharm. Ztg. 155 (2010): http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=32933&no_cache=1&sword_list[0]=arzneimittelkommission (letzter Zugriff: 09.11.2012).

Arzneimittelabhängigkeit am Beispiel der Benzodiazepine: Gemeinsame Herausforderung für Apotheker und Ärzte

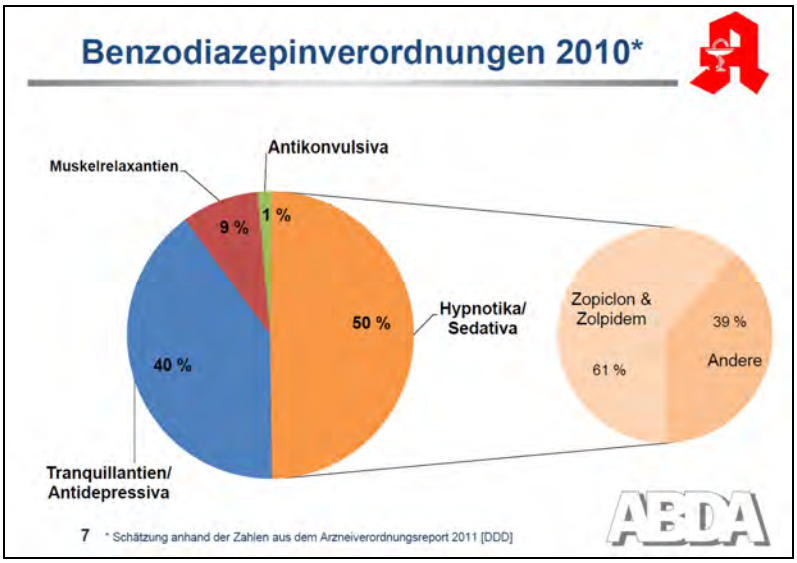
Jan Möbius, ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

Die Verbreitung der Benzodiazepin-Abhängigkeit unter denjenigen, die arzneimittelabhängig sind, ist enorm. Insgesamt wird geschätzt, dass in Deutschland 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen von Arzneimitteln abhängig sind. Davon fällt mit 1,1 bis 1,2 Millionen der überwiegende Anteil auf die Benzodiazepinabhängigen.



Vergleicht man die Anzahl der im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgegebenen Benzodiazepin-Packungen (nur Hypnotika und Tranquillantien) mit der Packungszahl anderer Wirkstoffgruppen, fällt auf, dass nur wenig mehr Paracetamol-Packungen (33,38 Mio.) als Benzodiazepin-Packungen (29,4 Mio.) abgegeben werden (Barmer-GEK Arzneimittelreport 2011, IMS Health 2010). Alle Zahlen beziehen sich sowohl auf die klassischen Benzodiazepine als auch auf die so genannten „Z-Analoga“ Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon, letzteres spielt eine untergeordnete Rolle. Die Z-Substanzen weisen am $GABA_A$-Rezeptor eine ähnliche Wirkung wie die klassischen Benzodiazepine auf.

Zu den wichtigsten Wirkungen dieser Wirkstoffklasse zählen die Sedierung, die Anxiolyse, die Muskelentspannung und die Erhöhung der Krampfschwelle. Alle diese Wirkungen werden therapeutisch genutzt. Die Sedierung ist beispielsweise vor Operationen oder bei Ein- oder Durchschlafstörungen erwünscht, die Anxiolyse bei Angstzuständen oder bei schweren Depressionen oder Psychosen. Die Erhöhung der Krampfschwelle wird im akuten epileptischen Anfall ausgenutzt und die Muskelentspannung bei Muskelverspannungen sowie Spasmen.

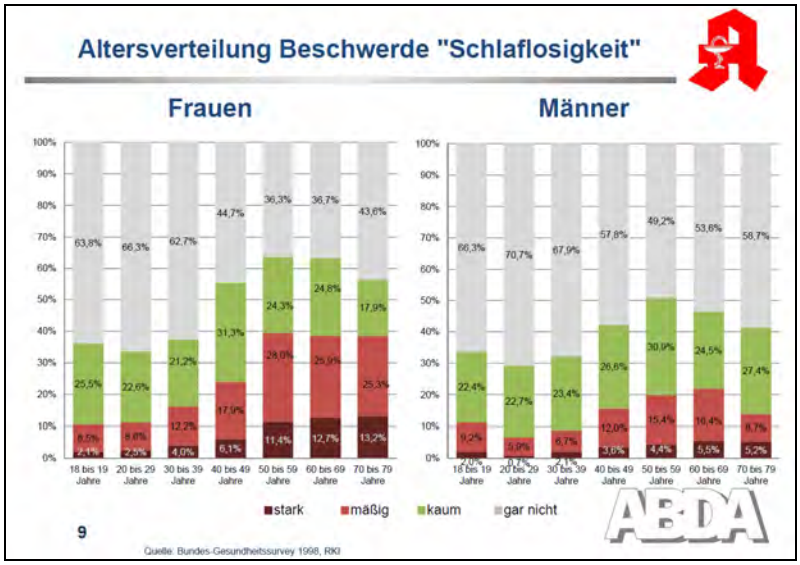


Indikationen für die Verordnung von Benzodiazepinen

Der größte Anteil der Benzodiazepin-Verschreibungen dient nach dem Arzneimittelverordnungsreport 2011 der Behandlung von Schlafstörungen und der Sedierung (50 %), gefolgt von der Verschreibung als Anxiolytika und Antidepressiva (insgesamt 40 %). Von denen, die bei Schlafstörungen eingesetzt wurden, war der überwiegende Anteil (61 %) den Z-Substanzen zuzuordnen. Dies verdeutlicht, dass deren Abhängigkeitspotenzial möglicherweise weiterhin unterschätzt wird. Die Einordnung nach Indikationen ist hierbei eher willkürlich und orientiert sich am Marketing der Präparate, die Zahlen sind entsprechend zu interpretieren.

Schlafstörungen und Schlafmittel

Schlafstörungen sind sehr weit verbreitet, sie zählen zu den häufigsten psychosomatischen Beschwerden in Deutschland. Jeder dritte Erwachsene leidet gelegentlich, unterschiedlich stark, unter Ein- und Durchschlafstörungen, jeder zehnte sogar unter chronischen Schlafstörungen.



Es sind insbesondere ältere Patienten betroffen: so klagen 40 % der über 65-jährigen über Schlafprobleme. Man schätzt, dass es bundesweit 12 Millionen behandlungsbedürftige Fälle von Schlafstörungen gibt.

Laut Bundesgesundheitssurvey von 1998 steigen die Schlafbeschwerden mit dem Alter an, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Woran das liegt, ist bisher ungeklärt. Diese Verteilung spiegelt sich auch in den Hypnotika-Verordnungen wider (Barmer-GEK Arzneimittelreport 2011).

Nebenwirkungen und Folgen der Dauereinnahme der Benzodiazepine

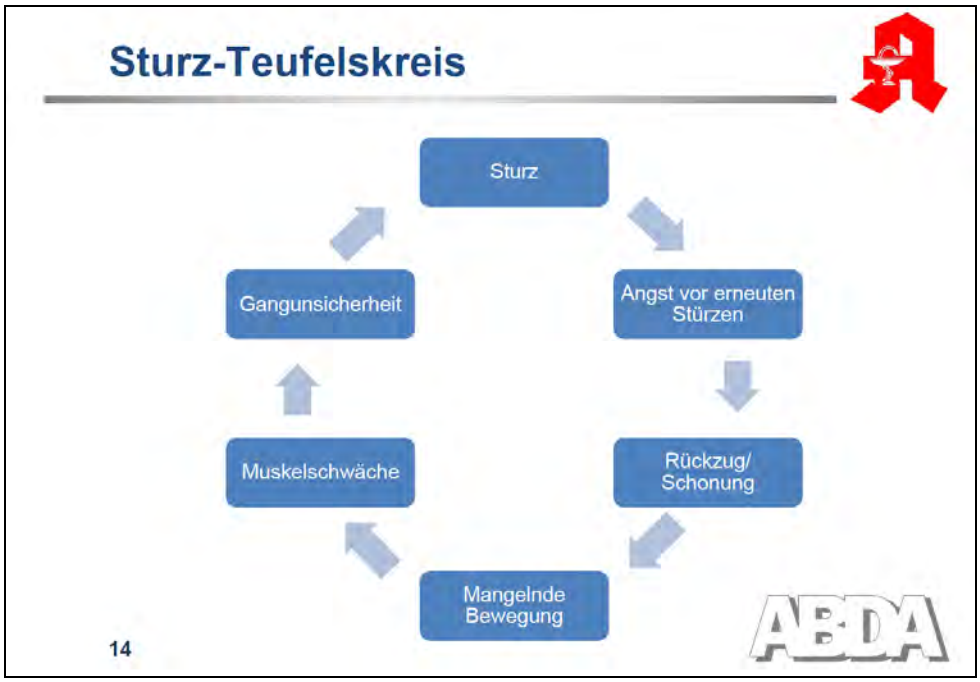
Die Problematik der Benzodiazepine lässt sich gut anhand ihrer unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufzeigen. Betroffene berichten, sich infolge der Sedierung „wie in Watte gepackt“ zu fühlen. Es kann zu Schwindel und körperlicher Schwäche aufgrund von Muskelschwäche kommen. Antriebslosigkeit und emotionale Abstumpfung sind weitere Folgen. Betroffene berichten auch über kognitive Störungen, sie können sich schlechter erinnern oder vergessen wichtige Dinge. Von vielen unterschätzt werden Wirkungsabschwächung und Wirkungsumkehr.

Die Folgen der Benzodiazepin-Abhängigkeit sind körperlich, sozial sowie geistig und psychisch. Zu den körperlichen Folgen gehören körperliche Schwäche und daraus resultierende Stürze. Antriebslosigkeit kann schnell auch in soziale Folgen, wie Beziehungsprobleme, münden. Konzentrationsprobleme können den Verlust des Arbeitsplatzes bedeuten, es kann schließlich zu Rückgezogenheit und schlimmstenfalls zu Vereinsamung kommen. Zu den geistigen und psychischen Folgen lassen sich Unsicherheit und Fehlerhäufigkeit zählen. Beides kann auch wiederum zu sozialen Problemen führen. Weiterhin wird über Unzuverlässigkeit berichtet, Betroffene vergessen zum Beispiel Termine oder Geburtstage. Einige haben auch das Gefühl der Überforderung und meiden potenziell schwierige Situationen. Dadurch bleiben die Probleme für Angehörige oft unerkannt, da der Patient Vermeidungsstrategien entwickelt. Zudem können Gleichgültigkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Niedergeschlagenheit auftreten.

Sturzrisiko

Ein großes Problem der Benzodiazepine ist das erhöhte Sturzrisiko. Die Nebenwirkungen, wie Sedierung, verminderte Reaktionsfähigkeit, Schwindel, Muskelschwäche und Schlafstörungen, führen häufig zu Stürzen. Die enormen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Folgen sind schwer abzuschätzen. Die Behandlung einer typischerweise durch einen Sturz ausgelösten Oberschenkelhalsfraktur kostet etwa 20.000,- €. Diese Zahl lässt das Ausmaß der Folgekosten nur erahnen.

Problematisch ist auch der Sturz-Teufelskreis. Nach einem erfolgten Sturz haben die Betroffenen häufig Angst vor erneuten Stürzen. In der Folge ziehen sie sich zurück und schonen sich, gehen weniger nach draußen oder vermeiden das Treppensteigen. Die mangelnde Bewegung führt aufgrund des fehlenden Trainings zu einer Muskelschwäche. Die Gangunsicherheit wird unvermeidbar, die wiederum einen erneuten Sturz zur Folge haben kann.



Warum ist die Abhängigkeit so häufig?

Der rechtliche Rahmen ist eigentlich klar abgesteckt. Die Berufsordnungen der Ärzte- und Apothekerkammern sowie die Apothekenbetriebsordnung machen Vorgaben für die von den Berufsangehörigen zu ergreifenden Maßnahmen bei (Verdacht auf) Arzneimittelabhängigkeit. Zudem gibt es Handlungsempfehlungen und Leitlinien der Kammern für die Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen, die auch ausdrücklich die Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern fordern. Auch wissenschaftliche Leitlinien existieren. Trotzdem ist die Abhängigkeit weiterhin verbreitet.

Die Patienten selber sehen häufig keinen Zusammenhang zwischen ihren Symptomen und der Benzodiazepin-Einnahme. Die Risiken der Langzeiteinnahme sind ihnen nicht oder nur unzureichend bekannt. Hier kommt auch eine wenig ausführliche Beratung und fehlende Aufklärung über Nebenwirkungen ins Spiel. Patienten mit einer Benzodiazepin-Erstverschreibung befinden sich häufig in einer schwierigen persönlichen Situation, z. B. nach dem Verlust eines Angehörigen. Ihnen dann zu erklären, dass das Medikament, das ihnen in dieser Situation helfen soll, auch Risiken hat, erhöht nicht gerade die Compliance. Hinzu kommt, dass der Beschaffungsaufwand für Patienten in aller Regel gering ist. Meistens werden die Präparate von einem Arzt verschrieben, was dazu führt, dass Patienten auch wenig Bewusstsein für eine etwaige Abhängigkeit entwickeln. Wenn die Ursachen der Beschwerden eigentlich in einer psychiatrischen Erkrankung begründet sind und Benzodiazepine zur Überbrückung verschrieben werden, wird die eigentliche Diagnose häufig ignoriert, weil sie als stigmatisierend und beängstigend empfunden wird. Eine stationäre Intervention ist zudem häufig mit einem hohen Aufwand für den Patienten verbunden sowie mit Kosten für das System. Dieser Schritt wird folglich gescheut.

Seitens der Ärzte sowie der Apotheker führen andere Faktoren dazu, dass die Abhängigkeit so verbreitet ist: Möglicherweise ist der Wille, sich aktiv mit dem Thema zu befassen, zu wenig ausgeprägt. Außerdem herrscht unter einigen Fachleuten weiterhin die veraltete Auffassung, die Wirksamkeit der Benzodiazepine bliebe auf Dauer erhalten. Die Niedrigdosis-Abhängigkeit wird zudem noch zu oft nicht als solche erkannt. Diese Niedrigdosis-Abhängigkeit unterscheidet die Benzodiazepine von anderen Drogen. Manchmal wird über Jahre eine halbe Tablette pro Tag genommen, sodass die Abhängigkeit auch für den Betroffenen unerkannt bleibt.

Die Folgen des Langzeitkonsums werden unterschätzt. Diese sind zumeist weniger körperlicher, als vielmehr psychischer und emotionaler Natur. Darüber hinaus ist vielen die genaue Vorgehensweise bei der Entzugsbehandlung nicht bekannt, die stationär oder ambulant erfolgen kann. Hier wird die Belastung des Patienten durch den Entzug über- und der Benefit der Abdosierung unterschätzt. Auch die Risiken von Zopiclon und Zolpidem werden unterschätzt, deren Abhängigkeitspotenzial früher im Vergleich zu den Benzodiazepinen als geringer galt, was inzwischen widerlegt ist. Die meisten betroffenen Patienten sind außerdem höheren Alters, was als Hinderungsgrund für einen Entzug gesehen wird. Klassischerweise handelt es sich um eine ältere Dame zwischen 70 und 80 Jahren. Hinzu kommt ein falsch verstandenes Mitleid mit den Patienten („Für den Patienten sind die Tabletten doch so eine Stütze. Da kann ich sie ihm doch nicht wegnehmen“) sowie die Sorge, bei Verweigerung der Abgabe den Patienten zu verlieren. Zudem wird angeführt, der zeitliche und personelle Aufwand seien bisher nicht ausreichend honoriert. Einige Ärzte sowie Apotheker fürchten weiterhin, im Nachhinein ihr eigenes Verhalten rechtfertigen zu müssen. Ihre Sorge ist, dass die Initiierung des Entzugs einem Schuldeingeständnis, unkritisch verschrieben bzw. abgegeben zu haben, gleich kommt. Die Apotheker fürchten auch, dass die Ansprache des Themas ihrerseits als Einmischen in die Therapiehoheit des Arztes missverstanden werden könnte. Die Situation ist besonders schwierig, wenn die Apotheke von den verschreibenden Ärzten der Umgebung finanziell abhängig ist.

Emotionale Seite, Begriffe und Wortwahl

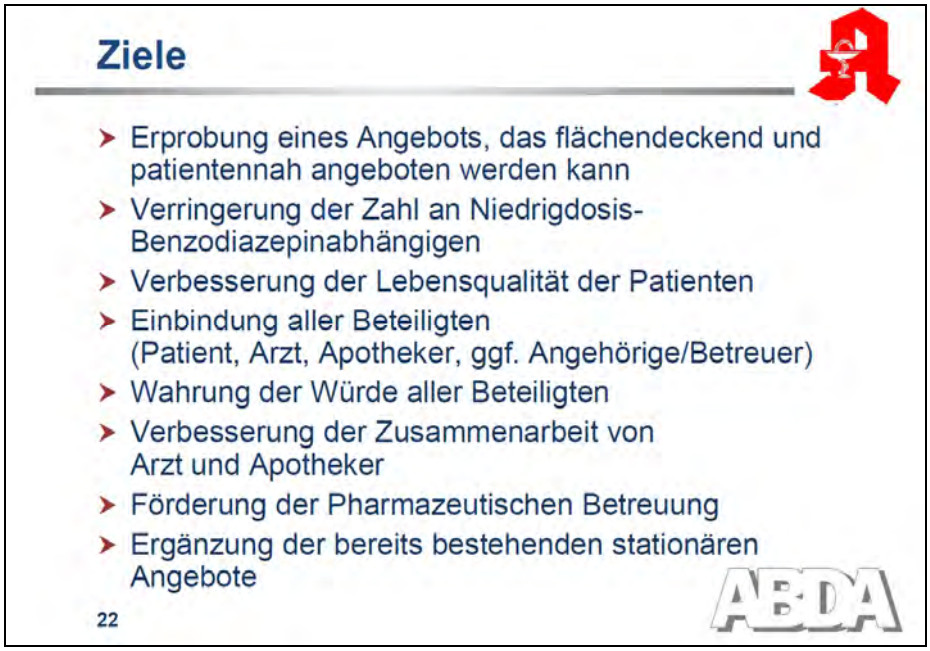
Beim Ansprechen des Patienten kommt es weniger auf die wissenschaftlich korrekte Ausdrucksweise, als vielmehr darauf an, die Patienten nicht von vornherein zu verschrecken. So ist der Begriff „Gewöhnung“ für Patienten erträglicher als „Abhängigkeit“, „Abdosierung“ geeigneter als „Entzug“. Folglich ist die Wortwahl für die Motivation der Betroffenen sehr wichtig. Schließlich handelt es sich immer noch um ein Tabu-Thema, das leider häufig bagatellisiert wird.

Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern: Das Modellprojekt

Bisher gibt es keine ausreichenden Angebote für den **ambulanten** Benzodiazepin-Entzug, sodass nicht alle Betroffenen erreicht werden können. Auch die Zusammenarbeit der Ärzte mit Apothekern ist verbesserungswürdig. Hier sind andere Länder weit voraus.

Als Lösungsvorschlag ist das Projekt „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“ gedacht. Der Titel soll Ärzten sowie Apothekern deutlich machen, worum es geht. Auf Patienteninformationen hingegen wird nie das Wort „Entzug“ zu finden sein.

Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und von der ABDA als Projektträger durchgeführt.



Ziel des Projektes ist vor allem die Erprobung eines Angebotes, das flächendeckend und patientennah angeboten werden kann. Damit soll langfristig die Zahl der Niedrigdosis-Abhängigen verringert werden. Dabei ist eine komplette Abstinenz aller Patienten nicht das Ziel, vielmehr kann auch eine Dosisreduktion ein Erfolg sein. Innerhalb des Projekts wird schließlich auch die Nachhaltigkeit des Erfolges evaluiert. Letztlich soll die Lebensqualität der Patienten verbessert werden. Dazu ist die Zusammenarbeit aller Beteiligten wichtig: Arzt, Patient, Apotheker und, falls gewünscht, Angehörige oder Betreuer. Die Würde aller Beteiligten soll gewahrt werden, dabei spielt wieder die Wortwahl eine Rolle. Ärzte sowie und Apotheker sollen sich nicht gegenseitig Vorwürfe machen. Eine respektvolle Kommunikation kommt der Zusammenarbeit beider Berufsgruppen sowie der Förderung der Pharmazeutischen Betreuung zugute. Keinesfalls ist das Modellprojekt als Konkurrenz zu bestehenden stationären Angeboten zu verstehen, sondern es ergänzt diese.

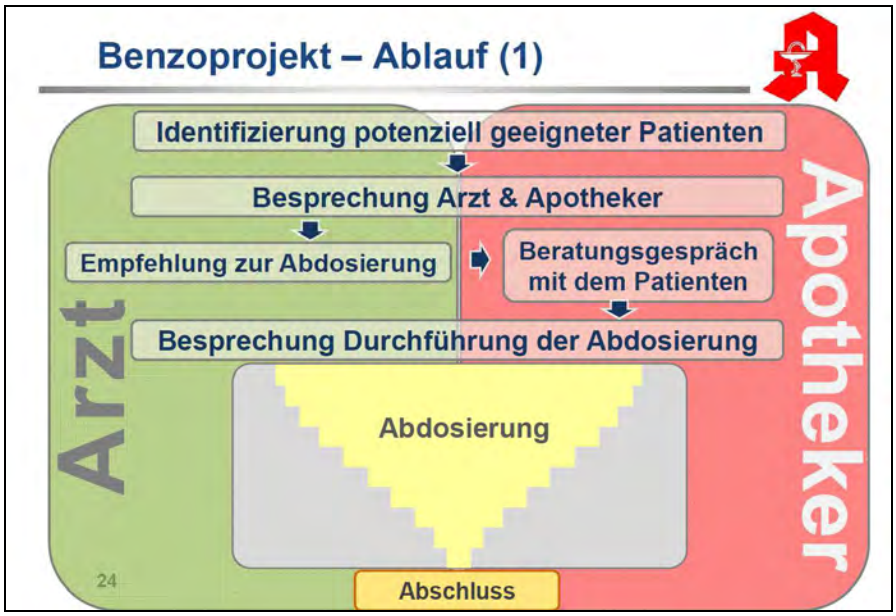
Rolle der Apothekerin bzw. des Apothekers im Modellprojekt

Die Aufgabe des Apothekers ist zunächst, die Betroffenen zum und während des Entzugs zu motivieren – dies immer in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt. Die Apotheke ist eine schnell erreichbare Anlaufstelle für Patienten, sie hat täglich geöffnet und ist ohne Termin sowie ortsnah verfügbar. Der Apotheker kontrolliert, ob der Patient dem Abdosierungsplan folgt. Es kommt beispielsweise vor, dass Patien-

ten von sich aus zu schnell abdosieren, was erwartungsgemäß zu Entzugssymptomen führt. In Absprache mit dem Arzt kann der Dosierungsplan auch angepasst werden. In der Apotheke können Hilfestellungen bei kleineren Problemen und Nachfragen gegeben werden, für die manchmal schon ein kurzes Gespräch ausreichend ist. Der Vorteil für den Arzt ist, dass die Mitwirkung der Apotheke ihn entlastet. Die kurzen Kontrollen entfallen aufseiten der Arztpraxis, die Patienten werden erst einmal von der Apotheke aufgefangen. Wenn erforderlich, muss natürlich immer an den Arzt verwiesen werden.

Ablauf des Benzodiazepin-Projektes

Grundsätzlich ist empfehlenswert, vor Etablierung des Projekts durch eine Apotheke Ärzte darauf anzusprechen und die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit abzufragen.

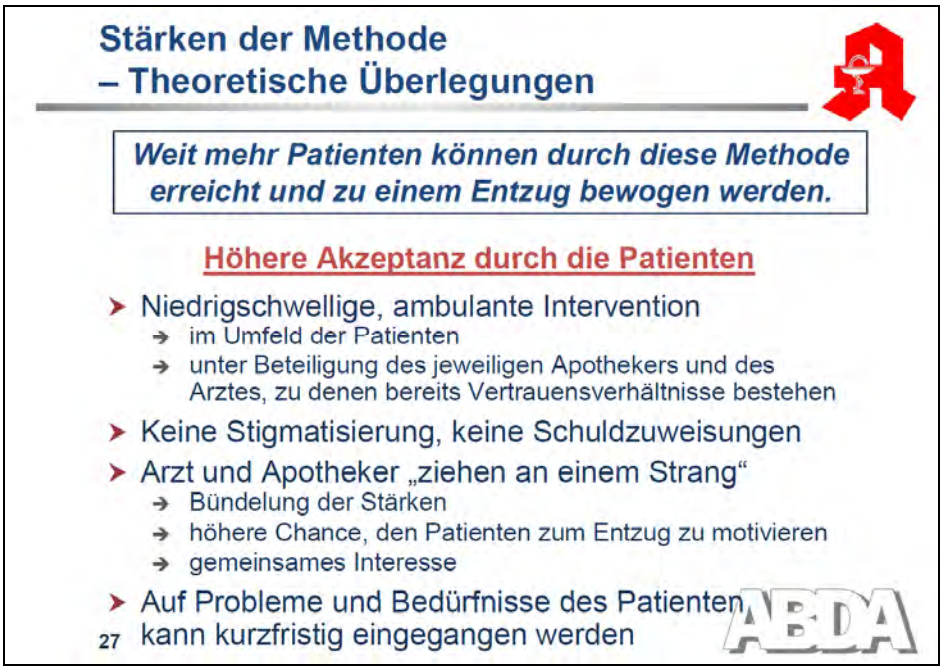


Zunächst werden potenziell geeignete Patienten durch Arzt oder Apotheker identifiziert. Mit Einverständnis der Betroffenen erörtern die Heilberufler daraufhin gemeinsam, ob dem Patienten die Teilnahme am Projekt empfohlen werden soll. Dem Patienten wird dann ein Angebot unterbreitet. Nach seiner Einwilligung folgt die ausführliche Beratung in der Apotheke, durch die das Problembewusstsein und die Motivation gestärkt werden sollen. Anschließend beraten sich Arzt und Apotheker über den Wirkstoff zur Abdosierung sowie den Abdosierungsplan. Dann wird der Entzug begonnen. Im Verlauf begleitet der Apotheker die Abdosierung, indem er die korrekte Dosierung überprüft und die Motivation der Betroffenen aufrecht erhält bzw. weiter stärkt. Der Apotheker hält immer wieder mit dem Arzt Rücksprache und bespricht gegebenenfalls die Anpassung der Abdosierung.

Die Intervention wird beendet, wenn die Abdosierung vollständig erfolgt ist oder wenn die Dosis oder die Einnahmehäufigkeit verringert werden konnte und keine weitere Reduktion möglich ist. Unter Umständen kann auch der Abbruch durch einen der Beteiligten zum Abschluss führen.

Stärken und Herausforderung des Projekts

Insgesamt findet das Projekt den ersten Erfahrungen nach hohe Akzeptanz bei den Patienten, da es sich um eine niedrigschwellige, ambulante Intervention handelt, die im Umfeld des Patienten erfolgt und unter Beteiligung von beiden Heilberuflern, zu denen bereits ein Vertrauensverhältnis besteht. Wichtig ist, dass keine Stigmatisierungen und Schuldzuweisungen stattfinden. Beide Heilberufe ziehen an einem Strang, sodass ihre Stärken gebündelt werden, was die Chance erhöht, den Patienten unter Berücksichtigung seiner Bedürfnisse langfristig zum Entzug zu motivieren.



Die größte Herausforderung besteht darin, alle drei beteiligten Parteien zu motivieren: zunächst muss der Apotheker auf den Arzt zugehen, sodass beide zusammen an den Betroffenen herantreten. Probleme bei der Zustimmung zur Entwöhnung können auftreten, wenn Ressentiments zwischen den beiden Berufsgruppen bestehen, oder im Verlauf widersprüchliche Aussagen gemacht werden. Auch fehlendes Interesse sowie fehlende Einsicht aufseiten der Heilberufler können problematisch sein, genauso wie Sorgen bezüglich kritischer Fragen der Betroffenen zur Verordnungs- und Abgabepraxis in der Vergangenheit. Seitens des Patienten kann die Sorge bestehen, dass Beschwerden wieder auftreten oder sich verstärken.

Insgesamt sind die Erfahrungen im Projekt bisher aber positiv. Für die Apotheke bietet dieses Projekt auch einen weiteren Ansatz zur langfristigen Kundenbindung.

Aus der Diskussion

Zum Problem der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker: bei der Erarbeitung der Hintergrundinfos kam von der Bundesärztekammer der Hinweis: „die BÄK sieht dieses Projekt aus logistischen und datenschutzrechtlichen Gründen als problematisch an.“ Wie ist dies einzuordnen?

Die Bundesärztekammer sah in der Tat Schwierigkeiten. Sie fürchtete den möglichen Eingriff in die Therapiehoheit des Arztes durch Apotheker. Die ABDA hat der Bundesärztekammer alle erforderlichen Projektunterlagen zur Verfügung gestellt. Daraus wird ersichtlich, dass der Arzt zu jedem Zeitpunkt die Therapiehoheit hat. Wir gehen davon aus, dass sich die an dem Projekt teilnehmenden Ärzte und Apotheker an die berufsrechtlichen Regeln halten.

Baden-Württemberg ist die Hauptregion. Darüber hinaus wurde Hamburg als weiterer Standpunkt integriert. Dort hat es bereits in der Vergangenheit mehrere gemeinsame Aktionen der Apothekerkammer, der Ärztekammer und des Senats zum Thema „Arzneimittelabhängigkeit“ gegeben.

Wie viele Apotheken sind nach einem Jahr beteiligt?

Anfangs verlief die Rekrutierung langsamer als gewünscht. Die Beteiligung beruht auf der Initiative derApotheker. Sie müssen sich darum kümmern, Ärzte und Patienten zu finden. Zudem mussten zunächst alle Apotheker geschult werden. Anfangs waren nur wenige Patienten beteiligt, das bedeutet aber nicht, dass nicht schon viel im Hintergrund läuft. Sicherlich wurden mehr Patienten als potenziell geeignet identifiziert, als letztlich in das Projekt eingeschlossen werden konnten. Ein möglicher Grund könnte die fehlende Zustimmung der Patienten oder der Ärzte liegen. Das wird man erst nach Abschluss des Projekts anhand der Unterlagen sehen.

Was ist das Ziel: wie viele sollen eingeschlossen werden?

Möglichst viele. Alle teilnehmenden Apotheken haben Informations- und Dokumentationsmaterial erhalten. Aktiv sind aktuell 70 bis 80 Apotheken. Es gibt einige Apotheken, die es versucht haben, dann aber ausgestiegen sind.

Brauchen die Apotheken besondere Software oder geschultes Personal?

Alle werden geschult, insbesondere zur Patientenansprache sowie der Dokumentation. Spezielle Software ist nicht erforderlich, die Dokumentation erfolgt in Papierform. In der Schulung werden Fallstricke und emotionale Aspekte angesprochen. Apotheker haben tagtäglich mit Patienten zu tun, Erfahrung und emotionales Feingefühl sind Teil des Berufsbildes, darauf kann also zurückgegriffen und aufgebaut werden.

Die Apotheker bekommen außerdem Material gestellt, zum Beispiel Äquivalenzdosistabellen, einen Überblick über das Projekt und eine Mustermappe für den Arzt. Für Patienten gibt es Informationsflyer. Außerdem gibt es eine Broschüre mit Informationen über das Projekt für Ärzte und Apotheker.

Der Apotheker bekommt für das Beratungsgespräch auch eine ausführlichere Patientenbroschüre, die zur Unterstützung für das motivierende Beratungsgespräch verwendet werden kann.

Weiterführende Literatur: E. Pallenbach: Arzneimittelabhängigkeit – die stille Sucht, 1. Aufl. 2009, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs – Erfahrungen aus der apothekerlichen Praxis

Heinrich Queckenberg, Schloss-Apotheke, Gelsenkirchen

Nach dem Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung gibt es in Deutschland 1,4 Millionen Arzneimittelabhängige, und zusätzlich gelten 1,7 Millionen Personen als gefährdet. Zu den problematischen Arzneimittelgruppen mit Abhängigkeitspotential zählen vor allem die Benzodiazepine und deren Analoga, die H_1-Antihistaminika sowie die α-Sympathomimetika. Es hängt stark vom Verordnungsverhalten der umgebenden Ärzte ab, welche Gruppen für die einzelne Apotheke am relevantesten seien. Missbräuchlich verwendet werden unter anderem nicht-opioide Analgetika und Laxantien, wenn sie auch ohne primäres Abhängigkeitspotential sind.

Weiterhin kann Alkohol in Arzneimitteln problematisch sein sowie flüchtige Lösungsmittel, wie sie beispielsweise in Eis- und Kältesprays verwendet werden. Diese spielen aber eine untergeordnete Rolle. Manchmal wird noch Ether verlangt.

Zu den gefährdeten Patientengruppen gehören überdurchschnittlich häufig Frauen ab dem 40. Lebensjahr. Außerdem sind junge Männer und Sportler gefährdet, vor allem in Hinblick auf den Missbrauch im Dopingbereich. Untersuchungen zufolge nehmen 25 % der Besucher kommerzieller Fitnessstudios Anabolika. Mitglieder von Sportvereinen haben hingegen nur das halbe Risiko, dem Anabolika-Missbrauch zu verfallen.

Bei der Reichweitenüberprüfung in versorgten Heimen fällt auf, dass Benzodiazepine fehlen. Ärzte stellen für ältere Patienten relativ leichtfertig Rezepte aus, häufig auch als Bedarfsmedikation, was fachlich zu kritisieren ist. Manchmal fällt bei Kontrollen der Arzneimittelbestände durch das Heimpersonal oder durch die Apotheke auf, dass ganze Blister dieser Medikamente fehlen. Aus anderen Regionen wurde bereits über das Verschwinden auch von Schmerzpflastern berichtet. Möglicherweise zeigt sich hier kriminelles Handeln des Heimpersonals, diese Beschaffungskriminalität des Personals kann aber auch in der Apotheke und in allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens nie ganz ausgeschlossen werden. Beim Stellen der Medikamente in manipulationssicheren Blistern kann dieses Problem ausgeschlossen werden.

Dem Personal der Apotheke sollten die wichtigsten Anhaltspunkte für Missbrauch bekannt sein. Die Abgabe sollte bedacht werden, wenn der Patient häufig dasselbe Präparat nachfragt, große Mengen einkauft, das Medikament über mehrere Apotheken bezieht, Verordnungen auf Privatrezept oder von verschiedenen Ärzten mitbringt, Rezeptfälschungen einreicht oder andere Tricks der Beschaffung anwendet. Misstrauisch werden sollte das Personal, wenn der Kunde sich über eine angebliche Minderbefüllung beschwert. Dies ist fast schon regelmäßig bei Substitutionspatienten mit Take-Home-Dosis zu beobachten. In der Apotheke des Referenten wurde deshalb mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vereinbart, sich bei der Abgabe an diese Patienten zu vergewissern, dass die richtige Menge abgegeben wurde.

Auch wenn Kunden Applikationshilfsmittel wie Einmalspritzen verlangen, kann das ein Hinweis auf beispielsweise Anabolikagebrauch sein. Häufig wüssten diese Patienten nicht genau, was sie brauchen. Sie haben die Anabolika selbst meist über das Internet oder im Fitnessstudio beschafft. Die einzige Interventionsmöglichkeit besteht hier im Versuch, mit der Kundin oder dem Kunden ins Gespräch zu kommen und darin auf die vielen Risiken der Anabolikaeinnahme hinzuweisen, beispielsweise auch auf das Risiko einer Akneentwicklung.

Weiterhin ist Aufmerksamkeit gefordert, wenn Schmerzmittel regelmäßig in großen Mengen gekauft werden. Hier muss hinterfragt werden, ob ein arzneimittelinduzierter Kopfschmerz vorliegt.

Rechtliche Grundlagen

Die Apothekenbetriebsordnung fordert (§ 20, Abs. 8): „Das pharmazeutische Personal hat einem erkennbaren Arzneimittelmissbrauch in geeigneter Weise entgegenzutreten. Bei begründetem Verdacht auf Missbrauch ist die Abgabe zu verweigern." In diesem Falle darf ausdrücklich vom sonst geltenden Kontrahierungszwang abgewichen werden. Für den Bereich der Selbstmedikation gilt (§ 20 Abs. 2 ApBetrO): „Bei der Information und Beratung müssen insbesondere Aspekte der Arzneimittelsicherheit berücksichtigt werden. (…) Im Falle der Selbstmedikation ist auch festzustellen, ob das gewünschte Arzneimittel zur Anwendung bei der vorgesehenen Person geeignet erscheint oder in welchen Fällen anzuraten ist, gegebenenfalls einen Arzt aufzusuchen."

Zudem heißt es in § 21 ApBetrO: „Gegenanzeigen und missbräuchliche Anwendung sind ihm (dem Apothekenleiter) oder dem von ihm beauftragten Apotheker unverzüglich mitzuteilen." Seit der Novelle der Apothekenbetriebsordnung muss der Apothekenleiter zudem die Zuständigkeiten seines Personals schriftlich festhalten und vorschreiben, in welchen Fällen ein Apotheker hinzuzuziehen ist.

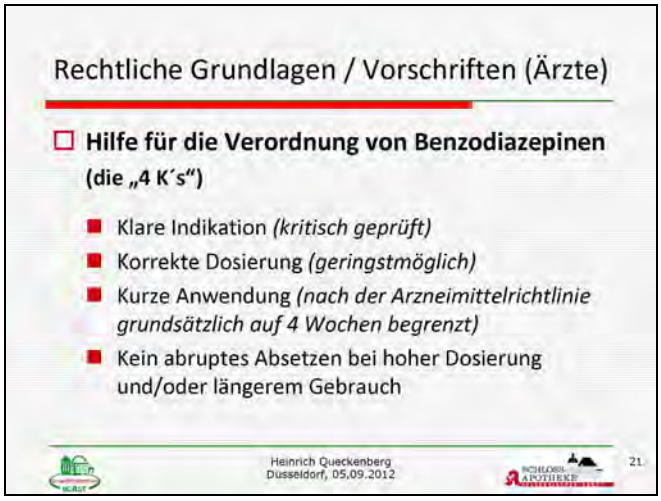
Auch die Berufsordnung der Apothekerkammer Westfalen-Lippe macht die Vorgabe (§ 6), dass das Apothekenpersonal „bei der Ermittlung, Erkennung, Erfassung und Weitergabe von Arzneimittelrisiken" mitwirken muss. Dies schließt auch eine Meldung an die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker mit ein.

Bei den Ärzten heißt es in der Berufsordnung (§ 7, Abs. 8) „Ärztinnen und Ärzten dürfen der missbräuchlichen Verwendung ihrer Verschreibung keinen Vorschub leisten." Zudem wurde Anfang letzten Jahres in der regelmäßigen Informationsschrift „Pluspunkt" der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zusammengefasst, was bei der Verordnung von Benzodiazepinen zu beachten ist. So sollte von vornherein auf lange Sicht geplant werden, was im Verlauf die Benzodiazepine wieder ersetzen soll, und dem Patienten mitgeteilt werden, dass es sich um eine Krisen- und keine Dauermedikation handelt. Auch sollen Patienten immer über das Suchtpotential dieser Substanzen aufgeklärt werden.

In Hamburg haben Ärzte- und Apothekerkammer einen gemeinsamen Leitfaden zur Verordnung von Benzodiazepinen und Benzodiazepin-Analoga herausgebracht. Dort steht unter anderem, eine Verordnung nur auf Wunsch des Patienten sei nicht möglich und „die Verordnung auf Privatrezept setzt eine Indikation voraus. Besteht bei gesetzlich Versicherten eine Indikation, (…) ist ein Ausweichen auf Privatrezept nicht zulässig." In der Praxis dürfte demnach dieses Ausweichen nicht vorkommen. Trotz-

dem steht im BAK-Leitfaden der Hinweis, dass das Ausweichen auf Privatrezepte ein Hinweis auf missbräuchliche Anwendung ist. Diese beiden Aussagen widersprechen sich in der Hinsicht.

Die „4 K's“ bieten eine Hilfestellung für die korrekte Benzodiazepin-Verschreibung durch Ärzte. Alles in allem dürften kritische Verschreibungen nicht mehr vorkommen, würden sich alle an diese Regeln halten. Die Realität sieht allerdings anders aus.



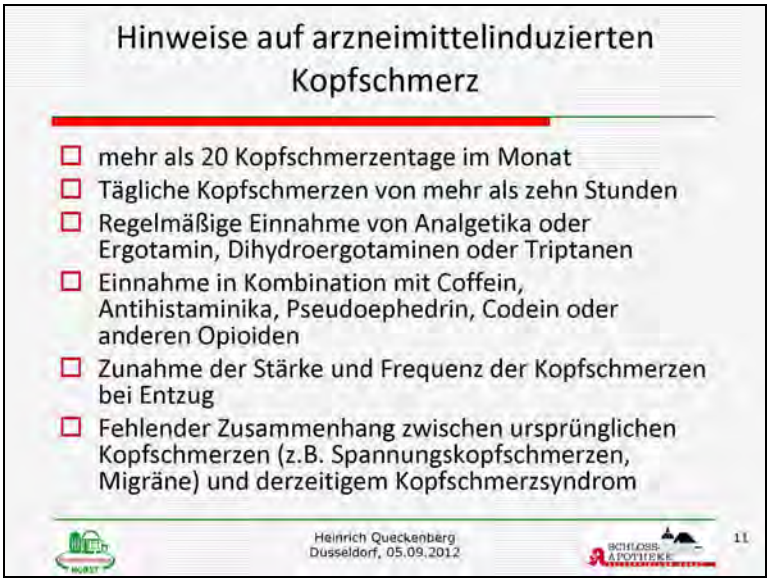
Für die Apotheke heißt es im Leitfaden der Ärzte- und Apothekerkammer Hamburg, in der Apotheke vorgelegte Verordnungen seien auf erkennbare Irrtümer, Vollständigkeit, sonstige Bedenken und das Vorliegen von Mehrfachverordnungen zu prüfen. Ergeben sich Zweifel, muss Rücksprache mit dem Arzt gehalten werden. Nur wenn eine Korrektur der Verordnung möglich ist oder die Bedenken ausgeräumt werden können, darf beliefert werden. Anderenfalls ist die Abgabe zu verweigern. Doch was bedeutet das Verweigern der Abgabe für die Praxis? Es heißt, den Patienten wegzuschicken. Der Patient wird sein Glück daraufhin in einer anderen Apotheke versuchen. Leider steht nirgends, ob es erlaubt ist, in solchen Fällen die Verschreibung einzubehalten. Dabei erscheint dies manchmal sinnvoll.

Maßnahmen in der Apotheke

In der Apotheke muss bei ärztlicher Verordnung mit Missbrauchsverdacht immer erst Rücksprache mit der Ärztin oder dem Arzt gehalten werden. Ein Anhaltspunkt für missbräuchliche Verwendung kann die körperliche Verfassung oder eine auffällige Verhaltensweise des Patienten sein, beispielsweise ist eine „Fahne“ ein Anhaltspunkt für Alkoholkonsum und somit ein Hinderungsgrund für die Abgabe von Benzodiazepinen, selbst wenn das Rezept korrekt ist. Wird die Abgabe verweigert, sollte dies im Rahmen der Beratung nachvollziehbar begründet werden und anschließend auch dokumentiert werden. Zusätzlich soll eine Meldung an die AMK erfolgen, eventuell auch an die Ärztekammer. Auch werden auf der Internetseite der Kassenärztlichen

Vereinigung Nordrhein verdächtige Patienten gelistet. Zurzeit sind hier nur 3 Patienten mit Initialen, Kasse und mit dem Arzneimittel geführt. Wünschenswert wäre es, wenn das Angebot mehr genutzt würde.

Bei freiverkäuflichen bzw. apothekenpflichtigen Präparatewünschen mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotential, z.B. Schmerzmittel, muss immer eine Beratung des Patienten erfolgen, in der mindestens die Dosierung nachgefragt und auf die Risiken eingegangen wird. Dabei muss abgeklärt werden, ob ein arzneimittelinduzierter Kopfschmerz vorliegt. Bei fehlender Einsicht trotz Information und Beratung muss die Abgabe eigentlich verweigert werden. Der Patient geht daraufhin in aller Regel zur nächsten Apotheke. Manchmal ist es dann besser, dem Patienten seinen Wunsch zu erfüllen. So kann man dafür sorgen, dass der Patient wiederkommt und immer wieder beraten wird. Langfristig kann durch kontinuierliche Betreuung eher eine Einsicht und eine Veränderung des Verhaltens erzielt werden.



Hinsichtlich der Benzodiazepine ist ein konsequentes Verbot der Privatrezepte für GKV-Versicherte erstrebenswert. Auch andere Arzneimittel mit Missbrauchspotenzial sollten einbezogen werden. Allerdings ist aus Sicht der Ärzte eine strikte Handhabe nicht immer möglich. Es gibt immer wieder Patientinnen und Patienten, die bspw. Benzodiazepine seit Jahrzehnten nehmen. Die Medikation wurde in einer Zeit angesetzt, in der man sich der Risiken noch wenig bewusst war. Diese Patientinnen und Patienten kann man nur schlecht belehren, warum die Medikamente „auf einmal“ schädlich sein sollen. Bei Verschreibung auf Kassenrezept droht den Ärzten in solchen Fällen aber der Regress, sodass nur ein Ausweichen auf Privatverordnung bleibt. Außerdem sollte bei freiverkäuflichen oder apothekenpflichtigen Präparaten mit Missbrauchspotential konsequent auf Versandhandel, Laienwerbung und Ange-

botspreise verzichtet werden. In der Heimversorgung sorgt das Stellen oder Verblistern durch die Apotheke für einen gewissen Schutz vor Missbrauch.

Aus der Diskussion

Wie sinnvoll ist es, wenn Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker vermehrt dafür sorgen würden, dass die Apothekerinnen und Apotheker über das Thema sowie die entsprechenden Leitlinien besser informiert wären?

Es ist notwendig, dass die Apothekerinnen und Apotheker vermehrt die Leitlinien und Handlungsempfehlungen kennen. Wichtig ist aber nicht nur das fachliche Wissen, sondern vielfach das richtige Ansprechen der Patientinnen und Patienten. Das fällt nicht immer jedem leicht. Grundlage einer erfolgreichen Kommunikation sind eine gute Gesprächsbasis, ein Vertrauensverhältnis zu den Patienten und die Fähigkeit, sich in den Betroffenen hineinzudenken. Eine Vorgehensweise „von oben herab“ ist nicht zielführend. Vielmehr braucht man Einfühlungsvermögen, was bei Apothekenmitarbeiterinnen und –mitarbeitern unterschiedlich ausgeprägt vorhanden sein kann. Hier sind Absprachen zwischen den Mitarbeitern hilfreich, auch um Mehrfachverordnungen eines Patienten schneller zu erkennen.

In der Praxis kommen kritische Substanzen dann vermehrt vor, wenn Neurologen in der Umgebung als niedergelassene Ärzte tätig sind. Wie sollte vorgegangen werden, wenn ein Großteil der Patienten Benzodiazepine verschrieben bekommt und man bei den meisten davon ausgehen muss, dass sie diese Präparate nach Leitlinien gar nicht bekommen dürften?

Es ist häufig schwierig, persönlich mit dem Neurologen in Kontakt zu kommen. Auch als Patient wartet man lange auf Termine. Deshalb ist zu bezweifeln, dass viele Abhängige ausgerechnet Ärzte dieser Fachrichtung aussuchen, um an ihre Rezepte zu kommen.

Zum Verschreibungsverhalten von Ärzten für Heimbewohner: Wie ist die Erfahrung, verordnen Ärztinnen und Ärzte für Heimbewohner übermäßig häufig kritische Substanzen wie Benzodiazepine oder Neuroleptika?

Es werden eher Neuroleptika wie Pipamperon zu oft und in zu hoher Dosierung für Heimbewohner verschrieben. Dieses Problem ist hier gravierender als das Benzodiazepinproblem. Häufig werden die Neuroleptika auch als Bedarfsmedikation eingesetzt, sodass die Pflegekräfte entscheiden, welche Dosierung im Einzelfall eingesetzt wird und wann. Diese Praxis ist besonders kritisch zu beurteilen. Das Problem der neurologischen Versorgung äußert sich für die Heime auch darin, dass viele Niedergelassene keine Hausbesuche mehr machen oder nur bei Privatpatienten. Oftmals akzeptieren sie zudem nicht, wenn die Patienten in Begleitung von Pflegepersonal in die Praxis kommen. In den Heimen sollte regelmäßig auch die Problematik des erhöhten Sturzrisikos durch diese kritischen Wirkstoffe angesprochen werden. Durch diese Maßnahmen lässt sich die Problematik möglicherweise eingrenzen.

Diskussion im Plenum über die weitere Bearbeitung des Themas Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit

Die Diskussionen nach den Vorträgen offenbarten den Wunsch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, einen Beitrag zur Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs zu leisten. Dabei konzentrierten sich die Diskussionsbeiträge wie schon bei den Vorträgen auf das Problem der Benzodiazepin-Abhängigkeit. Es wurde festgestellt, dass die in Deutschland geschätzten 1,1 bis 1,3 Mio. Benzodiazepin-Abhängigen ein nicht hinnehmbarer Zustand sind, zumal die Gesamtproblematik seit Jahren bekannt ist. Da der Missbrauch jedoch nicht nur einer einzelnen Ursache zuzuschreiben ist, wie die Beiträge der Fachtagung zeigten, sondern von einem vielschichtigen Ursachenbündel auszugehen ist, lassen sich auch unterschiedliche Ansätze finden, wie im Bereich der Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie Unterstützung zur Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs geleistet werden kann.

Aufklärung der Bevölkerung

Arzneimittel sind zu Recht das wichtigstes therapeutische Hilfsmittel der Medizin. Richtig angewendet dienen sie der Heilung von Krankheiten, der Linderung von Krankheitsbeschwerden, der Verzögerung von Krankheitsverschlimmerungen oder der Vorbeugung von Erkrankungen. Arzneimittel können aber auch Nebenwirkungen verursachen. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Arzneimitteln wird auf der Grundlage von Beobachtungen der Heilberufe und der Industrie durch die Bundesoberbehörden ständig aktualisiert und neue Erkenntnisse in den Beipackzetteln bzw. in der Fachinformation für Ärztinnen und Ärzte bzw. Apothekerinnen und Apotheker allen Interessierten zur Verfügung gestellt. Insofern existiert schon heute ein umfangreiches Beobachtungs- und Regulationsinstrumentarium (Pharmakovigilanz), um den Gefahren einer Arzneitherapie von Seiten des Staates vorzubeugen. In diesem Zusammenhang wird auf die Gefahr einer Abhängigkeit in den Beipackzetteln und in den Fachinformationen hingewiesen. Zudem sind Ärzte- und Apothekerorganisationen durch Fortbildungsangebote bemüht, auf die Risiken eines zu unkritischen Gebrauchs der Medikamente hinzuweisen.

Trotz all dieser Maßnahmen hat sich an der problematischen Situation bislang nicht viel geändert. Weiterhin werden immer wieder Menschen von Benzodiazepinen abhängig oder die Abhängigkeit von bereits in Therapie befindlichen Menschen aufrecht erhalten. Dabei verbinden Menschen mit der Verordnung eines benzodiazepinhaltigen Medikamentes häufig immer noch eine quasi offizielle Bestätigung einer Erkrankung, weil sie ja medikamentös und unter ärztlicher Kontrolle behandelt wird. Gerade bei der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln handelt es sich aber nicht um einen Heilungsversuch, denn mit diesen Arzneimitteln lassen sich die Ursachen von Unruhe, Schlafstörungen oder Angstattacken nicht lösen. Benzodiazepine bzw. Z-Drugs dienen allenfalls der Überbrückung von Krisensituationen, also der vorübergehenden Linderung von Symptomen. Sie dürfen aufgrund ihres Abhängigkeitspotenzials nicht über einen längeren Zeitraum angewendet werden. Dies zu erken-

nen und nach der anfangs wohltuenden Wirkung der Benzodiazepine wieder auf deren positive Wirkung zu verzichten, um eine Abhängigkeit mit den dazu gehörenden Risiken einer Verschlimmerung der Symptome und weiterer Risiken zu vermeiden, fällt den Betroffenen oftmals schwer. Es ist wahrscheinlich, dass die bisherigen Maßnahmen, wie die Aufklärung durch die Beipackzettel, die Betreuung des behandelnden Arztes oder durch Information und Beratung in den Apotheken, noch nicht ausreichend sind, auf die Gefahren hinzuweisen.

Den Diskutanten war bewusst, dass weitere Aufklärungsmaßnahmen notwendig sind, um die Arzneimittelabhängigkeit zu bekämpfen. Andererseits ist Aufklärung immer eine Gradwanderung. Denn einerseits sollen keine irrationalen Ängste gegenüber Arzneimitteln gefördert werden, um die Compliance bzw. Adhärenz einer notwendigen Arzneitherapie nicht zu gefährden. Andererseits zeigt das dargestellte Abhängigkeitsproblem, dass Anstrengungen für weitere Aufklärungsmaßnahmen notwendig sind. Denn auch der Bevölkerung muss mehr noch als bisher deutlich gemacht werden, dass Arzneimittel keine Waren wie jede andere Alltagswaren sind, sondern erklärungsbedürftige Produkte mit Vor- und ggf. Nachteilen für die Gesundheit. Vor diesem Hintergrund sollen in Zukunft Aufklärungsmaßnahmen im Bereich von Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie des ÖGD weiterhin Bestandteil der Arbeit bleiben. Dies dient aber auch der Unterstützung der Heilberufe, die sich um eine sachgerechte Arzneimitteltherapie bemühen. Möglicherweise können bereits bestehende Materialien, wie z.B. die der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren, genutzt werden.

Unterstützung der Heilberufe

Ohne ärztliche Verordnung und ohne Abgabe von Arzneimitteln in der Apotheke könnten Arzneimittel mit Abhängigkeitspotenzial nur sehr viel seltener zur riskanten Dauertherapie genutzt werden. Alle benzodiazepinhaltigen Arzneimittel sind verschreibungspflichtig. Nur sehr wenige der benzodiazepinabhängigen Menschen beziehen ihre Arzneimittel illegal, bspw. per Internet. Damit die Heilberufe ihren öffentlichen Versorgungsauftrag ordnungsgemäß erfüllen können, bieten die Ärzte- und Apothekerkammern ausreichend viele Fortbildungsveranstaltungen an. Hinzu kommen die Einführungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen für junge Vertragsärzte, auf denen umfassend über die Risiken von Benzodiazepinen und Z-Drugs hingewiesen wird. Von den Diskutanten wurde angeregt, in Zukunft den Kassenärztlichen Vereinigungen aus der Arzneimittelüberwachung Unterstützung anzubieten, um den jungen Ärzten die Problematik auch aus behördlicher Perspektive zu verdeutlichen. Außerdem könnten die bereits im Entwurf vorliegenden Hintergrundinformationen zu der Thematik als kostenloses Download von Seiten des LZG.NRW zur Verfügung gestellt werden.

Zur zusätzlichen Unterstützung der Arbeit der Heilberufe bieten deren Vertretungen inzwischen flächendeckend Handlungsempfehlungen und Leitlinien zum Umgang mit abhängigkeitsfördernden Arzneimitteln an. Diese sollen helfen, das Bewusstsein der Heilberufe über die Problematik zu schärfen, den ggf. irrationalen Wünschen ihrer Patienten einerseits empathisch und andererseits risikominimierend entgegenzutre-

ten, sowie die Zusammenarbeit zwischen den Heilberufen zu verbessern. Hier gibt es nach Meinung vieler Diskutanten noch eine Menge Potenzial, wobei es notwendig ist, geduldig und ausdauernd auf die vorhandenen Handlungshilfen aufmerksam zu machen und die Umsetzung der Hilfen einzufordern. Dabei sollte versucht werden, die in einzelnen Bundesländern vorhandenen Handlungshilfen zu sichten und die besten Hilfen als Anregung für die Verbesserung der Situation in Nordrhein-Westfalen zu nutzen. Sofern sich bei der Umsetzung dieser Hilfen Schwierigkeiten ergeben, sollen sie auf Wunsch der Teilnehmer gesammelt und als Grundlage für weitere Verbesserungen herangezogen werden. Insbesondere die Nutzung von Privatrezepten für GKV-Patienten wirft in Apotheken immer wieder die Frage auf, ob sie diese Rezepte ohne Rücksprache mit der ausstellenden Ärztin oder dem ausstellenden Arzt beliefern können oder nicht. Dieses Problem sollte weiter im Auge behalten und entsprechende Handlungshilfen zu Rate gezogen werden.

Nutzung der besonderen Nähe zu den Apotheken

Aufgrund der besonderen beruflichen Nähe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu den Apotheken wurde in der Diskussion häufig die Frage aufgeworfen, welche Hilfen den Apotheken angeboten werden könnten, um sie bei der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung, hier bei der Belieferung von Benzodiazepinverordnungen, zu unterstützen. Auf jeden Fall sollte alles getan werden, um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den für den jeweiligen Standort relevanten Ärztinnen und Ärzten sowie der Apotheke zu fördern. Dabei erscheint dies nach Erfahrungen des Teilnehmerkreises durchaus möglich, wenn eine Zusammenarbeit auf Dauer angelegt ist, von gegenseitigem Respekt geprägt ist und zu beiderseitigem Vorteil führt.

Die seit Mitte des Jahres 2012 geltende Apothekenbetriebsordnung bietet eine weitere Chance für die Apotheken, den Arzneimittelmissbrauch noch effektiver zu bekämpfen. Das jetzt vorgeschriebene Qualitätsmanagementsystem erfordert eine schriftliche Festlegung, welches pharmazeutische Personal mit welchen Aufgaben in der Apotheke betreut wird. Dies bietet die Gelegenheit darüber nachzudenken, welcher Angestellter mit welcher Qualifikation ausreichend dafür ausgebildet ist, arzneimittelmissbrauchsgefährdete Patienten zu erkennen und die richtigen Maßnahmen zur Verhinderung einer Abhängigkeit einzuleiten. Auf diese Neuerung in der Apothekenbetriebsordnung besteht die Möglichkeit bei den Begehungen von Apotheken hinzuweisen.

Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker können auch zur Motivation der Apothekenleiter beitragen, so ein weiterer Konsenspunkt aus der Diskussion. Wenn sich alle Apotheken den Regeln konform verhalten, Benzodiazepine in entsprechend eindeutigen Fällen nicht abgeben oder auch sonst missbräuchlich verwendbare Arzneimittel in Problemfällen bspw. in der Selbstmedikation verweigern und nicht bewerben, dann könnte schon eine Menge erreicht werden. Um die diesbezügliche Einigkeit innerhalb der örtlichen Apothekerschaft voranzubringen, können die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker einen Beitrag leisten: Bspw. können sie in den Apotheken darauf achten, wie geht die Apotheke mit Arzneimitteln um, wirbt sie für Schmerzmittel oder andere missbräuchlich verwendete Arzneimittel? Macht sie Meldung über Missbräu-

che bei der Behörde oder bei der Arzneimittelkommission? Gibt es Handlungsanweisungen für die Mitarbeiter, wie zu reagieren ist, wenn Missbrauchsgefahr erkannt wird? Ist festgelegt, wann die Apothekerkammer bzw. die Ärztekammer oder die Behörde einzuschalten ist? Sind die nordrhein-westfälischen Handlungsempfehlungen bei Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an Betäubungsmittelabhängige bekannt und werden umgesetzt? Ist bekannt, dass bei erkennbarem Missbrauch und bei Verdacht auf Betrug auch die Krankenkassen informiert werden können? Es besteht für die Apotheker die Möglichkeit einer Meldung an die Krankenkasse nach § 197a SGB V. Die Krankenkassen müssen entsprechende Meldungen prüfen und aktiv werden. Meldungen dieser Art können über eine Website gemacht werden[1]. Auch eine Meldung an die Kassenärztliche Vereinigung kann sinnvoll sein, vor allem wenn es sich um gefälschte Rezepte handelt. Die KV Nordrhein stellt die Information online[2].

Mit dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen liegt die rechtliche Grundlage für die örtliche Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie vor, an der Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs mitzuwirken. Im Rahmen dieses gesetzlichen Auftrags werden die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker mit Unterstützung des LZG.NRW weiterhin den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, analysieren und bewerten. Dabei wird auf der Grundlage der Erkenntnisse der Fachtagung Sozialpharmazie 2012 der Arzneimittelmissbrauch und die Arzneimittelabhängigkeit verstärkt beobachtet werden. Ggf. wird durch spezielle Untersuchungen und Maßnahmen auf die besondere Problematik der Benzodiazepine und der Z-Drugs einzugehen sein, sollte es auch in Zukunft bei der schon seit vielen Jahren zu beobachtenden Benzodiazepinabhängigkeit zu keinen entscheidenden Verbesserungen kommen. Die Fachtagung Sozialpharmazie hat jedenfalls stark zur Bewusstseinsschärfung für dieses Problem beigetragen und zu Ideen geführt, wie im Rahmen der Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie gehandelt werden kann.

[1] http://www.gkv-spitzenverband.de/service/fehlverhalten_im_gesundheitswesen/fehlverhalten_im_gesundheitswesen.jsp (letzter Zugriff: 27.11.2012)
[2] http://www.kvno.de/10praxis/10praxisinformationen/95cave/index.html (letzter Zugriff: 27.11.2012)