



Foto: Andrea Dammi/pixelio.de

Ärztlich verursachte Abhängigkeit?

Medikamentenabhängigkeit am Beispiel von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Frank Konert

Medikamente können Krankheiten heilen, aber auch abhängig machen. Eine Medikamentenabhängigkeit kann schnell entstehen und lange unentdeckt bleiben. Ebenso wie Drogensucht führt Medikamentenabhängigkeit zu einem psychischen und physischen Verfall, der jedoch meist wesentlich langsamer verläuft und dessen Symptome nicht immer mit der Abhängigkeit in Verbindung gebracht wird. Trotzdem wird das Problem bislang unterschätzt – dabei werden die volkswirtschaftlichen Folgekosten nach dem Suchtbericht der Bundesregierung auf etwa 14 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt.

Die meisten Fälle von Medikamentenabhängigkeit beginnen im Rahmen ärztlicher Behandlungen. Auf der Basis von Rezept- und Verkaufszahlen sowie Daten einer gesetzlichen Krankenkasse liegen die Schätzungen bei 1,4 bis 1,9 Millionen Betroffenen in Deutschland, das sind etwa zwei Prozent der Bevölkerung.

Die regelmäßig erhobenen Zahlen zeigen eine kontinuierliche Zunahme, was Anlass zur Besorgnis gibt.

Doch trotz steigender Betroffenenzahlen sinken die Verordnungszahlen der entsprechenden Medikamente zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen. Dieser Widerspruch erklärt sich durch eine Zunahme von Verschreibungen auf Privatrezept an gesetzlich Versicherte. Viele Ärzte scheinen sich also der nicht leitliniengerechte Verschreibung bewusst zu sein und die Sorge um Regressansprüche dürfte die Triebfeder für die Ausstellung der Privatrezepte sein.

Aufklärung über das Abhängigkeitsrisiko

Der Arzt ist in jedem Fall zur Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen verpflichtet. Hierzu gehören insbesondere das Abhängigkeitspotenzial und die Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit. Zunehmend werden Ärzte

für die Folgen von schädlichen Dauer-Verordnungen haftbar gemacht, wenn eine dokumentierte Aufklärung fehlt.

Der Begriff der Medikamentenabhängigkeit umfasst ein breites Spektrum an verschiedenen Stoffgruppen. Die größte Gruppe sind die Schlaf- und Beruhigungsmittel. Daneben sind Amphetamine, Appetitzügler, Abführmittel und Schmerzmittel von Bedeutung. Bei den sogenannten Z-Drugs – Schlafmitteln, die kein Benzodiazepin enthalten – wird derzeit das Abhängigkeitspotenzial noch vielfach unterschätzt beziehungsweise verharmlost, obwohl mehrere Studien dies eindeutig belegen.

Beruhigungs- und Schlafmittel mit der Wirkstoffgruppe Benzodiazepin – die hier im Weiteren ausführlich behandelt werden – gibt es seit 1960 auf dem deutschen Arzneimittelmarkt. Trotz früher Warnungen vor Abhängigkeitsentwicklung wurde ein entsprechender Warnhinweis erst 1984 in die „Rote Liste“ aufgenommen.

Breite Wirkung nutzt vielen Patienten

Das Wirkspektrum von Benzodiazepin erlaubt es, ohne weitere (differential-)diagnostische Überlegungen, fast alle psychiatrischen Krankheitsbilder zunächst rasch zu mildern oder für eine gewisse Zeit gänzlich zu unterdrücken. Eine mittelfristig besser wirksame Therapie, welche die Ursache der Erkrankung behandelt, bekommt der Patient damit jedoch nicht. Die anfänglich gute Verträglichkeit, das weite Wirkspektrum – angstlösend, entspannend, beruhigend, schlaffördernd, krampflösend –, die große therapeutische Breite sowie die gute Kombinierbarkeit mit einer Vielzahl anderer Wirkstoffe, erklären die Beliebtheit und den häufigen Einsatz.

Ein Drittel der Benzodiazepinverordnungen in Deutschland geht an Menschen unter 50 Jahren, ein Drittel an 50- bis 70-Jährige und ein Drittel an über 70-Jährige, wobei die verordneten Dosen für die älteren Langzeitkonsumenten überwiegend höher liegen. Die häufigsten Symptome, mit denen die Betroffenen zum Arzt kommen, sind Schlafstörungen, Unruhe, Anspannung, Angst und Panikattacken. Problematisch ist dabei, dass in einem Drittel aller Behandlungen die empfohlene Verordnungsdauer von vier bis acht

Wochen überschritten wird, obwohl sich für die meisten Wirkungen Toleranzeffekte einstellen (eindeutig nachgewiesen für sedierende, hypnotische und psychomotorische Effekte).

Die problematische Dauerverordnung von Benzodiazepinen erfolgt in über 80 Prozent der Fälle durch nur einen Arzt, der somit das Gefährdungspotenzial erkennen kann. Bei den über 70-Jährigen hatten Untersuchungen zufolge etwa 25 Prozent einen problematischen Dauerkonsum, bei den unter 50-Jährigen sind es zehn Prozent. Letzteren wird allerdings eine wesentlich höhere Dosis verordnet.

Frauen greifen allgemein häufiger zu Medikamenten als Männer (Verhältnis 70 zu 30 Prozent), jedoch sind die Anteile einer problematischen Dauerverordnung innerhalb der Geschlechter- und Altersgruppen ähnlich verteilt.

Suchtentwicklung im „Drei-Phasen-Modell“

Rüdiger Holzbach, Chefarzt der Suchtmedizinischen Abteilung Lippstadt und Warstein, unterteilt die Entwicklung von Abhängigkeit in seinem Modell in drei Phasen:

Phase I – Wirkumkehr: In der ersten Phase treten durch die abnehmende Wirksamkeit bei gleicher Dosis sogenannte relative Entzugserscheinungen auf. Dies sind häufig Schlafstörungen, Dünnhäutigkeit und affektive Labilität – bedingt durch Gegenregulationsmechanismen des Körpers. Dieser Prozess wird als Wirkumkehr bezeichnet. Er ähnelt den Symptomen des eigentlichen Einnahmegrundes und führt zur Fortsetzung der Einnahme.

Phase II – Apathie: Hier treten Stimmungslabilität, Einbußen im Bereich von Gedächtnis und Kognition sowie körperliche Erschöpfung auf. Diese Symptomatik ist unspezifisch, da sie bei vielen psychiatrischen Krankheitsbildern auftritt. Erst nach dem Entzug kann eindeutig geklärt werden, ob es Suchtsymptome oder die einer anderen zugrunde liegenden Erkrankung waren.

Phase III – Sucht: Hauptkennzeichen der eigentlichen Suchtphase ist der Kontrollverlust. Hier reichen die üblichen Beschaffungsquellen nicht mehr aus. Der Suchtmittelbedarf muss durch mehrere Quellen gedeckt werden. Ne-

ben der ärztlichen Verschreibung werden die benötigten Mittel häufig auch auf illegalem Wege beschafft.

Niedrigdosisabhängigkeit

Die meisten Betroffenen befinden sich in den Phasen I und II, was international vergleichbar dem Begriff der Niedrigdosisabhängigkeit ist (Tagesdosis nicht höher als 20 mg Diazepam-Äquivalenzdosis). Da sich diese Gruppe der Betroffenen selbst nicht als abhängig sieht und die Medikation immerhin ärztlich verordnet wird, muss das erste Ziel sein, sowohl dem Arzt als auch den

„Der Arzt ist verpflichtet, über das Abhängigkeitspotenzial aufzuklären.“

Betroffenen dieses Problem bewusst zu machen. Hierbei reicht es sicherlich nicht, wenn der Arzt das Problem sieht und deshalb aus Haftungs- und Regressgründen den Weg der Verordnung über Privatrezept bei Kassenpatienten wählt.

Sowohl für Betroffene als auch Ärzte kann, um ein gemeinsames Krankheitskonzept zu entwickeln, der Lippstädter Benzo-Check empfohlen werden. Dieser kann im Internet heruntergeladen werden und erleichtert die Identifizierung von Phase I- und Phase II-Betroffenen. Sollten sich negative Folgen eines Langzeitgebrauchs oder Abhängigkeit erkennen lassen, können aus fachärztlicher Sicht nur der Entzug oder das Ausschleichen der Medikation empfohlen werden.

Bei Betroffenen im Niedrigdosisbereich kann zunächst der Ausschleivversuch unter ambulanten Bedingungen erfolgen. Bewährt hat sich im ambulanten und stationären Bereich die Umstellung der Betroffenen auf mittellang wirksame Benzodiazepine (Oxazepam, Clonazepam) mit einer Äquivalenzdosis des zuletzt verordneten Präparates. Die Vorteile liegen in der besseren Steuerbarkeit durch eine geringere Anhäufung der Arzneimittel im Organismus, weniger Schwankungen im Serumspiegel der PatientInnen und der technisch guten Teilbarkeit der Einzel-

Neuerscheinung im Mabuse-Verlag



E. Stechl, C. Knüvener, G. Lämmle,
E. Steinhagen-Thiessen, G. Brasse
Praxishandbuch Demenz
Erkennen – Verstehen – Behandeln
Mit einem Vorwort von Prof. Konrad
Beyreuther

356S., zahlreiche Tabellen und Abb.
Format 17 cm × 24 cm, 36 Euro
ISBN 978-3-86321-038-0

Im Zentrum des Praxishandbuchs steht
die Lebensqualität von Menschen mit
Demenz. Die Themen umfassen u. a.:

- Krankheitserleben,
- Krankheitseinsicht in den
verschiedenen Stadien,
- Aufklärung,
- Schmerzwahrnehmung,
- künstliche Ernährung und
- palliative Versorgung am Lebensende.

Die Autorinnen und Autoren verknüpfen
jahrelange Praxiserfahrung und neueste
wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem
medizinischen, neurologischen, geriatri-
schen, pflegerischen und neuropsycholo-
gischen Bereich.

Eine solide Basis für die tägliche Arbeit,
mit einem inspirierend ganzheitlichen
Ansatz.

*„Endlich: Dieses Praxishandbuch ver-
knüpft die subjektive Sicht Demenzbe-
troffener mit der leitliniengerechten
Diagnostik und Therapie. So, dass nicht
nur Ärzte etwas damit anfangen können.“*

Prof. Sabine Bartholomeyczik

*„Ein Buch, auf das ich seit nahezu
30 Jahren gewartet habe ... Es ist dem
Praktiker auf den Leib geschrieben.“*

Prof. Konrad Beyreuther

Mabuse-Verlag GmbH
Kasseler Str. 1 a · 60486 Frankfurt
Tel. 069-70 79 96-13 · Fax 069-70 41 52
info@mabuse-verlag.de
www.mabuse-verlag.de



dosen, was ein schonendes Herabdosie-
ren erleichtert.

Für den stationären Bereich ist Oxa-
zepam zu empfehlen, was je nach Aus-
gangsdosis innerhalb von ein bis vier
Wochen ausgeschlichen wird. Etwa ein-
e Woche nach der letzten Gabe ist kein
Nachweis im Urin mehr zu erwarten.
Wenn nicht eine ursächlich psychiatri-
sche Störung die Behandlung verlän-
gert, ist der Entzug meist nach drei bis
vier Wochen abgeschlossen.

Im ambulanten Bereich wurden sehr
positive Erfahrungen mit Clonazepam
gemacht. Das Mittel hat den zusätzli-
chen Vorteil, in Tropfenform zur Verfü-
gung zu stehen und kann so fein dosiert
„heruntergetropft“ werden. Für den
ambulanten Entzug werden Behand-
lungszeiten von drei Wochen bis längs-
tens vier Monaten angegeben. Grund-
sätzlich ist ein schrittweises Ausschlei-
chen notwendig. Es empfiehlt sich,
mindestens zweimal täglich das Medi-
kament zu geben, um Schwankungen
im Serumspiegel und damit auftretende
Entzugssymptome zu verhindern.

Besonders wichtig ist, dass die Be-
troffenen im Vorfeld über mögliche Ent-
zugssymptome informiert werden, um
von diesen nicht überrascht zu werden,
was sonst zum Abbruch der Therapie
und einem nachhaltigen Vertrauensver-
lust führen könnte.

Bei Phase I-Betroffenen treten keine
nennenswerten Entzugssymptome auf.
Durch das Ausbleiben der relativen Ent-
zugserscheinungen (Schlaflosigkeit,
Dünnhäutigkeit) zeigt sich eine tenden-
zielle Besserung. Hier dürfte die Be-
handlung ambulant unkompliziert ver-
laufen. Bei Phase II-Betroffenen sind
Schlafstörungen zu erwarten, was im
Vorfeld des Entzuges eine schlafhygi-
enische Beratung notwendig macht. Ein
stationärer Entzug ist zu empfehlen,
wenn zusätzlich eine psychische Stö-
rung vorliegt, ambulante Entzugsversu-
che scheitern und prinzipiell für alle Be-
troffenen der Phase III.

Dauerverordnung vermeiden

Um eine Abhängigkeitsentwicklung zu
verhindern, sollten bei der Verordnung
von Benzodiazepinen verschiedene
Faktoren berücksichtigt werden. Die
Verordnung von Suchtmitteln, welcher
Art auch immer, sollte bei schon be-
kannter Abhängigkeit nur unter

strengster Indikationsstellung erfolgen,
da die Abhängigkeitsentwicklung in
diesen Fällen wesentlich rasanter ver-
läuft und auch eine Suchtverlagerung
auf das neu verordnete Medikament
möglich ist (besonders von Alkohol auf
Benzodiazepine).

Liegt eine akut entgleiste psychische
Erkrankung vor, ist eine Dauerverord-
nung von Benzodiazepin auf jeden Fall
zu vermeiden. Ist die Verordnung trotz-
dem dringend notwendig, etwa bei aku-
ter Suizidalität oder einer schweren Pa-
nik-/Angstattacke, muss die Behand-
lung in einen Gesamtbehandlungsplan
eingebettet werden: Man sollte den Pa-
tienten auf ein anderes Psychopharma-
kon einstellen, das kein Suchtpotenzial
hat und für die zugrunde liegende Stö-
rung zugelassen ist. Sowohl im ambu-
lantem, als auch im stationären Bereich,
sollte den Patienten deutlich gemacht
werden, dass es um eine Kriseninter-
vention mit zeitlicher Begrenzung geht.
Ist ein Patient ohne Verordnung von
Benzodiazepinen nicht zu stabilisieren
sein, oder die geplante Reduktion geht
erneut mit einer Zunahme der ursächli-
chen Symptomatik einher, muss zu-
nächst die Ursache der Störung identi-
fiziert werden.

Da häufig psychiatrische Grundstö-
rungen hinter den Symptomen stehen
und die notwendige Diagnostik vom
Hausarzt nicht geleistet werden kann,
sollte vor der Verordnung riskanter Mit-
tel eine psychiatrisch-psychotherapeu-
tischen Diagnostik durch einen Fach-
arzt erfolgen. Für die meisten psychi-
atrischen Erkrankungen gilt, dass die
Kombination von Psychopharmaka und
spezifischer Psychotherapie der Mono-
therapie überlegen ist. Nur so kann die
der Sucht zugrunde liegende Erkrankung
ursächlich therapiert werden. ■

Jeder Mensch hat seine „Droge“ – welche ist Ihre?

„Englisches Weingummi und holländisches
Lakritz.“



Frank Konert

geb. 1964, ist Oberarzt
der Abteilung Sucht-
medizin der LWL-
Klinik Lippstadt.

frank.konert@
wkp-lwl.org