



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 Privat Rezept 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 Ausschleiversuch 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, geriatrischen, pflegerischen und neuropsychologischen Bereich.

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

*„Endlich: Dieses Praxishandbuch verknüpft die subjektive Sicht Demenzbetroffener 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 Herabdosieren erleichtert.

Für den stationären Bereich ist Oxazepam zu empfehlen, was je nach Ausgangsdosis innerhalb von ein bis vier Wochen ausgeschlichen wird. Etwa eine Woche nach der letzten Gabe ist kein Nachweis im Urin mehr zu erwarten. Wenn nicht eine ursächlich psychiatrische Störung die Behandlung verlängert, ist der Entzug meist nach drei bis vier Wochen abgeschlossen.

Im ambulanten Bereich wurden sehr positive Erfahrungen mit Clonazepam gemacht. Das Mittel hat den zusätzlichen Vorteil, in Tropfenform zur Verfügung zu stehen und kann so fein dosiert „heruntergetropft“ werden. Für den ambulanten Entzug werden Behandlungszeiten von drei Wochen bis längstens vier Monaten angegeben. Grundsätzlich ist ein schrittweises Ausschleichen notwendig. Es empfiehlt sich, mindestens zweimal täglich das Medikament zu geben, um Schwankungen im Serumspiegel und damit auftretende Entzugssymptome zu verhindern.

Besonders wichtig ist, dass die Betroffenen im Vorfeld über mögliche Entzugssymptome informiert werden, um von diesen nicht überrascht zu werden, was sonst zum Abbruch der Therapie und einem nachhaltigen Vertrauensverlust führen könnte.

Bei Phase I-Betroffenen treten keine nennenswerten Entzugssymptome auf. Durch das Ausbleiben der relativen Entzugssymptome (Schlaflosigkeit, Dünnhäutigkeit) zeigt sich eine tendenzielle Besserung. Hier dürfte die Behandlung ambulant unkompliziert verlaufen. Bei Phase II-Betroffenen sind Schlafstörungen zu erwarten, was im Vorfeld des Entzuges eine schlafhygienische Beratung notwendig macht. Ein stationärer Entzug ist zu empfehlen, wenn zusätzlich eine psychische Störung vorliegt, ambulante Entzugsversuche scheitern und prinzipiell für alle Betroffenen 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 bekannter Abhängigkeit nur unter

strengster Indikationsstellung erfolgen, da die Abhängigkeitsentwicklung in diesen Fällen wesentlich rasanter verläuft 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 Dauerverordnung von Benzodiazepin auf jeden Fall zu vermeiden. Ist die Verordnung trotzdem dringend notwendig, etwa bei akuter Suizidalität oder einer schweren Panik-/Angstattacke, muss die Behandlung in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet werden: Man sollte den Patienten auf ein anderes Psychopharmakon einstellen, das kein Suchtpotenzial hat und für die zugrunde liegende Störung zugelassen ist. Sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich, sollte den Patienten deutlich gemacht werden, dass es um eine Krisenintervention mit zeitlicher Begrenzung geht. Ist ein Patient ohne Verordnung von Benzodiazepinen nicht zu stabilisieren, oder die geplante Reduktion geht erneut mit einer Zunahme der ursächlichen Symptomatik einher, muss zunächst die Ursache der Störung identifiziert werden.

Da häufig psychiatrische Grundstörungen hinter den Symptomen stehen und die notwendige Diagnostik vom Hausarzt nicht geleistet werden kann, sollte vor der Verordnung riskanter Mittel eine psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik durch einen Facharzt erfolgen. Für die meisten psychiatrischen Erkrankungen gilt, dass die Kombination von Psychopharmaka und spezifischer Psychotherapie der Monotherapie 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 Suchtmedizin der LWL-Klinik Lippstadt.

frank.konert@wkp-lwl.org