

Medikamentenabhängigkeit

Sucht auf Rezept

Prof. Dr. med. Tom Bschor

t@bschor.de



**Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus**

DIE DRESDNER.

Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und
Psychotherapie

Psychiatrie
für Psychiatrie und
Psychotherapie



ARZNEIMITTELKOMMISSION
DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT

**Angaben über Beziehungen
zur Industrie**

***Disclosure
Information***

keine finanziellen Beziehungen zu pharmazeutischen
Industrieunternehmen

Arzneimittelmarkt BRD (2019)

1,5 Mrd. Packungen, davon 50 % rezeptpflichtig

≈ 19 Packungen/Kopf (≈ 1.100 Dosierungseinheiten/Kopf)

| | |
|--|---------------|
| Gesamtausgaben für Arzneimittel | 58,8 Mrd. € |
| (zum Vergleich: Bundeshaushalt 2017 | 356,4 Mrd. €) |
| Gesamtumsatz pharmazeutische Industrie | 35,2 Mrd. € |
| GKV | 46 Mrd. € |

geschätzt ca. 1,5-1,9 Mio Medikamentenabhängige in Dtlnd.,
insb. Benzodiazepine und Z-Substanzen
(die Benzodiazepin-Verordnungsmenge genügt, um ca. 1,1
Mio. Abhängige zu versorgen)

4-5 % der häufig verordneten Arzneimittel haben ein
eigenständiges Abhängigkeitspotenzial

Medikamente mit Suchtpotenzial

| Medikamentengruppe | Natürlicher Neurotransmitter |
|---|-------------------------------------|
| Benzodiazepine (Tranquilizer) Z-Substanzen Barbiturate GHB Clomethiazol (Distraneurin®) | GABA |
| Opiate | Endorphine |
| Stimulantien | Dopamin |
| Cannabinoide | Endocannabinoide |

ICD-10 (WHO), F10-F19:

Störungen durch psychotrope Substanzen; *F1x.2 = Abhängigkeitssyndrom*

F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch **Opiode**

F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch **Cannabinoide**

F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch **Sedativa oder Hypnotika**

F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

F15.- Psychische und Vst. durch andere **Stimulanzien, einschließlich Koffein**

F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene

F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel

F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

F55.- Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen

F55.0 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden **Antidepressiva**

F55.1 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden **Laxanzien**

F55.2 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden **Analgetika**

F55.3 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden **Antazida**

F55.4 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden **Vitaminen**

F55.5 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserz. **Steroiden und Hormonen**

F55.6 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeits. Pflanzen und **Naturheilmitteln**

F55.8 Schädlicher Gebrauch von **sonstigen** nichtabhängigkeitserz. Substanzen

Abhängigkeit (Sucht)

Abhängigkeitskriterien:

- Unfähigkeit zur Abstinenz, Zwang zum Konsumieren*
- Kontrollverlust*
- Einnahme um der Wirkung willen
- Dosissteigerung und Toleranzentwicklung *
- Entzugssymptome *
- heimliches Konsumieren
- Einengung der Interessen auf den Suchstoff *
- fortgesetzter Konsum trotz erkennbarer Folgeschäden*

* gemäß ICD-10

Risikopatienten für Medikamentenabhängigkeit

- ♦ Patienten mit Klagen über Überforderung, Schlafstörungen, Erschöpfung, Unruhe und Nervosität, Ängsten, Konzentrationsstörungen, Schwindel, Herzrasen, Grübeln und anderen unspezifischen körperlichen Beschwerden
- ♦ Patienten mit weiteren Suchterkrankungen in der Anamnese (inkl. Nikotin!) (erfragen!)
- ♦ Patienten mit psychiatrischer Komorbidität (insbesondere Depressionen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen)
- ♦ Angehörige medizinischer Berufe
- ♦ ältere Patienten
- ♦ Frauen (2/3 der Benzodiazepinabhängigen sind weiblich)

Medikamente mit Suchtpotenzial

| Medikamentengruppe | Natürlicher Neurotransmitter |
|---|------------------------------|
| Benzodiazepine (Tranquilizer) Z-Substanzen Barbiturate GHB Clomethiazol (Distraneurin®) | GABA |
| Opiate | Endorphine |
| Stimulantien | Dopamin |
| Cannabinoide | Endocannabinoide |

Benzodiazepine (Auswahl)

1. Alprazolam
2. Bromazepam
3. Brotiozolam
4. Camazepam
5. Chlorazepat
6. Chlordiazepoxid
7. Clobazepam
8. Clonazepam
9. Clotiazepam
10. Diazepam
11. Estazolam
12. Flurazepam
13. Flunitrazepam
14. Fosazepam
15. Halazepam
16. Ketazolam
17. Loprazolam
18. Lorazepam
19. Lormetazepam
20. Medazepam
21. Midazolam
22. Nitrazepam
23. Oxazepam
24. Oxazolam
25. Phenazepam
26. Prazepam
27. Temazepam
28. Tetrazepam
29. Triazolam

| Einteilung | Wirkstoff | Handelsname (Beispiel) | | |
|---|---------------|------------------------|------------|-----------|
| Benzodiazepine kurz wirksam | Triazolam | Halcion | Midazolam | |
| | Brotizolam | Lendormin | | |
| Benzodiazepine mittellang wirksam | Temazepam | Planum | Alprazolam | Tafil |
| | Lorazolam | Sonin | Lorazepam | Tavor |
| | Lormetazepam | Noctamid | Oxazepam | Adumbran |
| | Flunitrazepam | Rohypnol | | |
| | Oxazepam | Adumbran | | |
| Benzodiazepine lang wirksam | Nitrazepam | Imeson | Bromazepam | Lexotanil |
| | Flurazepam | Dalmadorm | Diazepam | Valium |
| Benzodiazepin-Rezeptor- agonisten, Benzodiazepinanaloga (Z-Substanzen) | Zaleplon | Sonata | | |
| | Zolpidem | Stilnox | | |
| | Zopiclon | Ximovan | | |

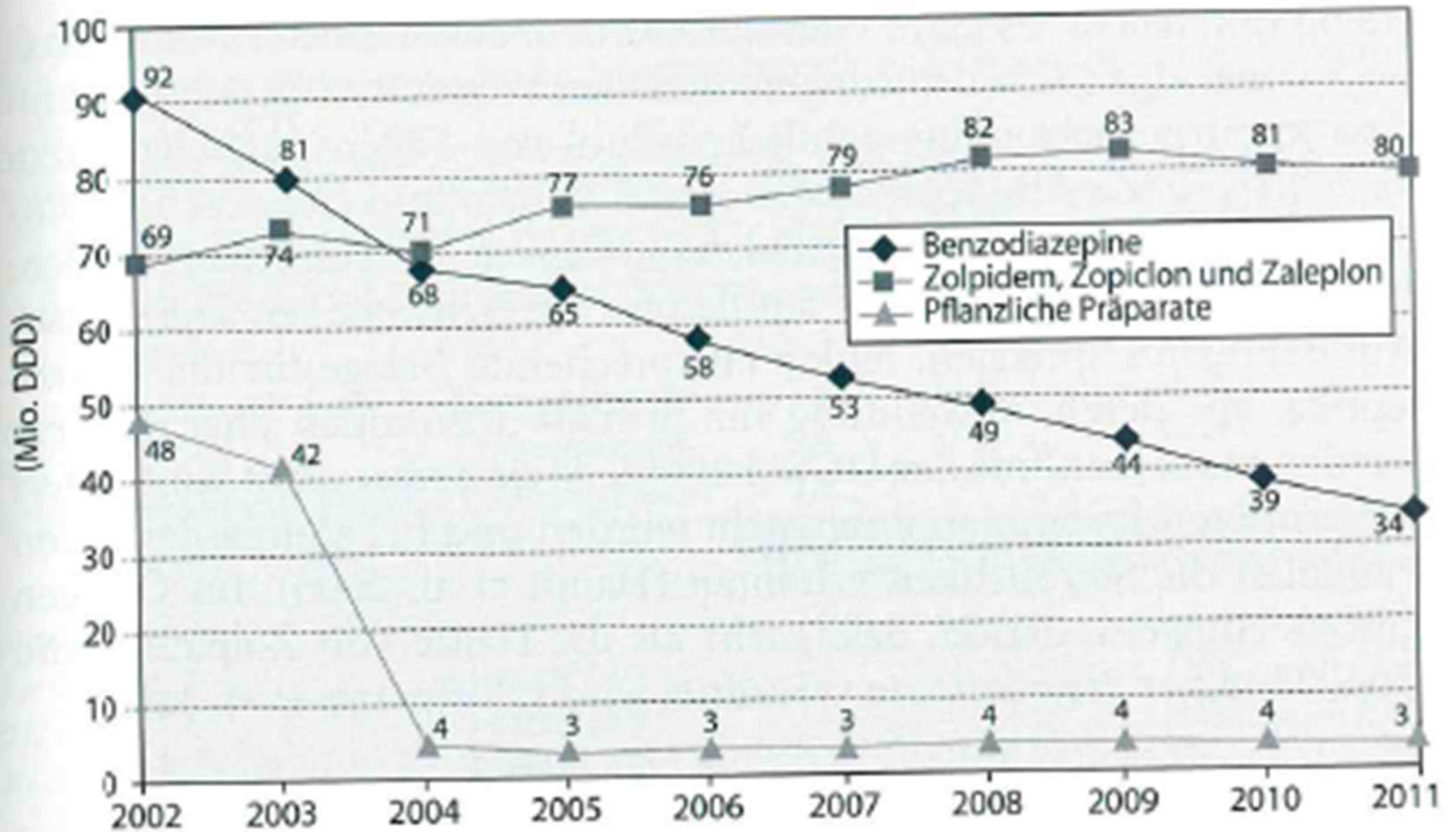
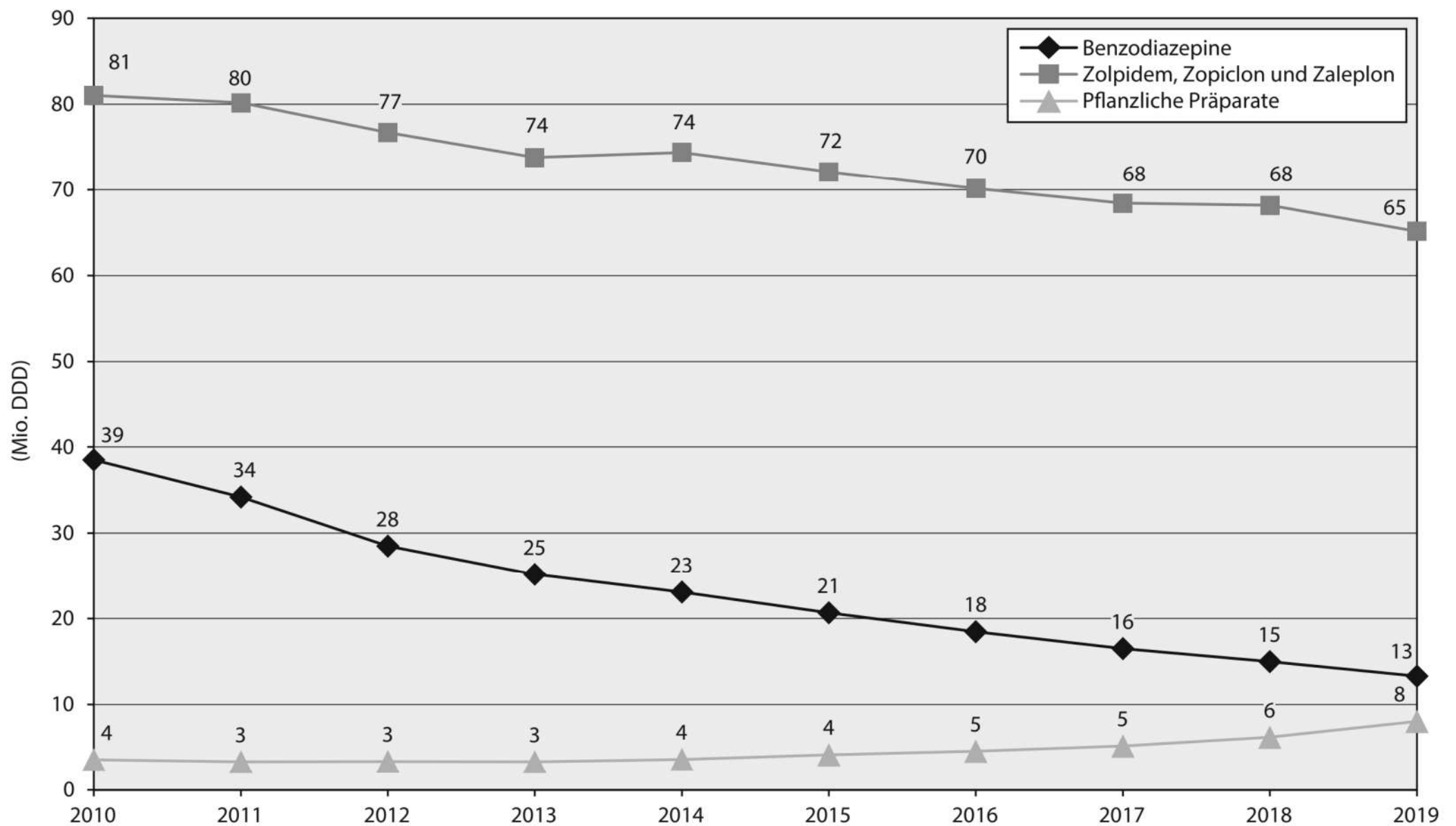
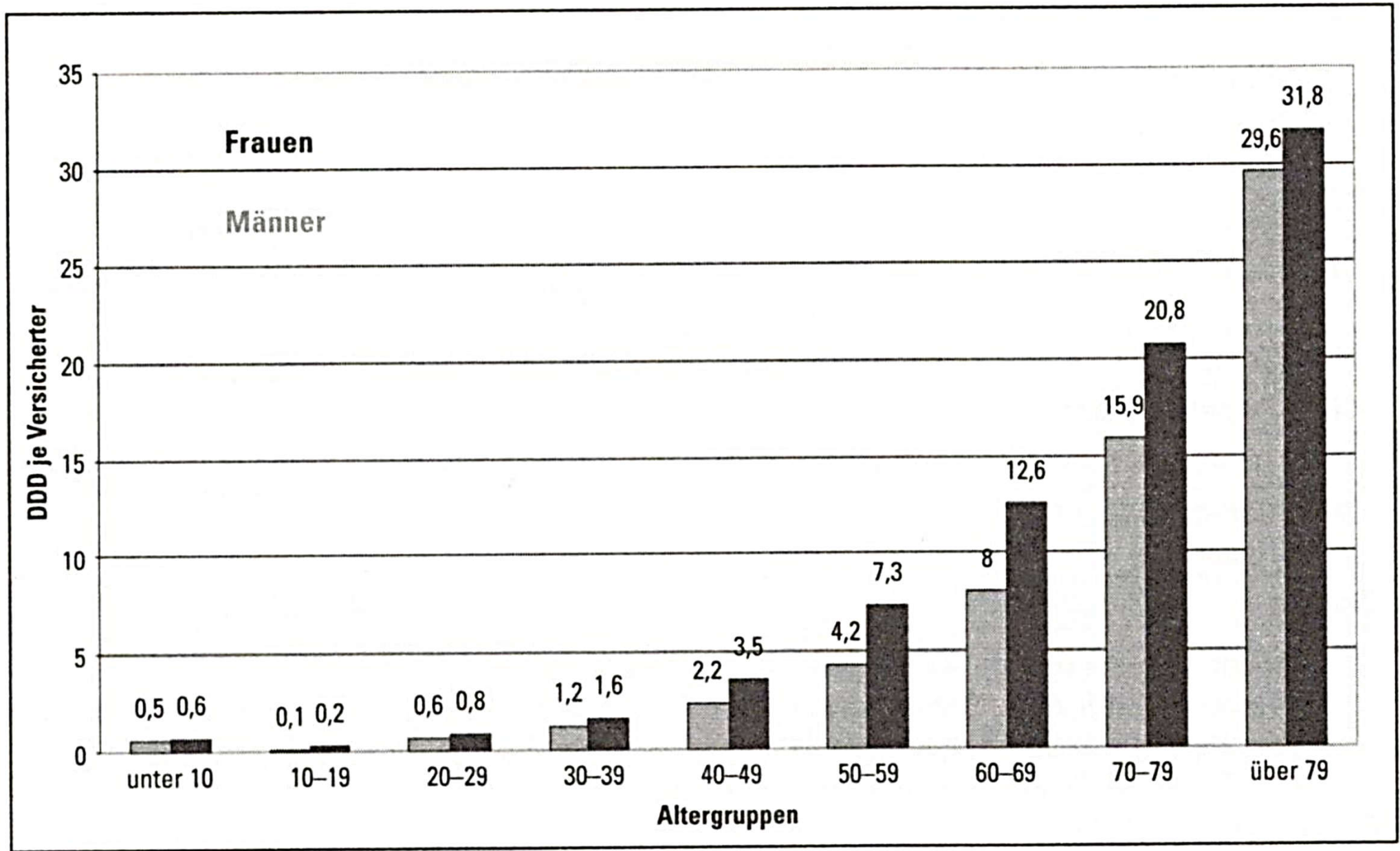


Abbildung 28.1: Verordnungen von Hypnotika und Sedativa 2002 bis 2011. Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen



■ **Abb. 27.1** Verordnungen von Hypnotika und Sedativa 2010 bis 2019. Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen

Abb. 1: Alters- und Geschlechtsverteilung bei verordneten Benzodiazepin-haltigen Tranquilizern (s. Tab. 7) und Hypnotika vom Typ der Z-Drugs (Zolpidem und Zopiclon) (s. Tab. 6)



Quelle: Glaeske, 2019

Benzodiazepin(analoga) bei älteren Patienten



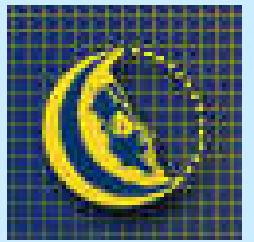
verlangsamte kognitive
Funktionen

erhöhtes
Demenzrisiko (!)

verminderte Bewegung,
weniger Sport

erhöhte Sturzneigung

Benzodiazepin-Hypnotika: Alternativen



- Grundproblem erkennen und behandeln
- Schlafhygiene



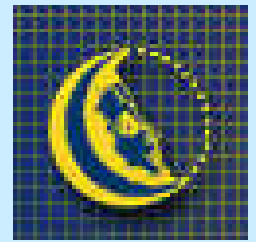
Regeln einer guten Schlafgewohnheit -1-

1. Legen Sie sich nur dann schlafen, wenn Sie wirklich schläfrig sind und sich bereit für den Schlaf fühlen.
2. Stehen Sie jeden Morgen um die gleiche Zeit auf – unabhängig davon, wie viel Schlaf Sie in der Nacht erhalten haben oder wie ausgeruht Sie sich fühlen.
3. Machen Sie tagsüber kein Nickerchen.
4. Trinken Sie spätestens zwei Stunden vor dem Schlafengehen keinen Alkohol mehr.
5. Trinken Sie später als sechs Stunden vor dem Schlafengehen kein Koffein mehr (Kaffee, Tee, Cola).
6. Falls Sie rauchen, versuchen Sie dies einige Stunden vor dem Schlafengehen zu unterlassen.
7. Strengen Sie unmittelbar vor dem Schlafengehen Ihren Körper nicht mehr in besonderem Ausmaß an.

Regeln einer guten Schlafgewohnheit -2-

8. Schaffen Sie sich eine Schlafumgebung, die Ihren Schlaf fördert.
9. Sind Sie es gewohnt, nehmen Sie vor dem Schlafengehen einen kleinen Imbiss zu sich, um späteren Hunger vorzubeugen.
10. Benutzen Sie Ihr Schlafzimmer und Ihr Bett ausschließlich für Aktivitäten, die mit Schlafen zu tun haben (einzige Ausnahme von der Regel sind sexuelle Aktivitäten).
11. Richten Sie sich einen regelmäßigen Zubettgeh-Ritus ein, der die Nähe der baldigen Bettzeit ankündigt.
12. Wenn Sie ins Bett gehen, schalten Sie das Licht mit der Absicht aus, einzuschlafen. Wenn Sie feststellen, dass Sie nicht innerhalb einer kurzen Zeit einschlafen können, stehen Sie auf und gehen in einen anderen Raum. Bleiben Sie solange auf, bis Sie sich müde fühlen, und kehren Sie erst dann ins Schlafzimmer zurück.
13. Falls Sie immer noch nicht eingeschlafen sind, oder in der Nacht aufwachen und wachliegen, wiederholen Sie den vorherigen Schritt.
14. Sehen Sie nachts nicht auf die Uhr. Stellen Sie z. B. den Wecker unter das Bett.

Benzodiazepin-Hypnotika: Alternativen



- Grundproblem erkennen und behandeln
- Schlafhygiene
- Schlaf-CD / -Audiodatei
- sedierende Antidepressiva
(z. B. *Trimipramin, Mirtazapin*)
- niedrigpotente Neuroleptika (z. B. *Promethazin, Levomepromazin, Melperon, Pipamperon, Chlorprothixen*)
- pflanzliche Sedativa



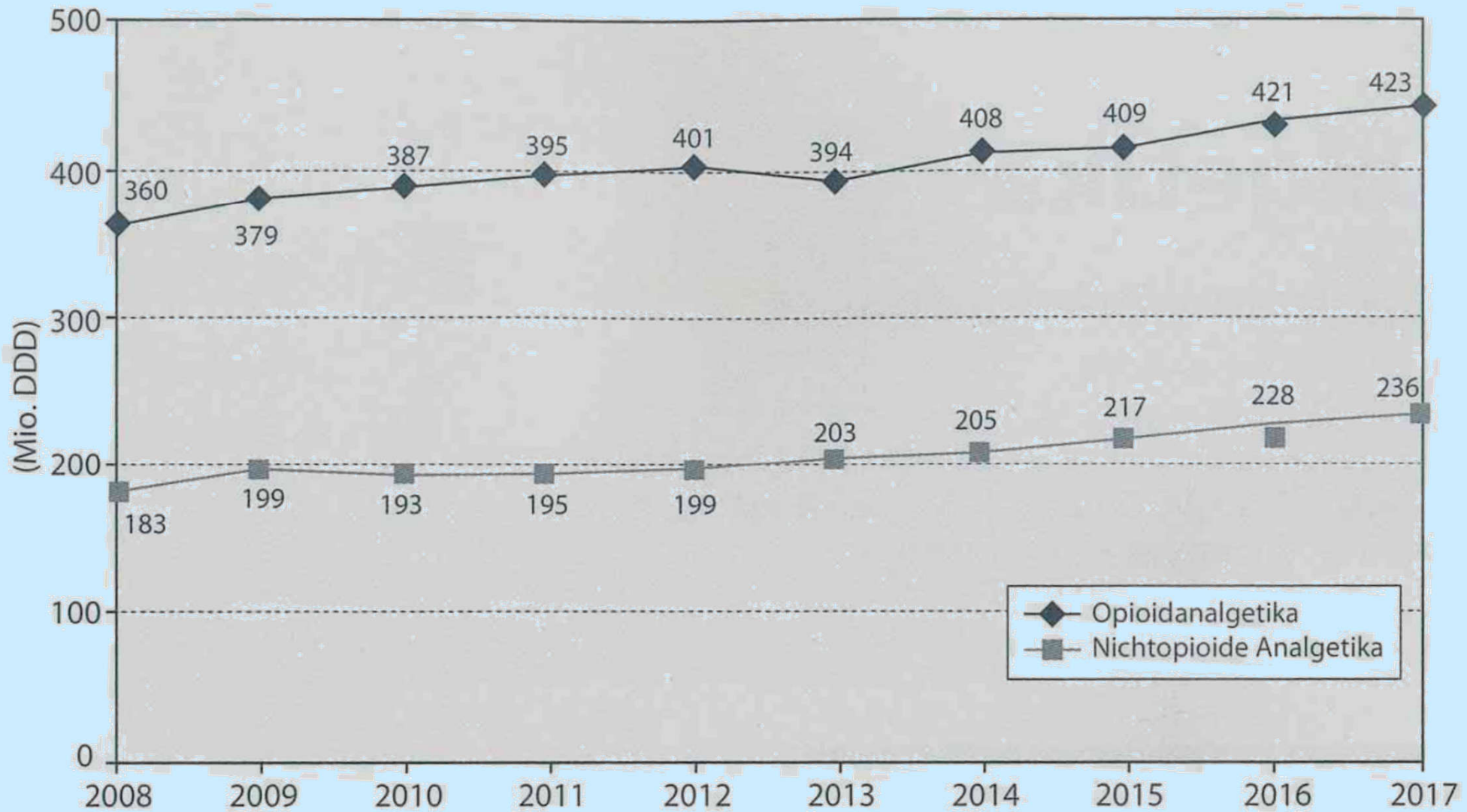
Benzodiazepin-Verordnung

- nur bei akuter Belastung für 8-14 (28) Tage
- Behandlungsziel definieren und überprüfen
- mittellang wirksame als Hypnotika
- *Der Arzt* bestimmt Präparat, Dosis, Dauer, Uhrzeit
- besser feste Verordnung als „bei Bedarf“
- Aufklärung über Abhängigkeitsgefahr
- nicht bei Pat. mit Abhängigkeitserkrankungen in der Vorgeschichte (nachfragen!)
- genaue Dokumentation der Verordnungsmengen
- rechtzeitig vor Krankenhaus-Entlassung absetzen

Medikamente mit Suchtpotenzial

| Medikamentengruppe | Natürlicher Neurotransmitter |
|--|------------------------------|
| Benzodiazepine Z-Substanzen Barbiturate GHB Clomethiazol (Distraneurin®) | GABA |
| Opiate | Endorphine |
| Stimulantien | Dopamin |
| Cannabinoide | Endocannabinoide |

- z. B.*
- Tramadol
 - Tilidin
 - Morphin/
Morphin
 - Oxycodon
 - Fentanyl
 - Buprenorphin



9.1 Verordnungen von Analgetika 2008 bis 2017. Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen.



Nervenarzt 2008 · 79:607–611
DOI 10.1007/s00115-008-2454-x
Online publiziert: 9. April 2008
© Springer Medizin Verlag 2008

J. Stretzer¹ · M. Linden²

¹ Dept. of Psychiatry, University of Hawaii, Honolulu

² Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Charité –
Universitätsmedizin Berlin und Rehabilitationszentrum Seehof, Teltow, Berlin

Erhöhte Schmerzempfindlichkeit unter Dauerbehandlung mit Opiaten

Regeln zur Opiatverordnung

- ungeeignet für chronische Schmerzen, außer in Palliativbehandlung
- kontraindiziert bei Schmerzen unklarer Ätiologie
- kontraindiziert bei somatoformen Schmerzen und Fibromyalgie
- cave Verharmlosung von Tramadol, Tilidin, Opiatpflaster
- Schmerzen trotz Opiaten? Cave Dosiserhöhung und Wechsel auf höher potente Präparate (Ausnahme: Palliativsituation)
- Maßnahme der ersten Wahl bei chronischem Gebrauch (und dennoch Schmerzen): konsequenter, schrittweiser Opiatentzug: Abstinenz ist schmerzlindernd (!)
- Entzug oft nur stationär sinnvoll

Medikamente mit Suchtpotenzial

| Medikamentengruppe | Natürlicher Neurotransmitter |
|---|------------------------------|
| Benzodiazepine (Tranquilizer) Z-Substanzen Barbiturate GHB Clomethiazol (Distraneurin®) | GABA |
| Opiate | Endorphine |
| Stimulantien | Dopamin |
| Cannabinoide | Endocannabinoide |

Medikamente mit Suchtpotenzial

| Medikamentengruppe | Natürlicher Neurotransmitter |
|---|------------------------------|
| Benzodiazepine (Tranquilizer) Z-Substanzen Barbiturate GHB Clomethiazol (Distraneurin®) | GABA |
| Opiate | Endorphine |
| Stimulantien | Dopamin |
| Cannabinoide | Endocannabinoide |

Denkbare Indikationen für medizinisches Cannabis

- Chronischer Schmerz
- Spasmen bei Multipler Sklerose (und Paraplegie)
- Epilepsien

- Angststörungen
- Schlafstörungen

- Depressionen
- Psychosen
- Demenz

- Chemotherapie induzierte Übelkeit und Erbrechen
- Appetitsteigerung bei HIV/AIDS

- Tourette-Syndrom
- ADHS

- Glaukom
- Darm-
erkrankungen



abschwellende Nasentropfen

(Xylometazolin oder Oxymetazolin)

- meistverkaufte rezeptfreie Med. in Dtld.
- geschätzt 100.000 Nasensprayabhängige in Dtld.
- max. 5-7 Tage anwenden



Folgen von Langzeitanwendung und Abhängigkeit

- Rebound-Phänomen: chron. verstopfte Nase
- Erstickungsängste
- häufigere und höher dosierte Anwendung
- Schleimhautatrophie, -risse, Borken, Nasenbluten
- erhöhte Anfälligkeit für Atemwegsinfektionen
- „Stinknase“ (*Klebsiella ozaenae*)

Maßnahmen

- Entwöhnung eines Nasenlochs
- schrittweise Dosisreduktion (Kinder- und Säuglingssprays)
- Meerwassersprays, Nasensalbe (Dexpanthenol)

Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial:

Regeln zur Prävention einer Abhängigkeit

- Verordnung stets als Teil eines Gesamtbehandlungsplanes
- Keine Verordnung bei Abhängigkeitserkrankungen in der Anamnese. Suchtanamnese exakt erheben. (Ausnahme: final erkrankte Patienten)
- Behandlungsziel gemeinsam mit Pat. exakt definieren und nach vereinbarter Zeit überprüfen. Fortbestehen der Beschwerden kann nicht nur Argument für Dosiserhöhung, sondern auch für Beendigung des Behandlungsversuches sein.
- *Der Arzt* bestimmt Präparat, Dosis, Dauer und Zeitpunkt der Einnahme. Feste Anordnungen besser als „bei Bedarf“
- Aufklärung des Patienten über Abhängigkeitsgefahr
- Genaue Dokumentation der Verordnungsmengen, Rezept immer persönlich aushändigen
- kleinste Packungseinheit
- Patient anweisen, das Medikament keinesfalls an Dritte weiterzugeben
- Verordnung für so kurzen Zeitraum wie möglich, i. d. R. 8-14 (28) Tage
- Äußerste Vorsicht, wenn der Patient (wiederholt) das Rezept „verloren“ hat
- Einbindung des Praxisteam