

Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln

Manual zum Leitfaden
für Ärztinnen und Ärzte



Vorbemerkung

Das Manual richtet sich an Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlichen Praxis, in der klinischen Versorgung sowie in Facharztpraxen. Das Manual behandelt Kurzintervention bei problematischem Medikamentenkonsum. Dieser ist in dem Manual begrenzt auf eine regelmäßige und oft medizinisch nicht indizierte Einnahme von Medikamenten, die ein Potenzial der Gewöhnung, des Missbrauchs und der Abhängigkeitsentwicklung aufweisen.

Am häufigsten bei den rezeptpflichtigen Mitteln tritt dies bei Benzodiazepinen und den benzodiazepinartig wirkenden „Z-Substanzen“, bei Opiaten bzw. Opioiden, auch in Kombination mit nichtopioiden Analgetika (z. B. Paracetamol) auf. Zu berücksichtigen ist auch,

dass die Wirkstoffe Codein und Dihydrocodein häufig als Husten- und nicht als Schmerzmittel verwendet werden. Gewöhnung und Missbrauch finden sich aber auch in der Selbstmedikation mit Schmerzmitteln, ob mit oder ohne Coffein, und mit Abführmitteln. Auch nicht rezeptpflichtige H1-Antihistaminika wie Diphenhydramin und Doxylamin, die in der Selbstmedikation als Schlafmittel eingenommen werden, haben ein mögliches Missbrauchspotenzial. Dies gilt auch für alkoholische Stärkungsmittel oder Grippeesäfte. Schwerpunkte dieses Manuals sind das Vorgehen bei einer Kurzintervention und die Gesprächsführung.

Die Erkenntnisse der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten therapeutischen Angaben (insbesondere hinsichtlich Indikation, Dosierung und unerwünschter Wirkungen) dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann von den Autoren jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Geschützte Warennamen sind nicht unbedingt kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

I. Screening	Seite 2 – 3	
II. Beratung	Seite 4 – 6	
III. Absetzen/Reduktion	Seite 7	
IV. Behandlung	Seite 8	
V. Dauer der Intervention	Seite 9	
VI. Allgemeine Hinweise zur Gesprächsführung	Seite 10 – 12	

Weitere Informationen zum Thema finden Sie in einem Leitfaden der Bundesärztekammer sowie in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN):

- Leitfaden der Bundesärztekammer zum Umgang mit Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial
www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.9147.9179.9184 [Zugriff: 15.03.2013]
- AWMF-Leitlinie Medikamentenabhängigkeit
www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-009_S2_Medikamentenabhaengigkeit_05-2006_05-2011.pdf [Zugriff: 15.03.2013]

I. Screening

Ein erster Hinweis auf einen problematischen Konsum und eine eventuelle Abhängigkeit ergibt sich aus einem regelmäßigen Konsum. Dieser ist der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt nicht immer bekannt.

In vielen Fällen sind hierfür eine Befragung der Patientin/des Patienten und ein ergänzendes Screening erforderlich, die schriftlich oder mündlich erfolgen können. Folgendes Vorgehen ist sinnvoll:



A Regelmäßiger und erhöhter Konsum

Wie oft haben Sie innerhalb der letzten drei Monate Medikamente aus der Gruppe der Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel genommen?

- gar nicht an bis zu 30 Tagen an bis zu 59 Tagen an 60 Tagen oder mehr

B Fragebogen Severity of Dependence Scale, SDS

1. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Ihr Medikamentenkonsum außer Kontrolle geraten ist?

- nie/fast nie (0 Pkt.) manchmal (1 Pkt.) oft (2 Pkt.) immer/fast immer (3 Pkt.)

2. Ängstigt oder beunruhigt Sie die Aussicht, Ihre nächste Medikamenteneinnahme auszulassen?

- nie/fast nie (0 Pkt.) manchmal (1 Pkt.) oft (2 Pkt.) immer/fast immer (3 Pkt.)

3. Machen Sie sich Sorgen über Ihren Medikamentenkonsum?

- nie/fast nie (0 Pkt.) manchmal (1 Pkt.) oft (2 Pkt.) immer/fast immer (3 Pkt.)

4. Würden Sie sich wünschen, einfach aufhören zu können?

- nie/fast nie (0 Pkt.) manchmal (1 Pkt.) oft (2 Pkt.) immer/fast immer (3 Pkt.)

5. Wie schwierig würden Sie es finden, mit Ihrem Medikamentenkonsum aufzuhören oder ohne Medikamente zu leben?

- nicht schwierig (0 Pkt.) etwas schwierig (1 Pkt.) sehr schwierig (2 Pkt.)
 unmöglich (3 Pkt.)

Gesamtzahl der Punkte aus 1 bis 5

C Prüfen, ob es sich um ein Medikament mit Abhängigkeitspotenzial handelt

- ja nein

Hinweis: Es kommt vor, dass Patientinnen oder Patienten die Angaben zum Konsum oder im Screening auf z. B. ihr Blutdruckpräparat beziehen.

Wenn **A** = „an 60 Tagen oder mehr“
und/oder

B 6 oder mehr Punkte aus den Antworten 1 – 5
und

C = ja,

ist eine Beratung sinnvoll!

Ziel der Beratung ist in der Regel das Absetzen oder die Reduktion des Medikaments.

Notwendig ist immer eine Abklärung der Vor- und Nachteile. In bestimmten Fällen (z. B. Opiate oder Opioide im Rahmen einer Krebserkrankung) ist Absetzen oder Reduzieren nicht sinnvoll. In vielen Fällen bestehen Alternativen zum Medikamentenkonsum (z. B. Psychotherapie). Insbesondere bei gut behandelbaren Störungen sollte das Absetzen immer angestrebt werden. Dazu gehören z. B. Angsterkrankungen und Schlafstörungen.

Die Reduktion kann ein Zwischenziel sein und ist im Sinne von Schadensbegrenzung auf jeden Fall sinnvoll. Der überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten verfügt über eine geringe Motivation zu reduzieren oder abzusetzen. Die Beratung dient dazu, die entsprechende Bereitschaft zu fördern.

Folgendes Vorgehen ist sinnvoll.

Erstens: Abklären und Erhöhen der Motivation

Bei fehlender Änderungsbereitschaft sind Vorschläge zum Absetzen oder Reduzieren wenig sinnvoll und führen eher zu Widerstand. Das Ziel besteht in

diesem Fall darin, die Auseinandersetzung mit dem Thema zu erhöhen.

Wichtigkeitsskala

Eine bewährte Methode ist der Einsatz folgender Skala:

„Wie wichtig ist es Ihnen auf einer Skala von 0 bis 10, das Medikament abzusetzen, wenn 0 gar nicht und 10 sehr wichtig ist?“

- Bei insgesamt geringer Bereitschaft zum Absetzen (Werte von 0 bis 5) alternativ die Bereitschaft zur Reduktion erheben:

„Wie wichtig ist es Ihnen auf einer Skala von 0 bis 10 Ihren Medikamentenkonsum zu reduzieren, wenn 0 gar nicht und 10 sehr wichtig ist?“

Die Skala kann effektiv zur Abklärung vorhandener Motivation und zu deren Erhöhung genutzt werden. Das erfolgt in drei Schritten:

- 1 Im ersten Schritt gilt es stets, die Angaben wertzuschätzen (auch bei geringen Werten). Beispiel: „Sie sind noch nicht ganz überzeugt, dass es für Sie sehr wichtig ist, haben sich aber schon ein paar Gedanken gemacht. Das ist gut.“
- 2 Die vorhandenen Bedenken werden durch die Frage erhoben: „Warum haben Sie x (z. B. die Fünf) gewählt und nicht y (die Drei)?“ Durch Nachfragen („Was hat noch dazu beigetra-

Wichtigkeitsskala/Zuversichtsskala

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = gar nicht wichtig/
gar nicht sicher

10 = sehr wichtig/
sehr sicher

gen, dass Sie x gewählt haben?“) werden weitere Beweggründe exploriert.

Fortsetzen, bis keine weiteren Aspekte genannt werden.

- 3 Mögliche Wege zu einer höheren Motivation werden erfragt durch: „Was müsste passieren, dass Sie von x (z. B. der Fünf) auf y (z. B. die Sieben) kommen?“ Durch Nachfragen („Was könnte noch dazu beigetragen, dass Sie y wählen?“) werden weitere Beweggründe exploriert. Fortsetzen, bis keine weiteren Aspekte genannt werden.

Vor- und Nachteile des Medikamentenkonsums

Als Alternative oder Ergänzung zur Wichtigkeitsskala bietet es sich an, angenehme und unangenehme Aspekte des Medikamentenkonsums zu explorieren.

Dabei können die Vorteile als Hindernisse der Verhaltensänderung angesehen werden und die Nachteile als mögliche Beweggründe zum Absetzen oder zur Reduktion. Das Vorgehen erfolgt in drei Schritten:

- 1 **Exploration der Vorteile:**
 - „Was sind einige der angenehmen Dinge, wenn Sie Medikamente nehmen?“
 - „Was gibt es noch, das Sie daran angenehm finden?“

Fortsetzen, bis keine weiteren Aspekte genannt werden.

Es ist sinnvoll, die Vorteile zusammenzufassen. Beispiel: „Es gefällt Ihnen an den Medikamenten, dass Sie sich damit entspannen können. Sie schätzen es, dass Sie dadurch gegenüber Problemen gleichgültiger werden; es ist dann alles weniger belastend. Das Medikament hilft Ihnen auch, besser einzuschlafen.“

2 Exploration der Nachteile

- „Was sind einige der weniger angenehmen Dinge am Medikamentenkonsum?“
- „Was gibt es noch, das Sie daran weniger angenehm finden?“ Fortsetzen, bis keine weiteren Aspekte genannt werden.

3 Vertiefen

Die Vorteile und die Nachteile sollten zusammengefasst gegenübergestellt werden.

Danach werden die negativen Aspekte mit einer Anschlussfrage vertieft:

- „Was von den weniger angenehmen Seiten des Medikamentenkonsums beschäftigt Sie am meisten?“

Weitere mögliche Vertiefungsfragen:

- „Was bedeutet das für Sie?“
- „Wie sehr fühlen Sie sich dadurch belastet?“
- „Was gehört dazu, wenn Sie es näher beschreiben?“
- „Was ist damit noch verbunden?“

Zweitens:

Abklären und Erhöhen der Zuversicht

Neben der Motivation ist weiterhin die Zuversicht in die eigene Fähigkeit, das Medikament abzusetzen oder zu reduzieren (Selbstwirksamkeitserwartung), unabdingbar für den Erfolg. Die Befragung erfolgt entsprechend den oben beschriebenen Skalen.

Zuversichtsskala

„Wie zuversichtlich sind Sie auf einer Skala von 0 bis 10, das Medikament abzusetzen, wenn 0 gar nicht sicher und 10 sehr sicher ist?“

Erneut erfolgen die drei weiter oben beschriebenen Schritte:

- 1 Zunächst gilt es, die Angaben wertzuschätzen** (auch bei geringen Werten). Beispiel: „Sie sind noch nicht ganz überzeugt, dass Sie es schaffen können, aber es gibt Dinge, die Sie bestärken. Das ist ein guter Anfang.“
- 2 Die vorhandenen Ressourcen werden durch die Frage erhoben:** „Warum haben Sie x (z. B. die Fünf) gewählt und nicht y (z. B. die Drei)?“ Durch Nachfragen („Was hat noch dazu beigetragen, dass Sie x gewählt haben?“) werden weitere Stärken exploriert. **Fortsetzen, bis keine weiteren Aspekte genannt werden.**

- 3 Mögliche Hindernisse auf dem Weg zu einer höheren Zuversicht werden erfragt durch:**

- „Was müsste passieren, dass Sie von x (z. B. der Fünf) auf y (z. B. die Sieben) kommen?“ Durch Nachfragen („Was könnte noch dazu beitragen, dass Sie y wählen?“) werden weitere Hindernisse exploriert. **Fortsetzen, bis keine weiteren Aspekte genannt werden.**

Die Patientin/der Patient wird dann gebeten, Lösungsideen für die Hindernisse zu benennen. Es ist in jedem Fall günstiger, wenn die Patientin/der Patient diese selbst benennt oder entwickelt. Der Arzt / die Ärztin kann jedoch bei Bedarf mögliche Lösungen anbieten.

Dabei sollte stets um Erlaubnis gefragt („Möchten Sie, dass ich Ihnen Informationen zu ... gebe?“) oder Bezug auf andere genommen werden („Andere Patienten hat geholfen, wenn sie ...“). Im Anschluss wird die Patientin/der Patient gefragt: „Was denken Sie dazu?“ **Fortsetzen, falls mehrere Hürden vorliegen.**

Falls die Patientin/der Patient sich entscheidet, etwas an ihrem/seinem Tablettenkonsum zu ändern, wird sie/er hierin unterstützt. **Primäres Ziel ist das Absetzen.**

Dabei ist darauf zu achten, ein geeignetes Präparat für das Ausschleichen zu wählen. In Abhängigkeit vom individuellen Fall und der jeweiligen Motivation kann die Reduktion des Medikaments als Ziel oder Zwischenziel eine sinnvolle Lösung sein.

In jedem Fall ist bei längerem Konsum ein abruptes Absetzen nicht sinnvoll, da die Gefahr von Entzugserscheinungen groß ist. Je nach Substanz bestehen unterschiedliche Empfehlungen für Absetzschemata.

An dieser Stelle sei verwiesen auf die Leitlinie bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF):

- **AWMF-Leitlinie Medikamentenabhängigkeit**
www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-009_S2_Medikamenten-abhaengigkeit_05-2006_05-2011.pdf [Zugriff: 15.03.2013]

IV. Behandlung der zugrunde liegenden psychischen Störung

Aufgrund der hohen Rate psychischer Komorbidität, die auch oft Auslöser der Medikamenteneinnahme ist, gilt es, eine möglicherweise bestehende psychische Störung in die Intervention einzubeziehen.

Dazu können entsprechende diagnostische Schritte notwendig sein. Je nachdem, welche Störung zugrunde liegt, ist es in vielen Fällen sinnvoll, spezialisierte Hilfen zu nutzen. Das wird in vielen Fällen Psychotherapie sein, aber auch Schmerztherapie, suchtspezifische oder schlafmedizinische Behandlung.

Ziel ist es, Patientin oder Patient zu deren Inanspruchnahme zu motivieren. Hierbei können die gleichen Methoden der Gesprächsführung genutzt werden, wie sie oben beschrieben wurden.

Häufig indiziert die Schwere der Abhängigkeitserkrankung, suchtspezifische Hilfen ergänzend oder überleitend in Anspruch zu nehmen. Dies sollte in jedem Fall dann erfolgen, wenn die gewünschten Ziele nicht erreicht werden. Es kommen Einrichtungen der Suchthilfe (Beratungsstellen, Fachkliniken) und medizinisch-psychiatrische Versorgung (Entwöhnungsangebote) infrage sowie Fachärzte. Informationen zu ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe finden Sie unter www.dhs.de (Einrichtungssuche).

V. Dauer der Intervention

Es ist damit zu rechnen, dass mehrere Kontakte notwendig sind, insbesondere wenn zu Beginn eine eher geringe Ausprägung der Motivation vorliegt.

Ein sinnvolles Vorgehen besteht in Kontakten nach 1, 3, 6 und 9 Monaten. Die Dauer der Kontakte richtet sich nach der Notwendigkeit, weiterhin zu motivieren oder weitere Hilfestellung zu geben.

Erinnerungsbriefe oder kurze telefonische Kontakte sind ebenso sinnvoll. Letztere können ausreichend sein, wenn bereits Änderungen begonnen wurden (z. B. stufenweise Reduktion), um ein Monitoring des Medikamentenkonsums durchzuführen.

VI. Allgemeine Hinweise zur Gesprächsführung

Die oben beschriebenen Methoden (Wichtigkeits- und Zuversichtsskala sowie Vor- und Nachteile) werden im Rahmen der Motivierenden Gesprächsführung eingesetzt.

Dabei handelt es sich um eine gut untersuchte evidenzbasierte Methode zur Erhöhung der Änderungsbereitschaft (Hettema, Steele & Miller, 2005; Knight, McGowan, Dickens & Bundy, 2006; Smedslund et al., 2011; Miller & Rollnick, 2012).

Eine Berücksichtigung der Prinzipien Motivierender Gesprächsführung sowie auch ein Training in dieser Methode sind empfehlenswert. Das gilt sowohl für den Bereich des problematischen Gebrauchs von Medikamenten als auch für weitere gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Rauchen, erhöhter Alkoholkonsum, inadäquate Ernährung und Bewegungsmangel.

Früher galt, dass die betroffenen Personen erst an einem Tiefpunkt angekommen sein müssen, damit der dann vorhandene Leidensdruck eine Erfolg versprechende Behandlung möglich macht. Mittlerweile weiß man, dass Menschen sehr viel früher erreichbar sind, als es in älteren Konzepten von Sucht, Abhängigkeit oder Verhaltensmodifikation vertreten wurde (vgl. Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Die Basis Motivierender Gesprächsführung bilden vier Grundprinzipien:

Empathie

Empathie ist eine entscheidende Voraussetzung, um Motivation aufbauen zu können. Das Verhalten wird nicht kritisiert und die Person wird mit ihrem Verhalten angenommen. Durch das Hineinversetzen in die Gesprächspartnerin/den Gesprächspartner gelingt es, Ansätze zur Motivationsbildung zu finden und Widerstand als Gegenreaktion zu vermeiden.

Diskrepanz

Das Entwickeln von Diskrepanz zwischen dem zu ändernden Verhalten und den Zielen der betreffenden Person (z. B. Gesundheit, Partnerschaft, Arbeit) ist ein Weg, um Motivation aufzubauen.

Selbstwirksamkeit

Zur Entwicklung der Motivation ist es entscheidend, den Glauben an die eigene Fähigkeit zur Verhaltensänderung (Selbstwirksamkeitserwartung) zu fördern.

Widerstand

Den Widerstand aufzunehmen, bedeutet, mit Gegenreaktionen der Klientin/des Klienten konstruktiv zu arbeiten. Dabei wird Widerstand nicht als eine negative Eigenschaft angesehen, sondern vielmehr als ein Hinweis darauf verstanden, dass die Äußerung oder die Maßnahme des Beraters nicht zur Änderungsbereitschaft der Patientin/ Patienten gepasst hat.

Durch Interventionen wie aktives Zuhören (s. u.) oder Betonung der persönlichen Entscheidungsfreiheit der Patientin/des Patienten kann sinnvoll mit Widerstand umgegangen werden.

Die Interventionen der Motivierenden Gesprächsführung umfassen vier Gesprächstechniken sowie spezifische Strukturen des Gespräches, mit denen Änderungssequenzen hervorgerufen werden:

1 Offene Fragen

sind geeignet, um die Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten zu fördern. Sie lassen sich abgrenzen von geschlossenen Fragen, die nur eine kurze Beantwortung erlauben.

Offene Fragen ermutigen die Gesprächspartnerin/den Gesprächspartner, über ihr/sein Problemverhalten und die Motivation zu sprechen.

Beispielfragen

dafür sind:

- „Was geht Ihnen bezüglich Ihres Medikamentenkonsums durch den Kopf?“
- „Was sind die angenehmen Seiten daran?“, „Was gefällt Ihnen daran weniger?“
- „Warum, glauben Sie, machen sich andere Menschen über Ihr Verhalten Gedanken?“

2 Bestätigung

beinhaltet:

Lob

(„Es ist eine sehr gute Idee zu versuchen, die Medikamente zu reduzieren“),

Anerkennung

(„Sie machen im Moment eine schwierige Zeit durch“) und

Verständnis

(„Ich kann gut nachvollziehen, dass die Medikamente für Sie im Moment der einzige Weg sind, um einmal zur Ruhe zu kommen“).



3 Aktives Zuhören

beinhaltet, dass die Beraterin/der Berater die wesentlichen Inhalte der Klientin/des Klienten wiedergibt. Es ermöglicht, Besorgnis bezüglich des Verhaltens zu entdecken und zu fokussieren. Die Beraterin/der Berater gibt dabei die wesentlichen Inhalte der Äußerung der Klientin/des Klienten wieder. Das aktive Zuhören bewirkt weiterhin, dass Gesprächspartner/-innen sich verstanden fühlen, und ermöglicht eine Vertiefung der Problematik.

Man unterscheidet bei aktivem Zuhören vier verschiedene Formen der Reflexion:

Die **Wiederholung** weicht wenig von dem Gesagten der Klientin/des Klienten ab.

Das **Neuphrasieren** gibt das Gesprochene in Worten der Beraterin/des Beraters wieder.

Das **Paraphrasieren** stellt das Gesprochene in einen anderen Zusammenhang oder beinhaltet Hypothesen darüber, was hinter dem Gesprochenen stehen könnte.

Die **Reflexion der Gefühle** bedeutet, emotionale Aspekte des Gesagten zu verbalisieren.

4 **Zusammenfassen** ist ein wirkungsvolles Vorgehen, bei dem zuvor genannte Inhalte, die für die Änderungsmotivation bedeutsam sind, wiedergegeben werden.

Zusammenfassungen sollten zwischen einzelnen Gesprächsblöcken vorgenommen werden, dienen der Strukturierung des Gesprächs und sollten zusätzlich zum Ende der jeweiligen Beratung erfolgen.

Sie können auch am Beginn der nächsten Beratung einen geeigneten Einstieg in das Gespräch darstellen.

Weitere Informationen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2013): Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte. Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln. Hamm. www.dhs.de (Verlauf: „Informationsmaterial“, „Broschüren und Faltblätter“)

Literaturhinweise

Hettema, Jennifer; Steele, Julie; Miller, William R. (2005): Motivational Interviewing. Annual Review of Clinical Psychology, 1, 91-111.

Knight, K. M. et al. (2006): A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. British Journal of Health Psychology, 11 (2006), Pt 2, 319-332.

Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2012). Motivational Interviewing: Helping People Change (Applications of Motivational Interviewing) (2. ed.). New York: Guilford.

Miller, William; Rollnick, Stephen P. (2005): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg, Lambertus.

Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C.; Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47 (9), 1102-1114.

Smedslund, G. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews (5).

Impressum

Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
Postfach 1369, 59003 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
info@dhs.de
www.dhs.de

Autoren

PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf*; Dr. Gallus Bischof*; Prof. Dr. Ulrich John**.

* Universität zu Lübeck, Zentrum für Integrative Psychiatrie – ZIP gGmbH, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forschungsgruppe S:TEP (Substanzbezogene und verwandte Störungen: Therapie, Epidemiologie und Prävention)

** Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Förderhinweis: Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Projekts Motivierende Intervention bei Medikamentenabhängigkeit im Krankenhaus (MIMiK)

Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann, DHS
Andrea Jakob-Pannier, BARMER GEK
Christa Merfert-Diete, DHS

Gestaltung

Volt Communication, Münster

Druck

Rasch, Bramsche

Auflage

1. Auflage, April 2013
1.30.04.13

In der ärztlichen Praxis, vor allem in Hausarztpraxen sind Kurzinterventionen bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum eine wirkungsvolle Hilfe.

4 bis 5 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, vor allem die Schlaf- und Beruhigungsmittel mit Wirkstoffen aus der Familie der Benzodiazepine und der Benzodiazepinrezeptoragonisten. Etwa 1,4 bis 1,5 Mio. Menschen sind von psychotropen Medikamenten abhängig.

Dieses Manual zum Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln“ erläutert die einzelnen Schritte für das ärztliche Gespräch:

- Screening
- Beratung
- Absetzen/Reduktion
- Behandlung
- Dauer der Intervention
- Hinweise zur Gesprächsführung



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4 | 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
info@dhs.de | www.dhs.de

