

MEDIKAMENTEN- ABHÄNGIGKEIT



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 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.

Hinweis für unsere Leserinnen und Leser: Wir sprechen mit unseren Veröffentlichungen Frauen und Männer gleichermaßen an. In Texten der DHS werden die weibliche und die männliche Sprachform verwendet. Zugunsten besserer Lesbarkeit kann abweichend nur eine der beiden verwendet werden.

MEDIKAMENTEN- ABHÄNGIGKEIT

Informationen und Hilfen

Inhalt

| | | |
|--------|--|----|
| | Medikamentenabhängigkeit – was ist das? | 4 |
| | Medikamente – welche machen abhängig? | 5 |
| | Medikamente richtig anwenden | 6 |
| | Langzeitgebrauch und Abhängigkeit | 6 |
| | Häufigkeit in der Bevölkerung (Epidemiologie) | 7 |
| 1 | Schlaf- und Beruhigungsmittel (Hypnotika und Sedativa) | 8 |
| 1.1 | Übersicht | 8 |
| 1.2 | Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine | 9 |
| 1.2.1 | Unverzichtbare Medikamente | 9 |
| 1.2.2 | Folgen des Langzeitkonsums | 10 |
| 1.2.3 | Das Problem der Abhängigkeit | 12 |
| 1.2.4 | Die Rolle des Arztes bzw. der Ärztin | 15 |
| 1.2.5 | Entzug | 16 |
| 1.2.6 | Entwöhnung | 17 |
| 1.2.7 | Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung | 18 |
| 1.2.8 | Medikamentöse Alternativen | 19 |
| 1.2.9 | Kreuztoleranz mit Alkohol | 20 |
| 1.2.10 | Fahreignung | 20 |
| 1.3 | Antidepressiva | 21 |
| 1.4 | Antihistamine | 21 |
| 1.5 | Barbiturate | 22 |
| 1.6 | Chloralhydrat | 22 |
| 1.7 | Clometiazol | 23 |
| 1.8 | Pflanzliche Präparate | 23 |
| 1.9 | Niederpotente Neuroleptika | 24 |
| 1.10 | Tryptophan | 25 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2 | Schmerzmittel (Analgetika) | 26 |
| 2.1 | Übersicht | 26 |
| 2.2 | Schmerz, Schmerzempfinden und Schmerzwahrnehmung | 27 |
| 2.3 | Der chronische Schmerz | 28 |
| 2.3.1 | Interaktion zwischen Körpergewebe und Gehirn | 28 |
| 2.3.2 | Durch das sympathische Nervensystem unterhaltene Schmerzen | 28 |
| 2.3.3 | Das Schmerzgedächtnis | 29 |
| 2.3.4 | Psychosoziale Faktoren bei der Chronifizierung von Schmerzen | 30 |
| 2.4 | Medikamentöse Schmerzbehandlung | 31 |
| 2.4.1 | Nichtopioidanalgetika | 32 |
| | Saure antiphlogistische antipyretische Analgetika (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) | 32 |
| | Nicht saure antipyretische Analgetika | 33 |
| | Spezifische COX-2-Hemmstoffe | 34 |
| | Nichtopioidanalgetika ohne antipyretische und antiphlogistische Wirkung | 34 |
| 2.4.2 | Opioidanalgetika | 35 |
| 2.5 | Vom richtigen Umgang mit Schmerzmitteln | 36 |
| 2.5.1 | WHO-Stufenschema der Schmerztherapie bei Krebschmerzen | 36 |
| 2.5.2 | Leitliniengerechte Behandlung der Migräne | 36 |
| 2.6 | Folgen des Langzeitkonsums | 38 |
| 2.6.1 | Medikamenteninduzierter Kopfschmerz | 38 |
| 2.6.2 | Tilidin und Tramadol | 39 |
| 2.6.3 | Opioide auf BtM-Rezept | 40 |
| 2.6.4 | Das Problem der Abhängigkeit | 40 |
| 2.6.5 | Die Rolle des Arztes bzw. der Ärztin | 42 |
| 2.6.6 | Entzug | 42 |
| 2.6.7 | Entwöhnung oder Schmerztherapie | 44 |
| 2.6.8 | Medikamentöse Alternativen | 45 |
| 3 | Andere Medikamente | 46 |
| 3.1 | Amphetamine | 46 |
| 3.1.1 | ADHS und Amphetamine | 47 |
| | Anhang | 48 |
| | Die nichtmedikamentöse Behandlung von Schmerzen – veränderte Schmerzwahrnehmung durch psychologische Interventionen | 48 |
| | Medikamentengruppen (Internationale Freinamen, Handelspräparate) | 51 |
| | Lippstädter Benzo-Check | 68 |
| | Weiterführende Literatur | 73 |
| | Information, Rat und Hilfe | 77 |



Medikamentenabhängigkeit – was ist das?

Unter allen Abhängigkeiten nimmt die Medikamentenabhängigkeit eine Sonderstellung ein. Der Begriff der „Abhängigkeit“ ist für einen Großteil des Langzeitkonsums von Medikamenten umstritten. Die meisten Langzeitkonsumenten bekommen „ihr“ Medikament von einem Arzt oder einer Ärztin verschrieben, was die regelmäßige Versorgung sichert, so dass ein Kontrollverlust ebenso wie Entzugserscheinungen kaum auftreten. In der internationalen Literatur ist deshalb von einer Niedrigdosisabhängigkeit („low dose dependency“) die Rede. Sinnvoller erscheint es, in diesem Zusammenhang davon zu sprechen, dass der Langzeitgebrauch von abhängig machenden Medikamenten schon vor der eigentlichen Suchtphase erhebliche Nebenwirkungen verursacht. Für die Benzodiazepine (eine Gruppe von Arzneimittelwirkstoffen, die als Entspannungs- und Beruhigungsmittel [Tranquilizer] oder als Schlafmittel [Hypnotika] verabreicht werden und zur Abhängigkeit führen) wurde dafür in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur ein Drei-Phasen-Modell eingeführt (siehe Kapitel 1.2.2).

In der Diskussion um das Thema Medikamentenabhängigkeit werden auch immer wieder Medikamente genannt, die keine körperliche Abhängigkeit hervorrufen können (z. B. Antidepressiva, Neuroleptika [etwa „Nervendämpfungsmittel“]). Zum Teil werden diese aber missbräuchlich eingesetzt, da manche von ihnen eine dämpfende Wirkung besitzen, ähnlich wie klassische Suchtmittel. Die Diskussion um diese Medikamente ist insoweit problematisch, als diese Medikamente unverzichtbar bei der Akutbehandlung und bei der Vorbeugung von neuen Krankheitsphasen (Rezidivprophylaxe) psychischer Erkrankungen sind. Menschen, die diese Medikamente dauerhaft einnehmen sollen, dürfen sich durch diese Diskussion nicht beirren lassen. Besonders kontrovers ist die Diskussion über Schmerzmittel, beginnend bei ihrer sinnvollen Anwendung über die problematische Einnahme bis hin zur Abhängigkeit. Schmerztherapeutinnen und -therapeuten beklagen, in Deutschland werde mit Schmerzmitteln zu sparsam umgegangen. Andererseits besitzen insbesondere die starken Schmerzmittel (Opioide und Opiate) ein erhebliches Abhängigkeitsrisiko und führen immer wieder zu Entzugsbehandlungen auf Suchtstationen. Hier fehlt ein Austausch zwischen Schmerztherapeuten und Suchtmedizinern. Auch im Bereich der Forschung bedarf es erheblicher Anstrengung, da bisher kaum Studien zu dieser Problematik vorhanden sind.

Diese Broschüre wendet sich vor allem an Betroffene und Angehörige, damit diese sich selbst ein Urteil über den sinnvollen Einsatz von Medikamenten mit Abhängigkeitsrisiko bilden können. Die beiden Kapitel „Schlaf- und Beruhigungsmittel“ sowie „Schmerzmittel“ haben unterschiedliche Schwerpunkte, entsprechend der Unterschiedlichkeit der ihrer Anwendung zu Grunde liegenden Erkrankungen und Behandlungskonzepte. Bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln liegt ein besonderes Gewicht auf der Information über die Folgen von Langzeiteinnahme und Entzug. Das Kapitel zu Schmerzmitteln erläutert die Ursachen chronischer Schmerzen und stellt den begrenzten Nutzen einer dauerhaften Schmerzmitteleinnahme im Hinblick auf deren Nebenwirkungen dar.

Medikamente – welche machen abhängig?

Die Medikamente, die am häufigsten in Zusammenhang mit einer Abhängigkeit gesehen werden, sind zum einen Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine, zum anderen die eng mit ihnen verwandten Non-Benzodiazepine, auch Z-Drugs genannt (siehe Kapitel 1.2).

Auch die regelmäßige Einnahme eines Schmerzmittels kann in eine Abhängigkeit führen. Am gefährlichsten sind starke Schmerzmittel, die nur mit speziellem Betäubungsmittelrezept abgegeben werden können. Sehr häufig werden aber auch Abhängigkeitsentwicklungen bei solchen Opioiden beobachtet, die mittels normaler Rezepte verordnet werden können (Tramadol und Tilidin). Darüber hinaus können auch frei verkäufliche Schmerzmittel zur Abhängigkeit führen und bei längerer Anwendung den Körper schädigen.

Ebenso können die antriebssteigernden und appetitzügelnden Amphetamine (Kapitel 3.1) eine Abhängigkeit verursachen. Die besondere Problematik einer Amphetamin-Gabe bei ADHS wird in Kapitel 3.1.1 erörtert.

Nur noch selten werden Barbiturate verschrieben. Sie haben eine zu den Benzodiazepinen vergleichbare Wirkung, sind aber in der Anwendung wesentlich gefährlicher. Für diese Präparate gibt es deshalb nur noch wenige Randindikationen.

Antihistamine werden bei Allergien gegeben, vereinzelt auch bei Schlafstörungen (Kapitel 1.4). Neben dem Missbrauch dieser Mittel werden auch immer wieder Abhängigkeiten beobachtet.



Nur am Rande seien Arzneimittel erwähnt, die Alkohol in größeren Mengen enthalten. Sie sind vor allem für abstinente Alkoholranke sowie für Kinder gefährlich. Einzelne Produkte enthalten so hohe Alkoholkonzentrationen, dass sie zum Beispiel im Hinblick auf die Fahrtauglichkeit schon problematisch sein können (z. B. Klosterfrau Melissengeist®).

Medikamente richtig anwenden

Insbesondere bei Medikamenten, die über einen längeren Zeitraum eingenommen werden sollen, können Patientinnen und Patienten sich nicht nur auf das ärztliche Aufklärungsgespräch verlassen. Einerseits kann bei der Fülle von Informationen, die unter Umständen notwendig sind, auch vieles wieder vergessen werden, andererseits fällt dieses mangels Zeit oft zu kurz aus. Deshalb ist die Lektüre des Beipackzettels unverzichtbar!

Mögliche Nebenwirkungen der Medikamente müssen bekannt sein, damit diese auch erkannt werden und entsprechend darauf reagiert werden kann. Auch sollte die richtige Dosierung anhand des Beipackzettels überprüft werden, falls man im Gespräch etwas falsch verstanden hat oder der Arzt bzw. die Ärztin sich einmal geirrt haben sollte. Medikamente mit einem erheblichen Abhängigkeitspotenzial (Opiate, Opioide, Benzodiazepine, Non-Benzodiazepine) sollten immer nur für kurze Zeit genommen werden, um Krisen zu überstehen. Längere Einnahmen führen zur Gewöhnung, es treten Nebenwirkungen im Verlauf auf und das Risiko für eine echte Abhängigkeitsentwicklung steigt mit der Dauer der Einnahme.

Langzeitgebrauch und Abhängigkeit

Die Diskussion zu Medikamenten mit einem Abhängigkeitspotenzial beschränkt sich zu einseitig auf die kleine Gruppe von Konsumenten mit einer Suchtentwicklung. Die große Gruppe der Langzeitkonsumenten/-innen mit nicht erkannten bzw. falsch verstandenen Nebenwirkungen bleibt dagegen weitgehend unbeachtet. Nur ein kleiner

Teil der Personen, die über einen langen Zeitraum hinweg Medikamente einnehmen, entwickelt das Vollbild einer Sucht. Dabei werden typischerweise zusätzliche oder „nicht ganz legale“ Quellen zur Beschaffung der Medikamente genutzt, es besteht eine erhebliche Fixierung auf das Medikament (ohne Tabletten wird das Haus nicht mehr verlassen, erhebliche Vorräte werden angesammelt) und die Einnahme erfolgt meist heimlich.

Für die Benzodiazepine beispielsweise ist bekannt, dass rund 70 Prozent der damit Behandelten diese länger als zwei Monate einnehmen, und damit über einen deutlich längeren Zeitraum hinweg, als von allen Fachgesellschaften für den Regelfall empfohlen wird. Die daraus resultierende Wirkumkehr und Beeinträchtigung von Lebensfreude und -energie wird von den Betroffenen durch den schleichenden Verlauf der Veränderungen nur selten als Folge ihrer Medikamenteneinnahme erkannt (Holzbach et al. 2010). Es ist bisher nicht erforscht, ob alle Langzeitkonsumentinnen und -konsumenten unter diesen Folgen leiden oder nur ein Teil von ihnen. Bei jeder Langzeitverschreibung sollte im Verlauf immer wieder geprüft werden, ob sich diese Veränderungen entwickelt haben (siehe Kapitel 1.2.2).

Präparate, die eine Abhängigkeit hervorrufen, weisen im Verlauf der längeren Einnahme einen Wirkverlust auf. Dieser kann zunächst durch eine Dosissteigerung ausgeglichen werden, was dann unter Umständen in der Folgezeit in einen klassischen Suchtverlauf mündet. Als Folge des Wirkverlustes treten außerdem jene Beschwerden wieder auf, die ursprünglich zur Einnahme führten. Die Betroffenen bemerken, dass die zu Grunde liegende Krankheit immer noch besteht, weshalb sie es nicht wagen, das Medikament zu reduzieren. Wird die Reduzierung trotzdem versucht, treten Entzugserscheinungen hinzu, so dass die Betroffenen den Eindruck bekommen, das Medikament weiterhin „zu brauchen“.

Diese typischen Probleme der Langzeiteinnahme inklusive Folgeerscheinungen sind in den Kapiteln der jeweiligen Substanzen beschrieben.

Häufigkeit in der Bevölkerung (Epidemiologie)

Die Zahl der Medikamentenabhängigen in Deutschland wird auf 1,2 bis 2 Millionen geschätzt. Diesen sehr unterschiedlichen Zahlen liegen verschiedene methodische Ansätze zu Grunde. Doch selbst die zurückhaltende Schätzung von gut 1,4 Millionen Medikamentenabhängigen verdeutlicht die enorme Größe des Problems (DHS, 2013).

1

Schlaf- und Beruhigungsmittel (Hypnotika und Sedativa)

1.1 Übersicht

Etwa 20 bis 30 Prozent der Bevölkerung in westlichen Industrieländern leiden an Schlafstörungen. Hinzu kommen Menschen, die sich aufgrund von Stress und Überforderung durch die Einnahme von Medikamenten beruhigen möchten. Vor dem Hintergrund dieses großen Marktes gibt es eine Vielzahl von Substanzen, die von der Pharmaindustrie mit den entsprechenden Indikationen entwickelt wurden. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass beruhigend wirkende Substanzen in niedrigen Dosierungen angstlösend und in höheren Dosierungen schlafanstoßend wirken. Somit ist die Grenze zwischen Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Hypnotika und Sedativa) fließend und überwiegend dosisabhängig.

Eine große Bedeutung haben pflanzliche Präparate, allen voran jene auf der Grundlage von Hopfen und Baldrian. Ebenfalls in den Bereich Selbstmedikation gehören die Antihistaminika, die allerdings apothekenpflichtig sind. Die größte und im Hinblick auf Missbrauch und Abhängigkeit relevanteste Gruppe stellen die Benzodiazepine dar. Eng verwandt und mit wachsendem Marktanteil sind die Non-Benzodiazepine (Z-Drugs), die ebenfalls eine Abhängigkeit hervorrufen können. Daneben gibt es eine ganze Reihe weiterer Einzelsubstanzen und Substanzgruppen, die für die Behandlung von Schlafstörungen oder Unruhezuständen zugelassen sind. Dazu gehören Chloralhydrat (eines der ältesten Medikamente der Neuzeit), die große Gruppe der niederpotenten Neuroleptika, Chlometiazol (Distraneurin), Tryptophane und die veralteten Barbiturate. Auch einige der Antidepressiva, insbesondere die klassischen Substanzen, werden zur Beruhigung bzw. zur Schlafherbeiführung (Schlafinduktion) verschrieben.

1.2 Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine

Das erste Patent für ein Benzodiazepin wurde im Mai 1958 für Chlordiazepoxid eingereicht. Ab 1960 wurde es als Librium® im Markt eingeführt. Der Erfinder der Benzodiazepine, Leo H. Sternbach, erhielt dafür von der Herstellerfirma (La Roche), bei der er angestellt war, einen Dollar Prämie. Weltweit wurden mehrere zigtausende (!) Benzodiazepine synthetisiert, aber nur wenige im Rahmen von Tierversuchen untersucht. Lediglich 19 sind derzeit auf dem deutschen Markt verfügbar.

Eng verwandt sind die sogenannten Non-Benzodiazepine oder Z-Drugs (da alle drei Vertreter mit „Z“ beginnen: Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon). Sie unterscheiden sich in ihrer chemischen Struktur von den Benzodiazepinen, wirken im Gehirn aber an denselben Nervenzellen. Sofern im Folgenden nichts anderes erwähnt ist, gelten für diese Substanzgruppe die gleichen Aussagen wie für die Benzodiazepine.

Folgende Benzodiazepine sind auf dem deutschen Markt eingeführt:

Alprazolam (z. B. Tafil®), Bromazepam (z. B. Bromazanyl®),
 Brotizolam (z. B. Lendormin®), Chlordiazepoxid (z. B. Librium®),
 Clobazam (z. B. Frisium®), Clonazepam (z. B. Rivotril®),
 Diazepam (z. B. Diazepam Temmler®), Clorazepat (z. B. Tranxilium®),
 Flunitrazepam (z. B. Rohypnol®), Flurazepam (z. B. Dalmadorm®),
 Lorazepam (z. B. Tavor®), Lormetazepam (z. B. Noctamid®),
 Medazepam (z. B. Rudotel®), Midazolam (z. B. Dormicum®),
 Nitrazepam (z. B. Mogadan®), Oxazepam (z. B. Adumbran®),
 Prazepam (z. B. Demetrin®), Temazepam (z. B. Planum®),
 Triazolam (z. B. Halcion®).

An Non-Benzodiazepinen sind Zolpidem (z. B. Stilnox®) und Zopiclon (z. B. Ximovan®) eingeführt.

(Quelle: Lauer Fischer, Datenstand 15.07.2016)

1.2.1 Unverzichtbare Medikamente

Die zugelassenen Anwendungen für Benzodiazepine sind breit gestreut: Angst, Panik, Schlafstörung, psychogene Störungen, Überforderungen, Erschöpfungszustand, Krisenintervention, Depression, Erregungszustand, allgemeine Unruhe, vegetative Störungen, Muskelkrämpfe, epileptische Krampfanfälle.

Benzodiazepine sind unverzichtbare Medikamente bei der Behandlung akuter psychischer Krisen. Sie haben einen wesentlichen Beitrag zur Humanisierung der Psychiatrie geleistet: Menschen mit schweren depressiven Störungen und Suizidalität erfahren rasch Entlastung; Patienten und Patientinnen mit starken Ängsten oder Erregungszuständen können rasch zur Ruhe kommen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Medikation nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans sinnvoll ist. Die

Medikamente sollen nur so lange verordnet und eingenommen werden, bis andere Strategien greifen. Dies können psychotherapeutische, soziotherapeutische oder medikamentöse Strategien sein. Bei einer depressiven Störung würde dann neben dem Benzodiazepin z. B. ein Antidepressivum gegeben. Da die Antidepressiva üblicherweise eine Latenz bis zum Einsetzen der Wirkung (zwei bis vier Wochen) haben, kann das Benzodiazepin im Verlauf wieder ausgeschlichen werden.

Folgende Regeln sollten aus ärztlicher Sicht bei der Verordnung bzw. Einnahme von Benzodiazepinen beachtet werden:

- Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan (Benzodiazepine überbrücken, bis andere Maßnahmen greifen);
- Aufklärung über das Suchtpotenzial und den Wirkverlust im Verlauf;
- Ankündigung als Krisenmedikation (zeitliche Befristung!);
- Verschreibung kleinster Packungen (nicht länger als vier bis sechs Wochen);
- möglichst niedrige Dosis.

Bei der Langzeitanwendung von Benzodiazepinen stellen sich für die meisten Wirkungen Toleranzeffekte ein (nachlassende Wirkung; es werden höhere Dosierungen benötigt, um dieselbe Wirkung zu erzielen). Weitgehend unbestritten ist dies für die beruhigenden (sedierenden), schlafanstoßenden (hypnotischen) und psychomotorischen Effekte. Umstritten ist dies für die angstlösende Wirkung. Die Toleranzentwicklung ist – neben der weiteren Gefahr der Abhängigkeit – der Hauptgrund, weswegen in den einschlägigen Leitlinien eine maximale Dauer von acht Wochen bei der Einnahme von Benzodiazepinen empfohlen wird.

1.2.2 Folgen des Langzeitkonsums

Häufig wird bei der Diskussion um das Thema „Langzeitgebrauch von Benzodiazepinen“ einseitig das Problem der Abhängigkeit betont. Durch die besonderen Bedingungen bei der Verschreibung der Benzodiazepine durch einen Arzt oder eine Ärztin werden aber in der ersten und zweiten Phase eines Langzeitgebrauchs (siehe unten) nicht die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllt. Wie bei jeder anderen Therapieform auch erscheint es in diesem Zusammenhang wichtiger, ob die Vorteile der Behand-

lung (erwünschte Wirkung) auch noch im weiteren Verlauf der Einnahme gegenüber den Nachteilen (unerwünschte Wirkungen) überwiegen. Das Besondere am Langzeitgebrauch der Benzodiazepine ist aber, dass die relevanten Nebenwirkungen erst im fortdauernden Verlauf der Einnahme auftreten. Dabei lassen sich drei Phasen des Langzeitgebrauchs unterscheiden.

Da es sich im Folgenden um neuere wissenschaftliche Erkenntnisse handelt, sind die Nebenwirkungen im Verlauf bzw. das Phasenmodell auch vielen Ärzten/-innen noch nicht bekannt.

Phase 1: „Wirkumkehr“ oder „relative Entzugserscheinungen“

Eine große Zahl der Langzeitkonsumentinnen und -konsumenten steigert die Dosis von Benzodiazepinen oft über Jahre nicht oder nicht wesentlich. Aufgrund der regelmäßigen ärztlichen Verschreibung handelt es sich quasi um eine „Originalstoff-Substitution“. Da Benzodiazepine jedoch durch den suchtmitteltypischen Gewöhnungseffekt eine Toleranzbildung hervorrufen, führt dies im Verlauf zu einer relativen Underdosierung. Ähnlich wie ein Alkoholkranker, der im Verlauf seiner Suchterkrankung einen Spiegel von beispielsweise 2 Promille benötigt und bei 1 Promille bereits entzückt ist, sind Benzodiazepin-Langzeitkonsumenten aufgrund der im Verlauf notwendigen höheren Dosierung underdosiert und zeigen dementsprechend typische Entzugserscheinungen. Diese bestehen häufig aus einer Trias von verstärkten Symptomen der psychischen Grunderkrankung (nach einem symptomfreien Intervall), Stimmungslabilität und gestörtem Körpergefühl. Weitere Symptome sind Schlafstörungen, Ängste und gereizte Stimmungszustände.

Phase 2: „Apathiephase“

Kommt es im Verlauf zu einer moderaten Dosissteigerung, die sich oft über Jahre hinzieht, so tritt bei den meisten Patienten/-innen eine typische Trias von Langzeitnebenwirkungen auf:

- abgeschwächtes Gefühlserleben;
- Vergesslichkeit und geistige Leistungsminderung;
- gestörtes Körpergefühl, verminderte körperliche Energie.

Zusätzliche Symptome sind: abgeschwächte Fähigkeit zur Selbstkritik, Überforderung bzw. Vermeidung neuer oder belastender Situationen, gereizte Stimmungszustände, Konfliktvermeidung, muskuläre Schwäche, gegebenenfalls mit Reflexverlust und Sturzgefahr, Appetitlosigkeit, Vermeidung des Themas Tabletten bis hin zur heimlichen Einnahme.

Phase 3: „Suchtphase“

Wenn es im Verlauf zu einer deutlichen Dosissteigerung kommt, sind in der Regel die WHO-Kriterien einer Suchterkrankung erfüllt. Sehr häufig finden sich bei den Betroffenen ein zunehmender Kontrollverlust über die eingenommene Menge und damit einhergehende Vergiftungserscheinungen, eine erhebliche affektive Abstumpfung und die (erfolgreiche) Suche nach weiteren „Quellen“ für die Verschreibung bzw. Beschaffung von Benzodiazepinen.

Es gilt, dass man nur erkennt, was man kennt. Zunächst ist festzuhalten, dass Nebenwirkungen durch Tabletten im Laufe einer Langzeiteinnahme natürlich wesentlich schwerer für alle Beteiligten zu erkennen sind, als wenn am Morgen nach der ersten Tabletteneinnahme rote Pusteln auf der Brust als Zeichen der Unverträglichkeit auftreten. Kennt man die Nebenwirkungen der Medikamente nicht, wird man eher andere Ursachen für die Veränderung suchen. So werden die Symptome in Phase 1 wahrscheinlich eher als Verschlechterung der Grunderkrankung gewertet statt als Toleranzbildung und relative Unterdosierung. Entsprechen die relativen Entzugerscheinungen nicht den Symptomen der Grunderkrankung, vermuten Betroffene eher eine Veränderung der Erkrankung oder eine neue Erkrankung.

Auch die Veränderungen in Phase 2 des Langzeitgebrauches schreiben Betroffene – insbesondere ältere Menschen – oft anderen Ursachen zu. Die sich langsam ausbildende Vergesslichkeit und geistige Leistungsminderung, die geringere gefühlsmäßige Beteiligung am sozialen Geschehen und das Nachlassen der körperlichen Energie werden oftmals als (frühzeitiges) Auftreten von „Alterserscheinungen“ gewertet. Erst in Phase 3, wenn Betroffene die Dosis des Medikaments zunehmend steigern, kann für jeden Beteiligten deutlich werden, dass hier schwere Folgen der Gewöhnung an Medikamente eingetreten sind.

Menschen, die eine Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen erhalten, sollten unbedingt regelmäßig prüfen oder prüfen lassen, ob Folgen der Langzeiteinnahme aufgetreten sind und ob das Ausmaß im Verhältnis zur Milderung der Grunderkrankung steht. Mit dem Lippstädter Benzo-Check (siehe Anhang) kann der Selbsttest leicht von jedem oder jeder Betroffenen selbst durchgeführt werden.

1.2.3 Das Problem der Abhängigkeit

Die meisten Menschen, die Benzodiazepine bzw. Non-Benzodiazepine über Wochen, Monate oder Jahre einnehmen, werden sich nicht als abhängig oder gar suchtkrank empfinden. „Der Arzt hat das Medikament verordnet und wird mich richtig behandeln“, so lautet meist der Gedanke. Alle Ärztinnen und Ärzte, die Benzodiazepine verschreiben, wissen um die Gefahr der Abhängigkeit. Lediglich bei den Non-Benzo-

diazepinen (Z-Drugs) ist das Problem nicht allen Ärzten bekannt, da früher irrtümlich verbreitet wurde, hier könne keine Abhängigkeit entstehen. Allgemein wird die wahllose, unkontrollierte Einnahme der Medikamente als Sucht verstanden. Auch dass bereits zuvor Probleme auftreten, wissen nicht alle Ärztinnen und Ärzte.

Wann wird von einer „Medikamentenabhängigkeit“ oder „Medikamentensucht“ gesprochen?

Um dies besser zu verstehen, ist es sinnvoll, die Erkrankung „Sucht“ von „süchtigem Verhalten“ zu trennen. Süchtiges Verhalten ist eine von vielen Strategien, die fast jeder Mensch nutzt, um Belastungen zu bewältigen. Neben dem süchtigen Verhalten gehören zu den Bewältigungsstrategien Verleugnung, Verdrängung, Übertragung, Sublimierung, Rationalisierung und weitere mehr. Generell wird eine Vielzahl verfügbarer Bewältigungsstrategien positiv bewertet. Je einseitiger hingegen die vorhandenen Strategien sind, umso wahrscheinlicher entstehen Krankheiten. So ist zum Beispiel die Verdrängung zunächst einmal eine sehr günstige Bewältigungsstrategie – negative Erlebnisse werden vergessen. Das ist gut so, denn es wäre wenig hilfreich, dächten wir ständig an alle unsere negativen Erlebnisse. Gefährlich wird es dann, wenn Bewältigungsstrategien zu einseitig genutzt werden, wenn also z. B. Probleme und unangenehme Gefühle beiseitegeschoben werden und gar keine Auseinandersetzung mit ihnen erfolgt.

Was ist mit „süchtigem Verhalten“ gemeint?

Hierzu zählt z. B. neben dem „Feierabendbier“ auch die Tafel Schokolade, die nach dem Öffnen keine fünf Minuten „Überlebenswahrscheinlichkeit“ hat. Das heißt, die entspannende Wirkung des Alkohols oder der Genuss während des Schokoladenessens ist angenehmer als der Stress oder Ärger des Tages. Dieses süchtige Verhalten hat natürlich – genauso wie die Verdrängung – zunächst nichts mit Krankheit zu tun. Es leuchtet aber unmittelbar ein, dass die zu einseitige Bewältigungsstrategie „süchtiges Verhalten“ zur Krankheit werden kann. Das gilt ebenso für das „Feierabendbier“ wie für die Tabletteneinnahme. So zeigen Studien, dass 50 bis 70 Prozent aller Personen, die ein Benzodiazepin verschrieben bekommen, dieses auch langfristig einnehmen werden.



Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat eine Definition von „Abhängigkeit“ aufgestellt. Als abhängig gilt, wer mindestens drei der nachfolgenden Symptome innerhalb eines Jahres erfüllt:

- Wunsch/Zwang, Substanz zu konsumieren;
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge;
- körperliche Entzugssymptome;
- Toleranz/Dosissteigerung;
- erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung und Erholung von der Substanz, Vernachlässigung anderer Interessen;
- fortgesetzter Konsum trotz Folgeschäden.

Wie bereits beschrieben, entwickeln nur wenige Langzeitkonsumentinnen und -konsumenten von Benzodiazepinen das Vollbild einer Abhängigkeitserkrankung. Doch sei nochmals darauf hingewiesen, dass bereits vor Ausbildung einer Abhängigkeit in den Phasen 1 und 2 des Langzeitkonsums die Nebenwirkungen größer sind als die Vorteile des Konsums. Nur die Fehlinterpretation der Veränderung führt zum fortgesetzten Konsum.

Warum entwickelt nur ein kleiner Teil der Langzeitkonsumenten/-innen das Vollbild einer Abhängigkeit, wenn doch Benzodiazepine wesentlich schneller Abhängigkeit hervorrufen als zum Beispiel Alkohol?

Dies hat vor allem damit etwas zu tun, dass der Mehrzahl der Menschen, die Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen, diese nicht frei zur Verfügung stehen. Wenn die Substanzen nicht illegal beschafft werden, bedarf es der ärztlichen Verschreibung. Insoweit besteht eine Kontrolle von Seiten des Arztes/der Ärztin bzw. der Arzthelferinnen, die die Rezepte ausgeben. Die Betroffenen wissen, dass sie vor Ablauf einer angemessenen Zeit kein neues Rezept verlangen können. Durch diesen Rahmen (ähnlich wie bei der Substitutionsbehandlung von Heroinabhängigen mit Ersatzstoffen) wird über die äußere Kontrolle der sonst bestehende eigene Kontrollverlust nicht erkennbar. Viele Patienten berichten, dass sie nach der Entdeckung, auch ein weiterer Arzt könne ihnen die Tabletten verschreiben, die Dosis rasch steigerten. Durch die zuverlässige Versorgung mit Rezepten treten in der Regel keine Entzugserscheinungen auf. Insbesondere bei Benzodiazepinen mit langer Halbwertszeit kann die Medikation bisweilen auch für mehrere Tage entfallen, ehe der Wirkspiegel absinkt und dadurch Erstentzugserscheinungen auftreten.

Der Faktor „erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum und Erholung“ trifft bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln ebenfalls nur bedingt zu. Anders als beim Alkohol gibt es hier kaum Exzesse, die längerer Erholung bedürfen. Auch der Aufwand für die Beschaffung ist im Vergleich zu illegalen Drogen eher gering. „Fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen“ setzt voraus, dass die betroffene Person den Zusammenhang von Tabletteneinnahme und schädlichen Folgen erkennt. Dies ist aber sehr vielen Betroffenen (und leider auch Ärzten und Ärztinnen) unbekannt. Somit besteht bei Medikamentenabhängigen eine ähnliche Situation wie bei Abhängigen illegaler Drogen, die sich in einem Substitutionsprogramm befinden und regelmäßig vom behandelnden Arzt die Ersatzdroge ausgehändigt bekommen: Formal gesehen erfüllen diese Personen nicht mehr die Kriterien einer Abhängigkeit, obwohl niemand auf die Idee käme, die Abhängigkeit ernsthaft in Abrede zu stellen.

Viele Autoren und Autorinnen, die die schädlichen Folgen der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepinen erkannt haben, sprechen deshalb von einer „low dose dependency“ (Niedrigdosisabhängigkeit). Dadurch soll deutlich werden, dass zwar eine Abhängigkeit vorliegt, das Medikament jedoch nur in niedrigen Dosierungen eingenommen wird.

1.2.4 Die Rolle des Arztes bzw. der Ärztin

Die Mehrzahl der Menschen, die längerfristig Benzodiazepine oder Non-Benzodiazepine als Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel einnehmen, erhält diese von einem Arzt oder einer Ärztin verschrieben. Die illegale Beschaffung spielt nur bei einer Untergruppe der manifest Abhängigen eine Rolle, also zumeist jüngeren Menschen und/oder Menschen in einer fortgeschrittenen Phase der Erkrankung.

Insoweit wird bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten mit einer Langzeitverschreibung zumindest ein bestimmter Arzt über die Dauer und wenigstens über einen großen Teil der eingenommenen Dosis informiert sein. Leider erfolgt jedoch in vielen Praxen kein sorgfältiges Monitoring der Verschreibung. Sehr häufig berichten Patienten, dass sie ihr Folgerezept nach vorherigem Anruf bei den Arzthelferinnen abholen können oder dass diese blanko unterschriebene Rezepte entsprechend ausdrucken. Auch die übliche Praxissoftware unterstützt kein besonderes Monitoring bei Medikamenten mit Abhängigkeitsrisiko.

Dass Benzodiazepine eine Abhängigkeit erzeugen, haben alle Ärzte und Ärztinnen im Medizinstudium gelernt. Anders ist dies bei den Non-Benzodiazepinen (Z-Drugs). Diese Substanzgruppe wurde bei ihrer Markteinführung damit beworben, sie verursache keine Abhängigkeit; die damaligen Zulassungsstudien waren so angelegt, dass eine Abhängigkeitsentwicklung nicht erkannt werden konnte. Bei vielen Ärzten ist bis

heute keine Wissensaktualisierung in der Frage erfolgt. Zudem erwerben angehende Ärzte nur selten ausreichendes Wissen über die Konsequenzen einer Abhängigkeit. Viel zu wenig sind die Phasen 1 und 2 des Langzeitkonsums mit ihren negativen Auswirkungen für Betroffene bekannt – noch lange bevor die eigentliche Abhängigkeit einsetzt.

Nur eine kleine Gruppe der Ärzteschaft verschreibt Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine völlig unangemessen. Die meisten Ärzte und Ärztinnen verordnen langfristig Benzodiazepine, weil sie zwar um die Abhängigkeit wissen, nicht aber um die vorher einsetzenden Nebenwirkungen der Langzeiteinnahme. Ein Problem sehen sie nur, wenn die Patienten und Patientinnen (selber) die Dosis steigern. Hinzu kommt, dass viele Ärzte die Problematik des Entzugs überschätzen.

1.2.5 Entzug

Gerade zum Thema des Entzugs von Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepinen ist häufig viel Unsinniges zu lesen. Deshalb gleich vorab: Der Entzug von diesen Präparaten ist in jedem Alter zu bewältigen. Das Ausmaß der Entzugserscheinungen ist allerdings sogar bei Kenntnis der Vorgeschichte nicht sicher vorhersagbar. Auch Menschen, die nur kurze Zeit niedrige Dosierungen eingenommen haben, spüren zum Teil merkbare Entzugssyndrome. Andererseits gibt es immer wieder Patienten und Patientinnen, die nach Jahren der Einnahme in hohen Dosierungen einen völlig unkomplizierten Entzug durchlaufen. Entscheidend ist, dass der Entzug pharmakologisch fachgerecht durchgeführt wird und die Patienten entsprechend vorbereitet und begleitet werden.

Grundsätzlich gilt: **Niemals dürfen Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine und der Non-Benzodiazepine schlagartig abgesetzt werden. Es sollte vorher immer eine Besprechung mit einem Arzt oder einer Ärztin stattfinden.** Hat der bisher behandelnde Arzt wenig Vorkenntnis zum sogenannten „Ausschleichen“ von Benzodiazepinen, so empfiehlt es sich, jemanden hinzuzuziehen, der diesbezüglich mehr Erfahrung vorweisen kann.

Das Ausschleichen der Benzodiazepine kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen. Wird ein ambulanter Entzug gewünscht, sollten keine weiteren behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen vorliegen. Es bedarf auch eines entsprechenden sozialen Umfelds, damit gegebenenfalls auf Hilfe und Unterstützung des Familien- oder Freundeskreises zurückgegriffen werden kann. Darüber hinaus sollte keine anderweitige Suchterkrankung bestehen – wobei schon der bisher regelmäßige Konsum von Alkohol ein Problem darstellen kann (siehe Kapitel 1.2.9).



Der stationäre Entzug erfolgt üblicherweise in der Suchtstation einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung. Bei älteren Menschen kommt alternativ eine gerontopsychiatrische Station in Frage. Eine Suchtstation mit überwiegend alkoholabhängigen Mitpatienten und -patientinnen führt bei vielen Medikamentenabhängigen zu Berührungängsten und Schwierigkeiten, sich zu integrieren. Häufig werden eher die Unterschiede statt der Gemeinsamkeiten wahrgenommen. Für diese Patienten und Patientinnen kann es hilfreich sein, eine Station mit Schwerpunkt für Medikamentenabhängige auszuwählen, die ein eigenständiges Behandlungsprogramm anbietet (siehe Adressteil im Anhang).

Im stationären Rahmen wird sich die Abdosierung in der Regel über einen Zeitraum von drei bis sechs Wochen erstrecken, ambulant bis zu drei Monaten. Die Abdosierungsgeschwindigkeit sollte natürlich nicht zu hoch sein, da dies die Entzugsbeschwerden erhöht. Andererseits bedeutet, insbesondere im ambulanten Bereich, ein zu langsames Abdosieren, dass die Ausdauer der Betroffenen nicht ausreicht und die notwendige Aufmerksamkeit für das Bewältigen des Entzugssyndroms nicht aufrechterhalten werden kann. Deshalb ist das immer wieder zu lesende Modell, „der Entzug dauere so lange, wie das Medikament bisher eingenommen wurde“, unsinnig und irreführend.

Ein fachgerecht durchgeführter Medikamentenentzug stellt somit allenfalls für einen begrenzten Zeitraum eine Belastung dar. Das Vermeiden des Entzuges bedeutet immer eine nicht endende Einschränkung der Lebensqualität! Wer den Entzug wagt, den belohnt die Zeit danach.

1.2.6 Entwöhnung

Üblicherweise gilt die Entwöhnungstherapie im Anschluss an einen Entzug als „Königsweg“ in der Suchtbehandlung. Eine Entwöhnungstherapie, im Volksmund auch „Kur“ genannt, wird durch den Rentenversicherungsträger finanziert, um nach einer Akutbehandlung die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Diese Maßnahmen dauern im Regelfall 10 bis 14 Wochen (stationär), ambulant 1 ½ Jahre. Bei der Entwöhnungstherapie soll gelernt werden, wieder ohne Suchtmittel zu leben. Diesen Königsweg nutzen allerdings nur wenige hundert Medikamentenabhängige pro Jahr.



Dies hat einerseits mit der geringen Zahl an Entzugsbehandlungen insgesamt zu tun (stationäre Entzüge unter 10.000 pro Jahr), andererseits damit, dass es für Medikamentenabhängige nach dem Entzug mehr als nur einen „richtigen“ Weg gibt (Statistisches Bundesamt, 2011). Vielmehr muss sehr individuell entschieden werden, welche Maßnahme angemessen ist. So können Patienten und Patientinnen mit einer einfachen Schlafstörung als Ursache der Medikamentenabhängigkeit bereits im Entzug lernen, wie man auch ohne Medikamente mit Schlafstörungen umgehen kann. Weiterführende Maßnahmen sind in diesem Fall nicht erforderlich.

Häufig bedarf es zusätzlich der Behandlung einer psychischen oder psychosomatischen Grunderkrankung. Allerdings ist beispielsweise die Einschätzung vieler Medikamentenabhängiger zu vordergründig, sie bräuchten keine Medikamente mehr, wenn ihre Angststörung behandelt ist. Selbstredend muss die Angststörung therapiert werden, doch dies allein beseitigt die Abhängigkeitserkrankung nicht. Und eine nicht adäquat behandelte Abhängigkeitserkrankung wird immer wieder symptomatisch werden. Insoweit sind Therapieangebote, die sowohl die Grunderkrankung als auch die Suchterkrankung berücksichtigen, die sinnvollsten Formen einer Entwöhnungstherapie. Die langfristige Prognose im Hinblick auf Abstinenz ist bei Medikamentenabhängigen günstiger als bei Abhängigen von anderen Suchtmitteln (Poser, 1996).

Entwöhnungskliniken, die eigenständige Behandlungsangebote für Medikamentenabhängige anbieten, sind im Adressteil am Ende aufgelistet.

1.2.7 Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung

Eine psychiatrische Weiterbehandlung nach dem Entzug orientiert sich an der bestehenden Symptomatik. Daher kann eine endgültige Entscheidung über die Weiterbehandlung erst nach Abschluss des Entzuges erfolgen. Die psychiatrische Behandlung umfasst (neben der entsprechenden Diagnostik) stützende Gespräche, die Einleitung weiterführender Hilfen sowie gegebenenfalls eine Psychopharmakotherapie und eine Psychotherapie. Da in Deutschland eine relativ strikte Trennung zwischen suchtherapeutischen und psychotherapeutischen Behandlungsmethoden besteht, sind die

meisten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mit den Folgen und Konsequenzen einer Suchterkrankung nur unzureichend vertraut. Wie beschrieben muss in der weiteren Behandlung neben der Grunderkrankung auch die Abhängigkeit berücksichtigt werden. Deshalb greift eine alleinige Psychotherapie ohne Berücksichtigung suchtt therapeutischer Aspekte bei vielen Medikamentenabhängigen zu kurz. Vor der Entscheidung für eine weitere psychotherapeutische Behandlung sollte deshalb immer fachspezifischer Rat eingeholt werden.

1.2.8 Medikamentöse Alternativen

Medikamentöse Alternativen sollten die Grundlage und Unterstützung für eine positive Beeinflussung der Grunderkrankung darstellen, um einen veränderten Umgang mit Problemen und mit unangenehmen Gefühlen sowie Veränderungen im Alltag zu stützen bzw. sie überhaupt erst zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für phasenweise auftretende Depressionen sowie für Angststörungen. Wer jedoch alleine auf medikamentöse Alternativen setzt, wird aller Voraussicht nach enttäuscht werden.

Die Unterscheidung von Medikamenten in „Abhängigkeit erzeugende“ und „nicht Abhängigkeit erzeugende“ ist sinnvoll. Dass nicht abhängig machende Medikamente unkritisch als Alternative zu Benzodiazepinen genutzt werden können, wäre aber die falsche Schlussfolgerung. Wie in Kapitel 1.2.3 beschrieben, verfügt fast jeder Mensch über „süchtige Verhaltensmuster“ zur Bewältigung belastender Probleme oder unangenehmer Gefühle. Diese Muster können nicht nur über Abhängigkeit erzeugende Medikamente befriedigt werden, sondern auch durch alle anderen dämpfend wirkenden Medikamente – auch wenn sie keine Abhängigkeit hervorrufen.

Andererseits gilt, dass Antidepressiva die bessere Alternative für die mittel- und langfristige Behandlung von Ängsten, Zwängen und depressiven Störungen darstellen als Benzodiazepine. Sie haben allerdings den Nachteil, nicht unmittelbar zu wirken (Latenz von zwei bis vier Wochen) und zu Beginn der Behandlung möglicherweise Nebenwirkungen hervorzurufen. Deshalb erfordern diese Mittel etwas Geduld und erfahrene Ärzte, die auftretende Nebenwirkungen angemessen beurteilen können. Diese anfänglichen Nebenwirkungen verschwinden jedoch in aller Regel, wohingegen die Wirkung, im Gegensatz zu den Benzodiazepinen, auch langfristig bestehen bleibt.

Sogenannte niederpotente Neuroleptika werden häufig als Alternative bei Unruhe oder Schlafstörungen genutzt, da sie ebenfalls dämpfend wirken. Zum Teil besitzen sie jedoch unumkehrbare Nebenwirkungen, weswegen ihr Einsatz genau abgewogen werden muss. Niederpotente Neuroleptika können ein sogenanntes Parkinson-Syndrom auslösen, (selten) eine motorische Unruhe und leider auch sogenannte Spätdyskinesien. Dies sind unwillkürliche Bewegungen im Bereich des Mundes oder im Bereich der Hände. Auch Frühdyskinesien sind möglich. Dabei verkrampft sich die Schluckmuskulatur, was von Betroffenen, insbesondere bei fehlender Information,

als sehr bedrohlich erlebt wird. Wie bei jeder anderen medikamentösen Behandlung auch müssen die Risiken der Behandlung im angemessenen Verhältnis zu den Einschränkungen durch die Erkrankung stehen.

Pflanzliche Präparate sind nicht automatisch harmlos – auch Morphium zum Beispiel ist pflanzlicher Herkunft. Bei diesen Mitteln besteht ebenfalls das Risiko, dass die Dosis unkritisch erhöht wird – gerade weil sie landläufig als harmlos gelten. Wenn der Einsatz pflanzlicher Präparate die einzige Veränderung nach dem Absetzen chemischer Schlaf- und Beruhigungsmittel ist, kann kaum eine dauernde Stabilität erzielt werden.

1.2.9 Kreuztoleranz mit Alkohol

Die gleichzeitige Einnahme von Benzodiazepinen und Alkohol verstärkt deren Wirkung gegenseitig. Ein benzodiazepinabhängiger Mensch beispielsweise, der bislang nur sporadisch Alkohol getrunken hat und diesen nun täglich und in zunehmenden Mengen konsumiert, würde bereits nach wenigen Wochen die Kontrolle über den Alkohol verlieren und eine Abhängigkeit entwickeln. Andersherum ginge es noch schneller: Ein alkoholkranker Mensch, der mit der Einnahme von Benzodiazepinen oder Non-Benzodiazepinen beginnt, kann im Extremfall schon nach der ersten Tablette merken, dass er diese „nicht mehr hergeben möchte“.

Deshalb die grundsätzliche Empfehlung: (Abstinente) Alkoholiker und Alkoholikerinnen dürfen grundsätzlich keine Benzodiazepine oder Non-Benzodiazepine nehmen.

Ausnahmen sind hier lediglich einmalige oder sehr kurzzeitige Gaben im Rahmen stationärer Behandlungen (z. B. vor Operationen oder im Kontext schwerer psychischer Krisen). Abstinenz lebende Alkoholiker sollten die behandelnden Ärzte und Ärztinnen immer auf ihren „Status“ hinweisen. Medikamentenabhängige hingegen sollten kein zusätzliches Alkoholrisiko eingehen. Der Verzicht auf Alkohol ist für sie grundsätzlich empfehlenswert.

1.2.10 Fahreignung

Die Beurteilung der Fahrtauglichkeit erfolgt gemäß der „Begutachtungs-Leitlinie zur Kraftfahrereignung“. Darin heißt es: „Wer von [...] psychoaktiv wirkenden Stoffen, zum Beispiel Tranquilizer, [...] abhängig ist, wird den gestellten Anforderungen beim Führen von Kraftfahrzeugen nicht gerecht.“

Dementsprechend gilt für Medikamentenabhängige (genau wie z. B. auch für alkoholabhängige Menschen), dass sie für die Dauer der Einnahme oben genannter Mittel sowie im ersten Jahr der nachgewiesenen Abstinenz kein Kraftfahrzeug führen dürfen. Dies gilt auch im Hinblick auf das „Führen von Maschinen“. Behandelnde Ärzte sind dazu verpflichtet, hierauf hinzuweisen.

1.3 Antidepressiva

Antidepressiva sind Mittel zur Behandlung depressiver Störungen. Sie werden auch bei Angststörungen und Zwangsstörungen eingesetzt, teilweise auch zur symptomatischen Behandlung von Schlafstörungen, Erschöpfungszuständen sowie Unruhe.

Antidepressiva machen nicht abhängig! Absetzeffekte, die insbesondere bei einer bestimmten Art von Antidepressiva, den Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI), auftreten, dürfen nicht mit Entzugserscheinungen verwechselt werden. Es wäre fatal, wenn Personen, die dringend und langfristig Antidepressiva als Schutz vor neuen Krankheitsphasen einnehmen sollten, diese aus Angst vor Abhängigkeit wieder absetzen würden. Insbesondere Menschen, die an einer rezidivierenden Depression (also phasenweise immer wieder auftretenden Depressionen) leiden, benötigen Antidepressiva unter Umständen lebenslang.

Antidepressiva können jedoch auch missbräuchlich eingesetzt werden. Das heißt, sie werden ohne medizinische Indikation eingenommen, entweder um sich im Alltag zu „dopen“ oder – in deutlich höheren Dosierungen als empfohlen – zu dämpfen.

1.4 Antihistamine

Antihistamine werden einerseits zur Behandlung allergischer Reaktionen eingesetzt, andererseits bei der Behandlung von Schlafstörungen, Übelkeit, Reisekrankheit und Schwindel.

Je nach Wirkstärke sind diese Präparate apotheken- oder rezeptpflichtig. Insbesondere bei nichtrezeptpflichtigen Mitteln besteht die Gefahr der missbräuchlichen Einnahme, da letztlich keine Kontrolle durch Dritte (Arzt oder Ärztin) erfolgt. Ähnlich wie bei den Antidepressiva beschrieben, ist keine körperliche Abhängigkeitsentwicklung zu erwarten. Zahlen über den Missbrauch dieser Präparate liegen nicht vor. Allerdings berichten Patienten und Patientinnen mit einer Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln immer wieder, sie hätten – parallel zu Benzodiazepinen oder nach dem Entzug – Antihistamine in sehr hohen Dosierungen „wahllos“ eingenommen. In höheren Dosierungen jedoch sind diese Stoffe alles andere als harmlos. So können sich unter anderem internistische Erkrankungen verschlechtern (z. B. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Lebererkrankungen) und verschiedene



Nebenwirkungen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems auftreten. Auch Leberfunktionsstörungen und Haarausfall wurden beschrieben. Es kann im Verlauf ebenso zu paradoxen Effekten kommen (in Folge der Wirkumkehr wird das Präparat nicht eingenommen, um ruhiger zu werden, sondern um „Schwung“ zu haben). Wer also diese Präparate in höherer Dosierung regelmäßig einnimmt, sollte sich unbedingt ärztlich beraten lassen.

1.5 Barbiturate

Die Barbitursäure wurde erstmals 1864 durch Adolf von Baeyer synthetisiert. Barbiturate waren vor den Benzodiazepinen die Mittel der Wahl, um Schlafstörungen und Epilepsien zu behandeln. Da die Einnahme dieser Präparate aber schnell mit Nebenwirkungen und gefährlichen Überdosierungen einhergehen kann, verloren sie nach Einführung der Benzodiazepine glücklicherweise an Bedeutung. Barbiturate sind noch wesentlich gefährlicher als Benzodiazepine. Insbesondere im Bereich der Epilepsi-Behandlung erscheint diese Präparategruppe dennoch für einige Ärzte oder Ärztinnen unverzichtbar. Sie sollten jedoch ausschließlich von Ärzten verordnet werden, die eine besondere Expertise auf diesem Gebiet besitzen und in der Lage sind, sorgfältig Alternativen abzuwägen.

1.6 Chloralhydrat

Chloralhydrat (zum Beispiel Chloraldurat® rot und blau) wurde bereits 1832 als Arzneimittel eingeführt. Es gehört chemisch nicht zur Gruppe der Benzodiazepine oder Non-Benzodiazepine, wirkt aber wie diese über den GABA_A-Rezeptor. Es besteht eine Kreuztoleranz mit Benzodiazepinen, Non-Benzodiazepinen, Barbituraten und Alkohol (vergleiche Kapitel 1.2.9). Chloralhydrat wird, ebenso wie die Non-Benzodiazepine, häufig in seiner Gefährlichkeit für eine Abhängigkeitsentwicklung unterschätzt. Die Entzugserscheinungen entsprechen denen bei Benzodiazepinen. Nach Einzelfallbeschreibungen ist anzunehmen, dass insbesondere Konzentrations- und Gedächtnisstörungen als Folgen der Einnahme von Chloralhydrat sehr stark ausgeprägt sind. Aufgrund der geringen therapeutischen Breite von Chloralhydrat ist dieses grundsätzlich nur Mittel zweiter Wahl.

1.7 Clometiazol

Clometiazol ist in Deutschland als Distraneurin® seit Jahrzehnten im Handel. Es wird vor allem zur Behandlung des Alkohol-Entzugssyndroms eingesetzt. Darüber hinaus kann es bei Verwirrheitszuständen aufgrund hirnorganischer Psychosyndrome unter kontrollierten stationären Bedingungen angewendet werden, ebenso bei Schlafstörungen im höheren Lebensalter, wenn andere Maßnahmen nicht greifen.

Clometiazol wirkt, ebenso wie die Benzodiazepine, über den GABA_A-Rezeptor. In Deutschland ist es als Kapsel, Tabletten oder als Flüssigkeit im Handel. Früher war Clometiazol auch als Infusionslösung erhältlich. Clometiazol wirkt sehr schnell und führt ebenso rasch zu körperlicher Abhängigkeit. So gilt es zum Beispiel als ärztlicher Kunstfehler, einem alkoholabhängigen Menschen Clometiazol für die ambulante Selbstbehandlung des Alkoholentzuges zu verschreiben; leider geschieht dies jedoch immer wieder. Der Entzug von Clometiazol gestaltet sich als äußerst schwierig und unangenehm. Aufgrund der kurzen Halbwertszeit von Clometiazol (vier bis sechs Stunden) sollte beim Entzug auf ein mittellang wirkendes Benzodiazepin umgestellt werden.

Es ist keine Fallbeschreibung bekannt, bei der im Rahmen stationärer Behandlung eines Alkoholentzuges und bei fachgerechter Anwendung eine Abhängigkeit von Clometiazol auftrat. Dies liegt an der bedarfsorientierten Vergabe, im Gegensatz zu der süchtigen Einnahme bei Selbstdosierung.

Auch die Verschreibung an ältere Menschen mit Schlafstörungen sollte auf Krankenhaus-Behandlungen begrenzt bleiben.

1.8 Pflanzliche Präparate

Baldrian- und Hopfenpräparate sind als Schlaf- und Beruhigungsmittel die meistverwendeten pflanzlichen Wirkstoffe. Darüber hinaus kennt die Naturheilkunde eine Vielzahl weiterer Präparate, die zur Behandlung von Unruhezuständen, Schlafstörungen und zum Teil auch bei Ängsten eingesetzt werden. Landläufig gelten pflanzliche Präparate als gut verträglich und harmlos. Dies stellt aber ein einseitiges Klischee der „sanft wirkenden Substanzen ohne Nebenwirkungen“ dar. Das Beispiel Morphin – gewonnen aus der Mohnpflanze – macht deutlich, dass auch Naturmittel eine Abhängigkeit hervorrufen können. Als problematisch kommt hinzu, dass eine Vielzahl von Präparaten auch in Tropfenform angeboten wird, zumeist mit hochprozentigem Alkohol als Lösungs- und Konservierungsmittel („medizinischer Kräuterschnaps“).

Im Zusammenhang von Missbrauch und Abhängigkeit ist nicht nur die substanzspezifische Fähigkeit zur Erzeugung einer körperlichen Abhängigkeit bedeutsam, sondern auch die Wirkungserwartung des oder der Betroffenen und die dahinter stehende Bewältigungsstrategie. Nimmt ein überforderter Mensch, der abends nicht zur Ruhe kommt, ein pflanzliches Schlafmittel ein, so kann ihm dies zunächst einmal helfen, besser zu schlafen. Das Naturheilmittel jedoch ändert nichts an der Überforderung, die die eigentliche Ursache der Schlafstörung darstellt. Es wäre wesentlich sinnvoller, die eigenen Grenzen zu respektieren und sich Hilfe zu holen, statt sich weiter zu überfordern.

Die missbräuchliche Einnahme pflanzlicher Schlaf- und Beruhigungsmittel im Sinne einer Überdosierung ist keine Seltenheit. Die Betroffenen wollen keine „richtigen“ Medikamente einnehmen und steigern – aus der Vorstellung heraus, die pflanzlichen Präparate seien harmlos – die Dosis deutlich über die empfohlenen Vorgaben. Generell lässt sich sagen, dass die Gefahr des Missbrauchs umso größer ist, je besser das Präparat wirkt. Es besteht dabei kein Unterschied, ob es als Arzneimittel oder Arzneitee aufbereitet ist. Die Problematik bei Arzneitees liegt in dem Umstand, dass bei nicht fachgerechter Zubereitung die zum Einsatz kommende Wirkmenge des Präparates erheblich schwanken kann.

Zusammenfassend ist zu sagen: Pflanzliche Präparate sind nicht automatisch harmlos, eine Höherdosierung stellt einen Missbrauch dar. Viele Pflanzen, die selber aufbereitet werden (Naturdrogen), können eine körperliche Abhängigkeit hervorrufen, was die in Drogerien oder Apotheken abgegebenen und nichtrezeptpflichtigen Naturpräparate nicht vermögen.

1.9 Niederpotente Neuroleptika

Neuroleptika sind in der Psychiatrie häufig verwendete Medikamente. Die neueren atypischen Neuroleptika und die klassischen hochpotenten Neuroleptika werden zur Behandlung von Wahnvorstellungen und Halluzinationen eingesetzt (und spielen im Zusammenhang dieser Broschüre keine Rolle). Die sogenannten niederpotenten Neuroleptika wirken nur sehr schwach auf diese Symptome, haben aber einen beruhigenden und schlafanstoßenden Effekt. Niederpotente Neuroleptika rufen keine Abhängigkeit hervor. Da sie dämpfend wirken, können sie jedoch missbraucht werden. Dies geschieht vergleichsweise selten, da sich niederpotente Neuroleptika in höheren Dosierungen bremsend auf Denkvorgänge auswirken, was in der Regel als unangenehm wahrgenommen wird.



Niederpotente Neuroleptika sind verschreibungspflichtige Medikamente, Indikation und Kontraindikation müssen genau beachtet werden. Darüber hinaus haben sie eine Vielzahl an problematischen Nebenwirkungen, weshalb sie nicht unkritisch eingenommen werden dürfen: Neben ungünstigen Wirkungen auf das Herz-Kreislauf-System besteht die Gefahr von Früh- und Spätdyskinesien. Frühdyskinesien sind verbunden mit Verkrampfungen der Schluckmuskulatur, was von den Betroffenen als sehr bedrohlich erlebt wird.

Wesentlich problematischer sind sogenannte Spätdyskinesien, die bereits nach einer einmaligen Gabe ausgelöst werden können und als unumkehrbar gelten. Dies sind unwillkürliche Bewegungen im Bereich des Mundes oder der gesamten mimischen Muskulatur sowie der Hände („Pillendreher-Phänomen“).

Niederpotente Neuroleptika können auch ein Parkinson-Syndrom auslösen. Die Betroffenen zeigen Symptome wie bei einer parkinsonschen Erkrankung mit gebundener, steifer Muskulatur, kleinschrittigem Gang und „eingefrorener“ Mimik.

1.10 Tryptophan

L-Tryptophan entfaltet im menschlichen Körper eine beruhigende bis schlafanstoßende Wirkung sowie eine leichte Stimmungsaufhellung. Es kann industriell biosynthetisch hergestellt werden und findet Anwendung als Nährlösung zur parenteralen Ernährung (bei der alle Nährstoffe intravenös zugeführt werden). Nebenwirkungen von L-Tryptophan können Tagesmüdigkeit, Schwindel sowie Kopfschmerzen und Gewichtsverlust sein. Bei normaler Ernährung kommt in unseren Breitengraden ein Tryptophan-Mangel nicht vor.

Ein Missbrauch im engeren Sinne ist nicht möglich. Die Einnahme von L-Tryptophan ohne Indikation (eine Indikation besteht nur bei der Erkrankung Fruktosemalabsorption, also der unzureichenden Aufnahme von Fruktose) wird im Zusammenhang mit falschen Erwartungen im Hinblick auf das „Glückshormon“ Serotonin und seine Vorstufe Tryptophan beobachtet, vor allem im Bodybuilding und bei Menschen mit Wunsch nach Gewichtsabnahme. Der Hauptschaden, der dabei entsteht, betrifft den Geldbeutel.

2

Schmerzmittel (Analgetika)

2.1 Übersicht

Die pharmazeutische Industrie forscht vor allem in Bereichen, in denen ein großer Bedarf mit hohen Absatzzahlen zu erwarten ist. Dementsprechend ist es nicht verwunderlich, dass das „sehr unangenehme Problem“ Schmerz durch eine Vielzahl von Medikamenten behandelt werden kann. Um eine gewisse Systematik in die Substanzen zu bringen, wird unterschieden, an welchem Punkt im Körper diese angreifen – ob peripher oder zentral (Gehirn und Rückenmark), ob es Opiate sind oder nicht, ob es sich um entzündungshemmende oder fiebersenkende Analgetika handelt. Darüber hinaus wird noch nach chemischen Eigenschaften differenziert.

Vielfach werden Schmerzmittel nicht nach den gängigen Stufenplänen der medikamentösen Schmerztherapie verabreicht. Auch die psychischen Aspekte des Schmerzes werden nicht ausreichend beachtet, das Thema der Abhängigkeit kommt bei vielen Schmerztherapeuten und -therapeutinnen deutlich zu kurz. So sind zum Beispiel in einem knapp 1.000-seitigen Standardlehrbuch der Schmerztherapie dem Kapitel „Missbrauch, Abhängigkeit“ gerade einmal 12 Seiten gewidmet.

Die nachfolgenden Seiten wenden sich vor allem an Menschen, die frei verkäufliche Schmerzmittel ohne ärztliche Überwachung einnehmen, und ebenso an Personen, die opioidhaltige bzw. opiathaltige Schmerzmittel längere Zeit einnehmen, ohne jedoch an einer Erkrankung in der Endphase des Lebens zu leiden.

2.2 Schmerz, Schmerzempfinden und Schmerzwahrnehmung

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, ein komplexes Ereignis, das sich aus verschiedenen Komponenten zusammensetzt. Er dient dazu, den Körper vor Verletzungen oder Schädigungen anderer Art zu schützen. Schmerz kann als ein mehr seelischer oder auch mehr körperlicher Zustand verstanden werden.

Fast alle Körperbereiche und insbesondere die Haut sind mit Schmerzsensoren ausgestattet. Die eigentliche Schmerzwahrnehmung geschieht im Bereich der Großhirnrinde. Um Schmerz wahrzunehmen, bedarf es des sogenannten „nozizeptiven Systems“, das das Sinneserlebnis Schmerz vermittelt. Im zentralen Nervensystem erfolgt die emotionale Bewertung des Schmerzes. Damit verknüpft sind gegebenenfalls motorische Komponenten, also einfache Reflexe bis hin zu komplexen Verhaltensmustern wie Flucht oder Schonhaltung sowie Reaktionen des autonomen Nervensystems. Es erfolgt darüber hinaus eine Bewertung des Schmerzes aufgrund früherer Erfahrungen und der aktuellen Situation.

Das Schmerzempfinden besteht nicht nur aus den schmerzwahnehmenden Zellen und Nervenzellen, die diese Informationen weiterleiten. Im Gehirn erfolgen die Verarbeitung der eingehenden Impulse und deren Bewertung. Diese komplexe Verarbeitung wird unter anderem auch dadurch deutlich, dass akute Schmerzen eine sinnvolle Warnfunktion darstellen und eine klare organische Ursache haben – und sich in der Regel mit Schmerzmitteln gut behandeln lassen. Bei chronischen Schmerzen treten die organischen Ursachen oft in den Hintergrund und die psychosozialen Faktoren dominieren. Deshalb wird auch von einer bio-psychisch-sozial bestimmten Schmerzentstehung gesprochen. Durch die modernen Untersuchungsverfahren kann mittlerweile nachgewiesen werden, dass zahlreiche Kerngebiete des Denkens und des Fühlens bei den schmerzverarbeitenden Prozessen beteiligt sind.

Schmerzen werden von Mensch zu Mensch unterschiedlich intensiv wahrgenommen und bewertet. Zwar lassen sich mit Untersuchungsapparaturen die Leitfähigkeit von Schmerzfasern und eventuell auftretende Schmerzimpulse messen, sie lassen aber keine Aussage über das empfundene Schmerzausmaß zu.

Bereits die Alltagserfahrung zeigt, dass Schmerz nicht nur ein biologisches Phänomen ist. Kulturelle Aspekte, Faktoren des sozialen Umfeldes, eigenes Verhalten, Erfahrungen, Erinnerungen und Bewertungen führen zu unterschiedlichen Schmerzintensitäten. Diese variable Schmerzempfindung geht einher mit unterschiedlich starker Aktivierung aller in die zentrale Schmerzverarbeitung einbezogenen Gehirnanteile. Des Weiteren verändert eine begleitende Depression die Wahrnehmung der Schmerzen.

2.3 Der chronische Schmerz

Chronische Schmerzen können ein andauerndes Warnsignal bei einer chronischen Erkrankung darstellen, andererseits auch eine Erkrankung des schmerzverarbeitenden Nervensystems („Schmerzkrankheit“). Im Regelfall wird sich bei einem intakten Schmerzverarbeitungssystem nach Beseitigung der Ursache (z. B. Entfernung einer Glasscherbe aus dem Gewebe) der Schmerz vollständig zurückbilden.

Bei Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems können sich durch die Anpassungsmechanismen irreversible Schädigungen einstellen. Diese Art von Schmerz wird als neuropathischer Schmerz bezeichnet. Ursachen dafür können Verletzungen der Nerven sein, Folgen von Stoffwechselstörungen (diabetische Neuropathie), Virusinfektionen (Herpes-Zoster-Neuralgie), Schädigung des sympathischen Nervensystems, Phantomschmerzen nach Amputation und zentrale Schädigungen (z. B. Querschnittslähmung, Thalamus-Schädigung).

Während jene Schmerzen, die durch die Schmerzsensoren im Körper vermittelt werden, wirkliche oder drohende Schäden anzeigen und damit den Körper schützen, stellen neuropathische Schmerzen eine Fehlinformation dar. Nicht der „zu überwachende“ Bereich des Körpers ist krank, sondern das Schmerzleitensystem. Typisch für neuropathische Schmerzen sind spontan auftretende, oberflächliche, brennende Schmerzen. Hinzu treten plötzlich einschießende, stechende Schmerzattacken.

2.3.1 Interaktion zwischen Körpergewebe und Gehirn

Unser Gehirn ist kein statisches Gebilde. Es passt sich ständig veränderten Anforderungen an. So führt z. B. tägliches Klavierspielen zu einer Verbesserung der Feinmotorik der Finger und des Gehörs. Genauso passt sich unser Gehirn wiederholten oder dauerhaft angebotenen Schmerzimpulsen aus dem Körper an. Wie beim Klavierüben wird die Veränderung im Gehirn bei Schmerzreizen umso ausgeprägter sein, je häufiger, länger und intensiver der Schmerzreiz angeboten wird. Diese Veränderungen entwickeln sich mit Verzögerung nach Beginn eines wiederholten oder ständigen Schmerzreizes und bilden sich, zumindest zum Teil, nach Abklingen des Schmerzes auch wieder zurück. Ein extremes Beispiel für notwendige Anpassungsleistungen des Gehirns wäre z. B. der Verlust eines Beins durch Amputation.

2.3.2 Durch das sympathische Nervensystem unterhaltene Schmerzen

Die Wahrnehmung von Schmerzen hat nicht nur eine unmittelbare Rückwirkung auf die Motorik (Schutzreflex, Schonhaltung), sondern auch auf das sogenannte sympathische Nervensystem. Dieses dient unter anderem der Steuerung des Herz-Kreislauf-Systems und der Atmung. Unter normalen Bedingungen hat der Sympathikus

keinen Einfluss auf die Schmerznervenzellen. Nach Verletzung mit und ohne Nervenschädigung jedoch können die sympathischen Nervenfasern die schmerzleitenden Nervenfasern beeinflussen, so dass vorhandene Schmerzreize intensiver empfunden werden. Hierdurch erklärt sich die Kopplung von Stress und innerer Anspannung (aktiviertes sympathisches Nervensystem) mit dem Schmerzerleben. Entspannungsverfahren sind deshalb bei der Bewältigung chronischer Schmerzen hilfreich.

2.3.3 Das Schmerzgedächtnis

Der menschliche Organismus ist in der Lage, komplexe Vorgänge zu erlernen, an denen verschiedene Systeme beteiligt sind. Als Beispiel mag dafür das Fahrradfahren dienen, bei dem Gleichgewichtssinn, visuelle Wahrnehmung und Motorik in einer komplexen Art und Weise zusammenarbeiten. Je häufiger das Fahrradfahren geübt wird, umso besser greifen die Vorgänge zusammen. Auch der Schmerz ist ein komplexes Geschehen, bei dem verschiedene Systeme des Organismus zusammenwirken.

Das Schmerzgedächtnis ist die Fähigkeit des Nervensystems, im Rahmen von Lern-Gedächtnis-Vorgängen eine „Erinnerung“ für erlebte schmerzhafte Reizungen der Schmerzsensoren im Gewebe und deren Weiterleitung zum zentralen Nervensystem zu entwickeln. Durch Rückkopplungsmechanismen und Aufmerksamkeitslenkung des Gehirns werden die Schmerzen im Verlauf niedrighschwelliger wahrgenommen. Als Folge reichen immer geringere Schmerzreize aus, um ein Schmerzempfinden auszulösen. Im Extremfall können andauernde Schmerzen auftreten, obwohl der ursprünglich auslösende Reiz nicht mehr besteht.

Eine zentrale Forderung der Schmerztherapie lautet, neu auftretende gravierende Schmerzen möglichst rasch durch optimale Schmerzbetäubung (Analgesie) zu behandeln, gegebenenfalls auch durch hochpotente Opiate. Dadurch soll das Risiko für eine Schmerzchronifizierung verhindert werden. Häufig wird empfohlen, Menschen, die zur Chronifizierung von Schmerzen neigen, bzw. Krankheitsbilder, die häufig mit chronifizierenden Schmerzbildern einhergehen (z. B. Herpes-Zoster-Neuralgie bei älteren Menschen), zusätzlich mit „nicht klassischen Schmerzmitteln“ wie Antidepressiva, Antikonvulsiva und NMDA-Protagonisten zu behandeln.



2.3.4 Psychosoziale Faktoren bei der Chronifizierung von Schmerzen

Dauert ein Schmerzsyndrom trotz Behandlung länger als drei Monate, so wird von einem chronischen Schmerz gesprochen. Die häufigsten chronischen Schmerzen sind Kopfschmerzen (einschließlich Migräne) sowie Rückenschmerzen. Eine Wechselwirkung zwischen Schmerzen und psychischem Befinden besteht unbestritten. Es ist zum einen nach Ursache und Wirkung zu fragen, zum anderen um welche Wechselwirkungen es sich im Einzelnen handelt. In der Regel erweist es sich als sinnvoll, sowohl die körperliche als auch die psychische Komponente zu behandeln.

Die entscheidenden psychosozialen Faktoren im Hinblick auf Chronifizierung bzw. Nichtchronifizierung von Schmerzen sind: Alltagsbelastung im beruflichen oder privaten Bereich, der Umgang mit Schmerzen und die Gefühlslage.

Am Beispiel von Rückenschmerzen lassen sich die wesentlichen Zusammenhänge darstellen: Menschen, die einen akuten lumbalen Bandscheibenvorfall mit einer radikulären Schmerzsymptomatik erleiden und zugleich eine depressive Stimmungslage zeigen, tragen ein über 80-prozentiges Risiko, von einer Operation ohne weitere Maßnahmen nicht zu profitieren und ein chronisches Schmerzbild zu entwickeln. Dieser sehr eindeutige Zusammenhang besteht bereits bei milden Formen von Depressivität (gedrückte Stimmung, verminderter Antrieb, Rückzug und negative Gedanken). Depressive Stimmungszustände sind auf unterschiedliche Art und Weise aber auch Wegbereiter für Rückenschmerzen. Hinzu kommt, dass es vielen Menschen leichter fällt, über ihre Schmerzen zu sprechen als über ihre Depression. So schiebt sich häufig das Schmerzgeschehen vor die Depressivität, und die auffälligen Veränderungen (weniger Freude, negative Gedanken, weniger Antrieb) werden vom Umfeld als schmerzbedingt verstanden.

Schon die Umgangssprache formuliert den Zusammenhang zwischen Alltagsbelastung und Schmerz: „Etwas lastet schwer auf den Schultern“, „von der Last gebeugt“, „sich etwas aufladen“. Die typische Konstellation bei sich chronifizierenden Rückenschmerzen sind anhaltende Alltagsbelastungen bis hin zu Überforderungen, aus denen von den Betroffenen kein Ausweg gesehen wird. Ähnlich wie bei der Depressi-

vität besteht die Wechselwirkung hier über die vermehrte muskuläre Anspannung. Dem Schmerz kommt bei chronischer beruflicher Belastung eine besondere Bedeutung zu: Er bietet die „Chance“, dieser Situation zu entfliehen. Dies wird in der Regel von den Betroffenen nicht bewusst wahrgenommen, der Zusammenhang ist aber für Außenstehende leicht zu erkennen.

Ein entscheidender Aspekt ist der individuelle Umgang mit Schmerzen und die Frage, wie viel „Macht“ diesen gegeben wird. Gerade als Folge von Rückenschmerzen besteht die Gefahr, dass alle körperlichen Aktivitäten vermieden werden. Dadurch werden die Muskeln schwächer und die Schmerzen steigen. Eine Wechselwirkung zur psychischen Seite entsteht dann durch Verlust von Hobbys, Stressausgleich und sozialen Kontakten. Die Abnahme von Alltagserlebnissen lenkt die Aufmerksamkeit zunehmend auf die Schmerzen (siehe auch „Schmerzgedächtnis“), diese werden zum Hauptlebenssthema. Aber auch das andere Extrem, das Ignorieren der Schmerzen, begünstigt die Chronifizierung, da dadurch angemessene Behandlungsmaßnahmen unterbleiben.

Ganz entscheidend ist die persönliche Bewertung des Schmerzes. Jeder kennt die Wirkung von Ablenkungen, die „einen die Schmerzen vergessen lassen“. Dies kann gezielt geübt werden. Auch die Umbewertung des Schmerzes und die Akzeptanz der daraus resultierenden Einschränkungen wirken einer Chronifizierung entgegen.

Bestimmte Altersgruppen, bestimmte Arbeitsplätze und die soziale Schicht haben ebenfalls Einfluss auf das Risiko der Chronifizierung von z. B. Rückenschmerzen. Die „Flucht in die Krankheit“ aus dem Arbeitsleben heraus kann einerseits erfolgen, wenn die berufliche Karriereerwartung nicht erfüllt wird (Altersgruppe 30 bis 39) oder Kränkungen und Belastungen das weitere Arbeiten wenig attraktiv werden lassen (Altersgruppe der über 50-Jährigen).

2.4 Medikamentöse Schmerzbehandlung

Schmerzmittel sind die am häufigsten verkauften Medikamente. Aufgrund der komplexen anatomischen und physiologischen Voraussetzungen der Schmerzwahrnehmung kann eine Schmerzbehandlung vielfältig ansetzen. Folglich steht für die Schmerzbehandlung eine Vielzahl unterschiedlicher pharmakologischer Mittel zur Verfügung. Üblicherweise wird zwischen (starken) Opioidanalgetika und (schwächeren) Nichtopioidanalgetika unterschieden. Hinzu kommen Lokalanästhetika sowie Medikamente, die primär keine Schmerzmittel sind, jedoch eine positive Wirkung auf Schmerzen zeigen.

2.4.1 Nichtopioidanalgetika

Diese Substanzgruppe stellt nicht nur in Bezug auf die Anzahl der Substanzen, sondern auch auf die Anwendungshäufigkeit die größte Gruppe der Schmerzmittel dar. Weit über 90 Prozent aller analgetischen Tagesdosierungen entfallen darauf. Sie lässt sich in drei Gruppen unterteilen:

Die „non-steroidal anti-inflammatory drugs“, also die sogenannten sauren antiphlogistischen (entzündungshemmenden) antipyretischen (fiebersenkenden) Analgetika, kurz NSAIDs. Die sauren antiphlogistischen antipyretischen Analgetika werden als Basistherapie bei entzündlichen Prozessen eingesetzt, die mit Schmerzen einhergehen (zum Beispiel rheumatische Erkrankungen). Glaubte man früher, dass diese Medikamente ausschließlich am Ort der Schmerzentstehung wirken, weiß man heute, dass diese auch einen Teil ihrer Wirkung über das zentrale Nervensystem entfalten.

Die nicht sauren antipyretischen Analgetika wie Paracetamol und Phenazon haben, zumindest im analgetischen Dosisbereich, keine entzündungshemmende Wirkung.

Die am häufigsten verwendeten Schmerzmittel (Nichtopioidanalgetika ohne antipyretische und antiphlogistische Wirkung) sind auch entzündungshemmend. Sie stellen die Basis der Behandlung bei gelegentlichen Schmerzen und Fieberschüben dar (nicht bei bakteriellen Infektionen) sowie bei rheumatischen Erkrankungen (entzündungshemmende und schmerzstillende Wirkung). Medikamente aus dieser Gruppe sind schwache organische Säuren und werden als nichtsteroidale antiinflammatorische Medikamente bezeichnet (non-steroidal anti-inflammatory drugs). Wirkstoffe sind z. B. Salicylsäure, Diclofenac oder Ibuprofen.

Saure antiphlogistische antipyretische Analgetika (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)

In entzündlich veränderten Geweben werden vermehrt Prostaglandine gebildet. Die NSAIDs entfalten ihre Hauptwirkung, indem sie die Bildung von Prostaglandinen aus Arachidonsäure unterdrücken. Die Entzündungen können bakterieller Ursache, aber auch durch Strahlen, Traumata oder Krebsgeschwüre ausgelöst sein. Bei der Anwendung ist zu beachten, dass einige der NSAIDs im Körper nur sehr langsam abgebaut werden (Piroxicam und Tenoxicam) – diese sind nur bei Schmerzen sinnvoll, die voraussichtlich über Tage anhalten werden, wie zum Beispiel bei rheumatischen Schüben.

Manche der NSAIDs verändern die Hülle der Blutplättchen. Als Folge haften diese nicht mehr so gut aneinander und Gefäßschäden werden schlechter abgedichtet. Andererseits erschwert dies die Bildung von Blutklümpchen (Thromben/Thrombosen). So lässt sich auch die schlechte Magenverträglichkeit mancher dieser Präparate

erklären, da sie Proteine der Magenwand angreifen (Acetylierung). Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass Blutplättchen, die beispielsweise durch Acetylsalicylsäure „angegriffen“ sind, nicht mehr ihre ursprüngliche Funktion zurückgewinnen. Die Folgen der Einnahme von Acetylsalicylsäure können bis zu fünf Tage anhalten. Bei allen anderen Wirkstoffen dieser Gruppe hält die hemmende Wirkung auf die Blutplättchen nur so lange an, wie die Substanz im Blut vorhanden ist.

Schwere Überdosierungen von Acetylsalicylsäure (mehr als 4 g pro Tag) können über eine Anhäufung im Organismus zu einem sogenannten Salicylismus führen. Hierbei treten Benommenheit, akustische Halluzinationen und Elektrolytstörungen auf. Weitere und unter Umständen lebensgefährliche Nebenwirkungen sind pseudoallergische Reaktionen mit Heuschnupfen oder asthmaähnlichen Zuständen bis hin zu Schocksymptomen. Eine weitere gefährliche Nebenwirkung von Acetylsalicylsäure betrifft Kinder vor der Pubertät. Beim sogenannten Reye-Syndrom kann Acetylsalicylsäure zu einer Erweichung von Leber und Gehirn führen (hepatische und zerebrale Malazie).

Nicht saure antipyretische Analgetika

Nicht saure antipyretische (fiebersenkende) Analgetika haben, zumindest im schmerzlindernden Dosisbereich, keine entzündungshemmende Wirkung. Der bekannteste Vertreter dieser Gruppe ist das Paracetamol. Als Besonderheit wirkt es leicht stimmungshebend, insbesondere bei der Kombination mit Coffein. Diese ist in manchen Mischanalgetika zu finden und kann zu einem Missbrauch der Substanz führen.

Ein anderer Vertreter dieser Gruppe, das Phenazon, hat eine Entspannung der glatten Muskulatur zur Folge (Muskulatur, die nicht der Willenssteuerung unterliegt). Dies ist einerseits günstig bei Schmerzen, die durch Muskelkrämpfe wie z. B. Koliken ausgelöst werden, andererseits auch die mögliche Ursache für schockartige Reaktionen: Die Entspannung der Muskeln der Gefäßwände führt zum Versacken des Blutes in den Gefäßen. Paracetamol wird erst im Dünndarm absorbiert, so dass es



einen verzögerten Wirkeintritt hat. Phenazon wiederum wird nur sehr langsam im Körper abgebaut und ist deshalb zur Behandlung vorübergehender Schmerzen nur bedingt sinnvoll. Der genaue Wirkmechanismus dieser Substanzgruppe ist nicht geklärt.

Medikamente aus dieser Gruppe werden in der Regel gut vertragen. Bei Überdosierungen von Paracetamol kann es aber zu schwerer Leberschädigung kommen. Dies gilt insbesondere in Verbindung mit Alkohol!

Spezifische COX-2-Hemmstoffe

In Deutschland wurden aus dieser Gruppe die Stoffe Celecoxib (Handelsname Celebrex® zur Behandlung chronischer Polyarthritiden und Osteoarthritis) und Rofecoxib (Handelsname Vioxx® zur Behandlung der Osteoarthritis) zugelassen. Diese Präparate wirken vor allem bei Schmerzen, die in entzündlichen Geweben entstehen. In wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen sie eine vergleichbare Effektivität wie die sauren antiphlogistischen Analgetika, werden aber vom Magen-Darm-System deutlich besser vertragen. Nebenwirkungen können sein: Übelkeit, Durchfälle, Bauchschmerzen und Blähungen. Untersuchungen zum Abhängigkeitspotenzial dieser Substanzen liegen bisher nicht vor.

Nichtopioidanalgetika ohne antipyretische und antiphlogistische Wirkung

Aus dieser Gruppe sind zwei Substanzen zu nennen, von denen nur eine in Deutschland zugelassen ist: Flupirtin (Handelsname Katadolon®, Trancopal® und Trancolong®) und Nefopam (in Deutschland ohne Zulassung). Der Wirkmechanismus beider Substanzen ist bisher nicht befriedigend geklärt. Vermutlich wirkt Flupirtin direkt auf Rückenmarks- oder Gehirnebene. Bei dieser Substanz sind Abhängigkeitsentwicklungen beschrieben worden. Behandlungsempfehlungen liegen bei neuropathischen Schmerzen mit Muskelverspannungen vor. Da hier häufig auch eine große psychische Überlagerung besteht, ist bei diesem Erkrankungsbild das Abhängigkeitsrisiko besonders hoch. Nefopam kann einige Nebenwirkungen verursachen – Herz-Kreislauf-Probleme, Verwirrungen, Halluzinationen und Harnverhalt.

2.4.2 Opioidanalgetika

Opioidanalgetika sind die stärksten Schmerzmittel, die bisher entdeckt wurden. Sie gehen auf die Substanzen Morphin und Codein im Schlafmohn (Opium) zurück. Durch Veränderung der Ausgangsstruktur sind sogenannte halbsynthetische Verbindungen entstanden, deren analgetische Wirkung zum Teil erheblich höher ist als die der Ausgangssubstanzen. Opioide bremsen bzw. verhindern gänzlich die Weiterleitung von Schmerzreizen.

Aus Morphin werden Hydromorphon und Diacetylmorphin (Heroin) synthetisiert, aus Codein das Hydrocodein und Oxycodon. Über eine Zwischenstufe wird Buprenorphin gewonnen. Vollsynthetische Opioide sind Dextromoramid, Dextropropoxyphen, Methadon, Levo-Methadon, Pentazocin, Pethidin, Piritramid, Tilidin, Tramadol als Schmerzmittel sowie als Narkosemittel Fentanyl, Alfentanil, Sufentanil und Remifentanil.

Um unter den Opioiden das passende Präparat zu finden, muss ausreichendes Fachwissen vorhanden sein. Ein Entscheidungskriterium sind beispielsweise die möglichen Verabreichungswege (orale oder rektale Aufnahme, intravenöse und subkutane Spritzen sowie Pflaster). Die Darreichungsform wiederum entscheidet zusammen mit der Eigenschaft der Substanz, wie schnell ein ausreichender Wirkspiegel aufgebaut wird. Ferner dient die Abbaugeschwindigkeit der Substanz (Halbwertszeit) zur Beurteilung, wie lange ein Präparat ausreichend stark wirkt.

Allen Opioiden gemeinsam ist die Fähigkeit, eine körperliche Abhängigkeit hervorzurufen. Alle Opioide haben neben der schmerzstillenden Komponente einen Einfluss auf die Psyche. Neben der euphorisierenden Wirkung ist hier vor allem eine „angenehme Gleichgültigkeit“ zu nennen. Da chronische Schmerzen immer mit chronischen Erkrankungen verbunden sind, die auch psychisch bewältigt werden müssen, ist es verständlich, dass eine euphorisierende und zugleich gelassene Stimmung bei der Bewältigung solcher chronischen Erkrankungen helfen kann. So ist neben der von Opioiden hervorgerufenen körperlichen Abhängigkeit auch eine psychische Abhängigkeit zu beobachten.

Eine Besonderheit bei Opioidkonsum ist die extreme Toleranzentwicklung. Diese führt dazu, dass Dosierungen vertragen werden, die für nicht Gewöhnte tödlich wären. (Der Mechanismus ähnelt den in Kapitel 1.2.2 für die Benzodiazepine beschriebenen Folgen.)

Opioide sind vor allem in der Überdosierung gefährlich, da zum Beispiel zerebrale Krampfanfälle (epileptischer Anfall) oder auch tödliche Komplikationen durch Atemlähmung oder Herz-Kreislauf-Versagen ausgelöst werden können. Der Entzug von Opioiden ist sehr unangenehm. Ein schlagartiges Absetzen ist schwer zu bewältigen, in körperlicher Hinsicht jedoch ungefährlich (siehe Kapitel 2.6.6).

2.5 Vom richtigen Umgang mit Schmerzmitteln

Die vorausgegangenen Kapitel zeigen zum einen deutlich, dass Schmerz nicht gleich Schmerz ist, und zum anderen, dass bei der Behandlung von Schmerzen ein umfangreiches Wissen über Diagnostik und Therapiemöglichkeiten erforderlich ist. Nachfolgend wird die Umsetzung für zwei Bereiche der Schmerztherapie exemplarisch dargestellt.

2.5.1 WHO-Stufenschema der Schmerztherapie bei Krebschmerzen

Insbesondere bei fortschreitenden Krebserkrankungen ist in der modernen humanen Patientenbegleitung eine adäquate Schmerztherapie unverzichtbar. Grundprinzip des Stufenschemas der Weltgesundheitsorganisation ist eine regelmäßige Einnahme der Medikation im Sinne einer Schmerzprophylaxe. Das zweite Grundprinzip sieht ein gestuftes Vorgehen vor, bei dem zunächst die Schmerzen mit einem Nicht-Opioidanalgetikum wie Acetylsalicylsäure, Metamizol oder Paracetamol behandelt werden sollen, gegebenenfalls in Kombination mit ergänzenden Mitteln wie Antidepressiva oder Kortison. In der zweiten Stufe soll ein schwaches Opioid wie Tramadol, Tilidin oder Dihydrocodein zum Einsatz kommen. Erst in der dritten Stufe werden die starken Opioide empfohlen (Buprenorphin, Morphin).

2.5.2 Leitliniengerechte Behandlung der Migräne

Bei einer Behandlung entsprechend den Empfehlungen der Fachgesellschaften kommt eine undifferenzierte und sich ständig erhöhende Schmerzmedikation nicht vor und eine Schmerzmittelabhängigkeit ist bei fachgerechter Behandlung zu vermeiden.

In den letzten Jahren haben die Fachgesellschaften sogenannte „Leitlinien“ entwickelt, die Empfehlungen zur fachgerechten Behandlung einer Erkrankung darstellen. Diese Empfehlungen basieren auf der aktuellen wissenschaftlichen Literatur und werden in der Regel durch ein vielköpfiges Gremium entwickelt und verabschiedet. Sie stellen damit den aktuell besten Stand des Wissens dar, sind aber nicht verbindlich und müssen selbstverständlich an den jeweiligen Einzelfall angepasst werden. Auch zur Behandlung der Migräne wurde eine solche Leitlinie entwickelt. Die Migräne ist zwar nicht die häufigste Kopfschmerzerkrankung, aber aufgrund des Ausmaßes der Beeinträchtigung, die damit einhergeht, sicher die wichtigste. Etwa 5 Prozent aller Männer und 15 Prozent aller Frauen erkranken lebenszeitlich daran. Durch die regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln (an 15 Tagen und mehr eines Monats) können bei Migränepatienten/-innen noch zusätzlich analgetikainduzierte Kopfschmerzen auftreten (siehe Kapitel 2.6.1).



Bei der Behandlung der Migräne ist zu unterscheiden zwischen Akuttherapie und vorbeugender Behandlung (Prophylaxe). Vor Einnahme des Schmerzmittels sollte zunächst ein Mittel gegen Übelkeit eingenommen werden (z. B. Metoclopramid oder Domperidon). Dadurch wird die Aufnahme des Schmerzmittels erleichtert. Dieses sollte bei leichter bis mittelgradiger Schmerzintensität ein peripher wirksames Analgetikum sein (in der Regel frei verkäufliche Mittel). Wenn periphere Analgetika nicht greifen oder es sich um eine schwere Attacke handelt, sollte gemäß Leitlinie die Gabe eines Triptans erfolgen (Achtung: nicht bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Auch Triptane sollten nicht mehr als zehn Tage im Monat eingenommen werden. Da Patienten unterschiedlich gut auf die verschiedenen Triptane ansprechen, kann es sinnvoll sein, die verschiedenen Substanzen dieser Medikamentengruppe zu testen.

Bei einer Migräneattacken-Häufigkeit von mehr als drei pro Monat oder wenn die Attacken seltener, dann aber nicht ausreichend akut zu beherrschen sind oder auch bei einem Übergebrauch der Akutmedikamente sollte gemäß Leitlinie an eine medikamentöse Prophylaxe gedacht werden. Für alle Strategien gilt dabei, dass sie zunächst über drei Monate regelmäßig und ausreichend dosiert verfolgt werden müssen, um den Therapieverlauf beurteilen zu können. Als Erfolg gilt eine Senkung der Attackenfrequenz um mindestens 50 Prozent. Die Chance auf ein Ansprechen liegt bei 70 Prozent. Empfohlene Mittel hierfür sind Betablocker, Flunarizin, Valproat und Topiramate.

Gemäß Leitlinie werden auch nichtmedikamentöse Verfahren zur Migräneprophylaxe propagiert. Dabei steht an erster Stelle die Vermeidung von Auslösern. Wissenschaftliche Studien haben aber auch die positiven Effekte von Entspannungsverfahren wie progressiver Muskelrelaxation nach Jacobsen, thermalem Biofeedback, Vasokonstriktionstraining, kognitiver Verhaltenstherapie und Sporttherapie (Ausdauerbelastung) gezeigt. Am günstigsten ist es, solche Verfahren zu kombinieren. Nicht vorgesehen zur Behandlung von Migräne sind Opioide oder Opiate.

2.6 Folgen des Langzeitkonsums

Bereits lange bevor ein klassisches Suchtverhalten mit deutlicher Dosissteigerung, heimlicher Einnahme und weiteren Symptomen einer Abhängigkeit (siehe Kapitel 1.2.3) eintritt, kann die Langzeiteinnahme von Schmerzmitteln, je nach Substanz, erhebliche Folgen für den Organismus haben.

Chronische Schmerzen können die Lebensqualität und Lebensfreude in ganz erheblichem Ausmaß beeinträchtigen. Wenn Betroffene nach Mitteln suchen, um Schmerzen zu beseitigen, deren Ursache nicht zu behandeln ist, gilt es wie bei jeder anderen Therapieform auch, die Vor- und Nachteile von Behandlung und Nichtbehandlung abzuwägen. Die Folge der Nichtbehandlung – weiterhin unter Schmerzen zu leiden – ist unmittelbar einleuchtend. Die Konsequenzen einer chronischen Schmerzmittelleinnahme jedoch werden wegen der Belastung durch die Schmerzen nicht unbedingt bedacht. Bei der Abwägung der Folgen einer Langzeiteinnahme von Schmerzmitteln sollte ebenso wie bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln unterschieden werden zwischen den Nebenwirkungen im Laufe einer Langzeiteinnahme und der Ausbildung einer Abhängigkeit.

2.6.1 Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

Die regelmäßige Einnahme frei verkäuflicher Schmerzmittel bzw. Migränemittel kann eine paradoxe Reaktion verursachen: Durch die Einnahme selber entstehen Schmerzen, typischerweise dumpf-drückende Dauerkopfschmerzen, die bereits beim Aufwachen bestehen und sich durch körperliche Belastung verstärken. Bei ergotaminhaltigen Migränemitteln können auch nächtliche Schmerzattacken auftreten, die dann schwer von einer akuten Migräneattacke zu unterscheiden sind. Untersuchungen haben gezeigt, dass etwa 5 bis 8 Prozent aller Kopfschmerzpatienten und -patientinnen Medikamente missbräuchlich einnehmen, also im Sinne einer zu häufigen oder zu hoch dosierten Eigentherapie. Frauen sind fünfmal häufiger davon betroffen als Männer.

Grundsätzlich können medikamenteninduzierte Kopfschmerzen durch alle Nicht-opioidanalgetika, Ergotaminpräparate und Triptane sowie andere Migräne- und Kopfschmerzmittel ausgelöst werden, wenn sie zu häufig, das heißt an mehr als zehn Tagen eines Monats oder in höheren Dosierungen als empfohlen, eingenommen werden. Warum es zu diesen paradoxen Effekten kommt, ist bisher nicht geklärt.

Weitere Folgen der Langzeiteinnahme können Nierenschädigungen, Magen- und Darmgeschwüre sowie ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Tumore der ableitenden Harnwege sein. Bei ergotaminhaltigen Präparaten kann der Ergotismus (mit Bauchkrämpfen, Beklemmung, „Schaufensterkrankheit“ und kalten Fuß- und Fingerspitzen) als Spätfolge auftreten.

2.6.2 Tilidin und Tramadol

Tramadol- und tilidinhaltige Präparate nehmen eine Sonderstellung ein. Sie sind Opioide und gehören somit zu den starken Schmerzmitteln. Im Gegensatz zu allen anderen Opioiden in Deutschland sind sie jedoch nur rezeptpflichtig zu verordnen, nicht BtM-rezeptpflichtig wie die anderen Präparate. Die Schwelle zur Verschreibung wie auch der „Respekt“ vor den Präparaten sind damit niedriger. Insbesondere die Einnahme in Tropfenform ist im Hinblick auf einen „nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch“ problematisch. Tropfen werden im Körper sehr schnell aufgenommen, so dass es zu einer raschen Anflutung des Medikaments kommt. Der dadurch ausgelöste „Kick“, also starkes Wohlbefinden und eine euphorisch gehobene Stimmung, ist im Prinzip ein ähnlicher Vorgang wie die Anflutung des Heroins beim illegalen Drogenkonsum, nur wesentlich schwächer. Die stimmungshebende Wirkung und die „angenehme Gleichgültigkeit“, die Tilidin und Tramadol auslösen können, führen dazu, dass die Präparate über die eigentliche Schmerzbehandlung hinaus genommen werden. Dies gilt insbesondere für Personen, die mit den Folgen oder den Beeinträchtigungen, die z. B. eine Operation oder ein Unfall verursacht haben, nicht zurechtkommen oder die bereits vor dem Schmerzereignis psychische Probleme hatten.

Eine weitere Besonderheit von Tilidin und Tramadol ist die Dosisobergrenze, die bei 400 mg pro Tag (in Ausnahmefällen 600 mg pro Tag) liegt. Ein Übersteigen dieser Dosis sollte nicht nur Anlass sein, über die Nebenwirkungen einer solchen Behandlung nachzudenken, sondern auch eine Abhängigkeitsentwicklung in Betracht zu ziehen. Die typischen psychischen Folgeerscheinungen einer Langzeiteinnahme zeigen große Ähnlichkeit mit den Folgeerscheinungen bei Benzodiazepinen. Es sei deshalb auf das Drei-Phasen-Modell bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln verwiesen (Kapitel 1.2.2).

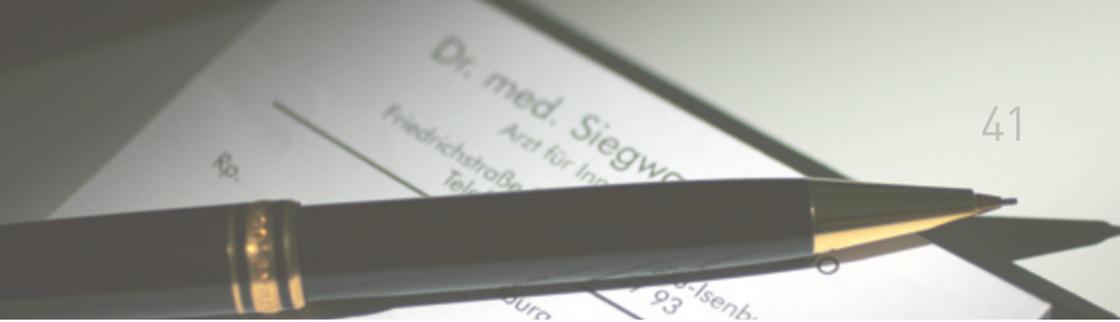
2.6.3 Opioide auf BtM-Rezept

Schmerzmittel aus dieser Substanzgruppe sollten üblicherweise nicht bei chronischen Schmerzen zum Einsatz kommen, sondern bei Patienten und Patientinnen, die rund um Operationen oder im Endstadium schwerer Tumorerkrankungen durch die Schmerzen erheblich in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind. Das Problem einer Abhängigkeitsentwicklung hat hier eine untergeordnete Bedeutung. Die Gefahr bei diesen Präparaten ist die Dosissteigerung im Verlauf wachsender Schmerzen. Dieser Effekt ist von einer Toleranzentwicklung – es müssen höhere Dosierungen eingenommen werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen – nicht wirklich zu unterscheiden. Werden in der Schmerzbehandlung die psychischen Begleitprobleme nicht ausreichend berücksichtigt und bezieht man die durch die Opioide zunehmende emotionale Abstumpfung, den verminderten Antrieb und die fehlende Lebensfreude nicht ein, so können fatale Fehlentwicklungen immer weiter voranschreiten. Auch bei den BtM-pflichtigen Opioiden besteht eine große Parallelität zu dem Drei-Phasen-Modell, das bereits für die Schlaf- und Beruhigungsmittel in Kapitel 1.2.2 beschrieben wurde.

2.6.4 Das Problem der Abhängigkeit

Eine sinnvolle Behandlung, ein sinnvolles Miteinander von Arzt und Patient sind nur dann möglich, wenn ein gemeinsames Krankheitskonzept vorhanden ist. Gerade wenn Schmerzpatienten auf Suchttherapeuten treffen, stoßen oft völlig unterschiedliche Krankheits- und Behandlungsmodelle aufeinander. Viele Schmerzpatienten und -patientinnen gehen davon aus und erwarten, dass heutzutage Mittel und Wege zur Verfügung stehen, um vollständig schmerzfrei zu sein. Dies ist in vielen Fällen einerseits mit einem sehr medikamentenlastigen Behandlungsverständnis verbunden, andererseits mit einer geringen Bereitschaft, sich mit sich selbst, der Erkrankung und den sich daraus ergebenden notwendigen Veränderungen der Lebensführung auseinanderzusetzen. Suchttherapeuten sind klassischerweise kritisch eingestellt gegenüber jeglicher Substanz, die auf die Psyche wirkt, und erwarten von den Betroffenen ebendies, nämlich eine aktive Auseinandersetzung mit sich selbst, der Erkrankung und der eigenen Lebenssituation.

Die Begegnung zwischen Schmerzpatient und Suchttherapeut findet in der Regel zu einem Zeitpunkt statt, an dem der Schmerzpatient bzw. die Schmerzpatientin „mit dem Rücken zur Wand steht“: Die bisherigen Behandlungsbemühungen der medikamentösen Schmerztherapie sind an ihre Grenze gelangt und entweder Therapeut/-in oder Betroffene/-r äußert, dass es einer Veränderung des Behandlungskonzeptes bedarf. Erschwerend kommt hinzu, dass im Bereich der Schmerzbehandlung häufig behauptet wird, Schmerzpatienten könnten nicht süchtig werden. Aus Sicht der Suchtbehandlung trifft dies leider nicht zu.



Abhängigkeitskriterien

Wenn mindestens drei der folgenden sechs Kriterien innerhalb eines Jahres erfüllt sind, spricht man von einer Abhängigkeit:

- Wunsch/Zwang, Substanz zu konsumieren;
- fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen, z. B. emotionale Abstumpfung, Verlust sozialer Bezüge (Schule, Ausbildung/Beruf, Freundeskreis), körperliche Schäden;
- körperliche Entzugssymptome;
- Toleranz/Dosissteigerung;
- erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung und Erholung von der Substanz, Vernachlässigung anderer Interessen.

In der Ärzteschaft unstrittig ist die Möglichkeit einer Abhängigkeitsentwicklung bei allen Opioiden, ob nun BtM-rezeptpflichtig oder nicht (Tilidin und Tramadol). Bei allen anderen Schmerzmitteln ist das Konstrukt einer Abhängigkeit umstritten, insbesondere bei den frei verkäuflichen Substanzen.

Alle Langzeitanwender von Schmerzmitteln können anhand der Packungsbeilage sehr einfach überprüfen, welche tägliche Höchstdosis anzuwenden ist. Bei frei verkäuflichen Präparaten kommt noch die Regel „nicht häufiger als 15 Mal pro Monat“ hinzu. Ist eine dieser Grenzen überschritten, so gibt es eigentlich nur zwei Möglichkeiten: Entweder kann eine notwendige Schmerztherapie mit dem bisherigen Mittel nicht mehr sinnvoll und effizient gestaltet werden – dann sollte über eine Veränderung der Strategie nachgedacht werden, wobei dies nicht unbedingt nur eine medikamentöse Umstellung bedeuten muss (siehe Anhang). Oder der psychische Effekt des Schmerzmittels ist nicht ausreichend und die Dosis wurde wegen der psychischen „Nebenwirkungen“ gesteigert. Auch hier bedarf es dann weiterer Beratung und entsprechender Überlegungen zu angemesseneren Behandlungsmethoden.



2.6.5 Die Rolle des Arztes bzw. der Ärztin

Schmerzentstehung und eine angemessene Schmerzbehandlung sind kompliziert und komplex. Nur wenige Ärzte und Ärztinnen haben entsprechende Zusatzqualifikationen zum Schmerztherapeuten erworben. Die Mehrzahl von ihnen sind leider Ärzte mit Ausbildungen in körpermedizinischen Fächern. Demgemäß verfügen sie über keine besonderen Qualifikationen im Bereich von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Da schwere bzw. chronische Schmerzen immer mit seelischer Beeinträchtigung einhergehen, werden der psychische Aspekt, die schmerzverursachende Erkrankung und die Aufgabe, die damit einhergehende Einschränkung zu bewältigen, häufig zu wenig in der Behandlung berücksichtigt. Auch spielt in der Ausbildung von Schmerztherapeuten der Aspekt der Abhängigkeitsentwicklung eine untergeordnete Rolle. Ein regelmäßiger Austausch zwischen Schmerztherapeuten und Suchtmedizinern findet nicht statt. Hier bedarf es noch einer enormen Entwicklung, die sicher noch viele Jahre andauern wird.

2.6.6 Entzug

Der Entzug von Schmerzmitteln sollte zunächst mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin oder Ärzten mit besonderen fachlichen Kenntnissen auf diesem Gebiet besprochen werden.

Für die große Gruppe der frei verkäuflichen Schmerzmittel sowie der rezeptpflichtigen Nichtopioidanalgetika, Ergotaminpräparate und Triptane gilt: Diese müssen schlagartig abgesetzt werden. Der dadurch ausgelöste Entzug dauert in der Regel nur wenige Tage und ist einerseits gekennzeichnet durch vermehrte Kopfschmerzen, andererseits können Symptome wie Übelkeit, Brechreiz, Unruhe und Schlafstörungen auftreten. Die Symptome sind zwar nicht angenehm, aber ungefährlich.

Es empfiehlt sich bei ambulanten Entzügen, den Beginn auf ein verpflichtungsfreies Wochenende zu legen. Physikalische Maßnahmen wie Wärme oder Eis, Minzöle, Entspannungsverfahren, Bewegung an der frischen Luft, Ablenkung und das Trinken von mindestens 2 ½ bis 3 Litern Flüssigkeit am Tag helfen, den Entzug zu bewältigen. Die meisten Betroffenen sind extrem überrascht, dass ihre Beschwerden ohne Einnahme

der Kopfschmerzmittel binnen weniger Tage deutlich nachlassen, bis hin zum völligen Abklingen der Kopfschmerzen, und dass dieser Veränderungsschritt in der Regel spätestens nach sieben bis zehn Tagen „belohnt“ wird. In der Folgezeit sollte der Einsatz des entsprechenden Präparates möglichst vermieden und zu alternativen Methoden gegriffen werden. Wenn nicht auf eine medikamentöse Behandlung verzichtet werden kann, so sollte dies nicht häufiger als sechsmal pro Monat erfolgen.

Opioide hingegen sollten auf keinen Fall schlagartig abgesetzt werden. Hier empfiehlt sich eine schrittweise Abdosierung. Als Faustformel kann gelten, dass im stationären Rahmen die Abdosierung über zwei bis vier Wochen, im ambulanten Rahmen über ein bis maximal drei Monate erfolgen sollte. Insbesondere auf ambulantem Weg wird aus Angst vor Entzugerscheinungen häufig zu langsam reduziert, so dass sich der Entzug länger hinzieht, als Motivation, Aufmerksamkeit und Ausdauer der Patienten und Patientinnen vorhalten. In der Regel sollte die Abdosierung mit dem Präparat erfolgen, das bisher eingenommen wurde. Dabei sind Medikamente in Tropfenform zu vermeiden und, soweit verfügbar, die retardierte Form des Präparates zu wählen, da diese länger im Körper bleibt und keine so hohen Spiegelschwankungen im Tagesverlauf verursacht (Spiegelabfall des Medikaments = Entzug).

Die Gesamtdosis sollte auf mindestens zwei, besser vier Einzeldosierungen über den Tag verteilt werden, damit ein möglichst gleichmäßiger Wirkspiegel über 24 Stunden besteht. Zu hohe einmalige Einzeldosierungen führen lediglich zu einem kurzzeitigen starken Ansteigen des Spiegels, der danach umso mehr abfällt. Der Abfall des Spiegels, also der Konzentration des Wirkstoffes im Blut, führt jedoch zu den Entzugerscheinungen. Darüber hinaus tritt als psychologischer Effekt ein, dass auf die nächste Einnahme des Mittels „hingefiebert“ wird und eine unnötig hohe Beschäftigung mit der Einnahme erfolgt.

Die Entscheidung, einen Entzug ambulant oder stationär durchzuführen, ist bei Schmerzmitteln weniger an medizinischen Gesichtspunkten als an psychosozialen Faktoren festzumachen: Traue ich mir einen ambulanten Entzug zu? Habe ich genügend Unterstützung, kann ich mich alltagsbegleitend ausreichend auf das Thema einlassen?

Entzugssymptome der Opioide

Wesentliches Entzugssymptom ist vor allem das „unstillbare Verlangen“ nach dem Schmerzmittel, das als „Suchtdruck“ bezeichnet wird (englisch „craving“). Weitere Symptome sind Unwohlsein, Schwächegefühl, Muskel- und Gelenkschmerzen, Tränenfluss, Niesen/Schnupfen, Gänsehaut, Durchfall, Magen-Darm-Schmerzen, Schlafstörungen, Unruhe, Reizbarkeit.

2.6.7 Entwöhnung oder Schmerztherapie

Klassischer „Königsweg“ der Suchtbehandlung ist eine Entwöhnungstherapie im Anschluss an den Entzug (in der Regel finanziert durch den Rentenversicherungsträger), um ein langfristig suchtmittelfreies Leben zu ermöglichen. Schmerzpatienten und -patientinnen, bei denen im Verlauf einer Langzeiteinnahme von Schmerzmitteln Nebenwirkungen auftraten, setzen sich dann in der Regel mit einer Weiterbehandlung in einer psychosomatischen Klinik auseinander. Hier können die Zusammenhänge zwischen Schmerzen, Alltagsverhalten (z. B. körperliche Fehlhaltung, falsche Bewegungen) und psychischen Belastungen erkannt und der künftig bessere Umgang mit dem chronischen Schmerz erlernt werden.

Je mehr sich allerdings typische Suchtverhaltensweisen bei der Schmerzmitteleinnahme eingestellt haben, sei es durch „zusätzliche Quellen“ oder eigenmächtige Dosissteigerung, und je mehr Abhängigkeitskriterien erfüllt sind, umso intensiver sollte zumindest im Rahmen der Anschlussbehandlung nach dem Entzug auch an die Mitbehandlung der Sucht gedacht werden.

2.6.8 Medikamentöse Alternativen

Es gibt eine Reihe von Substanzen, die primär keine Schmerzmittel sind, aber einen positiven Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung, die Schmerzverarbeitung und den Umgang mit Schmerzen haben. Da diese Präparate keine Abhängigkeit hervorrufen, sei auf sie als Alternative hingewiesen. Dies sollte aber ebenso wenig wie bei Schmerzmitteln zu einer unkritischen Selbstmedikation mit diesen (in der Regel auch verschreibungspflichtigen) Präparaten führen.

Zunächst ist hier die große Gruppe der **Antidepressiva** zu nennen. Ein Wirkprinzip liegt auf der Hand – die mit Schmerzen und chronischen Erkrankungen häufig einhergehenden Ängste und depressiven Stimmungslagen werden durch Antidepressiva behandelt. Die Substanzen selber haben eine gewisse schmerzhemmende Wirkung und ermöglichen eine emotionale Distanzierung vom Schmerzgeschehen.

Antikonvulsiva werden einerseits bei der Behandlung von Epilepsien eingesetzt, andererseits als stimmungsstabilisierende Mittel in der Psychiatrie. Antikonvulsiva haben aber auch eine eigene analgetische Wirkung, insbesondere bei Neuralgien. Sie bieten sich ebenfalls bei einschießenden Schmerzen an.

Vereinzelt werden auch **Neuroleptika** in der Behandlung von Schmerzen empfohlen. Diese haben in der Schmerzbehandlung allerdings eine absolute Außenseiterfunktion und sollten im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen nur sehr kritisch eingesetzt werden.

Muskelrelaxantien (Muskelentspanner) bieten sich bei allen Schmerzarten an, die aufgrund von Muskelverspannungen auftreten oder auf Muskelkrämpfen zurückgehen. Hier muss allerdings bei der Substanzwahl große Vorsicht walten, da die weit verbreiteten und für diesen Zweck gerne eingesetzten **Benzodiazepine** neben einer muskelentspannenden Wirkung ein hohes Abhängigkeitspotenzial besitzen.

Kortison verringert bei chronischen Entzündungen durch seinen entzündungshemmenden Effekt auch die mit der Entzündung einhergehende Schmerzreaktion.

3

Andere Medikamente

3.1 Amphetamine

Amphetamine sind Mittel, die einerseits die Wachheit fördern und andererseits den Appetit dämpfen. Sie haben zum Teil eine sexuell anregende Wirkung. Ihre medizinische Indikation in der Medizin sind die Schlafkrankheit (Narkolepsie) und das Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts)-Syndrom AD(H)S. Entsteht unter der Einnahme eines Amphetamins das Gefühl von Wachheit, Leistungsfähigkeit und Selbstsicherheit, so werden beim Abklingen der Wirkung häufig starke Unlust und Missstimmung erlebt.

Die Schlafkrankheit (Narkolepsie) ist eine vergleichsweise seltene Erkrankung, die die Betroffenen aber in erheblicher Weise in ihrer Lebensweise beeinträchtigt. Da bei diesen Patienten selten eine Abhängigkeitsentwicklung gesehen wird und die Gabe von Amphetaminen für manche die einzig sinnvolle Behandlung darstellt, sollte die Befürchtung von Missbrauch und Abhängigkeit bei diesen Betroffenen im Hintergrund stehen. Hier spielen eher andere Nebenwirkungen eine Rolle, insbesondere die Belastung des Herz-Kreislauf-Systems mit dem Risiko von Pulsbeschleunigung und Blutdruckanstieg.

Werden andere Suchtmittel vor allem wegen ihrer dämpfenden und abschirmenden Wirkungen missbräuchlich eingesetzt, so kommt den Amphetaminen eine Bedeutung als Suchtstoff zu, weil sie (unter Namen wie „Speed“ und „Ecstasy“) zur Leistungssteigerung oder als sogenannte „Partydroge“ missbräuchlich genutzt werden.

3.1.1 ADHS und Amphetamine

Die Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts)-Syndroms mit Methylphenidat oder ähnlichen Präparaten wird vor allem von Eltern betroffener Kinder oft sehr emotional diskutiert. Doch es bleibt zu fragen, ob einer beständig steigenden Zahl heranwachsender Menschen ein Medikament gegeben werden soll, das auf die Psyche wirkt und sogar das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung birgt.

Die Behandlung des ADH-Syndroms sollte sich nicht alleine auf Medikamente stützen, sondern unbedingt auch psychotherapeutische und gegebenenfalls familientherapeutische Ansätze berücksichtigen. Da die Hauptdiskussion zur Behandlung des ADHS bei Kindern geführt wird, kann in diesem Fall die Sicht aus der Erwachsenenpsychiatrie sehr interessant sein. Psychiater für Erwachsene sehen viele Patienten und -patientinnen, bei denen das ADH-Syndrom in der Kindheit nicht erkannt bzw. nicht behandelt wurde. Es ist eindrucksvoll, sich von diesen Menschen schildern zu lassen, wie sehr die Probleme, die sie bisher mit anderen Menschen hatten, mit Ausbildungssituationen, Konzentration und Aufmerksamkeit am Arbeitsplatz, in den Hintergrund treten und die Lebensführung viel konfliktfreier wird, wenn sie entsprechend behandelt werden.

Auch die wissenschaftlichen Zahlen sprechen eine klare Sprache: Behandelte AD(H)S-Kinder haben ein geringeres Risiko, später suchtkrank zu werden, als nicht behandelte. Dies lässt sich dadurch erklären, dass mit Amphetamin behandelte AD(H)S-Kinder leichter mit sich und ihrem Umfeld zurechtkommen. Sie haben geringere schulische Probleme und können damit auch ein besseres Selbstwertgefühl entwickeln, so dass sie im weiteren Verlauf ihres Lebens weniger suchtanfällig sind.

Die nichtmedikamentöse Behandlung von Schmerzen – veränderte Schmerzempfindung durch psychologische Interventionen

Die moderne Wissenschaft trennt nicht mehr zwischen Körper und Psyche. Insbesondere chronische Schmerzen, aber auch die Wahrnehmung akuten Schmerzgeschehens unterliegen psychischen Einflüssen. Diese sind meist nicht bewusst, das heißt, Betroffene entscheiden sich nicht bewusst und aktiv, ob der Schmerz sich intensiv auf ihr Leben auswirkt oder nicht. Dennoch gibt es psychologische Techniken, die die Schmerzempfindung verändern.

Jeder kennt das Phänomen von Ablenkungen, die „einen die Schmerzen vergessen lassen“. Dies kann gezielt geübt werden. Aber auch die Umbewertung des Schmerzes und die Akzeptanz der daraus resultierenden Einschränkungen wirken einer Chronifizierung der Schmerzen entgegen. Außerdem sind die Möglichkeiten eines Menschen, mit längerfristigen Schmerzen zu leben, umso größer, je genauer er über dessen Ursachen informiert ist.

Ein weiterer psychologischer Aspekt der Schmerzverarbeitung ist das „konditionierte Lernen“. Dabei löst ein ursprünglich neutraler Reiz eine Reaktion aus: Die wiederholte Erfahrung schmerzhafter medizinischer Untersuchungen oder Behandlungen beispielsweise führt dazu, dass Menschen bereits beim Anblick der Klinik oder des Wartezimmers mit Angst, Übelkeit und niedriger Schmerzschwelle reagieren. Im Falle einer sogenannten „Verselbstständigung“ (Generalisierung) können dann alle Themen, die mit Krankenhaus, Untersuchungen etc. verbunden sind, diese Reaktionen verursachen. Auch der „Teufelskreislauf“ bei schmerzhafter Verspannung der Rückenmuskulatur kann so verstanden werden: Die Wahrnehmung der muskulären Verspannung führt bereits zum Schmerzempfinden und damit reflexartig zu einer weiteren Anspannung der Muskulatur. Bei fortschreitender Generalisierung können bereits Gedanken an Situationen, die auch nur zu einer bloßen Verspannung der Muskulatur führen, Schmerzen auslösen (z. B. schwere Einkaufstaschen, eine längere Autofahrt oder eine stressbelastete Aufgabe).

Schmerzen führen in der Regel zu verstärkter Zuwendung – sei es aus dem persönlichen Umfeld oder vom medizinischen Personal. Dieser positive Aspekt kann insbesondere bei Menschen, die zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung erhalten, dazu führen, dass ihre Schmerzen zwar einerseits Leiden bedeuten, andererseits aber wegen der positiven Aufmerksamkeit ihrer Umwelt frühzeitig wahrgenommen werden und neben der bewussten Einschränkung auch eine unbewusste angenehme Seite haben.

Auch die zunächst rasche Milderung von Kopfschmerzen durch die Einnahme einer Kopfschmerztablette hinterlässt „psychologische Spuren“. Diese Erfahrung mit der Substanz wird dazu führen, dass bei einer neuerlichen Schmerzattacke die Dauer bzw. Intensität der tolerierten Kopfschmerzen abnimmt. Andererseits kann die Erfahrung, dass durch krankengymnastische Übungen die Rückenschmerzen ausbleiben, die Wahrscheinlichkeit für regelmäßiges Üben erhöhen.

Diese lernpsychologischen Effekte machen deutlich, dass das Umfeld von Schmerzkranken einen Einfluss auf die Schmerzausprägung haben kann. Auch der Umgang mit Schmerzen ist ein psychosoziales Phänomen. In der Herkunftsfamilie lernen wir, welche Bedeutungen Schmerzen zugeordnet werden, wie mit ihnen umgegangen wird und welche Konsequenzen daraus abgeleitet werden (zum Beispiel Schonung oder Vorwürfe, Zuwendung oder Bestrafung etc.).

Doch nicht nur diese Lernerfahrungen und das aktuelle emotionale Befinden haben einen Einfluss auf die persönliche Schmerzverarbeitung, sondern auch der Verstand. So wird ein Schmerz, dessen Ursache unbekannt ist, wesentlich bedrohlicher erlebt, als wenn seine Ursache bekannt ist. Wird hinter Schmerzen eine schlimme Erkrankung oder eine große Gefahr vermutet, so erhält der Schmerz eine höhere Bedeutung und wird durch Angst und Unsicherheit verstärkt.

Schmerzen, über die wir selber Kontrolle ausüben können, werden in höherem Maße toleriert als Schmerzen, auf die wir keinen Einfluss haben. In der Konsequenz ist es deshalb wichtig, dass Menschen, die beispielsweise im Rahmen medizinischer Untersuchungen und Behandlungen Schmerzen erleiden, nicht nur über Ursachen und Abläufe informiert sind, sondern auch Einfluss darauf nehmen können; so zum Beispiel Patienten und Patientinnen, denen es nach Operationen ermöglicht wird, die Schmerzmedikation selber zu steuern.

Eine der wichtigsten über den Verstand zu steuernden Maßnahmen bei der Bewältigung von Schmerzen ist die bereits mehrfach erwähnte „Aufmerksamkeit“. Gedanken, Gefühle und Handlungen, die von Schmerzen ablenken, mindern das Schmerzempfinden und umgekehrt. Hier bietet sich ein wichtiger Ansatz zur Bewältigung chronischer Schmerzen.

Eine der häufigsten Strategien, ob bewusst oder unbewusst eingesetzt, ist die Ablenkung. Bei akuten Schmerzen beispielsweise gilt, dass sie stärker sind, wenn man die verletzte Stelle betrachtet und sich darauf konzentriert (z. B. bei Blutabnahmen). Die angemessene Vorbereitung auf ein bevorstehendes Schmerzergebnis führt zu einer verminderten Schmerzempfindung.

Auch mit sogenannten Biofeedbackverfahren, Hypnose und Meditation kann die Schmerzempfindung gesenkt werden. Angenehme Musik führt ebenfalls zu einem positiven Ergebnis.

Medikamentengruppen

In der Medikamentengruppenübersicht (Amphetamine, Antihistaminika, Benzodiazepine, Z-Drugs, rezeptpflichtige Opioide, nichtrezeptpflichtige Schmerzmittel) sind die internationalen Freinamen und die dazugehörigen Handelspräparate aufgelistet.

(Quelle: DHS (Hrsg.): Medikamentenabhängigkeit. Band 5 der Suchtmedizinischen Reihe, 2013. Aktualisierter Auszug, Januar 2014.)

| Amphetamine | |
|--------------------------|--|
| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
| Atomoxetin | Strattera® |
| Methylphenidat | Concerta® Equasym® Medikinet® Medikid® Methylpheni TAD® Methylphenidat-1A Pharma® Methylphenidat HEXAL® Methylphenidathydrochlorid-neuraxpharm® Ritalin® |
| Modafinil | Modafinil-neuraxpharm® Modafinil Aurobindo® Modafinil Heumann® Vigil® |

Antihistaminika, systemisch

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|--|
| Azelastin | Allergodil Tabs® |
| Bilastin | Bitosen® |
| Cetirizin | Ceterifug® Ceti Lich® Ceti TAD® Cetiderm® Cetidex® Cetirigamma® Cetirizin-1A Pharma® Cetirizin AbZ® Cetirizin Actavis® Cetirizin-ADGC® Cetirizin AL® Cetirizin Aristo® Cetirizin BASICS® Cetirizin beta® Cetirizin-CT® Cetirizin Elac® Cetirizin Hemopharm® Cetirizin Heumann® Cetirizin HEXAL® Cetirizin-ratiopharm® Cetirizin Sandoz® Cetirizin STADA® Cetirizin-TEVA® Cetirizin Zentiva® Cetixin® DocMorris Cetirizin® Reactine® Zyrtec® |
| Cetirizin-Kombinationen | Reactine duo retard® |
| Chlorphenamin | Balkis Schnupfenkapseln Neu® |
| Clemastin | Tavegil® |
| Cyproheptadin | Peritol® |
| Desloratadin | Aerius® Dasselta® Desloraderm® Desloratadin-1A Pharma® Desloratadin AL® |

Antihistaminika, systemisch

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|--|
| Desloratadin | Desloratadin AbZ® Desloratadin Actavis® Desloratadin Glenmark® Desloratadin Heumann® Desloratadin Hexal® Desloratadin STADA® Desloratadine ratiopharm® |
| Dimetinden | Fenistil® |
| Diphenhydramin | Abopretten® Betadorm D® Docpelin Nachtsterne® Dolestan forte® Dorm® Dormutil N® Emesan® GIB Diphenhydramin® Halbmond® Hemodorm® Hevert Dorm® Moradorm® Nervo Opt® Schlaftabletten elac® Schlaftabletten N® Sediat® Sodormwell® Vivinox Sleep® |
| Doxylamin | Gittalun® Hoggar Night® Schlafsterne® Schlaf Tabs ratiopharm® Sedaplust® Valocordin Doxylamin® |
| Ebastin | Ebastel® Ebastin Aristo® Ebastin Lindopharm® |
| Fexofenadin | Fexofenaderm® Fexofenadin HEXAL® Fexofenadin Winthrop® Telfast® |
| Hydroxyzin | AH3 N® Atarax® |

Antihistaminika, systemisch

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|--|
| Ketotifen | Ketof® Ketofex® Ketotifen STADA® Zaditen® |
| Levocetirizin | Levocetirizin-1A Pharma® Levocetirizin AbZ 5 mg® Levocetirizin AL® Levocetirizin Bluefish® Levocetirizin-CT® Levocetirizin Glenmark® Levocetirizin HEXAL® Levocetirizin-ratiopharm® Levocetirizin STADA® Levocetirizin TAD® Levocetirizinhydrochlorid Fair-med® Xusal /-akut® |
| Loratadin | Lora ADGC® Lora Lich® Loraderm® Lorano® Lorano akut® Loratadin/akut-1A Pharma® Loratadin AL® Loratadin axcount® Loratadin-CT® Loratadin Heumann® Loratadin-ratiopharm® Loratadin Sandoz® Loratadin STADA® |
| Mizolastin | Mizollen® Zolim® |
| Rupatadin | Rupafin® Urtimed® |
| Terfenadin | Terfenadin AL® |

Benzodiazepine

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|---|
| Alprazolam | Alprazolam-1A Pharma® Alprazolam AbZ® Alprazolam AL® Alprazolam HEXAL® Alprazolam-ratiopharm® Alprazolam Sandoz® Alprazolam-TEVA® Tafil® |
| Bromazepam | Bromazanil® Bromazepam-1A Pharma® Bromazepam AL® Bromazepam dura® Bromazepam-neuraxpharm® Bromazepam-ratiopharm® Bromazep-CT® Gityl® Lexostad® Lexotanil® Normoc® |
| Brotizolam | Lendormin® |
| Chlordiazepoxid | Librium® Radepur® |
| Clobazam | Frisium® |
| Diazepam | Diazepam AbZ® Diazepam Desitin® Diazepam-ratiopharm® Diazepam STADA® Diazep-CT® Duradiazepam® Faustan® Stesolid® Valiquid® Valocordin-Diazepam® |
| Dikaliumclorazepat | Tranxilium® |
| Flunitrazepam | Fluninoc® Flunitrazepam-1A Pharma® Flunitrazepam-ratiopharm® Rohypnol® |

Benzodiazepine

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|--|
| Lorazepam | Lorazepam dura® Lorazepam-ratiopharm® Lorazepam-neuraxpharm® Tavor® Tolid® |
| Lormetazepam | Ergocalm® Loretam® Lormetazepam Acis® Lormetazepam AL® Lormetazepam-ratiopharm® Lormetazepam Teva® Noctamid® |
| Medazepam | Rudotel® Rusedal® |
| Nitrazepam | Dormo Puren® Eatan N® Imeson® Mogadan® Nitrazepam AL® Nitrazepam-neuraxpharm® Novanox® Novanox forte® |
| Nordazepam | Tranxilium N® |
| Oxazepam | Adumbran® Durazepam® Oxa-CT® Oxazepam-1A Pharma® Oxazepam AL® Oxazepam HEXAL® Oxazepam-neuraxpharm® Oxazepam-ratiopharm® Oxazepam STADA® Praxiten® Sigacalm® |
| Prazepam | Demetrin/Mono Demetrin® |
| Temazepam | Norkotral Tema® Planum® Remestan® Temazep-CT® |

Z-Drugs

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|---|
| Zaleplon | Sonata® |
| Zolpidem | Bikalm® Edluar® Stilnox® Zolpi Lich® Zolpi Q® Zolpidem-1A Pharma® Zolpidem AbZ® Zolpidem Actavis® Zolpidem AL® Zolpidem Aristo® Zolpidem-CT® Zolpidem Heumann® Zolpidem HEXAL® Zolpidem-neuraxpharm® ZOLPIDEM-PUREN® Zolpidem-ratiopharm® Zolpidem real® Zolpidem Sandoz® Zolpidem STADA® Zolpidem Teva® |
| Zopiclon | Desizopiclon® Espa-Dorm® Optidorm® Somnosan® Ximovan® Zopiclodura® Zopiclon-1A Pharma® Zopiclon Actavis® Zopiclon AbZ® Zopiclon AL® Zopiclon Aristo® Zopiclon beta® Zopiclon-CT® Zopiclon Heumann® Zopiclon HEXAL® Zopiclon-neuraxpharm® Zopiclon-ratiopharm® Zopiclon Sandoz® Zopiclon STADA® Zopi-PUREN® |

Rezeptpflichtige Opioide

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|---------------------------------------|--|
| Buprenorphin | Bup 4 Libraphar® Buprenaddict® Buprenorphin AbZ® Buprenorphin Actavis® Buprenorphin AWD® Buprenorphin dura® Buprenorphin Hexal® Buprenorphin neuraxpharm® Buprenorphin-ratiopharm® Buprenorphin Sanofi® Buvera® Cras® Norspan transdermal® Subutex® Temgesic® Transtec® |
| Codein | Bronchicum Mono Codein® Codeinsaft/-Tropfen-CT® Codeintropfen HEXAL® Codeinum phosph. Compr.® Codeinum phosphoricum BC® Codi OPT® Codicaps mono/Neo® Codicompre® Codipertussin® Longtussin duplex® Optipect Kodein forte® Tryasol Codein® Tussoret® |
| Codein in Kombination mit ASS | Dolviran® |
| Codein in Kombination mit Diclofenac | Voltaren plus® |
| Codein in Kombination mit Paracetamol | Azur comp. SC® Contraneural Paracet./Codein® Gelonida Schmerz® Optipyrin® Paracetamol AL comp® Paracetamol comp STADA® Talvosilen® Titretta® |

Rezeptpflichtige Opioide

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|---|--|
| Codein-Kombinationen exkl. Psycholeptika | Dolomo TN® |
| Dihydrocodein | DHC Mundipharma® Paracodin N® Tiamon mono® |
| Fentanyl | Abstral® Actiq® Durogesic® Effentora® Fentadolon® Fentamat Sandoz® Fentanyl-1A Pharma® Fentanyl AbZ® Fentanyl-Actavis® Fentanyl AL® Fentanyl Aristo® Fentanyl AWD® Fentanyl beta® Fentanyl-CT® Fentanyl esparma® Fentanyl Hennig® Fentanyl Heumann® Fentanyl HEXAL TTS/MAT/S® Fentanyl Janssen® Fentanyl Krewel® Fentanyl Mylan® Fentanyl Pfizer® Fentanyl-ratiopharm TTS® Fentanyl STADA® Fentanyl TAD® Fentanyl Winthrop® Fentavera® Instanyl® Matrifen® Pecfent® |
| Hydromorphon | Hydromorphon AL® Hydromorphon Aristo® Hydromorphon AWD® Hydromorphon dura® Hydromorphon HCL-1A Pharma® Hydromorphon HCL-Actavis® Hydromorphon HEXAL® Hydromorphon hydrochl. beta® Hydromorphon hydrochlorid-CT® |

Rezeptpflichtige Opioide

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|---|
| Hydromorphon | Hydromorphon neuraxpharm® Hydromorphon-ratiopharm® Hydromorphon STADA® Hydromorphon Winthrop® Jurnista® |
| Levomethadon | L-Polamidon® |
| Meptazinol | Meptid® |
| Morphin | Capros/-akut® Kapanol® M beta® M-long® Morph Sandoz® Morphanton® Morphin AL® Morphin Aristo® Morphin Hameln® Morphin-HCL Krewel® Morphin Heumann® Morphin HEXAL® Morphin Merck/-retard® Morphin-PUREN® Morphin-ratiopharm® Morphinsulfat AbZ® Morphinsulfat-CT® Morphinsulfat-GRY® MST/MSR/MSI Mundipharma® M-STADA® MSTW/MSIW Krugmann® Oramorph® Painbreak® Paveriwern® Sevredol® |
| Nalbufin | Nalpain® |
| Oxycodon | Oxycodon-HCL-1A Pharma® Oxycodon-HCL AbZ® Oxycodon-HCL Actavis® Oxycodon-HCL AL® Oxycodon-HCL Aristo® Oxycodon-HCL AWD® Oxycodon-HCL beta® Oxycodon-HCL-CT® Oxycodon-HCL dura® |

Rezeptpflichtige Opioide

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|--|
| Oxycodon | Oxycodon-HCL Hennig® Oxycodon-HCL HEXAL® Oxycodon-HCL-ratiopharm® Oxycodon-HCL Sandoz® Oxycodon-HCL STADA® Oxycodon-HCL Winthrop® Oxycodon-HCL Zentiva® Oxygesic® |
| Oxycodon-Kombinationen | Targin® |
| Pethidin | Dolantin® Dolcontral® |
| Piritramid | Dipidolor® Piritramid Hameln® |
| Tapentadol | Palexia retard® Yantil® |
| Tilidin-Kombinationen | Tili comp/Tilidin-1A Pharma® Tilicomp beta® Tilidin AbZ® Tilidin AL comp® Tilidin comp AWD® Tilidin comp-CT® Tilidin comp HEXAL® Tilidin comp STADA® Tilidin N Lichtenstein® Tilidin N Sandoz® Tilidin-ratiopharm plus® Tilidin-saar® Tilidura/Tilidin N dura® Valoron N® |
| Tramadol | Amadol® MTW Tramadol® Tial retard® Tramabeta® Tramadol-1A Pharma® Tramadol AbZ® Tramadol acis® Tramadol AL® Tramadol axcount® Tramadol BASICS® Tramadol-biomo® Tramadol-CT® |

Rezeptpflichtige Opioide

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|--|
| Tramadol | Tramadol Heumann® Tramadol Librapharm® Tramadol-Q/Jutadol® Tramadol-ratiopharm® Tramadol Sandoz® Tramadol STADA® Tramadol Temmler® Tramadol Winthrop® Tramadolor® Tramadura® Tramagit® Tramal® Tramundin® Travex one® |
| Tramadol-Kombinationen | Dolevar® Zaldiar® |

Nichtrezeptpflichtige Schmerzmittel

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|---|
| Acetylsalicylsäure | Acesal® Alka Seltzer classic® Aspirin® ASS-1A Pharma® ASS AbZ® ASS Actavis® ASS AL® ASS atid® Ass axcount® ASS-CT® ASS Dexcel® ASS elac® ASS Fair Med® ASSgamma® ASS Heumann® ASS Hexal® ASS OPT® ASS-ratiopharm® ASS Sandoz 500® ASS Sophien® ASS STADA® |

Nichtrezeptpflichtige Schmerzmittel

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--|--|
| Acetylsalicylsäure | ASS TAD® ASS Teva® Ausbüttels ASS® Carbasalat calcium Viatrix® Delgesic® Docpelin ASS® Gib ASS® Godamed® Herzass ratiopharm® MeinASS® Neuralgin ASS Vario® Temagin 600® Togonal ASS® |
| Acetylsalicylsäure-Kombinationen exkl. Psycholeptika | Aspirin coffein/-forte® Aspirin plus C® ASS + C-1A Pharma® ASS plus C-CT® ASS + C HEXAL® ASS + C-ratiopharm® Boxazin® Doppel Spalt Compact® Eudorlin Schmerztabletten® Fineural ASS Coffein® Melabon Plus C® Quadronal ASS comp.® Thomapyrin® Togonal Classic Duo® Togonal Kopfschmerz-Brause C® |
| Acetylsalicylsäure-Kombinationen mit Paracetamol und Coffein | CC Classic® Dolopyin AL® Doloversa® Excedrin® HA Tabletten® Melabon K® Mindelheimer Kopfschmerztabletten® Mipyirin® Neuralgin® Neuranidal® Novo Petrin Novum® Ratiopyrin® Retortapyrin® Spalt Plus Coffein N® Temagin PAC® Thomapyrin® Titalgan® |

Nichtrezeptpflichtige Schmerzmittel

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|--|
| Diclofenac | Diclac Dolo® Diclo-CT® akut Diclofenac dura® Diclofenac Kalium AL® Diclofenac ratiopharm® Voltaren Dolo® |
| Flupirtin | Flupigil® Flupirtinmaleat Winthrop® Katadolon® Trancolong® Trancopal Dolo® |
| Ibuprofen | Aktren® Analgin akut® Apogen® Ausbüttels® Ibuprofen Curadies® Dentocaps® Dismenol® DocMorris® Ibuprofen Docpelin® Dolgit® Dolormin® Dolo Sanol® Esprenit® Eudorlin® Gib® Ibuprofen Ibu 400 akut 1A Pharma® Ibu Atid® Ibu Attritin® Ibubeta® 400 akut Ibu Dent akut Heumann® Ibudex® Ibudolor® Ibuflam® Ibuhexal® Ibu KD® Ibu Lysin AbZ® Ibu Lysin-CT® Ibu Lysin Hexal Ibu Lysin ratiopharm® Ibuprofemme Heumann® Ibuprofen-1A Pharma® Ibuprofen 400 akut Fair-Med Healthcare® Ibuprofen AbZ® Ibuprofen Actavis® |

Nichtrezeptpflichtige Schmerzmittel

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|---|
| Ibuprofen | Ibuprofen AL® Ibuprofen Atid® Ibuprofen Basics® Ibuprofen-CT® Ibuprofen dura® Ibuprofen Hemopharm® Ibuprofen Heumann® Ibuprofen Klinge® Ibuprofen PB® Ibuprofen Sandoz® Ibuprofen Sophien® Ibuprofen Stada® Ibuprofen Temmler® Ibuprofen Torremed® Ibu ratiopharm® Ibu ratiopharm Lysinat® Ib-u-ron® IbuTAD® Ibu Teva® Ibutop® Julphar Profinal® Mein Ibuprofen® Mensoton® Miralgin® Neualgin extra Ibu Lysinat® Nurofen® Optalidon® Ibu Pelimed® Pfeil® Zahnschmerztabletten Schmerz Dolgit® Schmerztabletten KSK® Spalt® Tispol Ibu DD® Togonal® Tussamag® Fieber- und Schmerztabletten Urem forte® Zahnschmerztabletten® |
| Metamizol-Natrium | Analgin® Berlosin® Metamizol-1A Pharma® Metamizol AbZ® Metamizol-CT® Metamizol Heumann® Metamizol HEXAL® Metamizol Puren® Nopain® |

Nichtrezeptpflichtige Schmerzmittel

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|--------------------------|---|
| Metamizol-Natrium | Novalgin/-akut® Novaminsulfon-1A Pharma® Novaminsulfon AbZ® Novaminsulfon-CT® Novaminsulfon Lichtenstein® Novaminsulfon-ratiopharm® Novaminsulfon Sandoz® |
| Nabiximols | Sativex® |
| Paracetamol | Abalon® Apiredol® Apogen® Apovital Apocetamol® Ausbüttels Paracetamol® Ben-u-ron® Captin® Contac Erkältungs-Trunk® Curadies® DocMorris Paracetamol® Docpelin Paracetamol® Enelfa® GIB Paracetamol® Grippex® Grippostad Heißgetränk® Julphar Dol® Mein Paracetamol® Paracetamol-1A Pharma® Paracetamol AbZ® Paracetamol Aiwa® Paracetamol AL® Paracetamol Basics® Paracetamol BC® Paracetamol diaspo® Paracetamol beta® Paracetamol-CT® Paracetamol dura® Paracetamol Fairmed® Paracetamol Heumann® Paracetamol HEXAL® Paracetamol Kabi® Paracetamol Opt® Paracetamol-ratiopharm® Paracetamol Sandoz® Paracetamol Sophien® Paracetamol STADA® |

Nichtrezeptpflichtige Schmerzmittel

| Internationaler Freiname | Handelspräparat |
|---|--|
| Paracetamol | Paracetamol TEVA® Paracetamol Torremed® PCM/Paracetamol Lichtenstein® Rubimol® Vivimed N ggn. Fieber u. Kopfschmerz® |
| Paracetamol-Kombinationen exkl. Psycholeptika | Boxonal N® CC Classic® Dolopyrin AL® Doloversa® HA-Tabletten N® Melabon K® Mindelheimer Kopfschmerz® Mipyrin® Neuralgin® Neuranidal® Novo Petrin novum® ratioPyrin® Retortapyrin® Spalt plus Coffein® Temagin PAC® Thomapyrin® Titalgan® |
| Paracetamol-Kombinationen mit Coffein | Azur Tabl.® Copyrkal® Fineural Paracetamol Coffein® Neopyrin Forte® Octadon P® Quadronal comp. ggn. Kopfschmerzen® Temagin Paracetamol Plus® Vivimed mit Coffein® Zentragress® |
| Phenazon | Eu-Med® Migräne-Kranit/-mono® |
| Propyphenazon | Demex Zahnschmerz® |
| Propyphenazon-Kombinationen exkl. Psycholeptika | Optalidon N® |

LBC P Lippstädter Benzo-Check für Patienten

Einleitung

Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon) sind gut wirksame Medikamente, die sich zur medikamentösen Behandlung von psychischen Krisen sehr gut eignen. In der Regel werden diese Medikamente zu Beginn der Behandlung gut vertragen. Mit einer Einnahmedauer über acht Wochen hinaus wächst das Risiko für unerwünschte Begleiterscheinungen. Die Medikamente verlieren im Verlauf ihre Wirkung und es kann zu einer Wirkumkehr kommen, das heißt, die Symptome, gegen die das Medikament wirken soll, werden von dem Medikament verstärkt.

Der Lippstädter Benzo-Check dient als Orientierung, ob und wie ausgeprägt mögliche unerwünschte Wirkungen bereits aufgetreten sind.

Anleitung

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf **im Verlauf der Einnahme aufgetretene oder verschlechterte Symptome**. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Symptome auch durch eine andere Erkrankung zu erklären sind. Eine sichere Beurteilung kann nur durch weiterführende Gespräche mit dem Arzt erfolgen. Niemals dürfen Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon) schlagartig abgesetzt werden. Sprechen Sie vorher immer mit Ihrem Arzt.

Kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an und zählen Sie die Punktzahl zusammen.

Erleben Sie eine Abschwächung Ihrer Gefühle bis hin zu einer depressiven Verstimmung?

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ein wenig | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | ziemlich | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | stark | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr stark | 4 Punkte |

Ist Ihre Konzentrations- und/oder Merkfähigkeit gestört?

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ein wenig | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | ziemlich | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | stark | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr stark | 4 Punkte |

Fehlt Ihnen körperliche Energie?

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ein wenig | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | ziemlich | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | stark | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr stark | 4 Punkte |

Leiden Sie unter Schlafstörungen?

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ein wenig | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | ziemlich | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | stark | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr stark | 4 Punkte |

Haben Sie Ängste?

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ein wenig | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | ziemlich | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | stark | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr stark | 4 Punkte |

Schwanken Ihre Gefühle innerhalb eines Tages deutlich?

- | | | |
|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ein wenig | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | ziemlich | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | stark | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr stark | 4 Punkte |

Reagieren Sie überempfindlich auf Sinnesreize (z. B. blendet Licht, werden Geräusche rasch als Lärm empfunden)?

- | | | |
|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ein wenig | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ziemlich | 4 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | stark | 6 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr stark | 8 Punkte |

Nehmen Sie das Medikament aus anderen als den ursprünglichen Gründen und Anlässen (z. B. das Schlafmedikament tagsüber, wenn Sie gar nicht schlafen wollen)?

- | | | |
|--------------------------|----------|----------|
| <input type="checkbox"/> | nie | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | selten | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | manchmal | 4 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | oft | 6 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr oft | 8 Punkte |

Stolpern Sie ohne ersichtlichen Grund oder sind Sie gestürzt?

- | | | |
|--------------------------|----------|----------|
| <input type="checkbox"/> | nie | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | selten | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | manchmal | 4 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | oft | 6 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr oft | 8 Punkte |

Nutzen Sie zusätzliche Quellen zur Beschaffung des Medikaments (z. B. andere Ärzte, Dritte, Internet) und/oder meiden Sie das Thema Medikamenteneinnahme und/oder nehmen Sie das Mittel heimlich ein und/oder verharmlosen Sie die eingenommene Menge?

| | | |
|--------------------------|----------|----------|
| <input type="checkbox"/> | nie | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | selten | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | manchmal | 4 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | oft | 6 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr oft | 8 Punkte |

Haben Sie die Dosis gesteigert, weil die Wirksamkeit des Medikaments nachgelassen hat?

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ein wenig | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | ziemlich | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | stark | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr stark | 4 Punkte |

Sind Sie auf das Medikament fixiert z. B. verlassen Sie das Haus nicht mehr „ohne“ und/oder stehen Sie einer Reduktion oder dem Absetzen des Medikaments skeptisch gegenüber?

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ein wenig | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ziemlich | 4 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | stark | 6 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | sehr stark | 8 Punkte |

Auswertung des Lippstädter Benzo-Checks

0 – 12 Punkte

(Noch) keine sicheren, typischen Folgeerscheinungen. Sie sollten die Gefahren der Langzeiteinnahme kennen (die in den Fragen angesprochenen Veränderungen) und sich über alternative Behandlungen informieren. Entscheiden Sie dann mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, wie weiter vorzugehen ist.

13 – 24 Punkte

Die Summe der Veränderungen entsteht wahrscheinlich durch die Einnahme der Benzodiazepine/Non-Benzodiazepine. Die Fortführung der Einnahme ist problematisch. Das Absetzen der Medikamente ist Ihnen zu raten, die Weiterverschreibung sollte auf jeden Fall befristet werden. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin. Setzen Sie die Medikamente nicht alleine und niemals schlagartig ab.

25 und mehr Punkte

Die Veränderungen sind mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die Langzeiteinnahme der Benzodiazepine/Non-Benzodiazepine verursacht. Ein ambulanter oder stationärer Entzug ist Ihnen dringend zu raten. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt. Setzen Sie die Medikamente nicht alleine und niemals schlagartig ab.

Weiterführende Literatur

Quellenangaben und Literaturhinweise

Andersen, Christin

[Geschafft – mein Sieg über die Tablettensucht](#)

Eggolsheim-Bammersdorf: Dörfler, 2009

Bopp, Annette; Herbst, Vera

[Handbuch Medikamente. Vom Arzt verordnet – Für Sie bewertet](#)

9., aktualisierte Auflage

Berlin: Stiftung Warentest, 2013

Bopp, Annette; Herbst, Vera

[Handbuch Rezeptfreie Medikamente](#)

4., aktualisierte Auflage

Berlin: Stiftung Warentest, 2011

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

[Jahrbuch Sucht 2013](#)

Lengerich: Pabst, 2013

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

[Jahrbuch Sucht 2016](#)

Lengerich: Pabst, 2016

Elsesser, Karin; Sartory, Gudrun

[Ratgeber Medikamentenabhängigkeit.](#)

[Informationen für Betroffene und Angehörige](#)

Göttingen (u. a.): Hogrefe, 2005

Gaßmann, Raphael; Merchlewicz, Manuela; Koeppe, Armin (Hrsg.)

[Hirndoping – Der große Schwindel](#)

Weinheim: Beltz Juventa, 2012

Greve, Nils; Osterfeld, Margret; Diekmann, Barbara

[Umgang mit Psychopharmaka](#)

4., aktualisierte Auflage

Köln: Verlag Balance Buch + Medien, 2013

Holzbach, Rüdiger et al.

Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte
und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten

In: Bundesgesetzblatt, 53(2010), S. 319–325

Langbein, Kurt; Martin, Hans-Peter; Weiss, Hans

Bittere Pillen 2011–2013. Nutzen und Risiken der Arzneimittel

81., ergänzte u. korrigierte Auflage

Köln: Kiepenheuer & Witsch, 2013

Lauer Fischer GmbH

WINAPO Lauer-Taxe

Datenstand 15.07.2016

Lehmann, Peter (Hrsg.)

Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika,
Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern

4., aktualisierte und erweiterte Auflage

Berlin: Lehmann, 2013

Pallenbach, Ernst

Die stille Sucht. Missbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln

Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009

Poser, Wolfgang; Poser, Sigrid

Medikamente – Mißbrauch und Abhängigkeit.

Entstehung – Verlauf – Behandlung

Stuttgart, New York: Thieme, 1996

Statistisches Bundesamt

Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern
(einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2011

Wiesbaden: 2013

Soyka, Michael

Medikamentenabhängigkeit. Entstehungsbedingungen - Klinik - Therapie

Stuttgart: Schattauer, 2015

Steiner, Elke R.

Risiken und Nebenwirkungen

Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 2010

E-Book

Links

Holzbach, Rüdiger

LBC P Lippstädter Benzo-Check für Patienten

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

[Zugriff: 14.10.2013]

Gemeinsame Internetseiten von DHS und BARMER GEK

www.medikamente-und-sucht.de

Die Internetseite informiert über Hintergründe, Risiken, besonders gefährdete Personengruppen und über die Medikamente, die abhängig machen können. Sie klärt darüber auf, wie einer Abhängigkeit vorbeugt werden kann, welche Warnzeichen auf einen problematischen Konsum hindeuten und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Genannt werden Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen sowie Selbsthilfegruppen, in denen sich Betroffene miteinander austauschen können.

Die Internetseite wendet sich an Interessierte und Betroffene, Behandelnde und Berater/-innen, Wissenschaftler/-innen und an Journalistinnen und Journalisten.

4-K-Kampagne

Ziel der gemeinsamen Aufklärungskampagne von BARMER GEK, Bundesärztekammer (BÄK) und Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) ist es, Patienten, Ärzte und Apotheker über die Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln zu informieren:

- Medikamenteneinnahme: Risiken vermeiden – Medikamente mit Abhängigkeitsrisiko: 4-K-Regel für den Umgang ([Patientenfaltblatt](#))
- Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln – [Leitfaden](#) und [Manual](#) für Ärztinnen und Ärzte

<http://www.medikamente-und-sucht.de/fachleute-und-forschung/projekte/4-k-kampagne.html> [Zugriff: 05.04.2016]

www.sucht-am-arbeitsplatz.de

Der Konsum von Suchtmitteln hat unmittelbare Folgen für die Arbeitswelt. Ernste Probleme für betroffene Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und deren Arbeitgeber entstehen nicht erst mit einer Abhängigkeitserkrankung. Auch riskanter und gesundheitsgefährdender Medikamentengebrauch wirkt sich auf Verhalten, Leistungsfähigkeit und Betriebsklima aus.

Sucht am Arbeitsplatz ist ein Thema für betroffene Beschäftigte und deren Umfeld, für Arbeitgeber und Personalverantwortliche von kleinen, mittleren und großen Unternehmen, Beratungs- und Ansprechpersonen wie Arbeitnehmervertretungen.

Die Internetseite „Sucht am Arbeitsplatz“ bietet diesem Arbeitsfeld umfassende Informationen zu Vorbeugung, Beratung und Hilfe. Sie dient der Vernetzung aller im Arbeitsfeld Tätigen.

Broschüren rund um das Thema Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

Die DHS veröffentlicht zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene. Viele dieser Materialien können kostenfrei bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Postfach 1369, 59003 Hamm, info@dhs.de, bestellt werden. Über die Internetseite der DHS sind alle wichtigen Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen – größtenteils auch als Download – verfügbar: www.dhs.de

Die Sucht und ihre Stoffe

Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtsubstanzen

- Amphetamine
- Benzodiazepine (Beruhigungs- und Schlafmittel)
- Schmerzmittel

Medikamente

Basisinformationen

Medikamenteneinnahme: Risiken vermeiden

Medikamente mit Abhängigkeitsrisiko: 4-K-Regel für den Umgang

Immer mit der Ruhe ...

Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Medikamentenabhängigkeit

Band 5, Suchtmedizinische Reihe

Medikamente – Sicher und sinnvoll gebrauchen

Unabhängig im Alter. Informationen und Hilfen für ältere Menschen

Alkohol, Medikamente, Tabak

Informationen für die Altenpflege

Frau – Sucht – Gesundheit: Informationen, Tipps und Hilfen für Frauen

Alkohol, Medikamente, Tabak

Gemeinsam mehr erreichen!

Frauen, Medikamente, Selbsthilfe – Ein Handbuch (für Selbsthilfegruppen)

Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem
Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln
Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte

Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem
Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln
Manual für Ärztinnen und Ärzte

Information, Rat und Hilfe

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen bietet Informationen und Materialien an und vermittelt Adressen von Hilfeangeboten in Ihrer Nähe.
DHS, Postfach 1369, 59003 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0, Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de, www.dhs.de

Ein [Verzeichnis aller Suchtberatungsstellen](#) finden Sie unter:
www.suchthilfeverzeichnis.de

Telefonische Auskunft erhalten Sie unter +49 2381 9015-0
(Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters
für Gespräche in das Ortsnetz Hamm).
Montag – Donnerstag von 9.00 – 16.00 Uhr
Freitag von 9.00 – 13.00 Uhr



Die Suchtprävention und die vorbeugende Bekämpfung, der mit dem Missbrauch von Alkohol, Tabak und Medikamenten zusammenhängenden Erkrankungen, sieht die BARMER als eine ihrer zentralen Aufgaben an. Deshalb engagiert sie sich mit vielfältigen Angeboten und Projekten. Weiterführende Informationen unter folgendem Webcode: www.barmer.de/gesundheit

▼ Telefonische Information und Beratung

Bei den folgenden Beratungstelefonen können Sie sich anonym und vertraulich beraten lassen. Auch dort erfahren Sie die Anschriften der Suchtberatungsstellen in Ihrer Nähe.

Bundesweite Sucht & Drogen Hotline

Tel. 01805 313031

(kostenpflichtig, 0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min. Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.)

Sprechzeiten: Montag – Sonntag von 0.00 – 24.00 Uhr

Telefonische Drogennotrufeinrichtungen aus Berlin, Düsseldorf, Essen, Frankfurt, Hamburg, Köln, München und Nürnberg haben sich zusammengeschlossen und bieten bundesweit telefonische Beratung in Sucht- und Drogenfragen für Betroffene und ihre Angehörigen an: www.sucht-und-drogen-hotline.de

TelefonSeelsorge

Tel. 0800 1110111 oder 0800 1110222

(kostenfreie Servicenummer)

24 Stunden täglich

Medikamentenproblematik und Alkohol- und Drogengebrauch können bei Betroffenen und Angehörigen von massiven persönlichen Problemen wie Ängstlichkeit, Depressivität und Einsamkeit begleitet sein. Die Telefonseelsorge bietet hierzu neben Gesprächen auch Beratung und Seelsorge per E-Mail und Chat an.

www.telefonseelsorge.de

▼ Selbsthilfegruppen und Selbsthilfgruppenunterstützung

Einen Überblick über das Angebot von Selbsthilfegruppen an Ihrem Ort (auch zu anderen Themen als „Medikamente“) bieten Ihnen die regionalen Kontakt- und Informationsstellen. Adressen für Ihre Stadt oder Ihre Region sowie Materialien zum Thema Selbsthilfe erhalten Sie bei der NAKOS:

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfgruppen (NAKOS)

Otto-Suhr-Allee 115

10585 Berlin

Tel. +49 30 31018980

selbsthilfe@nakos.de, www.nakos.de

▼ Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände

Derzeit gibt es in Deutschland etwa 8.700 Selbsthilfegruppen für Menschen mit Suchtproblemen und ihre Angehörigen. Viele Selbsthilfegruppen sind offen für Alkoholabhängige und Medikamentenabhängige. Jede Beratungsstelle informiert Sie gerne über Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe. Oder Sie wenden sich direkt an eine der folgenden Adressen:

Selbsthilfe Sucht in der Arbeiterwohlfahrt

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)

Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin

Tel. +49 30 26309-0

www.awo.org

Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e.V.

Julius-Vogel-Str. 44, 44149 Dortmund

Tel. +49 231 5864132

info@bke-suchtselbsthilfe.de, www.bke-suchtselbsthilfe.de

Blaues Kreuz in Deutschland e. V., Bundeszentrale

Schubertstraße 41, 42289 Wuppertal

Tel. +49 202 62003-0

bkd@blaues-kreuz.de, www.blaues-kreuz.de

Deutsches Rotes Kreuz

– Selbsthilfegruppen –

Bahnstraße 43, 64711 Erbach

Tel. +49 6062 60760

selbsthilfe@drk-odenwaldkreis.de, www.drk-odenwaldkreis.de

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Bundesverband e. V.

Untere Königsstraße 86, 34117 Kassel

Tel. +49 561 780413

mail@freundeskreise-sucht.de, www.freundeskreise-sucht.de

Guttempler in Deutschland e. V.

Adenauerallee 45, 20097 Hamburg

Tel. +49 40 28407699-0

info@guttempler.de, www.guttempler.de

Kreuzbund e. V.

Bundesgeschäftsstelle

Münsterstraße 25, 59065 Hamm

Tel. +49 2381 67272-0

info@kreuzbund.de, www.kreuzbund.de

Der Paritätische Gesamtverband

Fachbereich: Hilfen für junge Volljährige / Gefährdetenhilfe

Oranienburger Straße 13–14, 10178 Berlin

Tel. +49 30 24636-0

juvo@paritaet.org, www.paritaet.org

Suchtbezogene Selbsthilfegruppen werden auch von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege (z. B. Caritas, Diakonie) oder von (Sucht-)Beratungsstellen unterstützt. Entsprechende Angebote können Sie bei den regionalen Geschäftsstellen der Verbände und den Beratungsstellen erfragen. Kontaktmöglichkeiten zu „Anonymen Gruppen“ vor Ort, z. B. Anonyme Alkoholiker, Emotions Anonymous (Selbsthilfegruppen für emotionale Gesundheit), Narcotics Anonymous (legale und illegale Drogen), Al-Anon (Angehörige von Abhängigen), finden Sie im Internet und in der Tageszeitung (z. B. in der Rubrik „Wichtige Rufnummern“).

▼ Spezielle Beratungsangebote für Angehörige Suchtkranker

Sorgentelefon für Angehörige von Menschen mit Suchtproblemen

Tel. 06062 60767

(Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters
für Gespräche in das Erbacher Ortsnetz)

Das Sorgentelefon des DRK ist insbesondere am Wochenende
(Freitag – Sonntag von 8.00 bis 22.00 Uhr) und an allen gesetzlichen
Feiertagen erreichbar.

Nacoa Deutschland

Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.

Gierkezeile 39, 10585 Berlin

Tel. +49 30 35122430

info@nacoa.de, www.nacoa.de

▼ Weitere Adressen

Arbeitskreis Frauengesundheit

Sigmaringer Straße 1, 10713 Berlin

Tel. +49 30 86393316

buerof@akf-info.de, www.akf-info.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

50819 Köln

Tel. +49 221 8992-0

order@bzga.de (für Materialbestellungen), www.bzga.de

Angst-Hilfe e. V.

Bayerstraße 77a, 80335 München

Tel. +49 89 515553-0

info@angstselbsthilfe.de, www.angstselbsthilfe.de

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)

info@dmkg.de, www.dmkg.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe (Nachfolge des „Kompetenznetzes Depression, Suizidalität“) bietet umfangreiche Informationen und Adressen für Betroffene, Angehörige und Experten/-innen sowie ein moderiertes Forum zu Fragen rund um Depressionen. Infomaterial, DVDs und VHS-Videokassetten können bestellt werden. www.deutsche-depressionshilfe.de

Stiftung Kopfschmerz

www.stiftung-kopfschmerz.de

▼ Suche nach Ärztinnen und Ärzten

Ärzttekammern und Kassenärztliche Vereinigungen etablieren zunehmend Arztauskunftssysteme, auch in elektronischer Form oder per Telefon. Kontaktadressen der regionalen Ärztekammern erhalten Sie hier:

Bundesärztekammer

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Tel. +49 30 400456-0

info@baek.de (bei Anfragen bitte vollständige Adresse angeben!),

www.bundesaerztekammer.de

▼ Suche nach Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Psychotherapie-Informations-Dienst (PID)

Deutsche Psychologen Akademie GmbH des BDP

Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin

Beratungstelefon: +49 30 209166-330

Montag + Dienstag 10:00 – 13:00 Uhr + 16:00 – 19:00 Uhr

Mittwoch + Donnerstag 13:00 – 16:00 Uhr

pid@psychologenakademie.de, www.psychotherapiesuche.de

Hier erhalten Sie Informationen zu den Hilfeeinrichtungen in Ihrer Region

Ein [Verzeichnis aller Suchtberatungsstellen](http://www.suchthilfeverzeichnis.de) finden Sie unter:

www.suchthilfeverzeichnis.de

Telefonische Auskunft erhalten Sie unter +49 2381 9015-0 (Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Ortsnetz Hamm).

Montag – Donnerstag von 9.00 – 16.00 Uhr

Freitag von 9.00 – 13.00 Uhr



▼ Verzeichnis der Landesstellen für Suchtfragen:

Landesstelle für Suchtfragen d. Liga d. freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V.

Stauffenbergstraße 3, 70173 Stuttgart

Tel. +49 711 61967-0, Fax +49 711 61967-67

info@suchtfragen.de, www.suchtfragen.de

Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS)

Lessingstraße 1, 80336 München

Tel. +49 89 536515, Fax +49 89 5439203

info@kbs-bayern.de, www.kbs-bayern.de

Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.

Gierkezeile 39, 10585 Berlin

Tel. +49 30 34389160, Fax +49 30 34389162

buero@landesstelle-berlin.de, www.landesstelle-berlin.de

Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Behlertstraße 3A, Haus 1, 14467 Potsdam

Tel. +49 331 581380-0, Fax +49 331 58138-25

info@blsev.de, www.blsev.de

Bremische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Kolpingstraße 7, 28195 Bremen

Tel. +49 421 200743-8, Fax +49 421 200743-1

j.dieckmann@brels.de, www.brels.de

Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Burchardstraße 19, 20095 Hamburg

Tel. +49 40 30386555

info@landesstelle-hamburg.de, www.landesstelle-hamburg.de

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS)

Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/Main

Tel. +49 69 71376777, Fax +49 69 71376778

hls@hls-online.org, www.hls-online.org

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Gruppenstraße 4, 30159 Hannover

Tel. +49 511 626266-0, Fax +49 511 626266-22

info@nls-online.de, www.nls-online.de

Landesstelle Sucht NRW

Geschäftsstelle

c/o Landesverband Rheinland, Dezernat 8, 50663 Köln

Tel. +49 221 8097794

kontakt@landesstellesucht-nrw.de, www.landesstellesucht-nrw.de

Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz

Karmeliterstraße 20, 67346 Speyer

Tel. +49 6232 664-254, Fax +49 6232 664-130

anette.schilling@diakonie-pfalz.de, www.sucht-rlp.de

Saarländische Landesstelle für Suchtfragen**c/o Caritas-Zentrum Saarpfalz**

Schanzstraße 4, 66424 Homburg

Tel. +49 6841 9348512, Fax +49 6841 9348519

andreas.heinz@caritas-spreyer.de, www.landesstelle-sucht-saarland.de**Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.**

Glacisstraße 26, 01099 Dresden

Tel. +49 351 8045506, Fax +49 351 8045506

info@slsev.de, www.slsev.de**Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt**

Halberstädter Straße 98, 39112 Magdeburg

Tel. +49 391 5433818, Fax +49 391 5620256

info@ls-suchtfragen-lsa.de, www.ls-suchtfragen-lsa.de**Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.**

Schreberweg 5, 24119 Kronshagen

Tel. +49 431 54033-44, Fax +49 431 54033-55

sucht@lssh.de, www.lssh.de**Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.**

Werner-Seelenbinder-Straße 14, 99096 Erfurt

Tel. +49 361 7464585, Fax +49 361 7464587

info@tls-suchtfragen.de, www.tls-suchtfragen.de

Impressum

Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
Westenwall 4, 59065 Hamm
Postfach 1369, 59003 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Redaktion

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

Autor

Dr. med. Rüdiger Holzbach, Klinikum Arnsberg,
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Arnsberg

Druck

Lensing Druck, Ahaus

Auflage

2.19.04.18

Gestaltung und Fotos

STADTLANDFLUSS, Horst Noll, Frankfurt/M.

Für die freundliche Unterstützung
danken wir der

BARMER

Alle Angaben wurden sorgfältig zusammengestellt und geprüft. Dennoch ist es möglich, dass Inhalte nicht mehr aktuell sind. Bitte haben Sie deshalb Verständnis, dass wir für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts keine Gewähr übernehmen können. Für Anregungen und Hinweise sind wir stets dankbar.



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

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

BARMER

www.barmer.de

Medikamentenabhängigkeit – was ist das? Welche Medikamente machen abhängig? Diese Fragen stellen sich viele, die Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel oder andere abhängig machende Medikamente einnehmen. Die Broschüre nimmt Stellung zu Langzeitgebrauch und Abhängigkeit und gibt Hinweise zur richtigen Anwendung.

Zwei Kapitel zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie zu Schmerzmitteln fassen die wichtigsten Informationen zu diesen Medikamentengruppen zusammen. Sie geben einen Einblick in Behandlungsmöglichkeiten und Risiken der Einnahme, in den Entzugs- und Entwöhnungsverlauf.

Die Hinweise zur nichtmedikamentösen Behandlung und die Wirkstoffübersicht im Anhang dienen der Überprüfung des bisherigen Einnahmeverhaltens. Mit dem Lippstädter Benzo-Check für Patienten kann getestet werden, ob bereits unerwünschte Wirkungen auftreten und wie ausgeprägt diese möglicherweise sind. Anregungen für die Kontaktaufnahme zu Hilfeeinrichtungen vermittelt das Kapitel „Information, Rat und Hilfe“.