



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Medikamente

Basisinformationen



Medikamente

Basisinformationen

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.

Inhalt

medicamentum (lat. Heilmittel)	2
Nebenwirkungen, Missbrauch, Abhängigkeit	4
Aktuelle Zahlen	6
Nebenwirkung Sucht	8
▶ Schlaf- und Beruhigungsmittel	10
▶ Anregungsmittel	16
▶ Schmerzmittel	18
▶ Missbrauch anderer Arzneimittel	24
Psychopharmaka	26
Schwangerschaft und Stillzeit	28
Kinder und Jugendliche	30
Frauen und Männer	32
Ältere Menschen	34
Straßenverkehr und Beruf	36
Doping	38
Alkohol und Medikamente	40
Arzneimittelmarkt	42
Arzneimittelsicherheit	44
Weitere Informationen, Literatur und Internet	46
Information, Rat und Hilfe	50
Die DHS	54

medicamentum (lat. Heilmittel)

„Alle Stoffe oder Stoffzusammensetzungen, die als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder zur Verhütung menschlicher Krankheiten bestimmt sind, oder alle Stoffe oder Stoffzusammensetzungen, die im oder am menschlichen Körper verwendet oder einem Menschen verabreicht werden können, um entweder die menschlichen physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen oder eine medizinische Diagnose zu erstellen.“

(Definition gemäß der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates)

Die Risiken der Arzneimittelabhängigkeit bedürfen ebenso großer Aufmerksamkeit wie die der Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen.



zum Weiterlesen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)
Jahrbuch Sucht
Lengerich (u. a.): Pabst, erscheint jährlich

Wolf-Dieter Müller-Jahncke,
Christoph Friedrich, Ulrich Meyer
Arzneimittelgeschichte
Stuttgart: Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft mbH, 2004

Die **Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft** bietet verschiedene Patientenratgeber an, mehr unter: www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/Patientenratgeber/index.html
(Zugriff: 20.02.2013)

Medikamente sind Arzneimittel, die zur Heilung, Vorbeugung oder Linderung von Krankheiten dienen. Neben dem unbestreitbaren und oft auch lebensrettenden Nutzen können Medikamente jedoch auch schaden, wie es das verkürzte Zitat „Die Dosis macht das Gift“ nach Paracelsus zum Ausdruck bringt. Bei der Anwendung von Medikamenten können unerwünschte Nebenwirkungen auftreten. Eine dieser möglichen Nebenwirkungen ist eine Abhängigkeit. Etwa 5 bis 6% aller verordneten Medikamente besitzen ein eigenes Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial.

Anzeichen für die Verwendung von Arzneimitteln lassen sich bis in die Frühgeschichte der Menschheit zurückverfolgen. Pflanzliche, tierische und mineralische Stoffe wurden als Medikamente verwendet und ihre Wirkungen und Anwendungsgebiete im Laufe von Jahrhunderten nicht nur von Heilkundigen untersucht und beschrieben, sondern auch im Rahmen der Volksheilkunde überliefert. Berausende und schmerzlindernde Stoffe fanden im medizinischen und im religiösen Rahmen Anwendung. Der Gebrauch dieser Mittel war – ähnlich den heutigen gesetzlichen und gesellschaftlichen Regeln im Umgang mit Abhängigkeit auslösenden Stoffen – durch kultische oder religiöse Überlieferungen geregelt.

Am Beispiel der Opiate lässt sich die Entwicklung der Heilmittelkunde gut nachvollziehen. Im 16. Jahrhundert führte Paracelsus das Opium (Laudanum) als pflanzliches Mittel zur Schmerzbehandlung ein. Anfang des 19. Jahrhunderts gelang es dem Paderborner Apotheker Friedrich Wilhelm Sertürner und dem Franzosen Armand Séguin unabhängig voneinander, das Morphin aus der Mohnpflanze zu isolieren. Dadurch wurde es möglich, ein Arzneimittel mit gleichbleibendem Wirkstoffgehalt zu erstellen. Die steigende Zahl an Morphinisten führte auf der Suche nach nicht abhängig machenden Schmerzmitteln zu chemisch abgewandelten Opiaten. 1898 wurde Diacetylmorphin als „Heroin“ eingeführt – und erst Jahre später das Suchtrisiko von Ärzten bemerkt.

Heute werden Arzneimittelwirkstoffe überwiegend synthetisch hergestellt. Die Risiken und Auswirkungen von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial sind beträchtlich. Mit geschätzten 1,4 bis 1,5 Millionen Menschen gibt es in Deutschland fast ebenso viele Medikamenten- wie Alkoholabhängige.

Nebenwirkungen, Missbrauch, Abhängigkeit

Die Diagnose der Medikamentenabhängigkeit ist wegen der in der Regel kontrollierten Verschreibung (dadurch weder Dosissteigerung noch Absetzen mit Entzugerscheinungen) schwierig zu stellen und wird meist erst durch die Entzugerscheinungen beim Absetzen des Medikamentes deutlich. Behelfsweise wird deshalb von einer Niedrigdosisabhängigkeit gesprochen.

Das Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10

Die Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit wird gestellt, wenn während der letzten zwölf Monate drei oder mehr der folgenden sechs Kriterien gleichzeitig erfüllt waren:

- 1 Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, das Medikament einzunehmen.
- 2 Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge der Medikamenteneinnahme.
- 3 Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion der Einnahme mit für das Medikament typischen Entzugssymptomen oder Einnahme anderer Mittel (z. B. andere Medikamente, Alkohol), um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- 4 Wirkungsverlust und Toleranzentwicklung, so dass höhere Dosierungen erforderlich sind, um die ursprüngliche Wirkung hervorzurufen.
- 5 (Fortschreitende) Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten der (ungestörten) Medikamenteneinnahme (Beispiel: Der Patient bleibt lieber zuhause, als auszugehen) oder Vernachlässigung anderer Interessen wegen erhöhten Zeitaufwands, um die Substanz zu beschaffen (z. B. durch den Besuch verschiedener Ärzte) oder sich von den Folgen der Einnahme zu erholen.
- 6 Anhaltende Medikamenteneinnahme trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Quelle: Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H. (Hrsg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8., überarb. Auflage. Bern: Huber.

Ein sinnvoller Gebrauch von Medikamenten setzt eine sorgfältig erstellte Diagnose sowie eine Planung und Kontrolle der Behandlung voraus. Doch auch bei einem sinnvollen Gebrauch kann es zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen. Manche treten gleich zu Beginn einer Behandlung auf, manche erst im Verlauf. Abhängigkeit ist in diesem Sinne eine Nebenwirkung, die im Verlauf entsteht, ebenso können paradoxe Effekte und psychische Veränderungen schon nach wenigen Wochen einer Einnahme auftreten.

Von Medikamentenmissbrauch spricht man, wenn Medikamente ohne eine entsprechende Indikation, in unangemessen hoher Dosierung oder länger als notwendig eingenommen werden. Die Diagnose der Medikamentenabhängigkeit orientiert sich an der ICD 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision), einem internationalen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In der Praxis zeigt sich allerdings, dass dieses Diagnosesystem bestimmte Formen der Abhängigkeit von Arzneimitteln nicht ausreichend erfasst. Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Familie der Benzodiazepine jedoch werden oft jahrelang in gleichbleibender, ärztlich verordneter Menge eingenommen, ohne dass die Dosis gesteigert wird. Diese Medikamente erzeugen erhebliche, meist nicht erkannte Nebenwirkungen. Erste Stufe dieser Nebenwirkungen ist der Wirkverlust – das Medikament hilft nicht mehr so gut wie zu Beginn der Behandlung. Gleichzeitig aber führt ein Weglassen des Medikamentes (scheinbar) zu einem erneuten Auftreten der Ausgangsbeschwerden. Mit dem Gedanken, man „brauche“ das Mittel, nehmen Patienten das Medikament also weiter ein – statt mit der Vorstellung, möglicherweise davon abhängig zu sein. In der nächsten Stufe treten Nebenwirkungen auf, die wegen der Ähnlichkeit zu den Ausgangsbeschwerden und des schleichenden Beginns nicht als solche erkannt werden. Da bei diesen Veränderungen die Kriterien einer Abhängigkeit nicht erfüllt sind, wird von einer „Niedrigdosisabhängigkeit“ gesprochen. Das Problem der Medikamentenabhängigkeit tritt erst in einer späteren Phase der Einnahme oder bei polyvalentem Konsum (d. h. bei gleichzeitigem oder abwechselndem Konsum von Alkohol oder anderen Drogen) auf.

Die meisten sogenannten Medikamentenabhängigen erreichen nicht die Abhängigkeit, sondern erleiden Nebenwirkungen, ohne zu erkennen, dass diese von den Medikamenten verursacht werden.

Aktuelle Zahlen

Verschreibung von Benzodiazepinen und Z-Drugs nach Alter

Eine Untersuchung an rund 16 Millionen Bundesbürgern ergab, dass die Mehrzahl der Behandlungen mit Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepinen regelkonform verläuft. Diese Art von Medikamenten erhalten überwiegend Menschen in der zweiten Lebenshälfte.

Zeitdauer Behandlung und Diazepam-Äquivalenzdosis	Anteil an Patienten (in %)	Durchschnittsalter Patienten
regelkonform*	65,9	59,2
Regelverletzung**	16,6	67,7
länger als sechs Monate, Tagesdosis 3,33 mg	7,5	67,6
länger als sechs Monate, Tagesdosis 5–10 mg	7,2	66,8
länger als sechs Monate, Tagesdosis 10–15 mg	1,7	63,0
länger als sechs Monate, Tagesdosis über 15 mg	1,1	56,6

* regelkonform definiert als Behandlungsdauer bis 8 Wochen

** intermittierende Einnahme, unter 3,33 mg pro Tag im Schnitt

Quelle: Holzbach, Rüdiger et al. (2010): Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. In: Bundesgesundheitsblatt 53 (4), 319-325.

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Anspruchs, sowohl „fit for fun“ zu sein als auch trotz Überforderung oder gesundheitlicher Einschränkungen den Erwartungen zu entsprechen, wird der Griff zu Medikamenten immer selbstverständlicher. Hinzu kommt die Erwartung an das Gesundheitswesen, es könne „alles wieder in Ordnung bringen“. Doch auch Menschen, die bereits medikamentenabhängig sind, stellen fest, dass sie im Grunde gar keine Medikamente nehmen möchten.

Rund 1,6 Millionen Menschen in Deutschland nehmen Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine, Z-Drugs, das sind sog. Benzodiazepinagonisten, die sich strukturell von Benzodiazepinen unterscheiden aber ein ähnliches Wirkprofil aufweisen) über einen längeren Zeitraum hinweg ein, als gemäß Leitlinien der Fachgesellschaften empfohlen wird.

Quelle: Holzbach, Rüdiger et al. (2010): Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. In: Bundesgesundheitsblatt 53 (4), 319-325.

Hinzu kommen Schmerzmittel und andere eine Abhängigkeit hervorrufende Medikamente, so dass von rund 1,4 bis 1,5 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland auszugehen ist. Einige Autoren schätzen die Gesamtzahl sogar auf 1,9 Mio.

Quelle: Soyka, Michael et al. (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? In: Nervenarzt, 76 (1), 72-77.

Das zunehmende Ausweichen auf Privatrezepte für gesetzlich Krankenversicherte ist nicht zulässig, zeigt aber, dass die Problematik längerer Verschreibung zum Teil von Ärzten und Betroffenen erkannt wurde.

Nach aktuellen Ergebnissen der „Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“ nehmen Frauen weitaus häufiger als Männer mindestens einmal pro Woche Medikamente ein. Während rund 20 % der Frauen mindestens einmal wöchentlich ein Medikament mit Suchtpotenzial zu sich nehmen, sind es bei Männern nur knapp 15 %.

Quelle: Kraus, Ludwig (2008): Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. In: SUCHT, 54 (Sonderheft 1).

Das Risiko für eine Langzeitverschreibung steigt mit dem Alter: Ein Drittel aller Benzodiazepine und Z-Drugs erhalten Patienten unter 50 Jahren, ein Drittel die 50- bis 70-Jährigen und ein Drittel die über 70-Jährigen.

Quelle: Holzbach, Rüdiger et al. (2010): Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. In: Bundesgesundheitsblatt 53 (4), 319-325.

Wie die Berliner Altersstudie zeigte, bedeutet dies, dass 13,2 % der über 70-Jährigen Benzodiazepine erhalten. Laut einer Untersuchung in Alten- und Pflegeheimen nahmen 15,6 % der Heimbewohner in den letzten vier Wochen Benzodiazepine ein, davon zwei Drittel seit sechs Monaten oder länger.

Quelle: Weyerer, S.; Zimmer, A. (1997): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Medikamenten in Alten- und Pflegeheimen. In: Watzl, H.; Rockstroh, B. (Hrsg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Hogrefe, Göttingen: Hogrefe. 159-184.

Nebenwirkung Sucht

Von allen in Deutschland verordneten Arzneimitteln besitzen etwa 5 bis 6% ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Elf der 20 meistverkauften Medikamente in Apotheken haben ein Missbrauchs-
potenzial.

Die wichtigsten Medikamente mit Missbrauchs- und/oder Abhängigkeitspotenzial gehören zu den Gruppen der Schlaf- und Beruhigungsmittel, der AD(H)S- sowie der Schmerz- und Betäubungsmittel. Antidepressiva und Neuroleptika besitzen das Risiko, missbraucht zu werden. Sie stellen eine Alternative für Schlaf- und Beruhigungsmittel dar, dürfen jedoch nicht unkritisch verwendet werden.



zum Weiterlesen

Wolfgang Poser, Siegrid Poser

[Medikamente – Missbrauch und Abhängigkeit](#)

Entstehung – Verlauf – Behandlung

Stuttgart: Thieme, 1996

Ernst Pallenbach

[Die stille Sucht](#)

Missbrauch und Abhängigkeit
von Arzneimitteln

Stuttgart: Wissenschaftliche

Verlagsgesellschaft, 2009

Karin Elsesser, Gudrun Satory

[Ratgeber Medikamentenabhängigkeit](#)

Informationen für Betroffene und Angehörige

Göttingen: Hogrefe, 2005

Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath (Hrsg.)

[Arzneiverordnungsreport](#) (erscheint jährlich)

Berlin; Heidelberg: Springer

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

[Medikamentenabhängigkeit](#)

Band 5 der Suchtmedizinischen Reihe,

Hamm: 2013

In Deutschland sind zurzeit rund 50.000 verschiedene Arzneimittel im Handel. Von allen verordneten Arzneimitteln besitzen etwa 5 bis 6 % ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Allein unter den 20 meistverkauften Präparaten in Apotheken jedoch befinden sich elf mit einem Missbrauchspotenzial. Bei sachgerechter Verordnung und Anwendung, d. h. in der Regel für kurze Zeit und niedrig dosiert, ist das Risiko eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeitsentwicklung als gering anzusehen. Geschätzte 30 bis 35 % der Medikamente mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial werden aber nicht wegen akuter medizinischer Probleme, sondern langfristig zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet.

Die verschiedenen Medikamentengruppen sowie Einzelpräparate unterscheiden sich durch ihre Indikationen, durch erwünschte und unerwünschte Wirkungen, durch das jeweilige Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial und durch die spezifischen Entzugserscheinungen. Die hinsichtlich ihrer Verbreitung wichtigsten Medikamente gehören zu den Gruppen der Schlaf- und Beruhigungsmittel (Hypnotika/Sedativa und Tranquillantien, siehe S. 10). Weitere wichtige Gruppen sind die AD(H)S-Medikamente und Appetitzügler (Stimulanzen, siehe S. 16) und die Schmerz- und Betäubungsmittel (peripher und zentral wirksame Analgetika, siehe S. 18).

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Medikamente, die häufig ohne entsprechende Indikation, zu lange oder in zu hoher Dosis gebraucht werden (siehe S. 24).

Die zu den Psychopharmaka gehörenden Antidepressiva und Neuroleptika besitzen ein geringes Missbrauchspotenzial und sind von Medikamenten mit stärkerem Abhängigkeitspotenzial abzugrenzen. Sie stellen darüber hinaus eine Alternative zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln dar und werden in diesem Zusammenhang vorgestellt (siehe S. 26).

Schlaf- und Beruhigungsmittel (Hypnotika, Sedativa und Tranquillantien)

Die Grenzen zwischen angstlösenden Mitteln (Tranquillantien), Beruhigungsmitteln (Sedativa) und Schlafmitteln (Hypnotika) sind fließend und zum Teil willkürlich. Letztlich ist es wie beim Alkohol eine Frage der Dosis – ein wenig davon macht gelöster, mehr davon macht ruhiger, sehr viel ist schlaffördernd. Pflanzliche Präparate können – ebenso wie die synthetischen Mittel aus der Gruppe der Benzodiazepine und Z-Drugs – die Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen erschweren und/oder hinauszögern. Sie sollten deshalb immer nur kurzfristig in Krisensituationen eingesetzt werden, bis andere Strategien greifen.

Barbiturate, die Vorgänger der Benzodiazepine, sollten wegen der erheblich schlechteren Verträglichkeit heute nicht mehr als Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingesetzt werden.



zum Weiterlesen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)
Immer mit der Ruhe ... Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln
Die Broschüre kann kostenlos bei der DHS (Bestelladresse siehe S. 50) bestellt werden: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Bestellung“. Die Broschüre steht auch als Download zur Verfügung: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Broschüren und Falblätter“.

Aktueller **Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch**
Konsumverhalten in Deutschland
Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin

Rund 30 Millionen Packungen Schlaf- und Beruhigungsmittel werden jährlich in Deutschland verkauft. Dabei handelt es sich vor allem um Benzodiazepine und benzodiazepinähnliche Wirkstoffe sowie zu 40 % um pflanzliche Extrakte aus Baldrian, Hopfen oder Passionsblumen. Die Verordnungen von Benzodiazepinen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen sind in den letzten Jahren deutlich rückläufig, die der benzodiazepinähnlichen Wirkstoffe Zolpidem und Zopiclon (Z-Drugs) sind gestiegen. Da diese Mittel immer häufiger auch für gesetzlich Versicherte nur auf Privatrezept verschrieben werden, sind die Verkaufszahlen für beide Präparate-Gruppen allerdings kaum gefallen.

Schlafstörungen und Unruhe können viele Ursachen haben. Schlaf- und Beruhigungsmittel wirken jedoch – wie beispielweise Schmerzmittel auch – lediglich gegen die Symptome, nicht gegen die Ursachen der Beschwerden. Deshalb muss ihr Einsatz sorgfältig erwogen werden. Er ist nur dann sinnvoll, wenn eine Diagnostik und Behandlung für das zugrunde liegende Problem erfolgt. Dies gilt ebenfalls für pflanzliche Präparate: Auch bei diesen besteht die Gefahr, die Grunderkrankung zu verschleiern und den Beginn einer wirksamen Behandlung für die Grunderkrankung hinauszuzögern.

Die meisten Schlaf- und Beruhigungsmittel beeinträchtigen die Tiefschlaf- und Traumphasen, so dass der Schlaf unter diesen Präparaten zwar ungestört und länger andauernd, aber weniger erholsam ist. Durch die Gewöhnung an die Substanzen verlieren sie in der Regel rasch ihre Wirkung. Lediglich die Absetz- und/oder Entzugssymptome führen dazu, dass sie weiter genommen werden.

Im Hinblick auf Abhängigkeitsrisiken sind vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Benzodiazepin-Familie (siehe S. 12) von Bedeutung. Die benzodiazepinähnlichen Wirkstoffe Zolpidem und Zopiclon, die zunehmend ersatzweise verschrieben werden (siehe S. 14), besitzen ein geringeres Abhängigkeitspotenzial, da die durchschnittliche Tablettenstärke niedriger ist als bei den Benzodiazepinen. Bei längerer Anwendung führen sie dennoch zu einer Abhängigkeit.

Schlaf- und Beruhigungsmittel



Benzodiazepine

In Deutschland nimmt etwa ein Drittel aller Menschen mit einer Benzodiazepin-Medikation diese Arzneimittel länger ein, als von Experten in den Leitlinien der Fachgesellschaften (www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html. Zugriff: 20.02.2013) empfohlen wird.

Quelle: Holzbach, Rüdiger et al. (2010): Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. In: Bundesgesundheitsblatt, 53 (4), 319-325.

In Deutschland zugelassen sind: Alprazolam, Bromazepam, Brotizolam, Chlordiazepoxid, Clobazam, Clonazepam, Diazepam, Dikaliumclorazepat, Flunitrazepam, Flurazepam, Loprazolam, Lorazepam, Lormetazepam, Medazepam, Midazolam, Nitrazepam, Oxazepam, Prazepam, Temazepam, Tetrazepam und Triazolam.

Als Verschreibungsempfehlung gilt:

- Erst die Diagnose, dann die Behandlung;
- nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes;
- Aufklärung über Abhängigkeitsgefahr;
- kleinste Packungsgröße;
- niedrigste Dosis;
- keine Präparate mit langer Halbwertszeit;
- nach spätestens vier Wochen ist die Behandlung beendet.

Die Verschreibungsempfehlung findet sich auch in der sogenannten **4 K-Regel** zusammengefasst: **K**onkrete Diagnose, **K**leinste Dosis, **K**urzfristige Einnahme, **K**ein abruptes Absetzen.

Wenn Sie überprüfen wollen, ob Sie bereits von Nebenwirkungen durch Benzodiazepine betroffen sind, nutzen Sie den BenzoCheck: www.lwl.org/klinik_warstein_bilder/pdf/BenzoCheck.pdf



zum Weiterlesen

Benzodiazepine aus „Die Sucht und ihre Stoffe – Eine Informationsreihe über die gebräuchlichsten Suchtstoffe“
(siehe auch S. 47)

Benzodiazepine sind gute und unverzichtbare Medikamente für akute Krisensituationen, dürfen aber nur zeitlich begrenzt eingenommen werden und heilen keine den Symptomen zugrunde liegende Erkrankung. Sie wirken dämpfend, schlaffördernd, angstlösend, muskelentspannend und gegen epileptische Anfälle. Benzodiazepine dürfen nach mehrwöchiger Einnahme nicht schlagartig abgesetzt werden.

Das erste Benzodiazepin Chlordiazepoxid (Librium®) wurde 1960 zugelassen, 1963 folgte Diazepam (Valium®). Derzeit gibt es auf dem deutschen Markt rund 20 verschiedene Benzodiazepine. Sie sind alle verschreibungspflichtig und z. T. auch nur mittels Betäubungsmittel-Rezept verordnungsfähig.

Benzodiazepine können auch nach ihrer Halbwertszeit unterschieden werden, also der Dauer, bis die Hälfte des Wirkstoffs abgebaut ist. Substanzen mit langer Halbwertszeit wirken bis zu über 200 Stunden nach der Einnahme weiter (z. B. Diazepam). Noch am nächsten Morgen besteht ein hoher Wirkstoff-Spiegel („hang over“), deshalb sind sie zur Behandlung von Schlafstörungen ungeeignet.

Gemäß den Leitlinien der Fachgesellschaften sollen Benzodiazepine nicht länger als zwei bis vier Wochen gegeben werden. Die Gründe für diese Empfehlungen sind: zum einen ein rascher Wirkverlust und dann bereits einsetzende Absetzeffekte und/oder Entzugserscheinungen beim Weglassen, zum anderen die Nebenwirkungen der Medikamente.

Benzodiazepine werden in der Regel zunächst gut vertragen. Nach einigen Wochen jedoch steigt das Risiko für Nebenwirkungen in Form von Unruhe, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Körpermissempfindungen und einer Reizüberempfindlichkeit (Phase 1 der Nebenwirkungen im Verlauf, „Wirkumkehr“). Hinzu kommt, vor allem bei älteren Menschen, eine Trittsicherheit mit Sturzgefahr.

Wird im Verlauf die Dosis auf zwei bis drei Tabletten gesteigert, treten neue Symptome hinzu: Einbußen im Bereich von Gedächtnis und Konzentration, Abnahme der körperlichen Energie, geringere emotionale Beteiligung (Phase 2 der Nebenwirkungen im Verlauf, „Apathie-Phase“).

Bei einer neuerlichen Dosissteigerung (z. B. über weitere und ebenfalls verschreibende Ärzte) entwickelt sich das Bild einer Suchterkrankung (siehe S. 8).

Schlaf- und Beruhigungsmittel



Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon

Während die Verordnungen von Benzodiazepinen sinken, werden in den letzten Jahren zunehmend die Wirkstoffe Zolpidem und Zopiclon verschrieben.

Im Hinblick auf ein Abhängigkeitsrisiko werden sie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ähnlich problematisch wie Benzodiazepine eingestuft.

Vor einer Verordnung an Patientinnen und Patienten mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit in der Vorgeschichte wird gewarnt.



zum Weiterlesen

Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft
[Keine Verordnung von Zolpidem bei
bekannter Benzodiazepinabhängigkeit](#)
Deutsches Ärzteblatt, Heft 10, 1999

Die Konvention der Vereinten Nationen über
psychotrope Substanzen von 1971 steht in
englischer Sprache auf der Internetseite des
Internationalen Suchtstoffkontrollrates zum
Downloaden zur Verfügung:
[United Nations, Convention on
psychotropic Substances, 1971](#)
www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf
[Deutsche Übersetzung](#): Übereinkommen vom
21. Febr. 1971 über psychotrope Stoffe (mit An-
hang) [www.admin.ch/ch/d/sr/c0_812_121_02.
html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/c0_812_121_02.html) (Zugriff: 20.02.2013)

Als Schlafmittel der „dritten Generation“ gelten die sogenannten Non-Benzodiazepine Zolpidem (z. B. Stilnox®), Zopiclon (z. B. Ximovan®) und Zaleplon (seit Oktober 2010 kein Vertrieb mehr in Deutschland), auch „Z-Drugs“ genannt. Sie sind seit Ende der 70er bzw. Ende der 80er Jahre auf dem Markt und chemisch nicht mit den Benzodiazepinen verwandt, besitzen aber pharmakologisch ähnliche Eigenschaften.

Die Z-Drugs werden zum Teil alternativ zu den Benzodiazepinen verordnet, da anfänglich deren Abhängigkeitspotenzial unterschätzt wurde. Ähnlich wie bei den Benzodiazepinen entfällt etwa die Hälfte der Apothekenumsätze auf Privatrezepte, obwohl nur etwa 10% der Bevölkerung privat versichert sind. Ärzte, die zugelassene Medikamente auf Privatrezept an gesetzlich Krankenversicherte verordnen, wissen meist um die Problematik dieser Verschreibungsform. Die Nebenwirkungen entsprechen weitgehend denen der Benzodiazepine.

Sowohl das Risiko eines Wirkverlustes nach wenigen Wochen als auch das Abhängigkeitsrisiko müssen laut Weltgesundheitsorganisation ähnlich hoch wie bei den Benzodiazepinen eingestuft werden (Liste IV im Sinne der Konvention der Vereinten Nationen über psychotrope Substanzen von 1971 (Wiener Konvention)). Vor einer Verordnung dieser Substanzen an Benzodiazepinabhängige wird daher von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gewarnt.

Quelle: United Nations, Convention on psychotropic Substances, 1971.
www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf – Deutsche Übersetzung:
Übereinkommen vom 21. Febr. 1971 über psychotrope Stoffe (mit Anhang)
www.admin.ch/ch/d/sr/c0_812_121_02.html (Zugriff: 20.02.2013)

Der Vorteil der Z-Drugs ist deren kurze Halbwertszeit, so dass die Gefahr eines „hang over“ – also einer Restwirkung am nächsten Morgen – geringer ist. Im Vergleich zu den meisten Benzodiazepin-Präparaten sind die Z-Drugs schwächer dosiert.

Anregungsmittel (Stimulanzien)

In Deutschland werden Psychostimulanzien im Wesentlichen bei Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern sowie bei Narkolepsie, einer seltenen neurologischen Erkrankung, verordnet.

Die Verwendung von Stimulanzien in Schlankheitsmitteln führte in den vergangenen Jahren zu häufigen Missbrauchsfällen, so dass diese Medikamente der Betäubungsmittelrezeptpflicht unterstellt wurden. Zur Behandlung von Adipositas gelten Psychostimulanzien als Appetitzügler mittlerweile als überholt.

Darüber hinaus sind anregende Substanzen wie Amphetamine vor allem als illegale Drogen bekannt (Speed, Ecstasy).



zum Weiterlesen

Das Bundesministerium für Gesundheit stellt gemeinsam mit „zentrales adhs-netz“ ein ADHS-Infoportal zur Verfügung: www.adhs.info (Zugriff: 20.02.2013)

Als Download oder zum Bestellen bietet die BZgA die Broschüre [adhs aufmerksamkeitsdefizit/hyperaktivitäts Syndrom ... was bedeutet das?](http://www.bzga.de/botmed_11090100.html) an. www.bzga.de/botmed_11090100.html (Zugriff: 20.02.2013)

Amphetamine aus „Die Sucht und ihre Stoffe – Eine Informationsreihe über die gebräuchlichsten Suchtstoffe“.

Das Faltblatt kann kostenlos bei der DHS (Bestelladresse siehe S. 50) bestellt werden: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Bestellung“. Das Faltblatt steht auch als Download zur Verfügung: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Broschüren und Faltblätter“.

Hauptindikation für die Verordnung von Psychostimulanzien in Deutschland ist die Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung AD(H)S. Die Verordnungen von Methylphenidat (z. B. Ritalin®, Medikinet®) haben in den letzten Jahren sehr stark zugenommen, insbesondere da mittlerweile auch Erwachsene mit einer AD(H)S diese Mittel erhalten dürfen.

In der Öffentlichkeit findet eine kontroverse Diskussion zur Behandlung von Kindern mit Psychopharmaka statt. Kritiker der Behandlungsform problematisieren, dass unerwünschtes Verhalten von Kindern mit Hilfe chemischer Substanzen reguliert werde. Die andere Seite argumentiert mit dem Einwand, bei der AD(H)S handele es sich um eine biologische Erkrankung des Gehirns, deren frühzeitige und effektive Behandlung die Kinder vor leidvollen und einschränkenden Symptomen und daraus resultierenden Folgeschäden bewahren könne. Behandelte AD(H)S-Kinder haben ein geringeres Risiko für Suchterkrankungen im Erwachsenenalter.

Quelle: Biederman, Joseph et al. (2008): Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. In: American Journal of Psychiatry, 165, 597-603.

Die Diskussion sollte im Hinblick auf Betroffene deshalb nicht ideologisch geführt werden, sondern unter pragmatischer Abwägung der Vor- und Nachteile der Behandlung.

Notwendig sind dafür eine exakte, möglichst (kinder-) psychiatrisch abgesicherte Diagnose und eine sorgfältige Verlaufskontrolle. Die optimale Dosis von Methylphenidat muss sehr individuell bestimmt werden.

Im Hinblick auf eine Abhängigkeit durch verschriebene Medikamente spielen Stimulanzien derzeit eine geringe Rolle. Die entsprechenden Substanzen finden sich eher auf dem illegalen Markt wieder.

Als weitere stimulierende Substanz ist Coffein als Zusatz in Schmerz- und Erkältungsmitteln weit verbreitet. Dabei ist umstritten, ob Coffein als Suchtstoff bezeichnet werden kann. Bekannt sind die missbrauchsfördernde Wirkung als Zusatz von Schmerzmitteln sowie der Missbrauch unter Berufskraftfahrern und Schichtarbeitern. Regelmäßiger Coffeinkonsum, auch in Form von Kaffee, führt zur Toleranzsteigerung. Beim Absetzen kommt es häufig zu Entzugskopfschmerzen. In vielen Ländern sind deshalb Mischpräparate aus Schmerzmittel und Coffein verboten.

Schmerzmittel (Analgetika)

Patienten mit chronischen Schmerzen wurden wegen der Befürchtung einer Suchtentwicklung in Deutschland lange Zeit unterversorgt. Seit 1996 jedoch ist eine kontinuierliche Zunahme der Verordnung von opioiden Analgetika zu verzeichnen. Diese entspricht dem aktuellen medizinischen Standard in der Schmerztherapie. 1998 wurden die betäubungsmittelrechtlichen Verordnungsvorschriften zur besseren Umsetzung des WHO-Stufenschemas zur Tumorschmerztherapie vereinfacht und das Stufenschema auch auf andere Schmerzerkrankungen übertragen. Bei sachgerechter Anwendung von Opioiden sind Abhängigkeitsentwicklungen in Folge der medizinischen Behandlung selten.

WHO-Stufenschema

Grundprinzip des Stufenschemas der Weltgesundheitsorganisation ist eine regelmäßige Einnahme der Medikation im Sinne einer Schmerzprophylaxe. Zweites Grundprinzip ist ein gestuftes Vorgehen: Dieses sieht vor, dass zunächst die Schmerzen mit einem Nicht-Opioidanalgetikum wie Acetylsalicylsäure, Metamizol oder Paracetamol behandelt werden sollen, ggf. 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).



zum Weiterlesen

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) stellt im Internet wissenschaftlich begründete Leitlinien zur Diagnostik und Therapie (unter anderem von Schmerzerkrankungen) zur Verfügung: www.awmf-online.de (Zugriff: 20.02.2013)

Schmerzen haben vor allem eine Schutz- bzw. Warnfunktion. Sie verweisen meist auf bestehende Erkrankungen oder Verletzungen. Deshalb sollten sie weder ignoriert noch mit Medikamenten unterdrückt werden, sondern Anlass für eine Ursachenforschung sein. Neuere Untersuchungen belegen, dass sich Schmerzen auch „verselbstständigen“ und zu einer eigenständigen Erkrankung entwickeln können, wenn sie zu lange andauern oder nicht angemessen behandelt werden. Weiterhin kann der Körper ein sogenanntes „Schmerzgedächtnis“ entwickeln; daher sollen Schmerzen frühzeitig und ausreichend behandelt werden. Allerdings gibt es unterschiedliche Auffassungen, was aus medizinischer Sicht und in der alltäglichen Praxis der Selbstmedikation als frühzeitig und ausreichend zu gelten hat.

Laut Repräsentativerhebungen der letzten Jahre (siehe S. 6) nehmen in Deutschland rund 60% der Wohnbevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren mindestens einmal jährlich ein Schmerzmittel (Analgetikum) ein. Dabei versuchen etwa 75%, möglichst lange ohne Schmerzmittel auszukommen.

Schmerzmittel können nach ihren Angriffspunkten bei der Schmerzbekämpfung unterschieden werden. Die peripher wirkenden Analgetika (siehe S. 20) verhindern die Entstehung des Schmerzes am Verletzungsort. Diese Substanzen wirken zusätzlich fiebersenkend und teilweise auch entzündungshemmend. Dazu gehören die überwiegend rezeptfreien apothekenpflichtigen Schmerzmittel, die häufig in der Selbstmedikation (insbesondere gegen Kopfschmerzen) eingesetzt werden.

Zentral wirksame Analgetika (siehe S. 22) unterdrücken durch ihre Wirkung die Weiterleitung von Schmerzimpulsen in Rückenmark und Gehirn – dem zentralen Nervensystem. Hierzu zählen die stark wirksamen Opiate und die opiatähnlichen und opioden Analgetika, die rezeptpflichtig sind und/oder dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen.

Migräne tritt oft mit rezidivierend auftretenden Attacken auf, so dass es zu mehrfacher Einnahme eines Schmerzmittels innerhalb eines Monats kommt. Der Gefahr von Überdosierung und zu häufiger Einnahme sollte durch eine vom Neurologen gesteuerte prophylaktische Behandlung mit Mitteln begegnet werden, die bezüglich Gewöhnung und Abhängigkeit unproblematisch sind.

Schmerzmittel



Peripher wirksame Analgetika

Peripher wirksame Analgetika werden vor allem zur Behandlung von Schmerzen, Fieber und Entzündungen eingesetzt.

Der Missbrauch entsprechender Mittel führt zu dumpf drückenden Dauerkopfschmerzen und kann in einen Teufelskreis mit weiterem Konsum münden. Der langjährige Dauergebrauch großer Mengen von Schmerzmitteln kann verschiedene Organschäden bis hin zu einer Analgetika-Nephropathie (Nierenversagen) zur Folge haben. Akute Überdosierungen führen unter Umständen zu einem Leberversagen.

Medikamente mit einem einzelnen Wirkstoff sind gegenüber Kombinationspräparaten zu bevorzugen. In der Selbstmedikation sind Schmerzmittel für die kurzfristige Behandlung von gelegentlichen und schwachen bis mittleren Schmerzen geeignet. Bei andauernden Beschwerden sollte eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht werden.



zum Weiterlesen

Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. bietet umfangreiche Informationen zum Thema Schmerzen und Schmerzbehandlung:

www.dmkg.de (Zugriff: 20.02.2013)

Unter den 20 meistverkauften Medikamenten in Deutschland waren in den letzten Jahren jeweils sieben peripher wirkende Schmerzmittel – darunter alleine vier mit dem Wirkstoff Acetylsalicylsäure (ASS). Zu den wichtigsten Wirkstoffen dieser Kategorie zählen neben Acetylsalicylsäure (z. B. Aspirin®) Paracetamol (z. B. Paracetamol ratiopharm®), Diclofenac (Voltaren®) und Ibuprofen (z. B. Dolormin®). Diese Substanzen wirken schmerzstillend, fiebersenkend und teilweise auch entzündungshemmend. Sie werden vor allem bei gelegentlichen, leichten und mittleren Schmerzen empfohlen.

Bei regelmäßiger Einnahme dieser apothekenpflichtigen Schmerzmittel kann es zu einer paradoxen Reaktion kommen: Dann entstehen Schmerzen durch die häufige Einnahme der Schmerzmittel. Typischerweise treten sie in Form dumpf drückender Dauerkopfschmerzen auf. Untersuchungen zeigten, dass etwa 5 bis 8 % aller Kopfschmerzpatienten einen Medikamentenmissbrauch im Sinne einer zu häufigen oder zu hoch dosierten Eigentherapie betreiben, wobei Frauen fünfmal häufiger davon betroffen sind als Männer.

Übersicht bei Katsarava, Z.; Zwarg, T.; Wallasch, T.-M. (2009): Medikamenten-
übergebrauch als Risikofaktor der Kopfschmerzchronifizierung.
In: Nervenheilkunde 28 (6), 373-377.

Besonders problematisch sind Kombinationspräparate, die neben dem schmerzstillenden Wirkstoff auch Coffein oder Codein enthalten (siehe S. 23). Coffein verleitet durch seine anregende Wirkung zu einem vermehrten Gebrauch der entsprechenden Mittel. Unter den meistverkauften Arzneimitteln in Deutschland befindet sich weiterhin ein kritisch zu bewertendes Kombinationsanalgetikum (Thomapyrin®).

Ein Missbrauch rezeptfreier Schmerzmittel kann im Bereich der Leistungssteigerung entstehen, ebenso rund um den Anspruch, bei Beschwerden in belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen besser durchzuhalten. Die Gefahr liegt im Unterdrücken des Schmerzes als Warnsignal und der Verschlimmerung und/oder Chronifizierung der schmerzauslösenden Erkrankungen.

Obwohl diese Präparate bisher nicht rezeptpflichtig sind, können sie erhebliche Nebenwirkungen verursachen. So wird z. B. geschätzt, dass bei 10 bis 15 % der dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten die Nierenschädigung auf den übermäßigen Gebrauch von Schmerzmitteln zurückgeht.

Silverstein, Fred E. et al. (2000): Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. The class study: A randomized trial. In: JAMA, 284 (10), 1247-1255.

Schmerzmittel



Zentral wirksame Analgetika

Bei der Behandlung starker oder chronischer Schmerzen sind zentral wirksame Analgetika auf Opioidbasis unverzichtbar. Bei einer fachgerechten Schmerztherapie, die auf die seelische Komponente von Schmerz und Krankheit eingeht sowie die Suchtgefahr berücksichtigt, ist das Abhängigkeitsrisiko gering.

Bei nicht sachgemäßer Anwendung haben Opioidanalgetika ein hohes Suchtpotenzial und werden auch auf dem illegalen Markt gehandelt.



zum Weiterlesen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)
Schmerzmittel aus „Die Sucht und ihre Stoffe – Eine Informationsreihe über die gebräuchlichsten Suchtstoffe“

Das Faltblatt kann kostenlos bei der DHS (Bestelladresse siehe S. 50) bestellt werden: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Bestellung“. Das Faltblatt steht auch als Download zur Verfügung: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Broschüren und Faltblätter“.

Hans-Günther Nobis, Roman Rolke,
Toni Graf-Baumann (Hrsg.)

Schmerz – eine Herausforderung

Informationen für Betroffene und Angehörige
Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, 2012

Die auf Gehirn- oder Rückenmarksebene, also „zentral“ wirkenden Schmerzmittel sind überwiegend Opiate oder daraus abgeleitete Medikamente. Im 19. Jahrhundert gelang es erstmals, aus dem Schlafmohn (Opium) Morphin zu isolieren. Seitdem wurden verschiedene Opiate und opiatähnliche Substanzen erforscht. Aus Morphin konnte Hydromorphon und Diacetylmorphin (Heroin) synthetisiert werden, aus Codein das Hydrocodein, Oxycodon und Buprenorphin. Vollsynthetische Opioide sind Dextromoramid, Dextropropoxyphen, Methadon, Levo-Methadon, Pentazocin, Pethidin, Piritramid, Tilidin, Tramadol (als Schmerzmittel) sowie Fentanyl, Alfentanil, Sufentanil und Remifentanil (als Narkosemittel). Opioide Wirkstoffe (z. B. Codein) finden darüber hinaus Verwendung in hustenstillenden Mitteln.

Aufgrund ihrer effektiven Wirkung gegen starke Schmerzen sind Opioide bis heute die wichtigsten Medikamente bei der Behandlung starker Schmerzen. Ein Abhängigkeitsrisiko besteht aufgrund ihrer psychischen Wirkung: Euphorisierung (starkes Glücksgefühl) und „angenehme Gleichgültigkeit“. Diese Nebenwirkungen sind bei den verschiedenen Präparaten unterschiedlich stark ausgeprägt und auch davon abhängig, wie schnell und in welcher Menge das Mittel das Gehirn „flutet“. Um eine gleichmäßige Dosierung des schmerzstillenden Wirkstoffs zu ermöglichen, sollten retardierte (d. h. in ihrer Wirkstoffabgabe verzögerte) Präparate sowie Pflaster verwendet werden.

Das Abhängigkeitspotenzial von Opiaten (gewonnen aus Schlafmohn) und Opoiden (opiatähnliche Substanzen) wird sehr kontrovers diskutiert. Schmerztherapeuten sehen bei fachgerechter Anwendung kein großes Risiko. Andererseits steht die Suchtmedizin immer wieder vor der Aufgabe, Betroffene einer Suchtentwicklung beim Entzug von Schmerzmitteln zu helfen. Vor allem zwei Punkte sind bei der Anwendung zentral wirksamer Schmerzmittel zu beachten. Zum einen sollte keine Tropfenform verwendet werden, da diese durch die schnelle Wirkung eine deutliche Euphorisierung (starkes Glücksgefühl) auslöst, zum anderen ist ein ehrlicher Umgang mit sich selbst erforderlich: Geht es bei der Einnahme um die schmerzstillende oder um die psychische Wirkung (um beispielsweise besser mit der seelischen Belastung durch Schmerz und Krankheit zurechtzukommen)?

Missbrauch anderer Arzneimittel

Missbrauch tritt auch bei verschiedenen Medikamenten ohne spezifisches Abhängigkeitspotenzial auf. Der schädliche Gebrauch wird in Folge einer körperlichen Gewöhnung oder aufgrund bestimmter Wirkungen fortgesetzt.

Zu den bekanntesten Arzneimitteln mit einem solchen Missbrauchspotenzial gehören abschwellende Nasentropfen und -sprays, Abführmittel, harntreibende Mittel, Hormone und alkoholhaltige Zubereitungen (siehe S. 40).



zum Weiterlesen

Kurt Langbein, Hans-Peter Martin, Hans Weiss
[Bittere Pillen 2011–2013](#)

Nutzen und Risiken der Arzneimittel
Köln: Kiepenheuer & Witsch, 2013

Stiftung Warentest (Hrsg.)

[Handbuch Medikamente](#)

Vom Arzt verordnet – Für Sie bewertet
8. Auflage, Berlin, 2010

Stiftung Warentest (Hrsg.)

[Handbuch Rezeptfreie Medikamente](#)

Alle wichtigen Präparate von Stiftung Warentest bewertet: Über 1900 Mittel für Sie bewertet; 4., aktualisierte Auflage, Berlin, 2011

Manche Arzneimittel, die (aufgrund der fehlenden direkten psychischen Wirkung) nicht zu einer Abhängigkeit im engeren Sinne führen, können missbräuchlich genutzt werden. Das bedeutet, dass sie länger oder in höherer Dosis als vorgesehen eingenommen oder nicht ihrer Indikation entsprechend verwendet werden.

Nasentropfen und -sprays

Abschwellende Nasentropfen und -sprays (die Wirkung erfolgt über eine Verengung der Blutgefäße) können bereits nach fünf- bis siebentägiger Gebrauchszeit einen Teufelskreislauf auslösen. Der Körper versucht, gegen die Verengung der Blutgefäße anzugehen, so dass beim Weglassen der Mittel die Nase besonders stark zuschwillt und das Mittel erneut eingesetzt wird. Risiko: Zerstörung der Nasenschleimhaut.

Abführmittel (Laxantien)

Abführmittel auf chemischer oder pflanzlicher Basis, welche die Flüssigkeitsresorption senken oder die Kontraktion des Darms fördern, führen ebenfalls zu einer Gewöhnung. Nach dem Absetzen entsteht eine Verstopfung, der Dauergebrauch von Laxantien ist damit programmiert. Die gewichtsregulierende Wirkung von Abführmitteln führt zu häufigem Missbrauch im Zusammenhang mit Ess-Störungen.

Harntreibende Mittel (Diuretika)

Die wasserausschwemmende Wirkung von Diuretika wird zur Gewichtsreduktion und beim Bodybuilding missbraucht. Der Wasserverlust schwemmt jedoch lebenswichtige Mineralien aus; zu den schädlichen Folgen gehören Elektrolytmangel, Verstopfung durch Kaliummangel, Herz-Kreislauf-Schäden sowie Nierenschäden.

Hormone

Sexualhormone sollen den natürlichen Alterungsprozess hinauszögern („Anti-Aging“). Beim Doping im Bodybuilding (siehe S. 39) soll mit der Gabe von Wachstums- und Sexualhormonen durch die muskelaufbauende Wirkung das körperliche Erscheinungsbild beeinflusst werden. Die Folgen sind gestörte Fruchtbarkeit und ein erhöhtes Krebsrisiko.

Psychopharmaka

Hochpotente Neuroleptika wirken bei Psychosen gegen Halluzinationen und Wahnideen, niedrig dosierte Mittel werden zur Dämpfung und Beruhigung eingesetzt. Auch bei geringer Dosierung von Neuroleptika können als Spätfolgen irreversible Dyskinesien (Zittern, Bewegungsunruhe, Wippen, Grimassieren) auftreten.

Zu den Antidepressiva gehören die klassischen trizyklischen Antidepressiva, Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NSRI oder tetrazyklische Antidepressiva), das pflanzliche Mittel Johanniskraut, Melatonin-Rezeptor-Agonisten und MAO-Hemmer. Zum Teil werden auch atypische Neuroleptika und Mittel zur Phasenprophylaxe (z. B. Lithium) als Antidepressivum eingesetzt. Sie wirken mit unterschiedlicher Gewichtung stimmungsaufhellend, antriebssteigernd und/oder -dämpfend oder angstvermindernd.

Ihre Einsatzgebiete sind alle Formen depressiver Störungen sowie eine Reihe weiterer psychiatrischer Erkrankungen (z. B. generalisierte Angststörung), ebenso als ergänzende Therapie bei chronischen Schmerzen.

Ein abrupter Entzug von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern kann zu Absetzsymptomen führen.

Das Spektrum möglicher unerwünschter Wirkungen bei Antidepressiva und Neuroleptika verlangt eine genaue Indikationsstellung und sorgfältige Überwachung der Therapie, bei der die Vorteile der Behandlung und ihre Nebenwirkungen genau abgewogen werden.



zum Weiterlesen

Nils Greve, Margret Osterfeld,
Barbara Diekmann

Umgang mit Psychopharmaka

Ein Patienten-Ratgeber

Balance Buch und Medienverlag Bonn, 2008

„Psychopharmaka“ ist der Sammelbegriff für alle Medikamente, die zur Behandlung gestörter psychischer Funktionen dienen. Zu den Psychopharmaka gehören hauptsächlich die Tranquilizer, Sedativa und Hypnotika (siehe S. 10), die Stimulanzien (siehe S. 16), Neuroleptika, Antidepressiva, Antidementiva und die sogenannten Phasenprophylaktika. Unter 5% der Bevölkerung nehmen täglich ein Psychopharmakon ein.

Quelle: Pabst, Alexander et al. (2010): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. In: Sucht, 56 (5), 327-336.

Antidepressiva (vor allem zur Behandlung von Depressionen, Ängsten, Zwängen) und Neuroleptika (v. a. zur Behandlung von Wahnvorstellungen und Halluzinationen) sind die wichtigsten Medikamente in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Die dämpfende und schlafanstoßende Wirkung mancher dieser Medikamente wird insbesondere von Patienten, die von illegalen Drogen abhängig sind, missbraucht, um die Wirkungen der Drogen zu verstärken oder um Entzugerscheinungen zu mildern. Manche Antidepressiva werden auch von Gesunden als Stimmungsaufheller missbräuchlich eingesetzt.

Eine körperliche Abhängigkeit können diese Mittel nicht auslösen. Einige dieser Präparate müssen aber langsam ausgeschlichen werden, da Absetzeffekte auftreten (vor allem bei Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern), vergleichbar mit den körperlichen Anpassungsschwierigkeiten zu Beginn der Behandlung in Form von Nebenwirkungen.

Die Verschreibung von Antidepressiva hat sich in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt. Dies geht überwiegend auf eine verbesserte Diagnostik und die höhere Akzeptanz einer entsprechenden Behandlung zurück. Diese Entwicklung ist zu begrüßen, da vor allem Benzodiazepine (siehe S. 12) als rein symptomatische Behandlung falsch angewendet wurden.

Allerdings ist angesichts der deutlichen Zunahme der Verschreibungen von Psychopharmaka nicht auszuschließen, dass auch der missbräuchliche Einsatz zunimmt.

Schwangerschaft und Stillzeit

In Erinnerung an den „Contergan-Skandal“ besteht nach wie vor eine verbreitete Unsicherheit bezüglich der Risiken von Fehlbildungen und Schäden bei Neugeborenen durch die Einnahme von Medikamenten während Schwangerschaft und Stillzeit.

Arzneimittel mit Suchtpotenzial bergen sehr unterschiedliche Risiken, die im Falle der medizinisch notwendigen Verordnung an Schwangere und stillende Mütter differenziert betrachtet werden sollten.

Beratung zu Arzneimittelrisiken während der Schwangerschaft und Stillzeit:

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie
Spandauer Damm 130 (Haus 10), 14050 Berlin
www.embryotox.de

Beratungs-Telefon:

Tel. +49 30 30308-111, Fax +49 30 30308-122

embryotox@charite.de

Sprechzeiten (nur werktags, nicht an Feiertagen):

Vormittags (Mo. – Fr.) 9:00 – 12:30 Uhr

Nachmittags (außer Mittwoch) 13:30 – 16:00 Uhr



zum Weiterlesen

Christof Schaefer, Horst Spielmann,
Klaus Vetter, Corinna Weber-Schöndorfer
[Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit](#)
München: Urban & Fischer, 2011, 8. Auflage
(mit Zugang zum Elsevier-Portal)

Von der Vielzahl der in Deutschland erhältlichen Medikamente können einzelne Wirkstoffe das Risiko angeborener Fehlbildungen bei Kindern erhöhen. Diese Eigenschaft eines Arzneimittels nennt man Teratogenität. Der bekannteste und folgenschwerste Fall eines solchen Medikaments betrifft das im Jahr 1957 eingeführte Schlafmittel „Contergan®“ mit dem Wirkstoff Thalidomid, dessen Einnahme während der Schwangerschaft zu schwerwiegenden Missbildungen bei den Neugeborenen führte.

Da Medikamente nicht an Schwangeren getestet werden (können), besteht trotz vorgeschalteter Tierversuche bei neu zugelassenen Medikamenten immer ein Risiko. Je länger ein Medikament auf dem Markt ist, umso häufiger wurde es auch bei Schwangeren eingesetzt (aus Unwissenheit über die Schwangerschaft oder unter Abwägung des Risikos der Nichtbehandlung) und umso besser kann die Gefahr für die Schwangerschaft und das Ungeborene aufgrund bestehender Erfahrungen eingeschätzt werden.

Für die Empfindlichkeit des Embryos gegenüber den Einflüssen schädlicher Medikamente ist die Phase der Schwangerschaft entscheidend. Vor der Einnistung in der Gebärmutter scheint das Fehlbildungsrisiko gering zu sein; zwischen dem 15. und 60. Schwangerschaftstag ist in der Organentwicklungsphase (Embryonalstadium) das Risiko von Fehlbildungen am höchsten. In der folgenden Fetalphase können schädliche Stoffe die Entwicklung der Gewebe und die Reifung der Organfunktionen beeinträchtigen. So kann es zu Funktionsstörungen wie Intelligenzdefiziten und späteren Verhaltensauffälligkeiten kommen.

Bei Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial bestehen in den verschiedenen Schwangerschaftsphasen unterschiedliche Risiken, die im Einzelfall zu berücksichtigen sind. Nicht alle dieser Medikamente führen zu erkennbaren Schäden beim Neugeborenen, es muss aber z. T. mit Entzugerscheinungen nach der Geburt gerechnet werden.

Besonders schwierig stellt sich die Situation für chronisch kranke Schwangere dar, die einer kontinuierlichen Behandlung bedürfen (z. B. bei psychischen Erkrankungen, Rheuma oder auch Epilepsie).

Auch während der Stillzeit sind Medikamente möglicherweise ein Risiko für das Kind, da die Wirkstoffe über die Muttermilch weitergegeben werden können.

Kinder und Jugendliche

Medikamente wirken im noch nicht voll ausgereiften Organismus von Kindern und Jugendlichen anders als bei Erwachsenen. Dies sollte bei der Verordnung oder Selbstmedikation beachtet werden.

Kinder erhalten Medikamente fast immer durch Erwachsene. Diese haben daher eine besondere Verantwortung beim Umgang mit Medikamenten und sind hier auch Vorbild.

Jugendliche experimentieren auch mit den Substanzwirkungen von Medikamenten (z. B. Grippemittel, Hustenmittel, coffeinhaltige Schmerzmittel) ebenso wie mit denen anderer Suchtstoffe wie Alkohol und illegalen Drogen.



zum Weiterlesen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.)

Arzneimittel

Unterrichtsmaterialien, Bausteine für die Suchtprävention in den Klassen 5 bis 10 (Bestellnummer: 20430000) (siehe S. 51)

www.bzga.de/Informationsmaterialien/unterrichtsmaterialien/ (Zugriff: 20.02.2013)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.)

Naschen/Arzneimittel – Grundschule

Informationen und Bausteine für die Suchtprävention in der Grundschule (Bestellnummer: 20250000) (siehe S. 51)

www.bzga.de/Informationsmaterialien/unterrichtsmaterialien/ (Zugriff: 20.02.2013)

Rainer Thomasius et al. (Hrsg.)

Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter

Stuttgart: Schattauer, 2008

Nach vorliegendem Erkenntnisstand werden Kindern psychoaktive Medikamente seltener als Erwachsenen verschrieben. Besonders umstritten dabei ist aber die Behandlung mit Amphetaminen bei AD(H)S (siehe S. 16).

Für den Gebrauch von Medikamenten durch Kinder und Jugendliche ergeben sich drei wesentliche Fragestellungen:

Zum einen werden Medikamente bisher nur in seltenen Fällen auf ihre Wirkung bei Kindern getestet. Die Auswirkungen der Medikamente auf den noch nicht voll entwickelten Organismus und somit auf die körperliche und geistige Entwicklung werden nicht systematisch gesammelt und die individuelle Dosierung bleibt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten überlassen. Erst seit neuerem findet das Problem der sogenannten Off-Label-Verschreibungen – also außerhalb der formalen Zulassung – zunehmende Aufmerksamkeit in der Forschung.

Einen zweiten Aspekt stellt die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern dar. Hierzu gehört die emotional geführte Debatte über die Verordnung von Methylphenidat an Kinder mit einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (siehe S. 16).

Dritter Punkt ist die Entwicklung von Gesundheitsverhalten im Spektrum zwischen zweckmäßigem Gebrauch und unkritischem bis missbräuchlichem Einsatz von Arzneimitteln. Diesem Punkt kommt wesentliche Bedeutung zu. Mit Pubertätsbeginn lassen sich die Anfänge geschlechtsspezifischer Gebrauchsmuster und ein Anstieg des Gebrauchs von Schmerzmitteln und anderen psychoaktiven Medikamenten bei Mädchen aufzeigen. Im Zuge des Experimentierens mit Suchtmitteln wie Alkohol und illegalen Drogen im Jugendalter spielt auch der Missbrauch unterschiedlicher Medikamente eine nicht zu unterschätzende Rolle. In der DAK-Studie (2008) zu „Schülern im Stress“ gaben 12% der Eltern an, ihren gestressten Schulkindern häufig oder gelegentlich Medikamente zu geben; berücksichtigt man auch die Arzneimittel, die ohne Wissen der Eltern eingenommen werden, ist die Zahl wahrscheinlich noch höher (www.presse.dak.de).

Frauen und Männer

Frauen und Männer haben durch ihre verschiedenen genetischen und gesellschaftlichen Konstellationen unterschiedliche Risiken für körperliche und psychische Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch im Gebrauch und/oder Missbrauch von Arzneimitteln wider.

Von den etwa 1,4 bis 1,5 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland (andere Experten rechnen mit 1,9 Millionen) sind zwei Drittel Frauen. Als Hintergrund werden vielfältige soziale, psychische und biologische Ursachen angenommen, nicht zuletzt aber die häufigeren Arztbesuche im Vergleich zu Männern und der seltenere Einsatz von Alkohol als „Seelentröster“ bei Frauen.

In der Beratung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen müssen geschlechtsspezifische Faktoren verstärkt berücksichtigt werden. Frauen empfinden ihren Gesundheitszustand schlechter als Männer und gehen häufiger zum Arzt. Männer und Frauen erhalten ähnlich viele Medikamente verschrieben, Frauen aber etwa doppelt so viele Psychopharmaka wie Männer.



zum Weiterlesen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Gemeinsam mehr erreichen!

Frauen. Medikamente. Selbsthilfe.

Ein Handbuch

Die Broschüre kann kostenlos bei der DHS (Bestelladresse siehe S. 50) bestellt werden:

www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Bestellung“.

Die Broschüre steht auch als Download zur Verfügung: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Broschüren und Faltblätter“.

Zwischen Frauen und Männern zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Art der verordneten Arzneimittel, des problematischen Medikamentenkonsums und der Häufigkeit von Medikamentenabhängigkeit. Als ausschlaggebend werden individuelle und gesellschaftliche Faktoren angesehen.

Geschlechtsspezifische Sozialisation und Aufgabenteilung führen zu unterschiedlichen Gesundheitskonzepten und -verhaltensweisen. Für Frauen ist der Umgang mit Arzneimitteln alltäglich – sie besorgen Medikamente nicht nur für sich, sondern versorgen auch ihre Familie mit Arzneimitteln. Neben medizinischen Leistungen nehmen sie häufiger Vorsorge- und präventive Gesundheitsangebote in Anspruch.

In den westlichen Industrienationen zeigt sich bei den Geschlechtern eine paradoxe Situation: Frauen leben länger als Männer, bewerten aber ihren Gesundheitszustand schlechter als diese. Sie nehmen mehr Arzneimittel ein und begeben sich häufiger in medizinische Behandlung. Frauen erhalten beim Arztbesuch nicht nur zunehmend Arzneimittel im Zusammenhang mit den Fortpflanzungsfunktionen (Menstruation, Schwangerschaft, Wechseljahre), sondern bekommen auch etwa doppelt so häufig Psychopharmaka und Hypnotika/Sedativa verschrieben wie Männer. Neben der geschlechtsspezifischen Verordnungspraxis spielt die höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen und Schmerzen bei Frauen eine wichtige Rolle. Männer erhalten dagegen häufiger Urologika, Gicht- und Asthmamittel, Medikamente zur Prophylaxe und Behandlung von Thrombosen und Embolien sowie Blutverdünnungsmittel verordnet.

Für den Konsum suchtrelevanter Arzneimittel sind außerdem familiäre und berufliche Belastungen von großer Bedeutung. Restriktive Arbeitsbedingungen im Sinne von Zeitdruck, hoher Arbeitsbelastung und geringen Handlungsspielräumen stehen ebenso wie starke körperliche und psychische Anforderungen in Zusammenhang mit einem erhöhten Medikamentenkonsum. Derartige Belastungen versuchen sowohl Frauen als auch Männer zum Teil durch den Konsum psychoaktiver Substanzen zu bewältigen. Frauen neigen hier offenbar stärker zum Medikamentenkonsum, während Männer eher auf Alkohol zurückgreifen: Etwa doppelt so viele Frauen wie Männer sind medikamentenabhängig, bei Alkohol ist das Verhältnis umgekehrt.

Ältere Menschen

Der Hauptgrund für ältere Menschen, Medikamente mit einem Abhängigkeitspotenzial zu nehmen, sind gestörter Schlaf oder Schlafstörungen (siehe S. 10): Bei körperlicher Gesundheit wird die benötigte Schlafdauer immer kürzer. 40-Jährige schlafen im Schnitt eine Stunde weniger als 20-Jährige; 60-Jährige nochmals eine halbe bis ganze Stunde weniger. Bei 80-Jährigen verkürzt sich der Schlaf um eine weitere halbe Stunde.

Hinzu kommt ein Mangel an Aufgaben und körperlicher Bewegung (die müde macht und Schlafdauer „produziert“), so dass sich ältere Menschen häufig aus Langeweile in den Schlaf flüchten.



zum Weiterlesen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)
**Medikamente – Sicher und sinnvoll
gebrauchen.** Informationen und Hilfen
für ältere Menschen

Die Broschüre kann kostenlos bei der DHS
(Bestelladresse siehe S. 50) bestellt werden:
www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/
Bestellung“. Die Broschüre steht auch als
Download zur Verfügung: www.dhs.de,
Rubrik „Informationsmaterial/Broschüren
und Faltblätter“.

Ursula Havemann-Reinecke, Siegfried Weyerer,
Heribert Fleischmann (Hrsg.)

**Alkohol und Medikamente,
Missbrauch und Abhängigkeit im Alter**

Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 1998

Psychotherapie im Alter 9 (2),

Sonderheft zum Thema Sucht im Alter, 2012

Weitere Informationen zum Thema bietet die
Internetseite: www.unabhaengig-im-alter.de

Mit steigendem Alter steigt meist auch die Zahl der Erkrankungen und damit die Zahl der einzunehmenden Arzneimittel. Mehr als die Hälfte des Arzneimittelumsatzes der gesetzlichen Krankenversicherungen wird Versicherten ab 60 Jahren verschrieben (Arzneiverordnungsreport, siehe S. 8). Diese bilden nur etwa ein Viertel aller Versicherten.

Die Verordnung ist bei älteren Menschen aus mehreren Gründen schwieriger als bei jüngeren:

- Je mehr Medikamente aufgrund der verschiedenen (Alters-)Erkrankungen notwendig werden, umso schwieriger ist die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Substanzen zu beurteilen.
- Es wird eine um ca. 10% erniedrigte Dosis benötigt, u. a. da der Stoffwechselumsatz langsamer ist.
- Aufgrund des geringeren Wassergehalts des Körpers ist das Verteilungsvolumen für die Medikation geringer.
- Nebenwirkungen werden schneller einer Krankheit oder dem Alter zugeschrieben. So wird z. B. eine Überdosierung, die sich auch auf die Konzentrations- und Merkfähigkeit auswirkt, als Symptom einer (Alters-)Demenz angesehen.
- Oft behandeln verschiedene (Fach-)Ärzte parallel, ohne dass die gesamte Medikation bekannt ist.

In hohem Alter steigt die Verordnung psychoaktiver Medikamente – insbesondere von Benzodiazepinen – stark an (siehe S. 7). Frauen sind hiervon überdurchschnittlich betroffen. Neuroleptika und Benzodiazepine wirken sich auf die motorische Koordinationsfähigkeit aus; schwerwiegende Probleme bei älteren Menschen mit hohem Psychopharmakagebrauch bestehen in einem erhöhten Sturzrisiko.

Der Konsum von Psychopharmaka ist bei Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen überdurchschnittlich hoch (siehe S. 7). Dies wird häufig mit Mängeln in der Betreuung (z. B. Größe des Heims, personeller Ausstattung und Qualifikation sowie Arbeitsbelastung des Pflegepersonals) erklärt. Auf der anderen Seite besteht der hohe Medikamentenkonsum häufig bereits vor der Einweisung in die Pflegeeinrichtungen. So fand sich bei einer Untersuchung in Mannheimer Alters- und Pflegeheimen kein Zusammenhang zwischen dem Psychopharmakagebrauch und der (durchschnittlich etwa dreieinhalbjährigen) Verweildauer in den Heimen. Zum Zeitpunkt der Aufnahme hatten die Bewohner einen ähnlich hohen Psychopharmakagebrauch wie diejenigen, die bereits mehrere Jahre im Heim lebten.

Straßenverkehr und Beruf

Im Straßenverkehr stellen vor allem Beruhigungs-, Schlaf- und zentral wirkende Schmerzmittel eine Gefährdung der Verkehrssicherheit dar. Besonders riskant ist die Kombination von Medikamenten und Alkohol (siehe S. 40).

Problematisch ist auch ein übermäßiger Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Beruf. Stress und restriktive Bedingungen im Arbeitsleben fördern den Gebrauch von Medikamenten.

In der betrieblichen Suchthilfe und Gesundheitsförderung sind spezifische Konzepte zum Thema Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit gefordert.

Bei der Einnahme von Benzodiazepinen muss die Wirkdauer bzw. die Dauer der Beeinträchtigung beachtet werden:

Wirkstoff	Dosis (mg)	defizitäre Leistungen p. a.
Triazolam	0,25	mindestens 6 h
Midazolam	15	mindestens 3 h
Lormetazepam	2	mindestens 6 h
Temazepam	40	mindestens 7 h
Flunitrazepam	2	mindestens 18 h
Flurazepam	30	mindestens 18 h
Nitrazepam	10	> 24 h
Zolpidem	20	mindestens 6 h
Zopiclon	7,5	mindestens 8 h

Quelle: Berghaus, G.; Graß, H. (2003): Fahrsicherheit unter Arzneimitteltherapie. In: Madea, B.; Brinkmann, B.: Handbuch gerichtliche Medizin, Band 2. Berlin; Heidelberg; New York: Springer, 960-987.

Straßenverkehr

Unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Substanzen, zu denen die deutsche Rechtsprechung auch psychoaktive Medikamente zählt, ist das Führen eines Fahrzeuges nicht erlaubt. Je nach Schwere des Falls können Geld- und Freiheitsstrafen sowie der Entzug des Führerscheins drohen. Psychoaktive Medikamente sind z. B. Benzodiazepine (siehe S. 12), Z-Drugs (siehe S. 14), zentral wirksame Schmerzmittel (siehe S. 22) und Psychopharmaka (siehe S. 26). Über die Gefahren des Medikamenteneinflusses auf die Fahrtüchtigkeit machen sich Menschen meist wenig Gedanken; Betroffene sind sich – ähnlich wie alkoholisierte Menschen – ihrer diesbezüglichen Einbußen selbst nicht unbedingt bewusst. Vor allem wird die Wirkungsdauer einiger Benzodiazepine unterschätzt (siehe S. 12).

Beim Medikamentenmissbrauch im Straßenverkehr liegt das Gefährdungspotenzial von Benzodiazepinen bei etwa einem zwei- bis fünffachen Risiko, einen Unfall mit Verletzten zu verursachen.

Quelle: Schulze, Horst et al. (2012): DRUID-Final Report: Work performed, main results and recommendations, Revision 2.0. Bergisch-Gladbach. www.bast.de/nn_107548/Druid/EN/Dissemination/downloads__and__links/Final__Report,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Final_Report.pdf (Zugriff: 04.03.2013)

Ein zusätzliches Risiko stellt die Kombination von Alkoholkonsum und Medikamenteneinnahme durch die Potenzierung der Wirkungen dar (siehe S. 40).

Beruf

Arbeitsbedingungen mit großem Zeitdruck, hoher Arbeitsbelastung und geringen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen, Verantwortung für andere Menschen oder hohe Sachwerte, starke körperliche und psychische Belastungen sowie Lärm, Schmutz oder Chemikaliendämpfe sind Faktoren, die in Zusammenhang mit einem erhöhten Medikamentenkonsum stehen. Im Arbeitsleben entsteht die widersprüchliche Situation, dass Medikamente die Leistungsfähigkeit trotz Beschwerden (z. B. Schmerzen oder Schlafstörungen) aufrechterhalten sollen. Dieses Verhalten wird bis zu einem gewissen Grad auch stillschweigend erwartet. Das Unterdrücken von Krankheitssymptomen birgt aber das Risiko einer Chronifizierung der Beschwerden und kann darüber hinaus eine Abhängigkeit nach sich ziehen. Der Missbrauch bzw. die Abhängigkeit von Medikamenten wird in der Regel nicht bemerkt, da sich die Betroffenen unauffällig verhalten.

Quellen: Pallenbach, Ernst (2009): Die stille Sucht – Missbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsanstalt/Poser, Wolfgang; Poser, Siegrid (1996): Medikamente – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Verlauf – Behandlung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Doping

Der Begriff „Doping“ bezieht sich in erster Linie auf den Wettkampfsport und bezeichnet die Verwendung von Hilfsmitteln in Form von Substanzen und Methoden, welche die körperliche Leistungsfähigkeit steigern können und/oder potenziell gesundheitsschädigend sind. Zurzeit stehen rund 200 Substanzen auf der Doping-Liste. Von 140.000 bis 150.000 jährlich durch die Welt-Anti-Doping-Agentur untersuchten Proben sind unter 1 % positiv, eine anonyme Befragung von 448 deutschen Kaderathleten jedoch ergab, dass 26 mindestens einmal selber gedopt hatten. Doping wird auch im Breitensport betrieben.

Unterschieden werden im Sport-Doping

- vor und während des Wettkampfs generell verbotene Wirkstoffe aus den Substanzgruppen der Anabolika, Hormone und verwandter Wirkstoffe, Beta-blocker, Wirkstoffe mit antiöstrogener Wirkung sowie Diuretika und andere Maskierungsmittel,
- verbotene Methoden wie chemische oder physikalische Manipulation (z. B. von Blut oder Urinproben) oder Gen-Doping,
- während des Wettkampfs verbotene Wirkstoffe aus den Substanzgruppen der Stimulanzien, Narkotika, Cannabinoide und Glukokortikosteroide
- sowie die nur in bestimmten Sportarten verbotenen Wirkstoffe Alkohol und verschiedene Betablocker.

Hormone können zu Potenzproblemen und Unfruchtbarkeit führen, Anabolika zu Herz-Kreislauf-Problemen, Leberschäden, Potenzproblemen und Unfruchtbarkeit. Diuretika verursachen unter Umständen Elektrolytstörungen, Herz-Rhythmus-Störungen, Thrombosen, Infarkte.

Beim Hirndoping kommen Antidepressiva (siehe S. 26), Antidementiva, Narkolepsie-Mittel, ADHS-Medikamente (siehe S. 16), Coffein-Präparate (siehe S. 17) sowie neu entwickelte bzw. neu für diesen Zweck genutzte Substanzen (z. B. D-Cycloserin und Ampakine) zum Einsatz.

Doping im (Freizeit-)Sport

Auch im Breitensport werden Medikamente zur Leistungssteigerung missbraucht. Da hier Überprüfung und entsprechende Sanktionen entfallen, stehen ausschließlich die gesundheitlichen Folgeschäden des Arzneimittelmisbrauchs im Vordergrund. Untersuchungen zeigten, dass 22 % der Männer und 8 % der Frauen, die in Fitnessstudios trainieren, Arzneimittel missbrauchen; je häufiger und länger Menschen Fitnessstudios frequentieren, umso wahrscheinlicher ist Doping.

Quellen: Boos, Carsten; Wulff, Peter (2001): Der Medikamentenmissbrauch beim Freizeitsportler im Fitnessbereich. Öffentliche Anhörung zum Doping im Freizeit- und Fitnessbereich. Protokoll der 38. Sitzung des Sportausschusses. 14. Wahlperiode, 115-152.

Striegel, Heiko et al. (2006): Anabolic ergogenic substance users in fitness-sports: A distinct group supported by the health care system. In: Drug and Alcohol Dependence, 81, 11-19.

Hirndoping oder Neuro-Enhancement

Hirndoping oder Neuro-Enhancement (auch als „brain doping“ oder „cognitive enhancement“ bezeichnet) sind Begriffe, die für eine Leistungssteigerung in Beruf oder Ausbildung durch Einnahme körperfremder Substanzen oder rezeptpflichtiger Medikamente ohne therapeutische Indikation stehen. Ursachen für eine solche angestrebte Leistungssteigerung können vielfältig sein, z. B. dauerhafte Wettbewerbssituationen, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck.

Eine Untersuchung der DAK (2008) bei 3.000 online Befragten ergab, dass von den 20- bis 50-Jährigen schon 24 % mindestens einmal eine Empfehlung für Arzneimittel zur Leistungssteigerung bekommen hatten (von Familie, Freunden, Kollegen, Ärzten oder Apothekern). 5 % hatten ohne medizinischen Grund Medikamente eingenommen, um leistungsfähiger oder „besser drauf“ zu sein.

Neben den medizinischen Risiken, die mit diesen zum Teil nur sehr begrenzt wirksamen Substanzen einhergehen, sind auch ethische und gesellschaftliche Fragen relevant. Führt steigende Effizienz zu noch mehr Arbeitsdruck? Was geschieht in einer Gesellschaft, in der es „Glück“ und Leistung ohne Umwege und Anstrengung gibt?

Alkohol und Medikamente

Alkohol und Medikamente können in Wechselwirkung treten oder bestehende Abhängigkeiten verstärken.

Medikamente können durch Alkohol langsamer oder schneller abgebaut werden. Wer Medikamente nimmt, sollte deshalb immer seinen Arzt fragen, ob sich das Mittel mit Alkohol verträgt.

Bei Psychopharmaka (siehe S. 26) und zentral wirkenden Schmerzmitteln kann Alkohol die dämpfende und schlafanstoßende (Neben-)Wirkung verstärken und lebensbedrohliche komatöse Zustände verursachen.

Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine (siehe S. 12) und Non-Benzodiazepine (siehe S. 14) verstärken sich im Hinblick auf Rausch, Dämpfung und Abhängigkeit.

„Trockene“ Alkoholabhängige sollen nur unter sehr kontrollierten Bedingungen Benzodiazepine oder Non-Benzodiazepine erhalten.

Abhängige von Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepinen müssen damit rechnen, dass sie schon nach Tagen bis Wochen regelmäßigen Alkoholkonsums die Kontrolle über ihr Einnahmeverhalten verlieren (Kreuztoleranz).

Alkohol und Medikamente

Alkohol wirkt sich auf den Stoffwechsel und die Gehirnfunktionen aus; der Konsum von Alkohol kann dazu führen, dass Medikamente langsamer oder schneller abgebaut werden. Wer Medikamente nimmt, sollte deshalb immer seine Ärztin oder seinen Arzt fragen, ob sich das Mittel mit Alkohol verträgt.

Bei Medikamenten, die auf die Psyche wirken (Psychopharmaka, siehe S. 26) und bei zentral wirkenden Schmerzmitteln kann Alkohol insbesondere die dämpfende und schlafanstoßende (Neben-)Wirkung verstärken und lebensbedrohliche komatöse Zustände verursachen.

In Hinblick auf eine Abhängigkeit sind Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine (siehe S. 12) und Non-Benzodiazepine (siehe S. 14) in ihrer Wechselwirkung mit Alkohol besonders kritisch. Alkoholiker nutzen die Medikamente oft, um sich selber zu entziehen, Versorgungsengpässe zu überbrücken oder um ohne Entzugserscheinungen zur Arbeit zu kommen. Medikamentenabhängige wiederum nutzen Alkohol, um Versorgungsengpässe bei den Tabletten zu überbrücken. Patienten beiderlei Gruppen kombinieren Alkohol und Medikamente, um eine stärkere Wirkung zu erzielen.

Aus medizinischer Sicht ist von der Kombination dieser Substanzen dringend abzuraten, da der rasch einsetzende Kontrollverlust zu einem „totalen Absturz“ und zu lebensgefährlichen Überdosierungen führen wird. Deshalb sollten auch abstinenten („trockene“) Alkoholabhängige Benzodiazepine oder Non-Benzodiazepine nur dann erhalten, wenn diese unverzichtbar sind, und nur unter sehr kontrollierten Bedingungen.

Abhängige von Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepinen wiederum müssen beim Umgang mit Alkohol größte Vorsicht an den Tag legen und damit rechnen, dass sie aufgrund der Kreuztoleranz schon nach Tagen bis Wochen regelmäßigen Alkoholkonsums die Kontrolle über diesen verlieren.

Alkohol in Arzneimitteln

Alkohol dient häufig als Trägersubstanz für verschiedene Arzneiwirkstoffe. Der Alkoholgehalt wird von den Verbrauchern/-innen allerdings häufig unterschätzt. Risiken bestehen zum einen aufgrund möglicher Wechselwirkungen mit anderen Arzneien, zum anderen in der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit, zum dritten in Form eines gesteigerten Rückfallrisikos für abstinente Alkoholiker.

Arzneimittelmarkt

Umsätze der in Bezug auf Missbrauch und Abhängigkeit wichtigsten Medikamentengruppen im Jahr 2010

Umsätze Schlaf- und Beruhigungsmittel 2010

Vor allem Benzodiazepine, benzodiazepinähnliche Wirkstoffe und pflanzliche Extrakte

Insgesamt	27,95 Mio. Packungen
Benzodiazepine und Z-Drugs	19,5 Mio. Packungen
Pflanzliche Präparate	8,5 Mio. Packungen
<hr/>	
Apothekenumsatz gesamt	ca. 300 Mio. Euro

Umsätze Angstlöser (Tranquilizer) 2010

Insgesamt	9,9 Mio. Packungen
<hr/>	
Apothekenumsatz gesamt	ca. 110 Mio. Euro

Quelle: Glaeske, Gerd; Schick Tanz, Christel (2011): BARMER GEK Arzneimittelreport 2011, Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2009 bis 2010. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 8. St. Augustin: Asgard.

2011 wurden 1.396 Mio. Arzneipackungen mit einem Gesamtwert von 40,9 Mrd. Euro abgegeben, pro Kopf 539 Euro.

Quelle: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2012): Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2011. Berlin.



zum Weiterlesen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)
Jahrbuch Sucht
Lengerich (u.a.): Pabst, erscheint jährlich

Gerd Glaeske; Christel Schick Tanz
BARMER GEK Arzneimittelreport 2011
Auswertungsergebnisse der BARMER GEK
Arzneimitteldaten aus den Jahren 2009 bis
2010. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
Band 8. St. Augustin: Asgard, 2011

Die Entwicklung und industrielle Produktion sowie der Vertrieb von Arzneimitteln stellen einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar.

2011 wurden in den Apotheken 1.396 Millionen Arzneypackungen abgegeben – mit einem Gesamtwert von 40,9 Milliarden Euro (ohne MwSt.). Pro Kopf wurden damit 539 Euro für Arzneimittel ausgegeben: 51 Euro für die Selbstmedikation und 488 Euro für verordnete Medikamente.

Zwischen 2009 und 2011 lag die Zahl der verordneten Arzneimittel pro Kopf zwischen 14,22 und 14,42. Der Umsatz von Arzneimitteln setzt sich aus unterschiedlichen Quellen zusammen. Im Jahr 2011 umfasste der Arzneimittelmarkt für verordnete Mittel (gesetzlich und privat) 33,5 Milliarden Euro (ohne MwSt.) Ausgaben für die Versicherten. Über den Anteil des weltweiten illegalen Marktes von Arzneimitteln liegen keine Zahlen vor.

Die Preise pro Packung für die Selbstmedikation blieben von 2008 bis 2011 mit 7,88 Euro nahezu unverändert, bei Kassenrezepten stieg der Packungspreis im gleichen Zeitraum von 9,51 auf 10,23 Euro (also um 7,5%).

Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Arzneimittelmarkt sehr unübersichtlich geworden, da z. B. von 153 Krankenkassen 16.400 Rabattverträge für 28.500 Arzneimittel mit insgesamt 151 pharmazeutischen Unternehmen geschlossen wurden.

Quelle: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2012): Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2011. Berlin.

Arzneimittelsicherheit

Unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln führen zu Einschränkungen und Beschwerden und erhöhen sowohl die Häufigkeit und Dauer von Klinikaufenthalten als auch die Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten.

Aus diesem Grund sind Entwicklung, Herstellung und Zulassung von Arzneimitteln sowie der Verkehr mit diesen gesetzlich geregelt und unterliegen einer Beobachtung durch verschiedene Sicherungssysteme.

Informationen

- ▶ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Berlin, www.akdae.de
- ▶ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Köln, www.bfarm.de
- ▶ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), www.iqwig.de
- ▶ Institut für Therapieforschung (IFT), München, www.ift.de

Gesetze zu Arzneimitteln

Gesetzestexte werden im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Dieses wird vom Bundesministerium der Justiz herausgegeben und kann über den Bundesanzeiger (www.bundesanzeiger.de) kostenpflichtig bezogen werden.

Gesetze zu Arzneimitteln werden vom Bundesministerium für Gesundheit in der Rubrik „Gesetze und Verordnungen“ im Internet zur Verfügung gestellt: www.bmg.bund.de (Verlauf: „Ministerium“, „Aufgaben und Organisation“, „Gesetze und Verordnungen“, „Abgeschlossene Gesetz- und Ordnungsverfahren“, „Gesetze und Verordnungen“, „A“ (Zugriff: 20.02.2013))

Das Betäubungsmittelgesetz wird vom Bundesministerium der Justiz im Internet zur Verfügung gestellt: www.bundesrecht.juris.de/bundesrecht/btmg_1981/ (Zugriff: 20.02.2013)

Das deutsche Arzneimittelrecht sorgt für Sicherheit im Umgang mit Arzneimitteln. Das Arzneimittelgesetz (AMG) bestimmt beispielsweise, welche Medikamente freiverkäuflich, apothekenpflichtig oder verschreibungspflichtig sind, während das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) den generellen Umgang mit Betäubungsmitteln vorgibt. Weiter regelt das AMG, dass Arzneimittel erst dann zur Abgabe an Verbraucherinnen und Verbraucher zugelassen werden, wenn sie von den staatlichen Zulassungsstellen geprüft wurden. Zuständig sind hierfür das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut, Bundesamt für Sera und Impfstoffe. Zu den Hauptaufgaben des BfArM gehören u. a. die Zulassung und Risikobewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie die Überwachung des legalen Verkehrs mit Betäubungsmitteln und Grundstoffen.

Auch nach der Zulassung werden Arzneimittel zum Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher ständig beobachtet, da sich manche Risiken erst nach längerer praktischer Anwendung bei einer größeren Zahl von Patientinnen und Patienten ergeben. Auftretende Nebenwirkungen sollten daher immer dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden. Schwerwiegende Nebenwirkungen unterliegen der Meldepflicht an die zuständige Behörde.

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) informiert die Ärzteschaft im Auftrag der Bundesärztekammer über rationale Arzneitherapie und Arzneimittelsicherheit. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen müssen ihr gemäß ärztlicher Berufsordnung mitgeteilt werden. Mit dem BfArM unterhält sie eine Datenbank zur Spontanerfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen, das die Informationen mit „Bulletins zur Arzneimittelsicherheit“ herausgibt.

Quelle: www.bfarm.de

Das Monitoring-System zum Medikamentenmissbrauch Phar-Mon des Instituts für Therapieforschung (IFT) erfasst für das Bundesministerium für Gesundheit Medikamente, die von Klienten ambulanter Suchtberatungs- und Behandlungsstellen in missbräuchlicher bzw. abhängiger Weise konsumiert werden.

Das BfArM nimmt keine Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln vor. Hierfür wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eingerichtet. Dieses erstellt auch transparente Informationen für Verbraucher/-innen zur Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung.

Weitere Informationen, Literatur und Internet

Um sich vor Risiken und unerwünschten Nebenwirkungen zu schützen, ist eigenständige Information über gesundheitliche Fragen und Arzneimittel unerlässlich. Verständliche und unabhängige Informationen werden in unterschiedlicher Form angeboten.

Literatur

Kurt Langbein, Hans-Peter Martin, Hans Weiss

Bittere Pillen 2011–2013

Nutzen und Risiken der Arzneimittel

Köln: Kiepenheuer & Witsch, 2013

Handbuch Medikamente

Vom Arzt verordnet – Für Sie bewertet

8. Auflage. Berlin, Stiftung Warentest, 2010

Handbuch Rezeptfreie Medikamente

Alle wichtigen Präparate von Stiftung Warentest bewertet. Über 1900 Mittel für Sie bewertet

4., aktualisierte Auflage.

Berlin: Stiftung Warentest, 2011

Ernst Pallenbach

Die stille Sucht

Missbrauch und Abhängigkeit bei Arzneimitteln

Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009

Karin Elsesser, Gudrun Satory

Ratgeber Medikamentenabhängigkeit

Informationen für Betroffene und Angehörige

Göttingen: Hogrefe-Verlag, 2005

Nils Greve, Margret Osterfeld, Barbara Diekmann

Umgang mit Psychopharmaka

3., vollständig überarbeitete Aufl.

Köln: Balance Buch + Medien, 2011

P. Lehmann (Hrsg.)

Psychopharmaka absetzen

Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern völlig neu bearb. Ausgabe, Berlin: Lehmann, 2008

Ingrid Füller (Autorin), Stiftung Warentest (Hrsg.)

Endlich schlafen

Berlin: Verlag Stiftung Warentest (2009)

ISBN-10: 3868511067, 224 Seiten

Stiftung Warentest

Themenseite Schlafstörungen

www.test.de/thema/schlafstoerungen/

[Zugriff: 20.02.2013]

Benzodiazepine

aus „Die Sucht und ihre Stoffe – Eine Informationsreihe über die gebräuchlichsten Suchtstoffe“

Das Faltblatt kann kostenlos bei der DHS (Bestelladresse siehe S. 50) bestellt werden: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Bestellung“.

Das Faltblatt steht auch als Download zur Verfügung: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Broschüren und Faltblätter“.

Bundesärztekammer (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

Leitfaden für die ärztliche Praxis

Hinweis zur Behandlung von Patienten mit schädlichem Medikamentengebrauch oder Medikamentenabhängigkeit

Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007

Download: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.9147.9179.9184 [Zugriff: 20.02.2013]

Vom ADAC: **Medikamente im Straßenverkehr**

Die Broschüre kann mit Angabe der Artikelnummer 2831334 direkt beim ADAC e.V., Ressort Verkehr, Hansastrasse 19, 80686 München, bezogen werden. Ein Download steht unter www.adac.de (Verlauf: „Info“, „Text und Rat“, „Ratgeber Verkehr“, „Verkehrsmedizin“) zur Verfügung. (Zugriff: 20.02.2013)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)
Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz

Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche
Die Broschüre kann kostenlos bei der DHS (Bestelladresse siehe S. 50) bestellt werden: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Bestellung“.

Die Broschüre steht auch als Download zur Verfügung: www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial/Broschüren und Faltblätter“.

Die Liste der im Wettkampfsport verbotenen Substanzen und Methoden kann auf der Internetseite der Nationalen Anti Doping Agentur (DVR) heruntergeladen werden: www.nada-bonn.de

Rudhard Klaus Müller

Doping

C.H. Beck. ISBN 978-3-406-50845-5, München, 2004

Raphael Gaßmann, Manuela Merchlewicz,
Armin Koeppel (Hrsg.)

Hirndoping – Der große Schwindel

Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 2013

Internet

Im Internet steht eine Vielzahl von Gesundheits- und Arzneimittelinformationen unterschiedlicher Anbieter zur Verfügung. Zwei Beispiele hierfür sind:

www.netdoktor.de

(Allgemeine Gesundheitsinformation sowie umfassende Informationen zum Thema Arzneimittel)

www.stiftung-warentest.de

(Datenbank zu rezeptpflichtigen und freiverkäuflichen Medikamenten, teilweise kostenpflichtig)

Bei der Nutzung von Gesundheitsinformationen sowie beim Bezug von Arzneimitteln über das Internet ist es schwierig, seriöse von unseriösen Anbietern zu unterscheiden. Informationen zum Thema „Arzneimittel und Internet“ sind auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit verfügbar: www.bmg.bund.de

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 Drogen- und Suchtberatungsstellen ist auf der Internetseite der DHS verfügbar: www.dhs.de, Rubrik „Einrichtungssuche“.

Dort können Sie auch nach jenen Beratungsstellen suchen, die auf illegale Drogen spezialisiert sind.

Telefonische Auskunft erhalten Sie von der DHS unter +49 2381 9015-0

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

Montag – Donnerstag von 9.00 – 17.00 Uhr

Freitag von 9.00 – 15.00 Uhr

Bundesweite Sucht & Drogen Hotline

Tel. 01805 313031, 24 Stunden täglich

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

Die bundesweite Sucht & Drogen Hotline ist ein Zusammenschluss der Drogennotrufe aus mehreren Bundesländern. Sie richtet sich an Menschen, die Informationen suchen, die sich Sorgen machen, verzweifelt sind, Angst vor Rückfällen haben oder Angaben zu örtlichen Suchtberatungsstellen suchen.

Telefonseelsorge

Tel. 0800 1110111 oder 0800 1110222

24 Stunden täglich, gebührenfrei

Drogenkonsum kann bei Betroffenen oder Angehörigen von massiven persönlichen Problemen wie Angst, Depressivität oder Einsamkeit begleitet sein. Die Telefonseelsorge bietet hierzu neben Gesprächen am Telefon auch Beratung und Seelsorge per Mail und Chat unter www.telefonseelsorge.de an.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Suchtvorbeugung ist ein Schwerpunkt der Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kostenfrei kann eine Vielzahl an Materialien zur Suchtprävention bestellt werden. Über das Angebot informiert neben der Internetseite der BZgA die Broschüre „Materialien zur Suchtprävention“, Bestellnr. 33 110 100.

Bestelladresse:

BZgA, 51101 Köln

Fax +49 221 8992257

order@bzga.de, www.bzga.de

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung

Tel. +49 221 892031

Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr

Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr

(0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk 0,42 €/Min.)

Der Schwerpunkt des Infotelefons liegt in der Suchtvorbeugung, nicht in der individuellen Beratung Betroffener. Personen mit Suchtproblemen werden an geeignete Beratungsdienste weitervermittelt.

www.frauengesundheitsportal.de

Das Frauengesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen für Frauen, u.a. zu den Themen Sucht und Medikamente.

drugcom.de

Mit www.drugcom.de richtet sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) direkt an Jugendliche und junge Erwachsene. Die Internetseite bietet einen umfangreichen Info-Bereich, in dem man sich über Wirkungen und Risiken legaler und illegaler Drogen informieren kann. Darüber hinaus haben die Nutzer die Möglichkeit der persönlichen Beratung im Online-Chat oder per E-Mail.

drugcom.de will Jugendliche dazu anregen, sich mit dem eigenen Konsumverhalten auseinanderzusetzen und eine kritische Haltung zu entwickeln.

Über Beratungsangebote und Selbsthilfegruppen sowie Behandlungsangebote informieren in den einzelnen Bundesländern:

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

Stauffenbergstr. 3, 70173 Stuttgart
Tel. +49 711 61967-0
info@suchtfragen.de, www.suchtfragen.de

Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS)

Lessingstr. 1, 80336 München
Tel. +49 89 536515
info@kbs-bayern.de, www.kbs-bayern.de

Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.

Gierkezeile 39, 10585 Berlin
Tel. +49 30 3438916-0
buero@landesstelle-berlin.de
www.landesstelle-berlin.de

Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Behlertstr. 3a, Haus H1, 14467 Potsdam
Tel. +49 331 581380-0
info@blsev.de, www.blsev.de

Bremische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

c/o Caritas Bremen e.V.
Kolpingstr. 7, 28195 Bremen
Tel. +49 421 200743-8
j.dieckmann@caritas-bremen.de

Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg
Tel. +49 40 2849918-0
hls@sucht-hamburg.de, www.sucht-hamburg.de

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS)

Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt
Tel. +49 69 71376777
hls@hls-online.org, www.hls-online.org

**Landesstelle für Suchtfragen
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**

August-Bebel-Str. 3, 19055 Schwerin
Tel. +49 385 712953
info@lsmv.de, www.lsmv.de

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e. V.
Podbielskistr. 162, 30177 Hannover
Tel. +49 511 626266-0
info@nls-online.de, www.nls-online.de

Landesstelle Sucht NRW
Hermann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln
Tel. +49 221 809-7794
d.muecken@landesstellesucht-nrw.de
www.landesstellesucht-nrw.de

Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz
Karmeliterstr. 20, 67346 Speyer
Tel. +49 6232 664-254
achim.hoffmann@diakonie-pfalz.de, www.sucht-rlp.de

Saarländische Landesstelle für Suchtfragen e. V.
c/o Caritasverband Schaumberg-Blies e. V.
Hüttenbergstr. 42, 66538 Neunkirchen
Tel. +49 6821 9209-13
m.schuetz@caritas-nk.de
www.landesstelle-sucht-saarland.de

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
Glacisstr. 26, 01099 Dresden
Tel. +49 351 8045506
info@slsev.de, www.slsev.de

Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt
Halberstädter Str. 98, 39112 Magdeburg
Tel. +49 391 5433818
info@ls-suchtfragen-lsa.de
www.ls-suchtfragen-lsa.de

Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.
Schreberweg 5, 24119 Kronshagen
Tel. +49 431 5403-340
sucht@lssh.de, www.lssh.de

Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.
Arnstädter Str. 50, 99096 Erfurt
Tel. +49 361 7464585
info@tls-suchtfragen.de, www.tls-suchtfragen.de

Die DHS

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchthilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchthilfe und Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Mitglieder der DHS:

Verbände der freien Wohlfahrtspflege

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie
- Deutscher Caritasverband e. V.,
Referat Basisdienste und besondere Lebenslagen
- Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im
Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V. (GVS)
- Der Paritätische Gesamtverband –
Ref. Gefährdetenhilfe

Abstinenz- und Selbsthilfeverbände

- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe –
Bundesverband e. V.
- Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche –
Bundesverband e. V. (BKE)
- Blaues Kreuz in Deutschland e. V. –
Bundesgeschäftsstelle (BKD)
- Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter
und suchtkranker Söhne und Töchter e. V. (BVEK)
- Guttempler in Deutschland
- Kreuzbund e. V. – Selbsthilfe- und
Helfergemeinschaft für Suchtkranke
und deren Angehörige, Bundesverband

Fachverbände

- akzept e. V. – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
- Bundesfachverband Ess-Störungen e. V.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss)
- Caritas Suchthilfe CaSu e. V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V.
- Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e. V., Bundesverband
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (FDR)
- Fachverband Glücksspielsucht e. V.

Gaststatus

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesstellen für Suchtfragen
- Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Impressum

Herausgeber



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4
59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Redaktion

Gabriele Bartsch
Christa Merfert-Diete

Neubearbeitung

Dr. med. Rüdiger Holzbach
Karen Hartig

Konzeption und Text der ersten Auflage (2003)

Petra Mader, Jena

Gestaltung

STADTLANDFLUSS, Frankfurt am Main

Druck

Kunst- und Werbedruck, Bad Oeynhausen

Auflage

Überarbeitete und neugestaltete Auflage 2013
1.50.08.13

Diese Broschüre wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Postfach 1369, 59003 Hamm (info@dhs.de), und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln (order@bzga.de), kostenfrei abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin / den Empfänger oder Dritte bestimmt. Bestellnummer 33230003



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4 | 59065 Hamm

Tel. +49 2381 9015-0

info@dhs.de | www.dhs.de



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Gefördert von der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit