

## 2.3 Medikamente – Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial

*Tom Bschor*

*Prof. Dr. Gerd Glaeske (1945–2022) gewidmet,  
dessen kritische und unabhängige Stimme sehr fehlt.<sup>1</sup>*

### Zusammenfassung

Medikamente, die eine kurzfristige positiv erlebte psychische Wirkung erzeugen, können ein Abhängigkeitspotenzial haben. Dies trifft auf circa 4 % bis 5 % der häufig verordneten Arzneimittel zu. Zahlen zu Arzneimittelabhängigkeit in Deutschland sind ungenau, da Medikamentenverordnungen nur unvollständig erfasst werden, die Suchtmittel auch über den Schwarzmarkt bezogen werden können und Schätzungen auf Selbstberichten und Hochrechnungen beruhen. Extrapolationen gehen von 1,5 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus.

Die häufigste Medikamentenabhängigkeit betrifft Benzodiazepine und die mit ihnen verwandten sogenannten Z-Substanzen. Die Verordnungszahlen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sinken kontinuierlich, jedoch werden diese Medikamente in großem Umfang auch für gesetzlich krankenversicherte Personen auf Privatrezepten verordnet. Diese beruhigenden und schlaffördernden Medikamente werden entgegen den Empfehlungen zu häufig langfristig und insbesondere betagten Menschen verordnet. Ältere Personen sind aber in besonderer Weise durch Risiken bedroht, wie Verlangsamung der kognitiven Funktionen, Erhöhung des Demenz- und Sturzrisikos sowie Verminderung von Sport und Bewegung.

Die zweitwichtigste Medikamentengruppe mit Abhängigkeitspotenzial sind Opioide, deren Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung kontinuierlich ansteigt. Fentanyl, auch in Form von Pflastern, spielt eine

<sup>1</sup> Gerd Glaeske, Professor für Pharmazie am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) an der Universität Bremen und Mitbegründer der Versorgungsforschung in Deutschland, war Autor dieses Beitrags bis zum DHS-Jahrbuch Sucht 2021.

wichtige Rolle. Eine zweifelsfreie Indikation für Opioide besteht für tumorbedingte Schmerzen und für starke Schmerzen mit vorübergehender Dauer, etwa nach Verletzungen und Operationen. Bei Schmerzen unklarer oder psychogener Ursache sind Opioide kontraindiziert. Eine längerfristige Verordnung bei nicht-tumorbedingten Schmerzen führt aufgrund der Gegenregulation des Körpers nicht nur zu einem Wirkverlust mit der Folge von Dosissteigerung, sondern zu einer Erhöhung der Schmerzempfindlichkeit.

Eine sichere Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial beinhaltet einen Gesamtbehandlungsplan, eine sorgfältige vorherige Abklärung der Suchtanamnese und Aufklärung über das Abhängigkeitsrisiko, eine präzise Definition und Überprüfung des Behandlungsziels und eine von Beginn an festgelegte kurze Behandlungsdauer. Eine Verordnung „bei Bedarf“ als Versuch, die eingenommene Menge möglichst gering zu halten, bedeutet zugleich, die Betroffenen anzuleiten, das eigene aktuelle Befinden zu bewerten und hierauf mit der oralen Einnahme einer psychotropen Substanz zu reagieren, was ein Einstieg in ein suchttypisches Verhaltensmuster sein kann. Bei bestehendem Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit bietet das differenzierte Suchthilfesystem vielfältige Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Ein Benzodiazepinentzug birgt relevante medizinische Risiken, sodass die Indikation für eine stationäre Behandlung geprüft werden muss.

## **Abstract**

*Medications that produce a short-term positively experienced psychological effect may have addictive potential. This applies to approximately 4% to 5% of commonly prescribed drugs. Data on prescription drug dependence in Germany are imprecise, as medication prescribing is only incompletely recorded, substances can also be obtained via the black market, and estimates are based on self-reports and projections. Extrapolations assume that between 1.5 and 1.9 million people in Germany are dependent on medications.*

*The most common drug dependence involves benzodiazepines and the related so-called Z-drugs. Prescription volumes reimbursed by the statutory health insurance system (GKV) declined steadily; however, these medications continue to be prescribed to a considerable extent on private prescriptions, including for patients with statutory health insurance. Contrary to clinical recommendations, these sedative and hypnotic agents are frequently prescribed on a long-term basis, particularly to older adults. Elderly individuals are especially vulnerable to associated risks, including cognitive slowing, an increased risk of dementia, reduced physical activity, and an elevated risk of falls.*

The second most important class of medications with addictive potential comprises opioids, whose prescriptions reimbursed by statutory health insurance have been steadily increasing. Fentanyl, including transdermal formulations, plays a significant role. Clear indications for opioid therapy exist for cancer-related pain and for severe pain of limited duration, such as following injuries or surgical procedures. Opioids are contraindicated in pain of unclear or psychogenic origin. Long-term opioid prescribing for non-cancer pain leads not only to loss of efficacy due to physiological counter-regulation with subsequent dose escalation, but also to increased pain sensitivity.

Safe prescribing of medications with addictive potential requires a comprehensive treatment plan, careful prior assessment of substance use history, and patient education regarding the risk of dependence. It also involves a precise definition and ongoing evaluation of treatment goals, as well as a clearly defined, short treatment duration from the outset. Prescribing medication “as needed” in an attempt to minimize intake simultaneously instructs patients to assess their current subjective state and to respond by orally ingesting a psychotropic substance, which may constitute an entry point into addictive behavioral patterns. In cases of existing medication misuse or dependence, the differentiated addiction treatment system offers a wide range of counseling and treatment options. Withdrawal from benzodiazepines entails relevant medical risks, making it necessary to consider the indication for inpatient treatment.

## Arzneimittel in Deutschland

Im Jahr 2023 veranlassten die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 740 Millionen Arzneimittelverordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung, was 8,7 Verordnungen pro Einwohner entspricht. Diese Verordnungen umfassten 48 Milliarden standardisierte Tagesdosierungen (DDD – defined daily dose). Für Medikamente werden derartige standardisierte Tagesdosierungen festgelegt, damit ungefähr abgeschätzt werden kann, für welche Einnahmedauer eine Verordnung durchschnittlich ausreicht.

Diese Zahlen beschreiben nur ein Teilbereich der in Deutschland verkauften oder eingenommenen Medikamente. Verordnungen auf Privatrezepten (etwa 10 % der Bevölkerung sind privat krankenversichert), während einer Krankenhausbehandlung ausgegebenen Medikamente und insbesondere der große Anteil der rezeptfrei oder im Internet erhältlichen Medikamente werden nicht systematisch erfasst. Die Daten zu Arzneimittelverordnungen und -konsum sind in Deutschland besonders lückenhaft, etwa im Vergleich zu europäischen Nachbarländern. Dies betrifft auch, dass mit den Arzneimittelverordnungen keine Indikationen oder Diagnosen verknüpft werden, sodass bei

den vielen Medikamenten, die für verschiedene Symptome oder Erkrankungen eingesetzt werden, keine differenzierte Analyse möglich ist.

Diese Defizite erschweren auch stark die Abschätzung des Umfangs und der Entwicklung von Missbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten. So wurde in den letzten Jahren für Benzodiazepine gezeigt, dass sie auch bei gesetzlich krankenversicherten Menschen im großen Stil auf Privatrezepten verordnet werden und sich damit der Erfassung entziehen (s. Abschnitt Benzodiazepine). Bei Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial kommt noch der Schwarzmarkt hinzu, dessen Umfang – seinem Wesen entsprechend – nur sehr grob abgeschätzt werden kann. Die deutschlandweite Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) könnte ein erster Schritt in Richtung einer systematischeren Erfassung der Verordnung von Arzneimitteln sein, wenn die Verordnungsdaten anonymisiert und aggregiert systematisch ausgewertet werden können. Allerdings ist die Nutzung bislang freiwillig, und Privatversicherte sowie Privatrezepte, Krankenhausmedikamente und rezeptfrei verkäufliche Arzneimittel werden nicht erfasst.

## Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial

Bei den Verordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen die Psychopharmaka auf Platz fünf, wenn die standardisierten Tagesdosierungen (DDD) zugrunde gelegt werden. Noch häufiger werden Antihypertensiva (Blutdruckmittel), Lipidsenker, Medikamente gegen Magengeschwüre und -übersäuerung sowie Diabetesmedikamente verordnet.

Die Gruppe der Psychopharmaka ist nicht gleichzusetzen mit der Gruppe von Medikamenten mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial. Psychopharmaka sind Medikamente, die (auch) im Gehirn wirken und psychische Effekte entfalten. Ein Abhängigkeitspotenzial haben Arzneimittel, die ein starkes psychisches Verlangen nach der Einnahme des Medikaments (Craving) auslösen können. Beispiele für derartige Medikamente sind Benzodiazepine oder Opiate. Darüber hinaus gibt es Arzneimittel, die zwar kein direktes psychisches Bedürfnis, die Substanz fortgesetzt einnehmen zu wollen, auslösen, die aber dennoch dazu führen können, dass sie trotz fehlender medizinischer Indikation chronisch eingenommen werden und die Betroffenen schlecht hierauf verzichten können. In diesen Fällen wird von Missbrauchspotenzial gesprochen. Typische Beispiele wären Abführmittel oder abschwellende Nasentropfen. Bei beiden führt ein zu langer Gebrauch zu einer Gegenregulation des Körpers, sodass es beim Absetzen zu einer besonders starken Ausprägung der ursprünglichen Symptome (z. B. Obstipation oder verstopfte Nase) kommt. Die

Angst vor diesen Absetzreaktionen kann indirekt auch zu einer psychischen Abhängigkeitskomponente führen.

Ein Abhängigkeitspotenzial im engeren Sinne können Arzneimittel haben, die im Gehirn eine psychische Wirkung entfalten. Ein Abhängigkeitspotenzial besteht nur dann, wenn diese Wirkung positiv erlebt wird und relativ rasch nach der Einnahme auftritt. Neuroleptika (Antipsychotika) sind zum Beispiel eine wichtige Psychopharmakagruppe, deren Wirkung (abgesehen von einer möglichen Besserung der Erkrankung) von den meisten Betroffenen als eher unangenehm erlebt wird. Sie haben kein Abhängigkeitspotenzial. Antidepressiva wiederum können zwar mit Stimmungsverbesserung und Antriebssteigerung positive psychische Effekte verursachen. Diese treten aber erst nach mehrwöchiger Einnahme auf, was vermutlich der Grund ist, dass auch diese Psychopharmaka keine psychische Abhängigkeit verursachen. Sie können allerdings beim Absetzen Probleme bereiten. Hierauf und auf die Frage des Abhängigkeitspotenzials von Antidepressiva wird in diesem Beitrag weiter unten eingegangen.

Eine vergleichsweise kurze Wirkdauer (Halbwertszeit) erhöht das Abhängigkeitsrisiko, weil das rasche Nachlassen der initialen positiven Wirkung das Bedürfnis nach erneuter Substanzeinnahme fördert. Insbesondere Medikamente, die den Effekt der neuronalen Botenstoffe GABA, Dopamin, Endorphine oder Endocannabinoide verstärken oder imitieren, können die genannten kurzfristigen positiven psychischen Effekte verursachen und haben daher ein Abhängigkeitspotenzial. Weitere Erläuterungen gibt Tab. 1. Circa 4 % bis 5 % der häufig verordneten Arzneimittel haben ein Abhängigkeitspotenzial. Der nachfolgende Beitrag geht auf die genannten Arzneigruppen ein; die Bedeutung von medizinisch verordneten Cannabispräparaten für Missbrauch und Abhängigkeit wird im Beitrag „Cannabis“ behandelt.

**Tab. 1:** Neuronale Botenstoffe, deren Wirkverstärkung zu kurzfristigen angenehmen psychischen Effekten und zum Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung führt (Auswahl)

Neuronaler Botenstoff	Kurzfristige positive psychische Effekte (Beispiele)	Medikamentengruppen, die die Effekte des Botenstoffs verstärken oder imitieren und ein Abhängigkeitspotenzial haben (Beispiele)
GABA	Angstminderung und Beruhigung	Benzodiazepine
Dopamin	Antriebs- und Motivationssteigerung	Amphetamine
Endorphine	Euphorie	Opiate/Opiode
Endocannabinoide	Entspannung	cannabis- und cannabinoidhaltige Arzneimittel und Wirkstoffe

Quelle: Eigene Darstellung

Die Einnahme entsprechender Medikamente wird durch den unmittelbaren positiven Effekt belohnt, und in einem lerntheoretischen (verhaltenstherapeutischen) Sinne wird das Verhalten der Medikamenteneinnahme verstärkt. Hinzu kommt bei derartigen Medikamenten zumeist eine rasche Toleranzentwicklung, da der Körper auf die wiederholte Einnahme mit einer Gegenregulation reagiert, etwa dadurch, dass die Anzahl oder die Sensitivität von GABA- oder Endorphinrezeptoren verringert wird. Hierdurch lässt die ursprüngliche Medikamentenwirkung nach, worauf Betroffene häufig mit einer Dosissteigerung reagieren, die in der Folge zu einer noch stärkeren Gegenregulation des Körpers und einer sich weiterdrehenden Abhängigkeitsspirale führt.

## Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit

Die Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit sollte in gleicher Weise gestellt werden, wie auch bei anderen Substanzabhängigkeiten, etwa von Alkohol. Eine Abhängigkeit besteht, wenn mehrere der typischen Abhängigkeitskriterien für einen längeren Zeitraum vorliegen. Die ICD-10 (Internationale Klassifikation der Erkrankungen der Weltgesundheitsorganisation, 10. Auflage) nennt sechs Kriterien, von denen mindestens drei für mindestens einen Monat (oder wiederholt innerhalb von zwölf Monaten) vorliegen müssen (Dilling et al., 2015). Der Cut-off von 3 ist letztlich eine etwas willkürliche Festlegung, operationalisiert aber das Grundkonzept, dass nicht ein einziges Abhängigkeitskriterium für die Diagnose genügt, aber auch nicht alle Kriterien erfüllt sein müssen. Die sechs Kriterien der ICD-10 sind:

- Unfähigkeit zur Abstinenz, Zwang zum Konsumieren,
- Kontrollverlust,
- Entzugssymptome,
- Dosissteigerung und Toleranzentwicklung,
- Einengung der Interessen auf den Suchstoff,
- fortgesetzter Konsum trotz erkennbarer Folgeschäden.

In der 11. Auflage der ICD (ICD-11) bleiben diese sechs Kriterien erhalten, werden aber zu drei Kriterienpaaren zusammengefasst. Es gibt weitere typische Suchtkriterien, die nicht in der ICD genannt werden. Das Kriterium „Einnahme um der Wirkung willen“ passt für Medikamente, die grundsätzlich mit dem Ziel einer Wirkung eingenommen werden, nicht gut. Bei der Alkoholabhängigkeit zum Beispiel beschreibt das Kriterium, dass Alkohol nicht mehr aufgrund sozialer Konvention oder Geschmack getrunken wird, sondern zum Beispiel um abschalten zu können, schlafen zu können oder sich unter Menschen zu trauen.

Ein weiteres in der ICD fehlendes Kriterium ist heimliches Konsumieren, was gerade bei der Medikamentenabhängigkeit bedeutsam ist. Medikamente sind klein und können entweder unbemerkt oder als vermeintlich medizinisch notwendig und damit sozial akzeptiert eingenommen werden. Sie führen anders als Alkohol zumeist nicht unmittelbar zu Verhaltensauffälligkeiten. Dies resultiert darin, dass eine Medikamentenabhängigkeit selbst im engen Familienkreis oder in einer Partnerschaft mitunter Jahrzehnte unbemerkt bleibt. Medikamentenabhängigkeit wird daher auch als die heimliche Sucht oder die stille Sucht bezeichnet.

### Häufigkeit von Medikamentenabhängigkeit

Da die Abhängigkeit vielfach weder ärztlicherseits noch von den Betroffenen erkannt wird, liegen nur Schätzungen zur Anzahl der medikamentenabhängigen Menschen in Deutschland vor. Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) befragte gut 7.500 Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren und stellte bei 1,5 % eine Abhängigkeit von Hypnotika/Sedativa und bei 2,8 % eine Abhängigkeit von Opioid- oder Nicht-Opioid-Analgetika fest. Ausgehend von 51,5 Mio. Einwohnern in der genannten Altersgruppe kamen die Forschenden zu einer Hochrechnung von 770.000 bzw. 1,44 Mio. Abhängigen deutschlandweit (Olderbak et al., 2025).

Obwohl medikamentenabhängige Menschen zumeist in engem Kontakt mit dem medizinischem Versorgungssystem sind, befindet sich nur ein winziger Teil in spezifischer Suchtbehandlung. So betreffen laut Daten der Deutschen Rentenversicherung nur etwa 1 %–2 % der Rehabilitationsbehandlungen aufgrund von Abhängigkeitserkrankungen eine Medikamentenabhängigkeit (Simon et al., 2026).

Der Jahresbericht 2024 der Deutschen Suchthilfestatistik (Schwarzkopf et al., 2025) berichtet von 1,1 % ambulanten Behandlungen/Betreuungen aufgrund von Sedativa/Hypnotika und 8,4 % aufgrund von Opioiden unter den 323.478 Behandlungen in 878 Einrichtungen. Das entspricht zusammen 30.730 Behandlungen, wobei sich insbesondere die Behandlungen aufgrund von Opioidabhängigkeit nicht nur auf medikamentenabhängige Personen beziehen. Die 38.045 Behandlungen in 158 stationären Einrichtungen betrafen in 3,5 % Opioide und in 1,0 % Sedativa/Hypnotika (zusammen 1.712 Behandlungen entsprechend). Hinzu kommen 5,6 % bzw. 10,1 % Behandlungen aufgrund von Poltoxikomanie, bei denen Medikamente auch eine Rolle spielen können.

Eine Medikamentenabhängigkeit hat viele Gemeinsamkeiten mit anderen Substanzabhängigkeiten, etwa das starke Verlangen nach Einnahme der Substanz, Gegenregulation des Körpers mit der Folge von Toleranzentwicklung, Dosissteigerung und Entzugssymptomen oder Veränderung von Erleben und Verhalten mit einer zunehmenden Einengung auf den Suchtstoff. Es gibt aber auch relevante Unterschiede. Neben dem bereits erwähnten häufig jahrzehntelang unbemerkten Bestehen ist eine Medikamentenabhängigkeit weniger stigmatisiert als eine Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen. Der Großteil der Medikamentenabhängigen bezieht den Suchtstoff über ärztliche Verordnung und Apotheken, sodass dem Gesundheitssystem für diese Abhängigkeitserkrankung eine ganz besondere Bedeutung zukommt. Eine zu leichtfertige Verordnung kann eine Medikamentenabhängigkeit erst auslösen. Ein charakteristisches Verhalten medikamentenabhängiger Menschen ist, sich den Suchtstoff von einer Vielzahl verschiedener Ärztinnen und Ärzte verschreiben zu lassen und ihn über wechselnde Apotheken zu beziehen. Die Medikamentenabhängigkeit ist damit auch die einzige Sucht, bei der der Konsum zu einem relevanten Teil von den Krankenversicherungen finanziert wird. Die fehlende zentrale Dokumentation im deutschen Gesundheitssystem ermöglicht es erst, dass die verschiedenen Ärztinnen und Ärzte und Apotheken nicht voneinander wissen. Eine verpflichtende elektronische Patientenakte für alle und ein verpflichtendes Primärarztsystem könnten diesem Problem entgegenwirken.

Eine bessere Erfassung und eine höhere Hürde für die Verordnung besteht bei Medikamenten, die nur auf speziellen Betäubungsmittelrezepten (BtM-Rezpte) verordnet werden dürfen (s. Abb. 1). Diese Rezepte sind durchnummeriert und abgezählt und haben mehrere Durchschläge, die zur Dokumentation beim verordnenden Arzt, in der Apotheke und bei der zentralen Bundesopiumstelle verbleiben. Auch müssen sich Ärztinnen und Ärzte bei der Bundesopiumstelle registrieren lassen, wenn sie derartige Medikamente verordnen wollen. Allerdings unterliegt gerade die am häufigsten in abhängiger Weise konsumierte Medikamentengruppe der Benzodiazepine weitgehend nicht der Betäubungsmittelrezeptpflicht. Bei den Opiaten können Tramadol- und Tilidin-Präparate auf normalen Rezepten verordnet werden, was vermutlich der Grund ist, dass sie die am häufigsten verordneten Opiate sind.

Die Analyse von Patientenmerkmalen hat ein Risikoprofil für Menschen, die vermehrt gefährdet sind, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln, ergeben. Hierzu gehören Patientinnen und Patienten, die sich mit unspezifischen psychischen oder körperlichen Beschwerden vorstellen, wie der Klage über Überforderung, Schlafstörungen, Erschöpfung, Unruhe, Nervosität und Ängste, Konzentrationsstörungen, Grübeln, Schwindel und Herzrasen. Men-

Abb. 1: Muster eines BtM-Rezepts

Krankenkasse bzw. Kostenträger			TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung		
<input type="checkbox"/> Gebiete	AOK Rheinland-Pfalz		St-G	St-G	Apotheken-Nr./IK
<input checked="" type="checkbox"/> GKV	Name, Vorname des Versicherten		5	9	
<input type="checkbox"/> noch	Mustermann	geb. am	Zustimmung		
<input type="checkbox"/> sonst	Erika	12.08.1964	Gesamt-BtM:		
	Heidestraße 17		Pharmazone-Nr.		
	51147 Köln	10/14	Faktor		
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Tage		
<input type="checkbox"/> Unfall	106415300	A123456789	Status		
		1000 1			
<input type="checkbox"/> Arbeits-	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
<input type="checkbox"/> unfähig	271111100	654321151	10.07.2012		
<b>Rp.</b> (Bitte Leeräume durchstreichen)			Arztstempel		
<input checked="" type="checkbox"/> GKV	Amphetamin-Tabletten Muster Pharma GmbH		Unterschrift des Arztes		
<input type="checkbox"/> auf dem	10 mg, 50 Stck.		Dr. med. Markus Mustermann		
<input type="checkbox"/> auf dem	gemäß schriftlicher Anweisung		27/111100 LANR 654321151		
	*****		Arzt für Neurologie und Psychiatrie		
			Dorfallee 1		
			51069 Köln		
			Tel. 02 21 97 87 85 43		
			<i>Markus Mustermann</i>		
	555H	5907673J	31497	053917346H	7 Untertag/Untertag/Untertag
					Muster (2006)

Quelle: Lumu (talk) – gestaltet nach einem Muster des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): FAQ's BtMVV, gemeinfrei, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=20211268>

schen mit Suchterkrankungen in der Vorgeschichte sind stärker gefährdet, so dass eine sorgfältige Suchtanamnese (einschließlich Nikotin) vor der Verordnung von Medikamenten mit Suchtpotenzial erfolgen muss. Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Komorbidität – insbesondere Depressionen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen – sowie ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko. Im Unterschied zu den meisten anderen Substanzabhängigkeiten sind von Medikamentenabhängigkeit mehr Frauen als Männer betroffen. Auch Angehörige medizinischer Berufe tragen aufgrund ihrer Vertrautheit mit Medikamenten und des vereinfachten Zugangs ein erhöhtes Risiko.

## Benzodiazepine und Benzodiazepinanaloga (Z-Substanzen)

Benzodiazepine verstärken die Wirkung des natürlichen Neurotransmitters GABA und haben eine angstlösende, schlaffördernde, antiepileptische und muskelentspannende Wirkung. Aus diesen Effekten erklären sich auch die

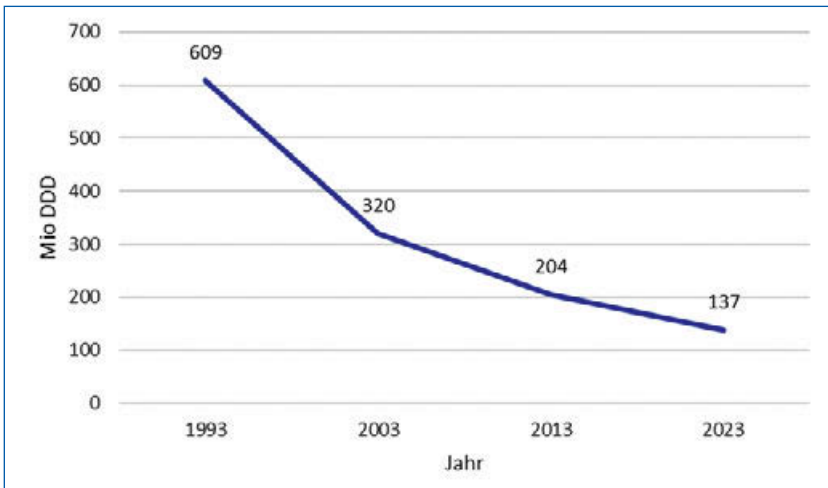
hauptsächlichen Nebenwirkungen: Schläfrigkeit, Schwindel und Gangunsicherheit, Verlangsamung von Denken und Reaktionen und eben das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung. Benzodiazepinanaloga verstärken ebenfalls die GABA-Wirkung und sind auch ansonsten den Benzodiazepinen sehr ähnlich. Sie werden auch Benzodiazepinrezeptoragonisten oder Z-Substanzen genannt, da die drei früher zu dieser Gruppe gehörenden Medikamente alle mit dem Buchstaben Z anfangen: Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon. Inzwischen ist Zaleplon nicht mehr in Deutschland verfügbar, stattdessen ist Eszopiclon (eigentlich: S-Zopiclon) hinzugekommen. Z-Substanzen werden fast ausschließlich als Schlafmittel verordnet. Während Z-Substanzen bei ihrer Einführung mit einem deutlich geringeren Abhängigkeitspotenzial beworben wurden, ist inzwischen erkannt, dass sie in fast gleicher Weise abhängig machen können wie Benzodiazepine (Guerlais et al., 2015).

Benzodiazepine und Z-Substanzen sind die führende Substanzgruppe bei der Medikamentenabhängigkeit: Man schätzt, dass von den 1,5 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland bis zu 1,6 Millionen von Benzodiazepinen abhängig sind (Seifert et al., 2025; Olderbak et al., 2025).

Im Jahr 2023 wurden ca. 134 Millionen (Mio.) definierte Tagesdosierungen (DDD) von Benzodiazepinen und Z-Substanzen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschrieben (Krause, Seifert, 2025; Seifert et al., 2025). Diese verteilen sich auf circa 30 verschiedene Benzodiazepine und die drei Z-Substanzen. Spitzenreiter ist die Z-Substanz Zopiclon mit 34,5 Mio. DDD im Jahr 2023, gefolgt vom Benzodiazepin Lorazepam (33,3 Mio. DDD), der Z-Substanz Zolpidem (18,7 Mio. DDD) und dem Benzodiazepin Diazepam (15,8 Mio. DDD).

Der entscheidende Unterschied zwischen den verschiedenen Medikamenten ist lediglich ihre Wirkdauer, weshalb für eine gute medizinische Versorgung keinesfalls ca. 30 verschiedene Benzodiazepine benötigt werden. Sehr kurz wirksame Benzodiazepine wie Midazolam können bei medizinischen Eingriffen angewendet werden, wenn eine kurzzeitige Anxiolyse (Angstlinderung) oder Sedierung (Beruhigung) erforderlich ist, etwa vor Endoskopien oder vor MRT-Untersuchungen von Menschen mit Platzangst. Mittellang wirksame Substanzen wie die Z-Substanzen werden als Schlafmittel (Hypnotika) verwendet, wenngleich Schlafstörungen nur ausnahmsweise oder in letzter Konsequenz hiermit behandelt werden sollten (s. u.). Die mittellange Wirkdauer verhindert ein Erwachen mitten in der Nacht (mit der möglichen Einnahme einer weiteren Tablette) und reduziert das Risiko eines Überhangs am nächsten Morgen. Lang wirksame Benzodiazepine wie Diazepam sind geeignet, wenn zum Beispiel im Rahmen einer Exazerbation (Verschlechterung) einer schweren psychischen Erkrankung für einige Tage eine durchgehende Anxi-

**Abb. 2:** Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen (Tranquillantien + Hypnotika) zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Zeitverlauf in Millionen standardisierten Tagesdosierungen (DDD)



Quellen: Lohse et al., 2004, 2008; Lohse, Müller-Oerlinghausen, 2004, 2008; Krause, Seifert, 2025; Seifert et al., 2025)

lyse oder Sedierung erforderlich ist. Zu denken wäre hier zum Beispiel an die stationär-psychiatrische Behandlung einer manischen oder schizophrener Psychose.

Die Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung sinkt kontinuierlich, wie in Abb. 2 dargestellt.

Dies ist nur teilweise eine erfreuliche Entwicklung, die auf eine zunehmende Beachtung des Abhängigkeitsrisikos dieser Medikamentengruppe zurückgeht. Die Zahlen trügen, da Benzodiazepine und Z-Substanzen in großem Umfang auch für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten auf Privatrezepten verordnet werden. Hierdurch wird die Erfassung umgangen und die Tatsache, dass die Krankenkassen die Verordnung nur für wenige Wochen übernehmen, da für Langzeitverordnungen fast nie eine medizinische Indikation besteht. Die Patientinnen und Patienten bezahlen die Medikation dann aus eigener Tasche; die Preise sind in der Regel nicht sehr hoch, da Benzodiazepine und Z-Substanzen keinem Patentschutz mehr unterliegen.

Aufgrund der fehlenden systematischen Erfassung von Privatrezepten liegt kein vollständiger Überblick über den Umfang des Ausweichens auf Privatrezepte vor. Eine Analyse ausgewählter Praxisdaten ergab für den Zeit-

raum 2014 bis 2020 einen Rückgang an Verordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung um 10 % bei einem gleichzeitigen Anstieg von Privatverordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen um 5 %, ohne dass es in diesem Zeitraum zu einem nennenswerten Anstieg des Anteils privatversicherter Menschen in Deutschland gekommen wäre. Besonders bedrückend war die Entwicklung bei der Verordnung von Z-Substanzen. Der Anteil von Verordnungen auf Privatrezepten stieg von 45 % aller Verordnungen im Jahr 2014 auf 53 % im Jahr 2020 (Grimmsmann et al., 2022). Da nur circa 10 % der Bevölkerung privatversichert sind, wird deutlich, dass die Verordnung auf Privatrezepten ein weit verbreitetes Vorgehen ist.

Die Verordnungen verteilen sich dabei nicht gleich auf die Bevölkerung. Die ProMeKa-Studie analysierte Verordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung und fand, dass Frauen 1,67-mal so häufig Benzodiazepine oder Z-Substanzen verordnet werden wie Männern. Noch beunruhigender ist ein steiler Anstieg der Verordnungen mit dem Alter. Die Verordnungen sind in der Gruppe der über 74-Jährigen am häufigsten und 13-mal so häufig wie bei den unter 30-Jährigen (Verthein et al., 2020). Dabei sollten gerade ältere Menschen vor den Nebenwirkungen von Benzodiazepinen geschützt werden. Die häufig ohnehin beeinträchtigten kognitiven Funktionen verlangsamten sich unter dem Dauereinfluss von Benzodiazepinen weiter, und inzwischen wurde wiederholt gezeigt, dass längerfristige Benzodiazepin-Einnahme vermutlich das Demenzrisiko erhöht (Penninkilampi, Eslick, 2018). Das Reaktionsvermögen ist beeinträchtigt, was das Unfallrisiko erhöht. Antrieb und Motivation für Bewegung und Sport, denen im Alter eine besondere gesundheitsprotektive Bedeutung zukommt, werden reduziert. In höheren Dosierungen können Benzodiazepine atemdepressiv wirken. Schließlich steigt die Sturzneigung, und Stürze führen im Alter aufgrund der fortgeschrittenen Osteoporose häufig zu Frakturen mit komplikationsbehafteten Verläufen.

Wie oben berichtet, führt die Z-Substanz Zopiclon die Verordnungszahlen an, was ein indirekter Hinweis darauf ist, dass Schlafstörungen die häufigste Indikation für die Verordnung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen sind. Schlafstörungen sind in der Bevölkerung ausgesprochen häufig. Ein aktuelles systematisches Review errechnete eine globale Prävalenz von 16,2 % und für schwere Schlafstörungen von 7,9 % (Benjafield et al., 2025). Schlafstörungen sind häufig chronisch. Eine Behandlung mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen ist dann riskant, da eine längerfristige Einnahme zu Toleranzentwicklung und Nachlassen des Effekts führt und ein bedeutsames Abhängigkeitsrisiko birgt.

Schlafstörungen sollten vorrangig nicht-medikamentös behandelt werden. Hiermit können sehr gute Effekte erzielt werden. Ein 6-Stufen-Vorgehen sieht

erst in der letzten Stufe den möglichen Einsatz von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen vor, und dies nur unter eng umgrenzten Rahmenbedingungen (s. Tab. 2).

Eine Besonderheit der Benzodiazepin-Abhängigkeit ist die sogenannte low dose dependence (Niedrigdosisabhängigkeit). Bei dieser Form der Abhängig-

**Tab. 2:** 6-Stufen-Vorgehen zur Behandlung von Schlafstörungen unter Vermeidung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen

Stufe	Maßnahme	Erläuterungen
Stufe 1	Klärung der Tagesbefindlichkeit	Ein kurzer oder unterbrochener Nachtschlaf allein ist noch keine Behandlungsindikation, da es keine Mindestschlafdauer gibt. Erst wenn die Tagesbefindlichkeit durch Einschlafneigung oder Konzentrationsstörungen beeinträchtigt ist, ergibt sich eine Therapienotwendigkeit.
Stufe 2	Ursachenabklärung	Ziel ist eine möglichst ursächliche Behandlung anstelle einer lediglichen Symptombeeinflussung. Häufige Ursachen sind falsches Schlafverhalten (s. Schritt 3), Suchterkrankungen – etwa von Alkohol –, psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen oder Angsterkrankungen, Schmerzen, Schlafapnoe, Restless-Legs oder unerwünschte Arzneimittelwirkungen.
Stufe 3	Schlafhygiene	Hochwirksame Behandlung, die am zumeist ungünstigen Schlafverhalten der Betroffenen ansetzt mit dem Ziel, dieses durch Aufklärung, Anleitung und Übung zu verbessern. Die beiden typischen Hauptfehler sind eine zu frühe Schlafensgeheiz bzw. eine zu lange nächtliche Bettzeit in der Absicht „dem Schlaf eine Chance zu geben“ sowie kompensatorisches Hinlegen tagsüber. Beides mindert den nächtlichen Schlafdruck. Die Hauptprinzipien der Schlafhygiene zielen entsprechend auf eine Verkürzung der Bettzeit ab, auf das strikte Vermeiden von Hinlegen tagsüber (selbst wenn dabei nicht geschlafen wird) und auf das konsequente nächtliche Verlassen des Schlafzimmers, wenn der Schlaf nicht rasch eintritt. Die Betroffenen sollen sich in einem anderen Raum aufhalten, bis sie Müdigkeit verspüren. Gegebenenfalls ist dieser Schritt zu wiederholen. Während das morgendliche Aufstehen stets zu einer festen, nicht zu späten Zeit erfolgen sollte, sollte das abendliche Hinlegen erst bei subjektiver Müdigkeit erfolgen. Das eigene Bett soll im Sinne einer Konditionierung ausschließlich für das Schlafen benutzt werden, und Menschen mit Schlafstörungen sollten im Bett nicht arbeiten, Filme schauen, lesen, telefonieren oder Ähnliches.
Stufe 4	Schlaf-Audios	Können bei Einschlafstörungen sehr potente Hilfen sein. Sie arbeiten meist mit drei Elementen: einer beruhigenden Musik, vordergründigen beruhigenden Stimmen, die Schlafanweisungen geben, und kaum wahrnehmbaren leisen Hintergrundstimmen, die in Form eines hypnotischen Vorgehens auf unbewusste psychische Anteile abzielen.
Stufe 5	Schlaffördernde Medikamente ohne Abhängigkeitspotenzial	Hier kommen pflanzliche Sedativa (z. B. Baldrian- oder Hopfenpräparate ohne Alkohol), Antidepressiva mit sedierender Komponente (zum Beispiel Trimipramin oder Mirtazapin, zumeist in sehr niedriger Dosierung; beide sind für die isolierte Indikation Schlafstörungen allerdings nicht zugelassen) und niedrigpotente Neuroleptika (zum Beispiel Pipamperon oder Melperon; beide haben eine Zulassung für Schlafstörungen), in Betracht.
Stufe 6	Benzodiazepine oder Z-Substanzen	Möglicherweise indiziert bei akuter Belastung und akuten Schlafstörungen; von Beginn an einen kurzen Verordnungszeitraum von 8 bis 14 Tagen (maximal 28 T.) vereinbaren und die allgemeinen Regeln zur Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial (s. letzter Abschnitt dieses Beitrags) beachten.

Quelle: Eigene Darstellung

keit fehlt das Suchtkriterium Toleranzentwicklung und Dosissteigerung. Wie eingangs besprochen, ist für die Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit aber nicht das Vorliegen aller Suchtkriterien Voraussetzung. Menschen mit dieser Abhängigkeitsform nehmen oft über lange Zeiträume weitgehend gleiche Dosierungen ein. Die Abhängigkeit zeigt sich am Auftreten von Entzugssymptomen beim Weglassen der Substanz, an einer Einengung von Gedanken und Verhalten auf die subjektiv erlebte Notwendigkeit, den Konsum fortzusetzen, oder an fortgeführter Einnahme trotz erkennbarer negativer Folgen wie zum Beispiel Konzentrationsstörungen.

### Behandlung einer Benzodiazepin- oder Z-Substanz-Abhängigkeit

Die Behandlung einer Benzodiazepin- oder Z-Substanz-Abhängigkeit ist nicht grundsätzlich verschieden von der Behandlung anderer Substanzabhängigkeiten, etwa der Alkoholabhängigkeit. Eine umfassende Aufklärung über das Krankheitsbild, eine gemeinsame Erarbeitung von Motivation zu Entzugsbehandlung und langfristiger Abstinenz und die psychotherapeutische Arbeit an suchtbedingten Fehlüberzeugungen und Verhaltensweisen mit dem Ziel, neue und gesundheitsförderlichere Kognitionen und Verhalten zu erwerben, stehen im Vordergrund. Ein Entzug von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen muss langsam schrittweise und unter ärztlicher Anleitung erfolgen, da er erhebliche Risiken birgt. Neben ausgeprägten Entzugssymptomen wie Unruhe und Schlafstörungen, die dazu führen können, dass die Betroffenen den Entzug nicht durchhalten, besteht die relevante Gefahr von epileptischen Entzugskrampfanfällen und Delirien. Aus diesem Grund kann es häufig angezeigt sein, den Entzug in Form einer qualifizierten Entzugsbehandlung stationär durchzuführen, um die Behandlung dann in weniger intensive Behandlungssettings zu überführen.

Seit 2022 ist in Deutschland und der EU mit *Daridorexant* ein neuartiges Hypnotikum (Schlafmittel) zugelassen. Es ist das erste Medikament, das die sogenannten Orexinrezeptoren blockt. Dadurch wird die wachheitsfördernde Wirkung der im Körper vorkommenden Orexine unterdrückt. Da es bislang keine Hinweise auf ein Abhängigkeitspotenzial gibt, ist das rezeptpflichtige Medikament auch für eine längerfristige Verordnung zugelassen. Weil es erheblich teurer ist als die etablierten Hypnotika (s. Stufen 5 und 6 im oben ausgeführten Schema), ist es als Reservearzneistoff zu bezeichnen (Krause, Seifert, 2025). Aufgrund der Erfahrungen mit anderen Hypnotika sollte nach der nun erfolgten Markteinführung aber sorgfältig beobachtet werden, ob es doch zu Fällen von Gewöhnung, Missbrauch oder Abhängigkeit kommt.

## Opioidanalgetika

Opioide sind Substanzen, die an den Opioidrezeptoren wirken und dort morphinartige Effekte entfalten. Als Medikamente werden sie vorrangig zur Schmerzbehandlung eingesetzt (Opioidanalgetika). „Opioid“ bezeichnet im strengen Wortsinn eine synthetisch oder halbsynthetisch hergestellte Substanz, während „Opiat“ natürlich vorkommende Inhaltsstoffe aus dem Schlafmohn (*Papaver somniferum*) bezeichnet, zum Beispiel Morphin. „Opium“ ist der eingetrocknete Milchsaft aus der unreifen Samenkapsel einer Schlafmohn-Pflanze. „Opioide“ wird häufig aber auch als Sammelbezeichnung für alle Opioide und Opiate verwendet, und so wird der Begriff auch im Weiteren verwendet. Die vom Körper selbst produzierten Morphine, die an den Opioidrezeptoren wirken, werden als Endorphine (endogene Morphine) bezeichnet. Opioide Arzneimittel ahmen deren Wirkung nach.

Opioide haben nicht nur eine starke schmerzlindernde Wirkung. Sie können auch die Stimmung positiv oder negativ beeinflussen (Euphorie oder Dysphorie), sedierend wirken und den Hustenreiz unterdrücken. Typische Nebenwirkungen sind unter anderem eine Reduktion des Atemantriebs, Verstopfung, enge Pupillen (Miosis) und die Entwicklung einer Abhängigkeit. Über 30 verschiedene Opioide werden pharmakologisch verwendet.

Die Verordnung von Opioiden steigt kontinuierlich an. Während im Jahr 2008 noch 360 Mio. definierte Tagesdosierungen (DDD) zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet wurden, waren es 2013 394 Mio. DDD, 2018 436 Mio. und im Jahr 2023 503 Mio. DDD (Maas, Böger, 2025), was einer 40-prozentigen Verordnungszunahme in 15 Jahren entspricht. Die 2023 verordnete Opioidmenge reicht aus, um knapp 1,4 Millionen Menschen in Deutschland ganzjährig zu versorgen.

Die deutliche Verordnungszunahme wird zum einen auf einen konsequenteren Einsatz von Opioiden bei starken, insbesondere tumorbedingten Schmerzen zurückgeführt. Das 1986 publizierte WHO-Stufenschema zur Schmerzbehandlung hat dazu beigetragen, eine frühere nicht begründete Zurückhaltung beim Einsatz von Opioiden bei Menschen mit Krebserkrankungen zu überwinden. Das einfache Schema sieht drei Stufen vor, die in der ersten Stufe die Behandlung mit Nicht-Opioidanalgetika wie Ibuprofen, Diclofenac oder ASS, in der zweiten Stufe schwächere Opioide wie Tramadol oder Tilidin und in der dritten Stufe starke Opioide wie Morphin vorsehen. Die Anwendung des ursprünglich ausschließlich für krebsbedingte Schmerzen konzipierten Schemas weitete sich in der Folge aber mit der Konsequenz aus, dass die Opioidbehandlung auch von nicht-tumorbedingten Schmerzen zunahm. Das WHO-Stufenschema birgt auch das Risiko der Fehlinterpretation.

tion dahingehend, dass bei fortgesetzter Angabe von Schmerzen reflexartig zum nächstpotenteren Analgetikum gegriffen wird und die vielfältigen nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Schmerzlinderung vernachlässigt werden. Exakte Zahlen über Opioidverordnungen bei nicht-tumorbedingten Schmerzen liegen für Deutschland nicht vor, da die Verordnungen nicht mit einer Diagnose verknüpft erfasst werden. Ein weiterer möglicher Grund für den kontinuierlichen Anstieg der Opioidverordnung kann die Entwicklung einer Opioidabhängigkeit bei einem relevanten Teil der Rezeptempfangenden sein.

Die S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen“ (LONTS) (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. et al., 2020) stellt fest, dass opioidhaltige Schmerzmittel in der Behandlung chronischer, nicht durch Krebs bedingter Schmerzen nicht wirksamer sind als andere Schmerzmittel. Opioidhaltige Schmerzmittel sollten nicht bei Kopfschmerzen (Migräne, Spannungskopfschmerz), chronischen Unterbauchschmerzen von Frauen, Reizdarmsyndrom, Fibromyalgie und bei psychischen Erkrankungen, die mit Schmerzen einhergehen, eingesetzt werden. Uneinheitlich sind die Empfehlungen zum Einsatz von Opioiden bei chronischen Schmerzen im Lendenwirbel- oder Halswirbelsäulenbereich und bei Arthrose. Während die S3-LONTS-Leitlinie eine vier- bis zwölfwöchige Behandlung als Option bezeichnet und auch eine noch längere Anwendung für möglich erachtet, wenn der oder die Betroffene bei guter Verträglichkeit einen bedeutsamen positiven Effekt hat, raten neuere Studien vom Einsatz von Opioiden bei chronischen Schmerzen im Wirbelsäulenbereich ab (Jones et al., 2023).

Ein Hauptproblem bei der Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht krebsbedingten Schmerzen ist die Gegenregulation des Körpers, die die Wirkung der körpereigenen Endorphine und der pharmakologischen Opioide an den Opioidrezeptoren abschwächt. Dies führt nicht nur dazu, dass zunehmend höhere Opioiddosierungen für den gleichen analgetischen Effekt benötigt werden, was das Abhängigkeitsrisiko erhöht, sondern auch zu dem paradoxen Effekt einer erhöhten Schmerzempfindlichkeit unter Dauerbehandlung mit Opioiden (Streltzer, Linden, 2008). Die klinische Erfahrung zeigt, dass bei Menschen, die unter längerfristiger Opioideinnahme weiter chronische Schmerzen haben, ein konsequenter Opiatentzug häufig erstmals wieder eine Schmerzlinderung zur Folge hat. Aufgrund von Erfahrungen mit Entzugssymptomatik beim eigenständigen Versuch, die Opiate zu reduzieren, fürchten Betroffene häufig einen derartigen Opiatentzug und müssen entsprechend intensiv und empathisch aufgeklärt und beraten werden.

Eine zweifelsfreie Indikation für eine Opioidanalgesie besteht daher bei tumorbedingten Schmerzen, insbesondere bei Betroffenen mit schlechter Prognose, und bei starken Schmerzen, die aufgrund ihrer Ursache von vorü-

bergehender Dauer sind, also nach Verletzungen oder Operationen. In diesen Situationen sind Opioide segensreich und können Leid erheblich mindern. Bei nicht-tumorbedingten chronischen Schmerzen hingegen besteht die Sorge, dass die Nebenwirkungen, das Abhängigkeitsrisiko und die zweifelhafte Wirksamkeit in der Langzeitanwendung die positiven Effekte überwiegen. Bei Schmerzen unklarer oder psychogener Ursache sind Opioide kontraindiziert.

Den beiden Opioiden Tramadol und Tilidin kommt eine besondere Bedeutung zu. Mit 52,6 bzw. 183,4 Mio. DDD im Jahr 2023 zulasten der GKV stellen sie die mit Abstand am häufigsten verordneten Opioide dar (47% aller Opioid-DDD) (Maas, Böger, 2025). Während alle übrigen Opioide nur auf den eingangs erläuterten speziellen BtM-Rezepten verordnet werden können, sind Tramadol und Tilidin in den gängigen Verkaufsformen auf normalen Rezepten oder Privatrezepten verordnungsfähig und tragen deswegen möglicherweise besonders zur Zunahme der Opioidverordnung bei. Ein weiterer Einfluss auf die Zunahme der Opioidverordnungen dürfte die zunehmende Verwendung von Opioid-Pflastern, insbesondere Fentanyl-Pflastern sein (Fentanyl: 48,5 Mio. DDD im Jahr 2023). Hier besteht die Gefahr, die Risiken des hochpotenten Opioids aufgrund seiner Applikationsform („Trostpflästerchen“) zu unterschätzen. Dies betrifft Gewöhnung und Abhängigkeit, aber auch ein erhöhtes Risiko für Überdosierungen mit Bewusstseinsstörungen und Atemdepression, da sich die Wirkung des Pflasters langsam aufbaut und erst nach circa 12 Stunden ihren Höhepunkt erreicht. Fentanyl ist auch der zentrale Wirkstoff der Opioidkrise in den USA und dort für über 70.000 Todesfälle jährlich verantwortlich. Opioidpflaster sollten Menschen mit Schluckschwierigkeiten oder krankheitsbedingten Schwierigkeiten mit einer regelmäßigen Tabletteneinnahme vorbehalten bleiben (Maas, Böger, 2025). Vor einer Verharmlosung von Tramadol, Tilidin und Opioidpflastern ist zu warnen.

## Behandlung einer Opioidabhängigkeit

Die Behandlung einer Opioidabhängigkeit folgt den Grundprinzipien der Behandlung einer Substanzabhängigkeit. Zunächst sind häufig Maßnahmen der Motivationsförderung angezeigt, dann eine qualifizierte Entzugsbehandlung gefolgt von einer langfristigen Suchtbehandlung. Opioide können starke Entzugssymptomatik hervorrufen, die ausgesprochen quälend sein kann und sich unter anderem durch Schwitzen, Frösteln, Herzrasen, Tränenfluss und laufende Nase, innere Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit und einen starken Suchtdruck äußern kann. Dies kann dazu führen, dass Betroffene den Entzug nicht durchhalten, weshalb eine stationäre Entzugsbehandlung sinnvoll sein

kann, wenngleich ein Opiatentzug medizinisch weit weniger riskant ist als zum Beispiel ein Alkohol- oder ein Benzodiazepinentzug.

## Weitere GABAerge Substanzen

Weitere Medikamente verstärken die Wirkung des Neurotransmitters GABA, entfalten hierdurch eine entspannende, angstlösende und sedierende Wirkung und haben ein Abhängigkeitspotenzial.

Die sehr stark wirksamen *Barbiturate* wurden in den 1950er und 1960er Jahren großzügig und oft langfristig verordnet und lösten eine Abhängigkeitswelle aus. Heute spielen sie als Suchtmittel eine untergeordnete Rolle und werden medizinisch fast nur noch für Narkosen und seltene Fälle von Epilepsien eingesetzt (Verordnungen zulasten der GKV 2023: 6,1 Mio. DDD) (Ludwig et al., 2025).

*Clomethiazol* ist ein zur Behandlung des Alkoholentzugs eingesetztes Medikament, das sehr effektiv die belastenden und auch gefährlichen Symptome eines Alkoholentzugs reduziert, indem es beruhigt, den Schlaf verbessert, Blutdruck und Puls senkt und das Risiko von Alkoholentzugskrampfanfällen und Delirien verringert. Eine wichtige Nebenwirkung ist die Verschleimung der Bronchien, weswegen bei Menschen mit Lungenerkrankungen Vorsicht geboten ist. Es hat eine kurze Halbwertszeit und lässt sich dadurch in der Alkoholentzugsbehandlung gut steuern, wenn der oder die Betroffene engmaschig überwacht und die Symptomatik zum Beispiel mit einem Scoresystem systematisch monitort wird. Eine weitverbreitete Alternative im Alkoholentzug sind Benzodiazepine, die aber keine ausgeprägte Wirkung auf die vegetative Symptomatik eines Alkoholentzugs (Blutdruck- und Pulserhöhung) haben. Clomethiazol hat ein starkes Abhängigkeitspotenzial, weshalb es ausschließlich während einer Krankenhausbehandlung angewendet und rechtzeitig vor der Entlassung abgesetzt werden sollte. Leider ist die ambulante Verordnung in Deutschland immer noch möglich. Diese führt häufig dazu, dass die Betroffenen weiterhin Alkohol konsumieren und zusätzlich eine Clomethiazol-Abhängigkeit entwickeln. Insgesamt spielt die Clomethiazol-Abhängigkeit aber eine untergeordnete Rolle; genaue Zahlen liegen nicht vor.

*GHB* (Gamma-Hydroxybuttersäure oder 4-Hydroxybutansäure) wird illegal als Partydroge verwendet, unter anderem unter dem Namen Liquid Ecstasy (obwohl es keine Verwandtschaft zu MDMA/Ecstasy hat). Es ist in Deutschland aber auch als Pharmakon verfügbar, so als Lösung zum Einnehmen zur Behandlung der seltenen Erkrankung Narkolepsie (BtM-Rezeptpflicht). Daneben ist es in Ampullen zur Injektion für Narkosen verfügbar. In dieser Form unter-

liegt es nur der einfachen Rezeptpflicht, was auch deswegen potenziell problematisch ist, da die Injektionslösung eine starke Wirkung auch dann entfaltet, wenn sie oral eingenommen wird. Als Medikament spielt GHB für Missbrauch und Abhängigkeit allerdings eine geringe Rolle; der weit überwiegende Teil beruht auf illegalen Präparaten. Exakte Zahlen liegen nicht vor.

*Propofol* ist ein GABAerges (GABA-verstärkendes) Narkotikum, das als Suchtmittel spätestens durch den Tod des Popstars Michael Jackson an einer Überdosis bekannt wurde. Es ist in Deutschland als Lösung für Injektionen oder Infusionen verfügbar und unterliegt der Rezept- aber nicht der BtM-Rezeptpflicht. Ambulant wird Propofol aber fast ausschließlich an medizinische Einrichtungen abgegeben. Missbräuchlich oder abhängig wird es am ehesten von Angehörigen medizinischer Berufe verwendet; genauere Zahlen sind nicht verfügbar, sie dürften aber niedrig liegen.

Zahlreiche als Tropfen oder Lösungen angebotene Arzneimittel enthalten *Alkohol*, häufig hochprozentig. Auch Alkohol (Ethanol) hat eine GABA-verstärkende Wirkung. Dies betrifft insbesondere pflanzliche Arzneimittel. Die den pflanzlichen Inhaltsstoffen zugeschriebenen Wirkungen sind zu einem großen Teil tatsächlich Alkoholeffekte. So wird das bekannte Präparat Klosterfrau Melisengeist® dahingehend beworben, dass die enthaltenen 13 Heilpflanzen „natürlich“ gegen innere Unruhe, Schlafstörungen und Nervosität wirken würden (Klosterfrau Healthcare Group 2026). Mit 79 % (v/v) besteht das Präparat aber hauptsächlich aus Alkohol (zum Vergleich: Bier circa 5 %, Wein circa 12 %, starker Schnaps circa 40 %). Von diesen „Arzneimitteln“ geht eine besondere Abhängigkeitsgefahr aus, da die Einnahme medizinisch verbrämt und durch die Bezeichnung als „natürlich“ verharmlost wird. Sie sind nicht rezept- und noch nicht einmal apothekenpflichtig. Zahlen über das Ausmaß der Abhängigkeit von alkoholhaltigen Arzneimitteln liegen nicht vor.

## Stimulanzen (Amphetamine)

Amphetamine („Speed“) spielen eine große Rolle als illegale Drogen (s. entsprechender Beitrag in diesem Buch), sind aber auch als Medikamente zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und der seltenen Narkolepsie verfügbar. Während sie bei ADHS zu einer Förderung von Konzentration und einem Rückgang von Hyperaktivität führen, haben sie außerhalb dieser Anwendung einen stimulierenden Effekt mit einer Steigerung von Antrieb, Aktivität, Motorik, Durchhaltevermögen und Stimmung. Auch Blutdruck und Puls können steigen. Sie wirken über eine verstärkte Freisetzung des Neurotransmitters Dopamin.

Zur Behandlung von ADHS sind in Deutschland verfügbar Methylphenidat (z. B. Ritalin®, Methylphenidat-Verordnungen 2023: 72,8 Mio. DDD zulasten der GKV), Lisdexamfetamin (30,3 Mio. DDD) und Dexamfetamin (1,2 Mio. DDD). Alle Präparate unterliegen der BtM-Rezeptpflicht. Sie weisen einen starken Verordnungsanstieg auf mit +14,4 %, +31,2 % bzw. +13,5 % im Vergleich zum Vorjahr 2022 (Seifert et al., 2025). Allein die Verordnung von Methylphenidat nahm von 3,9 Mio. DDD im Jahr 1997 über 39,3 Mio. DDD im Jahr 2006 auf die genannten 72,8 Mio. DDD 2023 zu (Lohse et al., 2008). Während als illegale Droge eingenommene Amphetaminpräparate ein sehr hohes Abhängigkeitspotenzial haben, führt eine lege artis durchgeführte ADHS-Behandlung selten zu einer Amphetaminabhängigkeit. Dennoch ist in der ADHS-Behandlung erhöhte Aufmerksamkeit hinsichtlich der möglichen Entwicklung von Missbrauch oder Abhängigkeit angezeigt, verstärkt beim häufigen Fall einer Komorbidität von ADHS und Substanzabhängigkeit.

## Pregabalin

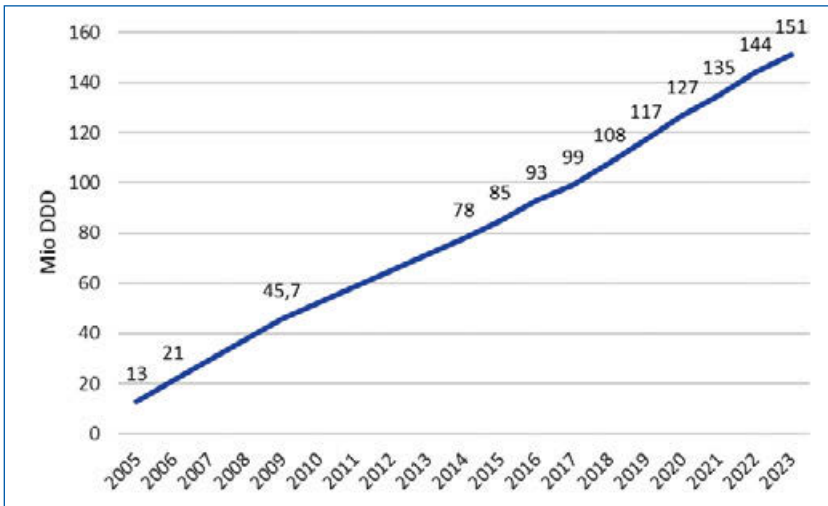
Das ursprünglich als Antiepileptikum (Zusatztherapie bei fokalen epileptischen Anfällen) entwickelte Pharmakon erhielt nachfolgend auch die Zulassung für die Behandlung neuropathischer Schmerzen und von generalisierter Angsterkrankungen. Es ist das am häufigsten verschriebene Medikament aus der Gruppe der Antiepileptika, dabei überwiegen mit fast 90 % aber die Verordnungen zur Behandlung neuropathischer Schmerzen (Brandt, Seifert, 2025). Es ist zwar ein Abkömmling des Neurotransmitters GABA, wirkt aber nicht an GABA-Rezeptoren, sondern an Calciumkanälen.

Seit der Zulassung in Deutschland 2004 steigen die Verordnungszahlen stark (s. Abb. 3), was einen kritischen Blick auf das Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin nahelegt.

Inzwischen kann ein Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin als gesichert angesehen werden. Es ist aber deutlich geringer als bei anderen Medikamenten mit einem derartigen Potenzial, etwa Benzodiazepinen oder Opioiden (Bonnet, Scherbaum, 2017). Ein Risiko besteht insbesondere bei Menschen mit Substanzabhängigkeit in der Vorgeschichte oder bei der Verwendung sehr hoher Dosierungen, wobei beide Risiken häufig zusammentreffen, da Personen mit Suchterkrankungen dazu neigen können, die Wirkung überhöhter Dosierungen auszuprobieren (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 2011).

Die Analyse von Krankenkassendaten (AOK) ergab bei 2 % der Pregabalin-Verordnungen ein potenziell missbräuchliches Muster mit Tagesdosierungen

**Abb. 3:** Verordnungen von Pregabalin zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Zeitverlauf in Millionen standardisierter Tagesdosierungen (DDD)



Quelle: Brandt, Seifert, 2025

oberhalb der empfohlenen Grenze von 600 mg. Bei 42 % der Patientinnen und Patienten mit solchen überhöhten Dosierungen gab es in der Anamnese eine Substanzabhängigkeit oder einen Substanzmissbrauch (Flemming, 2022). In einer Querschnittsstudie in einer Abteilung für Entzugsbehandlungen von illegalen Drogen in Baden-Württemberg gaben 56 % der Patientinnen und Patienten an, schon mindestens einmal Pregabalin ausprobiert zu haben. 92 % dieser Gruppe hatten es (auch) auf dem Schwarzmarkt bezogen. Bei 11 % der Befragten diagnostizierten die Untersucher eine Pregabalinabhängigkeit (DSM-IV-Kriterien) (Snellgrove et al., 2017). Abruptes Absetzen kann zu Entzugssymptomatik mit Unruhe, Schlaflosigkeit und in Einzelfällen epileptischen Krampfanfällen führen.

Bei Personen mit Suchterkrankungen in der Vorgeschichte sollte auf die Verordnung von Pregabalin verzichtet werden, zumal es für alle Pregabalinindikationen alternative Medikamente ohne Abhängigkeitspotenzial gibt. Bei Menschen ohne Abhängigkeitserkrankungen ist in der Regel eine Pregabalinbehandlung ohne Suchtentwicklung möglich; allerdings sollte aufmerken lassen, wenn (eingeforderte) Dosierungen kontinuierlich steigen, Rezepte von verschiedenen Ärztinnen oder Ärzten besorgt werden oder wiederholt die Neuausstellung eines Rezeptes aufgrund angeblichen Verlusts des alten Rezeptes erbeten wird.

## Ketamin/Esketamin

Ketamin wurde bereits 1962 erstmals synthetisiert und als Narkotikum, zum Beispiel für Operationen, eingeführt. Es ist ein Antagonist (Blocker) der NMDA-Rezeptoren des Neurotransmitters Glutamat. Es erzeugt eine besondere Form der Narkose, eine sogenannte dissoziative Anästhesie, bei der kein komaartiger Tiefschlaf erreicht wird, sondern vor allem eine starke Veränderung des sogenannten qualitativen Bewusstseins. In einer Ketamin-Narkose schlafen die Patientinnen oder Patienten zwar, befinden sich aber vor allem in einer Art ausgeprägtem Tagtraum mit zum Teil sehr lebhaften Erlebnissen. Diese sogenannten dissoziativen Eigenschaften werden von einigen Menschen offensichtlich als angenehm oder anregend erlebt, weshalb Ketamin in der Partyszene unter Szenenamen wie „K“, „Kate“, „Kitty“ oder „Vitamin K“ auch als Droge verwendet wird. Ketamin erzeugt zwar kaum körperliche Abhängigkeit oder körperliche Entzugssymptomatik, kann aber eine Abhängigkeit verursachen, die sich durch starkes Verlangen (Craving) nach Ketamin (Wang et al., 2021), eskalierende Dosierungen, fortgesetzten Konsum trotz schädlicher Konsequenzen und psychischen Entzugssymptomen wie Dysphorie, Angst, Schlafstörungen und Anhedonie äußern kann.

Nachdem beobachtet wurde, dass Ketamindosierungen, die geringer sind, als sie typischerweise für eine Narkose benötigt werden, einen akuten antidepressiven Effekt haben können, kam 2020 das sogenannte S-Enantiomer von Ketamin, Esketamin, in Deutschland auf den Markt. Chemisch und pharmakologisch ist es Ketamin sehr ähnlich. Es ist zur Behandlung von Depressionen, die zuvor auf zwei andere pharmakologische Behandlungsversuche nicht angesprochen hatten, sowie zur Behandlung von Depressionen, die einem „psychiatrischen Notfall“ entsprechen, zugelassen, jeweils in Kombination mit einem Antidepressivum. Ein Anwendungsvorteil ist, dass Esketamin zur Depressionsbehandlung als Nasenspray zur Verfügung steht und nicht wie Ketamin intravenös gegeben werden muss. Auch durch die intranasale Gabe kann das Problem einer unzuverlässigen Wirkung bei oraler Einnahme umgangen werden. Zwischen dem mit über 4.000 € pro Monat sehr teurem Esketamin und dem maximal einen zweistelligen Eurobetrag pro Monat kostenden Ketamin besteht ein großer Preisunterschied.

Aufgrund der unkomplizierteren Anwendung des Nasensprays bestand bereits vor der Markteinführung die Sorge einer möglichen Ausbreitung von Esketamin-Missbrauch. Aus diesem Grund wurde Esketamin nur unter der Auflage zugelassen, dass die zweimal in der Woche (im späteren Behandlungsverlauf seltener) erforderlichen Anwendungen als Nasenspray ausschließlich unter medizinischer Aufsicht stattfinden dürfen und die Behandelten das Na-

senspray nicht zu Hause haben oder mit sich führen dürfen. Hierdurch relativierte sich der Vorteil der einfacheren Anwendung.

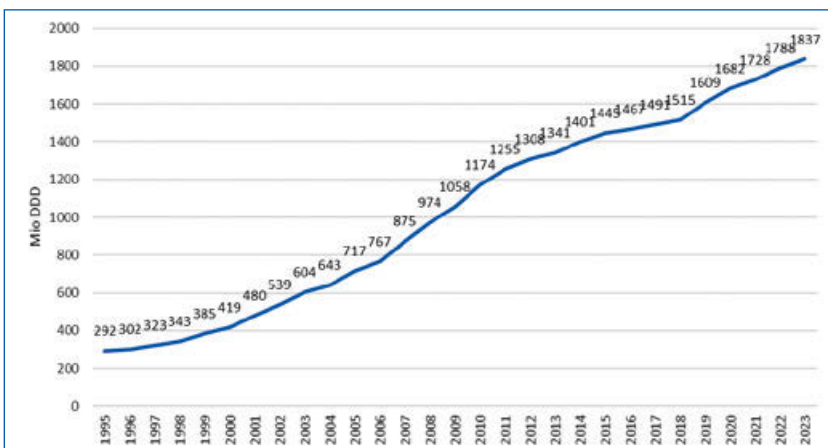
Bislang wurde seit der Einführung von Esketamin-Nasenspray keine starke Zunahme von Fällen von Es-/Ketaminmissbrauch oder -abhängigkeit beobachtet. Missbrauch oder Abhängigkeit von Ketamin entstehen zumeist über die Drogenszene und nicht infolge einer medizinischen Behandlung. Da die Zahl der mit Esketamin-Nasenspray behandelten Patientinnen und Patienten aber noch gering ist, gilt es, die weitere Entwicklung aufmerksam zu beobachten und die Sicherheitsauflagen einzuhalten. Suchterkrankungen in der Vorgeschichte werden nicht explizit als absolute Kontraindikationen für Esketamin genannt, jedoch sollte bei einer derartigen Anamnese besondere Vorsicht walten.

## Antidepressiva

Die Verordnung von Antidepressiva steigt seit Jahrzehnten stark an. Die verordneten standardisierten Tagesdosierungen (DDD) haben sich in den letzten 30 Jahren mehr als versechsfacht (Seifert et al., 2025) (Abb. 4).

Die Gründe für den Verordnungsanstieg lassen sich aus den Verordnungszahlen nicht direkt ableiten. Mehrere Ursachen kommen in Betracht, hierunter Entstigmatisierung und besseres Erkennen von Depressionserkrankungen,

**Abb. 4:** Verordnungen von Antidepressiva zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Zeitverlauf in Millionen standardisierter Tagesdosierungen (DDD)



Quelle: Seifert et al., 2025

Indikationsausweitung – etwa auf Angsterkrankungen und Zwangserkrankungen – oder Abbau irrationaler Vorbehalte gegenüber Antidepressiva. Da die Antidepressiva-Verordnungen trotz des enorm hohen Niveaus von 1,8 Milliarden DDD pro Jahr kontinuierlich weiter steigen, ist zu vermuten, dass der Anstieg auch mit Schwierigkeiten, Antidepressiva wieder abzusetzen, in Verbindung steht.

Antidepressiva können nach mehrwöchiger Einnahme Entzugssymptome verursachen, die sich ausgesprochen vielfältig äußern, etwa durch unspezifische körperliche Symptome wie Schwindelgefühle, Übelkeit, Kopfschmerzen oder grippeähnliche Erscheinungen oder durch psychische Symptome wie innere Unruhe, Stimmungsschwankungen oder Schlafstörungen (Bschor et al., 2022). Ursache ist die Gegenregulation des Körpers nach längerer Einnahme, insbesondere gegen die pharmakologisch bedingte verstärkte Serotonin-Neurotransmission. Die Gegenregulation besteht beim Absetzen zunächst fort, während der medikamentöse Effekt wegfällt (Bschor, 2018). Eine aktuelle große Metaanalyse kam zu dem Ergebnis, dass circa 31 % der Menschen, die nach längerer Einnahme ein Antidepressivum absetzen, mindestens ein Entzugssymptom entwickeln (allerdings auch 17 %, die Placebo absetzen) (Henssler et al., 2024).

Die Debatte um Antidepressiva-Entzugssymptomatik befeuert eine Diskussion um die Frage, ob Antidepressiva abhängig machen. Befürwortende dieser Position argumentieren, dass die Entzugssymptomatik von Antidepressiva derjenigen von anderen Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial, etwa Benzodiazepinen, ähnele und dass das bei Antidepressiva typischerweise nicht auftretende Craving kein zwingendes Merkmal einer Abhängigkeit sein muss (Horowitz et al., 2023). Während Abhängigkeit und Sucht zumeist synonym verwendet werden, plädieren die Befürwortenden für eine Unterscheidung dahingehend, dass nur bei Sucht auch das starke Verlangen nach der Einnahme der Suchtsubstanz vorliege. Die Gegenseite dieser Position wiederum wendet sich gegen die Verwendung des Begriffs „Entzugssymptome“ und plädiert für „Absetzsymptome“, da der erste Begriff nur bei Suchtstoffen verwendet werden dürfe.

Am methodisch saubersten lässt sich die Frage, ob Antidepressiva abhängig machen, beantworten, indem die auch für die anderen stofflichen Süchte geltenden Abhängigkeitskriterien angewendet werden. Eingangs dieses Beitrags wurden die sechs Abhängigkeitskriterien der ICD-10 dargestellt. Bezogen auf Antidepressiva ergibt sich: Antidepressiva verursachen (1) kein starkes Verlangen oder einen unwiderstehlichen Drang, die Medikamente einzunehmen. Sie können Schwierigkeiten machen, die Einnahme wieder zu beenden, da die erwähnten Entzugssymptome für einen Teil der Betroffenen so unan-

genehm sind, dass sie die Medikation fortsetzen, obwohl sie sie eigentlich beenden wollen. Dies kann eventuell als eine Art (2) Kontrollverlust bezeichnet werden. Wie bereits ausgeführt, ist die Möglichkeit von (3) Entzugssymptomen bei Antidepressiva eindeutig zu bejahen. Zu einer (4) Toleranzentwicklung in dem Sinne, dass die Wirkung bei längerer Behandlung nachlässt und die Dosis kontinuierlich erhöht werden muss, kommt es bei Antidepressiva typischerweise nicht. Es kommt auch nicht zu einer (5) Einengung der Interessen und des Verhaltens auf die Medikamenteneinnahme und einer fortschreitenden Vernachlässigung anderer Interessen oder Pflichten, und auch nicht zu einem (6) fortgesetztem Konsum, wenn für die Betroffenen negative Folgen der Medikamenteneinnahme überwiegen. Damit sind nur ein bis zwei der Abhängigkeitskriterien zu bejahen aber nicht mindestens drei, wie es die ICD-10 für die Diagnose einer Substanzabhängigkeit fordert. Zusammengefasst kann also festgehalten werden, dass Antidepressiva Entzugssymptome verursachen können, die erheblich belastend sein können, die dazu führen können, dass die Einnahme fortgesetzt wird, obwohl keine Indikation mehr besteht, und die vermutlich für den kontinuierlichen Verordnungsanstieg mitverantwortlich sind, dass Antidepressiva aber keine Abhängigkeit hervorrufen, wie es zum Beispiel Benzodiazepine oder Opiate tun.

## Medikamente ohne psychotrope Wirkungen

Zu den am häufigsten in Apotheken verkauften Medikamenten gehören *abschwellende Nasentropfen oder Nasensprays*, die nicht rezeptpflichtig sind und zum überwiegenden Teil ohne Verordnung abgegeben werden. Sie enthalten zumeist die Wirkstoffe Xylometazolin oder Oxymetazolin, die antagonistisch auf Alpha-Adrenorezeptoren ( $\alpha$ -Sympathomimetika) und dadurch an der Nasenschleimhaut gefäßverengend wirken. Sie sollten für maximal sieben Tage am Stück angewendet werden, da es ansonsten zu einem gegenregulatorischen Anschwellen der Nasenschleimhaut mit dem Gefühl einer verstopften Nase kommt, weshalb die Anwendungsabstände verkürzt und die Dosis erhöht werden. Die chronische Schwellung der Nasenschleimhaut aufgrund andauernden Gebrauchs abschwellender Nasentropfen wird als Rhinitis medicamentosa bezeichnet und kann zu Erstickungsängsten führen. Diese führen zum fortgesetzten Gebrauch der Nasentropfen, sodass in einem weiter gefassten Verständnis von einer Abhängigkeit gesprochen werden kann, obwohl psychische Effekte (Erstickungsängste) nur indirekt auftreten. Die chronische Anwendung der Nasentropfen schädigt die Nase durch Schleimhautatrophie und -risse, Borkenbildung und Nasenbluten und führt zu einer erhöhten An-

fälligkeit für Atemwegsinfektionen und dem Risiko einer Besiedlung mit dem Erreger *Klebsiella ozaenae*, was zu einer sehr unangenehmen Geruchsbildung führt („Stinknase“).

Behandlungsmaßnahme der Wahl ist die konsequente Entwöhnung der Nase vom abschwellenden Pharmakon. Hierzu kann erst ein Nasenloch entwöhnt werden, und die Dosisreduktion sollte schrittweise erfolgen. Für niedrige Dosierungen kann auf Nasentropfen für Kinder oder Säuglinge zurückgegriffen werden. Die Nasenschleimhaut sollte durch Meerwassersprays oder Dexpanthenol-Nasensalbe gepflegt werden.

Ähnliche paradoxe Effekte entstehen bei der Langzeitanwendung abführender Medikamente (*Laxanzien*). Die Gegenregulation des Darms verstärkt bei Daueranwendung die Obstipation (Verstopfung), was in der Folge eine noch häufigere und höher dosierte Laxanzienanwendung zur Folge haben kann.

*Loperamid* ist das führende Medikament zur symptomatischen Behandlung von Durchfall und wurde 2023 mit 4,8 Mio. DDD, einem Zuwachs um 6,6 % gegenüber dem Vorjahr, verordnet. Da es nicht rezeptpflichtig ist, kommen ohne Verschreibung abgegebene Packungen hinzu. Missbrauch von Loperamid ist seit längerem beschrieben. Dieser ist zum Teil wahrscheinlich ebenfalls durch Gegenregulation des Darms mit paradoxen Effekten bei längerfristiger Anwendung zu erklären. Vermutlich kann Loperamid aber in höheren Dosierungen auch direkte psychische Wirkungen entfalten, da es ein synthetisches Opioid ist. Es bindet an die auch im Darm vorkommenden Opioidrezeptoren was, wie es auch als Nebenwirkung von anderen Opioiden bekannt ist, zur beabsichtigten Obstipation führt. In üblichen therapeutischen Dosierungen erreicht es aber kaum das Gehirn, weshalb psychische Effekte in der Regel nicht bemerkbar sind. Es sind aber Fälle beschrieben, in denen sich opiatabhängige Menschen Loperamid in deutlich überhöhter Dosierung auf dem Schwarzmarkt besorgt haben (Daniulaityte et al., 2013). In hohen Dosierungen besteht ein relevantes Risiko für lebensbedrohliche Herzarrhythmien. Die Selbstanwendung von Loperamid sollte 48 Stunden nicht überschreiten.

## **Regeln zur Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial**

Medikamente mit starkem Abhängigkeitspotenzial, zum Beispiel Benzodiazepine, Z-Substanzen und Opioide, werden – wie dargelegt – umfangreich verordnet und sind in vielen Indikationen auch unentbehrlich. Umso wichtiger ist es, bestimmte Grundsätze bei der Behandlung zu beachten, um das

Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung zu reduzieren. Zu diesen Grundsätzen gehören:

1. Die Medikamentenverschreibung muss immer Teil eines Gesamtbehandlungsplans sein, nicht eine isolierte Maßnahme. So wäre es zum Beispiel ein Fehler, in der Behandlung von Schlafstörungen, innerer Unruhe und Ängsten oder Schmerzen Entspannungsverfahren, psychotherapeutische oder physiotherapeutische Strategien zu vernachlässigen.
2. Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial dürfen nur in sehr gut begründeten seltenen Ausnahmesituationen an Patientinnen oder Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Anamnese verordnet werden. Eine Suchtanamnese ist daher vor jeder Erstverordnung sorgfältig zu erheben. Auch eine Nikotinabhängigkeit ist ein Hinweis auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung weiterer Abhängigkeiten. Es sind viele Fälle dokumentiert, in denen zum Beispiel alkoholranke Menschen nach jahre- oder jahrzehntelanger Abstinenz aufgrund einer unbedachten Benzodiazepingabe einen Rückfall erlitten – entweder mit Benzodiazepinen oder mit Alkohol. Das Rückfallrisiko ist nicht nur auf die gleiche oder eine ähnliche Suchtstoffgruppe begrenzt, da alle stofflichen Süchte ähnliche Verhaltens- und Erlebensmuster teilen (Gefahr der Kreuzabhängigkeit).
3. Die Betroffenen sind vor Behandlungsbeginn und bei längerer Verordnung wiederholt über das Abhängigkeitsrisiko aufzuklären. Es empfiehlt sich, diese Aufklärung explizit zu dokumentieren.
4. Patientin/Patient und Ärztin/Arzt sollten vor Medikationsbeginn das Behandlungsziel gemeinsam definieren und nach einer vorher vereinbarten Zeit überprüfen, ob das Ziel erreicht wurde. Besteht die Symptomatik fort, kann dies ein Argument für eine Dosiserhöhung sein. Es sollte aber bedacht werden, dass unzureichende Wirksamkeit einer Medikation auch der Grund für die Beendigung sein kann.
5. Verordnung „nur bei Bedarf“ ist vermutlich nicht abhängigkeitspräventiv, auch wenn sie in der guten Absicht erfolgt, hierdurch die Gesamtdosis gering zu halten. Die Bedarfsverordnung kann ein erster Schritt in süchtige Verhaltensmuster sein, indem die Patientin oder der Patient angeleitet wird, dass eigene aktuelle Befinden zu bewerten und hierauf durch die orale Einnahme einer psychotropen Substanz zu reagieren. Es ist daher durchaus empfehlenswert, Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial eher nach alter Schule zu „verordnen“ und ärztlicherseits exakt festzulegen, zu welchem Zeitpunkt in welcher Dosis und vor allem für welche Dauer das Medikament einzunehmen ist.
6. Außer in Palliativsituationen sollte eine Verordnung für mehr als 14 (maximal 28) Tage vermieden werden.

7. Im ambulanten Setting sollten Rezepte über Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial persönlich von der Ärztin oder dem Arzt ausgehändigt werden. Dennoch sollte das Praxisteam gut eingebunden sein. In der Regel sollte die kleinste Packungsgröße rezeptiert werden.
8. Die verordnete Menge ist genau zu dokumentieren. Bei Folgerezepten muss überprüft werden, ob bei Einhaltung der vereinbarten Dosierung tatsächlich bereits ein Nachfolgerezept erforderlich ist.
9. Die Patientinnen und Patienten sollten angewiesen werden, das Medikament nicht an Dritte weiterzugeben.
10. Skepsis ist angebracht, wenn Patientinnen oder Patienten (wiederholt) neue Rezepte mit der Begründung, das alte verloren zu haben, erbitten.
11. Das Absetzen von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen, die während einer stationären Behandlung begonnen wurden, sollte nicht den ambulant Nachbehandelnden überlassen werden. Ist eine stationäre Beendigung der Medikation in Einzelfällen nicht möglich, sollten die Patientinnen und Patienten sorgfältig über das Erfordernis des ambulanten Absetzens aufgeklärt werden und es sollte persönlicher Kontakt zu den ärztlichen Nachbehandelnden aufgenommen werden.
12. Bei missbräuchlicher oder abhängiger Verwendung von Arzneimitteln oder dem Verdacht hierauf sollte mit den Strategien der motivierenden Gesprächsführung ein Problembewusstsein und eine Veränderungsbereitschaft angestrebt werden. Das differenzierte Suchtbehandlungssystem in Deutschland sollte genutzt werden; Medikamentenabhängigkeit gehört selbstverständlich genauso zu seinen Kompetenzen wie die Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen. Suchtberatungsstellen können eine sinnvolle erste Anlaufstelle sein. Insbesondere bei Benzodiazepinen und Z-Substanzen birgt ein eigenständig (und womöglich abrupt) durch die Patientinnen und Patienten durchgeführter Entzug erhebliche medizinische Risiken, worüber die Betroffenen aufgeklärt werden sollten.
13. Die Seiten [www.medikamente-und-sucht.de](http://www.medikamente-und-sucht.de) der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. sowie [www.stillesucht.org](http://www.stillesucht.org) des Universitätsklinikums Tübingen geben wertvolle Hilfe und Unterstützung für Betroffene und für medizinisches Fachpersonal.

## Literatur

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2011): Abhängigkeitspotential von Pregabalin (Lyrica). Dt. Ärzteblatt, 108(4), A183.

- Benjafield, A. V. et al. (2025): Estimation of the global prevalence and burden of insomnia. A systematic literature review-based analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2025>.
- Bonnet, U.; Scherbaum, N. (2017): How addictive are gabapentin and pregabalin? A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 27(12), 1185–1215.
- Brandt, C.; Seifert, R. (2025): Epilepsien (Anfallssuppressiva). In: Ludwig, W. D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2024*. Berlin: Springer.
- Bschor, T. (2018): *Antidepressiva. Wie man sie richtig anwendet und wer sie nicht nehmen sollte*. München: Südwest-Verlag.
- Bschor, T. et al. (2022): Absetzen von Antidepressiva – Absetzsymptome und Rebound-Effekte. *Übersicht und praktische Empfehlungen. Nervenarzt*, 93(1), 93–101.
- Bundesverband Suchthilfe (bus) (2024): *Auswertung der Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2023*. Kassel. [https://suchthilfe.de/wp-content/uploads/2024/12/2023-basisdokumentation-20241205.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://suchthilfe.de/wp-content/uploads/2024/12/2023-basisdokumentation-20241205.pdf?utm_source=chatgpt.com), Zugriff: 09.02.2026.
- Daniulaityte, R. (2013): “I just wanted to tell you that loperamide WILL WORK”. A web-based study of extra-medical use of loperamide. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3), 241–244. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.11.003>.
- Deutsche Schmerzgesellschaft et al. (2020): *S3-Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS)*. AWMF Registernummer 145-003. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-003>, Zugriff: 09.02.2026.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch–diagnostische Leitlinien*. WHO – World Health Organization. Göttingen: Hogrefe.
- Flemming, R. (2022): Patterns of pregabalin prescribing in four German federal states. Analysis of routine data to investigate potential misuse of pregabalin. *BMJ Open*, 12(7): e060104. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-060104.
- Grimmsmann, T.; Kostev, K.; Himmel, W. (2022): The Role of Private Prescriptions in Benzodiazepine and Z-Drug Use. *Dt. Ärzteblatt International*, 119(21), 380–381.
- Guerlais, M. et al. (2015): Dependence on prescription benzodiazepines and Z-drugs among young to middle-aged patients in France. *Substance Abuse and Misuse*, 50(3), 320–327. DOI: 10.3109/10826084.2014.980952.
- Hensler, J. et al. (2024): Incidence of antidepressant discontinuation symptoms. A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 11(7), 526–535.
- Horowitz, M. A. et al. (2023): Estimating Risk of Antidepressant Withdrawal from a Review of Published Data. *CNS Drugs*, 37(2), 143–157.

- Jones, C. M. P. et al. (2023): Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial). A randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 402(10398), 304–312.
- Klosterfrau Healthcare Group (2026): Klosterfrau Melissengeist. <https://www.klosterfrau.de/die-produkte/klosterfrau-melissengeist.html>, Zugriff: 09.02.2026.
- Krause, A.; Seifert, R. (2025): Schlafstörungen. In: Ludwig, W. D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2024*. Berlin: Springer. 585–596.
- Lohse, J. M.; Lorenzen, A.; Müller-Oerlinghausen, B. (2004): Psychopharmaka. In: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2003*. Berlin: Springer. 704–749.
- Lohse, J. M.; Lorenzen, A.; Müller-Oerlinghausen, B. (2008): Psychopharmaka. In: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2007*. Berlin: Springer. 775–819.
- Lohse, J. M.; Müller-Oerlinghausen, B. (2008): Hypnotika und Sedativa. In: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2007*. Berlin: Springer. 599–612.
- Lohse, J. M.; Müller-Oerlinghausen, B. (2004): Hypnotika und Sedativa. In: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2003*. Berlin: Springer. 513–528.
- Ludwig, W. D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (Hrsg.) (2025): *Arzneiverordnungs-Report 2024*. Berlin: Springer.
- Maas, R.; Böger, R. (2025): Symptomatische Behandlung von Schmerz, Fieber und Entzündung. In: Ludwig, W.D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (Hrsg.) (2025): *Arzneiverordnungs-Report 2024*. Berlin: Springer. 417–443.
- Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2024. *Dt. Ärzteblatt International*, 122, 625–631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.
- Penninkilampi, R.; Eslick, G.D. (2018): A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Dementia Associated with Benzodiazepine Use, After Controlling for Protopathic Bias. *CNS Drugs*, 32(6), 485–497.
- Schwarzkopf, L.; Dauber, H.; Riemerschmid, C. (2025): *Deutsche Suchthilfestatistik – 2024. Jahresbericht*. München: IFT Institut für Therapieforchung. [https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user\\_upload\\_dshs/05\\_publicationen/jahresberichte/DSHS\\_Jahresbericht\\_2024.pdf](https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2024.pdf), Zugriff: 09.02.2026.
- Seifert, J.; Bleich, S.; Seifert, R. (2025): Depression, Angststörungen, bipolare Störung, Schizophrenie, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. In: Ludwig, W. D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (Hrsg.) (2025): *Arzneiverordnungs-Report 2024*. Berlin: Springer. 485–535.

- Simon, R. et al. (2026): Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.
- Snellgrove, B. J.; Steinert, T.; Jaeger, S. (2017): Pregabalin Use Among Users of Illicit Drugs: A Cross-Sectional Survey in Southern Germany. *CNS Drugs*, 31(10): 891–898.
- Streltzer, J.; Linden, M. (2008): Erhöhte Schmerzempfindlichkeit unter Dauerbehandlung mit Opiaten. *Nervenarzt*, 79(5), 607–611.
- Verthein, U.; Martens, M.S.; Buth, S. (2020): Ergebnisbericht. ProMeKa – Ausmaß und Trends der problematischen Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Opioid-Analgetika und Antidepressiva bei Kassenpatienten. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS).
- Wang, P. W. et al. (2021): Craving for Ketamine and Its Relationship With Clinical Outcome Indicators in Males With Ketamine Use Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12. 476205. DOI: 10.3389/fpsy.2021.476205.

