



Hintergrundinformationen zum Thema Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit.

Fachtagung Sozialpharmazie, 04. - 05.09.2012
in Düsseldorf

**Hintergrundinformationen zum
Thema Arzneimittelmisbrauch und
Arzneimittelabhängigkeit.**

Fachtagung Sozialpharmazie,
04. - 05.09.2012 in Düsseldorf

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Von-Stauffenberg-Straße 36
48151 Münster
Telefon 0251 7793-0
Telefax 0251 7793 4250
www.lzg.gc.nrw.de
poststelle@lzg.gc.nrw.de

Redaktion

Cordula Billmann, LZG.NRW
Dr. Andrea Wiegard, LZG.NRW
Dr. Udo Puteanus, LZG.NRW

Layout und Verlag

LZG.NRW

Bildnachweis

Titelbild: © Thomas Max Müller_pixelio.de
Foto: © Luftbild Hans Blossey

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes
Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich
des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise,
nur unter Quellenangabe gestattet.

Münster 2013

ISBN 978-3-88139-195-5

Inhalt

1. Allgemeines	7
1.1 Hintergrund	7
1.2 Definitionen	7
2. Kritische Arzneimittelgruppen	9
2.1 Benzodiazepine	9
2.2 Opioid-Analgetika	10
2.3 Nicht-opioide Analgetika (NSAR)	10
2.4 Lokal anzuwendende α -Sympathomimetika (Nasentropfen/-sprays)	10
2.5 Anabolika	11
2.6 Laxanzien	11
2.7 "Hirndoping"-Arzneimittel	11
2.8 Antihistaminika	12
2.9 Dextromethorphan und Loperamid	12
3. Betroffene Personengruppen	13
3.1 Frauen	13
3.2 Jüngere Männer, Sportler	13
3.3 Bereits abhängige Personen	13
4. Was kann die Apotheke tun?	14
4.1 Wie kann kritischer Arzneimittelkonsum erkannt werden?	14
4.1.1 Benzodiazepine	14
4.1.2 Anabolika und andere missbräuchlich verwendete Arzneimittel	14
4.2 Rechtliche Grundlagen	14
4.3 Kommunikation	15
4.3.1 Motivierende Gesprächsführung	15
5. Was fördert Arzneimittel-Missbrauch?	16
6. Informationsmaterial, Leitfäden, Hilfestellungen	16
6.1 Hilfen für Fachkräfte (Apothekerinnen/Apotheker und Ärztinnen/Ärzte)	16
6.2 Informationsmaterial für Patientinnen und Patienten	17
7. Bereits durchgeführte Projekte und Studien	17
7.1 Münster: „Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch?“	17
7.2 Landeskonzzept gegen Sucht	17
7.3 Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik	18
7.4 Projekt PHAR-MON	19
7.5 KOLIBRI-Studie	19

7.6	Modellprojekt: Ambulanter Entzug von Benzodiazepin-abhängigen Patienten in Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker (Ernst Pallenbach, gefördert durch das BMG)	19
7.7	Studie aus Finnland: „One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons“ (Einmalige Beratung verringert den Gebrauch von Benzodiazepinen und verwandter Substanzen bei selbstständig lebenden älteren Personen).....	20
7.8	Studie: Der Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ im ärztlichen Arbeitsalltag.....	20
8.	Selbsthilfe	21
9.	Stationäre Entzugstherapie	21
10.	Fazit	21
11.	Fachtagung Sozialpharmazie, 4. und 5. September 2012 in Düsseldorf: Arzneimittelmissbrauch, Arzneimittelabhängigkeit	22
12.	Literaturverzeichnis	24

1. Allgemeines

1.1 Hintergrund

Schätzungsweise 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen sind in Deutschland arzneimittelabhängig. Davon sind die meisten abhängig von Benzodiazepinen [1]. Die Gruppe der Betroffenen wäre damit ähnlich groß wie die der Alkoholabhängigen [2]. Im Vergleich dazu gibt es bisher wenige Programme, die speziell auf diese Gruppe zugeschnitten sind.

Der Umgang mit Medikamenten wird schon in der Kindheit gelernt. Wird in der Familie kein angemessener Umgang mit Befindlichkeitsstörungen gepflegt, erhöht das die Gefahr, schon früh und regelmäßig Medikamente einzunehmen. Studien belegen wiederum, „dass eine frühe und regelmäßige Medikamenteneinnahme die Neigung zur Einnahme suchtfördernder Mittel generell erhöht“ [3].

1.2 Definitionen

Zunächst müssen die Formen der missbräuchlichen Verwendung von Fertigarzneimitteln unterschieden werden:

- ▶ Der nicht-bestimmungsgemäße Gebrauch,
- ▶ Der schädliche Gebrauch (ICD 10) beziehungsweise Missbrauch (DSM-IV) und
- ▶ Die Abhängigkeit.

Der nicht-bestimmungsgemäße Gebrauch wird von den Konsumentinnen und Konsumenten als hedonistischer Konsum („Spaßkonsum“) betrieben, ohne dass Hinweise auf einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit bestehen. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass auch bei einem hedonistischen Konsum bereits unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) auftreten können.

Der schädliche Gebrauch wird in der internationalen Klassifizierung ICD-10 definiert durch seine Auswirkungen auf die somatische und/oder psychische Gesundheit.

Diagnostische Leitlinien:

Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit der Konsumentinnen und Konsumenten.

Schädliches Gesundheitsverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen. Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz ist kein Beweis für den schädlichen Gebrauch, ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen. Eine akute Intoxikation (siehe F 10.1) oder ein „Kater“ (hangover) beweisen allein noch nicht den „Gesundheitsschaden“ [4].

In der Vorabversion des ICD 2013 heißt es unter F10.1: „Schädlicher Gebrauch: Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z. B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum. Missbrauch psychotroper Substanzen“ [5].

Das DSM-IV gibt dagegen für den Substanzmissbrauch, also differierend zum sogenannten schädlichen Gebrauch, konkrete Kriterien an, die zur Diagnostik erfüllt sein müssen:

„A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben zwölf-Monats-Zeitraums manifestiert:

- (1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z. B. wiederholtes Fernbleiben von der

Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch, Schulschwächen, Einstellung des Schulbesuchs oder Ausschluss von der Schule in Zusammenhang mit Substanzgebrauch, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).

(2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluss).

(3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch (z. B. Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch).

(4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanzen verursacht oder verstärkt werden (z. B. Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).

B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt“ [6].

Die WHO gibt in der ICD 10 eine funktional-deskriptive Definition des Abhängigkeitssyndroms: „Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, diese Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren (...) [7].

Diagnostische Leitlinien:

Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.

1. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
2. Ein körperliches Entzugssyndrom ... bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
3. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (...).
4. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
5. Anhaltender Substanzgebrauch trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums, oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen wurde ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben (...) [8].

Der Abhängigkeit geht in der Regel ein Missbrauch voraus, wohingegen ein Missbrauch nicht zwangsläufig in einer Abhängigkeit mündet.

In der Art der Intervention und Hilfe müssen beide Gruppen unterschieden werden. Trotzdem bedürfen alle Betroffenen einer angemessenen Unterstützung und Beratung, um ihr Verhalten ändern zu können.

Substanzgruppen mit Abhängigkeitspotenzial, z. B.

- ▶ Stark wirksame Schmerzmittel (Opioid-Analgetika),
- ▶ Dämpfende Mittel und Schlafmittel (Sedativa, Hypnotika),
- ▶ Entspannungs- und Beruhigungsmittel (Tranquilizer),
- ▶ Aufputzmittel (Stimulanzien, zentral erregende Mittel), z. B. Appetitzügler (Anorektika).

Substanzgruppen ohne Abhängigkeitspotenzial, aber missbräuchlich verwendet:

- ▶ Abführmittel (Laxanzien),
- ▶ Hormone (z. B. Schilddrüsen-, Wachstumshormone),
- ▶ Diuretika [9],
- ▶ Antibiotika.

Mit unklarem Abhängigkeitspotenzial:

- ▶ Fertigarzneimittel, die als UAW ein halluzinatorisches Erleben aufweisen, z. B. Ketamin.

2. Kritische Arzneimittelgruppen

2.1 Benzodiazepine

Besonders häufig sind ältere Frauen von einer Benzodiazepin-Abhängigkeit betroffen.

Es wird zwischen Niedrig- und Hochdosisabhängigkeit unterschieden. Die Hochdosisabhängigkeit ist selten, sie kommt vor allem bei Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und innerhalb der Drogenszene vor. Sie ist gekennzeichnet durch starke Dosissteigerungen, Persönlichkeitsveränderungen und extreme Absetzsymptomatik [10].

Die Niedrigdosisabhängigkeit ist die häufigere Form. Sie zeichnet sich durch die tägliche Einnahme einer geringen, im therapeutischen Bereich liegenden Dosis über einen langen Zeitraum aus. Es kommt in der Regel nicht zu Dosissteigerungen. Trotzdem führt auch hier ein Absetzen zu Entzugssymptomen, die Ähnlichkeiten mit den Symptomen haben, derentwegen ursprünglich das Medikament verordnet wurde. In der Regel ahnen die Patientinnen und Patienten nichts von ihrer Abhängigkeit, sie sind unauffällig und halten ihre Medikation für richtig. Wenn Benzodiazepine abgesetzt werden, können aber häufig Symptome wie Schlaflosigkeit oder Ängste verstärkt wieder auftreten („Rebound-Effekt“). Die Folge ist der erneute Wunsch, ein Benzodiazepin einzunehmen, was meist nicht für problematisch gehalten wird – schließlich wird das Mittel von der Ärztin oder vom Arzt verschrieben. In einigen Fällen wird das Benzodiazepin nach Schicksalsschlägen und Konfliktsituationen erstmalig als Schlafmittel verschrieben. Unter Umständen drängen die Patientinnen und Patienten ihren Arzt oder ihre Ärztin, das Mittel weiter zu verschreiben, auch wenn die eigentliche Indikation nicht mehr vorhanden ist [10]. Trotz Schlafmittel schlafen aber viele Patientinnen und Patienten schlecht, weil die Wirkung über die Jahre nachlässt.

Die Gefahr, die von Benzodiazepinen ausgeht, besonders für ältere Patientinnen und Patienten, besteht in der Sedierung und der Muskelrelaxation. Beides kann zu einem erhöhten Sturzrisiko führen. Viele Knochenbrüche haben ihre Ursache in einer unnötigen Benzodiazepin-Verordnung, ohne dass dies je bekannt wird. Ältere Patientinnen und Patienten metabolisieren zudem verzögert, sodass der Wirkstoff kumuliert und zu hohe Serumspiegel erreicht werden. Auch besteht die Gefahr, die Symptome der Benzodiazepin-Einnahme als Demenz fehlzudeuten.

Inzwischen ist darüber hinaus klar, dass nicht nur die „klassischen“ Benzodiazepine, sondern ebenso die „Z-Analoga“ Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon ein Abhängigkeitspotenzial aufweisen [11].

Benzodiazepin-Abhängige werden in aller Regel nicht von etablierten Suchthilfeeinrichtungen erreicht. Ihnen ist zudem meist nicht bewusst, dass sie Abhängigkeitsproblem haben, sodass sie nur selten von sich aus Beratungsstellen aufsuchen. Deshalb ist es notwendig, dass solche Menschen im Rahmen der Regelversorgung, also möglichst niedrigschwellig, angesprochen werden [10].

2.2 Opioid-Analgetika

Bei einer kontrollierten und leitliniengerechten Schmerztherapie ist das Missbrauchspotenzial gering. In der Behandlung von starken Schmerzen kommt es auch fast nie zur Abhängigkeit.

Bei Personen ohne Schmerzen besteht hingegen Abhängigkeitspotenzial.

2.3 Nicht-opioide Analgetika (NSAR)

Verbreitet ist die missbräuchliche Einnahme in großen Mengen häufig bei Freizeit- und Spitzensportlerinnen und -sportlern. Problematisch am Gebrauch der NSAR zur Vorbeugung von sportbedingten Schmerzen sind unter anderem die Nebenwirkungen aufgrund der Hemmung der Prostaglandinproduktion. Dadurch entfällt deren schützende Wirkung auf die Niere. Zusätzlich kommt es durch die sportliche Betätigung zum Wasser- und Elektrolytverlust, was die Niere zusätzlich belastet [12].

Besonders kritisch zu beurteilen ist also die regelmäßige prophylaktische Anwendung vor dem Sport in hohen Mengen. Noch ungeeigneter als die anderen Wirkstoffe ist die Acetylsalicylsäure, da sie zusätzlich für Tage das Blutungsrisiko erhöht. Kommt es dann zu einem Unfall, können die Folgen fatal sein [13].

Bei chronischer Einnahme verschreibungsfreier Schmerzmittel kann es außerdem zum medikamenteninduzierten Kopfschmerz kommen: Kopfschmerzen treten auf, sobald das Analgetikum nicht mehr eingenommen wird. Anstatt eine Verbindung zu sehen, gehen Patientinnen und Patienten davon aus, dass die ursprüngliche Indikation (Kopfschmerz) weiterhin vorhanden ist. Es kommt zur erneuten Schmerzmitteleinnahme und schließlich zum Teufelskreis. Abgesehen davon bewirkt die Dauereinnahme von NSAR und Paracetamol schwerwiegende Nebenwirkungen wie Nieren- und Leberschäden.

Bei dieser Arzneimittelgruppe besteht die Hauptgefahr also im Fehlgebrauch, der durch eine angemessene Beratung reduziert werden kann.

2.4 Lokal anzuwendende α -Sympathomimetika (Nasentropfen/-sprays)

Bei längerer Anwendung kommt es häufig zu einem sogenannten Rebound-Effekt. Die Vasokonstriktion führt zu einem Sauerstoffmangel in der Nasenschleimhaut. Lässt die Wirkung des α -Sympathomimetikums nach, werden kompensatorisch die Blutgefäße maximal weit gestellt, um die Sauerstoffunterversorgung zu kompensieren. Die Schleimhaut schwillt dadurch erneut stark an, die Nase ist verstopft und Patientinnen und Patienten wenden die Nasentropfen wieder an. Es entsteht ein Teufelskreis, Patientinnen und Patienten werden körperlich abhängig. Ein Dauergebrauch kann außerdem zu einer Schädigung des Epithels führen.

Bei Abgabe abschwellender Nasensprays sollte grundsätzlich darauf hingewiesen werden, das Arzneimittel maximal eine Woche anzuwenden. Ist es bereits zu einem übertriebenen Gebrauch gekommen, kann es hilfreich sein, das Präparat zunächst nur noch an einem Nasenloch anzuwenden, bis die chronische Schwellung zurückgegangen ist. Erst dann wird beim zweiten Nasenloch der Entzug durchgeführt [9].

2.5 Anabolika

Je nach Studie nehmen bis zu 24 % der männlichen Fitnessstudiobesucher anabol wirksame Substanzen ein [13]. In aller Regel besorgen sie sich diese Präparate allerdings nicht in öffentlichen Apotheken, sondern über illegale Quellen, z. B. via Internet.

Nebenwirkungen dieser Anwendung erklären sich aus dem Wirkmechanismus: Anabol-androgene Steroide sind Derivate des Testosterons. Testosteron bewirkt unter anderem eine vermehrte Talgproduktion in der Haut, es kommt zur Akne. Außerdem stören diese Substanzen über die Aktivierung der negativen Rückkopplung die Steuerung des Hormonhaushalts. Dadurch bedingt kommt es zu einer Störung der endogenen Hormonproduktion, was unter anderem zum Schrumpfen der Hoden und schließlich zur Impotenz führen kann, die in der Regel allerdings reversibel ist [14].

Zusätzlich kann es zu Bluthochdruck und erhöhten Blutfettwerten kommen. Dies kann soweit gehen, dass die Patienten ins Krankenhaus eingewiesen werden und es aufwendiger Diagnostik zur Klärung der Ursachen bedarf [9].

2.6 Laxanzien

Laxanzienabusus ist von einem chronischen Gebrauch zu unterscheiden. Der chronische Gebrauch ist ebenfalls häufig nicht angemessen, hat aber andere Gründe und ist in aller Regel kein beabsichtigter Missbrauch. Hier soll eine (subjektiv vorliegende) Obstipation behandelt werden, auch wenn unter Umständen durch den chronischen Laxanziengebrauch gar kein regelmäßiger Stuhlgang mehr erfolgen kann [9].

Ein Missbrauch oder eine Überdosierung kann aufgrund der resultierenden Diarrhö festgestellt werden, die bei chronisch-therapeutischer Anwendung in der Regel nicht auftritt.

Bewusster Laxanzienmissbrauch zielt in aller Regel auf eine Gewichtsreduktion ab. Wenn diese Personen zusätzlich wenig essen und trinken, eventuell sogar noch Diuretika anwenden, um durch den Flüssigkeitsverlust eine schnelle Gewichtsabnahme zu erreichen, besteht die Gefahr eines Flüssigkeits- und Elektrolytmangels. Es kommen auch extreme Überdosierungen des Abführmittels vor, die in der Regel als Tropfen oder Tabletten zugeführt werden. Meist handelt es sich bei den Anwendern um jüngere Frauen [9].

Patientinnen und Patienten mit chronischem Laxanzien-Gebrauch können hingegen darüber aufgeklärt werden, dass ein Stuhlgang von dreimal wöchentlich noch völlig normal ist. Außerdem wird durch das Laxans der Darm stärker entleert als physiologisch, sodass es bis zum nächsten Stuhlgang noch länger dauern kann [9].

2.7 “Hirndoping”-Arzneimittel

In einer repräsentativen Umfrage der Deutschen Angestellten-Krankenkasse gaben 5 % der Befragten an, schon einmal leistungssteigernde und stimmungsaufhellende Substanzen eingenommen zu haben, ca. 25 % fanden eine solche Einnahme in Ordnung.

Die bekanntesten Wirkstoffe in diesem Zusammenhang sind [15] [16]:

- ▶ Methylphenidat (z. B. Ritalin®), Indikation: Aufmerksamkeits-Defizits-Hyperaktivitätssyndrom. Bei Gesunden löst die Einnahme unter Umständen Euphorie und Überschwänglichkeit sowie eine Selbstüberschätzung aus.
- ▶ Modafinil (z. B. Vigil®), Indikation: Narkolepsie.

- ▶ Antidepressiva: sie wirken beim Gesunden nicht stimmungsaufhellend, eher nehmen Konzentration und Wachheit ab und es kommt zu Kopfschmerzen und Ruhelosigkeit.
- ▶ Von bestimmten Antidepressiva ((selektive) Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, SSRI) wird berichtet, dass sie im Einzelfall eine amphetamin-ähnliche Aktivierung hervorrufen können.
- ▶ Antidementiva, z. B. Rivastigmin, Galantamin, Donepezil, Memantin: Bei gesunden Personen wird hiermit keinerlei Verbesserung der kognitiven Leistung erreicht. Sie werden dennoch missbräuchlich verwendet.

Insgesamt wirkt sich die Einnahme solcher Stoffe eher negativ als positiv auf die Denkleistung aus.

Manchmal werden auch Betablocker wie Metoprolol missbräuchlich verwendet, sie bremsen den Sympathikus und zielen darauf ab, Nervosität und Lampenfieber zu reduzieren [17].

Ferner ist bekannt, dass Triptane (Migränemittel) zur Aktivierung eingesetzt werden.

2.8 Antihistaminika

Hier spielen vor allem die H1-Antihistaminika der ersten Generation eine Rolle, insbesondere Diphenhydramin und Doxylamin, da sie ZNS-gängig sind. Sie wirken dadurch sedierend. In therapeutischen Dosen werden sie als verschreibungsfreie Schlafmittel angewendet, in höheren Dosen (6- bis 30- fache Dosis!) wirken sie stark anticholinerg. Es kann zum starken Blutdruckabfall bis Bewusstlosigkeit mit Atemdepression kommen, aber auch Angst, Unruhe, Desorientierung, Herzrasen bis Herzrhythmusstörungen und Tremor zählen zu den Symptomen einer Überdosis. Es wurde auch schon über die kombinierte Einnahme mit Dextrometorphan berichtet [17].

Neben dem bewussten Missbrauch kann sich auch bei der „normalen“ Patientin und Patienten nach wiederholter Anwendung eine Toleranz ausbilden, die Dosis wird gesteigert. Dadurch kann sich auch eine körperliche und psychische Abhängigkeit entwickeln. Besonders gefährdet sind Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitsproblemen in der Anamnese.

Alkohol verstärkt die Wirkung dieser Arzneistoffklasse. Auch sollten Käuferinnen und Käufer explizit darauf hingewiesen werden, dass natürlich die Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr eingeschränkt ist. Außerdem sind diese Substanzen in Schwangerschaft und Stillzeit absolut kontraindiziert [9].

2.9 Dextromethorphan und Loperamid

In therapeutischen Dosen wirkt Dextromethorphan nicht analgetisch. Es ist verschreibungsfrei in Monopräparaten gegen Reizhusten und in Kombinationspräparaten gegen Erkältung erhältlich. In hohen Dosen eingesetzt, wirkt es euphorisierend und kann halluzinatorische Rauscherlebnisse hervorrufen. Es besteht daher Missbrauchspotenzial [9].

Gefahr für eine Überdosierung besteht auch bei gleichzeitiger Einnahme mit Arzneistoffen, die CYP 2D6-Enzyme hemmen. Dazu zählen z. B. Chinidin, Fluoxetin, Cimetidin und Ritonavir [9].

Das Antidiarrhoikum Loperamid kann – inhalativ oder sublingual angewendet – in Kombination mit Verapamil oder dem nicht verschreibungspflichtigen Chinin zentrale Opioidwirkungen erzeugen. Auch hier besteht Missbrauchsgefahr [18].

Allgemein ist davon auszugehen, dass vom Medikamentenmissbrauch vor allem Frauen betroffen sind und dass ihr Anteil mit steigendem Alter erheblich zunimmt [9]. Nur im Bereich Doping im Sport sind in erster Linie Männer betroffen.

3. Betroffene Personengruppen

3.1 Frauen

Von einer Benzodiazepin-Abhängigkeit sind besonders häufig ältere Frauen ab einem Alter von 60 Jahren betroffen [19].

Frauen sind allgemein von Medikamentenmissbrauch etwas häufiger betroffen. Da es sich um eine unauffällige Sucht handelt, bleibt sie lange unentdeckt. Unter Umständen beginnt die Abhängigkeit auch im Gefühl, den Anforderungen und Erwartungen nicht mehr gerecht werden zu können [20].

Laut DAK-Gesundheitsreport 2009 haben 23,5 % der Frauen gegenüber 11,5 % der Männer schon einmal Medikamente zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit oder psychischen Befindlichkeit eingenommen. Allerdings war unter den Männern mit 32,2 % der Anteil derjenigen, die diese Mittel ohne medizinische Indikation einnahmen, höher als der der Frauen mit 25,2 % [17].

3.2 Jüngere Männer, Sportler

Diese Personengruppe missbraucht besonders häufig Anabolika sowie rezeptfreie Schmerzmittel oder Diuretika. Diuretika dienen hier der Gewichtsreduktion vor Wettkämpfen sowie der Ödemreduktion, die aufgrund des Anabolika-Gebrauchs auftreten können. Alle Diuretika stehen auf der Dopingliste der Nationalen Anti-Doping Agentur, NADA [9].

3.3 Bereits abhängige Personen

Arzneimittel mit bekanntem Abhängigkeitspotenzial sollen an Patientinnen und Patienten mit bereits bestehendem Abhängigkeitsproblem (z. B. Alkoholikerinnen / Alkoholiker) nur in Ausnahmefällen verschrieben werden. Das Gleiche gilt für Opiatabhängige in Methadon-Substitutionsbehandlung. Ausnahme ist z. B. die Behandlung von Entzugssymptomen von Alkoholikerinnen / Alkoholikern während eines Entzugs mit Benzodiazepinen [21].

Apotheken nehmen in diesem Zusammenhang eine wichtige Stellung ein, weil Patientinnen und Patienten dort erscheinen, um missbräuchlich angewendete Medikamente zu kaufen oder auch Rezepte einzulösen. Auf Missbrauch werden Apothekerinnen und Apotheker unter Umständen früher aufmerksam als Ärztinnen oder Ärzte.

Es sollte bei der Vorlage eines Rezeptes immer auf die ordnungsgemäße Einnahme hingewiesen werden, bei Benzodiazepinen z. B. auf die zeitliche Einnahmebeschränkung. Patientinnen und Patienten können auch angehalten werden, die Dosis nicht selbstständig zu steigern.

Treten Auffälligkeiten auf, sollte Rücksprache mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt gehalten werden.

Im Rahmen der Selbstmedikation sollte in der Apotheke darauf geachtet werden, dass bei Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial die „4-K-Regel“ eingehalten wird [19]:

- ▶ Klare Indikation,
- ▶ Kleinste mögliche Dosis,
- ▶ Kurze Anwendung,
- ▶ Kein abruptes Absetzen.

4. Was kann die Apotheke tun?

4.1 Wie kann kritischer Arzneimittelkonsum erkannt werden?

Unter <http://www.kvno.de/10praxis/10praxisinformationen/95cave/index.html> finden sich aktuelle Verdachtsfälle auf Medikamentenmissbrauch aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

4.1.1 Benzodiazepine

Patientinnen und Patienten wechseln häufig die Arztpraxis, um den Arzneimittelmissbrauch zu verschleiern. Das erschwert den behandelnden Ärztinnen oder Ärzten, die Übersicht zu behalten. Sofern eine Patientin oder ein Patient immer wieder ihre beziehungsweise seine Stamm-Apotheke aufsucht, laufen hier die Informationen zusammen.

In den letzten Jahren konnte eine Reduzierung der Verordnungszahlen zulasten der GKV beobachtet werden. Andererseits reduzierte sich die Menge an abgegebenen Packungen nicht im gleichen Maße. Das deutet auf eine Zunahme von Verschreibungen auf Privatrezepten hin. Auch bei den Z-Analoga wird Vergleichbares diskutiert [22].

Aufmerksam sollte die Apotheke sein, wenn der Patient oder die Patientin sehr häufig mit einer Verordnung des entsprechenden Präparates kommt oder Großpackungen aufgeschrieben werden. Für Suchtkranke, auch solche, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, gelten Benzodiazepine generell als kontraindiziert und sollten nur in Ausnahmesituationen verschrieben werden [21].

Auch gefälschte Rezepte sind ein klares Indiz für Medikamentenmissbrauch.

4.1.2 Anabolika und andere missbräuchlich verwendete Arzneimittel

Klares Indiz für einen Anabolika-Missbrauch kann eine Akne sein. Kommt eine Persönlichkeitsveränderung, Zunahme der Muskelmasse, häufiger Kauf von Nahrungssupplementen und Schlaflosigkeit hinzu, erhärtet sich der Verdacht. Eine weitere Nebenwirkung ist die Impotenz. Häufig bringt der Hinweis darauf User zur Einsicht [23].

Missbrauch bei Laxanzien als Abmagerungsmittel lässt sich möglicherweise am Erscheinungsbild des Kunden beziehungsweise der Kundin erkennen. Aber hier wie bei anderen Substanzen lässt sich ein eventueller Missbrauch in erster Linie an der Menge der verlangten Arzneimittel erkennen. Schnell erkennbare äußere Merkmale lassen sich in der Regel nicht eindeutig einem bestimmten Missbrauchsmuster zuschreiben.

4.2 Rechtliche Grundlagen

ApBetrO, § 17, Abs. 8: „Das pharmazeutische Personal hat einem erkennbaren Arzneimittelmissbrauch in geeigneter Weise entgegenzutreten. Bei begründetem Verdacht auf Missbrauch ist die Abgabe zu verweigern.“

ApBetrO, § 20, Abs. 1, Information und Beratung: „Der Apothekenleiter muss im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems sicherstellen, dass Patienten und andere Kunden sowie die zur Ausübung der Heilkunde, Zahnheilkunde oder Tierheilkunde berechtigten Personen hinreichend über Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte informiert und beraten werden. Die Verpflichtung zur Information und Beratung über Arzneimittel muss durch Apotheker der Apotheke ausgeübt werden, sie kann durch andere Angehörige des pharmazeutischen Personals der Apotheke übernommen werden, wenn der Apothekenleiter dies zuvor schriftlich festgelegt hat. Dabei hat er auch zu definieren, in welchen Fällen ein Apotheker der Apotheke grundsätzlich hinzuzuziehen ist.“ So kann es sinnvoll sein, festzulegen, dass im

Falle eines Verdachts auf Arzneimittel-Missbrauch grundsätzlich eine Approbierte oder ein Approbierter hinzugezogen werden muss. Zur Selbstmedikation wird festgelegt: (§ 20, Abs. 1a): „Soweit Arzneimittel ohne Verschreibung abgegeben werden, hat der Apotheker dem Patienten und anderen Kunden die zur sachgerechten Anwendung erforderlichen Informationen zu geben.“ Außerdem ist zu lesen (§ 20, Abs. 2): Bei der Abgabe von Arzneimitteln an einen Patienten oder anderen Kunden ist durch Nachfrage auch festzustellen, in wieweit dieser gegebenenfalls weiteren Informations- und Beratungsbedarf hat und eine entsprechende Beratung anzubieten. Im Falle der Selbstmedikation ist auch festzustellen, ob das gewünschte Arzneimittel zur Anwendung bei der vorgesehenen Person geeignet erscheint oder in welchen Fällen anzuraten ist, gegebenenfalls einen Arzt aufzusuchen.“

ApBetrO, § 21: „[...] 1. Alle Informationen über Beanstandungen bei Arzneimitteln, insbesondere über Arzneimittelrisiken wie [...] missbräuchliche Anwendung sind ihm oder dem von ihm beauftragten Apotheker unverzüglich mitzuteilen.“

Laut Arzneimittel-Richtlinie darf eine Ärztin oder ein Arzt Arzneimittel nicht verschreiben, wenn „[...] ein Arzneimittel nicht der Behandlung von Krankheiten dient oder die Anwendung aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist“. Dies gilt auch für Benzodiazepin-Verschreibungen. Bei einem dahingehenden Verdacht ist es also legitim, die Abgabe zu verweigern (s. a. ApBetrO § 17, Abs. 8). Vorzuziehen ist allerdings eine Rücksprache mit der verschreibenden Ärztin oder dem verschreibenden Arzt und ein gemeinsames Vorgehen, um den Konsum zu reduzieren [24].

4.3 Kommunikation

Eine Intervention bei Patientinnen und Patienten, die Arzneimittel missbräuchlich oder nicht zweckgemäß anwenden, setzt in aller Regel eine gute Gesprächsbasis voraus. Wichtig ist auch ein gutes Verhältnis zu umliegenden Ärztinnen und Ärzten. Dies gilt insbesondere, wenn sie kritische Arzneimittel verschreiben.

Patientinnen und Patienten, die unangemessen angesprochen werden, blocken in der Regel jedes weitere Gespräch ab. Häufig müssen sie auch erst dazu gebracht werden, eine vernünftige Beratung anzunehmen. Entweder ist ihnen bewusst, dass sie Arzneimittel nicht bestimmungsgemäß anwenden und befürchten, ihren Konsum überdenken zu müssen, oder sie ahnen nichts von ihrem Fehlgebrauch und halten eine Information deshalb für nicht notwendig [25]. Da aber die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten zwingende Voraussetzung für einen erfolgreichen Entzug ist, muss sie oder er von Anfang an motiviert werden, ins Gespräch zu kommen.

Eine Möglichkeit stellt die motivierende Gesprächsführung dar.

4.3.1 Motivierende Gesprächsführung

Die motivierende Gesprächsführung zielt darauf ab, Patientinnen und Patienten langanhaltend zu motivieren und zu überzeugen. Dies spielt insbesondere dann eine Rolle, wenn ein Entzug angestrebt wird. Die Patientin oder der Patient soll nicht mit Argumenten überrannt werden, sondern viel mehr selbst dazu gebracht werden, nachzudenken und eigene Ideen und Ziele zu entwickeln [10].

Die motivierende Gesprächsführung („motivational interviewing“) besteht aus vier wesentlichen Prinzipien [26]:

- ▶ Empathie zeigen
Es ist wichtig, der Betroffenen oder dem Betroffenen zu zeigen, dass man seine Situation versteht und nachfühlen kann. Mitleid wäre allerdings genauso fehl am Platz wie Einverständnis.
- ▶ Widersprüche entwickeln
Die Patientin oder der Patient soll erkennen, dass ihr oder sein Handeln und Konsum im Widerspruch zu dem steht, was sie oder er eigentlich will. Dazu muss die Apothekerin oder der Apotheker auch Fakten aussprechen, die die Betroffenen wahrscheinlich nicht hören wollen. Bei Benzodiazepin-Abhängigen könnte darauf verwiesen werden, dass das Sturzrisiko erhöht ist, was die Patientin oder der Pa-

tient sicher als ungünstig empfindet. Gleichzeitig möchte sie oder er zunächst das Arzneimittel weiter einnehmen. Diese beiden Aspekte passen augenscheinlich nicht zusammen, bieten aber die Möglichkeit, dass die Patientin oder der Patient eine eigene Motivation entwickelt.

► **Umgang mit Widerstand**

Wenn in der Apotheke dann ein Handlungsvorschlag gemacht wird, ist unter Umständen mit dem Widerstand der Patientin oder des Patienten zu rechnen. Dieser deutet darauf hin, dass noch nicht alle Widersprüche ausgeräumt sind. Er sollte ernst genommen werden und es sollte den Betroffenen geholfen werden, eigene und passende Lösungen zu finden. Wieder ist die Art und Weise, wie reagiert wird, entscheidend. Die Patientin oder der Patient muss selbst darauf kommen, warum eine Maßnahme doch sinnvoll ist, anscheinend ist sie oder er noch nicht vollständig überzeugt.

Die Reaktion auf den Widerstand ist also entscheidend und kann auch helfen, das Verhältnis der Beteiligten zu verbessern und die Patientin beziehungsweise den Patienten dauerhaft zu motivieren.

► **Selbstwirksamkeit fördern**

Abhängige müssen ein Vertrauen in eigene Fähigkeiten entwickeln. Dafür müssen die Stärken und Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten herausgearbeitet werden. Dazu gehört auch, einen schrittweisen Plan zu entwickeln, anstatt von heute auf morgen alles ändern zu müssen.

Nach der Motivation der Patientin oder des Patienten müssen konkrete Maßnahmen eingeleitet werden. Wichtig ist, die Motivation aufrechtzuerhalten. Er muss immer wieder an die Gründe für die Entscheidung erinnert werden, beispielsweise indem die mögliche Verbesserung der Lebensqualität durch einen Entzug konkret vor Augen geführt wird [26].

5. Was fördert Arzneimittel-Missbrauch?

Unstrittig ist, dass durch die sich ändernden Anforderungen an Arbeitnehmerinnen und -nehmer und Individuen der Leistungsdruck in unserer Gesellschaft zunimmt. Sicher ist hier einer der Gründe zu finden, warum leistungsfördernde Mittel zunehmend eine Rolle spielen. Hier müsste gesamtgesellschaftlich ein Umdenken eintreten, um etwas zu ändern [27].

Bei Benzodiazepinen fehlt oft das Bewusstsein, dass eine längere Einnahme zur Abhängigkeit führen kann.

Bei Arzneimitteln der Selbstmedikation spielen auch die Werbung sowie die Medien eine wichtige Rolle. Oft wird ein unrealistisches Körperbild vermittelt, oder in der Werbung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel entsteht der Eindruck, mit der Einnahme von Medikamenten lassen sich so gut wie alle Probleme lösen.

6. Informationsmaterial, Leitfäden, Hilfestellungen

6.1 Hilfen für Fachkräfte (Apothekerinnen/Apotheker und Ärztinnen/Ärzte)

- Leitfaden der Bundesapothekerkammer (BAK): Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Ein Leitfaden für die apothekerliche Praxis. 2011. Download unter: http://www.abda.de/fileadmin/assets/Presstetermine/2011/Symposium_Medikamentenmissbrauch/Suchtleitfaden_2011_final.pdf

- ▶ Handlungsempfehlungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in Abstimmung mit den Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zur Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an betäubungsmittelabhängige Patienten. 2006. Download unter: <http://www.aekno.de/downloads/archiv/2006.04.080.pdf>
- ▶ KV Westfalen-Lippe: Benzodiazepine: Information und Beratung. In: http://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/_extra/benzodiazepine.pdf
- ▶ Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga. Gemeinsame Handlungsempfehlung von Ärztekammer Hamburg, Kassenärztlicher Vereinigung Hamburg und Apothekerkammer Hamburg. 2011. Download unter: http://www.aerztekammer-hamburg.de/aerzte/Benzodiazepine_Handlungsempfehlung_Feb2011.pdf
- ▶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie). Zu finden unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/3/>
- ▶ Meldemöglichkeit nach § 197 a SGB V: http://www.gkv-spitzenverband.de/service/fehlverhalten_im_gesundheitswesen/fehlverhalten_im_gesundheitswesen.jsp

6.2 Informationsmaterial für Patientinnen und Patienten

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS): Informationsreihe „Die Sucht und ihre Stoffe“, z. B. Benzodiazepine, Schmerzmittel u. a. (kostenlos zu beziehen über www.dhs.de)

DHS: Unabhängig im Alter: Medikamente sicher und sinnvoll gebrauchen. (kostenlos herunterladen unter www.dhs.de)

7. Bereits durchgeführte Projekte und Studien

7.1 Münster: „Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch?“

Bereits 1998 wurde in Münster das Thema Medikamentenmissbrauch bei Frauen gezielt thematisiert. Hier wurde zunächst im Auftrag des damaligen Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen, Iögd, eine Telefonumfrage bei Frauen in Münster durchgeführt. Im Anschluss daran wurden Handlungsempfehlungen erarbeitet, wie weiter vorgegangen werden sollte. Es wurden auch explizit die Apothekerinnen und Apotheker und die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker einbezogen. Zudem wurde auf eine vermehrte Zusammenarbeit der Berufsgruppen gesetzt sowie auf ein erhöhtes Problembewusstsein bei den beteiligten Fachkräften. Außerdem sollten Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher sowie für Patientinnen und Patienten erstellt und verteilt werden. Weiterhin war auch die Laienpresse einbezogen worden [28].

7.2 Landeskonzept gegen Sucht

Im Landeskonzept Sucht, das im Juni 2012 veröffentlicht wurde, heißt es: „In Nordrhein-Westfalen ist in den letzten Jahrzehnten ein differenziertes Suchtpräventions- und -hilfesystem aufgebaut worden, das entsprechend den jeweiligen regionalen beziehungsweise örtlichen Strukturen von Angeboten zur suchtspezifischen Gesundheitsförderung und Prävention über niedrigschwellige Maßnahmen der Gesundheits- und Überlebenshilfe, die substitutionsgestützte Behandlung, den qualifizierten Entzug bis zu Angeboten zur sozialen und beruflichen Rehabilitation und Nachsorge reicht. Die komplexen Präventions- und Hilfeangebote sind darauf gerichtet, durch frühzeitige Aufklärung und Intervention eine

Suchtentwicklung zu verhindern, die gesundheitliche und soziale Lage von Suchtkranken zu verbessern und die für einen langfristigen Ausstieg aus dem Suchtmittelkonsum notwendige soziale und berufliche Reintegration zu erleichtern.

Die Bekämpfung der Sucht bleibt eine vordringliche Aufgabe, die nur im Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Kräfte bewältigt werden kann. Die suchtbedingten Problemlagen erfordern sowohl bei der Suchtprävention als auch bei den Hilfen zur Überwindung der Sucht komplexe, untereinander abgestimmte und vernetzte Angebote unterschiedlicher öffentlicher wie auch privater Leistungserbringer innerhalb des sozialen und gesundheitlichen Hilfe- und Versorgungssystems.

Oberstes Ziel der Sucht- und Drogenpolitik der Landesregierung bleibt es, entsprechend dem krankheitsbezogenen Ziel 4 „Sucht bekämpfen“ der von der Landesgesundheitskonferenz 2004 verabschiedeten zehn vorrangigen Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen die Chancen für alle Bürgerinnen und Bürger in NRW auf ein suchtmittelfreies Leben zu erhöhen. Um dieses Ziel zu erreichen, soll im Sinne einer Neuausrichtung der Sucht- und Drogenpolitik der Fokus stärker als bislang auf Maßnahmen der Prävention, Hilfe und Schadensminimierung gelegt werden.

Im Mittelpunkt soll stets der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen und nicht das Hilfesystem stehen. Sinn und Zweck der rechtlichen Rahmenbedingungen sind vorrangig die Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Suchtmitteln. Auch für die Sucht- und Drogenpolitik gilt, dass Erhalt, Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit jedes einzelnen Menschen Leitschnur allen Handelns sein müssen.

Das vorliegende Landeskonzept gegen Sucht ist – wie bereits das bisherige Landesprogramm gegen Sucht – als Gemeinschaftsinitiative aller Verantwortung tragenden Stellen und Institutionen angelegt. Es ist im Sinne eines Strategiepapiers darauf gerichtet, notwendige strukturelle und fachlich-inhaltliche Weiterentwicklungen unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene anzustoßen und die hierfür erforderlichen Umsetzungsprozesse zu befördern.

Für die Schwerpunktbereiche Prävention, Hilfe und Schadensminimierung sowie die ergänzenden staatlichen Eingriffs- und Schutzmaßnahmen sollen – auf der Grundlage dieser Gesamtstrategie zur Suchtbekämpfung und einer entsprechend differenzierten Analyse bestehender Strukturen und Angebote auf regionaler beziehungsweise örtlicher Ebene – notwendige Maßnahmen und konkrete Umsetzungsschritte einschließlich des zeitlichen Rahmens in einem Aktionsplan festgeschrieben werden. Auch die Entwicklung und Umsetzung des Aktionsplans soll in gemeinsamer Verantwortung aller relevanten Institutionen und Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen erfolgen. Dieser Prozess wird durch einen beim zuständigen Gesundheitsressort der Landesregierung eingerichteten Fachbeirat begleitet, in dem alle auf Landesebene relevanten Institutionen und Einrichtungen vertreten sind.

Apotheken werden in das Landeskonzept einbezogen. Sie sollen zur Information und Beratung über Medikamente mit Missbrauchs- und/oder Abhängigkeitspotenzial ihren Beitrag leisten sowie in Präventionskonzepten auf der örtlichen Ebene eingebunden werden [29].

7.3 Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik

Im Februar 2012 wurde die aktuelle Version der „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ veröffentlicht.

Zunächst soll die Datenlage verbessert werden, vor allem in Hinblick auf leistungssteigernde Medikamente. Ausdrücklich wird auch eine bessere Information über Arzneimittelabhängigkeit durch Apothekerinnen und Apotheker gefordert. Es soll der Leitfaden der Bundesapothekerkammer „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Leitfaden für die apothekerliche Praxis“ verstärkt verbreitet werden.

Die Ärztinnen und Ärzte werden in die Pflicht genommen, sich hinsichtlich der Verschreibung psychotroper Medikamente zu verbessern. Es wurde außerdem durch das Bundesministerium für Gesundheit ein Förderschwerpunkt „Sucht im Alter“ etabliert, dessen Ziel es ist, mehr Kooperationen zwischen Alten- und Suchthilfe zu schaffen und dadurch die Chance auf ein suchtfreies Altern zu erhöhen. Auch hier soll

das pharmakologische Wissen der Apothekerschaft zum Einsatz kommen, z. B. wie im Modellprojekt zum Entzug Benzodiazepin-Abhängiger (s. u.) [30].

7.4 Projekt PHAR-MON

Ziel des vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) geförderten und vom Institut für Therapieforchung (IfT) durchgeführten Projektes PHAR-MON ist es, den missbräuchlichen Konsum von Arzneimitteln bei Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen zu erfassen. Diese Konsumentengruppe setzt die Medikamente zum einen als Ersatz illegaler Drogen ein, andererseits auch, um Entzugserscheinungen zu reduzieren. Hier zeigen sich bereits einige Trends: so nimmt der Missbrauch von Substitutions-Arzneimitteln zu. Das Monitoring-System soll auch eine Frühwarnfunktion in Hinblick auf neue Tendenzen haben [31].

7.5 KOLIBRI-Studie

In der vom Robert-Koch-Institut durchgeführten Studie wurden Daten zum „Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit“ erhoben. Die Studie lief zwischen 2009 und 2011. Es wurden verschreibungspflichtige sowie verbotene Dopingmittel untersucht. Die Ergebnisse sind nach Art der Substanzen (Nahrungsergänzungsmittel, Beruhigungs-/Schlafmittel, Schmerzmittel, Mittel zum Muskelaufbau, leistungssteigernde Mittel und Mittel zum Abnehmen) aufgeschlüsselt. So wurde auch nach Personengruppen (Alter, Geschlecht, sportlicher Aktivität u. a.) unterschieden, wodurch sich zeigen ließ, dass nicht alle Gruppen gleichermaßen betroffen sind. Besucherinnen und Besucher von Fitnessstudios neigen demnach z. B. eher zur Anwendung leistungssteigernder Mittel als Mitglieder in Sportvereinen [31] [32].

7.6 Modellprojekt: Ambulanter Entzug von Benzodiazepin-abhängigen Patienten in Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker (Ernst Pallenbach, gefördert durch das BMG)

Ziel des Projekts ist es, ein niedrighschwelliges Angebot zum Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patientinnen und Patienten zu schaffen. Diesen Patientinnen und Patienten mit Niedrigdosis-Abhängigkeit fehlt häufig das Bewusstsein für ihr Abhängigkeitsproblem, sodass sie in der Regel nicht in den üblichen Suchteinrichtungen auftauchen.

Im Modellprojekt schließen sich Apothekerinnen und Apotheker sowie Hausärztinnen und Hausärzte zu einer Zusammenarbeit zusammen. Ärztin oder Arzt schlagen eine Patientin oder einen Patienten vor, die oder der für das Programm infrage kommt. Auch Apothekerinnen oder Apotheker können auf Abhängige aufmerksam werden, wenn sie häufig mit einer Benzodiazepin-Verschreibung zur Apotheke kommen. Beide Heilberufe halten Rücksprache, der Arzt oder die Ärztin überprüft die Medikation seiner Patientin oder seines Patienten und die Indikation des Beruhigungsmittels. Die oder der Betroffene wird von der Ärztin oder vom Arzt auf das Modellprojekt angesprochen. Besteht Einverständnis, erfolgt eine Kontaktaufnahme durch die Apothekerin oder durch den Apotheker. In der Apotheke wird darüber informiert, dass Benzodiazepine abhängig machen können und warum es vorteilhaft sein kann, die Einnahme zu reduzieren und schließlich ganz wegzulassen. Wichtig bei diesem Gespräch ist, dass das Arzt-Patient-Verhältnis auf keinen Fall gestört wird. Die Patientin oder der Patient wird vorsichtig zu dem Punkt geführt, an dem sie oder er erkennt, dass einige ihrer beziehungsweise seiner Probleme (z. B. Gangunsicherheit, Verwirrtheit) mit der Medikation zusammenhängen könnten.

In der Apotheke wird danach der Vorschlag gemacht, wie die Medikation reduziert werden kann, Ärztin oder Arzt entscheiden, ob so vorgegangen wird. Es folgt die Erstellung eines genauen Therapieplans. Um Schlafprobleme zu reduzieren, werden Tipps gegeben, die das Einschlafen erleichtern können. Während des Entzugs werden die Betroffenen individuell von Ärztin/Arzt und Apothekerin/Apotheker betreut [10] [33].

Wenn sich die Effektivität dieser Methode im Rahmen der zurzeit laufenden Studie bestätigt, stünde damit ein Instrument zur Verfügung, mit dem Patientinnen und Patienten geholfen werden könnte. Gleichzeitig ergäbe sich die Möglichkeit für Apothekerinnen und Apotheker, mit diesem Projekt einen wichtigen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit zu leisten und sich als kompetenter und unersetzlicher Teil des Gesundheitssystems zu profilieren.

Die Bundesärztekammer sieht dieses Projekt aus logistischen, berufs- und datenschutzrechtlichen Gründen als problematisch an.

7.7 Studie aus Finnland: „One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons” (Einmalige Beratung verringert den Gebrauch von Benzodiazepinen und verwandter Substanzen bei selbstständig lebenden älteren Personen)

Die Intervention in Finnland bestand zunächst in der Kontrolle der Medikationsliste der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer. Anschließend wurde ein einmaliges Gespräch geführt, um die Einnahme sturzfördernder Medikamente zu reduzieren. Die Patientinnen und Patienten bekamen mündliche und schriftliche Anleitungen, wie die Einnahme zu reduzieren sei. Später wurde noch eine einstündige Vorlesung über Nebenwirkungen psychotroper Arzneimittel angeboten. Insgesamt konnte die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die Benzodiazepine regelmäßig einnahmen, signifikant um 35 % reduziert werden. Die Anzahl derjenigen, die Benzodiazepine unregelmäßig konsumierten, reduzierte sich in der Interventionsgruppe um 28 % und in der Kontrollgruppe um 30 %. Die Zahl der Anwenderinnen und Anwender von zwei oder mehr psychotropen Arzneimitteln wurde signifikant um 50 % in der Interventionsgruppe und um 13 % in der Kontrollgruppe reduziert.

Allerdings hatten sich insgesamt nur 24 % der angesprochenen regelmäßigen Benzodiazepin-Anwenderinnen und Anwender überhaupt bereit erklärt, zu entziehen. 35 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren allerdings auch nach 12 Monaten Benzodiazepin „clean“ [34].

7.8 Studie: Der Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ im ärztlichen Arbeitsalltag

In dieser Studie ging es darum, den Umfang der Kenntnis und Nutzung des Leitfadens „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ nach Verteilung in Schulungen zum Thema „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zu erfassen. Etwas über 60 % der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte befasste sich auch nach dem Kurs mit dem Leitfaden. Von 178 Ärztinnen und Ärzten, die erklärten, psychotrope Medikamente zu verschreiben, gaben 56 an, ihr Verschreibungsverhalten geändert zu haben. Es wird geschlussfolgert, dass das Material erfolgreich in Fort- und Weiterbildungen verbreitet werden kann [35].

8. Selbsthilfe

Bisher gibt es im Bereich Selbsthilfe wenige Angebote, die speziell auf Medikamentenabhängige zugeschnitten sind. Stattdessen sind in vielen Selbsthilfegruppen Medikamenten- und Alkoholabhängige zusammen angesprochen. Gerade Niedrigdosis-Benzodiazepinabhängige werden von solchen Angeboten in aller Regel nicht erreicht, weil ihnen dafür die Einsicht ihrer Probleme fehlt.

Im April 2012 fand in der Nähe von Berlin die Sucht-Selbsthilfe-Konferenz 2012 statt. Hier wurde auch die Medikamentenabhängigkeit angesprochen. Die Vorträge sind unter <http://www.dhs.de/dhs-veranstaltungen/rueckschau/selbsthilfekonferenzen.html> zu finden.

9. Stationäre Entzugstherapie

Gerade bei Benzodiazepin-Abhängigkeit kann ein stationärer Entzug unter manchen Umständen sinnvoll sein. Dies gilt insbesondere für Hochdosis-Abhängige, aber auch unter den Betroffenen einer Niedrigdosis-Abhängigkeit kann eine stationäre Therapie sinnvoll sein. Dies wird meist in einer spezialisierten Klinik durchgeführt.

In diesen Einrichtungen wird neben der psychologischen und therapeutischen Begleitung ein stufenweiser Entzug durchgeführt; dies geschieht unter ärztlicher Kontrolle der Entzugssymptome und gegebenenfalls ihrer medikamentösen Therapie. Die meisten Patientinnen und Patienten verspüren Entzugssymptome wie Schlafstörungen, Angst, Muskelschmerzen und vieles mehr. Häufig leiden sie über Wochen bis Monate unter den Symptomen. Benzodiazepine dürfen auf keinen Fall plötzlich abgesetzt werden. Dies kann im schlimmsten Fall zu einem cerebralen Krampfanfall führen. Stattdessen werden die kurzwirksamen Benzodiazepin-Derivate zunächst durch langwirksame wie Oxazepam ersetzt, die dann stufenweise reduziert werden. Bei sehr starken Entzugssymptomen wird Carbamezepin eingesetzt. Bei einem rein stationären Entzug kann in der Regel von einer Dauer von drei bis sechs Wochen ausgegangen werden. Manchmal muss im Anschluss daran dann allerdings noch eine psychiatrische Grunderkrankung behandelt werden [36] [37].

10. Fazit

Medikamentenabhängigkeit und -missbrauch ist ein Problem in Deutschland. Aber es existieren Modelle und Ansätze, die Problematik zu reduzieren.

Apotheken haben aufgrund der Niedrigschwelligkeit ihres Angebots das Potenzial, bei Prävention und Therapie unterstützend tätig zu werden. Apotheken müssen allerdings noch mehr als bisher für die Problematik sensibilisiert werden und verstärkt bei ihren Patientinnen und Patienten darauf aufmerksam machen. Eine angemessene Beratung ist gerade bei den kritischen Arzneigruppen Pflicht. Wichtig ist auch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten. Notwendig ist ein allgemeines Bewusstsein dafür, dass Arzneimittelabhängigkeit für viele auch unbewusst ein Problem ist, und dass eine Änderung der Verhaltensweisen einen großen Gewinn an Lebensqualität bringen kann.

Immer wieder wird auch für ein Werbeverbot für freiverkäufliche, apothekenpflichtige Arzneimittel geworben. Dies könnte dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten mit weniger konkreten Präparatwünschen in die Apotheken kommen und dann auch einer Beratung offener gegenüberstehen. Nach und nach würde sich dadurch womöglich ein kritischerer Umgang mit Arzneimitteln etablieren.

11. Fachtagung Sozialpharmazie, 4. und 5. September 2012 in Düsseldorf: Arzneimittelmissbrauch, Arzneimittelab- hängigkeit

WICHTIGE HINWEISE

Anmeldungen

Bitte geben Sie bei Ihrer Anmeldung Veranstaltungsnummer, Thema, Vorname, Name, Dienststelle, Dienstanschrift und Bundesland an. Telefonische Vormerkungen können wir leider nicht annehmen. Ihre schriftliche Anmeldung richten Sie bitte an:

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
Veranstaltungsbüro, Kanzlerstr. 4, 40472 Düsseldorf

Fax: (02 11) 3 10 96-34 oder

Email: veranstaltungsbuero@akademie-oegw.de

Telefonische Auskunft: (02 11) 3 10 96-40, -41, -60.

Die Teilnahmebestätigung erhalten Sie mit allen weiteren Informationen ca. vier Wochen vor der Veranstaltung.

Teilnahmeentgelt

Wenn Sie innerhalb der öffentlichen Verwaltungen in den Trägeländern der Akademie (Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein) Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrnehmen, zahlen Sie kein Teilnahmeentgelt.

Für alle anderen beträgt das Teilnahmeentgelt 300,00 Euro.

Zimmerreservierung

über den Verkehrsverein der Stadt Düsseldorf, Postfach 10 51 51, 40042 Düsseldorf, Telefon (02 11) 17 20 20.

Anfahrt

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln ab Hbf Düsseldorf: S-Bahn S6 (Richtung Essen) bis Düsseldorf-Rath (nicht „Rath-Mitte“) Fahrzeit: 12 Minuten. Den Bahnsteig durch die Unterführung links verlassen und über die Kreuzung geradeaus auf die Kanzlerstraße zugehen.

Mit dem PKW: Aus Richtung Oberhausen auf der A3 bis zum Kreuz Breitscheid; dort auf die A52 Richtung Düsseldorf; die A52 Abfahrt Düsseldorf-Rath/Unterath verlassen und links in die Theodorstraße fahren. Diese mündet in die Lilienconstraße. Bis zur zweiten Ampelkreuzung weiterfahren, dann rechts in die Oberrather Straße abbiegen und an der Ampelkreuzung vor der Brückenauffahrt links in die Kanzlerstraße fahren.

Aus Richtung Köln auf der A3 bis zum Kreuz Ratingen-Ost. Dort auf die A44 bis zum Kreuz Düsseldorf-Nord. Dort auf die A52 Richtung Düsseldorf. Die A52 an der Abfahrt Düsseldorf-Rath/Unterath verlassen (weiter siehe oben). Auf dem Gelände der Akademie steht ein kostenpflichtiges Parkhaus zur Verfügung (5 Euro pro Tag).

REFERENTEN UND MODERATOREN

Elsner, Heinrich, Dipl.theol., Dr.med.
Methadonambulanz Bochum
Viktoriastr. 67, 44787 Bochum

Flume, Mathias, Dr.
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Geschäftsbereichsleiter Versorgungsqualität
Robert-Schmrigg-Str. 4-6, 44141 Dortmund

Goebel, Ralf, Dr.
Arzneimittelkommission der Apotheker
Carl-Mannich-Straße 26, 65760 Eschborn

Heeke, Andreas
Pharmakologischer Beratungsdienst, AOK Nordwest
Nontkirchenstraße 103-105, 44263 Dortmund

Holzbach, Rüdiger, Dr. med.
Chefarzt der Abt. Suchtmedizin, LWL-Kliniken Lipstadt und Warstein, LWL-Klinik Warstein

Franz-Hegemann-Straße 23, 59581 Warstein

Kunsmann, Wilfried, Dr.
Bundesärztekammer Bereichsleiter im Dezzemat 1
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Möbius, Jan
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)
Jägerstr. 49/50, 10117 Berlin

Neye, Holger, Dr.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tensteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Puteanus, Udo, Dr.
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachgruppe Inspektionen, Sozialpharmazie
Von-Stauffenberg-Str. 3, 48151 Münster

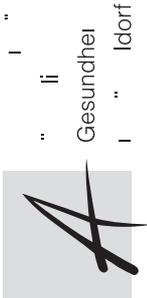
Queckenberg, Heinrich
Schloss-Apotheke Gelsenkirchen
Hippolytusstr. 5, 45899 Gelsenkirchen

Quenzer, Andrea
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
Kanzlerstr. 4, 40472 Düsseldorf

Schäfer, Constanze, Dr.
Apothekerkammer Nordrhein
Poststr. 4, 40213 Düsseldorf

Schneider, Wiebke
Guttempler in Deutschland
Adenauerallee 45, 20097 Hamburg

Weber, Andreas, Prof. Dr. med.
Leitung des Medizinischen Dienstes im BfW Dortmund
Hacheneyer Straße 180, 44265 Dortmund



Fortbildungsveranstaltung P3/2012

15. Fachtagung Sozialpharmazie

Arzneimittelmissbrauch, Arzneimittelabhängigkeit

für Amtsapothekerinnen und -apotheker
und Pharmazeutische Überwachungs-
beamtinnen und -beamte im öffentlichen
Gesundheitsdienst sowie für Apotheke-
rinnen und Apotheker, die Mitglied einer
Apothekerkammer sind

in Zusammenarbeit mit dem Landeszentrum für
Gesundheit NRW

am 4. und 5. September 2012
in Düsseldorf

ZIEL UND INHALT	DIENSTAG, 4. SEPTEMBER 2012	MITTWOCH, 5. SEPTEMBER 2012
<p>Nach Alkohol- und Nikotinsucht ist die Medikamentenabhängigkeit die dritthäufigste Suchterkrankung in Deutschland. Ca. 1,5 Millionen Menschen sind medikamentenabhängig. Insbesondere durch die missbräuchliche Anwendung von Benzodiazepinen als Beruhigungs- oder Schlafmittel bestehen Gefahren von Folgeerkrankungen. So ist bspw. das Sturzrisiko bei älteren Menschen durch den Einfluss der Benzodiazepine erhöht.</p> <p>Die Fachtagung thematisiert zunächst die Hintergründe des Arzneimittelmissbrauchs und der Arzneimittelabhängigkeit und berücksichtigt dabei Genderspekte. Außerdem werden unterschiedliche Partner im Gesundheitswesen ihre Erfahrungen und Aktivitäten vorstellen. Dabei soll neben den Möglichkeiten, eine bestehende Sucht zu therapieren, auch thematisiert werden, wie die örtliche Arzneimittelüberwachung in enger Kooperation mit den Apotheken den Arzneimittelmissbrauch bekämpfen kann. Darüber hinaus werden Möglichkeiten der Prävention angesprochen und die Zusammenarbeit der örtlichen Arzneimittelüberwachung mit anderen Partnern in der Kommune diskutiert.</p>	<p>09:30 Begrüßung <i>Puteanus, Quenzer</i></p> <p>09:45 Arzneimittelmissbrauch: Risiken und Nebenwirkungen der Wettbewerbsgesellschaft <i>Weber</i></p> <p>10:30 Süchte im Alter: Geschlechtsspezifische Aspekte <i>Schäfer</i></p> <p>11:15 Pause</p> <p>11:30 Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit: Beobachtungen aus einer regionalen Drogenberatung <i>Eisner</i></p> <p>12:15 Mittagspause</p> <p>13:15 Behandlung von Medikamentenabhängigen <i>Holzbach</i></p> <p>14:00 Medikamentenmissbrauch, Medikamentenabhängigkeit: ein Leitfaden für die ärztliche Praxis <i>Kunstmann</i></p> <p>14:45 Pause</p> <p>15:00 Arzneimittelmissbrauch: Erfahrungen und Beratungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen <i>Flume/ Neye</i></p> <p>15:45 Arzneimittelmissbrauch, Arzneimittelabhängigkeit: Möglichkeiten einer Krankenkasse <i>Heeke</i></p> <p>Ende gegen 16:30 Uhr</p>	<p>09:15 Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit: Hilfe durch Selbsthilfe <i>Schneider</i></p> <p>10:00 Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch: Leitfaden der Bundesapothekerkammer für die apothekerliche Praxis <i>Göbel</i></p> <p>10:45 Pause</p> <p>11:15 Arzneimittelabhängigkeit am Beispiel Benzodiazepine: Gemeinsame Herausforderung für Apotheker und Ärzte <i>Möbius</i></p> <p>12:15 Mittagspause</p> <p>13:15 Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs: Erfahrungen der Apothekerschaft <i>Queckenburg</i></p> <p>14:15 Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs, der Arzneimittelabhängigkeit durch die örtliche Arzneimittelüberwachung im Rahmen des Aufgabenbereichs Sozialpharmazie Diskussion mit den Referenten und dem Plenum</p> <p>16:15 Auswertung und Verabschiedung <i>Puteanus, Quenzer</i></p> <p>Ende der Veranstaltung gegen 16:30 Uhr</p>
<p>Veranstaltungsleitung: Andrea Quenzer (Akademie) Dr. Udo Puteanus (LZG NRW)</p> <p>Tagungsstätte: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen EG, Conference Area Kanzlerstr. 4, 40472 Düsseldorf www.akademie-oe-gw.de Tel: (0211) 310 96-10</p>		

12. Literaturverzeichnis

- [1] Pallenbach E: Die stille Sucht. Missbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009.
- [2] Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS): Medikamente: Heimliche Volksdroge, unheimliche Folgen. Pressemitteilung vom 27.04.2012 zur Sucht-Selbsthilfe-Konferenz 2012.
- [3] Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Landesprogramm gegen Sucht. Teil 1 Illegale Drogen, Alkohol, Medikamente. Düsseldorf 1999, unter: http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/strategien/gesundheitsziele/landesprogramm1.pdf (Abruf: 19.02.2013).
- [4] Stolle M, Sack P-M, Thomasius R: Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention, unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf/CM/1/2/s38.pdf>, hier S. 38b (2007) (Abruf: 31.08.2012).
- [5] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2013. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f10-f19.htm> (Abruf: 31.08.2012).
- [6] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Abschlussbericht "Therapieprozess- und Ergebnisforschung bei ALITA (Ambulante Langzeit-Intensiv-Therapie für Alkoholranke)", unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/forschungsberichte/ALITA.pdf>, hier S. 6 (2006) (Abruf: 31.08.2012).
- [7] World Health Organization (Hrsg.): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, unter <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf> hier S. 69 f. (Abruf: 31.08.2012).
- [8] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-002_S1_Psychische_und_Verhaltensstoerungen_durch_psychotrope_Substanzen__F1__11-2006_11-2011_01.pdf (Abruf: 31.08.2012).
- [9] Bundesapothekerkammer (Hrsg.): Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Leitfaden für die apothekerliche Praxis. Berlin 2011.
- [10] Pallenbach E: Benzodiazepin-Entzug. Was kann der Apotheker tun? In: Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten. 3 (2007), S. 878-93.
- [11] Glaeske G: Medikamente - Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich 2012. S. 90-111.
- [12] Brune K: Sport und Schmerzmittel: Unheilige Allianz zum Schaden der Niere. In: Deutsches Ärzteblatt. 105 (2008), Heft 37, A 1894-7.
- [13] Kläber M. Medikamentenmissbrauch im Breitensport. Handout zum Vortrag im Rahmen des AB-DA-Symposiums „Medikamentenmissbrauch in Deutschland: Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung“ am 03.11.2011 in Berlin.

- [14] Bernardin J, Kohler B: Der Arzneimittelmisbrauch im Breitensport. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 135 (2010). S. 522-526.
- [15] Deutsche Angestelltenkrankenkasse (Hrsg.): DAK Gesundheitsreport 2009. Hamburg: 2009.
- [16] Deutscher Bundestag (Hrsg.): Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung. Drucksache 17/7915. Berlin, 2011.
- [17] Pallenbach E: Missbrauch von Antihistaminika. Deutsche Apotheker Zeitung 149 (2009), Nr. 30, 3393-3395.
- [18] Ravati A: Aufgepasst bei Loperamid, unter <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=2413> (Abruf: 31.08.2012).
- [19] Glaeske G: Zur Verbrauchsepidemiologie von Arzneimitteln mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Jahrbuch Sucht 2011. Berlin: 2011. 80-91.
- [20] Glaeske G, Merchlewicz M, Schepker R, Soellner R, Böning J, Gassmann R: Hirndoping - Die Position der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS). Hamm: 2011.
- [21] Ärztekammer Nordrhein (Hrsg.): Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke, insbesondere bei Personen, bei denen eine Substitutionsbehandlung durchgeführt wird“ und „Handlungsempfehlungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in Abstimmung mit den Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zur Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an Betäubungsmittelabhängige“. 2001.
- [22] Hoffmann F, Glaeske G, Scharffetter W: Zunehmender Hypnotikaverbrauch auf Privatrezept in Deutschland. Sucht 52 (2006), Nr. 6, 360-366.
- [23] Deutsches Ärzteblatt (News): Doping im Freizeitsport konstant weit verbreitet. 2011, unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/45636> (Abruf: 31.05.2012).
- [24] Apothekerkammer Hamburg, Ärztekammer Hamburg (Hrsg.): Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga. Gemeinsame Handlungsempfehlung von Ärztekammer Hamburg, Kassenärztlicher Vereinigung Hamburg und Apothekerkammer Hamburg. 2011.
- [25] Lennecke K: Schmerzmittel - Vorsicht Missbrauch! Deutsche Apotheker Zeitung 151 (2011), Nr. 37.
- [26] Kremer G: Motivational Interviewing – Motivierende Gesprächsführung – Grundlagen, Prinzipien und Strategien, unter http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_27.pdf
- [27] Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Hirndoping – Die Postition der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Hamm: 2011.
- [28] Gesundheitsamt der Stadt Münster (Hrsg.): Gesundheitsberichte Band 9 Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch? Münster: 1999.
- [29] Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen. Grundsätze/Strategie/Handlungsrahmen, unter http://www.landesstellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/Landeskonzept%20gegen%20Sucht_ENDVERSION.pdf (Abruf: 19.02.2013).

- [30] Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin: 2012, unter: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/12-02-08_Nationale_Strategie_final_Druckvorlage.pdf (Abruf: 19.02.2013).
- [31] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2011, unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Forschungsberichte/Bericht_Drogen-_und_Suchtbericht_2011.pdf (Abruf: 19.02.2013).
- [32] Robert Koch-Institut (Hrsg.): Ergebnisbericht KOLIBRI – Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit. Berlin: 2011.
- [33] Pallenbach E: Ambulante Entwöhnung von Benzodiazepinabhängigen. Deutsche Apotheker Zeitung 146 (2006); Nr. 26, 2760-2765.
- [34] Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, Vahlberg T, Kivelä S: One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons. Age and Ageing (2010); Nr. 39, 313-319.
- [35] Ulbricht S, Groß B, Kunstmann W, Meyer C, John U: Der Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ im ärztlichen Arbeitsalltag. Eine Studie unter Kursteilnehmern zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Deutsche Medizinische Wochenschrift (2011), Nr. 136, 2537-2541.
- [36] Holzbach R: Benzodiazepinabhängigkeit. Sucht Schweiz. 2000, unter http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/ab2000_2.pdf (Abruf: 19.02.2013).
- [37] Keizmann D: Entzug ist keine passive Angelegenheit (Gespräch mit Dr. R. Holzbach). Pharmazeutische Zeitung (2005), Nr. 12, unter <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=27646> (Abruf: 19.02.2013).

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Westerfeldstraße 35/37
33611 Bielefeld
Telefon: 0521 8007-0
Telefax: 0521 8007-3200
poststelle@lzg.gc.nrw.de
www.lzg.gc.nrw.de

