

**Symposium der Bundesapothekerkammer**  
**„Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch“**

Berlin, 18. Juni 2008

**Leitfaden der Bundesapothekerkammer für  
die apothekerliche Praxis**

**Prof. Dr. Martin Schulz**  
Geschäftsführer Arzneimittel der ABDA,  
der BAK und des DAV



**Suchterkrankungen in Deutschland**

---

**➤ Arzneimittelabhängige Menschen:**

**ca. 1,4 - 1,5 Millionen  
(meist Benzodiazepine)**

**➤ Alkoholabhängige Menschen:**

**etwa 1,3 Millionen**



## Rolle der Apotheke

---

- **Erkennung und Verhinderung von Arzneimittelmisbrauch und -abhängigkeit**
  - ➔ Verschreibungspflichtige AM
  - ➔ Apothekenpflichtige AM (Selbstmedikation)
  
- **Aufklärung, Information und Beratung**
  - ➔ Medizinische Laien
  - ➔ Betroffene, Angehörige



## Inhalte des Leitfadens

---

- **Wie erkennt man Missbrauch in der Apotheke ?**
- **Problematische Arzneimittelgruppen**
- **Was muss der Apotheker tun ?**
- **Was kann der Apotheker noch tun ?**
- **Anlaufstellen und Informationsquellen**



## Definition: Arzneimittelmisbrauch

---

- **absichtliche**
- **dauerhafte oder sporadische**
- **übermäßige Verwendung von Arzneimitteln**
- **mit körperlichen oder psychischen Schäden als Folge**

Quelle: Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments  
und des Rates vom 6. November 2001

- **Anwendung ohne medizinische Indikation**



## Abhängigkeit von psychotropen Stoffen

---

Wenn in einem Zeitraum von 12 Monaten drei oder mehr der folgenden Symptome aufgetreten sind:

- **Starker Konsumwunsch oder -zwang**
- **Verminderte Kontrolle im Umgang mit dem Stoff**
- **Körperliches Entzugssyndrom beim Absetzen**
- **Toleranzentwicklung**
- **Anhaltende Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten**
- **Fortgesetzter Gebrauch, obwohl dem Konsumenten klar ist, dass er sich damit schädigt**

Quelle: ICD-10-GM Version 2008



## Missbrauch vs. Abhängigkeit (1)

Missbrauch

Abhängigkeit

Arzneistoffe mit  
aber auch  
ohne psychotrope Wirkung

Arzneistoffe mit  
psychotropen  
Eigenschaften



**Ein Missbrauch geht der Arzneimittelabhängigkeit voraus.**



## Missbrauch vs. Abhängigkeit (2)

Arzneimittelgruppen mit  
Missbrauchs-, aber  
ohne Abhängigkeitspotenzial  
(Auswahl)

Arzneimittelgruppen mit  
Abhängigkeitspotenzial  
(Auswahl)

- Laxanzien
- Diuretika
- Schilddrüsenhormone
- Wachstumshormone

- Opioiden/Opiate
- Sedativa, Hypnotika
- Tranquillizer
- Stimulanzien, Anorektika



## Indizien für „kritischen“ Arzneimittelkonsum

---

- Häufigkeit der Nachfrage und gewünschte Menge(n)  
(→ Hinweise aus Medikationshistorie)
- Hinweise auf Beschaffung aus mehreren Apotheken
- Verschreiben eines „kritischen“ Arzneimittels auf Privatrezept oder durch verschiedene Ärzte für den selben Patienten
- Manipulation von Arzneimitteln  
(Reklamation von Minderfüllung nach vorheriger Entnahme, z. B. Tropflösungen mit Opioiden/Opiaten)
- Rezeptfälschungen
- Tricks der Medikamentenbeschaffung  
(angeblicher Rezeptverlust)



## Problematische Arzneimittelgruppen

---

- Benzodiazepine, Benzodiazepin-Analoga
- Opiate/Opioide (Analgetika), Dextromethorphan
- Nichtopioide Analgetika
- Hypnotika: Doxylamin, Diphenhydramin
- Stimulanzien: Methylphenidat, Modafinil, Amfepramon, Cathin, Ephedrin, Phenylpropanolamin, Norpseudoephedrin
- Laxanzien
- Diuretika
- Rhinologika (Alpha-Sympathomimetika)
- Pflanzliche Drogen: Ephedrakraut, Aztekensalbei



## Gesetzliche Bestimmungen für Apotheken (1)

---

➤ 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.



## Gesetzliche Bestimmungen für Apotheken (2)

---

➤ ApBetrO § 21:

Der Apothekenleiter hat dafür zu sorgen, dass ... die folgenden Maßnahmen getroffen werden:

Alle Informationen über... missbräuchliche Anwendung sind ihm oder dem von ihm beauftragten Apotheker unverzüglich mitzuteilen.

Er oder der von ihm beauftragte Apotheker hat die Informationen zu überprüfen und die erforderlichen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr zu veranlassen.



## Bei Verdacht auf Arzneimittelmissbrauch

---

- Information → Arzt/Ärzte
- Aufklärung, Beratungsangebot → Patient
- Anonymisierte Meldung →  
Arzneimittelkommission Deutscher Apotheker  
(AMK)
  - ☞ Meldebogen unter [www.abda-amk.de](http://www.abda-amk.de)



## Was kann der Apotheker noch tun ?

---

- Prävention, Aufklärung: Vorträge in Schulen, Ortsvereinen, Seniorenheimen etc.
  - ☞ Materialien der ABDA ([www.abda.de](http://www.abda.de))
- Information und Beratungsangebote für Betroffene (Abhängige, Gefährdete) und deren Angehörige
- Hilfe bei der Arztsuche
- Vermittlung weiterer Ansprechpartner, Hilfsangebote, z. B.:
  - Selbsthilfegruppen ([www.nakos.de](http://www.nakos.de))
  - Suchtberatungsstellen



## Anlaufstellen und Informationsquellen

---

### ➤ **Anschriften, Internet-Adressen (Auswahl)**

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
- Fachverband Sucht e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung u. Suchttherapie e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss)
- Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
- NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)

### ➤ **Bücher**

### ➤ **Weiterführende Literatur**

### ➤ **Details siehe Leitfaden**



## Benzodiazepine und Analoga

---

### ➤ **ca. 1,0-1,2 Mio. Benzodiazepinabhängige in Deutschland**

- ➔ vorwiegend Ältere, darunter viele Frauen
- ➔ chronisch Kranke (Schlafstörungen, Herzerkrankungen)
- ➔ psychisch Kranke (Patienten mit Angst-, Persönlichkeitsstörungen)
- ➔ vorbestehende Alkoholabhängigkeit
- ➔ Drogenabhängigkeit, Polytoxikomanie

### ➤ **Manifestation der Benzodiazepinabhängigkeit ~ Dosis**

- ➔ therapeutische Dosen nach 2 – 4 Monaten
- ➔ sehr hohe Dosen Entzugssyndrom nach 3-4 Wochen

### ➤ **Hochdosisabhängigkeit vs. Niedrigdosisabhängigkeit**





## Benzodiazepine und Analoga

---

- ▶ Häufig verordnete Substanzen

**Benzodiazepine:**

Diazepam, Lorazepam, Bromazepam,  
Oxazepam, Temazepam;  
Lormetazepam, Flunitrazepam

**Benzodiazepin-Analoga (Z-Drugs):**

Zolpidem  
Zopiclon  
Zaleplon



## Opiate und Opioide

---

- ▶ Missbrauchs-/Abhängigkeitspotenzial bei Schmerztherapie Schwerstkranker nicht überschätzen
- ▶ Auf Indizien für Missbrauch achten
- ▶ Apotheken-Dokumentation
- ▶ Rücksprache mit Arzt



## Selbstmedikation mit Dextromethorphan

---

- In therapeutischen Dosen (ED max. 30 mg) keine analgetischen, atemdepressiven Effekte und geringes Abhängigkeitspotenzial.
- Bei mehrfacher Überdosierung oder bei gleichzeitiger Einnahme therapeutischer Dosen mit CYP2D6-Inhibitoren (z. B. Chinidin, Fluoxetin, Cimetidin oder Ritonavir) atemdepressive, euphorisierende, halluzinogene Wirkungen möglich (Todesfälle in USA).
- Sensibilisierung des pharmazeutischen Personals bezüglich Überdosierungs- und Interaktionsproblematik bei Selbstmedikation mit Dextromethorphan.



## Nichtopiode Analgetika

---

- **Risiken des Analgetika-Missbrauchs, u.a.:**
  - Schmerzmittelbedingter Dauerkopfschmerz
  - Magen-, Duodenalulcera
  - Gefäßkomplikationen
  - Nierenschäden
- **Schmerzmittelbedingter Dauerkopfschmerz**
  - Bei 5 bis 10 % aller Kopfschmerzpatienten in Spezialkliniken
  - Ambulante/stationäre Entgiftungstherapie über 10 bis 14 Tage
  - Weitere Verstärkung der Prävention in der öffentlichen Apotheken



## Indizien für Analgetika-Kopfschmerz

Verdacht auf Ergotamin-, Triptan- oder Analgetikakopfschmerz bei:

- mehr als 20 Kopfschmerztage im Monat
- täglichen Kopfschmerzen von mehr als 10 Stunden
- regelmäßiger Einnahme von Analgetika oder Ergotamin, Dihydroergotamin oder Triptanen
- Einnahme in Kombination mit Codein, anderen Opioiden, Coffein, Antihistaminika
- Zunahme der Stärke und Frequenz der Kopfschmerzen bei Entzug
- fehlendem Zusammenhang zwischen ursprünglichen Kopfschmerzen (z. B. Spannungskopfschmerzen, Migräne) und derzeitigem Kopfschmerzsyndrom.



## Anwendungsbeschränkungen zur Vermeidung analgetikainduzierter Kopfschmerzen

- **Kopfschmerz- und Migränemittel nicht länger als 3 Tage hintereinander und nicht häufiger als an 10 Tagen pro Monat**
- **Triptane: max. 2 x / 24 Stunden, max. 3 x pro Attacke (nach Verordnung), max. 2 x pro Attacke (Selbstmedikation)**

**und nicht häufiger als an 10 Tagen pro Monat**

Quellen: Empfehlungen der Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG); Braun/Schulz: Selbstbehandlung. Beratung in der Apotheke. 7. Erg.-Lfg. 2007, Govi-Verlag, Eschborn.



## Hypnotika (H<sub>1</sub>-Antihistaminika)

---

- **Missbräuchlicher Dauerkonsum, Toleranzentwicklung und Entzugssyndrom unter Diphenhydramin, Doxylamin beschrieben**
- **Zeitlich begrenzte Selbstmedikation: maximal 2 Wochen**
- **Verbraucherschutzfunktion des Apothekers**
  - ➔ **Schlafhygiene**
  - ➔ **Arzneimittelberatung im Rahmen der Selbstmedikation**



## Stimulanzien

---

- **Methylphenidat (BtM)**  
zur Therapie hyperkinetischer Störungen bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)
- **Modafinil (verschreibungspflichtig)**  
bei Narkolepsie, Schlafapnoe, Schichtarbeitersyndrom
- **Amfepramon (verschreibungspflichtig), Cathin (verschreibungspflichtig), Phenylpropanolamin (verschreibungspflichtig)**  
als Appetitzügler bei Übergewicht/Adipositas
- **Ephedrin (apothekenpflichtig; perorale Zubereitungen in Einzeldosis > 10 mg verschreibungspflichtig)**  
in Erkältungsmitteln



## Abführmittel

---

- **Laxanzienabusus vs. chronisch-therapeutischer Abführmittelgebrauch**
- **Laxanzienmissbrauch vermehrt bei:**
  - ➔ Frauen (jüngere)
  - ➔ Menschen mit Essstörungen (Anorexie, Bulimie)
  - ➔ Psychisch Kranken
- **Rolle des Apothekers:**
  - ➔ Informationen zu bestimmungsgemäßem Gebrauch
  - ➔ Identifizierung und Verhinderung von Missbrauch
  - ➔ Langzeitbetreuung bei Laxanzientwöhnung



## Diuretika

---

- **Risiken infolge Dehydratationen, Elektrolytstörungen**
- **Missbräuchliche Anwendung chemisch definierter Diuretika:**
  - a) zur (vermeintlichen) Gewichtsreduktion
  - b) Beseitigung kosmetisch unerwünschter Wassereinlagerungen im Gewebe
  - c) zur (vermeintlichen) „Entgiftung, Entschlackung“
- **Diuretika-Missbrauch vermehrt bei:**
  - ➔ Jüngeren Frauen ohne Ödemneigung → a)
  - ➔ Frauen mit zyklusbedingter oder postmenopausal verstärkter Ödembildung → b)
  - ➔ Sportler (Diuretika stehen auf Dopingliste) → a, b)
  - ➔ Psychisch Kranken



## Arzneimittelmissbrauch im Sport

---



- Anabolika
- Wachstumshormone
- Stimulanzien
- Diuretika
- Laxanzien (Auswahl)

Verbotsliste der WADA 2008 („Dopingliste“) unter

[www.nada-bonn.de/downloads/listen/](http://www.nada-bonn.de/downloads/listen/) oder

[www.wada-ama.org/en/](http://www.wada-ama.org/en/)



## Vasokonstriktorische Rhinologika

---

- Folgen des unkontrollierten Dauer- bzw. Langzeitgebrauchs:
  - ➔ Rhinitis medicamentosa („Privivismus“)
  - ➔ Chronische Sinusitis
  - ➔ Atrophische Rhinitis
- Beschränkung der Anwendungsdauer von Nasentropfen, Nasensprays, Nasensalben, -gelen mit Imidazolinderivaten (z. B. Xylometazolin, Naphazolin, Oxymetazolin, Tramazolin) auf maximal 7 Tage



## Weitere Inhalte des Leitfadens

---

- **Alkohol in Arzneimitteln**
- **Missbrauchspotenzial von Medizinprodukten mit flüchtigen organischen Lösungsmitteln: (z. B. Butan, Chlorethan → Eis-, Kältesprays)**



## Zusammenfassung

---

- **Arzneimittelabhängige Menschen: ca. 1,4 - 1,5 Mio. in Deutschland**
- **4-5 % aller verordneten Arzneimittel wird ein Abhängigkeitspotenzial zugeschrieben**
- **Sensibilisierung der heilberuflichen Verantwortung des Apothekers bei Abgabe von Arzneimitteln**
- **Patienten- und Verbraucherschutz - eine originäre Aufgabe des Apothekers**

**Darum ein Leitfaden für die Apotheker !**

