



Medikamenten- abhängigkeit

Die Medikamentenabhängigkeit gehört zu den Suchtformen, die am schwersten erkennbar ist, da der Konsum meist im Verborgenen stattfindet und darüber hinaus sehr häufig auch eine Niedrigdosis-Abhängigkeit besteht. Während es umfangreiche wissenschaftliche Literatur zu Alkohol- oder Drogenabhängigkeit gibt, liegen zur Medikamentenabhängigkeit relativ wenige Forschungsergebnisse vor.

Michael Musalek und Roland Mader*

Einleitung

Dass Menschen von Medikamenten abhängig sind, bleibt oft über Jahre oder auch Jahrzehnte unbemerkt. Sie fallen nicht auf, sie werden selten kriminell und es gibt kaum mediale Berichterstattung über Medikamentenabhängige. Deshalb wird diese Suchterkrankung gerne als die „stille Sucht“ bezeichnet, obwohl die Zahl der davon Betroffenen wahrscheinlich fast im Bereich der Alkoholabhängigen liegt. Wenn man darüber hinaus bedenkt, dass vor allem eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen eine massive körperliche Abhängigkeit mit lebensgefährlichen Entzugssymptomen verursachen kann, ist es außerordentlich wichtig, künftig diesem Thema mehr Bedeutung beizumessen. So sollten genügend Forschungsmittel bereitgestellt sowie spezifische Behandlungseinrichtungen gefördert werden.

Von Medikamentenabhängigkeit sind Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer; im Gegensatz zu anderen Suchtformen steigt hier die Gefährdung mit dem Alter. Jede zehnte Frau über 70 Jahre konsumiert regelmäßig Benzodiazepine. Da rund zehn Prozent aller Arzneimittel über ein gewisses Suchtpotential verfügen, sollte die Medikation von verschreibenden Ärzten stets geprüft und die Indikation kontrolliert werden.

Epidemiologie

Bezüglich der Häufigkeit von Medikamentenabhängigen liegen deutlich weniger Daten vor als für Alkohol- oder Drogenabhängige. Da sich diese Suchterkrankung sehr häufig in einer Niedrigdosisabhängigkeit zeigt, bei der Betroffene lediglich eine geringe Dosis von beispielsweise Benzodiazepinen einnehmen, und dies häufig ohne Dosissteigerung oft über Jahrzehnte hinweg, werden Betroffene in epidemiologischen Untersuchungen kaum erfasst. So bleiben die angeführten Zahlen oft Schätzungen

oder beziehen sich auf die Häufigkeit von Verschreibungen oder von Krankenhausaufenthalten in Folge von Medikamentenzwischenfällen.

In Österreich gibt es rund 340.000 Menschen, die Alkoholabhängig sind, ungefähr 30.000 Menschen sind Drogenabhängig und geschätzte 150.000 Österreicher sind von Arzneimitteln abhängig. Aufgrund der vermutlich sehr hohen Dunkelziffer liegt die Zahl der Medikamentenabhängigen aber wesentlich höher. Schätzungen zufolge könnten es bis zu 300.000 Personen sein. Eine genaue Angabe ist hier schwer möglich, da die Medikamentenabhängigkeit wie keine andere Suchterkrankung im Verborgenen stattfindet und die Betroffenen sehr lange sozial unauffällig bleiben. Auch Aufnahmen in Krankenhäusern weisen darauf hin, dass es bei Medikamenten ein Problem gibt. So werden in Österreich jährlich 30.000 stationäre Aufnahmen wegen Medikamentenzwischenfällen registriert. Meist handelt es sich dabei um Intoxikationen. Darüber hinaus sind auch jedes Jahr 1.600 bis 2.400 Medikamenten-assoziierte Todesfälle zu verzeichnen.

Bei Patienten, die an gynäkologischen und chirurgischen Abteilungen in Österreich stationär behandelt wurden, zeigte sich bei einer Untersuchung der verordneten Medikamente, dass 15,9 Prozent der Patienten regelmäßig Benzodiazepine einnahmen. In Frankreich wurde bei einer ähnlichen Untersuchung sogar eine Rate von 23,6 Prozent ermittelt.

Den weitaus größten Anteil von problematisch verwendeten Medikamenten nehmen Benzodiazepine und Analgetika ein. Eine deutsche Studie, die die Verschreibungszahlen als Grundlage hatte, zeigte, dass in Deutschland mehr als eine Millionen Menschen von Benzodiazepinen oder auch von den sogenannten „Z-Drugs“ (Zolpidem) abhängig sind und 300.000 bis 400.000 von anderen Arzneimitteln, hier vorrangig von Schmerzmitteln. »

» Ursachen und Verlauf

Die Ursachen sowie die Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit sind mannigfaltig und meist multifaktoriell. Die soziale Entwicklung eines Menschen ist hier von großer Bedeutung. Die Vorbildwirkung der Eltern im Umgang mit Medikamenten oder auch familiäre Krisen oder fehlende „Ich-Stärkung“ können entscheidend sein. Auch ein fehlender psychosozialer Ausgleich bei hoher Arbeitsbelastung oder familiärer Belastung kann den Griff zur scheinbar helfenden Tablette beschleunigen. Bei älteren Menschen ist oft Multimorbidität der Grund. Es werden viele Medikamente wie zum Beispiel Schmerz- oder Beruhigungsmittel verordnet, woraus bei fehlender Kontrolle eine Sucht entstehen kann.

Medikamente erfüllen auch durch ihre unterschiedlichen Wirkungen den Wunsch nach der „jederzeit steuerbaren Befindlichkeit“. Werden zum Beispiel bei Unruhe Beruhigungsmittel und bei Abgeschlagenheit aufputschende Mittel eingenommen, kann dieser verführende Effekt schließlich zum problematischen Gebrauch und in der Folge auch zur Abhängigkeit führen. Oft werden die konsumierten Medikamente direkt ohne Rezept in der Apotheke besorgt und immer häufiger werden sie in Online-Apotheken bestellt. Da viele der später übermäßig verwendeten Medikamente zu Beginn ärztlich verordnet wurden, wird die Medikamentenabhängigkeit auch gerne als „weiße Sucht“ bezeichnet.

Tablettensucht = Frauensucht?

Frauen sind doppelt so häufig von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen wie Männer. Dies mag zum einen mit einem immer noch weit verbreiteten Rollenbild der Frau zu tun haben: Die Frau kümmert sich um Kinder und Haushalt und versucht, etwaige Belastungen mit Medikamenten zu bekämpfen, um eine Fassade der Normalität länger aufrechterhalten zu können. Zum anderen gehen Frauen bei Beschwerden häufiger zum Arzt – 78 Prozent aller Arztbesuche entfallen auf Frauen – und erhalten ein Medikament verschrieben. Auch findet man bei Frauen meist sogenannte „sekundäre Abhängigkeiten“, da Frauen öfter unter Depressionen, Unruhe und Angst leiden und Psychopharmaka weitaus häufiger einnehmen als Männer.

Sucht im Alter

Einen sehr großen Anteil an Medikamenten-Abhängigen findet man bei alten Menschen. Ein Drittel der über 70-Jährigen erhält psychotrope Substanzen; diese werden oft über längere Zeit ohne weitere Indikationsprüfung verordnet. Da älteren Menschen oft mehrere unterschiedliche Medikamente verordnet werden, besteht auch die Gefahr einer Medikamenteninteraktion. Hier kann es zur Beeinträchtigung der Vigilanz, Blut-

drucksenkung und Koordinationsstörungen kommen. Auch ist die muskelrelaxierende Wirkung von Benzodiazepinen nicht zu unterschätzen, die zu Stürzen und in der Folge etwa zu Schenkelhalsfrakturen führen kann. Ältere Menschen verlieren oft den Überblick über die verordneten Medikamente. Daraus resultiert die Gefahr, dass sie die Medikamente unkontrolliert oder in falscher Dosierung einnehmen. Eine Entzugsbehandlung kann auch bei älteren Menschen notwendig werden und sollte daher immer erwogen werden.

Häufig missbrauchte Medikamente

Analgetika

Schmerzmittel werden laut WHO in drei Gruppen eingeteilt: Nichtopioid-Analgetika wie zum Beispiel Paracetamol, Acetylsalicylsäure oder Diclofenac, niederpotente Opioide wie zum Beispiel Codein oder Tramadol und stark wirksame Opioide mit Morphin als Leitsubstanz. Nichtopioid-Analgetika sind die am häufigsten verkauften Medikamente in der Apotheke, wobei sogar zwei Drittel davon ohne vorhergehenden Arztbesuch erworben werden. 85 Prozent des Schmerzmittelgebrauchs erfolgen wegen Kopfschmerzen. Eine der häufigsten Ursachen hierfür ist der Analgetika-Kopfschmerz, das heißt der Kopfschmerz, der erst durch die regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln entsteht oder verstärkt wird. Hier wäre ein rasches Absetzen der Schmerzmedikation angezeigt.

Opioide

Opioide sind hinsichtlich ihres Abhängigkeitspotentials sehr gut untersuchte Substanzen. Neurobiologisch dafür hauptverantwortlich dürfte die durch das Opioid-Endorphin-System vermittelte Ausschüttung von Dopamin im limbischen System sein. Die dadurch erzeugte euphorisierende psychotrope Wirkung kann eine hohe psychische und physische Abhängigkeit verursachen. In den USA haben der problematische Gebrauch und die Abhängigkeit von Opioiden in den letzten Jahren dramatisch zugenommen. Interessant ist, dass die Gabe von Opioiden als reine Schmerzmedikation wie zum Beispiel bei malignen Erkrankungen selten eine Abhängigkeit hervorruft. Die Gabe von Opioiden als Schmerzmedikation sollte nicht erfolgen, wenn ein problematischer Gebrauch anderer Substanzen wie Alkohol, Drogen oder anderer Medikamente vorliegt oder auch bei somatoformen Schmerzen oder bei mangelnder Compliance.

Nicht-steroidale Analgetika

Viele Medikamente aus dieser Gruppe werden ohne Rezept als sogenannte „Over the Counter“-Medikamente in der Apotheke abgegeben. Der Verkauf wird zusätzlich durch aktive Werbung in Apotheken und Medien gefördert. Auf Grund der leichten Verfügbarkeit, des Werbeeffektes und natürlich auch wegen der guten analgetischen Wirksamkeit gehören Ibuprofen, Paracetamol, Diclofenac und Acetylsalicylsäure zu den am häufigsten

Tab. 1: Benzodiazepine – Halbwertszeit und Metaboliten

Wirkstoff	Beispiele Handelsnamen	HWZ in Stunden (h)	Zeit bis zur max. Plasmakonzentration in Stunden (h)	Aktive Metaboliten
Alprazolam	Xanor®	12–15 h	1–2 h	Ja
Bromazepam	Lexotanil®	10–20 h	1–2 h	Ja
Clobazam	Frisium®	36–79 h	0,5–4 h	Ja
Clonazepam	Rivotril®	30–40 h	1–4 h	Nein
Diazepam	Gewacalm® Psychopax-Tropfen®	1. Phase: 1 h, 2. Phase: 20–100 h	0,5–1 h	Ja
Flunitrazepam	Rohypnol®, Somnubene®	16–35 h	0,75–2 h	Ja
Lorazepam	Temesta®	12–16 h	1–2,5 h	Nein
Lormetazepam	Noctamid®	13,6 h	1,5 h	Nein
Nitrazepam	Mogadon®	30–40 h	38 min–2 h	Ja
Oxazepam	Anxiolit®, Praxiten®	8 h	forte: 2 h retard: 6 h	Nein
Triazolam	Halcion®	2,7 ± 0,5 h	1,5 ± 0,7 h	Nein
Zolpidem (Benzodiazepin-ähnlich)	Ivadal®, Zoldem®, Mon-deal®	0,7–3,5 h	0,5–3 h	Nein

Quelle: Austria-Codex Fachinformation (Stand 2016)

verabreichten Medikamenten. Bei chronischer Einnahme können diese Medikamente einen Gewöhnungseffekt erzeugen, sodass immer höhere Dosen notwendig werden, um eine Schmerzlinderung zu erreichen. Schließlich kann ein problematischer Gebrauch von Analgetika auch Schmerzen unterhalten und zu verminderter Leistungsfähigkeit, Depressionen und häufigen Arbeitsausfällen führen.

Eine hohe Verantwortung, um den problematischen Gebrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten zu verhindern, liegt bei den verschreibenden Ärzten und auch bei Apothekern, die häufig wiederkehrende Kunden erkennen können. Kontrollieren verschreibende Ärzte nur unzureichend, ob die Indikation zur Einnahme weiterhin gegeben ist, kann Missbrauch gefördert werden. Besonders gefährdet sind Personen mit Suchtanamnese, chronischen Kopfschmerzen und langer Schmerzdauer.

Kopfschmerzen sind in 75 Prozent der Fälle Ursache für eine Analgetika-Abhängigkeit; sie werden oft durch nicht-steroidale Analgetika aufrechterhalten. Einen besonders hohen Anteil haben hier Kombinationspräparate, die das Gewöhnungsrisiko erhöhen. So kann es beispielsweise vorkommen, dass das in diversen Medikamenten enthaltene Coffein durch eine oft übersehene psychotrope Wirkung eine Rolle spielt. Auch überschreiten Kopfschmerz-Patienten oft Schwellendosierungen, was wiederum zu chronischen Kopfschmerzen führen kann.

Der Analgetika-Kopfschmerz tritt bei dauerhafter Einnahme von Schmerzmitteln oder auch nach dem Absetzen einer Dauermedikation auf und ist der dritthäufigste Kopfschmerz. Frauen sind hier fünf- bis zehnmal häufiger betroffen als Männer. Die Symptome treten zwei bis drei Stunden nach der Einnahme, das heißt noch während der Wirkdauer, auf oder nach dem totalen Absetzen der Medikation und die Kopfschmerzen halten bis zu zehn Tage an. Häufig begleitet werden die Schmerzen von vegetativen Begleitsymptomen wie Schwindel, Übelkeit, Herzrasen oder innerer Unruhe. Der Schmerz lokalisiert sich in beiden Seiten des Kopfes, dies wechselnd oder auch beidseitig, ist dumpf bis stechend, hält den ganzen Tag an und steigert sich bei körperlicher Belastung. Bei der Behandlung empfiehlt man das sofortige Absetzen der Schmerzmedikation und alternative, Schmerz-reduzierende Maßnahmen wie Infiltrationen, Entspannungstechniken sowie Anti-Emetika und eventuell eine antidepressive Medikation mit Duloxetin.

Entzugsbehandlung von Analgetika

Bis zum Beginn des Entzuges soll das Analgetikum weiter verordnet werden und die Einnahme (Frequenz und Dosis) protokolliert werden. Vor der Behandlung muss der Betroffene über die Behandlung und vor allem über die zu erwartenden Schmerzen aufgeklärt werden. Für viele Patienten ist ein stationärer Entzug - am besten in einer spezifischen Suchteinrichtung - die sicherste Behandlung und am aussichtsreichsten im

Hinblick auf den Erfolg. Ein stationärer Entzug sollte vor allem bei ausgeprägten psychiatrischen Komorbiditäten, bei langjährigem Medikamenten-induziertem Kopfschmerz, nach mehreren erfolglosen ambulanten Entzügen und bei Missbrauch anderer Substanzen wie beispielsweise Alkohol, Benzodiazepinen und Opioiden erfolgen.

Nach dem Absetzen von Analgetika leiden die Betroffenen in den ersten zwei bis sechs Tagen typischerweise an zunehmenden Kopfschmerzen, Übelkeit, Unruhe und Schlaflosigkeit. Ab dem sechsten Tag ist normalerweise mit einem deutlichen Nachlassen der Symptomatik zu rechnen. Die Prognose für einen erfolgreichen Entzug ist relativ gut. 70 Prozent der Betroffenen haben nach dem Entzug keine Dauerkopfschmerzen mehr.

Neben der medizinischen Entzugsbehandlung ist eine begleitende psychologisch/psychotherapeutische Behandlung unabdingbar. Dabei steht zu Beginn die ausführliche Information über „Medikamentenabusus und Dauerkopfschmerz“; dann werden gemeinsam individuelle Ziele bezüglich des Umgangs mit Medikamenten festgelegt. In der Folge sollen äußere Einflüsse für den Gebrauch bewusst gemacht werden wie etwa die Verfügbarkeit von Schmerzmitteln. Innere Einflüsse werden beleuchtet wie beispielsweise die gelernte Unbedenklichkeit gegenüber der Einnahme und iatrogene Risikofaktoren wie „Doctor-hopping“ sollen thematisiert werden. Dies kann und soll sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting erfolgen. Die Gruppe bildet hier ein ideales Reflexionsfeld, um auch aus den Erfahrungen von anderen Betroffenen zu lernen. Eine Behandlung muss jedenfalls in ein gesamttherapeutisches Setting eingebettet sein, bei dem neben medizinischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen auch eine Phase der Lebensneugestaltung wichtig ist. Dabei sollen alte oder auch neue Lebensinteressen (wieder-)entdeckt werden können, um so der Verlockung des Suchtmittels zukünftig besser entgegenwirken zu können.

Psychopharmaka

Psychische Störungen sind häufige Ursachen für einen Arztbesuch. Weltweit gesehen leider jeder Vierte, der einen Arzt aufsucht, an einer psychischen Störung. Viele psychische Störungen können jedoch auch erfolgreich mit psychotherapeutischen Maßnahmen oder Entspannungstechniken behandelt werden. Psychopharmaka sollten am besten unter fachärztlicher Diagnostik und Beratung und nur in einem umfassenden Behandlungskonzept eingesetzt werden. Benzodiazepine stellen die am häufigsten problematisch gebrauchten Psychopharmaka dar. Weltweit sind diese Mittel die mit Abstand am meisten verordneten Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Sie wirken rasch und effektiv bei der Behandlung von Unruhe, Angst und Schlafstörungen. Diese positiven Wirkungen verle-

ten jedoch zur Dauereinnahme und führen zur raschen Gewöhnung und ausgeprägten Entzugserscheinungen beim Absetzen. Benzodiazepine werden generell nicht zu häufig, sondern oft nur zu lange verordnet.

Benzodiazepine

1960 wurde Chlordiatepoxid (Librium®) als erstes Benzodiazepin auf den Markt gebracht, 1963 folgte Diazepam (Gewacalm®, Valium®), das auch heute noch weit verbreitet ist. Die abhängig machende Wirkung dieser Substanzen wurde aber erst in den 1970er Jahren bekannt.

Bezüglich ihrer Wirkdauer haben Benzodiazepine sehr unterschiedliche Halbwertszeiten. Außerdem bilden viele Substanzen im Abbau aktive Metaboliten, die manchmal bis zu 200 Stunden wirksam sind. Bei langer Halbwertszeit ergibt sich das Problem eines „Hangover“ beziehungsweise der Kumulation der Medikamentenwirkung. Bei kürzerer Halbwertszeit kann rascher ein Entzugssyndrom entstehen.

Bei rasch anflutenden Substanzen - vor allem bei Flunitrazepam - besteht ein deutlich erhöhtes Suchtrisiko, weshalb die Gabe dieser Substanzen vermieden werden soll.

Die Entwicklung einer Abhängigkeit kann durch eine strenge Indikationsstellung, eine möglichst niedrige Dosierung und eine begrenzte Verschreibungsdauer von nicht länger als vier Wochen vorgebeugt werden. Gefährdet für eine Abhängigkeitsentwicklung sind vor allem Personen, die von einer anderen Substanz abhängig sind wie etwa von Alkohol oder Drogen, körperlich chronisch kranke Menschen - vor allem mit einer Schmerzsymptomatik, Patienten mit einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung oder Angststörung und Personen mit chronischen Schlafstörungen.

Die „low-dose-dependence“ (Niedrigdosis-Abhängigkeit) ist eine Besonderheit der Benzodiazepine. Hier kommt es bei der längeren Gabe von Dosen, die sich im therapeutischen Bereich befinden, bei fehlender Dosissteigerung trotzdem zur Abhängigkeit und zu Entzugssymptomen beim Absetzen. Häufig findet man diese bei älteren Menschen. Die Verordnung erfolgt meist durch den Arzt oft ohne weitere Indikationsprüfung; so kommt es dann zur Einnahme über Monate oder auch Jahre. Demgegenüber ist eine „high-dose-dependence“ (Hochdosis-Abhängigkeit) viel seltener und findet sich häufig bei Mehrfachabhängigen. Hier entsteht über eine Toleranzentwicklung eine rasche Dosissteigerung und schließlich eine massive psychische und auch körperliche Abhängigkeit mit schweren Entzugssymptomen beim Absetzen. Typisch ist eine starke Fixierung auf die verwendeten Medikamente, ein heimlicher Konsum, „Doctor-hopping“ und eine Indikationserweiterung. Die Medikamente werden für oder gegen die unterschiedlichsten Befindlichkeiten »



» eingenommen. Durch einen Langzeitkonsum kommt es neben der Gewöhnung zu einem Wirkungsverlust oder auch zu einer Wirkumkehr sowie zu zunehmenden kognitiven Beeinträchtigungen und zu einem erhöhten Sturzrisiko durch die muskel-relaxierende Wirkung der Benzodiazepine.

Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen

Alle Benzodiazepine - auch die sogenannten „Z-Drugs“ (Zolpidem) - können bei längerfristiger Anwendung zur körperlichen und psychischen Abhängigkeit führen. Die Entzugssymptome beim Absetzen sind meist sehr ausgeprägt und können über Wochen bis Monate andauern. Typische Entzugssymptome sind Unruhezustände, Schlafstörungen, Muskelschmerzen, Zittern, Schwitzen bis hin zu deliranten Zustandsbildern und epileptischen Entzugsanfällen. Auch treten häufig Angstzustände und depressive Verstimmungen während der Entzugsphase auf. Aufgrund der Schwere der Entzugssymptomatik sollte ein Benzodiazepin-Entzug unter stationären Bedingungen - vorzugsweise in einer spezifischen Suchteinrichtung - durchgeführt werden. Eine ambulante Entzugsbehandlung sollte - wenn überhaupt - nur bei einer Niedrigdosis-Abhängigkeit und bei guter Compliance angedacht werden. Hier soll die Benzodiazepin-Reduktion langfristig, schrittweise und nur unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden. Klinisch bewährt hat sich die Umstellung auf eher lang wirksame Substanzen wie Diazepam, weil kurz wirksame Benzodiazepine subjektiv wahrnehmbare Entzugssymptome verursachen können. Bei einer starken psychischen Fixierung der Patienten auf die zu entziehende Substanz wäre eine „Blindgabe“ mit Benzodiazepinen in Tropfenform möglich.

Um Entzugsanfällen vorzubeugen, soll eine antiepileptische Abschirmung erfolgen, die nach vollendetem Benzodiazepin-Entzug wieder ausgeschlichen wird. Auch gibt es für Pregabalin beim Benzodiazepin-Entzug als unterstützende Medikation erste positive Ergebnisse. Neben der Entzugsbehandlung muss eine Diagnostik und Behandlung von komorbiden psychischen Störungen erfolgen; ebenso die therapeutische Arbeit an Suchtauslösenden und Sucht-erhaltenden Faktoren.

Psychostimulantien

Psychostimulantien wirken generell anregend, Appetit-hemmend, erzeugen ein vermindertes Schlafbedürfnis und schaffen Wohlgefühl bis hin zur euphorischen Stimmungslage.

Dazu gehören Medikamente zur Behandlung von ADHS wie Methylphenidat, aber auch Coffein in Arzneimitteln sowie Ephedrin, das

häufig in Grippemittel zu finden ist. Typisch für den Entzug dieser Substanzen sind depressive Verstimmungen, Dysphorie und ein starkes Craving. Es gibt nach wie vor keine Evidenzbasierten pharmakologischen Strategien zur Entzugsbehandlung von Psychostimulantien. Wegen der klinischen Symptomatik haben sich zumindest Antidepressiva gut bewährt. Am Beginn des Psychostimulantien-Entzugs braucht es in der Regel stationäre Behandlungssettings, denen eine ambulante Langzeitbehandlung zu folgen hat.

Laxantien

Obstipation stellt für viele Menschen ein Tabuthema dar, wodurch viele Betroffene versuchen, ihre Beschwerden selbst mit unterschiedlichen Medikamenten zu behandeln. Der längere Gebrauch von Abführmittel führt jedoch zur Gewöhnung und zur verstärkten Obstipation. Aufgrund der in der Regel fehlend psychotropen Wirkung von Laxantien kann hier nicht von einer Suchtentwicklung im engeren Sinne gesprochen werden. Der problematische Gebrauch kann hier bei einer bis zur 100-fachen Tagesdosis liegen. Diese Präparate sollten in der Ausschleichphase maximal zweimal pro Woche verwendet werden und alternativ sollte auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Ballaststoff-reiche Ernährung und viel Bewegung geachtet werden. ☺

Zusammenfassung

Die Medikamentenabhängigkeit stellt eine eine äußerst komplexe und häufige Suchterkrankung dar, die meist lange unerkannt bleibt. Häufig findet sich eine Niedrigdosis-Abhängigkeit. Vor allem bei älteren Patienten ist eine wiederholte Indikationsprüfung angezeigt, um der Entwicklung einer möglichen Abhängigkeit vorzubeugen.

Literatur bei den Verfassern

*) Univ. Prof. Dr. Michael Musalek, Dr. Roland Mader; beide: Anton Proksch Institut, Gräfin Zichy Straße 4-6, 1230 Wien; Tel.: 01/88010-101; E-Mail: michael.musalek@api.or.at

Lecture Board

Univ. Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Medizinische Universität Graz
Univ. Prof. Dr. Christian Haring, Landeskrankenhaus Hall, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B

Fortbildungsanbieter

Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ zwei Punkte für das DFP zu erwerben.

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein. Eine Frage gilt als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.

Schicken Sie diese Seite bis 26. April 2019 an:
Verlagshaus der Ärzte GmbH, z. Hd. Claudia Chromy
Nibelungengasse 13, 1010 Wien,
Faxnummer: 01/376 44 86
E-Mail: c.chromy@aerzteverlagshaus.at



www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium

Bitte deutlich ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!

Name:

ÖÄK-Arztnummer:-.....

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für

- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto.
Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

Altersgruppe:

- < 30 31-40 41-50 51-60 > 60

1) Was ist typisch für eine Niedrigdosis-abhängigkeit? (zwei Antworten richtig)	
a)	Häufig bei jüngeren Menschen
b)	Fehlende Dosissteigerung
c)	Häufig bei älteren Menschen
2) Welche Medikamente werden für einen Benzodiazepin-Entzug vorzugsweise verwendet? (eine Antwort richtig)	
a)	Lang wirksame Substanzen wie Diazepam
b)	Kurz wirksame Substanzen wie Triazolam
c)	Mehrere Substanzen unterschiedlicher Wirkdauer gleichzeitig
3) Was sind typische Entzugssymptome eines Benzodiazepin-Entzugs? (zwei Antworten richtig)	
a)	Unruhezustände
b)	Schlafstörungen
c)	Manisches Zustandsbild
4) Welche Medikamente haben sich bei einem Benzodiazepin-Entzug zusätzlich bewährt? (zwei Antworten richtig)	
a)	Antiepileptika
b)	Analgetika
c)	Pregabalin
5) Was sind die Charakteristiken des Analgetika-Kopfschmerzes? (zwei Antworten richtig)	
a)	Kopfschmerz nach erstmaliger Einnahme eines Analgetikums
b)	Begleitsymptome wie Schwindel, Übelkeit, innere Unruhe
c)	Kopfschmerz bei dauerhafter Einnahme von Schmerzmittel oder nach dem Absetzen einer Dauermedikation
6) Wie hoch ist in etwa der Frauenanteil bei der Medikamentensucht in Prozent? (eine Antwort richtig)	
a)	Gleich hoch wie bei Männern
b)	Doppelt so hoch wie bei Männern
c)	Halb so hoch wie bei Männern

Zwei Drittel der Fragen richtig beantwortet: 0