

Medikamente

DHS Info

Basisinformationen



2	medicamentum (lat. Heilmittel)
4	Gebrauch, Missbrauch, Abhängigkeit
6	Aktuelle Zahlen
8	Nebenwirkung Sucht
10	Schlaf- und Beruhigungsmittel <ul style="list-style-type: none">• Benzodiazepine• Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon
16	Anregungsmittel
18	Schmerzmittel <ul style="list-style-type: none">• Peripher wirksame Analgetika• Zentral wirksame Analgetika
24	Missbrauch anderer Arzneimittel
26	Psychopharmaka
28	Schwangerschaft und Stillzeit
30	Kinder und Jugendliche
32	Frauen und Männer
34	Ältere Menschen
36	Straßenverkehr und Beruf
38	Doping
40	Arzneimittelmarkt
42	Arzneimittelsicherheit
44	Information, Rat und Hilfe
46	Die DHS



Der Begriff Arzneimittel umfasst sowohl Medikamente, als auch Mittel zur Diagnose von Erkrankungen (z. B. Kontrastmittel) oder zum Ersetzen von Körperflüssigkeiten (z. B. Blutpräparate) oder Impfstoffe. Medikamente dienen der Heilung, Vorbeugung oder Linderung von Krankheiten. Neben dem unbestreitbaren und oft auch lebensrettenden Nutzen können Medikamente jedoch auch schaden, wie es das verkürzte Zitat »Die Dosis macht das Gift« nach Paracelsus zum Ausdruck bringt.

Anzeichen für die Verwendung von Arzneimitteln lassen sich bis in die Frühgeschichte der Menschheit zurückverfolgen. Pflanzliche, tierische und mineralische Stoffe wurden als Medikamente verwendet und ihre Wirkungen und Anwendungsgebiete im Laufe von Jahrhunderten nicht nur von Heilkundigen untersucht und beschrieben, sondern auch im Rahmen der Volksheilkunde überliefert. Berausende und schmerzlindernde Stoffe fanden im medizinischen und im religiösen Rahmen Anwendung, waren aber seit jeher auch ohne heilenden oder heiligen Hintergrund beliebt.

Die systematische Untersuchung der chemischen Inhaltsstoffe von Pflanzen führte 1806 zur Entdeckung des Schmerzmittels Morphin. Durch das Isolieren einzelner Wirkstoffe wurde es möglich, Arzneimittel mit gleichbleibendem Wirkstoffgehalt zu erstellen und deren Wirkung genauer zu untersuchen. Die Beobachtung der Suchtgefahr von Morphin führte zu weiteren Bemühungen bei der Entwicklung neuer entsprechender Medikamente. So hat auch das heute verbotene Heroin seine Karriere 1898 als Medikament begonnen.

In der Gegenwart werden Arzneimittelwirkstoffe überwiegend synthetisch hergestellt. Die Entwicklung und industrielle Produktion von Medikamenten stellen einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar. In Deutschland sind zurzeit rund 50 000 verschiedene Arzneimittel im Handel. Viele besitzen neben ihrer erwünschten Wirkung unterschiedliche unerwünschte »Nebenwirkungen«. Von allen verordneten Medikamenten besitzen etwa 4-5 % ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Mit geschätzten 1,4 Millionen Menschen gibt es in Deutschland fast ebenso viele Medikamentenabhängige wie Alkoholabhängige.

medicamentum

(lat. Heilmittel)

Medikamente dienen der Vorbeugung, Linderung oder Heilung von Krankheiten.

Bei der Anwendung von Medikamenten können unterschiedliche, unerwünschte »Nebenwirkungen« auftreten.

Etwa 4-5 % aller verordneten Medikamente besitzen ein eigenes Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial.

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

zum Weiterlesen

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen (Hg.):
Jahrbuch Sucht
Geesthacht: Neuland, erscheint jährlich

Drogenbeauftragte der
Bundesregierung:
Aktionsplan Drogen und Sucht
Bundesministerium für Gesundheit
www.bmg.bund.de

Wolf-Dieter Müller-Jahncke,
Christoph Friedrich, Ulrich Meyer:
Arzneimittelgeschichte
2., überarb. und erw. Auflage
Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., 2005

Ein sinnvoller Gebrauch von Medikamenten setzt in der Regel eine sorgfältige Diagnose sowie eine Planung und Kontrolle der Behandlung voraus. Die Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial steht in Zusammenhang mit unterschiedlichen Beschwerden und Erkrankungen.

Von Missbrauch spricht man in diesem Zusammenhang, wenn Medikamente zum Erreichen eines bestimmten Befindens funktionalisiert werden, ohne dass eine entsprechende Indikation vorliegt oder wenn die Mittel in unangemessen hoher Dosierung und länger als notwendig eingenommen werden.

Die Diagnose der Medikamentenabhängigkeit orientiert sich an der ICD 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision), einem international anerkannten Klassifikationssystem für Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In der Praxis zeigt sich allerdings, dass dieses Diagnosesystem bestimmte Formen der Abhängigkeit von Arzneimitteln nicht ausreichend erfasst. Dazu gehört die Niedrigdosisabhängigkeit (low-dose-dependency) von Benzodiazepinen. Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Familie der Benzodiazepine werden oft jahrelang in gleich bleibender, ärztlich verordneter Menge eingenommen, ohne die Dosis zu steigern.

Ein Absetzen der Medikamente gelingt schwer, da die auftretenden Entzugserscheinungen als erneutes Auftreten der Ausgangsbeschwerden gedeutet werden. Bei den Patientinnen und Patienten ist ein Problembewusstsein in Richtung einer möglichen Abhängigkeit normalerweise selten vorhanden. Der Drang zum fortgesetzten Konsum wird gegenüber den behandelnden Ärztinnen oder Ärzten oft nicht geäußert und erst beim Absetzen des Medikamentes deutlich.

In der Praxis wird Medikamentenabhängigkeit häufig auch erst in einem sehr späten Stadium der Erkrankung oder bei polyvalentem Konsum (d.h. gleichzeitig oder im Wechsel mit Alkohol oder anderen Drogen) erkannt.

Gebrauch, Missbrauch, Abhängigkeit

Die Diagnose der Abhängigkeit von suchterzeugenden Substanzen nach ICD 10 kann gestellt werden, wenn während der letzten zwölf Monate drei oder mehr der sechs folgenden Kriterien gleichzeitig erfüllt waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, eine psychotrope Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, mit substanzspezifischen Entzugssymptomen oder Ersatzkonsum, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Wirkungsverlust und Toleranzentwicklung, so dass höhere Mengen erforderlich sind, um die ursprüngliche Wirkung hervorzurufen.
5. Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums wegen erhöhtem Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Die Diagnose der Medikamentenabhängigkeit ist wegen unterschiedlicher Konsummuster und Abhängigkeitsverläufe schwierig. Ein Teil der Abhängigkeiten bewegt sich im Rahmen der ärztlichen Verordnung (Niedrigdosis-Abhängigkeit) und wird erst beim Absetzen des Medikamentes deutlich. Von Medikamentenmissbrauch spricht man, wenn Arzneimittel ohne Indikation zum Erzeugen bestimmter Zustände oder Befindlichkeiten eingesetzt werden.

In Deutschland sind schätzungsweise etwa 1,4 Millionen der 18-59-jährigen Bevölkerung abhängig von Medikamenten mit Suchtpotenzial.

Nach den aktuellen Ergebnissen der »Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland« nehmen Frauen weitaus öfter mindestens einmal pro Woche Medikamente ein als Männer. Während 19,1 % der Frauen mindestens einmal wöchentlich ein Medikament mit Suchtpotenzial zu sich nehmen, sind es bei Männern nur 14,5 %.

Die Konsumrate steigt außerdem mit zunehmendem Alter. Sind es bei den 18-20-Jährigen noch 10,6 % Personen mit wöchentlichem Konsum von Medikamenten mit Suchtpotenzial, so sind es bei den 50-59-Jährigen etwa doppelt so viele (21,3 %).

In der Befragung wurden außerdem Anzeichen für einen problematischen Medikamentengebrauch erfasst. Hierzu diente ein Zusatzfragebogen mit Aussagen wie »Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe« oder »Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang«. Auch Personen, die nicht die Kriterien einer Abhängigkeit vollständig erfüllen, sollten so erkannt werden. Die Befragung zeigt einen Anstieg des problematischen Gebrauchs von Medikamenten von 4,3 % im Jahr 2003 auf 4,7 % im Jahr 2006.

Sowohl die Gruppe der Frauen als auch die Gruppe der Älteren insgesamt sind vom Problem des problematischen Medikamentengebrauchs am deutlichsten betroffen. Frauen zeigen mit 5,4 % einen Vorsprung gegenüber Männern mit 3,5 %. Insgesamt gilt: Bei fast jedem neunten der 50-59-Jährigen liegt ein problematischer Medikamentengebrauch vor.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Selbstmedikation über Internetapotheken und andere Anbieter im Internet ist mit einem Anstieg des problematischen Gebrauchs von Medikamenten zu rechnen.

Aktuelle Zahlen

30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme

Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen						
	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
16,8	14,5	19,1	10,6	12,1	12,5	14,0	16,6	21,3	24,5

Problematischer Medikamentengebrauch

Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen						
	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
4,7	4,0	5,6	3,7	3,5	2,6	3,9	4,7	5,9	8,4

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

In Deutschland sind zurzeit rund 50 000 verschiedene Arzneimittel im Handel. Von allen verordneten Arzneimitteln besitzen etwa 4-5 % ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Bei sachgerechter Verordnung und Anwendung wird das Risiko eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeitsentwicklung als gering angesehen. Geschätzte 30-35 % der Medikamente mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial werden aber nicht wegen akuter medizinischer Probleme, sondern langfristig zur Suchterhaltung und Vermeidung von Entzugerscheinungen verordnet.

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

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

Die zu den Psychopharmaka gehörenden Antidepressiva und Neuroleptika besitzen ein geringes eigenständiges Abhängigkeitspotenzial. Aufgrund ihrer steigenden Verordnungsraten – vermutlich als Alternative zu den Schlaf- und Beruhigungsmitteln – werden sie in diesem Zusammenhang vorgestellt (> Seite 26).

Nebenwirkung Sucht

Von allen in Deutschland verordneten Arzneimitteln besitzen etwa 4-5 % ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial.

Die wichtigsten Medikamente mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial gehören zu den Gruppen der Schlaf- und Beruhigungsmittel, der Anregungsmittel sowie der Schmerz- und Betäubungsmittel.

Antidepressiva und Neuroleptika besitzen nur ein geringes stoffbezogenes Abhängigkeitspotenzial. Ihre zunehmende Verordnung als Ersatz für bestimmte Schlaf- und Beruhigungsmittel ist jedoch kritisch zu betrachten.

zum Weiterlesen

Wolfgang Poser, Siegrid Poser:
*Medikamente – Missbrauch und Abhängigkeit
Entstehung – Verlauf – Behandlung*
Stuttgart: Thieme, 1996

Gerd Glaeske, Judith Günther, Sabine Keller:
Nebenwirkung Sucht
München: Kunstmann, 1997

Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath (Hrsg.)
Arzneiverordnungsreport (erscheint jährlich)
Berlin; Heidelberg: Springer

Weitere Angaben zu Verordnungstrends in dieser Broschüre beziehen sich, falls nicht anders angegeben, auf die entsprechenden Kapitel im Arzneiverordnungsreport.

Im Jahr 2007 wurden in Deutschland 29,5 Millionen Packungen Schlaf- und Beruhigungsmittel verkauft. Dabei handelte es sich vor allem um Benzodiazepine und benzodiazepinähnliche Wirkstoffe sowie zu 40 % um pflanzliche Extrakte aus Baldrian, Hopfen oder Passionsblumen. Die Verordnungen sind seit 1992 um 55 % zurückgegangen. Betroffen sind fast alle Gruppen (Benzodiazepine, pflanzliche und homöopathische Schlafmittel), nicht jedoch die neueren benzodiazepin-ähnlichen Wirkstoffe Zolpidem und Zopiclon. Darüber hinaus werden weitere Substanzen als Schlafmittel eingesetzt. Nur zwei davon finden sich unter den 3000 verordnungshäufigsten Arzneimitteln: Chloralhydrat und das Antihistaminikum Doxylamin.

Im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde der Arzneimittelkonsum im Zusammenhang mit den jeweiligen Indikationen ausgewertet. Für die Gruppe der benzodiazepin- und/oder barbitursäurehaltigen Mittel wurde festgestellt, dass in über 80 % der Fälle die entsprechenden Medikamente drei Monate und länger angewendet wurden. Mit steigender Anwendungsdauer steigt auch das Risiko einer Abhängigkeit.

Bei den Indikationen fällt auf, dass ebenfalls in über 80 % der Fälle die Diagnosen in die Kategorie »Symptome, Zeichen und ungenau bezeichnete Zustände« eingeordnet wurden. Hierunter fielen zu etwa 50 % Schlafstörungen sowie zu 25 % Erregung, Spannungszustände, innere Unruhe und Nervosität. Angesichts des hohen Risikos einer Medikamentenabhängigkeit sollten sowohl alternative Medikamente, als auch psychoedukative Maßnahmen und Entspannungsverfahren stärker als bisher in die Behandlung einbezogen werden.

Im Hinblick auf Abhängigkeitsrisiken sind vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Benzodiazepin-Familie (> Seite 12) von Bedeutung. Die zunehmend ersatzweise verschriebenen, benzodiazepinähnlichen Wirkstoffe Zolpidem und Zopiclon (> Seite 14) besitzen ein geringeres Abhängigkeitspotenzial, werden aber dennoch kritisch diskutiert.

Schlaf- und Beruhigungsmittel

(Hypnotika, Sedativa und Tranquillantien)

Hypnotika dienen der symptomatischen Therapie von Schlafstörungen. Der Übergang zu den Sedativa, die vorwiegend tagsüber zur Beruhigung eingesetzt werden, ist fließend.

Tranquillantien werden vorwiegend zur Dämpfung von Angst- und Spannungszuständen verordnet, dazu kommen die Sedierung bei schweren somatischen Erkrankungen, vor operativen Eingriffen sowie im Alkoholentzug.

Die Abgrenzung zwischen den beiden Medikamentengruppen erscheint zum Teil willkürlich, da es sich um ähnliche und vergleichbar wirkende Stoffe handelt.

zum Weiterlesen

Hildtraud Knopf, Hans-Ulrich Melchert:
*Bundes-Gesundheitssurvey:
Arzneimittelgebrauch –
Konsumverhalten in Deutschland –
Beiträge zur Gesundheitsberichter-
stattung des Bundes*
Berlin: Robert Koch-Institut, 2003

Stiftung Warentest (Hrsg.):
*Wenn der Schlaf gestört ist – Ursachen,
Selbsthilfe, gezielte Behandlung*
Berlin: Stiftung Warentest, 2002

Als erste Benzodiazepine wurden im Jahr 1960 Chlordiazepoxid (Librium®) und 1963 Diazepam (Valium®) als Schlafmittel angeboten. Benzodiazepine wirken dämpfend, schlaffördernd, angstlösend, krampflösend und muskelentspannend. Unterschieden werden die Wirkstoffe nach der Zeit, in der die Hälfte der Substanz im Körper abgebaut ist (Halbwertszeit: HWZ). Dies wird durch Umverteilungsprozesse im Körper, aktive Metaboliten (Stoffwechselprodukte der Wirkstoffe) und verschiedene patientenbezogene Variablen beeinflusst. Es gibt kurzwirkende (HWZ 2,5 bis 8 Stunden), mittellangwirkende (HWZ 15 bis 30 Stunden) und langwirkende (HWZ bis zu 250 Stunden) Benzodiazepine.

Zur kurzzeitigen Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen werden Mittel mit kurzer und mittellanger Wirkdauer empfohlen. Langwirksame Präparate werden zur Beruhigung und Dämpfung genutzt. Bei Schlafmitteln, besteht die Gefahr von Nachwirkungen am nächsten Morgen (hang over). Dies führt vor allem bei betagten Menschen zu Trittunsicherheit mit der Gefahr von Stürzen und Knochenbrüchen. Darüber hinaus besteht das Risiko der Kumulation, d. h. der Wirkstoff wird bis zur nächsten Einnahme nicht vollständig abgebaut und sammelt sich im Verlauf der Zeit im Körper an.

Benzodiazepine können nach wenigen Wochen einen deutlichen Wirkungsverlust zeigen und auch in therapeutischen Dosen zu einer Abhängigkeit führen. Unterschieden werden die Niedrigdosis-Abhängigkeit, bei langfristiger Einnahme gemäß der ärztlichen Verordnung zur Vermeidung von Entzugssymptomen und die Hochdosis-Abhängigkeit, in deren Verlauf es zu einer deutlichen Dosissteigerung kommt. Die Entzugssymptome werden oft als Wiederkehr der Ursprungssymptome (wie Schlaflosigkeit) fehlgedeutet und so ein Teufelskreis mit fortgesetztem Gebrauch in Gang gesetzt.

Kritisch zu bewerten ist die Langzeitbehandlung von Angstzuständen, ängstlich-depressiven Verstimmungen und psychosomatischen Beschwerden mit Benzodiazepinen. Die Risiken bestehen in der Entwicklung einer Abhängigkeit sowie der Chronifizierung der zugrunde liegenden Störungen. Vermutlich werden Benzodiazepine nicht unbedingt zu oft (im Sinne falscher Indikationen), sondern eher zu lange verordnet.

Benzodiazepine

Die im Jahr 2007 meistverkauften benzodiazepin-haltigen Schlaf- und Beruhigungsmittel sind als Zopiclon ratio[®], Zolpidem-ratio[®], Stilnox[®], Noctamid[®], Lendormin[®], Radedorm[®], Planum[®], Rohypnol[®] und Flunitrazepam ratio[®] im Handel.

Die zehn meistverkauften Tranquilizer auf Benzodiazepinbasis im Jahr 2007 waren Diazepam-ratiopharm[®], Tavor[®], Bromazani-Hexal[®], Oxazepam-ratiopharm[®], Adumbran[®], Lorazepam-neurax[®], Normoc[®], Lexotanil 6[®], Lorazepam ratio[®] und Faustan[®].

Als Verschreibungsempfehlung gilt die 4-K-Regel:

- Klare Indikation
- Kleine Dosis
- Kurze Anwendungsdauer (14 Tage)
- Kein abruptes Absetzen

In Deutschland sind schätzungsweise 1,1 Millionen Menschen von Benzodiazepinen abhängig. Jedoch gehen die Verordnungen seit Jahren beständig zurück. Bisher kaum untersucht ist, wie dieser Rückgang ausgeglichen wird: durch Verordnung anderer Schlaf- und Beruhigungsmittel bzw. Antidepressiva (> Seite 26), Selbstmedikation, Privatrezepte, nicht-medikamentöse Maßnahmen oder Unterversorgung der entsprechenden Beschwerden.

Quelle: Gerd Glaeske: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2009. Geesthacht: Neuland, 2005, S. 72-98.

zum Weiterlesen

Benzodiazepine

Die Sucht und ihre Stoffe – Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe, Nr. 1

Das Faltblatt kann kostenlos bei der DHS (> Seite 45) bestellt werden. Es steht auch auf der Internetseite der DHS zum Download zur Verfügung: www.dhs.de

Als Schlafmittel der »dritten Generation« gelten die so genannten »Z-Drugs« Zolpidem (z. B. Stilnox®), Zopiclon (z. B. Zopiclon ratiopharm®) und Zaleplon (Sonata®), die seit Ende der 70er bzw. Ende der 80er Jahre auf dem Markt sind. Sie sind chemisch nicht mit den Benzodiazepinen verwandt, besitzen aber pharmakologisch ähnliche Eigenschaften. Während die Verordnungen der meisten Schlaf- und Beruhigungsmittel seit 1992 um 55 % zurückgegangen sind, konnten die neueren Schlafmittel Zolpidem und Zopiclon Zuwächse verbuchen.

Der Wirkstoff Zaleplon ist sehr kurz wirksam (Halbwertszeit eine Stunde) und zeigt gute Wirkungen bei Einschlafstörungen sowie eine geringe Beeinträchtigung von Psychomotorik und Gedächtnis. In Deutschland spielt dieses Medikament wegen der sehr kurzen Wirkdauer bei den Verordnungen bisher eine untergeordnete Rolle. Eine ähnliche Wirkung wie kurz wirksame Benzodiazepine zeigt Zolpidem (Halbwertszeit zwei Stunden, rasche Anflutung). Zu den unerwünschten Wirkungen zählen aber schwerwiegende Nebenwirkungen, wie z. B. visuelle Wahrnehmungsstörungen, Auslösen von Psychosen und – ähnlich wie bei bestimmten Benzodiazepinen – auch Gedächtnisstörungen (Amnesien) und optische Halluzinationen. Aus diesem Grund wurde der Wirkstoff von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf die Liste IV entsprechend der Konvention der Vereinten Nationen über psychotrope Substanzen gesetzt. Dies bedeutet, dass aus Sicht der WHO das Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko mit dem von Benzodiazepinen gleichgesetzt wird. Für Zopiclon (Halbwertszeit drei bis sechs Stunden) gibt es ebenfalls einzelne Berichte über schwerwiegende Nebenwirkungen.

Insgesamt haben sich in den letzten Jahren Hinweise bestätigt, dass die Mittel dieser Gruppe ein günstigeres Verhältnis von Risiken und Nutzen aufweisen als klassische Benzodiazepine. Das Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko von Zolpidem und Zopiclon scheint geringer zu sein, es wurden aber dennoch Missbrauchsfälle aus der klinischen Praxis gemeldet. Vor einer Verordnung dieser Substanzen an Benzodiazepinabhängige wird daher von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gewarnt.

Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon

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

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial in der Zwischenzeit auf die gleiche Stufe wie das für Benzodiazepine gestellt.

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

zum Weiterlesen

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:
Keine Verordnung von Zolpidem bei bekannter Benzodiazepinabhängigkeit
Deutsches Ärzteblatt, Heft 10, 1999

Die Konvention der Vereinten Nationen über psychotrope Substanzen von 1971 sowie die aktuellen Listen kontrollierter psychotroper Substanzen stehen in englischer Sprache auf der Internetseite des Internationalen Suchtstoffkontrollrates als Download zur Verfügung:

www.incb.org/incb/en/psychotropic_substances.html

Die wichtigste Indikation für die Verordnung von Psychostimulanzien in Deutschland ist die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) bei Kindern. Die Verordnung von Methylphenidat (z. B. Ritalin®, Medikinet®) nahm in den letzten 10 Jahren deutlich zu. Die Behandlung von Kindern mit Psychopharmaka wird in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite wird kritisiert, dass unerwünschtes Verhalten von Kindern mit Hilfe von chemischen Substanzen reguliert wird. Unterstellt wird hierbei, dass dies in erster Linie im Interesse von Eltern und Erziehungspersonen stehe, welchen die Bereitschaft fehle, sich mit den Ursachen des kindlichen Verhaltens auseinanderzusetzen. Auf der anderen Seite wird dagegen eingewandt, dass es sich bei der ADHS um eine Erkrankung handle, deren frühzeitige und effektive Behandlung nicht die Eltern, sondern vor allem die Kinder vor den leidvollen und einschränkenden Symptomen und daraus resultierenden Folgeschäden bewahren könne. Vor allem Elternverbände sprechen sich inzwischen nachdrücklich für die medikamentöse Therapie aus.

Als problematisch erweisen sich Verordnungen bei überhöhten Dosen und nachlässiger Indikationsstellung. Notwendig für eine sachgerechte Anwendung sind eine kinderpsychiatrisch abgesicherte Diagnose und sorgfältige Verlaufskontrolle. Die optimale Dosis von Methylphenidat muss sehr individuell bestimmt werden. Bei sachgerechter Anwendung wird kein Suchtrisiko für die behandelten Kinder erwartet.

Im Hinblick auf die Abhängigkeit durch verschriebene Medikamente spielen Stimulanzien derzeit eine geringe Rolle. Die entsprechenden Substanzen finden sich eher im illegalen Markt wieder. Der Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen warnt in diesem Zusammenhang vor dem wachsenden illegalen Handel im Internet.

Als weitere anregende Substanz nicht nur in Genussmitteln, sondern auch als Zusatz in Schmerz- und Erkältungsmitteln ist das Coffein verbreitet. Dabei ist umstritten, ob Coffein als Suchtstoff bezeichnet werden kann. Bekannt ist die Missbrauch fördernde Wirkung als Zusatz bei Schmerzmitteln sowie der Missbrauch unter Berufskraftfahrern und Schichtarbeitern. Regelmäßiger Coffeinkonsum, auch in Form von Kaffee, führt zur Toleranzsteigerung. Beim Absetzen kommt es häufig zu Entzugskopfschmerzen.

Anregungsmittel

(Stimulanzien)

In Deutschland werden Psychostimulanzien im Wesentlichen bei Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern verordnet. Die Verwendung von Stimulanzien in Schlankheitsmitteln hatte in den vergangenen Jahren zu häufigen Missbrauchsfällen geführt. Deshalb wurden diese Medikamente der Betäubungsmittelrezeptpflicht unterstellt. Zur Behandlung von Adipositas gelten Psychostimulanzien als Appetitzügler mittlerweile als überholt. Darüber hinaus sind anregende Substanzen wie Amphetamine vor allem als illegale Drogen bekannt (Speed, Ecstasy).

zum Weiterlesen

Das Bundesministerium für Gesundheit stellt im Internet Eckpunkte zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS sowie entsprechende Forschungsberichte zur Verfügung:

www.bmg.bund.de

Internationaler Suchtstoffkontrollrat:

Jahresbericht 2008

Der englischsprachige Bericht ist im Internet verfügbar:

www.incb.org/incb/annual-report-2008.html

Amphetamine

Die Sucht und ihre Stoffe – Ein Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe, Nr. 8

Das Falblatt kann kostenlos bei der DHS (> Seite 45) bestellt werden. Es steht auch auf der Internetseite der DHS zum Download zur Verfügung: www.dhs.de

Schmerzen haben eine Schutz- bzw. Warnfunktion. Sie verweisen meist auf bestehende Erkrankungen oder Verletzungen. Neuere Untersuchungen belegen aber auch, dass sich Schmerzen »verselbstständigen« und zu einer eigenständigen Erkrankung entwickeln können, wenn sie zu lange andauern oder nicht angemessen behandelt werden. Auch kann der Körper ein so genanntes »Schmerzgedächtnis« entwickeln und hierdurch Schmerzempfindungen schneller und früher auslösen. Deshalb sollen Schmerzen frühzeitig und ausreichend behandelt werden. Allerdings werden unterschiedliche Auffassungen darüber vermutet, was dies aus medizinischer Sicht und in der alltäglichen Praxis der Selbstmedikation bedeutet.

Laut Repräsentativerhebung (> Seite 7) haben im Jahr 2006 in Deutschland 60,8 % der Wohnbevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren ein Schmerzmittel (Analgetikum) eingenommen. Dabei gaben 77,7 % an, dass sie versuchen, möglichst lange ohne Schmerzmittel auszukommen. Dagegen gaben 27,7 % an, bei Kopfschmerzen sofort ein Schmerzmittel zu benutzen.

Schmerzmittel können nach ihrem Wirkort bei der Schmerzentstehung unterschieden werden. Die peripher wirkenden Analgetika (> Seite 20) verhindern den Schmerz am Entstehungsort im äußeren Nervensystem und wirken teilweise auch fiebersenkend und entzündungshemmend. Rezeptfreie Schmerzmittel werden häufig zur Selbstmedikation bei Kopfschmerzen und Erkältungen eingesetzt.

Migränemittel wirken durch die Verengung der Blutgefäße im Gehirn gegen die anfallsartig auftretenden Migränekopfschmerzen. Bei starken Schmerzen besteht die Gefahr der missbräuchlichen Überdosierung, die bei empfindlichen Menschen zu Vergiftungserscheinungen mit weiteren Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen führen kann.

Zentral wirksame Analgetika (> Seite 22) unterdrücken durch ihre Wirkung die Weiterleitung von Schmerzimpulsen im Rückenmark und Gehirn – dem zentralen Nervensystem. Hierzu zählen die stark wirksamen Opiate und die opiat-ähnlichen bzw. opioiden Analgetika. Beide Gruppen fallen unter das Betäubungsmittelgesetz.

Schmerzmittel (Analgetika)

Chronische Schmerzpatienten wurden in Deutschland aus Angst vor einer Suchtentwicklung lange Zeit unterversorgt. Seit 1996 nehmen die Verordnungen opioider Analgetika kontinuierlich zu. Dies entspricht dem aktuellen medizinischen Standard in der Schmerztherapie. Bei sachgerechter Anwendung von Opioiden sind Abhängigkeiten in Folge der medizinischen Behandlung selten.

Das WHO-Stufenschema wurde für die Tumorschmerztherapie entwickelt und auch auf andere Schmerzerkrankungen übertragen. Empfohlen wird, möglichst Einzelsubstanzen (Monopräparate) zu verwenden, solange der Schmerz damit beherrscht werden kann.

Stufe 1

Bei schwachen bis mäßigen Schmerzen genügen nicht-opiathaltige Schmerzmittel.

Stufe 2

Bei stärkeren Schmerzen werden schwache Opioide angewendet. Diese können bei Bedarf mit Analgetika aus der Stufe I kombiniert werden.

Stufe 3

Bei starken Schmerzen werden starke Opioide eingesetzt. Auch hier sind wiederum Kombinationen mit nicht-opioiden Analgetika bei entsprechender Indikation (z. B. entzündlichen Erkrankungen) möglich.

zum Weiterlesen

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

Bei den peripher wirkenden Schmerzmitteln nahmen im Jahr 2007 die rezeptfreien Präparate rund 80 % der verkauften Packungen weiterhin den Löwenanteil unter den Schmerzmitteln ein. Zu den wichtigsten Wirkstoffen dieser Kategorie zählen Acetylsalicylsäure (z. B. Aspirin®) und Paracetamol (z. B. Paracetamol ratiopharm®), hinzu kommt Ibuprofen (z. B. Dolormin®), welches auch bei rheumatischen Beschwerden eingesetzt wird. Diese Substanzen wirken schmerzstillend, fiebersenkend und teilweise auch entzündungshemmend. Sie werden vor allem bei gelegentlichen, leichten bis mittleren Schmerzen angeboten.

Das Abhängigkeitspotenzial von rezeptfreien Schmerzmitteln liegt nicht in den eigentlich schmerzstillenden Wirkstoffen, sondern in der Kombination mit psychisch wirksamen Substanzen, wie Codein (> Seite 22) oder Coffein. Coffein verleitet durch seine anregende Wirkung zu einem vermehrten Gebrauch der entsprechenden Mittel. Auf Platz 6 der meistverkauften Arzneimittel in Deutschland im Jahr 2007 befindet sich weiterhin ein kritisch zu bewertendes Kombinationsanalgetikum (Thomapyrin®).

Ein Missbrauch rezeptfreier Schmerzmittel kann im Bereich der Leistungssteigerung bzw. dem besseren Durchhalten bei Beschwerden in belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen entstehen. Die Gefahr liegt im Unterdrücken des Schmerzes als Warnsignal und der Verschlimmerung bzw. Chronifizierung der schmerzauslösenden Erkrankungen.

Die ständige Einnahme solcher Kombinationsanalgetika kann Dauerkopfschmerzen verursachen, die wiederum einen Teufelskreis der wiederholten Medikamenteneinnahme in Gang setzen – mit unterschiedlichen Organschädigungen und Nierenversagen als schwerwiegendster Folge.

Insgesamt wird geschätzt, dass bei 10-15 % der dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten die Nierenschädigung auf den übermäßigen Gebrauch von Kombinations-schmerzmitteln, vor allem mit Coffein zurückzuführen ist. Deshalb sollten Monopräparate den kombinierten Präparaten vorgezogen werden.

Peripher wirksame Analgetika

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

Der Missbrauch entsprechender Mittel führt zu dumpf-drückenden Dauerkopfschmerzen und kann einen Teufelskreis mit weiterem Konsum auslösen. Der langjährige Dauergebrauch großer Mengen von Schmerzmitteln kann verschiedene Organschäden bis hin zu einer Analgetika-Nephropathie (Nierenversagen) zur Folge haben.

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

zum Weiterlesen

Stiftung Warentest (Hrsg.):
Kopfschmerzen, Migräne
Berlin, 1993

Zu den zentral wirkenden Analgetika gehören die Opiate sowie die chemisch anders aufgebauten, aber von der Wirkung her opiat-ähnlichen bzw. opioiden Analgetika. Opium ist eines der ältesten bekannten Heilmittel, welches zur Beruhigung und Betäubung verwendet wurde. Aus ihm wurde bereits 1806 das Morphin als erstes chemisch definiertes Analgetikum isoliert. Die bald deutlich werdende Suchtgefahr dieses Stoffes setzte eine Suche nach weiteren starken Schmerzmitteln in Gang.

Aufgrund ihrer effektiven Wirkung gegen starke Schmerzen und mangels Alternativen sind Opioide bis heute die wichtigsten Medikamente bei der Behandlung starker Schmerzen. Eingesetzt werden sie gegen Tumorschmerzen, bei starken Schmerzen des Halte- und Bewegungsapparates sowie bei Neuropathien, Operationen und starken Akutschmerzen. Opioid Wirkstoffe (z. B. Codein) finden außerdem Verwendung in hustenstillenden Mitteln. Entsprechende Medikamente besitzen ein hohes Suchtpotenzial.

Die im Jahr 2003 am häufigsten verordneten Wirkstoffe sind Tramadol (z. B. Tramadol[®]), Morphin (z. B. MST Mundipharma[®]), Buprenorphin (Subutex Sublingual[®]), Fentanyl (Durogesic[®]) und Oxycodon (Oxygesic[®]). Die Medikamente werden je nach Wirkdauer regelhaft nach Zeitplan und unter Berücksichtigung von Tagesschwankungen des Schmerzes verabreicht. Zur gleichmäßigen Dosierung werden zunehmend retardierte (d. h. in ihrer Wirkstoffabgabe verzögerte) Präparate sowie Schmerzpflaster verordnet. Erfahrungen aus der Langzeittherapie von Schmerzpatienten belegen, dass Abhängigkeiten mit der Dauer der Behandlung nicht nennenswert zunehmen. Entscheidend ist die fortlaufende Kontrolle der Wirksamkeit und Verträglichkeit der verabreichten Medikamente.

Als Suchtmittel werden opioide Schmerzmittel vor allem von Konsumenten illegaler Drogen missbraucht. Entsprechende Mittel werden illegal gehandelt und als Ersatz z. B. für Heroin benutzt. Diese Ersatzfunktion wird auch in der medizinischen Substitution bei (noch) nicht abstinenzfähigen Drogenabhängigen genutzt. Durch die Vergabe von Substitutionsmitteln sollen Entzugerscheinungen verhindert und Begleiterscheinungen (z. B. Beschaffungskriminalität, Erkrankungen und Todesfälle durch verunreinigte oder gestreckte Drogen) reduziert werden.

Zentral wirksame Analgetika

Bei der Behandlung starker oder chronischer Schmerzen sind zentral wirksame Analgetika auf Opioidbasis unverzichtbar. Durch entsprechende therapeutische Kontrolle ist das Suchtrisiko während einer medizinischen Behandlung gering.

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

zum Weiterlesen

Schmerzmittel

Die Sucht und ihre Stoffe – Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe, Nr. 7

Das Faltblatt kann kostenlos bei der DHS bestellt werden. Es steht auch auf der Internetseite der DHS zum Download zur Verfügung:
www.dhs.de

Verbraucherzentrale NRW (Hrsg.):
Chronische Schmerzen – Therapieangebote, Wirksamkeit, Behandlungsqualität
Düsseldorf, 2004

Auch Arzneimittel, die nicht zu einer Abhängigkeit im engeren Sinne führen, können zu einer missbräuchlichen Anwendung verleiten und beträchtlichen Schaden anrichten.

Nasentropfen bzw. -sprays

Nasentropfen bzw. -sprays mit abschwellender Wirkung können bereits nach kurzer Zeit (fünf bis sieben Tage) zur Gewöhnung und zu einem arzneimittelbedingtem Schnupfen führen, der zu einer fortgesetzten Anwendung der Mittel führt.

Abführmittel (Laxantien)

Chemische oder pflanzliche Abführmittel, welche die Sekretion und Kontraktion des Darms fördern, führen ebenfalls zu einer Gewöhnung. Die dem Absetzen folgende Verstopfung programmiert den Dauergebrauch von Laxantien vor. Hiervon ausgenommen sind Abführmittel auf der Basis von Füll- und Quellstoffen, welche die natürliche Funktion des Darms unterstützen. Laxantien werden häufig im Zusammenhang mit Ess-Störungen missbraucht.

Harntreibende Mittel (Diuretika)

Die wasserausschwemmende Wirkung von Diuretika wird zur Gewichtsreduktion missbraucht. Durch den Wasserverlust werden lebenswichtige Mineralien ausgeschwemmt. Zu den schädlichen Folgen gehören Elektrolytmangel, Verstopfung durch Kaliummangel, Herz-Kreislauf-Schäden sowie Nierenschäden.

Hormone

Sexualhormone sollen den natürlichen Alterungsprozess hinauszögern (anti-aging). Speziell die weiblichen Sexualhormone (Östrogene) werden seit bekannt werden des erhöhten Brustkrebsrisikos seltener verwendet. Mit der Gabe von Wachstums- und Sexualhormonen soll auch der Muskelaufbau beim Doping (> Seite 38) im Bodybuilding beeinflusst werden.

Alkohol in Arzneimitteln

Alkohol dient häufig als Trägersubstanz für Arzneiwirkstoffe. Der Alkoholgehalt wird von den Verbraucherinnen und Verbrauchern allerdings oft unterschätzt. Risiken bestehen aufgrund möglicher Wechselwirkungen mit anderen Arzneien sowie in der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit bzw. einem gesteigerten Rückfallrisiko für abstinenten Alkoholranke.

Missbrauch anderer Arzneimittel

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

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

zum Weiterlesen

Gerd Glaeske, Judith Günther,
Sabine Keller:
Nebenwirkung: Sucht
München: Kunstmann, 1997

Im Zusammenhang mit Medikamentenabhängigkeit taucht häufig auch der Begriff ‚Psychopharmaka‘ auf. Hiermit werden Medikamente bezeichnet, die der Behandlung psychischer Beschwerden und neurologischer Erkrankungen dienen. Einige dieser Mittel werden auch als Narkosemittel oder zur Behandlung von Symptomen organischer Krankheiten eingesetzt. Zu den Psychopharmaka gehören hauptsächlich die Tranquillantien, Sedativa und Hypnotika (> Seite 10), die Stimulanzien (> Seite 16), Neuroleptika, Antidepressiva und die so genannten Phasenprophylaktika. Weitere Medikamente dienen beispielsweise der Behandlung von Epilepsien und von Demenzerkrankungen. Laut Bundes-Gesundheitssurvey (> Seite 11) nahmen im Jahr 1998 3,75 % der Frauen und 1,47 % der Männer zwischen 18 und 79 Jahren täglich ein Psychopharmakon ein.

Der Rückgang der Benzodiazepinverordnungen bis 1997 wurde von einer Zunahme der Verordnungen von niedrig dosierten Neuroleptika begleitet. Ihre Verwendung als Beruhigungsmittel wird kontrovers diskutiert, da Neuroleptika erhebliche Nebenwirkungen haben und auch bei niedrigen Dosierungen Einzelfälle von Bewegungsstörungen (Spätdyskinesien) beobachtet wurden – einer der schwersten und irreversiblen Nebenwirkungen dieser Substanzklasse. Mit zunehmender Aufmerksamkeit für die unerwünschten Wirkungen der Neuroleptika gingen die Verordnungen entsprechender Mittel wieder zurück.

Demgegenüber hat sich die Verschreibung von Antidepressiva seit 1994 mehr als verdoppelt. Dies geht nicht nur auf das kompensatorische Ersetzen von Benzodiazepinen zurück (z. B. bei ängstlich gefärbten, depressiven Störungen und depressiven Schlafstörungen), sondern wahrscheinlich auch auf eine veränderte Diagnostik und damit einhergehende häufigere Behandlung von Depressionen. Vor allem bei den neueren Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern werden inzwischen häufig Absetzerscheinungen berichtet, die zwar nicht mit Entzugssymptomen gleichgesetzt werden, aber dennoch das Absetzen der entsprechenden Medikamente erschweren.

Psychopharmaka

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

Die meistverbreiteten Antidepressiva sind trizyklische Antidepressiva, Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NSRI oder tetrazyklische Antidepressiva), MAO-Hemmer und Lithium. Sie wirken mit unterschiedlicher Gewichtung stimmungsaufhellend, antriebssteigernd bzw. -dämpfend oder angstvermindernd. Sie werden bei depressiven Störungen, sowie z. B. generalisierter Angststörung oder ergänzend bei chronischen Schmerzen eingesetzt.

Antidepressiva und Neuroleptika besitzen kein eigenständiges Suchtpotenzial, werden aber vermutlich oft als Ersatz für die Benzodiazepine verschrieben. Ein abrupter Entzug kann zu Absetzsymptomen führen. Das Spektrum teils gravierender unerwünschter Wirkungen bei Antidepressiva und Neuroleptika verlangt eine hohe Aufmerksamkeit.

zum Weiterlesen

Christoph Lanzendörfer, Joachim Scholz:
Psychopharmaka – Pillen für die Seele
Berlin; Heidelberg: Springer, 1995

Peter Lehmann (Hrsg.):
Psychopharmaka absetzen
Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern
Berlin: Anti-Psychiatrie-Verlag, 1998

Von der Vielzahl der in Deutschland erhältlichen Medikamente können einzelne Wirkstoffe das Risiko angeborener Fehlbildungen bei Kindern erhöhen. Diese Eigenschaft eines Arzneimittels nennt man Teratogenität. Der bekannteste und folgenschwerste Fall eines solchen Medikaments betrifft das im Jahr 1957 eingeführte Schlafmittel »Contergan« mit dem Wirkstoff Thalidomid. Die in den folgenden Jahren gemeldeten schwerwiegenden Fehlbildungen bei Neugeborenen, deren Mütter das zunächst als unschädlich eingestufte Mittel in der Schwangerschaft eingenommen hatten, führten schließlich 1961 zur Marktrücknahme. Bei den heute zugelassenen Medikamenten sind keine ähnlich gravierenden Arzneimittelrisiken bekannt. Dennoch besteht nach wie vor eine verbreitete Unsicherheit bezüglich dieser Risiken.

Für die Empfindlichkeit des Embryos gegenüber den Einflüssen schädlicher Medikamente ist die Phase der Schwangerschaft entscheidend. Vor der Einnistung in der Gebärmutter ist das Fehlbildungsrisiko offenbar gering. In dieser Zeit können Schäden an den Embryonalzellen entweder regenerieren oder der Schaden ist so groß, dass die Schwangerschaft nicht zustande kommt. Zwischen dem fünfzehnten und sechzigsten Schwangerschaftstag ist in der Organentwicklungsphase (Embryonalstadium) das Risiko von Fehlbildungen am höchsten. In der folgenden Fetalphase können schädliche Stoffe die Entwicklung der Gewebe und die Reifung der Organfunktionen beeinträchtigen und so zu Funktionsstörungen wie Intelligenzdefiziten und späteren Verhaltensauffälligkeiten führen. Nicht alle Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial führen zu erkennbaren Schäden beim Neugeborenen, es muss aber z. T. mit Entzugssymptomen nach der Geburt gerechnet werden. Auch während der Stillzeit können Medikamente ein Risiko für das Kind darstellen, weil die Wirkstoffe über die Muttermilch weitergegeben werden. Mögliche Risiken während der Schwangerschaft und Stillzeit müssen in der Medikamenteninformation (»Beipackzettel«) angegeben werden.

Besonders schwierig stellt sich die Situation für chronisch kranke Schwangere dar, die einer kontinuierlichen Behandlung bedürfen, wie z. B. bei psychischen Erkrankungen, Rheuma oder auch Epilepsie. Bei Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial bestehen unterschiedliche Risiken in den verschiedenen Schwangerschaftsphasen, die im Einzelfall abzuklären sind.

Schwangerschaft und Stillzeit

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

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

Beratung zu Arzneimittelrisiken während der Schwangerschaft und Stillzeit

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum
für Embryonaltoxikologie
Spandauer Damm 130, Haus 10B
14050 Berlin

Beratungs-Telefon:
Tel.: 030 / 303 08-111
Fax: 030 / 303 08-122
E-Mail: mail@embryotox.de
www.embryotox.de

Sprechzeiten (außer Feiertage):
Mo. - Fr. 9.00 - 12.30 und 13.30 - 16.00 Uhr (außer
Mittwoch)

zum Weiterlesen

Christof Schaefer, Horst Spielmann, Klaus Vetter:
Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit
München: Urban & Fischer, 2001

Der Gebrauch von Medikamenten durch Kinder und Jugendliche gewinnt in den letzten Jahren in medizinischen, epidemiologischen und pädagogischen Bereichen zunehmende Beachtung.

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

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

Der Entwicklung von Gesundheitsverhalten im Spektrum zwischen zweckmäßigem Gebrauch und unkritischem bis missbräuchlichem Einsatz von Arzneimitteln kommt wesentliche Bedeutung zu. Mit Pubertätsbeginn lassen sich die Anfänge geschlechtsspezifischer Gebrauchsmuster und ein Anstieg des Gebrauchs von Schmerzmitteln und anderen psychoaktiven Medikamenten bei Mädchen aufzeigen. Im Zuge des Experimentierens mit Suchtmitteln wie Alkohol und illegalen Drogen im Jugendalter spielt auch der Missbrauch unterschiedlicher Medikamente eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Zum Medikamentenkonsum bei Kindern und Jugendlichen liegen bisher keine repräsentativen deutschlandweiten Daten vor. Diese Lücke soll in den nächsten Jahren durch die »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts, Berlin gefüllt werden, in deren Rahmen auch Daten bezüglich freiverkäuflicher und rezeptpflichtiger Medikamente erhoben werden. Nach Ergebnissen von Verordnungsstatistiken oder regionalen Studien werden Kindern allerdings vergleichsweise selten psychoaktive Medikamente verschrieben. Vielmehr zählen Erkältungs- und Schmerzmittel zu den am häufigsten angewendeten Arzneien.

Kinder und Jugendliche

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

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

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

zum Weiterlesen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(Hrsg.):
Arzneimittel – Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 5-10
Köln, 2003
(Gesundheit und Schule)

Petra Kolip:
Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen
Opladen: Leske und Budrich, 1997

Gerhard Nissen, Jürgen Fritze, Götz-Erik Trott:
Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter
Ulm (u. a.): G. Fischer, 1998

Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der verordneten und konsumierten Arzneimittel, des problematischen Medikamentenkonsums und der Häufigkeit von Medikamentenabhängigkeit. Diese Differenzen lassen sich nicht ausschließlich auf voneinander abweichende biologische Prozesse zurückführen.

Individuelle und gesellschaftliche Faktoren führen zu unterschiedlichen Gesundheitskonzepten und -verhaltensweisen. Für Frauen ist der Umgang mit Arzneimitteln alltäglich – sie besorgen Medikamente nicht nur für sich, sondern versorgen auch ihre Familie mit Arzneimitteln. Darüber hinaus leisten sie einen großen Teil der privaten Krankenpflege. Neben medizinischen Leistungen nehmen sie häufiger Vorsorge- und präventive Gesundheitsangebote in Anspruch.

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

Übermäßige familiäre und berufliche Belastungen stehen in Zusammenhang mit einem erhöhten Medikamentenkonsum. Derartige Belastungen versuchen beide Geschlechter zum Teil durch den Konsum psychoaktiver Substanzen zu bewältigen. Frauen neigen hier offenbar stärker zum Medikamentenkonsum, während Männer eher auf Alkohol zurückgreifen. Während etwa doppelt so viele Frauen medikamentenabhängig sind wie Männer, ist es bei Alkohol genau umgekehrt. Beratungs- und Behandlungsangebote sollten auch geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigen.

Frauen und Männer

Frauen und Männer sind unterschiedlich gesund bzw. krank. Dies spiegelt sich auch im Gebrauch bzw. Missbrauch von Arzneimitteln wieder.

Von den etwa 1,4 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland sind zwei Drittel Frauen. Als Hintergrund werden vielfältige soziale, psychische und biologische Ursachen angenommen.

Geschlechtsspezifische Faktoren müssen in der Beratung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen verstärkt berücksichtigt werden.

zum Weiterlesen

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.):

Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland – Schriftenreihe Band 209

Stuttgart: Kohlhammer, 2001

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.):

Frau Sucht Gesundheit – Statt Risiken und

Nebenwirkungen – Wie Frauen ihren Umgang mit Psychopharmaka überprüfen können

Broschüre. Hamm, o. J.

Download: www.dhs.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.):

Positionspapier »Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten«

Hamm, 2004

Das Positionspapier steht auch auf der Internetseite der DHS zum Download zur Verfügung:

www.dhs.de

Mit dem Alter steigt in der Regel auch die Zahl der Erkrankungen und damit einhergehend der Arzneimittelverbrauch. Laut Arzneiverordnungsreport (> Seite 9) wurden Versicherten mit einem Lebensalter ab 60 Jahren, die nur etwa ein Viertel aller Versicherten darstellen, im Jahr 2003 mehr als die Hälfte des Arzneimittelumsatzes der Gesetzlichen Krankenversicherungen verschrieben.

Gerade im Alter und bei Mehrfacherkrankungen werden zahlreiche verschiedene Medikamente, teils von mehreren Ärztinnen oder Ärzten verordnet, eingenommen (Polypharmazie). Zusätzlich zu den unüberschaubaren Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten bestehen weitere Risiken. Hierzu gehören Veränderungen von Kreislauf und Stoffwechsel, Funktionsstörungen der inneren Organe und damit einhergehend der langsamere Abbau von Arzneimittelwirkstoffen bei alten Menschen. Aus diesem Grund wird bei vielen Arzneimitteln die Dosis für ältere Menschen nach einer Faustregel um 10 % niedriger angesetzt, als bei Personen mittleren Alters.

In hohem Alter steigt die Verordnung psychoaktiver Medikamente – insbesondere von Benzodiazepinen – stark an. Frauen sind hiervon überdurchschnittlich betroffen. Schwerwiegende Probleme, die aus dem hohen Psychopharmakagebrauch resultieren können, bestehen in einem erhöhten Risiko von Stürzen, da sich beispielsweise Neuroleptika sowie Benzodiazepine auf die motorische Koordinationsfähigkeit auswirken. Dauerhafte Überdosierungen wirken sich auch auf die Konzentrations- und Merkfähigkeit aus, was unter Umständen als Symptom einer Altersdemenz fehlgedeutet wird.

Der Konsum von Psychopharmaka ist überdurchschnittlich hoch bei Menschen in Alten- und Altenpflegeheimen. Dies wird häufig mit Mängeln der Betreuung, z. B. der Größe des Heims, der personellen Ausstattung und der Qualifikation sowie Arbeitsbelastung des Pflegepersonals erklärt. Auf der anderen Seite besteht der hohe Medikamentenkonsum oft bereits vor der Einweisung in die Pflegeeinrichtungen. So zeigte eine Untersuchung in Mannheimer Alters- und Pflegeheimen, dass Bewohner zum Zeitpunkt der Heimaufnahme einen ähnlich hohen Psychopharmakagebrauch hatten wie diejenigen, die bereits mehrere Jahre im Heim lebten.

Ältere Menschen

Arzneiverbrauch in definierten Tagesdosen (DDD) je Versicherter in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2003

Altersgruppen	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	> 90
Hypnotika/Sedativa	4,3	5,0	6,8	9,3	11,9	15,4	16,2
Psychopharmaka	23,9	23,9	28,4	33,4	39,4	43,4	43,9

Quelle: Schwabe, Ulrich; Dieter Paffrath (Hrsg.):
Arzneiverordnungsreport 2004.
Berlin; Heidelberg: Springer, 2004

zum Weiterlesen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(Hrsg.):
*Substanzbezogene Störungen im Alter –
Informationen und Praxishilfen*
Hamm, 2005

Ursula Havemann-Reinecke, Siegfried
Weyerer, Heribert Fleischmann (Hrsg.):
*Alkohol und Medikamente, Missbrauch
und Abhängigkeit im Alter*
Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1998

www.unabhaengig-im-alter.de

Sowohl im Straßenverkehr als auch im Berufsleben kann die reaktionsmindernde Wirkung psychoaktiver Medikamente zu Gefährdungen führen.

Straßenverkehr

Unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen »berauschenden Mitteln«, zu denen nach deutschem Recht auch psychoaktive Medikamente zählen, ist das Führen eines Fahrzeuges nicht erlaubt. Je nach Schwere des Falls können Geld- und Freiheitsstrafen sowie der Entzug des Führerscheins drohen. Die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch Medikamente ist den meisten Menschen nicht bewusst. Vor allem wird die Wirkungsdauer einiger Benzodiazepine unterschätzt. Nach abendlicher Einnahme muss hier am nächsten Morgen noch mit Einschränkungen der Reaktionsfähigkeit gerechnet werden. Beruhigungsmittel liegen an der Spitze beim Medikamentenmissbrauch im Straßenverkehr. Bei Unfällen wurden in etwa 22 % der Fälle mit Sachschäden und in rund 30 % der Fälle mit Personenschäden Benzodiazepine im Blut der unfallverursachenden Personen nachgewiesen. Ein zusätzliches Risiko stellt im Straßenverkehr die Kombination von Alkoholkonsum und Medikamenteneinnahme durch die Potenzierung der Wirkungen dar.

Beruf

Zeitdruck, hohe Arbeitsbelastung und geringe Entscheidungs- und Handlungsspielräume, Verantwortung für andere Menschen oder hohe Sachwerte, starke körperliche und psychische Belastungen sowie Lärm, Schmutz oder Chemikaliendämpfe stehen in Zusammenhang mit einem erhöhten Medikamentenkonsum. Im Arbeitsleben entsteht die widersprüchliche Situation, dass Medikamente die Leistungsfähigkeit trotz Beschwerden (z. B. Schmerzen oder Schlafstörungen) aufrecht erhalten sollen. Dieses Verhalten wird bis zu einem gewissen Grad auch stillschweigend erwartet. Das Unterdrücken von Krankheitssymptomen birgt aber das Risiko einer Chronifizierung der Beschwerden und kann darüber hinaus eine Abhängigkeit nach sich ziehen. Der unauffällige und meist unbemerkte Missbrauch von Medikamenten ermöglicht im Gegensatz zum Alkohol eine jahrelange Anpassung an die gestellten Anforderungen, ohne dass körperliche oder psychische Schäden nach außen sichtbar werden. Es ist zu vermuten, dass dennoch durch Bedienungsfehler an Maschinen, Verkehrsunfälle und Folgeschäden des Konsums hohe Kosten für die Betriebe entstehen.

Straßenverkehr und Beruf

Im Straßenverkehr bilden vor allem Beruhigungs- und Schlafmittel eine Gefährdung der Verkehrssicherheit. Besonders riskant ist die Kombination von Medikamenten und Alkoholkonsum.

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

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

zum Weiterlesen

Deutscher Verkehrssicherheitsrat (DVR) (Hrsg.):
*Drogen und Medikamente im Straßenverkehr –
Faktensammlung*
Bonn, 2002

Die Faktensammlung steht auch auf der
Internetseite des DVR zum Download zur Verfügung:
www.dvr.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.):
*Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz –
Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche*
Hamm, 2001

Die Broschüre kann kostenlos bei der DHS bestellt
werden (> Seite 45)
Download: www.dhs.de

Der Begriff ‚Doping‘ bezieht sich in erster Linie auf den Wettkampfsport. Hier wird unter Doping die Verwendung von Hilfsmitteln in Form von Substanzen und Methoden verstanden, welche die körperliche Leistungsfähigkeit steigern können und/oder potentiell gesundheitsschädigend sind.

Unterschieden werden im Doping

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

Die Einhaltung des internationalen Übereinkommens gegen Doping wird in Deutschland von der Nationalen Anti Doping Agentur (NADA) überwacht. Bei bekannt werden von Dopingfällen im Leistungssport werden die betroffenen Sportlerinnen und Sportler mit Sanktionen belegt.

Auch im Breitensport werden Medikamente zur Leistungssteigerung missbraucht. Da hier die Überprüfung und entsprechende Sanktionen entfallen, stehen ausschließlich die gesundheitlichen Folgeschäden des Arzneimittelmissbrauchs im Vordergrund. Dies dient als Ausgangspunkt für eine Präventionskampagne des Landessportbundes und des Ministeriums für Städtebau und Wohnen, Kultur und Sport in Nordrhein-Westfalen gegen Doping und Medikamentenmissbrauch im Sport, welche sich an sporttreibende Heranwachsende im Alter zwischen 10 und 18 Jahren wendet.

Doping

Medikamentenmissbrauch wird im Wettkampfsport als Doping bezeichnet. Auch im Breitensport werden Medikamente zur Leistungssteigerung missbräuchlich eingesetzt.

zum Weiterlesen

Die Liste der im Wettkampfsport verbotenen Substanzen und Methoden steht auf der Internetseite der Nationalen Anti Doping Agentur (NADA) zum Download zur Verfügung:
www.nada-bonn.de

Informationen zur Doping-Präventionskampagne des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen und des Ministeriums für Städtebau und Wohnen, Kultur und Sport Nordrhein-Westfalen »Falscher Einwurf! NRW« im Internet:
www.falscher-einwurf.net

Clasing, Dirk (Hrsg.):
Doping und seine Wirkstoffe – Verbotene Arzneimittel im Sport
Balingen: Spitta-Verl., 2004

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

Der gesamte Industrieumsatz für Arzneimittel betrug im Jahr 2007 in Deutschland 23,2 Milliarden Euro, mit einem Anteil rezeptpflichtiger Arzneimittel von 28,9 Milliarden Euro. Der entsprechende Apothekenumsatz betrug 36,4 Milliarden Euro. Dies entspricht einem durchschnittlichen Pro-Kopf-Umsatz von 454 Euro für etwa 19 Packungen.

Der Umsatz von Arzneimitteln setzt sich aus unterschiedlichen Quellen zusammen. Der Arzneimittelmarkt der Gesetzlichen Krankenversicherungen war im Jahr 2003 nach wie vor der größte Einzelmarkt mit 22,7 Milliarden Euro Ausgaben für die Versicherten. Hinzu kommen Umsätze aus Privatrezepten und aus dem Verkauf rezeptfreier Arzneimittel. Über den Anteil des weltweiten illegalen Marktes von Arzneimitteln liegen keine Zahlen vor.

Das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) führt zu Verschiebungen bei den Ausgaben für Arzneimittel. Durch veränderte Zuzahlungsregelungen, Reduzierung der Kostenerstattung durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen für rezeptfreie Medikamente, Aufhebung der Preisbindung für rezeptfreie, apothekenpflichtige Arzneimittel, Rabattregelungen, Erlaubnis des Versandhandels für Arzneimittel und die Einführung von Festbeträgen für so genannte Scheininnovationen sollen die Kosten im Gesundheitssystem gedämpft werden. Die langfristigen Auswirkungen des Gesetzes bleiben abzuwarten.

Arzneimittelmarkt

Umsätze der in Bezug auf Missbrauch und Abhängigkeit wichtigsten Medikamentengruppen im Jahr 2007

Schlaf- und Beruhigungsmittel 2007

(vor allem Benzodiazepine, benzodiazepinähnliche Wirkstoffe; Anteil pflanzlicher Mittel ohne Abhängigkeitspotenzial 40 %)

Packungen: 29,5 Millionen

Industrie: etwa 126 Millionen Euro

Apotheken: etwa 380 Millionen Euro

Tranquillantien 2007

Packungen: 11,2 Millionen

Industrie: etwa 34 Millionen Euro

Apotheken: etwa 300 Millionen Euro

Schmerzmittel 2007

Packungen: rezeptpflichtige 27,3 Millionen
nicht rezeptpflichtige 122 Millionen

Quelle: Gerd Glaeske: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2009, Geesthacht, 2009, S. 72-98.

zum Weiterlesen

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) ist im Internet verfügbar unter:
www.bmgs.bund.de/downloads/GKV_Modernisierungsgesetz.pdf

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

Auch nach der Zulassung werden Arzneimittel zum Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher ständig beobachtet, weil sich manche Risiken erst nach längerer praktischer Anwendung bei einer größeren Zahl von Menschen zeigen. Wie gut eine Therapie wirkt und ob bestimmte unerwünschte Wirkungen auftreten, können auch gut informierte und gewissenhafte Medizinerinnen und Mediziner nicht vorhersehen. Auftretende Nebenwirkungen sollten daher immer der behandelnden Ärztin oder dem Arzt mitgeteilt werden. Schwerwiegende Nebenwirkungen unterliegen der Meldepflicht an die zuständige Behörde. Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) informiert im Auftrag der Bundesärztekammer über rationale Arzneitherapie und Arzneimittelsicherheit. Mit dem BfArM unterhält sie eine Datenbank zur Spontanerfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen, die ihr gemäß ärztlicher Berufsordnung mitgeteilt werden müssen.

Das suchtspezifische Monitoring-System EBIS-med des Instituts für Therapieforschung (IFT) erfasst für das BfArM Medikamente, die von Klienten ambulanter Suchtberatungs- und Behandlungsstellen in missbräuchlicher bzw. abhängiger Weise konsumiert werden.

Das BfArM bewertet nicht den Nutzen von Arzneimitteln. Hierfür wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eingerichtet, welches darüber hinaus für Patientinnen und Patienten transparente Informationen zur Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung erstellt.

Arzneimittelsicherheit

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

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

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Berlin
www.akdae.de

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn
www.bfarm.de

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
www.iqwig.de

Institut für Therapieforschung (IFT), München
www.ift.de

zum Weiterlesen

Gesetze zu Arzneimitteln

Gesetze und Verordnungen zu Arzneimitteln werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Internet unter dem Stichwort »Gesetze« zur Verfügung gestellt:

www.bmg.bund.de

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) steht ebenfalls im Internet bereit:

bundesrecht.juris.de/bundesrecht/btmg_1981/

Um sich vor »Risiken und Nebenwirkungen« zu schützen ist eigenverantwortliche Information über gesundheitliche Fragen und Arzneimittel sinnvoll. Verständliche und unabhängige Informationen sind in unterschiedlicher Form erhältlich:

Bücher

Langbein, Kurt; Hans-Peter Martin; Hans Weiss:

Bittere Pillen

Nutzen und Risiken der Arzneimittel

Köln: Kiepenheuer & Witsch, 2007

Stiftung Warentest (Hrsg.):

Handbuch Medikamente

Vom Arzt verordnet – Für Sie bewertet

Berlin, 2006

Stiftung Warentest (Hrsg.):

Handbuch Selbstmedikation

Rezeptfreie Mittel – Für Sie bewertet

Berlin, 2006

Internet

Im Internet steht eine Vielzahl von Angeboten zur Gesundheits- und Arzneimittelinformation von unterschiedlichen Anbietern zur Verfügung. Zwei Beispiele hierfür sind:

www.netdokter.de

allgemeine Gesundheitsinformation sowie

umfassende Informationen zum Thema Arzneimittel

www.stiftung-warentest.de

Datenbank zu rezeptpflichtigen und freiverkäuflichen

Medikamenten, teilweise kostenpflichtig

Informationen zum Thema »Arzneimittel und Internet«

erhalten Sie beim Bundesministerium für Gesundheit

(www.bmg.bund.de) unter dem Stichwort »Arzneimittel«

Informationen, Rat und Hilfe

Ein Zusammenschluss von Drogennotrufeinrichtungen bietet bundesweit telefonische Beratung in Sucht- und Drogenfragen für Betroffene und ihre Angehörigen:

Sucht & Drogen Hotline

Tel.: 01805/313031*

Mo.-So. 0-24 Uhr

0,14 €/min aus dem Festnetz, andere Mobilfunkpreise möglich.

Weitere Informationen, Materialien und Adressen von Hilfeangeboten in Ihrer Nähe können Sie auch erfragen bei:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Postfach 1369, 59065 Hamm

Tel.: 0 23 81 / 90 15-0

Fax: 0 23 81 / 90 15-30

Internet: www.dhs.de, E-Mail: info@dhs.de

Das Info-Telefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beantwortet Fragen zur Suchtvorbeugung. Bei Alkohol- oder anderen Abhängigkeitsproblemen bietet das Info-Telefon eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfe- und Beratungsangebote zu vermitteln.

Bundeszentrale

für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

BZgA-Info-Telefon: 02 21 / 89 20 31

Mo. - Do. 10-22 Uhr und Fr. - So. 10-18 Uhr

Internet: www.bzga.de

Die Telefonseelsorge bietet kostenlose und anonyme Beratung rund um die Uhr und kann geeignete Beratungsstellen nennen:

Tel.: 08 00-111 01 11 oder 08 00-111 02 22

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe, Sucht-Fachverbände und Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände.

Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

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

Die Mitglieder der DHS

- akzept e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser
- Bahn-Zentralstelle gegen die Alkoholgefahren
- Blaues Kreuz in Deutschland e.V. – Bundesgeschäftsstelle
- Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband e.V.
- Bundesfachverband Ess-Störungen
- Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher e.V.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (»buss«)
- Caritas Suchthilfe CaSu – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.
- Deutscher Caritasverband e.V., Referat Basisdienste und besondere Lebenslagen
- Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e.V.
- Deutscher Guttempler-Orden (I.O.G.T.) e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz e.V.
- Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)
- Fachverband Glücksspielsucht e.V.
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e.V.
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD e.V.
- Katholische Sozialethische Arbeitsstelle e.V. (KSA)
- Kreuzbund e.V. – Bundesgeschäftsstelle
- Paritätischer Gesamtverband – Referat Gefährdetenhilfe

Assoziierte Verbände (Gaststatus)

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesstellen für Suchtfragen
- Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Impressum

Herausgeber



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e. V.
Postfach 13 69
59003 Hamm
Tel. 0 23 81/90 15-0
Fax 0 23 81/90 15-30
E-Mail: info@dhs.de
Internet: www.dhs.de

Konzeption und Text

Karin Mohn, Dortmund

Redaktion

Christa Merfert-Diete

Gestaltung

[designbüro], Münster

Druck

Schreckhase, Spangenberg

Auflage

4.50.11.09

Best. Nr.

33230003

Diese Broschüre wird von der DHS und der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

