

Medikamentenabhängigkeit im Alter - ein unterschätztes Risiko?

Fachtag Gerontopsychiatrie Mittelfranken

Sucht im Alter - Krisen und Kränkungen

Ulrich Koczian

22-Juni-2022

Linden Apotheke

Interessenskonflikte

- Advisoryboard: Bayer; Sanofi, Dr. Schwabe
- Vortragshonorare: Bayer, Sanofi, Boehringer



Physiologische Veränderungen im Alter

- Veränderte Pharmakokinetik bedingt eine veränderter Resorption (gastrointestinal und Bluthirnschranke), Verteilung, Eiweißbindung, renaler Eliminierung und Biotransformation (CYP)
- Veränderte Verteilungsräume: Muskel- wird in Fettmasse umgebaut, d.h. der Verteilungsraum für lipophile Arzneistoffe wird größer
- Eiweißbindung: Serumalbumin geht zurück, mehr freier Wirkstoff steht zur Verfügung
- Verminderte Ausscheidung über Leber und Niere



Definition Sucht

„Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten **Erlebniszustand**, dem die Kräfte des **Verstandes untergeordnet** werden. Es verhindert die freie Entfaltung der Persönlichkeit und mindert die sozialen Chancen des Individuums.“

Nach Wanke 1985



Medikamentenmissbrauch

- Arzneimittelmissbrauch ist die absichtliche Einnahme von Medikamenten ohne medizinische Notwendigkeit.

Es droht meist kein Entzugssyndrom nach Absetzen der Arzneimittel, aber ein starkes Verlangen auch nach bereits eingetretenen Schäden.

***Allgemein: zu oft – zu viel – zu lange
und ohne medizinische Indikation***



Medikamentenabhängigkeit

- Arzneimittelabhängigkeit

ist das unabweisbare Verlangen nach dem Zustand, der von dem Medikament hervorgerufen wird.

- Toleranz:

Notwendige Dosissteigerung um in den gewünschten Zustand zu kommen



Vom gelegentlichen Konsum bis zur Abhängigkeit

- Gelegentlicher Konsum - episodisch
- Gewohnheitskonsum - dauernd

- Riskanter Konsum – potentiell negative Folgen
- Missbrauch – nicht bestimmungsgemäß, akut oder chronisch

- Schädlicher Konsum – gesicherte negative Folgen
- Abhängiger Konsum – rezidivierender schädlicher Konsum



Sucht in Zahlen

**Alkohol: 1,6 Mio.
Missbrauch,
1,8 Mio.
Abhängige**

**16 Mio
Raucher**

**1,5-1,9 Mio
Arzneimittel-
abhängige**

**ca. 200 000
illegale
Drogen-
konsument
en**

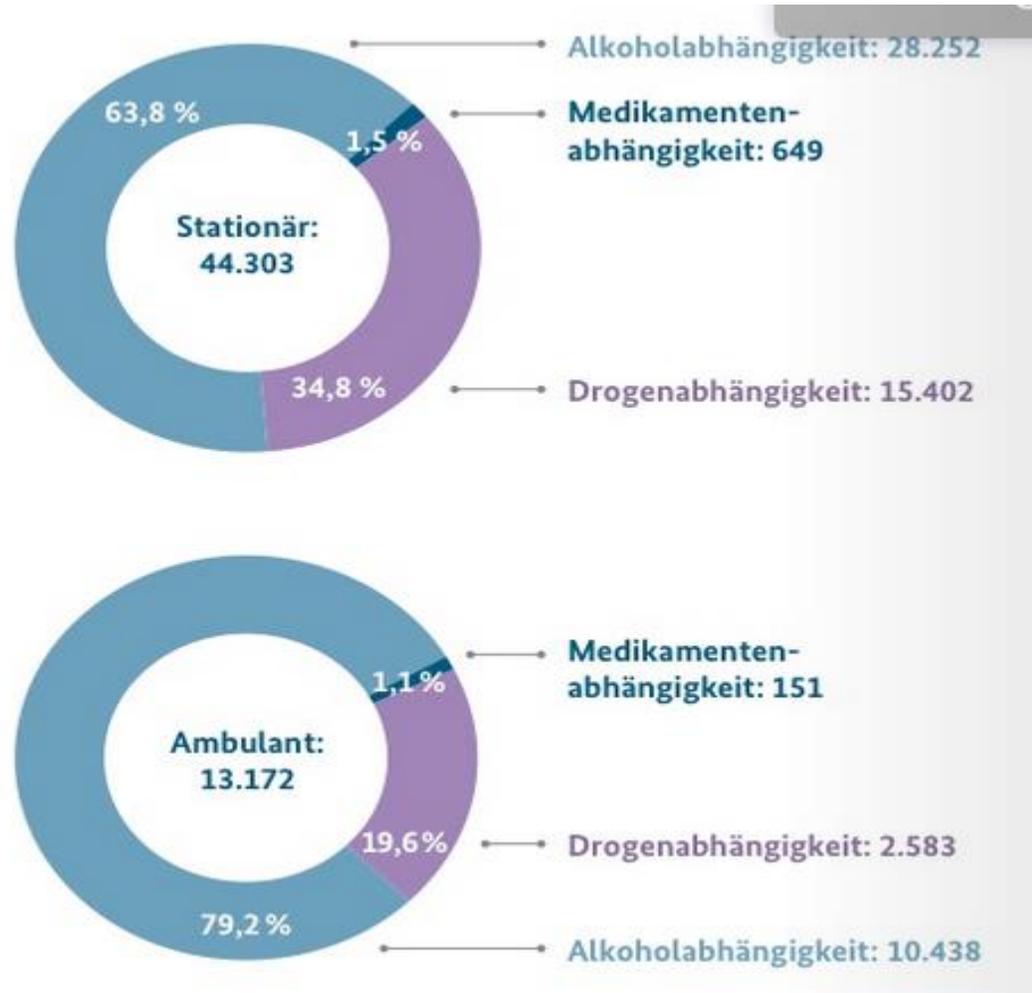
**2,4 Mio
Cannabis-,
Amphetamin-,
Kokaikonsum-
enten
380 000
Missbrauch
220 000
Abhängig**

**ca. 180 000
pathologische,
325 000
problematische
Glücksspieler**

**ca. 2,5 Mio
problem.
Internetuser
ca. 560 000
patholog.
Onlinesüchtige**



Entzugsbehandlungen ambulant - stationär



Risikokonstellationen für Arzneimittelfehlgebrauch

- Sucht und Jugend:
 - Änderung der finanziellen und sozialen Bedingungen
- Sucht und Alter:
 - Veränderte Lebenssituation
 - Heimaufenthalt
 - Deutliche Zunahme nicht indikationsgerechter Verordnung ab dem 60. LJ
- Sucht und Psychose:
 - Was lag zuerst vor?



Risikokonstellationen für Arzneimittelfehlgebrauch

Psychovegetative Beschwerdebilder:

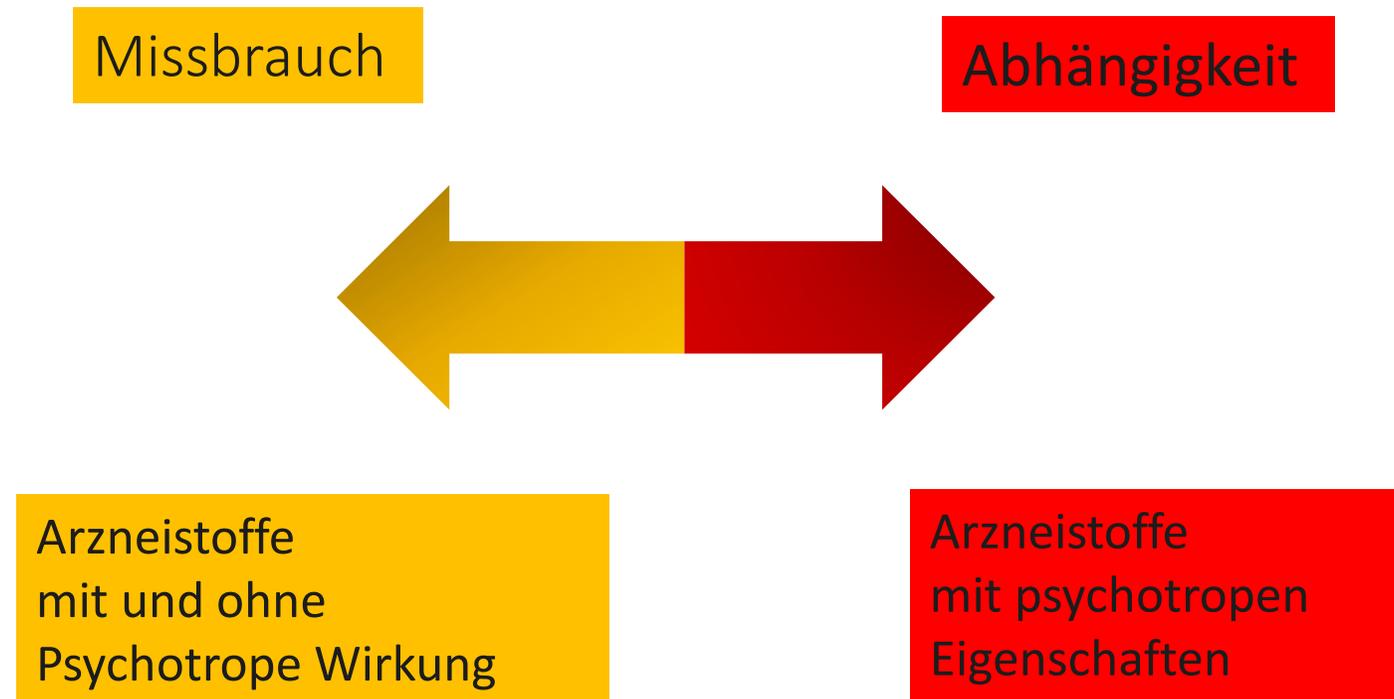
- Überforderung
 - Schlafstörungen
 - Ständige Müdigkeit
 - Ängste
 - Nervosität
 - Überlastung
 - Niedergeschlagenheit
- u. v. m.

Vegetative Beschwerdebilder:

- Schwindel
- Herzrasen
- Unspez. GIT-Probleme
- Diffuse Schmerzsymptome
ohne organische Ursachen



Arzneimittelmissbrauch geht Arzneimittelabhängigkeit voraus



Arzneistoffe mit Missbrauchspotential

- Schmerz- und Migränemittel
- Antitussiva
- Hypnotika und Sedativa
- Antidepressiva
- Antiepileptika
- Psychostimulantien
- Appetitzügler
- Mittel gegen Erkältungskrankheiten
- Nasentropfen
- Parkinsonmittel
- Narkosemittel
- Laxantien
- Anabolika
- Alkohol und alkoholhaltige Arzneimittel

Arzneistoffe mit Abhängigkeitspotential

- Opiate
- Hypnotika
- Psychostimulantien
- Narkotika
- Alkohol



Merkmale der Arzneimittelabhängigkeit

Nach ICD-10-GM Version 2016

Wenn in den **letzten 12 Monaten** mindestens **3** der folgenden Merkmale aufgetreten sind:

- starker Konsumwunsch oder –zwang
- verminderte Kontrolle im Umgang mit dem Stoff
- körperliches Entzugssyndrom beim Absetzen
- Toleranz Entwicklung
- anhaltende Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten
- fortgesetzter Gebrauch, obwohl dem Konsumenten klar ist, dass er sich damit schädigt



Benzodiazepine und Z-Substanzen

- Die in Deutschland verkauften Benzodiazepine reichen aus, um etwa 1,2 bis 1,5 Mio. Abhängige zu versorgen.
 - Alle Benzodiazepine und benzodiazepinähnliche Wirkstoffe führen auf Dauer zur Abhängigkeit.
- 1,2 Mio. Deutsche sind von Benzodiazepinen abhängig.

Glaeske, G. & Holzbach, R. (2016). Medikamentenabhängigkeit. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.



Benzodiazepine und Z-Substanzen

- Chemisch unterschiedlich
- Greifen am GABA-Rezeptor an
- Benzodiazepine haben z.T. sehr lange (Tage) Halbwertszeit, aktive Metabolite
- Z-Substanzen kurze Wirkdauer (1 – 5 Stunden), keine aktiven Metabolite
- Indikation Benzodiazepine:
 - Angststörungen, Spannungszuständen, Phobien, Panikattacken, Beruhigung, Schlafstörungen
- Indikation Z-Substanzen:
 - Schlafstörungen



Mögliche Konsequenzen von Schlafmittelmissbrauch / 1

- Nach Medikamenteneinnahme:
 - Hang Over-Effekte am Morgen
 - Aufmerksamkeitsprobleme
 - Schwierigkeiten beim Autofahren (länger wirksame Benzodiazepine)
 - Toleranzentwicklung
 - Rebound-Insomnie nach abruptem Absetzen der Medikation
 - Stürze bei älteren Personen
 - Erinnerungslücken (sog. anterograde Amnesie)



Mögliche Konsequenzen von Schlafmittelmissbrauch / 2

- Bei Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen:
 - Persönlichkeitsveränderungen
 - Stärkere Erinnerungslücken/mnestische Effekte
 - erhöhtes Risiko für nächtliche Stürze
 - Abhängigkeit
 - illegale Handlungen zur Beschaffung der Schlafmittel



Potenziell inadäquate Arzneimittel für ältere Patienten: Sedativa und Hypnotika, kurz oder mittellangwirksame Benzodiazepine, Z-Substanzen sowie Stimmungsstabilisatoren (modifiziert nach [8, e22, e23, 39])

Arzneimittel	wichtige Risiken beim älteren Patienten	Monitoring	alternative Arzneimittel (Auswahl)
Sedativa und Hypnotika			
langwirksame Benzodiazepine – Diazepam – Flurazepam – Bromazepam – Prazepam – Clobazam – Nitrazepam – Flunitrazepam	– Sturzgefahr – Sedierung und Muskelrelaxation – paradoxe Reaktionen (z. B. Unruhe, Reizbarkeit) – kognitive Defizite – Abhängigkeit – Depression	– Kognition und Vigilanz – Sturzrisiko und Gangsicherheit – Psychopathologie (Stimmung, Unruhe, Reizbarkeit) – Toleranzentwicklung	– niedrigdosiert kurzwirksame Benzodiazepine (z. B. Oxazepam, Lorazepam) – sedierende Antidepressiva (z. B. Mirtazapin) – niederpotente Neuroleptika (z. B. Melperon, Pipamperon)
kurz- und mittellang wirksame Benzodiazepine – Alprazolam – Temazepam – Triazolam – Lorazepam – Oxazepam – Lormetazepam	– Sturzgefahr – Sedierung und Muskelrelaxation – paradoxe Reaktionen (z. B. Unruhe, Reizbarkeit) – kognitive Defizite – Abhängigkeit – Depression	– Kognition und Vigilanz – Sturzrisiko und Gangsicherheit – Psychopathologie (Stimmung, Unruhe, Reizbarkeit) – Toleranzentwicklung	– sedierende Antidepressiva (z. B. Mirtazapin) – Zolpidem (≤ 5 mg/d) – niederpotente Neuroleptika (z. B. Melperon, Pipamperon)
Z-Substanzen – Zolpidem – Zopiclon – Zaleplon	– Sturzgefahr – Sedierung und Muskelrelaxation – paradoxe Reaktionen (z. B. Unruhe, Reizbarkeit) – kognitive Defizite – Abhängigkeit	– Kognition und Vigilanz – Sturzrisiko und Gangsicherheit – Psychopathologie (Stimmung, Unruhe, Reizbarkeit) – Toleranzentwicklung	– sedierende Antidepressiva (z. B. Mirtazapin) – niederpotente Neuroleptika (z. B. Melperon, Pipamperon)
Doxylamin und Diphenhydramin	– anticholinerge UAW – Schwindel – EKG-Veränderungen	– Kognition und Vigilanz – Sturzrisiko und Gangsicherheit – anticholinerge UAW – EKG-Kontrollen inkl. QTc-Intervall	– sedierende Antidepressiva (z. B. Mirtazapin) – Zolpidem (≤ 5 mg/d) – niederpotente Neuroleptika (z. B. Melperon, Pipamperon)
Chloralhydrat	– Schwindel – EKG-Veränderungen	– Kognition und Vigilanz – Sturzrisiko und Gangsicherheit – anticholinerge UAW – EKG-Kontrollen inklusive QTc-Intervall	– sedierende Antidepressiva (z. B. Mirtazapin) – Zolpidem (≤ 5 mg/d) – niederpotente Neuroleptika (z. B. Melperon, Pipamperon)
Stimmungsstabilisatoren/Antiepileptika			
– Phenytoin – Phenobarbital	– Sturzgefahr – Sedierung – paradoxe Reaktionen (z. B. Unruhe, Reizbarkeit) – kognitive Defizite – Delir	– Kognition und Vigilanz – Sturzrisiko und Gangsicherheit – Psychopathologie (Stimmung, Unruhe, Reizbarkeit) – Blutspiegelkontrollen	– andere Antiepileptika (z. B. Lamotrigin, Valproinsäure, Gabapentin, Levetiracetam)

anticholinerge UAW: Unruhe, Verwirrtheit, Delir, Obstipation, Harnverhalt, tachykarde Herzrhythmusstörungen, Blutdruckabfall;

EPMS, extrapyramidal-motorische Symptome: 1. Früh dyskinesie (Zungen- oder Schlundkrämpfe, abnorme Bewegungen von Kopf, Hals, Schulter, Blickkrämpfe),

2. Parkinsonoid (Tremor, Rigor, Akinese), 3. Akathisie (quälende Sitz- oder Stehruhe, Reizbarkeit, Angst) und

4. Spätdyskinesie (hyperkinetische, unwillkürliche, stereotype Kau-, Schmatz- und Schlundbewegungen, choreatische oder athetische Bewegungen); UAW, unerwünschte Arzneimittelwirkung

Hilfreiche Regeln beim Umgang mit Schlafmitteln

- **4K-Regeln**

- **Klare Indikation**

- klare Indikationsstellung
 - Aufklärung des Patienten über das bestehende Abhängigkeitspotenzial und mögliche Nebenwirkungen
 - Abhängigkeitsanamnese als Ausschlusskriterium

- **Korrekte Dosierung**

- indikationsadäquate Dosierung
 - kleinste Packungsgrößen

- **Kurze Anwendung**

- mit Patienten vereinbarte Therapiedauer
 - kurzfristige Wiedereinbestellungen
 - Überprüfung der Weiterbehandlung

- **Kein abruptes Absetzen**

- zur Vermeidung von Entzugserscheinungen und Rebound-Phänomenen
 - ausschleichendes Abdosieren



Was können wir tun?

Wichtigste Regeln der Schlafhygiene / 1

- Regelmäßige Zeiten für das Zubettgehen und morgendliche Aufstehen:
 - auch an freien Tagen oder im Urlaub
 - Aufstehzeit trotz verkürzter Schlafdauer beibehalten
 - „Bettschwere“ abwarten
- Verkürzung der Bettzeit (inkl. Wachzeit im Bett) auf max. 7 bis 8 Stunden
- Bett ausschließlich zum Schlafen aufsuchen (ausgenommen sexueller Verkehr)
- Zu-Bett-Geh-Ritual einführen
- entspannte Gestaltung der Abend- und Nachtaktivitäten (z.B. keine Arbeit)
- Sport am Nachmittag, aber keine intensiven körperlichen Aktivitäten kurz vor dem Schlafengehen



Was können wir tun?

Wichtigste Regeln der Schlafhygiene / 2

- kein Schlaf tagsüber
- Vermeidung von aufputschenden Substanzen am Abend:
 - koffeinhaltige Getränke
 - Alkohol (vor allem als Schlafmittel)
 - Zigaretten
- leichtes Abendessen
- angenehme Atmosphäre im Schlafzimmer
- kühles und dunkles Schlafzimmer
- morgendliche Aktivierung mit begleitender Lichtexposition
- Vermeidung von Uhrzeitüberprüfung nachts
 - der Wecker soll vom Nachttisch verschwinden
- Für Patienten:
https://www.dgsm.de/fileadmin/patienteninformationen/ratgeber_schlafstoerungen/Ein_und_Durchschlafstoerungen.pdf



Welche Optionen gibt es?

- Patienten ansprechen
- Benzodiazepinentzug:
 - Voraussetzung für ambulantem Entzug:
 - Patient möchte nach Aufklärung den Entzug
 - Patient hat mindestens 1 Bezugsperson, die ihn im Auge behält
 - Patient ist körperlich fit
 - Patient hat keine weitere psychische Komorbidität
 - Patient hat einen festen Wohnsitz
- In der Regel findet ein stationärer Entzug statt
- Ein Entzug ist immer sinnvoll



Sind Hoggar Night und Vivinox Alternativen?

- Diphenhydramin und Doxylamin:
 - Sedierung, Halluzination
 - Toleranzentwicklung
 - Missbräuchlicher Dauerkonsum
 - Entzugssyndrom
 - KI bei (B)PH, Engwinkelglaukom, Asthma bronchiale
- Empfehlung:
 - Nur kurzfristig (max. 2 Wochen)
 - Es sollte nach zwei bis drei Tagen ein Auslassversuch gemacht werden
 - Alternativ bietet sich die Einnahme an jedem zweiten Tag an
 - Einnahmedauer zur Entwicklung einer Schlafhygiene nutzen
- Baldrian, Hopfen, Melisse, Passionsblume, Lavendel



Schmerzmittel

- Neben Sedativa am häufigsten missbräuchlich verwendet
- Gründe:
 - akute, schmerzhafte Erkrankung als auslösender Faktor
 - Kopf- und Rückenschmerzen sowie neuralgische Beschwerden in der Anamnese
 - Analgetika prophylaktisch eingenommen, um Schmerzen in besonderen Situationen (z.B. Stress, hohe berufliche Anforderung oder Leistungssport) vorzubeugen
- Konsequenzen:
 - Nach jahrelang missbräuchlichem Analgetikakonsum können die Schmerzmittel selbst zum schmerzauslösenden Ereignis werden
 - Analgetikakopfschmerz
 - Analgetikanephropathie



Medication overuse headache

- definiert als Analgetikaeinnahme, die häufiger als jeden 2. Tag im Monat erfolgt (<15 Tage / Monat)
- Durchschnittliches Auftreten
 - NSAR, PCM: 4,7 Jahre
 - Triptane: 1,7 Jahre
- Problematisch Mischpräparate mit Coffein (z.B. Thomapyrin)
 - Eine ausbleibende Einnahme der analgetischen und psychisch stimulierenden Substanzen führt dann zu vegetativen Beschwerden wie vermehrtes Schwitzen, Übelkeit oder Entzugskopfschmerzen
- Risikofaktor Alter:
 - Degenerative Erkrankungen bedingen Schmerzzustände
 - Abnahme der Nierenfunktion



Risikofaktoren

- Regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln (vor allem Acetylsalicylsäure, Ibuprofen, Opioide)
- Regelmäßige Einnahme von angstlösenden, entspannenden Medikamenten (Tranquilizern)
- Chronische Beschwerden des Bewegungsapparats oder des Verdauungssystems
- Angsterkrankungen und/oder Depression
- Rauchen
- Niedriger Sozialstatus
- Nikotinkonsum
- Arzneimittel, die für ihre kopfschmerzverursachende Nebenwirkung bekannt sind, zum Beispiel nitrathaltige Medikamente ("Nitratkopfschmerz") oder bestimmte Blutdrucksenker (Calciumantagonisten) – hier tritt der Kopfschmerz akut als unerwünschte Arzneimittelwirkung auf.



Diagnosestellung

1. Die Kopfschmerzen sind an mindestens 15 Tagen pro Monat vorhanden.
2. Seit mehr als drei Monaten wurden Schmerzmittel eingenommen: an mindestens zehn Tagen pro Monat (gilt für Ergotamin, Opioide, Kombinationsschmerzmittel) oder an mindestens 15 Tagen pro Monat (gilt für alle anderen Schmerzmittel).
3. Die Kopfschmerzen haben sich während des Schmerzmittelübergebrauchs entwickelt oder deutlich verschlechtert.
4. Der Kopfschmerz klingt nach dem Absetzen der übermäßig eingesetzten Medikamente ab oder kehrt zu seinem früheren Muster zurück



Behandlung

- Entzug:
 - Stationär, teilstationär, ambulant
 - Zunahme der Kopfschmerzen in den ersten Tagen
 - häufig Symptome wie Übelkeit, Blutdruckanstieg, Herzrasen, Angst, Nervosität und Schlafstörungen
 - Behandlung der Symptome beim stationären Entzug gut realisierbar



Laxantienabusus

«Es ist ein Mythos, dass der chronische Gebrauch von Laxantien zu Schäden oder Abhängigkeit führt. Lange wurde geglaubt, dass der chronische Gebrauch von stimulierenden Laxantien Toleranz oder Zerstörungen am enteralen Nervensystem verursachen könnte, es gibt aber keine Evidenz, die das unterstützen würde.»

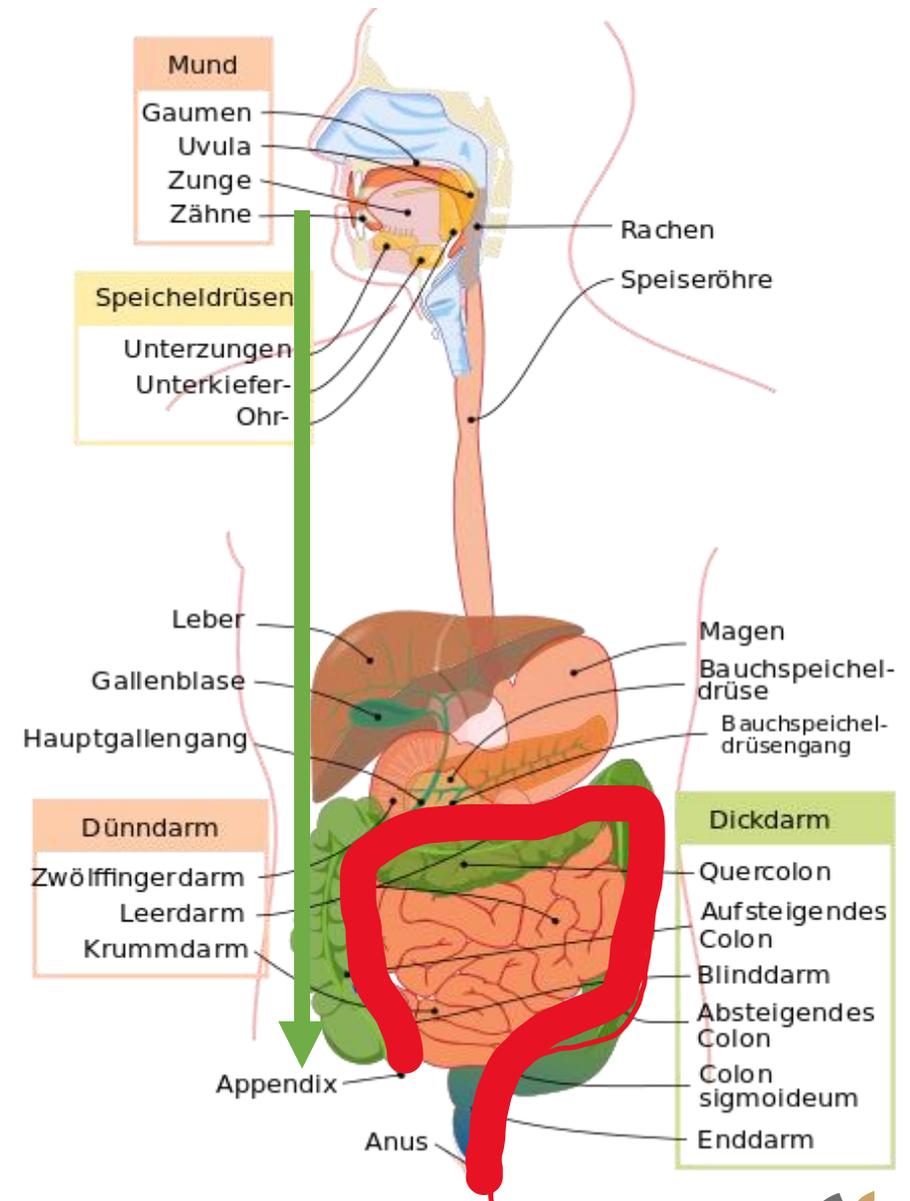
Rose, S. (Ed). Constipation A Practical Approach to Diagnosis and Treatment Springer 2015

aber.....



Zahlen und Mythen rund um das Geschäft

- **Hochleistung:** 2 Liter Wasser werden täglich aus dem Darm zurückgewonnen, nur etwa 1 dl Wasser täglich wird im Stuhl ausgeschieden.
- **Gib Gas!** Durch bakteriellen Stoffwechsel werden täglich etwa 10 Liter Gas (Stickstoff, Wasserstoff, Methan) im Darm produziert, das v.a. via Atmung den Körper verlässt.
- **Passagezeiten:** Aufgenommene Nahrung wandert innerhalb von ca. **6 h** vom Mund bis zum Ende des Dünndarmes. Vom Anfang des Dickdarmes bis zum Ausgang dauert die Reise **36 - 72h**.
- **Breites Spektrum:** Normal heißt: von 3 mal täglich eine Stuhlentleerung, bis 3 mal wöchentlich.
- **3-Tage-Regel**



Alarmzeichen

- Plötzliche Änderung von Verdauung und Stuhlbeschaffenheit
- Gastrointestinale Blutung (sichtbar oder versteckt), Blutarmut
- Unerwünschter Gewichtsverlust
- Übelkeit, Erbrechen und Verstopfung → Zeichen eines Darmverschlusses
- Achtung: Laxantienmissbrauch zur Gewichtskontrolle ist ein typisches Symptom einer Essstörung!!!



Was tun?

- Laxantienmissbrauch per se ist nicht besonders gefährlich. Die Abgabe von Laxantien ist auch bei vermutetem Missbrauch legitim.
- Zuwarten, Information anbieten, für Fragen offen bleiben.
- Essstörungen als häufige zugrundeliegende Erkrankungen sind schwierig zu behandeln.
- Stimulierende Laxantien (z.B. Bisacodyl, pflanzliche Laxantien) durch osmotisch wirksame Laxantien ersetzen: z.B. Macrogol (Movicol®)



Antidepressiva und Neuroleptika

- Antidepressiva
 - „start low – go slow!“
 - das Nebenwirkungsspektrum und die Begleiterkrankungen bestimmen den Wirkstoff
 - Nebenwirkungen treten meist unmittelbar auf, antidepressive Wirkung i.R. nach 2-6 Wochen
 - TCA (Amitriptylin, Doxepin): anticholinerge NW (Verstopfung, Mundtrockenheit, Sehbeeinträchtigung, Delir)
 - SSRI (Sertralin, Citalopram) und SSNRI (Venlafaxin, Duloxetin) Mittel der Wahl:
 - Antriebssteigernd, antidepressiv
 - Mirtazapin: von der Wirkung ein SSNRI, von der chem. Struktur ein TCA:
 - Antidepressiv, dämpfend, schlaffördernd



Antidepressiva und Neuroleptika

- Neuroleptika (Antipsychotika):
 - Klassische: Haloperidol, Pipamperon, Benperidol
 - Atypische: Clozapin, Risperidon, Aripiprazol, Olanzapin
 - Indikation: Einsatz im Alter v.a. bei unterschiedlichen Psychosen (Parkinson, demenzassoziierte), Wahnvorstellungen, Zuständen bei Delir etc.
 - Problem: schlechte Datenlage bei geriatrischen Patienten



Gibt es eine Abhängigkeit von Antidepressiva / Neuroleptika

- Nein, aber....
 - Durch physiologische Gegenregulation, kein abruptes Absetzen, sondern langsames Ausschleichen unter ärztlicher Aufsicht
 - Sonst treten Absetz- oder Reboundssymptome auf: Schlafstörungen, Unruhezustände, grippeähnliche Zustände, Schwindel, Träume, Dyskinesien etc.
 - Ausschleichen über mehrere Wochen oder Monate



Alkohol in Arzneimitteln

- Sehr häufig in pflanzlichen Arzneimitteln
 - Auszugsmittel
 - Konservierungsstoff
- Für die meisten Patienten ungefährlich
 - Volumengehalt: 30 – 50% Vol% Äthanol
 - Einzeldosierung: 1 – 2 ml, ergibt 0,01 Promille
- Ehemalige Alkoholranke Patienten dürfen keine alkoholhaltigen Arzneimittel einnehmen



Was können wir tun - Patientengespräch

Bei Verdacht auf missbräuchlichen Medikamentenkonsum sollte die Problematik schnellstmöglich angesprochen werden. Dabei helfen folgende Tipps:

1. **Vermutung aussprechen:** Äußern Sie dem Patienten gegenüber Ihre Eindrücke und Überlegungen. Teilen Sie die Vermutung mit, dass seine Beschwerden möglicherweise durch den Gebrauch der Analgetika hervorgerufen sein können.
2. **Gemeinsame Arbeitsgrundlage schaffen:** Signalisieren Sie Verständnis und berücksichtigen Sie Schamgefühle. Ohne Vorwürfe ist der Patient motivierter, wahrheitsgemäß über den tatsächlichen Analgetikakonsum zu berichten.
3. **Anamnese erfassen:** Auch bei Verdacht auf Analgetikaabusus muss eine genaue Anamnese und gründliche körperliche Untersuchung erfolgen. Nur so können organische Krankheiten und funktionelle Störungen erkannt, ausgeschlossen und ggf. behandelt werden.
4. **Ziele und Teilziele vereinbaren:** Sind die Ursachen des Medikamentenkonsums aufgedeckt, vereinbaren Sie ein Therapieziel. Beginnen Sie mit realistischen Teilzielen, zum Beispiel Beratungsangebote einholen, Information über Selbsthilfegruppen in der Nähe beschaffen, ein Schmerztagebuch beginnen und Schlafgewohnheiten notieren. Vereinbaren Sie zeitnah den nächsten Termin, um Erfolge oder auch Misserfolge zu besprechen.
5. **Eigene Grenzen einschätzen und erkennen:** Beurteilen Sie realistisch, ob Sie das therapeutische Ziel gemeinsam mit dem Patienten gewährleisten können. Verhindern Sie frühzeitig, dass beispielsweise eigene Grenzen bzw. eine unzureichende Kompetenz im Umgang mit Analgetikaabusus das Therapieziel gefährden. Besprechen Sie offen, wenn Sie keinen richtigen Zugang zu dem Patienten finden oder aber das therapeutische Vorgehen nicht in Ihre Praxisabläufe zu integrieren ist. Mitunter kann eine andere Institution besser für den Patienten geeignet sein. Unterstützen Sie den Patienten und helfen Sie bei der Vermittlung weiterer Kontakte (beispielsweise zu psychologischen und psychotherapeutischen Einrichtungen, Selbsthilfegruppen oder Suchtberatungsstellen).



Was können wir tun - Therapie

- 1. Aufklärung des Patienten:** Am Anfang der Therapie sollte der Patient umfassend über das gemeinsame Therapiekonzept informiert werden, insbesondere auch über die zu erwartenden Kopfschmerzen während des Entzugs. Bis der ärztlich begleitete Analgetikaentzug beginnt, wird das Medikament weiter eingenommen und der Verbrauch protokolliert.
- 2. Abruptes Absetzen aller Analgetika:** Mit Beginn der Entzugsbehandlung werden alle Schmerzmittel abgesetzt. Ergotalkaloide und Opioide sind über den gesamten Entzugszeitraum verboten.
- 3. Maßnahmen bei Kopfschmerzen:** Bei Migräne und Spannungskopfschmerzen empfiehlt sich eine niedrig dosierte Schmerzprophylaxe mit Amitriptylin (25 bis 50 mg zur Nacht). Gegen Übelkeit und Erbrechen hilft Metoclopramid. Kommt es trotz Präventivtherapie zu einer Serie starker Migräneanfälle, kann die orale oder subkutane Gabe eines Triptans über einige Tage erwogen werden – allerdings nicht in Eigenregie, sondern nur auf ärztliche Anweisung und Verordnung.
- 4. Schmerzanamnese und Bewältigungsstrategien:** Im ersten Vierteljahr nach Absetzen der Analgetika muss der Patient engmaschig überwacht und begleitet werden. Schmerzattacken und Medikamentenverbrauch sind penibel zu dokumentieren und wöchentlich auszuwerten. Zudem sollten der Umgang vor, im und nach dem Schmerzgeschehen, individuelles Schmerzverhalten, Schmerzauslöser, Begleitumstände und schmerzverstärkende Situationen analysiert und neue Schmerzbewältigungsstrategien erlernt werden.
- 5. Bei Rückfall stationären Entzug erwägen:** Zuweilen misslingt der erste Therapieversuch und Patienten fallen in ihr altes Schmerz-Medikamenten-Muster zurück. Für diese Patienten reichen ambulante Behandlungen mitunter nicht aus. Eine stationäre Entzugstherapie ist unter Umständen besser geeignet. Diese sollte aber möglichst in einer spezialisierten Einrichtung erfolgen. Geeignete Institutionen sind zertifizierte Schmerz- und Kopfschmerzkliniken oder eine psychiatrische Suchtstation mit Erfahrung bei Analgetikaabusus.



Risikofaktor Polymedikation

- Risikofaktoren für Polymedikation:
 - Alter
 - Chronische Erkrankungen
 - Viele behandelnde Ärzte
 - Keine Stammapotheke
- Medikationscheck:
 - Mindestens 5 Arzneistoffe in Dauermedikation



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Linden Apotheke

Tel.: (0821) 52 41 52

Ulrich Koczian

Fax: (0821) 52 94 55

Stadtberger Str. 4 1/2

E-Mail: info@linden-apotheke-augsburg.de

86157 Augsburg



Linden Apotheke