„Irgendwann wird die Einnahme dann zur Gewohnheit und erfüllt gar nicht mehr nur die Funktion eines Schmerzmittels“

Interview mit Kristin Seele und Juliane Dänhardt, Hausärztinnen in Dresden

Wie häufig, schätzen Sie, haben Sie es mit Fällen von Medikamentenmissbrauch in Ihrer Praxis zu tun?

Seele: Ich denke, jeder von uns hat mindestens täglich einen Fall von Medikamentenmissbrauch im kleineren Ausmaß. Dazu zählen beispielsweise ältere Patientinnen, die regelmäßig Schlafmittel einnehmen. Schwerwiegendere Fälle, etwa im Zusammenhang mit Schmerzmitteln, sind nicht ganz so häufig. Davon haben wir meiner Einschätzung nach etwa ein bis zwei Fälle pro Woche.

Gibt es eine bestimmte Patientenklientel, die häufiger betroffen ist?

Dänhardt: Betroffen sein können grundsätzlich alle Patientengruppen. Auffällig sind aber vor allem ältere Frauen mit einer Abhängigkeit von Z-Substanzen wie Zopiclon oder Zolpidem, teilweise auch von Benzodiazepinen. Bei jüngeren Patientinnen und Patienten bekommt man einen möglichen Medikamentenmissbrauch oft gar nicht vollständig mit. Da spielt vermutlich auch die eigenständige Einnahme von frei verfügbaren Schmerzmitteln wie Ibuprofen eine Rolle.

Seele: Das sehe ich ähnlich. Ältere Frauen sind eine große Patientengruppe. Bei Männern tritt das weniger häufig auf. Gelegentlich werden Medikamente innerhalb der Familie weitergegeben, etwa wenn Angehörige mit einer Pflegesituation überfordert sind. Solche Zusammenhänge werden oft erst später erkannt.
Daneben gibt es Patientinnen und Patienten mittleren Alters, häufig mit Alkoholproblemen oder Depressionen, die Benzodiazepine einnehmen und deren Bedarf begründen. Sie nehmen seit vielen Jahren eine gleichbleibende, niedrige Dosis und berichten, ohne das Medikament nicht durch den Alltag zu kommen. Die Dosis wird dabei nicht unbedingt gesteigert, bleibt aber dauerhaft bestehen.

Sprechen die Patienten offen über Dosierung und tägliche Einnahme von Medikamenten mit Suchpotenzial?

Seele: Ich glaube, da kommt es darauf an, wie man ins Gespräch geht. Wenn man nicht sofort bewertet oder ablehnt, sondern den Patienten erst einmal zuhört und ihnen offen begegnet, sind sie in der Regel auch ehrlicher. Das gehört ein Stück weit zur therapeutischen Beziehung dazu. Dann sagen sie auch ganz offen: „Ich brauche jeden Tag eine halbe oder eine ganze Tablette“ oder „Wenn etwas Anstrengendes ansteht, muss ich mehr nehmen.“
Ich glaube schon, dass Patienten, die man länger kennt, ehrlicher sind. Wobei es mittlerweile durch die elektronische Patientenakte auch schwieriger wird, etwas zu verheimlichen. Wenn man genau nachschaut, kann man sehen, ob Medikamente noch irgendwo anders auf Kassenrezept verordnet wurden.


© Hausarztpraxis Antonstadt

Juliane Dänhardt und Kristin Seele (v.l.)

Welche Strategien und Behandlungsmöglichkeiten haben Sie als Hausärztinnen?

Dänhardt: Wichtig ist vor allem, das Thema immer wieder anzusprechen. Natürlich gibt es auch Patientinnen und Patienten, bei denen man abwägt, ob zum Beispiel auf Grund des Alters ein Entzug noch sinnvoll ist. Aber grundsätzlich sollte man immer wieder Angebote machen und Wege aufzeigen. Und manchmal gibt es auch Erfolgserlebnisse, wenn ein Medikamentenentzug gelingt. In manchen Fällen muss man dafür eine stationäre Behandlung empfehlen.

Seele: Oft ist die Situation komplexer, als sie auf den ersten Blick erscheint.

Man sieht immer wieder, dass neben den verordneten Medikamenten noch weitere Substanzen konsumiert werden. Das kommt manchmal erst viel später ans Licht, weil die Betroffenen zunächst völlig unauffällig und arbeitsfähig erscheinen. Deshalb ist es wichtig, das Thema immer wieder anzusprechen und aufmerksam zu bleiben. Gleichzeitig ist genau das im Praxisalltag eine große Herausforderung. Solche Gespräche lassen sich selten in fünf oder zehn Minuten führen. Wenn Patienten sagen: „Ich brauche das Medikament, ohne geht es nicht", entsteht schnell ein längerer Beratungsbedarf. Das ist wichtig, kostet aber Zeit, die im eng getakteten Praxisalltag oft knapp ist.

Was sind aus Ihrer Sicht die größten Herausforderungen im Umgang mit den Betroffenen?

Dänhardt: Bei Medikamentenabhängigkeit ist die Situation meist anders als bei schweren Drogen- oder Alkoholabhängigkeiten. Bedrohungen erleben wir eher selten.

Seele: Wobei es durchaus zu verbalen Angriffen kommen kann. Davon ist oft das gesamte Praxisteam betroffen. Ein weiteres Problem ist, dass manche Betroffene sehr geschickt vorgehen. Früher war es für Hausärzte oft kaum nachvollziehbar, ob jemand noch an anderer Stelle Rezepte erhalten hat. Mit der elektronischen Patientenakte wird das transparenter.
Auch, wenn man eine Reduktion erfolgreich anstößt, ist das nicht dauerhaft gesichert. Wir hatten beispielsweise eine Patientin, die über Jahre Schlafmittel eingenommen hat. Es gelang zunächst, die Medikation umzustellen und zu reduzieren. Nach einiger Zeit war das Schlafmittel jedoch wieder Teil der Therapie. Solche Fälle brauchen eine sehr enge Begleitung.

Dänhardt: Genau das ist oft das Problem. Viele abhängige Patienten müssten deutlich engmaschiger betreut werden, als es im Praxisalltag möglich ist.
Außerdem fehlt häufig ein gut funktionierendes Netzwerk. Der Austausch mit Psychiatern, Suchtmedizinern oder Entzugskliniken sollte viel niederschwelliger sein.

Können Sie eine Erfolgsquote einschätzen? Wie können Sie am besten helfen?

Seele: Am erfolgversprechendsten ist aus meiner Sicht eine stationäre Behandlung, vor allem bei komplexeren Fällen. Wenn Patienten in einer psychiatrischen Klinik entzogen werden, sind die Erfolgsaussichten am größten.
In der Hausarztpraxis gelingt es durchaus, bestimmte Medikamente auszuschleichen, etwa Tilidin oder andere Schmerzmittel. Aber das funktioniert vor allem dann, wenn die Patienten motiviert sind.

Häufig wurden die Medikamente ursprünglich wegen einer Operation oder einer Verletzung verordnet. Irgendwann wird die Einnahme dann zur Gewohnheit und erfüllt gar nicht mehr nur die Funktion eines Schmerzmittels. Wenn man strukturiert reduziert und eng begleitet, kann das gelingen. Solche Fälle haben wir durchaus schon erlebt.
Schwierig wird es bei Schlafmitteln und den sogenannten Z-Substanzen. Die Betroffenen nehmen sie oft seit vielen Jahren, sind älter und haben große Angst davor, darauf zu verzichten.

Dänhardt: Deshalb ist bei solchen Medikamenten eine stationäre Behandlung oft der erfolgversprechendere Weg, aber auch das ist langwierig.
Insgesamt sind die Erfolgsquoten aber eher niedrig. Und man versucht es auch nicht in jedem Fall mit derselben Konsequenz. Bei einer 70-jährigen Patientin, die seit Jahren stabil mit ihrem Schlafmittel lebt, wägt man häufig ab. Jede Umstellung bringt schließlich auch neue Risiken und Nebenwirkungen mit sich.

Die schwer abhängigen Patienten haben oft ohnehin mehrere Probleme gleichzeitig. Umso bemerkenswerter sind die Fälle, in denen ein Entzug gelingt. Ich hatte kürzlich einen Patienten mit einer früheren Opiatabhängigkeit, der nach einer Tumorerkrankung Fentanyl erhielt. Er wollte selbst davon weg und wurde stationär behandelt. Nach einigen Wochen war der Entzug tatsächlich gelungen. Solche Erfolge gibt es auch.

Wie ist Ihr abschließendes Fazit?

Dänhardt: Zeitmangel ist oft ein Grund, warum Menschen überhaupt in solche Abhängigkeiten geraten. Es wird ein Medikament verordnet und die Einnahme verselbstständigt sich.

Seele: Hinzu kommen die Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen. Patienten werden beispielsweise nach einer Operation oder einer Reha mit Schmerzmitteln entlassen, die Behandlung läuft weiter, und ehe man sich versieht, hat sich bereits eine Abhängigkeit entwickelt.

Dänhardt: Wir bräuchten mehr Zeit und eine stärkere Vernetzung. Hilfreich wäre auch ein unkomplizierterer Austausch mit Fachärzten oder anderen Berufsgruppen für eine schnelle Rücksprache oder eine kurze Fallbesprechung. ■

Das Interview führte Kristina Bischoff M.A.,
Redaktionsassistentin „Ärzteblatt Sachsen"

Kristin Seele und Juliane Dänhardt
Hausarztpraxis Antonstadt
Prießnitzstraße 9c, 01099, Dresden
E-Mail: kontakt@hausarztpraxis-antonstadt.de