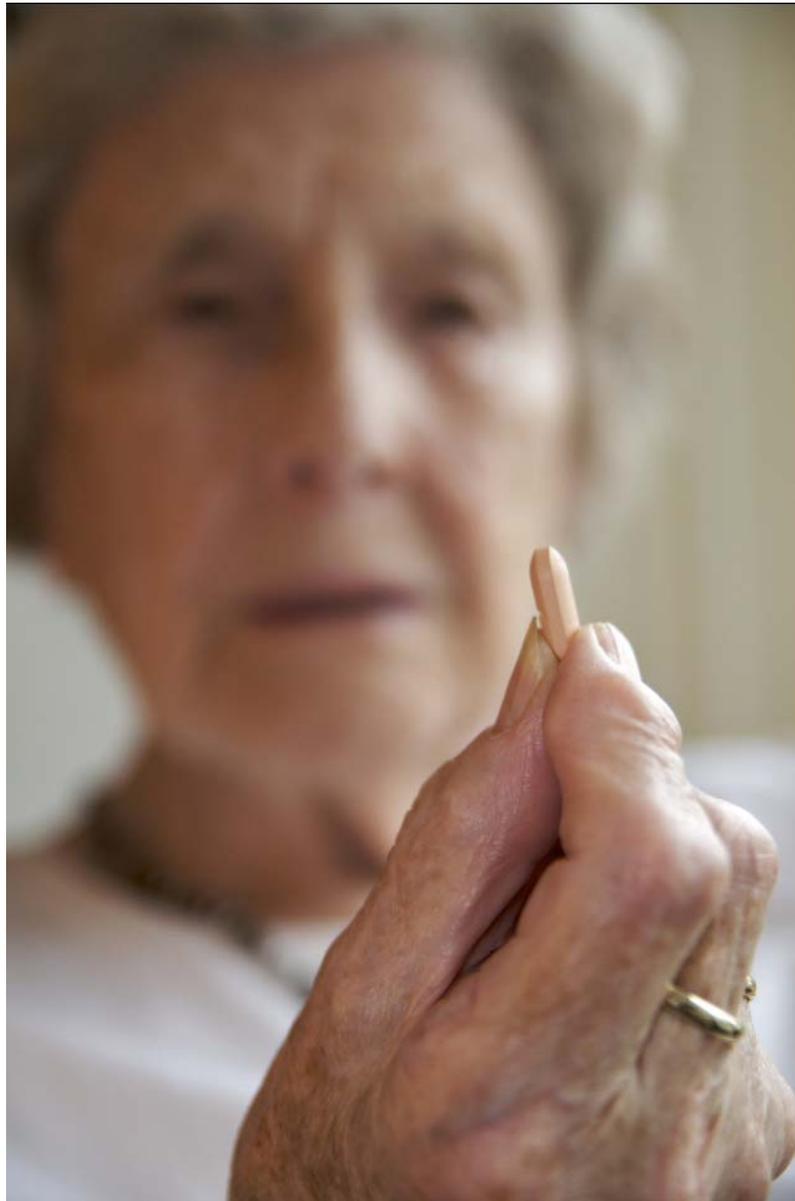


Benzodiazepine

Information & Beratung



Informations- und Beratungsangebot der KVWL und Krankenkassen in Westfalen-Lippe

Wir möchten Ihnen nicht nur die Probleme, die mit Langzeitverordnungen von Benzodiazepinen oder Ähnlichen entstehen, aufzeigen, sondern auch Hilfe und Beratung für den Praxisalltag geben. Hierbei sollte insbesondere auch der Patient im Fokus der Bemühungen stehen, um eine nach medizinischen Erfordernissen und Erkenntnissen ausgerichtete Therapie mit dieser Arzneimittelgruppe zu gewährleisten. Wir haben für Sie zusammengestellt:

- Allgemeine Informationen zum Thema „Behandlung mit Arzneimitteln mit Suchtpotenzial“
 - der Bundesärztekammer, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Ärztekammer Westfalen-Lippe u. a.
 - Informationen der KVWL und der Krankenkassen in Westfalen-Lippe für Ihre Patienten zu den Themen Schlafstörungen und Krisensituationen
- Zusammenstellung von Ansprechpartnern bzw. von Beratungsstellen im suchtmmedizinischen Bereich
- Individuelle Beratung
 - pharmPRO®: Hier setzen wir insbesondere auf unsere bewährten Pharmakotherapieberatungen. Sie erhalten Auskunft zu Ansprechpartnern und zu den Beratungen.

Allgemeine Informationen

Hier finden Sie allgemeine Informationen zur Verordnung von Arzneimitteln mit Suchtpotenzial, speziell zu Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Drugs, von Institutionen wie der Bundesärztekammer, Länder-Ärztekammer, der Ärztekammer, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft u. a. Des Weiteren verweisen wir auf aktuelle Veröffentlichungen zu diesem Thema.

In einer Linksammlung finden Sie bundesweite und regionale Ansprechpartner und Informationsquellen zum Thema Sucht und Drogen.

Die rechtlichen Regelungen für die Verordnung von Benzodiazepinen werden im Detail dargestellt.

1. Bundesärztekammer / Ärztekammer Westfalen-Lippe / Ärztekammer Hamburg u. a.

Pluspunkt KVWL – Verordnung von Benzodiazepinen



Hamburger Ärzteblatt – Verordnung von Benzodiazepinen



Hinweise zur Behandlung von Patienten mit schädlichem Medikamentengebrauch oder Medikamentenabhängigkeit



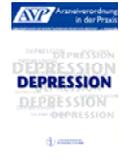
Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit
Leitfaden für die ärztliche Praxis



Landesprogramm gegen Sucht



<p>Landschaftsverband Westfalen-Lippe – LWL-Kliniken: Aktuelle Veröffentlichungen 2010</p> <p>R. Holzbach Benzodiazepin-Langzeitgebrauch und –abhängigkeit Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 78</p> <p>R. Holzbach / M. Martens / J. Kalke / P. Raschke Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten</p> <p>Bundesgesundheitsblatt 2010</p>	
<p>Ärzte Zeitung – Die unbekannte Größe: Medikamentensucht</p>	

2) Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	
Arzneiverordnungen in der Praxis	
<p>Therapieempfehlung: Angst- und Zwangsstörungen</p>	
<p>Therapieempfehlung: Depression</p>	
<p>AVP Antidepressiva März 2011</p>	<p>http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Archiv/2012.pdf</p>

3) Ansprechpartner und Adressen	
Internetadressen Bundesebene	
<p>Bundesministerium für Gesundheit</p>	<p>www.bmgesundheit.de</p>
<p>Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS)</p>	<p>www.dhs.de</p>
<p>Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (FDR)</p>	<p>www.neuland.com/fdr</p>
<p>Fachverband Sucht e. V.</p>	<p>www.sucht.de</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (vorm. DGDS) e. V.</p>	<p>www.dgsuchtmedizin.de</p>
Internetadressen Nordrhein-Westfalen	
<p>Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter</p>	<p>http://www.mgepa.nrw.de</p>

4) Verordnungsregelungen für Benzodiazepine

Die Benzodiazepine sind nach dem arzneimittelrechtlichen Zulassungsstatus für die Dauer der Anwendung in der Regel auf vier (bis sechs) Wochen beschränkt. Darüber hinaus bestehen weitere detaillierte Vorgaben (Richtlinien) für die Verordnung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgaben im Prinzip in die Arzneimittel-Richtlinie, Anlage III, übernommen.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Arzneimittel-Richtlinie – Anlage III

Hier finden Sie an zwei Stellen eine Vorgabe für die Verordnung von Benzodiazepinen, zunächst in Nr. 32 für die Hypnotika/Sedativa, bei denen eine kurzzeitige Therapie von vier Wochen vorgeschrieben ist und nur bei medizinisch begründeten Einzelfällen eine darüber hinausgehende Verordnungsfähigkeit gesehen wird. Dieselben Vorgaben gelten für die Verordnung von Tranquillantien (Nr. 45). Die genauen Vorgaben der Einschränkungen nach der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie hier:

Anlage III - Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften (§ 34 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 3 SGB V) sowie Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Die in dieser Anlage zusammengestellten Arzneimittel sind aufgrund der Regelungen zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V in Verbindung mit § 16 Abs. 1 und 2 AM-RL von der Versorgung der Versicherten nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausgeschlossen bzw. nur eingeschränkt ordnungsfähig.

Arzneimittel	Rechtliche Grundlagen und Hinweise
<p>32. Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa (schlaf-erzwingende, schlafanstoßende, schlaffördernde oder beruhigende Mittel) zur Behandlung von Schlafstörungen,</p> <ul style="list-style-type: none">- ausgenommen zur Kurzzeittherapie bis zu 4 Wochen- ausgenommen für eine länger als 4 Wochen dauernde Behandlung in medizinisch begründeten Einzelfällen. <p>Eine längerfristige Anwendung von Hypnotika/Hypnogenen oder Sedativa ist besonders zu begründen.</p>	<p>Verordnungsausschluss aufgrund von Rechtsverordnung für Allobarbital, Amobarbital, Aprobarbital, Barbital, Cyclobarbital, Pentobarbitol, Phenobarbital (außer zur Anwendung bei Epilepsie), Proxymabarbitol, Secobarbitol, Vinylbital.</p> <p>Verordnungseinschränkung verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie.</p> <p>Diese nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sind, von den genannten Ausnahmen abgesehen, auch für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr aufgrund des besonderen Gefährdungspotentials unzumutbar.</p>
<p>45. Tranquillantien</p> <ul style="list-style-type: none">- ausgenommen zur Kurzzeittherapie bis zu 4 Wochen- ausgenommen für eine länger als 4 Wochen dauernde Behandlung in medizinisch begründeten Einzelfällen. <p>Eine längerfristige Anwendung von Tranquillantien ist besonders zu begründen.</p>	<p>Verordnungsausschluss aufgrund von Rechtsverordnung für Methaqualon.</p> <p>Verordnungseinschränkung verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie.</p>

Arzneimittelrechtliche Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Durch Musterfachinformationen für Benzodiazepin-Arzneimittel werden beim BfArM genaue Vorgaben für die Angaben zu Zulassung und Anwendung für die Fachinformationen der Handelspräparate vorgeschrieben. Es werden genaue Angaben für die Dosierung und für die Einnahmedauer gegeben. Des Weiteren werden Empfehlungen des Sachverständigen-Ausschusses der Bundesregierung für den Arzt zur sachgerechten Anwendung von benzodiazepinhaltigen Arzneimitteln übernommen.

Für den Wirkstoff Diazepam (ATC-Code N05BA01) finden sich seit 1997 in Musterfachinformationen folgende Angaben zu Diazepin-Tabletten:

Art und Dauer der Anwendung

- *Die Tabletten sind teilbar.*
- *Die Tabletten werden tagsüber, unabhängig von den Mahlzeiten, unzerkaut mit ausreichend Flüssigkeit eingenommen.*
- *Abends sollte die Einnahme ca. 1/2 Stunde vor dem Schlafengehen und nicht auf vollen Magen erfolgen, da sonst mit verzögertem Wirkungseintritt und - abhängig von der Schlafdauer - mit verstärkten Nachwirkungen am nächsten Morgen gerechnet werden muss.*
- *Bei akuten Krankheitsbildern ist die Anwendung von /.../ auf Einzelgaben oder wenige Tage zu beschränken.*
- *Bei chronischen Krankheitsbildern richtet sich die Dauer der Anwendung nach dem Verlauf. Nach zweiwöchiger täglicher Einnahme sollte vom Arzt durch eine schrittweise Verringerung der Dosis geklärt werden, ob eine weitere Behandlung mit /.../ angezeigt ist.*
- *Jedoch sollte die Behandlungsdauer 4 Wochen nicht überschreiten.*
- *Bei einer Langzeittherapie werden Kontrollen des Blutbildes und der Leberfunktion empfohlen.*

Bei längerer Anwendungsdauer (länger als 1 Woche) sollte beim Absetzen von /.../ die Dosis schrittweise reduziert werden. Hierbei ist das vorübergehende Auftreten möglicher Absetzphänomene zu berücksichtigen.

Im Bereich „Sonstige Hinweise“ (Kapitel 14) finden Sie neben den Angaben zu besonderen Risikogruppen und zur Anwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit die Empfehlung des Sachverständigen-Ausschusses.

Die obigen Regeln und Informationen sind auch in den Fachinformationen für die einzelnen Handelspräparate enthalten, z. B. im Kapitel 4.2 Dosierung, Art und Dauer der Anwendung bzw. unter 4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung.

Empfehlung des Sachverständigenausschusses

Benzodiazepine stellen einen Fortschritt in der Arzneimitteltherapie von schweren Angstzuständen und den meisten medikamentös zu behandelnden Schlafstörungen dar. Neben der Prämedikation und der Sedierung bei schweren somatischen Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt) sind sie kurzfristig (4 - 6 Wochen) bei ausgeprägten Angstzuständen, die durch ärztliches Gespräch nicht zu beheben sind, indiziert. Sie sind gegebenenfalls auch indiziert bei Einleitung einer antidepressiven Therapie sowie bei schweren reaktiven Ausnahmezuständen unter situativen Belastungen. Über das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer langfristigen Benzodiazepin-Medikation (über 2 Monate) bei Patienten mit behandlungsbedürftigen chronischen Angstzuständen liegen bislang keine wissenschaftlich allgemein anerkannten Erkenntnisse vor.

Risiken sind Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens (z. B. Verkehrsgefährdung), paradoxe Reaktionen, Kumulationsneigung bestimmter Stoffe, insbesondere bei älteren Menschen.

Neuerdings geben Missbrauch und Abhängigkeit auch bei niedriger Dosierung Anlass zur Besorgnis. Benzodiazepine werden nach bisherigen Erkenntnissen nicht primär zu häufig, sondern zu lange Zeit verordnet. Deshalb sind die Ärzte aufgerufen, folgende Richtlinien, die unter Berücksichtigung von Veröffentlichungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und der Arbeitsgemeinschaft Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie formuliert wurden, zu beachten.

- 1. Sorgfältige Indikationsstellung!*
- 2. Bei Patienten mit einer Abhängigkeitsanamnese ist besondere Vorsicht geboten. In der Regel keine Verschreibung.*
- 3. In der Regel kleinste Packungseinheit verordnen.*
- 4. In möglichst niedriger, aber ausreichender Dosierung verordnen; Dosis möglichst schon in der ersten Behandlungswoche reduzieren bzw. Dosierungsintervall vergrößern.*
- 5. Therapiedauer vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten vereinbaren und Behandlungsnotwendigkeit in kurzen Zeitabständen überprüfen. Es gibt Abhängigkeit auch ohne Dosissteigerung (sogenannte "Niedrigdosis-Abhängigkeit")! Schon ganz normale Dosen können zur Abhängigkeit führen.*
- 6. Nach langfristiger Anwendung schrittweise Dosisreduktion, um Entzugssymptome, wie z. B. Unruhe, Angst, Schlafstörungen, Delir oder Krampfanfälle, zu vermeiden. Auch leichte Entzugssymptome können zu erneuter Einnahme führen.*
- 7. Beachtung der Informationen des pharmazeutischen Unternehmers und der einschlägigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen.*
- 8. Aufklärung des Patienten, dass Benzodiazepine keinesfalls an Dritte weiterzugeben sind.*
- 9. Alle Abhängigkeitsfälle über die jeweiligen Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Kenntnis bringen.*
- 10. Benzodiazepin-Verschreibungen sollten vom Arzt stets eigenhändig ausgefertigt werden.*

Vergleichen Sie!

Die Fachinformation für z. B. Diazepam ratiopharm 10mg Tabletten



Musterfachinformationen finden Sie auf der Internetseite des BfArM für verschiedene Benzodiazepine.

https://sunset-clause.dimdi.de/Mustertexte?STATION=smt_mnu

Spezielle Informationen

Für die Information Ihrer Patienten haben wir Vorschläge erarbeitet, die sich mit den verschiedenen Indikationen für die kurzzeitige Verordnung von Benzodiazepinen bzw. Z-Drugs beschäftigen. Wir möchten Ihnen hiermit eine Hilfe geben, um den Patienten in der Situation der Erstverordnung sogleich auf die Risiken und die Verordnungsmodalitäten für Benzodiazepine hinzuweisen. Die Patienteninformation trägt dem Aspekt/der Vorgabe Rechnung, dass gleichzeitig mit der Verordnung von Benzodiazepinen eine Vereinbarung für die Dauer der Behandlung nach dem arzneimittelrechtlichen Zulassungsstatus der Benzodiazepine vorgeschrieben ist (vgl. Richtlinie des Experten Ausschusses, Punkt 5).

Sie können diese Patienteninformationen auch direkt nutzen und bei Bedarf mit Zusätzen Ihrerseits an Ihre Patienten weiterleiten, wenn Sie ihnen in einer besonderen Situation erstmalig Benzodiazepine verordnen.

Patienteninformationen

Informationen der KVWL

Schlafstörungen



Angststörungen und Krisensituationen



Informationen allgemein

Schlafstörungen – was hilft außer Suchtmitteln?!

Fragen an den Suchtdoktor 2
Information der LWL-Kliniken

Sie können sich diese Information für Ihre Patienten auch bei den LWL-Kliniken direkt bestellen.



Informationen der Krankenkassen

Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten in den Versichertenzeitschriften, in Flyern und im Internet, zur Zeit zum Teil auch gezielt zu dem Thema Benzodiazepine.

http://www.aok.de/nordwest/nachrichten/index_175914.php

Fortbildungsveranstaltungen verschiedener Veranstalter

Allgemeine Fortbildungsveranstaltungen

Die Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe bietet regelmäßig Veranstaltungen an

<http://www.aekwl.de/index.php?id=fortbildung0>

16. Suchttherapietage in Hamburg

➤ 14. bis 17. Juni 2011

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Speziell mit dem Thema „Legale Drogen“ wird angeboten:

<http://www.suchttherapietage.de/index.php/category/themen/legale-drogen/>

Beratung und Fortbildung von KVWL und Krankenkassen in Westfalen-Lippe

Die Betreuung von Patienten mit einer oft jahrelangen Benzodiazepineinnahme stellt in vielen niedergelassenen Praxen ein nicht unerhebliches Problem dar. Als Arzt stehen Sie dem fordernden Patienten und seinem Wunsch nach weiteren Verordnungen gegenüber, sehen sich mit den Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie, den arzneimittelrechtlichen Vorgaben der Zulassung und den berufsrechtlichen Regelungen konfrontiert, und müssen eine Pharmakotherapie in Einklang mit diesen rechtlichen Vorgaben gewährleisten. Wir, d. h. die KV und die Krankenkassen in Westfalen-Lippe, möchten Ihnen durch Informationen und Beratung Hilfestellung geben, einschließlich individueller Beratungen.

Pharmakotherapieberatung

Individuelle Pharmakotherapieberatung pharmPRO®

Im Rahmen der langjährig bewährten Pharmakotherapieberatungen „Optimierung der Pharmakotherapie“ wollen wir Ihnen spezifische Beratungsangebote zum Umgang mit Ihren Patienten mit Benzodiazepinabhängigkeit geben und Ansätze und Möglichkeiten für einen Entzug verdeutlichen. In einem kollegialen Gespräch, das streng vertraulich geführt wird und dessen Ergebnisse auch nicht an Dritte weitergeleitet werden, möchten wir mit Ihnen gemeinsam Ihre Verordnungsdaten analysieren und reflektieren. Ziel ist es, zunächst Ansätze zur Optimierung der Pharmakotherapie zu erarbeiten und dabei evtl. vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen. Im Rahmen dieses Gespräches sollen dann individuelle Strategien und Konzepte überlegt werden für den Umgang mit Ihren Patienten mit Benzodiazepinabhängigkeit. Wir vermitteln von Kollegen erprobte Vorschläge.



Was Sie über den Ablauf der Gespräche wissen sollten

Die Beratungsgespräche werden in der Regel mit einem niedergelassenen Kollegen derselben Fachrichtung, einem Apotheker der Krankenkassen und einem Arzt oder Apotheker der KVWL geführt. Bei der Analyse der Verordnungen werden möglichst aktuelle Verordnungsdaten betrachtet. Dies sind zum einen die Trendmeldungen der KVWL. Für Ihre Arzneimittelpatienten werden von den Krankenkassen die Daten aufbereitet, mit dem Analysetool pharmPRO® analysiert und für die Beratungsgespräche zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Fortbildungsreihe Optimierung der Pharmakotherapie werden diese Gespräche von der Ärztekammer mit drei Fortbildungspunkten (Kategorie C) zertifiziert.

Zum Beratungsangebot

Wenn Sie Interesse an einer solchen Beratung haben, möchten wir Sie bitten, sich mit dem nachfolgenden Fax anzumelden. Sie können das Fax auch für sonstige Fragen und Informationen nutzen. Wir werden uns alsbald mit Ihnen in Verbindung setzen.



Ansprechpartner zum Bereich Verordnung von Benzodiazepinen

Bei Fragen – insbesondere zum Beratungsangebot und zu dem Gesamtkomplex der Verordnungsregelung für Benzodiazepine und ähnliche Arzneimittel usw. – stehen Ihnen die Verbände der Krankenkassen und die KVWL zur Verfügung.

Verbände der Krankenkassen

Ute Kirchhof
AOK Nordwest
Nortkirchenstr. 103 – 105
44236 Dortmund
Tel.: 0231 / 41 93 – 84 5

KVWL

Dr. Margarete Hoffmans-Hohn
GB Verordnungsmanagement
Robert-Schimrigk-Str. 4 –6
44141 Dortmund
Tel.: 0231 / 94 32 – 39 41

An dieser Stelle finden Sie als ein medizinisches Schwerpunktthema ein Problem aufbereitet, mit dem insbesondere im hausärztlichen Bereich viele von Ihnen ständig konfrontiert sind: Die Verordnung von Benzodiazepinen und zum Beispiel Z-Drugs in oft langjähriger Dauerverordnung.

Die behandelnden Kollegen stehen im Konfliktfeld zwischen dem die Verordnung fordernden Patienten, den arzneimittelrechtlichen Vorgaben, die eine Verordnung auf vier bis acht Wochen beschränken, und den berufsrechtlichen Regelungen, nach denen sie sich bei auffällig großzügiger Verschreibungspraxis – insbesondere auch auf Privatrezept – angreifbar machen.

Diese verschiedenen Aspekte werden an dieser Stelle aus pharmakologisch-medizinischer Sicht, aus Sicht der KV und aus Sicht einer Ärztekammer dargestellt. Die Beiträge wurden uns nach einem Erstabdruck im Hamburger Ärzteblatt zur Verfügung gestellt. Ergänzend hierzu wollen wir Sie als niedergelassene Kollegen in Westfalen-Lippe durch Angebote zur weiteren Information und durch Beratung unterstützen.

Im Internet haben wir für Sie Informationsmaterial zum Thema Benzodiazepine – inklusive Informationen für Ihre Patienten – zusammengestellt. Flankierend bieten KV und Krankenkassen in Westfalen-Lippe gemeinsam Pharmakotherapieberatung an, die sich besonders diesem Thema widmet. Weitere Informationen finden Sie in dem Kasten „Rat und Hilfe“ auf Seite 11.

Verordnung von Benzodiazepinen

In der Akutbehandlung unverzichtbare Medikamente / Langzeitkonsum kann abhängig machen

von Prof. Dr. Christian Haasen¹ und
Dr. Rüdiger Holzbach²

Benzodiazepine sind in der Akutbehandlung gut wirksame und unverzichtbare Medikamente. In der Regel werden sie initial auch sehr gut vertragen. Bei der Langzeitanwendung von Benzodiazepinen stellen sich aber für die meisten Wirkungen Toleranzeffekte ein. Weitgehend unbestritten ist dies in der Literatur für die sedierenden, hypnotischen und psychomotorischen Effekte. Für die anxiolytische Wirkung muss unterschieden werden, ob regelmäßige oder intermittierende Gabe gewählt wurde. Die Toleranzentwicklung ist der Hauptgrund, weswegen in keiner der einschlägigen Leitlinien eine Einnahmedauer von mehr als acht Wochen empfohlen wird, zum Teil lediglich nur vier Wochen. Bei rund 60 Prozent aller mit Benzodiazepinen Behandelten wird diese Zeitgrenze jedoch überschritten.

Anders als bei den meisten Medikamenten sind Benzodiazepine nicht für die Behandlung spezifischer Erkrankungen zugelassen, sondern zur „symptomatischen Behandlung von akuten und chronischen Angst-, Spannungs- und Erregungszuständen“ oder als „Kurzzeitbehandlung für Schlafstörungen“ (Rote Liste 2009). Bei einer symptomatischen Behandlung wird davon ausgegangen, dass dieses eine kurzzeitige Lösung ist, während die Grunderkrankung diagnostiziert und ggf. behandelt wird. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen darf diese symptomatische Behandlung ausgeweitet werden.

Sehr viele Betroffene nehmen oft über Jahre nur sehr niedrige Dosen ein, da sie selbst die Dosis nicht steigern würden. Dies kann aber nicht verhindern, dass sich der Körper an den Wirkstoff gewöhnt und entsprechend gegenreguliert. Erhält er keine höheren Dosen, weil

er sich an die verordnete Einnahmeweise hält, so ist er relativ zu seiner Abhängigkeitsentwicklung unterdosiert.

Drei Phasen des Langzeitkonsums

In der 1. Phase des Langzeitkonsums („Wirkumkehr“ bzw. „relative Entzugserscheinungen“) sorgen typische Entzugserscheinungen (siehe unten) für ein „buntes Bild“. Zumeist imponiert es für den Beobachter als eine Verstärkung der Ursprungssymptomatik (was natürlich nie ganz auszuschließen ist), das sich aber aufgrund der Summe der unterschiedlichen und insbesondere neuen Symptome unter Umständen bereits vom klinischen Bild her gut abgrenzen lässt. Im Vordergrund stehen insbesondere Stimmungsschwankungen (die innerhalb eines Tages mehrfach auftreten), Schlafstörungen und eine veränderte Körperwahrnehmung mit Körpermiss-

¹ Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, UKE

² Chefarzt der Abteilung Suchtmedizin, LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt

empfindungen aber auch Störungen in anderen Sinnesgebieten.

In der 2. Phase („Apathiephase“) folgt in der Regel eine moderate Dosissteigerung auf zirka die doppelte Menge, mit einer typischen Trias an Symptomen: Minderung der körperlichen Energie, kognitiv und mnestiche Einbußen sowie affektive Indifferenz, das heißt, dass die Betroffenen sich gefühlsmäßig weder richtig freuen können, noch richtig Traurigkeit empfinden können. So typisch diese Trias, so unspezifisch ist sie, da sie zum Beispiel auch bei depressiven Störungen auftreten kann, aber auch mit Veränderungen im Rahmen des Alterungsprozesses übereinstimmen. Da eine große Zahl der Betroffenen sich in der zweiten Lebenshälfte befindet, werden diese Veränderungen zwar wahrgenommen, aber eher „dem Alter“ zugeschrieben. Eine sichere klinische Unterscheidung wird kaum gelingen und Sicherheit erst ein Ausschleichversuch bringen.

Erst in der 3. Phase („Sucht-Phase“), wenn die Betroffenen zum Beispiel durch zusätzliche „Quellen“ ihre Do-

Bei der Verordnung beachten

- Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan (was soll im Verlauf die Benzodiazepine ersetzen?)
- möglichst nicht bei der Exazerbation einer chronischen psychischen Störung
- Aufklärung über das Suchtpotenzial, keine Verordnung bei Suchtanamnese
- Ankündigung als Krisenmedikation (Befristung!)
- Abwägung, ob „fest angesetzt“ oder „bei Bedarf“ die günstigere Alternative darstellt

Halbwertszeiten einiger Benzodiazepine (plus vergleichbare Stoffe) und ihre Äquivalenzdosis (entsprechend der Wirkung von 10 mg Diazepam)

Substanz	Beispiele für Handelsnamen	HWZ (h)	Metabolit(en)	HWZ (h)	Äquivalenzdosis (mg)
Alprazolam	Tafil®	10-15	Hydroxyalprazolam	12-15	1,5
Bromazepam	Lexotanil®, Normoc®	10-20	Hydroxybromazepam	kurz	6
Brotizolam	Lendormin®	3-8	Hydroxymethylbrotizolam	3-8	0,5
Chlodiazepoxid	Librium®	5-30	Demoxepam Nordazepam Oxazepam	ca. 45 36-200 10-20	50
Clobazam	Frisium®	12-60	Desmethylclobazam	50-100	20
Clonazepam	Rivotril®	30-40	(Acet-)aminoclonazepam	wirksam?	2
Clotiazepam	Trecalmo®	3-15	Desmethylclotiazepam Hydroxy-clotiazepam	? ca. 18	5
Diazepam	Valium®	20-40	Nordazepam Oxazepam	36-200 10-20	10
Dikaliumclorazepat	Tranxilium®	(1-2)	Nordazepam Oxazepam	36-200 10-20	20
Flunitrazepam	Rohypnol®	16-35	Amino- & Desmethylflunitrazepam	wirksam?	0,75
Flurazepam	Dalmadorm®	40-250	-	-	30
Loprazolam	Sonin®	6-12	-	-	1,5
Lorazepam	Tavor®, Pro Dorm®	8-24	-	-	2
Lormetazepam	Noctamid®, Ergocalm®		Teilweise Abbau zu Lorazepam	(8-24)	1,5
Medazepam	Rudotel®, Rusedal®		-	-	20
Midazolam	Dormicum®	Kurz			7,5
Nitrazepam	Mogadan®, Radedorm®	15-38	-	-	5
Nordazepam	Tranxilium N®	36-200	Oxazepam	10-20	20
Oxazepam	Adumbran®, Praxiten®	10-20	-	-	40
Prazepam	Demetrin®	1,5	Nordazepam Oxazepam	36-200 10-20	20
Tetrazepam	Musaril®	8-22	-	-	50
Temazepam	Planum®, Remestan®	5-14	-	-	20
Triazolam	Halcion®	2,5	-	-	0,5
Zolpidem	Bikalm®, Stilnox®	1-3	-	-	20
Zopiclon	Ximovan®	4-6	-	-	15



sis steigern, werden typische Suchterscheinungen in den Vordergrund treten mit zunehmendem Kontrollverlust, fortgesetztem Konsum trotz schädlicher Folgen, erhöhtem Zeitaufwand für Beschaffung und Erholung, Entzugerscheinungen sowie Toleranzentwicklung und Dosissteigerung. Etwa ein Drittel der Langzeitkonsumenten erhalten Benzodiazepinrezepte von mehreren Ärzten. Hierbei gibt es allerdings noch eine (zunehmende) Dunkelziffer, da immer mehr Ärzte Benzodiazepine bei dieser Gruppe auf Privatrezept verordnen.

Der mündige Patient

Durch die zunehmende Bewertung medizinischer Behandlungsprozesse durch Juristen wissen wir, dass für die fachgerechte Behandlung die Einwilligung des informierten Patienten gehört. Gerade bei Langzeitverschreibungen ist, neben der sowieso fachlich notwendigen Überprüfung der Vor- und Nachteile der Behandlung, auch die Aufklärung im Verlauf sinnvoll.

Bei der Frage der Langzeitanwendungen von Benzodiazepinen kann dafür der „Lippstädter-Benzo-Check“ (www.lwl.org/klinik_warstein_bilder/pdf/BenzoCheck.pdf) verwendet werden, mit Hilfe dessen der Patient zunächst einmal selbst überprüfen kann, ob Nebenwirkungen aufgetreten sind, und mit dessen Hilfe eine entsprechende Aufklärung über die Folgen einer Langzeiteinnahme dokumentiert werden kann. Dies sollte deshalb sehr ernst genommen werden, da immer häufiger Patienten ihre behandelnden Ärzte nach Jahren wegen der Langzeitverschreibung vor die Schiedsstellen der Ärztekammern oder gar vor Gericht bringen, und bei fehlender (dokumentierter) Aufklärung Ärzte für die Folgen haftbar gemacht werden können. Anders herum kann ein solcher „Benzo-Check“ auch dafür genutzt werden, um Patienten für ein Ausschleichen der Benzodiazepine zu motivieren. Ohne zunächst großen zeitlichen Aufwand für den Arzt, kann über die Informationen, die der

„Benzo-Check“ beinhaltet, dem Patienten deutlich gemacht werden, dass Beschwerden, die im Laufe der letzten Monate oder Jahre aufgetreten sind und vom Betroffenen bisher anders interpretiert wurden (zum Beispiel als Verschlechterung der Grunderkrankung), Folgen der Langzeiteinnahme sind und durch das Absetzen der Benzodiazepine auch wieder verschwinden können.

Pharmakologische Besonderheiten

Von großer klinischer Relevanz ist die unterschiedliche Halbwertszeit von Benzodiazepinen und dem beim Abbau in der Leber entstehenden aktiven Metaboliten (s. Tabelle auf Seite 9). Hierdurch wird deutlich, dass einige Benzodiazepine extrem lange Halbwertszeiten haben, so Diazepam mit seinen aktiven Metaboliten rund 150 Stunden. Daraus resultiert eine Kumulation der Dosis bei regelmäßiger Einnahme. Präparate mit einer langen Halbwertszeit sollten deshalb im ambulanten Rahmen möglichst gemieden

Langjährige Niedrigdosisabhängigkeit

Eine 66-jährige Dame stellt sich in der Suchtambulanz vor, nachdem ihr neuer Hausarzt (ehemaliger Hausarzt war in Rente gegangen) ihr kein Rezept für Diazepam mehr geben wollte, obwohl sie dieses Medikament schon seit acht Jahren von ihrem Hausarzt erhielt, seitdem sie nach dem plötzlichen Tod ihres Ehemannes Schlaf-schwierigkeiten entwickelt hatte.

Sie war entsetzt von der Aussage des neuen Hausarztes, dass sie vom Medikament abhängig sei, da sie dieses nur zum Schlafen und immer in der gleichen Dosis (10 mg) eingenommen hatte. Dennoch hatte der Versuch, es einfach wegzulassen, zu schlaflosen Nächten geführt, so dass sie Angst bekommen hatte, dieses weiter ambulant zu versuchen.

Bei der stationären Aufnahme wurde das Diazepam durch 40 mg Oxazepam ersetzt, welches auf vier Einzel-

dosen verteilt wurde und dann jeden Tag um 5 mg reduziert wurde, so dass sie nach acht Tagen keine Benzodiazepine erhielt. Die dabei auftretende Schlaflosigkeit wurde mit Quetiapin 25 mg erfolgreich behandelt, welches jedoch nach zwei Wochen auf Wunsch der Patientin (wegen Gewichtszunahme) abgesetzt wurde. Die Schlafstörungen besserten sich mit der Zeit unter Einhaltung verschiedener Regeln der Schlafhygiene. Nach einer vierwöchigen stationären Behandlung wurde sie ambulant weiterbehandelt, wobei hier die therapeutische Aufarbeitung der zunehmend aufkommenden Gefühle im Vordergrund stand. Nach zirka zwei Monaten konnte sie deutlich benennen, dass sie sich viel wacher fühlte, insgesamt im Alltag aktiver geworden war und den Eindruck hatte, ihre Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit hätten zugenommen. Somit konnte sie die weiter anhaltenden Schlafstörungen besser verkraften, da sich ihre Lebensqualität insgesamt verbessert hatte.

Rat und Hilfe: KVWL und Krankenkassen in Westfalen-Lippe - Informations- und Beratungsangebot

Wir möchten Ihnen nicht nur die Probleme, die mit Langzeitverordnungen von Benzodiazepinen oder ähnlichen Wirkstoffen entstehen, aufzeigen, sondern auch Hilfe und Beratung für den Praxisalltag geben. Hierbei sollte insbesondere auch der Patient im Fokus der Bemühungen stehen, um eine nach medizinischen Erfordernissen und Erkenntnissen ausgerichtete Therapie mit dieser Arzneimittelgruppe zu gewährleisten. Wir haben für Sie im Internet unter www.kvwl.de/benzodiazepine zusammengestellt:

- Allgemeine Informationen zum Thema „Behandlung mit Arzneimittel mit Suchtpotenzial“
 - der Bundesärztekammer, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Ärztekammer Westfalen-Lippe usw.
 - einschließlich Informationen der KVWL und der Krankenkassen in Westfalen-Lippe für Ihre Patienten zu den Themen: Schlaf-/Angststörungen und Krisensituationen
- Zusammenstellung von Ansprechpartnern bzw. von Beratungsstellen im suchtmedizinischen Bereich
- Individuelle Beratung
 - pharmPRO®: hier setzen wir insbesondere auf unsere bewährten Pharmakotherapieberatungen. Sie erhalten Auskunft zu Ansprechpartnern und zu den Beratungen

werden. Es empfiehlt sich eine äquivalente Umstellung des bisherigen Präparates auf eines mit einer kürzeren HWZ und keinen aktiven Metaboliten (z. B. Oxazepam, s. Tabelle auf Seite 9).

Konsummuster

Untersuchungen zeigen drei verschiedene Typen von Benzodiazepinkonsumenten, bei denen die Konsumdauer die empfohlene Grenze von vier bis acht Wochen überschreitet und das Risiko einer Benzodiazepinabhängigkeit steigt. Die erste Gruppe sind noch relativ junge Menschen (in der Regel unter 50 Jahre alt), die im Rahmen einer Stresssituation Benzodiazepine verschrieben bekommen, bei denen die positive Wirkung zur Stressbewältigung genutzt wird und eine leicht euphorisierende Wirkung eine steigende Dosis befördert. Eine zweite Gruppe sind diejenigen Menschen, meist zwischen 45 und 65 Jahre alt, die im Rahmen negativer Lebensereignisse ängstlich depressiv reagierten, ggf. auch Schlafstörungen entwickelten und diese Situation mit Benzodiazepinen kompensieren, ohne jedoch die Grundstörung (entweder depressive Störung oder Anpassungsstö-

rung) anzugehen. Die dritte Gruppe sind diejenigen eher älteren (meist über 65 Jahre alt) Menschen, die schon seit vielen Jahren Benzodiazepine verschrieben bekommen und diese konstant in gleicher Dosis eingenommen haben, für die ein Leben ohne das Schlafmedikament kaum vorstellbar ist. Bei den ersten beiden Gruppen ist auf alle Fälle eine Entzugsbehandlung indiziert, bei der dritten Gruppe kann eine Entzugsbehandlung ebenfalls zu einer langfristigen Steigerung der Lebensqualität führen, wobei hier der Widerstand gegen das Ausschleichen des Medikamentes so groß sein kann, dass eine Entzugsbehandlung nur nach längerer Vorbereitung und mit größter Vorsicht durchgeführt werden kann.

Entzug

Bei höheren Dosierungen oder bisher sowieso schon mehrfach erfolgter täglicher Einnahme, sollte die Dosis auch über den Tag verteilt werden, damit die Spiegelschwankungen möglichst niedrig gehalten werden. Nur bei kleineren Dosierungen ist die Einmalgabe sinnvoll. Die Abdosierungsgeschwindigkeit sollte im Vorfeld mit dem Patienten

besprochen werden. Das Abdosieren sollte schrittweise erfolgen, wobei die Reduktionsschritte am Anfang größer sein dürfen, im Verlauf langsamer und kleiner. Zu schnelles Reduzieren bedeutet deutliche Entzugssymptome, zu langsames Reduzieren birgt das Risiko, dass im Verlauf der Reduktion dem Betroffenen „die Kraft“ ausgeht. Als Zeithorizont ist das Fenster zwischen drei Wochen und längstens vier Monaten anzusehen. Bei älteren Menschen empfiehlt sich die Abdosierung mit Clonazepam (in Tropfenform erhältlich) im ambulanten Behandlungsrahmen, da typische stationäre suchtspezifische Interventionen an den Bedürfnissen dieser Patientengruppe vorbeigehen würden und mit der tropfenweisen Abdosierung eine individuelle Entzugssteuerung möglich ist.

Die Betroffenen sollten im Vorfeld ausführlich über mögliche Entzugssymptome aufgeklärt werden, insbesondere über Veränderungen der Körperwahrnehmung, da diese Symptome die Betroffenen sonst sehr beängstigen könnten. Bei Patienten, die sich in Phase I befinden, werden häufig keine wesentlichen Entzugssymptome auftreten - im



Gegenteil, mit jedem Reduktionsschritt wird es dem Patienten besser gehen, da er mit der Abdosierung aus der Phase der „relativen Entzugerscheinungen“ herauskommt. Da Schlafstörungen sehr häufige Begleiter des Entzuges sind, sollte hierauf besonderes Augenmerk gerichtet werden und jeder Patient im Vorfeld des Entzuges schon prophylaktisch über schlafhygienische Maßnahmen informiert werden.

Bei Patienten, bei denen ein ambulanter Entzug gescheitert ist, sollte ein stationärer Entzug erwogen werden. Dies sollte üblicherweise in Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Klinik bzw. Abteilung erfolgen, die idealerweise auf diese Zielgruppe spezialisiert ist. Insbesondere

sind Kliniken für diese Patientengruppe sehr günstig, die schon während des Entzuges eine spezifische, psychiatrische und psychotherapeutische Mitbehandlung der häufigen Grundstörungen ermöglichen, ohne dass nach der „Suchtbehandlung“ erst die Weiterverlegung auf eine entsprechende Station erfolgt.

Was bleibt nach dem Entzug?

Es ist noch umstritten, ob insbesondere die kognitiven Defizite, die im Verlauf der Langzeiteinnahme auftreten, bleibenden Charakter haben. Da bisher keine strukturelle Schädigung des Gehirns durch Benzodiazepine nachweisbar und pathobiologisch nicht zu erwarten ist, spricht

einiges für die klinische Erfahrung, dass sich im längeren Verlauf der Abstinenz die kognitiven Defizite zurückbilden. Bei jüngeren Patienten häufiger, bei älteren Patienten überraschend selten, zeigen die ursprünglichen Einnahmegründe (wieder) klinische Relevanz. Hier wird es dann um eine sehr individuelle Abwägung der Vor- und Nachteile der Behandlung gehen. Häufig wird zu zögerlich die Hilfe des Facharztes oder Psychotherapeuten in Anspruch genommen. Dies liegt sicherlich daran, dass die Möglichkeiten der modernen Psychiatrie und Psychotherapie unterschätzt werden oder diese Praxen zu überlaufen sind.

Nur bis zu acht Wochen

Der Blickwinkel der Kassenärztlichen Vereinigung

*von Dr. Klaus Voelker,
Leiter der
Pharmakotherapieberatung
der KV Hamburg*

Benzodiazepine und vergleichbare Wirkstoffe (Zolpidem, Zopiclon u. ä.) spielen in der ambulanten Versorgung eine nicht unerhebliche Rolle. Sie werden vor allem von Neurologen und Psychiatern, aber auch von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinern und Internisten verschrieben. Es ist unbestritten, dass diese Wirkstoffe ein Suchtpotenzial haben. Eine länger dauernde Anwendung führt selbst bei niedriger Dosierung zu Gewöhnungerscheinungen bis hin zur Abhängigkeit. Um missbräuchliche Anwendung und damit verbunden teilweise gravierende Entzugerscheinungen zu verhindern, sollten sich die Ärzte bei der Verordnung streng an die Vorgaben der Hersteller und der Selbstverwaltung halten.

Die Fach- und Gebrauchsinformationen fordern eine sorgfältige Indikationsstellung. Bei Patienten mit Abhängigkeitsanamnese ist besondere Vorsicht geboten. In der Regel sollte die kleinste Packungseinheit verordnet werden, die Dosierung möglichst niedrig, die Therapiedauer so kurz wie möglich gewählt werden. Es empfiehlt sich, die Notwendigkeit der Behandlung in kurzen Abständen zu überprüfen. Dauert die Anwendung länger als eine Woche, sollte die Dosis wenn möglich schrittweise reduziert werden, um Entzugssymptome zu vermeiden. Nach den derzeit geltenden Leitlinien der Fachgesellschaften darf eine Therapiedauer von acht Wochen nicht überschritten werden.

Behandlungsbedürftige Krankheit?

Für die gesetzliche Krankenversicherung ist im SGB V der Anspruch des Patienten auf eine Therapie nach

dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts formuliert. Eingeschränkt wird dies allerdings durch das Wirtschaftlichkeitsgebot sowie durch Arzneimittelrichtlinien. In der seit 1. April 2009 geltenden Neufassung der Arzneimittelrichtlinien sind im Abschnitt C die Voraussetzungen für Arzneimittelverordnungen zum Teil neu formuliert worden. Dort ist ausgeführt, dass eine Verordnung von Arzneimitteln nur zulässig ist, wenn sich der behandelnde Arzt vom Zustand des Versicherten überzeugt hat - oder der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Weiter ist zu prüfen, ob eine behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Verordnung von Arzneimitteln soll den Regeln der

ärztlichen Kunst und den Grundsätzen einer rationalen Arzneimitteltherapie entsprechen. Die zu verordnende Menge soll der Art und Dauer der Erkrankung angepasst werden. Vor jeder Wiederholung einer Verordnung soll geprüft werden, ob diese erforderlich ist und ob die verordnete Menge mit der vorgesehenen Anwendungsdauer übereinstimmt. Dabei ist auf Arzneimittelmissbrauch, -gewöhnung oder -abhängigkeit zu achten.

Außerdem ist in der Anlage III, Ziffer 32 und 45 für verschreibungspflichtige Hypnotika zur Behandlung von Schlafstörungen oder für Tranquillantien festgelegt, dass sie nur zur Kurzzeittherapie von bis zu vier Wochen Dauer verordnungsfähig sind. Eine in Einzelfällen länger als vier Wochen dauernde Behandlung ist medizinisch zu begründen.

Privatrezept nicht erlaubt

Wenn es sich um einen Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt und die oben genannten Voraussetzungen für eine Verordnung gegeben sind, muss ein Kassenrezept ausgestellt werden; ein Ausweichen auf Privatrezepte ist nicht erlaubt. Benzodiazepine und vergleichbare Wirkstoffe dürfen nur bei streng gestellter Indikation verordnet werden. Außerdem sollte eine gute, nachvollziehbare Dokumentation erstellt werden. Es drohen sonst Anträge der Krankenkassen auf Regresse, die nur schwer abzuwenden sind.

Die Regeln sollten möglichst streng eingehalten werden, insbesondere bei Neueinstellung bzw. bei Beginn der Therapie. Dazu gehört die Information des Patienten über Probleme und Gefahren, die sich ergeben können. Das gilt auch für den stationären Bereich, da dort oft mit der Gabe von Benzodiazepinen begonnen wird.

Sind Patienten bereits an die Einnahme der Wirkstoffe gewöhnt,

Privatrezept trotz Taschengeld?

Die Mutter des Anrufers in der Patientenberatung leidet unter Demenz und lebt in einem Pflegeheim. Wegen nächtlicher Unruhe erhält sie ein Benzodiazepin und ist damit deutlich ruhiger. Nach zwei Jahren sagt der verordnende Hausarzt, er dürfe das Präparat nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnen und stellt ein Privatrezept aus. Der Sohn möchte wissen, warum das so ist und ob es rechtmäßig ist, denn der Mutter steht im Heim nur ein Taschengeld zur Verfügung.

Wir rieten ihm, erneut mit dem Arzt ins Gespräch zu kommen, um in Erfahrung zu bringen, warum der Arzt das Präparat nicht mehr zu Lasten der GKV verordnen will und ob es nicht möglich ist, das Benzodiazepin durch ein anderes Medikament, das kein Suchtpotenzial hat, zu ersetzen. In diesem Fall muss allerdings vorher geklärt werden, ob das Benzodiazepin, eventuell überlappend, entzogen werden muss. Ob und wie das möglich ist, könnte der Arzt mit einem Suchtmediziner besprechen.

sollte jeweils in der konkreten Situation entschieden werden, da es entscheidend auf die Mitarbeit des Patienten ankommt. Wenn möglich, sollte durch langsame Dosisredukti-

on eine Entwöhnung versucht werden. Ggf. kann die Mitbehandlung durch einen Facharzt hilfreich sein. In extremen Fällen steht die Suchtambulanz zur Verfügung.

Nicht ohne Indikation

Der Blickwinkel der Ärztekammer

*von Dr. Jasper Kiehn,
Ärztekammer Hamburg*

Berufsrechtliche Ermittlungsverfahren bei Verdacht auf eine übermäßige Versorgung mit potenziell suchterzeugenden Arzneimitteln weisen die Besonderheit auf, dass sich wegen der aus Sicht des Patienten vorteilhaften Verschreibung grundsätzlich nicht Patienten beschweren, sondern Dritte einen solchen Verdacht mitteilen. Zu den Dritten zählen Ärzte bei einer Praxisübernahme, mitbehandelnde Ärzte, die einen Patienten substituieren, Apotheker, die eine Verord-

nung wegen des Verdachts auf Arzneimittelmissbrauch nicht beliefern und Angehörige, die sich über eine Zahlungspflicht für Privatrezepte beklagen. Patienten beschweren sich selten. Sie machen dann oft den Arzt für die Entstehung ihrer Sucht verantwortlich.

Berufsrechtlicher Bewertungsmaßstab

§ 1 Absatz 2 der Berufsordnung formuliert das Gebot, Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen und Leiden zu lindern. § 2 Absatz 2 der Berufsordnung regelt die Verpflichtung des



Arztes seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Dazu zählt auch, dass der Arzt bei einer Verschreibung die Regeln ärztlicher Kunst einhält. Jede Verschreibung bedarf einer dokumentierten medizinischen Begründung. Die Verschreibungspflicht bezweckt, dass Arzneimittel mit Sucht- und Nebenwirkungspotenzial nicht frei zugänglich sind. Eine Verschreibung potenziell suchterzeugender Stoffe ohne nachvollziehbare Indikation ist nicht mit den ärztlichen Berufspflichten vereinbar. Die Unterhaltung einer Sucht mit dem Suchtstoff stellt bei der Benzodiazepinabhängigkeit grundsätzlich kein anerkanntes Behandlungskonzept dar. Eine Aufklärung und informierte Einwilligung des Patienten ist notwendig, entbindet den Arzt aber nicht von der Verantwortung für eine medizinisch begründete Verschreibung.

Beim süchtigen Patienten ist das Problem zwischen Selbstbestimmung und ärztlicher Entscheidung zugespitzt. Der süchtige Patient möchte mit dem Suchtmittel versorgt werden. Der Arzt sollte sich trotz Leidens- und Erwartungsdrucks nicht als Wunscherfüllungsgehilfe verstehen. Die Einnahme von Benzodiazepinen ist mit einem Nebenwirkungs- und Abhängigkeitspotenzial verbunden. Bei einer festgestellten Abhängigkeit wird vom Arzt ein Behandlungskonzept mit Entzugs- und Reduktionsplan und Kontrollen erwartet. Kritisch sind in diesem Zusammenhang die Dauerverordnung, die Dosissteigerung und die Hochdosisverordnung einzuschätzen. Bei betäubungsmittelabhängigen Patienten unterliegt die Verschreibung von Flunitrazepam (z. B. Rohypnol) dem Betäubungsmittelrecht. Das zunehmend beobachtete Ausweichen auf Privatrezepte zur Vermeidung eines Arzneimittelregresses entbindet den Arzt nicht von seiner beruflichen Verantwortung.

Sucht macht erfinderisch

Ein Arzt versorgte einen 30-jährigen Patienten mehr als ein Jahr lang mit großen Mengen an Benzodiazepinen u. a. Rivotril (Wirkstoff: Clonazepam). Zeitweise entsprach die Verordnung einer Diazepam-Dosis von mehr als 150 mg täglich - auf Kassen- und Privatrezept, bis die Ärztekammer davon Kenntnis erlangte und den Arzt überzeugte, die Verordnungen zu beenden. Der Patient berichtete anderen Ärzten über eine auf Rivotril eingestellte, durch Unfalltrauma ausgelöste Epilepsie. Der Verordnungswunsch wurde von einigen Ärzten bedient, während andere Ärzte die Angaben prüften und die Verordnung bis auf eine Einmalverordnung während der Überprüfungszeit ablehnten. Außer den Angaben des Patienten gab es nach den Untersuchungen in einem Hamburger Krankenhaus keinen Hinweis auf eine Epilepsie. Trotzdem bescheinigte das Krankenhaus dem Patienten, an einer bekannten Epilepsie zu leiden. Die Angaben des Patienten hielten einer Überprüfung nicht stand.

Das Berufsrechtsverfahren ist ein Disziplinarverfahren. Es zielt ab auf Einsicht und eine Änderung des Verhaltens. Zu den berufsrechtlichen Sanktionen gehören die vom Vorstand erteilte Rüge und berufsgerichtliche Maßnahmen wie Verweis und Geldbuße. Der Fokus berufsrechtlicher Ermittlungen ist auf gravierende Fälle gerichtet. Das Vorgehen der Ärztekammer ist abgestuft. Elemente der berufsrechtlichen Maßnahmen sind Sensibilisierung für die Problematik des Arzneimittelmisbrauchs durch ein Gespräch, Erkenntnisgewinn durch eine the-

menspezifische Fortbildung und als ultima ratio eine berufsrechtliche Ahndung, die bei gravierenden Verstößen nicht vermeidbar ist.

Berufsrechtlich problematische Verschreibungen

Voraussetzung für die Verschreibung eines Benzodiazepins ist eine gründliche, dokumentierte (Sucht-)anamnese und Untersuchung. Der Arzt und nicht der Patient entscheidet, ob eine Behandlung mit Benzodiazepinen bei den vom Patienten beklagten Symptomen indiziert ist. Daher ist der Wunsch des Patienten nach einer Verordnung eines Arzneimittels mit Suchtpotenzial verdächtig und ein Alarmsignal. Vorsicht ist ebenfalls geboten bei konstruiert wirkenden Vorerkrankungen, die nur auf Arzneimittel mit Suchtpotenzial ansprechen.

Bei der Verordnung von Arzneimitteln mit Suchtpotenzial besteht die Gefahr, dass der Patient das Vertrauen des Arztes ausnutzt. Zur Prüfung der Angaben des Patienten empfiehlt es sich, eine Einverständniserklärung zur Einholung von Befunden von Vorbehandlern unterzeichnen zu lassen. Ein Arzt, dessen eigene Kompetenz zur Behandlung nicht ausreicht, ist nach den Bestimmungen des Berufsrechts verpflichtet, andere Ärzte hinzuzuziehen. Bei Zweifeln an der Indikation sollte der Arzt den Rat eines erfahrenen Kollegen oder einer Suchtambulanz eines Krankenhauses einholen oder den Patienten dorthin überweisen.

Der Arzt ist einem Erwartungsdruck des Patienten ausgesetzt und die Verweigerung eines Rezepts kann zu Anfeindungen führen. Dem Patienten ist jedoch mit der Aufrechterhaltung einer iatrogen unterstützten Sucht langfristig nicht gedient.

Im Blickpunkt dieses Beitrags steht die Sensibilisierung für die Problematik der Verordnung von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial. Ohne hinreichende Indikation vorgenommene Verordnungen stehen nicht im Einklang mit ärztlichem Berufsrecht.

Suchtmedizin

Benzodiazepine sind in der Akutbehandlung gut wirksame und unverzichtbare Medikamente. Doch der Langzeitkonsum kann abhängig machen.

Von Prof. Dr. Christian Haasen¹,
Dr. Rüdiger Holzbach²



Verordnung von Benzodiazepinen



Benzodiazepine sind in der Akutbehandlung gut wirksame und unverzichtbare Medikamente. In der Regel werden sie initial auch sehr gut vertragen. Bei der Langzeitanwendung von Benzodiazepinen stellen sich aber für die meisten Wirkungen Toleranzeffekte ein. Weitgehend unbestritten ist dies in der Literatur für die sedierenden, hypnotischen und psychomotorischen Effekte. Für die anxiolytische Wirkung muss unterschieden werden, ob regelmäßige oder intermittierende Gabe gewählt wurde. Die Toleranzentwicklung ist der Hauptgrund, weswegen in keiner der einschlägigen Leitlinien eine Einnahmedauer von mehr als acht Wochen empfohlen wird, zum Teil lediglich nur vier Wochen. Bei rund 60 Prozent aller mit Benzodiazepinen Behandelten wird diese Zeitgrenze jedoch überschritten.

nungs- und Erregungszuständen“ oder als „Kurzzeitbehandlung für Schlafstörungen“ (Rote Liste 2009). Bei einer symptomatischen Behandlung wird davon ausgegangen, dass dieses eine kurzzeitige Lösung ist, während die Grunderkrankung diagnostiziert und ggf. behandelt wird. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen darf diese symptomatische Behandlung ausgeweitet werden. Sehr viele Betroffene nehmen oft über Jahre nur sehr niedrige Dosierungen ein, da sie selbst die Dosis nicht steigern würden. Dies kann aber nicht verhindern, dass sich der Körper an den Wirkstoff gewöhnt und entsprechend gegenreguliert. Erhält er keine höheren Dosen, weil er sich an die verordnete Einnahmeweise hält, so ist er relativ zu seiner Abhängigkeitsentwicklung unterdosiert.

Im Vordergrund stehen insbesondere Stimmungsschwankungen (die innerhalb eines Tages mehrfach auftreten), Schlafstörungen und eine veränderte Körperwahrnehmung mit Körpermissempfindungen aber auch Störungen in anderen Sinnesgebieten.

In der 2. Phase („Apathiephase“) folgt in der Regel eine moderate Dosissteigerung auf zirka die doppelte Menge, mit einer typischen Trias an Symptomen: Minderung der körperlichen Energie, kognitiv und mnestiche Einbußen sowie affektive Indifferenz, das heißt, dass die Betroffenen sich gefühlsmäßig weder richtig freuen können, noch richtig Traurigkeit empfinden können. So typisch diese Trias, so unspezifisch ist sie, da sie zum Beispiel auch bei depressiven Störungen auftreten kann, aber auch mit Veränderungen im Rahmen des Alterungsprozesses übereinstimmen. Da eine große Zahl der Betroffenen sich in der zweiten Lebenshälfte befindet, werden diese Veränderungen zwar wahrgenommen, aber eher „dem Alter“ zugeschrieben. Eine sichere klinische Unterscheidung wird kaum gelingen und Sicherheit erst ein Ausschleichversuch bringen.

Erst in der 3. Phase („Sucht-Phase“), wenn die Betroffenen zum Beispiel durch zusätzliche „Quellen“ ihre Dosis steigern, werden typische Suchterscheinungen in den Vordergrund treten mit zunehmendem Kontrollver-

Bei der Verordnung beachten

- Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan (was soll im Verlauf die Benzodiazepine ersetzen?),
- möglichst nicht bei der Exazerbation einer chronischen psychischen Störung
- Aufklärung über das Suchtpotenzial, keine Verordnung bei Suchtanamnese
- Ankündigung als Krisenmedikation (Befristung!),
- Abwägung, ob „fest angesetzt“ oder „bei Bedarf“ die günstigere Alternative darstellt.

Anders als bei den meisten Medikamenten sind Benzodiazepine nicht für die Behandlung spezifischer Erkrankungen zugelassen, sondern zur „symptomatischen Behandlung von akuten und chronischen Angst-, Span-

ptomatik (was natürlich nie ganz auszuschließen ist), das sich aber aufgrund der Summe der unterschiedlichen und insbesondere neuen Symptome unter Umständen bereits vom klinischen Bild her gut abgrenzen lässt.

Drei Phasen des Langzeitkonsums

In der 1. Phase des Langzeitkonsums („Wirkumkehr“ bzw. „relative Entzugserscheinungen“) sorgen typische Entzugserscheinungen (siehe unten) für ein „buntes Bild“. Zumeist imponiert es für den Beobachter als eine Verstärkung der Ursprungssym-

⁽¹⁾ Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, UKE; ⁽²⁾ Chefarzt der Abt. Suchtmedizin, LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt)

Tab. 1: Halbwertszeiten einiger Benzodiazepine (plus vergleichbare Stoffe) und ihre Äquivalenzdosis (entsprechend der Wirkung von 10 mg Diazepam)

Substanz	Beispiele für Handelsnamen	HWZ (h)	Metabolit(en)	HWZ (h)	Äquivalenzdosis (mg)
Alprazolam	Tafil*	10-15	Hydroxyalprazolam	12-15	1,5
Bromazepam	Lexotanil*, Normoc*	10-20	Hydroxybromazepam	kurz	6
Brotizolam	Lendormin*	3-8	Hydroxymethylbrotizolam	3-8	0,5
Chlodiazepoxid	Librium*	5-30	Demoxepam Nordazepam Oxazepam	ca. 45 36-200 10-20	50
Clobazam	Frisium*	12-60	Desmethyl-clobazam	50-100	20
Clonazepam	Rivotril*	30-40	(Acet-)aminoclonazepam	wirk-sam?	2
Clotiazepam	Trecalmo*	3-15	Desmethyl-clotiazepam Hydroxy-clotiazepam	? ca. 18	5
Diazepam	Valium*	20-40	Nordazepam Oxazepam	36-200 10-20	10
Dikaliumclorazepat	Tranxilium*	(1-2)	Nordazepam Oxazepam	36-200 10-20	20
Flunitrazepam	Rohypnol*	16-35	Amino- & Desmethylflunitrazepam	wirk-sam?	0,75
Flurazepam	Dalmadorm*	40-250	-	-	30
Loprazolam	Sonin*	6-12	-	-	1,5
Lorazepam	Tavor*, Pro Dorm*	8-24	-	-	2
Lormetazepam	Noctamid*, Ergocalm*		Teilweise Abbau zu Lorazepam	(8-24)	1,5
Medazepam	Rudotel*, Rusedal*		-	-	20
Midazolam	Dormicum*	Kurz			7,5
Nitrazepam	Mogadan*, Radedorm*	15-38	-	-	5
Nordazepam	Tranxilium N*	36-200	Oxazepam	10-20	20
Oxazepam	Adumbran*, Praxiten*	10-20	-	-	40
Prazepam	Demetrin*	1,5	Nordazepam Oxazepam	36-200 10-20	20
Tetrazepam	Musaril*	8-22	-	-	50
Temazepam	Planum*, Remestan*	5-14	-	-	20
Triazolam	Halcion*	2,5	-	-	0,5
Zolpidem	Bikalm*, Stilnox*	1-3	-	-	20
Zopiclon	Ximovan*	4-6	-	-	15

lust, fortgesetztem Konsum trotz schädlicher Folgen, erhöhtem Zeitaufwand für Beschaffung und Erholung, Entzugserscheinungen sowie Toleranzentwicklung und Dosissteigerung. Etwa ein Drittel der Langzeitkonsumenten erhalten Benzodiazepinrezepte von mehreren Ärzten. Hierbei gibt es allerdings noch eine (zunehmende) Dunkelziffer, da immer mehr Ärzte Benzodiazepine bei dieser Gruppe auf Privatrezept verordnen.

Der mündige Patient

Durch die zunehmende Bewertung medizinischer Behandlungsprozesse durch Juristen wissen wir, dass für die fachgerechte Behandlung die Einwilligung des informier-

ten Patienten gehört. Gerade bei Langzeitverschreibungen ist, neben der sowieso fachlich notwendigen Überprüfung der Vor- und Nachteile der Behandlung, auch die Aufklärung im Verlauf sinnvoll.

Bei der Frage der Langzeitanwendungen von Benzodiazepinen kann dafür der „Lippstädter-Benzo-Check“ (www.lwl.org/klinik_warstein_bilder/pdf/BenzoCheck.pdf) verwendet werden, mit Hilfe dessen der Patient zunächst einmal selbst überprüfen kann, ob Nebenwirkungen aufgetreten sind, und mit dessen Hilfe eine entsprechende Aufklärung über die Folgen einer Langzeiteinnahme dokumentiert werden kann. Dies sollte deshalb sehr ernst genommen werden, da immer häufiger Patienten ihre behandelnden

Ärzte nach Jahren wegen der Langzeitverschreibung vor die Schiedsstellen der Ärztekammern oder gar vor Gericht bringen, und bei fehlender (dokumentierter) Aufklärung Ärzte für die Folgen haftbar gemacht werden können.

Anders herum kann ein solcher „Benzo-Check“ auch dafür genutzt werden, um Patienten für ein Ausschleichen der Benzodiazepine zu motivieren. Ohne zunächst großen zeitlichen Aufwand für den Arzt, kann über die Informationen, die der „Benzo-Check“ beinhaltet, dem Patienten deutlich gemacht werden, dass Beschwerden, die im Laufe der letzten Monate oder Jahre aufgetreten sind und vom Betroffenen bisher anders interpretiert wurden (zum Beispiel als Verschlechterung der Grunderkrankung), Folgen der Langzeiteinnahme sind und durch das Absetzen der Benzodiazepine auch wieder verschwinden können.

Pharmakologische Besonderheiten

Von großer klinischer Relevanz ist die unterschiedliche Halbwertszeit von Benzodiazepinen und dem beim Abbau in der Leber entstehenden aktiven Metaboliten (s. Tabelle 1). Hierdurch wird deutlich, dass einige Benzodiazepine extrem lange Halbwertszeiten haben, so Diazepam mit seinen aktiven Metaboliten rund 150 Stunden. Daraus resultiert eine Kumulation der Dosis bei regelmäßiger Einnahme.

Präparate mit einer langen Halbwertszeit sollten deshalb im ambulanten Rahmen möglichst gemieden werden. Es empfiehlt sich eine äquivalente Umstellung des bisherigen Präparates auf eines mit einer kürzeren HWZ und keinen aktiven Metaboliten (z.B. Oxazepam, s. Tabelle 1).

Konsummuster

Untersuchungen zeigen drei verschiedene Typen von Benzodiazepinkonsumenten, bei denen die Konsumdauer die empfohlene Grenze von vier bis acht Wochen überschreitet und das Risiko einer Benzodiazepinabhängigkeit steigt. Die erste Gruppe sind noch relativ junge Menschen (in der Regel unter 50 Jahre alt), die im Rahmen einer Stresssituation Benzodiazepine verschrieben bekommen, bei denen die positive Wirkung zur Stressbewältigung genutzt wird und eine leicht euphorisierende Wirkung eine steigende Dosis befördert. Eine zweite Gruppe sind diejenigen Menschen, meist zwischen 45 und 65 Jahre alt, die im Rahmen negativer Lebensereignisse ängstlich depressiv reagierten, ggf. auch Schlafstörungen entwickelten und diese Situation mit Benzodiazepinen kompensieren, ohne jedoch die Grundstörung (entweder depressive Stö-

Langjährige Niedrigdosisabhängigkeit

Eine 66-jährige Dame stellt sich in der Suchtambulanz vor, nachdem ihr neuer Hausarzt (ehemaliger Hausarzt war in Rente gegangen) ihr kein Rezept für Diazepam mehr geben wollte, obwohl sie dieses Medikament schon seit acht Jahren von ihrem Hausarzt erhielt, seitdem sie nach dem plötzlichen Tod ihres Ehemannes Schlafschwierigkeiten entwickelt hatte.

Sie war entsetzt von der Aussage des neuen Hausarztes, dass sie vom Medikament abhängig sei, da sie dieses nur zum Schlafen und immer in der gleichen Dosis (10 mg) eingenommen hatte. Dennoch hatte der Versuch, es einfach wegzulassen, zu

schlaflosen Nächten geführt, so dass sie Angst bekommen hatte, dieses weiter ambulant zu versuchen.

Bei der stationären Aufnahme wurde das Diazepam durch 40 mg Oxazepam ersetzt, welches auf vier Einzeldosen verteilt wurde und dann jeden Tag um 5 mg reduziert wurde, so dass sie nach acht Tagen keine Benzodiazepine erhielt. Die dabei auftretende Schlaflosigkeit wurde mit Quetiapin 25 mg erfolgreich behandelt, welches jedoch nach zwei Wochen auf Wunsch der Patientin (wegen Gewichtszunahme) abgesetzt wurde.

Die Schlafstörungen besserten sich mit der Zeit unter Einhaltung

verschiedener Regeln der Schlafhygiene. Nach einer vierwöchigen stationären Behandlung wurde sie ambulant weiterbehandelt, wobei hier die therapeutische Aufarbeitung der zunehmend aufkommenden Gefühle im Vordergrund stand. Nach circa zwei Monaten konnte sie deutlich benennen, dass sie sich viel wacher fühlte, insgesamt im Alltag aktiver geworden war und den Eindruck hatte, ihre Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit hätten zugenommen. Somit konnte sie die weiter anhaltenden Schlafstörungen besser verkraften, da sich ihre Lebensqualität insgesamt verbessert hatte.

zung oder Anpassungsstörung) anzugehen. Die dritte Gruppe sind diejenigen eher älteren (meist über 65 Jahre alt) Menschen, die schon seit vielen Jahren Benzodiazepine verschrieben bekommen und diese konstant in gleicher Dosis eingenommen haben, für die ein Leben ohne das Schlafmedikament kaum vorstellbar ist. Bei den ersten beiden Gruppen ist auf alle Fälle eine Entzugsbehandlung indiziert, bei der dritten Gruppe kann eine Entzugsbehandlung ebenfalls zu einer langfristigen Steigerung der Lebensqualität führen, wobei hier der Widerstand gegen das Ausschleichen des Medikamentes so groß sein kann, dass eine Entzugsbehandlung nur nach längerer Vorbereitung und mit größter Vorsicht durchgeführt werden kann.

Entzug

Bei höheren Dosierungen oder bisher sowieso schon mehrfach erfolgter täglicher Einnahme, sollte die Dosis auch über den Tag verteilt werden, damit die Spiegelschwankungen möglichst niedrig gehalten werden. Nur bei kleineren Dosierungen ist die Einmalgabe sinnvoll. Die Abdosierungsgeschwindigkeit sollte im Vorfeld mit dem Patienten besprochen werden. Das Abdosieren sollte schrittweise erfolgen, wobei die Reduktionsschritte am Anfang größer sein dürfen, im Verlauf langsamer und kleiner. Zu schnelles Reduzieren bedeutet deutliche Entzugserscheinungen, zu langsames Reduzieren birgt das Risiko, dass im Verlauf der Reduktion dem Betroffenen „die Kraft“ ausgeht. Als Zeithorizont ist das Fenster zwischen drei Wochen und längstens vier Monaten anzusehen. Bei älteren Menschen empfiehlt sich die Abdosierung mit Clonazepam (in Tropfenform erhältlich) im ambulanten Behandlungsrahmen, da typische stationäre sucht-spezifische Interventionen an den Bedürfnissen dieser Patientengrup-

pe vorbeigehen würden und mit der tropfenweisen Abdosierung eine individuelle Entzugssteuerung möglich ist.

Die Betroffenen sollten im Vorfeld ausführlich über mögliche Entzugssymptome aufgeklärt werden, insbesondere über Veränderungen der Körperwahrnehmung, da diese Symptome die Betroffenen sonst sehr beängstigen könnten. Bei Patienten, die sich in Phase I befinden, werden häufig keine wesentlichen Entzugssymptome auftreten – im Gegenteil, mit jedem Reduktionsschritt wird es dem Patienten besser gehen, da er mit der Abdosierung aus der Phase der „relativen Entzugserscheinungen“ herauskommt. Da

Schlafstörungen sehr häufige Begleiter des Entzuges sind, sollte hierauf besonderes Augenmerk gerichtet werden und jeder Patient im Vorfeld des Entzuges schon prophylaktisch über schlafhygienische Maßnahmen informiert werden.

Bei Patienten, bei denen ein ambulanter Entzug gescheitert ist, sollte ein stationärer Entzug erwogen werden. Dies sollte üblicherweise in Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Klinik bzw. Abteilung erfolgen, die idealerweise auf diese Zielgruppe spezialisiert ist. Insbesondere sind Kliniken für diese Patientengruppe sehr günstig, die schon während des Entzuges eine spezifische, psychiatrische und psychotherapeutische Mitbehandlung der häufigen Grundstörungen ermöglichen, ohne dass nach der „Suchtbehandlung“ erst die Weiterverlegung auf eine entsprechende Station erfolgt.

Rat und Hilfe

Ärztchamber Hamburg und KV Hamburg planen, in Sachen Benzodiazepine eine Beratungsstelle für Hamburger Ärztinnen und Ärzte einzurichten. So lange es diese noch nicht gibt, erteilen die Verfasser der Artikel Auskunft – jeweils zu ihren Fachgebieten:

- Abt. Berufsordnung der Ärztekammer Hamburg, Ansprechpartner Dr. Jasper Kiehn, Tel.: 202299-160, E-Mail: berufsordnung@aekeh.de.
 - Pharmakologische Fachberatung der KV Hamburg, Tel.: 22802-498*
 - Patientenberatung von Ärztekammer und KVH, Ansprechpartnerin: Dr. Frauke Ishorst-Witte, Tel.: 202299-220*, E-Mail: patientenberatung@aekeh.de
 - Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie, UKE, Ansprechpartner: Prof. Dr. Christian Haasen, Tel.: 7410-57901*, E-Mail: haasen@uke.de
- Ebenfalls in Arbeit ist eine Zusammenstellung der Ansprechpartner in Beratungsstellen, bei niedergelassenen Suchtmedizinern und im stationären Bereich.

* Die Rufnummern bitte nicht an Patienten und deren Angehörige herausgeben; Für Patienten gibt es die Patientenberatung der Ärztekammer und KVH unter der Telefonnummer 2 28 02 – 650.

Was bleibt nach dem Entzug?

Es ist noch umstritten, ob insbesondere die kognitiven Defizite, die im Verlauf der Langzeiteinnahme auftreten, bleibenden Charakter haben. Da bisher keine strukturelle Schädigung des Gehirns durch Benzodiazepine nachweisbar und pathobiologisch nicht zu erwarten ist, spricht einiges für die klinische Erfahrung, dass sich im längeren Verlauf der Abstinenz die kognitiven Defizite zurückbilden. Bei jüngeren Patienten häufiger, bei älteren Patienten überraschend selten, zeigen die ursprünglichen Einnahmegründe (wieder) klinische Relevanz. Hier wird es dann um eine sehr individuelle Abwägung der Vor- und Nachteile der Behandlung gehen. Häufig wird zu zögerlich die Hilfe des Facharztes oder Psychotherapeuten in Anspruch genommen. Dies liegt sicherlich daran, dass die Möglichkeiten der modernen Psychiatrie und Psychotherapie unterschätzt werden oder diese Praxen zu überlaufen sind.

KV Hamburg Welche Vorgaben gelten für die Verordnung von Benzodiazepinen?

Von Dr. Klaus Voelker

Nur bis zu acht Wochen

Benzodiazepine und vergleichbare Wirkstoffe (Zolpidem, Zopiclon u. Ä.) spielen in der ambulanten Versorgung eine nicht unerhebliche Rolle. Sie werden vor allem von Neurologen und Psychiatern, aber auch von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen und Internisten verschrieben.

Es ist unbestritten, dass diese Wirkstoffe ein Suchtpotenzial haben. Eine länger dauernde Anwendung führt selbst bei niedriger Dosierung zu Gewöhnungserscheinungen bis hin zur Abhängigkeit. Um missbräuchliche Anwendung und damit verbunden teilweise gravierende Entzugserscheinungen zu verhindern, sollten sich die Ärzte bei der Verordnung streng an die Vorgaben der Hersteller und der Selbstverwaltung halten.

Die Fach- und Gebrauchsinformationen fordern eine sorgfältige Indikationsstellung. Bei Patienten mit Abhängigkeitsanamnese ist besondere Vorsicht geboten. In der Regel sollte die kleinste Packungseinheit verordnet werden, die Dosierung möglichst niedrig, die Therapiedauer so kurz wie möglich gewählt

werden. Es empfiehlt sich, die Notwendigkeit der Behandlung in kurzen Abständen zu überprüfen. Dauert die Anwendung länger als eine Woche, sollte die Dosis wenn möglich schrittweise reduziert werden, um Entzugssymptome zu vermeiden. Nach den derzeit geltenden Leitlinien der Fachgesellschaften darf eine Therapiedauer von acht Wochen nicht überschritten werden.

Behandlungsbedürftige Krankheit?

Für die gesetzliche Krankenversicherung ist im SGB V der Anspruch des Patienten auf eine Therapie nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts formuliert. Eingeschränkt wird dies allerdings durch das Wirtschaftlichkeitsgebot sowie durch Arzneimittelrichtlinien.

In der seit 1. April 2009 geltenden Neufassung der Arzneimittelrichtlinien sind im Abschnitt C die Voraussetzungen für Arzneimittelver-

ordnungen zum Teil neu formuliert worden. Dort ist ausgeführt, dass eine Verordnung von Arzneimitteln nur zulässig ist, wenn sich der behandelnde Arzt vom Zustand des Versicherten überzeugt hat – oder der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Weiter ist zu prüfen, ob eine behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Verordnung von Arzneimitteln soll den Regeln der ärztlichen Kunst und den Grundsätzen einer rationalen Arzneimitteltherapie entsprechen. Die zu verordnende Menge soll der Art und Dauer der Erkrankung angepasst werden. Vor jeder Wiederholung einer Verordnung soll geprüft werden, ob diese erforderlich ist und ob die verordnete Menge mit der vorgesehenen Anwendungsdauer übereinstimmt. Dabei ist auf Arzneimittelmisbrauch, -gewöhnung oder -abhängigkeit zu achten.

Außerdem ist in der Anlage III, Ziffer 32 und 45 für verschreibungspflichtige Hypnotika zur Behandlung von Schlafstörungen oder für Tranquilantien festgelegt, dass sie nur zur Kurzzeittherapie von bis zu vier Wochen Dauer verordnungsfähig sind. Eine in Einzelfällen länger als vier Wochen dauernde Behandlung ist medizinisch zu begründen.

Privatrezept nicht erlaubt

Wenn es sich um einen Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt und die oben genannten Voraussetzungen für eine Verordnung gegeben sind, muss ein Kassenrezept ausgestellt werden; ein Ausweichen auf Privatrezepte ist nicht erlaubt. Benzodiazepine und vergleichbare Wirkstoffe dürfen nur bei streng gestellter Indikation verordnet werden. Außerdem sollte eine gute, nachvollziehbare Dokumentation erstellt werden. Es drohen sonst Anträge der Krankenkassen auf Regresse, die nur schwer abzuwenden sind.

Die Regeln sollten möglichst streng eingehalten werden, insbesondere bei Neueinstellung bzw. bei Beginn der Therapie. Dazu gehört die Information des Patienten über Probleme und Gefahren, die sich ergeben können. Das gilt auch für den stationären Bereich, da dort oft mit der Gabe von Benzodiazepinen begonnen wird.

Sind Patienten bereits an die Einnahme der Wirkstoffe gewöhnt, sollte jeweils in der konkreten Situation entschieden werden, da es entscheidend auf die Mitarbeit des Patienten ankommt. Wenn möglich, sollte durch langsame Dosisreduktion eine Entwöhnung versucht werden. Ggf. kann die Mitbehandlung durch einen Facharzt hilfreich sein. In extremen Fällen steht die Suchtambulanz zur Verfügung.

Dr. Klaus Voelker leitet die Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg.

Privatrezept trotz Taschengeld?



Die Mutter des Anrufers in der Patientenberatung leidet unter Demenz und lebt in einem Pflegeheim. Wegen nächtlicher Unruhe erhält sie ein Benzodiazepin und ist damit deutlich ruhiger. Nach zwei Jahren sagt der verordnende Hausarzt, er dürfe das Präparat nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnen und stellt ein Privatrezept aus. Der Sohn möchte wissen, warum das so ist und ob es rechtens ist, denn der Mutter steht im Heim nur ein Taschengeld zur Verfügung.

Wir rieten ihm, erneut mit dem Arzt ins Gespräch zu kommen, um in Erfahrung zu bringen, warum der Arzt das Präparat nicht mehr zu Lasten der GKV verordnen will und ob es nicht möglich ist, das Benzodiazepin durch ein anderes Medikament, das kein Suchtpotenzial hat, zu ersetzen. In diesem Fall muss allerdings vorher geklärt werden, ob das Benzodiazepin, eventuell überlappend, entzogen werden muss. Ob und wie das möglich ist, könnte der Arzt mit einem Suchtmediziner besprechen. Mehr zur Rechtmäßigkeit der Umstellung von Kassen- auf ein Privatrezept lesen Sie im Beitrag von Dr. Voelker.

Das Thema „Benzodiazepine“ wurde konzeptionell erarbeitet von: Prof. Dr. Christian Haasen, UKE; Dr. Klaus Voelker, KV Hamburg; Dr. Frauke Ishorst-Witte, Dr. Jasper Kiehn, Ernst Heise-Luis, Ärztekammer Hamburg)

Ärztammer Hamburg Problematische Verordnung von Benzodiazepinen aus berufsrechtlicher Sicht.

Von Dr. Jasper Kiehn

Nicht ohne Indikation

Berufsrechtliche Ermittlungsverfahren bei Verdacht auf eine übermäßige Versorgung mit potenziell suchterzeugenden Arzneimitteln weisen die Besonderheit auf, dass sich wegen der aus Sicht des Patienten vorteilhaften Verschreibung grundsätzlich nicht Patienten beschweren, sondern Dritte einen solchen Verdacht mitteilen. Zu den Dritten zählen Ärzte bei einer Praxisübernahme, mitbehandelnde Ärzte, die einen Patienten substituieren, Apotheker, die eine Verordnung wegen des Verdachts auf Arzneimittelmissbrauch nicht beliefern und Angehörige, die sich über eine Zahlungspflicht für Privatrezepte beklagen. Patienten beschweren sich selten. Sie machen dann oft den Arzt für die Entstehung ihrer Sucht verantwortlich.

Berufsrechtlicher Bewertungsmaßstab

§ 1 Absatz 2 der Berufsordnung formuliert das Gebot, Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen und Leiden zu lindern. § 2 Absatz 2 der Berufsordnung regelt die Verpflichtung des Arztes seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Dazu zählt auch, dass der Arzt bei einer Verschreibung die Regeln ärztlicher Kunst einhält. Jede Verschreibung bedarf einer dokumentierten medizinischen Begründung. Die Verschreibungspflicht bezweckt, dass Arzneimittel mit Sucht- und Nebenwirkungspotenzial nicht frei zugänglich sind. Eine Verschreibung potenziell suchterzeugender Stoffe ohne nachvollziehbare Indikation ist nicht mit den ärztlichen Berufspflichten vereinbar. Die Unterhaltung einer Sucht mit dem Suchtstoff stellt bei der Benzodiazepinabhängigkeit grundsätzlich kein anerkanntes Behandlungskonzept dar. Eine Aufklärung und informierte Einwilligung des Patienten ist notwendig, entbindet den Arzt aber nicht von der Verantwortung für eine medizinisch begründete Verschreibung.

Beim süchtigen Patienten ist das Problem zwischen Selbstbestimmung und ärztlicher Entscheidung zugespitzt. Der süchtige Patient möchte mit dem Suchtmittel versorgt werden. Der Arzt sollte sich trotz Leidens- und Erwartungsdrucks nicht als Wunsch-erfüllungshelfer verstehen. Die Einnahme von

Benzodiazepinen ist mit einem Nebenwirkungs- und Abhängigkeitspotenzial verbunden. Bei einer festgestellten Abhängigkeit wird vom Arzt ein Behandlungskonzept mit Entzugs- und Reduktionsplan und Kontrollen erwartet. Kritisch sind in diesem Zusammenhang die Dauerverordnung, die Dosissteigerung und die Hochdosisverordnung einzuschätzen.

Bei betäubungsmittelabhängigen Patienten unterliegt die Verschreibung von Flunitrazepam (z. B. Rohypnol) dem Betäubungsmittelrecht. Das zunehmend beobachtete Ausweichen auf Privatrezepte zur Vermeidung eines Arzneimittelregresses entbindet den Arzt nicht von seiner berufsrechtlichen Verantwortung.

Das Berufsrechtsverfahren ist ein Disziplinarverfahren. Es zielt ab auf Einsicht und eine Änderung des Verhaltens. Zu den berufsrechtlichen Sanktionen gehören die vom Vorstand erteilte Rüge und berufsgerichtliche Maßnahmen wie Verweis und Geldbuße. Der Fokus berufsrechtlicher Ermittlungen ist auf gravierende Fälle gerichtet. Das Vorgehen der Ärztekammer ist abgestuft. Elemente der berufsrechtlichen Maßnahmen sind Sensibilisierung für die Problematik des Arzneimittelmissbrauchs durch ein Gespräch, Erkenntnisgewinn durch eine themenspezifische Fortbildung und als ultima ratio eine berufsrechtliche Ahndung, die bei gravierenden Verstößen nicht vermeidbar ist.

Berufsrechtlich problematische Verschreibungen

Voraussetzung für die Verschreibung eines Benzodiazepins ist eine gründliche, dokumentierte (Sucht-)anamnese und Untersuchung. Der Arzt und nicht der Patient entscheidet, ob eine Behandlung mit Benzodiazepinen bei den vom Patienten beklagten Symptomen indiziert ist. Daher ist der Wunsch des Patienten nach einer Verordnung eines Arzneimittels mit Suchtpotenzial verdächtig und ein Alarmsignal. Vorsicht ist ebenfalls geboten bei konstruiert wirkenden Vorerkrankungen, die nur auf Arzneimittel mit Suchtpotenzial ansprechen.

Bei der Verordnung von Arzneimitteln mit Suchtpotenzial besteht die Gefahr, dass der Patient das Vertrauen des Arztes ausnutzt. Zur Prüfung der Angaben des Patienten

Sucht macht erfinderisch



Ein Arzt versorgte einen 30-jährigen Patienten mehr als ein Jahr lang mit großen Mengen an Benzodiazepinen u. a. Rivotril (Wirkstoff: Clonazepam). Zeitweise entsprach die Verordnung einer Diazepam-Dosis von mehr als 150 mg täglich – auf Kassen- und Privatrezept, bis die Ärztekammer davon Kenntnis erlangte und den Arzt überzeugte, die Verordnungen zu beenden. Der Patient berichtete anderen Ärzten über eine auf Rivotril eingestellte, durch Unfalltrauma ausgelöste Epilepsie. Der Verordnungswunsch wurde von einigen Ärzten bedient, während andere Ärzte die Angaben prüften und die Verordnung bis auf eine Einmalverordnung während der Überprüfungszeit ablehnten. Außer den Angaben des Patienten gab es nach den Untersuchungen in einem Hamburger Krankenhaus keinen Hinweis auf eine Epilepsie. Trotzdem bescheinigte das Krankenhaus dem Patienten an einer bekannten Epilepsie zu leiden. Die Angaben des Patienten hielten einer Überprüfung nicht stand.

empfiehlt es sich, eine Einverständniserklärung zur Einholung von Befunden von Vorbehandlern unterzeichnen zu lassen.

Ein Arzt, dessen eigene Kompetenz zur Behandlung nicht ausreicht, ist nach den Bestimmungen des Berufsrechts verpflichtet, andere Ärzte hinzuzuziehen. Bei Zweifeln an der Indikation sollte der Arzt den Rat eines erfahrenen Kollegen oder einer Suchtambulanz eines Krankenhauses einholen oder den Patienten dorthin überweisen.

Der Arzt ist einem Erwartungsdruck des Patienten ausgesetzt und die Verweigerung eines Rezepts kann zu Anfeindungen führen. Dem Patienten ist jedoch mit der Aufrechterhaltung einer iatrogen unterstützten Sucht langfristig nicht gedient.

Im Blickpunkt dieses Beitrags steht die Sensibilisierung für die Problematik der Verordnung von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial. Ohne hinreichende Indikation vorgenommene Verordnungen stehen nicht im Einklang mit ärztlichem Berufsrecht.



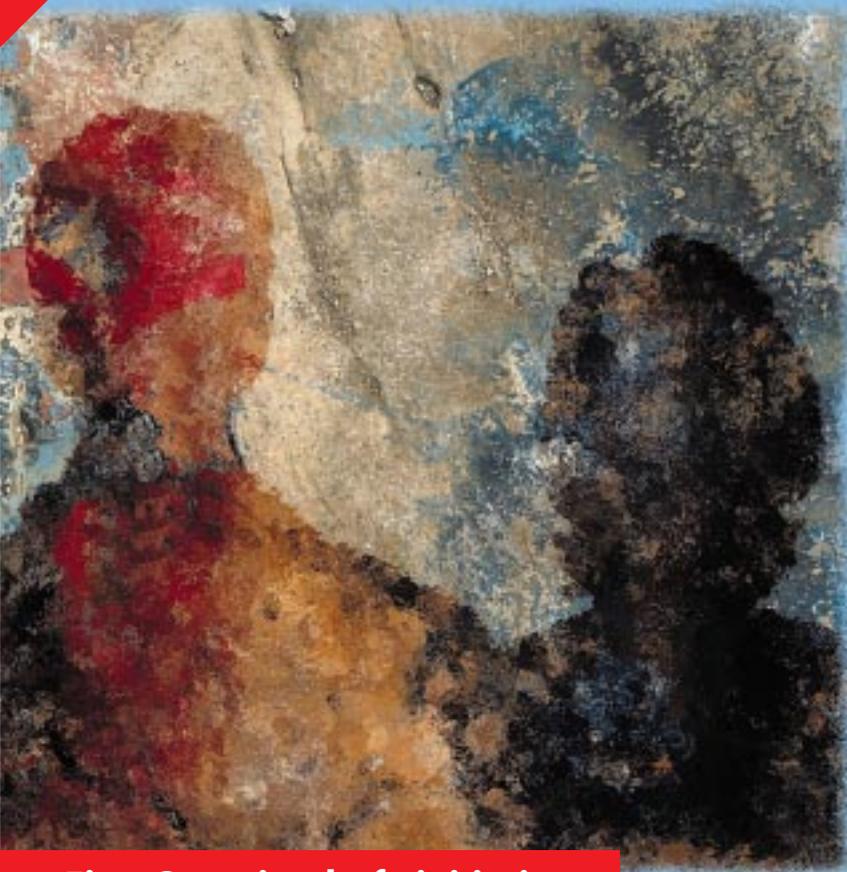
Landesprogramm gegen Sucht

Teil 1

Illegale Drogen

Alkohol

Medikamente



Eine Gemeinschaftsinitiative

Landesprogramm gegen Sucht

Teil 1

Illegale Drogen
Alkohol
Medikamente

Eine Gemeinschaftsinitiative

In Umsetzung des Ziels 4 der
„Zehn vorrangigen Gesundheitsziele für NRW“
(Landesgesundheitskonferenz 1995)

1	Herz-Kreislaufkrankheiten reduzieren
2	Krebs bekämpfen
3	Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit
4	Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen
5	Umwelthygiene-Management
6	Primäre Gesundheitsversorgung
7	Krankenhausversorgung
8	Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse
9	Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich
10	Unterstützung durch Gesundheitsinformation

Ministerium für Frauen,
Jugend, Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Vorwort

Suchterkrankungen gehören zu den großen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit. Die Gefahren, abhängigkeitskrank zu werden, nehmen nach allgemeiner Einschätzung weiter zu. Dabei sind die Ursachen von Sucht- und Drogenabhängigkeit vielfältig und differenziert. Mindestens ebenso vielfältig müssen deshalb auch die Lösungsansätze zur Bekämpfung der Sucht sein.

Die Sucht- und Drogenpolitik der Landesregierung basiert auf der Erkenntnis, dass Sucht Krankheit ist, der häufig schwere psychische und soziale Konflikte – oft auch psychische Fehlentwicklungen mit Krankheitswert – vorausgehen.

Sucht hat immer eine Geschichte – und diese fängt nicht erst mit der Einnahme der Droge an und hört nicht mit dem Absetzen oder Ersetzen der Droge auf.

Diese Leitlinie prägt auch das von der Landesregierung vorgelegte „Landesprogramm gegen Sucht“, das konsequent auf Hilfe zur Selbsthilfe und zum Selbstmanagement im sozialen Kontext setzt.

Das „Landesprogramm gegen Sucht“ geht dabei in seiner Struktur und Tragweite weit über Landesprogramme klassischer Prägung hinaus:

An der Entstehung des Programms haben alle verantwortlichen Institutionen und andere mehr mitgewirkt, die sich in Nordrhein-Westfalen mit Fragen der Entstehung und Bewältigung von Sucht auseinandersetzen. In diesem Zusammenhang hat der Landesfachbeirat Sucht und Drogen wichtige Vorarbeiten geleistet.

Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz bzw. ihres Vorbereitenden Ausschusses haben sich die Initiative nach intensiven Diskussionen zu Eigen gemacht. Zu ihren Mitgliedern gehören u.a. die Ärzte- und Apothekerkammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassenverbände und Rentenversicherungsträger, die Wohlfahrtsverbände, die kommunalen Spitzenverbände sowie die Landschaftsverbände, die Krankenhausgesellschaft und die Bezirksregierungen.

Dank dieser umfassenden Beteiligung konnten wir heute ein gemeinschaftlich verantwortetes „Landesprogramm gegen Sucht“ vorlegen, das in bundesweit einmaliger Weise zugleich eine weiterreichende Grundlage für gemeinsames Handeln schafft.

Das Programm ist prozesshaft zunächst bis zum Jahre 2005 angelegt und thematisiert in einem ersten Schritt die Problemfelder „Illegale Drogen“, „Alkohol“ und „Medikamente“. Die noch nicht enthaltenen Bausteine „Nikotin“ und „nicht stoffgebundenen Süchte“, insbesondere Ess-Störungen und Spielsucht, sollen in einem nächsten Schritt im Jahre 2000 vorgelegt werden.

Eine programmbegleitende Arbeitsgruppe wird den Prozess in den kommenden Jahren begleiten, das Programm einer regelmäßigen Prüfung unterziehen und Vorschläge zur Fortschreibung erarbeiten.

Ich danke allen, die an der Erstellung des Programms mit vielen guten Ideen und erheblichem Engagement mitgewirkt haben. Ich bin sicher, mit diesem Programm befin-

den wir uns im Kampf gegen Sucht auf einem guten Weg.

Dem Programm wünsche ich eine weite Verbreitung – auch über die Landesgrenzen hinaus – und freue mich auf möglichst viel Resonanz von Leserinnen und Lesern, die ich zugleich zu weiterführenden Anregungen ermutigen möchte.



Birgit Fischer

Birgit Fischer
Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Vorwort
Einführung

I	GRUNDLAGEN	12
I.1	Suchtverständnis	12
I.2	Grundsätze und Leitlinien	14
II	Geschlechtsspezifische Differenzierung	19
II.1	Situation	19
II.2	Handlungsbedarf	21
II.3	Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte	22
III	Besondere Zielgruppen	25
III.1	Situation	25
III.2	Handlungsbedarf	26
III.3	Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte	28
IV	Querschnittsaufgaben	31
IV.1	Suchtvorbeugung	31
IV.1.1	Situation	31
IV.1.2	Handlungsbedarf	38
IV.1.3	Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte	39
IV.2	Berufliche und Soziale (Wieder-)Eingliederung	41
IV.2.1	Situation	41
IV.2.2	Handlungsbedarf	43
IV.2.3	Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte in 1999/2000	45

V	Problemfelder	48
V.1	Illegale Drogen	48
V.1.1	Situation	48
V.1.1.1	Daten und Indikatoren	50
V.1.1.2	Hilfesystem	51
V.1.1.2.1	Ambulante Angebote	52
V.1.1.2.2	Stationäre/teilstationäre Angebote	54
V.1.1.2.3	Substitutionsbehandlung und substitutionsgestützte Rehabilitation	55
V.1.1.2.4	Therapie unter Originalstoffverschreibung	57
V.1.1.2.5	Besondere Unterstützungsformen	58
V.1.1.3	Selbsthilfe	60
V.1.1.4	Bekämpfung des Drogenhandels	61
V.1.2	Handlungsbedarf	65
V.1.3	Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte in 1999/2000	69
V.2	Alkohol	73
V.2.1	Situation	73
V.2.1.1	Daten und Indikatoren	75
V.2.1.2	Hilfesystem	77
V.2.1.2.1	Ambulante Angebote	77
V.2.1.2.2	Stationäre Angebote	78
V.2.1.3	Selbsthilfe	79
V.2.1.4	Betriebliche Suchtkrankenhilfe	80
V.2.1.5	Maßnahmen der Repression	80
V.2.2	Handlungsbedarf	81
V.2.3	Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte in 1999/2000	85
V.3	Medikamente	88
V.3.1	Situation	88
V.3.1.1	Die besondere Medikamentenproblematik	89
V.3.1.2	Daten und Indikatoren	91
V.3.1.3	Das Hilfesystem	92
V.3.1.4	Maßnahmen der Repression	92
V.3.2	Handlungsbedarf	93
V.3.3	Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte	94

VI	Fortbildung	96
VII	Forschung	101
VIII	Finanzierung	104
IX	Programmbegleitung und Koordination	106
X	ANHANG	108
X.1	NRW-Ziel 4: Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen	108
X.2	Aktuelle Datenlage „Sucht und Drogen“	112
X.2.1	Illegale Drogen	112
X.2.2	Alkohol	122
X.2.3	Medikamente	135
X.3	Verzeichnis der einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Richtlinien	139
X.3.1	Zuständigkeiten und Leistungen von Prävention und Hilfen	139
X.3.2	Regelungen im Bereich der Repression und des Verkehrs mit Arznei- und Betäubungsmitteln	142
X.3.3	Weiter gehende Zuständigkeiten	144
X.3.4	Übergreifende Verwaltungsvorschriften	144

Einführung

Sucht ist ein schwerwiegendes Problem, das unsere Gesellschaft insgesamt berührt.

Ausgehend vom WHO-Programm „Gesundheit für alle“ hat die Landesgesundheitskonferenz 1995 als Ziel 4 der zehn vorrangigen Gesundheitsziele für NRW festgelegt:

„Bis zum Jahr 2005 sollen die Chancen in NRW, ein suchtfreies Leben zu führen, deutlich erhöht werden.“

Das vorliegende Programm macht die Schritte dorthin deutlich und schafft die Grundlagen für eine gemeinsame Umsetzung.

Das zunächst bis zum Jahre 2005 angelegte „NRW-Landesprogramm gegen Sucht“ soll im Sinne eines ganzheitlichen, suchtförmübergreifenden Programms in Schritten ausgebaut werden. Der vorliegende Text, der eine solche umfassende und ganzheitliche Sicht von Sucht in den Vordergrund stellt, thematisiert neben den suchtförmübergreifenden Aspekten die Problemfelder „Illegale Drogen“, „Alkohol“ und „Medikamente“. Die Bereiche „Nikotin“ und „Nichtstoffliche Süchte“ (z.B. Spielsucht) werden in den Folgejahren ergänzt.

Die Umsetzung des Programms soll von einer beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit angesiedelten Arbeitsgruppe des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz begleitet werden, die den jeweiligen Planungs- und Umsetzungsstand in Zweijahresberichten aufbereitet. Das Landesprogramm ist insofern prozessorientiert. Es sieht daher Teil- und Zwischenschritte, Umsetzungskontrolle und eine begleitende Evaluation vor. Die Berichte der programmbegleitenden Arbeitsgruppe und die Ergebnisse der Beratungen des Vorbereitenden Ausschusses werden dabei ebenfalls Bestandteil des Programms.

Das Programm richtet sich an eine breite Öffentlichkeit und verfolgt im Schwerpunkt folgende Ziele:

- Sicherung, Qualifizierung und Ausbau der auf den drei Säulen der Suchtpolitik (Prävention, Hilfen¹ und Repression) basierenden Initiativen und Maßnahmen,
- Förderung eines gemeinsamen Suchtverständnisses bei den unterschiedlichen Beteiligten in Politik, Verwaltung, Praxis und in der Bevölkerung,
- Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Ist-Situation, Planungen und Zuständigkeiten,
- Herstellung von Verbindlichkeit hinsichtlich der Zielvereinbarungen, Planungen und Kooperationen.

Von seiner Struktur her ist das Programm

- als Gemeinschaftsprogramm, basierend auf einem gemeinsamen Suchtverständnis und vereinbarten Grundsätzen und Leitlinien, die die Zuständigkeiten und rechtlichen Vorgaben der Beteiligten berücksichtigen,
- dynamisch und prozesshaft, indem es Ergänzungen und Fortschreibungen vorsieht,
- indikatorengestützt, unter Berücksichtigung einer verlässlichen Datenbasis

angelegt.

Von der Methodik her ist das Programm im Sinne einer funktionalen Betrachtungsweise angelegt, die sich am Bedarf der Betroffenen ausrichtet. Für die Umsetzung der einzelnen Schritte werden jedoch konkret die jeweiligen institutionellen Anbieter und Angebote benannt.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich das Landesprogramm bewegt, sind komplex. Es gibt kein einheitliches Gesetz, das die Zuständigkeiten für Prävention, für die verschiedenen Hilfen und für die Repression durchgehend regelt und zusammenfasst. Statt dessen werden in einer Vielzahl

1 Die Hilfen umfassen therapeutische sowie unterstützende und integrative Angebote

von Gesetzen, Vereinbarungen und Richtlinien etc. verschiedene Zuständigkeiten mit unterschiedlichen Kompetenzen und auch Sichtweisen bestimmt. Das gilt auch für die Prävention, die Akutbehandlung, die Rehabilitation und die Eingliederung. Hinzu kommt, dass nach legalen und illegalen Stoffen und Handlungen unterschieden wird.

Das wenig transparente Leistungssystem aber muss den schwierigen Problemlagen Suchtkranker gerecht werden.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen erfordern für die Umsetzung des Programms ein gemeinschaftliches Verständnis als Basis für notwendige Entwicklungen.

Die Landesregierung trägt die Verantwortung für die Gesamtkoordination. Für verschiedene Bereiche im Gesamtsystem sind die Selbstverwaltungskörperschaften zuständig. Hier kommt dem Land eine moderierende Funktion zu. Die Landesregierung hat die Federführung in der Sucht- und Drogenpolitik dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit zugewiesen.

Erstmalig für die Bundesrepublik wird seitens eines Bundeslandes ein Landesprogramm gegen Sucht vorgelegt, das über eine fundierte theoretische Grundlage verfügt.

Darüber hinaus konnte dieses Programm zustande kommen mit der Unterstützung aller im Lande vertretenen Institutionen und Verbände im Suchtbereich, mit denen dieses Programm gemeinsam erarbeitet und abgestimmt wurde. Es repräsentiert daher auch den gegenwärtigen Stand der fachlichen und öffentlichen Diskussion und ist ausgerichtet auf die Schaffung eines breiten Konsenses aller Beteiligten.

Das hier vorgelegte Programm wird durch einen Sonderband, der die gemeinsam erarbeiteten Materialien einschließlich Datenquellen dokumentiert (Materialienband FOGS, Eingliederungsempfehlungen des Landesfachbeirats „Sucht und Drogen“), ergänzt.

Ausgehend von der fachpolitischen, wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnis, dass nicht die Substanz im Mittelpunkt der Sucht- und Drogenproblematik steht, sondern die Faktoren Person und Umwelt von ebenso zentraler Bedeutung bei Sucht-

entstehung und -verlauf sind, wird mit diesem Landesprogramm gegen Sucht erstmalig ein Konzept vorgelegt, das konsequent auf Hilfe zur Selbsthilfe und zum Selbstmanagement im sozialen Kontext angelegt ist.

Die zentrale Aufgabe des Landes in dem hier vorgelegten Programm besteht – neben originären staatlichen Aufgaben – insbesondere darin, die jeweils Zuständigen zusammenzuführen und zu gemeinsamem Handeln zu motivieren, um so innovative Entwicklungen zu moderieren und zu initiieren.

I. Grundlagen

Sucht ist Krankheit und unterliegt damit der besonderen Fürsorge von Staat und Gesellschaft. Das Krankheitsverständnis hat sich auch heute in der Öffentlichkeit noch nicht generell durchgesetzt. Die Rechtsprechung hat wiederholt den Krankheitswert herausgestrichen und Sucht selbst als Krankheit – auch im Sinne der Sozialleistungsgesetze – definiert.

I.1 Suchtverständnis

Noch immer herrscht ein Suchtverständnis vor, nach dem es hauptsächlich psychoaktive Substanzen seien, die eine Abhängigkeit (Sucht) bedingen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat bis in die jüngere Vergangenheit ausschließlich von den „habit-forming drugs“ bzw. „Addiction oder dependence-producing drugs“ gesprochen. Die Ziele der Politik lagen überwiegend in dem Bemühen, den nicht legitimierten Gebrauch von Drogen zu verhindern und die Folgeprobleme des Missbrauchs auf die Gesundheit und das berufliche und soziale Leben zu minimieren.

In Fachkreisen hatte sich demgegenüber längst das Konzept eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges durchgesetzt, d. h. es gibt nicht nur eine Einflussquelle für das Entstehen und die Entwicklung einer Abhängigkeit, sondern in der Regel drei: die Person, das Umfeld und die Substanz bzw. das Mittel.

Wichtig ist die Betonung der Wechselwirkungen innerhalb des Gefüges und dabei insbesondere die Bedeutung, die der Wirkung einer Substanz in einer bestimmten Lebenssituation zukommt. Das Gefüge ist nicht statisch, sondern dynamisch.

Eine alleinige Ächtung der Substanz verkürzt die Ursachenfrage und verschleiert die Mehrdimensionalität der Entstehungsgeschichte und damit auch der Bewältigungserfordernisse und -möglichkeiten. Zudem liefert sie die Süchtigen

der Gefahr aus, ebenfalls geächtet zu werden, wenn sie nicht zur Normalität zurückfinden, weil die Loslösung von der Substanz nicht erfolgreich ist.

Um suchtfrei leben zu können, müssen letztlich alle Menschen einen Weg finden, für sich ein lebbares Gleichgewicht zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit im Leben herzustellen. Suchtpolitik muss die Menschen hierin unterstützen.

Die WHO hat 1992 eine Definition² der Drogenabhängigkeit eingeführt, die den erreichten Erkenntnisstand über das wechselseitige Bedingungsgefüge der Abhängigkeit nachvollzieht.

Die Sucht- und Drogenpolitik des Landes steht seit Jahren unter dem Leitsatz: „Sucht hat immer eine Geschichte – und diese fängt nicht mit der Einnahme einer Substanz an und hört nicht mit deren Ab- oder Ersetzen auf.“

Für das Landesprogramm gegen Sucht gilt: „Es ist nicht allein die Substanz oder das Mittel, sondern auch die Bedeutung, die diesem für eine bestimmte Person auf dem Hintergrund ihrer besonderen Entwicklung in einer bestimmten Lebenssituation zukommt.“

Diese Sicht von Sucht stellt auf zentrale Ziele der Lebensbewältigung des Menschen ab, soziale Normen spielen dabei keine geringe Rolle. Sie geht weit über die Beachtung einer pharmakologischen Suchtpotenz hinaus. Sie berührt ebenso genetische Fragen in Bezug auf den Einzelnen wie philosophi-

2 „Eine Abhängigkeit erzeugende Droge ist eine solche, die die Fähigkeit hat, eine Abhängigkeit hervorzurufen, wie sie (wie folgt) definiert ist: Drogenabhängigkeit ist ein Bündel von Phänomenen mit unterschiedlicher Intensität auf körperlicher, kognitiver und der Verhaltensebene, in welchem der Konsum einer psychoaktiven Droge eine hohe Priorität einnimmt.

... Bestimmte Faktoren und problematische Folgen können biologischer, psychologischer und sozialer Art sein und stehen gewöhnlich in einer Wechselbeziehung zueinander“ (28. Report). – Die WHO akzeptiert damit inzwischen das wechselseitige Bedingungsgefüge – konnte sich aber noch nicht von dem – ohne Interpretation – irreführenden Begriff der dependence producing drugs lösen.

sche Fragen der Selbstverwirklichung des Einzelnen im gesellschaftlichen Kontext. Dabei sind ganz konkrete gesellschaftliche Konflikte, wie z.B. Arbeitslosigkeit zu berücksichtigen, aber auch gesellschaftliche Veränderungen wie Individualisierung (bis zur Vereinzelung), Aufweichung von Werten und Normen, sowie die Materialisierung der Lebensstile spielen eine bedeutende Rolle.

Es kommt für alle darauf an, komplexe Veränderungen so aufzufangen, dass Einzelne mit ihnen umgehen können und nicht „in die Scheinwelt der Süchte“ fliehen.

Das multifaktorielle Bedingungsgefüge von Suchterkrankungen muss auf allen Ebenen in Politik, Verwaltung und Praxis seinen entsprechenden Niederschlag finden. Das bedeutet, die Lösungsansätze müssen diesen Ursachen entsprechen.

Die Suchtpolitik im Lande stellt daher auf ein Dreisäulenkonzept ab: den gleichzeitigen und gleichgewichtigen Ansatz bei Prävention, Hilfen (Therapie und Integration) und Repression. Prävention und Hilfen setzen primär auf der Nachfrageseite, die Repression bei der Anbieterseite an. Die jüngere Bevölkerung ist besonders schutzbedürftig.

1.2 Grundsätze und Leitlinien

Von diesem Suchtverständnis gehen die folgenden Grundsätze und Leitlinien aus. Sie sind das Ergebnis der Diskussion aller an der Erstellung des Landesprogramms gegen Sucht Beteiligten Orientierungs- und Bewertungsrahmen für die Beschreibung der aktuellen Angebotssituation, die Feststellung von Defiziten sowie für die Formulierung von Handlungsvorschlägen. Es wird damit die Erwartung verbunden, dass sich alle am Diskussionsprozess Beteiligten die Grundsätze und Leitlinien zu Eigen machen.

Entsprechend dem prozessorientierten Verständnis des Landesprogramms werden auch sie nach dem für die Fortschreibung des Programms vorgesehenen Verfahren fortentwickelt.

Das vierte Gesundheitsziel für Nordrhein-Westfalen bezieht sich auf ein suchtfreies Leben, erkennt jedoch gleichzeitig an,

dass sowohl der Konsum von bestimmten suchtförderlichen Mitteln in unserer Gesellschaft kulturell verankert als auch die Verordnung psychoaktiver Substanzen grundsätzlich medizinisch begründet sind. Deshalb müssen präventive Bemühungen im Grundsatz auch auf einen verantwortungsvollen Umgang mit entsprechenden Mitteln gerichtet und Hilfen individuell angemessen sein.

- Suchtprävention in Nordrhein-Westfalen setzt am Gesundheitsbewusstsein und -verhalten der Bevölkerung an. Sie ist damit integraler Bestandteil einer allgemeinen Gesundheitsförderung.³ Suchtprävention berücksichtigt dabei die persönlichen und sozialen Ressourcen sowie protektive Faktoren. Sie zielt auf Stärkung der Eigenverantwortung und Konfliktfähigkeit sowie auf soziale Kompetenz. Suchtprävention ist zielgruppen- und situationsbezogen und bezieht Menschen aller Altersstufen ein. Sie stellt eine Querschnittsaufgabe von Erziehung und Bildung, Jugend- und Sozialhilfe, Gesundheits- und Altenhilfe dar. Suchtprävention ist insbesondere dort gefordert, wo aufgrund unzureichender Ressourcen oder Alltagsstrukturen Personen zu kurz kommen und professioneller Hilfen bedürfen. Die an Prävention und Gesundheitsförderung mit verteilten Rollen Beteiligten wirken eng zusammen.
- Hilfen für Suchtgefährdete und -kranke und ihre Angehörigen müssen bedarfsgerecht, wirtschaftlich, auf den Einzelfall abgestimmt und flexibel vorgehalten werden. Die Feststellung individueller Bedarfslagen kann dabei nur in enger Kooperation und Abstimmung mit den betroffenen Perso-

3 Gesundheitsförderung ist ein Handlungsprinzip, das strukturprägende Zusammenarbeit, Mitwirkung und Öffentlichkeitsarbeit in den Vordergrund stellt, Prävention richtet den Blick vorrangig auf Einzelmaßnahmen zur Vermeidung von Risiken und Krankheitsentwicklung (s. auch „Zehn vorrangige Ziele für NRW“, Bielefeld 1995).

nen unter Wahrung ihres Selbstbestimmungsrechts erfolgen, – soweit eine akute Intoxikation bzw. Gefährdung Dritter, nicht vorliegt. Die Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der Betroffenen muss demnach berücksichtigt werden. Erforderlich sind sowohl differenzierte Angebote als auch eine institutionelle und einzelfallbezogene Vernetzung von Angeboten und Maßnahmen, um in jedem Problemstadium den Einstieg in angemessene Hilfen zu erleichtern.

Die i.d.R. vielfältigen suchtbedingten Problemlagen erfordern von den einzelnen Betreuungs-, Beratungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten komplexe, untereinander abgestimmte und vernetzte Leistungen, um angemessen auf die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte der Suchterkrankung eingehen zu können. Einer übermäßigen Segmentierung in Einzelleistungen ist entgegenzuwirken. Gefordert ist ein ganzheitlicher Ansatz mit einem hohen Grad an personaler und konzeptioneller Kontinuität im Betreuungs- und Behandlungsprozess. Im gesamten Hilfesystem erfolgt eine Orientierung am „Normalitätsprinzip“. Dies bezieht sich sowohl auf die allgemeinen Lebensbedingungen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als auch auf die Organisation der Hilfen. Mit Blick auf die Angebote bedeutet ein solches Prinzip einen weitestmöglichen Einbezug der Gruppe der Abhängigen in die medizinischen, psychosozialen und die allgemeinen sozialen Hilfen.

- Prävention und Hilfen für Suchtgefährdete und -kranke und ihre Angehörigen müssen zum frühestmöglichen Zeitpunkt sowohl individuell als auch im sozialen Umfeld ansetzen. Dies setzt voraus, dass die Ursachen von Sucht erkannt und konsequent bekämpft werden, niederschwellige Zugänge zu allen Angeboten der Beratung und Hilfe ermöglicht werden und ein Verbundsystem der vorhandenen Ansätze insbesondere im Erziehungs-, Bildungs- und Gesundheitsbereich entwickelt wird.

Prävention und Hilfen **orientieren sich an** bei Einzelnen sowie in Familie, der Kinder- und Jugendhilfe, in Schule, Beruf und Gesellschaft vorhandenen, stützenden Ressourcen. Für die professionellen Angebote gilt der Grundsatz: Hilfen werden nur solange wie erforderlich erbracht und sind als „Hilfen zur Selbsthilfe“ angelegt. Dies bedeutet, dass unter Berücksichtigung individueller Hilfebedarfe und Indikationen kurze Interventionen vor längerfristigen Maßnahmen und ambulante und teilstationäre vor vollstationären Maßnahmen erfolgen. Menschen mit Suchtproblemen sollen so lange wie möglich in ihrem sozialen Umfeld verbleiben.

Maßnahmen der Qualitätssicherung haben im gesamten Bereich der Prävention und der Hilfen einen hohen Stellenwert. Das gemeinsame Bemühen im Sinne von Qualitätsmanagement ist darauf gerichtet, die zur Verfügung stehenden Mittel möglichst effektiv und effizient einzusetzen, um auch dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen.

Alle beteiligten Institutionen und Einrichtungen sind aber nicht nur angesichts knapper Ressourcen, sondern auch vor dem Hintergrund der Komplexität der Suchtproblematik zunehmend gezwungen, ihre Initiativen und Maßnahmen einem Controlling zu unterziehen.

- Die repressiven Bestimmungen und Maßnahmen bilden die dritte Säule einer integrativen Sucht- und Drogenpolitik. Es ist nicht nur Aufgabe des Staates, die Entwicklung von Individuen und Gruppen zu fördern, sondern diese auch vor negativen Einflüssen zu schützen.

So richtet sich die staatliche Repression in erster Linie gegen den Drogenhandel, gegen die Verführung Minderjähriger zum Konsum von Suchtmitteln, gegen übermächtige Werbung und Angebote, gegen Bedrohung durch den Gebrauch von Drogen, Alkohol und bestimmten Medikamenten im Verkehr oder am Arbeitsplatz, gegen nicht indizierte Verschreibungen, aber auch gegen Störungen der öffentlichen Ordnung und Sicherheit. Sie

trägt auch zu Einschränkungen der Verfügbarkeit und zur allgemeinen Normsetzung bei.

Die repressiven Bestimmungen und Maßnahmen müssen so gestaltet sein, dass sie die Zielorientierung des Programms unterstützen. So gilt z.B. seit der Reform des Betäubungsmittelrechts im Jahre 1992 für die konsumvorbereitenden Tatalternativen grundsätzlich das Prinzip „Hilfe vor Strafe“. Eine Ausgewogenheit zwischen den die Allgemeinheit schützenden Vorkehrungen wie Strafandrohungen im Konsumentenbereich und den Hilfemaßnahmen im Einzelfall ist notwendig.

Geschlechtsspezifische Differenzierung



II.1 Situation

Geschlechtsspezifische Faktoren beeinflussen Suchtentstehung und Suchtverlauf. Frauen entwickeln z.B. andere Gebrauchs-, Missbrauchs- und Ausstiegsmuster als Männer.

So sind die Ursachen bei Frauen besonders in der gesellschaftlichen Benachteiligung und in Gewalterfahrungen zu suchen. Aus Behandlungseinrichtungen ist bekannt, dass ein hoher Prozentsatz suchtkranker Frauen im Kindesalter sexuell missbraucht worden ist.

Daher ist es notwendig, Prävention und Hilfen insgesamt verstärkt auch an den spezifischen Lebenszusammenhängen und Lebenssituationen von Mädchen und Frauen sowie von Jungen und Männern auszurichten. Vorrangig erscheint derzeit die Förderung des frauenspezifischen Aspektes, da das bisherige System der Prävention und Hilfen eher von der Situation der Jungen und Männer geprägt ist.

Die Landesfachstelle „Frauen und Sucht“ ist beauftragt, die vorgenannten Aspekte zu verfolgen, Trägerberatung, Projektentwicklung und -begleitung im Lande vorzunehmen, Beratung der Ministerien und Institutionen sowie Fortbildungen anzubieten und bei offenen Fragen Gutachterfunktion zu übernehmen.

Da Übereinstimmung bei allen darin besteht, dass es nicht um den Aufbau paralleler Strukturen für suchtkranke Frauen gehen kann, sieht das Konzept vor, frauenspezifische Aspekte weitgehend in das bestehende Suchtkrankenhilfesystem zu integrieren. Die Landesfachstelle Frauen und Sucht in Essen, die seit 1996 vom Land gefördert wird, hat die Aufgabe, die Erkenntnisse und Grundlagen auf diesem Gebiet zu bündeln und daran mitzuwirken, dass frauenspezifischen Belangen im Gesamtsystem verstärkt Rechnung getragen wird. Inzwischen ste-

hen differenzierte Fortbildungsangebote zur Verfügung, die bereits vielfältig genutzt werden und anhand neuer Erkenntnisse aus Forschung und Praxis weiterentwickelt werden. Des Weiteren werden Träger bei der Entwicklung frauenspezifischer Angebote unterstützt.

Im Bereich Essstörungen fördert das Land ein Modellprojekt in Aachen. Darüber hinaus gibt es qualifizierte Beratungsangebote zu Essstörungen bei Suchtberatungsstellen und autonomen Frauenberatungsstellen sowie weitere spezielle Angebote (z.B. BerTha F. in Düsseldorf).

Das Land fördert ferner ein Projekt „Ambulante Hilfen für drogenabhängige Mütter und schwangere Drogenabhängige“ im Rahmen der Schwerpunktprävention. Mädchen- und frauenspezifische Ansätze sind außerdem bereits im Bereich Selbsthilfe und Migration gefördert worden.

Zurzeit gibt es in Nordrhein-Westfalen einzelne ausschließlich frauenspezifisch ausgerichtete Drogenberatungen für Mädchen und Frauen (z.B. „Bella Donna“, Essen) und eine stationäre Entwöhnungseinrichtung für drogenabhängige Frauen („Scheifeshütte“, Kempen), bei der – wie bei anderen Einrichtungen auch – die Kinder mit in die Einrichtung gebracht werden können.

Die Zahl drogenabhängiger Schwangerer und Mütter nimmt zu. Die spezifischen Möglichkeiten für Mütter mit Kindern müssen weiterentwickelt werden – ausdrücklich auch unter dem Aspekt des Wohles der Kinder.

Bei Männern sind geschlechtsspezifische Faktoren der Suchtentwicklung bisher nicht besonders herausgearbeitet worden. Eine Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Werten und Zuweisungen der Männerrolle ist bislang nicht ausreichend erfolgt und mit der Suchtproblematik verknüpft worden.

Auch über Sucht im Alter liegen bislang noch wenig Erkenntnisse hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Differenzierung vor.

II.2 Handlungsbedarf

Um die Effizienz der Suchtkrankenhilfe insgesamt zu verbessern, ist geschlechtsspezifischen Aspekten im bestehenden Suchtkrankenhilfesystem bedarfs- und bedürfnisgerecht in den Bereichen von Prävention, Beratung, Behandlung und Selbsthilfe stärker Rechnung zu tragen:

- In der Primärprävention sollten geschlechtsspezifische Angebote möglichst früh ansetzen und entsprechend die Entwicklung von Autonomie und Stärkung des Selbstwertgefühls sowie eigener Fähigkeiten und Kompetenzen fördern. Die spezifische Lebenssituation und die Belange von Mädchen sind dabei zu berücksichtigen.
- Lebensrealitäten, spezifische Erfahrungen und Lebensentwürfe von Frauen sind in die Angebote der Suchthilfe einzubeziehen; Unterstützungsangebote müssen so ausgerichtet sein, dass sie von Frauen angenommen werden können.
- Die Möglichkeiten, abhängige Frauen gezielt anzusprechen, müssen weiterentwickelt werden, um u.a. Schwellenängste von Frauen zu überwinden und damit die Erreichbarkeit für einen suchtspezifischen Hilfeansatz zu verbessern.
- Im Bereich der ambulanten/teilstationären/stationären Entwöhnungsbehandlung Suchtkrankender sollen frauenspezifische Angebote bedarfsgerecht ermöglicht werden.
- Suchtformen, die im besonderen Maße Frauen betreffen, müssen bei den Angeboten eine besondere Berücksichtigung finden.
- Für allein erziehende abhängige Frauen müssen verstärkt unterstützende Angebote geschaffen werden.
- Drogenabhängige Mütter sollten auch länger als sechs Wochen nach der Geburt ihres Kindes ggf. mit Hilfe der Substitution weiter behandelt werden. Hier steht eine entsprechende leistungsrechtliche Absicherung noch aus.

- Die Vernetzung der bestehenden Frauenhilfeangebote mit der Suchtkrankenhilfe ist zu verbessern.
- Die bestehenden Möglichkeiten der Haftverschonung und Haftvermeidung für abhängige Frauen, insbesondere Mütter müssen ausgeschöpft und ggf. für Mütter mit Kindern erweitert werden.
- Jungen- und männerspezifische Ansätze für Prävention, Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Selbsthilfe sind explizit zu entwickeln, auch die Möglichkeiten der Haftverschonung und Haftvermeidung sind auf männerspezifische Faktoren auszuloten.
- Bei der Erforschung und der Konzeptentwicklung der Suchtformen im Alter sollen geschlechtsspezifische Aspekte besonders in den Vordergrund gerückt werden.

II.3 Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte

Die Zielgruppe suchtkranker Frauen soll besser und anders erreicht werden. Deshalb ist die Entwicklung frauenspezifischer Angebote im ersten Umsetzungsschritt 1999/2000 vorrangig:

- Die Mädchenspezifische Suchtvorbeugung wird in Kooperation von Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung, Landesfachstelle „Frauen und Sucht“ in ausgewählten Regionen mit Schulen, Jugend- und Gesundheitsämtern, Prophylaxefachkräften und anderen Einrichtungen vor Ort fortentwickelt.
- Das vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit geförderte Projekt der ambulanten Hilfen für schwangere drogenabhängige Frauen und drogenabhängige Mütter in Essen wird fortgeführt und im Jahre 2000 vom Ministerium mit dem Ziel ausgewertet, ein landesweites

Konzept der Vernetzung der entsprechenden Hilfen zu entwickeln. Daraus wird in Kooperation von Ärzteschaft, Krankenhäusern, Gesundheitsämtern und Krankenkassen im Rheinland und in Westfalen je ein Projekt frühzeitiger Interventionen im Bereich der Geburtshilfe nach entsprechender Bedarfsfeststellung konkret erarbeitet.

- Die erweiterte Grundförderung (ein ergänzender personeller Ausbau der Suchtberatungsstellen im Rahmen der Richtlinienförderung) wird an das Qualitätsmerkmal frauenspezifischer Ansätze geknüpft. Entsprechende Angebote werden vom Träger ausgewiesen. (Beteiligte: Träger, Kommunen, Land).
- Bei der Weiterentwicklung der Entzugs- und Entwöhnungsangebote wirken das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, die Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und die Einrichtungsträger auf die Schaffung von integrierten Behandlungsangeboten für suchtkranke Schwangere vor der Entbindung, für suchtkranke Mütter sowie von Behandlungsmöglichkeiten für Neugeborene bei den bestehenden Einrichtungen hin.
- Im Rahmen der vorgesehenen Differenzierung der Entwöhnungsbehandlung wird das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Abstimmung mit den Rehabilitationsträgern bei jeweils acht Einrichtungen die Anschubfinanzierung zum Aufbau eines ambulanten Rehabilitationsteams mit der Auflage verknüpfen, dabei frauenspezifische Angebotsstrukturen in Kooperation mit der Landesfachstelle „Frauen und Sucht“ so zu entwickeln und zu implementieren, dass mehr Frauen und Mütter mit Kindern als bisher eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nehmen. Die Rehabilitationsträger werden je nach Bedarf bei bis zu vier stationären Einrichtungen den teilstationären Ausbau mit derselben Zielsetzung verknüpfen.
- Die Landesfachstelle wird eine entsprechende Dokumentation für die Therapiebereiche führen und daraus Vor-

schläge hinsichtlich des zukünftigen Bedarfs frauenspezifischer Angebote erarbeiten, die von den Zuständigen (Einrichtungsträger, Kommunen, Krankenkassen, Landschaftsverbände, Rentenversicherungsträger, Land) im Sinne der Erörterung und Weiterentwicklung aufgegriffen werden.

- Eine Initiative des Landes in Richtung Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen soll darauf hinwirken, die zeitliche Ausdehnung der Indikation zur Substitution bei drogenabhängigen Müttern nach der Geburt sicherzustellen.
- Die vom Ministerium für Inneres und Justiz und vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebene Expertise zur Haftvermeidung/ Haftverschonung bei drogenabhängigen Frauen wird mit dem Ziel ausgewertet werden, ein entsprechendes Modellprojekt zu entwickeln. 1999 wird dazu eine Bedarfserhebung bei inhaftierten drogenabhängigen Frauen und den entsprechenden Hilfesystemen durchgeführt.
- Um eine Verbesserung der Interaktion zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin zu erreichen, werden entsprechende Fortbildungsangebote der Akademien für ärztliche Fortbildung durchgeführt.
- Im Rahmen des Projekts zur Früherkennung einer Alkoholproblematik und zur Kurzintervention in Arztpraxen und Krankenhäusern werden die frauenspezifischen Belange besonders berücksichtigt.

Besondere Zielgruppen



Um die Wirksamkeit und Effizienz eingesetzter Ressourcen und die Erreichbarkeit bestimmter Gruppen zu erhöhen, ist es generell notwendig, Maßnahmen und Entwicklungen stärker ziel- und zielgruppenorientiert auszurichten.

III.1 Situation

Aktuell sind folgende Zielgruppen zu berücksichtigen:

- **Junge Suchtkranke und -gefährdete**
Die Angebotssituation für junge Suchtkranke und -gefährdete ist unbefriedigend. Im bestehenden Suchthilfesystem werden sie oftmals nicht oder zu spät erreicht. Die neuen Jugendgesundheitsuntersuchungen eröffnen neue Möglichkeiten zur Früherkennung und Frühbehandlung.
- **Suchtformen im Alter**
Suchtformen im Alter werden in den bestehenden Angeboten nicht ausreichend berücksichtigt und suchtkranke ältere Menschen kaum erreicht.
- **Chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke**
Am anderen Spektrum der Bedürftigkeit bewegen sich die chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken, bei denen kurz- und mittelfristig nicht mehr mit einer vollständigen Rehabilitation gerechnet werden kann. Im Rahmen des „Bundes-Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit“ werden z.Z. zwei Einrichtungen im Lande gefördert.
- **Migranten und Aussiedler**
Der Hilfebedarf für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten sowie der suchtkranken Aussiedlerinnen und Aussiedler – insbesondere Jugendlicher – nimmt zu.

Das Hilfesystem ist für die Beratung und Betreuung entsprechender Suchtkranker vielfach nicht ausreichend vorbereitet. Gefördert wurden bisher lediglich Einzelprojekte durch das Land. Konkrete Bedarfszahlen liegen derzeit nicht vor.

- **Doppeldiagnosen**

Menschen mit Doppeldiagnosen (Sucht und andere psychiatrische Erkrankungen) nehmen zu. Sie haben Schwierigkeiten, das Hilfesystem angemessen zu erreichen und/oder für sich vollumfänglich zu nutzen. Das Problem ist bislang fachtheoretisch noch nicht ausreichend aufgearbeitet worden mit der Konsequenz, dass auch das Hilfesystem noch nicht ausreichend auf Personen mit Doppeldiagnosen ausgerichtet ist.

- **Pflegebedürftige Suchtkranke**

Pflegebedürftigen Suchtkranken stehen derzeit kaum entsprechende Angebote zur Verfügung. Dies bezieht sich auch auf AIDS-erkrankte Drogenabhängige. Der Bedarf muss erhoben werden.

Der Frage, ob und inwieweit sich aus besonderen Lebenssituationen z.B. auch für Lesben und Schwule eine erhöhte Suchtgefährdung ergibt, ist bisher nicht nachgegangen worden.

III.2 Handlungsbedarf

- Die neuen Möglichkeiten der Jugendgesundheitsuntersuchungen sind gezielt zur Früherkennung und Frühbehandlung von suchtgefährdeten und abhängigen Minderjährigen zu nutzen.
- Für junge Abhängige sind gezielt Angebotstypen zu entwickeln, um diesen die Chance zu bieten, durch geeignete

Frühinterventionen möglichst schnell den Ausstieg aus der Sucht zu schaffen.

- Die Frage, welche Konsequenzen sich aus der Ecstasy-Problematik für das Suchtkrankenhilfesystem ergeben, ist zu klären.
- Suchtformen im Alter sind vertieft zu erforschen, geeignete Konzepte sind zu entwickeln.
- Für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke sind Angebote weiterzuentwickeln, die mittels integrierender Konzepte – auch mit Teilzielcharakter – zur Eingliederung beitragen. Das bis 1999 projektierte Bundesmodell ist auszuwerten.
- Spezielle Angebote für pflegebedürftige Suchtkranke sind zu entwickeln (z.B. Hospizplätze für Drogenabhängige, Fortbildung zur ambulanten Pflege Suchtkranker).
- Um den Suchtgefährdeten und -kranken aus dem Kreis der Migrantinnen und Migranten und Aussiedlerinnen und Aussiedler wirksamer helfen zu können, ist insbesondere eine entsprechende Weiterentwicklung und Qualifizierung des bestehenden Gesamtsystems notwendig. Weiter notwendig ist eine Verbesserung der Erreichbarkeit der Hilfen von und für diese Personengruppen, um den Zugang zu erleichtern und Schwellenängste zu überwinden.
- Der Frage, ob und inwieweit sich aus der besonderen Lebenssituation von Lesben und Schwulen eine erhöhte Suchtgefährdung ergibt, ist nachzugehen.
- Für die Behandlung von Betroffenen mit Doppeldiagnosen sind geeignete Zugangsmöglichkeiten zu entwickeln. Die Zahl der Angebote muss den gestiegenen Bedarf decken. Forschung muss hier besonders intensiviert werden.
- Obdachlose Suchtkranke sollen in die Wohnungslosenhilfe stärker einbezogen werden. Eine stärkere Differenzierung und Vernetzung der Hilfen ist notwendig.

III.3 Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte

Maßnahmen für junge Gefährdete und Abhängige:

- Zu den neuen Möglichkeiten der Jugendgesundheitsuntersuchungen werden den niedergelassenen Ärzten Information und Fortbildung durch die Ärztekammern/Akademien angeboten.
- Für abhängigkeitskranke Minderjährige und junge Erwachsene werden im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie von den Landschaftsverbänden drei besondere Stationen für den Qualifizierten Entzug (Viersen, Marl und Marsberg) mit jeweils 11–14 Plätzen errichtet. In Köln entsteht eine entsprechende Einrichtung in kommunaler Trägerschaft. Die Vernetzung der Hilfen sowohl mit Angeboten der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. mit psychologischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten als auch denen der Kinder- und Jugendhilfe wird Bestandteil der Konzepte. Die Vernetzung wird von allen Beteiligten dokumentiert und gemeinsam bewertet, mit dem Ziel, zukünftige Hilfestandards für Kinder und Jugendliche mit Suchtproblemen in Kooperation mit den Landesjugendämtern zu entwickeln.
- Für jugendliche Drogenkonsumenten mit besonderen sozialen Schwierigkeiten existiert eine erste stationäre Einrichtung der Jugendhilfe in Bottrop. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird die Arbeit der Einrichtung in den Jahren 1999/2000 für die beteiligten Jugendämter dokumentieren mit dem Ziel, einen eigenständigen Hilfetyp auf Dauer zu etablieren. Dabei ist die Frage zu klären, ob bei Vernetzung mit Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe diese Zielgruppe nach einer Entzugsbehandlung ohne Entwöhnungsbehandlung ausreichend stabilisiert und sozial integriert werden kann.

- Die Konsumentenberatung (Sekundärprävention) bei jungen Konsumenten wird vom Land, der Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung und den Kommunen fortentwickelt werden.

Maßnahmen für chronisch mehrfachgeschädigte und obdachlose Suchtkranke:

Ein Konzept zur medizinisch-sozialen Versorgung depravierter und insbesondere obdachloser Suchtkranker wird aufbauend auf den bisherigen Erfahrungen mit einem großen Kreis von Beteiligten: Kommunen / Krankenkassen / Landschaftsverbände / Ärztekammern / Kassenärztliche Vereinigungen / Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit erarbeitet.

Maßnahmen für Migrantinnen und Migranten/Aussiedlerinnen und Aussiedler:

- Fragen der Sucht werden in die vorgesehene Kooperation zwischen dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit und dem Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten in Köln einbezogen.
- Die zuständigen Ministerien (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport) entwickeln mit den Koordinierungsstellen bei den Landschaftsverbänden eine Fortbildungsreihe zur spezifischen Situation von Migrantinnen und Migranten und Aussiedlerinnen und Aussiedlern.
- Im Rahmen der erweiterten Grundförderung werden in Absprache mit den Kommunen und Wohlfahrtsverbänden entsprechende Schwerpunkteinrichtungen gefördert werden.
- Träger, Kommunen und das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wirken auf migrantenspezifische Angebote der Institutionen hin.

Maßnahmen bei Doppeldiagnosen (Vorliegen einer Abhängigkeits- und psychischen Erkrankung):

- Die Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte durch die Akademien für ärztliche Fortbildung zur Verbesserung der Diagnostik und Versorgung hinsichtlich der Doppeldiagnosen wird intensiviert.
- Die Forschung wird intensiviert.
- Integrative Konzepte in der Diagnostik und Versorgung von Personen mit Suchterkrankung und gleichzeitigen psychischen Erkrankungen werden von den Landschaftsverbänden, der Ärzteschaft, den Sozialleistungs- und Einrichtungsträgern sowie dem Forschungsverbund Sucht NRW entwickelt.
- Von den Sozialleistungsträgern wird gemeinsam mit Ärzten und Apothekern ein integriertes Konzept zur besseren Versorgung von Personen mit Abhängigkeits- und psychischen Erkrankungen modellhaft erprobt. Die beiden Landschaftsverbände werden sich als Träger psychiatrischer Kliniken beteiligen.
- Für die Umsetzung integrierter Konzepte wird eine Fortbildungsreihe aller beteiligten Berufsgruppen von den Zuständigen (Landschaftsverbänden, Ärztekammern, Apothekerkammern, Wohlfahrtsverbänden u.a.), in Kooperation mit den Akademien für ärztliche Fortbildung und dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, entwickelt.

Querschnittsaufgaben

IV.

Suchtvorbeugung und Eingliederungshilfen stellen im Gesamtsystem der Suchtkrankenhilfe Querschnittsaufgaben dar. Auch Schaden minimierende Maßnahmen (harm reduction) können als eine solche Querschnittsaufgabe gesehen werden. In diesem Programm sind entsprechende Maßnahmen den einzelnen Kapiteln zugeordnet.

IV.1 Suchtvorbeugung

IV.1.1 Situation

Sucht hat ihre Ursachen zumeist in einer seelischen Notsituation, die sich aus einem wechselseitig bedingten Ursachenbündel ergibt (s. Suchtverständnis). Vielfach geht es darum, dass ein Mensch glaubt, in einer solchen Situation den an ihn gestellten Anforderungen nicht standhalten zu können und ihnen entfliehen möchte. Die individuelle Not wird in einem gesellschaftlichen Umfeld erlebt, in dem es ein breites Angebot an akzeptierten Suchtmitteln gibt.

Suchtvorbeugung muss an vielschichtigen und komplexen Ursachenbündeln orientiert und deshalb früh, kontinuierlich und langfristig angelegt sein. Die eine abgrenzbare Ursache der Suchtentstehung gibt es nicht. Die Vorbeugung muss auf die Wechselwirkungen von Ursachenfaktoren abstellen, auf Faktoren der Person, ihres Umfeldes und einer Substanz bzw. eines Mittels. Glaubwürdige Suchtprävention muss alle Suchtformen einbeziehen. Suchtvorbeugung ist nicht mit reiner Sachinformation geleistet.

Weil die verschiedenen Süchte vergleichbare Ursachenkerne haben, hat Nordrhein-Westfalen schon früh den Wandel von der Drogen- zur Suchtvorbeugung vollzogen.

Die Leitlinie der Suchtvorbeugung lautet für das Land Nordrhein-Westfalen „Sucht hat immer eine Geschichte“. Die

zentrale Maxime der Suchtvorbeugung lautet „Förderung von Selbständigkeit und Unabhängigkeit“. Suchtvorbeugung ist weniger auf die Vermeidung von Risiken, sondern eher auf die Erhöhung von Lebenskompetenz, d.h. von Selbständigkeit und Unabhängigkeit orientiert. Künftig müssen stärker geschlechtsspezifische Bedingungen und soziale Lebenslagen berücksichtigt werden. Starke Kinderpersönlichkeiten in einem kompetenten gesellschaftlichen Umfeld sind Ziel und Voraussetzung erfolgreicher Suchtprävention. Suchtvorbeugung ist zugleich Bestandteil des umfassenderen Konzepts der Gesundheitsförderung, das von der Weltgesundheitsorganisation seit 1985/86 als Idee der gesundheitsfördernden Lebensweisen und Lebensbedingungen propagiert wird.

Die Landesgesundheitskonferenz hat 1995 als Ziel der Gesundheitsförderung im Lande beschlossen:

„Bis zum Jahre 2005 sollten alle Lebens- und Tätigkeitsbereiche wie Stadt, Schule, Arbeitsplatz, Nachbarschaften und eigenes Zuhause bessere Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit bieten. Öffentliche Stellen und Organisationen aller Ebenen, die mit ihren Politiken an der Gestaltung des Rahmens der Gesundheit für die nordrhein-westfälische Bevölkerung mitwirken, sollen in einer rationalen und überschaubaren Weise zur Gesundheitsförderung beitragen.“

Dieses Ziel 3 der vorrangigen Ziele für Nordrhein-Westfalen bildet den Rahmen für das Querschnittsaufgabenfeld Suchtvorbeugung im Rahmen des vorliegenden Landesprogramms, das eine Operationalisierung des Zieles 4 darstellt.

Die Ansätze der Suchtvorbeugung knüpfen ebenfalls an den Lebensbedingungen der Menschen an und werden durch die eher strukturorientierten Ansätze der Gesundheitsförderung ergänzt.

Eltern, als die für die Entwicklung von Kindern unmittelbar verantwortlichen Bezugspersonen sowie erwachsene Betreu-

ungspersonen in den Einrichtungen für Kinder, der Schule, Ausbildung und in der Jugendarbeit, sind die zentralen Ansprechpartner in der Suchtvorbeugung. Aber auch Kinder und Jugendliche werden von Fachkräften direkt mit dem Ziel angesprochen, im Rahmen des Strukturansatzes von Gesundheitsförderung selbst zu einem suchtvorbeugenden Klima beizutragen. Damit die damit verbundenen Aufgaben angemessen umgesetzt werden können, ist ein verbessertes Verständnis von Sucht erforderlich. Dazu dienen einerseits eine erweiterte Informationsarbeit, andererseits qualitätssichernde Maßnahmen bei den Multiplikatoren.

Aktionen zur Suchtvorbeugung haben immer nur beispielhaften Charakter, wirksame Suchtvorbeugung findet in der Alltagsrealität statt. Auch Maßnahmen der Massenkommunikation haben nur Impulscharakter. Differenzierte zielgruppenbezogene Ansätze erhöhen den Grad der Sensibilität, können aber auf die Alltagseinbindung nicht verzichten.

Die Wirksamkeit der Suchtvorbeugung stößt allerdings angesichts der komplexen Lebensbedingungen der Menschen an Grenzen.

Die Suchtvorbeugung hat Tradition im Lande, ebenso die Gesundheitsförderung. Die Initiativen aber sind wenig gebündelt und verstetigt.

Die Ansätze zur Stabilisierung der Organisation der Suchtvorbeugung im Lande sehen zurzeit wie folgt aus:

- Die Landesregierung hat bereits in den beiden Landesdrogenprogrammen von 1980 und 1989 den massenkommunikativen Ansatz durch die Förderung von Personalstellen ergänzt. Die erste Aufgabe der Fachkräfte in der Suchtvorbeugung liegt in der Vermittlung eines angemessenen Suchtverständnisses und wirksamer Ansätze der Förderung von Lebenskompetenz, vorrangig an Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen, aber auch an Jugendliche als Multiplikatoren.

Inzwischen werden 99 Prophylaxefachkräfte bei den Sucht- und Drogenberatungsstellen vom Land, von Kommunen

oder Verbänden gefördert. In 34 Kreisen bzw. kreisfreien Städten sind inzwischen „Fachstellen für Suchtvorbeugung“ mit mindestens zwei Prophylaxefachkräften gebildet worden. Die Aufgaben der Fachstellen sind durch Erlass geregelt.

- Die Arbeit der Prophylaxefachkräfte wird landesweit pro Jahr in zwölf Städten/Kreisen durch vom Land geförderte Aktionswochen unterstützt. Die Aktionswochen dienen der Aktivierung und Bündelung aller in der Suchtvorbeugung vor Ort relevanten Kräfte und sollen zur Etablierung ständiger örtlicher Arbeitskreise für Suchtvorbeugung beitragen. Grundsätzlich geht es um die Verbesserung der Ansprache von Bezugspersonen der 8-18 jährigen Kinder und Jugendlichen über die Aktionswoche hinaus, um die Voraussetzungen für die Stärkung der Persönlichkeit der Kinder und Jugendlichen zu schaffen.
- Die Stärkung der Persönlichkeit, der Aufbau eines stabilen Selbstkonzeptes und klarer Wertorientierungen gehören zu den zentralen Anliegen der Schule. Dies ist nicht auf ein einzelnes Schulfach begrenzt und auch nicht auf bestimmte Altersgruppen. Gleichwohl werden Fragen des Selbstkonzeptes besonders in den Fächern Deutsch, Pädagogik, Philosophie, Religionslehre seit vielen Jahren und – derzeit als Schulversuch – in „Praktischer Philosophie“ intensiv behandelt. Biologisch relevante Informationen über Sucht und ihre Auswirkungen sind Gegenstand des Biologieunterrichts. Informationen für die Eltern werden in Elternabenden und gezielten Sonderveranstaltungen und Schriften weitergegeben. Dabei wird auch auf die schulpsychologischen Beratungsdienste in den Kommunen oder auf die lokalen Drogenberatungsstellen und ihre Leistungsmöglichkeiten hingewiesen. Die kontinuierliche Fortbildung der Lehrkräfte in verschiedener Form ist dabei eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg dieser Arbeit.

Relevante Partner vor Ort sind:

- Prophylaxefachkräfte,
- Beraterinnen und Berater für Suchtvorbeugung an allen Schulen des Landes,
- ca. 70 ausgebildete Koordinatorinnen und Koordinatoren für Fragen der Sucht- und Drogenberatung bei der Schulverwaltung der kreisfreien Städte und Kreise,
- Landeskriminalamt („Anti-Drogen-Disco“) und Kriminalitätsvorbeugung bei den Kreispolizeibehörden, die im Rahmen der vorbeugenden Aufgaben der Polizei den informatorischen und rechtlichen Aspekt einbringen,
- Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsämter, insbesondere aus den Handlungsfeldern der Prävention, ferner Jugendschutzfachkräfte der kommunalen Jugendämter, die über die Einhaltung der Bestimmungen des Kinder- und Jugendschutzes wachen,
- Sucht- und Drogenberatungsstellen,
- Krankenkassen, die sich im Rahmen ihres Aufgabenspektrums – trotz des veränderten § 20 des SGB V- um konstruktive Beiträge bemühen,
- zahlreiche Verbände, Vereine und Gruppierungen, insbesondere des Selbsthilfebereichs sowie der Kommunen,
- Ärztinnen und Ärzte; z.B. im Rahmen des Konzepts „Arzt-Lehrer“ im schulischen Kontext,
- Apothekerinnen und Apotheker.

Die Koordination vor Ort erfolgt durch

- die unteren Gesundheitsbehörden/Gesundheitsämter. Sie koordinieren in der Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung eigenständig. In der Suchtvorbeugung werden sie dabei von den „Fachstellen für Suchtvorbeugung“ unterstützt.
- Die Bezirksregierungen wirken über die Mittelkontrolle beim weiteren Ausbau der Säule „Prävention“ aktiv mit. Bei jeder Bezirksregierung sind Dezernentinnen und Dezernenten federführend für die Generalie „Gesundheitserziehung/Suchtvorbeugung“ für die Schulen ihres Regierungsbezirkes zuständig.

Die Koordination der Aktivitäten auf Landesebene erfolgt durch

- die Landesgesundheitskonferenz, in der alle wesentlichen öffentliche Verantwortung für das Gesundheitswesen tragenden Institutionen vertreten sind und ihren vorbereiteten Ausschuss für grundsätzliche Fragen von übergreifender Bedeutung,
- die Landesarbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung, in der alle Beteiligten vertreten sind,
- das GINKO, das als originäre Jugendberatungs- und Fachstelle für Suchtvorbeugung für die Stadt Mülheim fungiert und zusätzlich vom Land als Koordinierungsstelle für die Arbeit der Prophylaxefachkräfte und die Aktionswochen im Lande gefördert wird,
- die „Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz - Landesstelle NRW“, in der alle im Bereich Jugendschutz tätigen freien Verbände zusammengeschlossen sind und
- das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit als oberste Gesundheits- und Jugendbehörde des Landes.

Seit 1998 wird das GINKO als Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung vom Land gefördert. Dabei geht es auch um verbesserten Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in das Alltagsverständnis.

Die Erweiterte Informationsarbeit zu den Grundlagen und Grundzügen der Landessucht- und Drogenpolitik erfolgt im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit.

Spezielle Aspekte der Suchtvorbeugung:

Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften weisen ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko auf, selbst suchtkrank zu werden. Sie und ihre Eltern bedürfen der gezielten Hilfen.

Mit Ausnahme von bereits eingeleiteten punktuellen Aktivitäten des Landes – weisen die bestehenden Präventionspro-

gramme bisher keine spezifischen Angebote der Suchtvorbeugung für diese besondere Zielgruppe auf.

Modellprojekte des Landes zielen auf eine frühzeitige spezifische Persönlichkeitsstärkung der Kinder. Von der wissenschaftlichen Begleitung werden Hinweise auf geeignete flächen- bzw. bedarfsdeckende Interventionen erwartet.

Jugendliche mit spezieller Konsumausrichtung im Kontext spezieller Jugendkulturformen brauchen spezifische Unterstützung. Der Konsum von Ecstasy bzw. von sog. Partydrogen erfordert wegen der somatischen Belastungen eine Intensivierung der sachgerechten Stoffaufklärung im Rahmen der Konsumentenberatung. Eine solche wurde an zwei Standorten im Land mit positiven Ergebnissen erprobt.

Für die allgemeine Öffentlichkeitsarbeit zum Suchtverständnis steht eine Wanderausstellung zur Verfügung. Zum Bereich Suchtvorbeugung und ärztliches Verschreibungsverhalten wird auf das Problemfeld V.3 „Medikamente“ verwiesen.

Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe

Im Sinne einer wirksamen Prävention kommt der Jugendhilfe selbst sowie der Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe eine besondere Rolle zu. Die Jugend- und Gesundheitsministerkonferenzen haben entsprechende Empfehlungen gegeben. Im Rahmen der Umsetzung des Programms strebt die Landesregierung eine Intensivierung der Arbeit an. Hierzu gehören

- die Entwicklung gezielter Maßnahmen im Bereich der Kindertagesstätten,
- die Ausgestaltung der einschlägigen Bestimmungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes,
- Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit den Verbänden der Selbsthilfe im Suchtbereich,
- Problematisierung des Umgangs mit Konsumenten sog. illegaler Drogen im Bereich der Jugendarbeit

Auch die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendärzte mit der Jugendhilfe ist zu verbessern.

IV.1.2 Handlungsbedarf

Die vielfältigen Bemühungen verschiedener Beteiligter, der Suchtvorbeugung die nötige Breitenwirkung und Transparenz zu verschaffen, sollen verstärkt werden. Eine Verbesserung soll wie folgt erzielt werden.

- Alle staatlichen und nichtstaatlichen Präventionsressourcen sind durch eine weitere Verbesserung der Koordinierung vor Ort zu aktivieren bzw. zu nutzen.
- Die „Fachstellen für Suchtvorbeugung“ sind mit dem Ziel der Flächendeckung, gegebenenfalls auch in Form von „Ein-Personen-Fachstellen“ auszubauen und weiter zu qualifizieren.
- Die Bemühungen im Erziehungs- und Bildungsbereich (Kindergarten, Schule, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz, Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, berufliche- und außerschulische Bildung, Familien- und Erwachsenenbildung u.a.), sind in Form präventiver Aktivitäten, aber auch ambulanter und mobiler Hilfeformen zu intensivieren.
- Ein Präventionsschwerpunkt „Intervention bei Kindern aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften“ und weiter gehende Forschung sind zu etablieren.
- Die Zielgruppen bei Aktionswochen sind auf Bezugspersonen von unter 8-jährigen Kindern zu erweitern.
- Spezielle Konsumenteninformationen, die nach Risiken differenzieren, sind zu entwickeln. Sie sollen zu allen Substanzen (legale und illegale) spezifisch entwickelt werden.
- Die Qualitätssicherung bei den Fachstellen für Suchtvorbeugung ist fortzuentwickeln.

Die Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung in Mülheim ist beauftragt, die vorgenannten Aspekte zu verfolgen, Trägerberatungen, Projektentwicklung und -begleitung vorzu-

nehmen, Beratung der Ministerien und Institutionen sowie Fortbildungen anzubieten und bei offenen Fragen Gutachterfunktion zu übernehmen.

IV.1.3 Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte

Unter Beibehaltung der Richtlinienförderungen sollen folgende ergänzende Maßnahmen umgesetzt werden:

- Das Land entwickelt – koordiniert durch das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit – eine erweiterte Informationsarbeit zum Suchtverständnis im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit in Form von Workshops, Grundlagenpapieren etc.
- Von den Trägern der regionalen Suchtvorbeugung wird die Zahl der Fachstellen von derzeit 34 im Rahmen bestehender Haushaltsmittel um weitere erhöht.
- Die langfristige Finanzierung der Lehrer/Ärzteteams wird von den Ärztekammern ggf. gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geprüft.
- Zum Thema „Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften“ wird beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit eine Arbeitsgruppe gebildet werden mit dem Ziel, ein Handlungsprogramm zur Schwerpunktprävention – aufbauend auf bereits durchgeführten Projekten – zu erstellen.

Daraus entwickelte Konzepte zur Schwerpunktprävention werden in Zusammenarbeit von Trägern, Kommunen, Jugendhilfeträgern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und der Selbsthilfe vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit exemplarisch gefördert.

- Die von der LAG für Suchtvorbeugung entwickelten Konsumenteninformationen zu Ecstasy werden flächendeckend von den Prophylaxefachkräften vor Ort eingesetzt und von Präventionsmaßnahmen begleitet. Zu weiteren Substanz-

gruppen, z.B. Cannabis, werden von der Landesarbeitsgemeinschaft entsprechende Broschüren erarbeitet.

- Zur Koordinierung und Zusammenarbeit aller staatlichen und nichtstaatlichen Präventionsressourcen insbesondere vor Ort, wird in interessierten Kommunen eine Vereinbarung der beteiligten Partner getroffen werden .

Die LAG für Suchtvorbeugung erarbeitet unter Beteiligung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit einen Musterrahmenvertrag, um landesweit möglichst einheitliche Strategien anzuwenden, Abstimmung und Absprachen, Vernetzung und Evaluation zu verbessern.

- Das Handbuch „Gesundheitsförderung in der Schule“ wird in den Schulen zur Verstärkung der Sucht- und Drogenprophylaxe getestet werden.
- Im Zuge des Bund-Länder-Modellversuchs „OPUS (Offenes Partizipationsnetz Und Schulgesundheit) zur Gesundheitsbildung wird eine noch engere Netzwerkstruktur und Zusammenarbeit zwischen den Schulen und außerschulischen Partnern und Institutionen entstehen. Die Kontaktaufnahme und Informationsweitergabe wird hierbei zukünftig auch durch das „Internet“ und dem NRW-Bildungsserver „learn:line“ unterstützt.
- Die Sucht- und Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren bei den Schulverwaltungsämtern arbeiten mit den schulischen Suchtberaterinnen und Suchtberatern in enger Kooperation zusammen. Dies wird in schulformübergreifenden Absprachen, Konzepten und Veranstaltungen sowie in schulnachbarschaftlicher Zusammenarbeit realisiert werden: „Schulen sollen von und mit Schulen lernen“. Dabei werden sowohl alle Beteiligten (Lehrkräfte, Eltern, Schülerinnen und Schüler) als auch benachbarte Institutionen und Interessierte einbezogen.
- Schulen, die eigene Profile zur Suchtprophylaxe entwickeln wollen, werden über das Landesprogramm GÖS (Gestaltung und Öffnung von Schulleben) vom Ministerium für

Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung beraten und gefördert. Insbesondere im Förderschwerpunkt „Gemeinwesen und soziale Verantwortung“ bieten sich Anknüpfungspunkte für Suchtprophylaxe.

- Schulische Präventionsangebote werden mit Angeboten der Jugendhilfe (erzieherischer Kinder- und Jugendschutz, Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit) vernetzt. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit und das Ministerium für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung erarbeiten unter Auswertung bisheriger Erfahrungen weiterführende Konzepte.
- Für den Alkoholbereich wird im Rahmen der Umsetzung des nationalen Aktionsplans Alkohol 1999 eine gesonderte umfassende Informationsschrift vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit entwickelt.

IV.2 Berufliche und Soziale (Wieder-)Eingliederung

IV.2.1 Situation

Die berufliche und soziale (Wieder-)Eingliederung Suchtkranker stellt eine Aufgabe dar, die als Zielvorgabe in unterschiedlichen Gesetzen verankert ist.

Die soziale und berufliche (Wieder-) Eingliederung soll durchgängig in der Suchtkrankenhilfe verstärkt als Querschnittsaufgabe (vor allem in der Koordination mit anderen sozialen Stützsystemen) berücksichtigt werden.

Die verschiedenen Angebote und Möglichkeiten der gesundheitlichen, sozialen, existentiellen (Hilfen bei der Sicherung des Lebensunterhalts, der Wohnraumbeschaffung bzw. Erhalt der Wohnung, Schuldnerberatung) und beruflichen Hilfen, wurden lange Zeit als Schlussglied einer Kette im Rahmen der Gesamtrehabilitation verstanden („Nachsorge“). Das „Kettenmodell“, hat sich jedoch nicht als ausreichend tragfähig erwiesen.

Hilfen mit dieser Zielsetzung sind vielmehr in allen Bereichen

der Suchtkrankenhilfe notwendig und für Suchtkranke in jedem Betreuungsstadium wichtig bzw. werden, wenn der Integrationsprozess nicht linear verläuft, wiederholt notwendig:

- als frühzeitige Intervention, um z.B. in Fällen eines drohenden Verlusts des Arbeits- bzw. Ausbildungsplatzes, der Wohnung oder bei Schulden Statusverschlechterungen zu verhindern oder aufzufangen,
- während des therapeutischen Prozesses, um Perspektiven für die zukünftige Lebensgestaltung, die soziale Integration und das berufliche Fortkommen zu schaffen sowie
- als weiterführende Hilfen in den Bereichen Wohnung, Arbeit und materielle Existenzsicherung im Rahmen der „Nachsorge“.

Berufliche und soziale Eingliederung ist als fester Bestandteil der Betreuung und Behandlung Suchtkranker zu etablieren und muss Teil langfristiger Hilfeplanung sein.

Auf der Ebene der Hilfen gibt es Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten, Betreutes Wohnen in unterschiedlichen Varianten, Selbsthilfeprojekte.

Vielfach existiert noch kein regional abgesichertes, von allen Beteiligten getragenes Eingliederungskonzept für Suchtkranke, das einem differenzierten Verbund entspräche. Erhebliche Defizite bestehen insbesondere in der Transparenz, Koordination, Schwerpunktsetzung und in der Weiterentwicklung von Projektansätzen.

Das Land hat bereits in der Vergangenheit Initiativen in verschiedenen Bereichen entwickelt und entsprechende Beiträge zur Koordination erbracht:

- die Landeskoordination für berufliche und soziale Eingliederung Suchtkranker NRW,
- die Fachkräfte zur beruflichen Wiedereingliederung von Suchtkranken,

- Fortbildungen und Tagungen zum Schwerpunkt „Berufliche Eingliederung von Suchtkranken“.

Mit dem EU-kofinanzierten Arbeitsmarktprogramm „Integra“ nutzt das Land die Möglichkeit, Suchtkranke durch gezielte Angebote an den Arbeitsmarkt heranzuführen.

Entscheidend bei diesen modellhaften Projekten ist es, dass berufliche Qualifizierungs- und Integrationshilfen mit den therapeutischen und integrativen Aktivitäten der Suchtkrankenhilfe verknüpft werden. Derzeit werden vier exemplarische Projekte für rund 100 arbeitslose Drogenabhängige und Substituierte gefördert.

Seit 1991 wird die Landeskoordinatorin für berufliche und soziale Eingliederung Suchtkranker in Köln vom Land gefördert. Nach Erarbeitung der „Empfehlungen zur beruflichen und sozialen Eingliederung Suchtkranker NRW“ (siehe Materialienband) wurde 1996 die Landeskoordination um den Bereich der sozialen Eingliederung erweitert.

Neben Projektentwicklung und -begleitung zur beruflichen Eingliederung Suchtkranker sowie Trägerberatung wurde von der Landeskoordination eine Fortbildungsreihe zur beruflichen Eingliederung Suchtkranker entwickelt, die seit 1993 jährlich im Auftrag des Landes durchgeführt wird.

IV.2.2 Handlungsbedarf

Strukturelle Maßnahmen:

- Berufliche und soziale Eingliederung sind im Wesentlichen eine Kooperationsleistung verschiedener Stellen und Fachdienste, für die eine örtliche Struktur erforderlich ist. Die Beteiligten sind deshalb in örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften unter Koordination der Kommunen einzubeziehen. Die Beteiligten des bestehenden Suchthilfesystems sollten sich in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt im Rahmen der Ortsnahen Koordinierung auf einen Ansprechpartner als Informationsstelle für Hilfen zur so-

zialen und beruflichen Eingliederung, auch zu deren Konzepten und Ansprechpartnern verständigen, um Transparenz herzustellen.

- Die Leistungsbereiche der Sucht- und Drogenberatungsstellen müssen Eingliederungshilfen verstärkt umfassen.
- Die Kooperation der Fachdienste mit der ambulanten Suchtkrankenhilfe und den Hauptfürsorgestellen ist zu intensivieren.
- Spezialisierte Fortbildungsmaßnahmen sind für die beteiligten Institutionen zu entwickeln. Dieses Spezialwissen ist in Aus- und Weiterbildungen zu integrieren.

Berufliche und soziale Eingliederungshilfen für Suchtkranke:

- Das Betreute Wohnen ist in Abstimmung mit den überörtlichen und örtlichen Sozialhilfeträgern auszubauen.
- Im Bereich der beruflichen Eingliederung ist eine Differenzierung des Angebotsspektrums, die die stufenweise Eingliederung (z.B. stundenweise Arbeit, Teilzeitarbeit) und Vorbereitung auf berufsfördernde Maßnahmen des Arbeitssamtes ermöglicht, vor Ort durch Verzahnung und Abstimmung mit den zuständigen Leistungsträgern im Rahmen bestehender Angebote zu schaffen. Nur so können die Chancen für eine auf dem Arbeitsmarkt benachteiligte Zielgruppe trotz schlechter Arbeitsmarktlage verbessert werden.
- Die ambulante Rehabilitation ist auszubauen, um eine möglichst flächendeckende ambulante Versorgung im Rahmen ausschließlicher ambulanter Rehabilitation oder im Rahmen notwendiger ambulanter Nachsorge zu erreichen. Parallel zur ambulanten Rehabilitation kann die soziale und berufliche Eingliederung erfolgen.
- Selbsthilfe soll verstärkt unterstützt werden, insbesondere auch die hierfür notwendige Infrastruktur und die Integration der Selbsthilfe in das regionale Eingliederungsangebot.
- Betriebs- und Dienstvereinbarungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden angeregt und Modelle zur be-

trieblichen Suchtvorbeugung im Bereich von Klein- und Mittelbetrieben sollen erprobt werden.

- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – vor allem Hausärztinnen und Hausärzte sowie Ärztinnen und Ärzte in somatischen Stationen von Allgemeinkrankenhäusern – werden verstärkt auf die Notwendigkeit der sozialen und beruflichen Eingliederung und die Angebote der Suchtkrankenhilfe hingewiesen. Der familiäre Kontext der Patientinnen und Patienten ist stärker einzubeziehen. Auch Hausärztinnen und Hausärzte werden Beratung und Verweisung im Bereich der sozialen und beruflichen Eingliederung durchführen. Geeignete Formen der Zusammenarbeit sind insbesondere vor Ort zu entwickeln. Die Landeskoordination wird dazu Vorschläge erarbeiten und den Ärztinnen und Ärzten vermitteln.
- Für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke sind geeignete Eingliederungsformen modellhaft zu erproben.
- Für Suchtkranke nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug ist von den Landschaftsverbänden, der Landeskoordination und dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit ein spezielles Eingliederungskonzept zu entwickeln.
- Eingliederungshilfen für Substituierte sind zu definieren.

Die Landeskoordination für berufliche und soziale Eingliederung ist beauftragt, die vorgenannten Aspekte zu verfolgen, Trägerberatungen, Projektentwicklungen und -begleitung in Ergänzung zu den spezifischen Aufgaben der BSHG-Träger vorzunehmen sowie Beratung der Ministerien und Institutionen und Fortbildungen anzubieten sowie bei offenen Fragen Gutachterfunktion zu übernehmen.

IV.2.3 Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte in 1999/2000

Strukturelle Maßnahmen:

- Für Klein- und Mittelbetriebe sowie Behörden werden von der Landeskoordination spezifische Fachtagungen und

Workshops mit dem Ziel durchgeführt, Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen für den Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auch in diesen Bereichen zu initiieren.

- Für Klein- und Mittelbetriebe sowie Behörden werden zur betrieblichen Suchtkrankenhilfe in Zusammenarbeit mit der Suchtkrankenhilfe vor Ort mit Interessenten Modellkonzeptionen unter Beteiligung von Betrieben, Industrie- und Handelskammern, Kommunen, den Landschafts- und Wohlfahrtsverbänden, dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, unterstützt durch die Landeskoordinatorin entwickelt. Hier wird das Land Mittel zur Erprobung von Modellen bereitstellen.
- Die Beteiligten des bestehenden Suchthilfesystems verständigen sich im Rahmen der Ortsnahen Koordination auf einen Ansprechpartner als Informationsstelle für Hilfen zur sozialen und beruflichen Eingliederung, auch zu deren Konzepten und Ansprechpartnern, um Transparenz herzustellen. Von der Landeskoordination werden für diese Aufgabe Fortbildungsangebote vorgehalten.
- Die Selbsthilfeverbände werden durch den vor Ort Zuständigen in die regionalen Arbeitsgemeinschaften stärker eingebunden.
- Die Landschaftsverbände vereinbaren als landesteilbezogene Koordinationsstellen für Suchtfragen ihre konkrete Zusammenarbeit (strukturell) mit der Landeskoordination für berufliche und soziale Eingliederung Suchtkranker NRW.
- Die Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe und der im Bereich der sozialen und beruflichen Eingliederung beteiligten Institutionen werden von den Ärztekammern gemeinsam mit der Landeskoordination in Abstimmung mit dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit intensiviert.
- Die Landeskoordination wird ein Rahmenkonzept für die örtliche Organisation und Vernetzung entwickeln, das den Beteiligten vor Ort zur Verfügung gestellt wird.

Berufliche und soziale Eingliederungshilfen:

- Die Arbeitsintegration wird weiterhin in besonderen Projekten an vier Standorten gefördert (Alsdorf, Bielefeld, Altena, Wuppertal). Weitere Projekte werden von Trägern im Rahmen des SGB III mit der Arbeitsverwaltung mit Unterstützung der Landeskoordination geplant.
- Das Betreute Wohnen wird von den örtlichen Sozialhilfeträgern und den Landschaftsverbänden unter Einbindung der Landeskoordination bedarfsgerecht ausgebaut. Die Suchtkoordinationsstellen bei den Landschaftsverbänden unterstützen die Ermittlung des Bedarfs. Das Land wird investive Mittel bereitstellen.
- Für die Belange besonderer Personengruppen (z.B. chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke, Suchtkranke nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug) werden geeignete Eingliederungsformen vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit mit den Landschaftsverbänden modellhaft fortentwickelt. Die bestehende Einrichtung für mehrfachgeschädigte Drogenabhängige in Unna wird evaluiert, um zukünftige Konzepte passgenau ausrichten zu können.

V. Problemfelder

Obwohl das Landesprogramm gegen Sucht von einem ganzheitlichen Verständnis von Sucht ausgeht, ist es für eine an den jeweiligen Problemhaushalten ansetzende, akzentuierende pragmatische Umsetzung sinnvoll, wenn im vorliegenden Ausgangstext die Problemfelder im Sinne eines Baukastensystems getrennt aufgeführt werden – dies insbesondere auch wegen der unterschiedlichen Entwicklungsnotwendigkeiten in den einzelnen Feldern. Es soll mit den Bereichen „Illegale Drogen“, „Alkohol“ und „Medikamente“ begonnen werden. Die Bereiche „Nikotin“ und „nichtstoffliche Süchte“ werden in den Folgejahren aufgegriffen.

Mit dieser Reihenfolge ist in keiner Weise eine Rangfolge der Suchtprobleme vorgegeben.

V.1 Illegale Drogen

V.1.1 Situation

In der Suchtpolitik wird nach legalen und illegalen Drogen unterschieden. Suchtsystematisch ist die Unterscheidung nicht begründbar, sie folgt auch nicht eindeutig einer Unterscheidung nach den Risikoprofilen.

Die Unterscheidung ist daher suchtpolitisch problematisch. Sie relativiert einmal die Probleme bei Alkohol, Medikamenten und Nikotin, andererseits legt sie den Akzent des Suchtverständnisses auf bestimmte Substanzen. Eine umfassende Suchtpolitik muss zukünftig stärker nach den verschiedenen suchtfördernden Potentialen unterscheiden.

Bei den illegalen Drogen stehen folgende Substanzen mit sehr unterschiedlichen Suchtpotentialen im Vordergrund: Heroin, Kokain, Ecstasy, LSD und Cannabis.

Die Drogenpolitik in Nordrhein-Westfalen ist pragmatisch ausgerichtet. Sie berücksichtigt, dass

- es weder eine suchtmittelfreie noch suchtfreie Gesellschaft gibt,
- Sucht immer eine sehr individuelle Geschichte hat, die sehr früh beginnt und schwer zu bewältigen ist,
- die Bürger ein Recht auf Schutz ebenso wie die Betroffenen ein Recht auf Hilfen haben.

Sie muss gesellschaftliche Strömungen einbeziehen. Eine vorurteilsfreie Diskussion über das Wesen der Sucht vor dem Hintergrund des Selbstverständnisses einer sich rasch wandelnden Gesellschaft ist notwendig.

Die Reform der Drogenpolitik wurde in Deutschland mit der Änderung des Betäubungsmittelrechts im Jahre 1992 eingeleitet, das geltende Gesetz ist ständig daraufhin zu prüfen, ob es den sich verändernden Erkenntnissen für eine effiziente Drogenhilfe und -bekämpfung noch gerecht wird. So steht auch die Frage der Neubewertung Cannabis nach wie vor an; ein Antrag Schleswig-Holsteins an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte dazu ist jedoch bisher nicht erfolgreich gewesen.

Auf der Grundlage „Drogenabhängigkeit ist Krankheit“ erfolgte eine Rücknahme der zwingenden Strafverfolgung im Zusammenhang mit bloßem Konsum zu Gunsten einer Intensivierung pädagogischer und therapeutischer Hilfen sowie Maßnahmen zur (Wieder-) Eingliederung. Die bis dahin maßgebliche Maxime „Therapie statt Strafvollstreckung“ wurde konsequenterweise erweitert durch den Grundsatz: „Hilfe vor Strafe,“

Reformziel ist andererseits der verstärkte Druck auf den Drogenhandel und die Drogenproduktion durch entsprechende Gesetze und Schwerpunktverlagerung.

Die Maxime „Drogenabhängigkeit ist Krankheit“ hat für die Drogenpolitik und das Hilfesystem weit reichende Folgen und führte zu einer Differenzierung der Sichtweisen und zu einer Stufung der Hilfen bezogen auf die unterschiedlichen Bedarfe der Betroffenen.

Drogenabhängige haben danach als Suchtkranke wie andere Kranke Anspruch auf

- eine differenzierte, individuell ausgerichtete Diagnostik,
- auf Maßnahmen nicht nur zur Heilung, sondern auch
- zur Besserung und Linderung ihrer Erkrankung.

Andererseits haben sie wie andere Kranke die Verpflichtung, an der Bewältigung der Erkrankung aktiv mitzuwirken.

V.1.1.1 Daten und Indikatoren

Nach einer bundesweiten Repräsentativerhebung aus dem Jahr 1997 mit Tabellenauswertung nach Bundesländern verfügen in Nordrhein-Westfalen 11,3% der 18-59-jährigen über Erfahrungen mit illegalen Drogen. Die größte Erfahrung liegt mit 24,3% bei den 21- bis 24 Jährigen. 1995 lagen die Zahlen bei 13,9% bzw. 32,3 %.

Die Befragung wird regelmäßig wiederholt. Die Ergebnisse sollen im Rahmen der Umsetzung des Landesprogramms beobachtet und ausgewertet werden.

Auf Grund eigener Erhebungen ist derzeit in NRW von folgenden Zahlen auszugehen:

- 550.000 Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten
- 45.000 Konsumentinnen und Konsumenten
„harter“ Drogen
- 31.000 behandlungsbedürftige Drogenabhängige
(Geschlechterverhältnis Männer: Frauen = 2:1)

Das Konsumentinnen- bzw. Konsumentenalter liegt weitgehend zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr.

An direkten Behandlungskosten müssen in Nordrhein-Westfalen pro Jahr für Konsumentinnen bzw. Konsumenten und Abhängige illegaler Drogen ca. 200 Mio. DM angesetzt werden. Auf Grund von Schätzungen ist davon auszugehen, dass Konsumenten illegaler Drogen insgesamt direkte und indirekte Ko-

sten einschließlich volkswirtschaftlicher Effizienzausfälle und der Folgeschäden der Beschaffungskriminalität in Höhe von 4-5 Mrd. DM p.a. verursachen.

Die Wirksamkeit von Hilfemaßnahmen soll zukünftig anhand von Datenbeobachtungen auch hinsichtlich der gesellschaftlichen Folgeschäden überprüft werden; dazu sollen Indikatoren entwickelt werden. Aus der aktuellen Datenlage soll ein fortgeschriebener Sonderband „Sucht und Drogen“ im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes entwickelt werden.

V.1.1.2 Hilfesystem

Nur ein vielfältiges, auf die unterschiedlichen Lebenslagen des Suchtkranken eingehendes, leicht zugängliches und transparentes Hilfenetz ist bedarfsgerecht.

Entsprechend dem Suchtverständnis, das Sucht als ein multifaktorielles Problem ansieht, muss in jedem Einzelfall geprüft werden, inwieweit mehrdimensionale Hilfen nötig sind. Eine Hilfeform allein ist in der Regel nicht tragfähig.

Die Hilfen werden soweit möglich als Hilfe zur Selbsthilfe gewährt.

In Nordrhein-Westfalen sind die Hilfen auf die Knüpfung regionaler Netze angelegt. Handlungsleitend ist eine funktionale Sichtweise, die den jeweiligen Bedarf in den Vordergrund stellt:

- Kontakt
- Existentielle Hilfen
- berufliche und soziale Eingliederung
- differenzialdiagnostische Abklärung
- umfassende Beratung
- Betreuung
- Behandlung
- Rehabilitation
- Selbstorganisation/Selbsthilfe

Der unterschiedliche Bedarf kann ambulant, teilstationär oder stationär – auch phasenweise – abgedeckt werden. Mit diesem Bedarf beschäftigen sich folgende Subsysteme der Hilfenetze.

V.1.1.2.1 Ambulante Angebote

- Im **niedergelassenen ärztlichen, pharmazeutischen und psychotherapeutischen Bereich**
- sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihres Versorgungsauftrages oft erste Anlauf- und Behandlungsstelle und durch die Substitutionsbehandlung viel stärker als in der Vergangenheit involviert,
- bieten alle Apotheken in Nordrhein-Westfalen die Möglichkeit an, suchstoffverdächtige Proben entgegenzunehmen und zur Analyse weiterzuleiten,
- ein Teil der Apotheken beteiligt sich im Rahmen der Substitutionsbehandlung auch an der Methadonvergabe zum unmittelbaren Verbrauch,
- niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater nehmen sich der Behandlung Drogenabhängiger zunehmend an,
- befindet sich die Psychotherapie zur Behandlung der psychischen Grundleiden von Drogenabhängigen im Rahmen von Praxen niedergelassener Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Aufbaustadium,
- untere Gesundheitsbehörden mit Angeboten wie sozialpsychiatrische Dienste, Methadon- und Drogenambulanzen.

Jugend- und Drogenberatungsstellen

Die Suchtberatung für Drogengebraucherinnen und -gebraucher hat sich anfänglich in den 70er Jahren als Jugend- und Drogenberatung etabliert. Zwar hat sich das Alter der Rat suchenden Drogenabhängigen zwischenzeitlich deutlich erhöht, gleichwohl bleibt die Ansprache junger Suchtgefährdeter und Drogenabhängiger auch heute höchst bedeutsam.

Derzeit bieten 70 vom Land geförderte spezielle Jugend- und Drogenberatungsstellen überwiegend in Ballungszentren ihre Hilfen an. In Flächengebieten übernehmen allgemeine

Suchtberatungsstellen auch die Drogenberatung („Integrierte Suchtberatungsstellen“).

Die Drogenberatungsstelle erfüllt vielfältige Aufgaben:

- Kontaktaufnahme mit Gefährdeten, Abhängigen und Angehörigen
- Prävention und Öffentlichkeitsarbeit
- Beratung und Diagnostik
- Psychosoziale Betreuung
- Ambulante Behandlung und Rehabilitation
- Hilfen bei der sozialen und beruflichen Eingliederung, einschließlich der nachgehenden Betreuung
- Motivations- und Vermittlungsarbeit
- Kooperation und fallbezogene Koordination verschiedener Hilfeleistungen (Modellhaft erprobt werden dazu derzeit Managementfunktionen wie „Fachberatung Methadon“ und „Casework chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke“).
- Dokumentation.

Einzelne Drogenberatungsstellen leisten zusätzlich Arbeit in Justizvollzugsanstalten. Mit den Aids-Hilfen im Lande besteht eine enge Zusammenarbeit.

Niedrigschwellige Kontaktstellenarbeit

Niedrigschwellige Kontaktstellen der Lebens- und Überlebenshilfe haben sich bewährt. Im Land existieren derzeit 26 solcher Kontaktstellen. Über die Deckung von Grundbedürfnissen, wie z.B. medizinischer Akuthilfe, Hygiene, Essen und Schlafen hinaus wird Interessierten auch die Gelegenheit zur Aufnahme weiterführender Kontakte mit anderen Komponenten des Hilfesystems geboten.

Drei Einrichtungen befinden sich in Trägerschaft der Junkieselbsthilfe.

Soforthilfe

Neben der Vermittlung nach längerfristiger Motivationsarbeit mit dem Ziel einer angemessenen Behandlung und Rehabilita-

tion haben sich Sofortvermittlungsangebote bewährt, die Kurzentschlossenen die Möglichkeit bieten, schnelle und angemessene Hilfen in Anspruch nehmen zu können. Dahinter steht die Erkenntnis, dass die Motivation Abhängiger zwar typischerweise brüchig ist, dass es aber immer wieder auch Momente gibt, in denen die Betroffenen kurzfristig die Einsicht haben, dass sie in ihrem Leben Änderungen vornehmen müssen. Solche Gelegenheiten gilt es zu nutzen.

Die Angebote „Therapie-Sofort“ (Entzugs- und Entwöhnungsangebot in einem) und „Behandlung-Sofort“ (zunächst Entzugsbehandlung und Abklärung des weiteren Behandlungsbedarfs) haben sich bewährt.

Ein einheitliches, flächendeckendes Soforthilfesystem steht vor der Einführung.

Betreutes Wohnen

Für das Betreute Wohnen Drogenabhängiger stehen derzeit 200 Plätze zur Verfügung.

V.1.1.2.2 Stationäre/teilstationäre Angebote

Das stationäre Hilfeangebot umfasst die folgenden Bereiche:

Entzugsbehandlung

An die Stelle einer einfachen Entgiftung sind weitgehend Angebote des qualifizierten Entzugs getreten. Wesentliche Kennzeichen der qualifizierten Entzugsbehandlung sind

- Angebote im Rahmen der Krankenhausversorgung,
- ganzheitliche Akutbehandlung,
- differenzialdiagnostische Abklärung und Feststellung des weiteren Therapiebedarfs,
- Verlängerung der Behandlung bis zu 6 Wochen.

Sie stellen damit zunehmend einen therapeutischen Wert an sich im Rahmen des differenzierten Hilfeangebots dar.

Derzeit werden 412 Betten vorgehalten, 106 befinden sich in der Errichtung. Der weitere Bedarf wird z.Z. erhoben. In Vier-

sen, Marl, Marsberg und Hamm sollen entsprechende Einrichtungen für Kinder und Jugendliche entstehen.

Entwöhnungsbehandlung (einschließlich Adaption)

Die Entwöhnungsbehandlung stellt mit den Komponenten „Entwöhnung“ und „Adaption“ eine Leistung der medizinischen Rehabilitation dar. Sie setzt i.d.R. die unmittelbar vorhergehende Entzugsbehandlung voraus. Mit der Adaption wird die frühzeitige (Wieder-) Eingliederung in beruflicher und sozialer Hinsicht angestrebt. Die stationäre Entwöhnungsbehandlung kann im Einzelfall ambulant oder teilstationär fortgeführt werden, der Wechsel von der einen in die andere Behandlungsform ist jederzeit möglich.

1130 stationäre Plätze stehen derzeit zur Verfügung. Darin sind 24 besondere Plätze für Haftentlassene, 20 Plätze für Jugendliche und 15 Plätze einer reinen Fraueneinrichtung enthalten. Sechs Einrichtungen nehmen Kinder mit auf. Insgesamt wird die Platzzahl als ausreichend angesehen.

Sozialtherapeutische Einrichtungen

Für chronisch kranke Drogenabhängige ist eine spezielle Einrichtung mit 20 Plätzen in Unna entstanden.

Einrichtungen des Maßregelvollzugs

Für straffällige Drogenabhängige, für die das Gericht gem. § 64 StGB eine Unterbringung im Maßregelvollzug angeordnet hat, stehen zur Behandlung derzeit rd. 162 Plätze zur Verfügung.

V.1.1.2.3 Substitutionsbehandlung und substituionsgestützte Rehabilitation

Die substituionsgestützte Behandlung und Rehabilitation sind ergänzende Hilfen zum traditionellen Abstinenzangebot. Die Verschreibung und Vergabe des Medikamentes stellen eine Basisbehandlung dar, auf der Behandlungsformen nach unterschiedlichen Indikationen aufbauen.

Substitutionsbehandlungen werden in der Regel ambulant, aber auch stationär durchgeführt.

Rechtliche Grundlage der Substitution sind das Betäubungsmittelrecht sowie verschiedene bundesweite Leistungsgesetze. Zur Förderung der Transparenz und als Grundlage für ein einheitliches Verständnis der Beteiligten ist im Jahre 1995 die Methadonvereinbarung NRW abgeschlossen worden. Hieran sind neben dem Land die Rentenversicherungsträger, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ärzte- und Apothekerkammern, die Mehrzahl der Kommunen, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, das Landesarbeitsamt und alle Wohlfahrtsverbände beteiligt.

In der Methadonvereinbarung sind die fünf Einsatzfelder der Substitutionsbehandlung bzw. substitutionsgestützten Rehabilitation konkret benannt:

- stationäre Entzugsbehandlung
- ambulante Integrationsbehandlung
- ambulante bzw. stationäre Behandlung von Begleit- und Folgekrankheiten (gem. NUB-Richtlinien)
- ambulante bzw. stationäre Rehabilitation
- ambulante Stützbehandlung nach Abschluss der Behandlung einschließlich der medizinischer Rehabilitation

Das Land fördert zusammen mit den Kommunen

- bei Sucht- oder Drogenberatungsstellen das Modell „Fachberaterin und Fachberater Methadon“ bis zum 31.12.1998 mit 50 Fachkräften, die danach Managementaufgaben im Rahmen einer modifizierten Soforthilfe übernehmen,
- 63 Stellen für die psychosoziale Betreuung Substituierter,
- Erhalt der Standorte aus dem Landesmethadonprogramm bei 5 Kommunen,
- Auffangsubstitution im Rahmen des Pilotprojektes an drei Standorten (s.u.),
- ambulante Stützbehandlung (Maintenance) im Rahmen der Methadonvereinbarung NRW.

Bestandteil der Methadon-Vereinbarung ist auch das für das gesamte Bundesgebiet in NRW in Düsseldorf, Dortmund und Köln durchgeführte Pilotprojekt (der verschiedenen Träger der medizinischen Rehabilitation) zur vorübergehenden methadongestützten ambulanten medizinischen Rehabilitation. Das Pilotprojekt endete am 31. 3. 1998. Eine Auswertung findet auf der Ebene der Rehaträger statt.

Am 31. 12. 1998 endet die Geltungsdauer der Methadon-Vereinbarung. Eine Fortführung in weiterentwickelter Form wird zu prüfen sein.

Derzeit werden im Land mehr als 9.000 Opiatabhängige mit Methadon substituiert. Die Zahl der Codein-Substituierten liegt nach Schätzungen nur geringfügig niedriger. Die Codein-Substituierten sollen in der Mehrzahl der Fälle bei Fortbestand der Behandlungsbedürftigkeit Ende 1998 in eine Methadon-Substitutionsbehandlung überführt werden.

Die Qualität der Behandlungen ist zu verbessern. Flächendeckend ist die notwendige Differenzierung nach der Methadonvereinbarung umzusetzen.

Hinsichtlich des psychosozialen Begleitbedarfs werden derzeit durch die wissenschaftliche Begleitung des Modells „Fachberaterin und Fachberater Methadon“ Typisierungen über den unterschiedlichen Bedarf vorgenommen.

V.1.1.2.4 Therapie unter Originalstoffverschreibung

Es hat sich gezeigt, dass Entzugs- und Substitutionsbehandlungen mit Methadon bei schweren Verläufen der Opiatabhängigkeit nicht ausreichen. In der Schweiz wurde daher 1997 ein dreijähriger Versuch mit der Therapie unter Originalstoffverschreibung bei sonst nicht ausreichend behandelbaren, aber aus der Sucht ausstiegswilligen Patientinnen und Patienten abgeschlossen. Die vorgelegten Berichte werden derzeit ausgewertet und erörtert. Die bislang vorliegenden Ergebnisse werden von der Landesregierung tendenziell positiv bewertet. Das Land hat eine Bundesratsinitiative zur Ermöglichung ver-

gleichbarer Probeläufe in Deutschland unterstützt. Mit dem Thema war seinerzeit der Deutsche Bundestag befasst, er hat das Thema nicht abschließend behandelt. Die Länder beabsichtigen, die Gesetzesnovelle weiter zu verfolgen. Das Land beobachtet die Entwicklung und diskutiert sie mit den Beteiligten im Lande mit dem Ziel, gegebenenfalls eine Entscheidung über eine modellhafte Erprobung auch für Nordrhein-Westfalen zu treffen. Das Land vertritt nach wie vor die Auffassung, dass ein Angebot der Originalstoffverschreibung das Vorhandensein eines qualitativ hoch entwickelten Methadonangebots ohne Wartezeiten voraussetzt.

V.1.1.2.5 Besondere Unterstützungsformen

Gesundheitsprophylaxe

Besonderer Beachtung bedarf das besonders mit dem intravenösen Drogengebrauch verbundene Infektionsrisiko (Hepatitis, HIV).

Das Spritzenverteilungsprogramm im Lande, das als Abgabe-, Austausch-, Automaten- und Verkaufsprogramm (z.B. über Apothekerinnen und Apotheker) durchgeführt wird, hat sich bewährt. Die Zahl der Neuinfektionen ist gering. Das Programm soll weitergeführt werden. Das Land fördert entsprechende Programme über den Landesverband der NRW AIDS-Hilfe.

Konsumräume

Über die vorgenannte Gesundheitshilfe hinaus wurden in einigen deutschen Städten (Frankfurt, Hamburg, Saarbrücken und Hannover) so genannte Konsumräume eingerichtet. Diese Räume dienen der Anbindung der derzeit unbehandelten Drogenabhängigen an das Gesundheitssystem mit dem Ziel, über Alltagshilfen hinaus jederzeit grundsätzlich Ansprechpartner für die Möglichkeit des Ausstiegs aus der Abhängigkeit zur Verfügung zu halten. Der stressfreiere und hygienischere Gebrauch von Opiaten in den bisherigen Einrichtungen hat zur Normalisierung der Situation Drogenabhängiger beigetragen. Nach Auffassung der Landesregierung und zahlreicher anderer

sollen entsprechende Angebote zum risikomindernden, intravenösen Konsum im Kontext eines komplexen Hilfeangebots im Lande aufgebaut werden, sobald die rechtlichen Voraussetzungen auf Bundesebene, vorliegen. Das Land setzt sich für die Gesetzesänderung sowie die anschließende Errichtung entsprechender Angebote ein.

Drogenabhängigkeit und Justiz

Auf Grund der betäubungsmittelrechtlichen Gegebenheiten gehört zur Realität des Problemfeldes „Illegale Drogen“ die Begleitkriminalität.

Die Justizbehörden haben in den letzten Jahren zunehmend von der Möglichkeit des § 31a BtMG Gebrauch gemacht und von der Verfolgung abgesehen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt waren. Die Zusammenarbeit zwischen den Suchtfachdiensten, den Gerichten, den Staatsanwaltschaften und der Bewährungshilfe ist ausgebaut.

§ 31a BtMG ist angewendet worden:

1993	in	4.169 Fällen
1994	in	7.489 Fällen
1995	in	10.406 Fällen
1996	in	12.458 Fällen
1997	in	13.253 Fällen.

Zu der Vorschrift, die am 9. September 1992 in Kraft getreten ist, (bis dahin galt die Vorschrift des § 29 Abs. 5 BtMG i.V.m. § 153 b StPO) hat die Landesregierung mit Gem.RdErl. des Ministeriums für Inneres und Justiz vom 13. Mai 1994 Vorläufige Richtlinien erlassen.

Für die Arbeit mit inhaftierten Drogenabhängigen wird derzeit der gemeinsame Runderlass des Ministeriums für Inneres und Justiz und des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit („Betreuung drogenabhängiger Gefangener in Justizvollzugsanstalten und Zusammenarbeit mit außervollzugli-

chen Institutionen) von 1983 überarbeitet und den neueren Entwicklungen – auch den Möglichkeiten der Substitution – angepasst. Als Neuerung soll ein anstaltsinterner zusätzlicher Fachdienst eingerichtet werden.

Der Erlass dient

- dem Ausbau der Bemühungen um Haftvermeidung in geeigneten Fällen,
- der adäquaten Betreuung der Suchtkranken in der Haft,
- der Verbesserung der Zusammenarbeit mit externen Stellen.

Auf die enge Kooperation interner und externer Kräfte ist besonderer Wert zu legen. Das Land fördert aus Mitteln des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit derzeit 30 entsprechende Stellen bei Drogenberatungsstellen.

Grenzübergreifende Zusammenarbeit

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit hat vor allen Dingen im Zusammenhang mit den niederländischen Nachbarn eine große Bedeutung. Die seit den 80er Jahren bestehenden Kontakte und einzelfallbezogenen Aktivitäten wurden mit der „Fachstelle grenzübergreifende Zusammenarbeit – BINAD“ institutionalisiert. Die Fachstelle ist mit zwei Planstellen ausgestattet. Maßgabe ist die Verbesserung des Informationsflusses, die Förderung bzw. Vernetzung der örtlichen und regionalen Zusammenarbeit mit dem Ziel einer Verzahnung in den Grenzregionen, sowie die Konzipierung und Durchführung von Gemeinschaftsprojekten zwischen nordrhein-westfälischen und niederländischen Partnern.

V.1.1.3 Selbsthilfe

Im Vergleich zu den Selbsthilfegruppen im Alkoholbereich befinden sich die Selbsthilfegruppen von Drogenabhängigen noch im Aufbau.

Zwei Gruppierungen können grundsätzlich unterschieden werden: zum einen die Junkie-Bünde bzw. JES-Selbsthilfegruppen (Junkies, Ehemalige, Substituierte – derzeit ca. 21 Gruppen in 19 Städten von NRW) und zum anderen die Drogenselbsthilfe NA (Narcotics Anonymus).

Die aus der Deutschen AIDS-Hilfe hervorgegangene Selbsthilfeorganisation JES arbeitet auch mit hauptamtlichen Mitarbeitern.

Derzeit werden drei JES-Gruppen mit Landesmitteln zur Unterhaltung von Kontaktläden gefördert. Darüber hinaus wird ein Teil davon auch von den Kommunen unterstützt. Daneben fördert das Land das Projekt der AIDS-Hilfe NRW e.V. „Unterstützung der JES Selbsthilfe“.

Es gibt in NRW ca. 20 Gruppen der Selbsthilfeorganisation NA, einem Zusammenschluss abstinenten Drogenabhängiger.

Stärker organisiert sind in NRW die Elternkreise drogenabhängiger Kinder. Inzwischen haben sich 80 Elternkreise im Land zusammengeschlossen. Es können folgende Gruppierungen unterschieden werden: zum einen der „Landesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit NRW e.V.“ sowie z.B. der „Landesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher e.V.“ und die „Arbeitsgemeinschaft der Westfälisch-Lippischen Elternkreise Drogengefährdeter und Drogenabhängiger“, die beide einen eher abstinenzorientierten Ansatz vertreten. Die Aufgabe der Elternkreise besteht im Wesentlichen in der gegenseitigen Unterstützung, aber auch in der Verdeutlichung von Handlungsnotwendigkeiten gegenüber Politik und Verwaltung. Das Land unterstützt die Elternkreise über die beiden Landschaftsverbände.

V.1.1.4 Bekämpfung des Drogenhandels

Die polizeiliche Arbeit der repressiven Bekämpfung der Drogenkriminalität konzentriert sich auf die Felder der organisierten und der allgemeinen Rauschgiftkriminalität sowie der offenen Drogenszenen.

Die organisierte Rauschgiftkriminalität stellt einen bedeutenden Schwerpunkt der grundsätzlich deliktsübergreifenden Organisierten Kriminalität dar.

Ziel der polizeilichen Strafverfolgungsmaßnahmen ist es,

- Handels- und Vertriebsstrukturen des illegalen Drogenhandels aufzudecken,
- Drogengewinne zu beschlagnahmen,
- durch Sicherstellung illegaler Drogen die Angebote zu reduzieren sowie
- Händlerinnen und Händler, Organisatorinnen und Organisatoren und Nutznießerinnen und Nutznießer des Drogenhandels beweiskräftig zu überführen.

Da es sich vielfach um international organisierte Kriminalitätsstrukturen handelt, werden die Ermittlungen langfristig angelegt.

Organisierte Rauschgiftkriminalität wird polizeilich teils zentralisiert bekämpft. Hierzu sind beim Landeskriminalamt sowie bei den Kriminalhauptstellen spezialisierte Ermittlungsdienststellen eingerichtet. In den zwölf größten Polizeipräsidien des Landes bestehen eigenständige Kommissariate für die ausschließliche Bekämpfung der organisierten Rauschgiftkriminalität, in den anderen Kriminalhauptstellen wird dieser Bereich in den Kommissariaten für deliktsübergreifende Organisierte Kriminalität bearbeitet.

Die Erkenntnisse und Möglichkeiten der verschiedenen Strafverfolgungsbehörden werden integrativ genutzt. Hierzu sind bei den Polizeipräsidien Düsseldorf, Köln, Münster und Essen „Gemeinsame Ermittlungsgruppen Rauschgift“ aus Polizei- und Zollbeamtinnen und -beamten eingerichtet.

Im Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen werden Verfahren der organisierten Rauschgiftkriminalität in einem dafür zuständigen Ermittlungsdezernat bearbeitet.

Die Mobilien Einsatzkommandos des Landes nehmen Observationsaufgaben im Bereich der Organisierten Kriminalität

mit Schwerpunkt organisierte Rauschgiftkriminalität wahr. Für Zugriffsobservation und Festnahmen werden Einsatzkräfte der Spezialeinsatzkommandos eingebunden. Der Einsatz der Spezialeinheiten wird vom Landeskriminalamt koordiniert.

Die grenzüberschreitende polizeiliche Zusammenarbeit wird von der zentralen Verbindungsstelle beim Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen sowie von regionalen Verbindungsstellen koordiniert. Den besonderen Bedingungen im Dreiländereck ist durch Einrichtung eines Grenzfahndungskommandos beim Polizeipräsidium Aachen Rechnung getragen.

Die polizeiliche Handlungskompetenz im Bereich der verdeckten Ermittlungen ist durch organisatorische und personelle Maßnahmen und durch eine hinreichende Sachmittelausstattung gegeben.

Finanzermittlungen dienen der Abschöpfung von kriminellen Gewinnen und der Verfolgung und Erforschung von Geldwäschestrataten. Strafrechtlich relevante Vortaten der Geldwäsche sind vielfach Drogendelikte. Die Bearbeitung erfolgt im Landeskriminalamt mit ausreichender Stärke durch Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamte, Bilanzbuchhalterinnen und -buchhalter und Betriebswirtinnen und -wirte. In den Kriminalhauptstellen stehen speziell ausgebildete Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamte zur Verfügung. Mit Wirkung vom 1. Dezember 1997 wurde beim Landeskriminalamt eine „Gemeinsame Finanzermittlungsgruppe“ aus Zoll- und Polizeibeamtinnen und -beamten eingerichtet.

Zum Schutz gefährdeter Zeuginnen und Zeugen sind beim Landeskriminalamt und den Kriminalhauptstellen Zeugschutzdienststellen aufgebaut.

Bei der repressiven Bekämpfung der allgemeinen Rauschgiftkriminalität richten sich polizeiliche Maßnahmen gegen Drogenhändlerinnen und -händler. Ziel ist es dabei, auf lokal begrenzter Ebene Vertriebswege zu unterbrechen, Rauschgiftangebote zu reduzieren und den Zugang zu Rauschgiften zu erschweren.

Für Drogenabhängige gilt der Grundsatz „Hilfe vor Strafe“.

Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass das Betäubungsmittelgesetz es auch als Aufgabe des Strafrechts ansieht, den Um-

gang mit Drogen generell zu unterbinden, Abhängige aber auch mit Unterstützung des Strafrechts zur Aufnahme und zum Durchhalten einer Behandlung der Abhängigkeit zu bewegen. Nach dem im Strafrecht geltenden Legalitätsprinzip ist die Durchführung von Ermittlungsverfahren auch gegen Konsumenten erforderlich.

Straftaten des Besitzes und Erwerbs von Rauschgift zum Eigengebrauch werden allerdings verfahrensökonomisch bearbeitet, um Ermittlungskräfte für die Bekämpfung des gewinnorientierten Handels freizusetzen. Dadurch wird zugleich eine beschleunigte Bearbeitung ermöglicht (vgl. Gem.RdErl. des Ministeriums für Inneres und Justiz zur beschleunigten Bearbeitung von Vergehen nach § 29 Abs. 1, 2 und 4 BtMG).

Zur Bearbeitung allgemeiner Rauschgiftdelikte hat die Polizei in den Kreispolizeibehörden Kriminalkommissariate eingerichtet. Diese befassen sich in den größeren Polizeipräsidien ausschließlich mit der Bearbeitung von Rauschgiftdelikten; ansonsten werden Rauschgiftdelikte in einem anderen Kommissariat mitbearbeitet.

Für die operative Bekämpfung der Straßenkriminalität stehen in allen Polizeiinspektionen Kräfte der Einsatztrupps zur Verfügung. Sie werden im Zusammenwirken mit den für die Bearbeitung von Rauschgiftdelikten zuständigen Kriminalkommissariaten sowie nach eigener Erkenntnislage auch für die Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität eingesetzt.

Rauschgifttransportwege verdienen besondere strategische Beachtung. Ergänzt wird das Spektrum polizeilicher Strafverfolgungsmaßnahmen zur allgemeinen Rauschgiftbekämpfung daher durch die Tätigkeit von Einsatztrupps zur Kriminalitätsbekämpfung auf den Bundesautobahnen.

Offene Drogenszenen können sich insbesondere im Innenstadtbereich von Großstädten zu überörtlichen Treffpunkten von Drogenabhängigen und -händlerinnen und -händlern entwickeln. Mit wachsendem Personenzulauf gehen ein Anstieg der Beschaffungskriminalität und der Drogenprostitution, ein offener Verkauf von Drogen, Belästigungen und Beeinträchtigungen des Sicherheitsempfindens der Bevölkerung einher.

Ziel der polizeilichen Arbeit im Bereich offener Drogenszenen ist es,

- Straßendealerinnen und -dealer beweiskräftig zu überführen und die Zugänglichkeit von Drogen zu erschweren,
- die Attraktivität der Treffpunkte für ortsfremde Süchtige abzusenken,
- Belästigungen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und dazu beizutragen, dass das Sicherheitsgefühl von Anliegern und Passantinnen und Passanten nicht beeinträchtigt wird.

Offene Drogenszenen sind kein rechtsfreier Raum. Zu ihrer Beherrschung reichen personalintensive Maßnahmen der Polizei allein nicht aus. Polizei, Ordnungsbehörden, Gesundheitsbehörden und Institutionen der Drogenhilfe stimmen daher ihre Maßnahmen aufeinander ab.

V.1.2 Handlungsbedarf

Strukturelle Verbesserungen

- Das spezifische Drogenhilfesystem muss sich im Rahmen regionaler Hilfenetze mit den allgemeinen gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Unterstützungssystemen verbinden. Dazu gehören insbesondere:
 - Allgemeiner Sozialdienst und Familienhilfen bzw. Erziehungsberatung
 - Angebote der Jugendhilfe
 - Schulen, Ausbildungsstätten, Arbeitgeber
 - Arbeitsverwaltung
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Gesundheitsämter
 - ambulante Versorgung
 - Krankenhäuser
 - AIDS-Hilfen.

- Die Fortentwicklung der Drogenhilfe muss einhergehen mit ständiger Überprüfung und Anpassung des Hilfeangebots nach Bedarf und Differenzierung.
- Die Qualitätssicherung und Qualifizierung für eine gestufte aber letztlich langfristige Hilfeplanung ist fortzuführen und zu intensivieren.
- Die Bedeutung des sozialen Umfeldes für den Suchtkranken und damit zusammenhängende Probleme sind stärker in der Beratung, Betreuung und Behandlung zu berücksichtigen.
- Lücken sind zu schließen und Übergänge durch Schaffung von weiteren Angebotszwischenformen (Übergangseinrichtungen, teilstationäre Angebote) zu erleichtern.
- Weitere Maßnahmen zur Haftvermeidung sind anzustreben („Hilfe vor Strafe“).
- Die Anwendung der Vorschriften des § 31a BtMG ist entsprechend der Aufforderung des Bundesverfassungsgerichts vom 9. 3. 1994 hinsichtlich Cannabis bundesweit einheitlich zu gestalten.
- Verbesserte Instrumentarien zur Bedarfsermittlung sind zu entwickeln.

Ambulante Hilfen

- Die Einstufung der Drogenabhängigkeit als Krankheit macht ärztliche Behandlung und Prävention zwingend. Zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte sind daher geboten. Die Arbeit in Qualitätszirkeln soll intensiviert werden.
- Drogenberatungsstellen sind zu Kontakt-, Diagnose- und Beratungszentren weiterzuentwickeln. Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen sind stärker einzubeziehen. Die Erreichbarkeit der Dienste ist zu verbessern. Angebote der Tagesstrukturierung sind zu entwickeln bzw. auszubauen.
- Die Angebote der Gesundheitsämter wie Sozialpsychiatrischer Dienst und Ambulanzen sind entsprechend der Gegebenheiten vor Ort in Abstimmung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auszubauen.

- Controllinginstrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz sind bei den Förderprogrammen zu erproben.
- Die Schulungen zum Case- und strukturellen Management durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe sind fortzuführen.
- Die aufsuchenden Hilfen im Rahmen sozialpsychiatrischer Konzepte dürfen nicht vernachlässigt werden.
- Die ambulante Entgiftung ist aufzubauen.
- Die ambulante und die teilstationäre medizinische Rehabilitation, auch substitutionsgestützt sind auszubauen.
- Das Soforthilfeangebot ist zu implementieren.
- Die niedrigschwelligen Kontaktstellen sind mit medizinisch-pflegerischen Angeboten (Drogentherapeutische Ambulanzen) und (nach Klärung der Rechtsgrundlage) geschützten Konsummöglichkeiten zu verknüpfen.
- Die berufliche und soziale (Wieder)-Eingliederung ist weiter zu verbessern.
- Die Anwendung des § 35 BtMG ist auf die Teilnahme an ambulanten Behandlungen auszuweiten; dabei wird auch die substitutionsgestützte Behandlung und Rehabilitation zu prüfen sein.

Stationäre/teilstationäre Hilfen

- Eine weitere Binnen- und Ausdifferenzierung ist insgesamt notwendig (z.B. geschlechtsspezifisch) bzw. teilstationär/ambulant.
- Die Behandlungszeiten und -varianten sind flexibler auf den Einzelfall abzustellen.
- Das Angebot im Bereich der qualifizierten Entzugsbehandlung ist an den Bedarf anzupassen.
- Das Angebot für chronisch mehrfachgeschädigte Drogenabhängige ist auszubauen.

Substitutionsbehandlung

- Die Substitution ist im Sinne eines differenzierten und qualitätsgesicherten Angebotssystems (einschließlich der Maß-

nahmen der psychosozialen Begleitung) gemäß der Methadonvereinbarung NRW sowie der novellierten Betäubungsmittelverschreibungsverordnung fortzuentwickeln.

- Teilnehmern der zu beendenden Codein-Substitution ist eine Methadon-Substitution zu ermöglichen.
- Berufliche und soziale Eingliederungshilfen sind – wo notwendig – zu berücksichtigen.

Therapie unter Originalstoffverschreibung

- Die Erprobung der Therapie unter Originalstoffverschreibung ist auf Grundlage des Schweizer Modells und Schaffung entsprechender Rechtsgrundlagen konkret zu entwickeln.

Selbsthilfe

- Die infrastrukturelle Förderung von Selbsthilfe ist zur Stärkung des Prinzips „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu verbessern. Die Unterstützung der Selbsthilfeorganisationen bei zielgruppenorientierten Maßnahmen ist zu intensivieren.
- Die Kooperation mit dem professionellen Hilfesystem ist zu verbessern.
- Die Kommunikation und der Informationsaustausch zwischen den unterschiedlichen Betroffenenorganisationen der Suchtselbsthilfe (legale/illegale Drogen) einerseits sowie zwischen den Suchtselbsthilfe-Verbänden und den Fachleuten und Politikern andererseits sind auf Landesebene in Eigenregie der Selbsthilfe-Verbände (s.a. Alkohol) zu fördern.
- Die örtliche Sucht und Drogenselbsthilfe sollte stärker als bisher an die Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen angebunden und von dort unterstützt werden.
- Die Unterstützung der JES-Selbsthilfe durch die AIDS-Hilfe NRW soll fortgeführt werden.

Drogenhandel

- Weitere „Gemeinsame Ermittlungsgruppen Rauschgift“ aus Polizei- und Zollbeamten sollen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen gebildet werden.
- Die polizeilichen Handlungskompetenzen im Bereich der verdeckten Ermittlungen sollen weiter verbessert werden.
- Die gesetzlichen Instrumente zur Bekämpfung der Organisierten Kriminalität – Drogen – sind weiter zu entwickeln.
- Die technische Ausstattung zur Umsetzung der bestehenden Gesetze muss angehoben, die Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessert werden.
- Die internationale Zusammenarbeit insbesondere im europäischen Raum ist zu verbessern.
- Die Ausgleichsmaßnahmen im Zusammenhang mit dem Wegfall der europäischen Grenzen sind zusammen mit der Bundesregierung zu intensivieren.

V.1.3 Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte in 1999/2000

Die Richtlinienförderung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird im Rahmen der Haushaltsgesetzgebung beibehalten, ein Maßnahmen-Controlling wird eingeführt. Daneben sollen folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

Strukturelle Verbesserung

- Ein zentrales Element der Strukturverbesserung ist die eindeutige Bestimmung der Zuständigkeit für die Koordination in den Kommunen durch das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG).
- Informations- und Planungshilfen zur Suchtkrankenhilfe werden entsprechend dem Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit den Kommunen des Landes zur Verfügung gestellt, um im Einklang mit den dafür originär zuständigen Stellen ab-

gestimmte Bedarfserhebungen und Verfahrensabsprachen zu entwickeln.

- Das beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Vorbereitung befindliche Konzept der erweiterten Informationsarbeit soll flächendeckend in den Kommunen des Landes umgesetzt werden.
- Unabhängig von der Einführung einer Fachkurse „Suchtmedizinische Grundversorgung“ für Ärzte durch die Bundesärztekammer werden integrative Behandlungskonzepte gemeinsam von Ärztekammern, Kostenträgern, Landschaftsverbänden, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit entwickelt.

Ambulante Hilfen

- Im Rahmen der Richtlinienförderung erfolgt über die „Erweiterte Grundförderung“ eine strukturelle Erweiterung der Suchtberatungsstellen. Die Förderung wird an die Voraussetzung des Ausbaus bzw. Vorhaltens einer frauen- bzw. migrantenspezifischen Binnenstrukturierung geknüpft.
- Konzepte der ambulanten Entgiftung Drogenabhängiger werden von den Landschaftsverbänden und den Krankenkassen entwickelt und modellhaft erprobt.
- Im Rahmen der vorgesehenen Differenzierung der Entwöhnungsbehandlung wird das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Abstimmung mit den Rehabilitationsträgern bei acht Einrichtungen eine Anschubfinanzierung in Höhe von je 50.000 DM zum Aufbau eines wohnortnahen ambulanten Rehabilitationsteams gemäß der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht gewähren.
- Im Rahmen der ambulanten und teilstationären Rehabilitation werden vergleichbar zum stationären Bereich integrative Elemente der Adaption aktiv von den Sozialleistungs- und Einrichtungsträgern in den Rehabilitationsplan aufgenommen.

- Das Konzept zur in die Fläche gehenden Soforthilfe wird mit den Landschaftsverbänden, Kommunen, Trägern, Kostenträgern und dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit umgesetzt. Die Koordination erfolgt landesweit über den Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Eine Dokumentation ist vorgesehen mit dem Ziel, ggf. notwendige Anpassungen an die Bedarfsentwicklung vorzunehmen.
- Das neu entwickelte niedrigschwellige integrierte Konzept zur Überlebens- und Ausstiegshilfe für Drogenabhängige als ergänzendes Angebot im Rahmen eines differenzierten Drogenhilfesystems („Drogentherapeutische Ambulanz“) wird an ausgewählten Standorten von den beteiligten Trägern und Kommunen mit Unterstützung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit umgesetzt.
- Die integrativen Ansätze der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung werden von allen Maßnahmeträgern im Sinne „nachgehender Betreuung“ aktiver als bisher verfolgt.

Stationäre, teilstationäre Hilfen

- Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird den Qualifizierten Entzug bei Drogenabhängigkeit als wesentlichen Bestandteil des Soforthilfekonzepts entsprechend der bisherigen Planung von 465 Betten um 153 auf dann 518 Betten in Abstimmung mit den Krankenkassen, Rehabilitationsträgern und den Landschaftsverbänden ausbauen. Die Realisierung von Baumaßnahmen erfolgt so rasch wie möglich im Rahmen der nächsten Krankenhausinvestitionsprogramme. 1999 wird eine konkrete Bedarfsanalyse für die weitere Ausbaustufe 2000/2001 vorgenommen.
- Maßnahmen für junge Abhängige werden entwickelt.
- Frauenspezifische Ansätze in stationären Einrichtungen der Drogenhilfe werden von den Trägern und Sozialleistungsträgern in gemeinsamen Absprachen verstärkt berücksichtigt.

- Zur weiteren Differenzierung des Hilfeangebots werden die Rehabilitationsträger 1999/2000 bei insgesamt vier stationären Einrichtungen die teilstationäre Komponente entwickeln.
- Ein interdisziplinärer Workshop zu offenen Fragen des Maßregelvollzugs bei Drogenabhängigkeit wird 1999 vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführt.

Substitutionsbehandlung und methadongestützte Rehabilitation

- Die beteiligten Leistungsträger (Rehabilitationsträger, Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Kommunen, Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit) werden zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach den anstehenden Abklärungen auf Bundesebene gemeinsam prüfen, ob und ggf. in welcher Weise die Partner künftig als Leistungsträger für die Substitutionsbehandlung als differenzierte Komplexleistung in Frage kommen.

Zum Jahreswechsel 1998/1999 werden die Beteiligten in einem Workshop unter Beteiligung von Wissenschaft und Praxis (einschließlich Ärzte- und Apothekerkammern) die Frage erörtern, ob und inwieweit eine neue Methadon-Ver einbarung abgeschlossen werden soll.

- Flankierend zur Substitutionsbehandlung wird die integrative Betreuung (z.B. hinsichtlich Kinder-, Jugend-, Familien-, Sozial-, Wohnungshilfe, Schuldnerberatung, Berufs- und Weiterbildungsberatung, Krisenintervention, Tagesstrukturierung) von den Trägern, Kommunen und dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit schrittweise ausgebaut werden.
- Die Konzepte der Gesamtmaßnahme (Behandlung, Betreuung, Rehabilitation) werden an einheitlichen Qualitätsmerkmalen ausgerichtet.

Therapie unter Originalstoffverschreibung

- Die Erprobung der Therapie unter Originalstoffverschreibung wird auf der Grundlage des Schweizer Modells und nach Schaffung entsprechender Rechtsgrundlagen für eine noch näher zu bestimmende Region geprüft.

Selbsthilfe

- In 1999 wird beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit eine ad-hoc Arbeitsgruppe von Mitgliedern der Suchtselbsthilfe aus den unterschiedlichen Suchtbereichen und der professionellen Suchtkrankenhilfe gebildet. Diese soll in Eigenregie konkrete Vorschläge und Verfahren zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe entwickeln.
- Mit Unterstützung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit werden koordiniert durch die Landschaftsverbände unter wesentlicher Mitwirkung der Selbsthilfe-Verbände Workshops zum Thema Suchtselbsthilfe angeboten.
- Die stärkere Anbindung und Unterstützung der örtlichen Suchtselbsthilfe durch die Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (s.a. Alkohol) wird angestrebt.

V.2 Alkohol

V.2.1 Situation

Obwohl die sozialen und gesundheitlichen Folgen insbesondere des Alkoholkonsums die volkswirtschaftlichen Kosten des Drogenkonsums bei weitem übersteigen, steht für Politik, Öffentlichkeit und Fachdienste der Bereich der Abhängigkeit von „illegalen“ Drogen im Vordergrund. Es gilt zu erkennen und in das Bewusstsein der Allgemeinheit zu heben, dass die Alkoholproblematik das mengenmäßig weitaus größere Suchtproblem darstellt.

Zentrale Zielsetzung des Landesprogramms gegen Sucht ist es, dem auf Alkoholabhängige bezogenen Hilfesystem den notwendigen Stellenwert innerhalb der Suchtkrankenhilfe einzuräumen. Hierzu ist es auch notwendig, die Hilfen auszubauen, den Zugang zu verbessern und die Wirksamkeit zu erhöhen.

Dabei sind die Kriterien einer Erfolg versprechenden Suchtpolitik anzuwenden. Auch für die Alkoholabhängigkeit gilt das Mehrfaktoren- und Mehrstufenmodell (vgl. I.1). In vielen Fällen sind Mehrfacherkrankungen und daraus resultierende Komplex-Hilfe-Bedarfe der Patienten zu beachten. Maßnahmen der Alkoholpolitik sind nach dem Dreisäulenkonzept zu gestalten. (Prävention-Hilfen-Repression).

Wegen der engen Bezüge von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit zu allgemeinen sozialen Fragen insbesondere zu Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen müssen weiterführende Entwicklungen einer wirksamen Alkoholpolitik öffentlich mit Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen gesellschaftlichen Interessengruppen diskutiert und erarbeitet werden. Alkoholpolitik kann nicht länger als geschlossenes System begriffen werden, sie muss sich weit in verschiedenste Lebensbereiche öffnen.

Euopäischer Aktionsplan Alkohol

Das Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1992 einen „Europäischen Aktionsplan Alkohol“ beschlossen, der auf Länderebene im Juni 1997 für deutsche Belange umgeschrieben und von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder auf Ihrer 70. Sitzung im November 1997 einstimmig angenommen worden ist. Der Beschluss ist beigefügt.

Vom Ansatz her zielt der Aktionsplan Alkohol primär auf Konsumreduzierung zur Verminderung aller alkoholbedingten Schäden. Er ist nicht auf die Suchtproblematik beschränkt. Bei der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht werden die Ansätze des Plans kritisch reflektiert und soweit suchtrelevant in die Planungen einbezogen. Die nicht suchtrelevanten Be-

standteile des Plans werden gesondert diskutiert und umgesetzt. Die Umsetzung des „Aktionsplans Alkohol“ in NRW wird gesondert dokumentiert.

V.2.1.1 Daten und Indikatoren

Nach einer bundesweiten Repräsentativerhebung für 1997 wird in NRW, entsprechend bundesdeutschem Niveau Alkohol in einer Menge konsumiert, die zu Schäden führen kann. Als schädlich bezeichnet werden kann ein Tageskonsum von mehr als 40g reinem Alkohol bei Männern und von mehr als 20g bei Frauen.

Bei den 18–59 Jährigen sind danach 13,7% der Männer und 11,5% der Frauen als gefährdet einzustufen. Bei den Männern findet sich die größte Häufigkeit mit 15,6% bei den 21–29 Jährigen, bei den Frauen mit 19,3% bei den 50–59 Jährigen. Die Zahlen haben sich gegenüber 1995 kaum verändert (Männer 15,2 %, Frauen 11,6 %).

Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) gibt es in Deutschland ca. 2,5 Mio. behandlungsbedürftige Alkoholranke. Das Geschlechterverhältnis Männer zu Frauen beträgt 3:1. 10% sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren. Die Anzahl der Konsumenten mit schädlichen Gebrauchsmustern wird insgesamt auf 4 Mio. geschätzt.

Kinder und Jugendliche sind in besonders starkem Maße gefährdet.

Bereits im Mutterleib können Embryos durch den Alkoholkonsum der Mutter geschädigt werden. Jährlich werden in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 2.000 Kinder mit einer Alkoholembryopathie geboren.

Nach Umfrage kommen heute bereits Kinder unter 10 Jahren mit Alkohol in Kontakt und 12 bis 13-jährige konsumieren schon regelmäßig, wenn auch nur in geringen Mengen.

24 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 25 Jahren trinken täglich bis mehrmals pro Woche Bier, mindestens drei Prozent täglich oder mehrmals pro Woche

Wein und zwei Prozent täglich oder mehrmals in der Woche Spirituosen.

Früher Konsumbeginn im Jugendalter bedeutet in der Regel die Verfestigung von Konsummuster und damit die Sozialisation für einen regelmäßigen Alkoholkonsum. Die Folgen eines regelmäßigen Alkoholkonsums im jüngeren Alter zeigen sich meist in Form eines gestörten Verhaltens.

Schätzungsweise 5 bis 7 Mio. Menschen leben in enger Gemeinschaft mit einem alkoholabhängigen Menschen. Viele von ihnen werden in das suchtkranke Verhalten verstrickt und brauchen selbst Unterstützung.

Auf der Grundlage der vorliegenden Daten kann davon ausgegangen werden, dass es im Land NRW rd. 365.000 männliche und 185.000 weibliche behandlungsbedürftige Alkoholranke und etwa 1,6 Mio. Mitbetroffene gibt.

Schädlicher Alkoholkonsum verursacht sowohl in der Wirtschaft, als auch im Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Verkehrswesen erhebliche Kosten.

Die WHO schätzt die Gesamtkosten, die der Gesellschaft durch Alkoholkonsum entstehen, auf 5–10 Prozent des Brutto-sozialproduktes (BSP) und die Erlöse aus Alkoholproduktion in den Ländern, die zu den Großproduzenten und Exporteuren alkoholischer Getränke zu rechnen sind, auf weniger als 2 Prozent des BSP.

Somit wären unter rein fiskalischer Betrachtung die finanziellen Verluste, die der Gesellschaft durch den Alkoholmissbrauch entstehen, mindestens dreimal so groß wie die durch Alkoholproduktion und Steuern erzielten Gewinne.

Alkoholmissbrauch verringert die Arbeitsproduktivität durch Arbeitsausfall, Unfälle und verminderte Arbeitsleistungen. Die deutsche Wirtschaft schätzt die Schäden, die jährlich durch Alkoholmissbrauch entstehen, auf 17 bis 35 Milliarden Mark.

Die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) beziffert die volkswirtschaftlichen Folgekosten des Alkoholkonsums jährlich auf 30 bis 80 Mrd. DM.

V.2.1.2 Hilfesystem

Die Inanspruchnahme der Fachdienste bei Alkoholabhängigkeit oder -gefährdung ist deutlich niedriger als bei Drogen. So übersteigt z.B. die Zahl der Alkoholabhängigen die der Drogenabhängigen um das 18-fache im Lande, es nehmen aber nur zweimal mehr Alkoholikerinnen und Alkoholiker stationäre Entwöhnungseinrichtungen in Anspruch.

Das Gesamt-Hilfesystem für Alkoholabhängige muss weiter verbessert werden. Im Bereich der medikamentösen Unterstützung sind weitere Erkenntnisse und Erfahrungen zu sammeln.

Alkoholabhängige Menschen wenden sich in der Mehrzahl an die medizinische Basisversorgung, den Allgemeinen Sozialen Dienst, oder andere soziale Dienste bzw. Einrichtungen, wo in erster Linie Begleit- bzw. Folgeerscheinungen/-erkrankungen der Sucht Beachtung finden. Indem die Grunderkrankung noch in vielen Fällen unerkannt und unbehandelt bleibt, bleiben Ressourcen ungenutzt, Heilungschancen werden vertan. Auf die mangelnde Erkenntnis und Motivation der Betroffenen ist das Gesundheitssystem insgesamt noch nicht ausreichend eingestellt.

Auch die Wohnungslosenhilfe ist in erheblichem Umfang mit Suchtkranken konfrontiert. Die Betroffenen erhalten hier zwar sozialarbeiterische und auch medizinische Hilfen, aber auch hier bleibt die Abhängigkeitserkrankung häufig unberücksichtigt.

Handlungsleitend für die Organisation des Hilfesystems muss ebenso wie bei der Drogenproblematik die funktionale Sichtweise sein. Alkoholkranke haben im Grundsatz dieselben Bedarfe wie Drogenabhängige (Bedarf nach Kontakt, Beratung, Diagnostik, existentieller Hilfen, beruflicher und sozialer Eingliederung, Betreuung und Behandlung).

V.2.1.2.1 Ambulante Angebote

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten werden zumeist nur Begleit- und Folgeerkrankungen behandelt, weil die Patienten das Suchtproblem zu häufig verschweigen. Arzt und Pa-

tient müssen lernen, sich gemeinsam aktiv der Suchtproblematik zu stellen. Nach einer Untersuchung in Lübeck ist jede 10. Patientin bzw. jeder 10. Patient, der eine Allgemeinarztpraxis aufsucht, alkoholgefährdet oder -abhängig. Eine (Mit-)Behandlung des Grundleidens Abhängigkeit unterbleibt bzw. wird in der Regel zu spät eingeleitet.

- Angebote des ambulanten Entzugs befinden sich im Aufbau.

Suchtberatungsstellen

Derzeit bieten 90 vom Land und von den Kommunen geförderte Suchtberatungsstellen in der Regel in freier gemeinnütziger Trägerschaft ihre Dienste an.

Das Aufgabenspektrum ist mit dem der Drogenberatungsstellen vergleichbar. Suchtberatungsstellen verfügen aber in der Regel über weniger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (durchschnittlich 3,5 Stellen).

Außerdem stehen alle 54 Gesundheitsämter mit ihren Fachdiensten für Suchtkranke zur Beratung zur Verfügung.

- Angebote der ambulanten Rehabilitation nach der entsprechenden Empfehlungsvereinbarung werden ausgebaut.

Niedrigschwellige Kontaktstellenangebote

Niedrigschwellige Kontaktstellen für nicht rehabilitierte Alkoholranke sind selten. Sie haben noch exemplarischen Charakter.

V.2.1.2.2 Stationäre Angebote

Krankenhäuser und Sonderkrankenhäuser

Eine Lübecker Studie weist nach, dass ca. jede bzw. jeder 6. in Allgemeinkrankenhäusern stationär behandelte Patientin bzw. Patient alkoholgefährdet bzw. -abhängig ist. Auch hier bleibt die Suchterkrankung in der Regel unbehandelt.

Die Entwicklung von Abteilungen des qualifizierten Entzugs für Alkohol-Abhängigkeitsranke ist noch nicht abgeschlossen.

Für die Akutbehandlung (einschließlich Entgiftung) werden in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie bzw. Suchtkranke 2.434 Betten im Land vorgehalten. Daneben findet Entgiftung auch in den anderen psychiatrischen Einrichtungen und Krankenhäusern (vor allem auf internistischen Abteilungen) statt.

Fachkliniken und Adaptionseinrichtungen

Derzeit stehen 1.890 Plätze für Alkoholranke und Medikamentenabhängige im Land zur Verfügung.

Sozialtherapeutische Einrichtungen

Für chronisch kranke Alkoholabhängige stehen 1.254 Plätze in sozialtherapeutischen Einrichtungen zur Verfügung.

Einrichtungen des Maßregelvollzugs

Die Landschaftsverbände unterhalten 246 Plätze für den Maßregelvollzug straffällig gewordener Suchtkranker (außer Drogen).

V.2.1.3 Selbsthilfe

Die Zahl der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbände im Bereich Sucht aber auch darüber hinausgehendes freiwilliges soziales Engagement sind groß. Die Zahl hat sich über die letzten 100 Jahre kontinuierlich entwickelt und differenziert. Schätzungsweise bestehen derzeit etwa 2.700 Gruppen im Land. Darunter befinden sich auch reine Frauengruppen oder auch Gruppen von Lesben und Schwulen mit Suchtproblemen. Viele Gruppe bilden entsprechende Untergruppen, für Kinder von Suchtkranken werden zahlreiche Aktivitäten angeboten.

Bei der nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren wurde ein Fachausschuss „Selbsthilfe“ gebildet, in dem die verschiedenen Gruppierungen im Landesteil vertreten sind.

Die Selbsthilfe trägt wesentlich zur psychosozialen Stabilisierung der Abhängigen und gegebenenfalls auch der betroffe-

nen Familien in den verschiedenen Stadien der Abhängigkeit und in unterschiedlicher Weise bei.

Suchtselbsthilfe leistet Kontaktaufnahme und Motivationsarbeit, Entwicklung von Abstinenz und ihre Absicherung, Wiedereingliederung in Gesellschaft und Beruf, Öffentlichkeitsarbeit und Prävention. Hervorgegangen aus der Alkoholiker-Selbsthilfe ist Suchtselbsthilfe heute offen für Suchtkranke auch der anderen Suchtformen.

Das Land unterstützt die Selbsthilfe direkt über die Wohlfahrtsverbände und die Landschaftsverbände. Eine infrastrukturelle Unterstützung vor Ort besteht durch die vom Land geförderten „Kontakt- und Informationsstellen“ für Selbsthilfegruppen.

„Hilfe zur Selbsthilfe ist ein zentrales Prinzip im Bereich der Suchterkrankungen. Selbsthilfe bedarf in Maßen der Hilfe von außen. Dieses Prinzip dient insbesondere der Stärkung eigener Kompetenzen und des Selbstwertgefühls, trägt zum Bewusstsein von Eigenverantwortlichkeit bei und wirkt so den typischen Suchtmechanismen entgegen. Von besonderer Bedeutung ist die Einbeziehung von Angehörigengruppen.

V.2.1.4 Betriebliche Suchtkrankenhilfe

Schätzungen von Experten gehen von einer Abhängigenrate von ca. 7% der Beschäftigten in den Betrieben aus. 10% der Arbeitnehmer gelten zusätzlich als gefährdet. Bei beiden Gruppen ist die Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Die alkoholbedingten Kosten werden pro 1.000 Beschäftigte auf 150–180.000 DM jährlich geschätzt.

Viele Großbetriebe, Konzerne und Großbehörden haben inzwischen eine wirksame betriebsinterne Suchtkrankenhilfe aufgebaut. Hiervon werden aber bisher nur 25% aller Beschäftigten erreicht.

V.2.1.5 Maßnahmen der Repression

Auch im Zusammenhang mit der Alkoholproblematik spielen repressive Elemente eine Rolle.

Kontrollmechanismen (z.B. in Gesetzen und Bestimmungen des Jugendrechts und Gewerberechts sowie in Arbeitsschutzvorschriften) zielen auf general- und spezialpräventive Effekte. Sie sollen dem Schutz aller Bürgerinnen und Bürgern dienen und zielen nicht nur auf die Suchtvorbeugung ab.

V.2.2 Handlungsbedarf

Strukturelle Verbesserungen

Die notwendigen strukturellen Verbesserungen im Hilfesystem sind mit denen im Bereich der legalen und illegalen Drogen vergleichbar.

- Die Suchthilfe muss sich im Rahmen regionaler Hilfenetze mit gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Unterstützungssystemen verbinden. Dazu gehören insbesondere:
- Allgemeiner Sozialer Dienst, Familienhilfe bzw. Erziehungsberatung und andere soziale Dienste
- Sozialdienst der gesetzlichen Krankenversicherung
- Schulen, Ausbildungsstätten und Arbeitgeber
- Arbeitsverwaltung
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Gesundheitsämter
- niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser.
- Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote insbesondere auch nach Einführung der Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zu entwickeln und Methoden der Frühintervention zu fördern. Notwendig ist die Einführung einer speziellen Abrechnungsziffer im Rahmen der Frühintervention für die Beratung/Behandlung von Suchtkranken, um dem spezifischen Bedarf der Betroffenen angemessener gerecht werden zu können.
- Eine langfristige Hilfeplanung ist erforderlich . Diese muss einhergehen mit ständiger Überprüfung und Anpassung des Hilfeangebots nach Bedarf und Differenzierung.

- Die Bedeutung des sozialen Umfeldes für die Suchtkranken und damit zusammenhängende Probleme sind stärker in der Beratung, Betreuung und Behandlung zu berücksichtigen.
- Lücken sind zu schließen und die Übergänge durch Schaffung von weiteren Angebotszwischenformen (Übergangseinrichtungen, teilstationäre Angebote) zu erleichtern.
- Die bisherige Preisgestaltung sowie die Möglichkeit einer gezielten Produktabgabe bei alkoholischen Getränken zum Zwecke der Konsumreduzierung und Hilfeförderung sind zu überprüfen.

Ambulante Hilfen

- Die Differenzierung der Suchtberatungsstellen ist zu erhöhen. Der Ausbau der bestehenden Suchtberatungsstellen zu Kontakt-, Diagnose- und Beratungszentren mit einem breiten Hilfespektrum und multiprofessioneller Besetzung ist anzustreben. Sinnvoll erscheint ein Ausbau auf mindestens vier hauptamtliche Kräfte. Zur Initiierung dieses Ausbaus erklärt sich das Land bereit, Suchtberatungsstellen in die erweiterte Grundförderung aufzunehmen.

Die personelle Erweiterung der Suchtberatungsstellen soll auch einen wichtigen Beitrag leisten, um die Vernetzung zwischen dem ambulanten und stationären Hilfesystem und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern voranzutreiben.

- Ambulante Behandlungs- und Rehabilitationsangebote sind auszubauen und Verbundsysteme zu bilden.
- Angebote der Tagesstrukturierung sind zu entwickeln und auszubauen.
- Die Kontaktstellenarbeit insbesondere für Langzeitabhängige ist auszubauen.
- Der Sozialpsychiatrische Dienst der Gesundheitsämter ist in das Gesamtsystem stärker einzubeziehen.
- Soforthilfekonzepte sollen entwickelt werden.

- Die berufliche und soziale Eingliederung ist zu verbessern.
- Die Verzahnung des Suchtkrankenhilfesystems mit anderen berufsfördernden, sozialen und medizinischen Angeboten ist vorzunehmen.

Stationäre Hilfen

- Für die Einrichtungen der Entzugsbehandlung auch im Alkohol- und Medikamentenabhängigenbereich sind einheitliche Behandlungsstandards zu entwickeln.
- Um Abhängigkeitskranke früher therapeutisch zu erreichen, sollen die Krankenhausaufenthalte aus Anlass somatischer Krankheiten bei Abhängigen zukünftig stärker zur Motivation für die spezifische Behandlung der Suchterkrankung genutzt werden. Hier sind Konzepte zu erarbeiten.
- Die Behandlungszeiten sind verstärkt auf die Behandlungserfordernisse im Einzelfall abzustellen.
- Eine stärkere Differenzierung nach Indikationen ist im stationären Bereich zur Verbesserung der Behandlung voranzutreiben.
- Fortbildungsmaßnahmen für das Personal in Allgemeinkrankenhäusern sind zu entwickeln, Fachkräfte sind zusätzlich einzustellen.
- Eine stärkere Flexibilisierung stationärer Hilfen (stationär/teilstationär) sowie die Vernetzung mit den ambulanten Hilfen wird notwendig.

Selbsthilfe

- Die Infrastrukturförderung und die Förderung der Gruppen und Verbände im Bereich der Suchtselbsthilfe sind zu verbessern.
- Die Vielfalt der Selbsthilfe ist zu fördern.
- Die Vernetzung und Kooperation der Selbsthilfe mit professionellen Angeboten in allen Bereichen der Suchtkrankenhilfe sind zu verbessern.
- Mit den Krankenkassen ist über eine verstärkte Förderung der Suchtselbsthilfe auf der Grundlage der Möglichkeiten

des § 20 Abs. 3 SGB V zu verhandeln. Dabei ist der Hilfebedarf der Mitbetroffenen in den Lebensgemeinschaften besonders zu beachten.

Betriebliche Suchtkrankenhilfe

- Vor allem auf Klein- und Mittelbetriebe sowie Behörden ist unter Einbindung der Arbeitgeber und der Unfallversicherungsträger und unter Einbezug der bestehenden ambulanten Suchtberatungsstellen dahingehend hinzuwirken, dass sie ihre Aktivitäten im Problemfeld verstärken. Es sind verstärkt Betriebs- und Dienstvereinbarungen anzuregen, damit die betriebliche Suchtkrankenhilfe im Rahmen der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz verankert wird. Zur Erprobung von Modellen betrieblicher Suchtkrankenhilfe wird das Land Mittel bereitstellen.

Repression

- Die Einhaltung der bestehenden Restriktionen ist zu kontrollieren, die Ergebnisse sind exemplarisch zu publizieren.
- Die einschlägigen Gesetze und Vorschriften sind dem jeweiligen Bedarf entsprechend weiterzuentwickeln.
- Die freiwilligen Werbebeschränkungen bei alkoholischen Getränken sind zu überprüfen.

Aktionsplan Alkohol

- Die im Beschluss der 70. Gesundheitsministerkonferenz von November 1997 aufgeführten Maßnahmen zur Konsumreduzierung und Grundsätze zur Alkoholpolitik sowie der Aktionsplan selbst sind über dieses Programm hinaus fortlaufend auf ihre Realisierung zu prüfen.

V.2.3 Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte in 1999/2000

Strukturelle Verbesserungen:

- In den kreisfreien Städten und Kreisen werden entsprechend den Absprachen in den kommunalen Gesundheitskonferenzen von den Kommunen mit den sonstigen Beteiligten Suchthilfepläne erstellt. Planungshilfen sind im Rahmen des Projekts der „Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ entwickelt worden.
- Das Projekt der „Erweiterten Informationsarbeit“ wird in den Kommunen mit allen Beteiligten verstärkt mit dem Ziel erprobt, integrativ und sektorübergreifend das Thema Sucht vor Ort zu bearbeiten.
- Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird in Zusammenarbeit mit den Landschafts- und Wohlfahrtsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen Strukturen für kooperative Behandlungskonzepte (Ärzteschaft-Suchtfachdienste) entwickeln.

Ambulante Hilfen:

- Im Rahmen der Richtlinienförderung erfolgt über die „Erweiterte Grundförderung“ eine strukturelle Erweiterung der Suchtberatungsstellen. Die Förderung wird an die Voraussetzung der Schaffung einer frauen- bzw. migrantenspezifischen Binnenstrukturierung geknüpft.
- Für den Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte werden die Erfahrungen des Bielefelder Modells („Sekundärpräventive Strategien bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern“) zur Erkennung einer Alkoholproblematik und zur Frühintervention in Arztpraxen ausgewertet und 1999/2000 in je zwei Modellen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Lande auf ihre Umsetzbarkeit in das Regelangebot geprüft. Die Qualifizierung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte der

jeweiligen Modellregionen erfolgt durch die Akademien für ärztliche Fortbildung.

Im Rahmen der Erprobung ist auch zu prüfen, ob und ggf. welche erweiterten Abrechnungsmöglichkeiten der niedergelassenen Ärzte für Screening, Diagnostik und Frühintervention bei Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Arztpraxis durch den Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen zu schaffen sind.

Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit übernimmt die Kosten der entsprechenden wissenschaftlichen Begleitdokumentation und Evaluation.

- An den wohnortnah arbeitenden stationären Einrichtungen wird von den Leistungs- und Einrichtungsträgern gemeinsam eine Differenzierung der Entwöhnungsbehandlung und damit ein Ausbau der teilstationären und ambulanten Rehabilitation vorgenommen.

Stationäre/teilstationäre Hilfen:

- Weitere Abteilungen des Qualifizierten Entzugs werden aufgebaut. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird mit den Krankenhausträgern und Krankenkassen 1999 einen Bedarfsplan aufstellen.
- Dabei werden auch Konzepte ambulanter Entzugsbehandlung auf ihre Realisierbarkeit in Institutionsambulanzen geprüft.
- Für den Bereich der Allgemeinkrankenhäuser werden die Erfahrungen des Bielefelder Modells zur Erkennung einer Alkoholproblematik bei Patienten auf inneren Stationen von Allgemeinkrankenhäusern und zur Frühintervention im Krankenhaus ausgewertet und in je zwei Modellen der Krankenkassen auf ihre Umsetzbarkeit in das Regelangebot geprüft. Die Qualifizierung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte erfolgt durch die Akademien für ärztliche Fortbildung. Ziel ist die Schaffung eines Standards für Screening, Diagnostik und Frühintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen in Krankenhäusern.

Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit übernimmt die Kosten der entsprechenden wissenschaftlichen Begleitung.

Selbsthilfe:

- Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird im Rahmen des Landesprogramms die gezielte Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeverbänden fördern.
- Die Möglichkeiten der verstärkten Zusammenarbeit der Selbsthilfe mit professionellen Diensten sollen ausgelotet und entsprechende Konzepte entwickelt werden (Selbsthilfeverbände/Leistungsträger/Träger der Suchtkrankenhilfe/Ärzeschaft/Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit).

Die Selbsthilfe soll bei den vorgesehenen Maßnahmen der Intervention bei Kindern aus suchtblasteten Lebensgemeinschaften eine umfassende Mitwirkungsmöglichkeit erhalten.

- Nach dem Verständnis der Leistungsträger und gemäß den „Grundsätzen und Leitlinien“ des Landesprogramms werden alle professionellen Angebote der Suchtkrankenhilfe als „Hilfen zur Selbsthilfe“ angelegt. 1999 werden die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger mit Vertretern der Suchtselbsthilfe im Lande sowie den beiden Landschaftsverbänden und dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit prüfen, ob und ggf. inwieweit die Bestimmungen der §§ 20 Abs., 3 SGB V („Krankheitsverhütung“) und 31 Abs. 1 SGB VI („sonstige Leistungen zur Rehabilitation“) wirksam eingesetzt werden können, um die Tätigkeit der Selbsthilfe weiter zu intensivieren.

Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Prüfung werden die Beteiligten ein entsprechendes Konzept erstellen.

Betriebliche Suchtkrankenhilfe:

- Von der „Landeskoordination berufliche und soziale Eingliederung“ werden 1999 die vorhandenen Konzepte betrieblicher Suchtkrankenhilfe vor allem bei Klein- und Mit-

telbetrieben sowie Behörden ausgewertet. Die Auswertungen werden in Workshops und Tagungen beraten mit dem Ziel der Erprobung betriebsübergreifender Angebote.

Repression:

- Jugendschutzkontrollen im Bereich der Abgabe von Alkohol an Kinder und Jugendliche werden intensiviert, ausgewertet und dokumentiert.

Aktionsplan Alkohol

- In einer Sonderaktion werden vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Empfehlungen zur Punktnüchternheit im Verkehr, bei der Arbeit und in der Schwangerschaft publiziert.
- In Gesprächen mit dem Zentralverband der Werbewirtschaft werden vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit die bestehenden freiwilligen Werbebeschränkungen auf ihre Einhaltung und dabei ggf. auf die Notwendigkeit ihrer Erweiterung überprüft.

V.3 Medikamente

V.3.1 Situation

Das Problemfeld „Medikamente“ weist im Hilfebereich viele Gemeinsamkeiten mit dem Bereich „Alkohol“ auf. Andererseits sind die Entstehungsmechanismen und Beeinflussungsmöglichkeiten bei Medikamentengebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit generell unterschiedlich zu „Illegalen Drogen“ und „Alkohol“.

Eine definierte Medikamentenpolitik existiert bislang nicht. Ihre Entwicklung ist notwendig, weil

- die Medikamentenabhängigkeit selbst das zweitgrößte Suchtproblem darstellt und

- eine Beschäftigung mit der Medikamenteneinnahme und -problematik überhaupt Auswirkungen auf das gesamte Suchtphänomen haben kann.

V.3.1.1 Die besondere Medikamentenproblematik

- Die Inanspruchnahme medikamentöser Hilfen auch schon bei banalen Befindlichkeitsstörungen wird dort, wo sie erfolgt, in der Regel sehr früh und bereits in der Ursprungsfamilie gelernt.

Studien belegen, dass eine frühe und regelmäßige Medikamenteneinnahme die Neigung zur Einnahme suchtfördernder Mittel generell erhöht. So wurde festgestellt, dass z.B. Schmerzmittelmissbrauch bei den Frauen häufiger zu beobachten war, deren Mütter während der Menstruation regelmäßig Schmerzmittel einnahmen.

Eine frühe unreflektierte Medikamenteneinnahme fördert passive Bewältigungsformen. Fehlende aktive Ressourcen zur Lebensbewältigung leisten dem Missbrauch suchtfördernder Mittel Vorschub.

- Ängste, Unruhe, Verstimmungen, und andere Befindlichkeitsstörungen sind oft Grund für die Verschreibung und Einnahme psychoaktiver Medikamente. Selbst wenn unter der ärztlichen Behandlung die genannten Symptome abklingen, treten sie beim Absetzen entsprechender Medikamente als reine Entzugssymptome in mehr oder minder starker Form wieder auf. In aller Regel werden die Entzugssymptome als Wiederkehr der Ursprungssymptome missdeutet und es beginnt ein Verschreibungs- bzw. Missbrauchskreislauf mit zunehmender Abhängigkeitsstruktur.

Dieses Kreislaufmodell verdeutlicht, auf welche Weise sich eine Abhängigkeit generell entwickeln kann. Das Modell zeigt vor allem, wie dabei die Abhängigkeitsstruktur verschleiert

wird, auch dadurch, dass sich der Abhängige in einer geregelten ärztlichen Behandlung wähnt.

Auffällig ist, dass nicht selten junge Alkoholranke oder Abhängige von illegalen Drogen ebenfalls diesem Kreislauf unterliegen, weil sie im Alkoholkonsum bzw. in der Einnahme illegaler Drogen „selbstmedikative Motive“ wahrnehmen.

- Psychisch wirksame Medikamente, Alkohol und illegale Drogen gehen in vielen Fällen eine so genannte Kreuztoleranz ein, d.h. sie ersetzen sich wechselseitig. Die Tendenz zu polyvalentem oder polytoxikomanem Verhalten nimmt stark zu. Medikamentenbeschaffung über eine Rezepterschleichung beim Arzt durch Drogenabhängige auch bei Beschaffungsengpässen auf dem illegalen Markt, „Medikamentensubstitution“ durch Alkoholabhängige während der Arbeitszeit, unkritische Medikamentenverordnung bei Alkoholentzug sind Beispiele für einen problematischen Umgang mit suchtfördernden bzw. suchterhaltenden Medikamenten.
- Die Doppelerkrankung Sucht und andere psychiatrisch relevante Störungen wird zunehmend erkannt. Eine auf Entzug und Entwöhnung von Suchtmitteln abgestellte Suchtbehandlung allein stellt sich bei unzureichender Anamnese und Diagnostik zunehmend als problematisch heraus. Andererseits stellt eine Suchtkrankenbehandlung bei gleichzeitigem Einsatz von Medikamenten hohe Anforderungen an die behandelnden Fachkräfte.
- Die wachsenden Verordnungsmöglichkeiten von psychisch wirksamen Medikamenten im Kontext psychosozialer Alltagsprobleme weisen den Ärzten, Apothekern und Pharmazeuten eine zunehmende Verantwortung bei der Prävention, Beratung, Behandlung und Rehabilitation Suchtgefährdeter und Suchtkranker zu. Den Krankenkassen entstehen hohe Kosten. Hier ist auf eine sorgfältige Indikationsstellung und die Ausschöpfung anderer Möglichkeiten ärztlicher Inter-

vention im Rahmen der Kassenärztlichen- und Krankenhausversorgung hinzuwirken.

- Werden einerseits Ärzte teilweise ihrer Sorgfaltspflicht im Ordnungsverhalten nicht gerecht, so lässt sich andererseits in Deutschland auch eine oft nicht begründbare Zurückhaltung bei der adäquaten Betäubungsmittelverordnung von Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom beobachten.

Bei der Therapie starker Schmerzzustände unter Zuhilfenahme von Betäubungsmitteln lässt sich aber in aller Regel keine Abhängigkeitsentwicklung feststellen.

Dies ist ein Aspekt, der verdeutlicht, wie stark die suchtgefährdende Wirkung psychoaktiver Medikamente auch von der Ausgangslage der Patienten abhängig ist.

V.3.1.2 Daten und Indikatoren

Nordrhein-Westfalen weist im Bereich des Missbrauchs psychoaktiver Medikamente in etwa die gleichen Häufigkeitswerte auf wie die anderen Bundesländer.

Medikamentenabhängigkeit und -missbrauch stellen neben dem Alkoholismus das quantitativ zweitgrößte Suchtproblem in unserer Gesellschaft dar. Die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren schätzt für die gesamte Bundesrepublik ca. 1,4 Mio. behandlungsbedürftige Medikamentenabhängige. Für NRW ist dementsprechend von ca. 250.000 Menschen auszugehen. Davon sind ca. zwei Drittel Frauen.

Analysen von Verordnungsdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen machen deutlich, dass sich vor allem ab dem 40. Lebensjahr die Gefährdung einer Medikamentenabhängigkeit stark erhöht; ab dem 60. Lebensjahr nimmt die Gefährdung noch einmal zu. Von den Krankenversicherten sollen mehr als 1% der Männer und etwa 4% der Frauen manifest abhängig sein, und zwar in der Regel von ärztlich verordneten Medikamenten. Hinzu kommt noch eine etwa gleich hohe Anzahl Gefährdeter.

Mehr als 500 Millionen Tagesdosierungen psychisch wirksamer Medikamente mit suchtförderndem Potential werden jährlich in Deutschland nicht wegen akuter medizinischer Probleme sondern zur langfristigen Suchterhaltung verordnet. Die Prävention gegen Missbrauch und Abhängigkeit wird bereits auf der Verschreibungsebene vernachlässigt.

In den genannten Zahlen sind nicht die abhängigkeitsgefährdeten Männer und Frauen eingeschlossen, die rezeptfreie Medikamente missbrauchen. Dazu zählen coffeinhaltige Schmerzmittel, stimulierend wirkende Laxantien, alkoholhaltige Medikamente.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Anteil der gefährdeten bzw. abhängigen Personen mit dem Alter erheblich zunimmt und dass Frauen in besonderem Maße betroffen sind.

V.3.1.3 Das Hilfesystem

Die Abhängigkeit von Medikamenten wird in der Öffentlichkeit kaum sichtbar. Auf Grund der Tatsache, dass ein großer Anteil der Medikamentenabhängigen davon ausgeht, sich bereits in „Behandlung“ zu befinden, ist es offensichtlich besonders schwierig, diesen Personenkreis zu einer gezielten Suchtbehandlung zu motivieren. Auffällig wird die Suchtproblematik am ehesten, wenn gleichzeitig eine weitere Abhängigkeit (z.B. von Alkohol bzw. illegalen Drogen) vorliegt.

Die Inanspruchnahme der Fachdienste bei Medikamentenabhängigkeit ist deutlich niedriger als bei Drogen bzw. Alkohol. Das ambulante, stationäre und Selbsthilfeangebot der Suchtkrankenhilfe steht für Medikamentenabhängige offen. Spezifische Angebote für Medikamentenabhängige werden kaum vorgehalten.

V.3.1.4 Maßnahmen der Repression

Der Verkehr mit Medikamenten, vor allem mit Betäubungsmitteln, untersteht den Bestimmungen des Arzneimittel- und Betäubungsmittelgesetzes.

Die übermäßige Verordnung von suchtförderlichen Medikamenten ist von den Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zu sanktionieren. Eine Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente ist in der Publikumspresse verboten.

Deziierte Warnhinweise sind vorgeschrieben.

Die Ärzte- und Apothekerkammern tragen besondere Verantwortung aus berufsrechtlicher Warte – hinsichtlich notwendiger Sorgfaltspflichten der Ärzte- und Apothekerschaft. Die Sorgfaltspflicht bezieht sich auch auf die Verordnung bzw. Abgabe von Arzneimitteln ohne spezifische psychoaktive Wirkungen. Hierbei steht weniger die Arznei als die Person im Vordergrund, die ggf. zu Missbrauch neigt (s. Laxantien, Dopingmittel u.dgl.).

V.3.2 Handlungsbedarf

- Die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern ist im Sucht- und Missbrauchsbe- reich organisatorisch zu verbessern, die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Suchtfachdiensten und anderen psychosozialen Diensten auf struktureller Ebene zu fördern.
- Die ärztliche Fort- und Weiterbildung ist insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung der Fachkunde „Sucht- medizinische Grundversorgung“ zu intensivieren. Für die Apothekerschaft sind entsprechende Qualifizierungen zu entwickeln.
- Das Instrumentarium zur Früherkennung und Frühbehand- lung von suchtgefährdeten und suchtkranken Patientinnen und Patienten ist zu verfeinern und von den Ärztinnen und Ärzten im stationären und ambulanten Bereich verstärkt an- zuwenden.
- Die Sorgfaltspflicht bei der Verschreibung psychoaktiver Medikamente ist durch sanktionsfähige Regelungen zu för- dern. Standards für die Verschreibung entsprechender Me- dikamente sind zu entwickeln, damit Ärztinnen und Ärzte sachgerechte Maßstäbe bei der Verordnung anlegen. Dabei

sollten entsprechende Verordnungen vom Arzt nur noch persönlich handschriftlich ausgeschrieben werden.

- Medikamente mit Missbrauchspotenzial müssen entsprechenden Rezeptpflichten unterliegen.
- Apothekerinnen und Apotheker müssen bessere Voraussetzungen erhalten, Frühwarnsysteme zu unterstützen und die Kunden – auch hinsichtlich ärztlicher Verordnungen gezielter informieren zu können.
- Die Datenlage zum Medikamentenverbrauch ist zu erhöhen.
- Das Wissen der Verbraucher ist zu verbessern. Hierzu müssen die verschiedenen Beteiligten (u.a. die Krankenkassen, Ärzte und Apotheker, die Gesundheitsämter, die Verbraucherzentralen etc.) einen Beitrag leisten.
- Insbesondere vor der Verschreibung von Benzodiazepinen und ähnlicher Medikamente bedarf es einer gezielten Beratung der Patienten auch mit dem Ziel einer Vermeidung. Gegebenenfalls sind Behandlungsansätze zu entwickeln, die dem Patienten Möglichkeiten der nichtmedikamentösen Behandlung eröffnen.

V.3.3 Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte

- Die Ärztekammern werden ihre Leitsätze zur Verordnung von Benzodiazepinen weiter entwickeln und den Ärztinnen und Ärzten in regelmäßiger Folge nahe bringen.
- Die berufsrechtlichen Möglichkeiten werden hinsichtlich der Verstöße gegen die Sorgfaltspflicht bei der Verschreibungspraxis besser ausgeschöpft.
- Die Krankenkassen werden gemeinsam prüfen, ob und inwieweit Konzepte für eine stichprobenartige Auswertung von Medikamentenverordnungen in den Jahren 1999/2000 erarbeitet werden können. Daraus werden ggf. durch die Beteiligten (Krankenkassen, Ärzteschaft, Apotheker, Pharmaindustrie) Arzt- und Patienteninformationen über die entsprechenden Medikamente entwickelt.

- Die Apothekerkammern werden Ergebnisse bestehender Frühwarnsysteme regelmäßig publizieren und ihre Beteiligung an entsprechenden Systemen verstärken.
- Die Apotheker werden ihre Beratung bei nichtrezeptpflichtigen Medikamenten weiter intensivieren.
- Die Zusammenarbeit der Ärzte und Apotheker vor Ort – auch unter Beteiligung der Amtsapotheker – wird intensiviert.
- Handlungsempfehlungen für die Kontrolle bei besonders häufig verschriebenen Medikamenten werden von den Ärzte- und Apothekerkammern erarbeitet und regelmäßig fortgeschrieben.

VI. Fortbildung

Geschlechtsspezifische Differenzierung:

Vor allem zum Thema „Frauen und Sucht“ stehen inzwischen differenzierte Fortbildungsangebote zur Verfügung, die bereits vielfältig genutzt werden und anhand neuer Erkenntnisse aus Forschung und Praxis von der Landesfachstelle Frauen und Sucht regelmäßig weiterentwickelt werden.

- Die Interaktion zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin wird durch entsprechende Fortbildungsangebote der Akademien für ärztliche Fortbildung verbessert.

Besondere Zielgruppen:

- Um den Suchtgefährdeten und -kranken aus dem Kreis der Migrantinnen und Migranten und Aussiedlerinnen und Aussiedler wirksamer helfen zu können, ist insbesondere eine entsprechende Qualifizierung des bestehenden Gesamtsystems notwendig. Die zuständigen Ministerien für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit und Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport entwickeln eine Fortbildungsreihe zur spezifischen Situation von Migrantinnen und Migranten und Aussiedlerinnen und Aussiedlern.
- Die Fortbildung zur Verbesserung der Diagnostik und Versorgung hinsichtlich der Doppelindikation (Sucht und andere psychiatrische Störungen) wird von den Akademien für ärztliche Fortbildung intensiviert.

Suchtvorbeugung:

Die Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung GINKO koordiniert seit Jahren die Arbeit der Prophylaxefachkräfte im Lande und bietet entsprechende Fortbildungen an. Für Beraterinnen und Berater für Suchtvorbeugung an den Schulen werden regional und überregional regelmäßig Fortbildungen angeboten.

- Die Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung GINKO entwickelt ein Schulungscurriculum für Prophylaxefachkräfte.
- GINKO wird für den Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis in den Jahren 1999/2000 ein besonderes Mitteilungssystem für alle an der Umsetzung der Sucht- und Drogenpolitik beteiligten Fachgruppen entwickeln.
- Das Ministerium für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung wird Lehrerinnen und Lehrer, die als Beraterinnen und Berater für Suchtvorbeugung an den Schulen des Landes tätig sind, weiter unterstützen. Zum Thema Alkohol werden in den Jahren 1999/2000 zur Umsetzung des Aktionsplans Alkohol besondere Informationsreihen vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit entwickelt.
- Die Landesjugendämter werden Fortbildungsangebote zum Thema Partydrogen vorhalten.

Berufliche und soziale Eingliederung:

Die Landeskoordination bietet regelmäßig Fortbildung an.

- Die Entwicklung spezialisierter Fortbildungsmaßnahmen zur beruflichen und sozialen Eingliederung werden für die beteiligten Institutionen von der Landeskoordination entwickelt. Das Spezialwissen wird in die entsprechenden Aus- und Weiterbildungen integriert.
- Die Landeskoordination wird zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit dem Bereich der beruflichen und sozialen Eingliederung Vorschläge erarbeiten und den Ärztinnen und Ärzten vermitteln.
- Für Klein- und Mittelbetriebe sowie Behörden werden zur Initiierung von Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen für den Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit mit der Landeskoordination Fachtagungen durchgeführt.
- In den Kommunen wird jeweils ein Ansprechpartner für die soziale und berufliche Eingliederung benannt. Für sie wird

von der Landeskoordination für diese Aufgabe Fortbildung angeboten.

- Die Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe und beteiligter Institutionen im Bereich der sozialen und beruflichen Eingliederung werden in Zusammenarbeit von Ärztekammern, Landeskoordination und Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit intensiviert.

Sucht, Drogen und Medikamente:

Von zahlreichen Stellen (Apotheker- und Ärztekammern, Landschafts- und Wohlfahrtsverbände) werden regelmäßig Weiter- und Fortbildungen angeboten.

- Notwendig ist eine Weiterentwicklung des suchtspezifischen Fortbildungsangebots für unterschiedliche Berufsgruppen durch die Landeskoordinationsstellen und die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sozialer Einrichtungen und anderer Institutionen, um ein angemessenes Verständnis von Sucht zur Grundlage ihrer Arbeit machen zu können, neue moderne Erkenntnisse zu transportieren und so eine Verbesserung der Zusammenarbeit zu erreichen.
- Fortbildungsangebote zu den einschlägigen Rechtsbestimmungen der sozialen und beruflichen Integration sowie ihren Zielsetzungen sind von der Landeskoordination in Zusammenarbeit mit den Landschaftsverbänden zu entwickeln, um die Transparenz von Zuständigkeiten zu erhöhen und die Anknüpfungspunkte für die Zusammenarbeit zu verbessern.
- In Fortbildungsmaßnahmen für die Richter und Staatsanwaltschaft wird die fachliche Fortentwicklung der ambulanten Substitutionsbehandlungen thematisiert werden.
- Die Zusammenarbeit zwischen dem Ministerium für Inneres und Justiz NRW und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe bei der Fortbildung für Beschäftigte in der Bewährungshilfe sowie Mitarbeiter im allgemeinen Vollzugsdienst wird fortgesetzt.

- In Kooperation zwischen Ärztekammern und Landschaftsverbänden werden interdisziplinäre Schulungen zur Behandlung, Rehabilitation und Betreuung von Opiatabhängigen im Rahmen der Methadonsubstitution in Abstimmung mit den Apothekerkammern und Kassenärztlichen Vereinigungen konzeptionell entwickelt und in ausgewählten Regionen regional erprobt.
- Mit den Berufsverbänden der Kinderärzte und der Kinder- und Jugendpsychiater werden vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Gespräche zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Sucht- und Drogenhilfe geführt.
- Die Fortbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte werden im Bereich der Erkennung und Frühintervention, der Substitution und der Zusammenarbeit mit den Fachdiensten intensiviert. Die Einführung der Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ wird durch entsprechende Maßnahmen flankiert.
- Fortbildungsangeboten
 - zu frauenspezifischen Ansätzen,
 - zur sozialen und beruflichen Eingliederung,
 - zur Implementation EDV-gestützter Evaluation und Qualitätsmanagement,
 - Managementfragen (Case- und strukturelles Management)
 wird seitens der Landeskoordinatoren, der Koordinationsstellen bei den Landschaftsverbänden und des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit 1999/2000 ein besonderer Rang eingeräumt.
- Die Landschaftsverbände werden in Abstimmung mit der Freien Wohlfahrtspflege das bestehende vielfältige Fortbildungsangebot mit dem Ziel der Komprimierung überprüfen und Prioritäten formulieren. Die Träger und Zuschussgeber der Einrichtungen werden Zuschüsse zu prioritär gesetzten Angeboten nicht kürzen.
- Die Schulungen der Beamten und Angestellten bei den Strafverfolgungsbehörden werden von den Fortbildungsakademien des Ministeriums für Inneres und Justiz vor allem

auf den neuen Feldern der Kriminalitätsbekämpfung – Drogen – intensiviert.

- Fortbildungsmaßnahmen für Richterinnen und Richter sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälte auf dem Gebiet der Organisierten Kriminalität werden sowohl von der Deutschen Richterakademie als auch der Justizakademie des Landes Nordrhein-Westfalen angeboten.
- Neue Erkenntnisse der Suchtforschung und Therapieevaluation werden dem Ministerium für Inneres und Justiz vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit zur Weiterleitung an die Gerichte und Staatsanwaltschaften übermittelt.
- Von den Landschaftsverbänden werden die Schulungen zum Maßnahmencontrolling mit dem Ziel der Aktivierung der Vernetzung im Rahmen regionaler Verbundsysteme verknüpft.
- Die Ärzte- und Apothekerkammern werden ihr Fortbildungsangebot zur Verschreibung und Abgabe psychisch wirksamer Medikamente weiter intensivieren.

Forschung

Bisher sind zu verschiedensten Aspekten Studien und Untersuchungsvorhaben zu Suchtfragen durchgeführt worden, dies allerdings jeweils bezogen auf Einzelfragen.

In diesem Zusammenhang sind für den Geschäftsbereich des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit folgende Projekte zu nennen:

1. Epidemiologie

„Standarderhebung zur Zahl der Drogenabhängigen in Köln und Dortmund“

2. Partydrogen

Untersuchung zum Betreuungs- und Behandlungsbedarf bei Konsumenten von Designerdrogen, Amphetaminen und Kokain“

„Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei Heroinkonsumenten und Konsumenten von Partydrogen und Entwicklung der Akzeptanz professioneller Hilfen beim Gebrauch der Partydrogen“

„Wissenschaftliche Begleitforschung für Maßnahmen im Bereich Ecstasy“

3. Frauen und Sucht

„Ursachenforschung Medikamentengebrauch und Suchtentwicklung bei Frauen und Mädchen“

4. Substitution

„Durchführung von katamnesticen Untersuchungen zur Methadon-Modellerprobung in NRW“

5. Soforthilfe

„Expertise Sofortbehandlungsprogramme für Drogenabhängige in NRW“

6. Drogenpolitik

„Kosten drogenpolitischer Handlungsalternativen“

Das Ministerium für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung stellt die gesamte Grundausstattung der Hochschulen – einschließlich erheblicher Mittel für die Forschung – zur Verfügung. Dank dieser Ausstattung werden sowohl eigene Forschungen der Hochschule durchgeführt als auch umfangreiche Drittmittel für Forschungsprojekte eingeworben. Im Jahre 1997 ist es gelungen, aus Mitteln des Innovationsprogramms Forschung einen interdisziplinären Forschungsverbund der Universitäten Bielefeld, Bonn und Münster sowie der Universität – Gesamthochschule Essen „Interdisziplinärer Forschungsverbund substanzgebundener Abhängigkeit NRW“ zu etablieren. Die Forschungsschwerpunkte des Verbundes sind Prävention, Behandlung und Rehabilitation. Die Forschungskompetenzen der Universität Bielefeld bestehen vor allem in den Bereichen Public Health und Präventionsforschung. Untersucht werden außerdem psychosoziale Ausgangslagen beim Einstieg in den Drogenkonsum. Die im Forschungsverbund beteiligten Wissenschaftler der Universität Bonn sind auf dem Gebiet der Genetik psychiatrischer Störungen besonders ausgewiesen, an der Universität – Gesamthochschule Essen werden insbesondere Untersuchungen zur Opiatabhängigkeit und Methadonsubstitution, an der Universität Münster zur Alkoholabhängigkeit durchgeführt.

Im Einzelnen werden folgende Projekte bearbeitet:

1. Nikotin

„Persönlichkeitsdimensionen und familiäre Belastung als Risikofaktoren bei der Entwicklung der Nikotinabhängigkeit“

2. Grundlagenforschung

„Konditionierte Reaktion auf ein Suchtmittel als Determinanten des Verlaufs behandelter Abhängigkeit“.

„Die Überprüfung von familiären und biologischen Risikofaktoren bezüglich ihrer Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Substanzkonsums“

3. Entzugsbehandlung

„die Ultra-Kurz-Entgiftung Opiatabhängiger“

4. Prävention

„Entwicklung und Evaluation neuer Konzepte der schulischen Suchtprävention“

„Kommunale Versorgungsstrukturen für drogengefährdete Jugendliche“

Langfristig werden vor allem Struktureffekte zur Absicherung der Suchtforschung in Nordrhein-Westfalen erwartet. Mit der Anschubfinanzierung aus dem Innovationsprogramm Forschung verfügt der Forschungsverbund über gute Aussichten, Drittmittel für weitere Forschungen einwerben zu können.

Bei den Rheinischen Kliniken Essen wird derzeit das Forschungsprojekt „Verhaltenstherapie bei Substituierten“ von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert.

Das GINKO ist mit der neuen Funktion des Wissenstransfers von der Wissenschaft zur Praxis betraut. Es wird die entsprechenden Förderprogramme des Bundes und Forschungsschwerpunkte der Deutschen Forschungsgesellschaft aufarbeiten. Mit dem o.g. Forschungsverbund arbeitet GINKO eng zusammen.

Eine bedeutende Reihe praxisbegleitender Forschung und Dokumentationen wurde vom INDRO in Münster erstellt. INDRO (Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik) ist insbesondere mit der Studie „Herauswachsen aus der Sucht“ hervorgetreten.

Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird im Rahmen der vorgenannten Forschungsstrukturen insbesondere Projekte zur Suchtproblematik im Alter, bei Kindern aus suchtbelasteten Familien und bei Patienten mit Doppeldiagnosen fördern.

Im Rahmen der Suchtursachenforschung wird das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit der Frage nachgehen, ob und inwieweit sich aus der besonderen Lebenssituation von Lesben und Schwulen ein erhöhtes Suchtrisiko ergibt.

VIII. Finanzierung

Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit stellt für den Bereich der ambulanten Beratung/Prophylaxe im Rahmen der Richtlinienförderung derzeit Mittel in Höhe von 11.450.000 DM p.a. zur Verfügung. Gefördert werden 166,5 Sucht- und Drogenberatungsstellen mit jeweils 40.000 DM, 99 Prophylaxekräfte mit jeweils 35.000 DM und 31 Fachkräfte für die Zusammenarbeit mit Justizvollzugsanstalten mit jeweils 40.000 DM. 85.000 DM werden für Telefon-Notrufe vom Land ausgegeben.

Die Landesmittel decken rd. 25 % der Kosten der Beratungsstellen im Lande. Die Kommunen tragen etwa 40 %, die Träger, in der Regel die freie Wohlfahrtspflege, übernehmen den Rest bzw. werben entsprechende Mittel ein.

Für den Bereich der Substitution Abhängiger übernimmt das Land Kosten in Höhe von z.Z. 6.456.000 DM.

Den niedrighschwelligigen Kontaktbereich fördert das Land bei derzeit 26 Trägern mit 2.855.000 DM, bei 9 Trägern mit zusätzlichen 1.530.000 DM („Drogentherapeutische Ambulanzen“), die berufliche und soziale Integration fördert das Land mit 2.445.000 DM.

Für Öffentlichkeitsarbeit setzt das Land 2.220.000 DM und für zahlreiche laufende Einzelmaßnahmen rd. 4.300.000 DM ein.

Bezogen auf die dargestellten konkreten Maßnahmen in einem ersten Umsetzungsschritt beabsichtigt das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Mittel für 1998/1999 wie folgt zur Verfügung zu stellen:

• erweiterte Grundförderung (20.000 DM je Beratungsstelle)	1.560.000 DM
• zusätzliche Maßnahmen der Schwerpunktprävention	380.000 DM
• psychosoziale Betreuung Substituierter (zusätzliche Kräfte) (50.000 DM je 100 Substituierte)	500.000 DM
• wissenschaftliche Begleitung bei Modellen zur Frühintervention bei Alkoholabhängigen im ambulanten und stationären Bereich	800.000 DM
• Unterstützung beim Aufbau ambulanter Rehabilitationsteams (50.000 DM je Standort)	400.000 DM
• Modelle im Bereich der betrieblichen Suchtkrankenfürsorge	550.000 DM
• Analysen/Studien zusätzlich	600.000 DM
• Schulungen und Fortbildung zusätzlich	500.000 DM
	<hr/>
	5.290.000 DM

Die Co-Finanzierung des Landes erfolgt über die gesamte Laufzeit des Landesprogramms im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel.

Der Umfang der von den übrigen an dem Gemeinschaftsprogramm beteiligten Institutionen eingebrachten Ressourcen wird im Rahmen der Umsetzungsbeschlüsse des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz nach Maßgabe des Haushalts jeweils festgelegt.

Darüber hinaus wird das Land mit den anderen Bundesländern beraten, wie eine Vereinheitlichung und dauerhafte Absicherung der Leistungen im Bereich der Suchtkrankenhilfe erreicht werden kann.

IX. **Programmbegleitung und Koordination**

Die regionale Ebene

Der Koordination des gesamten Beratungs- und Hilfesystems auf regionaler Ebene kommt eine besondere Bedeutung zu. Hier hat das am 1. Januar 1998 in Kraft getretene Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW neue Weichen gestellt. Die Koordination der Suchtkrankenhilfe wird darin den Kommunen zur Pflichtaufgabe gemacht. Vorgesehen ist die Bildung von kommunalen Gesundheitskonferenzen in allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes. Zur Unterstützung der Kreise und kreisfreien Städte bei der Steuerung im Falle der Sucht stehen die Koordinierungsstellen bei den Landschaftsverbänden zur Verfügung.

Aufbauend auf dem System der Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren und den Ansätzen des Modells zur „Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ werden verstärkt kommunale Konzepte und Pläne zur „Hilfe bei Sucht“ erstellt. Diese müssen alle relevanten ordnungsrechtlichen sowie gesundheitlichen und sozialen Aspekte in gemeinsamer Verantwortung beachten. Prioritäten sind gemeinsam mit allen Beteiligten zu setzen und einvernehmlich zu verabschieden.

Ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch der in den Kommunen mit der Koordination auf dem Gebiet der Suchtpolitik beauftragten Fachkräfte wird für den Zeitraum der Umsetzung des Landesprogramms organisiert werden.

Die Landschaftsverbände

Die Suchtkoordinationsstellen bei den Landschaftsverbänden haben die Aufgabenschwerpunkte: Weiterentwicklung und Qualifizierung der Suchtkrankenhilfe insgesamt, Informationsarbeit, Projektentwicklung sowie entsprechende Beratung des Landes.

Programmbegleitende Arbeitsgruppe

Beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW wird eine Programmbegleitende Arbeitsgruppe (PBAG) eingerichtet. Die Arbeitsgruppe wird von Vertreterinnen und Vertretern des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Landeskoordinationsstellen, der Selbsthilfe, der Arbeitsverwaltung, der Forschung, des Ministerium für Inneres und Justiz und des Ministeriums für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung gebildet. Die Koordination der Umsetzung des Programms erfolgt über diese Arbeitsgruppe in Abstimmung mit dem Vorbereitenden Ausschuss.

Das auf Fortschreibung angelegte Landesprogramm soll alle zwei Jahre einer Revision unterzogen werden. Der Vorschlag zur Revision wird ebenfalls von der o.g. Arbeitsgruppe erarbeitet und vom Vorbereitenden Ausschuss der Landesgesundheitskonferenz beraten und mit ihm abgestimmt.

Der Landesfachbeirat „Sucht und Drogen“ wird aufgelöst.

Gesundheitsberichterstattung

Es ist vorgesehen, die Gesundheitsberichterstattung für den Bereich Sucht und damit verbunden auch entsprechende Indikatoren weiterzuentwickeln, um für die Zukunft verbesserte Grundlagen für Planung und Steuerung zu erhalten. Für die kommunale Ebene sind mit Unterstützung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst entsprechende Arbeits- und Planungshilfen erstellt worden.

Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird gemeinsam mit dem Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst für den notwendigen Datenpool, Wissenstransfer und Informationsfluss Sorge tragen.

X. Anhang

X.1 NRW-Ziel 4: Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen⁴

Dokumentation aus den im Jahre 1995 von der Landesgesundheitskonferenz verabschiedeten zehn vorrangigen Gesundheitszielen für NRW (Grundlage: HFA-Ziel 17 in Kap. „Gesundheitsförderliche Lebensweise“)

Bis zum Jahr 2005 sollen die Chancen in NRW, ein suchtfreies Leben führen zu können, deutlich erhöht werden. Dazu gehören u.a. Anstrengungen, den risikoreichen Konsum psychoaktiver Substanzen – wie z.B. Alkohol, Tabak und illegale Drogen – zu verringern.

Konkretisierung:

Die Ausführungen gelten mit Ausnahme der repressiven Ansätze für alle stofflichen und nicht-stofflichen Süchte, unabhängig davon, ob diese als legal oder illegal qualifiziert sind.

Im Bereich Suchtprävention

- a) Praxisumsetzung von ursachenorientierten statt stoffbezogenen Konzepten zur Reduzierung der Nachfrage, basierend auf einem persönlichkeitsstärkenden Ansatz. Einschränkung bzw. Bekämpfung der Herstellung, der Einfuhr und des Handels auf Reduzierung des Angebotes abzielend
- b) Komplettierung des landesweiten Präventionsnetzes, verstärkte Einbeziehung aller relevanten gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen

⁴ Quelle: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (Hrsg.) „Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW – Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik“, Bielefeld 1995. Es handelt sich um Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz.

- c) Ausbau regionaler Netzwerke
- d) Intensivierung der landesweiten Präventionsaktivitäten in den Bereichen Eltern-/Familienarbeit, Kindergarten, Schule, Beruf/Arbeit, Freizeit und bezüglich bestimmter Risikogruppen (insbesondere bei Jugendlichen) u.a. durch verstärktes Angebot von Raucherentwöhnungsprogrammen
- e) Etablierung eines angemessenen Suchtverständnisses in der Bevölkerung durch intensive Öffentlichkeitsarbeit
- f) Beiträge zur Förderung gesunder Lebensbedingungen, Stärkung der Persönlichkeit, Aufzeigen genussvoller Alternativen zum Konsum
- g) Umsetzung der Gesetze zur Verbrechensbekämpfung auf allen Ebenen der Repression (Bezug: OrgKG)
Runderlass zur Beschleunigten Bearbeitung von Vergehen nach § 29 BtMG
Fortführung der Prüfung der Trennung der Märkte „harter“ und „weicher“ Drogen.

Im Bereich der Suchtkrankenhilfe

- h) Ausbau und Komplettierung regionaler Hilfenetzwerke
- i) Ausweitung niedrigschwelliger Angebote i.S. eines grundsätzlich erleichterten Zugangs zum System der Hilfen
- k) Bedarfsdeckung im Bereich qualifizierter Entzugsbehandlung mit niedrigschwelligem Zugang
- l) Flächendeckende Einbeziehung von Soforthilfeangeboten in die Netze vor Ort
- m) Weitere Differenzierung im Feld stationärer Entwöhnung; Einführung von Zwischenformen (Orientierungshäuser, Kurztherapien); Entwicklung und Umsetzung von Konzepten für bestimmte Zielgruppen (z.B. Kinder und Jugendliche, Frauen, Mütter mit Kind)
- n) Stärkung der Nachsorge
- o) Verbesserung der Kooperation und Koordination im sich differenzierenden Angebot der Hilfen; Offenheit hinsichtlich weiterer notwendiger Komponenten
- p) Flächendeckende Sicherstellung differenzierter Substitutionsbehandlung.

Hintergrund:

Sucht, Suchtmittel und ihre Folgen stehen als Dauerthema immer wieder in besonderem Interesse – sowohl in der Öffentlichkeit wie in Fachkreisen.

Das öffentliche Interesse weist eine bemerkenswerte Ambivalenz auf, weil sich hier verschiedenste Emotionen und Bewertungen gegenüber den dramatischen Ausdrucksformen von Sucht beim Missbrauch illegaler Drogen (der anderen) paaren mit einer oft ganz entgegengesetzten Wahrnehmung der eigenen Abhängigkeiten und Süchte – in der Regel von den Alltagsdrogen Nikotin und Alkohol oder auch von nichtstofflich gebundenen Suchtformen unseres Kulturkreises. Auf Grund dieses Verhältnisses wird das Suchtproblem verzerrt wahrgenommen, und es bedarf einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit, um Akzeptanz für die notwendigen Maßnahmen zu erreichen.

Die Unsicherheiten entstehen durch die bei vielen Suchtmitteln (z.B. Alkohol, Medikamente) unscharfen Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen Gebrauch und Missbrauch. Eine ebenfalls oft nicht nachvollzogene Grenze liegt zwischen den auf legale und illegale Substanzen bezogenen Süchten. Zusätzlich ist die Palette erreichbarer Suchtmittel groß, teilweise verwirrend, und die suchtrelevante Wirkung einzelner Substanzen ist nicht immer zuverlässig einschätzbar und bisweilen individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt. Hinzu kommt die Vielfalt wissenschaftlicher Erklärungsansätze für Suchtphänomene und die im Zusammenhang damit entstandene Erkenntnis, dass es nur selten eine durch eine einzige Ursache bedingte Suchtentstehung gibt – meistens sind mehrere Verursachungsfaktoren zu identifizieren. Zusätzlich liegt im sozioökonomischen Bereich eine weitere, ebenfalls nicht zu unterschätzende Ambivalenz. Sie ergibt sich daraus, dass die Herstellung bzw. Erzeugung von Suchtmitteln, insbesondere in Tabakindustrie, im Brauerei- und Brennereiwesen sowie in den Weinanbaugebieten mit ihrem volkswirtschaftlichen Ertrag einer gravierenden Schadensbilanz durch eben diese Erzeugnisse gegenübersteht – materiellen und nicht-materiell zu fassenden Folgen.

Lösungsansatz:

Abgeleitet aus der dargestellten Problemsituation ergeben sich für die einzuschlagenden Näherungswege in Richtung Problemlösung einige unabweisbare Einsichten:

- a) Sucht ist Krankheit. Kranke bedürfen der Hilfe. Bei der Situation im Bereich der illegalen Drogen müssen die repressiven Ressourcen auf die Bekämpfung des organisierten Handels gerichtet werden. Es geht um eine Rücknahme des „legal approach“ bei gleichzeitiger Stärkung des gesundheits- und sozialpolitischen Ansatzes.
- b) Veränderungen sind überwiegend nur als Folge langfristiger Gegensteuerung zu erwarten: Die Lösung der vielfältigen Suchtprobleme muss daher ebenso langfristig angelegt sein.
- c) Bei der multikausalen Entstehung von Sucht und den großen Unterschieden in der individuellen Suchtentstehungsgeschichte bei Gefährdeten sowie Betroffenen müssen auch die präventiven und kurativen Maßnahmen eine entsprechende Vielfalt der Lösungsansätze aufweisen.
- d) Angesichts der Breite des Problemfeldes und der Begrenztheit verfügbarer Ressourcen ist eine rationale und in ihren Effekten überprüfbare Priorisierung unter den anzugehenden Problemfeldern im Bereich der Suchtphänomene zwingend geboten.
- e) Zur erfolgreichen Intervention und Prävention im Praxisbereich „Abhängigkeiten und Sucht“ bedarf es kontinuierlicher innovativer Impulse aus Wissenschaft und Forschung. Dabei geht es um gezielte, anwendungs koordinierte Beiträge aus dem multidisziplinären Public-Health-Sektor von Universitäten und anderen Einrichtungen. Besonders gefragt sind einerseits differenzierte Untersuchungen zu praxisrelevanten Merkmalen der verschiedenen Sucht- bzw. Abhängigkeitsformen und Suchtmitteln, andererseits methodische Arbeiten zu Umsetzungs- und Evaluationsaufgaben i.S. konkreter Praxisbegleitforschung.

X.2 Aktuelle Datenlage „Sucht und Drogen“

Es ist beabsichtigt, die aktuelle Situation in einem Sonderband „Sucht und Drogen“ der Gesundheitsberichterstattung zusammenzufassen. Daten zu folgenden Bereichen sind fortschreibungsfähig und werden zukünftig in einem Sonderband dargestellt.

Eine Revision des Programms ist alle zwei Jahre vorgesehen. In der Zwischenzeit soll das konkrete Evaluationskonzept mit den notwendigen Indikatoren erstellt und über die Fortschreibung der entsprechenden Gesundheitsberichterstattung entschieden werden.

X.2.1 Illegale Drogen

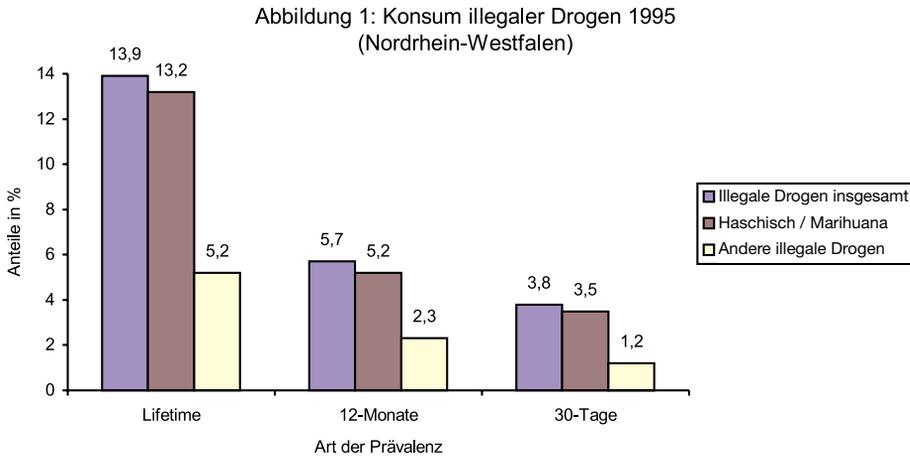
Konsumhäufigkeiten

Das Konsumverhalten bezüglich illegaler Drogen wird ermittelt nach

- der (1) Lifetime-Prävalenz ,
- der (2) 12-Monate-Prävalenz und
- der (3) 30-Tage-Prävalenz.

Die Lifetime-Prävalenz bezeichnet die Rate derjenigen, die eine illegale Droge bislang konsumiert haben, die 12-Monate-Prävalenz die Rate derjenigen, die im zurückliegenden Jahr und die 30-Tage-Prävalenz, die im zurückliegenden Monat eine illegale Droge konsumiert haben.

Für Nordrhein-Westfalen liegen bezogen auf das Jahr 1995 für die Altersgruppe der 18-59 Jährigen derartige Prävalenzen vor. Abbildung 1 zeigt das Ergebnis bezüglich der drei Prävalenzarten.

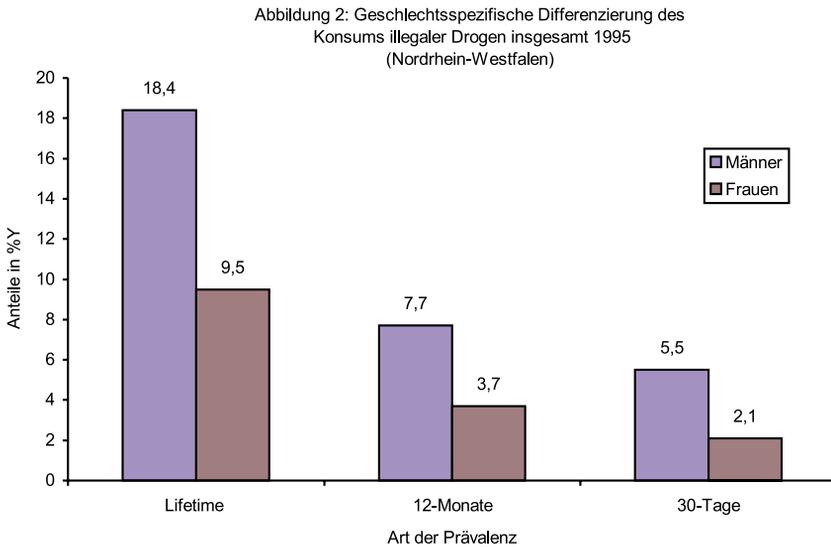


Quelle⁵: Institut f. Therapieforschung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

Diese Ergebnisse für Nordrhein-Westfalen stimmen fast exakt mit denen für die Bundesrepublik (West) überein. Hier zeigt sich, dass nach den Prävalenzen, die mit Umfragen erhoben werden, Haschisch / Marihuana als die dominierende illegale Droge ausgewiesen wird. Dies gilt für alle drei Arten von Prävalenzen.

Für 1997 lauten die in Abb. 1 genannten Zahlen: 11,3/ 11,3/ 2,7; 3,7/ 3,7/ 1,2; 2,4/ 2,4/ 0,5. Tendenziell ist ein Rückgang gegenüber 1995 zu verzeichnen.

Die geschlechtsspezifische Differenzierung für den Konsum illegaler Drogen insgesamt gibt Abbildung 2 wieder.

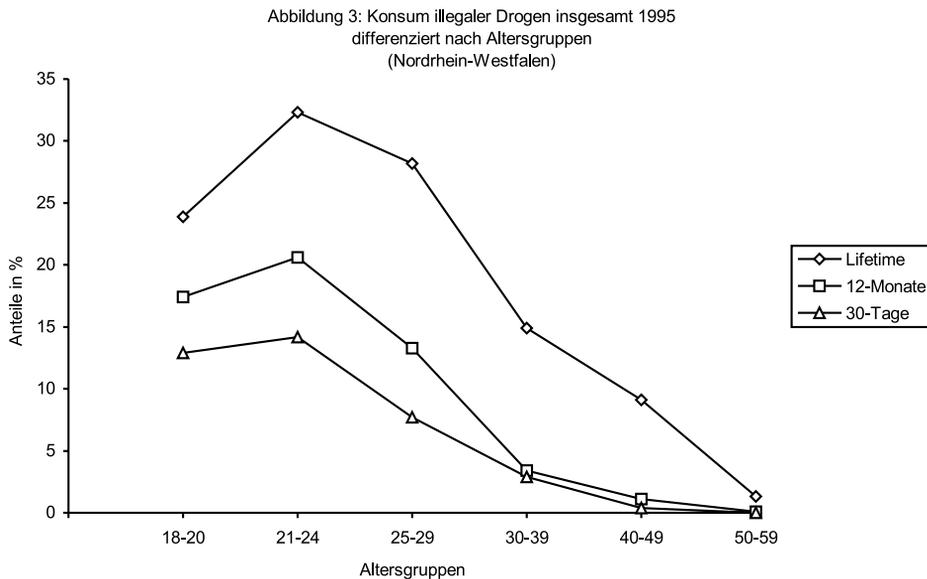


Quelle: Institut f. Therapieforschung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

Sie zeigt, dass Männer höhere Prävalenzen aufweisen als Frauen.

Für 1997 lauten die in Abb. 2 gen. Zahlen: 13,8/ 8,9; 4,3/ 3,2; 2,2/ 2,6. Tendenziell ist eine Angleichung der Werte unter den Geschlechtern festzustellen, der Rückgang bei den Männern fällt ins Auge.

Abbildung 3 zeigt eine Aufschlüsselung der Prävalenzen nach Altersgruppen.



Quelle: Institut f. Therapieforschung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

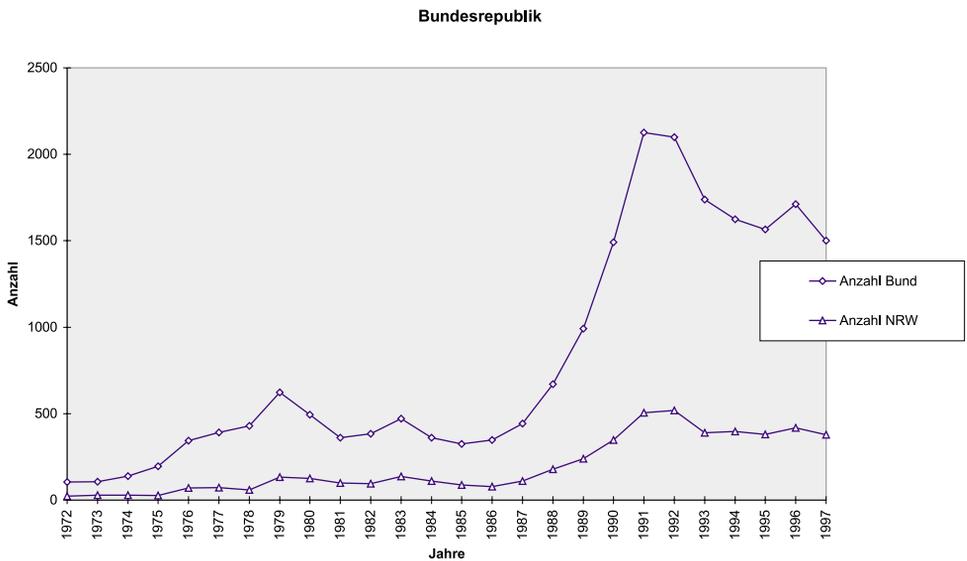
Hohe Prävalenzen hat die Gruppe der 18–24 Jährigen. Diese steigen leicht an zu den höchsten Prävalenzen, die bei der Altersgruppe der 21–24 Jährigen liegen. Die Prävalenzen nehmen danach mit steigendem Alter ab.

Der Kurvenverlauf ist für 1997 gleich, aber jeweils tiefer in den Werten.

Folgen des Drogenkonsums

• Drogentodesfälle

Im Jahre 1997 wurden in Nordrhein-Westfalen 378, in der Bundesrepublik insgesamt 1501 Drogentote gezählt. Im Folgenden wird eine zeitliche Entwicklung wiedergegeben.



Quelle: Bundeskriminalamt (BKA); Rauschgiftjahresberichte der laufenden Jahre; zuletzt 1995

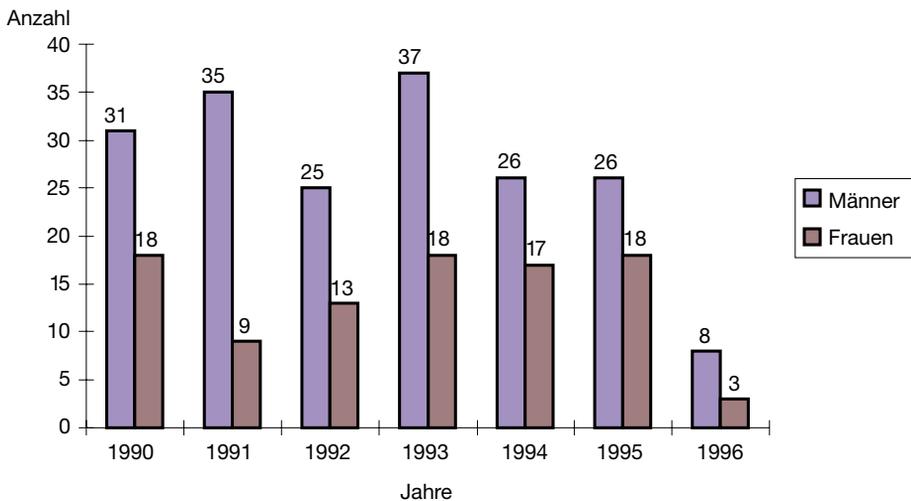
Leicht zu erkennen ist, dass die Entwicklung der Zahl der Drogentodesfälle im Zeitverlauf (in absoluten Zahlen) in Nordrhein-Westfalen und in der Bundesrepublik fast parallel verlaufen: Nach einem Anstieg bis zum Ende der Siebzigerjahre, erfolgte ein Abfallen bis Mitte der Achtzigerjahre, dem dann ein beschleunigter Anstieg bis zu Beginn der Neunzigerjahre folgte, mit einem Abfallen zum Jahre 1997 hin.

Die Trendlinie für das Bundesgebiet gibt Einzelabweichungen in einzelnen Regionen nicht wieder.

- **AIDS-erkrankte Drogenabhängige (Nordrhein-Westfalen)**

Im Jahre 1996 erkrankten 8 Männer und 3 Frauen, die intravenös Drogen konsumieren, an AIDS. Folgende Entwicklung ist zu konstatieren:

Abbildung 5: AIDS-erkrankte intravenös Drogenabhängige (Nordrhein-Westfalen)

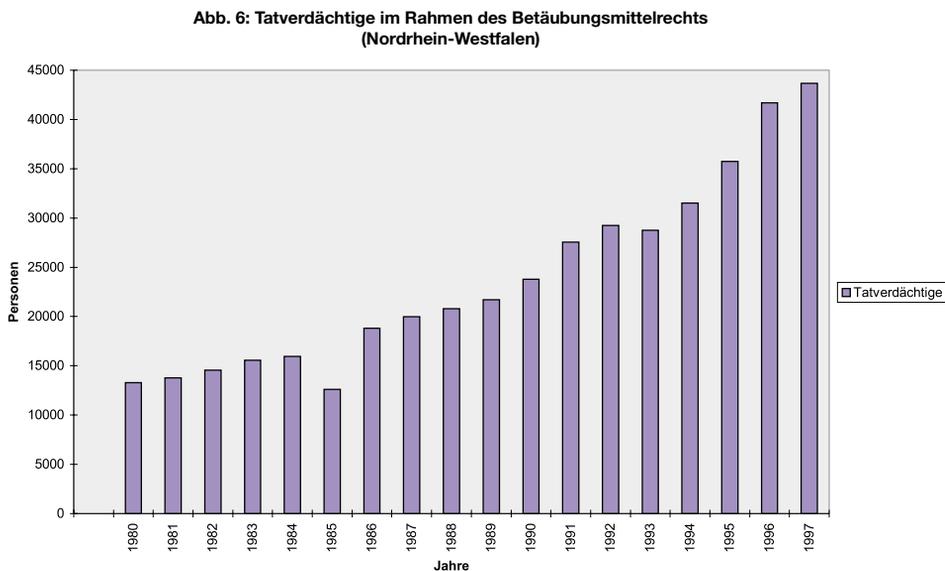


Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Indikator 3.16

Es zeigt sich hierbei, dass für alle Jahre die Zahlen der Männer über denen der Frauen liegen.

• Tatverdächtige im Rahmen des Betäubungsmittelrechts

Im Jahre 1997 wurden in Nordrhein-Westfalen 43.660 Tatverdächtige gezählt.



Quelle: Ministerium für Inneres und Justiz NRW, 1998

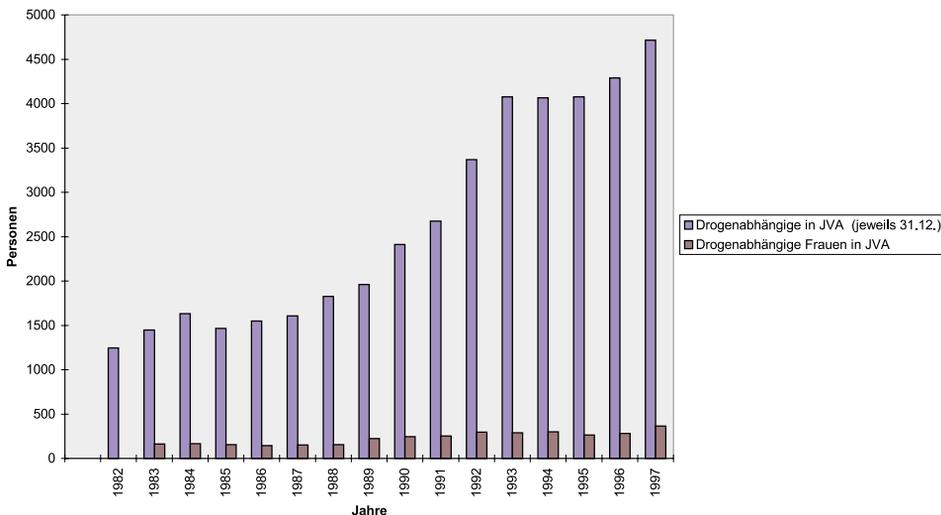
Die Zahl der Tatverdächtigen ist in NRW kontinuierlich – mit kleinen Einbrüchen in den Jahren 1985 und 1993 – angestiegen.

Bei den Tatverdächtigen handelt es sich i.d.R. zur Hälfte um konsumrelevante Verdachtsmomente; 40 % sind cannabisbezogen. Zu dem starken Anstieg seit 1996 tragen ganz wesentlich Fälle in Verbindung mit sog. neuen Partydrogen bei.

• Drogenabhängige in den Justizvollzugsanstalten (Nordrhein-Westfalen)

Im Jahre 1997 wurden bei der Stichtagserhebung am 31.12.1997 4.716 Drogenabhängige in den Vollzugsanstalten des Landes gezählt. Davon waren 363 Frauen. 1.549 Abhängige wurden im Verlaufe des Jahres 1997 in eine Therapie vermittelt, davon 138 Frauen.

Abb. 7: Zahl der Drogenabhängigen in Justizvollzugsanstalten(JVA) in Nordrhein-Westfalen



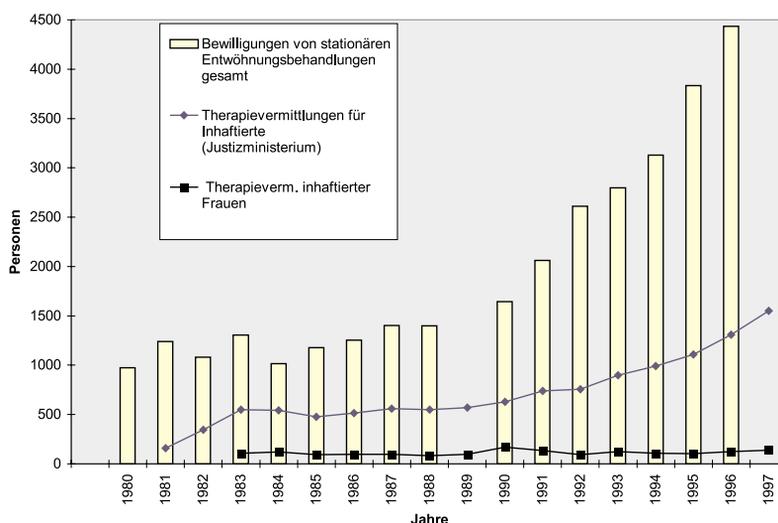
Quelle: Ministerium für Inneres und Justiz NRW, 1998

Die Entwicklung der Zahl der Drogenabhängigen in den Justizvollzugsanstalten des Landes an einem Stichtag zeigt einen stufenförmigen Anstieg. Der kontinuierliche Anstieg von 1988 bis 1993 stabilisierte sich zwischen 1993 und 1995 auf hohem Niveau, 1996 und 1997 kam es wieder zu einem Anstieg. Bei den Frauen blieb die Zahl relativ konstant. Die Zahl der Therapievermittlungen aus der Haft hielt mit der Entwicklung mit. Erhöhte sich die Zahl der Abhängigen an einem Stichtag von 1982 auf 1997 um 279 %, so erhöhte sich die Zahl der Therapievermittlungen im gleichen Zeitraum um 346 %.

- **Zahl der Bewilligungen von stationären Entwöhnungsbehandlungen**

1996 wurden 4.433 Bewilligungen von den Rehabilitations-trägern für Drogenabhängige ausgesprochen. Die Zahlen für 1997 liegen noch nicht in ihrer Gesamtheit vor; die Tendenz aber ist deutlich steigend.

Abb.: 8: Zahl der Bewilligungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen (Nordrhein-Westfalen)



Quelle: Ministerium für Inneres und Justiz NRW, 1998

Die Zahlen der Therapienachfragen und Bewilligungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Drogenabhängigkeit sind kontinuierlich angestiegen. Die Behandlungen fanden ganz überwiegend in Nordrhein-Westfalen statt. Die Zahl der Therapieplätze stieg entsprechend, so daß jeder Therapiewunsch erfüllt werden konnte.

• Folgekosten des Drogenproblems

Im Rahmen einer im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (damals MAGS) durchgeführten Studie wurde für NRW in 1994 von rund 550.000 Cannabis-konsumentinnen und -konsumenten sowie rund 45.000 Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen bzw. ca. 31.000 behandlungsbedürftigen Drogenabhängigen ausgegangen (Quelle: BOSOF 1996).

Auf der Basis der Berechnungen und Schätzungen für 1994 kann gemäß der genannten Studie mit folgenden Kosten p.a. für NRW gerechnet werden:

- Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherungen ca. 118 Mio. DM
- Aufwendungen der Rentenversicherung ca. 68 Mio. DM
- Aufwendungen der Landschaftsverbände ca. 21 Mio. DM
- Aufwendungen der Kommunen für Drogenhilfe und Sozialhilfe für Abhängige ca. 100 Mio. DM
- Aufwendungen im Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (incl. Maßregelvollzug) ca. 66 Mio. DM
- Aufwendungen im Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Inneres und Justiz
Bereich Inneres ca. 334 Mio. DM
Bereich Justiz (Inhaftierung und z.T. Kosten für Strafprozesse und Gerichtsbarkeit) ca. 261 Mio. DM
- Aufwendungen im Zuständigkeitsbereich des Bundesfinanzministeriums (Zollfahndung) ca. 18 Mio. DM
- Aufwendungen der Freien Wohlfahrtspflege (Eigenmittel) ca. 30 Mio. DM
- Aufwendungen der Bundesanstalt für Arbeit (Arbeitslosengeld/-hilfe für Abhängige) ca. 72 Mio. DM.

Die direkten Kosten liegen danach im Mittel der Erhebung bei ca. 1 Mrd. DM. Die indirekten Kosten (Mortalität, Produktionsausfälle u. dgl.) belaufen sich (gemittelt) auf ca. 2,85 Mrd. DM.

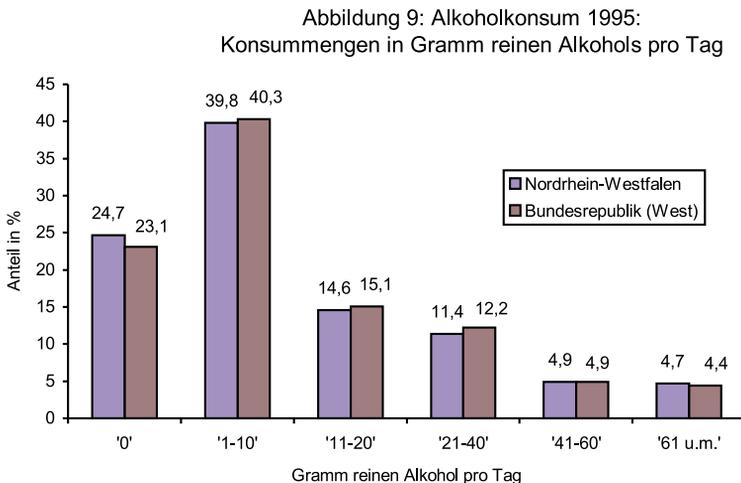
Dies entspricht mit Blick auf die Abhängigen geschätzten jährlichen Pro-Kopf-Kosten zwischen 120.000–146.000 DM.

X.2.2 Alkohol

Konsumhäufigkeit

Die Konsummengen in Gramm reinen Alkohols pro Tag der Erwachsenen im Alter von 18 bis 59 Jahren liegen für das Jahr 1995 vor. Abbildung 9 zeigt die Verteilungen über die einzelnen Konsumklassen für Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik (West) insgesamt.

Für 1997 gibt es dazu keine Auswertung.

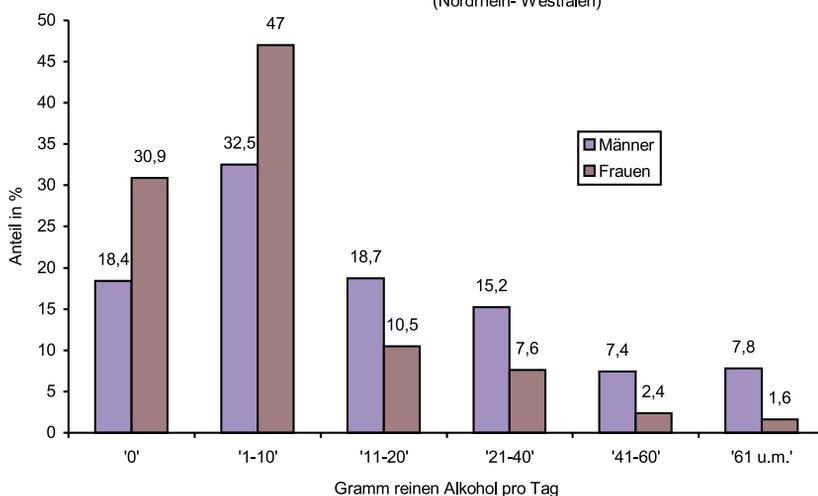


Quelle: Institut für Therapieforchung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

Hieraus ist ersichtlich, dass die beiden Verteilungen sich fast genau entsprechen, so dass im weiteren davon ausgegangen werden kann, dass die Trends, die für die Bundesrepublik (West) insgesamt gelten, auch zur Charakterisierung der Situation in Nordrhein-Westfalen herangezogen werden können.

Abbildung 10 gibt die geschlechtsspezifische Untergliederung dieser Konsummengen für Nordrhein-Westfalen wieder. Es zeigt sich, dass die Anteile der Frauen in den unteren Konsumklassen '0' und '1-10' Gramm reinen Alkohol pro Tag wesentlich höher sind als die der Männer. In den höheren Konsumklassen sind demgegenüber die Anteile der Männer merklich höher.

Abbildung 10: Alkoholkonsum 1995:
Vergleich der Konsummengen von Männern und Frauen
(Nordrhein- Westfalen)

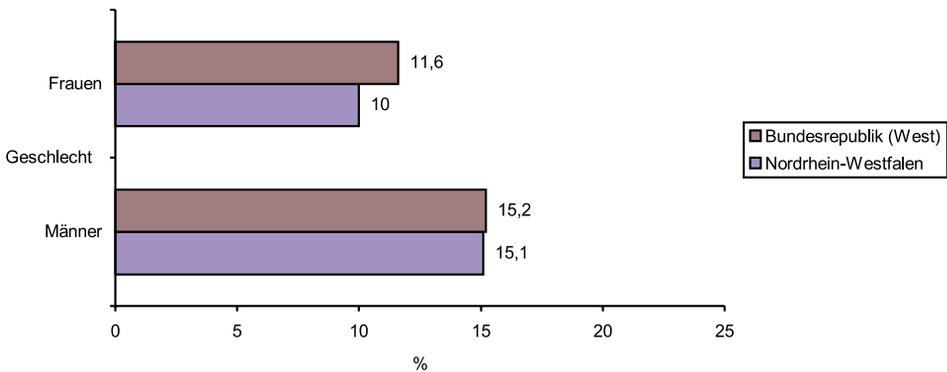


Quelle: Institut für Therapieforschung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

Für 1997 lauten die in Abb. 10 gen. Zahlen:
12,2/ 19,0; 36,0/ 59,9; 22,8/ 11,5; 18,0/ 6,8; 5,9/ 1,2; 5,0/ 1,6.
Auffallend ist der Trend von der Gruppe 0 gr. zur Gruppe 1-10 gr.

Hinsichtlich körperlicher Schäden reagieren Männer und Frauen außerordentlich unterschiedlich auf Alkohol. Für Männer wird ein Alkoholkonsum von mehr als 40 Gramm reinen Alkohol pro Tag, für Frauen ein Konsum von mehr als 20 Gramm als 'Schädlicher' Alkoholkonsum angesetzt. Abbildung 11 gibt den Vergleich zwischen Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik (West) in geschlechtsspezifischer Differenzierung wieder.

Abbildung 11: 'Schädlicher' Alkoholkonsum 1995



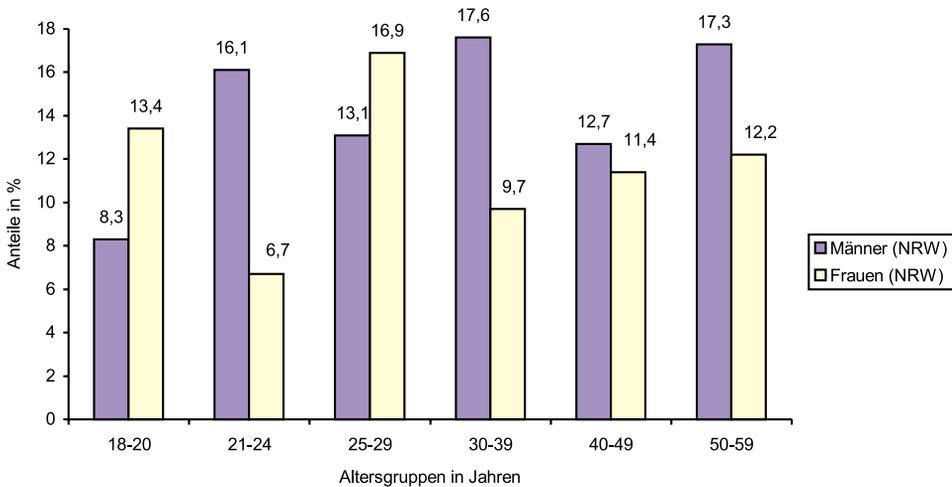
Quelle: Institut für Therapieforchung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

Für Nordrhein-Westfalen lauten in 1997 die Zahlen: Männer 13,7 %, Frauen 11,5 %.

Es ergeben sich beträchtliche Anteile derjenigen, die in gesundheitsschädigender Weise übermäßig trinken – sowohl bei den Männern, aber auch bei den Frauen. So ist für etwa jeden siebten männlichen Erwachsenen der Alkoholkonsum unter diesem Aspekt zu hoch, dies gilt aber auch für jede zehnte Frau. Zu betonen ist, dass diese Anteile bei den Männern deutlich höher sind als bei den Frauen trotz des beträchtlich höheren Schwellenwertes bei der Festlegung der schädigenden Potenz bei Männern. Anzumerken ist auch hier, dass sich zwischen Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik keine deutlichen Unterschiede zeigen.

Eine Differenzierung dieser Anteile nach Altersgruppen erbringt interessante Hinweise auf besonders gefährdete Gruppen (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: 'Schädlicher' Alkoholkonsum 1995: Vergleich Männer und Frauen (Nordrhein-Westfalen)



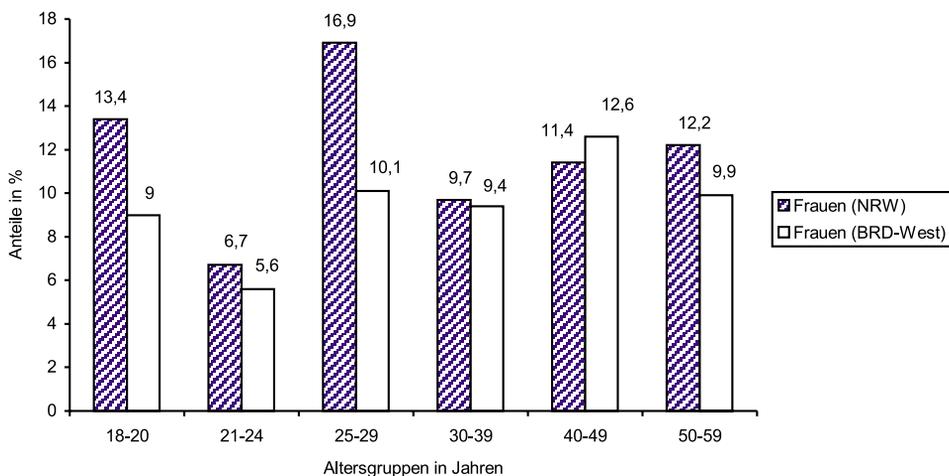
Quelle: Institut für Therapieforschung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

Während bei allen anderen Altersgruppen die Männer höhere Anteile 'schädlichen' Alkoholkonsums an den Tag legen, zeigen sich bei den Frauen gegenüber den Männern in der Altersgruppe der 18-20 Jährigen mit einer Differenz gegenüber den Männern von über 5 Prozentpunkten und in der Altersgruppe der 25-29 Jährigen – wenn auch nicht ganz so stark – mit einer Differenz gegenüber den Männern von knapp 4 Prozentpunkten höhere Anteile der gesundheitsschädlich Trinkenden.

Für 1997 lauten die entsprechenden Zahlen in Abb. 12: 4,0/ 0; 15,6/ 14,8; 14,2/ 3,8; 15,2/ 8,0; 13,8/ 12,9; 15,2/ 19,3. (Die Schwankungen gegenüber 1995 ergeben sich durch die geringen Grundzahlen bei den Untergliederungen).

Auch gegenüber dem entsprechenden Anteil der Frauen in der Bundesrepublik (West) zeigen diese beide Altersgruppen der Frauen in Nordrhein-Westfalen höhere Anteile, während die übrigen Altersgruppen fast genau übereinstimmen (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: 'Schädlicher' Alkoholkonsum 1995: Frauen
(Vergleich Nordrhein-Westfalen und Bundesrepublik-West)

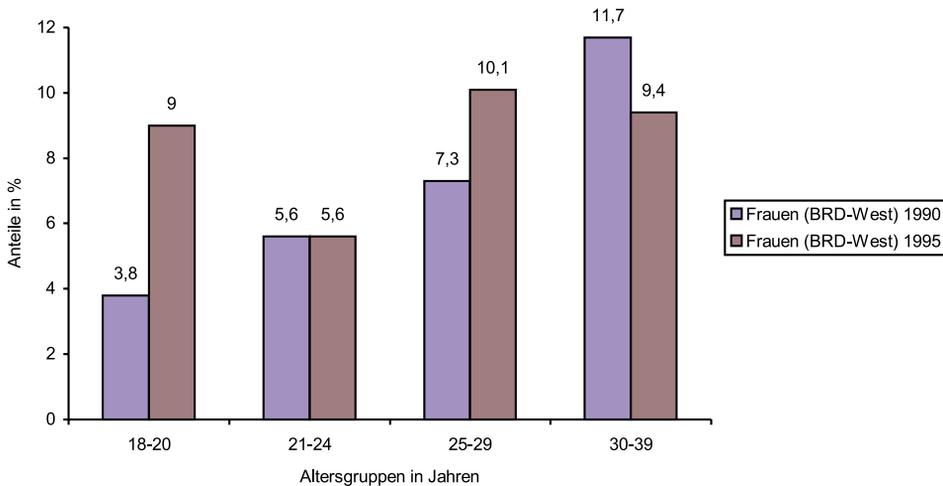


Quelle: Institut für Therapieforschung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

Ogleich wegen der äußerst geringen absoluten Häufigkeiten, auf denen diese Anteile fußen [n=6 der Altersgruppe der 18–20 Jährigen bzw. n=19 der Altersgruppe der 25–29 Jährigen], diese durchaus als Zufallsschwankungen interpretiert werden können, ist aber die Konsistenz der Abweichung in jüngeren Altersgruppen beachtenswert. Dies könnte präventive Aktivitäten nahe legen, zumal gerade in der Altersgruppe der 25–29 Jährigen die Gefahr der Alkoholembryopathie gesehen werden muss.

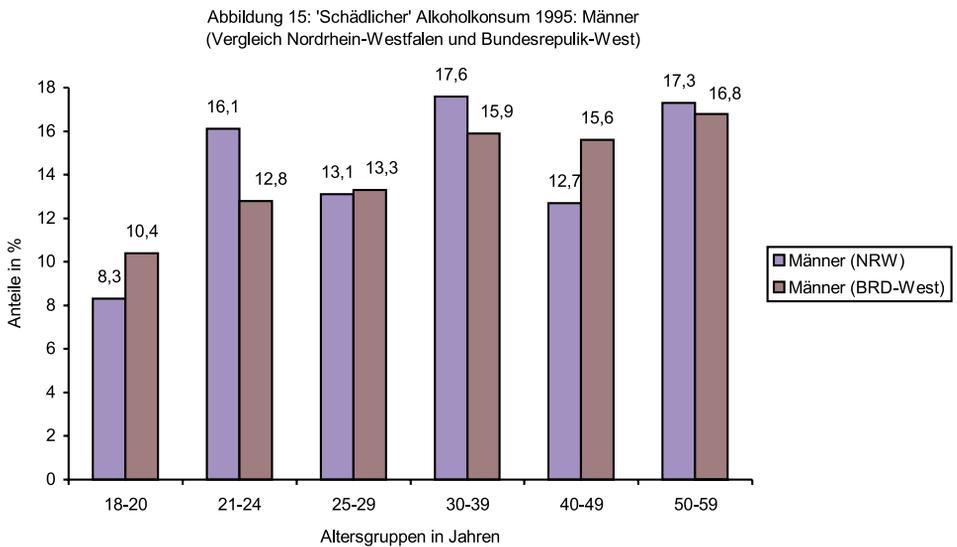
Auch ein Vergleich mit den Konsummengen einer Erhebung aus dem Jahre 1990, die sich auf ein anderes Spektrum von Altersgruppen bezieht (12–39 jährige Frauen) und bei der nur für die gesamte Bundesrepublik (West) entsprechende Daten zur Verfügung stehen, zeigt gerade für die beiden in Frage stehenden Altersgruppen der Frauen ein Ansteigen des Ausmaßes ‘schädlichen’ Trinkens (vgl. Abbildung 14). Demgegenüber zeigt die Altersgruppe der 30–39 jährigen Frauen sogar einen leichten Rückgang.

Abbildung 14: ‘Schädlicher’ Alkoholkonsum : Frauen nach Altersgruppen
Vergleich der Jahre 1990 und 1995 für die Bundesrepublik-West



Quelle: Institut für Therapieforchung (IFT); Repräsentativerhebungen 1990 und 1995

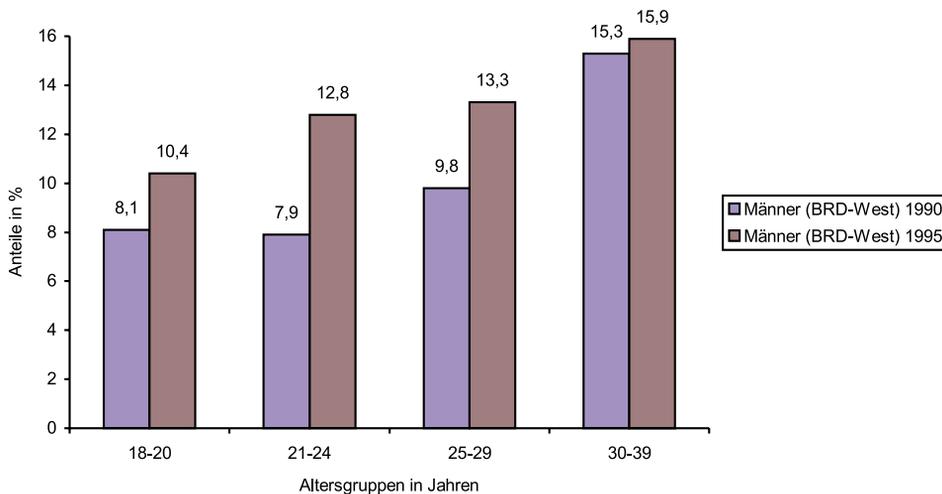
Wie Abbildung 15 zu entnehmen ist, zeigen bei den Männern die beiden Altersgruppen der 21–24 Jährigen (n=12) und der 30–39 Jährigen (n=38) gegenüber den Frauen besonders hohe Anteile. Allerdings weichen die entsprechenden Anteile der Männer in Nordrhein-Westfalen weitaus geringer von den entsprechenden Anteilen der Bundesrepublik (West) ab als bei den Frauen (vgl. Abbildung 14).



Quelle: Institut für Therapieforschung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

Ein entsprechender Vergleich der zeitlichen Entwicklung des gesundheitsschädlichen Trinkens für die Bundesrepublik (West) insgesamt zeigt in den jüngeren Altersgruppen deutliche Zunahmen, während die Altersgruppe der 30–39 jährigen Männer annähernd auf gleichem Niveau verharrt (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16: 'Schädlicher' Alkoholkonsum : Männer nach Altersgruppen
Vergleich der Jahre 1990 und 1995 für die Bundesrepublik-West



Quelle: Institut für Therapieforschung (IFT); Repräsentativerhebungen 1990 und 1995

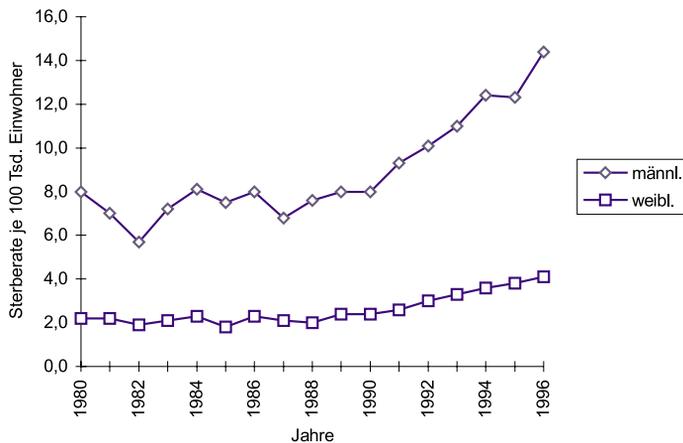
Folgen des Alkoholkonsums

• Sterblichkeit infolge von Alkoholabhängigkeit

Für das Jahr 1996 liegen für Nordrhein-Westfalen nach der Todesursachenstatistik die Sterblichkeitsraten infolge von Alkoholabhängigkeit vor. Bezogen auf die Altersgruppen unter 65 Jahren gibt es je 100.000 Einwohner 14,4 Sterbefälle bei den Männern und 4,1 bei den Frauen.

Folgende Abbildung zeigt die Sterblichkeit infolge von Alkoholabhängigkeit im zeitlichen Verlauf für die Jahre 1980 bis 1995 getrennt nach Geschlechtern.

Abbildung 17: Sterblichkeit infolge von Alkoholabhängigkeit (Nordrhein-Westfalen)



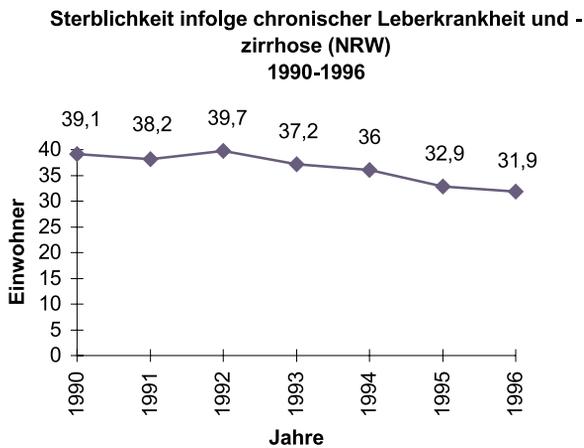
Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Indikator 3.68

Im gesamten Betrachtungszeitraum liegt die Sterberate der Männer über der der Frauen. Es zeigt sich für beide Geschlechter ein starker Anstieg der Raten, insbesondere seit Anfang der Neunzigerjahre. Hierbei ist der negative Entwicklungstrend bei den Männern wesentlich deutlicher als bei den Frauen.

• Sterblichkeit infolge chronischer Leberkrankheit und -zirrhose

Für das Jahr 1996 liegt die Sterberate bei Männern im Alter zwischen 35 und 64 Jahren bei 31,9 je 100.000 Einwohner.

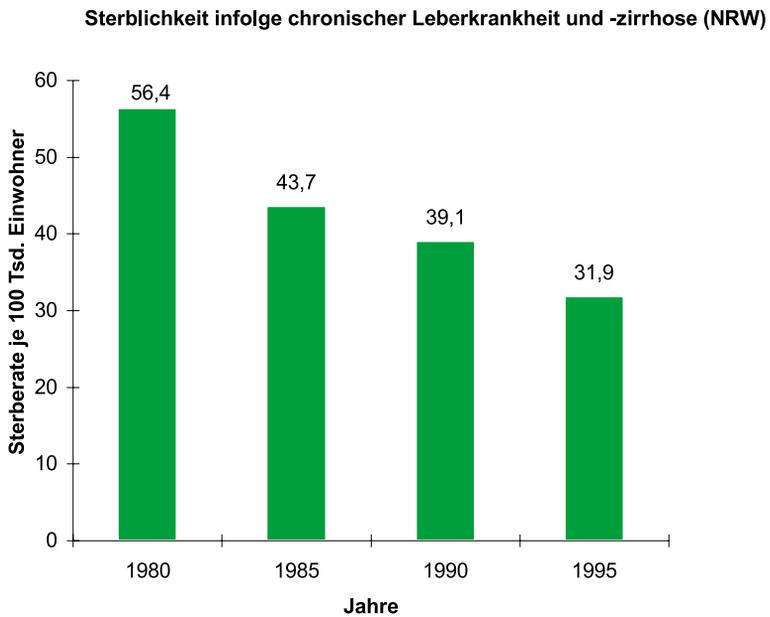
Abbildung 18a: Entwicklung seit 1990



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst,
Indikator 3.9

Im Jahresvergleich zeigt sich ein zwar schwacher jedoch stetiger Abnahmetrend. Dieser wird im Fünf-Jahresvergleich noch deutlicher:

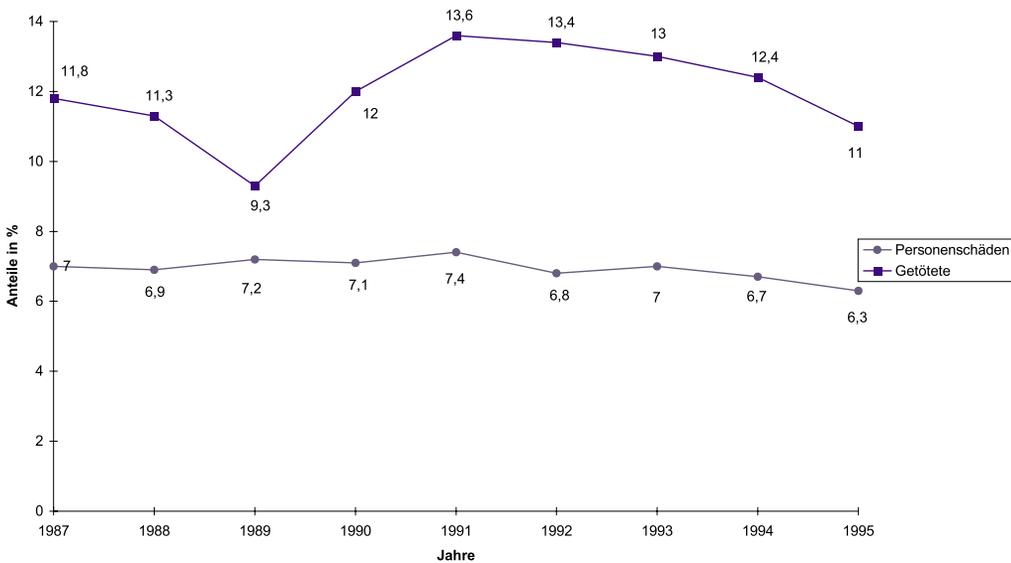
Abbildung 18b: Entwicklung seit 1980



• Alkoholverursachte Straßenverkehrsunfälle

Die Zahl der Verkehrsunfälle mit Personenschaden, in denen Alkohol eine verursachende Rolle gespielt hat, betrug im Jahre 1995 in Nordrhein-Westfalen 4.926. Dies sind 6,3 % aller Verkehrsunfälle mit Personenschaden. 11,0 % der Getöteten kamen bei Alkoholunfällen ums Leben.

Abbildung 19: Alkoholverursachte Straßenverkehrsunfälle im Zeitverlauf (Nordrhein-Westfalen)



• **Folgekosten des Alkoholkonsums**

Die WHO schätzt die Gesamtkosten, die der Gesellschaft durch Alkoholkonsum entstehen, auf rd. 8 Prozent des Bruttonationalproduktes (BSP) und die Erlöse aus Alkoholproduktion in den Ländern, die zu den Großproduzenten und Exporteuren alkoholischer Getränke zu rechnen sind, auf weniger als 2 Prozent des BSP.

Somit wären die finanziellen Verluste, die der Gesellschaft durch den Alkoholmissbrauch entstehen, mindestens dreimal so groß wie die durch Alkoholproduktion und Steuern erzielten Gewinne.

Die deutsche Wirtschaft schätzt die Schäden, die jährlich unter Alkoholeinfluss durch verminderte Arbeitsproduktivität entstehen, auf 17 bis 35 Milliarden Mark.

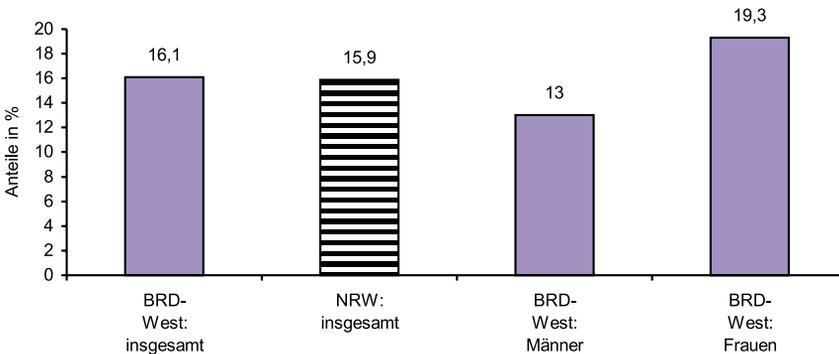
Die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) beziffert die volkswirtschaftlichen Folgekosten des Alkoholkonsums jährlich auf 30 bis 80 Mrd. DM.

X.2.3 Medikamente

Konsumhäufigkeit

Über das Ausmaß der Verbreitung missbräuchlichen Konsums von Medikamenten gibt es fast kaum Daten. Dies hängt mit der Schwierigkeit zusammen, missbräuchlichen Konsum überhaupt zu erheben. Für das Jahr 1995 liegt eine Erhebung zum Medikamentenkonsum bei einer Bevölkerungsgruppe im Alter von 18–59 Jahren vor. In dieser Untersuchung wird 'Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten' definiert als Einnahme mindestens eines Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungs-, Abführmittels oder Appetitzüglers pro Woche. Das Ergebnis ist in Abbildung 20 dargestellt.

Abbildung 20: Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme 1995



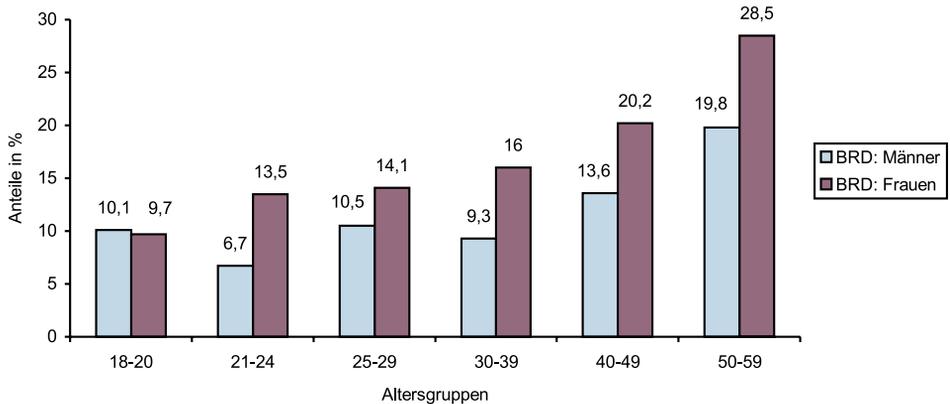
Quelle: Institut für Therapieforschung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

Hiernach nehmen in Nordrhein-Westfalen 15,9 % der 18–59 jährigen Bevölkerung häufig derartige Medikamente. Dieser Anteil entspricht fast genau demjenigen der gesamten Bundesrepublik (West).

Für 1997 lautet die Zahl 15,0 % (Männer 11,4 %, Frauen, 18,6 %).

Eine geschlechtsspezifische Differenzierung liegt für Nordrhein-Westfalen nicht vor. Die entsprechenden Anteile dürften aber mit denen der Bundesrepublik übereinstimmen: Demzufolge ist der Anteil der Frauen mit 19,3 % höher als der der Männer, der 13 % beträgt.

Abbildung 21: Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme 1995:
Geschlechtsspezifischer Vergleich nach Altersgruppen



Quelle: Institut für Therapieforschung (IFT); Repräsentativerhebung 1995

Ein geschlechtsspezifischer Vergleich über die Altersgruppen hinweg zeigt, dass mit zunehmendem Alter die Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme bei beiden Geschlechtern zunimmt. Die geschlechtsspezifische Differenz bleibt dabei über die Altersgruppen hinweg in etwa gleich. Allerdings stimmen in der jüngsten Altersgruppe die Raten überein, so daß hier noch für beide Geschlechter einheitliche Einflüsse der Herkunftsfamilie unterstellt werden können. Hier läge ein präventiver Ansatzpunkt bei einer entsprechenden Beeinflussung von Eltern.

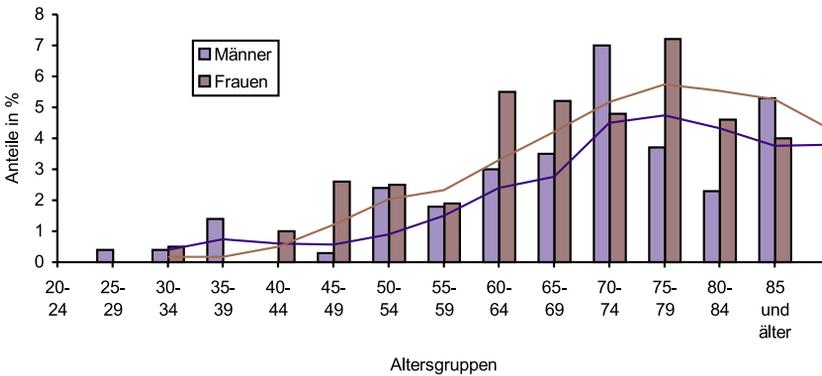
Für 1997 lauten die entsprechenden Zahlen der Abb. 21:

15,1/0,8; 8,6/20,5; 7,0/10,3;

7,9/11,1; 11,4/19,5; 15,9/33,2.

über die Altersgruppen hinweg kann anhand von Daten zur Behandlungs-Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit bestätigt werden. Diese Daten wurden bei einer 5%-Stichprobe aus den Versicherten der AOK Dortmund im Jahre 1988 erhoben. Abbildung 22 gibt das geschlechtsspezifische über Altersgruppen differenzierte Ergebnis wieder.

Abbildung 22: Behandlungs-Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit

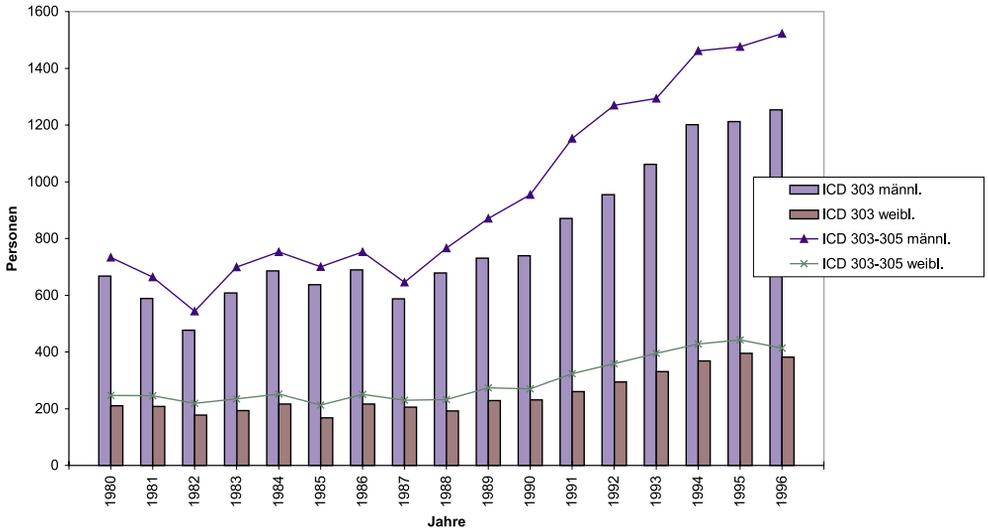


Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Indikator 3.56

Zu beachten ist eine zeitliche Verschiebung zwischen der Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme in einem bestimmten Lebensalter und dem Auftreten der Medikamentenabhängigkeit. So zeigt sich auch – bei diesen ‘härteren’ Daten der Behandlungs-Prävalenz – ein typisches Ansteigen der Raten mit dem Lebensalter.

Dies wird durch Glättung der Abfolge der einzelnen altersgruppenspezifischen Raten durch sog. gleitende Durchschnitte (hier 3. Ordnung) zum Ausdruck gebracht: Die obere Linie gibt den geglätteten Verlauf für die Frauen, die untere Linie den für die Männer an.

Abb. 23: Todesursachenstatistik NRW - Sterblichkeit infolge von Alkoholabhängigkeit (ICD 303) und infolge von Alkohol, Medikamenten und Drogen (ICD 303-305) gesamt- Geschlechtsspezifischer Vergleich



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Indikator 3.68

Für einen geschlechtsspezifischen Vergleich wird noch einmal die ärztliche Todesursachenstatistik NRW, bezogen auf die Gesamtsterblichkeit infolge von Alkohol, Medikamenten und Drogen, herangezogen. Im gesamten zeitlichen Verlauf lässt sich ein Geschlechterverhältnis von 3 : 1 (Männer zu Frauen) erkennen.

X.3 Verzeichnis der einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Richtlinien

X.3.1 Zuständigkeiten und Leistungen von Prävention und Hilfen

Die Zuständigkeit für Maßnahmen der **Prävention, Beratung und Betreuung** bei Suchtgefährdung und Suchterkrankung auf Grund gesetzlicher Regelungen liegt auf örtlicher Ebene in erster Linie bei den unteren Gesundheitsbehörden bzw. Gesundheitsämtern, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe sowie den Trägern der Sozialhilfe und den Schulen.

Auf freiwilliger Basis beteiligen sich in hohem Maße die Wohlfahrtsverbände an den entsprechenden Maßnahmen.

Das **Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst** vom 25. November 1997 (SGV.NW 2120) verpflichtet die untere Gesundheitsbehörde zur Koordination und Gesundheitshilfe für Suchtkranke.

Das **Bundessozialhilfegesetz** in der Fassung der Bekanntmachung vom 29. Juli 1996 (BGBl. I S. 1088) verpflichtet die Gesundheitsämter zur Beratung. Das Gesetz regelt ferner Hilfen durch örtliche bzw. überörtliche Träger der Sozialhilfe. Zur Durchführung der §§ 39/40 und 72 gelten die **Eingliederungsverordnung** vom 1. Februar 1997 (BGBl. I S. 433) und die **Verordnung zur Durchführung des § 72 des Bundessozialhilfegesetzes** vom 9. Juni 1976 (BGBl. I S. 1469).

Das **Kinder- und Jugendhilfegesetz** (SGB VIII) vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 477) verpflichtet die Jugendämter, Kindern und Jugendlichen, die durch Missbrauch oder drohenden Missbrauch von suchtfördernden Substanzen oder durch Suchtverhalten in ihrer Entwicklung gefährdet oder geschädigt sind, die notwendigen Hilfen zu gewähren sowie Prävention und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten.

Das **Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten** vom 2. Dezember 1969 i.d.F. vom 18. Dezember 1984 (SGV.NW. 2128) verpflichtet die Gesundheitsämter zur vorsorgenden und nachsorgenden Hilfe u.a. bei Suchtkrankheiten.

Über die Ausgestaltung der Hilfen bzw. die Formen des Angebots entscheidet der Kreis bzw. bei nicht kreisangehörigen Gemeinden, die kreisfreie Stadt.

Nach **Maßgabe der Richtlinien über die Gewährung und Zuwendungen zur Förderung von Sucht- und Drogenberatungsstellen** vom 28. April 1983 (SMBl. NW. 2128) gewährt das Land besondere Zuwendungen zur Verbesserung der Suchtgefährdeten- und Suchtkrankenhilfe. Ein Anspruch auf Gewährung der Zuwendungen besteht nicht.

(Bei den Beratungsstellen handelt es sich durchgehend um eine Mischfinanzierung. Eine Finanzierungssicherheit ist auf Grund fehlender Rechtsgrundlage nicht gegeben.)

Behandlung und Rehabilitation, soziale und berufliche Eingliederung

Das **Sozialgesetzbuch** regelt Leistungen im Rahmen der Behandlung und Rehabilitation:

- **Erstes** Buch vom 11. Dezember 1975 (BGBl.I S. 3015)
Allgemeine Bestimmungen
- **Fünftes** Buch vom 20. Dezember 1988 (BGBl.I S. 2477)
Krankenversicherung
- **Sechstes** Buch vom 18. Dezember 1989 (BGBl.I S.2261, 1990 S.1337)
Rentenversicherung
- **Achtes** Buch
Kinder- und Jugendhilfe (s.o.)
- **Bundessozialhilfegesetz** (s.o.)

Die Kranken- und Rentenversicherungsträger beteiligen sich pauschal an den Kosten der Sucht- und Drogenberatungsstellen. Sie finanzieren ambulante Rehabilitationsleistungen nach Maßgabe der **„Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht“** vom 29. Januar 1991, zuletzt geändert am 5. November 1996 und in Kraft getreten am 1. Juni 1997.

SGB V und SGB VI ermöglichen eine Förderung der Selbsthilfe Suchtkranker.

Im Rahmen des SGB III wirkt die Arbeitsverwaltung bei der beruflichen Rehabilitation und Eingliederung mit.

Gemäß **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie** vom 17. Dezember 1992 kann Psychotherapie durch Ärzte und im Delegationsverfahren tätige Diplompsychologinnen und -psychologen mit entsprechender Qualifikation grundsätzlich für Suchtkranke in Betracht kommen.

Die ambulante ärztliche Heilbehandlung durch Vertragsärztinnen und -ärzte, z.B. Niedergelassene, kann den Bedürfnissen Suchtkranker vielfach alleine nicht Rechnung tragen. In der Entwicklung befindet sich die Zusatzqualifikation durch die „Fachkunde Sucht“ sowie die Zusammenarbeit mit den Suchtfachdiensten.

Nach den **Richtlinien des Ausschusses der Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien)**, zuletzt geändert am 16. Februar 1994 (Bundesanzeiger vom 24. März 1994) beteiligen sich die Vertragsärztinnen und -ärzte an der Behandlung Drogenabhängiger hinsichtlich somatischer Indikationen. Bestandteil der o.g. Richtlinie ist die **Betäubungsmittelverschreibungsverordnung** (wird z.Z. novelliert).

In der **Methadon-Vereinbarung NRW** vom 1. Januar 1995 werden die Regelungen zur Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit zusammengefasst. Die Vereinbarung endet am 31.12.1998.

X.3.2 Regelungen im Bereich der Repression und des Verkehrs mit Arznei- und Betäubungsmitteln

Das **Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln** vom 28. Juli 1981 i.d.F. vom 4. April 1996 bietet Grundlagen für die Bekämpfung des Betäubungsmittelmissbrauchs aber auch für Opportunitätsentscheidungen zu Gunsten der Maxime „Hilfe vor Strafe“.

Auf die **Vorläufige Richtlinie zur Anwendung des § 31a Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes** vom 13. Mai 1994 sowie den Erlass zur **Beschleunigten Bearbeitung von Vergehen nach § 29 Abs.1, 2 und 4 des Betäubungsmittelgesetzes** vom 13. Mai 1997 (SMBl. NW 20531) wird besonders verwiesen.

Das **Arzneimittelgesetz** i.d.F. vom 25. Februar 1998 (BGBl. I S. 374) regelt den Verkehr mit Arzneimitteln.

Die Zweite Verordnung über den Betrieb von Apotheken vom 26. 9. 1995 (BGBl. I S. 1195) regelt die Abgabeverweigerung bei Medikamentenmissbrauchsverdacht.

Werbeverbote für Tabakerzeugnisse sind im **Lebensmittel- und Bedarfsgegenstände-gesetz** i.d.F. vom 25. November 1994 (BGBl. 1 S. 3538) geregelt.

Das **Gesetz zum Schutze der Jugend in der Öffentlichkeit** vom 25. Februar 1985 (BGBl. I S. 425) dient dem Schutz von Kindern und Jugendlichen vorwiegend im Bereich legaler Substanzen.

Folgende Bestimmungen spezifizieren die Drogenbekämpfung:

- **Gesetz zur Bekämpfung des illegalen Rauschmittelhandels** und anderer Erscheinungsformen der Organisierten Kriminalität vom 15. Juli 1992 (BGBl. I S. 1302),
- **Grundstoffüberwachungsgesetz** vom 7. Oktober 1994 (BGBl. I S. 2835),

- **Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung der Organisierten Kriminalität** vom 4. Mai 1998 (BGBl. I S. 845),
- **Gesetz zur Änderung des Straßenverkehrsgesetzes** vom 28. April 1998 (BGBl. I S. 810)
- **Vertragsgesetz Suchtstoffübereinkommen 1988** vom 22. Juli 1995 (BGBl. I S. 1136) sowie **Suchtstoffübereinkommen von 1961 und 1971**,
- Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis von Betäubungsmitteln i.d.F. der Bekanntmachung vom 20. Januar 1998 (**Betäubungsmittelverschreibungsverordnung**) (BGBl. I S. 74) und vom 23. Juni 1998 (BGBl. I S. 1510),
- **Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung** vom 16. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1425) i.d.F. vom 24. Juni 1994,
- **Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung** vom 23. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1420) i.d.F. vom 25. Juli 1995.

Auf die Anführung der generellen Rechtsbestimmungen (Strafgesetzbuch, Straßenverkehrsgesetz, Polizeigesetz, Schulgesetz u.a.) wird an dieser Stelle verzichtet.

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (s.o.) regelt u.a. die Unterbringung bei problematischem Drogenverhalten.

Das **Gesetz über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt (Maßregelvollzugsgesetz)** vom 18. Dezember 1984 i.d.F. vom 29. April 1992 (SGV.NW.2128) dient u.a. der Behandlung von strafrechtlich zur Maßregel verurteilten Suchtkranken, um diese zu befähigen, ein in die Gemeinschaft integriertes Leben zu führen und die Allgemeinheit vor weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten zu schützen.

In der **Gewerbeordnung** i.d.F. vom 1. Januar 1987 (BGBl. I S. 425) und in der **Verordnung über Spielgeräte und andere Spiele mit Gewinnmöglichkeiten** i.d.F. vom 11. Dezember

1985 (BGBl. 1 S. 2245, zuletzt geändert am 20. Dezember 1993 – BGBl. 1 S. 2254) sowie in der **Freiwilligen selbstbeschränkenden Vereinbarung der Hersteller von Unterhaltungsautomaten mit Geldgewinnen und der Verbände der Unterhaltungsautomatenwirtschaft über die Bauart und über die Aufstellung von Unterhaltungsautomaten mit Geldgewinnen** vom 15. November 1989 (mit Zusatz vom 1. Oktober 1990) – Bundesdrucksache 11/6224 sind Bestimmungen zu Beschränkungen im Glücksspielbereich enthalten.

Der **Runderlass Bekämpfung des Drogenmissbrauchs in Gaststätten und anderen Betrieben** vom 23. Februar 1990 (MBL.NW. S. 380) nimmt Gastwirte gemäß verwaltungsgerechtlicher Rechtsprechung in die Pflicht, zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs mit der Polizei zusammenzuarbeiten.

X.3.3 Weiter gehende Zuständigkeiten

Auf die **standesrechtlichen Verpflichtungen** für Ärztinnen und Ärzte und Apothekerinnen und Apotheker auf Grund der Berufsordnungen sowie auch auf das **Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens** wird global verwiesen. Auch hier liegen Anknüpfungspunkte einer gemeinschaftlich getragenen Suchtpolitik.

X.3.4 Übergreifende Verwaltungsvorschriften

Die unterschiedlichen Säulen **verbindende Verwaltungsvorschriften** sind

- der Gemeinsame Runderlass **„Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs“** vom 15. Januar 1973 (SMBl. NW. 2128)
- der Runderlass **„Gesundheitserziehung in der Schule; Bekämpfung des Alkohol- und Nikotinmissbrauchs“** vom 20. September 1977 (GABl. NW. S. 485)

Die Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Impressum

Herausgeber:

Ministerium für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit des Landes
Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

Umschlaggestaltung:

Lüdicke & Partner, Meerbusch

Druck:

W&S Druck, Köln

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung des Herausgebers.

Düsseldorf, Februar 1999

Ärzte Zeitung, 27.04.2011 15:50

Die unbekannte Größe: Medikamentensucht

BERLIN (af). Große Mengen verordnungspflichtiger Arzneimittel werden nicht wegen akuter Gesundheitsprobleme, sondern langfristig zur Vermeidung von Entzugerscheinungen verordnet. Diese Einschätzung vertritt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) in ihrem Jahrbuch 2011.

Demnach besitzen vier bis fünf Prozent aller verordneten Arzneimittel ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Gemeint sind vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel mit Wirkstoffen aus der Familie der Benzodiazepine, aber auch manche Schmerzmittel.

Nach Angaben der DHS sind bis zu 1,9 Millionen Menschen in Deutschland medikamentenabhängig. Die DHS ist ein selbstständiger Verein, der als Dachverband für 26 mit der Suchtbekämpfung befassten Organisationen fungiert. Das Gesundheitsministerium beteiligt sich an der Finanzierung der DHS.

Nach Angaben von IMS Health verkauften die Arzneimittelhersteller im Jahr 2009 in Deutschland insgesamt 28,1 Millionen Packungen Schlaf- und Beruhigungsmittel. Das waren zwei Prozent weniger als noch 2008. Damit setzten sie 119 Millionen Euro um. Die Apotheken wiederum kamen damit auf einen Umsatz von 200 Millionen Euro.

Die klassischen Benzodiazepine gingen 10,5 Millionen Mal über den Ladentisch. Das waren vier Prozent weniger als 2008. Auch damit setzten die Apotheker 200 Millionen Euro um.

Wissenschaftler wie der Bremer Gesundheitsökonom Gerd Glaeske gehen davon aus, dass mehr als eine Million Menschen in Deutschland von Benzodiazepinderivaten abhängig sind.

Allerdings halten Glaeske und seine Kollegen die Schätzungen aufgrund der Verordnungsdaten der Kassen für unscharf. Mehr und mehr abhängigkeitsinduzierende Mittel würden auch für gesetzlich Versicherte auf Privatrezept verordnet, da Ärzte damit der Verordnungstransparenz und möglichen Auffälligkeitsprüfungen entgehen wollten. Das Jahrbuch Sucht kommt zu dem Schluss: "Das Verordnungsgeschehen ist nicht mehr transparent."

Die DHS fordert daher Studien, an denen Ärzte und Apotheker teilnehmen sollten, um dieses Suchtproblem sichtbar zu machen.

Um das Risiko von Missbrauch und Abhängigkeit zu verringern, empfehlen Leitlinien zum Beispiel der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Benzodiazepine nur in niedrigen Dosen und höchstens über vier Wochen zu verordnen.

Copyright © 1997-2010 by Ärzte Zeitung Verlags-GmbH



Arzneiverordnung in der Praxis

THERAPIEMPFEHLUNGEN DER ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT 2. AUFLAGE 2003

ANGST- und ZWANGS- STÖRUNGEN



ARZNEIMITTELKOMMISSION
DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT

Evidenz in der Medizin

Die Wirksamkeit eines Arzneimittels bzw. einer therapeutischen Maßnahme kann nur dann als nachgewiesen gelten, wenn hierzu Belege, d. h. eine ausreichende »Evidenz«, aus validen klinischen Prüfungen vorliegen.

In der Wertigkeit haben Nachweise zum Erreichen bedeutender therapeutischer Ziele wie Reduktion von Morbidität und Letalität Vorrang vor Nachweisen der Beeinflussung von Surrogatparametern wie z. B. Senkung von LDL-Cholesterin oder Blutdruck. Der Wirksamkeitsnachweis sollte wichtigste Grundlage für eine therapeutische Entscheidung sein.

Die Therapieempfehlungen versuchen daher, insbesondere mit den »**Kategorien zur Evidenz**« trans-

parent zu machen, für welchen Wirkstoff und für welche Indikation eine Wirksamkeit belegt ist. Ergebnisse klinischer Studien können aber nur eine Grundlage der ärztlichen Therapieentscheidung sein, bei der eine Vielzahl individueller Gegebenheiten des einzelnen Patienten berücksichtigt werden muss. Hinzu kommt, dass es nicht für alle therapeutischen Maßnahmen Belege zur Wirksamkeit gibt bzw. geben kann. Auch für diese Situation finden sich in den Therapieempfehlungen Hinweise. Letztlich ist der Arzt hier gefordert, auf der Basis bislang vorliegender Kenntnisse und Erfahrungen das für den Patienten Richtige zu tun.

Kategorien zur Evidenz



Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie) bzw. durch eine oder mehrere valide Metaanalysen oder systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Positive Aussage gut belegt.



Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch zumindest eine adäquate, valide klinische Studie (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie). Positive Aussage belegt.



Negative Aussage (z. B. zu Wirksamkeit oder Risiko) wird gestützt durch eine oder mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie), durch eine oder mehrere Metaanalysen bzw. systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Negative Aussage gut belegt.



Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder schädigende Wirkung belegen. Dies kann begründet sein durch das Fehlen adäquater Studien, aber auch durch das Vorliegen mehrerer, aber widersprüchlicher Studienergebnisse.

Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen

2. Auflage

Inhaltlich abgestimmt mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Arzneiverordnung in der Praxis, Band 30
Sonderheft 4 (Therapieempfehlungen), Oktober 2003

VORWORT 4

GRUNDLAGEN 5

Vorbemerkungen zur Pathophysiologie 5

Definition und Klassifikation 5

Diagnostik 6

THERAPIE 8

Indikationsstellung zur Therapie 8

Therapieziel 8

Nichtmedikamentöse Therapie 8

Pharmakotherapie 8

LITERATUR 16

ANHANG 19

Kurzgefasster Leitlinien-Report zur Methodik 19

Angsterkrankungen sind in der hausärztlichen Praxis häufig (1) und neigen zu einem chronisch persistierenden Verlauf (2). Für den Hausarzt ist es daher wichtig, entsprechende körperliche oder psychische Symptome als möglichen Ausdruck einer Angsterkrankung zu erkennen. Die hier vorliegende aktualisierte Therapieempfehlung nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien gibt dazu Hinweise und versucht, insbesondere anhand ihrer Kategorisierung zur »Evidenz« aufzuzeigen, für welche Arzneistoffe die Wirksamkeit in der Therapie von Angststörungen durch klinische Studien hinreichend gesichert ist. Besonderes Anliegen dieser Leitlinie ist es, gerade dem nicht-psychiatrisch ausgebildeten Arzt eine wissenschaftlich begründete und praxisnahe Orientierung zur Pharmakotherapie zu geben. Obwohl der Hausarzt als erster Ansprechpartner und Kenner des sozialen Umfeldes für die Behandlung von Patienten mit Angststörungen prädestiniert ist, können differenzialdiagnostische Probleme, die exakte Klassifizierung der Angststörung oder auch Fragen nach der individuell besten therapeutischen Strategie berechtigter Anlass sein, die Kooperation mit dem jeweiligen Spezialisten zu suchen. Diese Empfehlungen repräsentieren den Konsens der jeweiligen Fachmitglieder, der allgemeinmedizinischen Kommissionsmitglieder und des Vorstandes der Arzneimittelkommission.

Prof. Dr. med. R. Lasek

Prof. Dr. med. B. Müller-Oerlinghausen (Vorsitzender)

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

- 1 Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O: Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt* 1996; 67: 205-215.
- 2 Wittchen H-U: Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen: Wie häufig sind Spontanremissionen? *Verhaltenstherapie* 1991; 1: 273-282.

Vorbemerkungen zur Pathophysiologie

Angst- und Zwangsstörungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. Es werden folgende Lebenszeitprävalenzen angegeben: Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie 8,8 %, generalisierte Angststörung 5,1 %, soziale Phobie 13,3 %, spezifische Phobie 11,3 %, Zwangsstörung 2,5 %^{1,2}.

Angst- und Zwangsstörungen nehmen einen chronischen Verlauf. Der Beginn der Erkrankung liegt bei der Panikstörung, generalisierten Angststörung und bei der Erwachsenenform der Zwangsstörung im 2. Lebensjahrzehnt, bei der sozialen und spezifischen Phobie im Adoleszentenalter. Nach dem 4. Lebensjahrzehnt kommt es in der Regel zu einer Abnahme der Symptomatik.

Eine multifaktorielle Genese der Angst- und Zwangserkrankungen wird angenommen. Es erscheint wahrscheinlich, dass Angst- und Zwangserkrankungen dann entstehen, wenn eine Vulnerabilität im Sinne einer erhöhten Angstbereitschaft besteht und äußere Faktoren hinzukommen. Zu diesen äußeren Einflüssen können traumatische Kindheitserfahrungen, Erziehungsstile, belastende Lebensereignisse (wie z. B. eine Ehescheidung), Modelllernen, Fehlconditionierungen (im Sinne der Verhaltenstheorie) und andere gehören. Für die Vulnerabilität können genetische Faktoren bestimmend sein, die sich in neurobiologischen Veränderungen des Zentralnervensystems äußern. Zu den neurobiologischen Veränderungen, die bei Angst- und Zwangspatienten gefunden wurden, gehören u. a. Dysfunktionen der Serotonin- oder Noradrenalin-Neurotransmission. Bei

Zwangserkrankungen wurden auch neuroanatomische Veränderungen gefunden, die eine Dysfunktion im limbischen System, im frontalen Cortex und in den Basalganglien nahelegen.

Definition und Klassifikation

Während für die Angststörungen früher eine Vielzahl von uneinheitlichen Begriffen wie »Angstneurose«, »Herzphobie«, »vegetative Dysfunktion« o. a. verwendet wurde, liegen nach der Einführung der modernen Klassifikationsschemata DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders³) und ICD-10 (International Classification of Diseases⁴; Tabelle 1) jetzt Kriterien vor, die präzisere Diagnosen und die Zuordnung geeigneter Therapieverfahren zu den einzelnen Krankheitsbildern ermöglichen.

Tabelle 1: Einteilung (nach ICD-10⁴) und Kriterien von Angststörungen (s. a. Abschnitt Diagnostik)

Angststörung	ICD-10
Phobische Störungen	F40
Agoraphobie	<i>ohne Panikstörung</i> F40.0 <i>mit Panikstörung</i> F40.01
Furcht vor oder Vermeiden von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, Reisen allein oder mit weiter Entfernung von Zuhause	
Sozialphobie	F40.1
Furcht vor oder Vermeiden von sozialen Situationen, bei denen die Gefahr besteht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen (Reden in der Öffentlichkeit, Konferenzen, Parties, Essen vor anderen)	
Spezifische (isolierte) Phobie	F40.2
Furcht vor oder Vermeiden von speziellen Situationen oder Objekten, wie z. B. Höhe, Fliegen, Donner, Anblick von Blut, Tieren wie z. B. Spinnen, Insekten, Katzen	
Andere Angststörungen	F41
Panikstörung (episodische paroxysmale Angst)	F41.0
nicht auf spezifische Situationen begrenzte, anfallartig auftretende Angstattacken mit psychischen und körperlichen Symptomen (s. Diagnostik)	
Generalisierte Angststörung	F41.1
über mindestens 6 Monate anhaltende, nicht auf spezifische Situationen begrenzte Angst mit psychischen und körperlichen Symptomen (s. Diagnostik)	
Angst und depressive Störung gemischt	F41.2
gleichzeitiges Bestehen leichterer Angst- und depressiver Symptome, begleitet von vegetativen Beschwerden	
Zwangsstörung	F42
Patienten leiden an den meisten Tagen und mindestens zwei Wochen lang an Zwangsgedanken und Grübelzwang und/oder Zwangshandlungen (Zwangsritualen).	

Diagnostik

Am Anfang der Diagnostik steht das ärztliche Gespräch. Die von Angstpatienten geschilderten körperlichen Ausdrucksformen der Angst, wie zum Beispiel Herzrasen, Engegefühl in der Brust, Luftnot, Schwindel, Parästhesien u. a., machen es notwendig, dass zunächst organische Krankheitsbilder (z. B. eine koronare Herzkrankheit) ausgeschlossen werden, bevor die Diagnose einer Angsterkrankung gestellt werden kann (s. a. Abbildung 1). Bei der Differenzialdiagnostik der Angst- und Zwangsstörungen ist zu beachten, dass diese auch gleichzeitig mit anderen psychischen Erkrankungen bestehen können (Komorbidität). Eine Übersicht zur Differenzialdiagnostik der Angststörungen findet sich in Tabelle 2.

Die wichtigsten Symptome und Kriterien zur Diagnostik und Differenzialdiagnostik der einzelnen Angst- und Zwangsstörungen sind im Folgenden aufgeführt.

Panikstörung (episodische paroxysmale Angst)

Patienten mit einer Panikstörung leiden unter plötzlich auftretenden Angstanfällen mit den folgenden Symptomen:

- Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßiger Herzschlag
- Schwitzen
- Zittern oder Beben
- Mundtrockenheit
- Atemnot
- Erstickungsgefühl, Enge im Hals
- Schmerzen, Druck oder Enge in der Brust
- Übelkeit oder Bauchbeschwerden
- Schwindel-, Unsicherheits-, Ohnmachts- oder Benommenheitsgefühle
- Gefühl, dass Dinge unwirklich sind (wie im Traum) oder dass man selbst »nicht richtig da« ist
- Angst, die Kontrolle zu verlieren, »wahnsinnig zu werden« oder ohnmächtig zu werden
- Angst zu sterben
- Hitzewallungen oder Kälteschauer
- Taubheits- oder Kribbelgefühle

Diese Panikattacken treten plötzlich auf und nehmen während ca. 10 Minuten

an Stärke zu. Auch die früher als »Hyperventilation« oder »Herzneurose« bezeichneten Fälle fallen unter diese Kategorie. Meist befürchten die Patienten das Vorliegen einer organischen Krankheit.

Differenzialdiagnose: Auch im Rahmen einer **ängstlich-agitierten Depression** können Panikattacken auftreten. In der Anamnese müssen daher die typischen Symptome einer Depression (wie z. B. depressive Stimmung, Interessenverlust, Schuldgefühle, Suizidgedanken u. a.) erfragt werden. Panikattacken können auch bei der **Sozialphobie** auftreten (s. u.). Zum komplexen Symptombild einer **emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (»Borderline-Störung«)** gehören ebenfalls Angstanfälle und Phobien. Die psychotische Angst **schizophrener** Patienten lässt sich meist leicht abgrenzen.

Agoraphobie

Die Panikattacken können aus heiterem Himmel auftreten – in der Mehrzahl der Fälle ist jedoch die Panikstörung mit einer Agoraphobie verbunden. Bei der Panikstörung mit Agoraphobie tritt zu den beschriebenen Panikattacken die Angst vor Orten hinzu, an denen im Falle des Auftretens einer Panikattacke

eine Flucht schwer möglich wäre oder peinliches Aufsehen erregen würde. Am häufigsten treten Angstanfälle in Menschenmengen, öffentlichen Verkehrsmitteln oder in engen Räumen (z. B. Fahrstühlen) auf. Angst vor dem Alleinsein ist ebenfalls häufig. Die Anwesenheit von Begleitpersonen reduziert die Angst. Das Vermeiden der angstauslösenden Situationen führt nicht selten zu erheblichen Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit und Lebensqualität.

Sozialphobie (soziale Angststörung)

Die Patienten haben vor Situationen Angst, in denen sie meinen, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen. Beispielsweise haben sie Angst vor dem Sprechen in der Öffentlichkeit, vor Vorgesetzten, Behördengängen oder vor Kontakten mit dem anderen Geschlecht. Dabei befürchten sie, sich peinlich oder ungeschickt zu verhalten oder negativ bewertet zu werden. Soziale Situationen werden vermieden.

Die Übergänge von der Schüchternheit zur behandlungsbedürftigen Sozialphobie sind fließend. Vom individuellen Leidensdruck muss abhängig gemacht werden, ob die Störung Krankheitswert hat.

Tabelle 2: Differenzialdiagnostisch bedeutsame Erkrankungen

Psychiatrische Erkrankungen

- affektive Störungen (z. B. Depression)
- Anpassungsstörungen (z. B. posttraumatische Belastungsstörung)
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung (»Borderline-Störung«)
- Psychosen (z. B. Schizophrenie)
- organisch bedingte psychische Störungen (z. B. Alzheimer-Demenz)

Alkoholentzug

Störungen durch Substanzmissbrauch

(z. B. Ecstasy, Cannabis, LSD, Amphetamine)

Entzugssyndrome

(z. B. Opiat-, Benzodiazepinentzug)

Neurologische Erkrankungen

(z. B. Migräne, Multiple Sklerose, Epilepsie)

Internistische Erkrankungen

(z. B. koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Lungenembolie, Hypoglykämie, Hyperthyreose)

Differenzialdiagnose: Die Abgrenzung zur **ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung** kann schwierig sein.

Patienten mit Sozialphobie berichten auch über Panikattacken, die aber nicht aus heiterem Himmel auftreten, wie bei der **Panikstörung**, sondern in den typischen sozialen Situationen. Patienten mit **Agoraphobie** haben auch Angst in Menschenansammlungen; das gilt aber für größere, anonyme Menschenmengen. Patienten mit Sozialphobie meiden solche Situationen nicht, haben dagegen aber in kleineren, überschaubaren Menschengruppen Angst, z. B. auch bei Verwandten oder Arbeitskollegen. Wenn ein Patient angibt, Außenkontakte zu meiden, muss das Vorliegen einer **Depression** ausgeschlossen werden. Bei der Sozialphobie wird die kritische Bewertung durch andere Menschen befürchtet; bei der Depression ist aber der Verlust der Freude der Grund für die Meidung von Begegnungen mit Bekannten. Wenn ein Patient berichtet, dass er Angst davor hat, beobachtet zu werden, muss außerdem das Vorliegen einer **Psychose** ausgeschlossen werden.

Spezifische (isolierte) Phobie

Hierbei beschränkt sich die Phobie auf bestimmte Objekte und Situationen (Tabelle 1).

Generalisierte Angststörung

Die Patienten leiden ebenfalls unter den körperlichen Ausdrucksformen der Angst (Zittern, Herzrasen, Schwindel, Übelkeit, Muskelverspannungen usw.) sowie unter Konzentrationsstörungen, Nervosität, Schlafstörungen und anderen psychischen Symptomen. In der Regel können die Patienten nicht angeben, wovor sie eigentlich Angst haben. Die Patienten werden oft durch eine ständige Furcht und Sorgen gequält, dass ihnen oder ihren Verwandten Unfälle zustoßen oder sie erkranken könnten.

Differenzialdiagnose: Im Gegensatz zur **Panikstörung** treten die Symptome allerdings nicht gleichzeitig in Form eines Anfalls, sondern in wechselnder Kombination als unterschwelliger Dauerzustand auf. Die generalisierte

Angststörung lässt sich manchmal schwer von einer **Depression** unterscheiden, da Symptome wie Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen u. a. bei beiden Erkrankungen vorkommen.

Angst und depressive Störung gemischt

Dieses Krankheitsbild wird in der Allgemeinarztpraxis häufig angetroffen. Dabei sind depressive und Angstsymptome gleichzeitig vorhanden, ohne dass allerdings die Symptomatik ausgeprägt genug ist, um für die Diagnose einer Depression oder Angststörung auszureichen.

Zwangsstörung

Der Patient leidet unter Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen. **Zwangsgedanken** sind sich ständig wiederholende, als unerträglich und sinnlos empfundene Gedanken, die man zu ignorieren oder zu unterdrücken versucht: eine Mutter, die ihr Kind über alles liebt, wird von dem Gedanken gequält, das Kind in der Wiege zu erwürgen (solche Gedanken werden allerdings nie in die Tat umgesetzt). Beispiele für **Zwangshandlungen** sind sich z. B. mehr als 50-mal am Tag die Hände zu waschen (Waschzwang), Bleistifte der Länge nach penibel zu ordnen (Ordnungszwang), Lichtschalter und Herdplatten z. B. 5-mal zu kontrollieren (Kontrollzwang). Diese Zwangshandlungen sind nicht selten so zeitraubend, dass sie zu erheblichen beruflichen Schwierigkeiten führen. Auch körperliche Beeinträchtigungen sind möglich (z. B. wenn die Hände mit einer Bürste bis zur blutigen Hautabschürfung gerieben werden). Wenn der Patient willentlich versucht, von der Zwangshandlung Abstand zu nehmen, leidet er unter unerträglichen Ekel- oder Angstgefühlen (»Das Symptom reduziert Angst«).

Differenzialdiagnose: Zwangssymptome können im Rahmen einer **anankastischen Depression** auftreten. Besonders wenn die Zwangssymptome bizarr erscheinen, ist an das Vorliegen einer **Psychose** zu denken.

Die vorliegenden Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission sind schwerpunktmäßig auf die Pharmakotherapie der Angst- und Zwangserkrankungen konzentriert. Da jedoch psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen bei diesen Erkrankungen eine bedeutsame Rolle einnehmen, wird auch auf diese Therapieoption eingegangen. Eine detaillierte Darstellung von Psychotherapiemaßnahmen kann jedoch im Rahmen dieser Empfehlungen nicht geleistet werden. Der Leser sei auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen.

Indikationsstellung zur Therapie

Die jeweilige Indikationsstellung für psycho- und pharmakotherapeutische Maßnahmen muss für die einzelnen Angst- und Zwangserkrankungen unterschiedlich gewichtet werden und hängt vom objektiven Ausmaß der Symptome und den psychosozialen Konsequenzen (wie Einschränkung der Handlungs- und Bewegungsfreiheit, familiäre Probleme, sozialer Rückzug, Alkoholmissbrauch oder sekundäre Depressionen) ab.

Therapieziel

Ziel der Behandlung ist es, die wiederkehrenden, zermürenden Angstzustände oder Zwangssymptome zu reduzieren und die Einschränkung der Bewegungsfähigkeit zu bessern. Nicht selten kann durch eine geeignete Behandlung eine dauerhafte Angstfreiheit erreicht werden.

Nichtmedikamentöse Therapie

Patienten mit Angststörungen brauchen in jedem Fall ausführliche stützende **Gespräche und emotionale Zuwendung**. Mit der einfachen Mitteilung, dass es sich bei der Störung nicht um eine organische, sondern um eine seelische Krankheit handelt, lässt sich der Patient meist nicht nachhaltig beruhigen. Deswegen ist eine genaue Aufklärung über die zugrundeliegenden physiologischen Mechanismen wichtig. Bei Patienten mit Angsterkrankungen

empfiehlt sich eine **psychotherapeutische Behandlung**.

Psychotherapie und medikamentöse Behandlung müssen bei der Behandlung der Angst- und Zwangsstörungen als gleichberechtigt angesehen werden. Die Ansicht, dass Psychotherapie und Medikamente nicht gleichzeitig angewendet werden sollten, kann nicht mehr aufrechterhalten werden. In letzter Zeit setzte sich deswegen eine pragmatische Vorgehensweise durch, bei der – individuell auf den Patienten abgestimmt – Psycho- und Pharmakotherapie nebeneinander durchgeführt werden.

Nach den vorliegenden kontrollierten, randomisierten Vergleichsuntersuchungen sind Psychotherapie und Pharmakotherapie bei den Angst- und Zwangsstörungen ähnlich wirksam. Bei der Panikstörung, die am besten untersucht ist, scheint eine Kombination beider Maßnahmen am besten wirksam zu sein. Bei der sozialen Angststörung, der generalisierten Angststörung und bei der Zwangsstörung ist die Datenlage zur Kombinationstherapie noch nicht ausreichend, obwohl die vorliegenden Studien eher für eine Kombination sprechen^{5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12} (vgl. auch entsprechende Übersichtsarbeiten^{13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20}). Hinweise auf eine Verschlechterung der Verhaltenstherapie durch eine Medikamentengabe gibt es nicht.

Die vermutete dauerhaftere Wirkung der Verhaltenstherapie im Vergleich zu der medikamentösen Therapie konnte noch nicht ausreichend durch die vorliegenden, kontrollierten Follow-up-Untersuchungen über 1-2 Jahre nachgewiesen werden^{17, 18, 19, 21}. In einigen Studien fand sich am Ende der Follow-up-Periode kein Unterschied zwischen medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung. Hier sind allerdings Spontanheilungseffekte und die z. T. zu niedrige Teststärke der Studien zu berücksichtigen.

Bei den Zwangsstörungen muss nach Absetzen der Medikation mit einer erheblichen Rückfallrate gerechnet werden – so z. B. kam es in einer Studie bei 16 von 18 Patienten zu einem Rückfall²²). Nach naturalistischen Katamneseuntersuchungen über viele Jahre scheinen die Rückfallraten nach einer Verhaltens-

therapie deutlich geringer zu sein (ca. 50 %²³).

Die Anwendung von **verhaltens-therapeutischen Verfahren** bei den Angst- und Zwangsstörungen ist durch kontrollierte Untersuchungen gut belegt. So ist zum Beispiel eine **Expositionstherapie** (wie z. B. »Flooding« – Reizüberflutungstherapie) bei spezifischer Phobie, Agoraphobie, Sozialphobie oder Zwangsstörung sehr wirksam^{24, 25}. Hierbei wird der Patient »in vivo« mit den angstauslösenden Situationen konfrontiert (z. B. Fahrstuhlfahren bei Agoraphobie, Anfassen schmutziger Gegenstände bei Zwangsstörung).

Auch für die **kognitive Verhaltenstherapie** existieren zahlreiche Wirksamkeitsnachweise^{25, 26, 27, 28}.

In der Praxis werden häufig **psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch** orientierte Verfahren angewendet. Zum Wirkungsnachweis existieren meist nur Einzelfallberichte, aber kaum kontrollierte Studien²⁹.

Für Methoden wie **autogenes Training, Hypnose** und **Biofeedback** fehlen die Belege der Wirksamkeit.

Auch bei einer psychotherapeutischen Behandlung kann es zu unzureichendem Therapieerfolg, Rezidiven oder sogar Verschlechterungen kommen.

Pharmakotherapie

I. Allgemeines

Die medikamentöse Behandlung darf nicht Ersatz für das **ärztliche Gespräch** sein. Vor Beginn der Behandlung sollte der Arzt den Patienten genau über die Entstehung der körperlichen Ausdrucksformen der Angst aufklären. Patienten mit Angsterkrankungen sind nicht selten gegenüber einer Behandlung mit Medikamenten skeptisch eingestellt. Sie befürchten mögliche Nebenwirkungen oder eine Abhängigkeitsentwicklung – auch bei Medikamenten ohne Suchtpotenzial.

Die Therapie von Angsterkrankungen unterliegt einem ausgeprägten **Placeboeffekt** (dieser Placeboeffekt ist bei Zwangsstörungen geringer ausgeprägt). Es wird dennoch nicht empfohlen, Arzneimittel oder Präparate zu verordnen, deren Wirkung nicht über die Placebowirkung hinausgeht, da dieser Effekt oft

Tabelle 3: Wichtige unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Wechselwirkungen und Kontraindikationen von Wirkstoffen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen

	Wichtige unerwünschte Wirkungen	Wichtige Kontraindikationen bzw. Anwendungsbeschränkungen	Wichtige Wechselwirkungen
Antidepressiva NSMRI* z. B. Imipramin, Clomipramin SSRI z. B. Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin SSNRI Venlafaxin	Anticholinerge Wirkungen (Mundtrockenheit, Sehstörungen, Harnverhaltung, Verstopfung, Verwirrtheit, Delir, Tremor), Gewichtszunahme, EKG-Veränderungen, Sexualstörungen, zerebrale Krampfanfälle, u. a. Übelkeit, Erbrechen, Unruhe oder Angst in den ersten Behandlungstagen, Kopfschmerzen, Gewichtsabnahme, gestörte Sexualfunktion u. a.	AV-Leitungsstörungen II. und III. Grades, Schenkelblöcke, Tachyarrhythmien sowie QT-Zeit-Verlängerungen, Leber- und Nierenschäden, benigne Prostatahyperplasie (BPH), Epilepsie, Intoxikationen mit ZNS-dämpfenden Substanzen u. a. Schwere Nierenfunktionsstörungen, Leberfunktionsstörungen, Epilepsie, Diabetes mellitus, Herz- oder Ateminsuffizienz, Intoxikationen mit ZNS-dämpfenden Substanzen u. a.	<i>Chinidinähnliche Antiarrhythmika, anticholinerg wirkende Arzneimittel, enzyminduzierende Substanzen</i> (z. B. Carbamazepin, Pheno-barbital), <i>Antihypertonika</i> u. a. <i>ZNS-dämpfende Psychopharmaka, trizyklische Antidepressiva, Tryptophan, Diazepam, Lithium, Digoxin, Warfarin</i> u. a. <i>Irreversible MAO-Inhibitoren</i> 2 Wochen vor der Behandlung absetzen; nach einer SSRI-Behandlung <i>irreversiblen MAO-Inhibitor</i> frühestens nach 1-5 Wochen (je nach Präparat) einsetzen Klinische Erfahrungen begrenzt. <i>MAO-Hemmer</i> : potenziell bedrohliche Wechselw. möglich. Haloperidol: erhöhte Blutspiegel möglich; Clozapin: Blutspiegel erhöht, führt zu Nebenw. (z. B. Krampfanfälle). Risperidon: Bioverfügbarkeit erhöht, Warfarin: Zunahme der Blutgerinnungszeit. Cimetidin: Wirkungsverstärkung bzw. -verlängerung möglich
MAO-Hemmer reversibler MAO-A-Inhibitor Moclobemid	Unruhe, Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Sedierung, Schwindel, gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit u. a.	Schwere Lebererkrankungen u. a.	Pethidin, Dextromethorphan, Selegilin, <i>SSRI</i> , Clomipramin, Cimetidin, <i>Sympathikomimetika</i> u. a.
Benzodiazepine mittlere Wirkdauer: Alprazolam, Lorazepam, Bromazepam, Oxazepam lange Wirkdauer: Chlordiazepoxid, Clobazam, Diazepam, Dikaliumclorazepat, Nordazepam, Prazepam	Sedierung, Schwindel, Reaktionsverminderung mit Unfallgefahr, Gedächtnis-, Sprachstörungen, Ataxie, Muskelschwäche, Atemdepression, Suchtentwicklung, paradoxe Reaktionen bei hirnorganischer Vorschädigung u. a.	Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, Myasthenia gravis, akutes Engwinkelglaukom u. a.	<i>ZNS-dämpfende Psychopharmaka, Muskelrelaxanzien, Cimetidin, Antihypertensiva</i> u. a.
5-HT_{1A}-Agonist Bupirion	Benommenheit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Nervosität, Schwindelgefühl, Erregung u. a.	Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, akutes Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis u. a.	<i>MAO-Inhibitoren</i> . Keine ausreichenden Erfahrungen zur gleichzeitigen Einnahme mit anderen ZNS-wirksamen Medikamenten, <i>Antihypertensiva, Antidiabetika, Antikoagulanzen, Kontrazeptiva, Herzglykoside</i> u. a.
Antihistaminikum Hydroxyzin	Müdigkeit, Schläfrigkeit, Schwindel, Benommenheit, Reaktionszeitverlängerung, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, vegetative Symptome, Allergie, cholestatischer Ikterus, Blutbildveränderungen u. a.	Überempfindlichkeit, Engwinkelglaukom, benigne Prostatahyperplasie (BPH), akute Intoxikationen	<i>MAO-Hemmer, ZNS-dämpfende Pharmaka, Phenytoin, Anticholinergika, Guanabenz, Clonidin, Alpha-Methyldopa</i>

* Nach einer traditionellen Nomenklatur, die auf die chemische Struktur statt auf den Wirkungsmechanismus abzielt, werden NSMRI auch »Trizyklika« genannt.

nicht dauerhaft anhält und dadurch außerdem dem Patienten die Behandlung mit einem wirksamen Arzneimittel vorenthalten wird. Die vertragsärztliche Verordnung von Präparaten, deren Wirkung nicht durch kontrollierte Studien nachgewiesen ist, kann zudem erhebliche Kosten für Gesundheitssystem und Gesellschaft verursachen^{30, 31}.

Bei chronisch verlaufenden oder therapieresistenten Fällen, bei Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, Komedikation mit Psychopharmaka oder anderen Medikamenten, sekundärer Suchtproblematik und bei ausgeprägter Depression und Suizidalität ist es empfehlenswert, eine zweite Meinung von einem in der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen erfahrenen Kollegen einzuholen.

Dauer der Behandlung

Angst- und Zwangsstörungen nehmen einen chronischen Verlauf. Phasen mit stark ausgeprägter Symptomatik können sich mit symptomarmen bzw. -freien Intervallen abwechseln. Spontanbesserungen sind möglich. In der Regel sollte die Pharmakotherapie über **12 Monate**, manchmal auch länger, durchgeführt werden.

II. Wirkstoffe

Den Vorschlägen zur Therapie der einzelnen Angst- und Zwangsstörungen sei die Beschreibung der bei diesen Erkrankungen angewendeten Arzneistoffe mit ihren wichtigsten unerwünschten Wirkungen, Kontraindikationen, Anwendungsbeschränkungen und Wechselwirkungen (s. Tabelle 3) beigelegt.

Antidepressiva

Die Literaturbelege zu den einzelnen Störungsbildern finden sich im Kapitel »Spezielle Therapievorschläge für die einzelnen Angst- und Zwangsstörungen« (s. u.).

Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren, NSMRI* (trizyklische Antidepressiva)

Die Behandlung von Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung) und Zwangs-

* Nach einer traditionellen Nomenklatur, die auf die chemische Struktur statt auf den Wirkungsmechanismus abzielt, werden NSMRI auch »Trizyklika« genannt.

störungen mit NSMRI (Tabelle 3) ist bewährt und insbesondere für Imipramin (Panikstörung, generalisierte Angststörung) und Clomipramin (Panikstörung, Zwangsstörung) gut belegt.

Zu Beginn der Behandlung wird allerdings die Compliance durch Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, orthostatische Regulationsstörungen, Tachykardie u. a. eingeschränkt. Die Dosierung sollte einschleichend und ebenso hoch erfolgen wie bei der Depressionsbehandlung. Eine Unterdosierung kann zu einem Therapiemisserfolg führen, ohne dass wesentlich weniger Nebenwirkungen auftreten als bei ausreichender Dosierung. Da bei Antidepressiva die Wirkung oft mit einer **Latenz von 1-3 Wochen** (in einigen Fällen auch länger, bei Zwangsstörungen u. U. 4-10 Wochen) einsetzt, besteht die Möglichkeit, dass der Patient das Medikament in dieser Periode absetzt, insbesondere dann, wenn er vorher nicht über einen möglichen verzögerten Wirkungseintritt und die unerwünschten Wirkungen, die besonders in den ersten Tagen der Behandlung eine Rolle spielen, aufgeklärt wurde.

Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)

Die Wirksamkeit der SSRI bei Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung, soziale Phobie) und Zwangsstörungen ist durch zahlreiche Studien nachgewiesen (Literatur s. u.).

Zu Beginn der Behandlung treten Nebenwirkungen wie leichte Übelkeit, Unruhe, Schlaflosigkeit u. a. auf, wodurch die Compliance manchmal eingeschränkt wird. Die Wirkung setzt wie bei den NSMRI zwischen 1 und 3 Wochen (in manchen Fällen auch später, bei Zwangsstörungen u. U. 4-10 Wochen) nach Beginn der Behandlung ein.

Selektiver Serotonin-Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitor (SSNRI) Venlafaxin

Die Wirksamkeit von Venlafaxin bei generalisierter Angststörung ist durch mehrere Studien nachgewiesen (Literatur s. u.).

Zu Beginn der Behandlung treten Nebenwirkungen wie Übelkeit, Unruhe, Schlaflosigkeit u. a. auf, wodurch die Compliance manchmal eingeschränkt wird. Die Wirkung setzt zwischen 1 und 3 Wochen (in manchen Fällen auch später) nach Beginn der Behandlung ein.

Reversibler MAO-Inhibitor

Der reversible selektive MAO-A-Inhibitor Moclobemid hat nicht die schwerwiegenden Neben- und Wechselwirkungen der alten, irreversiblen MAO-Inhibitoren. Die Wirkung setzt zwischen 1 und 3 Wochen (in manchen Fällen auch später) nach Beginn der Behandlung ein.

Die Wirksamkeit von Moclobemid bei der Sozialphobie wurde in 3 Doppelblindstudien gezeigt; eine Studie zeigte keinen Unterschied zu Placebo; eine Studie zeigte nur geringe Effekte (Literatur s. u.).

Für andere Angststörungen gibt es noch keine ausreichenden Wirksamkeitsbelege.

Irreversibler MAO-Inhibitor

Die Wirksamkeit des irreversiblen MAOI Phenzelzin bei Angststörungen (Panikstörung, Sozialphobie) ist durch mehrere Studien nachgewiesen (Literatur s. u.).

Zur Behandlung der Zwangsstörung liegen inkonsistente Befunde vor.

Phenzelzin ist allerdings in Deutschland nicht erhältlich. Für den hier erhältlichen MAOI Tranylcypromin liegen keine Wirksamkeitsnachweise vor. Da unter der Behandlung schwere Neben- und Wechselwirkungen auftreten können, sollte Tranylcypromin nur in schweren, anderweitig therapieresistenten Fällen vom Facharzt eingesetzt werden.

Benzodiazepine

Die Wirksamkeit der Benzodiazepine bei den Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung, Sozialphobie) ist durch zahlreiche Studien nachgewiesen (Literatur s. u.).

Bei der Zwangsstörung haben die Benzodiazepine keine ausreichend belegte Wirkung.

Die angstlösende Wirkung der Benzodiazepine setzt sofort ein. Benzodiazepine verfügen über eine unterschiedliche Wirkungsdauer. In der Regel sollten zur anxiolytischen Behandlung Wirkstoffe mit mittlerer bis langer Wirkungsdauer eingesetzt werden (Tabelle 3). Benzodiazepine sind wenig toxisch, werden daher gut vertragen und können mit anderen Medikamenten kombiniert werden. Bei längerdauernder Behandlung kann es allerdings bei prädisponierten Personen zu einer Abhängigkeitsentwicklung kommen. Daher sollte eine Behandlung in der Regel nicht länger als 8-12 Wochen durchgeführt werden. In besonderen Fällen kann eine jahrelange Gabe jedoch gerechtfertigt sein. Sind Suchtentwicklungen aus der Anamnese bekannt (z. B. Alkoholmissbrauch), sollte von einer Verordnung Abstand genommen werden.

Die Behandlung mit Benzodiazepinen kann dann gerechtfertigt sein, wenn andere Behandlungen nicht wirksam waren oder aufgrund von Nebenwirkungen nicht vertragen wurden. Auch zur Überbrückung der Zeit bis zum Wirkungseintritt der Antidepressiva sind Benzodiazepine geeignet oder bei kurzen Belastungen wie z. B. Flugreisen.

Die Richtlinien für die Verordnung von Benzodiazepinen (Kasten) sollten beachtet werden.

5-HT_{1A}-Agonist

 Der 5-HT_{1A}-Agonist Bupiron ist bei der generalisierten Angststörung wirksam (Literatur s. u.).

 Bei der Panikstörung zeigte Bupiron in Doppelblindstudien (Literatur s. u.) keine Wirksamkeit.

Für andere Angststörungen liegen keine Wirksamkeitsnachweise vor.

Antihistaminikum

 Das Antihistaminikum Hydroxyzin war bei der generalisierten Angststörung in Doppelblindstudien wirksam (Literatur s. u.).

Weitreichende, publizierte Erfahrungen zur Behandlung mit dem Antihistaminikum liegen jedoch nicht vor.

Richtlinien für die Verordnung von Benzodiazepinen (angelehnt an die Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft³²)

- Sorgfältige Indikationsstellung
- Bei Patienten mit Abhängigkeitsanamnese besondere Vorsicht; in der Regel keine Verschreibung
- In der Regel kleinste Packungseinheit verordnen
- In möglichst niedriger, aber ausreichender Dosis verordnen
- Therapiedauer vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten vereinbaren und Behandlungsnotwendigkeit in kurzen Zeitabständen überprüfen
- Es gibt Abhängigkeit auch ohne Dosissteigerung (sogenannte »Niedrigdosis-Abhängigkeit«); Abhängigkeit kann auch bei normalen Dosierungen auftreten
- Nach langfristiger Anwendung langsame, schrittweise Dosisreduktion, um Entzugssymptome zu vermeiden, die wiederum zu einer erneuten Einnahme führen könnten
- Beachtung der Fachinformation
- Aufklärung des Patienten, dass Benzodiazepine nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen
- Benzodiazepinverordnungen sollten vom Arzt stets eigenhändig ausgefertigt werden
- Abhängigkeitsfälle der Arzneimittelkommission melden

Wegen sedierender Effekte sollte das Antihistaminikum erst eingesetzt werden, wenn andere Medikamente versagt haben oder kontraindiziert sind. Da zur Langzeitbehandlung keine Erfahrungen vorliegen, sollte das Mittel nicht über einen Zeitraum von 5 Wochen verabreicht werden.

Neuroleptika

In Deutschland werden Angststörungen nicht selten mit Neuroleptika behandelt. Es kommen niedrigpotente Neuroleptika zum Einsatz oder aber hochpotente Substanzen, wie Fluspirilen, wobei dann sehr viel niedrigere Dosen verwendet werden als in der Schizophreniebehandlung üblich. **Der Einsatz von Neuroleptika bei Angststörungen muss kritisch gesehen werden.**

 Die in den 70er- und 80er-Jahren durchgeführten klinischen Studien zum Einfluss von Neuroleptika auf Patienten mit »Angstneurosen« sind methodisch unzureichend.

Die Behandlung mit Neuroleptika darf nicht länger als etwa 3 Monate durchgeführt werden, da es sonst zu teilweise **irreversiblen Spätdyskinesien** (unwillkürliche Bewegungen) kommen kann. In der Angstbehandlung sind aber meist

längere Behandlungen notwendig. Niedrigdosierte Neuroleptika sollten in der Regel nur dann als Alternativstrategie verwendet werden, wenn andere Behandlungsmethoden nicht ansprechen oder wegen Nebenwirkungen nicht durchgeführt werden können.

Eine Ausnahme stellen die Zwangserkrankungen dar. In therapieresistenten Fällen kann die Behandlung mit einem selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitor mit atypischen Antipsychotika (Risperidon oder Olanzapin) kombiniert werden.

Betarezeptorenblocker

In der Vorstellung, dass diese Wirkstoffe durch eine Blockade peripherer Betarezeptoren vegetative Symptome der Angst wie Herzrasen, Tremor usw. abschwächen können, werden sie nicht selten bei Angststörungen eingesetzt.

 Nach den vorliegenden Doppelblindstudien konnte jedoch keine Wirksamkeit bei Angststörungen gesichert werden^{33, 34, 35, 36}.

Da Patienten mit Angststörungen nicht selten unter labilem Blutdruck oder orthostatischer Dysregulation leiden, kann es ggf. zur Verstärkung dieser Störungen kommen.

Homöopathische Zubereitungen

 Für homöopathische Zubereitungen gibt es keine Wirksamkeitsnachweise für die Behandlung von Angst- oder Zwangsstörungen.

Phytotherapeutika

In Deutschland werden bei Angst-erkrankungen sehr häufig Phytotherapeutika verordnet. Zur Anwendung kommen Johanniskraut- und Baldrianpräparate.

 Für diese Präparate gibt es keinen Wirksamkeitsnachweis bei Angst- oder Zwangserkrankungen.

Wegen ihres hepatotoxischen Risikos hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit Bescheid vom 14. Juni 2002 die Zulassung für Kava-Kava (Piper methysticum)-haltige und Kavain-haltige Arzneimittel einschließlich homöopathischer Zubereitungen mit einer Endkonzentration bis einschließlich D4 widerrufen. Für diese Präparate besteht zudem kein ausreichender Wirkungsnachweis. Lediglich in einer in Allgemeinarztpraxen durchgeführten Doppelblindstudie konnte ein

Effekt von Kava-Kava bei Patienten mit mehreren verschiedenen Angst- und Anpassungsstörungen gezeigt werden³⁷. Eine andere Studie fand bei der generalisierten Angststörung keinen Unterschied zu Placebo³⁸.

Alle anderen mit Kava-Kava durchgeführten Studien sind durch Mängel in der Methodik bzw. im Untersuchungsdesign nicht für einen Wirksamkeitsnachweis geeignet, auch nicht nach meta-analytischer Zusammenfassung³⁹. Dosisfindungsstudien, Vergleiche mit etablierten Medikamenten und Toxizitätsstudien fehlen.

Bei der Behandlung mit Phytotherapeutika ohne gesicherten Wirksamkeitsnachweis kommt es nicht selten nach anfänglichen (Placebo-)Erfolgen zu einem Therapieversagen, wodurch das Vertrauen in den Arzt eingeschränkt wird. Die Begründung für den Einsatz besteht oft in der erhofften geringen Nebenwirkungsrate. Allerdings können auch unter Phytopharmaka Nebenwirkungen und schwerwiegende Wechselwirkungen auftreten. Die Anwendung kann daher und auch in Anbetracht der teilweise erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem nicht empfohlen werden.

Keines der verfügbaren Angstmedikamente kann als ideal für alle Patienten angesehen werden. Tabelle 4 stellt den Nutzen und die Risiken der verfügbaren Medikamente einander gegenüber. Die Therapie sollte unter sorgfältiger Abwägung auf den individuellen Patienten abgestimmt werden.

III. Spezielle Therapie-vorschläge für die einzelnen Angst- und Zwangsstörungen

In Tabelle 5 sind Behandlungsvorschläge für die einzelnen Angst- und Zwangserkrankungen aufgeführt.

Panikstörung und Agoraphobie

Bei akuten Panikanfällen hilft meist schon ein beruhigendes Gespräch. In schweren Fällen können schnellfreisetzung Benzodiazepin-Präparate, wie z. B. Lorazepam-Sublingualplättchen, ggf. auch Diazepam-Tropfen, eingesetzt werden.

Übersichten zur Wirksamkeit medikamentöser Therapien bei Panikstörung finden sich bei Boerner⁴⁰ und Bandelow et al.^{13, 41}. Bei der langfristigen Behandlung der Panikstörung kommen in erster Linie Antidepressiva (SSRI und NSMRI) zum Einsatz. Die Wirkung ist für

Tabelle 4: Medikamentöse Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen: Vor- und Nachteile, UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Wirkstoffe/Wirkstoffgruppe	Vorteile	Nachteile
SSRI	keine Abhängigkeit, ausreichend Studien vorhanden	Wirklatenz 1-3 Wochen; Übelkeit, initiale Unruhezustände, sexuelle Störungen u. a. UAW
SSNRI	keine Abhängigkeit, ausreichend Studien vorhanden	Wirklatenz 1-3 Wochen, Übelkeit u. a. UAW
NSMRI	keine Abhängigkeit; ausreichend Studien vorhanden	Wirklatenz 1-3 Wochen; anticholinerge Wirkungen; EKG-Veränderungen, Gewichtszunahme u. a. UAW
Benzodiazepine	schnelle Anxiolyse; ausreichend Studien vorhanden; wenig toxisch	Abhängigkeitspotenzial u. a. UAW
Moclobemid	Keine Abhängigkeit; gut verträglich; keine sexuellen Störungen	Wirklatenz 1-3 Wochen; Wirkung nur bei Sozialphobie nachgewiesen; Unruhe u. a. UAW
Buspiron	keine Abhängigkeit, günstiges UAW-Profil	Wirkung nur bei generalisierter Angst; Benommenheit u. a. UAW
Hydroxycyn	keine Abhängigkeit	Wirkung nur bei generalisierter Angst; Sedierung u. a. UAW; zur Langzeittherapie liegen keine Erfahrungen vor

Tabelle 5: Vorschläge zur medikamentösen Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen

Diagnose	Behandlungsmöglichkeit
Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie	Akutbehandlung: Versuch, den Patienten im Gespräch zu beruhigen; im Ausnahmefall schnellfreisetzung Benzodiazepin-Präparate wie z. B. Lorazepam-Sublingualplättchen 1-2,5 mg, ggf. Diazepam-Tropfen Dauerbehandlung: NSMRI, z. B. Clomipramin 75-200 mg/die oder Imipramin* 75-200 mg/die oder SSRI wie Paroxetin 20-60 mg/die, Citalopram 20-60 mg/die, Fluoxetin* 20-40 mg/die, Fluvoxamin* 100-300 mg/die oder Sertralin* 50-150 mg/die <i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Alprazolam 0,75-8 mg/die Venlafaxin (Retardform) 75-225 mg/die
Generalisierte Angststörung	SSNRI Venlafaxin (Retardform) 75-225 mg/die; SSRI, z. B. Paroxetin 20-50 mg; NSMRI, z. B. Imipramin* 75-200 mg/die oder Buspiron* 15-60 mg/die <i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Diazepam 5-15 mg/die Hydroxyzin* 37,5-75 mg/die Opipramol* 50-200 mg/die
Soziale Phobie	SSRI, z. B. Paroxetin 20-50 mg/die, Fluvoxamin* 100-300 mg/die oder Sertralin* 50-150 mg/die; Moclobemid 300-600 mg/die <i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Alprazolam 0,75-8 mg/die
Zwangsstörung	Clomipramin 75-300 mg/die oder SSRI, z. B. Fluoxetin 20-80 mg/die, Fluvoxamin 100-300 mg/die, Paroxetin 40-60 mg/die, Citalopram* 20-60 mg/die oder Sertralin* 50-200 mg/die <i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Kombination eines SSRI mit Haloperidol* 1-6 mg/die oder Risperidon* 2-6 mg/die
Angst und Depression gemischt	SSRI / SSNRI / NSMRI <i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Diazepam 5-15 mg/die

* In Deutschland zum Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht für diese Indikation zugelassen.

SSRI wie Citalopram⁴², Fluvoxamin⁴³, Fluoxetin⁴⁴, Paroxetin⁴⁵ und Sertralin⁴⁶ sowie für NSMRI wie Imipramin und Clomipramin^{42, 47} belegt. Bei Therapieresistenz können Benzodiazepine^{47, 48} verwendet werden, wenn sich in der Anamnese keine Hinweise auf eine Abhängigkeitsentwicklung (Hochdosisabhängigkeit) finden. Auch zur Überbrückung der Zeit bis zum Wirkungseintritt der Antidepressiva können kurzfristig Benzodiazepine gegeben werden.

Wenn andere Mittel versagen, kann unter fachärztlicher Kontrolle ein Versuch mit dem irreversiblen MAO-Hemmer Tranylcypromin unternommen werden. Allerdings existiert nur für den in Deutschland nicht erhältlichen MAO-Hemmer Phenelzin ein Wirksamkeitsnachweis⁴⁹.

Nach vorläufigen Daten kann der SSNRI Venlafaxin bei der Panikstörung eingesetzt werden⁵⁰.

Unter den nichtmedikamentösen Verfahren hat sich vor allem bei Patienten mit Agoraphobie die **Expositionstherapie**⁶ bewährt. Panikattacken, die »aus heiterem Himmel«, d. h. nicht in den typischen Agoraphobie-Situationen, auftreten, können mit Hilfe der **kognitiven Verhaltenstherapie**⁵¹ behandelt werden.

Generalisierte Angststörung

Eine Übersicht über Wirksamkeitsnachweise medikamentöser Therapien bei generalisierter Angststörung findet sich bei Bandelow et al.^{41, 52}.

Bei der generalisierten Angststörung kommen der SSNRI Venlafaxin^{53, 54, 55, 56}, SSRI wie Paroxetin^{57, 58}, NSMRI wie Imipramin^{59, 60} und Buspiron^{55, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67} zum Einsatz.

Bei Therapieresistenz können Benzodiazepine^{68, 69}, das Antihistaminikum

Hydroxyzin^{70, 71} oder Opipramol⁶⁹ verwendet werden.

Im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung wird die kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt²⁷.

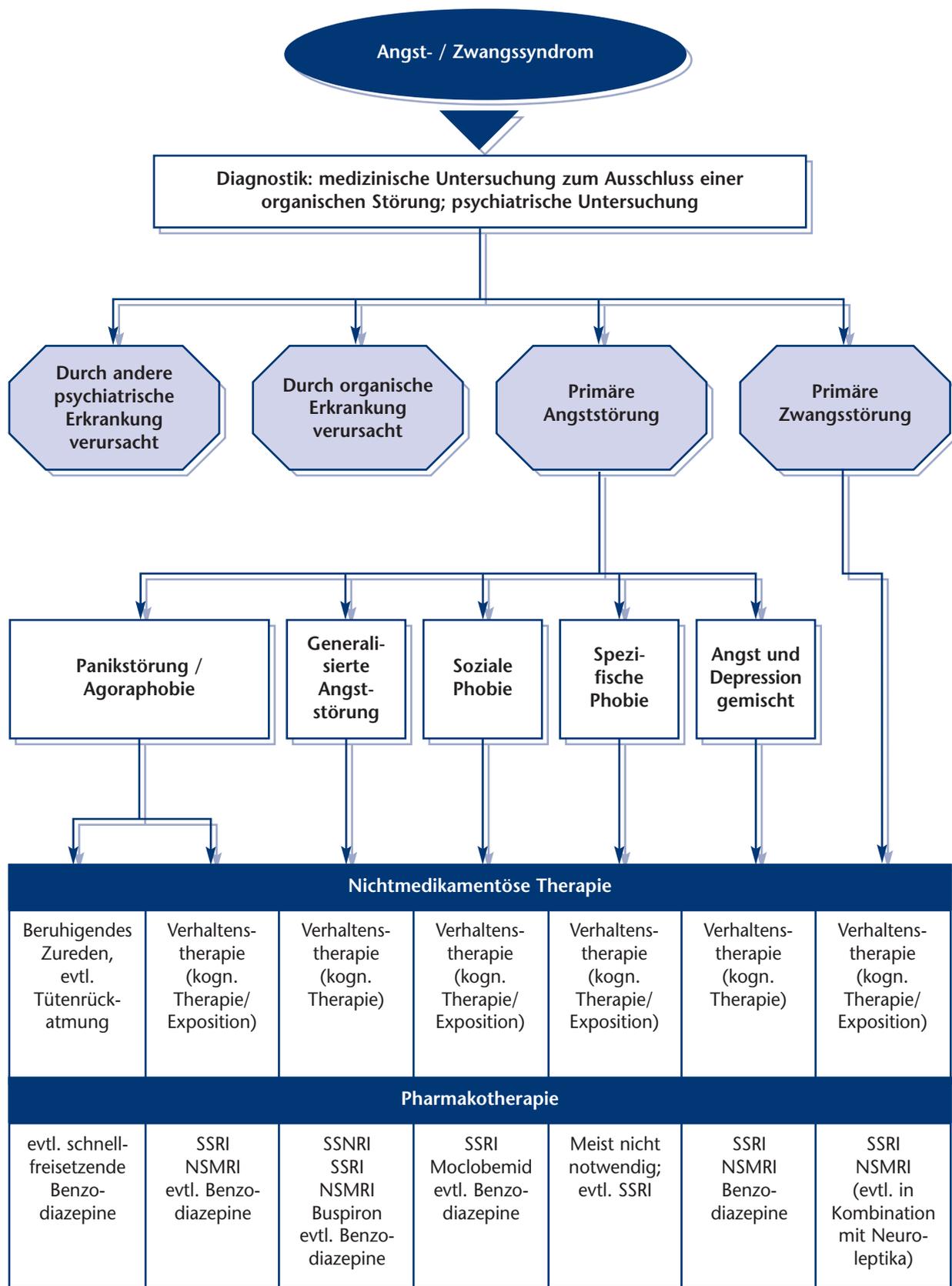
Sozialphobie

Die Wirksamkeitsnachweise medikamentöser Therapien bei sozialer Phobie sind in Übersichtsarbeiten zusammengestellt worden^{41, 72}.

SSRI wie Fluvoxamin⁷³, Paroxetin^{74, 75} oder Sertralin^{10, 76} sind bei der sozialen Phobie wirksam.

Drei Studien zeigten bei Patienten mit Sozialphobie die Überlegenheit von Moclobemid gegenüber Placebo^{77, 78, 79}; eine Studie zeigte keinen Unterschied zu Placebo⁸⁰ und eine Studie zeigte nur geringe Effekte⁸¹.

Abbildung 1: Synopsis zur Diagnostik und Therapie der Angst- und Zwangsstörungen



In schweren Fällen oder zur kurzfristigen Überbrückung können Benzodiazepine eingesetzt werden⁸². Wenn andere Mittel versagen, kann unter fachärztlicher Kontrolle ein Versuch mit dem MAO-Hemmer Tranylcypromin⁸³ unternommen werden. Kontrollierte Wirknachweise liegen allerdings nur für den in Deutschland nicht erhältlichen MAOI Phenelzin vor^{11, 78, 84}.

Im Bereich der Verhaltenstherapie konnte die Wirksamkeit der Reizüberflutungstherapie und der kognitiven Therapie gezeigt werden⁸⁵.

Spezifische Phobie

Eine Verhaltenstherapie, bei der der Patient mit dem angstausslösenden Stimulus konfrontiert wird, ist bei spezifischen Phobien sehr oft erfolgreich⁸⁶. Nur in seltenen, schwer ausgeprägten Fällen ist eine Pharmakotherapie, z. B. mit einem SSRI⁸⁷ erforderlich.

Zwangsstörung

Zwangsstörungen lassen sich schwerer behandeln als die übrigen Angst-erkrankungen. Oft muss man sich mit einer nur partiellen Reduktion der Symptome zufrieden geben. Die Wirklatenz der Antidepressiva kann manchmal besonders lang sein. In der Regel ist eine sehr lange Behandlungsdauer erforderlich. In einigen Fällen ist eine erheblich höhere Dosis erforderlich als bei der Behandlung von Depressionen. Eine Übersicht zur medikamentösen Behandlung findet sich bei Bandelow et al.⁴¹.

 Eine Zwangsstörung kann mit SSRI, wie z. B. Citalopram⁸⁸, Fluoxetin^{89, 90, 91, 92, 93}, Fluvoxamin^{12, 94, 95, 96, 97}, Paroxetin^{98, 99, 100} oder Sertralin^{101, 102, 103} behandelt werden. Auch das NSMRI-Antidepressivum Clomipramin^{97, 104, 105, 106, 107, 108} ist bei der Zwangsstörung wirksam.

Es wird kontrovers diskutiert, ob Clomipramin wirksamer ist als die SSRI^{103, 109, 110, 111, 112}. Einigen Studien zufolge werden SSRI besser vertragen als Clomipramin^{96, 97, 98, 103}.

In therapieresistenten Fällen kann eine Augmentationstherapie mit einem Neuroleptikum, z. B. Kombination eines

SSRI mit Risperidon^{113, 114} oder Olanzapin¹¹⁵ versucht werden.

Auch die Verhaltenstherapie spielt eine entscheidende Rolle in der Behandlung von Zwangsstörungen^{25, 116}.

Angst und depressive Störung gemischt

Die Erfahrungen mit der Behandlung dieses Störungsbildes sind begrenzt; es liegen keine kontrollierten Studien vor. Am ehesten kommen für die medikamentöse Behandlung die bei den anderen Angststörungen genannten Antidepressiva und – mit den genannten Einschränkungen – Benzodiazepine in Frage. In offenen Studien konnte die Wirksamkeit von SSRI gezeigt werden^{117, 118}.

Vorgehen bei therapieresistenten Fällen

Kommt es unter einer Standardtherapie bei ausreichender Dosierung und Behandlungsdauer (mindestens 6 Wochen) und adäquater psychotherapeutischer Begleitung nicht zu einem Therapieerfolg, so ist das Konsilium mit einem in der Therapie von Angst- und Zwangsstörungen erfahrenen Kollegen in Erwägung zu ziehen. Weitere medikamentöse Maßnahmen wie z. B. eine Umstellung der Medikation von SSRI auf NSMRI oder umgekehrt, können hier durchaus noch zu Verbesserungen der Symptomatik führen.

- 1 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al.: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- 2 Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-1099.
- 3 APA. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Press 1994.
- 4 WHO. Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Eds.): *Forschungskriterien*. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber, 1994.
- 5 Telch M, Agras W, Taylor C, Roth W, Gallen C: Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behav Res Ther* 1985; 23: 325-335.
- 6 Marks IM, Swinson RP, Basoglu M et al.: Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 776-787.
- 7 Oehrberg S, Christiansen PE, Behnke K et al.: Paroxetine in the treatment of panic disorder. A randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 374-379.
- 8 Loerch B, Graf-Morgenstern M, Hautzinger M et al.: Randomised placebo-controlled trial of moclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 205-212.
- 9 Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW: Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283: 2529-2536.
- 10 Blomhoff S, Tangen Haug T, Hellstrom K et al.: Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 23-30.
- 11 Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA et al.: Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1133-1141.
- 12 Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Ruchle H et al.: Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. *Br J Psychiatry* 1998; 35 (Suppl.): 71-78.
- 13 Bandelow B: Panik und Agoraphobie - Ursachen, Diagnose und Behandlung. Wien: Springer, 2001.
- 14 Telch M: Combined pharmacological and psychological treatments for panic sufferers. In: Rachman S, Maser JD (Eds.): *Panic - psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1988; 167-187.
- 15 Bandelow B: Generalisierte Angststörung - Medikamentöse und psychotherapeutische Verfahren und Kombinationstherapie im Vergleich. In: Bandelow B (Ed.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Bremen: UNI-MED, 2003; 109-110.
- 16 Bandelow B: Soziale Phobie - Medikamentöse und psychotherapeutische Verfahren und Kombinationstherapie im Vergleich. In: Bandelow B (Ed.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Bremen: UNI-MED, 2003; 137-140.
- 17 Bandelow B: Panikstörung und Agoraphobie - Medikamentöse und psychotherapeutische Verfahren und Kombinationstherapie im Vergleich. In: Bandelow B (Ed.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Bremen: UNI-MED, 2003; 77-88.
- 18 Bandelow B: Generalisierte Angststörung - Medikamentöse und psychotherapeutische Verfahren und Kombinationstherapie im Vergleich. In: Bandelow B (Ed.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Bremen: UNI-MED, 2003; 109-110.
- 19 Bandelow B: Soziale Phobie - Medikamentöse und psychotherapeutische Verfahren und Kombinationstherapie im Vergleich. In: Bandelow B (Ed.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Bremen: UNI-MED, 2003; 137-140.
- 20 Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Ruchle H et al.: Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. *Br J Psychiatry* 1998; 35 (Suppl.): 71-78.
- 21 Cottraux J, Mollard E, Bouvard M, Marks I: Exposure therapy, fluvoxamine, or combination treatment in obsessive-compulsive disorder: one-year followup. *Psychiatry Res* 1993; 49 (1): 63-75.
- 22 Pato MT, Zohar-Kadouch R, J. Zohar and D. L. Murphy: Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145 (12): 1521-1525.
- 23 Hand I: Out-patient, multi-modal behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1998; (35) (Suppl.): 45-52.
- 24 Marks I: Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade of progress. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 1021-1027.
- 25 James IA, Blackburn IM: Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 444-450.
- 26 Barlow DH: Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 32-37.
- 27 Harvey AG, Rapee RM: Cognitive-behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18: 859-870.
- 28 Heimberg RG: Cognitive-behavioral group treatment: description, case presentation, and empirical support. In: Stein MB (Ed.): *Social Phobia - clinical and research perspectives*. Washington: American Psychiatric Press, 1995; 293-323.
- 29 Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1-34.
- 30 Bandelow B, Sievert K, Röthemeyer M, Hajak G, Rüter E: What treatments do patients with panic disorder and agoraphobia get? [published erratum appears in *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 246 (1): 62]. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245: 165-171.
- 31 DuPont RL, Rice DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ: Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety* 1996; 2: 167-172.
- 32 Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Benzodiazepine bestimmungsgemäß gebrauchen. *Dt Arztebl* 1985; 82 (27): 2033.
- 33 Munjack DJ, Crocker B, Cabe D et al.: Alprazolam, propranolol, and placebo in the treatment of panic disorder and agoraphobia with panic attacks. *J Clin Psychopharmacol* 1989; 9: 22-27.
- 34 Noyes R Jr., Anderson DJ, Clancy J et al.: Diazepam and propranolol in panic disorder and agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 287-292.
- 35 Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ et al.: Pharmacotherapy of social phobia: an interim report of a placebo-controlled comparison of phenelzine and atenolol. *J Clin Psychiatry* 1988; 49: 252-257.
- 36 Turner SM, Beidel DC, Jacob RG: Social phobia: a comparison of behaviour therapy and atenolol. *J Consult Clin Psychology* 1994; 62: 350-358.
- 37 Volz HP, Kieser M: Kava-kava extract WS 1490 versus placebo in anxiety disorders - a randomized placebo-controlled 25-week outpatient trial. *Pharmacopsychiatry* 1997; 30: 1-5.
- 38 Connor KM, Davidson JR: 'A placebo-controlled study of Kava kava in generalized anxiety disorder.' *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17 (4): 185-188.
- 39 Pittler MH, Edzard E: Kava extract for treating anxiety (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2002*. Oxford: Update Software.
- 40 Boerner RJ, Möller HJ: Aktuelle Standards der Pharmakotherapie von Angststörungen. *Psychopharmakotherapie* 2001; 8: 50-62.
- 41 Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders. *World J Biol Psychiatry* 2002; 3: 171-199.
- 42 Wade AG, Lepola U, Koponen HJ, Pedersen V, Pedersen T: The effect of citalopram in panic disorder. *Br J Psychiat* 1997; 170: 549-553.
- 43 Hoehn-Saric R, McLeod DR, Hipsley PA: Effect of fluvoxamine on panic disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1993; 13: 321-326.

- 44** Michelson D, Lydiard RB, Pollack MH et al.: Outcome assessment and clinical improvement in panic disorder: evidence from a randomized controlled trial of fluoxetine and placebo. The Fluoxetine Panic Disorder Study Group. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1570-1577.
- 45** Lecrubier Y, Judge R: Long-term evaluation of paroxetine, clomipramine and placebo in panic disorder. Collaborative Paroxetine Panic Study Investigators. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 153-160.
- 46** Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, Manfro GG, Wolkow R: Sertraline in the treatment of panic disorder: a flexible-dose multicenter trial. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1010-1016.
- 47** CNCPs: Cross-national collaborative panic study. Drug treatment of panic disorder. Comparative efficacy of alprazolam, imipramine, and placebo. *Br J Psychiat* 1992; 160: 191-202.
- 48** Ballenger JC, Burrows GD, DuPont RL Jr. et al.: Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial. I. Efficacy in short-term treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 413-422.
- 49** Sheehan DV, Ballenger J, Jacobsen G: Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 51-59.
- 50** Pollack MH, Worthington JJ 3rd, Otto MW et al.: Venlafaxine for panic disorder: results from a double-blind, placebo-controlled study. *Psychopharmacol Bull* 1996; 32: 667-670.
- 51** Beck AT, Sokol L, Clark DA, Berchick R, Wright F: A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 778-783.
- 52** Bandelow B: Generalisierte Angststörung - Medikamentöse Therapie. In: Bandelow B (Ed.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Bremen: UNI-MED, 2003; 105-109.
- 53** Gelenberg AJ, Lydiard RB, Rudolph RL, Aguiar L, Haskins JT, Salinas E: Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder: A 6-month randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283: 3082-3088.
- 54** Rickels K, Pollack MH, Sheehan DV, Haskins JT: Efficacy of extended-release venlafaxine in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 968-974.
- 55** Davidson JR, DuPont RL, Hedges D, Haskins JT: Efficacy, safety, and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 528-535.
- 56** Allgulander C, Hackett D, Salinas E: Venlafaxine extended release (ER) in the treatment of generalised anxiety disorder: Twenty-four-week placebo-controlled dose-ranging study. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 15-22.
- 57** Stein MB, Liebowitz MR, Lydiard RB, Pitts CD, Bushnell W, Gergel I: Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280: 708-713.
- 58** Pollack MH, Zaninelli R, Goddard A et al.: Paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 350-357.
- 59** Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H: Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 884-895.
- 60** Hoehn-Saric R, McLeod DR, Zimmerli WD: Differential effects of alprazolam and imipramine in generalized anxiety disorder: somatic versus psychic symptoms. *J Clin Psychiatry* 1988; 49: 293-301.
- 61** Enkelmann R: Alprazolam versus buspirone in the treatment of outpatients with generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology* 1991; 105: 428-432.
- 62** Pollack MH, Worthington JJ, Manfro GG, Otto MW, Zucker BG: Abecarnil for the treatment of generalized anxiety disorder: A placebo-controlled comparison of two dosage ranges of abecarnil and buspirone. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl. 11): 19-23.
- 63** Rickels K, Weisman K, Norstad N et al.: Buspirone and diazepam in anxiety: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 1982; 43: 81-86.
- 64** Feighner JP, Merideth CH, Hendrickson GA: A double-blind comparison of buspirone and diazepam in outpatients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1982; 43: 103-108.
- 65** Jacobson AF, Dominguez RA, Goldstein BJ, Steinbook RM: Comparison of buspirone and diazepam in generalized anxiety disorder. *Pharmacotherapy* 1985; 5: 290-296.
- 66** Ross CA, Matas M: A clinical trial of buspirone and diazepam in the treatment of generalized anxiety disorder. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 351-355.
- 67** Strand M, Hetta J, Rosen A et al.: A double-blind, controlled trial in primary care patients with generalized anxiety: a comparison between buspirone and oxazepam. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (Suppl.): 40-45.
- 68** Rickels K, DeMartini N, Aufdembrinke B: A double-blind, placebo-controlled trial of abecarnil and diazepam in the treatment of patients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 12-18.
- 69** Möller HJ, Volz HP, Reimann IW, Stoll KD: Opipramol for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled trial including an alprazolam-treated group. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21: 59-65.
- 70** Ferreri M, Hantouche EG, Billardon M: Interêt de l'hydroxyzine dans le trouble anxieté généralisée: étude contrôlée en double aveugle versus placebo. *Encéphale* 1994; 20: 785-791.
- 71** Lader M, Scotto JC: A multicentre double-blind comparison of hydroxyzine, buspirone and placebo in patients with generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology (Berlin)* 1998; 139: 402-406.
- 72** Bandelow B: Soziale Phobie - Medikamentöse Therapie. In: Bandelow B (Ed.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Bremen: UNI-MED, 2003; 133-137.
- 73** Stein MB, Fyer AJ, Davidson JR, Pollack MH, Wiita B: Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 756-760.
- 74** Baldwin D, Bobes J, Stein DJ, Scharwachter I, Faure M: Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo-controlled study. Paroxetine Study Group. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 120-126.
- 75** Allgulander C: Paroxetine in social anxiety disorder: a randomized placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 193-198.
- 76** Van Ameringen MA, Lane RM, Walker JR et al.: Sertraline treatment of generalized social phobia: a 20-week, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 275-281.
- 77** IMCTGMSP. The International Multicenter Clinical Trial Group on Moclobemide in Social Phobia: Moclobemide in social phobia. A double-blind, placebo-controlled clinical study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247: 71-80.
- 78** Versiani M, Nardi AE, Mundim FD, Alves AB, Liebowitz MR, Amrein R: Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 353-360.
- 79** Stein DJ, Cameron A, Amrein R, Montgomery SA: Moclobemide is effective and well tolerated in the long-term pharmacotherapy of social anxiety disorder with or without comorbid anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17 (4): 161-70.
- 80** Noyes R Jr., Moroz G, Davidson JR et al.: Moclobemide in social phobia: a controlled dose-response trial. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17: 247-254.
- 81** Schneier FR, Goetz D, Campeas R, Fallon B, Marshall R, Liebowitz MR: Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 70-77.
- 82** Davidson JRT, Potts N, Richichi E et al.: Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychopharmacol* 1993; 13: 423-428.
- 83** Versiani M, Mundim FD, Nardi AE, Liebowitz MR: Tranylcypromine in social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1988; 8: 279-283.
- 84** Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R et al.: Phenelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 290-300.
- 85** Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo L, Becker RE: Cognitive-behavioral treatment of social phobia: comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research* 1990; 14: 1-23.

- 86** Marks IM: Fears, phobias and rituals. New York, Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 87** Benjamin J, Ben-Zion IZ, Karbofsky E, Dannon P: Double-blind placebo-controlled pilot study of paroxetine for specific phobia. *Psychopharmacology (Berlin)* 2000; 149: 194-196.
- 88** Montgomery SA, Kasper S, Stein DJ, Bang Hedegaard K, Lemming OM: Citalopram 20 mg, 40 mg and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16: 75-86.
- 89** Montgomery SA, McIntyre A, Osterheider M et al.: A double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine in patients with DSM-III-R obsessive-compulsive disorder. The Lilly European OCD Study Group. *Eur Neuropsychopharmacol* 1993; 3: 143-152.
- 90** Tollefson GD, Rampey AH, Jr., Potvin JH et al.: A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51: 559-67.
- 91** Zitterl W, Meszaros K, Hornik K et al.: Efficacy of fluoxetine in Austrian patients with obsessive-compulsive disorder. *Wien Klin Wochenschr* 1999; 111: 439-442.
- 92** Geller DA, Hoog SL, Heiligenstein JH et al.: Fluoxetine treatment for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a placebo-controlled clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 773-779.
- 93** Riddle MA, Scahill L, King RA et al.: Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1062-1069.
- 94** Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Delgado PL, Heninger GR, Charney DS: Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder. A double-blind comparison with placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 36-44.
- 95** Goodman WK, Kozak MJ, Liebowitz M, White KL: Treatment of obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine: a multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11: 21-29.
- 96** Mundo E, Maina G, Uslenghi C: Multicentre, double-blind, comparison of fluvoxamine and clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15: 69-76.
- 97** Milanfranchi A, Ravagli S, Lensi P, Marazziti D, Cassano GB: A double-blind study of fluvoxamine and clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 131-136.
- 98** Zohar J, Judge R: Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. OCD Paroxetine Study Investigators. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 468-474.
- 99** Riddle MA, Claghorn JL, Gaffney G et al.: A controlled trial of fluvoxamine for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Psychopharmacol Bull* 1996; 32: 399.
- 100** Riddle MA, Reeve EA, Yaryura-Tobias JA et al.: Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized, controlled, multicenter trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 222-229.
- 101** Chouinard G, Goodman W, Greist J et al.: Results of a double-blind placebo controlled trial of a new serotonin uptake inhibitor, sertraline, in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol Bull* 1990; 26: 279-284.
- 102** Kronig MH, Apter J, Asnis G et al.: Placebo-controlled, multicenter study of sertraline treatment for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19: 172-176.
- 103** Bisserbe J, Lane R, Flament M: A double-blind comparison of sertraline and clomipramine in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 82-93.
- 104** Thoren P, Asberg M, Cronholm B, Jornstedt L, Traskman L: Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A controlled clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1281-1285.
- 105** DeVeaugh Geiss J, Landau P, Katz R: Preliminary results from a multicenter trial of clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol-Bull* 1989; 25: 36-40.
- 106** Clomipramine Collaborative Study Group: Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. The Clomipramine Collaborative Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 730-738.
- 107** Flament MF, Rapoport JL, Berg CJ et al.: Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. A double-blind controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 977-983.
- 108** DeVeaugh-Geiss J, Moroz G, Biederman J et al.: Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder - a multicenter trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 45-49.
- 109** Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, Wilkinson G: Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A metaanalytic review. *Br J Psychiat* 1995; 166: 424-443.
- 110** Abramowitz JS: Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 44-52.
- 111** Pigott TA, Seay SM: A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 101-106.
- 112** Todorov C, Freeston MH, Borgeat F: On the pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: is a consensus possible? *Can J Psychiatry* 2000; 45: 257-262.
- 113** Saxena S, Wang D, Bystritsky A, Baxter LR Jr.: Risperidone augmentation of SRI treatment for refractory obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 303-306.
- 114** McDougale CJ, Epperson CN, Pelton GH, Wasylink S, Price LH: A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 794-801.
- 115** Bystritsky A, Ackerman, DL, Rosen RM: Augmentation of SSRI response in re-refractory OCD using adjunctive olanzapine: a placebo-controlled trial. Proceedings of the 5th International Obsessive-Compulsive Disorder Conference, Sardinia, Italy, March-April 2001.
- 116** Rapoport JL, Inoff-Germain G: Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 419-431.
- 117** Carrasco JL, Diaz-Marsa M, Saiz-Ruiz J: Sertraline in the treatment of mixed anxiety and depression disorder. *J Affect Disord* 2000; 59: 67-69.
- 118** Houck C: An open-label pilot study of fluvoxamine for mixed anxiety-depression. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34: 225-227.

Kurzgefasster Leitlinien-Report zur Methodik

Weitergehende Ausführungen s. (1).

Die Erarbeitung der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erfolgt unter wesentlicher Berücksichtigung der »Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997« (2).

1. Gründe

Formaler Anlass und Grundlage für die Erarbeitung der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission sind die Arzneimittel-Richtlinien, in deren Nr. 14 es heißt: »Es wird empfohlen, insbesondere die von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erstellten und in »Arzneiverordnung in der Praxis« veröffentlichten Therapieempfehlungen in der jeweils aktuellen Fassung zu berücksichtigen.« Inhaltlich entspricht es zugleich der Grund- und Gründungsin-tention der Arzneimittelkommission, gesichertes Wissen der Pharmakotherapie in die tägliche Verordnungspraxis zu überführen, um bestehenden therapeutischen Defiziten zu begegnen.

2. Ziele der Empfehlungen/Leitlinien

Ziel der Empfehlungen/Leitlinien ist es, soweit möglich, Transparenz zu schaffen, welche therapeutischen »Endpunkte« (Senkung von Letalität, Morbidität, symptomatische Besserung, Beeinflussung von Surrogatparametern) mit den einzelnen Maßnahmen der Pharmakotherapie nach Aussage klinischer Studien zu erreichen sind. Diese Transparenz ist Voraussetzung für eine rationale und wirtschaftliche Arzneitherapie und dient dem grundlegenden Ziel aller Medizin, nämlich der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist sich dabei bewusst, dass derartige Empfehlungen/Leitlinien niemals allen Einzelfällen in der medizinischen Praxis gerecht werden können. Sie sind als eine solide Plattform der therapeutischen Vernunft zu verstehen, die aber selbststän-

diges und verantwortliches ärztliches Handeln im Individualfall weder einschränken noch ersetzen kann.

3. Adressaten

Die Empfehlungen/Leitlinien wurden, entsprechend dem Geltungsbereich der Arzneimittel-Richtlinien, vorrangig für niedergelassene, hauptsächlich im allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Bereich tätige Ärzte konzipiert, können aber in gleicher Weise auch dem in der Klinik tätigen Arzt hilfreich sein.

4. Autoren/Herausgeber

Die Therapieempfehlungen/Leitlinien werden herausgegeben von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Die bereits 1911 zur Förderung einer rationalen Arzneimitteltherapie gegründete Kommission ist heute ein wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer und rekrutiert sich aus Mitgliedern der verschiedensten medizinischen Fachgebiete. Dies ist wesentliche Grundlage für die interdisziplinäre Erstellung der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission, in deren Arbeitsgruppen neben den Vertretern der das Thema betreffenden Disziplinen immer auch Allgemeinmediziner, Pharmakologen und/oder klinische Pharmakologen und ggf. Biometriker einbezogen sind. Mitglieder der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft unterzeichnen eine Erklärung zur Unabhängigkeit von Interessenbindungen.

5. Träger/Finanzierung

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft wird finanziert von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung.

6. Themenauswahl

Um eine willkürliche Themenwahl zu vermeiden, stützt sich die Arzneimittelkommission grundlegend auf die EVaS-Studie (3), die Auskunft darüber gibt, mit welchen 20 Hauptanliegen oder Hauptdiagnosen Patienten den allgemeinmedizinisch tätigen Arzt aufsuchen. Weitere Gesichtspunkte zur Erstellung von Therapieempfehlungen sind vermutete therapeutische Defizite (z. B. Tumorschmerzbehandlung), Gebiete mit größeren the-

rapeutischen Unsicherheiten bei gleichzeitig hoher Prävalenz (z. B. Behandlung von Rückenschmerzen oder funktionellen Magen-Darm-Störungen) und Gebiete, für die nachgewiesen wurde, dass durch konsequente Behandlung eine Reduktion von Morbidität und/oder Letalität zu erreichen ist (z. B. Therapie von Fettstoffwechselstörungen und der arteriellen Hypertonie). Der Beschluss zur Erarbeitung einer Therapieempfehlung wird vom Vorstand der Arzneimittelkommission gefasst.

7. Erstellung und Konsensusprozess

Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission werden von den entsprechenden Fach- und allgemeinmedizinischen Mitgliedern nach einem festgelegten Procedere erarbeitet (Abbildung 1). Themenauswahl, Aufstellung der Arbeitsgruppe und Literaturlaufarbeitung erfolgen wie unter 4., 6. und 8. skizziert. Ein vom federführenden Autor erstelltes Erstmanuskript wird innerhalb der Arbeitsgruppe konsentiert und danach einem Panel vorwiegend allgemeinmedizinisch-hausärztlich arbeitender Kollegen zur Kritik insbesondere hinsichtlich der Praxistauglichkeit vorgelegt. Dies ist ein Prozess, der einen persönlichen, schriftlichen, z. T. auch anonymisierten Meinungsabgleich und in der Folge zahl- und umfangreiche Textmodifikationen beinhaltet. Auf dem seit mehreren Jahren hierfür institutionalisierten »Therapie-Symposium« der Arzneimittelkommission wird das noch vorläufige Papier der Öffentlichkeit zur Diskussion gestellt und nachfolgend nationalen oder internationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Begutachtung und Abstimmung übergeben. Letztlich muss die Therapieempfehlung vom Vorstand der Kommission im Konsens als publikationsreif verabschiedet werden.

8. Identifizierung und Interpretation der Evidenz

Am Anfang aller Überlegungen zur Evidenzermittlung für eine Therapieempfehlung steht die klinische Fragestellung, für welche therapeutisch relevanten Aussagen die Darstellung des Belegtheitsgrades anhand der Literatur wünschenswert bzw. erforderlich erscheint. Es folgt

eine Literaturrecherche, die abhängig vom Gegenstand einen extensiven oder auch nur ergänzenden Charakter z. B. dann trägt, wenn, wie bei den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission üblich, ausgewiesene Spezialisten bereits über einen hinreichenden Fundus verfügen. Die Recherchen werden mit Datenbanken, wie z. B. Medline, Cochrane Library, Drugdex, durchgeführt, enthalten aber auch Suchen in den Internetangeboten z. B. der AHCPR, der Canadian Medical Association, des Scottish Intercollegiate Guidelines Network, des New Zealand Guidelines Project sowie in den Internetseiten der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Gegenstand der Suche sind in der Regel publizierte randomisierte kontrollierte Studien, Meta-Analysen, systematische Reviews, ggf. auch als Bestandteil bereits existierender Leitlinien. Die Rechercheergebnisse werden nach Ein- und Ausschlusskriterien selektiert, die sich von der speziellen Fragestellung ableiten. Die Bewertung der Studien hat allgemein-

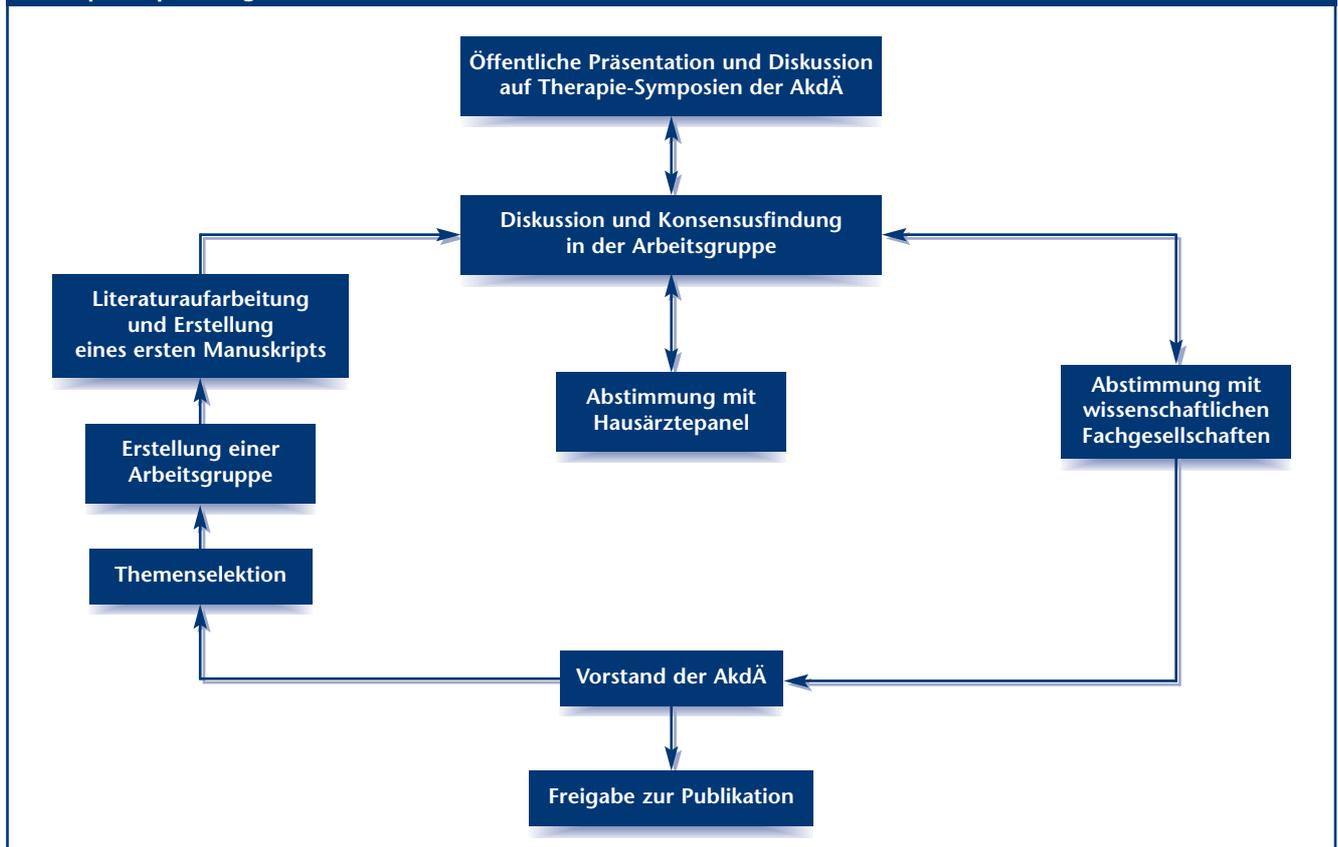
gültigen biometrischen Anforderungen, wie z. B. Eignung der Hauptzielkriterien für die Aussage, hinreichende Fallzahl, Repräsentativität der Studienpopulation, relevante Dosierungen, Signifikanz des Ergebnisses, Rechnung zu tragen, muss aber erforderlichenfalls auch den Besonderheiten der Arzneimittelprüfung bei bestimmten Erkrankungen gerecht werden (s. z. B. Empfehlungen der CPMP-Guidelines für die Demenz). Systematische Fehler sind prinzipiell auf der Ebene der Informationsselektion und -bewertung möglich. Es wird versucht, ihr Auftreten durch Sorgfalt bei der Recherche und interpersonellen Abgleich bei der Bewertung zu minimieren. Der Belegtheitsgrad wird anhand von vier Stufen kategorisiert (s. Seite 2: Kategorien zur Evidenz). Die Aussagen zur Evidenz müssen prioritär in die entsprechenden therapeutischen Überlegungen einbezogen werden, sind aber nur ein – wenn auch sehr bedeutsames – Instrument im Konzert der therapeutischen Entscheidung (s. a. Punkt 2. und Seite 2 »Evidenz in der Medizin«). Die Limitie-

rung evidenzbasierter Klassifizierungen zeigt sich in Situationen, in denen keine oder nur unzureichende klinische Studien vorhanden sind, z. T. weil der Durchführung, wie beispielsweise bei der Tumorschmerztherapie, verständliche ethische Bedenken entgegenstehen.

9. Pharmakoökonomische Aspekte

Die Arzneimittelkommission erkennt die Bedeutung von Kostenaspekten im Sinne einer wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung. Bei unumstrittener Priorität der Qualitätssicherung wird sich die Arzneimittelkommission daher auch Fragen der Wirtschaftlichkeit nicht verschließen, sofern sie sich mit den Prinzipien einer rationalen Pharmakotherapie zum Wohle der Patienten in Einklang bringen lassen. In den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission sind Einsparpotenziale implizit, denn auf lange Sicht ist eine rationale Pharmakotherapie zumeist auch eine rationelle Therapie. Hinsichtlich der Implementierung von Kosten-Nutzen-Analysen muss jedoch betont

Abbildung 1: Vorgehen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bei der Erstellung von Therapieempfehlungen



werden, dass es für die meisten therapeutischen Interventionen bislang nur eine unzureichende Datenlage gibt, die eine sichere Abschätzung ökonomischer Konsequenzen kaum gestattet (4). Zudem ist auf die Gefahr hinzuweisen, dass »mit Kosten-Nutzen-Analysen ... soziale und moralische Entscheidungen pseudorational verdeckt« werden, »die eigentlich normativer Natur und daher nur politisch zu lösen sind« (5).

10. Gestaltung

Ein sorgfältig erarbeiteter Inhalt verlangt eine adäquate Form. Obwohl keine gesicherten Erkenntnisse über den Einfluss der Gestaltung auf die Wirkung von Leitlinien vorliegen, geht die Arzneimittelkommission davon aus, dass eine übersichtliche druckgraphische Gestaltung, eine für alle Therapieempfehlungen gleiche Gliederung und eine konzise, aber dennoch klare Diktion die Attraktivität des Informationsangebots erhöhen und damit auch die Bereitschaft fördern, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

11. Aktualisierung

Eine Überarbeitung und Neuauflage der Empfehlungen ist in der Regel nach drei Jahren vorgesehen. Dies ist auch abhängig vom Aktualisierungsbedarf und kann daher früher, ggf. auch später, erfolgen (6).

12. Abstimmungsprozess mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften

Abstimmung wird in diesem Zusammenhang verstanden als Akzeptanz wesentlicher inhaltlicher Grundzüge, nicht jedoch Meinungsidentität im Detail.

Hierbei wird selbstverständlich anerkannt, dass sich auch innerhalb der Fachgesellschaften Mitglieder unterschiedlicher Auffassung finden können.

Die hier vorliegenden Therapieempfehlungen wurden inhaltlich abgestimmt mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

13. Implementierung und Verbreitung

Auf der Grundlage der ausführlichen Evidenz-gestützten Therapieempfehlung werden eine Kurzfassung (Hand-

lungsleitlinie) »für den Praxisschreib-tisch« und eine **Patienteninformation** erstellt. Auf Anfrage können auch Inhalte der Therapieempfehlungen (z. B. Abbildungen und Tabellen) als Overheadfolien für Fort- und Weiterbildung bezogen werden. Es ist zentrales Anliegen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die wissenschaftlich fundierten Therapieempfehlungen einem möglichst großen Ärztekreis als Leitfaden für die eigene therapeutische Praxis zugänglich zu machen. Diese Intention wird unterstützt durch den bereits zitierten Hinweis in Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Ärzte, die die Therapieempfehlungen der AkdÄ nicht kostenfrei über ihre kassenärztlichen Vereinigungen zugestellt bekommen, können die Therapieempfehlungen gegen eine Gebühr erhalten (s. letzte Umschlagseite).

Die Therapieempfehlungen sind im Internet unter www.akdae.de frei zugänglich. Die für Arzneimittelfragen zuständigen Mitarbeiter in den KVen werden als Multiplikatoren einer rationalen Arzneimitteltherapie regelmäßig über die erscheinenden Therapieempfehlungen informiert. Die Arzneimittelkommission hat weiter in einer Information an alle Lehrstuhlinhaber für Pharmakologie und Klinische Pharmakologie angeregt, die Therapieempfehlungen in der Lehre zu nutzen, um so bereits Studenten eine evidenzbasierte Sicht der Pharmakotherapie nahezubringen.

14. Evaluation

Die Evaluierung von Therapieempfehlungen hinsichtlich ihres Einflusses auf Arzneiverordnung, Kosten und Beeinflussung verschiedener therapeutischer Ziele wird zunächst im Rahmen von Einzelprojekten angestrebt.

1. Lasek R, Müller-Oerlinghausen B: Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 1997; 91 (4): 375-383.
2. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung: Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997. Deutsches Ärzteblatt 1997; 94: A-2154-2155.
3. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Die EvaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1989.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network: SIGN Guidelines – An introduction to SIGN methodology for the development of evidence-based clinical guidelines, SIGN Publication Number 39, 1999.
5. Arnold M: Solidarität 2000 – Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende. Stuttgart: F. Enke, 1993.
6. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S et al.: Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines. How quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001; 286: 1461-1467.

Herausgeber

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Redaktion

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft vertreten durch den Vorstand;

Prof. Dr. med. D. Höffler (v.i.S.d.P.),
Prof. Dr. med. R. Lasek,
Prof. Dr. med. H. K. Berthold
J. D. Tiaden, Arzt und Apotheker

Anschrift der Redaktion

Geschäftsstelle der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Postfach 41 01 25
50861 Köln
Telefon: 02 21 / 40 04 -528
Telefax: 02 21 / 40 04 -539
E-Mail: info@akdae.de
www.akdae.de
ISSN 0939-2017

Realisation und Vertrieb

nexus GmbH
Krahkampweg 105
40223 Düsseldorf
Telefon: 02 11 / 905 35 86
Telefax: 02 11 / 905 36 36

Layout & Satz

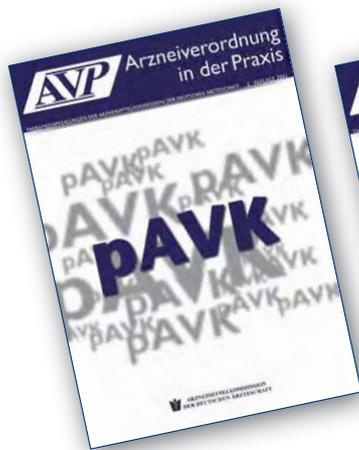
www.jentzschdesign.com
Bergstraße 51
53359 Rheinbach
Telefon: 0 22 26 / 91 32 30
Telefax: 0 22 26 / 91 32 32

© Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Köln 2003
Die Therapieempfehlungen einschließlich Handlungsleitlinie sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als in den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen Genehmigung der AkdÄ.

Hinweis

Die in den TE enthaltenen Dosierungsangaben sind Empfehlungen. Sie müssen dem einzelnen Patienten und seinem Zustand angepasst werden. Die angegebenen Dosierungen wurden sorgfältig überprüft. Da wir jedoch für die Richtigkeit dieser Angaben keine Gewähr übernehmen, bitten wir Sie dringend, die Dosierungsempfehlungen der Hersteller zu beachten.

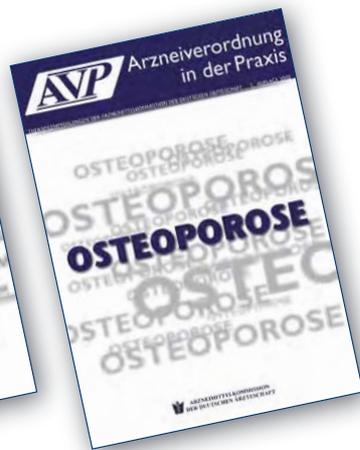
AUS DER LEITLINIENARBEIT DER ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT



EB



EB



EB

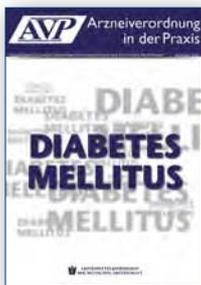
AKTUELL

Empfehlungen zur Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit

Empfehlungen zur Hormontherapie im Klimakterium

Empfehlungen zur Therapie der Osteoporose

EB = Evidenzbasiert



Empfehlungen zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2

EB



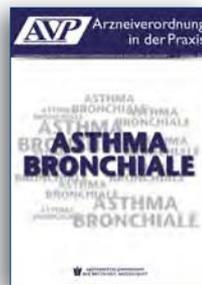
Empfehlungen zur Therapie akuter Atemwegsinfektionen, 2. Auflage

EB



Empfehlungen zur Therapie von degenerativen Gelenkerkrankungen, 2. Auflage

EB



Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale

EB



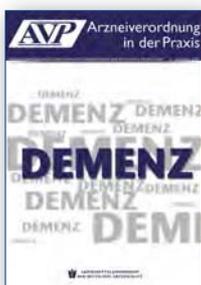
Empfehlungen zur Therapie von chronischen Kopf- und Gesichtsschmerzen, 3. Auflage

EB



Empfehlungen zur Therapie von Tabakabhängigkeit

EB



Empfehlungen zur Therapie der Demenz, 2. Auflage

EB



Empfehlungen zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz, 2. Auflage

EB



Empfehlungen zur Therapie von Tumorschmerzen, 2. Auflage

EB



Empfehlungen zur Therapie von Kreuzschmerzen, 2. Auflage

EB



Empfehlungen zur Therapie bei funktioneller Dyspepsie und Reizdarmsyndrom, 2. Auflage

EB



Empfehlungen zur Therapie von Fettstoffwechselstörungen, 2. Auflage

EB

Die **Therapieempfehlungen** können zusammen mit dem Arzneimittelbulletin **Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)** gegen eine jährliche Schutzgebühr von derzeit € 35,- (AiP/Studenten: € 18,-) bei der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft abonniert werden. (Korrespondenzadresse siehe Impressum)



Arzneiverordnung in der Praxis

THERAPIEMPFEHLUNGEN DER ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT 2. AUFLAGE 2006

DEPRESSION



Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft

Evidenz in der Medizin

Die Wirksamkeit eines Arzneimittels bzw. einer therapeutischen Maßnahme kann nur dann als nachgewiesen gelten, wenn hierzu Belege, d. h. eine ausreichende »Evidenz«, aus validen klinischen Prüfungen vorliegen.

In der Wertigkeit haben Nachweise zum Erreichen bedeutender therapeutischer Ziele wie Reduktion von Morbidität und Letalität Vorrang vor Nachweisen der Beeinflussung von Surrogatparametern wie z. B. Senkung von LDL-Cholesterin oder Blutdruck. Der Wirksamkeitsnachweis sollte wichtigste Grundlage für eine therapeutische Entscheidung sein.

Die Therapieempfehlungen versuchen daher, insbesondere mit den »**Kategorien zur Evidenz**« trans-

parent zu machen, für welchen Wirkstoff und für welche Indikation eine Wirksamkeit belegt ist. Ergebnisse klinischer Studien können aber nur *eine* Grundlage der ärztlichen Therapieentscheidung sein, da eine Vielzahl individueller Gegebenheiten des einzelnen Patienten berücksichtigt werden muss und Unterschiede zwischen Studien- und Versorgungsrealität die Regel sind. Hinzu kommt, dass es nicht für alle therapeutischen Maßnahmen Belege zur Wirksamkeit gibt bzw. geben kann. Auch für diese Situation finden sich in den Therapieempfehlungen Hinweise. Letztlich ist der Arzt hier gefordert, auf der Basis bislang vorliegender Kenntnisse und Erfahrungen das für den Patienten Richtige zu tun.

Kategorien zur Evidenz



Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie) bzw. durch eine oder mehrere valide Metaanalysen oder systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Positive Aussage gut belegt.



Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch zumindest eine adäquate, valide klinische Studie (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie). Positive Aussage belegt.



Negative Aussage (z. B. zu Wirksamkeit oder Risiko) wird gestützt durch eine oder mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie), durch eine oder mehrere Metaanalysen bzw. systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Negative Aussage gut belegt.



Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder schädigende Wirkung belegen. Dies kann begründet sein durch das Fehlen adäquater Studien, aber auch durch das Vorliegen mehrerer, aber widersprüchlicher Studienergebnisse.

Empfehlungen zur Therapie der Depression

2. Auflage 2006

Inhaltlich abgestimmt mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und dem Kompetenznetz Depression, Suizidalität.

Arzneiverordnung in der Praxis, Band 33
Sonderheft 1 (Therapieempfehlungen), Juli 2006

VORWORT 4

GRUNDLAGEN 5

Vorbemerkungen zur Pathologie und Pathophysiologie	5
Definition und Klassifikation	6
Diagnostik	6
Differentialdiagnostik	9

THERAPIE. 11

Indikationsstellung zur Therapie	11
Therapieziele	11
Nichtmedikamentöse Therapie	12
Pharmakotherapie	12
Besondere Patientengruppen oder Erkrankungsformen.	27

LITERATUR. 30

ANHANG 38

Kurzgefasster Leitlinien-Report zur Methodik	38
--	----

»Die unbestreitbaren Erfolge der Psychopharmakotherapie setzen allerdings gründliche Kenntnisse voraus, stets ist eine kritische sorgfältige Auswahl und ein richtiger Umgang mit diesen Substanzen erforderlich ... Zentrales Problem ist die Indikationsstellung und damit die exakte psychiatrische Diagnostik. Ein Teil der Patienten erhält immer wieder leichtfertig rasch Psychopharmaka verordnet, einem anderen Teil werden sie ungerechtfertigterweise vorenthalten.«(1)

Die Depression ist weltweit eine der häufigsten und schwerwiegendsten Erkrankungen mit hohem Rückfallrisiko und erhöhter Sterblichkeit. Sie wird nach den Ergebnissen einer WHO-Studie, aber auch des deutschen Gesundheitssurveys in etwa der Hälfte der Fälle nicht diagnostiziert und oft nicht adäquat behandelt (2–5). Da für die Mehrheit depressiver Patienten der Hausarzt die erste Anlaufstelle darstellt und sich der Beratungsanlass mit vorwiegend somatischen Beschwerden oft nicht wesentlich von nichtdepressiven Patienten unterscheidet (4;6), erscheint gerade auch für alle nichtpsychiatrisch tätigen Ärzte eine diagnostische und insbesondere therapeutische Hilfestellung im Rahmen einer Leitlinie wichtig. Die hier vorliegenden Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gemäß Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien versuchen daher für Diagnostik und Therapie Orientierung zu geben. Dabei wurden Anregungen aus dem Leitlinien-Clearingbericht »Depression« des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin aufgegriffen (7). Für die vorliegenden Therapieempfehlungen wurden auch die Ergebnisse anderer nationaler und internationaler evidenzbasierter Leitlinien und Berichte insbesondere folgender Gremien berücksichtigt: Kompetenznetz Depression, Suizidalität 2003; World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP, 2004), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2004 und 2005 für Kinder und Jugendliche), American Psychiatric Association (APA, 2000) und Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR, 1999), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2005).

Trotz häufig übereinstimmender Aussagen dieser Institutionen zur Wirksamkeit und Sicherheit von Antidepressiva bzw. Stimmungsstabilisierern muss auf zahlreiche Probleme klinischer Studien mit diesen Substanzen kritisch hingewiesen werden, die ihre Bewertung nicht unerheblich erschweren, auch durch metaanalytische Methoden nicht kompensiert werden können und letztlich einen Rest Unsicherheit hinterlassen, der allein durch neue, unabhängige, umfangreiche und qualitativ gute Studien mit therapie-relevanten Endpunkten zu überwinden wäre. Zu Defiziten der jetzigen Datenlage gehört unter anderem, dass viele Studien nur kurze Behandlungszeiträume und kleine Patientenkollektive aufweisen und die Vergleichbarkeit oft nur schwer gegeben ist. Hinzu kommen insbesondere bei leichteren Schweregraden der akuten Depression die oft nur geringe Effektstärke der Antidepressiva, begründete Zweifel an der Brauchbarkeit des Hamilton-Skala-Punktwertes als Erfolgskriterium und nicht zuletzt auch die bevorzugte Publikation positiver Studien. Besonders gravierend werden diese Probleme angesichts der schlechten Datenlage für die Nutzen-Risiko-Bewertung einer medikamentösen Therapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen, wie die derzeitige Diskussion zum Risiko suizidaler Handlungen unter antidepressiver Behandlung zeigt. Überhaupt wird die so relevante Frage nach den Auswirkungen einer antidepressiven Medikation auf die Mortalität der Patienten in den allermeisten Studien nicht angesprochen. So verwundert es nicht, dass auch für die Zulassung von antidepressiven Medikamenten zur Akut- oder Langzeittherapie die Prävention suizidaler Handlungen – als eines der wichtigsten Therapieziele – bei den Behörden bislang keine Rolle spielt.

In den vorliegenden Therapieempfehlungen versucht die Arzneimittelkommission unter kritischer Wertung der Literatur Empfehlungen auch dort zu geben, wo die Datenlage nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin nicht eindeutig ist. In einer Zeit bemerkenswerter Indikationsausweitungen von Antidepressiva und einer zunehmenden Tendenz, auch diagnostisch unterschwellige Formen bzw. Ausprägungsgrade affektiver Störungen als behandlungsbedürftig anzusehen, haben wir uns um eine möglichst klare Indikationsstellung für Antidepressiva und Stimmungsstabilisierer bemüht. Letztlich liegt die therapeutische Entscheidung in der Verantwortung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen, die die individuellen Gegebenheiten und Gefährdungen ihrer Patienten und Patientinnen kennen und sich des Fundus ihrer beruflichen Erfahrungen vor dem Hintergrund der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion bedienen werden.

Diese Therapieempfehlungen repräsentieren den Konsens der Fachmitglieder, der allgemeinmedizinischen Kommissionsmitglieder und des Vorstandes der Arzneimittelkommission.

Prof. Dr. med. R. Lasek

Prof. Dr. med. B. Müller-Oerlinghausen (Vorsitzender)

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

1. Laux G: Tranquilizer. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1989.
2. Murray CJ, Lopez AD: Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murray CJ, Lopez AD (Hrsg.): The global burden of disease. Global burden of disease and injury series. Harvard: Harvard University Press, 1997; 201-246.
3. Oeljeschläger B, Müller-Oerlinghausen B: Wege zur Optimierung der individuellen antidepressiven Therapie. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101: A1337-A1340.
4. Wittchen HU, Müller N, Schmidtkunz B et al.: Erscheinungsformen, Häufigkeiten und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys »Psychische Störungen«. MMW Fortschr Med 2000; 118 (Suppl. I): 4-10.
5. Wittchen HU, Winter S, Höfler M et al.: Häufigkeit und Erkennensrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. MMW Fortschr Med 2000; 118 (Suppl. I): 22-30.
6. Kratz S, Härter M, Bermejo I et al.: Beratungsanlass und Diagnosestellung bei depressiven Patienten in der hausärztlichen Praxis. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2003; 97 (Suppl. IV): 50-56.
7. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Leitlinien-Clearingbericht »Depression«. ÄZQ Schriftenreihen, Bd. 12, 2003.

Vorbemerkungen zur Pathologie und Pathophysiologie

Entstehungsmodelle

Für Depressionen kann sowohl auf der körperlichen Ebene (Physiologie/Neurobiologie) als auch auf der psychischen Ebene (Verhalten, Erleben) nach Erklärungen und Behandlungsansätzen gesucht werden. Auf der körperlichen Seite sind z. B. genetische Einflüsse zu nennen. Hierbei ist von mehreren Vulnerabilitätsgenen auszugehen, die – in Interaktion mit Umweltereignissen – ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bedingen. Das Vorhandensein eines einzelnen Hauptgens kann inzwischen ausgeschlossen werden. Diskutiert werden weitere Dysfunktionen im Bereich der zentralen neuromodulatorischen Systeme, insbesondere des serotonergen und noradrenergen Systems. Hierfür spricht insbesondere, dass nahezu alle Antidepressiva die Funktion dieser Systeme beeinflussen. Weitere Erklärungsversuche fokussieren zum Beispiel auf die Rolle der Stresshormonachse oder intrazelluläre postsynaptische Prozesse. Auf der Ebene des Verhaltens und psychosozialer Faktoren ist die Bedeutung negativer Lebensereignisse als auslösender Faktor gut belegt.

Epidemiologie und Bedeutung der Depression in der Primärversorgung

Die Depression ist eine der wichtigsten Volkskrankheiten. Dies wurde durch eine WHO-Studie mit großer Deutlichkeit belegt (1). Gemessen an dem zentralen Indikator YLD (Years Lived with Disability), der die Häufigkeit und Schwere einer Erkrankung berücksichtigt, kam der unipolaren Depression in den entwickelten Ländern mit weitem Abstand vor allen anderen Volkskrankheiten die größte Bedeutung zu. Die bipolare affektive Erkrankung wurde zusätzlich an sechster Stelle eingeordnet. Diese Ergebnisse resultieren aus der Häufigkeit und Schwere depressiver Erkrankungen. Für **Deutschland** gibt der Bundesgesundheitsurvey »Psychische Störungen« Auskunft: Betrachtet man ein Untersuchungszeitfenster von vier Wochen (Vier-Wochen-Prävalenz),

so leiden in Deutschland 6,3 % (Frauen: 7,8 %, Männer: 4,8 %) der erwachsenen Bevölkerung an einer akuten Depression, bei Erweiterung des Zeitfensters auf zwölf Monate (Zwölf-Monats-Prävalenz) ergeben sich aufgrund des episodischen Charakters der Erkrankung höhere Werte: 11,5 % insgesamt (Frauen: 15,0 %, Männer: 8,1 %) (2). Nur 30,1 % aller Männer und 43,8 % aller Frauen mit einer Depression erhielten im vorangegangenen Zwölf-Monats-Zeitfenster eine medikamentöse oder psychotherapeutische Therapie (Nichtbehandlungsquote: 61 %) (2).

In der Studie »Depression 2000« mit 412 Praxen der **hausärztlichen Versorgung** konnten die Bedeutung und weite Verbreitung von Depressionen in der Allgemeinarztpraxis gezeigt werden (3).

- In dieser Studie litten 10,9 % aller am Stichtag untersuchten Patienten an einer Depression, wobei Frauen mit 11,9 % etwas häufiger als Männer (9,4 %) betroffen waren. Dabei fanden sich mit einer Prävalenz von 6,6 % bei über der Hälfte der depressiven Patienten leicht- bis mittelgradige Depressionen und in nahezu der Hälfte schwergradige Depressionen (Prävalenz 4,3 %). Über die Hälfte der Depressionspatienten (51,3 %) hatte bereits eine frühere depressive Episode durchgemacht (3).
- Die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung geht auch daraus hervor, dass depressive Patienten im Vergleich zu Nichtdepressiven häufiger Hausärzte als Fachärzte konsultieren (3).
- In etwa zwei Drittel der Depressionsfälle erkannte der Hausarzt, dass eine »psychische Störung« vorlag, eine Depression wurde nur mit 38,5 % (sicher) bis 54,8 % (sicher/unsicher) diagnostiziert (3).
- Nahezu drei Viertel aller vom Hausarzt diagnostizierten Depressionen behandelte dieser primär auch selbst, wobei in etwa 10 % eine fachärztliche oder psychotherapeutische Mitbehandlung bestehen kann. Bei etwa jedem fünften Depressionspatienten, zumeist bei schwerer Depression, erfolgte eine Überweisung ohne vorherige Intervention (3).

- Für die Mehrzahl der diagnostizierten Depressionen wurde eine Kombinationsbehandlung, bestehend aus Beratung, Gesprächen, Krisenintervention (70,1 %), Psychotherapie (20,8 %) und Pharmakotherapie (81,0 %) als indiziert angesehen. Die medikamentöse Therapie bestand zu 58,2 % aus der Gabe von Antidepressiva, Phytotherapeutika (36,4 %) und Sedativa/Hypnotika (23,8 %) überwiegend als Komedikation mit SSRI (3).

Depressionen sind schwere, oft lebensbedrohliche Erkrankungen mit erheblichen Langzeit- und sozialmedizinischen Konsequenzen. Der mit dieser Erkrankung einhergehende Leidensdruck dokumentiert sich darin, dass sich mehr Betroffene als bei allen anderen Erkrankungen das Leben nehmen. Bis zu 15 % der Patienten mit schweren rezidivierenden Depressionen sterben durch Suizid. In Deutschland nehmen sich nach offiziellen Statistiken pro Jahr mehr als 11.000 Menschen das Leben (Dunkelziffer!), die große Mehrheit im Rahmen psychiatrischer und insbesondere depressiver Erkrankungen. Die Zahl der Suizidversuche übersteigt die Zahl der Suizide um das circa Zehnfache. Depressionen gehen zudem unabhängig von Suizidalität mit einer erhöhten Mortalität einher (4–6). Für eine Reihe von Erkrankungen wie z. B. koronare Herzkrankheit oder Diabetes mellitus ist das Vorhandensein oder Fehlen einer komorbiden depressiven Störung ein wichtiger Prognosefaktor (7). Die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität ist bei gleichzeitigem Vorliegen einer Depression erhöht (8–13). Hinreichende Belege aus randomisierten kontrollierten Studien zur Reduktion der kardiovaskulären Morbidität bzw. Mortalität durch eine antidepressive Therapie liegen weder für medikamentöse noch für nichtmedikamentöse Verfahren vor, wären aber wünschenswert (14–20). Gerade bei alten Menschen sind Depressionsfolgen wie Bettlägerigkeit oder verminderte Flüssigkeitszufuhr nicht selten mit schwerwiegenden somatischen Komplikationen assoziiert.

Vor diesem Hintergrund und da gute Behandlungsmöglichkeiten zur

Verfügung stehen, ist das Erkennen depressiver Erkrankungen eine verantwortungsvolle hausärztliche Aufgabe, der im Praxisablauf ein entsprechender Raum gewidmet werden muss. Etwa 10 % der Patienten im Wartezimmer einer hausärztlichen Praxis weisen eine behandlungsbedürftige Depression auf.

Definition und Klassifikation

Die frühere diagnostische Einteilung in entweder neurotische bzw. psychogene oder endogene Depressionen wird in modernen internationalen Klassifizierungssystemen (ICD-10, DSM-IV) nicht mehr angewandt, da die Grenze unscharf ist und die naheliegende Implikation, dass erstere durch Psychotherapie und letztere durch Arzneimittel zu behandeln seien, nicht durch die Datenlage gestützt wird.

Depressive Syndrome können im Rahmen unterschiedlicher Diagnosen auftreten. In Tabelle 1 sind die wichtigsten mit depressiven Syndromen einhergehenden Diagnosen genannt. Für die medikamentöse Behandlung und Rezidivprophylaxe ist die Unterscheidung unipolar (nur depressive Phasen, häufigste Form; ICD-10: F 32, F 33, F 34) oder bipolar (manische und depressive Phase, seltener; ICD-10: F 31) wichtig. Die neurotische Depression der älteren Einteilung weist große Überlappungen mit der Dysthymie nach ICD-10 auf.

Depressive Syndrome können auch im Rahmen weiterer Diagnosen wie z. B. einer Anpassungsstörung (ICD-10: F 43), einer schizoaffektiven Störung (ICD-10: F 25), einer Schizophrenie (ICD-10: F 20), einer Demenz (ICD-10: F 00) oder als organische depressive Störung (ICD-10: F 06.32), im Rahmen nichtpsychiatrischer Erkrankungen wie z. B. Schilddrüsenfunktionsstörungen oder eines Parkinson-Syndroms auftreten. Auch Arzneimittel können depressive Syndrome induzieren (z. B. Glukokortikosteroide, Malariamittel wie Mefloquin, Interferone, Antibiotika wie z. B. Gyrasehemmer oder bestimmte antivirale Substanzen).

Diagnostik

Depressive Erkrankungen müssen zuverlässig erkannt werden. Depressive Patienten berichten jedoch im hausärztlichen Bereich nur selten spontan über die typischen depressiven Kernsymptome. Häufig geklagt wird über Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitstörungen, meist in Form von Appetitminderung mit Gewichtsabnahme, allgemeine Kraftlosigkeit, diffuse oder uncharakteristische, anhaltende Schmerzen oder vielfältige andere körperliche Beschwerden. Die Depression muss deshalb aktiv exploriert werden.

Ähnlich wie im Falle des Diabetes mellitus oder der arteriellen Hypertonie sollte nach Depressionen gezielt gesucht werden.

Hierzu werden oft **Screeninginstrumente** vorgeschlagen, da es durchaus plausibel erscheint, hiermit den hohen Anteil von einem Drittel bis zur Hälfte nicht erkannter Depressionen in der hausärztlichen Praxis (siehe Abschnitt »Epidemiologie«) (3) zu senken und damit therapeutische Versorgung und Ergebnisse zu verbessern. Die Beleglage der bislang hierfür vorhandenen Studien ist jedoch widersprüchlich und verbesserungswürdig (21–28).

Während die US Preventive Services Task Force (21;26) aus der Datenlage randomisierter kontrollierter Studien in der Primärversorgung eine Empfehlung zum Screening für erwachsene Patienten besonders im Rahmen komplexer Programme zu Erkennung, Therapie und Nachsorge und das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (22;28) eingeschränkt für Patienten mit höherem Risiko (z. B. depressive Episoden in Anamnese oder Familienanamnese, schwere, behindernde körperliche Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Demenz) ableiten, kommt die Cochrane Collaboration (23) bei ihrer allein auf die Prüfung des Screeninginstrumentes gerichteten Auswertung der Studien zu der Schlussfolgerung, dass diese keinen oder kaum einen nachweislichen Einfluss auf Erkennung, Behandlung oder Behandlungsergebnis von Depressionen haben. Generell werden weitere, qualitativ hochwertige Langzeituntersuchungen zu Effektivität und Kosten als wünschenswert angesehen.

Tabelle 1: Klassifikation der Depression nach ICD-10

F 31	Bipolare affektive Störung		
F 32 bzw. 33	Depressive Episode bzw. Rezidivierende depressive Störung		
	leicht	zwei Hauptsymptome + zwei Zusatzsymptome	≥ zwei Wochen
	mittelgradig	zwei Hauptsymptome + drei bis vier Zusatzsymptome	≥ zwei Wochen
	schwer	drei Hauptsymptome + vier Zusatzsymptome	≥ zwei Wochen
F 34.1	Dysthymie		
	Milde (nicht rezidivierende), im jungen Erwachsenenalter beginnende, über zwei Jahre anhaltende depressive Verstimmung		
F 06.32	Organische depressive Störung		

Als Beispiele dieser Screening-instrumente seien der »WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden« (29;30) (Abbildung 1) und der »Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)« (31;32) genannt. Es finden sich Hinweise, dass der WHO-5-Fragebogen im Vergleich zum PHQ-D Vorteile hinsichtlich Sensitivität und Praktikabilität aufweist, allerdings auf Kosten einer etwas geringeren Spezifität (33–35).

Eine Alternative stellt der so genannte Zwei-Fragen-Test dar, der als genauso effektiv wie ausführlichere Screening-instrumente angesehen wird (21;22;26; 28;34;36), zitiert nach (37):

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Neben der widersprüchlichen Datenlage muss beim Einsatz solcher Screening-instrumente beachtet werden, dass bei der in Praxen gegebenen epidemiologischen Verteilung auch sehr viele unspezifische Klagen bzw. falsch positive Befunde erfasst werden und sich damit gegebenenfalls die Gefahr einer Überdiagnostik und -therapie ergibt. Wichtig ist eine klinische Sensibilität des Arztes

für psychische Auffälligkeiten. Eine depressive Niedergeschlagenheit ist den Patienten häufig durch Gesichtsausdruck, Haltung und Sprachduktus anzumerken.

Ergeben sich durch ein Screening oder vor allem aus dem klinischen Eindruck Hinweise auf das mögliche Vorliegen einer Depression, so müssen vom Hausarzt die wichtigsten Kernsymptome abgefragt werden. Als Erinnerungstütze kann die in Abbildung 2 gezeigte Checkliste mit den Diagnosekriterien nach ICD-10 für die unipolare Depression hilfreich sein. Die depressive Stimmung ist zusammen mit einer sich meist auf alle Lebens-

Abbildung 1: WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (WHO-5 Well Being Index), WHO, 1998 (30)

In den letzten beiden Wochen	Die ganze Zeit (5)	Meistens (4)	Über die Hälfte der Zeit (3)	Weniger als die Hälfte der Zeit (2)	Ab und zu (1)	Zu keinem Zeitpunkt (0)
1 Ich bin froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich fühle mich ruhig und entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich fühle mich aktiv und voller Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Beim Aufwachen fühle ich mich frisch und ausgeruht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Mein Alltag ist voller Dinge die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (29;30) ist von den Patienten im Wartezimmer auszufüllen. Das Ergebnis kommt durch einfaches Addieren der vergebenen Punktwerte (5–0) zustande und erstreckt sich von 0 bis maximal 25, wobei 0 geringstes Wohlbefinden bzw. niedrigste Lebensqualität und 25 größtes Wohlbefinden und höchste Lebensqualität bezeichnen. Bei einem Score < 13 besteht Verdacht auf eine depressive Störung, und es muss gezielt nachgefragt werden.

Tabelle 2: Prädiktoren für Suizid

- Frühere Suizidversuche
- Höheres Alter
- Suizid in der Verwandtschaft
- Sehr schwere Depression
- Sehr ausgeprägte Schuldgefühle
- Fehlende familiäre und soziale Bindungen
- Verlust des sozialen Umfelds oder des Berufs
- Entwurzelung und Trennung
- Kränkungen durch Zurückweisungen oder eigenes (oft vermeintliches) Fehlverhalten
- Substanzabhängigkeit

nicht pathologische Stimmungszustände sind und keine Indikation für eine antidepressive Therapie darstellen. Das Kernsymptom einer depressiven Verstimmung geht typischerweise mit Zusatzsymptomen einher. Mindestens zwei dieser Hauptsymptome sollten zusammen mit mindestens zwei der Zusatzsymptome über mindestens zwei Wochen vorhanden sein. Unter diffusen Angstsymptomen leiden zudem 70 % aller depressiven Patienten.

In jedem Fall muss bei Vorliegen einer depressiven Symptomatik die **Suizidalität** aktiv exploriert werden. Abzuklären ist, ob Suizidideen bzw. -absichten vorliegen, ob Suizidversuche in der Vorgeschichte vorhanden sind und ob ein depressiver Wahn oder andere Risikofaktoren hinsichtlich einer erhöhten Suizidgefährdung wie soziale Vereinsamung, existentielle Krisen oder Suizidversuche im näheren Umfeld vorliegen (Tabelle 2).

bereiche erstreckenden Interessen- und Freudlosigkeit sowie der Antriebslosigkeit das Hauptkriterium für die Diagnose einer Depression. Diese depressive Verstimmung im Sinn eines Verlustes der inneren emotionalen Erlebens- und

Schwingungsfähigkeit ist abzugrenzen von vielfältigen anderen Varianten schlechter Stimmung (Lustlosigkeit, »Null Bock«, Verzweiflung, Missmut, Säuernis, Abgeschlagenheit oder Ärger und Verbitterung u. a.), die normale,

Abbildung 2: Checkliste für die Diagnose einer depressiven Erkrankung (entsprechend ICD-10-Kriterien für eine depressive Störung)

Klagt der Patient mindestens seit zwei Wochen über

Hauptsymptome



- 1 Depressive Stimmung
- 2 Interesse- / Freudlosigkeit
- 3 Antriebsstörung / Energieverlust / Müdigkeit

ja **nein**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zusatzsymptome



- 4 Verlust von Selbstwertgefühl / Selbstvertrauen / übertriebene Schuldgefühle
- 5 Todes- / Suizidgedanken
- 6 Denk- / Konzentrationsstörungen / Entscheidungsunfähigkeit
- 7 Psychomotorische Unruhe oder Gehemmtsein
- 8 Schlafstörungen
- 9 Appetit- / Gewichtsverlust

ja **nein**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind mindestens zwei Hauptsymptome **A** und mindestens zwei der Zusatzsymptome **B** vorhanden, ist von einer behandlungsbedürftigen depressiven Episode auszugehen.

Der Arzt sollte bereits im ersten Gespräch dafür sorgen, dass sich eine tragfähige Beziehung zu dem Patienten entwickelt. Er sollte vermitteln, dass Suizidalität in diesem Zusammenhang nichts Außergewöhnliches ist, sondern vorübergehend auftreten kann und in der Regel nichts mit einer Bilanz zu tun hat. Dabei sollte auch Hoffnung gegeben werden, dass sich dieser Zustand unter angemessener Behandlung wieder bessert. Jeder Arzt sollte die richtigen, persönlichen Worte parat haben, mit denen er das schwierige Gespräch zur Abklärung der Suizidalität einleiten kann (z. B. »Sie machen auf mich einen verzweifelten Eindruck. Haben Sie die Freude am Leben verloren und vielleicht in letzter Zeit sogar daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?«). Je nach Antwort muss weiter nachgefragt werden.

In Tabelle 3 sind Möglichkeiten aufgeführt, wie bei Suizidalität zusätzlich zur konsequenten antidepressiven Behandlung reagiert werden kann.

Depressionen haben viele Gesichter. Häufige Ausprägungsformen sind:

- **Das gehemmt-depressive Syndrom** mit Antriebsverminderung, meist auch verlangsamter Psychomotorik und Denkverlangsamung. Häufig klagen die Patienten auch über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.
- **Das agitiert-depressive Syndrom**, wobei meist klagendes, rastloses Verhalten im Vordergrund steht.
- Die **somatisierte Depression**, bei der körperliche Beschwerden für den Patienten im Vordergrund stehen und die depressive Stimmung nicht wahrgenommen oder lediglich als Folge der körperlichen Beschwerden interpretiert wird.
- **Das wahnhaft-depressive Syndrom**, bei dem zur Depression passende Wahnthemen bestehen. Der Wahn ist dabei als eine unverrückbare, undiskutierbare und mit der Realität nicht in Einklang zu bringende Fehlüberzeugung anzusehen. Hierzu zählen z. B. der Verarmungswahn, der Schuld- und Versündigungswahn oder der hypochondrische Wahn.

Tabelle 3: Mögliche Schritte bei Suizidalität

- Kurzfristige Wiedereinbestellung
- Krisenplan besprechen
- Hoffnungslosigkeit und verbliebene Hoffnungen gezielt ansprechen
- Antisuiizidpakt schließen
- Angehörige hinzuziehen
- Soziale Betreuung sicherstellen
- Medikation Entlastung (Anxiolytika)
- Verordnung von Antidepressiva mit geringer Toxizität
- Medikation nur in kleinen Packungseinheiten
- Überweisung zum Facharzt
- Stationäre Einweisung

Differentialdiagnostik

Im Folgenden einige in der Primäerversorgung wichtige differentialdiagnostische Überlegungen:

Depressive Erkrankung versus passagerer Verstimmungszustand

Die Abgrenzung einer depressiven Verstimmung nach negativen Lebensereignissen (z. B. Verlusterlebnisse) oder bei schwierigen Lebensumständen von einer depressiven Erkrankung ist wohl das häufigste diagnostische Problem. Dies gilt insbesondere für Menschen im höheren Alter, die häufig mit Verlusterlebnissen konfrontiert sind.

Auch in derartigen Situationen gibt es relativ trennscharfe Krankheitszeichen, die in den meisten Fällen eine klare diagnostische Abgrenzung ermöglichen:

- **Starrer Affekt.** Depressive Stimmung und Freudlosigkeit sind auch durch positive, sonst als freudig erlebte Ereignisse nicht beeinflussbar.
- **Gefühl der Gefühllosigkeit.** Bei schweren Depressionen berichten die Patienten, keine Traurigkeit oder andere Gefühle empfinden zu können, sich als innerlich tot, als versteinert zu erleben, nicht mehr weinen zu können.
- **Tagesschwankungen** der Depressionsschwere, typischerweise mit Morgentief.
- Inadäquate **Schuldgefühle** (z. B. eine Belastung für die Umwelt zu sein).
- **Depressiver Wahn.**

■ Suizidalität.

- Depressive Episoden in der **Vorgeschichte.**
- **Familiäre Belastung**, insbesondere depressive Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades.

Organische depressive Störung

Zum Ausschluss organischer Ursachen für das depressive Syndrom (z. B. zerebrovaskuläre Erkrankung, Infektionen, Schilddrüsenunterfunktion, Arzneimittel) sind, insbesondere bei Ersterkrankung, eine Labordiagnostik inklusive Schilddrüsenwerte (TSH) und evtl. eine bildgebende Diagnostik erforderlich.

Bipolare affektive Störung

Die Abgrenzung einer bipolaren von einer unipolaren affektiven Störung hat therapeutische Konsequenzen. Hierfür ist die Anamnese zur Erfassung manischer Episoden (bipolar I) oder hypomaner Schwankungen im Anschluss an eine depressive Episode (bipolar II) entscheidend. Gehobene Stimmung, Größenideen, gesteigerter Antrieb mit Rededrang, oft auch »Kaufrausch«, Gereiztheit, fehlendes Schlafbedürfnis sind Symptome einer manischen Episode.

Schizoaffektive Störung

Hier kommt es neben den affektiven (depressiven oder manischen) Symptomen gleichzeitig oder höchstens durch einige Tage getrennt zum Auftreten schizophrener Symptome.

Generalisierte Angststörung

Siehe Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen (38).

Demenzielle Erkrankung

Besondere Aufmerksamkeit verdienen Patienten, die in höherem Alter erstmals

an einer depressiven Episode erkranken und in dieser über kognitive Störungen (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Sprech- und Denkhemmung) klagen. Es ist gut belegt, dass diese im weiteren Verlauf durchaus ein demenzielles Syndrom entwickeln können, sodass bei diesen Patienten eine Demenz-Diagnostik respektive eine

sorgfältige differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen Demenz und depressiver Pseudodemenz gerechtfertigt ist (Tabelle 4).

Tabelle 4: Unterscheidungsmerkmale für die Differentialdiagnose Depression versus Alzheimer-Demenz nach Möller, Laux, Kapfhammer (357) und Stoppe (358).

Merkmal	Morbus Alzheimer	Depression
<i>Schweregrad der kognitiven Störung</i>	Alle Grade	Korreliert mit Schwere der Depression
<i>Beginn</i>	Schleichend	Relativ plötzlich
<i>Dauer</i>	Über sechs Monate	Meist unter sechs Monaten
<i>Beschwerdeschilderung</i>	Bagatellisierend	Aggravierend
<i>Affektive Befundschwankung</i>	Ausgeprägt	Gering
<i>Befindlichkeitsverlauf</i>	Leistungstief am Abend	Stimmungstief am Morgen
<i>Orientierungsstörungen</i>	Ja, jedoch am Anfang nicht	Nein
<i>Alltagskompetenz</i>	Eingeschränkt	Erhalten
<i>Störungen von Sprache, Praxie und Visuokonstruktion</i>	Ja	Nein

Merke:

- Eine depressive Störung kann Merkmale einer frühen Demenz zeigen, besonders Gedächtnisstörungen, Verlangsamung des Denkens und Mangel an Spontanität.
- Bei Erstmanifestation einer Depression mit kognitiven Störungen im höheren Lebensalter sollte immer an eine beginnende Demenz gedacht werden.
- Eine Depression und eine Demenz können oft zusammen auftreten!
- Im Zweifel sollte immer (auch) die Depression behandelt werden.

Indikationsstellung zur Therapie

Unterschieden werden muss zwischen

- der akut antidepressiven **Behandlung zur Durchbrechung der depressiven Episode mit anschließender** remissionsstabilisierender **Erhaltungstherapie** und
- der rückfallverhütenden **Langzeitbehandlung** zur Verhütung des Auftretens neuer depressiver Episoden (siehe Abbildung 3).

Akute Episoden klingen in der Praxis oft in kurzer Zeit spontan ab. Bei Patienten mit leichter Depression, die keine Therapie wünschen oder bei denen eine kurzfristige Besserung zu erwarten ist, kann gegebenenfalls zunächst für etwa zwei Wochen eine abwartende Haltung eingenommen werden (»watchful waiting«, beobachtendes Abwarten).

Die wichtigsten Bausteine der **akut antidepressiven und remissionsstabilisierenden Therapie** sind die Pharmakotherapie und die Psychotherapie (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Therapie (IPT)). Als akzessorische Verfahren sind bei manchen Patienten der Schlafentzug und bei der kleinen Gruppe der Patienten mit saisonal abhängiger Depression die Lichttherapie hilfreich. Bei therapieresistenten Patienten ist die Elektrokrampftherapie

(EKT) das wirksamste therapeutische Verfahren.

Die wichtigsten Bausteine der **rückfallverhütenden Behandlung** sind bei unipolaren Depressionen (ICD-10: F 32, F 33) die Weiterführung der Medikation mit dem in der Akuttherapie erfolgreichen Antidepressivum bzw. die Neueinstellung auf ein Lithiumsalz. Letzteres ist jedoch eine Alternative, die entsprechende Erfahrung und eine enge Arzt-Patienten-Kooperation erfordert. Bei bipolaren affektiven Störungen (ICD-10: F 31) kommen primär die Langzeitbehandlung mit Lithium und in zweiter Linie Carbamazepin in Frage. Für spezielle Fälle sind mit eingeschränkter Indikation auch Lamotrigin und Olanzapin zugelassen. Für die Psychotherapie ist ebenfalls eine rezidivprophylaktische Wirkung gezeigt worden (siehe Abschnitt B »Rezidivprophylaxe«).

Bei leichter bis mittelschwerer Depression ohne komplizierende Faktoren kann die Therapie durch den Hausarzt erfolgen. Bei mittelschwerer bis schwerer Depression oder komplizierenden Faktoren ist eine Überweisung zum Facharzt bzw. in die Klinik zu empfehlen (siehe Tabelle 5). Bei akuter Suizidalität ist eine Einweisung des Patienten in die Klinik, gegebenenfalls auch gegen seinen Willen, in manchen Fällen nicht zu umgehen. Auch bei Therapieresistenz (siehe auch Abschnitt »Maßnahmen bei unzureichendem Therapieansprechen«),

Komorbidität oder Multimedikation gestaltet sich die Therapie meist komplizierter. Gleiches gilt häufig für depressive Episoden im Rahmen bipolarer affektiver Störungen. Sobald sich ein chronischer Verlauf abzeichnet, sind rechtzeitig auch (ambulante oder eventuell stationäre) rehabilitative Maßnahmen in Erwägung zu ziehen, zu denen es durchaus Daten aus der Qualitätssicherung der Rentenversicherungen gibt, die allerdings nicht in nationalen und internationalen Zeitschriften publiziert vorliegen.

Therapieziele

- Akute Linderung von Angst und Unruhe, Schlafstörungen, Suizidalität
- Verkürzung bzw. Beendigung der depressiven Episode
- Stabilisierung der erreichten Besserung durch Verhinderung des Wiederauftretens der gegenwärtigen Symptomatik (Remissionsstabilisierung) sowie durch Verhinderung des Auftretens neuer Episoden (Rückfallverhütung)
- Suizidprävention (mittel- und langfristige)
- Sicherung der Teilhabe am familiären, sozialen und beruflichen Leben

Tabelle 5: Überweisungskriterien nach Härter, Bermejo, Schneider (37)

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenarzt	Stationäre Behandlung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Unklare psychiatrische Diagnose ■ Mittelschwere bis schwere Symptomatik ■ Psychotische Symptome oder depressiver Stupor ■ Schwere psychosoziale Probleme ■ Suizidale Gefährdung ■ Psychiatrische Komorbidität und Substanzabhängigkeit/-missbrauch ■ Notwendigkeit der Kombination von Antidepressiva mit anderen Medikamenten ■ Fehlende Besserung nach sechs Wochen Behandlung trotz guter Compliance und ausreichendem Plasmaspiegel 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Akute Suizidalität und/oder Fremdgefährdung ■ Deutliche psychotische Symptome ■ Behandlungsgefährdende psychosoziale Probleme (z. B. schwere akute familiäre und/oder berufliche Konflikte, traumatische Erlebnisse, akute Zuspitzung psychosozialer Probleme) ■ Fehlen eines tragfähigen sozialen Netzwerkes oder drohende Verwahrlosung ■ Ambulante Therapieresistenz

Nichtmedikamentöse Therapie

Psychotherapie

An erster Stelle steht das **ärztliche Gespräch**. Bei schwereren Depressionen sollte eine stützende Grundhaltung eingenommen werden. Insbesondere ist es in vielen Fällen wichtig, durch Vermittlung eines auch biologisch fundierten Krankheitsmodells den Patienten von Schuld- und Insuffizienzgefühlen zu entlasten. Entscheidend sind auch eine stabile Zuversicht des Arztes und die Vermittlung der Information, dass gute therapeutische Möglichkeiten bei depressiven Erkrankungen zur Verfügung stehen. Eine Konfrontation mit inneren oder äußeren Konflikten ist bei schweren Depressionen in der akuten Phase zu vermeiden. Bei leichteren Depressionsformen und der Dysthymie kann im Rahmen des ärztlichen Gesprächs die Förderung der Eigenverantwortung und Eigeninitiative sinnvoll sein.

Eine alleinige **Psychotherapie** kann bei leichter bis mittelgradiger Depression empfohlen werden und ist bei Kontraindikationen oder Ablehnung einer medikamentösen Therapie indiziert (22;28;37). Eine Kombination von medikamentöser und Psychotherapie ist vor allem bei unzureichendem Erfolg einer Monotherapie indiziert (37). Als spezifische Psychotherapien haben die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die interpersonelle Therapie (IPT) ihre Wirksamkeit bei leichten und mittelschweren Depressionen am besten belegt (39–48). Zur detaillierteren Darstellung der Wertigkeit einzelner psychotherapeutischer Methoden sei auf die Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis verwiesen (37).

Bei der **kognitiven Verhaltenstherapie** geht es um den Aufbau angenehmer und den Abbau belastender Erfahrungen durch Erarbeitung eines Tagesplanes, um Verbesserung der sozialen Wahrnehmung und den Aufbau neuer sozialer Kompetenzen, um die Veränderung von depressiven Einstellungen und Überzeugungen, um die Unterbrechung depressiver Gedankenkreise

und um die Stabilisierung der erreichten Veränderungen durch Übungen im Alltag.

Bei der **interpersonellen Therapie** stehen die Klärung und Bearbeitung von interpersonellen Problemen wie zwischenmenschliche Konflikte oder soziale Rollenveränderungen im Vordergrund.

Schlafentzug

Durch ein vollständiges Vermeiden des Schlafes (vor allem in der zweiten Nachthälfte) kann bei vielen Patienten vorübergehend die depressive Symptomatik deutlich gebessert werden. Dieser durch zahlreiche Studien eindeutig belegte Effekt klingt jedoch am zweiten bzw. dritten Tag nach dem Schlafentzug in den meisten Fällen wieder ab und wird deshalb bis zu einem stabilen Effekt mehrmals wiederholt. Die Erfahrung, dass allein durch einen Schlafentzug die Depression durchbrochen werden kann, ist für viele Patienten ein Grund zur Hoffnung. In den meisten Fällen bietet sich dieses Verfahren nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes an. Vereinzelt führen Patienten, die stationär gute Erfahrungen gemacht haben, Schlafentzüge jedoch auch zu Hause durch.

Lichttherapie

Die Wirksamkeit der Lichttherapie ist lediglich bei der kleinen Gruppe der Patienten mit saisonal abhängigen Depressionen gut belegt (49–54). Bei diesen Patienten bestehen im Unterschied zu den sonstigen depressiven Erkrankungen ein regelhaftes Auftreten in den Herbst- und Wintermonaten und zudem ein vermehrtes Schlafbedürfnis sowie Auftreten von Heißhunger. Im Rahmen der Lichttherapie setzt sich der Patient Licht von mindestens 2500 Lux, besser 10.000 Lux aus, und zwar täglich bis zu einer Woche oder länger, am besten vormittags für 30 bis 40 Minuten. In unseren Breiten bietet jedoch auch an einem bewölkten Wintertag ein Tagesspaziergang eine vergleichbare Lichtzufuhr und zusätzlich Bewegung und Frischluft, sodass den Patienten die Anschaffung eines Lichttherapiegerätes meist nicht zu empfehlen ist (55).

Elektrokrampftherapie (EKT)

Bei Patienten mit schweren, insbesondere wahnhaften Depressionen, die auf mehrere Therapieversuche mit Antidepressiva oder Psychotherapie nicht ausreichend angesprochen haben, ist die Elektrokrampftherapie (EKT) das wirksamste Verfahren (56–59). Durch neue Stimulationstechniken mit kurzen Stromimpulsen und lediglich non-dominanter, unilateraler Stimulation sowie durch Muskelrelaxation und Kurznarkose konnten das Risiko des Verfahrens sowie die Nebenwirkungen und Belastung der Patienten deutlich gesenkt werden. Es bleiben das Narkoserisiko, die Gefahr von Blutdruckschwankungen und vorübergehenden Gedächtnisstörungen. Die EKT wird in Deutschland in der Regel nur stationär durchgeführt, meistens in Universitätskliniken.

Für die transkranielle Magnetstimulation (TMS) ist die antidepressive Wirksamkeit nicht belegt (60).

Pharmakotherapie

Die Pharmakotherapie wird getrennt für die Hauptziele

- A1 Beendigung der depressiven Episode
- A2 Anschließende Erhaltungstherapie zur Remissionsstabilisierung
- B Rezidivprophylaxe

dargestellt. Die Synopsis in Abbildung 3 stellt schematisch die Schritte bei der akuten antidepressiven Pharmakotherapie dar.

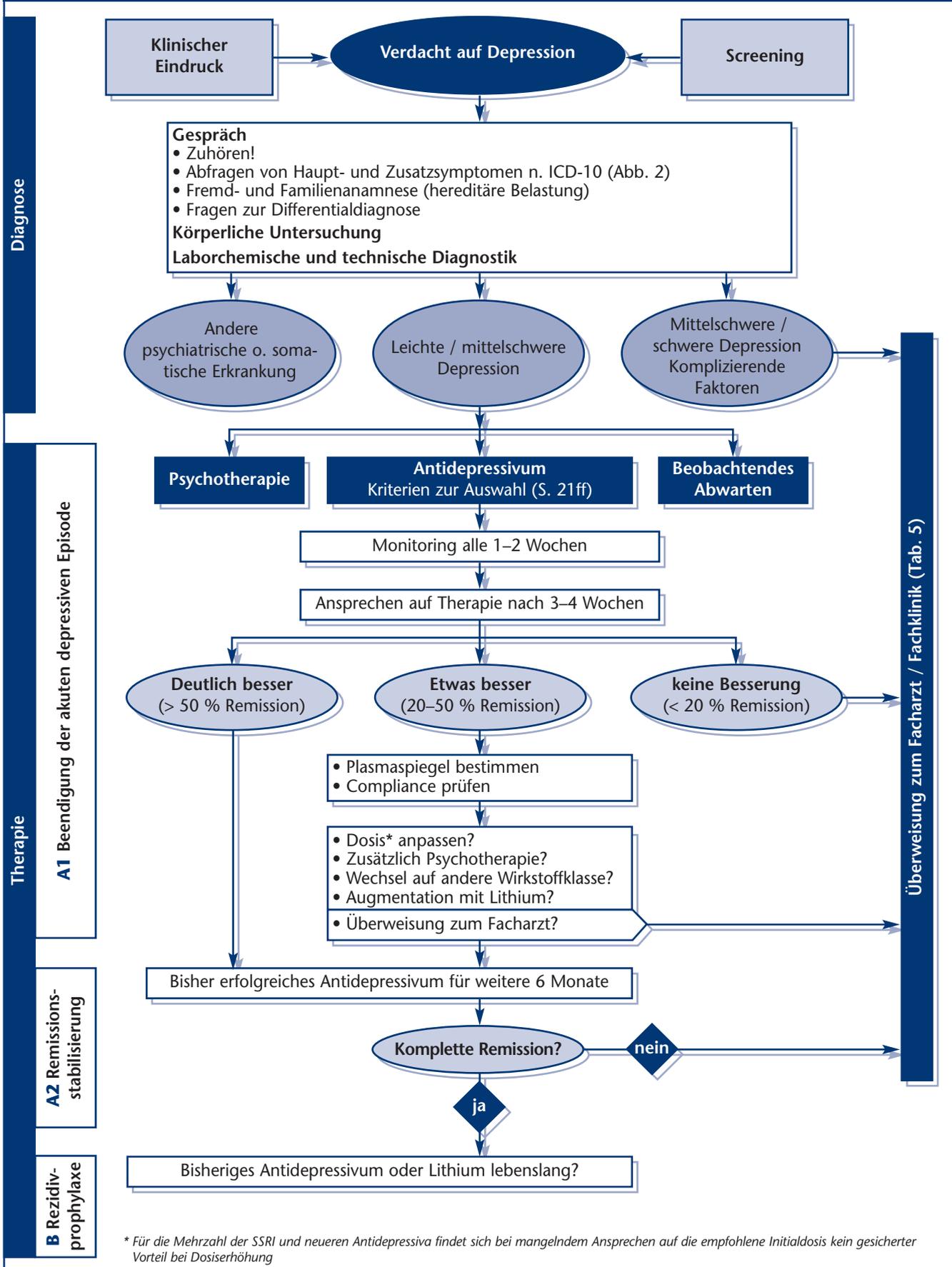
A1 Behandlung der akuten depressiven Episode

Antidepressiva

Für die Indikation **depressive Störung** steht eine große Zahl von in Deutschland zugelassenen Arzneimitteln zur Verfügung. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit wird auf die wichtigen Substanzgruppen und Substanzen im Folgenden eingegangen.

Modellvorstellungen zum Wirkmechanismus der Antidepressiva gehen unter anderem davon aus, dass diese die

Abbildung 3: Synopsis zur hausärztlichen Diagnostik und antidepressiven Pharmakotherapie (unter Berücksichtigung der Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis (37)). Ein entsprechend sinngemäß gestuftes Verfahren ist auch bei Psychotherapie oder beobachtendem Abwarten erforderlich.



zentrale serotonerge und/oder noradrenerge Neurotransmission beeinflussen.

Zu Antidepressiva liegen zahlreiche klinische Studien vor. Als Nachweis einer klinisch relevanten **Wirksamkeit** bei der akuten antidepressiven Behandlung wird in plazebokontrollierten klinischen Studien eine mindestens fünfzigprozentige Verbesserung anhand der üblichen Instrumente (z. B. Hamilton Rating Scale for Depression) angesehen (61–63). In derartigen Therapiestudien beträgt die **Response rate** für Antidepressiva meist nicht mehr als 50–75 %, bei Response-raten für Plazebo um die 25–33 % (22; 28;64–67). Dabei variiert die Response für Plazebo zwischen den einzelnen Studien und scheint in neueren Studien zuzunehmen und vom Schweregrad der Depression abzuhängen (67;68). Kritisch anzumerken ist in diesem Zusammenhang auch, dass die überwiegend verwendete Hamilton-Rating-Skala als Basis der Wirksamkeitsbeurteilung kein optimales Instrument darstellt (69), die Studien in der Regel klein (unter 100 Patienten) und recht kurz (meist unter sieben Wochen) waren und somit nichts über die Wirksamkeit bzw. Remissionsrate nach sechs Monaten aussagen, obwohl empfohlen wird, die antidepressive Medikation über diesen Zeitraum beizubehalten (64).

Zur Einschätzung der Wirksamkeit wurden die Daten von Studien mit Antidepressiva in umfangreichen Metaanalysen bzw. systematischen Reviews zusammengefasst, so z. B. von der Agency for Health Care Policy and Research, dem National Collaborating Centre for Mental Health des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) und der Cochrane Collaboration, deren Ergebnisse auch hier als wichtige Grundlage für die Bewertung dienen (22;28;64).

Neben plazebokontrollierten Studien zur Prüfung der Wirksamkeit finden sich auch viele Vergleichsstudien zwischen verschiedenen Antidepressiva. Sichere Nachweise zur **Überlegenheit** eines Wirkstoffes oder einer Wirkstoffgruppe können jedoch aus den zahlreichen Vergleichsstudien zwischen Prüf- und Standardsubstanz, die meist nur die Nicht-Unterlegenheit prüfen, kaum abgeleitet werden.

Bei vielen Patienten kann wegen ungenügendem Ansprechen trotz optimierter Primärtherapie unter Umständen ein zweiter Therapieversuch mit einem Antidepressivum aus einer anderen Wirkstoffgruppe erforderlich sein (siehe Abschnitt »Maßnahmen bei unzureichendem Therapieansprechen« und Abbildung 3). Nach Abklingen der depressiven Symptomatik sollte die antidepressive Medikation im Sinne einer Erhaltungstherapie in unveränderter Dosierung über sechs Monate weitergeführt werden (22;28;70;71).

Zu Verträglichkeitsproblemen siehe auch entsprechende Fachinformationen zu den einzelnen Antidepressiva.

Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI*)

Diese schon länger eingeführten Antidepressiva (Tabelle 6a) bewirken in unterschiedlichem Ausmaß eine Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin aus dem synaptischen Spalt. Hierdurch wird die zentrale serotonerge und noradrenerge Neurotransmission erhöht. NSMRI haben jedoch zusätzlich eine blockierende Wirkung auf eine Reihe von Rezeptoren, wie z. B. zentrale und periphere cholinerge, histaminerge oder α_1 -adrenerge Rezeptoren. Diese zusätzlichen blockierenden Wirkungen erklären einen Großteil der Nebenwirkungen der NSMRI, wie z. B. die peripheren und zentralen anticholinergen sowie einen Teil der kardiovaskulären Nebenwirkungen (72).

 Die Wirksamkeit aller NSMRI ist bei der Behandlung akuter depressiver Störungen ähnlich und anhand zahlreicher plazebokontrollierter Studien belegt (22;28;64;73–80).

Unerwünschte Wirkungen: siehe auch Abschnitt »Verträglichkeit« und Tabelle 6a. Die insbesondere bei älteren Patienten und bei Patienten mit kardialen Erkrankungen oder bei Überdosierungen mit NSMRI wichtigsten **kardio-**

vaskulären Nebenwirkungen sind orthostatische Hypotonie, Erregungsleitungsstörungen und Herzfrequenzanstieg (81;82). Die orthostatische Hypotonie wird erklärt durch die Blockade peripherer α_1 -Rezeptoren und zentrale Mechanismen, wobei sekundäre Amine wie z. B. Nortriptylin und Desipramin mit vergleichsweise seltenerem Auftreten von hypotonen Reaktionen einhergehen (74;82–84). Kardiale Erregungsleitungsstörungen bzw. Herzrhythmusstörungen sind bedingt durch chinidinartige (Typ IA) antiarrhythmische Eigenschaften der NSMRI, die zu einer Verlängerung der PQ-, QRS- und QT-Intervalle im EKG führen. Dies begründet die Notwendigkeit von EKG-Kontrollen vor und unter der Behandlung. NSMRI mit starken serotoninagonistischen Eigenschaften (insbesondere Clomipramin) können in Kombination mit anderen Serotoninagonisten (siehe unten) ein Serotonin-Syndrom auslösen. **Insbesondere bei Herzkreislauferkrankungen, Engwinkelglaukom, Prostatahypertrophie, Pylorusstenose und anderen ausgeprägten intestinalen Stenosen, schwerer Obstipation, kognitiven Störungen, Krampfleiden oder Verwirrheitszuständen bzw. Delir sollten keine NSMRI eingesetzt werden.**

Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)

Die Gruppe der selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) (Tabelle 6b) erhöht die zentrale serotonerge Neurotransmission durch selektive Hemmung der Rückaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt. Hieraus lassen sich die antidepressiven Wirkungen, aber auch die Nebenwirkungen erklären.

 Die Wirksamkeit der SSRI bei der Behandlung der akuten depressiven Episode ist in mehreren klinischen Studien gegenüber Plazebo gesichert (22;28;64;73;74;77–80;85–91).

 Vergleichende klinische Studien ergaben keine klinisch bedeutsamen Wirksamkeitsunterschiede zwischen SSRI und NSMRI (22;28;64;74;77;78;80;86;91–100).

* Nach einer traditionellen Nomenklatur, die auf die chemische Struktur statt auf den Wirkungsmechanismus abzielt, werden NSMRI auch als »Trizyklika« bezeichnet.

Aufgrund der übereinstimmenden Ergebnisse einiger auch kontrollierter Studien ist allerdings fraglich, ob SSRI bei Patienten mit schweren, stationär behandelten Depressionen eine den NSMRI gleichwertige Wirksamkeit besitzen (93;94).

Unerwünschte Wirkungen: siehe auch Abschnitt »Verträglichkeit« und Tabelle 6b. Häufig treten unter anderem **Übelkeit**, anfänglich auch **Agitiertheit**

oder im späteren Behandlungsverlauf eine **sexuelle Dysfunktion** auf. Da SSRI auf andere Rezeptoren keine wesentliche blockierende Wirkung ausüben, weisen sie ein anderes, für viele Patienten günstigeres Nebenwirkungsprofil auf als die NSMRI. Selten können SSRI durch Hemmung der Serotoninaufnahme in die Thrombozyten das Auftreten von **Blutungen** (gastrointestinal, urogenital, intrazerebral, periopera-

tiv) begünstigen. Bei Kombination mit nichtsteroidalen Antirheumatika (inkl. niedrigdosierter Acetylsalicylsäure), älteren Patienten oder gastrointestinalen Blutungen in der Anamnese erhöht sich das Risiko weiter (101–106).

Insbesondere bei Kombination mehrerer serotoninagonistischer Substanzen (z. B. Kombination mit MAO-A-Hemmern oder Clomipramin) besteht die Gefahr der Entwicklung eines **Serotonin-**

Tabelle 6 a: Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI¹): Initial- und Standardtagesdosen. Die Dosierungsangaben erfolgten unter Berücksichtigung der Leitlinien der American Psychiatric Association, der World Federation of Societies of Biological Psychiatry und des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität (37;65;92). UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen, IA: Arzneimittelinteraktionen, pd: pharmakodynamische IA, pk: pharmakokinetische IA, KI: Kontraindikationen.

Angegeben sind empfohlener Plasmaspiegelbereich und Empfehlungsgrad zur Anwendung von Plasmaspiegelmessungen bei Eindosierung: (1) Sehr empfohlen, (2) Empfohlen, (3) Sinnvoll, (4) Wahrscheinlich sinnvoll, (5) Nicht empfohlen nach The AGNP-TDM Expert Group Consensus Guidelines: Therapeutic Drug Monitoring (TDM) in Psychiatry 2004 (359).

Wirkstoff	Tagesdosen (mg/Tag)		Plasmaspiegel (ng/ml)	Empfehlungsgrad für TDM
	Anfangsdosis	Standardtagesdosis		
Amitriptylin	25–50	100–300	80–200 ¹	(1)
Amitriptylinoxid	30–60	100–300		
Clomipramin	25–50	100–250	175–450 ¹	(1)
Desipramin	25–50	100–250	100–300	(2)
Dibenzepin	120–180	240–480		
Doxepin	25–50	100–300	50–150 ¹	(3)
Imipramin	25–50	100–300	175–300 ¹	(1)
Maprotilin	25–50	100–225	125–200	(3)
Nortriptylin	25–50	50–200	70–170	(1)
Trimipramin	25–50	100–300	150–350	(3)

UAW^{}:** Anticholinerge Effekte: Mundtrockenheit, Miktions- und Akkommodationsstörungen, Obstipation, Hypohidrose, Ileus, Glaukomanfall; Gewichtszunahme; Sedierung; Orthostase-Reaktionen: Blutdruckabfall, Tachykardie, Schwindel; kardiale Erregungsleitungsstörungen; Ödeme; Blutbildungsstörungen; Leberwerterhöhung.

IA: Verstärkung der anticholinergen und/oder sedierenden Effekte bei Kombination mit anderen *Anticholinergika* oder zentraldämpfenden Stoffen: *Antihistaminika*, *Parkinsonmittel*, *Hypnotika/Sedativa/Tranquillantien*, *Neuroleptika*, *Anästhetika*, *Alkohol* (pd); Verminderte antihypertensive Wirkung von *Methyldopa* oder *Clonidin* (pd); Wirkungsverstärkung von *Sympathomimetika* (z. B. Blutdruckkrisen oder Arrhythmien bei sympathomimetikahaltigen *Lokalanästhetika*) (pd); Kombination mit nichtselektiven *MAO-Hemmern* (*Tranylcypromin*) vermeiden (hypertone Krisen, Hyperpyrexie, Krampfanfälle) (pd); Wirkungsverstärkung von *oralen Antikoagulantien* (pk); Wirkungsverstärkung durch die *SSRI* *Fluoxetin*, *Fluvoxamin*, *Paroxetin*, einige *Neuroleptika* (*Levomepromazin*, *Melperon*, *Thioridazin*), *Cimetidin* (pk); Wirkungsabschwächung (Enzyminduktion) durch *Antiepileptika* (*Phenytoin*, *Carbamazepin*, *Barbiturate*), *Rifampicin*, *Johanniskraut* (pk), *orale Kontrazeptiva* bzw. Zigarettenrauchen möglich. Clomipramin: Kombination mit *MAO-Hemmern* vermeiden (lebensgefährliches serotonerges Syndrom).

KI: Akute Intoxikationen mit zentral dämpfenden Stoffen inkl. Alkohol. Unbehandeltes Engwinkelglaukom. Akute Harnverhaltung, Pylorusstenose, paralytischer Ileus. Schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Vorsicht bei Prostatahypertrophie, intestinalen Stenosisierungen, schweren Leberschäden, erhöhter Krampfbereitschaft, Störung der Blutbildung, zerebrovaskulären Störungen und kardialer Vorschädigung, insbesondere Reizleitungsstörungen (Vorsicht bei Patienten mit vorbestehendem Schenkelblock). Strenge Indikation vorausgesetzt, ist Schwangerschaft, insbesondere nach dem 1. Trimenon, keine absolute KI. In der Stillzeit sollen NSMRI nicht genommen werden.

¹ Muttersubstanz + Hauptmetabolit

* Nach einer traditionellen Nomenklatur, die auf die chemische Struktur statt auf den Wirkungsmechanismus abzielt, werden NSMRI auch »Trizyklika« genannt.

** Aufgrund der Vielzahl der Nebenwirkungen und ihrer Variabilität zwischen den einzelnen Stoffen werden hier nur für die Wirkstoffgruppe typische UAW aufgeführt. Näheres siehe Fachinformationen oder spezielle Übersichtsliteratur.

Syndroms (Fieber, Schwitzen, gastrointestinale Beschwerden, Tremor, Rigidität, Myoklonien, Gefahr von epileptischen Anfällen, Hyperreflexie, Agitiertheit und in schweren Fällen Verhaltens- und Bewusstseinsveränderungen).

Die SSRI Fluoxetin und Paroxetin sind Inhibitoren des Cytochrom-P450-Isoenzym CYP2D6, Fluvoxamin ist

Inhibitor von CYP1A2 und CYP2C19. Daher ist bei Kombination dieser SSRI mit Arzneimitteln, die Substrate der genannten CYPs sind, mit pharmakokinetischen **Wechselwirkungen** zu rechnen (siehe jeweilige Fachinformationen und Tabelle 6b). Citalopram und Sertralin haben ein vergleichsweise geringes pharmakokineti-

sches Interaktionspotential. Fluoxetin unterscheidet sich von den anderen SSRI durch eine Halbwertszeit von mehreren Tagen bzw. Wochen (Norfluoxetin, aktiver Metabolit), die bei Complianceproblemen gelegentlich von Vorteil sein kann, aber andererseits die flexible Steuerung der Therapie erschweren dürfte (87). Gerade bei älteren

Tabelle 6 b: Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI): Initial- und Standardtagesdosen. Die Dosierungsangaben erfolgten unter Berücksichtigung der Leitlinien der American Psychiatric Association, der World Federation of Societies of Biological Psychiatry, des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität und des Report of the CSM Expert Working Group on the Safety of SSRI Antidepressants (37;65;92;229). Zur Dosierung von SSRI und neueren Antidepressiva siehe auch entsprechenden Abschnitt in der Therapieempfehlung. UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen, IA: Arzneimittelinteraktionen, pd: pharmakodynamische IA, pk: pharmakokinetische IA, KI: Kontraindikationen.

Angegeben sind empfohlener Plasmaspiegelbereich und Empfehlungsgrad zur Anwendung von Plasmaspiegelmessungen bei Eindosierung: (1) Sehr empfohlen, (2) Empfohlen, (3) Sinnvoll, (4) Wahrscheinlich sinnvoll, (5) Nicht empfohlen nach The AGNP-TDM Expert Group Consensus Guidelines: Therapeutic Drug Monitoring (TDM) in Psychiatry 2004 (359).

Wirkstoff	Tagesdosen (mg/Tag)		Plasmaspiegel (ng/ml)	Empfehlungsgrad für TDM
	Anfangsdosis	Standardtagesdosis		
Citalopram	20	20–40	30–130	(3)
Escitalopram	10	10–20	15–80	(4)
Fluoxetin	20	20–40	120–300	(3)
Fluvoxamin	50	100–250	150–300	(4)
Paroxetin	20	20–40	70–120	(3)
Sertralin	50	50–200	10–50	(3)

UAW*: Häufig gastrointestinale (Übelkeit, Erbrechen) sowie exzitatorische (Unruhe, Schlafstörungen) UAW; Kopfschmerzen. Häufig Störungen der Sexualfunktion, insbesondere verzögerte Ejakulation sowie Orgasmusstörungen bei beiden Geschlechtern. Blutungsneigung kann erhöht sein. Gelegentlich Hautausschläge (Absetzen, wenn Fieber und immunallergische Symptome hinzutreten!). Hyponatriämie, SIADH. Selten extrapyramidal-motorische Störungen. Gelegentlich Sinusbradykardie. Im Vergleich zu NSMRI sehr viel geringere anticholinerge, adrenolytische, antihistaminerge und kardiotope UAW.

Citalopram: Kumulationsgefahr bei alten Patienten und Leberinsuffizienz. Paroxetin: Entzugssymptome bei abruptem Absetzen; bei Niereninsuffizienz (Serumkreatinin > 2,7 mg/dl) oder schwerer Leberinsuffizienz Dosis reduzieren. Sertralin: Dosisreduktion bei Leberinsuffizienz.

IA: Bei gleichzeitiger Verordnung von SSRI und anderen Medikamenten ist vorherige genaue Information über potentiell gefährliche IA notwendig (Fachinformation)! Die CYP-inhibierende Wirkung von Sertralin und Citalopram ist deutlich schwächer als die von Fluoxetin, Fluvoxamin und Paroxetin. Kombination mit *MAO-Hemmern* ist kontraindiziert: serotonerges Syndrom (Bauchkrämpfe, Kleinhirnzeichen, Myoklonus, Verwirrtheit, Schwitzen, Tachykardie, Hypertonie), auch Serotonin-Präkursoren (*Tryptophan*, *Oxitriptan*) oder *Carbamazepin* meiden (pd). Nebenwirkungsverstärkung auch bei Kombination mit *Johanniskraut*. *Lithium*: Verstärkung serotonerger Wirkungen möglich (pd). Verstärkung der Blutungsneigung durch *Acetylsalicylsäure*, *NSAR* und *orale Antikoagulantien* (Gerinnungsparameter) (pk). Fluoxetin und Paroxetin hemmen den CYP2D6-abhängigen Metabolismus einiger anderer Arzneistoffe (z. B. *trizyklische Antidepressiva*, *Neuroleptika* vom *Phenothiazin-Typ*, *Metoprolol*, *Klasse-IC-Antiarhythmika*, *Codein* u. a.). Fluvoxamin hemmt den CYP1A2-abhängigen Metabolismus von Arzneistoffen (z. B. einige *NSMRI*, *Clozapin*, *Melatonin*, *Theophyllin*, *Zotepin*), bei denen Dosisreduktionen erforderlich sind (pk). Enzyminduktoren (*Phenytoin*, *Rifampicin*, *Phenobarbital*) können den Abbau von SSRI beschleunigen (pk).

KI: Kombination mit MAO-Hemmstoffen (s. o.). Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen. Schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen, erhöhte Krampfbereitschaft. Zumindest im 1. Trimenon der Schwangerschaft sollten SSRI nicht eingenommen werden, wengleich neuere Studien kein erhöhtes teratogenes Risiko unter Fluvoxamin, Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin berichtet haben.

* Aufgrund der Vielzahl der Nebenwirkungen und ihrer Variabilität zwischen den einzelnen Stoffen werden hier nur für die Wirkstoffgruppe typische UAW aufgeführt. Näheres siehe Fachinformationen oder spezielle Übersichtsliteratur.

Menschen ist auch auf **Hyponatriämien** zu achten, deren Auftreten durch entsprechende Komedikation wie z. B. Diuretika verstärkt werden kann. Zu Absetzreaktionen oder dem Risiko **suizidalen Verhaltens** siehe unter Abschnitt »Auswahl des primären Antidepressivums«.

Monoaminoxidase-(MAO-)Inhibitoren

In der ambulanten hausärztlichen Versorgung kommt als MAO-Inhibitor (Tabelle 6c) vor allem der reversible und selektive MAO-A-Hemmer Moclobemid in Frage.

Die akute antidepressive Wirksamkeit von Moclobemid wurde anhand mehrerer klinischer Studien gegenüber Placebo belegt (22;28;64;107–112).

In den vorliegenden vergleichenden Studien konnten keine klinisch bedeutsamen Wirksamkeitsunterschiede zwischen Moclobemid und SSRI oder NSMRI gesichert werden (22;28;64;100;107;108;110–114).

Unerwünschte Wirkungen: siehe auch Tabelle 6c. Moclobemid weist ein günstiges Nebenwirkungsprofil auf. Dies betrifft insbesondere geringere anticholinerge (Mundtrockenheit) und orthostatische Reaktionen im Vergleich zu NSMRI und ein geringeres pharmakodynamisches Interaktionspotential im Vergleich zu Tranylcypromin (22;28;115). Der irreversible MAO-Hemmer **Tranylcypromin** ist in der Handhabbarkeit schwieriger. Tranylcypromin erfordert eine konsequente tyraminarme Diät, bei deren Nichteinhaltung unter Umständen schwere Interaktionsreaktionen wie Blutdruckkrisen auftreten können. Sein Einsatz sollte daher der fachärztlichen Behandlung vorbehalten bleiben. Die Kombination von MAO-Hemmern mit Serotonininhibitoren wie SSRI oder dem NSMRI Clomipramin ist wegen der Gefahr eines **Serotonin-Syndroms** kontraindiziert. Bei Umstellung auf Moclobemid sind entsprechende Sicherheitsabstände zu beachten (siehe entsprechende Fachinformationen).

Weitere Antidepressiva

In den letzten Jahren wurde eine Reihe neuerer Antidepressiva wie z. B. Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin und Reboxetin (Tabelle 6d) auf den Markt gebracht, die weitgehend selektiv die serotonerge und/oder noradrenerge Neurotransmission beeinflussen bei relativ günstigem Nebenwirkungsprofil.

Die akute antidepressive Wirksamkeit von **Venlafaxin** (116–121), **Duloxetin** (122–125), **Mirtazapin** (126–129) und **Reboxetin** (22;28;130–133) ist anhand plazebokontrollierter klinischer Studien gut belegt.

Im Vergleich zu NSMRI und SSRI scheinen Venlafaxin (99;117;120;134–145), **Duloxetin** (124;125), **Mirtazapin** (126;146–153) und **Reboxetin** (130;154) von weitgehend ähnlicher antidepressiver Wirksamkeit zu sein (22;28;64;92;100;114).

Venlafaxin und **Duloxetin** sind selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren und werden deshalb auch als SSNRI bezeichnet. Bei die-

Tabelle 6 c: Monaminoxidase-(MAO-)Inhibitoren: Initial- und Standardtagesdosen. Die Dosierungsangaben erfolgen unter Berücksichtigung der Leitlinien der American Psychiatric Association, der World Federation of Societies of Biological Psychiatry und des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität (37;65;92). UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen, IA: Arzneimittelinteraktionen, pd: pharmakodynamische IA, pk: pharmakokinetische IA, KI: Kontraindikationen.

Angegeben sind empfohlener Plasmaspiegelbereich und Empfehlungsgrad zur Anwendung von Plasmaspiegelmessungen bei Eindosierung: (1) Sehr empfohlen, (2) Empfohlen, (3) Sinnvoll, (4) Wahrscheinlich sinnvoll, (5) Nicht empfohlen nach The AGNP-TDM Expert Group Consensus Guidelines: Therapeutic Drug Monitoring (TDM) in Psychiatry 2004 (359).

Wirkstoff	Tagesdosen (mg/Tag)		Plasmaspiegel (ng/ml)	Empfehlungsgrad für TDM
	Anfangsdosis	Standardtagesdosis		
Moclobemid	150	300–600	300–1000	(4)
Tranylcypromin	10	20–40	0–50	(5)

UAW: Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, gelegentlich gastrointestinale Störungen, Schlafstörungen, Unruhe.

IA: Keine Kombination mit serotonergen Substanzen: *SSRI, Clomipramin, Tryptophan, Triptanen, Sibutramin, Selegilin* oder *Venlafaxin* (pd). Die Wirkung von *Sympathomimetika* (direkten oder indirekten) kann verstärkt werden (desgleichen durch hohe Mengen *Tyramin*-haltiger Nahrungsmittel: gealterter Käse, Sauerkraut, überreife Bananen, Hefeextrakte) (pd). Moclobemid verstärkt die Wirkung von *Opioiden* (pd). Moclobemid hemmt den CYP2D6- und den CYP2C19-abhängigen Metabolismus einiger anderer Arzneistoffe (z. B. *NSMRI, Neuroleptika* vom *Phenothiazin*-Typ, *Metoprolol, Klasse-IC-Antiarrhythmika, Codein* u. a.), bei denen Dosisreduktionen erforderlich sind (pk).

KI: Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftung. Phäochromozytom oder Thyreotoxikose. Möglichst nicht einsetzen bei Suizidalität oder erhöhter Krampfbereitschaft. Keine Kombination mit Opioiden oder serotonergen Antidepressiva.

* Aufgrund der Vielzahl der Nebenwirkungen und ihrer Variabilität zwischen den einzelnen Stoffen werden hier nur für die Wirkstoffgruppe typische UAW aufgeführt. Näheres siehe Fachinformationen oder spezielle Übersichtsliteratur.

sen Wirkstoffen sollte auf mögliche Erhöhungen von Herzfrequenz und Blutdruck geachtet werden (155–157). Nach den Empfehlungen des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) sollte Venlafaxin bei vorbestehenden Herz-Kreislaufkrankungen nicht verordnet werden (22;28). Auch bei Duloxetin ist häufig mit Übelkeit, trockenem Mund, Obstipation und Schlaflosigkeit zu rechnen (155;158) (siehe auch Tabelle 6d). Zu Absetzreaktionen siehe unter Abschnitt »Auswahl des primären Antidepressivums/Verträglichkeit«.

Mirtazapin führt indirekt zu einer verstärkten Noradrenalin- und Serotonin-Freisetzung im synaptischen Spalt und zu einer verstärkten, über 5-HT_{1A}-Rezeptoren vermittelten serotonergen Aktivität. Bei manchen Patienten erwünscht ist die sedierende Begleitwirkung von Mirtazapin, nachteilig jedoch die relativ häufige Gewichtszunahme.

Reboxetin ist ein selektiver Rückaufnahmehemmer von Noradrenalin (SNRI), zu dessen häufigsten Nebenwirkungen Schlaflosigkeit, Benommenheit, Mundtrockenheit, Übelkeit,

Schwitzen und bei Männern Miktionsbeschwerden und Harnverhaltung gehören (22;28).

Opi Pramol wird im ambulanten Bereich häufig eingesetzt, ist jedoch lediglich für generalisierte Angststörungen und somatoforme Störungen zugelassen.

Andere Antidepressiva der so genannten zweiten Generation wie z. B. Viloxazin, Trazodon und Mianserin werden weniger verordnet, sodass hier auf eine nähere Beschreibung verzichtet wird (159;160).

Tabelle 6 d: Neuere Antidepressiva: Initial- und Standardtagesdosen. Die Dosierungsangaben erfolgten unter Berücksichtigung der Leitlinien der American Psychiatric Association, der World Federation of Societies of Biological Psychiatry, des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität und des Report of the CSM Expert Working Group on the Safety of SSRI Antidepressants (37;65;92;229). Zur Dosierung von SSRI und neueren Antidepressiva siehe auch entsprechenden Abschnitt in der Therapieempfehlung. UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen, IA: Arzneimittelinteraktionen, pd: pharmakodynamische IA, pk: pharmakokinetische IA, KI: Kontraindikationen.

Angegeben sind empfohlener Plasmaspiegelbereich und Empfehlungsgrad zur Anwendung von Plasmaspiegelmessungen bei Eindosierung: (1) Sehr empfohlen, (2) Empfohlen, (3) Sinnvoll, (4) Wahrscheinlich sinnvoll, (5) Nicht empfohlen nach The AGNP-TDM Expert Group Consensus Guidelines: Therapeutic Drug Monitoring (TDM) in Psychiatry 2004 (359).

Wirkstoff	Tagesdosen (mg/Tag)		Plasmaspiegel (ng/ml)	Empfehlungsgrad für TDM
	Anfangsdosis	Standardtagesdosis		
Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI)				
Venlafaxin	37,5–75	75–225	195–400	(2)
Duloxetin	30–60	60	20–80	
Selektiver Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitor (SNRI)				
Reboxetin	4–8	8–12	10–100	(4)
Alpha₂-Adrenozeptor-Antagonisten				
Mianserin	30	60–120	15–70	(3)
Mirtazapin	15	15–45	40–80	(3)

UAW: Mirtazapin: Sedierung, Benommenheit, Gewichtszunahme, Mundtrockenheit, Orthostase, Ödeme; cave: potenziell Induktion von Agranulozytose; Leberfunktionsstörungen.
Venlafaxin: ähnlich wie SSRI, Übelkeit, Obstipation, Mundtrockenheit, Unruhe, Schlaflosigkeit; dosisabhängige Blutdrucksteigerung (regelmäßige Kontrolle); Hyponatriämie.
Duloxetin: ähnlich wie SSRI, Übelkeit, Mundtrockenheit, Diarrhoe, Obstipation, Harnverhalt, Schlaflosigkeit, Schwindel, Müdigkeit; Blutdruckkontrolle angeraten.
Reboxetin: Schlaflosigkeit, Hypotonie, Benommenheit, Mundtrockenheit, Übelkeit, Schwitzen; Männer: Miktionsbeschwerden und Harnverhaltung.

IA: Mirtazapin: Verstärkung der zentral dämpfenden Wirkung anderer Arzneimittel (z. B. *Benzodiazepine*) bzw. von *Alkohol* (pd). Keine gleichzeitige Therapie von Mirtazapin oder Venlafaxin mit *MAO-Hemmern*, *Sibutramin*, *SSRI*, *Triptanen* (pd). Wirkungsverminderung von Mirtazapin durch Enzyminduktoren (z. B. *Carbamazepin*, *Phenytoin*, *Rifampicin*); Wirkungsverstärkung durch Enzyminhibitoren (z. B. *HIV-Proteasehemmer*, *Azol-Antimykotika*, *Erythromycin*, *Clarithromycin*) (pk). Venlafaxin: Konzentrationserhöhung und vermehrte Nebenwirkungen mit *Fluoxetin* oder *Paroxetin* (pk und pd). Reboxetin: evtl. Wirkungsverstärkung durch *Enzyminhibitoren* (z. B. *Azol-Antimykotika*, *Erythromycin*, *Fluvoxamin*) (pk). Duloxetin: siehe Fachinformation

KI: Mirtazapin: Schwere Leber- oder Niereninsuffizienz, kardiale Erkrankungen. Reboxetin: Schwangerschaft, Stillzeit.

* Aufgrund der Vielzahl der Nebenwirkungen und ihrer Variabilität zwischen den einzelnen Stoffen werden hier nur für die Wirkstoffgruppe typische UAW aufgeführt. Näheres siehe Fachinformationen oder spezielle Übersichtsliteratur.

Tabelle 6 e: Weitere zur Behandlung der Depression eingesetzte Arzneimittel: Initial- und Standardtagesdosen. Die Dosierungsangaben erfolgten unter Berücksichtigung der Leitlinien der American Psychiatric Association, der World Federation of Societies of Biological Psychiatry, des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität und des Report of the CSM Expert Working Group on the Safety of SSRI Antidepressants (37;65;92;229). Zur Dosierung von SSRI und neueren Antidepressiva siehe auch entsprechenden Abschnitt in der Therapieempfehlung. UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen, IA: Arzneimittelinteraktionen, pd: pharmakodynamische IA, pk: pharmakokinetische IA, KI: Kontraindikationen.

Angegeben sind empfohlener Plasmaspiegelsbereich und Empfehlungsgrad zur Anwendung von Plasmaspiegelmessungen bei Eindosierung: (1) Sehr empfohlen, (2) Empfohlen, (3) Sinnvoll, (4) Wahrscheinlich sinnvoll, (5) Nicht empfohlen nach The AGNP-TDM Expert Group Consensus Guidelines: Therapeutic Drug Monitoring (TDM) in Psychiatry 2004 (333).

Wirkstoff	Tagesdosen (mg/Tag)		Plasmaspiegel (ng/ml)	Empfehlungsgrad für TDM
	Anfangsdosis	Standardtagesdosis		
Nichtklassifizierte Antidepressiva				
Trazodon	50–100	200–400	650–1500	(3)
UAW:	Müdigkeit, Schwindel, gastrointestinale Beschwerden, Mundtrockenheit, Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen, Priapismus			
IA:	Verstärkung der hypotensiven Wirkung durch <i>Phenothiazine</i> (z. B. <i>Chlorpromazin</i> , <i>Fluphenazin</i> , <i>Levomepromazin</i> , <i>Perphenazin</i>) (pd).			
KI:	Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen.			

Lithiumsalze

Lithiumsalze: Die Dosierung erfolgt ausschließlich anhand des Plasmaspiegels (Zielwert bei der Langzeitbehandlung: 0,6–0,8 mmol/l). Übliche Anfangsdosierung 6–12 mmol/Tag. (Dosen werden wegen der unterschiedlichen Molekulargewichte der einzelnen Lithiumsalze nicht in mg, sondern in mmol Lithium angegeben). Auch für eine Lithiumbehandlung gibt es keine Altersgrenze. Aufgrund der Veränderungen der Nierenfunktion kann aber die Dosierung oft deutlich niedriger gewählt werden. Die Spiegelkontrollen sind initial engmaschig durchzuführen. Empfehlungen, die eine bessere Verträglichkeit bei noch niedrigeren Spiegeln (z. B. 0,3–0,4 mmol/l) anführen, entbehren eines Beleges der Wirksamkeit.

UAW: Fein- bis grobschlägiger Tremor, Nausea, Diarrhoe, Polyurie und Polydipsie, euthyreote Struma oder Hypothyreose, Gewichtszunahme, Leukozytose, EKG- und EEG-Veränderungen, Auslösung oder Exazerbation einer Psoriasis vulgaris.

IA: Serotonin-Syndrom bei Kombination mit serotonergen Substanzen (pd); Verstärkung des Tremors durch *NSMRI* (pd). Erhöhte Lithiumkonzentrationen durch *Thiaziddiuretika*, *ACE-Hemmer*, *NSAR* (Ausnahme Acetylsalicylsäure) (pk). Erhöhtes Intoxikationsrisiko bei Kochsalzrestriktion/-verlust (z. B. Hypertoniebehandlung, Fieber, Schwitzen, *Diuretika*) (pk); erhöhte Neurotoxizität bei Kombination mit *Neuroleptika*.

KI: Schwere Nierenerkrankungen, kurz zurückliegender Herzinfarkt, Schwangerschaft im 1. Trimenon und Stillperiode, zerebelläre Erkrankungen, Hypothyreose. Relative KI: Anfallsleiden, M. Parkinson, Sick-Sinus-Syndrom, AV-Überleitungsstörungen, Psoriasis vulgaris, Nebenniereninsuffizienz (M. Addison).

Phytopharmaka

Hypericum perforatum 500–1000 mg/Tag Trockenextrakt (Johanniskraut)

UAW: Phototoxische und allergische Hautreaktionen, gastrointestinale Beschwerden, Müdigkeit, Unruhe.

IA: Wirkungsverminderung (Enzyminduktion) von *oralen Antikoagulantien* (*Phenprocoumon*), *Antidepressiva* (*Amitriptylin*, *Paroxetin*, *Sertralin*), *Antiepileptika* (*Phenytoin*, *Carbamazepin*, *Phenobarbital*), *Alprazolam*, *oralen Kontrazeptiva*, *Ciclosporin*, *Digoxin*, *Theophyllin*, *Proteaseinhibitoren* (z. B. *Indinavir*), *Methadon*, evtl. auch andere *HIV-Medikamente* (*Efavirenz*, *Nevirapin*), (pk). Serotonerges Syndrom bei Kombination mit *SSRI*, *Triptanen* möglich (pd).

KI: Schwere depressive Episoden, bekannte Lichtüberempfindlichkeit; besondere Vorsicht bei Multimedikation und Komedikation mit geringer therapeutischer Breite.

* Aufgrund der Vielzahl der Nebenwirkungen und ihrer Variabilität zwischen den einzelnen Stoffen werden hier nur für die Wirkstoffgruppe typische UAW aufgeführt. Näheres siehe Fachinformationen oder spezielle Übersichtsliteratur.

Phytotherapeutika

Von den Phytopharmaka sind allein die Johanniskrautextrakte aufgrund ihrer häufigen Verordnung in Deutschland von Bedeutung (161). Die fehlende sichere Kenntnis davon, welche Substanzen über welchen Wirkungsmechanismus in diesem Vielstoffgemisch für die Wirkung verantwortlich sind, führt zu erheblichen Problemen der Standardisierung bzw. Normierung auf eine reproduzierbare Wirkstärke und damit auch zu Unsicherheiten in Bioverfügbarkeit und Bioäquivalenz der angebotenen Präparate. Daher gelten die Ergebnisse klinischer Studien nur für die in diesen Studien geprüften Präparate und erlauben keine Extrapolation auf die Mehrzahl der über 40 auf dem Markt befindlichen Johanniskrautpräparate. Während früher Hypericin als wesentlicher Wirkbestandteil angesehen und zur Standardisierung herangezogen wurde, gilt heute Hyperforin als diejenige Substanz, die vorrangig mit der antidepressiven Wirkung in Verbindung gebracht wird.

Zu Johanniskraut liegen mehrere Metaanalysen und systematische Reviews vor, die allerdings jüngere Studien nicht mehr berücksichtigen (91;162–167). Daher wurde im Rahmen der Erstellung dieser Leitlinie eine umfassende metaanalytische Bewertung unter Einschluss auch rezenter klinischer Studien durchgeführt. Von den 30 vorliegenden Studien (168–197) wiesen 16 grobe Mängel in der biometrischen Qualität auf (168;169;171;172;174–176;178–180;182;183;187–189;197). Die restlichen Studien zeigten zumeist keine oder nur leichte methodische Defizite.

Wirksamkeit bei leichter bis mittelgradiger Depression

 Sieben plazebokontrollierte Studien wurden in die metaanalytische Bewertung einbezogen, da sie keine oder nur leichte Qualitätsmängel aufwiesen (170;177;190;191;193–195). Im Ergebnis zeigte sich für Johanniskraut gegenüber Plazebo eine Verbesserung in der Hamilton-Depressions-Skala mit einer gewichteten Mittelwertsdifferenz von 3,8 Scorepunkten (95 %-Konfidenzintervall:

3,0–4,6) und im Anteil der Responder mit einer Odds Ratio 2,4 (1,9–3,1). Die Wirksamkeit von Johanniskraut muss daher als statistisch gesichert gelten. Generell fand sich jedoch eine statistisch signifikante Heterogenität in den Ergebnissen und eine deutliche Abhängigkeit des Effektschätzers von der Studienqualität, d. h. je schlechter die Qualität der Studien, desto größer stellt sich das Ausmaß der aufgezeigten Effekte dar und umgekehrt. Bei Betrachtung allein derjenigen Studien mit der besten methodischen Qualität (»biometrische Qualität: keine Mängel«) zeigt Johanniskraut nur einen marginalen Effekt unterhalb der von Montgomery definierten Relevanzschwelle (198). Hinzu kommt, dass sich aus dem »Funnel Plot« der Metaanalyse Hinweise auf einen Publication Bias ergeben, der zu einer Überschätzung des Therapieeffektes führt, sodass der Effekt von Johanniskraut insgesamt noch geringer sein dürfte. Eine nach Erstellung unserer Metaanalyse publizierte Studie erbringt aufgrund methodischer Defizite keine Änderungen der obigen Aussage (199).

Wirksamkeit bei mittelgradiger bis schwerer Depression

 Zur Beurteilung der Wirksamkeit von Johanniskraut bei mittelgradiger bis schwerer Depression liegen nur zwei plazebokontrollierte Studien vor, von denen eine Studie keine, die andere lediglich leichte Mängel der biometrischen Qualität aufwies (192;196). In keiner der beiden Studien zeigte sich Johanniskraut in den Wirksamkeitskriterien signifikant von Plazebo verschieden.

Wirksamkeit von Johanniskraut im Vergleich zu chemisch definierten Antidepressiva (NSMRI/SSRI)

 Zum Vergleich von Johanniskraut mit chemisch definierten Antidepressiva wie Amitriptylin, Imipramin, Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin liegen mehrere Äquivalenzstudien mit positiven (183;185;186;193;200;201), negativen (182;184;188), zum Teil aber auch nicht beurteilbaren (168;170;187;189) Ergeb-

nissen vor. Dazu erlauben einige Studien aufgrund grober Mängel ihrer biometrischen Qualität (182;183;188;202) oder zu niedriger Dosierung der Referenzsubstanzen kaum eine Bewertung (184;193). Für die Behandlung der Depression lässt sich aufgrund der starken und variablen Plazebo-Effekte die so genannte »Assay-Sensitivität« als wesentliche Voraussetzung für die Interpretierbarkeit von Äquivalenzstudien nur durch das Mitführen einer Plazebo-Kontrollgruppe garantieren (203;204). Dies war lediglich in einer Studie gegeben (193). Insgesamt kann aufgrund der inkonsistenten und unzureichenden Datenlage derzeit keine Aussage über die Vergleichbarkeit von Johanniskrautpräparaten und chemisch definierten Antidepressiva getroffen werden.

 Daten zur remissionsstabilisierenden Wirksamkeit liegen nicht vor.

Unerwünschte Wirkungen: siehe auch Tabelle 6e. Johanniskrautpräparate haben sich in den publizierten Studien als sehr gut verträglich erwiesen, obwohl die Ergebnisse der meist kleinen Studien für seltenere, evtl. aber auch schwerere Neben- oder Wechselwirkungen nur von sehr limitierter Aussagekraft sind (205). Zur oft erwähnten Phototoxizität existieren nur vereinzelte Berichte.

Von gesicherter klinischer Relevanz sind jedoch ausgeprägte **Wechselwirkungen**. Johanniskraut kann als **Induktor** von Isoenzymen des Cytochroms P450 zur **Wirkungsbeeinträchtigung** (inkl. oraler Kontrazeption) und gegebenenfalls bei Absetzen zur erhöhten Toxizität zahlreicher Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite wie z. B. Ciclosporin, Tacrolimus, Digoxin, Theophyllin, Antidepressiva (Amitriptylin, Nortriptylin), Antikoagulantien, Antikonvulsiva und mehreren HIV-wirksamen Arzneimitteln führen (206–210).

Zusammenfassung

Die Datenlage zum Beleg der antidepressiven Wirksamkeit von Johanniskraut

krautpräparaten ist insgesamt unzureichend (74;91;163;164;192;196;211). Aus den vorliegenden Studien lässt sich ein statistisch gesicherter Effekt von Johanniskraut bei leichter bis mittelgradiger Depression ableiten, wenn auch nicht sicher ist, ob der Effekt ein klinisch relevantes Ausmaß erreicht. Die Wirksamkeit bei schwerer Depression, bei Remissionsbehandlung wie auch die Vergleichbarkeit von Johanniskraut mit chemisch definierten Antidepressiva ist nicht hinreichend belegt. Ein Behandlungsversuch mit Johanniskraut erscheint daher allenfalls zur kurzzeitigen Behandlung leichterer Formen der Depression unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen (inkl. Wechselwirkungen) gerechtfertigt. Die Leitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) zur Depression bei Erwachsenen (22;28) bzw. Kindern und Jugendlichen (212; 213) raten aufgrund der mit diesen Präparaten verbundenen Unsicherheiten und potentiell schweren Wechselwirkungen von einer Verordnung ab.

Besonderheiten bei der Akutbehandlung von depressiven Episoden im Rahmen bipolarer affektiver Störungen:
siehe S. 28.

Auswahl des primären Antidepressivums für die Akutbehandlung depressiver Störungen

In Tabelle 6a–e sind die wichtigsten Antidepressiva mit Dosierungsempfehlungen aufgelistet.

Die Wirksamkeit der am häufigsten eingesetzten Wirkstoffgruppen NSMRI und SSRI kann auch für die hausärztliche Praxis als belegt angesehen werden (79;80). Klare Belege für Wirksamkeitsunterschiede der verschiedenen chemisch definierten Antidepressiva liegen nicht vor. Daher spielen zur Auswahl des optimalen Arzneimittels für den einzelnen Patienten folgende Faktoren die entscheidende Rolle:

- Individuelle Verträglichkeit (einschließlich Interaktionspotential)
- Überdosierungssicherheit
- Ansprechen in einer früheren Krankheitsperiode
- Handhabbarkeit
- Anwendungserfahrung
- Komorbidität und Komedikation
- Patientenpräferenzen
- Kosten

In Tabelle 7 sind einige dieser Auswahlkriterien aufgeführt. Über das weitere Vorgehen bei unzureichendem Ansprechen siehe S. 26.

Verträglichkeit

Die Beschreibung und Bewertung des Nebenwirkungspotentials verschiedener Arzneimittel gestaltet sich erheblich schwieriger als diejenige der erwünschten Wirkungen, die zumeist die Endpunkte der klinischen Studien darstellen. Hinzu kommt, dass Nebenwirkungen in einer großen Vielfalt, unterschiedlicher Häufigkeit und Latenz auftreten und mit kleineren klinischen Studien mit kurzer Dauer nur unzureichend erfasst werden können. Zum Vergleich von Wirkstoffen

bzw. Wirkstoffgruppen wie z. B. der NSMRI und der SSRI werden unter anderem auch die totalen oder nebenwirkungsbedingten Abbruchraten (Drop-Out) aus klinischen Studien als Surrogatparameter für die globale Verträglichkeit herangezogen. Die meisten Arbeiten, oft in Form systematischer Reviews und Metaanalysen zu diesen Studien, zeigten dabei ein etwas geringeres Nebenwirkungspotential der SSRI im Vergleich zu klassischen, älteren NSMRI und im Vergleich zu NSMRI insbesondere bei ambulanten Patienten (64;75;79;80;89;94;95;99;214–221). Bei stationären Patienten finden sich kaum Verträglichkeitsunterschiede zwischen SSRI und NSMRI. So zeigen sich auch in dem deutschen Spezialsystem zur Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten (AMSP) bezüglich der Häufigkeit schwerer UAW keine generellen Unterschiede zwischen den beiden Wirkstoffgruppen (222). **NSMRI und SSRI unterscheiden sich aber qualitativ im Nebenwirkungsprofil.** Insbesondere gravierende Komplikationen wie Delir, kardiale Blockbildungen und Rhythmusstörungen oder Harnverhalt sind unter NSMRI, nicht aber unter SSRI zu erwarten. Endpunktstudien (kardiovaskuläre Morbidität, Mortalität) zum direkten Vergleich von NSMRI und SSRI bei Patienten mit kardialen Erkrankungen liegen nicht vor. Wenige Daten weisen aber z. B. am Vergleich von Nortriptylin und Paroxetin bei Patienten mit chronisch ischämischer Herzerkrankung darauf hin, dass bei gleicher antidepressiver Wirksamkeit

Tabelle 7: Mögliche Entscheidungskriterien für die Verordnung verschiedener Antidepressiva-Gruppen (modifiziert nach Hegerl) (333)

	NSMRI	SSRI	SSNRI (Venlafaxin, Duloxetine)	Alpha ₂ - Antagonist (Mirtazapin)	MAO-A- Inhibitor (Moclobemid)
Überdosierungssicherheit	-	+	+	+	+
Sedierung	+	-	-	+	-
Lange Anwendungserfahrung	+	+/-	-	-	+/-
Leichte Handhabbarkeit	-	+	+	+	+

+ trifft zu
- trifft nicht zu

kardiovaskuläre Nebenwirkungen (Herzfrequenzanstieg, Orthostase, Erregungsleitungsstörung) bei Gabe des NSMRI auftreten, nicht jedoch unter dem SSRI (82;223). Zur kardiotoxischen Wirkung von NSMRI siehe auch Abschnitt »Ältere Patienten«.

Weitere Unterschiede im Nebenwirkungsprofil zwischen NSMRI und SSRI stellen sich wie folgt dar:

- **Unter NSMRI häufiger** als unter SSRI: Mundtrockenheit, Verstopfung, Benommenheit, Schwitzen, Schwindel, Sehstörungen (64;65;218).
- **Unter SSRI häufiger** als unter NSMRI: Übelkeit, Appetitlosigkeit, Durchfall, Schlafstörungen, Nervosität, Agitation, Angst (64;65;218).
- Zu **Kopfschmerz und Tremor** zeigen sich je nach Analyse entweder vergleichbare Häufigkeiten bei NSMRI und SSRI (218) oder ein geringgradig höheres Auftreten unter NSMRI beim Tremor bzw. unter SSRI beim Kopfschmerz (64;65).
- Motorische Unsicherheit und **Fallneigung** bei älteren Patienten scheinen unter NSMRI und SSRI gleich häufig aufzutreten (224–227).
- **Sexuelle Funktionsstörungen** sind eine häufige Funktionsstörung unter SSRI, treten jedoch auch unter NSMRI auf.
- Das **Blutungsrisiko** ist bei der Gabe von SSRI, insbesondere bei Kommedikation mit nichtsteroidalen Antirheumatika (inkl. niedrigdosierter Acetylsalicylsäure), erhöht, unter NSMRI nicht (siehe auch Abschnitt zu SSRI).
- Die **Fahrtauglichkeit**, Arbeits- und Reaktionsfähigkeit (auch Arbeit an Maschinen und in großen Höhen) können bei schweren Depressionen eingeschränkt sein. Die Fahrtauglichkeit wird durch SSRI und Moclobemid nicht oder deutlich weniger als unter NSMRI eingeschränkt.
- **Absetzsymptome** können prinzipiell beim plötzlichen Abbruch aller Antidepressiva, so auch von NSMRI besonders mit kurzer Halbwertszeit, auftreten. Vor allem beim raschen Absetzen einer Medikation mit SSRI oder SSNRI (Venlafaxin, Duloxetin) können Nebenwirkungen im Sinne

eines Serotonin-Absetz-Syndroms mit z. B. Schwindel, sensorischen Störungen, Angst, Schwitzen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen auftreten (228). Paroxetin und Venlafaxin scheinen dabei häufiger als andere SSRI mit derartigen Absetzreaktionen verbunden zu sein (229). Die Beendigung einer Behandlung sollte daher bei allen Antidepressiva ausschleichend, bei SSRI eventuell über mehrere Wochen, erfolgen (22;28; 229). Auch eine Therapie mit Lithiumsalzen muss über mehrere Monate ausschleichend beendet werden.

- Einige NSMRI (z. B. Amitriptylin, Doxepin), aber auch einige neuere Antidepressiva (z. B. Mirtazapin) haben **sedierende Eigenschaften**, was den Einsatz bei agitierten und schlafgestörten Patienten nahelegt. Ob bei Patienten mit agitiertem Depression sedierende Antidepressiva und bei gehemmt-depressiven Patienten eher aktivierende Antidepressiva tatsächlich Vorteile aufweisen, ist jedoch nicht belegt, sodass dieses Auswahlkriterium nur in Abhängigkeit von der individuellen Situation des Patienten inkl. seiner beruflichen Tätigkeit und seiner Präferenzen berücksichtigt werden kann (230).
- Unter einer Behandlung mit SSRI kann es, unter anderem bedingt durch exzitatorische Nebenwirkungen wie Agitiertheit oder Akathisie, zum Auftreten von akuter **Suizidalität** kommen (231). Ob dieses Risiko einer De-novo-Induktion oder Verstärkung einer Suizidalität unter einer Behandlung von erwachsenen depressiv erkrankten Patienten mit SSRI höher ist als nach anderen Antidepressiva oder unter einer Psychotherapie, lässt sich anhand der gegenwärtigen Datenlage nicht entscheiden (22;28) und wird kontrovers diskutiert (232). Mehrere Übersichten kontrollierter Studien (233–240), aber auch epidemiologische Untersuchungen (241) kommen zu dem Schluss, dass keine erhöhte Suizidalität unter SSRI vorliegt, andererseits schließt dies das

Vorhandensein seltener Nebenwirkungen bei entsprechend prädisponierten Patienten nicht aus (22;28;242;243). Zur Gabe bei Kindern siehe Abschnitt »Kinder und Jugendliche«.

Andere epidemiologische Studien fanden wiederum ein erhöhtes Risiko von SSRI im Vergleich zu NSMRI (244;245). Derzeit spricht bei allen Limitierungen der Datengrundlage vieles dafür, wie es auch das englische Committee on Safety of Medicines (CSM) in seinem Report zur Sicherheit von SSRI ausführt, dass es – obwohl ein Neuaufreten oder eine Verstärkung suizidaler Gedanken und selbstschädigender Handlungen unter der Behandlung mit SSRI nicht ausgeschlossen werden können – bislang keine ausreichende Evidenz für deutliche Unterschiede innerhalb der Gruppe der SSRI oder im Vergleich zu anderen Antidepressiva, insbesondere auch den NSMRI, gibt (229;246–249). Allerdings bleibt schwer verständlich, warum ein bei Jugendlichen bis 18 Jahre beobachtetes Risiko bei einem 20–30-jährigen nicht relevant sein sollte. Prinzipiell sollten diese Abwägungen nicht Anlass zur Zurückhaltung bei einer eindeutig indizierten Therapie mit Antidepressiva (Vorliegen einer mittelschweren/schweren Depression) sein. Sie unterstreichen jedoch die Bedeutung eines sehr sorgfältigen, engmaschigen Monitorings, besonders während der Einstellungsphase (vgl. zu dieser Thematik S. 25 u. 26).

Überdosierungssicherheit

(siehe auch Tabelle 7)

- Die geringe Überdosierungssicherheit von NSMRI im Vergleich zu SSRI und anderen neueren Antidepressiva kann bei multimeditierten oder hirnorganisch bzw. kardial vorgeschädigten Patienten zu lebensbedrohlichen Nebenwirkungen führen (z. B. Delir, Herzrhythmusstörungen). Deshalb empfiehlt sich insbesondere bei Risikopatienten und hohen Dosierungen die Kontrolle der Plasmaspiegel (im »Steady State«, d. h. ca. fünf bis sieben Tage nach Medika-

tionsbeginn oder Dosisänderung). Für Venlafaxin wird über eine geringere Überdosierungssicherheit im Vergleich zu SSRI berichtet (22;28).

- Bei suizidalen Patienten kann die Einnahme einer Wochenration von NSMRI letal sein. Bei SSRI und anderen neueren Antidepressiva werden auch hohe Dosen ohne bleibende Schäden überlebt. Bei ambulanten Patienten mit erhöhtem Suizidrisiko sind deshalb NSMRI nur mit entsprechender Vorsicht, wie z. B. Verschreibung kleiner Packungsgrößen, einzusetzen.

Ansprechen in einer früheren Krankheitsepisode

- Die Wirksamkeit und Verträglichkeit einer früheren Gabe von Antidepressiva sollte in die erneute Indikationsstellung einbezogen werden (64;74).

Handhabbarkeit

- Die NSMRI müssen individueller eingetitiert und kontrolliert werden als die SSRI oder andere neuere Antidepressiva (schrittweises Aufdosieren, Plasmaspiegel, EKG-Kontrollen). Allerdings ist auch bei SSRI und bei neueren Antidepressiva, wie z. B. Venlafaxin und Mirtazapin, ein schrittweises Aufdosieren empfehlenswert.

Anwendungserfahrung

- Die individuelle Anwendungserfahrung des Arztes mit einzelnen Antidepressiva sollte für die Wirkstoffauswahl eine entscheidende Rolle spielen (64;74).
- Obwohl für NSMRI als der ältesten zur Behandlung der Depression eingesetzten Wirkstoffgruppe weltweit die größte Erfahrung, auch bei Anwendung in der **Schwangerschaft**, besteht, gibt es mittlerweile auch für SSRI eine erweiterte Erfahrunggrundlage. Generell muss bei allen NSMRI und SSRI mit Anpassungsreaktionen in der Neonatalperiode gerechnet werden. Eine antidepressive Neueinstellung sollte entweder mit einem der länger eingeführten NSMRI (Amitriptylin, Clomipramin, Desipramin, Imipramin, Nortriptylin) oder mit den SSRI Sertralin oder

Citalopram vorgenommen werden (250–252). Eine bereits vorhandene stabile Medikation während der Schwangerschaft sollte beibehalten werden. Die Entbindung sollte in einem perinatologischen Zentrum erfolgen, um die bei einigen Kindern auftretenden Anpassungsstörungen behandeln zu können*.

Komorbidität und Komedikation

- Komorbidität siehe Abschnitt »Ältere Patienten« und Tabelle 8. Komedikation siehe unter Arzneimittelinteraktionen in Tabellen 6a–d.

Patientenpräferenzen

- Patienten reagieren physisch und psychisch unterschiedlich hinsichtlich Wirkung und Nebenwirkungen von Antidepressiva. Entsprechende Vorerfahrungen, insbesondere auch die individuelle Gewichtung der unerwünschten Wirkungen, sollten bei der Stoffauswahl berücksichtigt werden.

Kosten

- Für die Anwendung von NSMRI spricht neben der langjährigen Anwendungserfahrung der häufig niedrigere Preis, obwohl heute auch schon günstigere generische SSRI-Präparate zur Verfügung stehen.
- Die gelegentlich geäußerte Annahme, dass die höheren Arzneimittelkosten einer Behandlung mit SSRI durch geringere Gesamtbehandlungskosten kompensiert werden, wird bislang durch die Datenlage nicht hinreichend gestützt (253;254).

Zusammenfassung

- Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt konnten Unterschiede in der antidepressiven **Wirksamkeit** zwischen den einzelnen chemisch definierten Antidepressiva nicht sicher gezeigt

werden. Hierfür mögen auch studienmethodische Gründe verantwortlich sein.

- Die **Differentialindikation** zwischen NSMRI, SSRI und anderen Wirkstoffen ergibt sich daher aus der Berücksichtigung der oben genannten Auswahlkriterien, insbesondere der **unterschiedlichen Neben- und Wechselwirkungsprofile** von NSMRI und SSRI.
- Für viele Patienten in der hausärztlichen Praxis, insbesondere Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen oder höheren Alters (siehe Kapitel »Ältere Patienten«), sind **SSRI**, zum Teil auch neuere Antidepressiva aufgrund ihres hier oft günstigeren Nebenwirkungsprofils zu bevorzugen.
- Bei der Verordnung von **NSMRI** sind vor allem kardiovaskuläre Nebenwirkungen und die geringere Überdosierungssicherheit zu beachten. NSMRI mit besserer Verträglichkeit (wie z. B. Nortriptylin) werden verschiedentlich in der Literatur zur Behandlung gerade auch älterer Patienten bevorzugt.
- Ein Behandlungsversuch mit **Johanniskraut** erscheint in Anbetracht nachweislich wirksamer Alternativen allenfalls zur kurzzeitigen Behandlung leichter Formen der Depression unter Berücksichtigung der oben genannten Limitierungen und Wechselwirkungsrisiken gerechtfertigt.

Antipsychotika sind wegen ihres Nebenwirkungsprofils (Gefahr von Spätdyskinesien, Gewichtszunahme, Diabetes mellitus etc.) und ungenügenden Wirkungsnachweises im Wesentlichen nur bei wahnhaften Depressionen indiziert.

Benzodiazepine haben praktisch keine antidepressive Wirkung und sind für die Behandlung der Depression auch nicht zugelassen. Eine Zusatzmedikation erfolgt oft in der Absicht, die Wirkungslatenz von Antidepressiva bei Vorhandensein von Angst, Erregtheit oder Schlaflosigkeit zu überbrücken. Die klinische Relevanz von Ergebnissen aus Vergleichsstudien, die über günstige Wirkungen einer Kombination von Benzodiazepinen mit Antidepressiva

* Weitere Informationen zur Therapie mit Antidepressiva in der Schwangerschaft siehe auch unter www.frauen-und-psychiatrie.de sowie über entsprechende Beratungsstellen wie z. B. das Berliner Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie, Spandauer Damm 130, Haus 10B, 14050 Berlin, Tel: 030 3030 8111, Fax: 030 3030 8122, E-Mail: mail@embryotox.de, Internet: www.embryotox.de.

gegenüber einer Monotherapie mit Antidepressiva mit geringeren Abbruchraten und einem zumindest kurzfristig (bis zu vier Wochen) besseren Ansprechen auf die Pharmakotherapie berichten, wird widersprüchlich bewertet (22;28;255). Die Indikation von Benzodiazepinen muss letztlich im Individualfall geprüft und hinsichtlich möglicher Risiken (z. B. Sedierung, psychomotorische und kognitive Beeinträchtigung, Komedikation, Abhängigkeitspotential) diskutiert werden. Die Anwendung sollte aber nur kurzfristig (unter vier Wochen) erfolgen (22;28;65).

A2 Remissionsstabilisierende Erhaltungstherapie

Zur remissionsstabilisierenden Erhaltungstherapie bei Patienten mit unipolarer Depression wird nach erfolgreicher Akuttherapie das hierbei eingesetzte Antidepressivum in unveränderter Dosierung über einen Zeitraum von sechs Monaten weitergegeben (22;74;256;257). Eine Dosisreduktion impliziert ein erhöhtes Rückfallrisiko. Zur Beendigung der remissionsstabilisierenden Behandlung sollten Antidepressiva zur Vermeidung von Absetzsymptomen ausschleichend dosiert werden (74;258–260). Dabei ist engmaschig zu prüfen, ob depressive Symptome erneut auftreten, um gegebenenfalls die Dosis wieder zu erhöhen. Die Wichtigkeit des Therapieziels »Vollremission« ergibt sich auch daraus, dass bei Patienten mit nur teilweiser Remission das Rezidivrisiko deutlich erhöht ist (260).

 Die remissionsstabilisierende Wirkung ist für zahlreiche Antidepressiva belegt. Durch eine derartige Erhaltungstherapie kann das Rückfallrisiko um 70 % gesenkt werden (73;74;97;261–272).

B Rezidivprophylaxe

Die Ziele der Rezidivprophylaxe sind der Schutz gegen weitere Rezidive, die Verhinderung eines Suizids und der Entwicklung eines chronisch-depressi-

ven Zustands. Hierzu sollte im Allgemeinen fachärztliche Konsultation bzw. Mitbetreuung gesucht werden. Zu berücksichtigen sind dabei unter anderem das individuelle Rezidivrisiko entsprechend der bisherigen Phasenzahl und ihres zeitlichen Abstandes, die Schwere der Depression, vorausgegangene Suizidalität und das bisherige Ansprechen auf Antidepressiva bzw. Lithiumsalze. Medikamentös kommen die bereits in der Akuttherapie und Erhaltungstherapie wirksamen Antidepressiva und Dosierungen in Frage (92;273), bei ungenügendem Ansprechen oder Verträglichkeitsproblemen auch die Umstellung auf eine prophylaktische Lithiummedikation, die jedoch entsprechende Erfahrung bzw. fachärztliche Kompetenz erfordert. In Deutschland ist unter den Antidepressiva allein Venlafaxin explizit für die Rezidivprophylaxe zugelassen. Psychotherapeutisch stehen die interpersonelle Therapie (IPT) oder kognitive Verhaltenstherapie (KVT) für eine Rezidivprophylaxe zur Verfügung (74;84)*.

 Die wirksame Verhinderung von Rezidiven bei unipolaren Patienten durch eine Langzeitmedikation mit verschiedenen Antidepressiva ist gut belegt (84;274). Sowohl für NSMRI als auch für SSRI ist die Verhinderung von Rezidiven bei unipolaren Depressionen bei einer bis zweijährigen Medikation gegenüber Placebo nachgewiesen (74;84;275). In einigen viel zitierten Studien wurde dabei freilich die volle, zuvor akut verordnete Dosis, z. B. von Imipramin, weiterhin verabreicht (261;276;277).

 Für Lithiumsalze ist der phasenprophylaktische Effekt in neun

doppelblinden Studien an unipolaren und ebenso zahlreichen Studien an bipolaren Patienten eindeutig belegt (274;278–285). In einer prospektiven Studie, die Lithium mit der – in Deutschland für die Langzeitmedikation üblichen – Dosis von ca. 100 mg/Tag Amitriptylin verglich, war Lithium Amitriptylin überlegen (286).

Wenn es auch sinnvoll erscheint, eine in der akuten Phase erfolgreiche antidepressive Therapie als prophylaktische, unter Umständen also lebenslange Medikation fortzuführen, so werden doch die individuelle Verträglichkeit und das individuelle Suizidrisiko für die Therapieentscheidung eine wichtige Rolle spielen müssen (84).

 Im Falle der Unverträglichkeit von Lithium oder bei nicht ausreichendem Ansprechen kommt als zweite Wahl das Antikonvulsivum Carbamazepin in Frage (287–291). Lamotrigin ist zur Prophylaxe depressiver Episoden bei bipolar affektiven Erkrankungen zugelassen. Die Phasenprophylaxe bipolarer Erkrankungen sollte durch einen psychiatrischen Facharzt erfolgen. In neueren Studien wurde gezeigt, dass Lamotrigin vor allem zur Prävention depressiver Phasen geeignet ist, während Lithium eher manische Phasen verhindert (292). Es existieren jedoch auch interessante Hinweise, dass es sich bei Lamotrigin-Respondern um eine spezielle Subgruppe des bipolaren Spektrums handelt (293). Für unipolare Verläufe gibt es für diese Substanz keine systematischen Untersuchungen.

 Für andere Antikonvulsiva wie z. B. Valproat, Gabapentin oder Topiramidat wurde eine rezidivprophylaktische Wirksamkeit weder bei unipolaren noch bei bipolaren Störungen hinreichend nachgewiesen. Für das in den USA viel verwandte, in Deutschland für die Langzeitprophylaxe affektiver Störungen kürzlich – aus Sicht der AkdÄ ohne hinreichende Evidenz – zugelassene Valproat liegt ein negatives Cochrane Review vor (294). Auch zeigte eine große Studie am Material

* Wenn auch zahlreiche kontrollierte Studien die Wirksamkeit dieser verschiedenen therapeutischen Optionen belegen, so besteht doch ein grundsätzliches methodisches Problem darin, dass deren Dauer aus praktischen Gründen meist nicht über maximal zwei Jahre hinausreicht, wodurch die Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse, aber auch z. B. die Schlussfolgerungen eines viel zitierten Cochrane Reviews, begrenzt sind. Für die Beurteilung der tatsächlichen Effektivität verschiedener Strategien muss deshalb auf die Ergebnisse gut dokumentierter umfangreicher Langzeitkatamnesen zurückgegriffen werden, wie sie für die Langzeitmedikation mit Lithiumsalzen, bedauerlicherweise aber nicht mit Antidepressiva vorliegen.

zweier amerikanischer Versicherungen ein 2,7fach erhöhtes Suizidrisiko bei Patienten mit Valproat im Vergleich zur Lithiummedikation (295).

Der Stellenwert, d. h. die Nutzen-Risiko-Relation, atypischer Neuroleptika in der langfristigen Sekundärprophylaxe bipolarer Störungen lässt sich derzeit nicht ausreichend beurteilen, obwohl einige Studien positive Ergebnisse gebracht haben.

Auch für die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Therapie liegen Belege für eine rückfallverhütende Wirkung vor (262;277;296).

Die notwendige Berücksichtigung des zweiten Prophylaxeziels »Verhinderung eines Suizides« wird bislang zu wenig beachtet.



Es wurde bislang nicht ausreichend belegt, dass eine Langzeitmedikation mit Antidepressiva die zu erwartende Rate suizidaler Handlungen vermindern kann.



Jedoch existieren eine Reihe übereinstimmender retrospektiver Untersuchungen, eine kontrollierte prospektive Studie sowie eine Metaanalyse kontrollierter Studien, die insgesamt sehr wahrscheinlich machen, dass eine Medikation mit Lithiumsalzen die Zahl von Suiziden und Suizidversuchen bei unipolaren und bipolaren Patienten signifikant vermindern und die sonst um das Zwei- bis Dreifache erhöhte Mortalität von Patienten mit affektiven Störungen normalisieren kann (281; 283;295;297–304). In einer prospektiven Studie zeigte sich diesbezüglich eine sehr deutliche Überlegenheit von Lithium gegenüber Carbamazepin (305;306).

Deshalb sollte insbesondere bei Patienten mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte die Möglichkeit einer Langzeitmedikation mit Lithium besonders sorgfältig geprüft werden.

Praktische Aspekte der Durchführung der Pharmakotherapie

Viele antidepressive Behandlungen scheitern an Compliance-Problemen.

Die Gründe hierfür liegen

- in der Erkrankung selbst (»keine Energie zur Therapie«, Resignation),
- in der Angst vor (dem Erleben von) Nebenwirkungen,
- im nachlassenden Leidensdruck bei Wirkungseintritt der Behandlung,
- in der Angst, abhängig zu werden oder sich in seiner Persönlichkeit zu verändern,
- in der Diskordanz zwischen Krankheitskonzepten der Patienten und der Psychiatrie,
- im Vergessen der Tabletteneinnahme.

Eine **intensive Aufklärung** und **engmaschige Betreuung** (initial zweimal pro Woche, dann einmal wöchentlich) in den ersten vier Wochen ist zu empfehlen.

Wichtige Inhalte des Aufklärungsgesprächs sind:

1. Es muss versucht werden, dem Patienten ein modernes, wissenschaftliches Krankheitsmodell der Depression zu vermitteln. Bei schweren Depressionen ist meist die Betonung der biologischen Ursachen von Depressionen hilfreich, da dies den Patienten vom Gefühl der Schuld und des persönlichen Versagens entlastet und den Einsatz von Antidepressiva plausibel macht. Auf die Wirkung des Antidepressivums auf »Botenstoffe im Gehirn« sollte hingewiesen werden.
2. Der Patient sollte darüber informiert werden, dass mit einer Wirklatenz von ca. 14 Tagen zu rechnen ist und Nebenwirkungen oft am Anfang der Behandlung im Vordergrund stehen.
3. Auf eine sorgfältige Aufklärung hinsichtlich Nebenwirkungen darf nicht verzichtet werden. Diese sollten vom Arzt direkt angesprochen werden, mit dem Hinweis auf ihre zum Teil vorübergehende Natur sowie mit einer Gewichtung hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit und Häufigkeit.

4. Von vorn herein sollte auch die Behandlungsdauer thematisiert werden, z. B. dass auch nach Abklingen der depressiven Symptomatik ein Antidepressivum zur Remissionsstabilisierung mindestens für sechs Monate weiter eingenommen werden sollte, da sonst das Risiko eines Rückfalls besteht.

Vorteilhaft und Compliance fördernd ist auch die **Einbindung der Angehörigen**.

In Anbetracht des Zeitbudgets in der hausärztlichen Versorgung sind für die Vermittlung eines medizinischen Krankheitskonzeptes und zur Verbesserung der Compliance ein Informationsvideo sowie Informationsbroschüren zum Thema Depression für Patienten und deren Angehörige hilfreich. Auch der Hinweis auf die Internetseite www.kompetenznetz-depression.de (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung) kann für Patienten hilfreich sein. Auf dieser Seite sind Informationen zum Thema Depression, ein Selbsttest, Notfalladressen, eine Informationsbroschüre und Erfahrungsberichte von Betroffenen sowie ein fachärztlich moderiertes Diskussionsforum zu finden.

Labor- und technische Untersuchungen zu Beginn und im Verlauf der Therapie mit Antidepressiva

Vor und unter der Behandlung mit Antidepressiva ist die Untersuchung des Blutbildes und der Leberwerte zu empfehlen. Bei NSMRI und SSNRI sind Blutdruckmessungen zu Behandlungsbeginn und im Therapieverlauf erforderlich. Wegen der chinidinartigen Effekte von NSMRI auf die Reizleitung mit der Gefahr von Blockbildungen und Arrhythmien sind vor Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosierung und Risiko auch im weiteren Verlauf EKG-Kontrollen notwendig.

Bei Gabe von Lithium sind zudem die Kreatinin- und Schilddrüsenwerte (TSH, T₃, T₄), unter Mirtazapin auch Gewichtskontrollen wichtig. Das EEG kann für die Erkennung von Neurotoxizität hilfreich sein (insbesondere bei älteren Patienten und bei kombinierter Medikation).

Dosierung

Initiale und Standarddosierungen sind in Tabelle 6 gelistet. Grundsätzlich gilt, dass bei jedem Patienten mit der niedrigen, in der Tabelle als »Anfangsdosis« bezeichneten Tagesdosis begonnen werden sollte. Bei älteren Patienten sollte diese Anfangsdosis halbiert und gegebenenfalls langsam aufdosiert werden. Bessert sich der Zustand des Patienten, dann ist von weiteren Erhöhungen abzusehen. Bei mangelndem Ansprechen auf die empfohlene Initialdosis (siehe Tabellen 6a–e) ist gegebenenfalls bei NSMRI in Abhängigkeit von Plasmaspiegel und Verträglichkeit eine Dosiserhöhung zu erwägen. Für die Mehrzahl der SSRI und neueren Antidepressiva mit Ausnahme von Venlafaxin findet sich allerdings kein hinreichender Beleg für den Nutzen einer Dosiserhöhung (229;307–310). Die Patienten sollten gerade in der Einstellungsphase auf ein SSRI sorgfältig hinsichtlich potentieller Nebenwirkungen wie Ruhelosigkeit und Agitation beobachtet werden (229). Die Applikation erfolgt in der Regel per os. Belege für eine bessere Wirksamkeit einer Infusionsbehandlung liegen nicht vor. Eine Beendigung der Medikation sollte generell ausschleichend (über eine Woche) erfolgen, da sonst mit Absetzeffekten zu rechnen ist (siehe oben).

Plasmaspiegelkontrollen

Plasmaspiegelkontrollen sind insbesondere bei Gabe von NSMRI zu empfehlen (im »Steady State«, d. h. ca. fünf Tage nach Medikationsbeginn oder Dosisänderung). Bei SSRI liegen keine so klaren Beziehungen von Plasmaspiegel, Wirksamkeit oder Toxizität vor wie bei NSMRI (65;311;312). Grundsätzlich anzuraten sind Plasmaspiegelkontrollen bei Hochdosisbehandlung, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und Non-Respondern bzw. Compliance-Problemen (Empfehlungsgrad zur Plasmaspiegelbestimmung für die einzelnen Antidepressiva siehe Tabellen 6a–6e).

Maßnahmen bei unzureichendem Therapieansprechen

Therapieresistenz wird im Allgemeinen definiert als ein unzureichendes Ansprechen einer adäquaten Behandlung mit zumindest einem nachweislich wirksamen Arzneimittel in ausreichender Dosis und Dauer (121;212;213;313;314). Nach den jeweils eingesetzten Maßnahmen (z. B. Umstellung oder Kombination von Antidepressiva, Augmentation) kann unter Umständen weiter in verschiedene Stadien differenziert werden (121;313), wobei höhere Stadien der Therapieresistenz fachärztlicher Beratung bedürfen (Tabelle 5).

Etwa ein Drittel aller Patienten respondiert nicht ausreichend auf das primär eingesetzte Antidepressivum (65;212;213;309;313). Noch gravierender ist die Beobachtung, dass mehr als die Hälfte der Patienten nach acht Wochen antidepressiver Behandlung keine Vollremission erreichen (314). Wenn ein Patient nach zwei bis vier Wochen keinerlei Besserung zeigt, sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass er danach noch anspricht. Im Falle des initialen Nichtansprechens sollte nach spätestens sechs Wochen fachärztlicher Rat gesucht (Tabelle 5) bzw. folgendermaßen vorgegangen werden:

Eine Plasmaspiegelbestimmung informiert gegebenenfalls darüber, ob der Patient sich im therapeutischen Bereich befindet (Tabellen 6a–6e). Eine Dosisanpassung bzw. Diskussion der Compliance mit dem Patienten ist eventuell angebracht. Auch die Diagnose sollte noch einmal überprüft werden.

Prinzipiell kommt bei mangelndem Ansprechen der **Wechsel auf ein Antidepressivum einer anderen (oder der gleichen) Wirkstoffgruppe** oder eine Augmentationsstrategie (z. B. mit Lithium) in Frage (65;212;213;315). Beide Strategien haben Vor- und Nachteile. Ergebnisse aus zumeist offenen Studien weisen darauf hin, dass etwa 50 % der Patienten bei einem Wechsel des Antidepressivums ansprechen (65;212;213;309;313;315). In einer jüngeren vom National Institute of Mental Health geförderten Studie an 727 ambulanten Patienten, die auf Citalopram nicht ansprachen oder dieses nicht vertrugen, konnte nach

Wechsel auf ein anderes Antidepressivum (Bupropion, Venlafaxin, Sertralin) unabhängig von der Wirkstoffgruppe eine Remissionsrate von etwa 25 % erreicht werden (316). Freilich muss methodisch das Eintreten einer Spontanremission bei verlängerter Beobachtungsdauer berücksichtigt werden. Einen sicheren Beleg anhand einer ausreichenden Zahl methodisch hochwertiger Studien gibt es hierfür jedoch nicht (212;213). Desgleichen fehlen systematische klinische Untersuchungen, die die Effektivität einer Umstellung des Antidepressivums mit derjenigen der Augmentation, deren Wirksamkeit gut belegt ist (siehe unten), vergleichen (317).

Der Vorteil des Umsetzens auf ein anderes Antidepressivum besteht darin, dass unter Beibehaltung einer Monotherapie und möglicherweise einer besseren Compliance als bei Verabreichung von zwei Pharmaka auch ein geringeres Risiko von Nebenwirkungen und Wechselwirkungen erwartet werden kann (121;317). Der Nachteil ist, dass nochmals die unter Umständen lange Latenzzeit für das neu gewählte Antidepressivum durchlaufen werden muss.

Augmentation

Bei Non-Response ist die Wirksamkeit einer Zugabe von **Lithiumsalzen** zur bisherigen Behandlung mit einem Antidepressivum (Augmentationsstrategie) in mehreren kontrollierten Studien gut belegt (314;318;319). Bis zur Beurteilung der Wirksamkeit sollte eine Lithiumaugmentation mindestens zwei Wochen lang mit therapeutisch wirksamen Lithiumspiegeln durchgeführt werden (318).

Die Wirksamkeit der Augmentationsstrategie mit Schilddrüsenhormonen (Trijodthyronin, Levothyroxin) ist nicht in gleicher Weise wie die Lithiumaugmentation belegt (320).

Der Vorteil der Augmentationsverfahren ist ein rascher Wirkungseintritt (317). Nachteile bestehen in den zusätzlichen Neben- und Wechselwirkungen von Lithium (Tabelle 6e) und Schilddrüsenhormonen (insbesondere kardiovaskulär). Die Lithiumtherapie erfordert ausreichende Erfahrungen und Plasma-

spiegelkontrollen. Eine Augmentations-therapie mit Schilddrüsenhormonen (Trijodthyronin, Levothyroxin) sollte nur in der fachärztlichen Praxis erfolgen.

Besondere Patienten- gruppen oder Erkrankungsformen

Kinder und Jugendliche

Zur medikamentösen Behandlung der Depression bei Kindern und Jugendlichen liegen bedeutend weniger klinische Studien als für Erwachsene vor (64;97).

In den letzten Jahren wurde die Datenlage zu Nutzen und Risiken einer Therapie mit Antidepressiva im Kindes- und Jugendalter auch von mehreren regulatorischen Institutionen geprüft. Dabei wird die Nutzen-Risiko-Balance für die Mehrzahl der Antidepressiva als ungünstig oder nicht hinreichend nachgewiesen angesehen. So bezeichnete das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in einer Arzneimittelschnellinformation (ASI) Paroxetin bei unter 18-Jährigen als kontraindiziert, da es bei Depressionen im Kindesalter nicht wirksam sei und möglicherweise die Suizidneigung erhöhe (321;322). Zu Venlafaxin wurde ein ähnlicher Warnhinweis vom Hersteller versandt. Im Report des englischen Committee on Safety of Medicines (CSM) zur Sicherheit von SSRI wird darüber hinaus anhand der Ergebnisse aus klinischen Studien eine ungünstige Nutzen-Risiko-Balance bei unter 18-Jährigen auch für Sertralin, Citalopram, Escitalopram und Mirtazapin angenommen, bei Fluvoxamin wird die Datenlage als unzureichend für eine Bewertung beschrieben (229;323). Nach Aussagen der European Medicines Agency (EMA) sollten im Allgemeinen SSRI und SSNRI in dieser Altersgruppe nicht angewendet werden, da klinische Studien ein erhöhtes Risiko suizidalen Verhaltens wie z. B. Selbstmordversuche und Suizidgedanken gezeigt haben (324). Für SSRI und SNRI erließ das BfArM im September 2005 einen Stufenplan II zur Abwehr von Arzneimittelrisiken und ordnete damit die Aufnahme von Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für

die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren an (siehe entsprechende Fachinformationen) (325). Bei Anwendung von NSMRI sind im Kindes- und Jugendalter kaum günstigere Ergebnisse als unter Placebo zu erwarten (212;213;326).

In der Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) vom September 2005 zur Depression bei Kindern und Jugendlichen (212;213) wird bei leichter Depression zunächst beobachtendes Abwarten, danach – falls keine Remission eintritt – Psychotherapie, aber ausdrücklich keine initiale medikamentöse Behandlung empfohlen. Bei erfolgloser psychotherapeutischer Intervention einer leichten oder mittelgradig bis schweren Depression wird eine zusätzliche medikamentöse Behandlung angeraten. Hierfür wird Fluoxetin als Arzneimittel der ersten Wahl – immer in Kombination mit einer Psychotherapie – empfohlen. Nur bei Unverträglichkeit oder Unwirksamkeit von Fluoxetin im individuellen Fall sollte auf die Arzneimittel der zweiten Wahl (Sertralin oder Citalopram) zurückgegriffen werden. Die Behandlung muss immer von einer engmaschigen Kontrolle hinsichtlich Symptomatik, Nebenwirkungen und Suizidrisiko begleitet sein. Explizit nicht empfohlen für Kinder und Jugendliche werden von NICE Paroxetin, Venlafaxin, NSMRI und Johanniskraut (212;213).

 Für Fluoxetin liegen die Ergebnisse mehrerer Studien zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter vor, die in der Mehrzahl eine Wirksamkeit in dieser Indikation zeigen (327–331). In der Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) fand sich bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 12–17 Jahren die beste antidepressive Wirksamkeit bei einer kombinierten Behandlung bestehend aus Fluoxetin und kognitiver Verhaltenstherapie (327;328). Auffällig war in dieser Studie – trotz behandlungsbedingter Reduktion suizidaler Gedanken – ein erhöhtes Risiko für selbstschädigende Handlungen bei denjenigen Patienten, die Fluoxetin erhielten. Möglicherweise hängt dies mit einer

SSRI-bedingten erhöhten Aktivität, Reizbarkeit und Erregung zusammen. Fluoxetin, das auch von der FDA zur Behandlung der Depression bei Kindern zugelassen ist, wird von NICE als das einzige Antidepressivum bewertet, für das aufgrund der verfügbaren Evidenz aus klinischen Studien eine positive Nutzen-Risiko-Bilanz als belegt angesehen werden kann (212;213). Diese Aussagen werden auch durch den Report des Committee on Safety of Medicines (CSM) zur Sicherheit von SSRI gestützt (229).

Ältere Patienten

 Die Wirksamkeit von Antidepressiva ist auch für ältere Patienten belegt. Wirksamkeitsunterschiede zwischen den beiden großen Antidepressivagruppen NSMRI und SSRI, aber auch zu anderen und neueren Antidepressiva (z. B. Moclobemid, Venlafaxin, Mirtazapin, Reboxetin) wurden bislang nicht nachgewiesen (22;28;64;65;73;77;78;91;99;332–334).

Bei ähnlicher Wirksamkeit muss sich die Substanzauswahl daher am Neben- und Wechselwirkungspotential orientieren. Dabei erfordern erhöhtes Nebenwirkungsrisiko und Multimedikation bei älteren Menschen (siehe auch Tabelle 8) detaillierte Kenntnisse für die Pharmakotherapie der Depression (335;336). Eine konsequente Behandlung ist aber gerade bei alten Menschen nötig, da nicht nur die Risiken der Behandlung, sondern auch die der Nichtbehandlung erhöht sind. Eine fachärztliche Mitbetreuung dürfte in vielen Fällen empfehlenswert sein.

Bei der Analyse der Ergebnisse klinischer Studien finden sich in einigen Arbeiten keine Unterschiede hinsichtlich der globalen Verträglichkeit von NSMRI und SSRI bei älteren Menschen, in anderen wird über eine insgesamt bessere Verträglichkeit von SSRI berichtet (65;74;77;78;84;99;220;223;335;337).

Entscheidend für die Wirkstoffauswahl, insbesondere beim älteren Menschen, ist somit die individuelle Eignung des Nebenwirkungsprofils. Dies gilt vor allem für die Behandlung der oft kardial

und hirnganisch vorgeschädigten Patienten mit **NSMRI**, die nachteilige kardiovaskuläre Wirkungen (orthostatische Hypotonie) (338–340) oder Erregungsleitungsstörungen (13;81;341) aufweisen können (82). Von Bedeutung sind im höheren Alter weiterhin anticholinerge Nebenwirkungen der NSMRI (ausgeprägt insbesondere bei Amtriptylin, Clomipramin, Doxepin, Imipramin, Maprotilin) wie Harnverhalt bei Patienten mit benigner Prostatahyperplasie, Verwirrheitszustände, Delir und kognitive Beeinträchtigungen (342). Cave: Kombination von NSMRI mit anderen anticholinerg wirkenden Substanzen wie z. B. Antihistaminika, niederpotenten Neuroleptika! Nortriptylin scheint aufgrund seiner selteneren orthostatischen Reaktionen bei älteren Menschen besser verträglich als andere NSMRI zu sein (65;74;83;84;92).

Ergebnisse klinischer Studien zum direkten Vergleich von NSMRI und SSRI bei älteren Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen sind rar. Die vorliegenden Daten zu älteren Patienten mit Depression und chronisch ischämischer Herzerkrankung weisen beim Vergleich von Nortriptylin mit Paroxetin, wie auch anhand der pharmakodynamischen Eigenschaften erklärbar, auf eine bessere kardiovaskuläre Verträglichkeit des SSRI hin (13;223). Die anticholinerge Potenz von Nortriptylin ist nach einer Doppelblindstudie bei älteren Patienten mit Depression fünffach höher als diejenige von Paroxetin (343). Aus diesen Gründen werden bei älteren Patienten häufig SSRI und andere neuere Antidepressiva bevorzugt eingesetzt. Andererseits sind auch die spezifischen Nebenwirkungen der SSRI, z. B. Hyponatriämie (siehe Abschnitt »Verträglichkeit«), und das Interaktionspotential (Cave: Multimedikation im Alter!) einiger SSRI zu beachten. Neurotoxische Reaktionen unter Lithiumsalzen sind häufiger bei älteren Patienten und insbesondere in Kombination mit anderen Psychopharmaka (Neuroleptika!) beschrieben worden (344).

Hinsichtlich des bei älteren Menschen auch durch Psychopharmaka erhöhten und wegen der Gefahr von Schenkelhalsfrakturen besonders gefährlichen **Sturzrisikos** scheint kein Unterschied

zwischen NSMRI und SSRI zu bestehen (225–227;345–347).

Die Ergebnisse aus kontrollierten Studien zur antidepressiven Behandlung bei körperlichen Begleiterkrankungen (z. B. KHK, Diabetes mellitus, Demenz, Parkinson-Krankheit) sind unzureichend (348). Zur Behandlung depressiver Syndrome bei Demenz siehe auch Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Therapie der Demenz (349).

Zusammenfassung

Zur Behandlung depressiver Syndrome bei älteren Patienten stehen verschiedene Wirkstoffgruppen ähnlicher Wirksamkeit wie z. B. NSMRI und SSRI zur Verfügung. Für viele ältere, besonders in ambulanter Behandlung befindliche Patienten werden oft in Abhängigkeit von Komorbidität und Komedikation Antidepressiva mit einem geeigneten Nebenwirkungsprofil, wie z. B. SSRI, Moclobemid oder bestimmte neuere Substanzen, zu bevorzugen sein. Bei der Verschreibung von Antidepressiva vom Typ der NSMRI, aber auch bei neueren Antidepressiva (kardiovaskuläre Reaktionen unter SNRI; siehe oben) sind Nebenwirkungen sorgfältig zu beobachten. Für ältere depressive Patienten, nicht dagegen für die Gesamtgruppe depressiver Patienten, ist die Kombination von interpersoneller Therapie

und Pharmakotherapie der jeweiligen Monotherapie hinsichtlich der rückfallverhütenden Wirkung überlegen (262;350).

Wahnhafte Depression

Bei wahnhaften Depressionen wird oft die Kombination von Antidepressiva mit einem Neuroleptikum angewandt (22;28;65). Diese Empfehlung ist auf die allgemeinen klinischen Erfahrungen und weniger auf stringente klinische Studien begründet. Bei Patienten mit wahnhafter Depression ist eine fachärztliche Mitbetreuung nötig.

Akute Depression im Rahmen einer bipolaren Störung (manisch-depressive Erkrankung)

Depressionen sind im Verlauf einer bipolaren Störung häufiger als Manien. Ihre optimale Behandlung wird kontrovers diskutiert. Während in Europa traditionell der Medikation mit Antidepressiva der Vorzug gegeben wird (351), ist es in den USA üblich, für diese Indikation primär Stimmungsstabilisierer einzusetzen (Lithium bzw. bestimmte Antikonvulsiva wie z. B. Lamotrigin), um dadurch das am meisten befürchtete Risiko einer Therapie mit Antidepressiva, nämlich den Umschlag in eine Manie bzw. in ein »Rapid-cycling«, zu reduzieren (352). NSMRI werden auf der Basis widersprechender Befunde diesbezüg-

Tabelle 8: Gründe für erhöhtes Nebenwirkungsrisiko von Antidepressiva bei alten Menschen (333)

- Erhöhte Wirkspiegel bei reduzierter Clearance
 - gehäuft im Alter
 - bei Komorbidität (z. B. Leberfunktionsstörungen)
 - als Folge von pharmakokinetischen Wechselwirkungen
- Erhöhte oder wechselnde Wirkspiegel durch Fehleinnahme (kognitive Störungen, Multimedikation)
- Pharmakodynamische Faktoren wie
 - verringerte Homöostase-Kapazität
 - Arzneimittelinteraktionen (z. B. bei anticholinerg wirkenden Substanzen)
- Erhöhte Folgerisiken von Nebenwirkungen wie
 - Orthostase → Sturz → Schenkelhalsfraktur
 - Sedierung → Inaktivität → Bettlägerigkeit

lich im Vergleich zu SSRI als gefährlicher angesehen (353). Nordamerikanische Empfehlungen favorisieren deshalb einen sehr zurückhaltenden, zeitlich stark begrenzten Einsatz von Antidepressiva, gegebenenfalls in Kombination mit z. B. Lithiumsalzen (354).

Bei Patienten mit manischen Phasen, die zu sozialen Problemen oder anderen gravierenden Beeinträchtigungen führen (bipolare affektive Erkrankungen Typ I), sollte eine Antidepressivabehandlung vorzugsweise in Kombination mit einem Phasenprophylaktikum durchgeführt werden, um ein Umschlagen der Depression in eine Manie aufgrund der Behandlung zu verhindern (355). Hierfür kommen in erster Linie Lithiumsalze in Betracht. Bei Patienten, die lediglich hypomane Phasen entwickeln, die zu keinen relevanten Folgen führen (bipolare affektive Erkrankungen Typ II), kann aufgrund der relativen Stabilität der diagnostischen Subtypen (356) auf eine solche Kombination verzichtet werden. Die Verordnung von Lithiumsalzen und ihr adäquates Monitoring erfordern im Allgemeinen fachärztliche Kompetenz.

- 1 Murray CJ, Lopez AD: Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murray CJ, Lopez AD (Hrsg.): The global burden of disease. Global burden of disease and injury series. Harvard: Harvard University Press, 1997; 201-246.
- 2 Wittchen HU, Müller N, Schmidt-Kunz B et al.: Erscheinungsformen, Häufigkeiten und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys »Psychische Störungen«. MMW Fortschr Med 2000; 118 (Suppl. I): 4-10.
- 3 Wittchen HU, Winter S, Höfler M et al.: Häufigkeit und Erkennensrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. MMW Fortschr Med 2000; 118 (Suppl. I): 22-30.
- 4 Harris EC, Barraclough B: Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry 1998; 173: 11-53.
- 5 Penninx BW, Geerlings SW, Deeg DJ et al.: Minor and major depression and the risk of death in older persons. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 889-895.
- 6 Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE: A systematic review of the mortality of depression. Psychosom Med 1999; 61: 6-17.
- 7 Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB: The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 580-592.
- 8 Barefoot JC, Schroll M: Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in community sample. Circulation 1996; 93: 1976-1980.
- 9 Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA et al.: Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. Lancet 2003; 362: 604-609.
- 10 Carney RM, Rich MW, Freedland KE et al.: Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. Psychosom Med 1988; 50: 627-633.
- 11 Carney RM, Freedland KE: Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biol Psychiatry 2003; 54: 241-247.
- 12 Rabins PV, Harvis K, Koven S: High fatality rates of late-life depression associated with cardiovascular disease. J Affect Disord 1985; 9: 165-167.
- 13 Roose SP: Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the psychiatrist's perspective. J Clin Psychiatry 2001; 62 Suppl 8: 19-22.
- 14 Berkman LF, Blumenthal J, Burg M et al.: Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. JAMA 2003; 289: 3106-3116.
- 15 Carney RM, Jaffe AS: Treatment of depression following acute myocardial infarction. JAMA 2002; 288: 750-751.
- 16 Frasure-Smith N, Lesperance F: Depression--a cardiac risk factor in search of a treatment. JAMA 2003; 289: 3171-3173.
- 17 Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM et al.: Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. JAMA 2002; 288: 701-709.
- 18 Glassman AH: Does treating post-myocardial infarction depression reduce medical mortality? Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 711-712.
- 19 Taylor CB, Youngblood ME, Catellier D et al.: Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 792-798.
- 20 Ahrens B, Muller-Oerlinghausen B, Schou M et al.: Excess cardiovascular and suicide mortality of affective disorders may be reduced by lithium prophylaxis. J Affect Disord 1995; 33: 67-75.
- 21 U.S. Preventive Services Task Force: Screening for depression: recommendations and rationale. Ann Intern Med 2002; 136: 760-764.
- 22 National Institute for Clinical Excellence: Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 23. Full version. December 2004.
- 23 Gilbody S, House A, Sheldon T, Gilbody S: Screening and case finding instruments for depression. Cochrane Database Syst Rev 2005; CD002792.
- 24 Gilbody SM, House AO, Sheldon TA: Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. BMJ 2001; 322: 406-409.
- 25 Palmer SC, Coyne JC: Screening for depression in medical care: pitfalls, alternatives, and revised priorities. J Psychosom Res 2003; 54: 279-287.
- 26 Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL et al.: Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 136: 765-776.
- 27 Williams JW, Jr., Noel PH, Cordes JA et al.: Is this patient clinically depressed? JAMA 2002; 287: 1160-1170.
- 28 National Institute for Clinical Excellence: Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. December 2004.
- 29 Mastering depression in primary care (version 22): World Health Organization, WHO, Regional Office for Europe Psychiatric Research Unit, Frederiksberg General Hospital 2005.
- 30 Wellbeing measures in primary health care / The deprecare projekt. Stockholm, Sweden. Report on an WHO Meeting 1998.
- 31 Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W: Manual (Komplettversion und Kurzform): Autorisierte deutsche Version des »Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)«. 2. Aufl.; Pfizer, 2002.
- 32 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB: Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999; 282: 1737-1744.
- 33 Henkel V, Mergl R, Kohnen R et al.: Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. BMJ 2003; 326: 200-201.
- 34 Henkel V, Mergl R, Coyne JC et al.: Screening for depression in primary care: will one or two items suffice? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004; 254: 215-223.
- 35 Primack BA: The WHO-5 Wellbeing Index performed the best in screening for depression in primary care. ACP J Club 2003; 139: 48.
- 36 Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS: Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997; 12: 439-445.
- 37 Härter M, Bermejo I, Schneider F et al.: Versorgungsleitlinie zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2003; 97: 16-35.
- 38 Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen. 2. Auflage. Arzneiverordnung in der Praxis (Therapieempfehlungen), Oktober 2003; Band 30, Sonderheft 4.
- 39 Blackburn IM, Moore RG: Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. Br J Psychiatry 1997; 171: 328-334.
- 40 DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD: Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. Am J Psychiatry 1999; 156: 1007-1013.
- 41 Dobson KS: A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 1989; 57: 414-419.
- 42 Elkin I, Shea MT, Watkins JT et al.: National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 971-982.
- 43 Gaffan EA, Tsaousis I, Kemp-Wheeler SM: Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 1995; 63: 966-980.
- 44 Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM: A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. J Affect Disord 1998; 49: 59-72.
- 45 Hollon SD, DeRubeis RJ, Evans MD et al.: Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 774-781.
- 46 Jarrett RB, Rush AJ: Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions. Psychiatry 1994; 57: 115-132.
- 47 Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES: Interpersonal psychotherapy of depression. 1984. Basic Books, New York.
- 48 Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ et al.: Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 913-919.

- 49 Eastman CI, Young MA, Fogg LF et al.: Bright light treatment of winter depression: a placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 883-889.
- 50 Lam RW, Levitt AJ, editors: Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder. Vancouver (BC): Clinical & Academic Publishing, 1999.
- 51 Lewy AJ, Bauer VK, Cutler NL et al.: Morning vs evening light treatment of patients with winter depression. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 890-896.
- 52 Terman M, Terman JS, Ross DC: A controlled trial of timed bright light and negative air ionization for treatment of winter depression. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 875-882.
- 53 Partonen T, Lonnqvist J: Seasonal affective disorder. *Lancet* 1998; 352: 1369-1374.
- 54 Wirz-Justice A, Graw P, Krauchi K et al.: Light therapy in seasonal affective disorder is independent of time of day or circadian phase. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 929-937.
- 55 Wirz-Justice A, Graw P, Krauchi K et al.: 'Natural' light treatment of seasonal affective disorder. *J Affect Disord* 1996; 37: 109-120.
- 56 Janicak PG, Davis JM, Gibbons RD et al.: Efficacy of ECT: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 297-302.
- 57 Prudic J, Sackeim HA: Refractory depression and electroconvulsive therapy. In: *Treatment strategies for refractory depression* 1990; 111-128. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- 58 Wijeratne C, Halliday GS, Lyndon RW: The present status of electroconvulsive therapy: a systematic review. *Med J Aust* 1999; 171: 250-254.
- 59 UK ETC Review Group: Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361: 799-808.
- 60 Martin JL, Barbanjo MJ, Schlaepfer TE et al.: Transcranial magnetic stimulation for treating depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD003493.
- 61 Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP): Note for guidance on clinical investigation of medicinal products in the treatment of depression. 2002.
- 62 Montgomery SA, Roberts A, Patel AG: Placebo-controlled efficacy of antidepressants in continuation treatment. *Int Clin Psychopharmacol* 1994; 9 Suppl 1: 49-53.
- 63 Weyer G: *Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (CIPS)* (Hrsg.): *Internationale Scalen für Psychiatrie*. Göttingen: Beltz, 2005.
- 64 Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR): Treatment of depression - newer pharmacotherapies. AHCPR Pub. No. 99-E 014. Evidence Report/Technology Assessment 1999.
- 65 Bauer M, Whybrow PC, Angst J et al.: *Biologische Behandlung unipolarer depressiver Störungen. Behandlungsleitlinien der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)*, Teil 1 und 2. Edition Psychopharmakotherapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 2004.
- 66 Oeljeschläger B, Müller-Oerlinghausen B: Wege zur Optimierung der individuellen antidepressiven Therapie. *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 101: A1337-A1340.
- 67 Walsh BT, Seidman SN, Sysko R, Gould M: Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA* 2002; 287: 1840-1847.
- 68 Khan A, Leventhal RM, Khan SR, Brown WA: Severity of depression and response to antidepressants and placebo: an analysis of the Food and Drug Administration database. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22: 40-45.
- 69 Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I: Is it time to replace the Hamilton Depression Rating Scale as the primary outcome measure in treatment studies of depression? *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25: 105-110.
- 70 Viguera AC, Baldessarini RJ, Friedberg J: Discontinuing antidepressant treatment in major depression. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 5: 293-306.
- 71 Geddes JR, Carney SM, Davies C et al.: Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003; 361: 653-661.
- 72 Müller WE: *Pharmakologische Grundlagen erwünschter und unerwünschter Wirkungen am Beispiel Antidepressiva*. Psychopharmakotherapie 2002; 1: 2-18.
- 73 Geddes J, Butler R, Hatcher S: Depressive disorders. In: *BMJ Publishing Group (Hrsg.): clinical evidence*. London: BMJ Publishing Group, 2002; 1121-1139.
- 74 Bauer M, Whybrow PC, Angst J et al.: *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder*. *World J Biol Psychiatry* 2002; 3: 5-43.
- 75 Barbui C, Hotopf M: Amitriptyline v. the rest: still the leading antidepressant after 40 years of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 129-144.
- 76 Storosum JG, Elferink AJ, van Zwieten BJ et al.: Short-term efficacy of tricyclic antidepressants revisited: a meta-analytic study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2001; 11: 173-180.
- 77 Mittmann N, Herrmann N, Einarson TR et al.: The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 1997; 46: 191-217.
- 78 Gerson S, Belin TR, Kaufman A et al.: Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. *Harv Rev Psychiatry* 1999; 7: 1-28.
- 79 Arroll B, MacGillivray S, Ogston S et al.: Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Ann Fam Med* 2005; 3: 449-456.
- 80 MacGillivray S, Arroll B, Hatcher S et al.: Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326: 1014.
- 81 Roose SP: Treatment of depression in patients with heart disease. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 262-268.
- 82 Alvarez WJr, Pickworth K: Safety of antidepressant drugs in the patient with cardiac disease: a review of the literature. *Pharmacother* 2003; 23: 754-771.
- 83 Roose SP, Glassman AH, Siris SG et al.: Comparison of imipramine- and nortriptyline-induced orthostatic hypotension: a meaningful difference. *J Clin Psychopharmacol* 1981; 1: 316-319.
- 84 Bauer M, Whybrow PC, Angst J et al.: *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 2: Maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions*. *World J Biol Psychiatry* 2002; 3: 69-86.
- 85 Anderson IM, Tomenson BM: Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *BMJ* 1995; 310: 1433-1438.
- 86 Bech P, Cialdella P, Haugh MC et al.: Meta-analysis of randomised controlled trials of fluoxetine v. placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 421-428.
- 87 Edwards JG, Anderson I: Systematic review and guide to selection of selective serotonin reuptake inhibitors. *Drugs* 1999; 57: 507-533.
- 88 Kroenke K, West SL, Swindle R et al.: Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine, and sertraline in primary care: a randomized trial. *JAMA* 2001; 286: 2947-2955.
- 89 Mace S, Taylor D: Selective serotonin reuptake inhibitors: a review of efficacy and tolerability in depression. *Expert Opin Pharmacother* 2000; 1: 917-933.
- 90 Stahl SM: Placebo-controlled comparison of the selective serotonin reuptake inhibitors citalopram and sertraline. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 894-901.
- 91 Williams JW, Jr., Mulrow CD, Chiquette E et al.: A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. *Ann Intern Med* 2000; 132: 743-756.
- 92 American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1-45.
- 93 Anderson IM: SSRIs versus tricyclic antidepressants in depressed inpatients: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Depress Anxiety* 1998; 7 Suppl 1: 11-17.
- 94 Anderson IM: Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord* 2000; 58: 19-36.

- 95** Guaiana G, Barbui C, Hotopf M: Amitriptyline versus other types of pharmacotherapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; CD004186.
- 96** Moller HJ, Glaser K, Leverkus F, Gobel C: Double-blind, multicenter comparative study of sertraline versus amitriptyline in outpatients with major depression. *Pharmacopsychiatry* 2000; 33: 206-212.
- 97** Geddes JR, Freemantle N, Mason JM et al.: Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus other antidepressants for depression (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 1-66.
- 98** Steffens DC, Krishnan KR, Helms MJ: Are SSRIs better than TCAs? Comparison of SSRIs and TCAs: a meta-analysis. *Depress Anxiety* 1997; 6: 10-18.
- 99** Menting JE, Honig A, Verhey FR et al.: Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in the treatment of elderly depressed patients: a qualitative analysis of the literature on their efficacy and side-effects. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11: 165-175.
- 100** Anderson IM: Meta-analytical studies on new antidepressants. *Br Med Bull* 2001; 57: 161-178.
- 101** Dalton SO, Johansen C, Mellemkjaer L et al.: Use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of upper gastrointestinal tract bleeding: a population-based cohort study. *Arch Intern Med* 2003; 163: 59-64.
- 102** de Abajo FJ, Rodriguez LA, Montero D: Association between selective serotonin reuptake inhibitors and upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *BMJ* 1999; 319: 1106-1109.
- 103** Anonymus: Bleeding with SSRIs. *Biological Therapies in Psychiatry* 2005; 28.
- 104** Meijer WE, Heerdink ER, Nolen WA et al.: Association of risk of abnormal bleeding with degree of serotonin reuptake inhibition by antidepressants. *Arch Intern Med* 2004; 164: 2367-2370.
- 105** Movig KL, Janssen MW, de Waal MJ et al.: Relationship of serotonergic antidepressants and need for blood transfusion in orthopedic surgical patients. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2354-2358.
- 106** Stingl J, Schmidt LG: Blutungsneigung unter neueren Antidepressiva (SSRI). *Arzneiverordnung in der Praxis* 1999; 10.
- 107** Amrein R, Stabl M, Henauer S et al.: Efficacy and tolerability of moclobemide in comparison with placebo, tricyclic antidepressants, and selective serotonin reuptake inhibitors in elderly depressed patients: a clinical overview. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 1043-1050.
- 108** Lotufo-Neto F, Trivedi M, Thase ME: Meta-analysis of the reversible inhibitors of monoamine oxidase type A moclobemide and brofaromine for the treatment of depression. *Neuropsychopharmacology* 1999; 20: 226-247.
- 109** Nair NP, Amin M, Holm P et al.: Moclobemide and nortriptyline in elderly depressed patients. A randomized, multicenter trial against placebo. *J Affect Disord* 1995; 33: 1-9.
- 110** Versiani M, Oggero U, Alterwain P et al.: A double-blind comparative trial of moclobemide v. imipramine and placebo in major depressive episodes. *Br J Psychiatry Suppl* 1989; 72-77.
- 111** Versiani M, Nardi AE, Mundim FD et al.: Moclobemide, imipramine and placebo in the treatment of major depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1990; 360: 57-58.
- 112** Versiani M, Amrein R, Stabl M: Moclobemide and imipramine in chronic depression (dysthymia): an international double-blind, placebo-controlled trial. *International Collaborative Study Group. Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 183-193.
- 113** Angst J, Amrein R, Stabl M: Moclobemide and tricyclic antidepressants in severe depression: meta-analysis and prospective studies. *J Clin Psychopharmacol* 1995; 15: 165-235.
- 114** Williams JW, Jr., Mulrow CD, Chiquette E et al.: A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. *Ann Intern Med* 2000; 132: 743-756.
- 115** Müller-Oerlinghausen B, Lasek R, Düppenbecker H, Munter K-H (Hrsg.): *Handbuch der unerwünschten Arzneimittelwirkungen*. München, Jena: Urban & Fischer, 1999.
- 116** Cunningham LA: Once-daily venlafaxine extended release (XR) and venlafaxine immediate release (IR) in outpatients with major depression. *Venlafaxine XR 208 Study Group. Ann Clin Psychiatry* 1997; 9: 157-164.
- 117** Lecrubier Y, Bourin M, Moon CA et al.: Efficacy of venlafaxine in depressive illness in general practice. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 485-493.
- 118** Rudolph RL, Fabre LF, Feighner JP et al.: A randomized, placebo-controlled, dose-response trial of venlafaxine hydrochloride in the treatment of major depression. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 116-122.
- 119** Schweizer E, Weise C, Clary C et al.: Placebo-controlled trial of venlafaxine for the treatment of major depression. *J Clin Psychopharmacol* 1991; 11: 233-236.
- 120** Silverstone PH, Ravindran A: Once-daily venlafaxine extended release (XR) compared with fluoxetine in outpatients with depression and anxiety. *Venlafaxine XR 360 Study Group. J Clin Psychiatry* 1999; 60: 22-28.
- 121** Thase ME: Efficacy and tolerability of once-daily venlafaxine extended release (XR) in outpatients with major depression. *The Venlafaxine XR 209 Study Group. J Clin Psychiatry* 1997; 58: 393-398.
- 122** Detke MJ, Lu Y, Goldstein DJ et al.: Duloxetine 60 mg once daily dosing versus placebo in the acute treatment of major depression. *J Psychiatr Res* 2002; 36: 383-390.
- 123** Detke MJ, Lu Y, Goldstein DJ et al.: Duloxetine, 60 mg once daily, for major depressive disorder: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 308-315.
- 124** Detke MJ, Wiltse CG, Mallinckrodt CH et al.: Duloxetine in the acute and long-term treatment of major depressive disorder: a placebo- and paroxetine-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004; 14: 457-470.
- 125** Goldstein DJ, Lu Y, Detke MJ et al.: Duloxetine in the treatment of depression: a double-blind placebo-controlled comparison with paroxetine. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24: 389-399.
- 126** Bremner JD: A double-blind comparison of Org 3770, amitriptyline, and placebo in major depression. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 519-525.
- 127** Claghorn JL, Lesem MD: A double-blind placebo-controlled study of Org 3770 in depressed outpatients. *J Affect Disord* 1995; 34: 165-171.
- 128** Vartiainen H, Leinonen E: Double-blind study of mirtazapine and placebo in hospitalized patients with major depression. *Eur Neuropsychopharmacol* 1994; 4: 145-150.
- 129** Smith WT, Gaudin V, Panagides J, Gilvary E: Mirtazapine vs. amitriptyline vs. placebo in the treatment of major depressive disorder. *Psychopharmacol Bull* 1990; 26: 191-196.
- 130** Andreoli V, Caillard V, Deo RS et al.: Reboxetine, a new noradrenaline selective antidepressant, is at least as effective as fluoxetine in the treatment of depression. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22: 393-399.
- 131** Ferguson JM, Mendels J, Schwart GE: Effects of reboxetine on Hamilton Depression Rating Scale factors from randomized, placebo-controlled trials in major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17: 45-51.
- 132** Montgomery S, Ferguson JM, Schwartz GE: The antidepressant efficacy of reboxetine in patients with severe depression. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23: 45-50.
- 133** Versiani M, Amin M, Chouinard G: Double-blind, placebo-controlled study with reboxetine in inpatients with severe major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 28-34.
- 134** Mehtonen OP, Sogaard J, Roponen P, Behnke K: Randomized, double-blind comparison of venlafaxine and sertraline in outpatients with major depressive disorder. *Venlafaxine 631 Study Group. J Clin Psychiatry* 2000; 61: 95-100.
- 135** Costa e Silva J: Randomized, double-blind comparison of venlafaxine and fluoxetine in outpatients with major depression. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 352-357.
- 136** Vieta E, Martinez-Aran A, Goikolea JM et al.: A randomized trial comparing paroxetine and venlafaxine in the treatment of bipolar depressed patients taking mood stabilizers. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 508-512.
- 137** Schweizer E, Feighner J, Mandos LA, Rickels K: Comparison of venlafaxine and imipramine in the acute treatment of major depression in outpatients. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 104-108.
- 138** Mahapatra SN, Hackett D: A randomised, double-blind, parallel-group comparison of venlafaxine and dothiepin in geriatric patients with major depression. *Int J Clin Pract* 1997; 51: 209-213.

- 139** Poirier MF, Boyer P: Venlafaxine and paroxetine in treatment-resistant depression. Double-blind, randomised comparison. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 12-16.
- 140** Clerc GE, Ruimy P, Verdeau-Palles J: A double-blind comparison of venlafaxine and fluoxetine in patients hospitalized for major depression and melancholia. The Venlafaxine French Inpatient Study Group. *Int Clin Psychopharmacol* 1994; 9: 139-143.
- 141** Ballus C, Quiros G, De Flores T et al.: The efficacy and tolerability of venlafaxine and paroxetine in outpatients with depressive disorder or dysthymia. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15: 43-48.
- 142** Samuelian JC, Hackett D: A randomized, double-blind, parallel-group comparison of venlafaxine and clomipramine in outpatients with major depression. *J Psychopharmacol* 1998; 12: 273-278.
- 143** Rudolph RL, Feiger AD: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of once-daily venlafaxine extended release (XR) and fluoxetine for the treatment of depression. *J Affect Disord* 1999; 56: 171-181.
- 144** Dierick M, Ravizza L, Realini R, Martin A: A double-blind comparison of venlafaxine and fluoxetine for treatment of major depression in outpatients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1996; 20: 57-71.
- 145** Gentil V, Kerr-Correa F, Moreno R et al.: Double-blind comparison of venlafaxine and amitriptyline in outpatients with major depression with or without melancholia. *J Psychopharmacol* 2000; 14: 61-66.
- 146** Benkert O, Szegedi A, Kohlen R: Mirtazapine compared with paroxetine in major depression. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 656-663.
- 147** Hoyberg OJ, Maragakis B, Mullin J et al.: A double-blind multicentre comparison of mirtazapine and amitriptyline in elderly depressed patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 184-190.
- 148** Kasper S, Zivkov M, Roes KC, Pols AG: Pharmacological treatment of severely depressed patients: a meta-analysis comparing efficacy of mirtazapine and amitriptyline. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997; 7: 115-124.
- 149** Leinonen E, Skarstein J, Behnke K et al.: Efficacy and tolerability of mirtazapine versus citalopram: a double-blind, randomized study in patients with major depressive disorder. *Nordic Antidepressant Study Group. Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14: 329-337.
- 150** Marttila M, Jaaskelainen J, Jarvi R et al.: A double-blind study comparing the efficacy and tolerability of mirtazapine and doxepin in patients with major depression. *Eur Neuropsychopharmacol* 1995; 5: 441-446.
- 151** Schatzberg AF, Kremer C, Rodrigues HE, Murphy GM, Jr.: Double-blind, randomized comparison of mirtazapine and paroxetine in elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 541-550.
- 152** Wade A, Crawford GM, Angus M et al.: A randomized, double-blind, 24-week study comparing the efficacy and tolerability of mirtazapine and paroxetine in depressed patients in primary care. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 133-141.
- 153** Wheatley DP, van Moffaert M, Timmerman L, Kremer CM: Mirtazapine: efficacy and tolerability in comparison with fluoxetine in patients with moderate to severe major depressive disorder. *Mirtazapine-Fluoxetine Study Group. J Clin Psychiatry* 1998; 59: 306-312.
- 154** Katona C, Bercoff E, Chiu E et al.: Reboxetine versus imipramine in the treatment of elderly patients with depressive disorders: a double-blind randomised trial. *J Affect Disord* 1999; 55: 203-213.
- 155** Boehringer Ingelheim, Lilly Deutschland: Fachinformation »Yentreve® 40 mg, 20 mg«. Stand: September 2005.
- 156** Wyeth: Fachinformation »Trevilor® retard 75 mg/150mg«. Stand: Februar 2005.
- 157** Miller MC: Does the new antidepressant duloxetine (Cymbalta) have any advantages over other antidepressant drugs? *Harv Ment Health Lett* 2004; 21: 8.
- 158** Gelenberg A: Update on Duloxetine. *Biological Therapies in Psychiatry* 2005; 28: 15.
- 159** Lohse MJ, Lorenzen A, Müller-Oerlinghausen B: Psychopharmaka. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2004*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 2004; 769-810.
- 160** Anlauf M, Bausch J, Böger RH et al.: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2005*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 2005.
- 161** Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: *Arzneiverordnungen*. 21. Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, 2005.
- 162** Ernst E: St. John's wort, an anti-depressant? A systematic, criteria-based review. *Phyto-medicine* 1995; 2: 67-71.
- 163** Linde K, Ramirez G, Mulrow CD et al.: St John's wort for depression--an overview and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 1996; 313: 253-258.
- 164** Linde K, Mulrow CD: St John's wort for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD000448.
- 165** Whiskey E, Werneke U, Taylor D: A systematic review and meta-analysis of Hypericum perforatum in depression: a comprehensive clinical review. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16: 239-252.
- 166** Gaster B, Holroyd J: St. John's wort for depression. A systematic review. *Arch Intern Med* 2000; 160: 152-156.
- 167** Kim HL, Streltzer J, Goebert D: St. John's wort for depression. A meta-analysis of well-defined clinical trials. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 532-539.
- 168** Vorbach EU, Hübner WD, Arnoldt KH: Wirksamkeit und Verträglichkeit des Hypericum-Extrakts LI 160 im Vergleich mit Imipramin. Randomisierte Doppelblindstudie mit 135 ambulanten Patienten. *Nervenheilkunde* 1993; 12: 290-296.
- 169** Steger W: Depressive Verstimmungen. Randomisierte Doppelblindstudie zum Wirksamkeitsvergleich einer pflanzlichen Wirkstoffkombination und eines synthetischen Antidepressivums. *Z Allgemeinmed* 1985; 61: 914-918.
- 170** Schrader E, Meier B, Brattström A: Hypericum treatment of mild-moderate depression in a placebo-controlled study. A prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled, multicentre study. *Hum Psychopharmacol* 1998; 13: 163-169.
- 171** Reh C, Laux G, Schenk N: Hypericum-Extrakt bei Depressionen – eine wirksame Alternative. *Therapiewoche* 1992; 42: 1576-1581.
- 172** Quandt J, Schmidt U, Schenk N: Ambulante Behandlung leichter und mittelschwerer depressiver Verstimmungen. *Der Allgemeinarzt* 1993; 2: 97-102.
- 173** Osterheider MA, Schmidtke A, Beckmann H: Behandlung depressiver Symptome mit Hypericum (Johanneskraut) - Eine placebo-kontrollierte Doppelblindstudie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1992; 60 (Suppl. 2): 210-211.
- 174** Lehl A, Willemsen A, Papp R, Woelk H: Ergebnisse der Messungen der kognitiven Leistungsfähigkeit bei Patienten unter der Therapie mit Johanneskraut-Extrakt. *Nervenheilkunde* 1993; 12: 281-284.
- 175** König CD: Hypericum perforatum L. (gemeines Johanneskraut) als Therapeutikum bei depressiven Verstimmungszuständen - eine Alternative zu synthetischen Arzneimitteln? *Inauguraldissertation, Universität Basel*. 1993.
- 176** Hübner WD, Lande S, Podzuweit H: Behandlung larvierter Depressionen mit Johanniskraut. *Nervenheilkunde* 1993; 12: 278-280.
- 177** Harrer G, Sommer H: Therapie leichter/mittelschwerer Depressionen mit Hypericum. *Münch Med Wschr* 1993; 135: 305-309.
- 178** Harrer G, Schmidt U, Kuhn U: »Alternative« Depressionsbehandlung mit einem Hypericum-Extrakt. *TW Neurologie Psychiatrie* 1991; 5: 710-716.
- 179** Halama P: Wirksamkeit des Johanniskraut-extraktes LI 160 bei depressiver Verstimmung. Placebokontrollierte Doppelblindstudie mit 50 Patienten. *Nervenheilkunde* 1991; 10: 250-253.
- 180** Ditzler K, Gessner B, Schatton WF, Willems M: Clinical trial on neuropas versus placebo in mild to moderate depressive symptoms: a placebo-controlled, randomised double-blind study. *Complement Ther Med* 1994; 2: 5-13.
- 181** Montgomery SA, Hübner WD, Grigolett HG: Efficacy and tolerability of St. John's wort extract compared with placebo in patients with mild to moderate depressive disorder. *Phytomedicine* 2000; 7 (Suppl. 2): 107.

- 182** Vorbach EU, Arnoldt KH, Hubner WD: Efficacy and tolerability of St. John's wort extract LI 160 versus imipramine in patients with severe depressive episodes according to ICD-10. *Pharmacopsychiatry* 1997; 30 Suppl 2: 81-85.
- 183** Harrer G, Schmidt U, Kuhn U, Biller A: Comparison of equivalence between the St. John's wort extract LoHyp-57 and fluoxetine. *Arzneimittelforschung* 1999; 49: 289-296.
- 184** Wheatley D: LI 160, an extract of St. John's wort, versus amitriptyline in mildly to moderately depressed outpatients--a controlled 6-week clinical trial. *Pharmacopsychiatry* 1997; 30 Suppl 2: 77-80.
- 185** Schrader E: Equivalence of St John's wort extract (Ze 117) and fluoxetine: a randomized, controlled study in mild-moderate depression. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15: 61-68.
- 186** Woelk H: Comparison of St John's wort and imipramine for treating depression: randomized controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 536-539.
- 187** Brenner R, Azbel V, Madhusoodanan S, Pawlowska M: Comparison of an extract of hypericum (LI 160) and sertraline in the treatment of depression: a double-blind, randomized pilot study. *Clin Ther* 2000; 22: 411-419.
- 188** Behnke K, Jensen GS, Graubaum HJ, Gruenwald J: Hypericum perforatum versus fluoxetine in the treatment of mild to moderate depression. *Adv Ther* 2002; 19: 43-52.
- 189** van Gorp G, Meterissian GB, Haiek LN et al.: St John's wort or sertraline? Randomized controlled trial in primary care. *Can Fam Physician* 2002; 48: 905-912.
- 190** Witte B, Harrer G, Kaptan T et al.: Behandlung depressiver Verstimmungen mit einem hochkonzentrierten Hypericumpräparat. *Fortschr Med* 1995; 113: 404-408.
- 191** Laakmann G, Schule C, Baghai T, Kieser M: St. John's wort in mild to moderate depression: the relevance of hyperforin for the clinical efficacy. *Pharmacopsychiatry* 1998; 31 Suppl 1: 54-59.
- 192** Shelton RC, Keller MB, Gelenberg A et al.: Effectiveness of St John's wort in major depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1978-1986.
- 193** Philipp M, Kohnen R, Hiller KO: Hypericum extract versus imipramine or placebo in patients with moderate depression: randomised multicentre study of treatment for eight weeks. *BMJ* 1999; 319: 1534-1538.
- 194** Lecrubier Y, Clerc G, Didi R, Kieser M: Efficacy of St. John's wort extract WS 5570 in major depression: a double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1361-1366.
- 195** Kalb R, Trautmann-Sponsel RD, Kieser M: Efficacy and tolerability of hypericum extract WS 5572 versus placebo in mildly to moderately depressed patients. A randomized double-blind multicenter clinical trial. *Pharmacopsychiatry* 2001; 34: 96-103.
- 196** Hypericum Depression Trial Study Group: Effect of Hypericum perforatum (St John's wort) in major depressive disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 287: 1807-1814.
- 197** Schmidt U: Hypericin-Applikation. Zur Therapie depressiver Verstimmungen. *Psycho* 1989; 15: 665-671.
- 198** Montgomery SA: Clinically relevant effect sizes in depression. *Eur Arch Neuropsychopharmacol* 1994; 4: 283-284.
- 199** Bjerkenstedt L, Edman GV, Alken RG, Mannel M: Hypericum extract LI 160 and fluoxetine in mild to moderate depression: a randomized, placebo-controlled multi-center study in outpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 40-47.
- 200** Gastpar M, Singer A, Zeller K: Efficacy and tolerability of hypericum extract STW3 in long-term treatment with a once-daily dosage in comparison with sertraline. *Pharmacopsychiatry* 2005; 38: 78-86.
- 201** Szegedi A, Kohnen R, Dienel A, Kieser M: Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): randomised controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. *BMJ* 2005; 330: 503.
- 202** Fava M, Alpert J, Nierenberg AA et al.: A Double-blind, randomized trial of St John's wort, fluoxetine, and placebo in major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25: 441-447.
- 203** Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP): Choice of control group and related issues in clinical trials (E10). ICH Harmonised Tripartite Guideline. <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/ich/036496en.pdf>. Zuletzt geprüft: 19. April 2006.
- 204** Modell W, Houde RW: Factors influencing clinical evaluation of drugs. With special reference to the double-blind technique. *JAMA* 1958; 167: 2190-2199.
- 205** Knuppel L, Linde K: Adverse effects of St. John's Wort: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1470-1479.
- 206** Beer A-M, Ostermann T: Johanniskraut: Interaktion mit Cyclosporin gefährdet Nierentransplantat und erhöht die täglichen Medikationskosten. *Med Klinik* 2001; 96: 480-484.
- 207** Ernst E: Second thoughts about safety of St John's wort. *Lancet* 1999; 354: 2014-2016.
- 208** Markowitz JS, Donovan JL, DeVane CL et al.: Effect of St John's wort on drug metabolism by induction of cytochrome P450 3A4 enzyme. *JAMA* 2003; 290: 1500-1504.
- 209** Piscitelli SC, Burstein AH, Chait D et al.: Indinavir concentrations and St John's wort. *Lancet* 2000; 355: 547-548.
- 210** Ruschitzka F, Meier PJ, Turina M et al.: Acute heart transplant rejection due to Saint John's wort. *Lancet* 2000; 355: 548-549.
- 211** Deltito J, Beyer D: The scientific, quasi-scientific and popular literature on the use of St. John's Wort in the treatment of depression. *J Affect Disord* 1998; 51: 345-351.
- 212** National Institute for Health and Clinical Excellence: Depression in children and young people. Clinical Guideline 28. September 2005.
- 213** National Institute for Health and Clinical Excellence: Depression in children and young people. National Clinical Practice Guideline Number 28. Full version. September 2005.
- 214** Barbui C, Hotopf M, Freemantle N et al.: Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus tricyclic antidepressants (TCAs) (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2004.
- 215** Martin RM, Hilton SR, Kerry SM, Richards NM: General practitioners' perceptions of the tolerability of antidepressant drugs: a comparison of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants. *BMJ* 1997; 314: 646-651.
- 216** Peretti S, Judge R, Hindmarch I: Safety and tolerability considerations: tricyclic antidepressants vs. selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 403: 17-25.
- 217** Hotopf M, Hardy R, Lewis G: Discontinuation rates of SSRIs and tricyclic antidepressants: a meta-analysis and investigation of heterogeneity. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 120-127.
- 218** Trindade E, Menon D, Topfer LA, Coloma C: Adverse effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *CMAJ* 1998; 159: 1245-1252.
- 219** Barbui C, Guaiana G, Hotopf M: Amitriptyline for inpatients and SSRIs for outpatients with depression? Systematic review and meta-regression analysis. *Pharmacopsychiatry* 2004; 37: 93-97.
- 220** Wilson K, Mottram P: A comparison of side effects of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in older depressed patients: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 754-762.
- 221** Brambilla P, Cipriani A, Hotopf M, Barbui C: Side-effect profile of fluoxetine in comparison with other SSRIs, tricyclic and newer antidepressants: a meta-analysis of clinical trial data. *Pharmacopsychiatry* 2005; 38: 69-77.
- 222** Degner D, Grohmann R, Kropp S et al.: Severe adverse drug reactions of antidepressants: results of the German multicenter drug surveillance program AMSP. *Pharmacopsychiatry* 2003.
- 223** Roose SP, Laghrissi-Thode F, Kennedy JS et al.: Comparison of paroxetine and nortriptyline in depressed patients with ischemic heart disease. *JAMA* 1998; 279: 287-291.
- 224** Mamo DC, Pollock BG, Mulsant B et al.: Effects of nortriptyline and paroxetine on postural sway in depressed elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 199-205.
- 225** Thapa PB, Gideon P, Cost TW et al.: Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl J Med* 1998; 339: 875-882.

- 226** Liu B, Anderson G, Mittmann N et al.: Use of selective serotonin-reuptake inhibitors of tricyclic antidepressants and risk of hip fractures in elderly people. *Lancet* 1998; 351: 1303-1307.
- 227** Ruthazer R, Lipsitz LA: Antidepressants and falls among elderly people in long-term care. *Am J Public Health* 1993; 83: 746-749.
- 228** Preskorn SH: Duloxetine. *J Psychiatr Pract* 2004; 10: 375-385.
- 229** Report of the CSM expert working group on the safety of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant. December 2004. <http://www.mhra.gov.uk/home/groups/plp/documents/drugsafetymessage/con019472.pdf>. Zuletzt geprüft: 19. April 2006.
- 230** Angst J, Stahl M: Efficacy of moclobemide in different patient groups: a meta-analysis of studies. *Psychopharmacology (Berl)* 1992; 106 Suppl: S109-S113.
- 231** Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: »UAW-News« - International: SSRI und Suizidalität. *Dtsch Arztebl* 2004; 101: A-2642.
- 232** Healy D: Lines of evidence on the risks of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 71-79.
- 233** Beasley CM, Jr., Dornseif BE, Bosomworth JC et al.: Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. *BMJ* 1991; 303: 685-692.
- 234** Jenner PN: Paroxetine: an overview of dosage, tolerability, and safety. *Int Clin Psychopharmacol* 1992; 6 Suppl 4: 69-80.
- 235** Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC: Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. *Eur Neuropsychopharmacol* 1995; 5: 5-13.
- 236** Tollefson GD, Fawcett J, Winokur G et al.: Evaluation of suicidality during pharmacologic treatment of mood and nonmood disorders. *Ann Clin Psychiatry* 1993; 5: 209-224.
- 237** Tollefson GD, Rampey AH, Jr., Beasley CM, Jr. et al.: Absence of a relationship between adverse events and suicidality during pharmacotherapy for depression. *J Clin Psychopharmacol* 1994; 14: 163-169.
- 238** Khan A, Warner HA, Brown WA: Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 311-317.
- 239** Khan A, Khan S, Leventhal R, Brown W: Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: a replication analysis of the Food and Drug Administration database. *Int J Neuropsychopharmacol* 2001; 4: 113-118.
- 240** Khan A, Khan S, Kolts R, Brown W: Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 790-792.
- 241** Jick SS, Dean AD, Jick H: Antidepressants and suicide. *BMJ* 1995; 310: 215-218.
- 242** Goder R, Friege L, Treskov V et al.: Association of paroxetine with suicide attempt in obsessive-compulsive disorder. *Pharmacopsychiatry* 2000; 33: 116-117.
- 243** Müller-Oerlinghausen B, Berghofer A: Antidepressants and suicidal risk. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2: 94-99.
- 244** Donovan S, Kelleher MJ, Lambourn J, Foster R: The occurrence of suicide following the prescription of antidepressant drugs. *Arch Suicide Res* 1999; 5: 181-192.
- 245** Gunnell D, Ashby D: Antidepressants and suicide: what is the balance of benefit and harm. *BMJ* 2004; 329: 34-38.
- 246** Cipriani A, Barbui C, Geddes JR: Suicide, depression, and antidepressants. *BMJ* 2005; 330: 373-374.
- 247** Fergusson D, Doucette S, Glass KC et al.: Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005; 330: 396.
- 248** Gunnell D, Saperia J, Ashby D: Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ* 2005; 330: 385.
- 249** Martinez C, Rietbrock S, Wise L et al.: Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study. *BMJ* 2005; 330: 389.
- 250** Rohde A, Schäfer C (Hrsg.): *Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2006.
- 251** Schäfer C, Spielmann H, Vetter K (Hrsg.): *Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit (erscheint vsl. im Juni 2006)*. 7. Auflage, München: Urban & Fischer, 2006.
- 252** Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Arzneimittel während der Schwangerschaft.: *Arzneiverordnungen*. 21. Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2006; 1437-1454.
- 253** Laux G: Cost-benefit analysis of newer versus older antidepressants—pharmacoeconomic studies comparing SSRIs/SNRIs with tricyclic antidepressants. *Pharmacopsychiatry* 2001; 34: 1-5.
- 254** Barbui C, Hotopf M, Freemantle N et al.: Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic and heterocyclic antidepressants: comparison of drug adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD002791.
- 255** Furukawa TA, Streiner DL, Young LT: Antidepressant and benzodiazepine for major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD001026.
- 256** Thase ME: Redefining antidepressant efficacy toward long-term recovery. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 6: 15-19.
- 257** Rush AJ, Kupfer DJ: Strategies and tactics in the treatment of depression. 2001; 1477-1339.
- 258** Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL et al.: Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomized clinical trial. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 77-87.
- 259** Anonymus: Antidepressant discontinuation syndromes: common, under-recognized and not always benign. *Drugs & Therapy Perspectives* 2001; 12-15.
- 260** Paykel ES: Continuation and maintenance therapy in depression. *Br Med Bull* 2001; 57: 145-159.
- 261** Frank E, Kupfer DJ, Perel JM et al.: Comparison of full-dose versus half-dose pharmacotherapy in the maintenance treatment of recurrent depression. *J Affect Disord* 1993; 27: 139-145.
- 262** Reynolds CF, III, Frank E, Perel JM et al.: Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999; 281: 39-45.
- 263** Montgomery SA, Dufour H, Brion S et al.: The prophylactic efficacy of fluoxetine in unipolar depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1988; 69-76.
- 264** Montgomery SA, Rasmussen JG, Tanghøj P: A 24-week study of 20 mg citalopram, 40 mg citalopram, and placebo in the prevention of relapse of major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8: 181-188.
- 265** Terra JL, Montgomery SA: Fluvoxamine prevents recurrence of depression: results of a long-term, double-blind, placebo-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13: 55-62.
- 266** Keller MB, Kocsis JH, Thase ME et al.: Maintenance phase efficacy of sertraline for chronic depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280: 1665-1672.
- 267** Robert P, Montgomery SA: Citalopram in doses of 20-60 mg is effective in depression relapse prevention: a placebo-controlled 6 month study. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10 Suppl 1: 29-35.
- 268** Hochstrasser B, Isaksen PM, Koponen H et al.: Prophylactic effect of citalopram in unipolar, recurrent depression: placebo-controlled study of maintenance therapy. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 304-310.
- 269** Geddes JR, Carney SM, Davies C et al.: Review: continuing treatment with antidepressants reduces the rate of relapse or recurrence of depressive symptoms regardless of duration of treatment before or after randomisation. *Lancet* 2003; 361: 653-661.
- 270** Prien RF, Kupfer DJ: Continuation drug therapy for major depressive episodes: how long should it be maintained? *Am J Psychiatry* 1986; 143: 18-23.
- 271** Prien RF: Efficacy of continuation drug therapy of depression and anxiety: issues and methodologies. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10: 86S-90S.
- 272** Hirschfeld RM: Clinical importance of long-term antidepressant treatment. *Br J Psychiatry Suppl* 2001; 42: S4-S8.

- 273** Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.): Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Band 5, Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 2000.
- 274** Paykel ES: Continuation and maintenance therapy in depression. *Br Med Bull* 2001; 57: 145-159.
- 275** Reimherr FW, Amsterdam JD, Quitkin FM et al.: Optimal length of continuation therapy in depression: a prospective assessment during long-term fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1247-1253.
- 276** Franchini L, Gasperini M, Perez J et al.: Dose-response efficacy of paroxetine in preventing depressive recurrences: a randomized, double-blind study. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 229-232.
- 277** Frank E, Kupfer DJ, Perel JM et al.: Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 1093-1099.
- 278** Dunner DL: Lithium carbonate: maintenance studies and consequences of withdrawal. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 6: 48-55.
- 279** Baastrup PC, Poulsen JC, Schou M et al.: Prophylactic lithium: double blind discontinuation in manic-depressive and recurrent-depressive disorders. *Lancet* 1970; 2: 326-330.
- 280** Souza FG, Goodwin GM: Lithium treatment and prophylaxis in unipolar depression: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 666-675.
- 281** Coppen A: Lithium in unipolar depression and the prevention of suicide. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 9: 52-56.
- 282** Coppen A, Noguera R, Bailey J et al.: Prophylactic lithium in affective disorders. Controlled trial. *Lancet* 1971; 2: 275-279.
- 283** Burgess S, Geddes J, Hawton K et al.: Lithium for maintenance treatment of mood disorders (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2004.
- 284** Davis JM: Lithium maintenance of bipolar depression. In: Bauer M, Grof E, Müller-Oerlinghausen B (Hrsg.): Lithium in neuropsychiatry. The comprehensive guide. (Im Druck). Oxfordshire, UK: Informa Healthcare, 2006.
- 285** Greil W, Kleindienst N: Rezidivprophylaxe affektiver Störungen mit Lithium. 2. Auflage. In: Müller-Oerlinghausen B, Greil W, Berghofer A (Hrsg.): Die Lithiumtherapie. Berlin, Heidelberg, New York, 1997; 190-218.
- 286** Greil W, Ludwig-Mayerhofer W, Erazo N et al.: Comparative efficacy of lithium and amitriptyline in the maintenance treatment of recurrent unipolar depression: a randomized study. *J Affect Disord* 1996; 40: 179-190.
- 287** Placidi GF, Lenzi A, Lazzarini F et al.: The comparative efficacy and safety of carbamazepine versus lithium: a randomized, double-blind 3-year trial in 83 patients. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 490-494.
- 288** Simhandl C, Denk E, Thau K: The comparative efficacy of carbamazepine low and high serum level and lithium carbonate in the prophylaxis of affective disorders. *J Affect Disord* 1993; 28: 221-231.
- 289** Hartong EG, Moleman P, Hoogduin CA et al.: Prophylactic efficacy of lithium versus carbamazepine in treatment-naive bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 144-151.
- 290** Dardennes R, Even C, Bange F, Heim A: Comparison of carbamazepine and lithium in the prophylaxis of bipolar disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 378-381.
- 291** Dang T, Engel RR: Long-term drug treatment of bipolar and depressive disorders: meta-analysis of controlled clinical trials with lithium, carbamazepine and antidepressive agents. *Pharmacopsychiatry* 1995; 28: 170.
- 292** Calabrese JR, Bowden CL, Sachs G et al.: A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1013-1024.
- 293** Alda M: The phenotypic spectra of bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004; 14 Suppl 2: S94-S99.
- 294** Macritchie K, Geddes J, Scott J et al.: Valproate for acute mood episodes in bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2003.
- 295** Goodwin FK, Fireman B, Simon GE et al.: Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA* 2003; 290: 1467-1473.
- 296** Fava GA, Rafanelli C, Grandi S et al.: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 816-820.
- 297** Tondo L, Baldessarini RJ, Floris G, Rudas N: Effectiveness of restarting lithium treatment after its discontinuation in bipolar I and bipolar II disorders. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 548-550.
- 298** Felber W, Kyber A: Suizide und Parasuizide während und außerhalb einer Lithiumprophylaxe. 1994; 53-59.
- 299** Kallner G, Lindelius R, Petterson U et al.: Mortality in 497 patients with affective disorders attending a lithium clinic or after having left it. *Pharmacopsychiatry* 2000; 33: 8-13.
- 300** Berghofer A, Adli M, Baethge C et al.: Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (Hrsg.): Phasenprophylaxe. Hamburg: ConferencePoint Verlag, 2003.
- 301** Schou M: Suicidal behavior and prophylactic lithium treatment of major mood disorders: a review of reviews. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 289-293.
- 302** Müller-Oerlinghausen B, Wolf T, Ahrens B: Mortality during initial and during later lithium treatment. A collaborative study by the International Group for the Study of Lithium-treated Patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 295-297.
- 303** Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J: Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 Suppl 5: 44-52.
- 304** Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR: Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1805-1819.
- 305** Goodwin FK: Anticonvulsant therapy and suicide risk in affective disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2: 89-93.
- 306** Thies-Flechtner K, Müller-Oerlinghausen B, Seibert W et al.: Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders. Data from a randomized prospective trial. *Pharmacopsychiatry* 1996; 29: 103-107.
- 307** Corruble E, Guelfi JD: Does increasing dose improve efficacy in patients with poor antidepressant response: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 343-348.
- 308** Ruhé HG, Huyser J, Scholten RJPM et al.: Antidepressant dose-increase for non-responders to a standard dose for depression (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD004045.
- 309** Thase ME, Rush AJ: Treatment-resistant depression. In: Bloom FE, Kupfer DJ (Hrsg.): Psychopharmacology: The fourth generation of progress. New York: Raven Press, 1995; 1081-1097.
- 310** Adli M, Baethge C, Heinz A et al.: Is dose escalation of antidepressants a rational strategy after a medium-dose treatment has failed? A systematic review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 387-400.
- 311** Amsterdam JD, Fawcett J, Quitkin FM et al.: Fluoxetine and norfluoxetine plasma concentrations in major depression: a multicenter study. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 963-969.
- 312** Baumann P: Pharmacokinetic-pharmacodynamic relationship of the selective serotonin reuptake inhibitors. *Clin Pharmacokinet* 1996; 31: 444-469.
- 313** Cowen PJ: Pharmacological management of treatment resistant depression. *Adv Psychiatr Treatment* 1998; 4: 320-327.
- 314** Bauer M, Berghofer A, Adli M: Akute und therapieresistente Depressionen. Pharmakotherapie - Psychotherapie - Innovationen. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 2005.
- 315** Thase ME, Rush AJ: When at first you don't succeed: sequential strategies for antidepressant nonresponders. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 Suppl 13: 23-29.
- 316** Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR et al.: Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; 354: 1231-1242.
- 317** Nelson JC: Treatment of antidepressant nonresponders: augmentation or switch? *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 15: 35-41.

- 318** Bauer M, Dopfner S: Lithium augmentation in treatment-resistant depression: meta-analysis of placebo-controlled studies. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19: 427-434.
- 319** Bauer M, Adli M, Baethge C et al.: Lithium augmentation therapy in refractory depression: clinical evidence and neurobiological mechanisms. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 440-448.
- 320** Bauer M, Berghöfer A, Adli M: Therapieresistente Depression. Aktueller Wissensstand und Leitlinien für die Behandlung in Klinik und Praxis. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 2004.
- 321** Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Paroxetin: Als Antidepressivum bei unter 18-jährigen jetzt kontraindiziert. *Arzneimittelschnellinformation*, 01.04.2004.
- 322** Abbott A: British panel bans use of antidepressant to treat children. *Nature* 2003; 423: 792.
- 323** Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P et al.: Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet* 2004; 363: 1341-1345.
- 324** EMEA Press office: Press release: CHMP meeting on Paroxetine and other SSRIs. Doc. Ref. EMEA/192570/2004. London, 09.12. 2004.
- 325** Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Abwehr von Gefahren durch Arzneimittelrisiken, Stufe II: Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI) und Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SNRI): Atomoxetin, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamin, Mianserin, Milnacipran, Mirtazapin, Paroxetin, Reboxetin, Sertralin und Venlafaxin. Bonn, 08.09.2005.
- 326** Hazell P, O'Connell D, Heathcote D et al.: Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *BMJ* 1995; 310: 897-901.
- 327** March J, Silva S, Petrycki S et al.: Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 807-820.
- 328** Glass RM: Treatment of adolescents with major depression: contributions of a major trial. *JAMA* 2004; 292: 861-863.
- 329** Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA et al.: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1031-1037.
- 330** Emslie GJ, Heiligenstein JH, Wagner KD et al.: Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1205-1215.
- 331** Simeon JG, Dinicola VF, Ferguson HB, Copping W: Adolescent depression: a placebo-controlled fluoxetine treatment study and follow-up. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1990; 14: 791-795.
- 332** McCusker J, Cole M, Keller E et al.: Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998; 158: 705-712.
- 333** Hegerl U, Hoff PH: Depressionsbehandlung unter komplizierenden Bedingungen. Komorbidität - Multimedikation - Geriatrische Patienten. 1. Aufl.; Bremen: UNI-MED Verlag, 2003.
- 334** Wilson K, Mottram P, Sivanranthan A, Nightingale A: Antidepressant versus placebo for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD000561.
- 335** Pollock BG: Adverse reactions of antidepressants in elderly patients. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 20: 4-8.
- 336** Preskorn SH: Recent pharmacologic advances in antidepressant therapy for the elderly. *Am J Med* 1993; 94: 25-125.
- 337** Mulsant BH, Pollock BG, Nebes R et al.: A twelve-week, double-blind, randomized comparison of nortriptyline and paroxetine in older depressed inpatients and outpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 406-414.
- 338** Glassman AH, Bigger JT, Jr.: Cardiovascular effects of therapeutic doses of tricyclic antidepressants. A review. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 815-820.
- 339** Glassman AH, Walsh BT, Roose SP et al.: Factors related to orthostatic hypotension associated with tricyclic antidepressants. *J Clin Psychiatry* 1982; 43: 35-38.
- 340** Glassman AH, Bigger JT, Jr., Giardina EV et al.: Clinical characteristics of imipramine-induced orthostatic hypotension. *Lancet* 1979; 1: 468-472.
- 341** Coupland N, Wilson S, Nutt D: Antidepressant drugs and the cardiovascular system: a comparison of tricyclics and selective serotonin reuptake inhibitors and their relevance for the treatment of psychiatric patients with cardiovascular problems. *J Psychopharmacol* 1997; 11: 83-92.
- 342** Knegtering H, Eijck M, Huijsman A: Effects of antidepressants on cognitive functioning of elderly patients. A review. *Drugs Aging* 1994; 5: 192-199.
- 343** Pollock BG, Mulsant BH, Nebes R et al.: Serum anticholinergic activity in elderly depressed patients treated with paroxetine or nortriptyline. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1110-1112.
- 344** Mavrogiorgou P, Hegerl U: Neurologische, neuromuskuläre und neurotoxische Effekte der Lithiumbehandlung. In: Müller-Oerlinghausen B, Greil W, Berghöfer A (Hrsg.): Die Lithiumtherapie. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag, 1997; 329-341.
- 345** Lord SR, Anstey KJ, Williams P, Ward JA: Psychoactive medication use, sensori-motor function and falls in older women. *Br J Clin Pharmacol* 1995; 39: 227-234.
- 346** Ray WA, Griffin MR, Schaffner W et al.: Psychotropic drug use and the risk of hip fracture. *N Engl J Med* 1987; 316: 363-369.
- 347** Ray WA, Griffin MR, Malcolm E: Cyclic antidepressants and the risk of hip fracture. *Arch Intern Med* 1991; 151: 754-756.
- 348** Gill D, Hatcher S: Antidepressants for depression in people with physical illness (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD001312.
- 349** Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der Demenz. 3. Auflage. Arzneiverordnung in der Praxis (Therapieempfehlungen), Dezember 2004; Band 30, Sonderheft 3.
- 350** Hegerl U, Plattner A, Möller HJ: Should combined pharmacologic and psychotherapy be offered to depressed patients? A qualitative review of randomized clinical trials from the 1990s. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003.
- 351** Moller HJ, Grunze H: Have some guidelines for the treatment of acute bipolar depression gone too far in the restriction of antidepressants? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 57-68.
- 352** Ghaemi SN, Hsu DJ, Soldani F, Goodwin FK: Antidepressants in bipolar disorder: the case for caution. *Bipolar Disord* 2003; 5: 421-433.
- 353** Peet M: Induction of mania with selective serotonin re-uptake inhibitors and tricyclic antidepressants. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 549-550.
- 354** Bottlender R, Rudolf D, Strauss A, Moller HJ: Mood-stabilisers reduce the risk of developing antidepressant-induced manic states in acute treatment of bipolar I depressed patients. *J Affect Disord* 2001; 63: 79-83.
- 355** Goldberg JF: Treatment guidelines: Current and future management of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl. 13): 12-18.
- 356** Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ et al.: A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 261-269.
- 357** Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 2003.
- 358** Stoppe G, Staedt J: Potentiell behebbare Demenzen. In: Beyreuther K, Einhäupl K, Förstl H, Kurz A (Hrsg.): Demenz - Grundlagen und Klinik. Stuttgart: Thieme Verlag, 2002; 413-436.
- 359** Baumann P, Hiemke C, Ulrich S et al.: The AGNP-TDM expert group consensus guidelines: therapeutic drug monitoring in psychiatry. *Pharmacopsychiatry* 2004; 37: 243-265.

Kurzgefasster Leitlinien-Report zur Methodik

Weitergehende Ausführungen s. (1).

Die Erarbeitung der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erfolgt unter wesentlicher Berücksichtigung der »Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997« (2).

1. Gründe

Formaler Anlass und Grundlage für die Erarbeitung der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission sind die Arzneimittel-Richtlinien, in deren Nr. 14 es heißt: »Es wird empfohlen, insbesondere die von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erstellt und in »Arzneiverordnung in der Praxis« veröffentlichten Therapieempfehlungen in der jeweils aktuellen Fassung zu berücksichtigen.« Inhaltlich entspricht es zugleich der Grund- und Gründungsentention der Arzneimittelkommission, gesichertes Wissen der Pharmakotherapie in die tägliche Verordnungspraxis zu überführen, um bestehenden therapeutischen Defiziten zu begegnen.

2. Ziele der Empfehlungen/Leitlinien

Ziel der Empfehlungen/Leitlinien ist es, soweit möglich, Transparenz zu schaffen, welche therapeutischen »Endpunkte« (Senkung von Letalität, Morbidität, symptomatische Besserung, Beeinflussung von Surrogatparametern) mit den einzelnen Maßnahmen der Pharmakotherapie nach Aussage klinischer Studien zu erreichen sind. Diese Transparenz ist Voraussetzung für eine rationale und wirtschaftliche Arzneitherapie und dient dem grundlegenden Ziel aller Medizin, nämlich der **Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten**. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist sich dabei bewusst, dass derartige Empfehlungen/Leitlinien niemals allen Einzelfällen in der medizinischen Praxis gerecht werden können. Sie sind als eine solide Plattform der therapeutischen Vernunft zu verstehen, die aber selbststän-

diges und verantwortliches ärztliches Handeln im Individualfall weder einschränken noch ersetzen kann.

3. Adressaten

Die Empfehlungen/Leitlinien wurden, entsprechend dem Geltungsbereich der Arzneimittel-Richtlinien, vorrangig für niedergelassene, hauptsächlich im allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Bereich tätige Ärzte konzipiert, können aber in gleicher Weise auch dem in der Klinik tätigen Arzt hilfreich sein.

4. Autoren/Herausgeber

Die Therapieempfehlungen/Leitlinien werden herausgegeben von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Die bereits 1911 zur Förderung einer rationalen Arzneimitteltherapie gegründete Kommission ist heute ein wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer und rekrutiert sich aus Mitgliedern der verschiedensten medizinischen Fachgebiete. Dies ist wesentliche Grundlage für die interdisziplinäre Erstellung der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission, in deren Arbeitsgruppen neben den Vertretern der das Thema betreffenden Disziplinen immer auch Allgemeinmediziner, Pharmakologen und/oder klinische Pharmakologen und ggf. Biometriker einbezogen sind. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen erklären dem Vorstand vorab potentielle Interessenkonflikte.

5. Träger/Finanzierung

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft wird finanziert von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung.

6. Themenauswahl

Um eine willkürliche Themenwahl zu vermeiden, stützt sich die Arzneimittelkommission grundlegend auf die EVaS-Studie (3), die Auskunft darüber gibt, mit welchen 20 Hauptanliegen oder Hauptdiagnosen Patienten den allgemeinmedizinisch tätigen Arzt aufsuchen. Weitere Gesichtspunkte zur Erstellung von Therapieempfehlungen sind vermutete therapeutische Defizite (z. B. Tumorschmerzbehandlung), Gebiete mit größeren therapeutischen Unsicherheiten bei gleich-

zeitig hoher Prävalenz (z. B. Behandlung von Rückenschmerzen oder funktionellen Magen-Darm-Störungen) und Gebiete, für die nachgewiesen wurde, dass durch konsequente Behandlung eine Reduktion von Morbidität und/oder Letalität zu erreichen ist (z. B. Therapie von Fettstoffwechselstörungen und der arteriellen Hypertonie). Der Beschluss zur Erarbeitung einer Therapieempfehlung wird vom Vorstand der Arzneimittelkommission gefasst.

7. Erstellung und Konsensusprozess

Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission werden von den entsprechenden Fach- und allgemeinmedizinischen Mitgliedern nach einem festgelegten Prozedere erarbeitet (Abbildung 1). Themenauswahl, Aufstellung der Arbeitsgruppe und Literaturlaufarbeitung erfolgen wie unter 4., 6. und 8. skizziert. Ein vom federführenden Autor erstelltes Erstmanuskript wird innerhalb der Arbeitsgruppe konsentiert und danach einem Panel vorwiegend allgemeinmedizinisch-hausärztlich arbeitender Kollegen zur Kritik insbesondere hinsichtlich der Praxistauglichkeit vorgelegt. Dies ist ein Prozess, der einen persönlichen, schriftlichen, zum Teil auch anonymisierten Meinungsabgleich und in der Folge zahl- und umfangreiche Textmodifikationen beinhaltet. Auf den seit mehreren Jahren hierfür institutionalisierten »Therapie-Symposien« der Arzneimittelkommission wird das noch vorläufige Papier der Öffentlichkeit zur Diskussion gestellt und nachfolgend nationalen oder internationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Begutachtung und Abstimmung übergeben. Letztlich muss die Therapieempfehlung vom Vorstand der Kommission im Konsens als publikationsreif verabschiedet werden.

8. Identifizierung und Interpretation der Evidenz

Am Anfang aller Überlegungen zur Evidenzermittlung für eine Therapieempfehlung steht die klinische Fragestellung, für welche therapeutisch relevanten Aussagen die Darstellung des Belegtheitgrades anhand der Literatur wünschenswert bzw. erforderlich erscheint. Es folgt eine Literaturrecherche, die abhängig

vom Gegenstand einen extensiven oder auch nur ergänzenden Charakter z. B. dann trägt, wenn, wie bei den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission üblich, ausgewiesene Spezialisten bereits über einen hinreichenden Fundus verfügen. Die Recherchen werden mit Datenbanken, wie z. B. Medline, Cochrane Library, Drugdex, durchgeführt, enthalten aber auch Suchen in den Internetangeboten z. B. der AHCPR, der Canadian Medical Association, des Scottish Intercollegiate Guidelines Network, des New Zealand Guidelines Project sowie in den Internetseiten der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Gegenstand der Suche sind in der Regel publizierte randomisierte kontrollierte Studien, Metaanalysen, systematische Reviews, ggf. auch als Bestandteil bereits existierender Leitlinien. Die Rechercheergebnisse werden nach Ein- und Ausschlusskriterien selektiert, die sich von der speziellen Fragestellung ableiten. Die Bewertung der Studien hat allgemeingültigen biometrischen Anforderungen,

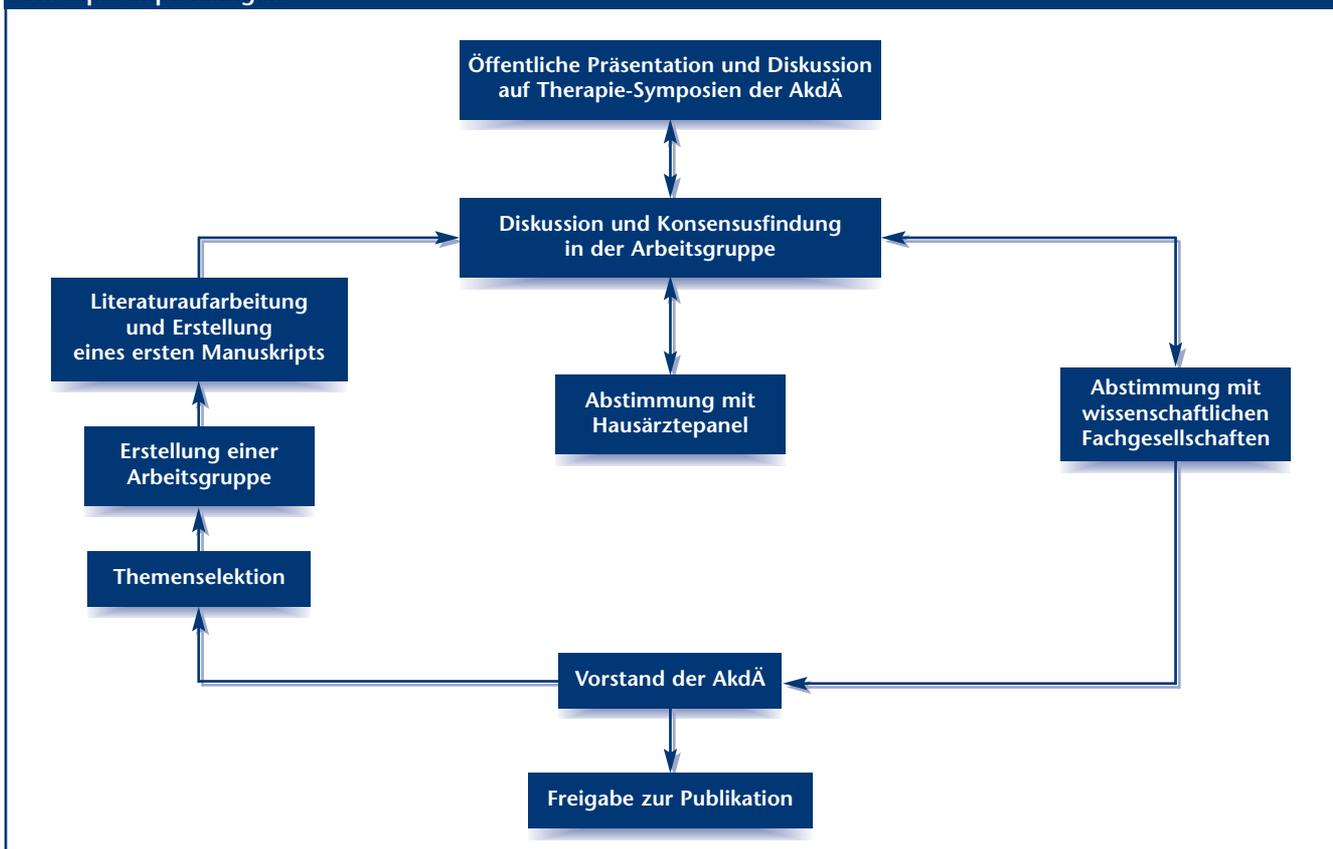
wie z. B. Eignung der Hauptzielkriterien für die Aussage, hinreichende Fallzahl, Repräsentativität der Studienpopulation, relevante Dosierungen, Signifikanz des Ergebnisses, Rechnung zu tragen, muss aber erforderlichenfalls auch den Besonderheiten der Arzneimittelprüfung bei bestimmten Erkrankungen gerecht werden (s. z. B. Empfehlungen der CPMP-Guidelines für die Demenz). Systematische Fehler sind prinzipiell auf der Ebene der Informationsselektion und -bewertung möglich. Es wird versucht, ihr Auftreten durch Sorgfalt bei der Recherche und interpersonellen Abgleich bei der Bewertung zu minimieren. Der Belegtheitsgrad wird anhand von vier Stufen kategorisiert (s. Seite 2: Kategorien zur Evidenz). Die Aussagen zur Evidenz müssen prioritär in die entsprechenden therapeutischen Überlegungen einbezogen werden, sind aber nur ein – wenn auch sehr bedeutsames – Instrument im Konzert der therapeutischen Entscheidung (s. a. Punkt 2. und Seite 2 »Evidenz in der Medizin«). Die Limitierung evidenzbasierter Klassifizierungen

zeigt sich in Situationen, in denen keine oder nur unzureichende klinische Studien vorhanden sind, z. T. weil der Durchführung, wie beispielsweise bei der Tumorschmerztherapie, verständliche ethische Bedenken entgegenstehen.

9. Pharmakoökonomische Aspekte

Die Arzneimittelkommission erkennt die Bedeutung von Kostenaspekten im Sinne einer wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung. Bei unumstrittener Priorität der Qualitätssicherung wird sich die Arzneimittelkommission daher auch Fragen der Wirtschaftlichkeit nicht verschließen, sofern sie sich mit den Prinzipien einer rationalen Pharmakotherapie zum Wohle der Patienten in Einklang bringen lassen. In den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission sind Einsparpotenziale implizit, denn auf lange Sicht ist eine rationale Pharmakotherapie zumeist auch eine rationelle Therapie. Hinsichtlich der Implementierung von Kosten-Nutzen-Analysen muss jedoch betont werden, dass es für die meisten thera-

Abbildung 1: Vorgehen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bei der Erstellung von Therapieempfehlungen



peutischen Interventionen bislang nur eine unzureichende Datenlage gibt, die eine sichere Abschätzung ökonomischer Konsequenzen kaum gestattet (4). Zudem ist auf die Gefahr hinzuweisen, dass »mit Kosten-Nutzen-Analysen ... soziale und moralische Entscheidungen pseudorational verdeckt« werden, »die eigentlich normativer Natur und daher nur politisch zu lösen sind« (5).

10. Gestaltung

Ein sorgfältig erarbeiteter Inhalt verlangt eine adäquate Form. Obwohl keine gesicherten Erkenntnisse über den Einfluss der Gestaltung auf die Wirkung von Leitlinien vorliegen, geht die Arzneimittelkommission davon aus, dass eine übersichtliche druckgraphische Gestaltung, eine für alle Therapieempfehlungen gleiche Gliederung und eine konzise, aber dennoch klare Diktion die Attraktivität des Informationsangebots erhöhen und damit auch die Bereitschaft fördern, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

11. Aktualisierung

Eine Überarbeitung und Neuauflage der Empfehlungen ist in der Regel nach drei Jahren vorgesehen. Dies ist auch abhängig vom Aktualisierungsbedarf und kann daher früher, ggf. auch später, erfolgen (6).

12. Abstimmungsprozess mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften

Die hier vorliegenden Therapieempfehlungen wurden inhaltlich abgestimmt mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und dem Kompetenznetz Depression, Suizidalität.

Abstimmung wird in diesem Zusammenhang verstanden als Akzeptanz wesentlicher inhaltlicher Grundzüge, nicht jedoch Meinungsidentität im Detail.

Hierbei wird selbstverständlich anerkannt, dass sich auch innerhalb der wissenschaftlichen Fachgesellschaften Mitglieder unterschiedlicher Auffassung finden können.

13. Implementierung und Verbreitung

Auf der Grundlage der **ausführlichen evidenzgestützten Therapieempfehlung** werden eine **Kurzfassung (Handlungsleitlinie)** »für den Praxisschreib-tisch« und eine **Patienteninformation** erstellt. Auf Anfrage können auch Inhalte der Therapieempfehlungen (z. B. Abbildungen und Tabellen) als Overheadfolien für Fort- und Weiterbildung bezogen werden. Es ist zentrales Anliegen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die wissenschaftlich fundierten Therapieempfehlungen einem möglichst großen Ärztekreis als Leitfaden für die eigene therapeutische Praxis zugänglich zu machen. Diese Intention wird unterstützt durch den bereits zitierten Hinweis in Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ärzte, die die Therapieempfehlungen der AkdÄ nicht kostenfrei über ihre kassenärztlichen Vereinigungen zugestellt bekommen, können die Therapieempfehlungen als Einzelhefte oder im Abonnement gegen eine Gebühr erhalten (s. letzte Umschlagseite).

Die Therapieempfehlungen sind im Internet unter www.akdae.de frei zugänglich. Die für Arzneimittelfragen zuständigen Mitarbeiter in den KVen werden als Multiplikatoren einer rationalen Arzneimitteltherapie regelmäßig über die erscheinenden Therapieempfehlungen informiert. Die Arzneimittelkommission hat weiter in einer Information an alle Lehrstuhlinhaber für Pharmakologie und Klinische Pharmakologie angeregt, die Therapieempfehlungen in der Lehre zu nutzen, um so bereits Studenten eine evidenzbasierte Sicht der Pharmakotherapie nahe zu bringen.

14. Evaluation

Die Evaluierung von Therapieempfehlungen hinsichtlich ihres Einflusses auf Arzneiverordnung, Kosten und Beeinflussung verschiedener therapeutischer Ziele wird zunächst im Rahmen von Einzelprojekten angestrebt.

1. Lasek R, Müller-Oerlinghausen B: Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 1997; 91: 375-383.
2. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung: Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997. Deutsches Ärzteblatt 1997; 94: A-2154-2155.
3. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Die EvaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1989.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network: SIGN Guidelines – An introduction to SIGN methodology for the development of evidence-based clinical guidelines, SIGN Publication Number 39, 1999.
5. Arnold M: Solidarität 2000 – Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende. Stuttgart: F. Enke Verlag, 1993.
6. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S et al.: Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001; 286: 1461-1467.

Herausgeber

Arzneimittelkommission der
deutschen Ärzteschaft

Redaktion

Arzneimittelkommission der deutschen
Ärzeschaft vertreten durch den Vorstand

Prof. Dr. med. D. Höffler (v.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. R. Lasek
Prof. Dr. med. H. K. Berthold
J. D. Tiaden, Arzt u. Apotheker

Anschrift der Redaktion

Geschäftsstelle der Arzneimittel-
kommission der deutschen Ärzteschaft
Postfach 120 864
10598 Berlin
Telefon: 0 30 / 40 04 56–500
Telefax: 0 30 / 40 04 56–555
E-Mail: te@akdae.de
www.akdae.de
ISSN 0939-2017

Realisation und Vertrieb

nexus – Beratungsnetz im
Gesundheitswesen GmbH
Hauptstraße 83
51519 Odenthal
E-Mail: abo@akdae.de

Layout & Satz

www.jentzschdesign.com
Burggraben 1
53359 Rheinbach
Telefon: 0 22 26 / 91 32 30
Telefax: 0 22 26 / 91 32 32

© Arzneimittelkommission der deutschen
Ärzeschaft, Berlin 2006
Die Therapieempfehlungen einschließlich
Handlungsleitlinie sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen
als in den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen Genehmigung
der AkdÄ.

Hinweis

Die in den TE enthaltenen Dosie-
rungsangaben sind Empfehlungen.
Sie müssen dem einzelnen Patienten
und seinem Zustand angepasst
werden. Die angegebenen Dosie-
rungen wurden sorgfältig überprüft.
Da wir jedoch für die Richtigkeit
dieser Angaben keine Gewähr über-
nehmen, bitten wir Sie dringend,
die Dosierungsempfehlungen der
Hersteller zu beachten.

Anlage III - Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften (§ 34 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 3 SGB V) sowie Hinweise zur wirtschaftlichen Ordnungsweise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Die in dieser Anlage zusammengestellten Arzneimittel sind aufgrund der Regelungen zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V in Verbindung mit § 16 Abs. 1 und 2 AM-RL von der Versorgung der Versicherten nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausgeschlossen bzw. nur eingeschränkt verordnungsfähig.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach § 34 Abs. 1 SGB V ein grundsätzlicher Ausschluss der Verordnungsfähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel für Erwachsene besteht; Ausnahmen hiervon sind nur in den in Anlage I zu dieser Richtlinie aufgeführten Fällen (§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 12 AM-RL) möglich. Der Verordnungsausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (§ 34 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Sofern durch die Richtlinie davon abgewichen wird, ist dieses kenntlich gemacht. Die jeweils zum Tragen kommenden Rechtsgrundlagen sind angegeben. Die Rechtsgrundlagen sind im Einzelnen:

- [1] Verordnungsausschluss nach § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V, § 13 AM-RL (verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung sog. Bagatellerkrankungen)
- [2] Verordnungsausschluss aufgrund der Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 3 SGB V (sog. Negativliste)
- [3] Verordnungsausschluss nach dieser Richtlinie (§ 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V in Verbindung mit § 16 Abs. 1 und 2 AM-RL).
- [4] Verordnungseinschränkung nach dieser Richtlinie (§ 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V in Verbindung mit § 16 Abs. 1 und 2 AM-RL).
- [5] Hinweis zur Verordnungsfähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (§ 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V, § 16 Abs. 1 Satz 2 AM-RL) bei besonderem Gefährdungspotential.
- [6] Hinweis auf eine unwirtschaftliche Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (§ 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V, § 16 Abs. 1 Satz 2 AM-RL)

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt kann die nach dieser Richtlinie in ihrer Verordnung eingeschränkten und von der Verordnung ausgeschlossenen Arzneimittel (Nr. 3-6) ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen (§ 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V, § 16 Abs. 5 AM-RL).

Arzneimittel	Rechtliche Grundlagen und Hinweise
<p>32. Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa (schlafenzwingende, schlafanstoßende, schlaffördernde oder beruhigende Mittel) zur Behandlung von Schlafstörungen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen zur Kurzzeittherapie bis zu 4 Wochen - ausgenommen für eine länger als 4 Wochen dauernde Behandlung in medizinisch begründeten Einzelfällen. <p>Eine längerfristige Anwendung von Hypnotika/Hypnogenen oder Sedativa ist besonders zu begründen.</p>	<p>Verordnungsausschluss aufgrund von Rechtsverordnung für Allobarbital, Amobarbital, Aprobarbital, Barbit, Cyclobarbit, Pentobarbital, Phenobarbital (außer zur Anwendung bei Epilepsie), Proxybarbal, Secobarbital, Vinylbital. [2]</p> <p>Verordnungseinschränkung verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie. [4]</p> <p>Diese nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sind, von den genannten Ausnahmen abgesehen, auch für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr aufgrund des besonderen Gefährdungspotentials unzumutbar. [5]</p>
<p>45. Tranquillantien</p> <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen zur Kurzzeittherapie bis zu 4 Wochen - ausgenommen für eine länger als 4 Wochen dauernde Behandlung in medizinisch begründeten Einzelfällen. <p>Eine längerfristige Anwendung von Tranquillantien ist besonders zu begründen.</p>	<p>Verordnungsausschluss aufgrund von Rechtsverordnung für Methaqualon. [2]</p> <p>Verordnungseinschränkung verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie. [4]</p>

Art und Dauer der Anwendung

- *Die Tabletten sind teilbar.*
- *Die Tabletten werden tagsüber, unabhängig von den Mahlzeiten, unzerkaut mit ausreichend Flüssigkeit eingenommen.*
- *Abends sollte die Einnahme ca. 1/2 Stunde vor dem Schlafengehen und nicht auf vollen Magen erfolgen, da sonst mit verzögertem Wirkungseintritt und - abhängig von der Schlafdauer - mit verstärkten Nachwirkungen am nächsten Morgen gerechnet werden muss.*
- *Bei akuten Krankheitsbildern ist die Anwendung von /.../ auf Einzelgaben oder wenige Tage zu beschränken.*
- *Bei chronischen Krankheitsbildern richtet sich die Dauer der Anwendung nach dem Verlauf. Nach zweiwöchiger täglicher Einnahme sollte vom Arzt durch eine schrittweise Verringerung der Dosis geklärt werden, ob eine weitere Behandlung mit /.../ angezeigt ist.*
- *Jedoch sollte die Behandlungsdauer 4 Wochen nicht überschreiten.*
- *Bei einer Langzeittherapie werden Kontrollen des Blutbildes und der Leberfunktion empfohlen.*
- *Bei längerer Anwendungsdauer (länger als 1 Woche) sollte beim Absetzen von /.../ die Dosis schrittweise reduziert werden. Hierbei ist das vorübergehende Auftreten möglicher Absetzphänomene zu berücksichtigen.*

Empfehlung des Sachverständigenausschusses

Benzodiazepine stellen einen Fortschritt in der Arzneimitteltherapie von schweren Angstzuständen und den meisten medikamentös zu behandelnden Schlafstörungen dar. Neben der Prämedikation und der Sedierung bei schweren somatischen Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt) sind sie kurzfristig (4 - 6 Wochen) bei ausgeprägten Angstzuständen, die durch ärztliches Gespräch nicht zu beheben sind, indiziert. Sie sind gegebenenfalls auch indiziert bei Einleitung einer antidepressiven Therapie sowie bei schweren reaktiven Ausnahmezuständen unter situativen Belastungen. Über das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer langfristigen Benzodiazepin-Medikation (über 2 Monate) bei Patienten mit behandlungsbedürftigen chronischen Angstzuständen liegen bislang keine wissenschaftlich allgemein anerkannten Erkenntnisse vor.

Risiken sind Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens (z. B. Verkehrsgefährdung), paradoxe Reaktionen, Kumulationsneigung bestimmter Stoffe, insbesondere bei älteren Menschen.

Neuerdings geben Missbrauch und Abhängigkeit auch bei niedriger Dosierung Anlass zur Besorgnis. Benzodiazepine werden nach bisherigen Erkenntnissen nicht primär zu häufig, sondern zu lange Zeit verordnet. Deshalb sind die Ärzte aufgerufen, folgende Richtlinien, die unter Berücksichtigung von Veröffentlichungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und der Arbeitsgemeinschaft Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie formuliert wurden, zu beachten.

- 1. Sorgfältige Indikationsstellung!*
- 2. Bei Patienten mit einer Abhängigkeitsanamnese ist besondere Vorsicht geboten. In der Regel keine Verschreibung.*
- 3. In der Regel kleinste Packungseinheit verordnen.*
- 4. In möglichst niedriger, aber ausreichender Dosierung verordnen; Dosis möglichst schon in der ersten Behandlungswoche reduzieren bzw. Dosierungsintervall vergrößern.*
- 5. Therapiedauer vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten vereinbaren und Behandlungsnotwendigkeit in kurzen Zeitabständen überprüfen. Es gibt Abhängigkeit auch ohne Dosissteigerung (sogenannte "Niedrigdosis-Abhängigkeit")! Schon ganz normale Dosen können zur Abhängigkeit führen.*
- 6. Nach langfristiger Anwendung schrittweise Dosisreduktion, um Entzugssymptome, wie z. B. Unruhe, Angst, Schlafstörungen, Delir oder Krampfanfälle, zu vermeiden. Auch leichte Entzugssymptome können zu erneuter Einnahme führen.*
- 7. Beachtung der Informationen des pharmazeutischen Unternehmers und der einschlägigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen.*
- 8. Aufklärung des Patienten, dass Benzodiazepine keinesfalls an Dritte weiterzugeben sind.*
- 9. Alle Abhängigkeitsfälle über die jeweiligen Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Kenntnis bringen.*
- 10. Benzodiazepin-Verschreibungen sollten vom Arzt stets eigenhändig ausgefertigt werden.*

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Diazepam-ratiopharm® 10 mg Tabletten

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Jede Tablette enthält 10 mg Diazepam.

Sonstiger Bestandteil: Lactose-Monohydrat

Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Tablette

Weiß, runde, gewölbte Tablette mit Kreuzbruchkerbe auf der einen Seite.

Die Tablette kann in gleiche Teile geteilt werden.

4. KLINISCHE ANGABEN**4.1 Anwendungsgebiete**

- Zur symptomatischen Behandlung von akuten und chronischen Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen.

Der Einsatz von *Diazepam-ratiopharm® 10 mg* als Schlafmittel ist nur dann gerechtfertigt, wenn gleichzeitig die Diazepam-Wirkungen am Tage erwünscht sind.

Hinweis:

Nicht alle Spannungs-, Erregungs- und Angstzustände oder Schlafstörungen bedürfen einer medikamentösen Therapie. Oftmals sind sie Ausdruck körperlicher oder seelischer Erkrankungen und können durch andere Maßnahmen oder durch eine Therapie der Grundkrankheit beeinflusst werden.

- Zur Prämedikation vor chirurgischen oder diagnostischen Eingriffen/postoperative Medikation.
- Zur Behandlung von Zuständen mit erhöhtem Muskeltonus.

4.2 Dosierung,**Art und Dauer der Anwendung**

Die Dosierung richtet sich nach der individuellen Reaktionslage, Alter und Gewicht des Patienten sowie Art und Schwere der Krankheit. Hierbei gilt der Grundsatz, die Dosis so gering und die Therapiedauer so kurz wie möglich zu halten.

Soweit nicht anders verordnet, gelten folgende Dosierungsempfehlungen:

- **Behandlungsbedürftige Spannungs-, Erregungs-, Angstzustände**

Ambulante Therapie

Im Allgemeinen sollte die Behandlung mit ½ Tablette pro Tag (entsprechend 5 mg Diazepam), in 1–2 Gaben (z. B. morgens und/oder abends), begonnen werden. Können bei dieser Dosierung die gewünschten Wirkungen nicht erzielt werden, so kann die Dosis auf bis 1 Tablette (entsprechend 10 mg Diazepam), verteilt auf 1–2 (evtl. mehrere) Gaben, gesteigert werden.

Der Schwerpunkt der Behandlung ist auf den Abend zu legen.

Höhere Dosierungen sind nur in seltenen Fällen notwendig (z. B. psychiatrische

und neurologische Erkrankungen) und sollten in der Regel nur stationär verabreicht werden.

Stationäre Behandlung

Bei schweren Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen kann die Dosis schrittweise auf 3- bis 6-mal täglich 1 Tablette (entsprechend 30–60 mg Diazepam pro Tag), gesteigert werden.

- **Behandlung von Zuständen mit erhöhtem Muskeltonus**

Zur Anfangsbehandlung erhalten Erwachsene täglich 1–2 Tabletten (entsprechend 10–20 mg Diazepam) in 2–4 Einzelgaben. Zur Fortsetzung der Behandlung werden 1- bis 2-mal täglich ½–1 Tablette (entsprechend 5–10 mg Diazepam) eingenommen.

- **Prämedikation für diagnostische oder chirurgische Eingriffe in Anästhesiologie und Chirurgie/postoperative Medikation**

Am Vorabend der Operation

Erwachsene erhalten 1–2 Tabletten (entsprechend 10–20 mg Diazepam).

Nach der Operation

Erwachsene erhalten ½–1 Tablette (entsprechend 5–10 mg Diazepam), ggf. ist Wiederholung möglich.

Besondere Dosierungshinweise

Ältere oder geschwächte Patienten sowie Patienten mit hirnorganischen Veränderungen, Kreislauf- und Atemstörungen sowie eingeschränkter Leber- und Nierenfunktion sowie Kinder über 7 Jahre und Jugendliche bis 14 Jahre erhalten in der Regel die Hälfte der oben angegebenen Tagesdosierung, d. h. anfangs ¼ Tablette pro Tag (entsprechend 2,5 mg Diazepam) bis maximal ½ Tablette (entsprechend 5 mg Diazepam). Hierfür stehen gegebenenfalls niedriger dosierbare Darreichungsformen zur Verfügung.

Die Tabletten sind teilbar.

Die Tabletten werden tagsüber, unabhängig von den Mahlzeiten, unzerkaut mit ausreichend Flüssigkeit eingenommen.

Abends sollte die Einnahme ca. ½ Stunde vor dem Schlafengehen und nicht auf vollen Magen erfolgen, da sonst mit verzögertem Wirkungseintritt und – abhängig von der Schlafdauer – mit verstärkten Nachwirkungen am nächsten Morgen gerechnet werden muss.

Bei akuten Krankheitsbildern ist die Anwendung von *Diazepam-ratiopharm® 10 mg* auf Einzelgaben oder wenige Tage zu beschränken.

Bei chronischen Krankheitsbildern richtet sich die Dauer der Anwendung nach dem Verlauf. Nach 2-wöchiger täglicher Einnahme sollte vom Arzt durch eine schrittweise Verringerung der Dosis geklärt werden, ob eine weitere Behandlung mit *Diazepam-ratiopharm® 10 mg* angezeigt ist. Jedoch sollte die Behandlungsdauer 4 Wochen nicht überschreiten.

Bei einer Langzeittherapie werden Kontrollen des Blutbildes und der Leberfunktion empfohlen.

Bei längerer Anwendungsdauer (länger als 1 Woche) sollte beim Absetzen von *Diazepam-ratiopharm® 10 mg* die Dosis schrittweise reduziert werden. Hierbei ist das vorübergehende Auftreten möglicher Absetzphänomene zu berücksichtigen (siehe Abschnitt 4.8).

Zur Vorbereitung von chirurgischen und diagnostischen Eingriffen sowie zur Behandlung von Zuständen mit erhöhtem Muskeltonus wird *Diazepam-ratiopharm® 10 mg* im Allgemeinen kurzfristiger angewandt.

4.3 Gegenanzeigen

Diazepam-ratiopharm® 10 mg darf nicht eingenommen werden bei

- bekannter Überempfindlichkeit gegen Diazepam oder andere Benzodiazepine sowie gegen einen der sonstigen Bestandteile
- Abhängigkeitsanamnese (Alkohol, Medikamente, Drogen)
- schwerer Form der Myasthenia gravis

4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Diazepam-ratiopharm® 10 mg darf nur unter besonderer Vorsicht eingenommen werden bei

- akuter Vergiftung mit Alkohol, Schlaf- oder Schmerzmitteln sowie Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva und Lithium)
- zerebellaren und spinalen Ataxien
- akutem Grünen Star (Engwinkelglaukom)
- schweren Leberschäden (z. B. cholestatischer Ikterus)
- Schlafapnoe-Syndromen

Neugeborene und Säuglinge bis zum Alter von 6 Monaten sind von der Behandlung mit *Diazepam-ratiopharm® 10 mg* auszuschließen.

Vorsichtsmaßnahmen bei Risikogruppen

Eine Therapie von Kindern und Jugendlichen mit *Diazepam-ratiopharm® 10 mg* sollte nur bei zwingender Indikation erfolgen (siehe Abschnitt 4.2).

Zu Beginn der Therapie sollte der behandelnde Arzt die individuelle Reaktion des Patienten auf das Medikament kontrollieren, um eventuelle relative Überdosierungen möglichst schnell erkennen zu können.

Dies gilt insbesondere für Kinder, ältere und geschwächte Patienten sowie Patienten mit hirnorganischen Veränderungen, Kreislauf- und Ateminsuffizienz sowie eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion.

Weiterhin sollten den Patienten unter Berücksichtigung der spezifischen Lebenssituation (z. B. Berufstätigkeit) genaue Verhaltensanweisungen für den Alltag gegeben werden.

Nach ambulanter Anwendung zu diagnostischen Zwecken sollte der Patient erst nach 1 Stunde und nur in Begleitung nach Hause entlassen werden. Weiterhin ist der Patient anzuweisen, keinen Alkohol einzunehmen.

Empfehlungen des Sachverständigenausschusses der Bundesregierung für den Arzt zur sachgerechten Anwendung von Benzodiazepin-haltigen Arzneimitteln

Benzodiazepine stellen einen Fortschritt in der Arzneimitteltherapie von schweren Angstzuständen und den meisten medikamentös zu behandelnden Schlafstörungen dar. Neben der Prämedikation und der Sedierung bei schweren somatischen Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt) sind sie kurzfristig (4–6 Wochen) bei ausgeprägten Angstzuständen, die durch ärztliches Gespräch nicht zu beheben sind, indiziert. Sie sind gegebenenfalls auch indiziert bei Einleitung einer antidepressiven Therapie sowie bei schweren reaktiven Ausnahmezuständen unter situativen Belastungen. Über das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer langfristigen Benzodiazepin-Medikation (über 2 Monate) bei Patienten mit behandlungsbedürftigen chronischen Angstzuständen liegen bislang keine wissenschaftlich allgemein anerkannten Erkenntnisse vor.

Risiken sind Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens (z. B. Verkehrsgefährdung), paradoxe Reaktionen, Kumulationsneigung bestimmter Stoffe, insbesondere bei älteren Menschen.

Neuerdings geben Missbrauch und Abhängigkeit auch bei niedriger Dosierung Anlass zur Besorgnis. Benzodiazepine werden nach bisherigen Erkenntnissen nicht primär zu häufig, sondern zu lange verordnet. Deshalb sind die Ärzte aufgerufen, folgende Richtlinien, die unter Berücksichtigung von Veröffentlichungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und der Arbeitsgemeinschaft Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie formuliert wurden, zu beachten:

1. Sorgfältige Indikationsstellung!
2. Bei Patienten mit einer Abhängigkeitsanamnese ist besondere Vorsicht geboten. In der Regel keine Verschreibung.
3. In der Regel kleinste Packungseinheit verordnen.
4. In möglichst niedriger, aber ausreichender Dosierung verordnen; Dosis möglichst schon in der ersten Behandlungswoche reduzieren bzw. Dosierungsintervall vergrößern.
5. Therapiedauer vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten vereinbaren und Behandlungsnotwendigkeit in kurzen Zeitabständen überprüfen. Es gibt Abhängigkeit auch ohne Dosissteigerung (so genannte „Niedrigdosis-Abhängigkeit“)! Schon ganz normale Dosen können zur Abhängigkeit führen.
6. Nach langfristiger Anwendung schrittweise Dosisreduktion, um Entzugssymptome, wie z. B. Unruhe, Angst, Schlafstörungen, Delir oder Krampfanfälle, zu vermeiden. Auch leichte Entzugssymptome können zu erneuter Einnahme führen.
7. Beachtung der Informationen des pharmazeutischen Unternehmers und der einschlägigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen.

8. Aufklärung des Patienten, dass Benzodiazepine keinesfalls an Dritte weiterzugeben sind.
9. Alle Abhängigkeitsfälle über die jeweiligen Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Kenntnis bringen.
10. Benzodiazepin-Verschreibungen sollten vom Arzt stets eigenhändig ausgefertigt werden.

Patienten mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten **Diazepam-ratiopharm® 10 mg** nicht einnehmen.

4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Bei gleichzeitiger Anwendung anderer zentral wirksamer Medikamente (z. B. Psychopharmaka, Schlafmittel, teils auch Schmerzmittel, Anästhetika oder auch Antihistaminika) kann es zu gegenseitiger Verstärkung der Wirkungen kommen. Dies gilt insbesondere auch für gleichzeitigen Alkoholgenuß, durch den die Wirkungen von Diazepam in nicht voraussehbarer Weise verändert und verstärkt werden können.

Die Wirkung von Muskelrelaxanzien kann verstärkt werden.

Bei gleichzeitiger Einnahme von Cimetidin, Disulfiram oder Omeprazol kann die Wirkung von Diazepam verstärkt und verlängert werden.

Bei Rauchern kann die Ausscheidung von Diazepam beschleunigt werden.

Theophyllin hebt in niedriger Dosierung die durch Diazepam bewirkte Beruhigung auf.

Diazepam kann die Wirkung von Levodopa hemmen.

In seltenen Fällen kann durch Diazepam der Metabolismus von Phenytoin gehemmt und dessen Wirkung verstärkt werden. Phenobarbital und Phenytoin können den Metabolismus von Diazepam beschleunigen.

Aufgrund der langsamen Elimination von Diazepam muss auch nach Beenden der Behandlung mit **Diazepam-ratiopharm® 10 mg** noch mit möglichen Wechselwirkungen gerechnet werden.

Bei Patienten, die unter Dauerbehandlung mit anderen Arzneimitteln stehen, wie z. B. zentral wirksamen Antihypertonika, β -Blockern, Antikoagulantien, herzwirksamen Glykosiden, sind Art und Umfang von Wechselwirkungen nicht sicher vorhersehbar. Der behandelnde Arzt sollte vor der Gabe von Diazepam abklären, ob entsprechende Dauerbehandlungen bestehen. Daher ist bei gleichzeitiger Anwendung des Präparates, insbesondere zu Beginn der Behandlung, besondere Vorsicht geboten.

4.6 Schwangerschaft und Stillzeit

Diazepam und sein Hauptmetabolit N-Desmethyldiazepam passieren die Plazenta. Diazepam akkumuliert im fetalen Kompartiment und kann im Blut des Neugeborenen das 3fache der maternalen Serumkonzentration erreichen.

Das Missbildungsrisiko beim Menschen nach Einnahme therapeutischer Dosen von Benzodiazepinen in der Frühschwangerschaft scheint gering zu sein, obwohl einige epidemiologische Studien Anhaltspunkte für ein erhöhtes Risiko für Gaumenspalten ergaben. Fallberichte über Fehlbildungen und geistige Retardierung der pränatal exponierten Kinder nach Überdosierungen und Vergiftungen mit Benzodiazepinen liegen vor.

Falls Diazepam bei einer Patientin im reproduktionsfähigen Alter angewendet wird, sollte diese darauf hingewiesen werden, sich unverzüglich mit ihrem Arzt in Verbindung zu setzen, wenn sie schwanger zu werden wünscht, oder eine Schwangerschaft vermutet.

Diazepam sollte während der Schwangerschaft nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft über längere Zeit Benzodiazepine erhalten haben, können eine körperliche Abhängigkeit entwickeln. Diese Kinder zeigen Entzugssymptome in der Postpartalphase. Wenn aus zwingenden Gründen Diazepam in hohen Dosen während der Spätschwangerschaft oder während der Geburt verabreicht wird, sind Auswirkungen auf das Neugeborene wie Ateminsuffizienz, Hypothermie, Hyperaktivität, Erregbarkeit, Hypotonie, herabgesetzter Muskeltonus und Trinkschwäche (Floppy-Infant-Syndrom) zu erwarten.

Diazepam und seine Stoffwechselprodukte gehen in die Muttermilch über. Die Milch-Plasma-Ratio zeigt dabei starke individuelle Unterschiede. Da Diazepam vom Neugeborenen wesentlich langsamer metabolisiert wird als von Kindern oder Erwachsenen, sollte unter einer Diazepam-Therapie nicht gestillt werden. Bei zwingender Indikation ist abzustillen.

4.7 Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen

Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen so weit verändern, dass die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

Daher sollte das Führen von Fahrzeugen, die Bedienung von Maschinen oder sonstige gefährvolle Tätigkeiten ganz, zumindest jedoch während der ersten Tage der Behandlung unterbleiben. Die Entscheidung trifft in jedem Einzelfall der behandelnde Arzt unter Berücksichtigung der individuellen Reaktion und der jeweiligen Dosierung.

4.8 Nebenwirkungen

<i>sehr häufig</i>	≥ 10% der Behandelten
<i>häufig</i>	< 10%, aber ≥ 1% der Behandelten
<i>gelegentlich</i>	< 1%, aber ≥ 0,1% der Behandelten
<i>selten</i>	< 0,1%, aber ≥ 0,01% der Behandelten

<i>sehr selten</i>	<0,01 % der Behandelten
<i>unbekannt</i>	Häufigkeit anhand der vorliegenden Daten nicht abschätzbar

Mit folgenden Nebenwirkungen ist häufig zu rechnen:

Unerwünscht starke Tagessedierung sowie Müdigkeit (Schläfrigkeit, Mattigkeit, Benommenheit, verlängerte Reaktionszeit), Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Ataxie, Verwirrtheit, anterograde Amnesie.

Am Morgen nach der abendlichen Einnahme können Überhangseffekte (Konzentrationsstörung und Restmüdigkeit) die Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Wegen der muskelrelaxierenden Wirkung von Diazepam ist insbesondere bei älteren Patienten Vorsicht (Sturzgefahr) geboten.

Selten kommt es zu Magen-Darm-Störungen (Übelkeit, Erbrechen, Oberbauchbeschwerden, Verstopfung, Durchfall), Gelbsucht, Harnverhaltung, Glottisspasmen, Brustschmerzen, Blutdruckabfall, Bradykardie, Niedergeschlagenheit (Depression), Abnahme des geschlechtlichen Bedürfnisses und bei Frauen zu Störungen der Regelblutung, Appetitzunahme, Mundtrockenheit, allergischen Hautveränderungen (wie z.B. Juckreiz, Hautrötung, Hautausschlag) sowie Atemdepression.

Die atemdepressive Wirkung kann bei Atemwegsobstruktion und bei Patienten mit Hirnschädigungen verstärkt in Erscheinung treten. Dies ist besonders bei gleichzeitiger Kombination mit anderen zentral wirksamen Substanzen zu beachten.

Bei Patienten mit vorbestehender depressiver Erkrankung kann die Symptomatik verstärkt werden.

Bei mehrtägiger Verabreichung des Arzneimittels in sehr hoher Dosierung, wie z. B. bei Tetanus, kann es zu kolikartigen Bauchschmerzen und Durchfall kommen.

Nebenwirkungen bilden sich im Allgemeinen nach Dosisreduzierung zurück und lassen sich in der Regel durch sorgfältige individuelle Einstellung der Tagesdosen vermeiden.

In hoher Dosierung und bei längerer Anwendung von Diazepam können reversible Störungen, wie verlangsamtes oder undeutliches Sprechen (Artikulationsstörung), Sehstörungen (Diplopie, Nystagmus), Bewegungs- und Gangunsicherheit, auftreten.

Beim Auftreten von Halluzinationen sowie „paradoxe“ Reaktionen, wie z. B. akute Erregungszustände, Angst, Suizidalität, Schlaflosigkeit, Wutanfälle, vermehrte Muskelspasmen, sollte die Behandlung mit Diazepam beendet werden.

Bei längerer oder wiederholter Anwendung von Diazepam kann es zur Toleranzentwicklung kommen.

Durch plötzliches Absetzen des Arzneimittels nach längerer täglicher Anwendung können nach etwa 2–4 Tagen Schlafstörungen und vermehrtes Träumen auftreten. Angst-, Spannungszustände sowie Erre-

gung und innere Unruhe können sich verstärkt wieder einstellen. Die Symptomatik kann sich in Zittern, Schwitzen äußern und sich bis zu bedrohlichen körperlichen (wie z. B. Krampfanfälle) und seelischen Reaktionen wie symptomatische Psychosen (z. B. Entzugs-Delir) steigern. Daher ist die Behandlung ausschleichend zu beenden.

Diazepam besitzt ein primäres Abhängigkeitspotenzial. Bereits bei täglicher Anwendung über wenige Wochen ist die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung gegeben. Dies gilt nicht nur für den missbräuchlichen Gebrauch besonders hoher Dosen, sondern auch für den therapeutischen Dosisbereich.

4.9 Überdosierung

Bei jeder Beurteilung einer Intoxikation sollte an das Vorliegen einer Mehrfach-Intoxikation durch mögliche Anwendung mehrerer Arzneimittel, beispielsweise in suizidaler Absicht, einbezogen werden.

Die Symptome einer Überdosierung treten verstärkt unter dem Einfluss von Alkohol und anderen zentral dämpfenden Mitteln auf.

a) Symptome einer Überdosierung

Symptome leichter Überdosierung können z. B. Verwirrtheit, Somnolenz, Ataxie, Dysarthrie, Hypotonie und Muskelschwäche sein. In Fällen hochgradiger Intoxikation kann es zu einer zentralen Depression der Herzkreislauf- und Atemfunktionen (Zyanose, Bewusstlosigkeit bis hin zum Atemstillstand, Herzstillstand) kommen (Intensivüberwachung!).

In der Abklingphase können hochgradige Erregungszustände vorkommen.

b) Therapiemaßnahmen bei Überdosierung

Im Frühstadium einer Vergiftung sind Magenspülungen und/oder Erbrechen indiziert sowie andere resorptionsvermindernde Maßnahmen (Aktivkohle).

Neben der Kontrolle von Atmung, Pulsfrequenz, Blutdruck und Körpertemperatur sind im Allgemeinen i.v.-Flüssigkeitsersatz sowie unterstützende Maßnahmen und Bereitstellung von Notfallmaßnahmen für evtl. eintretende Atemwegsobstruktionen indiziert (erforderlichenfalls Intensivüberwachung).

Bei Hypotonie können Sympathomimetika verabreicht werden. Bei Ateminsuffizienz, die auch durch periphere Muskelrelaxierung bedingt sein kann, assistierte Beatmung. Morphin-Antagonisten sind kontraindiziert.

Diazepam ist dialysabel. Hämodialyse oder Peritonealdialyse wurden bislang in der Literatur nicht beschrieben. Es ist anzunehmen, dass forcierte Diurese und Dialysemassnahmen aufgrund der hohen Eiweißbindung und des großen Verteilungsvolumens bei reinen Diazepam-Vergiftungen wenig wirksam sind.

Hinweis:

Flumazenil ist für die Aufhebung der zentral dämpfenden Wirkung von Benzodiazepinen angezeigt. Es wird daher bei folgenden Indikationen verwendet:

- Beendigung der durch Benzodiazepine eingeleiteten und aufrechterhaltenen Narkose bei stationären Patienten

- Aufhebung der durch Benzodiazepine herbeigeführten Sedation im Rahmen therapeutischer Maßnahmen bei stationären Patienten

5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe: Anxiolytika, Benzodiazepin-Derivate

ATC-Code: N05BA01

Diazepam ist eine psychotrope Substanz aus der Klasse der 1,4-Benzodiazepine mit ausgeprägten spannungs-, erregungs- und angstdämpfenden Eigenschaften sowie sedierenden und hypnotischen Effekten. Darüber hinaus zeigt Diazepam in höheren Dosen den Muskeltonus dämpfende und antikonvulsive Wirkungen.

Diazepam bindet an spezifische Rezeptoren im Zentralnervensystem sowie in einzelnen peripheren Organen. Die Benzodiazepinrezeptoren im Zentralnervensystem stehen in enger funktioneller Verbindung mit den Rezeptoren des GABA-ergen Transmittersystems. Nach Bindung an den Benzodiazepinrezeptor verstärkt Diazepam die hemmende Wirkung der GABA-ergen Übertragung.

5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften

Die pharmakokinetischen Parameter von Diazepam zeigen eine große interindividuelle Variabilität.

– Resorption, maximale Plasmakonzentration

Nach oraler Applikation von Tabletten wird Diazepam rasch und nahezu vollständig resorbiert. Maximale Plasmakonzentrationen werden etwa 1 Stunde nach der Applikation erreicht. Bei regelmäßiger täglicher Einnahme wird ein steady state für Diazepam und den wirksamen Metaboliten des N-Desmethyldiazepam altersabhängig innerhalb von 5–15 Tagen erreicht. Die Serumkonzentrationen können nach täglicher Gabe von 10 mg Diazepam zwischen 90–225 ng/ml betragen.

– Proteinbindung, Verteilungsvolumen

Die Plasmaproteinbindung von Diazepam beträgt zwischen 95–99 %, bei Nieren- und Leberkranken sind niedrigere Werte vorhanden.

Das Verteilungsvolumen beträgt altersabhängig zwischen 0,95–2 l/kg KG.

– Metabolisierung, Elimination

Der Abbau von Diazepam erfolgt hauptsächlich in der Leber zu den ebenfalls pharmakologisch aktiven Metaboliten N-Desmethyldiazepam (Nordazepam), Temazepam und Oxazepam, die im Harn als Glukuronide erscheinen.

Nur 20 % der Metabolite treten in den ersten 72 h im Harn auf.

Die aktiven Metabolite besitzen folgende Plasmahalbwertszeiten:

N-Desmethyldiazepam	30–100 h
Temazepam	10–20 h
Oxazepam	5–15 h

Bei wiederholter Dosierung von Diazepam überwiegt der Anteil von N-Desmethyldiazepam bei großen interindividuellen Unter-

schieden. Dieser Hauptmetabolit besitzt eine längere terminale Halbwertszeit als die Muttersubstanz.

Bei chronischer Medikation von Diazepam wird die Elimination zusätzlich durch Kumulation verlängert und es treten therapeutisch relevante Serumkonzentrationen des Hauptmetaboliten auf.

Aus dem Blutplasma wird Diazepam und sein Hauptmetabolit nur sehr langsam eliminiert. Die 1. Eliminationsphase hat eine Halbwertszeit von 1 h; für die 2. Eliminationsphase ergeben sich – in Abhängigkeit von Alter sowie der Leberfunktion – Werte von 20–100 h. Die Ausscheidung erfolgt überwiegend renal, teilweise auch biliär. Sie ist ebenfalls vom Alter sowie der Leber- und Nierenfunktion abhängig. Diazepam wird vom Neugeborenen wesentlich langsamer metabolisiert und eliminiert als von Kindern oder Erwachsenen.

Bei alten Menschen ist die Elimination um den Faktor 2–4 verlangsamt.

Bei eingeschränkter Nierenfunktion ist die Elimination ebenfalls verlangsamt.

Bei Patienten mit Lebererkrankungen (Leberzirrhose, Hepatitis) verlangsamt sich die Elimination um den Faktor 2.

– Liquorgängigkeit

Diazepam ist lipophil und gelangt rasch mit seinem aktiven Hauptmetaboliten in die cerebrospinale Flüssigkeit.

– Plazentaängigkeit, Laktation

Diazepam und sein Hauptmetabolit N-Desmethyldiazepam passieren die Plazenta und werden in die Muttermilch sezerniert. Diazepam kumuliert im fetalen Kompartiment und kann im Blut des Neugeborenen das 3fache der maternalen Serumkonzentration erreichen. Beim Frühgeborenen ist die Elimination wegen der unreifen Leber- und Nierenfunktion erheblich verzögert und kann bis zu 10 Tagen betragen.

Wenn Diazepam vor oder unter der Geburt gegeben wurde oder der Mutter vielfach größere Dosen appliziert wurden, sind sowohl bei Früh- wie bei Neugeborenen die Apgar-Werte signifikant erniedrigt, die Häufigkeit von Hyperbilirubinämie signifikant erhöht sowie ausgeprägte Ödeme und Muskelhypotonie bis zu 4 Tagen nach der Geburt beobachtet worden.

5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

Untersuchungen an verschiedenen Tierarten ergaben keine Hinweise auf substanzbedingte Organveränderungen. Mehrere Untersuchungen zur Genotoxizität liefern schwache Hinweise auf ein mutagenes Potenzial in hohen Konzentrationen, die weit oberhalb der therapeutischen Dosierung liegen. Langzeituntersuchungen am Tier auf ein tumorproduzierendes Potenzial von Diazepam liegen nicht vor.

Bei der Maus kam es nach pränataler Diazepam-Exposition zur Ausbildung von Gaumenspalten. Beim Hamster zeigten sich nach sehr hohen pränatalen Diazepam-Gaben außer Gaumenspalten auch Exenzephalien und Extremitätenmissbildungen. Bei Ratte und Primaten war Diazepam nicht teratogen. Tierexperimentelle Studien haben Hinweise auf Verhaltensstörungen der Nachkommen langzeitexponierter Muttertie-

re ergeben. Bei Mäusen zeigten sich nach 1- bis 6-wöchiger Behandlung mit Diazepam Anomalien der Spermienköpfe.

6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN

6.1 Liste der sonstigen Bestandteile

Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Cellulosepulver, Copovidon, Talkum, Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat.

6.2 Inkompatibilitäten

Nicht zutreffend

6.3 Dauer der Haltbarkeit

5 Jahre

6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Für dieses Arzneimittel sind keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

Packung mit 10 Tabletten

N 1

Packung mit 20 Tabletten

N 2

Packung mit 50 Tabletten

N 3

6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung

Keine besonderen Anforderungen.

7. INHABER DER ZULASSUNG

ratiopharm GmbH
Graf-Arco-Str. 3
89079 Ulm
www.ratiopharm.de

8. ZULASSUNGSNUMMER

17447.01.00

9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG/VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG

Datum der Erteilung der Zulassung:
24. März 1994

Datum der Verlängerung der Zulassung:
7. April 2004

10. STAND DER INFORMATION

April 2008

11. VERKAUFSABGRENZUNG

Verschreibungspflichtig

Zentrale Anforderung an:

Rote Liste Service GmbH

FachInfo-Service

Postfach 11 01 71

10831 Berlin

Information für Patienten

(Praxisstempel)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

ich habe Ihnen zur Behandlung **aktueller Schlafprobleme** ein Medikament verordnet. Dies gehört zur Gruppe der Benzodiazepine oder ähnlich wirkender Arzneimittel. Diese Medikamente sind bewährt in der kurzfristigen Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen, aber auch bei Spannungs- und Angstzuständen.

Allerdings kann schon in niedriger Dosierung selbst die kurzfristige Einnahme zu Risiken führen (s. Kasten). Dringend zu beachten ist, dass bereits nach rund zwei bis vier Wochen bekannte Folgewirkungen verstärkt auftreten und die Gefahr einer Abhängigkeit eintritt.

Benzodiazepine – Risiken und unerwünschte Wirkungen	
<ul style="list-style-type: none">• Reaktionsfähigkeit• Benommenheit• Müdigkeit	Fahrtüchtigkeit!
<ul style="list-style-type: none">• Benommenheit• Schwindel• Muskelschwäche	Sturzgefahr!
<ul style="list-style-type: none">• Konzentrationsstörungen• Gedächtnisstörungen• Vergesslichkeit• Niedergeschlagenheit• Kopfschmerzen	
Effekte können auch noch mehr als zehn Stunden nach der Einnahme auftreten bzw. bestehen.	

Aus diesem Grund vereinbaren wir eine maximale Behandlungsdauer von vier Wochen. Während dieser Zeit werden Einnahmedauer, Dosierung und - falls notwendig - andere Behandlungsmöglichkeiten veranlasst. Bitte vereinbaren Sie hierzu gleich den nächsten Termin.

Ihr

Information für Patienten

(Praxisstempel)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

ich habe Ihnen ein **beruhigendes und angstlösendes Medikament** verschrieben. Dies gehört zur Gruppe der Benzodiazepine oder ähnlich wirkender Arzneimittel. Diese Medikamente sind bewährt in der kurzfristigen Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen, aber auch bei Spannungs- und Angstzuständen.

Allerdings kann schon in niedriger Dosierung selbst die kurzfristige Einnahme zu Risiken führen (s. Kasten). Dringend zu beachten ist, dass bereits nach rund zwei bis vier Wochen bekannte Folgewirkungen verstärkt auftreten und die Gefahr einer Abhängigkeit eintritt.

Benzodiazepine – Risiken und unerwünschte Wirkungen	
<ul style="list-style-type: none">• Reaktionsfähigkeit• Benommenheit• Müdigkeit	Fahrtüchtigkeit!
<ul style="list-style-type: none">• Benommenheit• Schwindel• Muskelschwäche	Sturzgefahr!
<ul style="list-style-type: none">• Konzentrationsstörungen• Gedächtnisstörungen• Vergesslichkeit• Niedergeschlagenheit• Kopfschmerzen	
Effekte können auch noch mehr als zehn Stunden nach der Einnahme auftreten bzw. bestehen.	

Aus diesem Grund vereinbaren wir eine maximale Behandlungsdauer von vier Wochen. Während dieser Zeit werden Einnahmedauer, Dosierung und - falls notwendig - andere Behandlungsmöglichkeiten veranlasst. Bitte vereinbaren Sie hierzu gleich den nächsten Termin.

Ihr

FAX-Antwort

KVWL
GB Verordnungsmanagement
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

Fax-Nr.: 0231 9432 - 3325

1. Persönliche Angaben:

Name: _____

Vorname: _____

BSNR: _____
(unbedingt angeben)

Stadt: _____

2. Beratungsangebot zur Pharmakotherapie:

Ich möchte das Angebot zur Beratung mit den Unterlagen „pharmPRO®“ annehmen. Die Gespräche sind grundsätzlich mittwochs in Dortmund vorgesehen, aber abhängig von der Zahl der Anmeldungen auch evtl. an anderen Tagen oder in anderen Bezirksstellen. Die Gesprächsdauer beträgt ca. 1 ¼ Stunde. Um die Termine besser planen und organisieren zu können, bitten wir um zusätzliche Informationen zu Ihren Zeit- oder Ortswünschen.



3. Ihre persönlichen Angaben / Wünsche / Fragen:

Unterschrift

Praxisstempel

Stark für die seelische Gesundheit

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist der gemeinnützige Gesundheitsdienstleister des LWL des Kommunalverbands der 18 Kreise und 9 kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe. Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen leistet einen entscheidenden Beitrag zur seelischen Gesundheit der Menschen in Westfalen-Lippe.

■ **113 Einrichtungen im Verbund:**

Krankenhäuser, Tageskliniken und Institutsambulanzen, Rehabilitationszentren, Wohnverbände und Pflegezentren, Akademien für Gesundheitsberufe, Institute für Forschung und Lehre

■ **ca. 8.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** aus allen Berufen des Gesundheitswesens

■ **ca. 140.000 behandelte und betreute Menschen** im Jahr

Wir arbeiten für Sie in den Kreisen Borken, Coesfeld, Gütersloh, Höxter, Lippe, Paderborn, Recklinghausen, Soest, Steinfurt, Unna, dem Hochsauerlandkreis und dem Märkischen Kreis sowie in den kreisfreien Städten Bochum, Dortmund, Hamm, Herne und Münster.

www.lwl-psiichiatrieverbund.de

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Tipps für einen guten Schlaf

- nicht tagsüber schlafen,
- Schlafzimmer kühl und dunkel,
- keine körperlichen Anstrengungen vor dem Schlafengehen,
- keine aufputschenden Getränke abends - eventuell bereits nachmittags weglassen,
- keine schweren Mahlzeiten am Abend,
- die „Bettsschwere“ abwarten, d.h. nicht zu früh zu Bett gehen,
- zu-Bett-Geh-Ritual einführen,
- Bett ausschließlich zum Schlafen aufsuchen,
- feste morgendliche Aufstehzeit,
- Wecker / Uhren außer Sichtweite,
- wenn Sie aufwachen liegen bleiben: „Der Körper holt sich den Schlaf, den er braucht.“

Erläuterungen zu einigen Tipps

Der Schlaf ist Teil der 24-Stunden-Rhythmik unseres Körpers. Bei Schlafstörungen ist es wichtig, dass der Schlaf wieder in den 24-Stunden-Rhythmus kommt. Deshalb darf tagsüber nicht geschlafen werden, da sonst „an der inneren Uhr gedreht wird“ (Der Körper weiß nicht, ob jetzt Nacht oder Tag ist). Dazu gehört auch, dass Sie morgens zu einer festen Zeit aufstehen. Nach einer schlecht geschlafenen Nacht ist es verlockend, morgens noch länger zu schlafen - dies würde aber wiederum eine Verschiebung der „inneren Uhr“ bedeuten.

Aus dem weiter oben Gesagten wird unmittelbar verständlich, warum keine Uhr oder Wecker in Sichtweite des Bettes sein soll. Wer Angst hat, morgens zu verschlafen, kann sich mehrere Wecker stellen. Menschen, die wenig Schlaf brauchen wie z.B. körperlich gesunde ältere Menschen, sollten möglichst spät zu Bett gehen, damit sie nicht in der Nacht z.B. schon um 4 Uhr ausgeschlafen sind.

Wer nachts wach wird, sollte unbedingt im Bett liegen bleiben. Auch das bloße Liegen im Bett stellt eine körperliche Erholung dar und Sie wissen ja: „Der Körper holt sich den Schlaf, den er braucht“. Aufstehen, Licht anmachen und rauchen oder etwas essen und trinken würden die innere Uhr wieder stören - „der Körper weiß nicht, ist nun schon Morgen oder noch Nacht“. Wer nachts etwas Wasser trinken will, sollte sich dies griffbereit ans Bett stellen. Wer zur Toilette muss, sollte das Licht möglichst auslassen und sich gleich wieder hin legen.

Wer nicht einschlafen kann, weil ihn die Erlebnisse des Tages beschäftigen, sollte ein Tagebuch schreiben. Wer nicht einschlafen kann, weil ihm viele Ideen durch den Kopf gehen, sollte Stift und Zettel neben dem Bett liegen haben, um sich Notizen zu machen (wenn die Ideen aufgeschrieben sind, kann man sie „loslassen“).

Wer nicht einschlafen kann, weil er über ein Problem grübelt, sollte sich am Abend hinsetzen und die Vor- und Nachteile der verschiedenen Problemlösungen aufschreiben.

Und denken Sie immer daran, das „Nicht-schlafen-können“ ist zwar sehr unangenehm, aber nicht gefährlich, da der Körper sich den Schlaf holt, den er braucht.

Herausgeber:

LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein

Abteilung Suchtmedizin

Dr. Rüdiger Holzbach und Friedel Harnacke

Bestellung: friedel.harnacke@wkp-lwl.org

oder 02902-82-1777

Besuchen Sie uns auch im Internet:

www.lwl-klinik-lippstadt.de

www.lwl-klinik-warstein.de

Fragen an den Sucht-Doktor

Nr.2



Schlafstörungen -

*was hilft
außer Suchtmitteln?!*

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Mit der Reihe „Fragen an den Sucht-Doktor“ wollen wir häufig gestellte Fragen „rund um die Sucht“ beantworten. Die Ausgabe Nr. 2 widmet sich dem Thema Schlafstörungen, die häufig Ursache, aber auch Folge einer Suchterkrankung sein können.

Warum schlafen wir?

Der Schlaf dient einerseits der körperlichen Erholung, andererseits der Verarbeitung des tagsüber Erlebten. Hierunter ist vor allem das „Abspeichern“ von Erinnerungen und Erlerntem zu verstehen.

Der natürliche Schlafverlauf

Innerhalb einer geschlafenen Nacht durchlaufen wir verschiedene Schlafphasen. Neben sogenannten Tiefschlafphasen, in denen wir nur sehr schwer zu wecken sind, und Phasen, in denen wir träumen, gibt es auch Phasen mit sehr „leichtem“ Schlaf, in denen wir durch Störungen sehr schnell aufwachen. In einer Nacht durchlaufen wir mehrmals diese verschiedenen Phasen. Der Tiefschlaf dient der körperlichen Erholung, in den Traumphasen werden Gelerntes und Erlebtes „abgespeichert“.

Auch der gesunde Schläfer wird jede Nacht mindestens 20 mal kurz wach! Wir erinnern uns an dieses kurze Aufwachen aber nicht, wenn diese Zeit unter 2 - 3 Minuten bleibt.

Der Schlaf verändert sich im Laufe des Lebens

Im Laufe des Lebens verändert sich sowohl die Schlafdauer wie auch der prozentuale Anteil der Schlafphasen pro Nacht. Neugeborene schlafen 16 Stunden und länger, 20-Jährige im Schnitt 7 - 9 Stunden und 40-Jährige 6 - 8 Stunden. Dabei gibt es keine „richtige“ Schlafdauer. Die Schlafdauer ist individuell sehr verschieden; bei Kurzschläfern weniger als 6 Stunden, Langschläfer brauchen mehr als 9 Stunden. Ein 20-jähriger Mensch hat in einer geschlafenen Nacht 20 - 25 Prozent Tiefschlafanteil (körperlich erholsamer Schlaf), mit 40 Jahren aber nur noch 5 Prozent. Entsprechend geht der Anteil an leichtem Schlaf von rund

50 Prozent hoch auf 75 - 80 Prozent. Dies bedeutet, je älter wir werden, umso kürzer, oberflächlicher und weniger erholsam wird unser Schlaf, ohne dass uns dies schadet oder in unserer Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt.

Der Körper holt sich den Schlaf, den er braucht!

Die Mindestmenge von 2 - 3 Stunden Schlaf in 24 Stunden kann nur mit „Gewalt“ verhindert werden. Bei diesen 2 - 3 Stunden ist es egal, ob sie am Stück oder in mehreren Etappen geschlafen werden. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass wir die Dauer unseres Schlafes nicht einschätzen können, da wir keinen Zeitsinn haben, wenn wir schlafen. D.h. nur durch äußere Umstände, insbesondere natürlich über eine Uhr, können wir abschätzen, ob wir nur für Sekunden oder mehrere Stunden geschlafen haben. Dem entsprechend schätzen Menschen mit Schlafstörungen grundsätzlich ihre Schlafdauer falsch, nämlich zu niedrig ein. Menschen, die die Bedeutung des Schlafes überschätzen, neigen dazu, auf Störungen des Schlafes mit Stress zu reagieren. Dazu ein kleines Beispiel:

Sie haben am nächsten Tag einen wichtigen Termin und werden dadurch geweckt, dass Besuch von ihren Nachbarn nachts um 2:00 Uhr mit Rufen und Hupen sich lautstark verabschiedet. Natürlich werden Sie sich zunächst ärgern und dann den Gedanken haben, „hoffentlich finde ich noch genug Schlaf, um morgen für meinen wichtigen Termin fit zu sein“. Der Ärger und die Sorge bedeuten Stress. Stress führt im Körper zur Ausschüttung von Adrenalin, dem „Halla-Wach-Hormon“. Das Adrenalin verhindert, dass Sie wieder einschlafen. Je nachdem wie stark Sie sich geärgert haben, dauert der Abbau des Adrenalins bis zu 20 Minuten. In dieser Zeit können Sie nicht wieder einschlafen. Wenn Sie nun in dieser Phase immer wieder auf die Uhr schauen und dadurch den Ärger und Stress verlängern, werden Sie wieder Adrenalin ausschütten, was wiederum das Einschlafen verhindert, usw. Sie werden dann erst in den frühen Morgenstunden gegen 4:30 Uhr, 5:00 Uhr einschlafen, ent-

sprechend dem Gesetz „der Körper holt sich den Schlaf, den er braucht“.

Würden Sie in der Nacht wach und hätten bei dem Blick auf die Uhr den Gedanken: „Ach wie schön - erst zwei Uhr, da kann ich ja noch ein paar Stunden schlafen“, hätten Sie eine große Chance auch rasch wieder einzuschlafen.

Schlafstörungen verselbstständigen sich schnell

Setzen wir das Beispiel von oben fort. Sie haben die Nacht schlecht geschlafen. Sicherlich werden Sie am folgenden Tag müde sein und sich immer wieder an das ärgerliche Ereignis der Nacht erinnern. Es wäre insofern nicht verwunderlich, wenn Sie abends, während Sie ins Bett gehen, den Gedanken hätten: „Hoffentlich kann ich heute Nacht wenigstens ungestört schlafen.“ Diese Sorge aktiviert wiederum das Stresshormon Adrenalin. Je ausgeprägter die Sorge ist, um so mehr Stress, um so mehr Adrenalin und um so unwahrscheinlicher ist es, dass Sie einschlafen können. Damit stehen Sie am Anfang von sich verselbstständigenden Schlafstörungen. Wenn Sie dann doch eingeschlafen sind, kann noch folgendes passieren: Sie werden, wie jeder gesunde Schläfer, mehrmals in der Nacht kurz aufwachen. Sind Ihre Gedanken dann sehr auf die Schlafstörung fixiert, werden Sie in dieser kurzen Wachphase unter Umständen gleich überprüfen wollen, ob Sie genug geschlafen haben und schauen darum auf Ihren Wecker. Was dann geschieht ist klar: Sie werden sich ärgern, dass Sie schon wieder mitten in der Nacht wach geworden sind und der Körper setzt daraufhin wieder Adrenalin frei. Sie werden wiederum bis in die frühen Morgenstunden nicht einschlafen können. Der Teufelskreislauf setzt sich fort.

Suchtmittel und Schlaf

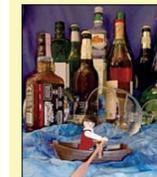
Alkohol und die verschreibungspflichtigen Schlafmittel verbessern das Einschlafen und verlängern in der Regel die Schlafdauer, führen aber zu einer Verschlechterung der Schlafqualität bzw. der Erholung durch den Schlaf. Deshalb sollten solche Mittel nur kurze Zeit eingesetzt werden.

Die verschiedenen Behandlungsangebote der Abteilung Suchtmedizin



Drogen

- Jungerwachsene/Erstbehandlung
- Rückfall
- Migranten
- Paarentzug



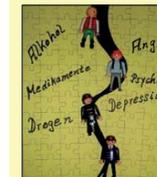
Alkohol

- Erstbehandlung
- Rückfall
- Migranten
- Akutes Korsakow-Syndrom



Medikamente

- Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine)
- Schmerzmittel



Behandlung bei Komorbidität

Doppeldiagnose

- Sucht + Angst
- Sucht + Depression
- Sucht + Psychose
in der Abt. Allgemeinsuchtmedizin