

Ambulanter Entzug bei benzodiazepinabhängigen Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt

E. Pallenbach

Out-patient Detoxification of Benzodiazepines with the Cooperation of Pharmacist and General Practitioner

Zusammenfassung

Die Abhängigkeit von Benzodiazepinen ist ein zunehmendes Problem in unserem Gesundheitssystem. Bisher kommen nur vergleichsweise wenige Betroffene in eine spezifische Behandlung und im Suchthilfesystem gibt es kaum Behandlungsangebote für diese Patienten-Gruppe. Insbesondere für ältere Menschen trifft dies zu, die andererseits aber die größte Gruppe der Medikamentenabhängigen darstellen und durch die muskelentspannende Wirkung und Dämpfung unter Benzodiazepinen besonders sturzgefährdet sind. Apotheker und ihre pharmakologische- und Beratungs-Kompetenz werden in diesem Zusammenhang bisher nicht genutzt, obwohl Apotheker Langzeitverschreibungen erkennen können, die Betroffenen häufig langjährig kennen und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt gezielt tätig werden können. Anhand der Erfahrung mit dem ambulanten Entzug bei 38 Patienten, die primär durch einen Apotheker beraten und unterstützt wurden, lässt sich zeigen, dass die Mehrzahl der überwiegend älteren Patienten (im Schnitt 72,5 Jahre) den Entzug so erfolgreich abschließen konnten und dadurch für ihre Lebensqualität profitierten. Neben der Aufklärung über die negativen Folgen des Benzodiazepin-Konsumes bedarf es dabei auch einem fundierten Wissen um Schlafstörungen. Sowohl schlafhygienischer Beratung als auch der Einsatz von einem Baldrian-Hopfen-Präparat hat sich bewährt.

Schlüsselwörter

Benzodiazepin-Abhängigkeit · ambulanter Entzug · Apotheker

Abstract

Benzodiazepine dependency is an increasing problem for our health system. So far, only comparatively few patients seek specific treatment, and addiction services have hardly any offers for this group of patients. Older persons are particularly concerned; they represent the largest group of patients dependent on medical drugs, and they are particularly at risk of having a fall due to the muscle relaxing and attenuating effects of benzodiazepines. Pharmacists and their specific pharmacological and counselling authority have not been utilised so far, although pharmacists can detect long-term prescriptions, have often known the patients for many years and are able to take purposeful action in agreement with the treating doctor. Based on the experience with outpatient withdrawal treatment in 38 patients, who were primarily advised and supported by a pharmacist, it is possible to show that the majority of mainly older patients (on average 72.5 years) were thus able to successfully conclude the withdrawal process and increase their quality of life. In addition to the information about negative consequences of benzodiazepine use, it is also necessary to have a sound knowledge on sleep disturbances. Counselling on sound sleep behaviour as well as valerian-hop preparations have both been found effective.

Key words

Benzodiazepine dependency · outpatient withdrawal treatment · pharmacist

Institutsangaben

Schwarzwald-Baar-Klinikum

Korrespondenzadresse

Dr. Ernst Pallenbach · Fachapotheker für Klinische Pharmazie, Schwarzwald-Baar-Klinikum · Vöhrenbacher Str. 23 – 27 · 78050 Villingen-Schwenningen · E-mail: ernst.pallenbach@sbk-vs.de

Bibliografie

Suchttherapie 2006; 7: 107 – 116 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-927016
ISSN 1439-9903

Einleitung

Die primären Kosten für eine Behandlung mit Benzodiazepinen sind gering, jedoch erhöht sich die gesundheitsökonomische Relevanz durch hohe Fallzahlen und besonders durch immense Folgekosten wie Frakturen. Vor diesem Hintergrund wurde ein niedrighschwelliges Interventionsmodell zum ambulanten Entzug von benzodiazepinabhängigen Patienten entwickelt, das neben einem pharmakologisch-fachlichen Ansatz Elemente der klientenzentrierten motivierenden Gesprächsführung beinhaltet. Dabei wird durch Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt ohne Etablierung neuer Suchthilfeinrichtungen Patienten mit langjährigem Abusus der Entzug ermöglicht. Die zweijährige Anwendungsbeobachtung an 38 Patienten zeigt eine hohe Akzeptanz bei den Patienten und beteiligten Ärzten. Mit dieser neuen Methode könnte langfristig eine patientenorientierte und kostengünstige Ergänzung zum professionellen stationären Benzodiazepinentzug in psychiatrischen Kliniken etabliert werden und neben einem Gewinn an Lebensqualität der Patienten ein beachtliches gesundheitsökonomisches Einsparungspotenzial erreicht werden.

Arzneimittelabhängigkeit – ein weit verbreitetes Phänomen

Eine alltägliche Situation: Eine Patientin geht zu ihrem Hausarzt, weil sie mal wieder ein Rezept für ihr Schlafmittel braucht, das sie inzwischen schon seit Jahren allabendlich einnimmt. „Ohne meine Tabletten kann ich nun mal einfach nicht einschlafen“, lautet ihre Erklärung. Der Hausarzt meint es gut und verschreibt ihr seit dem Tod ihres Mannes das Schlafmittel. Schwer zu ertragende Lebensveränderungen und Konfliktsituationen sind häufig der Grund für die Erstverordnung von Schlafmitteln. Doch die meisten Patienten gewöhnen sich schnell an die entspannende Wirkung und drängen ihren behandelnden Arzt auf weitere Verordnungen. Aus der sinnvollen Erstverordnung wird eine Dauerverordnung, die Patienten bestehen auf ihren Tabletten. Und wenn der Hausarzt nicht „pariert“, gehen sie zum nächsten. Eine aussichtslose Situation also? Nein! Es gibt Möglichkeiten, die Tablettenabhängigkeit zu überwinden und für Arzt, Apotheker und Angehörige Möglichkeiten, dabei zu helfen [3].

Der medikamentenabhängige Kunde oder Patient fällt in der Regel lange Zeit nicht auf. Er grölt nicht, torkelt nicht, riecht nicht, sondern wirkt angepasst und versucht, den Alltag korrekt zu bewältigen. Aktuelle Schätzungen zufolge gibt es zehnmal so viele Arzneimittelabhängige wie Abhängige von illegalen Drogen. So geht man bundesweit von etwa 1.500.000 Arzneimittelabhängigen aus, darunter mehr als drei Viertel Benzodiazepinabhängige [3–5, 7, 32]. Vorwiegend sind Menschen im mittleren bis hohen Lebensalter betroffen. Extrem verbreitet ist die Medikamentenabhängigkeit in Altersheimen [2, 3]. Auch im europäischen Ausland ist die Situation nicht besser [28–30].

Woran liegt es aber, dass dieser extrem verbreitete Arzneimittelmissbrauch so wenig wahrgenommen wird und fast immer versteckt und wenig auffällig stattfindet? Zunächst einmal sind Arzneimittel (genau wie Zigaretten und Alkoholprodukte) legal und bedürfen daher keiner Beschaffungskriminalität. Es gibt immer eine „objektive Rechtfertigung“ für die Einnahme. „Das verschreibt

mir doch mein Doktor“, „das braucht mein Körper“, so einfach ist die Begründung. Sehr häufig entwickelt sich eine Abhängigkeit von niedrigen Dosen (low-dose-dependence), die auch vom Anwender überhaupt nicht als süchtiges Verhalten wahrgenommen wird. Das eigene zwanghafte Verlangen nach dem Beruhigungs- oder Schmerzmittel ist somit völlig in Ordnung und wird nicht hinterfragt, das Erkennen einer Abhängigkeit findet nicht statt [3]. Auch Benzodiazepinpatienten fühlen sich aus diesen Gründen nicht abhängig und wollen die Gewöhnung, die Nebenwirkungen und Gefahren einer langfristigen Benzodiazepineinnahme nicht erkennen oder wahrhaben [24].

Von einer Arzneimittelabhängigkeit sind überwiegend Frauen betroffen, ganz im Gegensatz zu illegalen Drogen und Alkohol. Anders als Männer leben sie ihre Suchtmittelabhängigkeit unauffälliger, leiser aus. Frauen trinken nicht auf der Straße, eher allein zu Hause. Und Frauen greifen zu Suchtmitteln, deren Auswirkungen nicht „rauschartig-auffällig“, sondern leise und heimlicher sind. Dazu gehören Medikamente. Die Fassade der Normalität bleibt damit lange Zeit bestehen. Soziologen führen diese Gewichtung auf geschlechtsspezifische soziale Merkmale zurück. Frauen leben Aggression, die Männer meist direkt mit anderen austragen, eher als Autoaggression aus. Exzessives und auffälliges Suchtverhalten würde dieser gesellschaftlichen Rolle widersprechen [3, 36].

Schlaf und Schlafstörungen – das Geheimnis der Nacht

Mit Schlafstörungen beginnt häufig die Einnahme von Benzodiazepinen, sie treten aber auch im Verlauf (Wirkumkehr) und im Entzug auf. Für ein effizientes Patientengespräch mit Medikamentenabhängigen ist in der Regel auch eine differenzierte Kenntnis von Schlafstörungen erforderlich. Generell gilt: Jeder dritte Bundesbürger klagt zeitweise oder regelmäßig über Ein- und Durchschlafstörungen oder empfindet seinen Schlaf als nicht erholsam. Nicht alle Betroffenen leiden darunter. Dennoch gehen Fachleute bundesweit von 12 Millionen behandlungsbedürftigen Schlafstörungen aus [8].

Ein Drittel unseres Lebens verbringen wir im Schlaf. Wen wundert's, dass sich viele Wissenschaftler mit dem Phänomen Schlaf und Schlafstörungen beschäftigen.

Schlaf ist ein der Erholung dienender Zustand der Ruhe oder Untätigkeit, aber dennoch kein passiver Zustand, bei dem „im Gehirn die Lichter ausgehen“, oder gar eine Art Bewusstseinstrübung, wie man früher meinte. Der Schlaf ist eine aktive Leistung des Organismus. Das Gehirn ruht sich keineswegs aus, es arbeitet nur anders. Seine Zellen und zahllosen Nervenverbindungen sind aktiv, teilweise aktiver als tagsüber. Die meisten Körperfunktionen erfüllen nach wie vor ihre Leistungen, auch wenn einige von ihnen „auf kleiner Flamme“ gehalten werden [16].

Unsere nächtliche Ruhezeit unterteilt sich in mehrere Phasen mit jeweils typischen Gehirnstromableitungen. In einer Nacht wechseln sich die Schlafstadien mehrfach etwa im 90-Minuten-Rhythmus ab. Im Laufe des Lebens verändern sich die Schlafstruktur und das Schlafbedürfnis. Während kleine Kinder bis zu 16 Stunden Schlaf täglich brauchen, kommen alte Menschen oft mit weniger als sechs Stunden aus [14]. Jedoch wird der Schlaf auch störanfäll-

liger, häufiger unterbrochen, der Tiefschlafanteil sinkt. Bei älteren Menschen findet sich aber oft eine Diskrepanz zwischen der subjektiv empfundenen Schlafqualität und der Schlafdauer und dem objektiv verifizierten Schlaf (Pseudo-Insomnie); ältere Patienten überschätzen häufig die Intensität ihrer Schlafstörungen [17].

Schlafstörung ist nicht gleich Schlafstörung. Die meisten Menschen verbinden damit „zu wenig geschlafen“, „schlechter Schlaf“ oder gar „schlecht geträumt“. Das ist der größere Teil, die so genannten Insomnien, das heißt mangelhafter oder ungenügend erholsamer Schlaf. Dafür kann es fassbare Gründe wie Depressionen, Angststörungen oder organische Erkrankungen, beispielsweise Schmerzen oder verschiedene Herz-Kreislauf-Probleme, geben. So genannte substanzinduzierte Insomnien werden dagegen durch bestimmte Medikamente wie Sympathomimetika, Schilddrüsenhormone, Appetitzügler, Betablocker oder manche Psychopharmaka ausgelöst [17]. Darüber hinaus gibt es natürlich auch die Schlaflosigkeit ohne fassbare Ursache (so genannte nichtorganische Insomnie). Laut Weltgesundheitsorganisation spricht man von einer Insomnie, wenn sich die Beschwerden innerhalb eines Monats pro Woche mindestens in drei Nächten wiederholen und das Wohlbefinden tagsüber dadurch beeinträchtigt ist.

Neben Insomnien gibt es die so genannten Hypersomnien wie das Schlafapnoe-Syndrom (ausgeprägte Schläfrigkeit am Tag mit kurzfristigen Einschlafattacken und speziellen Atmungsstörungen in der Nacht), die Narkolepsie (übermäßige Schläfrigkeit oder plötzliches, unüberwindliches Einschlafen am Tage), dem nächtlichen Myoklonus (immer wiederkehrende Bein-, insbesondere Unterschenkelbewegungen, die ständig aufwecken) sowie das Restless-legs-Syndrom (ruhelose Beine).

Parasomnien sind ungewöhnliche Ereignisse, die entweder während des Schlafs oder an der Schwelle zwischen Wachsein und Schlaf auftreten. Dazu gehören Schlafwandeln, nächtliches Aufschrecken, Angstträume, nächtliches Einnässen und Zähneknirschen.

Das alles besagt, dass man bei der scheinbar einfachen Diagnose „Schlafstörungen“ eine ganze Reihe von möglichen Ursachen abklären muss, um nicht nur das Krankheitszeichen „gestörter Schlaf“ mit medikamentöser Hilfe zu überspielen, sondern auch die Ursachen herauszufinden [16]. Laien suchen dagegen bei Schlafstörungen meist rasch wirksame Hilfe. Was ist vor diesem Hintergrund näher liegend als der schnelle Griff zu einem Schlafmittel (Hypnotikum) oder Beruhigungsmittel (Tranquilizer, Sedativum)? Ängstliche Gespanntheit und Unausgeglichenheit und vor allem Schlaflosigkeit verschwinden mit der Tablette schnell und der Griff in den Medikamentenschrank wird zur großen Regelmäßigkeit. Leicht entwickelt sich daraus eine (berechtigte) Angst, ohne Schlafmittel nicht oder nicht schnell genug einschlafen zu können. Die Behandlung von Schlafstörungen sollte jedoch einem multimodalen Ansatz folgen. Denn Schlafstörungen sind kein rein physisches Phänomen, sondern haben immer auch eine psychologische, emotionale und verhaltensabhängige Komponente. Das multimodale Therapiekonzept umfasst ursachenbezogene Ansätze ebenso wie die pharmakotherapeutische Behandlung.

Vorteilhaft bei der Arzneimitteltherapie ist der sich meist schnell einstellende Therapieerfolg und die oftmals positive Beeinflus-

sung sekundärer schlafstörender Faktoren wie Angstzustände [15]. Nachteilig an der rasch einsetzenden Wirkung ist, dass die Mehrzahl der Patienten eine kausale Therapie vernachlässigt und zweifellos, dass die Mehrzahl der Patienten unter einer langfristigen Behandlung eine Abhängigkeit von ihrem Mittel entwickelt, aber dennoch die Hälfte der therapierten Personen weiter oder wieder Schlafstörungen beklagt [13]. Viele Patienten leiden unter einem Hang-over am nächsten Tag [28, 37]. Drei Viertel der Schlafmittel werden ungezielt verordnet und verschlechtern oft nach einer kurzen Phase des Therapieerfolges die Insomnie [17].

Für reichlich Zündstoff in der Fachpresse sorgte vor zwei Jahren ein Prozess, in dem erstmals ein ehemals medikamentensüchtiger Patient seinen Arzt auf Schadenersatz verklagte. Auf Drängen des Patienten hat ihm sein behandelnder Arzt über 17 Jahre insgesamt 650 Privatrezepte über Rohypnol (Flunitrazepam) ausgestellt. Das entspricht ziemlich genau 19000 Tabletten, wie der 52-jährige Patient ausgerechnet hat. Der Hausarzt erkannte viel zu spät, dass sein Patient abhängig war. Nachdem er sich in einer psychiatrischen Klinik von seiner Sucht befreit hatte, zitierte er seinen Arzt vor das Schiedsgericht der norddeutschen Ärztekammern und bekam Recht. Die Auslösung der Tabletten sucht wurde als ärztlicher Fehler gewertet und dem Patienten ein Schmerzensgeld in Höhe von 75000 € zugesprochen [33]. Unmissverständlich macht diese Entscheidung klar, dass Mediziner für die Auslösung einer Abhängigkeit bei ihren Patienten mitverantwortlich sind.

Baldrian – eine Alternative?

Zur alternativen Behandlung von Schlafstörungen werden pflanzliche Arzneimittel mit beruhigender Wirkung eingesetzt. Dazu zählen Zubereitungen mit Baldrian, Hopfen, Melisse, Passionsblume und Lavendel, für die die Kommission E positive Monographien erstellt hat. Hochwertige Phytopharmaka verändern das gesunde Schlafprofil nicht, wirken rasch und haben kein Missbrauchspotenzial. Bei zweifelsfrei geringerer hypnotischer Potenz haben sie keine Toxizität, kaum Nebenwirkungen und daher eine hohe Akzeptanz bei vielen Patienten. Insbesondere für Baldrian liegen zahlreiche klinische Belege der Wirksamkeit vor. In einer aktuellen Arbeit wurde eine vergleichbare Wirkung von 600 mg Baldrianextrakt mit 10 mg Oxazepam zur Behandlung von Insomnien festgestellt [23]. Auch zur Unterstützung des Entzuges von Benzodiazepinen wurden Baldrianpräparate eingesetzt. Die Verabreichung erleichtert den meisten Patienten den Entzug deutlich [35]. Das Präparat sollte bereits ein bis zwei Wochen vor der Benzodiazepinreduktion regelmäßig eingenommen werden. Die Hypnogramme von zuvor mit Benzodiazepinen therapierten Patienten normalisieren sich nach etwa 15 Tagen und die gesunde Schlafarchitektur bildet sich zurück [12, 34]. Bei benzodiazepinabhängigen geriatrischen Patienten wurde das Risiko für hüftgelenksnahe Frakturen im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme gebracht und die Akzeptanz eines Baldrianpräparates beim Entzug belegt [12].

Für das Baldrian-Hopfen-Kombinationspräparat Ze 91019 (Handelsname: ALLUNA, seit Januar 2006: Alluna-Nacht), das zur Unterstützung des Entzuges in dieser Arbeit eingesetzt wurde, existieren zahlreiche aktuelle Daten: In einer multizentrischen An-

wendungsbeobachtung an 3400 Patienten führte der Extrakt weder zu einem Hang-over am nächsten Tag noch zu Gewöhnung oder Abhängigkeit [19, 20]. Die Wirksamkeit des Extraktes konnte in einer offenen Therapiebeobachtung an 144 Patienten nachgewiesen werden. Nach einer vierwöchigen Therapie mit Ze 91019 trat bei 41 % der Patienten eine Besserung der Schlafqualität ein, bei einem Viertel der Patienten konnte keine Schlafstörung mehr diagnostiziert werden [18].

Intervention von Apotheker und Hausarzt – ein Modellprojekt

Die zugrunde liegende Idee

1,2 Millionen benzodiazepinabhängige Patienten sind eine alarmierende Anzahl und Herausforderung an alle beteiligten Berufsgruppen unseres Gesundheitssystems. Im spezialisierten stationären Bereich gibt es für betroffene Patienten zahlreiche hoch qualifizierte Angebote. An psychiatrischen Kliniken kann benzodiazepinabhängigen Patienten mit effizienten Konzepten geholfen werden. Doch drängt sich die Frage auf, ob diese Angebote ausreichen. Welcher ältere Patient, der seine Gewöhnung an Benzodiazepine überhaupt nicht als Problem realisiert und primär keine Notwendigkeit für eine Änderung seines Verhaltens sieht, begibt sich so einfach in eine psychiatrische Einrichtung zum Entzug? Auch eine Suchtambulanz dürfte manche Patienten abschrecken. Und längst nicht jeder Patient hat eine entsprechende Einrichtung mit einem ausgewogenen Therapieangebot in seiner Nähe.

Der Entzug im ambulanten Bereich eröffnet ein bislang wenig beachtetes Feld der Intervention durch Arzt und Apotheker. Apotheker erkennen bei der wiederholten Verschreibung die „kritischen“ Patienten und können die Initiative zum Entzug ergreifen. Denn auch von hausärztlicher Seite wird die Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung oftmals nicht oder erst sehr spät gesehen. Die Gefahren von Langzeitverordnungen werden unterschätzt. Wird der Patient dann doch von ärztlicher Seite auf die Probleme der Verordnung angesprochen, ist die Abhängigkeit oftmals bereits so stark ausgeprägt, dass ein Absetzen der Medikation vom Patienten nicht toleriert und akzeptiert wird. Er drängt seinen Arzt zur Weiterverordnung. Er kann seinen langfristigen Konsum nicht plötzlich beenden. Der Arzt steht vor der Wahl, das Medikament weiter zu verordnen oder den Patienten zurückzuweisen und vielleicht sogar zu verlieren. Auch Hausärzte sind immer stärkeren wirtschaftlichen Einschnitten unseres Gesundheitssystems ausgesetzt, sodass das durchschnittliche Patientengespräch nur wenige Minuten dauert; zu kurz, um ein so komplexes, schwieriges Thema wirkungsvoll anzusprechen oder den Patienten gar im Alleingang erfolgreich zu entwöhnen. Eine medizinisch-pharmazeutische Zusammenarbeit ist gefragt, wenn der Patient mit dem Folgerezept in seiner (Haus-)Apotheke erscheint, wo er vielleicht schon länger durch seine Dauerverordnung aufgefallen ist. Könnte hier nicht ein patientenorientiertes und zielgerichtetes „Pharmaceutical Care“ sowohl Arzt als auch Patient unterstützen? Denn die Beratungspflicht des Apothekers gegenüber Medizinern wie Patienten beschränkt sich nicht auf frei verkäufliche Präparate. Die Beratung ist ureigene Aufgabe des Apothekers, auch und vielleicht sogar insbesondere bei „kritischen“ Verordnungen. Und für viele Patienten oder Kunden ist die Hemmschwelle zum Apothe-

ker zu gehen sehr niedrig, sodass sich ein zunächst vielleicht negativ stigmatisiertes „Eimmischen in die Therapie“ fast zwingend anbietet. Genau an dieser Stelle setzt das neue Interventionsmodell an: Der Entzug von benzodiazepinabhängigen Patienten im ambulanten Bereich in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt. Ziel ist das Etablieren einer berufsgruppenübergreifenden, niedrigschwelliger Methodik zum Entzug.

Grundsätzlich ist bei der Entzugsbehandlung auf eine mögliche Komorbidität, eine Abhängigkeit von weiteren Stoffen, und ein komplexes Krankheitsbild, das ein integratives Behandlungskonzept in einer Fachklinik erforderlich macht, zu achten. Weder die Grenzen des Apothekers noch des Hausarztes dürfen überschätzt werden.

Vorgehensweise bei der Entzugsbehandlung

Der erste Kontakt mit den Ärzten

Bei einer ersten Kontaktaufnahme wurden verschiedene Ärzte und Hausärzte im näheren Umkreis von der geplanten Anwendungsbeobachtung informiert und die pharmazeutische Unterstützung angeboten. Die Idee zu diesem Vorhaben wurde von ärztlicher Seite größtenteils begrüßt und dankbar aufgenommen. Im Rahmen des Gespräches wurde festgelegt, welche Patienten grundsätzlich infrage kämen und in welcher Form und welchem Ausmaß ein Austausch über den Fortgang der Entzugsbehandlung gewünscht ist. Auch wurde besprochen, ob eine indikationsübergreifende Arzneimittelanamnese erwünscht ist. Patienten, die Medikamente aufgrund eines Krampfpotenzials erhielten, wurden ausgeschlossen.

Das Arzt-Patient-Gespräch

Der Arzt teilt dem Apotheker den Namen eines Patienten mit langfristiger Benzodiazepinverordnung mit. Welche Patienten er für eine Entzugsbehandlung auswählt, ist allein seine Entscheidung. Dabei wurde im Rahmen dieser Anwendungsbeobachtung ärztlicherseits nicht zwischen „leichten Fällen“ und „kritischen Fällen“ unterschieden, entscheidend war allein der Patientenwunsch nach einer Dauerverordnung. Der Arzt sagt seinem Patienten, dass sich der Apotheker demnächst telefonisch bei ihm melden werde, um mit ihm über sein Schlaf- oder Beruhigungsmittel zu sprechen. Ob dabei bereits auf kritische Punkte hingewiesen wird, liegt im Ermessen des Arztes, denn auch die Motivation des Patienten zum Entzug ist in diesem Modell überwiegend Aufgabe des Apothekers.

Der erste Kontakt zwischen Apotheker und Patient

Nach Mitteilung durch den Arzt wird mit dem Patienten Kontakt aufgenommen und dabei mit wenigen Sätzen erklärt, worum es bei der bevorstehenden Behandlung geht. Wichtig beim Erstkontakt ist, den Patienten nicht gleich mit Informationen zu überrumpeln und ihn dadurch in eine Abwehrhaltung zu drängen. Der vorsichtige Einstieg in das komplexe Thema könnte etwa so ablaufen: „Ihr Hausarzt, Herr Dr. ... hat mich gebeten, Sie anzurufen. Er hat mir berichtet, dass Sie schon längere Zeit ... einnehmen. Sie nehmen ein gutes Medikament ein, das aber nach einiger Zeit auch ein paar Probleme machen kann. Herr Dr. ... hat mich gebeten, mit Ihnen mal über dieses Medikament zu reden. Vielleicht finden wir gemeinsam einen Weg, Ihnen zu helfen. Gerne erkläre ich Ihnen das etwas genauer. Wenn Sie möchten, machen wir doch einfach einen Termin aus...“ Auf diese Weise angesprochen, werden die

Patienten zum ersten Mal sensibilisiert dafür, dass ihre Dauertherapie irgendwie problematisch sein könnte, bleiben aber auch gleichzeitig offen, vielleicht sogar neugierig für weitere Gespräche, und der erste, beinahe alles entscheidende Schritt ist getan.

Das erste Gespräch von Apotheker und Patient

Das darauf folgende Erstgespräch mit dem Patienten erfolgt meist in seiner häuslichen Umgebung und dient dazu, den Patienten detailliert aufzuklären und vom Sinn und der Notwendigkeit des Entzuges zu überzeugen. Denn eine grundsätzliche Veränderungsbereitschaft besteht erst, wenn die augenblickliche Situation als problematisch erkannt wird. Ein Behandlungswunsch wird sonst häufig erst beim Hinzukommen weiterer Probleme geäußert [27]. Dazu ist ein Problembewusstsein sehr wichtig, da die Mehrzahl der Abhängigen vordergründig keine Gefahren bei der Therapie realisiert. Sie nehmen die Dauereinnahme nicht als Problem wahr. Sie schlucken ihre Pillen brav seit Jahrzehnten und brauchen sie einfach, nach ihren eigenen Worten. Vielleicht haben sie schon mal was von Gewöhnung gehört, sicherlich jedoch nicht von der Sturzgefahr, der Kumulation, der Tagessedierung und dem Wirkungsverlust. Sie wissen nicht, dass ihre Gangunsicherheit mit der Medikamenteneinnahme zusammenhängen kann, diesen Zusammenhang muss man erst darstellen. Gute Einstiegsmöglichkeiten für ein Gespräch. So kann man Zweifel aufkommen lassen, durch offene Fragen Killerphrasen („das brauch ich halt...“) entschärfen und damit die Eigenverantwortung des Patienten stärken. Denn allzu gerne überträgt mancher Patient das „Mandat“ für die eigene Gesundheit auf seinen Arzt oder Apotheker. Bewusstsein zu schaffen ist ein erster Schritt für viele Patienten. Der Patient erkennt den Vorteil, wenn er die Therapie schonend beendet. Nur unter dieser Voraussetzung ist eine erfolgreiche Therapie möglich.

Ohne Angst zu erzeugen, aber dennoch klar und deutlich wird auf das Gefahrenpotenzial von Benzodiazepinen hingewiesen. Ebenso muss aber auch deren Sinn und Nutzen erklärt werden. Denn schließlich wird das Medikament vom Hausarzt verordnet und hat(te) für den Patienten positive Aspekte und einen Sinn. In keiner Weise darf beim Gespräch das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Hausarzt negativ beeinträchtigt werden.

Erleichtert wird vielen Patienten die Einwilligung zu einer Entzugsbehandlung auch schon durch die Tatsache, dass sie trotz langjähriger Schlafmittelkonsums schlecht schlafen. Nachweislich kommt es bei einer lang andauernden Einnahme zu einer Abnahme der anxiolytischen und hypnotischen Wirkung [28]. Die entspannende Wirkung ist beim Dauergebrauch kaum noch vorhanden. 45% der Benzodiazepindauerkonsumenten leiden an Schlafstörungen [21]. Ein klares Indiz für den raschen Wirkungsverlust. Damit lässt sich auch ein häufiges Gegenargument der Patienten bei Beginn des Entzuges ausräumen und die berechtigte Angst vor Ein- und Durchschlafproblemen während des Entzuges zumindest relativieren. Und Schwierigkeiten werden kommen, darauf sollte man fairerweise auch hinweisen. Die Mehrzahl der Langzeitkonsumenten entwickelt beim Absetzen Entzugssymptome [9–11].

Aber auch für ein paar weitere Argumente werden die meisten Patienten bei angemessener Gesprächsführung leicht zugänglich sein: So ist aufgrund der muskelrelaxierenden Wirkung besonders im höheren Lebensalter die Sturzgefahr unter dem Einfluss von Benzodiazepinen ein zentrales Problem. Viele Knochenbrüche (die

nie in Zusammenhang mit der Einnahme gesehen werden) sind eine Folge der Einnahme [37–39]. Vor allem beim nächtlichen Aufstehen kommt es – bedingt durch die Kombination von muskelrelaxierender und hypnotischer, dämpfender Wirkung – vermehrt zu Stürzen und Knochenbrüchen; besonders gefürchtet sind dabei die Schenkelhalsbrüche, die gerade bei nächtlichen Toilettengängen nicht selten sind. Tranquilizer, Hypnotika und Sedativa erhöhen das Sturzrisiko um 62%, wie eine in Mannheim durchgeführte repräsentative Studie in 20 zufällig ausgewählten Alten- und Pflegeheimen zeigt. Bei Heimbewohnern, die zwei oder mehr verschiedene psychotrope Medikamente täglich gebrauchen, erhöht sich das Sturzrisiko sogar um 76% [31]. Auch bei den im Alter verbreiteten Schlafapnoen können Benzodiazepine aufgrund ihrer leichten atemsuppressiven Wirkung gefährlich werden. Unter der Einnahme ist die Schlafqualität beeinträchtigt. Somit ist der lange Schlaf unter Benzodiazepinen nicht unbedingt erholsam [12, 34].

Unterstützt wird der Entzug durch Einnahme eines Arzneimittels, das eine nachgewiesene beruhigende Wirkung hat, aber kein Abhängigkeitspotenzial und keine Nebenwirkungen aufweist. Dazu bieten sich ein baldrianhaltiges Phytopharmakon an [12, 34, 35], das bereits ein bis zwei Wochen vor der Benzodiazepinreduktion regelmäßig eingenommen wird. Im Rahmen dieser Anwendungsbeobachtung wird den Patienten zur Minderung von Ein- und Durchschlafstörungen die regelmäßige Einnahme des Baldrian-Hopfen-Kombinationspräparates Alluna-Nacht empfohlen. Je nach Patientenanamnese und Schweregrad der Abhängigkeit empfiehlt man ein bis zwei Dragees eine halbe Stunde vor dem Zubettgehen.

Gelingt es, dem Patienten die möglichen Gefahren einer Langzeiteinnahme klarzumachen und einen Ausweg aus dieser Situation aufzuzeigen, ist der zweite wichtige Schritt getan. Nach dem Gespräch muss der Patient informiert sein über die Vorteile, die ihm der Entzug bringt, den genauen Zeitplan der Behandlung, über die Entzugerscheinungen, die auftreten können. Dem Patienten werden zudem Tipps für einen gesunden Schlaf mitgegeben. Es ist wichtig, dass er das Gefühl hat, aktiv etwas für seinen Schlaf tun zu können.

Ambulante Entzüge sind grundsätzlich sehr schonend durchzuführen. Die Patienten sollten ihr Medikament, das sie seit Jahren, bisweilen seit Jahrzehnten einnehmen, nicht abrupt absetzen. Der vereinbarte Zeitplan richtet sich neben pharmakologischen Gesichtspunkten (Dosis und Kinetik der verabreichten Präparate) vor allem nach der persönlichen Lebenssituation des Betroffenen und patientenindividuellen, häufig ganz banalen, sehr subjektiven Gesichtspunkten, beispielsweise Familienfesten, anderen Stresssituationen oder Feiertagen. Ungünstig wäre für viele Betroffene beispielsweise, einen Entzug kurz vor Weihnachten zu beginnen. Weitere aktuelle, manchmal unverständliche, aber für den Patienten subjektiv empfundene Hindernisse und Belastungen sind zu hinterfragen. Neben dem pharmakologischen Wissen sollte man also viel Empathie und Fingerspitzengefühl mitbringen. Nach der Erfahrung mit 38 Patienten ist für das Erstgespräch 30 bis 60 Minuten einzuplanen.

Während oder nach dem Gespräch wird in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt ein individueller Therapieplan erstellt und genau erklärt. Für manche Patienten mit komplexer Medikation

empfiehlt es sich, das Reduktionsschema genau aufzuschreiben, sodass der Patient tagtäglich nachschauen kann, wie viele Tabletten einzunehmen sind. Es kann sinnvoll sein, pflegende Angehörige mit in das Gespräch einzubeziehen. Hat man den Eindruck, dass der Patient die Ratschläge nur begrenzt versteht oder verinnerlicht, sollte man durch offenes Nachfragen klären, ob ihm die Vorgangsweise klar geworden ist.

Weitere Gesprächsinhalte und Tipps für eine erfolgreiche Entzugsbehandlung

Beim Gespräch mit alten Menschen, die unter Schlafstörungen leiden, stößt man immer wieder auf ganz banale Gründe für ihre Insomnie oder Pseudoinsomnie: Viele ältere, möglicherweise allein stehende oder einsame Menschen gehen sehr früh zu Bett und erwarten dennoch, dass sie bis zum nächsten Morgen durchschlafen. Diesen Patienten ist leicht verständlich zu machen, dass sie nicht bis sieben Uhr morgens durchschlafen können, wenn sie schon abends um acht Uhr ins Bett gehen. Die Patienten begreifen auch, dass das Schlafbedürfnis im Alter abnimmt und sie unter diesen Umständen rein rechnerisch bereits um drei Uhr morgens ausgeruht sind und ihnen ihr Körper meldet, dass ihr Schlafbedürfnis gedeckt ist. Ein erzwungenes Zuviel an Schlaf bringt weder Leistungssteigerung noch Schutz vor Krankheiten. Sie begreifen auch, dass es wenig Sinn macht, die Schlafdauer über die natürliche körperliche Ruhephase hinaus mit einer „chemischen Keule“ künstlich zu verlängern.

Viele alte Menschen mit Benzodiazepinkonsum haben schon nächtliche Stürze hinter sich und sind sehr zugänglich und verständlich, wenn man sie über das Risiko von Frakturen aufklärt. Ein Knochenbruch ist für die meisten alten Patienten ein Schreckensgespenst. Und wenn der Patient selbst dazu beitragen kann, dieses Szenario nicht zu erleben, wird er das bereitwillig nach Kräften unterstützen. Dies ist ein guter Ansatzpunkt für den Einstieg in ein Gespräch über eine Entzugsbehandlung. Die Kunst der Gesprächsführung besteht darin, Zusammenhänge herzustellen sowie die Eigenverantwortung des Patienten zu stärken und dies mit verständlichen Worten zu kommunizieren.

Ein weiteres Ammenmärchen, mit dem man in einem Patientengespräch aufräumen kann, ist die verbreitete Annahme, dass Anstrengung vor dem Zubettgehen müde und schlafbereit macht. Das Gegenteil ist der Fall. Sowohl seelische Belastungen als auch geistige Aktivitäten lassen den Organismus eher „überdrehen“ und verzögern dadurch die Einschlafneigung. Dazu zählt auch der aufregende Krimi und körperliche Aktivität. Deshalb sollten vor dem Zubettgehen ein paar Stunden entspannende Zwischenzeit eingeschaltet werden.

Weitere Tipps für Patienten mit Ein- und Durchschlafstörungen [15, 21, 22]:

- Regelmäßige Zeiten für das Zubettgehen und das morgendliche Aufstehen einhalten, auch am Wochenende und im Urlaub (kein sonntägliches Ausschlafen).
- Tagesnickerchen soweit wie möglich vermeiden.
- Nicht länger als notwendig im Bett verbleiben, nicht wach im Bett herumliegen, nicht länger als zu den beschwerdefreien Zeiten liegen bleiben.

- Die Abend- und Nachtstunden so entspannend wie möglich gestalten (nicht arbeiten, besser spazieren gehen)
- Regelmäßige körperliche Betätigung am Nachmittag erleichtert das Einschlafen. Dies gilt nicht für intensive, aber unregelmäßige körperliche Aktivitäten kurz vor dem Schlafengehen.
- Eine angenehme und schlaffördernde Gestaltung des Schlafzimmers, kein Lärm, Raumtemperatur zwischen 16 und 18 Grad, gute Matratze.
- Nur ein leicht verdauliches Abendessen zu sich nehmen.
- Abendliche Alkohol- und Kaffeekarenz einhalten, den abendlichen Zigarettenkonsum minimieren.
- Nachts nicht auf die Uhr sehen.

Patientenbeispiele

Exemplarisch werden im Folgenden acht Patientenbeispiele zusammengefasst:

1. Herr R. K. ist ein 78-jähriger, multimorbider markumarisierter Patient mit Morbus Parkinson, Herzrhythmusstörungen, Spannungskopfschmerzen, einer leichten Depression, Blasenfunktionsstörung und einer beginnenden Demenz und zwei Stürzen in jüngster Vergangenheit. Er nimmt seit über zehn Jahren täglich Benzodiazepine ein, zuletzt Remestan (Temazepam) 20: 0-0-0-1; an den Grund der ursprünglichen Verordnung kann er sich nicht mehr erinnern. Herr K. konnte trotz anfänglich großer Skepsis und Ängstlichkeit in Bezug auf eine Reduktion aufgrund der Sturzgefahr relativ rasch von der Notwendigkeit eines Entzuges überzeugt werden. Das Reduktionsschema wird sehr schonend über insgesamt 32 Wochen durchgeführt. Trotz kleineren Rückfällen erreicht er Benzodiazepinkarenz, die er auch noch ein Jahr nach erfolgreichem Abschluss hält. Nach eigenen Worten fühlt er sich aufmerksamer und wacher.
2. Frau D. P., 83 Jahre alt, leidet unter Hypertonie, Osteoporose, Refluxösophagitis und Struma nodosa. Seit psychischer Instabilitäten während der Wechseljahre vor über 30 Jahren (!) nimmt sie regelmäßig NORMOC (Bromazepam). Über Jahrzehnte hat sie eine ganze Tablette eingenommen, seit ihr Arzt auf sie einwirkt, nimmt sie eine halbe Tablette. Die Dosis wurde zunächst weitergeführt, dann Reduktion auf Normoc 0-0-0-1/4 und Umstellung auf Bromazepam 3 (wegen geringerer Dosierung) 0-0-0-1/2, dann 0-0-0-1/4, später 0-0-0-1/8 bis zur Karenz. Nach gründlicher Aufklärung war Frau P. eine hochmotivierte Patientin und sehr gut zu führen. Frau P. beschreibt nach dem erfolgreichen Entzug beiläufig, aber sehr eindrücklich den Therapieerfolg mit einem Beispiel: Nach sehr langer Zeit ging sie (mit 83 Jahren!) zum Schwimmen ins Hallenbad.
3. Frau M. M. ist 62 Jahre alt, leidet unter gelegentlichen Panikattacken und leichten depressiven Störungen, weswegen sie bereits einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Landes-klinik absolviert hatte. Außerdem wurde bei ihr Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Erschöpfungszustände und Spannungskopfschmerzen diagnostiziert. Seit zehn Jahren nimmt sie Benzodiazepine ein, zuletzt Alprazolam 0,5 (Alprazolam): 1/2-0-1/2-0 und Bromazepam 6 (Bromazepam): 0-0-0-1/2 (bei Bedarf). Mit ihr wurde ein striktes Reduktionsschema über 24 Wochen bis zur Karenz vereinbart, das bei drei weiteren Besuchen und acht Telefonaten relativ engmaschig überprüft

wurde. Zu Beginn schien die Patientin schwer zu führen, war aber im Laufe der Reduktion über fünf Monate gut zu motivieren und hat es trotz einzelner kleiner Rückfälle bis zum kompletten Absetzen geschafft. Sie ist sehr dankbar und beschreibt ein völlig neues, positives Lebensgefühl. Sie schläft besser und hat keine Angst mehr vor schlaflosen Nächten. Auch nach einem Jahr kommt sie völlig ohne Benzodiazepine aus. Sie nimmt dauerhaft das Baldrian-Hopfen-Präparat ein, das ihr nach eigenen Worten bei dem Entzug sehr geholfen hat.

4. Herr H. K. ist ein 76-jähriger, sehr dominanter Patient mit Bluthochdruck, der seit drei Jahren Diazepam 10 (Diazepam): 0-0-0-1 einnimmt. Er wurde ausführlich über die Risiken dieser Medikation aufgeklärt und schien zunächst motiviert zu sein, lehnt jedoch bereits nach wenigen Tagen das besprochene vorsichtige Reduktionsschema ab und setzt trotz Abraten Diazepam vollständig abrupt ab. Diese Karenz hält er jedoch nur wenige Tage aus und beginnt dann erneut mit Einnahme. Er konnte erneut zur langsamen (!) Reduktion motiviert werden, entscheidet sich jedoch wiederum eigenmächtig zum abrupten Absetzen, was erwartungsgemäß erneut misslingt. Vermutlich verärgert über sein eigenes Scheitern lehnt er jegliche weitere Kontakte sehr dominant, erobert und endgültig ab.
5. Frau M. K., 83 Jahre alt, nimmt seit acht Jahren Remestan 20 (Temazepam): 0-0-0-1 ein. Sie ist eine sehr zurückhaltende, sympathische Patientin mit ausgeprägter, schmerzhafter Restless-legs-Symptomatik und einer nicht endgültig abgeklärten Depression. Die schmerzhaften nächtlichen Beinbewegungen erschweren ihr das Absetzen. Dennoch führt sie die Reduktion komplett erfolgreich durch. Nach 26 Wochen, vier Treffen und sechs Telefonaten ist die Entzugsbehandlung erfolgreich abgeschlossen. Frau K. ist deutlich aktiver und kann ihren an Parkinson-erkrankten Mann besser als zuvor versorgen.
6. Frau C. U. ist 84 Jahre alt und leidet an Schwindel, Gangunsicherheit sowie Bluthochdruck. Seit vielen Jahren nimmt sie eine halbe Tablette Adumbran 10 (Oxazepam) zur Nacht. Diese nicht besonders hohe Dosis konnte nach Absprache halbiert werden. Über vier Monate wird vergeblich versucht, Benzodiazepinkarenz zu erreichen. Die Patientin beharrt jedoch auf ihr Low-dose Oxazepam, obwohl sie ausreichend schläft. Danach wird der Patientin die viertel Tablette dauerhaft gelassen. Die Patientin ist zufrieden, nun mit weniger Beruhigungstabletten auszukommen, stellt jedoch darüber hinaus keine deutlichen Veränderungen zur früheren Situation fest.
7. Herr G. C. ist ein 43-jähriger Patient, der seit einem Bandscheibenvorfall mit ausgeprägter Schmerzsymptomatik vor drei Jahren regelmäßig Zopiclon 7,5 (Zopiclon) 0-0-0-1 einnimmt. An Wochenenden hat er diese Dosis noch gesteigert. Er hat bereits mehrere Auslassversuche hinter sich, die jedoch aufgrund von Entzugssymptomen gescheitert sind. Der Patient war bereits beim Erstgespräch vom Sinn eines Entzuges überzeugt. Die Therapie bestand aus einem relativ raschen Ausschleichen; die geringe Restdosis von 1,85 mg Zopiclon wird jedoch auf Patientenwunsch über sieben Wochen beibehalten, dann war dauerhafte Karenz möglich. Herr C. wirkt ausgeglichener. Auch trägt die nicht mehr vorhandene Tablettenabhängigkeit zu einem verbesserten Selbstwertgefühl bei.

8. Frau H. T. ist 73 Jahre alt und eine aktive, willensstarke Person, die im Alltag sehr gefordert ist. Sie ist Mutter eines durch Epilepsie schwerstbehinderten Kindes, macht sich nachvollziehbarer Weise große Sorgen um ihren Sohn und begann vor diesem Hintergrund vor über zwanzig Jahren mit der Diazepam-einnahme. Beim ersten Zusammentreffen nimmt sie Diazepam 10: 0-0-0-1. Frau T. ist sehr energisch, diszipliniert und entschlossen, hat ein ausgesprochen hohes Durchhaltevermögen. Unter gleichzeitiger Behandlung mit Baldrian-Hopfen gelingt die Reduktion bis zur Karenz. Sie kann trotz gelegentlicher Durchschlafprobleme diesen Zustand langfristig halten und fühlt sich den täglichen Belastungen besser gewachsen.

Ergebnisse und Auswertung

Insgesamt wurden im Rahmen dieser Anwendungsbeobachtung 38 Patienten begleitet. Die Patienten fühlten sich geehrt, dass ein Apotheker ihnen so viel Aufmerksamkeit widmet und sich für sie Zeit nimmt. Nahezu alle Patienten waren bereit und gewillt, nach dem Erstgespräch eine Entzugsbehandlung zu „wagen“. Lediglich bei einer Patientin führte das Erstgespräch zu einem Abbruch des Kontaktes. Die Dauer der Gespräche und die Anzahl der persönlichen Kontakte waren sehr unterschiedlich. Im Mittel dauerte das Erstgespräch etwa 45 Minuten. Meist wurden weitere persönliche Gespräche geführt und darüber hinaus bedarfsgerecht Telefonate.

Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 72,5 Jahre. Der jüngste Patient war 29 Jahre alt, die älteste Patientin 92 Jahre alt. Zwei Drittel der Patienten waren über 70 Jahre alt. 58% der Patienten waren weiblich, 42% männlich.

21 der 38 Patienten konnten bis zur Karenz begleitet werden, bei sieben Patienten konnte die Benzodiazepindosis gesenkt werden. Bei zehn Patienten waren die Bemühungen nicht erfolgreich, es kam zu keiner Karenz und keiner Dosisreduktion.

Bei mehr als drei Viertel der erfolgreich oder teilerfolgreich behandelten Patienten konnte mehrere Monate nach Abschluss des Ausschleichens im Rahmen eines „Follow-up“ eine Befragung durchgeführt werden, ob sie ihren Status halten konnten. Die Kontrolle erfolgte bei den meisten Patienten nach sechs bis zehn Monaten. Zwei Patienten wurden bereits zwei Monate nach Abschluss befragt, ein Patient nach 18 Monaten. Alle befragten Patienten konnten ihre Karenz bzw. ihre reduzierte Dosis halten und berichten von mehr Wachheit, Aktivität und höherer Lebenszufriedenheit.

Schlussfolgerung

Mit der beschriebenen Methode konnten 55,3% der Patienten erfolgreich bis zur Benzodiazepinkarenz entzogen werden. Bei weiteren 18,4% der Patienten konnte die Benzodiazepindosis reduziert werden, was zumindest als Teilerfolg gewertet werden kann. 26,3% der Patienten wurden nicht erreicht. Addiert man Erfolg und Teilerfolg, so liegt die Erfolgsquote bei 73,7%. Knapp drei Viertel der Patienten konnte also in Bezug auf Ihre Benzodiazepin-dauermedikation nachhaltig geholfen werden. Diese unerwartet

hohe Anzahl an erfolgreich behandelten Patienten zeigt, diese bislang kaum etablierte niedrigschwellige und kostengünstige Methoden geeignet sind, benzodiazepinabhängigen Menschen zu helfen. Möglicherweise könnte damit, nach entsprechenden Schulungen, sehr viel mehr Patienten geholfen werden.

Persönliche Erfahrungen

Beschäftigt man sich mit dem Themenkomplex Psychopharmakagebrauch und Arzneimittelabhängigkeit, begegnet man vielen alten Menschen. Die Mehrzahl der benzodiazepinabhängigen Patienten befindet sich im letzten Lebensabschnitt, 80% der Langzeitverordnungen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln gehen an Patienten über 55 Jahre [26]. Wichtig beim Umgang mit dieser Patientengruppe ist vor allem, den alten Menschen richtig anzusprechen. Damit ist weniger der rein pharmakologische Sachverhalt oder auch die Wortwahl gemeint, sondern ein empathisches Zuwenden. Man sollte ein ehrliches Interesse an dem gegenüber sitzenden Menschen haben und dies auch zeigen [11, 25]. Der alte Mensch verdient in diesem Augenblick unsere ungeteilte Aufmerksamkeit und Achtung. In Anbetracht der ganz privaten Lebensgeschichte vieler alter Menschen mit häufig erschütternden, teilweise lebenslang unverarbeiteten Kriegserlebnissen, Verlusten und Entbehrungen ist es nicht schwer, für sein Gegenüber Respekt und Wertschätzung oder sogar Hochachtung zu empfinden und die ein oder andere „Macke“ in einem anderen Licht zu sehen. Seine oder ihre Lebensgeschichte wird fassbar, verständlich. Über diese Biografiearbeit wächst ein Stück Nähe und Vertrauen und eine Atmosphäre, in der sich der Patient geborgen fühlt [6, 40]. So lässt sich ein Zugang zu dem alten Menschen finden, der ein offenes Ansprechen der problematischen Medikation und die Entzugsbehandlung positiv beeinflussen wird.

Mit den beteiligten Ärzten entwickelte sich eine beidseitige, höchst zufriedene stellende und angenehme Zusammenarbeit. Man arbeitet am gleichen Ziel und stellt dabei viele verbindende Aspekte fest. Dies bestätigt auch das Zitat eines beteiligten Arztes:

„In der hausärztlichen Praxis begegnen mir häufig Patienten mit langfristiger Benzodiazepinverordnung. Sie können sich oft nicht vorstellen, ohne ihr Benzodiazepin auszukommen. Es ist schwierig, ihnen ein Problembewusstsein dafür zu vermitteln, oder sie von einer Dauereinnahme abzuhalten. Die Entzugsbehandlung von Patienten mit langem Benzodiazepinkonsum durch den Apotheker ist eine große, zusätzliche Chance für meine Patienten und Bereicherung für mein Therapieangebot. Die Zusammenarbeit ist sehr angenehm und für mich nur mit geringem Aufwand verbunden. Viele Patienten können erfolgreich bis zur Karenz entzogen werden. Das Vertrauensverhältnis zwischen meinen Patienten und mir wurde dabei in keiner Weise belastet, im Gegenteil – es wurde gestärkt. Ich würde mir wünschen, wenn mit dieser Methode vielen weiteren Menschen geholfen werden könnte.“

Dr. J. Meyen, Hausärztlicher Internist, Villingen-Schwenningen

Bei Beginn der Zusammenarbeit sollte man sich diesbezüglich lediglich über einen möglichen kritischen Punkt Gedanken machen: Wenn man sich in Ruhe auf die Patienten einlässt, kommen nach meiner Erfahrung im Verlauf der Gespräche nicht selten noch an-

dere medizinisch-pharmazeutische Fragen, beispielsweise zur Schmerz- oder Blutdruckmedikation, auf den Tisch. Aber wo zieht man seine persönliche Grenze? Ob man als Apotheker diese Punkte überhaupt aufnehmen soll, ist nicht klar zu beantworten. Man begibt sich auf ärztliches Terrain und kann allenfalls seine Beobachtungen und gegebenenfalls Vorschläge an den behandelnden Hausarzt weitergeben. Ansonsten könnte dies berechtigterweise als Grenzüberschreitung angesehen werden. Auf der anderen Seite kann eine indikationsübergreifende Arzneimitteldiskussion natürlich auch sinnvoll für den Patienten und auch von Seiten des Arztes gewünscht sein. Nicht selten sind mir Patienten begegnet, die Benzodiazepine nach ihrer eigenen Angabe gegen ihre chronischen Schmerzen nahmen, was dem verordnenden Arzt wahrscheinlich nicht bewusst ist. Fazit: Benzodiazepine sind verschreibungspflichtige Arzneimittel, die Verordnung ist ärztliche Aufgabe. Die Beratung bei der Therapie gehört jedoch auch zu den pharmazeutischen Aufgaben. Bei einem intensiven Beratungsgespräch wird man oft zwangsläufig auf andere vom Arzt verordnete Medikamente zu sprechen kommen. Mit den Ärzten sollte man daher bereits zuvor klar absprechen, ob ein über den Entzug hinausgehendes „Einmischen“ in die Therapie sinnvoll und erwünscht ist.

Der Entzug von Patienten mit einer Hochdosisabhängigkeit gehört nach meinen Erfahrungen in den meisten Fällen von vorneherein in stationäre psychiatrische Einrichtungen. Ohne psychotherapeutische Unterstützung bestehen bei Patienten mit Hochdosisabhängigkeit und ausgeprägten „Suchtpersönlichkeiten“ nur geringe Chancen für eine erfolgreiche ambulante Entzugsbehandlung im Rahmen des Pharmaceutical Care. Untermuert wird diese These durch die Erfahrungen mit einem 29-jährigen zopiclonabhängigen Patienten (mindestens drei Tabletten Zopiclon jeden Abend), der vor einigen Jahren zahlreiche illegale Drogen ausprobiert hat, sowie durch eine 44-jährige Patientin, die jede Nacht drei Tabletten Zolpidem einnimmt. Beiden Patienten konnte auch nach ersten, kurzfristigen Teilerfolgen nicht nachhaltig geholfen werden. Bei einer Abhängigkeit von Zolpidem oder Zopiclon wird eine Umstellung auf ein Benzodiazepinpräparat mit längeren Halbwertszeit empfohlen [41].

Die Patientengespräche wurden von meiner Seite als sehr angenehm empfunden. Von Seiten der Patienten erfährt man durch diese Tätigkeit sehr viel Dankbarkeit. Der Erfolg, die Gewissheit, sehr vielen Patienten nachhaltig geholfen zu haben und die tiefe Dankbarkeit zahlreicher Patienten geben mir eine hohe fachliche und menschliche Zufriedenheit und den Ansporn, weiteren Betroffenen zu helfen. Die Entzugsbehandlung von benzodiazepinabhängigen Patienten ist für mich zweifellos eine der größten beruflichen Herausforderungen und gleichzeitig eine der tiefsten beruflichen und menschlichen Befriedigung.

Sucht im Alter – lohnt sich eine Intervention?

Der medizinischen Betreuung von alten Menschen wird nach aktuellen demografischen Daten schon in naher Zukunft eine größere Bedeutung zukommen: Während zurzeit der Anteil der über 60-jährigen Bundesbürger bei etwa 22% liegt, ist in den nächsten fünfzig Jahren mit einer Verdoppelung auf über 40% in dieser Altersgruppe zu rechnen. Dies erfordert ein gesamtgesellschaftliches Umdenken, ein umfangreiches Wissen und kompetente Antworten

auf zahlreiche gesundheitsbezogene Fragen. Positiv formuliert eröffnet es aber auch neue Aufgabenfelder für verschiedene Berufsgruppen im sozialen und im medizinischen Bereich [4].

Mehr und mehr werden medizinische Versorgung, Pflege und Fürsorge von und für Ältere zu einer gesellschaftlichen Herausforderung. Doch immer noch herrscht die weit verbreitete Meinung vor, Suchthilfe im Alter lohne sich nicht mehr. Auch von manchen Hausärzten hört man auf gezielte Nachfrage gelegentlich Sätze wie „lassen Sie ihr doch einfach ihre Schlaftabletten. Sie ist schon so alt und nimmt sie doch schon seit zwanzig Jahren“.

Hat eine 80-jährige Rentnerin denn kein Recht mehr darauf, ihren Lebensabend frei und nicht „zugedröhnt“ zu verbringen? Warum soll man sie nur wegen ihres Alters permanent ruhigstellen? Vielleicht versorgt sie sich noch selbst? Vielleicht hat sie noch ein paar stabile Jahr(zehnt)e vor sich? Warum soll man ihr dann durch dauerhafte Sedierung den Alltag unnötig erschweren? Warum soll man sie in die soziale Vereinsamung drängen? Oder ungewollt das Risiko für einen Sturz und Knochenbruch steigern? Und ist es für alle Beteiligten nicht eine wunderbare Bestätigung, wenn eine über 80-jährige Patientin nach dem Entzug seit vielen, vielen Jahren das erste Mal wieder ins Schwimmbad geht?

„Es gilt dem Leben nicht nur Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben zu geben.
Langlebigkeit verpflichtet uns aber auch zu einem gesunden Alter.
Es kommt nicht darauf an, wie alt man wird, sondern wie man alt wird.“

Prof. Dr. Klaus Wanke

Zusammenfassung und Fazit

Im Rahmen einer zweijährigen Anwendungsbeobachtung an insgesamt 38 ambulanten Patienten wurde ein innovatives Interventionsmodell zum Entzug von Benzodiazepinen erarbeitet. Die Methode beinhaltet pharmakologisch-fachliche Aspekte und Elemente der klientenzentrierten motivierenden Gesprächsführung. Neu bei dieser Methode ist die enge Zusammenarbeit von Hausarzt und Apotheker und der geringe Zeitaufwand der beteiligten Ärzte. Damit können sehr viele Patienten ohne größere Kosten und ohne Etablieren neuer Einrichtungen ambulant erreicht werden.

Die Mehrzahl der Patienten dieser Anwendungsbeobachtung konnte mit Unterstützung des Baldrian-Hopfen-Kombinationspräparates Alluna Nacht bis zur Karenz begleitet werden. Die im hausärztlichen und pharmazeutischen Bereich verbreitete Ansicht „da kann man ja eh nichts machen“ kann damit widerlegt werden. Es bleibt zu hoffen, dass mit dieser neuen Methodik langfristig eine kostengünstige Ergänzung zum professionellen Benzodiazepinentzug in psychiatrischen Einrichtungen etabliert wird und ein Konzept für eine patientenorientierte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie entwickelt werden kann. Der Apotheker kann und darf zwar keinen Arzt oder Psychotherapeuten ersetzen. Doch mit seiner Fachkompetenz und etwas Einfüh-



Abb. 1 Patienten machen es ihren Hausärzten oft nicht leicht.

lungsvermögen kann er die Therapie initiieren und in Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärzten entscheidend zum Therapieerfolg, dem Absetzen, beitragen.

Neben dem Wissen über die pharmakologische Wirkung ist es mindestens genauso wichtig, den betroffenen Menschen und seine Angehörigen nicht außer Acht zu lassen. Hinter jedem „Abhängigkeitsfall“ steht ein persönliches Schicksal und dies erfordert Fingerspitzengefühl. Doch kann mit dieser Anwendungsbeobachtung belegt werden, dass mit einem soliden Grundwissen, dem Willen, sich auf betroffene Menschen einzulassen und einer Portion Empathie sehr viel Gutes bewirkt werden kann. Vielleicht kann diese Methode nach entsprechenden Schulungen für weitaus mehr alte Patienten mit langjähriger Niedrigdosisabhängigkeit genutzt werden. Sie soll keine Konkurrenz für die hochqualifizierten Entzugsangebote in Fachkliniken darstellen, vielmehr eine Ergänzung oder vielleicht sogar eine Bereicherung des Spektrums an Hilfsangeboten, gerade für ländliche Regionen, die auf keine Suchtambulanz einer Universitätsklinik zurückgreifen können. Denn Chancen kann man nie genug haben...

Danksagung

Ich danke den beteiligten Ärzten für ihr Interesse, die Unterstützung dieser Arbeit und die angenehme, konstruktive und offene Zusammenarbeit:

Dr. med. Jan Meyen, Hausärztlicher Internist, Villingen-Schwenningen

Dr. med. Thomas Mährle, Hausärztlicher Internist, Villingen-Schwenningen

Dr. med. Manfred Benzing, Facharzt für Innere Medizin und Klinische Geriatrie, Villingen-Schwenningen

Dr. med. Eckehard Britsch, Chefarzt Geriatrie Klinik am Klostertal, Villingen-Schwenningen
Dr. med. Sonja Kloess-Kolepke, Hausärztin, Villingen-Schwenningen
Dr. med. Berthold Graf, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Villingen-Schwenningen
Dr. med. Haydar Özcan, Hausärztlicher Internist, Villingen-Schwenningen

Literatur

- ¹ DHS. Die Sucht und ihre Stoffe. Benzodiazepine. Hamm: Selbstverlag, 2002: 1–6
- ² Mutschler E. Arzneimittelwirkungen. 2003; 8. Aufl.: 182–203
- ³ Pallenbach E, Ditzel P. Drogen und Sucht – Suchtstoffe – Arzneimittel – Abhängigkeit – Therapie. Stuttgart: Wissenschaft. Verlagsgesellschaft, 2003: 139–173
- ⁴ Kramer D, Zippel C. Soziale Arbeit mit alten Menschen. In: Zippel C et al (Hrsg). Berlin: Weißensee Verlag, 2003: 17–32
- ⁵ www.optiserver.de/dhs/daten_zahlenmedikamente.html, 2006
- ⁶ Kerkhoff B. Biografiearbeit – Schlüssel für eine individuelle Begleitung in der Pflege. Die Schwester/Der Pfleger 2002; 41: 830–833
- ⁷ Glaeske G. Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht: Neuland Verlag, 2006: 87–103
- ⁸ Zulley J. Bregenzer Grenzgespräche Schlafmediz. Zentrum, Universität Regensburg, pers. Mitt. 2005
- ⁹ Rickels K, Case W, Downing R et al. Long-term diazepam therapy and clinical outcome. JAMA 1983; 250: 767–771
- ¹⁰ Tyrer P, Owen R, Dawling S. Gradual withdrawal of diazepam after chronic therapy. Lancet 1983; 25: 1402–1406
- ¹¹ Halama P. Depression – Schlaf – Antidepressiva. In: Rüther, Berger (Hrsg). Erlangen: Perimed Verlag, 1987: 65–72
- ¹² Flesch P. Hopfen-Baldrian-Kombination als Benzodiazepin-Ersatz? Geriatrie Praxis 1997; 8: 21–23
- ¹³ Hajak G. Schlafstörungen als hausärztliche Diagnose. Klassifikation der Schlafstörungen, 2001, www.ifap-index.de/bda-manuale/schlaf/differenzierung/index.html.
- ¹⁴ Bachmann K. Die Geheimnisse der Nacht. Geo 2004; 08: 110–130
- ¹⁵ Schramm E et al. KYBERMED GmbH Emsdetten, Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzterverband, 2001: www.ifap-index.de/bda-manuale
- ¹⁶ Faust V. www.ifap-index.de/bda-manuale/schlaf/bedeutung/index.html 2001
- ¹⁷ Sanner B, Sturm A. Sleep-related respiration disorders: their relevance in intensive care medicine. Dtsch Med Wschr 1999; 124 (10): 296–298
- ¹⁸ Notter D et al. Baldrian-Hopfen-Spezialextrakt bestätigt erneut Wirksamkeit. Deutsche Apothekerzeitung 2004; 144: 147–151
- ¹⁹ Füssel A et al. Effect of a fixed valerian – Hop extract combination (Ze 91019) on sleep polygraphy in patients with non-organic insomnia: a pilot study. Eur J of Med Res 2000; 6: 385–390
- ²⁰ Lataster M, Brattström A. Die Behandlung von Patienten mit Schlafstörungen. Wirksamkeit und Verträglichkeit von Baldrian-Hopfendragées. Notabene Medici 1996; 26: 182–185
- ²¹ Hajak G et al. Insomnie – Schlaflosigkeit. Heidelberg: Springer Verlag, 1995
- ²² Hohagen F. Ärztlicher Ratgeber – Schlafstörungen. Baierbrunn: Wort und Bild Verlag, 2001
- ²³ Ziegler G, Ploch M, Miettinen-Baumann A et al. Efficacy and tolerability of valerian extract LI 156 compared with oxazepam in the treatment of non-organic insomnia – a randomized, double-blind, comparative clinical study. Eur J Med Res 2002; 7: 480–486
- ²⁴ Holzbach R. Abhängigkeiten. www.sfa-ispa.ch 2000
- ²⁵ Batra A. pers. Mitt. Tübingen: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, 2002
- ²⁶ Böning J. pers. Mitteilung Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg, 2004
- ²⁷ Briken P, Holzbach R. Ein integratives Behandlungskonzept bei einer benzodiazepin- und alkoholabhängigen Patientin mit bipolar affektiver Störung. Suchttherapie 2000; 1: 41–42
- ²⁸ Turnheim K. Nebenwirkungen von Psychopharmaka im Alter. Arzneimittel-Therapie-Kritik 2004; 36: 111–122
- ²⁹ Fourrier A, Letenneur L, Dartigues J et al. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population – Characteristics of users and factors associated with subsequent use. Eur L Clin Pharmacol 2001; 57: 419–425
- ³⁰ Van Dijk K et al. Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. J Clin Epidemiol 2002; 55: 1049–1053
- ³¹ Weyerer S, Schäufele M. Versorgung älterer dementiell erkrankter Menschen in Deutschland. In: Conseil General du Bas-Rhin und Landes-Wohlfahrts-Verband Baden (Hrsg). Drittes Lebensalter und Partizipation am sozialen Leben. Strasbourg, 2000: 89–93
- ³² Mohn K. persönliche Mitteilung Hamm: DHS, 2006
- ³³ Wüsthof A. Absturz auf Rezept. Die Zeit, 2004: 28–29
- ³⁴ Poyares D, Guilleminault C, Ohayon M et al. Chronic benzodiazepine usage and withdrawal in insomnia patients. J Psychiatr Res 2004; 38: 327–334
- ³⁵ Poyares D, Guilleminault C, Ohayon M et al. Can valerian improve the sleep of insomniacs after benzodiazepine withdrawal? Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psych 2002; 26: 539–545
- ³⁶ Ohnmeiß U. pers. Mitt. Lagaya – Beratungsstelle für suchtkranke Frauen. Stuttgart, 2002
- ³⁷ Abramowicz M et al. Hypnotic drugs. The Medical letter 1996; 38: 59–61
- ³⁸ Keup W. Zolpidem und Zopiclon – Missbrauchs-Verschleppung von Benzodiazepinen-Derivaten vermeiden. Arzneimitteltherapie 2004; 22: 236–238
- ³⁹ Moebius U et al. Schlafmittel im Wirkungsvergleich. Arzneitelegamm 1989; 3: 64–66
- ⁴⁰ Kindt A. Gesprächsführung in der Apotheke. Apotheker Zeitung 2006; 8: 5–6
- ⁴¹ Fink T, Holzbach R, Haasen Ch. Medikamentös gestützter Entzug bei einer Zolpidem-Abhängigkeit. Suchttherapie 2004; 5: 21–23