



IFT Institut für  
Therapieforschung  
Parzivalstraße 25  
80804 München

[www.ift.de](http://www.ift.de)

Prof. Dr. Ludwig Kraus  
Wissenschaftlicher Leiter

Tel.: 089/360804-82

Fax: 089/360804-49

E-Mail: [piontek@ift.de](mailto:piontek@ift.de)

2015-07-15

Daniela Piontek  
Tessa-Virginia Hannemann  
Paul Englert

**Unser Zeichen: 50.505**

**Phar-Mon**

**Jahresauswertung 2014**

IFT Institut für Therapieforschung  
gemeinnützige Gesellschaft mbH  
Registergericht München, HRB 46395

Geschäftsführung:  
Stefanie Filipp  
Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel

Verwaltungsleitung:  
Stefanie Filipp

Commerzbank AG  
Kto.-Nr. 03 276 806 00  
BLZ 700 800 00  
IBAN: DE38 7008 0000 0327 6806 00  
BIC: DRESDEFF700

Stadtsparkasse München  
Kto.-Nr. 23 168 370  
BLZ 701 500 00  
IBAN: DE30 7015 0000 0023 1683 70  
BIC: SSKMDEMXXX

Ust.-IdNr.: DE 129521698

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Methodik</b> .....	<b>3</b>
2.1 Stichprobe .....	3
2.2 Datenauswertung.....	4
<b>3. Ergebnisse</b> .....	<b>4</b>
3.1 Demographische Variablen der Klienten .....	4
3.2 Querschnittsanalysen nach Wirkstoffen, Substanz- und Arzneimittelgruppen.....	5
3.2.1 Gesamtstichprobe .....	5
3.2.2 Hauptdiagnosegruppe Alkohol .....	5
3.2.3 Hauptdiagnosegruppe Opioide.....	6
3.2.4 Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika .....	6
3.3 Zeitliche Entwicklungen in den Hauptdiagnosegruppen .....	6
3.3.1 Hauptdiagnosegruppe Alkohol .....	6
3.3.2 Hauptdiagnosegruppe Opioide.....	6
3.3.3 Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika .....	7
3.4 Schwerpunktanalysen .....	7
3.4.1 Chemisch definierte Analgetika .....	7
3.4.2 Erstmals dokumentierte Wirkstoffe .....	8
<b>4. Diskussion</b> .....	<b>9</b>
<b>5. Ausblick</b> .....	<b>11</b>
<b>6. Abbildungen und Tabellen</b> .....	<b>12</b>
<b>7. Literatur</b> .....	<b>21</b>

# 1. Einleitung

Das seit 1988 durchgeführte und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Projekt Phar-Mon, das den Arzneimittelmisbrauch unter Klienten einer Stichprobe von ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland untersucht, spielt eine wichtige Rolle im Bereich des Monitorings des Arzneimittelgebrauchs. Das Projekt ermöglicht eine regelmäßige und systematische Überwachung des Arzneimittelmisbrauchs anhand einer repräsentativen Stichprobe ambulanter Einrichtungen der Deutschen Suchthilfestatistik. Phar-Mon wurde als Frühwarnsystem konzipiert, das in einer sensiblen Risikopopulation Informationen erhebt, die z. B. Eingang in die Berichterstattung für das Early Warning System (EWS) der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) finden. Übergeordnetes Ziel ist es, Konsumentenmerkmale und Konsummuster zu berichten, das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Arzneimitteln zu erfassen sowie einen Beitrag zur Identifikation von Trends des missbräuchlichen Konsums zu leisten. Die Daten werden drei Mal im Jahr abgefragt und ausgewertet, um Veränderungen des Arzneimittelmisbrauchs möglichst schnell zu entdecken. Der hauptsächlich quantitative Ansatz von Phar-Mon erlaubt eine differenzierte Analyse missbrauchter Medikamente sowie die Identifikation von Trends. Im Folgenden werden die Methodik und die wichtigsten Ergebnisse der Jahresauswertung 2014 beschrieben.

## 2. Methodik

### 2.1 Stichprobe

Die Phar-Mon-Stichprobe bestand 2014 aus 32 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die über die Jahre als Zufallsstichprobe der Grundgesamtheit der Deutschen Suchthilfestatistik unter Berücksichtigung der Repräsentativität (mit den Kriterien Einrichtungsgröße und Verteilung der Hauptdiagnose Opioid) gewählt wurden. Für eine Aufnahme in die Stichprobe mussten die Einrichtungen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Einrichtung des Typs 3, 4 oder anderer ambulanter Typen (2, 5), sofern vollständige Patientendaten dokumentiert werden (analog deutschem Kerndatensatz KDS)
- Patienten mit primären substanzbezogenen Störungen (F1x.x), pathologischem Spielverhalten (F63), Missbrauch nicht abhängigkeiterzeugender Substanzen (F55) oder Essstörungen (F50)
- Nach Möglichkeit: Mindestens 10 Patienten/Patientinnen als Neuzugänge pro Berichtsjahr, die Daten zum Medikamentenmissbrauch liefern können.

Für den Zeitraum Januar bis Dezember 2014 wurden Daten aller 32 Referenzeinrichtungen abgefragt, die deutschlandweit an der Studie teilnahmen. 31 der 32 Referenzeinrichtungen meldeten insgesamt 1.038 Arzneimittelnennungen zurück. Ausgeschlossen wurden 68

Nennungen eines regulären Substitutionsmittelkonsums. Regulärer Substitutionsmittelkonsum wurde in Anlehnung an die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Bundesärztekammer, 2012) durch folgende Kriterien festgelegt: (1) es findet keine Zweckentfremdung des Substitutionsmittels statt, (2) das Substitutionsmittel wird ausschließlich über ein Betäubungsmittel-Rezept bezogen, (3) das Substitutionsmittel wird nicht injiziert (außer es handelt sich um Diamorphin) und (4) es findet kein Beikonsum statt. Da die Dokumentation regulärer Substitutionsfälle von den Referenzeinrichtungen nicht einheitlich durchgeführt wird, ist ein Vergleich dieser Fälle mit dem irregulären Substitutionsmittelkonsum nicht möglich. Insgesamt gingen 970 Missbrauchsnennungen von 737 Klienten in die Analyse ein. Mehr als die Hälfte der Missbrauchsnennungen bezog sich auf Substitutionsmittel, der Rest auf sonstige Substanzen (siehe Abbildung 1).

## **2.2 Datenauswertung**

Seit vielen Jahren werden die Arzneimittelnennungen auf Ebene der Wirkstoffe, der Substanzgruppen sowie der Arzneimittelgruppen kumuliert und entsprechende Häufigkeitsanalysen im Quer- und Längsschnitt erstellt. Die Zuordnung eines Wirkstoffs zur Substanzgruppe erfolgte unter Berücksichtigung des in der Roten Liste® angegebenen pharmakologischen Wirkprofils; die Zuordnung zu Arzneimittelgruppen orientierte sich am therapeutischen Anwendungsbereich. Präparatenamen, die nicht in der Roten Liste® aufgeführt sind, wurden mit Hilfe der Gelben Liste und mittels Internet-Suchmaschinen recherchiert.

Veränderungen der Dokumentationshäufigkeit von Wirkstoffen, Substanz- und Arzneimittelgruppen im zeitlichen Verlauf sind nur als Trendentwicklung interpretierbar, wenn zeitlich variierende Rahmenbedingungen als Ursachen der beobachteten Veränderungen ausgeschlossen werden konnten. Daher wurden die Analysen der einzelnen Wirkstoffe sowie der Substanz- und Arzneimittelgruppen diagnosespezifisch, d. h. für die drei wichtigsten Hauptdiagnosegruppen (Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol, Opiaten oder Sedativa/Hypnotika) getrennt vorgenommen. Im Rahmen der Querschnittsanalysen ermöglichten die nach Hauptdiagnosen (HD) getrennten Analysen zudem eine Identifikation diagnostetypischer Missbrauchsmuster.

## **3. Ergebnisse**

### **3.1 Demographische Variablen der Klienten**

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Verteilung von Geschlecht, Alter und Hauptdiagnose der Klienten in der Stichprobe. Klienten in der Gesamtstichprobe (71,8 %) sowie in den

Hauptdiagnosegruppen Opioide (74,3 %) und Alkohol (63,2 %) waren überwiegend männlich. In der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika überwog dagegen mit 52,4 % der Frauenanteil. Klienten der Hauptdiagnosegruppe Opioide sind im Vergleich zu denen der HD-Gruppen Alkohol und Sedativa/Hypnotika im Durchschnitt etwa zehn Jahre jünger.

Die Verteilung der Klienten auf einzelne Hauptdiagnosen zeigt Abbildung 2. Mit 73,0 % wurde die Mehrheit der Klienten mit einem Medikamentenmissbrauch wegen einer opioidbezogenen Störung behandelt. Probleme im Zusammenhang mit Alkohol bzw. Sedativa/Hypnotika lagen bei 7,7 % bzw. 5,7 % der Klienten vor. Unter den sonstigen Hauptdiagnosen sind insbesondere Cannabis (3,5 %) sowie Stimulantien (2,8 %) und Kokain (0,7 %) zu nennen.

## **3.2 Querschnittsanalysen nach Wirkstoffen, Substanz- und Arzneimittelgruppen**

### **3.2.1 Gesamtstichprobe**

In der Gesamtstichprobe (n = 970 Nennungen) waren Substitutionsmittel mit 51,2 % (n = 497) die am häufigsten missbrauchten Arzneimittel (Tabelle 2). An zweiter und dritter Stelle folgten Sedativa/Hypnotika mit 23,1 % (n = 224) und Analgetika mit 10,5 % (n = 102). Auch Antiepileptika spielten mit insgesamt 7,9 % (n = 77) eine Rolle. Alle anderen Arzneimittelgruppen wurden von deutlich geringeren Teilen der Stichprobe missbraucht.

Auf Ebene der Wirkstoffe dominierten im Jahr 2014 Methadon mit 24,9 % (n = 242), Burpenorphin mit 15,9 % (n = 154), Diazepam mit 13,4 % (n = 130) und Levomethadon mit 10,4 % (n = 101).

### **3.2.2 Hauptdiagnosegruppe Alkohol**

Diese Hauptdiagnosegruppe zeichnet sich dadurch aus, dass mehrere unterschiedliche Arzneimittelgruppen missbraucht wurden, während sich der Missbrauch in den anderen beiden Hauptdiagnosegruppen eher auf wenige Gruppen konzentrierte. Unter den Klienten mit alkoholbezogenen Störungen wurden am häufigsten Sedativa/Hypnotika (n = 30, 39,5 %) missbraucht. Danach folgten Analgetika (n = 21, 27,6 %). Unter den Analgetika wurden Ibuprofen (n = 10, 13,2 %) und das Opioid-Schmerzmittel Tramadol (n = 3, 3,9 %) am häufigsten genannt. Bei den Sedativa/Hypnotika überwogen die Benzodiazepine im Vergleich zu den Z-Substanzen deutlich. Am häufigsten wurden Diazepam (n = 10, 13,2 %) und Lorazepam (n = 9, 11,8 %) missbraucht.

### **3.2.3 Hauptdiagnosegruppe Opioide**

Unter Klienten mit der Hauptdiagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Opioiden wurden am häufigsten Substitutionsmittel missbräuchlich verwendet (n = 450, 63,6 %). Die Verteilung der Nennungen auf die Wirkstoffe erscheint in ähnlichen Proportionen wie im Vorjahr. Nach wie vor wurde am häufigsten Methadon missbräuchlich verwendet (n = 227, 32,1 %), gefolgt von Buprenorphin (n = 130, 18,4 %) und Levomethadon (n = 93, 13,2 %). Unter den anderen Arzneimittelgruppen wurden in dieser HD-Gruppe insbesondere Sedativa/Hypnotika mit 17,8 % (n = 126) und Antiepileptika mit 9,3 % (n = 66) missbraucht. Bei den Wirkstoffen dominierten dabei Diazepam (n = 99, 14,0 %) und Clonazepam (n = 49, 6,9 %).

### **3.2.4 Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika**

In dieser HD-Gruppe wurden mit 50,0 % (n = 30) am häufigsten Sedativa/Hypnotika missbraucht. Unter den Wirkstoffen dominierten im Jahr 2014 Lorazepam mit 13,3 % (n = 8) der Nennungen, gefolgt von Diazepam mit 10,0 % (n = 6) und der Z-Substanz Zolpidem mit 8,3 % (n = 5). An zweiter und dritter Stelle der häufig missbrauchten Arzneimittelgruppen standen Analgetika mit 20,0 % (n = 12) und Substitutionsmittel mit 10,0 % (n = 6). Bezogen auf die Wirkstoffe fanden sich die meisten Nennungen für die Opioid-Analgetika Tramadol (n = 5, 8,3 %) und Tilidin (n = 3, 5,0 %).

## **3.3 Zeitliche Entwicklungen in den Hauptdiagnosegruppen**

### **3.3.1 Hauptdiagnosegruppe Alkohol**

Über den Beobachtungszeitraum von neun Jahren zeigten sich mehrere Veränderungen in den Anteilen des missbräuchlichen Medikamentengebrauchs bei Klienten mit alkoholbezogenen Störungen (Abbildung 3). Seit 2007 war der Anteil der Missbrauchsnennungen für die Gruppe der Analgetika deutlich angestiegen; allerdings hat sich dieser Anteil in den letzten drei Jahren auf einem vergleichbaren Niveau bei etwas mehr als 25 % stabilisiert. Angestiegen war auch der Anteil der Missbrauchsnennungen von Sedativa/Hypnotika und Substitutionsmitteln, insbesondere im Vergleich zum Vorjahr. Dies war hauptsächlich auf einen Anstieg bei Benzodiazepinen (v. a. Lorazepam) und Z-Substanzen zurückzuführen. Im Beobachtungszeitraum gesunken waren die Anteile des Missbrauchs von Antidepressiva sowie von anderen Substanzen. Beispielsweise tauchten die im Jahr 2013 noch mit 6,3 % vertretenen Antihypertonika im Jahr 2014 nicht mehr auf.

### **3.3.2 Hauptdiagnosegruppe Opioide**

In der Gruppe der Klienten mit opioidbezogenen Störungen zeigte sich über die Zeit eine deutliche Zunahme des Missbrauchs von Substitutionsmitteln (Abbildung 4). Auch zwischen

2013 und 2014 war der Anteil der entsprechenden Nennungen um mehr als 10 Prozentpunkte gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr war der Missbrauch aller drei Wirkstoffe gestiegen, am stärksten der Anteil von Burpenorphin (2013: 14,0 % und 2014: 18,4 %). Im Gegensatz dazu haben sich die Anteile des Missbrauchs von Sedativa/Hypnotika und Antidepressiva deutlich reduziert. Insbesondere der missbräuchliche Gebrauch von Benzodiazepin-Hypnotika wie z. B. Flunitrazepam und von trizyklischen Antidepressiva wie z. B. Doxepin war in den letzten beiden Jahren gesunken.

### **3.3.3 Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika**

Unter Klienten mit Störungen in Bezug auf Sedativa/Hypnotika zeigten sich über die Jahre teils deutliche Schwankungen, die jedoch zumindest teilweise durch die vergleichsweise kleine Stichprobengröße erklärt werden können (Abbildung 5). Über den gesamten Beobachtungszeitraum von neun Jahren waren Sedativa/Hypnotika die in dieser Gruppe am häufigsten missbrauchten Medikamente, allerdings war ihr Anteil rückläufig und lag im Jahr 2014 nur noch bei 50,0 % (2013: 53,6 %). Zurückgegangen war v. a. der Anteil des Missbrauchs von Benzodiazepin-Tranquilanzien wie z. B. Bromazepam, dessen Anteil von 8,9 % (n=5) im Jahr 2013 auf 1,7 % (n = 1) gesunken ist. Im Gegensatz dazu wurde der Missbrauch von chemisch definierten Hypnotika (z. B. Zolpidem) und Benzodiazepin-Hypnotika (z. B. Flunitrazepam) im Jahr 2014 von einem größeren Anteil der Klienten angegeben (2014: 15,0 % und 5,0 %; 2013: 10,7 % und 0,0 %). Die starke Zunahme im Bereich des Analgetika-Missbrauchs von 2011 bis 2013 (von 9,7 % auf 32,1 %) setzte sich im Jahr 2014 nicht fort; der Anteil lag im Jahr 2014 nur noch bei 20 % (n = 12).

## **3.4 Schwerpunktanalysen**

### **3.4.1 Chemisch definierte Analgetika**

Auch wenn chemisch definierte (nicht-opioidhaltige) Analgetika kein bzw. nur ein sehr geringes Abhängigkeitspotential haben sollen, taucht diese Substanzgruppe immer wieder in der Phar-Mon-Stichprobe auf. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 36 entsprechende Nennungen dokumentiert, was einem Anteil von 3,7 % entspricht. Der am häufigsten missbrauchte Wirkstoff in dieser Gruppe war Ibuprofen mit 1,6 % aller Nennungen (n = 16).

Die Missbrauchsnennungen zu nicht-opioidhaltigen Analgetika stammten vor allem von Klienten mit einer Hauptdiagnose Alkohol (n = 17), gefolgt von Klienten mit einer Hauptdiagnose Opioide (n = 5) und Stimulanzien (n = 4). In der HD-Gruppe Alkohol machten chemisch definierte Schmerzmittel einen erheblichen Anteil (22,4 %) aller Missbrauchsnennungen aus. Die Mehrheit der betroffenen Klienten waren Männer (58,3 %), das Durchschnittsalter lag bei 41,8 Jahren.

Zur genaueren Beschreibung des Musters der Missbrauchsennungen zeigt Abbildung 6 die Prävalenz der einzelnen diagnostischen Kriterien für nicht-opioidhaltige und opioidhaltige Analgetika. Für die nicht-opioidhaltigen Substanzen wurden am häufigsten eine Überschreitung der Höchstdosis (58,3 %), Toleranzentwicklung (55,6 %) und eine Überschreitung der Einnahmedauer (52,8 %) angegeben. Am seltensten wurde mit 13,9 % Kontrollverlust genannt. Jeder vierte Betroffene (25,0 %) berichtete von Craving nach diesen Substanzen.

### **3.4.2 Erstmals dokumentierte Wirkstoffe**

Im Jahr 2014 wurde eine Reihe von Wirkstoffen erstmals im Rahmen von Phar-Mon dokumentiert. Drei Nennungen entfielen auf den Wirkstoff Bupropion (chemisch definierte Antidepressiva), mit jeweils einer Nennung waren Morphinhemisulfat (Opioid-Analgetika), Dihydrocodein (chemisch definierte Antitussiva), Bisacodyl (chemisch definierte Magen-Darm-Mittel), Perazin (Phenothiazin-Derivate unter Neuroleptika), Xylometazolin (Sympathomimetika unter Rhinologika), Chloralhydrat (chemisch definierte Hypnotika) sowie Tumera diffusa (Homöopathika/Urologika) vertreten.

Interessant ist Bupropion insofern, als es neben seinem klassischen Einsatz als Antidepressivum in Deutschland unter dem Namen Zyban<sup>®</sup> zur Raucherentwöhnung zugelassen ist. Allerdings entfielen alle drei Nennungen auf das Präparat Elontril<sup>®</sup>, das in Deutschland seit dem Jahr 2007 als Antidepressivum zugelassen ist. Die drei dokumentierten Fälle entfielen auf junge Männer (maximal 30 Jahre alt), die jedoch sehr unterschiedliche Hauptdiagnosen aufwiesen (Cannabis, Stimulanzen, Polytoxikomanie). Zwei Klienten erhielten die Substanz über ein normales Rezept vom Arzt verordnet, ein Klient berichtete, Bupropion hauptsächlich durch Freunde/Familie zu beziehen. Als primäre Gründe für den Konsum gaben die Klienten Anregung, Stimmungsaufhellung sowie die Modulation der Wirkung anderer Substanzen an.

Mehrere dieser erstmals dokumentierten Stoffe haben schmerzstillende (Morphinhemisulfat, Dihydrocodein) und/oder sedierende Wirkungen (Dihydrocodein, Perazin, Chloralhydrat) und sind in Deutschland rezeptpflichtig. Unter den frei verkäuflichen Wirkstoffen wird Bisacodyl unter dem Namen Dulcolax<sup>®</sup> als Abführmittel vertrieben. Xylometazolin kommt als Mittel zum Abschwellen der Nasenschleimhaut in Nasensprays vor. Tumera diffusa (Damiana) ist eine Pflanze aus der Gattung der Safranmalven, die in Nord- und Mittelamerika vorkommt und als Heilkraut als natürliches Aphrodisiakum sowie zur Behandlung von Erkältungen, Infektionskrankheiten oder Erkrankungen der Blutgefäße eingesetzt wird.



## 4. Diskussion

In allen drei HD-Gruppen ist der Anteil der Nennungen in Bezug auf Substitutionsmittel im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Unter opioidabhängigen Personen machen diese Wirkstoffe zwar seit Jahren den höchsten Anteil aus, es scheint sich jedoch das Muster zu verstärken, dass der Missbrauch von Medikamenten in dieser Substichprobe immer mehr auf die abhängigkeitsauslösenden Substanzen verlagert wird. Zusätzliche Auswertungen zu den häufigsten Einnahmegründen legen nahe, dass die Mehrheit der Klienten dieser HD-Gruppe (87 %) Substitutionsmittel missbräuchlich verwendet, um Entzugserscheinungen zu vermeiden. Möglicherweise deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass die Substitutionsmittel zu niedrig dosiert sind und die Klienten die Dosis eigenmächtig erhöhen, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Mithilfe der Phar-Mon-Daten lässt sich dies leider nicht weiter untersuchen, da keine durchschnittlichen verschriebenen Dosen erfasst wurden. Ergebnisse der PREMOS-Studie zeigten jedoch, dass ein Drittel der untersuchten Substitutionsklienten Dosierungen erhielten, die unterhalb der empfohlenen Minimaldosis lagen (Wittchen et al., 2011). Darüber hinaus haben internationale Studien gezeigt, dass höhere Dosen von Substitutionsmitteln effektiver sind, um Klienten in der Behandlung zu halten und Beikonsum zu reduzieren (Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino & Lemma, 2003; Amato et al., 2005, Connock et al., 2007).

Der Anteil der Sedativa/Hypnotika an den Nennungen zum missbräuchlichen Arzneimittelkonsum hat in der HD-Gruppe Alkohol im Vergleich zum Vorjahr deutlich zugenommen (39.5 % vs. 23.0 %). In den anderen HD-Gruppen ist dagegen ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Nicht überraschend stellen diese Medikamente in der HD-Gruppe Sedativa/Hypnotika den größten Anteil. Ähnlich wie bei den Substitutionsmitteln in der HD-Gruppe Opioide zeigt sich hier, dass sich der Missbrauch auf die primäre Substanz, wegen der die Klienten in Beratung oder Behandlung sind, konzentriert. Auf Ebene der Gesamtbevölkerung findet man im Zusammenhang mit Sedativa/Hypnotika einen seit Jahren andauernden deutlichen Rückgang der Verordnungszahlen (Schwabe & Paffrath, 2014). Dieser Rückgang betrifft vor allem Benzodiazepine, in den letzten Jahren jedoch auch die Z-Substanzen. Deutlich weniger ausgeprägte Veränderungen findet man in Bevölkerungsumfragen zum Gebrauch von Medikamenten. Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 konnte in den meisten Altersgruppen keine bedeutsame Veränderung des Schlaf- und Beruhigungsmittelgebrauchs festgestellt werden (Kraus, Pabst, Piontek & Gomes de Matos, 2013). Die Prävalenz der Abhängigkeit von diesen Medikamenten ist zwischen den Jahren 2000 und 2012 sogar angestiegen. Ein möglicher Grund für diesen Widerspruch mag an der zunehmenden Anzahl Privatverordnungen liegen, die in den Verordnungszahlen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfasst werden. Einige Autoren gehen davon aus, dass mittlerweile mehr als die Hälfte aller Schlafmittel auf Privatrezepten verordnet wird, für einige

Wirkstoffe wird der Anteil sogar auf etwa 70 % geschätzt (z.B. Flunitrazepam, Nitrazepam) (Hoffmann & Glaeske, 2014).

Besondere Beachtung verdienen die seit vielen Jahren immer wieder in Phar-Mon dokumentierten nicht-opioidhaltigen Analgetika wie Ibuprofen oder Paracetamol. In der Literatur wird kritisch diskutiert, ob und inwiefern diese Substanzen ein Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotential besitzen. Beispielsweise wird von Beubler (2000) festgehalten, dass nicht-opioide Analgetika keine Abhängigkeit mit einem deutlichen Entzugssyndrom verursachen, ein Missbrauch im Sinne einer gewohnheitsmäßigen Einnahme jedoch auftreten kann. Im Gegensatz findet man jedoch auch die Aussage, dass bei nicht-opioid Analgetika ein deutliches Risiko für Arzneimittelmissbrauch bis hin zur Abhängigkeit besteht (Menche & Brandt, 2013). Zusammenfassend scheint zumindest das Potential für ein missbräuchliches Verhalten im Zusammenhang mit diesen Wirkstoffen belegt zu sein. Dies steht im Einklang mit den in der vorliegenden Stichprobe besonders häufig berichteten Kriterien der Überschreitung der Höchstdosis und der Überschreitung der Einnahmedauer, welche als Indikatoren für einen nicht-bestimmungsgemäßen Gebrauch gewertet werden können. Kritisch zu hinterfragen bleibt der hohe Anteil von Nennungen bezüglich subjektiv erlebter Toleranzentwicklung und Craving, welche Zeichen einer körperlichen Abhängigkeit sind. Es bleibt unklar, ob die Klienten tatsächlich eine Toleranz für diese Wirkstoffe entwickeln oder ob methodische Probleme zu diesen Nennungen führen (z.B. fehlerhafte Interpretation der Kriterien, mangelnde Differenzierbarkeit zwischen den Effekten unterschiedlicher eingenommener Substanzen).

Der Wirkstoff Bupropion tauchte im Jahr 2014 mit drei Nennungen erstmals in der Phar-Mon-Stichprobe auf. Im Januar 2015 wurden im Rahmen des Early Warning Systems der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) auch in Deutschland Informationen zum schädlichen, missbräuchlichen oder abhängigen Konsum von Bupropion gesammelt. Nach Aussagen des Fachbereichs Toxikologie des Bundeskriminalamts wird die Substanz gelegentlich und in Einzelfällen in der Rauschgiftszene als Ausweichmittel missbraucht. Dafür werden i.d.R. kleine Mengen z.B. in der Psychiatrie abgezweigt. Der Wirkstoff spielt aber keine herausragende Rolle. In der Nebenwirkungsdatenbank des BfArM (UAW-Datenbank) liegen insgesamt 118 Verdachtsfälle bei der Anwendung von Bupropion vor. In der ganz überwiegenden Zahl der Fälle wurde Bupropion in der Indikation Depression angewendet. Es wurde geschlussfolgert, dass sich aus den vorhandenen Zahlen keine Hinweise auf eine Zunahme der missbräuchlichen Anwendung von Bupropion in den letzten Jahren ergeben.

In Bezug auf die sonstigen erstmals in Phar-Mon dokumentierten Wirkstoffe ist zunächst festzuhalten, dass jede Einzelsubstanz nur von einem einzigen Klienten genannt wurde. Es

ist somit nicht unmittelbar von neuen Problemen auszugehen. Allerdings sind einige der neu berichteten Substanzen vor dem Hintergrund des bestehenden Wissens interessant. Insbesondere das Abhängigkeitspotential von Schnupfenmitteln wie Xylometazolin wird in Deutschland immer wieder diskutiert. Es wird geschätzt, dass bundesweit etwa 100.000 bis 120.000 Personen von diesen Mitteln abhängig sind (Glaeske, 2015). Eine Gewöhnung kann sehr schnell (innerhalb weniger Tage) eintreten und die Behandlung bzw. Entwöhnung wird als sehr schwierig beschrieben. Im Umgang mit den Substanzen wird empfohlen, diese nur 5 bis 7 Tage hintereinander anzuwenden, um die Nasenschleimhaut nicht an den Effekt zu gewöhnen. Interessant ist auch die Substanz *Turnera diffusa*, die unter dem Popularnamen Damiana wegen ihrer psychoaktiven Wirkung genutzt wird. So berichten Anwender davon, die Substanz in Kombination mit bzw. als Ersatz für Cannabis zu rauchen und beruhigende, euphorisierende und teilweise psychedelische Wirkungen zu verspüren, die jedoch deutlich weniger intensiv ausgeprägt sind als beim Konsum von Cannabis.

## **5. Ausblick**

Nach 26-jähriger Projektlaufzeit wurde das Projekt Phar-Mon zum Ende des Jahres 2014 in der bisherigen Form abgeschlossen. Im Rahmen eines Nachfolgeprojekts soll das bestehende Monitoringsystem über seinen primären Fokus des Missbrauchs von Medikamenten hinaus erweitert und strukturell angepasst werden. Ziel des Projekts ist es, ein System zu etablieren, das eine zügige und reliable Identifikation neuer Entwicklungen sowie ein Monitoring und eine Berichterstattung in Bezug auf den Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) und den nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch von Medikamenten ermöglicht. Kernpunkt ist eine aktuelle und systematische Datensammlung, -analyse und -bewertung zur Situation, den Trends und Entwicklungen des Konsums. Dieses Projekt wird unter finanzieller Förderung des BMG am IFT Institut für Therapieforschung durchgeführt.

## 6. Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Verteilung der Stichprobe der missbrauchten Medikamente: Nennungen und Klienten im Jahr 2014

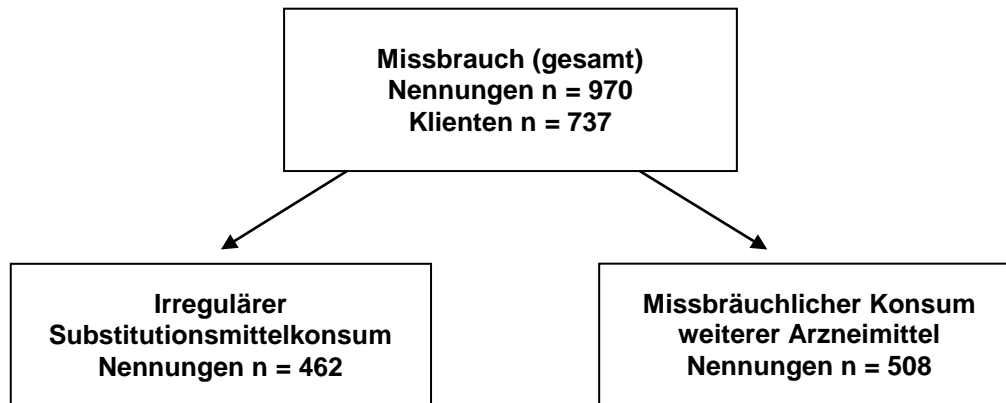


Abbildung 2: Verteilung der Klienten auf die Hauptdiagnosen im Jahr 2014 (n=737)

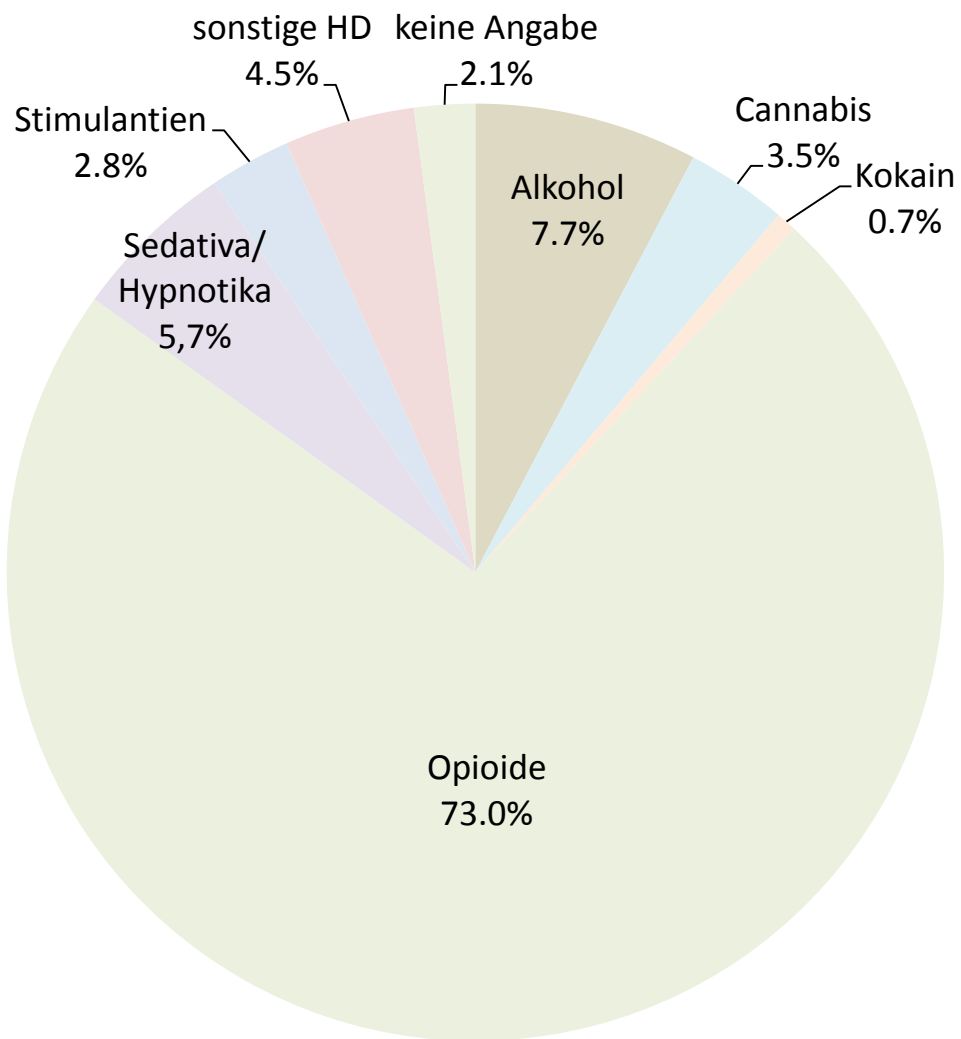
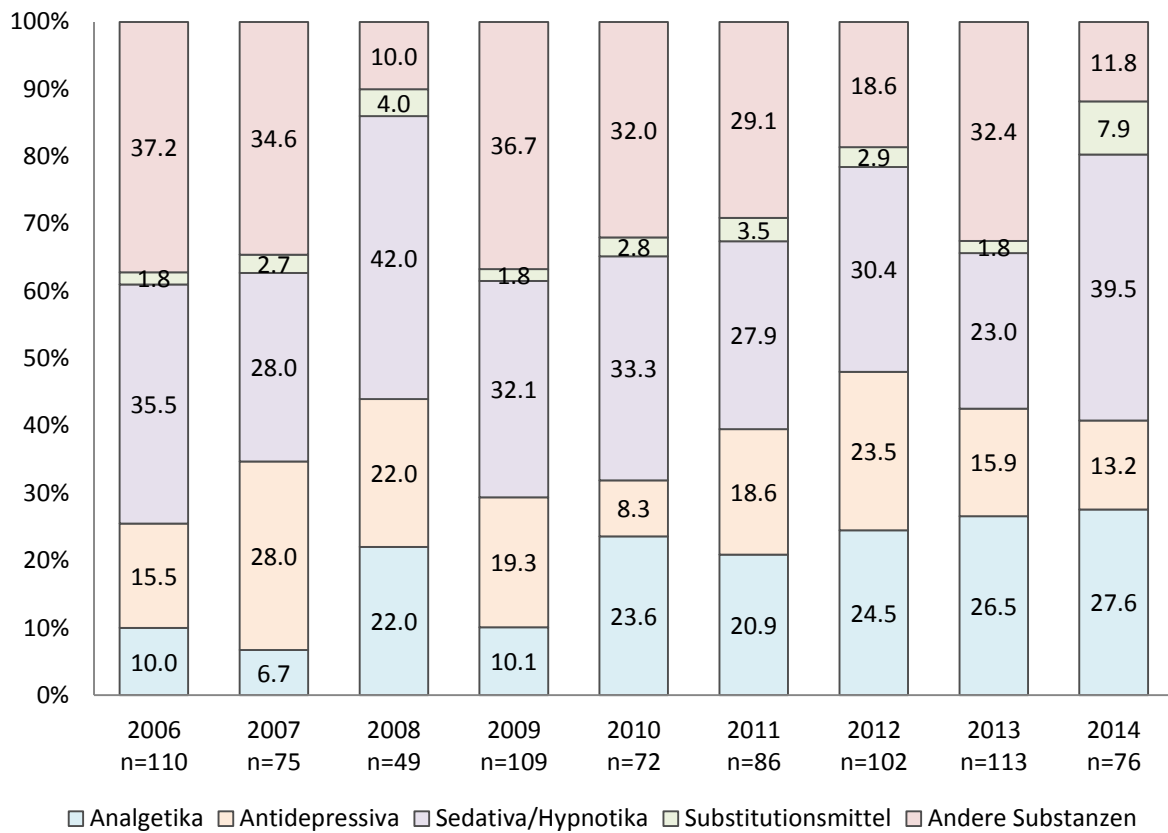
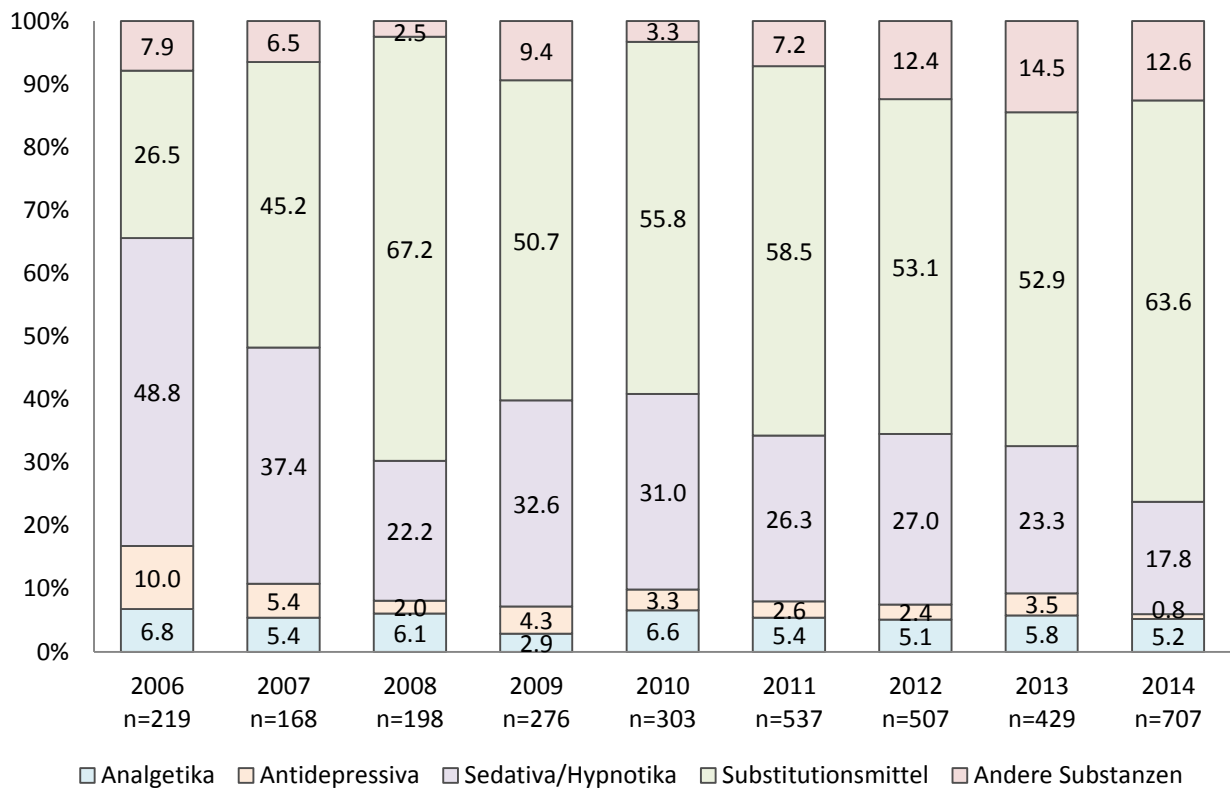


Abbildung 3: Anteil der Nennungen des missbräuchlichen Arzneimittelkonsums von Klienten mit der behandlungsleitenden Diagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Alkohol



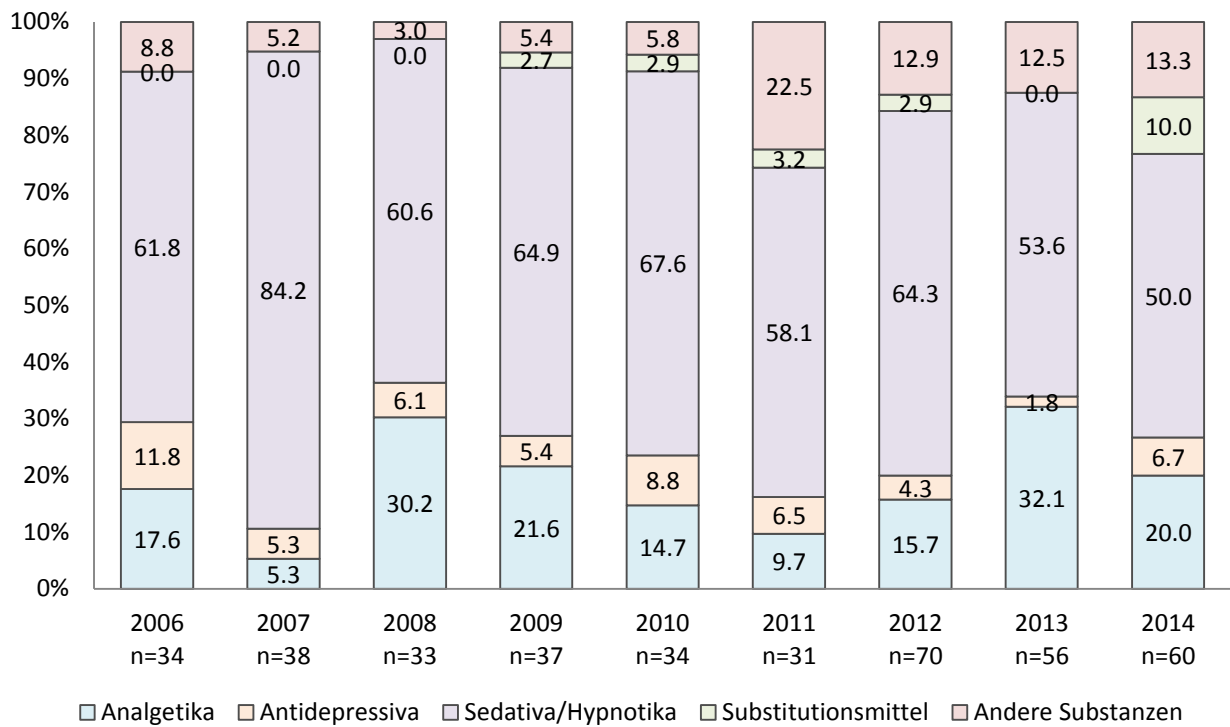
n = Nennungen pro Jahr

Abbildung 4: Anteil der Nennungen des missbräuchlichen Arzneimittelkonsums von Klienten mit der behandlungsleitenden Diagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Opioiden



n = Nennungen pro Jahr

Abbildung 5: Anteil der Nennungen des missbräuchlichen Arzneimittelkonsums von Klienten mit der behandlungsleitenden Diagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Sedativa/Hypnotika



n = Nennungen pro Jahr



Abbildung 6: Prävalenz der diagnostischen Kriterien für Missbrauchsennungen von Analgetika nach Substanzgruppe

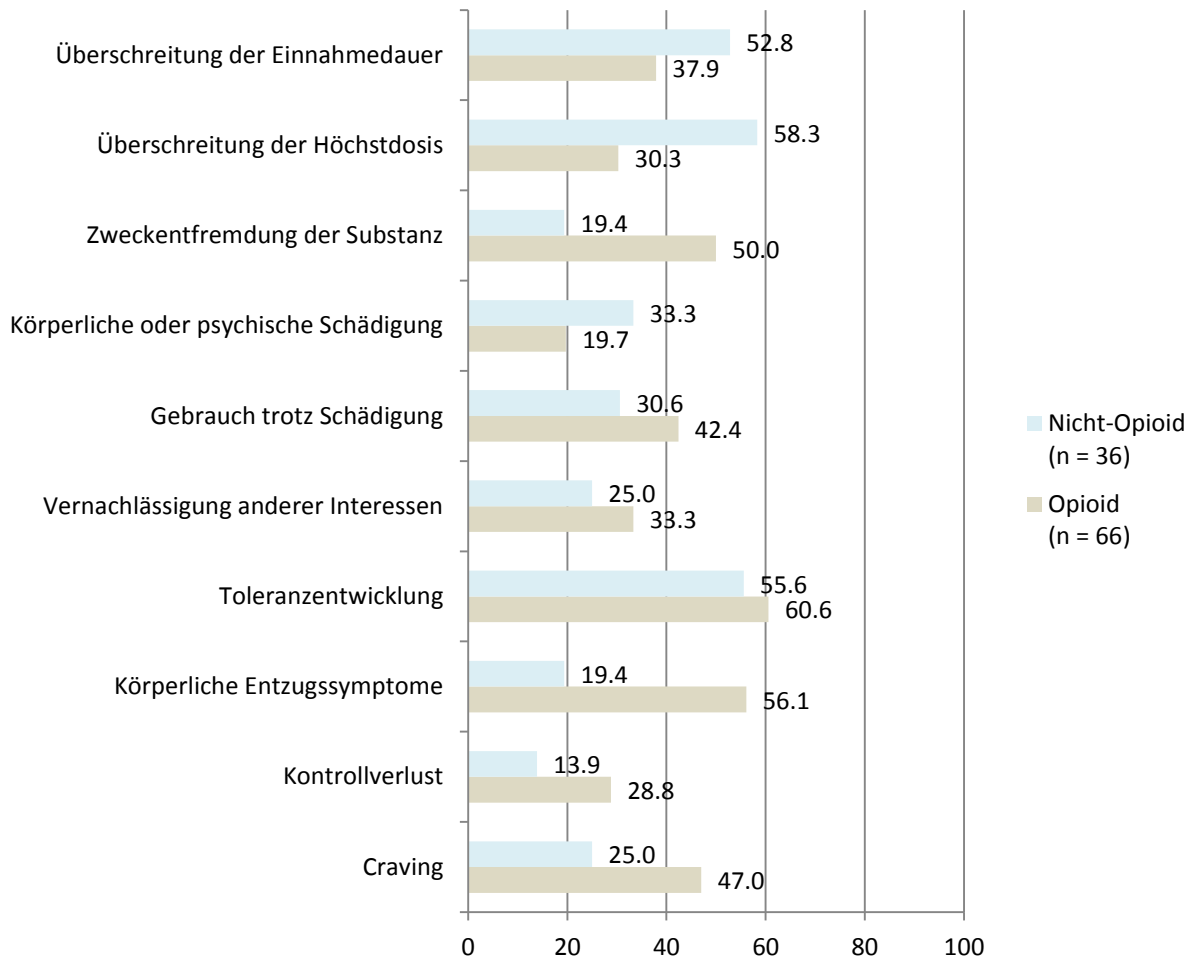


Tabelle 1: Stichprobe nach Hauptdiagnose, Geschlecht und Alter

Hauptdiagnose	n	% Männer	% Frauen	Alter, M (SD)
Alkohol	57	63,2	36,8	46,2 (11,6)
Opioide	538	74,3	25,7	35,7 (8,0)
Sedativa/Hypnotika	42	47,6	52,4	49,7 (12,6)
Andere	100	73,0	27,0	34,3 (12,1)
<b>Gesamt</b>	<b>737</b>	<b>71,8</b>	<b>28,2</b>	<b>38,2 (10,9)</b>

Tabelle 2: Verteilung der missbrauchten Arzneimittel, Substanzgruppen und Wirkstoffe in der Gesamtstichprobe und den Hauptdiagnosegruppen im Jahr 2014 (Nennungen)

Arzneimittelgruppe Substanzgruppe Wirkstoff	Gesamt		Alkohol		Opioide		Sedativa/Hypnotika	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Analeptika</b>	<b>18</b>	<b>1.9</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>13</b>	<b>1.8</b>	<b>1</b>	<b>1.7</b>
<b>Chem. def. Psychoanaleptika</b>	18	1.9	0	0.0	13	1.8	1	1.7
Methylphenidat	18	1.9	0	0.0	13	1.8	1	1.7
<b>Analgetika</b>	<b>102</b>	<b>10.5</b>	<b>21</b>	<b>27.6</b>	<b>37</b>	<b>5.2</b>	<b>12</b>	<b>20.0</b>
<b>Chem. def. Analgetika/ Antirheumatika</b>	36	3.7	17	22.4	5	0.7	3	5.0
Acetyl + Paracetyl	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Acetylsalicylsaeure	4	0.4	2	2.6	2	0.3	0	0.0
Diclofenac	2	0.2	0	0.0	1	0.1	1	1.7
Flupirtin	2	0.2	1	1.3	0	0.0	1	1.7
Ibuprofen	16	1.6	10	13.2	1	0.1	1	1.7
Metamizol	3	0.3	1	1.3	1	0.1	0	0.0
Paracetamol	8	0.8	3	3.9	0	0.0	0	0.0
<b>Opioid-Analgetika</b>	66	6.8	4	5.3	32	4.5	9	15.0
Codein	2	0.2	0	0.0	2	0.3	0	0.0
Fentanyl	4	0.4	0	0.0	1	0.1	1	1.7
Hydromorphon	2	0.2	0	0.0	2	0.3	0	0.0
Morphin	5	0.5	0	0.0	4	0.6	0	0.0
Morphinhemisulfat	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Oxycodon	5	0.5	0	0.0	5	0.7	0	0.0
Paracetamol + Codein	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Tilidin	28	2.9	1	1.3	12	1.7	3	5.0
Tramadol	18	1.9	3	3.9	4	0.6	5	8.3
<b>Antidepressiva</b>	<b>27</b>	<b>2.8</b>	<b>10</b>	<b>13.2</b>	<b>6</b>	<b>0.8</b>	<b>4</b>	<b>6.7</b>
<b>Antidepressiva-Chem. def.</b>	3	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Bupropion	3	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Antidepressiva-SNRI</b>	1	0.1	1	2.6	0	0.0	0	0.0
Venlafaxin	1	0.1	1	1.3	0	0.0	0	0.0
<b>Antidepressiva-SSRI</b>	6	0.6	3	3.9	0	0.0	1	1.7
Escitalopram	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Paroxetin	2	0.2	1	1.3	0	0.0	1	1.7
Sertralin	3	0.3	3	3.9	0	0.0	0	0.0
<b>Antidepressiva-Tetrazyklische</b>	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7
Mirtazapin	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7
<b>Antidepressiva-Trizyklische</b>	16	1.6	5	6.6	6	0.8	2	3.3
Amitriptylin	2	0.2	1	1.3	0	0.0	1	1.7
Doxepin	12	1.2	3	3.9	5	0.7	1	1.7
Trimipramin	2	0.2	1	1.3	1	0.1	0	0.0
<b>Antiepileptika</b>	<b>77</b>	<b>7.9</b>	<b>3</b>	<b>3.9</b>	<b>66</b>	<b>9.3</b>	<b>3</b>	<b>5.0</b>
<b>Benzodiazepine/Antiepileptika</b>	51	5.3	0	0.0	49	6.9	1	1.7
Clonazepam	51	5.3	0	0.0	49	6.9	1	1.7
<b>Carboxamid-Derivate</b>	1	0.1	1	1.3	0	0.0	0	0.0
Carbamazepin	1	0.1	1	1.3	0	0.0	0	0.0
<b>Chem. def. Antiepileptika</b>	25	2.6	2	2.6	17	2.4	2	3.3
Phenytoin	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pregabalin	24	2.5	2	2.6	17	2.4	2	3.3
<b>Antitussiva</b>	<b>2</b>	<b>0.2</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
<b>Chem. def. Antitussiva</b>	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Dextromethorphan	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Opioid-T</b>	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Dihydrocodein	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
<b>Entwöhnungsmittel</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>1</b>	<b>1.3</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
<b>Chem. def. Entwöhnungsmittel</b>	1	0.1	1	1.3	0	0.0	0	0.0
Clomethiazol	1	0.1	1	1.3	0	0.0	0	0.0
<b>Magen-Darm-Mittel</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1</b>	<b>1.7</b>
<b>Chem. def. Magen-Darm-Mittel</b>	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7
Bisacodyl	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7

Tabelle 2: (Fortführung) Verteilung der missbrauchten Arzneimittel, Substanzgruppen und Wirkstoffe in der Gesamtstichprobe und den Hauptdiagnosegruppen im Jahr 2014 (Nenn.)

Arzneimittelgruppe Substanzgruppe Wirkstoff	Gesamt		Alkohol		Opioide		Sedativa/Hypnotika	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	<b>Muskelrelaxanzien</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>0</b>
<b>Benzodiazepine/ Muskelrelaxanzien</b>	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Tetrazepam	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
<b>Narkosemittel</b>	<b>2</b>	<b>0.2</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>1</b>	<b>1.7</b>
<b>Narkosemittel zur Injektion</b>	2	0.2	0	0.0	1	0.1	1	1.7
Ketamin	2	0.2	0	0.0	1	0.1	1	1.7
<b>Neuroleptika</b>	<b>15</b>	<b>1.5</b>	<b>5</b>	<b>6.6</b>	<b>6</b>	<b>0.8</b>	<b>2</b>	<b>3.3</b>
<b>Chem. def. Neuroleptika</b>	14	1.4	4	5.3	6	0.8	2	3.3
Haloperidol	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Melperon	1	0.1	1	1.3	0	0.0	0	0.0
Olanzapin	3	0.3	0	0.0	2	0.3	0	0.0
Promethazin	4	0.4	1	1.3	1	0.1	2	3.3
Quetiapin	5	0.5	2	2.6	2	0.3	0	0.0
<b>Phenothiazin-Derivate</b>	1	0.1	1	1.3	0	0.0	0	0.0
Perazin	1	0.1	1	1.3	0	0.0	0	0.0
<b>Rhinologika/Sinusitismittel</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
<b>Sympathomimetika</b>	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Xylometazolin	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Sedativa/Hypnotika</b>	<b>224</b>	<b>23.1</b>	<b>30</b>	<b>39.5</b>	<b>126</b>	<b>17.8</b>	<b>30</b>	<b>50.0</b>
<b>Benzodiazepine</b>	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Benzodiazepine	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
<b>Benzodiazepine-Hypnotika</b>	14	1.4	0	0.0	7	1.0	3	5.0
Flunitrazepam	7	0.7	0	0.0	4	0.6	2	3.3
Lormetazepam	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7
Temazepam	6	0.6	0	0.0	3	0.4	0	0.0
<b>Benzodiazepine-Tranquilanzien</b>	181	18.7	23	30.3	116	16.4	16	26.7
Alprazolam	3	0.3	1	1.3	1	0.1	0	0.0
Bromazepam	7	0.7	0	0.0	4	0.6	1	1.7
Diazepam	130	13.4	10	13.2	99	14.0	6	10.0
Dikalium clorazepat	3	0.3	1	1.3	0	0.0	1	1.7
Lorazepam	32	3.3	9	11.8	11	1.6	8	13.3
Oxazepam	6	0.6	2	2.6	1	0.1	0	0.0
<b>Chem. def. Hypnotika</b>	26	2.7	7	9.2	2	0.3	9	15.0
Chloralhydrat	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7
Doxylamin	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7
Midazolam	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Zolpidem	13	1.3	5	6.6	0	0.0	5	8.3
Zopiclon	10	1.0	2	2.6	2	0.3	2	3.3
<b>Pflanzliche Hypnotika</b>	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7
Baldrian	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7
<b>Pflanzliche Sedativa/Hypnotika</b>	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7
Diverse Wirkstoffe	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.7
<b>Sexualhormone</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
<b>Chem. def. Sexualhormone</b>	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Testosteron	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Substitutionsmittel</b>	<b>497</b>	<b>51.2</b>	<b>6</b>	<b>7.9</b>	<b>450</b>	<b>63.6</b>	<b>6</b>	<b>10.0</b>
<b>Opioid-Substitutionsmittel</b>	497	51.2	6	7.9	450	63.6	6	10.0
Buprenorphin	154	15.9	5	6.6	130	18.4	2	3.3
Levomethadon	101	10.4	0	0.0	93	13.2	3	5.0
Methadon	242	24.9	1	1.3	227	32.1	1	1.7
<b>Urologika</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
<b>Homöopathika/Urologika</b>	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Turnera diffusa	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Gesamtsumme</b>	<b>970</b>	<b>100.0</b>	<b>76</b>	<b>100.0</b>	<b>707</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

\*SSNRI= Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

\*\*SSRI= Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

## 7. Literatur

- Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F., Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 321–329.
- Beubler, E. (2000). Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie: Wirkungen, Nebenwirkungen und Kombinationsmöglichkeiten. Wien: Springer-Verlag.
- Bundesärztekammer (2012). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, 511-516.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R. J., ...Taylor, R. S. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 11, 1–192.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., & Lemma, P. (2003). *Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence*. The Cochrane Library.
- Glaeske, G. (2015). Medikamente 2013 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2015*. Lengerich: Pabst.
- Hoffmann, F. & Glaeske, G. (2014). Benzodiazepinhyponotika, Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezept. Verbrauch zwischen 1993 und 2012. *Der Nervenarzt*, 85, 1402–1409.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., Gomes de Matos, E. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in der deutschen Allgemeinbevölkerung 1980-2012. *Sucht*, 59, 333-345.
- Menche, N. & Brandt, I. (Hrsg.). (2013). *Pflege konkret Innere Medizin*. Oxford: Elsevier Health Sciences.
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (2014). *Arzneiverordnungs-Report 2014*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J., Soyka, M., Träder, A., Mark, K., Trautmann, S. (2011). Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. *Suchtmedizin*, 13 (5), 232-246.