Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe

Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz

Informationen und Hilfen für betriebliche Multiplikatoren



DHS

BKK®

Impressum

Herausgegeber:

BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen
Internet: www.bkk.de

und

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
Postfach 13 69
59003 Hamm
Internet: www.dhs.de

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten

BKK ® und das BKK Logo sind registrierte Schutzmarken des BKK Bundesverbandes

Text und Konzept: Karin Mohn, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
Redaktion: Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband
Christa Merfert-Diete, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
Bettina Prothmann, BKK Bundesverband
Bildnachweis: Getty Images, Photocase
Gestaltung: Typografischer Betrieb Lehmann GmbH, Essen

Druck: N. N.

Stand: Februar 2007



Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe

Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz

Informationen und Hilfen für betriebliche Multiplikatoren

Inhalt

Einleitung 5

Medikamentenprobleme am Arbeitsplatz 6

Schlaf- und Beruhigungsmittel:
Benzodiazepine und Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten 10

Wirkungsweisen von Benzodiazepinen 12

Hintergründe des Medikamentengebrauchs 15
- Stress und Handlungsspielräume am Arbeitsplatz 15
- Schichtarbeit 17

Gesundheitliche Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz 18
- Schlafstörungen 18
- Befindlichkeitsstörungen 22
- Psychische Erkrankungen 34

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von
Schlaf- und Beruhigungsmitteln 28

Hilfen bei Medikamentenabhängigkeit 31

Sicherheit am Arbeitsplatz 33

Interventionen bei möglichen Medikamentenproblemen 36

Quellen, Materialien & Adressen 38

Merkblätter

- Benzodiazepine richtig anwenden
- Regeln für einen gesunden Schlaf
- Psychisch krank im Job. Was tun?
- Selbsttest zum Medikamentenkonsum
- Medikamente und Sicherheit

Die Merkblätter stehen auch im Internet zum Herunterladen zur Verfügung:
www.dhs.de, Stichwort Arbeitsfelder: Betriebe
www.bkk.de, Stichwort Gesundheit



Einleitung

Die vorliegende Praxishilfe richtet sich in erster Linie an verantwortliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der betrieblichen Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe. Die Überschneidungen der Themenbereiche Medikamentengebrauch, psychosoziale Belastungen, Erkrankungen, Arbeitsplatzbedingungen und -belastungen sowie Arbeitssicherheit legen nahe, für die Umsetzung entsprechender Interventionen und Maßnahmen mit anderen Arbeitsbereichen, wie etwa der Gesundheitsförderung, Sozialberatung, Arbeitssicherheit, Betriebsmedizin, Mitarbeitervertretung und Führungsebene zu kooperieren, welche in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich diese Zusammenhänge aufgreifen können. Alternativen zum Medikamentengebrauch bei verbreiteten Beschwerden, wie Schlafstörungen und Einschränkungen der Befindlichkeit, sollte im Rahmen betrieblicher Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe ebensolche Aufmerksamkeit geschenkt werden, wie den Hilfen bei bestehendem Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit.

Die Fragestellungen und Anforderungen an Konzepte und Maßnahmen zum Umgang mit Medikamenten am Arbeitsplatz unterscheiden sich je nach Betrieb oder Einrichtung sowie den spezifischen Anforderungen und Belastungen verschiedener Berufsgruppen und Arbeitsplatzmerkmale. So können in einem Fall Überlegungen zur Arbeitssicherheit stärker im Vordergrund stehen, während in anderen Fällen die Gesundheit der Beschäftigten oder auch der professionelle Umgang mit Medikamenten in Medizin und Krankenpflege eine Rolle spielt. Es ist zu hoffen, dass die vorliegende Praxishilfe weitere Anstöße zur Auseinandersetzung mit der Thematik liefern kann, so dass in naher Zukunft auf Modelle guter Praxis in diesem Bereich zurückgegriffen werden kann. Hierbei muss ein besonderes Augenmerk auf alternatives Gesundheitsverhalten zum Medikamentengebrauch gerichtet werden, um die Beschäftigten adäquat ansprechen zu können.

Medikamentenprobleme am Arbeitsplatz

Obwohl Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit in der Bevölkerung verbreitet sind, wurde dieses Thema im Rahmen betrieblicher Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bislang vernachlässigt. Ein Grund hierfür liegt darin, dass Probleme im Umgang mit Medikamenten schwieriger festzustellen und handzuhaben sind als Alkoholprobleme. Entsprechend gibt es bislang vergleichsweise wenige entsprechende Konzepte und Materialien und kaum konkrete Daten zum Ausmaß von Medikamentenproblemen am Arbeitsplatz.

Medikamentenprobleme in der Bevölkerung

Medikamente dienen der Vorbeugung, Linderung und Heilung von Beschwerden und Erkrankungen. Sie sind im Alltag allgegenwärtig und oft genug ist ihr Gebrauch für die jeweiligen Patientinnen und Patienten unverzichtbar. In Deutschland sind zurzeit rund 50 000 verschiedene Arzneimittel im Handel. Viele besitzen neben ihrer erwünschten Wirkung unterschiedliche unerwünschte „Nebenwirkungen". So haben von allen verordneten Medikamenten etwa 5-6 % ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial.

Problematischer Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Medikamenten sind in Deutschland ähnlich verbreitet wie schädlicher Konsum und Abhängigkeit von Alkohol. Auf der Grundlage einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung in Deutschland wird die Häufigkeit von Medikamentenabhängigkeit im Jahr 2000 auf insgesamt 2,9 % der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren geschätzt. Hochgerechnet auf die gesamte Wohnbevölkerung wären somit 1,4 Mio. Menschen dieser Altersstufen betroffen. In der gleichen Befragung wurden außerdem sowohl das Verhalten als auch das Erleben im Zusammenhang mit der Einnahme bestimmter Medikamente erfragt. Hierdurch sollten auch Personen erkannt werden, welche die Kriterien einer Abhängigkeit nicht vollständig erfüllen. Im Jahr 2000 lag der problematische Gebrauch von Medikamenten bei 3,3 % der deutschen Bevölkerung und stieg bis zum Jahr 2003 auf 4,3 %. Frauen aller Altersgruppen und ältere Frauen und Männer sind deutlich häufiger betroffen. Frauen zeigen mit 5,5 % einen Vorsprung gegenüber Männern mit 3,2 %. Insgesamt gilt: Bei fast jedem neunten der 50-59-Jährigen liegt ein problematischer Medikamentengebrauch vor (Kraus & Augustin 2001, 2005).

Diese Zahlen belegen, dass es sich bei Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit nicht um Einzelfälle, sondern um ein gesellschaftlich bedeutsames Problem handelt. Bei genauerer Betrachtung wird jedoch auch deutlich, dass das am Beispiel von Alkohol und illegalen Drogen entwickelte Wissen und entsprechende Handlungskonzepte nicht ohne weiteres auf das Thema Medikamente übertragen werden können.

Unterschiedliche Wirkstoffe

Unter dem Oberbegriff der Medikamentenabhängigkeit werden verschiedene Wirkstoffe mit jeweils spezifischen Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt, die auf unterschiedliche Weise mit Beschwerden, Erkrankungen und dahinter liegenden Problemlagen verknüpft sind. Die am häufigsten gebrauchten Medikamente mit eigenständigem Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial sind Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Schmerzmittel. Bereits mit deutlichem Abstand folgen



die Stimulanzien (Anregungs- oder Aufputschmittel). Psychopharmaka wie Antidepressiva und Neuroleptika werden zwar im Hinblick auf mögliche Anwendungsgebiete und wegen der teils gravierenden Nebenwirkungen kritisch diskutiert, besitzen aber kein eigenständiges Abhängigkeitspotenzial.

Aufgrund der Häufigkeit ihrer Verordnung und ihrer besonderen Relevanz in Bezug auf die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen bezieht sich die vorliegende Praxishilfe überwiegend auf Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine und der so genannten Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten (vgl. Seite 10f).

Ursachen für Medikamentengebrauch

Anders als bei Suchtmitteln, die zunächst zum Genuss oder Rauscherleben konsumiert werden, gehen dem Gebrauch von Benzodiazepinen in der Regel behandlungsbedürftige Beschwerden und Erkrankungen voraus, deren Symptome durch die medikamentöse Behandlung zunächst rasch behoben werden können. Die Medikamenteneinnahme hilft, die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen und in akuten gesundheitlichen Krisen durchzuhalten. Unbehandelt verursachen die verschiedenen Grunderkrankungen persönliches Leiden und können ebenso zu Verhaltensauffälligkeiten, Leistungseinbußen sowie weiteren gesundheitlichen und sozialen Problemen führen wie ein unangemessener Medikamentengebrauch. Aus diesem Grund sind entsprechende Medikamente nicht grundsätzlich abzulehnen, wenn sie in ein sinnvolles Gesamtbehandlungskonzept integriert werden. Alternative medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsformen stehen aus unterschiedlichen subjektiven und objektiven Gründen oft nicht zur Verfügung. Als Konsequenz werden die Risiken oft verdrängt und eine unkritische Einnahme dadurch befördert.

In der Folge betrachten sich auch Menschen, die Benzodiazepine dauerhaft gebrauchen, in erster Linie als Kranke und rechtfertigen ihr Verhalten zusätzlich mit der Verordnung durch einen Arzt oder eine Ärztin.

Abgrenzung von Medikamentengebrauch und -abhängigkeit

Für Außenstehende ist die Abgrenzung zwischen einem sachgerechtem Gebrauch und einem dauerhaften, schädlichen und/oder abhängigen Gebrauch in der Regel schwierig. Anders als bei Alkoholgebrauch im (Arbeits-) Alltag, der sich durch die bekannte „Fahne" vergleichsweise leicht identifizieren lässt, sind die Anzeichen für den Gebrauch oder eine Ab-

hängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln meist nicht so eindeutig zuzuordnen. Dies führt nicht selten dazu, dass mögliche Auffälligkeiten in der Arbeitsleistung oder im Umgang mit den jeweiligen Betroffenen gar nicht angesprochen werden. Dies geschieht zum einen aus dem berechtigten Anliegen, niemanden ungerechtfertigt „zu verdächtigen", aber zum anderen auch oftmals in der Hoffnung, dass es sich um vorübergehende Probleme handelt, die sich von selbst lösen. Dabei sollte jedoch bedacht werden, dass bei gravierenden oder hartnäckig anhaltenden Auffälligkeiten das frühzeitige Ansprechen der Probleme in einem angemessenen Rahmen die Möglichkeit eröffnet, Unterstützung und Hilfen anzubieten – auch unabhängig vom etwaigen Gebrauch von Medikamenten.

Abhängigkeit ist nicht gleich Abhängigkeit

Als typisch für eine Abhängigkeit wird in der Regel der Konsum großer Mengen des Suchtmittels zum Erleben eines Rausches angesehen. Diese Verhaltensweise zeigt allerdings nur eine sehr begrenzte Gruppe der Benzodiazepinabhängigen, welche zusätzlich oft ebenfalls Alkohol und/oder illegale Drogen missbrauchen. Wesentlich stärker verbreitet ist die so genannte Niedrig-Dosis-Abhängigkeit, bei welcher Benzodiazepine über lange Zeiträume hinweg ausschließlich in der ursprünglich therapeutischen Dosierung eingenommen werden. Die anfängliche Wirkung kann dabei aufgrund der Toleranzentwicklung gegenüber dem Wirkstoff verloren gehen, ohne dass die Ausgangsdosis wesentlich gesteigert wird. Vor allem bei abruptem Absetzen können jedoch Entzugssymptome auftreten, die zu einer weiteren Einnahme des Medikaments führen. Niedrig-Dosis-Abhängige bleiben in ihrem Verhalten meist lange Zeit unauffällig, wenngleich sich nach jahrelangem täglichem Gebrauch von Benzodiazepinen charakteristische Folgesymptome in Form von Einschränkungen der geistigen Fähigkeiten, des Gefühlslebens und der körperlichen Leistungsfähigkeit einstellen. Diese Symptome können allerdings auch in anderen Erkrankungen begründet liegen, so dass durch medizinische bzw. suchtspezifische Laien eine „Augenscheindiagnose" in der Regel nicht getroffen werden kann. Die vorliegende Praxishilfe soll aber für mögliche Zusammenhänge von psychischen Belastungen, Beschwerden und Medikamentengebrauch sensibilisieren, um den Problemzugang zu erleichtern.



Zusammenhänge zwischen Medikamentengebrauch und Stress am Arbeitsplatz

Es ist davon auszugehen, dass die aktuelle Arbeitsmarktlage, Arbeits- und Leistungsdruck (z. B. durch eine geringe Personaldecke und hohe Verantwortung) sowie technische Entwicklungen (z. B. in der Telekommunikation) zu gesundheitlichen, insbesondere psychischen Anforderungen und Belastungen führen, zu deren Bewältigung Medikamente (wie auch andere Suchtmittel) eingesetzt werden. Gerade die Anforderungen im beruflichen Umfeld verdeutlichen die Zwickmühle, welche die Entwicklung und Umsetzung von Präventions- und Handlungskonzepten erschwert. Auf der einen Seite helfen Medikamente, im Lebens- und Arbeitsalltag die Funktions- und Leistungs-



fähigkeit (wieder-)herzustellen. Die Wirkung einer entsprechenden Behandlung kann nicht nur für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, sondern auch für ihre Vorgesetzten und Arbeitgeber als erwünscht vorausgesetzt werden. Auf der anderen Seite können sowohl eine sachgemäße Anwendung als auch ein riskanter bzw. abhängiger Gebrauch von Medikamenten die Arbeitssicherheit und -fähigkeit akut oder auf Dauer beeinträchtigen.

Die Risiken von Medikamentengebrauch am Arbeitsplatz wurden durch die Veränderung der Unfallverhütungsvorschriften und den expliziten Einbezug von Medikamenten in diese Vorschriften aufgegriffen. Um diesen Vorschriften zu entsprechen, sollte nicht nur das Abhängigkeitspotenzial und Suchtgeschehen im Zusammenhang mit Medikamenten berücksichtigt werden. Vielmehr ist eine Erweiterung der Perspektive auf die Ursachen des Medikamentengebrauchs in Form von Erkrankungen und Belastungssituationen zielführend. Bereits die Wirkungen und verbreitete Nebenwirkungen von Medikamenten im Rahmen einer Behandlung, wie z. B. die kurzfristige Einnahme von Grippemitteln oder von Schlafmitteln zur akuten Behandlung von Schlafstörungen, können zum Ausgangspunkt von Präventions- und Interventionsbemühungen gemacht werden. Dazu ist nicht erst ein konkreter Verdacht im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln erforderlich.

Mögliche Strategien gegen Medikamentenprobleme am Arbeitsplatz bestehen in der Durchführung von Präventionsmaßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, in der Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen bestimmter Medikamente (z. B. mit Hilfe der in dieser Praxishilfe enthaltenen Merkblätter), in abgestimmten Regeln im Umgang mit Medikamenten bei der Ausübung konkreter Tätigkeiten zwischen betriebsärztlichen Diensten, Sicherheitsbeauftragten und Mitarbeitervertretung sowie in Angeboten zur Beratung und Hilfe bei arbeitsmäßigen, psychischen und sozialen Auffälligkeiten im Rahmen eines betrieblichen Gesamtkonzepts. Angesichts der geschilderten komplexen Zusammenhänge liegt es auf der Hand, dass eine einzelne Maßnahme nicht jeden kritischen Fall erreichen wird. Letztlich gilt auch für den Umgang mit Medikamenten am Arbeitsplatz: Es gibt keine „Pille", die alle Probleme auf einmal beseitigt.

Ob sich Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz zu Beschwerden und Erkrankungen sowie zum Gebrauch bestimmter Medikamente bekennen können, ist auch eine Frage der Unternehmenskultur. Wenn es gern gesehen wird, dass Beschäftigte trotz Krankheit „mit dem Kopf unterm Arm" zur Arbeit erscheinen und wenn zusätzlich auf ihrer Seite noch Befürchtungen bestehen, durch Krankmeldung den Arbeitsplatz zu riskieren (wie die sinkenden Arbeitsunfähigkeitstage angesichts der angespannten wirtschaftlichen Lage in Deutschland nahe legen), dann muss auch damit gerechnet werden, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Medikamente heimlich „als Krücke" zur Alltagsbewältigung nutzen und mögliche Risiken stillschweigend in Kauf nehmen. Kann auf der anderen Seite glaubwürdig vermittelt werden, dass Beschäftigte bei gesundheitlichen Beschwerden ebenso wie bei Suchtproblemen Unterstützung zum Erhalt ihres Arbeitsplatzes bekommen, steigt die Chance, dass Beschäftigte Informationen und Hilfeangebote auch nutzen.

Schlaf- und Beruhigungsmittel: Benzodiazepine und Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten

Als erste Schlafmittel auf Benzodiazepinbasis wurden im Jahr 1960 Chlordiazepoxid (Librium®) und im Jahr 1963 Diazepam (Valium®) angeboten. Benzodiazepine wirken dämpfend, schlaffördernd, angstlösend, krampflösend und muskelentspannend.

Im Gegensatz zu den Barbituraten, welche vor der Entwicklung der Benzodiazepine die meist verbreiteten Schlafmittel waren, ist das Risiko von (unabsichtlichen und absichtlichen) Vergiftungen mit Todesfolge deutlich geringer. Eine sachgemäße Anwendung vorausgesetzt gelten Benzodiazepine als wirksame, sichere und gut verträgliche Medikamente und fanden rasch eine weite Verbreitung.

Als Schlafmittel der „dritten Generation" gelten die kurzwirksamen Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon, welche seit Ende der 70er bzw. Ende der 80er Jahre auf dem Markt sind. Diese sind chemisch nicht mit den Benzodiazepinen verwandt, besitzen aber pharmakologisch ähnliche Eigenschaften. Sie besitzen ein geringeres, aber dennoch vorhandenes Missbrauchspotenzial. Die aktuellen Empfehlungen zur sachgemäßen Verordnung entsprechen daher denjenigen zur Verschreibung von Benzodiazepinen (s. u.).

Unterschieden werden die Wirkstoffe nach der Zeit, in der die Hälfte der Substanz im Körper abgebaut wird (Halbwertzeit: HWZ). Es gibt kurzwirkende (HWZ 2,5 bis 8 Stunden), mittellang wirkende (HWZ 15 bis 30 Stunden) und langwirkende (HWZ bis zu 250 Stunden) Benzodiazepine. Der Abbau wird durch Umverteilungsprozesse im Körper, aktive Metaboliten (Stoffwechselprodukte der Wirkstoffe) und individuelle, patientenbezogene Variablen beeinflusst. So können reichliche Mahlzeiten vor der Einnahme der Medikamente, die Verlangsamung des Stoffwechsels mit zunehmendem Alter oder Erkrankungen der Stoffwechselorgane (v. a. der Leber) den Abbau der Wirkstoffe und damit die Wirkdauer verlängern.

Im Zusammenhang mit Medikamentenabhängigkeit taucht häufig auch der Begriff „Psychopharmaka" auf. Hiermit werden Medikamente bezeichnet, die der Behandlung psychischer Beschwerden und neurologischer Erkrankungen dienen. Einige dieser Mittel werden auch als Narkosemittel oder zur Behandlung von Symptomen organischer Krankheiten eingesetzt. Zu den Psychopharmaka gehören die Tranquillantien, Sedativa und Hypnotika (worunter auch die Benzodiazepine fallen), die Stimulanzien, Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Antiepileptika und Antidementiva. Im Unterschied zu den Benzodiazepinen und einigen Stimulanzien besitzen die



anderen Psychopharmaka kein eigenständiges Abhängigkeitspotenzial. Wenngleich die Verordnung von Antidepressiva schon bei leichteren Befindlichkeitsstörungen sowie von Neuroleptika und anderen Psychopharmaka wegen teils gravierender Nebenwirkungen kritisch gehandhabt werden muss, sollte die in der Regel längerfristige Verordnung nicht als Medikamentenabhängigkeit stigmatisiert werden.

Davon abgesehen sind bei den meisten Psychopharmaka – wie auch bei einer Reihe anderer Medikamente – die Gebrauchsinformationen zur Einschränkung der Aufmerksamkeit und des Reaktionsvermögens zu beachten.

Tipp

Eine alphabetische Übersicht der in Deutschland im Handel befindlichen benzodiazepinhaltigen Arzneimittel sowie der wirkungsähnlichen Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten bietet die Broschüre „Immer mit der Ruhe… Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln“ (Bezugsquelle im Anhang).

Für Laien verständliche Informationen über verschiedene Arten von rezeptfreien oder rezeptpflichtigen Medikamenten bieten die entsprechenden Veröffentlichungen der Stiftung Warentest:

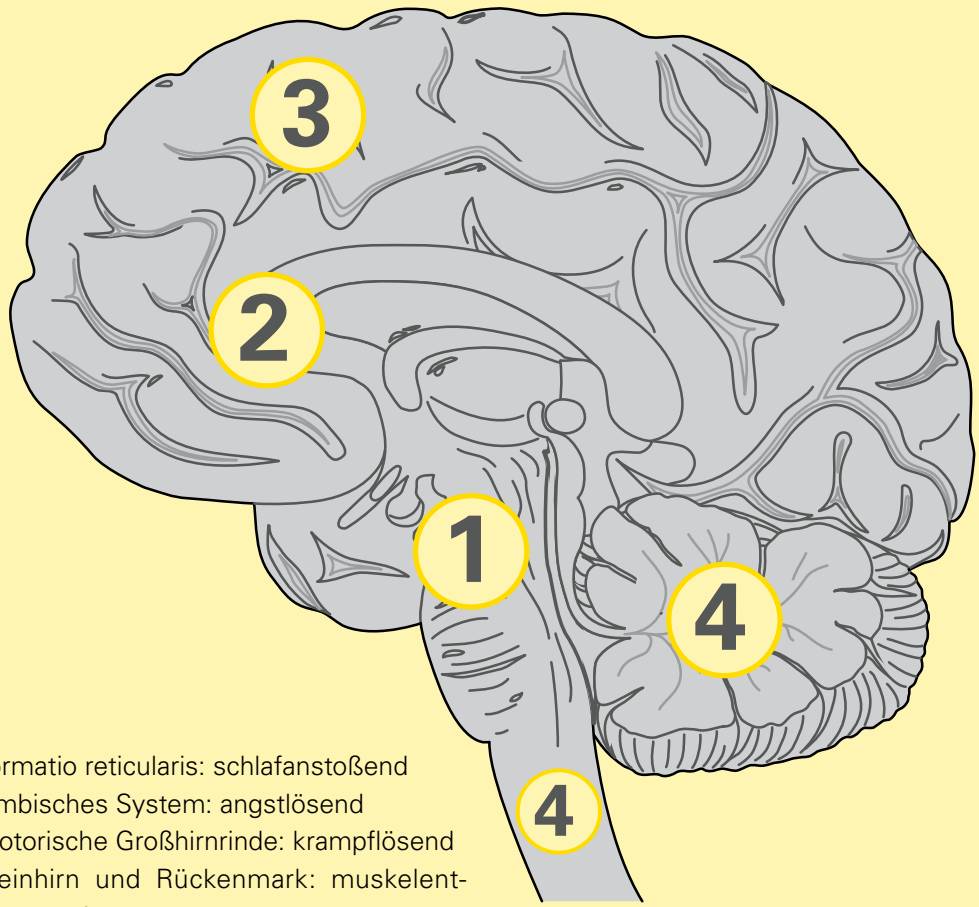
- Stiftung Warentest (Hg.): Handbuch Medikamente. Vom Arzt verordnet – Für Sie bewertet. Berlin, Stiftung Warentest, 2004
- Stiftung Warentest (Hg.): Handbuch Selbstmedikation. Rezeptfreie Mittel – Für Sie bewertet. Berlin, Stiftung Warentest, 2006

Ausführliche pharmakologische Fachinformationen sind nur bedingt für Laien zugänglich. Angehörige medizinischer und pharmakologischer Berufe sowie verschiedener weiterer Berufsgruppen können durch Nachweis ihrer Qualifikation einen Zugang zur Online-Version der Roten Liste erhalten (www.roteliste.de), welche regelmäßig aktualisierte Fachinformationen der Pharmazeutischen Industrie zur Verfügung stellt.

Wirkungsweisen von Benzodiazepinen

Die Wirkung von Benzodiazepinen beruht auf einer Dämpfung der Reizweiterleitung im zentralen Nervensystem. Dabei wird – bei geringen Unterschieden und Schwerpunkten der einzelnen Wirkstoffe – prinzipiell eine breite Wirkung auf unterschiedliche Funktionsbereiche hervorgerufen. Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Bewegungskoordination und Gefühlsleben werden beeinflusst. Entsprechend treten einzelne oder mehrere Beschwerden wie Müdigkeit, Mattigkeit, Schläfrigkeit, Konzentrationsstörungen, Niedergeschlagenheit und Gedächtnislücken als Nebenwirkungen bei Benzodiazepingebrauch häufig auf. Darüber hinaus zeigen

Benzodiazepine wirken an vielen wichtigen Schaltstellen des gesamten Gehirns. Entsprechend viele Funktionen können durch die Wirkung beeinträchtigt werden.



1) Formatio reticularis: schlafanstoßend
2) Limbisches System: angstlösend
3) Motorische Großhirnrinde: krampflösend
4) Kleinhirn und Rückenmark: muskelentspannend

Vergl. Quelle: Lanzendörfer & Scholz, 1995

sich gelegentlich gestörte Bewegungsabläufe, Muskelschwäche, langsame oder verwaschene Sprache, Sehstörungen, Übelkeit, Durchfall, Schwindel, Mundtrockenheit, gesteigerter Appetit, verlangsamte Atmung und Blutdruckabfall.

Zur kurzzeitigen Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen werden Mittel mit kurzer und mittellanger Wirkdauer empfohlen. Langwirksame Präparate werden dagegen zur Beruhigung und Dämpfung auch tagsüber – z. B. bei Angst- und Unruhezuständen – genutzt. Darüber hinaus finden Benzodiazepine Anwendung bei schmerzhaften und hartnäckigen Muskelverspannungen sowie bei epileptischen Krampfanfällen.

Bei langwirksamen Benzodiazepinen besteht die Gefahr von Nachwirkungen am nächsten Morgen („hang over"). Dies kann, ähnlich wie beim Restalkohol, zu Einschränkungen der Reaktions- und Koordinationsfähigkeit führen und stellt ein Risiko beim Autofahren, Bedienen von Maschinen oder festen Halt erfordernden Tätigkeiten dar. Zusätzlich kann sich der Wirkstoff langfristig im Körper anreichern und so zu einer verdeckten Dosissteigerung führen, wenn er bei erneuter Medikamenteneinnahme noch nicht vollständig abgebaut war.

Auch nach einem Gebrauch von nur wenigen Wochen kann eine körperliche Gewöhnung und Toleranzentwicklung gegenüber dem Wirkstoff eintreten. Dies macht sich einerseits durch einen Wirkungsverlust und andererseits durch ein verstärktes Auftreten der Ausgangsbeschwerden beim Absetzen bemerkbar (Rebound-Symptome: z. B. Schlafstörungen, Angst, Unruhe u. a.). Dieser Prozess wird vermutlich oft mit dem Wiederauftreten oder einer Verschlimmerung der Beschwerden verwechselt und die Einnahme daher weiter fortgesetzt. Um dies zu vermeiden wird empfohlen, die Einnahmedauer zu Beginn der Behandlung zu begrenzen und ggf. weitere Therapiemöglichkeiten der Grunderkrankung im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans zu überprüfen. Zum Ende einer Behandlungsphase sollte die Dosis langsam reduziert werden, um mögliche Rebound-Symptome gering zu halten.



Kopiervorlage

Benzodiazepine richtig anwenden

Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine wirken dämpfend, schlaffördernd, angstlösend, krampflösend und muskelentspannend. Bei sachgerechter und kurzzeitiger Anwendung gelten sie als gut verträgliche und wirksame Mittel gegen verschiedene Symptome. Aufgrund ihrer Wirkung muss, insbesondere zu Beginn der Behandlung, mit Einschränkungen der Wahrnehmung, der körperlichen Koordinationsfähigkeit und des Reaktionsvermögens gerechnet werden. Dies ist beim Führen von Fahrzeugen, Bedienen von Maschinen und bei Tätigkeiten ohne sicheren Halt zu beachten.

Eine langfristige Einnahme von Benzodiazepinen kann zur Gewöhnung, zu gefühlsmäßiger Abstumpfung und Gleichgültigkeit, herabgesetzter Konzentrations- und Merkfähigkeit, körperlicher Schwäche und zur Entstehung einer Abhängigkeit führen. Aus diesem Grund sollte die Einnahmedauer begrenzt und bei anhaltenden Beschwerden andere Möglichkeiten zur Behandlung der Grunderkrankung überprüft werden.

Angelehnt an die Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sollten folgende Regeln beachtet werden:

1. Benzodiazepine sollten nur nach sorgfältiger Diagnose der Erkrankung und Indikationsstellung verschrieben werden.
2. Kurzzeitig angewendet (je nach Erkrankung 2-8 Wochen) sind Benzodiazepine hilfreiche und sichere Medikamente. Eine längerfristige Behandlung sollte nur in Ausnahmefällen bei schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen durch einen Facharzt oder eine Fachärztin erfolgen.
3. Die Therapiedauer sollte vor Behandlungsbeginn festgelegt und die weitere Behandlungsnotwendigkeit anschließend überprüft werden.
4. Wenn nötig, sollte eine möglichst kleine, aber ausreichend wirksame Dosis eingenommen werden.
5. Nach längerfristiger Anwendung sollte das Medikament schrittweise „ausgeschlichen“ werden, um Entzugssymptome zu vermeiden oder gering zu halten.
6. Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Vorgeschichte sollten möglichst keine Benzodiazepine einnehmen.
7. Benzodiazepine sollten nur nach ärztlicher Anweisung eingenommen werden und dürfen, wie alle rezeptpflichtigen Medikamente, nicht an Dritte weitergegeben werden.

Wenn Sie bereits seit längerem Benzodiazepine gebrauchen, sollten Sie die Möglichkeiten des Absetzens mit Ihrem Arzt besprechen!

Quelle: Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz.
BKK Bundesverband & Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen © 2007



Hintergründe des Medikamentengebrauchs

Stress und Handlungsspielräume am Arbeitsplatz

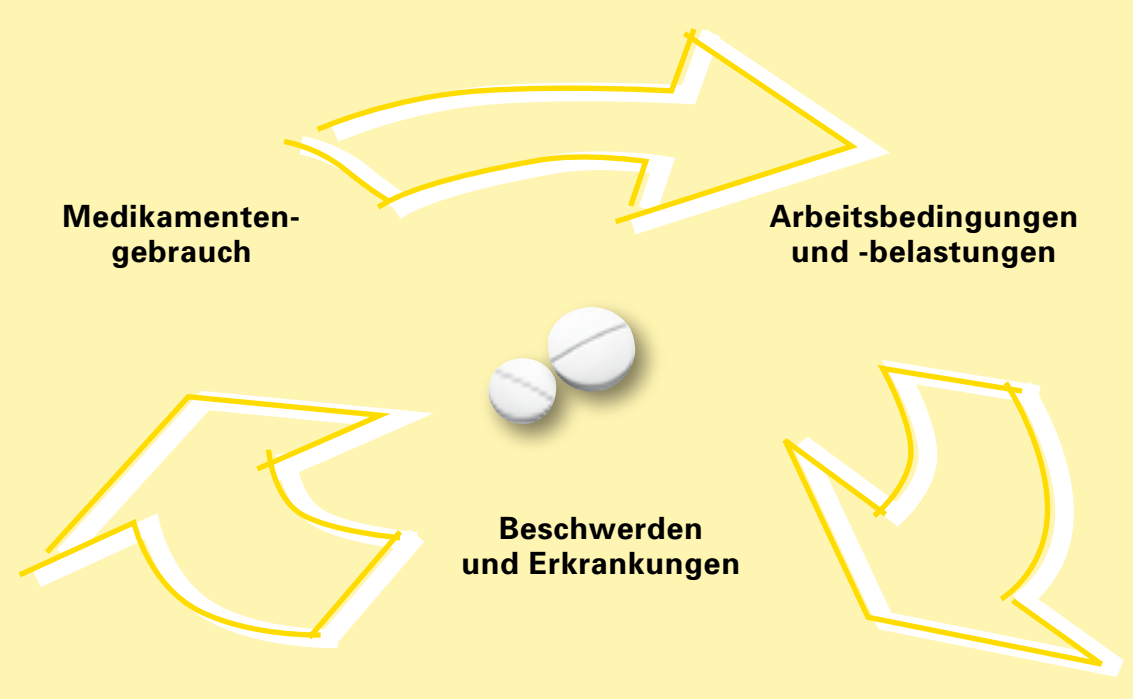
Grundsätzlich wird angenommen, dass vor allem psychische Beschwerden aus einem Zusammenspiel von biologischen, seelischen und umweltbedingten Faktoren entstehen. Der Zusammenhang von daraus resultierendem, gesteigertem Medikamentengebrauch und berufsbedingten Belastungen wurde im Rahmen arbeitswissenschaftlicher und epidemiologischer Studien belegt.

Ausschlaggebend sind dabei nicht einzelne Faktoren, sondern qualitative Aspekte der jeweiligen ausgeübten Berufe, des privaten Umfeldes sowie das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren. Als sich gegenseitig bedingende und kumulierende Faktoren für hohen Medikamentengebrauch werden genannt (Ellinger, Karmaus & Stauss 1987):

- Restriktive Arbeitsbedingungen mit geringem Handlungsspielraum und hoher körperlicher sowie emotionaler Belastung, wie z. B. Produktion mit hohem Anspruch an feinmotorische Fähigkeiten, untergeordnete Verwaltungstätigkeiten (Schreibdienst) oder Kranken- und Altenpflege;
- geringe soziale Unterstützung bzw. hohe soziale Belastungen im Beruf und familiärem Bereich;
- Gefühls- und Beziehungsarbeit, die sowohl im privaten Bereich als auch in vielen frauentypischen Berufen erwartet wird und wenige Möglichkeiten zur Distanzierung lässt (Kranken- und Altenpflege, Kundenkontakte, helfende Berufe etc.);
- Arbeitsorganisatorische Mängel (Personalmangel, Zeitdruck, Schichtarbeit, hierarchische Führungsstrukturen, geringe Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten).

Medikamente dienen unter entsprechenden Bedingungen der Stressabschirmung sowie dem Durchhalten und Weiterfunktionieren trotz Erkrankungen, Erschöpfung und mit zunehmendem Alter nachlassenden Kräften (z. B. Steinbach, Wienemann & Nette 1992). Bestehen keine ausreichenden Möglichkeiten der belastungsreduzierenden Arbeitsplanung oder zu Erholungsphasen im privaten Bereich, kann eine Abwärtsspirale von wachsenden Gesundheitsproblemen und schwindenden Bewältigungsressourcen entstehen.

Ebenso können psychische Beschwerden und Störungen durch akute und chronische Belastungssituationen verursacht, ausgelöst oder verstärkt werden. So konnte ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen anhand von aktuellen Arbeitsunfähigkeits-Statistiken belegt werden. Besonders betroffen sind Beschäftigte in sozialen und Krankenpflegeberufen, in der Telekommunikation, in Erziehung und Unterricht sowie niedrig qualifizierte Tätigkeitsgruppen. Insgesamt sind Frauen deutlich stärker von psychischen Störungen betroffen als Männer, mit Ausnahme der alkoholbezogenen Störungen. Dies spiegelt sich auch der Häufung entsprechender Krankmeldungen in frauentypischen Beschäftigungsbereichen wider. Besonders hervorgehoben wird darüber hinaus das hohe Risiko psychischer Störungen bei Arbeitslosen, wobei offen bleibt, inwieweit die Arbeitslosigkeit für die Entstehung entsprechender Erkrankungen verantwortlich ist oder diese selbst in Form einer sich steigernden Eskalation der Arbeitsplatzsituation an dem Verlust des Arbeitsplatzes beteiligt sind (BKK Bundesverband 2005).



Belastungen am Arbeitsplatz können natürlich nie vollständig vermieden werden. Dennoch verpflichtet das Arbeitsschutzgesetz den Arbeitgeber, die Arbeitsplatzbedingungen so zu gestalten, dass gesundheitliche Gefährdungen für Arbeitnehmer/-innen vermieden und in ihrer Ursache bekämpft werden. Im betrieblichen Gesundheitsmanagement dienen z. B. im Rahmen von Gesundheitszirkeln unter Einbezug der betroffenen Beschäftigten entwickelte Maßnahmen zur Arbeitszeit- und Arbeitsplatzgestaltung, Angebote zur Gesundheitsförderung und Psychohygiene (z. B. Stressbewältigungsprogramme, Burnout-Prophylaxe, Supervision) sowie Suchtpräventionsprogramme der Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen.

Auch hier gilt, dass zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen und Interessengruppen abgestimmte und an den jeweiligen betrieblichen Rahmenbedingungen orientierte Programme den größten Nutzen versprechen.

Tipp
Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) bietet unter dem Stichwort „psychische Fehlbelastung/ Stress“ Informationen und Praxishilfen zur Erfassung und Prävention psychischer Belastungen am Arbeitsplatz: www.baua.de



Schichtarbeit

Ein konkretes und verbreitetes Beispiel für arbeitsbedingte Belastungen ist die Schichtarbeit. Die Auswirkungen sind nicht nur für die Beschäftigten selbst, sondern auch für Partner/-in und Familie sowie für die Gestaltung sozialer Beziehungen und der Freizeit relevant. Insbesondere der Schlaf – und damit zusammenhängend das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit am Tage – können durch Wachphasen entgegen dem körperlichen Tagesrhythmus beeinträchtigt sein. Entsprechend groß ist die Versuchung, mangelnden Schlaf mit Hilfe von Medikamenten (oder von Alkohol) gezielt zu beeinflussen. Diese Strategie ist als dauerhafte Lösung ungeeignet.

- Schlafmittel vermindern die Schlaftiefe und verringern hierdurch die Schafqualität.
- Der regelmäßige Gebrauch von Schlafmitteln führt relativ rasch zur Gewöhnung, die nur durch eine Steigerung der Dosis ausgeglichen werden kann. Es besteht die Gefahr einer Abhängigkeit.
- Die Wirkung von mittellang- oder langwirksamen Schlafmitteln hält auch nach dem Erwachen noch an und kann die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit beim Bedienen von Maschinen beeinträchtigen.

Wie groß das Ausmaß an individuellen körperlichen und sozialen Belastungen durch Wechselschicht und Nachtarbeit im Einzelfall ist, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Hierzu gehören z. B. individuelle Voraussetzungen (Frühaufsteher und Langschläfer), die Gestaltung des sozialen Lebens und der Freizeit, dem Schichtverlauf angepasste Ernährungsgewohnheiten und das Vorhandensein einer ungestörten Schlafumgebung mit ausreichendem Schutz vor störendem Lärm, Licht und zu hohen Schlaftemperaturen.
Auch die Arbeitsplatzgestaltung in Form von arbeitswissenschaftlich gesicherten Schichtplänen bietet die Möglichkeit, Schlafmangel und damit verbundene Gesundheitsbeeinträchtigungen zu verringern, die private Lebensqualität zu erhöhen, die Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben zu sichern und hierdurch nicht zuletzt die Leistungsfähigkeit bei der Arbeit zu fördern.

Tipp
Umfassende Informationen und Arbeitshilfen zur Lebensgestaltung und Schlafförderung für Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeiter sowie zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Schichtplänen finden sich in der Praxishilfe „Besser leben mit Schichtarbeit. Hilfen für Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeiter“, welche über den BKK Bundesverband bezogen werden kann (siehe Anhang).

Gesundheitliche Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz

Aus Belastungen im Arbeits- und Privatleben können verschiedene Beschwerden und Erkrankungen entstehen, welche für die Betroffenen unterschiedliche Strategien und Behandlungsmaßnahmen – nicht-medikamentöse wie auch medikamentöse – nach sich ziehen können. Benzodiazepine werden überwiegend zur symptomatischen Behandlung von Schlafstörungen, Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen genutzt. Im Rahmen einer bundesweiten, repräsentativen Erhebung des Robert Koch-Instituts in Berlin wurde untersucht, welche Beschwerden einer täglichen, mindestens dreimonatigen Anwendung von Benzodiazepinen und barbitursäurehaltigen Arzneimitteln zugrunde liegen, weil dieser Zeitraum als kritische Grenze für das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung gilt. Während psychische Krankheiten nur bei rund 11 % der Befragten den Grund für die Medikamenteneinnahme darstellten, wurden bei fast 86 % Symptome, Zeichen und ungenau bezeichnete Zustände als Anlass genannt. Hiervon handelte es sich bei der Hälfte um Schlafstörungen und bei einem weiteren Viertel um eher unspezifische Erregungs- und Spannungszustände, innere Unruhe und Nervosität (Knopf & Melchert 2003).

Diese Beschwerden und Erkrankungen, insbesondere die Schlafstörungen, können entsprechend als ein zentraler Ansatzpunkt zum einen für die Prävention von dauerhaftem Benzodiazepingebrauch und zum anderen bei der Beratung und Behandlung entsprechender Medikamentenprobleme gelten, da sie den fortgesetzten Konsum aufrechterhalten bzw. nach einem erfolgreichen Absetzen der Medikamente eigenständig behandelt werden müssen.

Schlafstörungen

Einem weiteren vom Robert Koch-Institut im Jahr 2005 herausgegebenen Bericht zum Thema Schlafstörungen zu Folge leiden etwa 25 % der Erwachsenen in Deutschland an Schlafstörungen und über 10% erleben ihren Schlaf häufig oder dauerhaft als nicht erholsam. Frauen sind insgesamt hiervon häufiger betroffen als Männer, während Angehörige





höherer sozialer Schichten und Menschen in Partnerschaften seltener unter Schlafstörungen leiden. Ein gestörter Schlaf beeinträchtigt die körperliche, geistige und seelische Erholung und führt so zu Befindlichkeitsstörungen, Schläfrigkeit am Tage, eingeschränkter Leistungsfähigkeit und weiteren Erkrankungen. Durch Schlafstörungen entstehen hohe direkte Krankheitskosten für die Gesellschaft (nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes waren dies 700 Mio. Euro im Jahr 2002) sowie weitere Folgekosten aufgrund von Unfällen, Arbeitsausfällen und durch Fehlbehandlungen mit Schlafmitteln (Penzel, Peter & Peter 2005). Nicht ausreichender oder nicht ausreichend erholsamer Schlaf bewirkt nicht nur individuelles Leiden, sondern führt zu Risiken im Straßenverkehr durch eingeschränkte Aufmerksamkeit und Sekundenschlaf. Eine Studie der Klinik Bergmannsheil in Bochum (Ruhr-Universität Bochum 2006) kam zu dem Ergebnis, dass Patienten mit Schlafstörungen eine bis zu siebenmal höhere Unfallneigung haben als Personen mit ausreichend erholsamem Schlaf.

Unterschieden werden verschiedene Formen von Schlafstörungen. Hierzu gehören die Insomnien (psychophysiologisch bedingte, durch äußere Einflusse oder durch vorbestehende körperliche oder psychiatrische Erkrankungen bedingte Schlaflosigkeit), schlafbezogene Atmungsstörungen (z. B. Schlafapnoe), Hypersomnien (genetisch, verhaltens- oder erkrankungsbedingte übermäßige Schläfrigkeit), Störungen des zirkadianen Rhythmus (z. B. als Folge von Schichtarbeit), Parasomnien (z. B. Schlafwandeln), schlafbezogene Bewegungsstörungen (z. B. Restless Legs Syndrom) und andere. Zur Häufigkeit der unterschiedlichen Formen von Schlafstörungen gibt es nur ungenaue Angaben. Es wird jedoch angenommen, dass die spezifisch schlafmedizinischen Erkrankungen, wie z. B. die Schlafapnoe, vergleichsweise selten sind, während ein beträchtlicher Teil der Schlafstörungen durch die Einschränkung schlafstörender Umwelteinflüsse (Licht, Lärm, Wärme oder Kälte), schlafhygienische Maßnahmen und so genannte Schlafschulungen gelindert oder behoben werden können.



Kopiervorlage

18 Tipps für einen erholsamen Schlaf

1. An jedem Tag in der Woche, also auch am Wochenende (!), sollten Sie möglichst zur selben Zeit zu Bett gehen, ebenso wie morgens zur selben Zeit aufstehen. Die morgendliche Aufstehzeit sollten sie auch dann einhalten, wenn Sie glauben, schlecht geschlafen zu haben. Denn die Zeit des Aufstehens ist der Dreh- und Angelpunkt für den Biorhythmus. Hormone, Atmung und Kreislauf unterliegen Zyklen, die von den „Taktgebern" Aufstehen (Beginn der Tagesaktivität) und Einschlafen (Beginn der Nachtruhe, Erholung, Verdauungsprozesse) bestimmt werden.

2. Bewegung tut gut! Wenn man sich körperlich betätigt, besonders in den Morgenstunden oder am frühen Nachmittag, kann dies die Schlaftiefe positiv beeinflussen. Kurz vor dem Zubettgehen sollte man aber auf Sport oder andere körperliche Betätigungen verzichten.

3. Versuchen Sie das abendliche Nickerchen vor dem Fernseher zu vermeiden. Wenn Sie müde werden, schalten Sie das Gerät aus und gehen Sie umgehend zu Bett. Sie verpassen nichts!

4. Schalten Sie vor dem Zubettgehen potenzielle Störquellen wie Telefon und Handy aus. Hängen Sie nach einer Nachtschicht ein „Bitte nicht stören" – Schild an die Haustür. Kontrollieren Sie ggf. den Wecker.

5. Im Bett ist nur schlafen und Sex erlaubt! Fernsehen im Bett ist nicht empfehlenswert. Die Vorstellung vom „Bett" sollte an die Idee vom „Schlaf" gekoppelt bleiben.

6. Reichhaltige, vor allem fette Mahlzeiten kurz vor dem Schlafengehen sind nicht zu empfehlen. Sie liegen schwer im Magen und lassen den Körper nicht zur Ruhe kommen. In den letzten beiden Stunden vor dem Schlafengehen sollte man den Magen nicht mehr unnötig belasten. Allerdings sollten sie auch nicht hungrig zu Bett gehen, denn dies stört die Nachtruhe ebenfalls. Ein kleiner, leichter Snack wie Joghurt, Käse oder Milch ist also erlaubt!

7. Vermeiden Sie den nächtlichen Gang zum Kühlschrank! Er ist nicht nur Gift für ein normales Körpergewicht, sondern gewöhnt den Organismus an diese Mahlzeiten, sodass man bald regelmäßig vom Hunger geweckt wird.

8. Alkohol macht zwar müde, taugt aber nicht als Schlafmittel, denn die Schlaftiefe nach Alkoholkonsum ist geringer. Nach Möglichkeit sollten Sie deshalb keinen Alkohol in den letzten drei Stunden vor dem Schlafengehen konsumieren!

9. Vermeiden Sie übermäßigen Koffeingenuss (Kaffee, Cola, schwarzer und grüner Tee), besonders nach 14 Uhr. Um Koffein abzubauen, benötigt der Körper bis zu acht Stunden. Von Nikotin ist grundsätzlich abzuraten. Neben den zahlreichen, bekannten negativen Auswirkungen von Tabakkonsum beeinträchtigt Nikotin überdies die Schlafqualität und wirkt aufputschend.



Kopiervorlage

10. Gehen Sie noch einmal vor die Tür, machen Sie einen kurzen Abendspaziergang und genießen Sie bewusst die Natur, die Abendluft und den nächtlichen Himmel.

11. Ein heißes Bad ein bis zwei Stunden vor der Nachtruhe wirkt manchmal Wunder. Nach dem Bad kommt es im Körper zu einem Rückgang der Kerntemperatur, was häufig Schlaf anstoßend wirkt. Entspannende ätherische Öle wie Baldrian oder Melisse können diese Wirkung verstärken.

12. Versuchen Sie, den Abend entspannt zu gestalten. Fangen Sie nicht noch mit Arbeiten an, die Sie „unbedingt noch erledigen müssen". Auch Sorgen oder komplexe Zukunftspläne sollten vertagt werden. Um leichter loslassen zu können, ist das schriftliche „Ablegen" von Gedanken oder Sorgen, z. B. in einem Tagebuch, sinnvoll.

13. Nicht nur für Kinder sind sie wichtig: Rituale! Ein regelmäßiges Abendritual mit festem Ablaufschema wie der Gang durch die Wohnung, kurz hinaus an die frische Luft, das Abschließen der Haustür und letztlich Abendhygiene und Umziehen für die Nacht – solche sich täglich wiederholenden Muster stimmen Körper und Seele auf die Schlafenszeit ein.

14. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, abends einzuschlafen, sollten Sie vorerst auf ein Mittagsschläfchen verzichten.

15. Schlafen Sie im Dunkeln oder bei gedämpftem Licht, denn helles Licht verbindet der Organismus mit „Wachsein".

16. Sollten Sie merken, dass Sie wirklich nicht einschlafen können, bleiben Sie nicht länger als etwa eine halbe Stunde im Bett liegen. Stehen Sie lieber auf und suchen Sie sich für kurze Zeit eine entspannende Beschäftigung. Lesen Sie z. B. ein Kapitel in einem Buch. Fühlen Sie sich wieder müde, begeben Sie sich erneut zu Bett.

17. Vermeiden Sie unbedingt nächtliche Blicke auf Ihren Wecker! Sollten Sie eine unruhige Nacht haben, kann es leicht passieren, dass sich die Unruhe, womöglich nicht mehr einschlafen zu können, nach dem Blick auf die Uhr noch verstärkt. Setzen Sie sich also nicht unter Druck: Schlaf lässt sich nicht erzwingen!

18. Machen Sie sich keine Sorgen, nicht einschlafen zu können und grübeln Sie nicht über die möglichen Folgen am nächsten Tag nach. Nutzen Sie stattdessen Entspannungstechniken!

Wenn Sie alle diese Tipps beherzigt und dennoch weiterhin Schwierigkeiten mit Ihrem Schlaf haben, sollten sie Ihre Probleme mit Ihrem Hausarzt besprechen. Dieser wird versuchen, die Ursache für Ihre Schlafschwierigkeiten herauszufinden und Sie ggf. an einen Spezialisten verweisen.

Quelle: Schulz & Haufs (2006): Schlafstörungen - Vorbeugen und richtig behandeln. Compakt Verlag, in Kooperation mit dem BKK Bundesverband, Seite 110-111.

In Schlafschulungen werden im Rahmen von ca. sechs Gruppensitzungen Informationen über gesunden und gestörten Schlaf vermittelt, Möglichkeiten der Schlafhygiene und der Kontrolle von störenden Einflüssen besprochen und mit dem Verfahren der Schlafrestriktion (befristete Einschränkung der Schlaf- und Liegezeiten) die selbstständige Kontrolle des Schlafverhaltens und Verbesserung der Schlafqualität zu Hause geübt. Von diesem Verfahren profitieren etwa 60 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Entsprechende Angebote sind noch nicht sehr verbreitet, können aber bei den Krankenkassen erfragt und von diesen als Maßnahme zur Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V, Abs. 1 gefördert werden.

Kommen äußere Einflüsse, Verhaltensweisen im Umgang mit dem Schlaf oder Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus als Ursachen für die Schlafstörungen nicht in Frage, sollte die Einnahme schlafstörender Substanzen (koffeinhaltige Getränke, Alkohol, bestimmte Medikamente) und das Vorliegen einer körperlichen oder psychiatrischen Erkrankung (z. B. Depressionen) überprüft werden. Führt auch diese Abklärung nicht zum Erfolg, steht eine schlafmedizinische Untersuchung in einem Schlaflabor am Ende der diagnostischen Kette (vgl. Leitlinie „Nicht-erholsamer Schlaf" der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, welche unter www.dgsm.de aus dem Internet herunter geladen werden kann).

Befindlichkeitsstörungen

Weitere verbreitete und unspezifische Symptome und Beschwerden werden unter dem Begriff „Psychovegetatives Syndrom" zusammengefasst. Andere gebräuchliche Bezeichnungen sind z. B.: Vegetative Dystonie, vegetative Labilität, neurasthenisches Syndrom oder vegetatives Syndrom. Als Ursachen werden gemeinhin psychische Belastungen angenommen, vor allem Stress- und Konfliktsituationen. Das gleichzeitige Auftreten der Beschwerden mit Belastungs- und Konfliktsituationen gilt als Kriterium für diese Sammeldiagnose. Als Symptome können auftreten: Benommenheit und Schwindelgefühle, Abgespanntheit, Nervosität, Apathie, traurige Verstimmung und Depression, Konzentrationsschwierigkeiten, Angst, innere Unruhe, Schlafstörungen, Kreislaufprobleme, Kopf- und Rückenschmerzen, Magenbeschwerden, Herzbeschwerden, Herzstolpern, Atembeschwerden, Kopf- und Rückenschmerzen, Müdigkeit, sexuelle Funktionsstörungen, larvierte Depressionen u. a. Die Beschwerden treten besonders häufig im 30. bis 40. Lebensjahr auf.

In akuten Krisensituationen ist es für die Betroffenen oft schwer, Zeit und Energie in Maßnahmen zur Verhaltensänderung zu investieren. Wenn zusätzlich bei diesen Beschwerden keine körperlichen Ursachen festgestellt werden, dienen psychoaktive Medikamente oft zur Überbrückung der belastenden Phase. Wird die Klä-



rung der Ursachen der Beschwerden jedoch zugunsten einer rein symptomatischen Medikamentenbehandlung vernachlässigt, besteht die Gefahr einer Chronifizierung der Beschwerden oder der langfristigen Entwicklung einer manifesten psychischen Störung.

Zur Prävention gesundheitlicher Stressfolgen und als längerfristige Alternative zum Medikamentenkonsum sind bei leichteren Beschwerden Maßnahmen zur Stressbewältigung, Burn Out-Prophylaxe und Entspannung zu empfehlen, die oft über Krankenkassen oder auch im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung angeboten werden. In anhaltenden Belastungssituationen und bei chronischen Beschwerden kann darüber hinausgehend eine soziale oder psychologische Beratung sinnvoll sein, die bei der Bewältigung der Problemlagen unterstützt.

Tipp

Qualitätsgesicherte Präventionskurse, wie z. B. das Programm „Gelassen und sicher im Stress“ nach Gert Kaluza oder Entspannungsverfahren, wie das Autogene Training, werden von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert. Den Betriebskrankenkassen ermöglicht eine zentrale Datenbank des BKK Bundesverbandes einen schnellen Zugriff auf entsprechende Angebote. Versicherte und Betriebe können sich direkt bei ihrer Betriebskrankenkasse über Kurse in ihrer Nähe informieren.

Darüber hinaus bietet das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) die Möglichkeit der Information und Vernetzung zur Verbreitung guter Praxismodelle der betrieblichen Gesundheitsförderung. Weitere Informationen unter www.dnbgf.de. Ansprechpartnerin: Brigitte Jürgens-Scholz, BKK Bundesverband, E-Mail: dnbgf@bkk-bv.de.

Möglichkeiten der Beratung bei psychischen Problemen können z. T. über betriebliche Dienste der Sozialberatung oder über externe Leistungsträger angeboten werden. Informationen über regionale Angebote sind bei den Gesundheitsämtern zu erfragen.

Psychische Erkrankungen

In den letzten Jahren mehren sich die Hinweise, dass psychische Erkrankungen insbesondere in westlichen, industrialisierten Ländern zunehmen. Entsprechende Kampagnen der Europäischen Union, der deutschen Bundesregierung und einer Vielzahl von unterschiedlichen Organisationen sind bemüht, diese Problematik verstärkt ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Die häufigsten psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung sind Angststörungen und Depressionen.

Im Laufe eines Jahres leiden 14,2 % der deutschen Wohnbevölkerung (hochgerechnet 6,91 Millionen) im Alter von 18 bis 65 Jahren unter Angststörungen (Bundes-Gesundheitssurvey, Wittchen et al. 1999). Unterschieden werden Phobien wie die Agoraphobie (z. B. Angst vor offenen Plätzen und größeren Menschengruppen) mit und ohne Panikattacken, die Sozialphobie (z. B. Angst vor Prüfungssituationen) und die spezifische Phobien (z. B. vor Hunden) sowie weitere Angststörungen wie die Panikstörung (einhergehend mit plötzlich auftretendem Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel, Entfremdungsgefühlen, Todesangst) und die generalisierte Angststörung (anhaltende Nervosität, Zittern, Anspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen und Schwindel). Häufig treten Angststörungen auch zusammen mit Depressionen auf. Mit zunehmender Schwere gehen Angststörungen in der Regel mit einem stark ausgeprägten Rückzug und Vermeiden von möglichen auslösenden Situationen einher, welche die Lebensführung und Arbeitsfähigkeit sehr stark einschränken.

Über die Entstehung der Angst gibt es unterschiedlichste Theorien. Die gute Behandelbarkeit von Ängsten durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze spricht dafür, dass Ängste bis zu einem gewissen Grad gelernt werden und sich durch das einsetzende Vermeidungsverhalten selbst aufrechterhalten. Darüber hinaus spielen eine Reihe persönlicher Voraussetzungen eine Rolle, wie z. B. Kontrollüberzeugungen. Zur Behandlung von Angststörungen sind Psychotherapien angezeigt. Ihre Erfolge sind wissenschaftlich erwiesen, wobei konkrete Ängste besonders gut mit verhaltenstherapeutischen Methoden behandelbar sind. Ergänzend können vorübergehend oder in Krisensituationen Beruhigungsmittel eingesetzt werden. Problematisch ist, dass Angststörungen z. Z. in der allgemeinärztlichen Praxis noch nicht ausreichend berücksichtigt und diagnostiziert werden. Auch bestehen sowohl auf Seiten mancher Ärztinnen und Ärzte als auch auf Seiten vieler Patientinnen und Patienten nach wie vor Vorbehalte gegenüber einer Psychotherapie. Durch den ausschließlichen Einsatz von Beruhigungsmitteln besteht jedoch die Gefahr der Chronifizierung der Erkrankung und der Entstehung einer Abhängigkeit.

Innerhalb von 12 Monaten erkranken 8,3 % der Bevölkerung in der Altersgruppe der 18-65 jährigen an so genannten unipolaren Depressionen und 4,5 % an Dysthymien (lang anhaltenden, depressiven Verstimmungen) (Jacobi

et al. 2004). Unter depressiven Verstimmungen wird verstanden, wenn eine scheinbar grundlose Niedergeschlagenheit von der Dauer und Tiefe zwar als beeinträchtigend, aber nicht als bedrohlich für die Lebensgestaltung empfunden wird. Bei einer schweren Depression wird das Stimmungstief so intensiv und andauernd, dass die Alltagsverpflichtungen kaum noch oder gar nicht mehr erfüllt werden können und jegliches positive Lebensgefühl verloren geht. Es besteht dann auch die Gefahr von Selbstmord oder Selbstmordversuchen. Eine Depression hat selten eine einzige Ursache. Meist führt ein Zusammenspiel verschiedener körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren zur Erkrankung. Die wichtigsten Säulen der Behandlung sind die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva und die Psychotherapie. Bisher am besten untersucht und am deutlichsten nachgewiesen ist die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie. Je nach individuellen Erkrankungsumständen und persönlicher Akzeptanz können sich aber auch eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine Psychoanalyse als besser geeignete Behandlungsverfahren erweisen, deren Kosten ebenfalls von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Antidepressiva benötigen einige Wochen der regelmäßigen Einnahme, bis sich ihre stimmungsaufhellende Wirkung voll entfaltet. Um in dieser Zeit mögliche Ängste, Suizidgedanken und die für Depressionen charakteristischen Schlafstörungen durch frühmorgendliches Erwachen zu kontrollieren, werden Schlaf- oder Beruhigungsmittel zum Teil zu Beginn der Behandlung eingesetzt. Problematisch ist die bisher geringe Erkennensrate von depressiven Erkrankungen in der ärztlichen Praxis. So wurden Fälle berichtet, in welchen die sekundären Schlafstörungen dauerhaft mit Benzodiazepinen behandelt wurden, ohne die Grunderkrankung angemessen zu berücksichtigen.

Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden auch am Arbeitsplatz durch verändertes Sozial- und Arbeitsverhalten auffällig. Belastende Arbeitsbedingungen sind dabei zwar nicht unbedingt die ausschließliche Ursache, jedoch können anhaltender Stress, Burn Out (Ausgebrannt Sein) oder auch Mobbing akute Krankheitsphasen auslösen und verstärken. Häufig werden die Anzeichen jedoch von den Kolleginnen und Kollegen sowie den Vorgesetzten lange Zeit ignoriert. Dies kann zum einen daran liegen, dass die typischen Symptome zunächst nicht einer Erkrankung zugeschrieben werden und die Hoffnung gehegt wird, dass es sich nur um vorübergehende Veränderungen handelt. Zum anderen sind viele Menschen aber auch ratlos, wie sie auf das Verhalten der betroffenen Personen reagieren sollen. Um in solchen Situationen eine Handlungshilfe für Vorgesetze anzubieten, wurde in einem Kooperationsprojekt der Familien-Selbst-



hilfe Psychiatrie (BApK e. V.) und des BKK Bundesverbandes das „H-I-L-F-E Konzept" entwickelt, welches eine erste Orientierung für Gespräche mit Beschäftigten mit einer psychischen Störung bietet. In Anlehnung an den aus dem Suchtbereich bekannten, gestuften Interventionsplan findet bei Auffälligkeiten einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters zunächst ein Vier-Augen-Gespräch der unmittelbaren Vorgesetzten mit den Betroffenen statt. Dabei werden konkrete Auffälligkeiten und Leistungsprobleme angesprochen. Hierbei werden auch konkrete und realistische Schritte vereinbart, die nach einigen Wochen in einem weiteren Gespräch überprüft werden. Anders als z. B. einen riskanten Alkoholkonsum können Betroffene jedoch ihre Krankheit nicht einfach einstellen, indem sie sich „zusammenreißen". Gelingt es der erkrankten Person nicht, aus eigener Kraft Maßnahmen zur Bewältigung der Erkrankung zu ergreifen, werden bei weiteren Gesprächen – wie im Interventionsplan bei Suchterkrankungen – in Absprache mit dem Betroffenen betriebliche Ansprechpersonen wie Betriebs- oder Personalrat, Betriebsarzt oder Schwerbehindertenvertretung hinzugezogen.

Tipp
Darüber hinaus hat die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.) auf der Grundlage des „H-I-L-F-E Konzepts" Informations- und Schulungsseminare für Führungskräfte entwickelt, die mit Angehörigen von psychisch Kranken als Gesundheitsbeauftragten in den Unternehmen durchgeführt werden (Kontakt- und Bezugsadressen im Anhang).



1. **H** insehen
2. **I** nitiative ergreifen
3. **L** eitungsfunktion wahrnehmen
4. **F** ührungsverantwortung: Fördern – Fordern
5. **E** xperten hinzuziehen

Psychisch krank im Job. Was tun?

Kopiervorlage

Selbsthilfe

Miteinander reden.
Auch im Job.
Über psychische Gesundheit.



Psychische Erkrankungen
- nehmen dramatisch zu
- können jeden treffen
- sind gut behandelbar
- können bei frühzeitiger Behandlung geheilt werden

Was tun?

Bei psychischen Auffälligkeiten den Kollegen oder Mitarbeiter ansprechen und Unterstützung anbieten.

Frühes Handeln hilft!

Wer hilft weiter?
- Niedergelassene Ärzte
- Krankenkassen
- Psychologische und Psychosoziale Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Gesundheitsämter
- Integrationsämter

Info-Broschüre anfordern unter:
praevention@bkk-bv.de oder bapk@psychiatrie.de
Persönliche Beratung unter:
0180 5 950951 (12 ct/min)

familien selbsthilfe psychiatrie

BKK

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Der Missbrauch von Medikamenten zum Erleben eines Rausches oder als Ersatzmittel, wenn Alkohol oder andere Drogen nicht verfügbar sind, betrifft vermutlich eine kleinere Untergruppe aller Menschen mit schädlichem Medikamentengebrauch oder Abhängigkeit, welche oft eher wegen der deutlicheren Auswirkungen der anderen Suchtmittel auffällig werden.

Für einen großen Teil der Personen mit Medikamentenproblemen stehen jedoch Beschwerden und Erkrankungen am Beginn der Abhängigkeitskarriere. Insbesondere bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln führt die relative Kontrolle durch die ärztliche Verordnung bei Vielen zu einer so genannten Niedrigdosisabhängigkeit, bei welcher über Jahre und Jahrzehnte hinweg nur die verschriebene Menge eingenommen wird, um die beim Absetzen entstehenden Entzugssymptome zu vermeiden. Die Entzugssymptome werden oft als Wiederkehr der Ursprungssymptome (wie Schlaflosigkeit) fehlgedeutet und so ein Teufelskreis mit fortgesetztem Gebrauch in Gang gesetzt. Durch den relativ konstanten Wirkstoffspiegel im Körper sind Verhaltensauffälligkeiten in Folge akuter Intoxikationen seltener und fallen in geringerem Maße auf.

Als schädlicher Gebrauch nach dem ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird ein Konsummuster bezeichnet, welches zu einer physischen (z. B. Unfällen) oder psychischen (z. B. Depression) Gesundheitsschädigung führt. Es wird angenommen, dass ein isolierter schädlicher Gebrauch ohne eine gleichzeitige Abhängigkeit von den entsprechenden Medikamenten selten ist. Eine Abhängigkeitsdiagnose nach dem gleichen Diagnoseschema wird gestellt, wenn im Laufe der vergangenen zwölf Monate drei oder mehr der folgenden Kriterien aufgetreten sind:

Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10

- „Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch substanzspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosierungen erforderlich



(eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).

- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist."

Quelle: Dilling et al. 2000

Diese Kriterien werden auch auf den Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln übertragen. Typisch ist hierbei, dass die Toleranzentwicklung zwar zu einem Wirkungsverlust führen kann, aber nicht zwingend mit einer Dosissteigerung beantwortet wird (Niedrig-Dosis-Abhängigkeit). Ein erhöhter Zeitaufwand kann sich jedoch in einigen Fällen auch durch vermehrte Arztbesuche ergeben, wenn Rezepte für Schlaf- und Beruhigungsmittel aus mehreren Quellen beschafft werden.

Im Alltag können sich schädliche Folgen eines dauerhaften Gebrauchs bzw. einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen auf körperlicher (z. B. körperliche Schwäche, Stürze, Unfallfolgen), sozialer (z. B. Beziehungsprobleme, Arbeitsplatzverlust) oder geistig/psychischer Ebene (z. B. Gefühlsverflachung, Depressionen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen) bemerkbar machen, die sich in Leistungseinbußen, Fehlerhäufung und Unzuverlässigkeit sowie Überforderung und Vermeidung potenziell schwieriger Situationen äußern. Oft beschrieben wird von Betroffenen ein Gefühl „wie in Watte gepackt" zu sein, welches sich für Außenstehende als Abgestumpftheit, Gleichgültigkeit und Verlust der emotionalen Schwingungsfähigkeit bemerkbar macht. Dies kann bis hin zu depressiver Verstimmung und Suizidalität reichen.

Wichtig ist jedoch zu beachten, dass die genannten Symptome nicht spezifisch für Benzodiazepingebrauch oder -abhängigkeit sind, sondern auch auf andere Erkrankungen oder Probleme verweisen können. Werden entsprechende Auffälligkeiten zum Anlass für ein Gespräch zwischen betroffenen Beschäftigten und nächstem Vorgesetzten genommen, sollten mögliche Hintergründe für das jeweilige Verhalten angesprochen werden. In einem ersten Fürsorge- oder Klärungsgespräch (s. u.) sollte hierbei die Sorge um die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten und ihrer Kolleginnen und Kollegen sowie das freiwillige Angebot von Unterstützung und Hilfen durch den Betrieb im Fordergrund stehen. Gibt es Hinweise, dass ein bestimmtes Verhalten mit einem problematischen Medikamentengebrauch in Zusammenhang steht, kann der folgende Selbsttest der betreffenden Person zur eigenständigen Überprüfung des Medikamentengebrauchs dienen.

Kopiervorlage

Selbsttest zum Medikamentenkonsum

Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die sich bei der häufigen Einnahme von Medikamenten einstellen können. Der Fragebogen hilft Ihnen, riskante Formen des Medikamenten-Gebrauchs – bei Ihnen selbst oder auch im Familien- und Freundeskreis – zu erkennen und einzuschätzen.

Die Fragen beziehen sich nur auf Medikamente, die eingenommen werden,

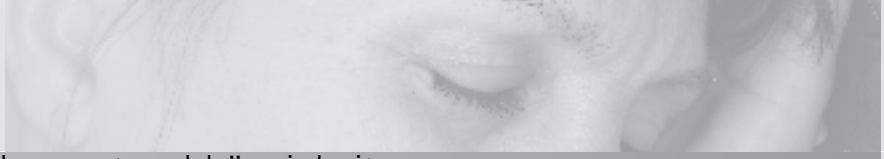
- um die Stimmung zu verbessern,
- um besser schlafen zu können,
- um leistungsfähiger zu sein,
- um Schmerzen zu lindern,
- oder um ruhiger zu werden.

Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht und kreuzen Sie dann das entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragestellungen, lassen Sie keine davon aus.

	Trifft nicht zu	Trifft zu
1. Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen.	☐	☐
2. Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Vorrat an Tabletten angelegt.	☐	☐
3. Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.	☐	☐
4. Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.	☐	☐
5. Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.	☐	☐
6. Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang.	☐	☐
7. Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.	☐	☐
8. In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen.	☐	☐
9. Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.	☐	☐
10. Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe.	☐	☐
11. Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.	☐	☐

Wenn bei Ihnen vier oder mehr Aussagen zutreffen, sollten Sie erwägen, mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt oder Ihrer Apothekerin/Ihrem Apotheker über das Thema Medikamente zu sprechen.

Quelle: Watzl, Rist, Höcker & Miehle 1991



Hilfen bei Medikamentenabhängigkeit

Verdichtet sich der Verdacht, dass jemand von Benzodiazepinen abhängig geworden ist oder Probleme damit hat, sollten die folgenden Schritte gut überlegt werden. Hierzu gehört ein Abschätzen des gesundheitlichen Risikos durch den aktuellen Konsum, welches die betroffene Person gemeinsam mit einem geeigneten Arzt oder einer geeigneten Ärztin vornehmen sollte. Nach einer längerfristigen Einnahme von Benzodiazepinen kann es zu Entzugssymptomen kommen, die teilweise den Ursprungsbeschwerden ähneln. Hierzu gehören Schlafstörungen, Ängste, Schmerzen, Unruhe, Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, „Dünnhäutigkeit" (alle Sinneseindrücke sind zu intensiv) und Veränderungen der Körperwahrnehmung. In seltenen Fällen können – vor allem bei zu schnellem Absetzen – epileptische Anfälle und Wahnvorstellungen auftreten.

Daher gilt: Benzodiazepine dürfen keinesfalls eigenständig schlagartig abgesetzt werden!

Das Absetzen der Benzodiazepine und die erforderliche Behandlung der Grunderkrankung sollten von einer entsprechend qualifizierten Ärztin oder einem qualifizierten Arzt und der betroffenen Person gemeinsam sorgfältig geplant und gegebenenfalls mit den zuständigen Ansprechpersonen am Arbeitsplatz abgestimmt werden. Stehen der gesundheitliche Zustand und etwaige Sicherheitsüberlegungen einer weiteren Arbeitsausübung nicht von vornherein im Wege, können gegebenenfalls entsprechende Absprachen zur weiteren Arbeitsausübung getroffen werden.

Ein ambulanter Entzug ist in einigen Fällen möglich. Er braucht jedoch Zeit, da die Benzodiazepine zur Vermeidung von Entzugssymptomen langsam, d. h. über mehrere Wochen oder Monate „ausschleichend" reduziert werden. Entwickeln sich dennoch Symptome, können diese über längere Zeit andauern. Wer ambulant absetzen will, braucht also Geduld und gegebenenfalls auch große Ausdauer. Ausreichende Unterstützung – nicht nur von ärztlicher Seite, sondern auch durch andere Betroffene, Angehörige, Freunde und nicht zuletzt das Arbeitsumfeld – ist in dieser Zeit eine große Hilfe.

Während eines stationären Klinikaufenthaltes können die Benzodiazepine schneller reduziert und die Behandlung intensiver gestaltet werden. In der Regel bieten psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern oder Kliniken mit einer Alkoholentzugs-Station auch den Entzug von Benzodiazepinen an. Spezielle Behandlungsangebote nur für Medikamentenabhängige sowie eine parallele Behandlung von Schlafstörungen, Ängsten oder Depressionen bieten jedoch nicht alle Kliniken an. Je nach Einnahmedauer und Menge sollten für einen stationären Entzug drei bis sechs Wochen eingeplant werden.

Checkliste vor dem Benzodiazepinentzug:

- Wann ist der richtige Zeitpunkt (z. B. nicht mitten in einer Belastungsphase)?
- Wie viel Zeit steht für die Dauer der Behandlung zur Verfügung?
- Soll der Entzug ambulant oder stationär durchgeführt werden?
- Ist gegebenenfalls ausreichende soziale Unterstützung vorhanden?
- Soll eine Klinik ausgewählt werden, die spezielle Behandlungsangebote bietet?
- Ist die Bereitschaft vorhanden, im Anschluss an die Behandlung gegebenenfalls andere medikamentöse und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen?

In der Regel stellt die weitere Behandlung der Grunderkrankung – durch Psychotherapie und in einigen Fällen durch Medikamente ohne Abhängigkeitspotenzial (z. B. Antidepressiva) oder durch eine Beratung hinsichtlich problematischer Lebensumstände im Anschluss an den Entzug – eine notwendige Voraussetzung für die weitere Gesundung und den Erhalt der Abstinenz dar. Dies sollte beim Wiedereinstieg in den regulären Arbeitsalltag entsprechend berücksichtigt werden.

Tipp
Einen verständlichen Überblick für Patientinnen und Patienten über das Abhängigkeitsrisiko und das Vorgehen bei einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen finden sich ebenfalls in der Broschüre „Immer mit der Ruhe… Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln“ von BKK Bundesverband und Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen.





Sicherheit am Arbeitsplatz

Nicht nur Schlaf- und Beruhigungsmittel, sondern auch viele andere Medikamente enthalten Inhaltsstoffe, welche die Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit und das Reaktionsvermögen beeinflussen können. Dies gilt auch für Arzneimittel, die nur kurzfristig eingenommen werden – wie z. B. bei einer Grippe. Der Praxis der langjährigen Rechtsprechung folgend wurden deshalb Medikamente in einer Aktualisierung der Arbeitsschutzvorschriften explizit einbezogen. Hierdurch sind sowohl Arbeitgeber und Vorgesetzte in der Verantwortung, für die Sicherheit der Beschäftigten bei der Arbeit und auf dem Arbeitsweg Sorge zu tragen, als auch die Beschäftigten selbst, sich und andere nicht durch den Gebrauch von Medikamenten oder einen fahrlässigen Umgang mit den Auswirkungen des Medikamentengebrauchs zu gefährden.

Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (BGV A 1 – Privatwirtschaft / GUV V A1 – Öffentlicher Dienst)

§ 7 (2): Der Unternehmer darf Versicherte, die erkennbar nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit dieser Arbeit nicht beschäftigen.

§ 15 (2): Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht in den Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.

§ 15 (3): Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.

Quelle: zit. nach Wienemann & Schumann 2006

Im Unterschied zu Strategien der Prävention und des Umgangs mit Alkohol und illegalen Drogen am Arbeitsplatz sind bei Medikamenten jedoch zwei wichtige Aspekte zu beachten, die eine weitergehende Abstimmung zwischen den verschiedenen Verantwortungsbereichen und Arbeitsfeldern, wie z. B. Führungskräften, Mitarbeitervertretung, betrieblicher Suchtprävention und Gesundheitsförderung sowie Betriebsmedizin erfordern:

1. Medikamente dienen zunächst der Behandlung von Beschwerden und Erkrankungen. Blieben diese unbehandelt, ist die Gesundheit der betroffenen Beschäftigten gefährdet und die Symptome können unter Umständen selbst die Arbeitssicherheit gefährden (z. B. Müdigkeit und Sekundenschlaf durch Schlafstörungen). Daher ist ein generelles Verbot des Gebrauchs von Medikamenten am Arbeitsplatz kaum sinnvoll. Einschränkungen können sich nicht auf eine notwendige medikamentöse Behandlung beziehen, sondern nur auf die Ausübung bestimmter Tätigkeiten – orientiert an den Sicherheitsanforderungen des jeweiligen Arbeitsplatzes. Ein Verbot von potenziellen Suchtmitteln sowie Kontrollen und Sanktionen müssen immer auf ihre Verhältnismäßigkeit geprüft werden.

2. Anders als bei Alkohol existieren keine verbindlichen Grenzwerte, ab wann Medikamente zu Einschränkungen oder zu Fahruntüchtigkeit führen. Die Reaktionen auf eine medikamentöse Behandlung sind individuell unterschiedlich. Zusätzlich sind mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit weiteren notwendigen Medikamenten zu berücksichtigen. Bei einer medizinisch

notwendigen, länger dauernden Behandlung mit bestimmten Medikamenten wäre gegebenenfalls im Einzelfall zu klären, ob bei einem relativ konstant gehaltenen Wirkstoffspiegel die Medikamente langfristig zu einer Beeinträchtigung führen oder ob die Behandlung zu einer Verbesserung der individuellen Gesamtleistung führt. Die Leistungsfähigkeit der betroffenen Beschäftigten muss individuell eingeschätzt und im Zusammenhang mit der ausgeübten Tätigkeit beurteilt werden. Dies geschieht durch den behandelnden Arzt oder/und im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Untersuchung durch Betriebsärztinnen und -ärzte oder betriebsärztliche Dienste (z. B. der Berufsgenossenschaften).

Um dieser Anforderung gerecht zu werden, wurden in den „Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen“ (2006) folgende Empfehlungen formuliert:

1. Zur Abwendung von Gefährdungen hat der Arbeitgeber die Beschäftigten über mögliche Auswirkungen von Medikamenten auf die Arbeitssicherheit zu informieren. Die Unterweisung hat zum Ziel, die Handlungskompetenz und Eigenverantwortung der Beschäftigten zu stärken.

2. Beschäftigte, die Medikamente einnehmen, dürfen ihrer Arbeit nur nachgehen, wenn sie dadurch nicht sich und andere gefährden. Bei Medikamenteneinnahme sollten Hinweise (u. a. auf dem Beipackzettel) auf mögliche Einschränkungen, besonders für die Teilnahme am Straßenverkehr und für das Bedienen von Maschinen beachtet werden. Beschäftigte sollten sich dazu von Ihrem behandelnden Arzt beraten lassen und/oder ggf. eine Beratung beim Betriebsarzt einholen.

3. Vorgesetzte sollen Beschäftigte nach Rückkehr aus krankheitsbedingter Abwesenheit auf die Möglichkeit der betriebsärztlichen Beratung verweisen, falls sie Medikamente einnehmen müssen. Damit kann den Gefährdungen am Arbeitsplatz oder auf dem Arbeitsweg vorgebeugt werden.

Quelle: Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Wienemann & Schumann (2006) S. 42.

Die regelmäßige Information und Aufklärung der Beschäftigten über wahrnehmungs- und reaktionsverändernde Wirkungen von Medikamenten sowie das Angebot der Beratung durch Betriebsärzte unter verhaltens- und arbeitsplatzbezogenen Aspekten für Personen mit spezifischen Gesundheitsproblemen oder Medikationen sind somit ein zentraler Ansatzpunkt für den sicherheitsfördernden Umgang mit Medikamenten am Arbeitsplatz.

Medikamente und Sicherheit:

Kopiervorlage

Erst die Gebrauchsinformation checken, bevor Sie ins Auto steigen oder an Maschinen arbeiten!

Viele Arzneimittel – mit oder ohne Rezept – können auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigen. Dies gilt insbesondere zu Beginn der Behandlung, solange der Körper sich auf die Medikamentenwirkung einstellen muss. Aber auch bei längerfristigen Medikamenteneinnahmen müssen mögliche Einschränkungen beachtet werden. Wer entsprechende Sicherheitshinweise nicht beachtet, gefährdet sich und andere.

Die wichtigsten Arzneimittelgruppen, bei denen Vorsicht geboten ist:

- Anti-Allergika
- Aufputschmittel und Stimulanzien
- Medikamente mit Alkohol
- Betäubungs- und Narkosemittel
- Blutdruckbeeinflussende Medikamente
- Blutzuckersenkende Medikamente
- Hustenstiller
- Kortison in der Langzeitbehandlung
- Medikamente gegen starke Muskelverspannungen
- Medikamente gegen Augenkrankheiten
- Medikamente gegen epileptische Anfälle
- Medikamente gegen Magen-Darm-Geschwüre
- Medikamente gegen Erbrechen und (Reise-)Übelkeit
- Psychopharmaka wie z.B. Antidepressiva und Neuroleptika
- Schlaf- und Beruhigungsmittel
- Schmerzmittel

Wenn Sie entsprechende Medikamente einnehmen:

- **Überprüfen Sie die Gebrauchsinformation Ihres Medikaments auf entsprechende Warnhinweise zum Reaktionsvermögen.**
- **Besprechen Sie angemessene Verhaltensregeln mit Ihrem behandelnden Arzt und ggf. mit Ihrem Betriebsarzt.**
- **Besondere Vorsicht gilt bei gleichzeitiger Einnahme mehrerer Medikamente.**
- **Vermeiden Sie Alkohol, wenn Sie die genannten Medikamente einnehmen müssen.**

Quelle: Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz. BKK Bundesverband & Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen ® 2007

Interventionen bei möglichen Medikamentenproblemen

Besteht bei Beschäftigten ein konkreter Verdacht auf einen problematischen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Suchtmitteln – hier von Medikamenten – stellt der gestufte Interventionsplan bei suchtmittelbedingten Problemen am Arbeitsplatz eine gut überprüfte und in der Praxis bereits verbreitete Vorgehensweise zum Umgang mit entsprechenden Problemen dar. Die weitgehende Unauffälligkeit von Medikamentenabhängigkeit und der enge Zusammenhang mit gesundheitlichen und belastungsbezogenen Beschwerden und Erkrankungen legt jedoch nahe, den Interventionsplan im Sinne gesundheitsorientierter Führung in ein betriebliches Gesamtkonzept einzubetten, welches unter anderem auch Maßnahmen der Prävention und Frühintervention umfasst. Hierzu gehören z.B. die Fürsorge- und Klärungsgespräche, welche nicht Bestandteil des Interventionsplans sind, aber gegebenenfalls einen Einstieg in den Stufenplan darstellen können.



„Fürsorgegespräch

Hat eine Beschäftigte/ein Beschäftigter persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme, die am Arbeitsplatz sichtbar werden und bei Fortsetzung des Verhaltens die Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten erwarten lassen, führt der/die unmittelbare Vorgesetzte mit der betroffenen Person ein vertrauliches Gespräch. Im Gespräch wird allein die Fürsorge zum Ausdruck gebracht und soziale Unterstützung angeboten. Das Fürsorgegespräch gehört zur gesundheitsorientierten Führung und soll der Verfestigung einer Situation vorbeugen. Ziel ist es, der betroffenen Person frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung von Seiten des Arbeitgebers bzw. von der Führungskraft erwarten kann, wenn sie dies wünscht. Es ist nicht Bestandteil des Stufenplans und hat keinen disziplinarischen Charakter.

Klärungsgespräch

Das Klärungsgespräch setzt dagegen schon die – wiederholte – Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten voraus. Ziel des Klärungsgesprächs ist es, eine Rückmeldung zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Ein Ergebnis kann auch sein, konkretere Hinweise darauf zu bekommen, dass die betroffene Person Schwierigkeiten im Umgang mit Suchtmitteln hat. Das Klärungsgespräch ist nicht Bestandteil des Stufenplans. Im Klärungsgespräch werden die konkreten Fakten (Zeit, Ort, Vorfall) aufgezeigt. Es wird die Besorgnis ausgedrückt, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen. Die konkreten Erwartungen des/der Vorgesetzten an das weitere Arbeitsverhalten wer-



den benannt und konkrete Schritte vereinbart. Bestandteil des Klärungsgesprächs ist der Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote und/oder externe Beratungsmöglichkeiten für die von dem/der Beschäftigten genannten Problem- und Ursachenbereiche. Außerdem wird in ca. 6-8 Wochen ein weiteres Gespräch vereinbart, um über die weitere Entwicklung des Verhaltens Rückmeldung zu geben (Rückmeldegespräch). Der/die Vorgesetzte fertigt schließlich eine Gesprächsnotiz zu dem Gespräch an, die dem/der Beschäftigten ausgehändigt wird.

Stufenplan

Stufenplangespräche setzen – wie bisher – dort an, wo ein Verstoß gegen arbeitsvertragliche bzw. dienstliche Pflichten oder deren Vernachlässigung mit dem Gebrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten bzw. mit suchtbedingten, nicht zwangsläufig substanzbezogenen, Verhaltensweisen verbunden ist.

Liegen der/dem unmittelbaren Vorgesetzten bei Auffälligkeiten von Beschäftigten am Arbeitsplatz Hinweise auf einen riskanten Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtes Verhalten vor, so ist und bleibt es auch nach dem neuen Interventionskonzept eindeutig ihre/seine Aufgabe, ein Gespräch der ersten Stufe nach dem Stufenplan anzusetzen. Ziel des Gesprächs ist es, das auffällige Verhalten zu korrigieren und – wenn nötig – dazu auf fachliche Hilfe zurückzugreifen. Dazu werden Wege in die interne und/oder externe Beratung aufgezeigt. Die weitere Entwicklung hängt dann davon ab, ob die angesprochene Person bereit und in der Lage ist, das auffällige Verhalten abzustellen. Wenn keine positive Veränderung eintritt, folgen weitere Stufengespräche entsprechend des Verfahrens."

Quelle: Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Wienemann & Schumann (2006), S. 47f

Mit den „Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)" liegt ein Leitfaden zu rechtlichen und fachlichen Standards für dieses Arbeitsfeld und seine Aufgaben vor, welcher den jeweiligen Verantwortlichen als Orientierung zur Implementierung und Weiterentwicklung der betrieblichen Suchtarbeit dient. Die Standards sowie die dazugehörige, ausführlichere Expertise können unter www.dhs.de aus dem Internet herunter geladen oder als Broschüre direkt bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen angefordert werden.

Tipp

Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg). Ute Pegel-Rimpel (2001). Broschüre.

Quellen, Materialen & Adressen

Quellen

Augustin, R. (et al.) (2005): Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2005. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 51, Sonderheft 1, S. S49 – S57.

Ruhr-Universität Bochum (2006): Studie zu Schlaf und Fahrtüchtigkeit im RUB-Klinikum Bergmannsheil. Informationsdienst Wissenschaft e.V. Pressemeldung vom 24.04.2006. http://idw-online.de/pages/de/news156099.

BKK Bundesverband (Hg.) (2005): BKK Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit. Essen: BKK Bundesverband.

Ellinger, S. (et al.) (1987): Risiken, Bedeutung und Prävention des Gebrauchs psychotroper Medikamente von Frauen. Ergebnisse des Forschungsvorhabens. Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten und Bewältigungsformen zur Verhütung von Missbrauchsverhalten in frauenspezifischen Konfliktsituationen. Hamburg: Universitätskrankenhaus Eppendorf.

Jacobi C. (et al.) (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Volume 47, Number 8 / August, 2004, S. 736-744.

Knopf H.; H.-U. Melchert (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin: Robert Koch-Institut.

Kraus, L.; R. Augustin (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47, Sonderheft 1.

Kraus, L.; R. Augustin (2005): Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 51, Sonderheft 1.
Penzel Th. (et al.) (2005): Schlafstörungen. Robert Koch-Institut (Hg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Heft 27. Berlin: Robert Koch-Institut.

Poser W. (et al.) (2006): Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien). In: Schmidt, L.G. (et al.) (Hg.): Evidenzbasierte Suchtmedizin: Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Dt. Ärzte-Verlag. S. 271-308.

Schulz & Haufs (2006): Schlafstörungen - Vorbeugen und richtig behandeln. Compakt Verlag, in Kooperation mit dem BKK Bundesverband.

Watzl H. (et al.) (1991): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In: Heide, M.; H. Lieb (Hg.): Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses. Bonn: Nagel. S. 123 -139.

Steinbach, I. & Wienemann, E. (1992): Probleme mit Medikamenten im Arbeitsleben. Ergebnisse einer Recherche. Mitarbeit: Angelika Nette. Niedersächsisches Sozialministerium (Berichte zur Suchtkrankenhilfe). Hannover, 1992.

Wittchen H.-U. (et al.) (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen". In: Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 2, S. 216-222.

Leitlinie S2: „Nicht erholsamer Schlaf" der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (2004). AWMF-Leitlinien-Register: Nr. 063/001, Entwicklungsstufe: 2. www.dgsm.de.

Weltgesundheitsorganisation (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V. Übersetzt und herausgegeben von Dilling H. (et al.). 4. Auflage. Bern u. a.: Verlag Hans Huber.



Materialien

Besser leben mit Schichtarbeit. Hilfen für Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeiter. Praxishilfe. BKK Bundesverband (Hg.) Broschüre.

Basisinformation Medikamente. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.). Broschüre.

Immer mit der Ruhe… Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. BKK Bundesverband & Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.). Broschüre.

Psychisch krank im Job. Was nun? Praxishilfe. BKK Bundesverband & Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BapK e.V.) (Hg.). Broschüre.

Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.). Wienemann E. & Schumann G. (2006). Broschüre.

Stiftung Warentest (Hg.): Handbuch Medikamente. Vom Arzt verordnet – Für Sie bewertet. Berlin, Stiftung Warentest, 2004

Stiftung Warentest (Hg.): Handbuch Selbstmedikation. Rezeptfreie Mittel – Für Sie bewertet. Berlin, Stiftung Warentest, 2006

Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg). Ute Pegel-Rimpel (2001). Broschüre.

Adressen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
Westenwall 4, 59065 Hamm
Postfach 1369, 59003 Hamm
Tel.: (02381) 9015-0
Fax: (02381) 9015-30
E-Mail: info@dhs.de
Internet: www.dhs.de

BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen
Tel.: (0221) 179-1458
Fax: (0221) 179-1014
E-Mail: gesundheit@bkk-bv.de
Internet: www.bkk.de

DNBGF – Geschäftsstelle
c/o BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen
Tel.: (0201) 179-1475
Fax: (0201) 179-1032
E-Mail: dnbgf@bkk-bv.de

Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.)
Am Michaelshof 4b
53177 Bonn
Tel.: (0228) 632646
Internet: www.bapk.de
Beratungshotline
zu psychischen Erkrankungen im Arbeitsleben
Tel.: (01805) 950951 (12 ct/Min)
Kontaktadresse
für Informations- und Schulungsveranstaltungen
„Psychisch krank im Job"
Tel.: (0228) 9659757
E-Mail: hommelsen.bapk@psychiatrie.de


DHS


BKK®