

# Süchtig nach Pillen : wer sind die Schuldigen?

Autor(en): **Weiss, Hans**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **25 (1999)**

Heft 2

PDF erstellt am: **23.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800983>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Süchtig nach Pillen – wer sind die Schuldigen?

Sind es die Medikamente selbst? Oder vielleicht die Zulassungsbehörden? Sind die Pharmafirmen verantwortlich? Was ist mit den Ärzten, den Apothekerinnen, den Krankenkassen? Oder könnte es gar sein, dass die PatientInnen selber schuld sind?

HANS WEISS\*

Bevor ich auf die Schuldfrage eingehe, möchte ich kurz das Problem beschreiben, mit dem wir es hier zu tun haben. Was ist Medikamentensucht? Ich könnte zum Beispiel medikamentensüchtig sein, und niemand in meiner unmittelbaren Umgebung würde es merken. Medikamentensucht ist nicht riechbar, sie hinterlässt keine verätherischen Einstiche am Körper, und die Pupillen sind weder unnatürlich verengt noch vergrößert. Auch an meinem Verhalten ist wahrscheinlich nichts Auffälliges. Selbst durch körperliche Untersuchungen oder Labortests ist eine Medikamentensucht nicht ohne weiteres feststellbar.

## Was ist das eigentlich – Medikamentensucht?

Der typische Medikamentensüchtige – oder besser gesagt: die typische Medi-

\* Dr. phil. Hans Weiss ist Psychologe, Sachbuchautor («Bittere Pillen») und Schriftsteller. Er lebt in Wien. Dieser Artikel beruht auf einem Referat, welches der Autor am 25. März 1999 an der Sarganserland Suchtfachtagung zum Thema Medikamentensucht hielt. Die redaktionelle Bearbeitung machte Martin Hafen.

kamentensüchtige, denn in der Mehrzahl handelt es sich um Frauen\*\* – ist unauffällig, ordentlich, angepasst. Vielleicht sogar überordentlich und überangepasst. Also kein menschliches Wrack. Nicht verwahrlost, nicht dahinvegetierend. Könnte es sein, dass wir hier nur über ein Scheinproblem reden, das von hyperkritischen Suchtexperten zum Problem erklärt wird? Ich denke nicht. Das Hinterhältige an der Medikamentensucht besteht darin, dass sie sehr lange nicht auffällt. Häufig erst dann, wenn im Zusammenhang mit Beruhigungsmittel- oder Schlafmittelsucht schwerwiegende Stürze und Unfälle aufgetreten sind. Ich habe mir die Definitionen verschiedener kompetenter Stellen angesehen, etwa von der «Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren» oder der WHO. Ich muss gestehen, ich habe Probleme damit. Diese Definitionen sind so technisch und umständlich formuliert, dass man in der Praxis damit nur wenig anfangen kann. Salopp ausgedrückt würde ich sagen: Eine Person ist dann medikamentensüchtig, wenn sie den unwiderstehlichen Drang hat, ein bestimmtes Medikament zu nehmen. Dieser Drang kann sowohl psychischer als auch körperlicher Natur sein. Übrigens wird statt Sucht manchmal auch der Begriff Missbrauch verwendet. In der Fachliteratur sind diese Begriffe nicht austauschbar. Missbrauch gilt als eine Vorstufe der Sucht.

## Wichtige, aber nicht alles entscheidende Faktoren

Häufig wird behauptet, ein typisches Merkmal von Medikamentensucht sei die zunehmende Dosissteigerung, weil sich bei Sucht bildenden Medikamen-

\*\* Aus diesem Grund und aus Gründen der Lesbarkeit wird in der Folge durchgehend die weibliche Form verwendet.

ten der Körper an das Medikament gewöhne. Das trifft zweifellos für einige der Sucht bildenden Substanzen zu, beispielsweise für Schmerzmittel vom Typus der Opioide oder für Barbiturate. Aber es trifft nicht unbedingt zu für jene Wirkstoffgruppe, die am häufigsten zur Medikamentensucht führt: Für die Benzodiazepine, die als Schlaf- und Beruhigungsmittel verwendet werden. Solche Mittel können über Jahre hinweg eingenommen werden, ohne dass die Dosis gesteigert werden muss. Auch das Auftreten von Entzugerscheinungen nach dem Absetzen von Medikamenten ist nicht unbedingt ein Indiz dafür, dass wir es mit einem Sucht bildenden Medikament zu tun haben. Es gibt Medikamente, die nicht unter Suchtverdacht stehen, und trotzdem nach dem Absetzen verstärkt jene Beschwerden verursachen, gegen die sie ursprünglich eingenommen wurden. Zum Beispiel das Hochdruckmittel Clonidin, das bei abruptem Absetzen schwere Hochdruckkrisen auslösen kann.

Das Problem der Medikamentensucht beginnt schon damit, dass häufig weder den Patientinnen noch den ÄrztInnen bewusst ist, dass eine Sucht vorliegt. Wenn ich der Fachliteratur glaube, dann ist Medikamentensucht am ehesten in Gesprächen feststellbar, welche die Patientin mit dem Arzt oder der Ärztin führt, mit FreundInnen, mit Bekannten.

Eine Voraussetzung dafür ist allerdings, dass man halbwegs darüber informiert ist, welche Wirkstoffe oder Präparate süchtig machen können, und dass die Süchtigen bereit sind, relativ offen über die tatsächlich verwendeten Medikamente zu reden.

## Ein Beispiel

Ich selbst bin im Zusammenhang mit der Arbeit an dem Buch «Bittere Pil-

len» in meinem Freundes- und Bekanntenkreis auf mehrere Fälle von Medikamentensucht oder -missbrauch gestossen – zufällig. So etwas kommt häufiger vor, als wir glauben.

Ein Beispiel: Eine erfolgreiche Dramaturgin, die unter anderem für das Burgtheater in Wien, verschiedene deutsche Theater und für das Zürcher Schauspielhaus arbeitet, klagte seit Jahren, seit ich sie kenne, immer wieder über Kopfschmerzen. Wie das üblich ist in Theaterkreisen, wird viel und gerne Alkohol getrunken, und sie erklärte die Kopfschmerzen immer als Folge des Trinkens. Irgendwann habe ich genauer nachgefragt. Es stellte sich heraus, dass sie seit vielen Jahren regelmässig jeden Tag Medikamente gegen Kopfschmerzen nahm, und zwar immer Kombinationspräparate, die entweder Koffein oder Codein enthielten. Sie hatte schon mehrmals versucht, damit aufzuhören, weil sie selbst dachte, es könne nicht gesund sein, tagtäglich solches Zeug zu schlucken. Wann immer aber sie versuchte, davon loszukommen, wurden die Kopfschmerzen so heftig, dass sie den Versuch wieder aufgab.

Sie schluckte nicht nur rezeptfreie, sondern auch rezeptpflichtige Schmerzmittel, und sie hatte nie Schwierigkeiten gehabt, von ihrem Hausarzt eine Verordnung zu kriegen. Wann immer sie wollte, ging sie zum Arzt und die Sprechstundenhilfe stellte ihr das Rezept aus. Ein Routinevorgang.

Ich habe meiner Bekannten lediglich einige Informationen über Schmerzmittelsucht gegeben und ihr eine niedergelassene Ärztin empfohlen, die auf die Behandlung von Medikamentensucht spezialisiert ist. Seither verwendet sie keine Kopfschmerzmittel mehr und hat nur noch selten Kopfschmerzen. Trinken tut sie allerdings nach wie vor ganz gern und wahrscheinlich zu viel. Aber das ist eine andere Sache.



## Wie viele Medikamenten-süchtige gibt es?

Bevor ich zur Schuldfrage komme, möchte ich auch noch einen groben Überblick geben über das Ausmass des Problems – über die Zahl der Medikamentensüchtigen. Die Zahlenangaben in Fachpublikationen sind so verschieden – von Jahr zu Jahr, von Autor zu Autorin, ja sogar innerhalb ein und desselben Artikels –, dass ich höchstens grobe Anhaltspunkte geben kann.

Laut dem neuesten, im Jahr 1998 erschienenen «Jahrbuch Sucht» der «Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren» ist Alkohol die Nummer 1 aller suchterzeugenden Stoffe (1,7 Millionen Süchtige in Deutschland), Medikamente liegen auf Platz 2 (1,5 Millionen Süchtige), und in weitem Abstand folgen die harten Drogen (250 – 300'000 Süchtige). Setzen wir diese Zahlen in Beziehung zur Einwohnerzahl, dann kann man sagen, dass in Deutschland etwa zwei Prozent der Bevölkerung medikamentenabhängig sind.

Wie ist die Situation in der Schweiz? Ich habe keine Zahlen zur Verfügung, aber vermutlich ist sie nicht sehr verschieden von der in Deutschland. Man kann wohl von etwa 150.000 Medikamentensüchtigen ausgehen. Doch Vorsicht mit Zahlen! Ich zitiere noch einmal eine Angabe aus dem 1998 erschienenen «Jahrbuch Sucht» der «Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren». Da heisst es: «*Etwa 6 – 8 % aller viel verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotential*». Derselbe Autor, der das geschrieben hat, behauptet in einem Buch über Präventivmedizin, das ebenfalls 1998 erschienen ist: «*Etwa 5 % aller viel verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotential.*»

Was gilt jetzt? Fünf Prozent? Sechs Prozent? Acht Prozent? Wir sollten das

im Auge behalten: Wenn beim Thema «Medikamentensucht» Zahlen angegeben werden, dann sind das immer nur Orientierungsgrössen, aber keine genauen Angaben.

## Mothers little helpers

Und nun zum eigentlichen Thema meines Artikels: Wer sind die Schuldigen? Sind es die Medikamente selbst? Sehen wir uns als erstes die verschreibungspflichtigen Mittel an. Das grösste Problem bei der Medikamentensucht stellen nach wie vor die Benzodiazepine dar. Das ist eine Gruppe von Wirkstoffen, die hauptsächlich als Beruhigungs- und Schlafmittel verwendet werden. Berühmte Markennamen sind etwa Valium oder Librium, aber es gibt inzwischen Dutzende von Präparaten auf dem Markt.

Benzodiazepin-Wirkstoffe wurden im Jahr 1960 auf den Markt eingeführt, ich vermute in den USA. Dort wurden sie auch sehr schnell zum Renner und erhielten den Kosenamen «mothers little helpers», Mamas kleine Helfer. Die Werbung zielte ganz klar von Anfang an auf die Frauen. Die erste Veröffentlichung über einen Missbrauch gab es vier Jahre nach Markteinführung, also 1964. Wegen der ausserordentlich weiten Verbreitung in den USA und wegen der Suchtgefahr verfügte die amerikanische Arzneimittelbehörde in den 70er-Jahren Einschränkungen. Daraufhin ging der Verbrauch zurück. In Deutschland hingegen wurde das Suchtpotential von Benzodiazepinen erst Anfang der 80er-Jahre ein öffentliches Thema. Ich möchte daran erinnern, dass noch vor wenigen Jahren Benzodiazepine zahlreichen Medikamenten beigemischt waren und bei den unterschiedlichsten Krankheiten verwendet wurden: Etwa bei Klimakteriumsbeschwerden, bei Angina pectoris oder bei Depressionen.

Im Zusammenhang mit der Erstausgabe des Buches «Bittere Pillen» im Jahr 1983 erinnere ich mich an die heftige Kritik von Ärzteseite, wegen unseren Warnungen über die Suchtbildung. Das sei alles übertrieben. Seither sind zu diesem Thema unzählige Veröffentlichungen erschienen – sowohl in Fachpublikationen als auch in der Laienpresse. Diese Warnungen und Appelle haben letztlich dazu geführt, dass der Verbrauch solcher Mittel deutlich gesunken ist.

Man kann davon ausgehen, dass derzeit etwa 800.000 bis etwa 1,2 Millionen Deutsche Benzodiazepin-süchtig sind. Auf alle Fälle liegt diese Zahl weit über der Zahl der harten Drogensüchtigen.

## Weitere verschreibungspflichtige Medikamente mit Suchtpotential

Ein weiteres bedeutsames Arzneimittel mit Missbrauchs- oder Suchtpotential ist Codein, das in zahlreichen Schmerz-, Migräne- und Hustenmitteln enthalten ist, in teilweise unsinnigen Mischungen. Codein wird wegen seiner euphorisierenden Wirkung missbraucht. Als Monosubstanz kann es auch zur Substitutionstherapie bei Drogensüchtigen verwendet werden. Ein spezielles Problem in Deutschland und Österreich – ich weiss nicht, ob das auch auf die Schweiz zutrifft – stellen die opioidhaltigen Schmerzmittel dar (zum Beispiel Tramal, Valoron N und andere). Ich spare mir eine detaillierte Aufzählung, weil die Zahl der Verschreibungen im Vergleich zu den Benzodiazepinen nicht sehr hoch ist. Diese Mittel werden üblicherweise zur Behandlung starker Schmerzen bei Schwerverkrankten verwendet. Hier besteht nicht das Problem, dass sie zu häufig, sondern generell zu selten verwendet werden. Ursache dafür sind wahrscheinlich Ängste der Ärzteschaft

vor der Suchtbildung als auch die strengen rechtlichen Vorschriften bei der Verschreibung. Bei diesen Sucht bildenden Medikamenten besteht also weniger das Problem des Missbrauchs, sondern das Problem der Unterversorgung.

### **Auch rezeptfreie Medikamente können (oder sollen?) süchtig machen**

Es gibt aber auch rezeptfreie Arzneimittel mit Missbrauchs- bzw. Suchtpotential: In Deutschland wird etwa jede dritte Arzneimittelpackung ohne Rezept abgegeben. Für unser Thema stellen rezeptfrei erhältliche Schmerzmittel-Kombinationen das grösste Problem dar. Solche Kombinationen enthalten in der Regel Koffein.

Das beliebteste, am häufigsten verwendete Arzneimittel in Deutschland ist Thomapyrin. 21 Millionen Packungen werden jedes Jahr geschluckt. Dieses Medikament ist auch in Österreich und in der Schweiz erhältlich. Fachleute vermuten, dass Thomapyrin seinen Spitzenplatz in Deutschland nur deshalb erreicht, weil es «gedopt» ist – mit einem anregend wirkenden Stoff, der zu Missbrauch verführt: eben mit Koffein. Wer nach längerem Gebrauch von Thomapyrin versucht, dieses Mittel abzusetzen, wird Entzugskopfschmerzen bekommen. Das verführt dazu, das Mittel erneut zu schlucken. Die Folgen können gravierend sein: Weil Thomapyrin eine Kombination von zwei verschiedenen Schmerzmitteln enthält – Acetylsalicylsäure und Paracetamol –, besteht die Gefahr, dass nach jahrelangem Missbrauch auch die Nieren geschädigt werden. Letzten Endes kann das sogar zum Verlust der Niere führen und damit enden, dass man eine Dialyse braucht.

Es gibt in Deutschland nicht nur Thomapyrin, sondern eine Reihe von weiteren Koffein-haltigen Schmerzmit-

teln. Insgesamt werden davon jährlich etwa 40 Millionen Packungen verbraucht.

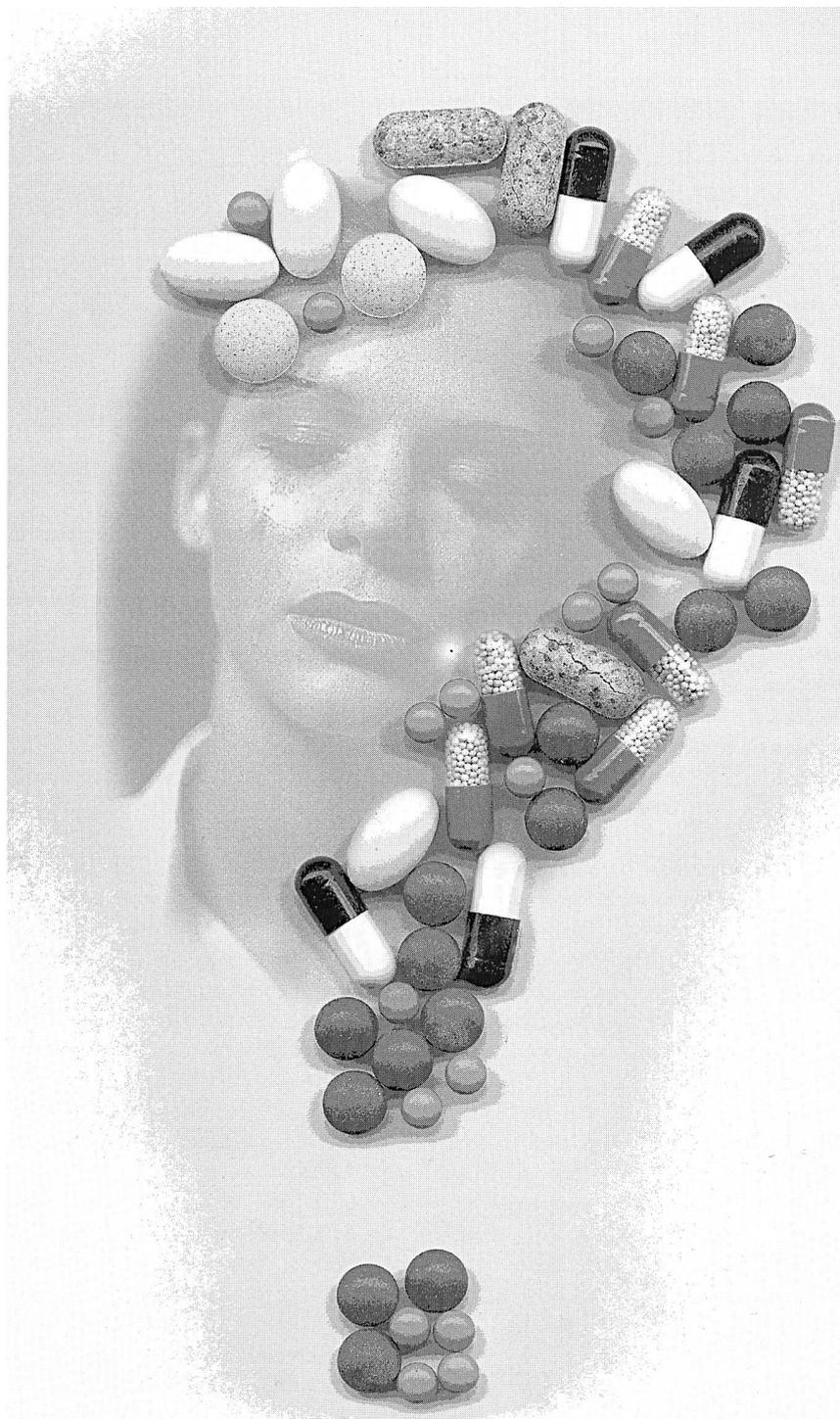
Die Folge: Fachleute schätzen, dass 10 – 15 Prozent aller Dialyse-Fälle auf das Konto des langjährigen Missbrauchs solcher und anderer Schmerzmittelkombinationen gehen. In absoluten Zahlen ausgedrückt: Etwa 4.500 bis 6.500 Fälle.

### **Vom Abführmittel bis zu Nasentropfen**

Es gibt zahlreiche weitere rezeptfrei erhältliche Arzneimittel, die missbraucht werden können. Ob sie zur

Sucht führen, ist nicht gesichert. Jedemfalls werden sie im deutschen Missbrauchsregister aufgeführt:

■ **Abführmittel** wie etwa Dulcolax (enthält Bisacodyl) oder Bekunis (enthält Sennesextrakt). Diese Mittel sind bei kurzdauernder Verwendung sicher sinnvoll. Gefährlich ist jedoch der lang dauernde Gebrauch, weil als Nebenwirkung chronische Veränderungen der Darmwände und Darmflora, Darmlähmungen sowie Verschlimmerungen von Hämorrhoiden-Beschwerden auftreten können. Abführmittel werden häufig zum Abnehmen missbraucht – auch hier sind es überwiegend Frauen, die das betrifft.



■ **Alkohohlhaltige Mittel** wie Klosterfrau Melisengeist (enthält 79 Volumsprozent Alkohol) oder der Erkältungssaft Wick Medinait (18 Volumsprozent Alkohol), der zudem noch psychisch aktive Wirkstoffe wie Dextromethorphan, Doxylamin und Ephedrin enthält.

■ **Zahlreiche Nasentropfen und Sprays**, die häufig länger als eine Woche angewendet werden, wodurch es zum medikamentösen Schnupfen kommen kann. Otrivin, Nasivin und wie sie alle heissen. Als Reaktion auf die zu lange Anwendung schwellen die Nasenschleimhäute immer wieder an, so dass als Therapie erneut diese Mittel genommen werden. Eine Abhängigkeit, der man nur entkommt, wenn man darüber Bescheid weiss.

Ein Freund von mir, ein Politiker der Grünen Partei, mit dem ich eine Zeitlang eine Wohnung teilte, verwendete jahrelang täglich solche Schnupfenmittel. Er hatte das Gefühl, ohne diese Mittel gar nicht mehr atmen zu können. Natürlich las er nie einen Beipackzettel – wer liest schon Beipackzettel? Sie sind so unverständlich geschrieben, dass Nicht-Fachleute sie nur schwer verstehen. Ausserdem: Wer nimmt schon ernst, was er da liest? Allein die Liste an Kontraindikationen und Nebenwirkungen: wer das ernst nimmt, darf überhaupt kein Medikament mehr zu sich nehmen.

Mein Freund hat inzwischen aufgehört, regelmässig Schnupfenmittel zu nehmen. Er hat nach wie vor Schwierigkeiten damit, durch die Nase zu atmen. Wahrscheinlich ist durch den langjährigen Missbrauch seine Nasenschleimhaut geschädigt.

### **Vor allem Frauen ...**

Sind es vielleicht die PatientInnen selbst, die an ihrer Medikamentensucht schuld haben? Gibt es bestimm-

te PatientInnen, die besonders anfällig sind für Medikamentensucht oder Medikamentenmissbrauch?

Verkürzt könnte man sagen: Medikamentensucht ist in erster Linie ein Problem von Frauen und von alten Leuten. Warum Frauen? Es gehört immer noch zur typischen Frauenrolle, für den Zusammenhalt der Familie zu sorgen, emotionale Unterstützung zu geben – dem Mann und den Kindern. Aber Frauen haben oft niemanden, bei dem sie sich ausweinen können. Sie sind häufig isoliert, mehr nach innen gerichtet. Sie leiden häufiger als Männer unter Angst, innerer Unruhe, Abgespanntheit und depressiven Verstimmungen. Wenn Männer seelische Probleme haben, trinken sie Alkohol. Wenn Frauen seelische Probleme haben, suchen sie eher den Arzt oder die Ärztin auf. Entsprechend häufiger erhalten sie auch psychiatrische Diagnosen wie «vegetative Dystonie» oder «depressive Verstimmung». Und die klassische Antwort der Ärzteschaft ist meist die Verschreibung eines Medikaments, das auf die Psyche wirkt – ein Beruhigungsmittel, ein Schlafmittel, ein Antidepressivum.

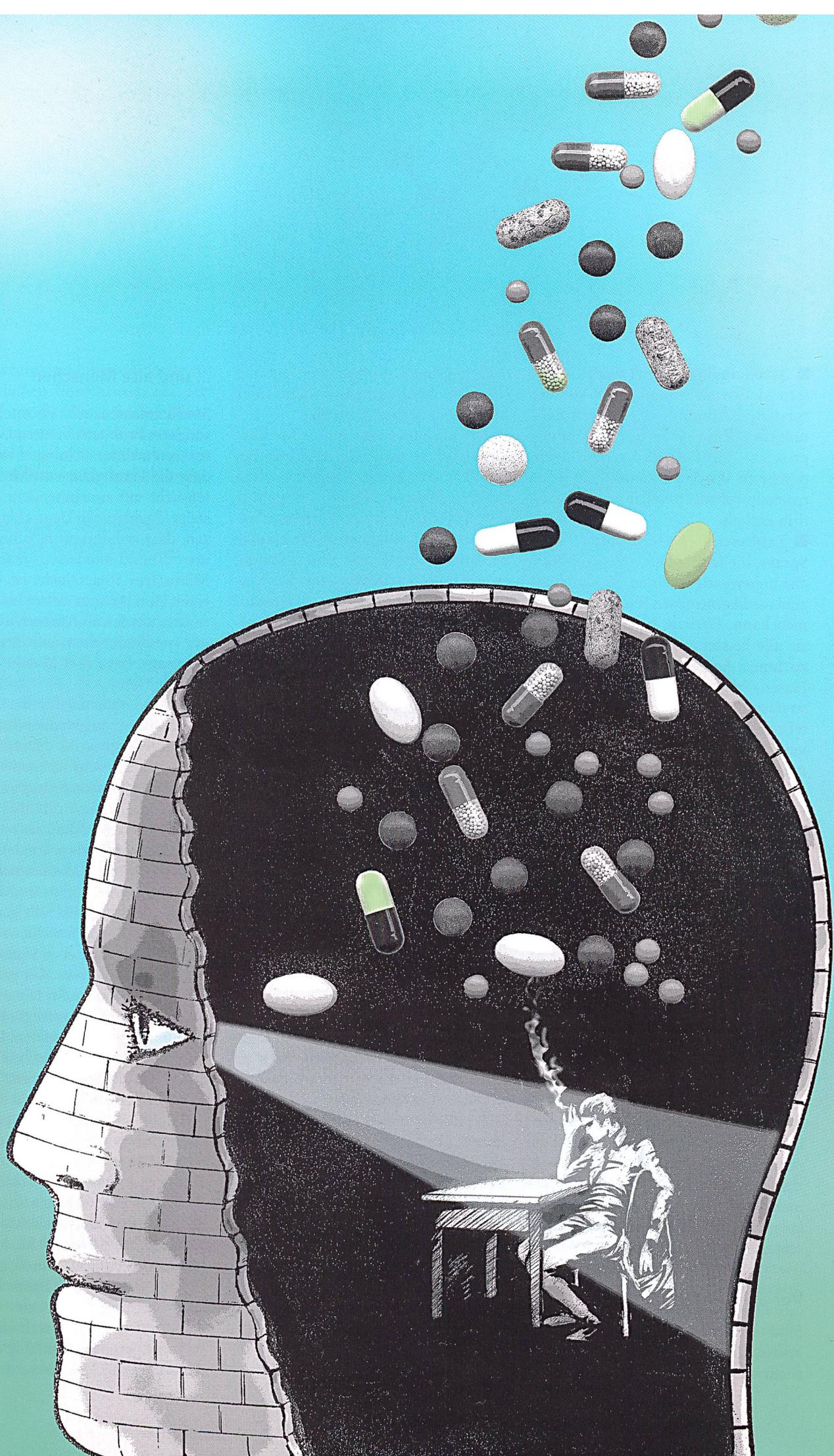
Solche Medikamente sind eine wunderbare Sache. Ich meine das nicht überhaupt nicht zynisch. Man kann sie unauffällig schlucken, ohne dass jemand etwas bemerkt. Und sie sind wirksam. Sie drücken die Sorgen in den Hintergrund; sie bringen uns zum Lächeln; sie verschaffen uns den Schlaf, den wir so dringend benötigen; sie lassen alles ein wenig leichter und freundlicher aussehen als ohne Tabletten. Die Sonnenbrille für die Seele, verkündete vor Jahren eine Werbung für einen Tranquillizer. Das Fatale am Schlucken von Medikamenten ist: Es kann sehr schnell zur Routine werden. Ohne dass wir es merken, sind wir abhängig geworden.

### **... und alte Menschen**

Medikamentensucht ist auch ein besonderes Problem der alten Leute. Aus mehreren Untersuchungen wissen wir, dass die Häufigkeit von Medikamentensucht mit zunehmendem Alter ansteigt. Fachleute in Deutschland schätzen, dass mindestens jede fünfte Frau über 50 und mindestens jeder sechste Mann über 50 gefährdet ist. Da Frauen im Durchschnitt sieben bis acht Jahre älter werden als Männer, ist die Zahl der medikamentensüchtigen Frauen insgesamt etwa drei Mal so hoch wie die der Männer.

Eine der Ursachen für das gehäufte Vorkommen von Medikamentensucht im Alter liegt wohl darin, dass alte Leute generell sehr viel mehr Medikamente verschrieben bekommen als jüngere. Tag für Tag ein halbes Dutzend verschiedene Medikamente zu schlucken, gilt ja leider als normal. Und es gilt auch als normal, Medikamente jahrelang schlucken zu müssen, manchmal sogar lebenslang. Da fällt es nicht auf, zunächst jedenfalls nicht, wenn manche Medikamente eben Sucht bildende Eigenschaften haben. Wer ein bisschen verwirrt ist, kriegt ein Benzodiazepin. Wer sich zu sehr aufregt, kriegt ein Benzodiazepin. Wer seinem Leben nur noch wenig Sinn abgewinnen kann, kriegt ein Benzodiazepin. Und wer Schlafstörungen hat, sowieso.

Noch einmal zurück zur Frage: Sind die PatientInnen selbst schuld? Ich glaube, dass bei manchen PatientInnen doch eine gewisse Mitschuld vorhanden ist. Wer jedes Wehwehchen sofort damit beantwortet, dass er ein Medikament schluckt, wer Lösungen für Alltagsprobleme sofort an eine Ausseninstanz delegiert – eine Pille zum Beispiel –, anstatt sich Gedanken darüber zu machen, ob das Problem nicht auch anders lösbar wäre, ist vermutlich anfällig dafür, medikamentensüchtig zu werden.



## Die Rolle der Zulassungsbehörden ...

Kommen wir zu den Behörden. Sind die Zulassungsbehörden schuld an dem Problem?

Eine radikale Möglichkeit, um das Problem der Medikamentensucht sofort zu verringern, wäre zum Beispiel ein Verbot aller Mittel mit einem Sucht bildenden Potential. Mit demselben Argument könnte man natürlich auch alle Autos und das Autofahren verbieten. Dadurch würde die Zahl der Verletzten und Verkehrstoten schlagartig fallen, aber wir müssten auch auf die unbestrittenen Vorteile verzichten, die das Auto für jeden von uns hat.

Genauso ist es mit den Sucht bildenden Medikamenten. Sie haben ihre Vorteile, und dafür müssen wir eben gewisse Nachteile in Kauf nehmen. Es kommt immer darauf an, ob Nutzen und Risiken in einem vertretbaren Verhältnis stehen. Im Fall der Barbiturate beispielsweise stellte sich nach und nach heraus, dass das Risiko der Suchtentwicklung zu gross ist und dass diese Wirkstoffgruppe nur noch eingeschränkt verwendet werden sollte.

Hier sind tatsächlich die Zulassungsbehörden gefordert. An ihnen liegt es, entsprechende Einschätzungen vorzunehmen und Massnahmen zu veranlassen. In Deutschland gibt es seit Jahren von unabhängigen Wissenschaftlern und Fachpublikationen den Vorwurf, dass die Stelle, die für Arzneimittelzulassung und -überwachung zuständig ist, der Industrie zu nahe stehe. Manche KritikerInnen gehen noch weiter und erheben sogar den Vorwurf einer Komplizenschaft zwischen Behörden und Firmen, zum Schaden der Konsumierenden.

Ein konkretes Beispiel zu unserem Thema: Unabhängige Schmerzmittel-Fachleute fordern seit Jahren, dass

Mittel wie Thomapyrin wegen der Gefahr des Missbrauchs unter Rezeptpflicht gestellt wird. Ich glaube nicht, dass das so bald kommen wird, denn die Lobby der Pharma-Industrie ist in Deutschland – und wohl nicht nur dort – sehr einflussreich.

## ... und die der ProduzentInnen

Damit komme ich zum nächsten Punkt: Sind die Pharma-Firmen schuld daran, dass es so viele Medikamentensüchtige gibt? Vor fünfzehn Jahren hätte ich wahrscheinlich ohne lange Überlegung geantwortet: Ja! Die Pharma-Firmen sind die Hauptschuldigen. Sie handeln unethisch; sie denken nur an Gewinn; sie verharmlosen Nebenwirkungen oder verschweigen sie sogar; sie informieren PatientInnen und ÄrztInnen unvollständig oder sogar falsch, und sie beeinflussen das Verschreibungsverhalten der Ärzteschaft auf unzulässige Art und Weise.

Ich denke, das alles trifft heute immer noch zu, mehr oder weniger, je nachdem wie seriös oder wie gross eine Firma ist oder wie langfristig sie plant. Trotzdem fällt meine Antwort heute anders aus als vor fünfzehn Jahren. Damals galten in linken Kreisen generell alle Unternehmer und Konzerne als Inbegriff des Bösen. Das hat sich bis heute vielleicht nicht sehr verändert, aber vielleicht habe ich mich verändert. Ich sehe es heute nüchterner. Pharma-Firmen produzieren und vermarkten Produkte, genauso wie andere Firmen auch. Das legitime Ziel besteht darin, Gewinn zu machen. Es liegt an unserer Gesellschaft, dafür zu sorgen, dass es für die Herstellung und die Vermarktung entsprechende Regeln gibt und dass diese Regeln eingehalten werden. Im Fall der Pharma-Firmen muss es besonders strenge Regeln geben, weil es sich um besondere Produkte handelt, die vermarktet werden.

## Eigenverantwortung tut Not

Allerdings kann man die Pharma-Firmen nicht ganz aus der Verantwortung entlassen. In möchte aus einem Interview zitieren, das der Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie in Deutschland vor einigen Jahren der «Frankfurter Allgemeinen Zeitung» gegeben hat. Dieser Professor Vogel antwortete auf die Frage, ob sich die pharmazeutische Industrie mitverantwortlich fühle, dass in Deutschland zwei Millionen Menschen tablettensüchtig sind: «Aber sicher.» Und er fuhr fort: «Ich glaube, dass man lange Zeit in der Werbung die Nebenwirkungen zu leise ansprach. Die Werbung hat den Eindruck vermittelt: Ihr könnt beliebig viele Probleme haben, nehmt ein paar Pillen ein, und sie sind gelöst. Das ist verheerend gewesen. Ich habe oft gesagt, dass es bei einigen Anzeigen einen Aufschrei der Ärzteschaft hätte geben müssen. Nichts ist geschehen.»

Nun, ich könnte das nicht schärfer formulieren. Zur Illustration der Kritik von Professor Vogel eignet sich ein Beispiel, welches ich aus einer Fachpublikation entnommen habe. Es geht um die folgende Werbung einer Schweizer Firma für ein benzodiazepinhaltiges Mittel: «16-jähriges Mädchen. Ihr Freund hat ein anderes Mädchen gefunden. Zur Überbrückung ihres Kummers braucht sie eine Hilfe. Es empfiehlt sich soundsoviel Milligramm dieses Mittels.»

## Und die ÄrztInnen?

Liegt die Schuld vielleicht bei den ÄrztInnen, die Sucht bildende Medikamente verschreiben? Wenn ich die Fachliteratur Revue passieren lasse, dann sieht es so aus, als ob wir hier vielleicht die Hauptschuldigen gefunden hätten. Bevor ich ein paar Indizi-

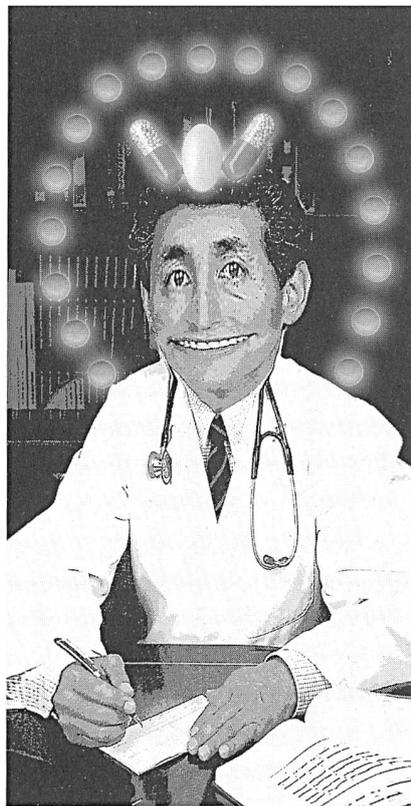
en dafür aufzeige, eine wichtige Einschränkung: Es geht hier nicht um die ÄrztInnen im Allgemeinen, sondern um eine kleine Gruppe von ÄrztInnen – die berühmten schwarzen Schafe also.

Die Indizien: Es gibt die Untersuchung eines Experten von «Bittere Pillen», Professor Jörg Remien, Pharmakologe in München. Er hat alle Arzneimittelverordnungen einer Krankenkasse in Deutschland für das Jahr 1993 darauf untersucht, ob Medikamentensucht mit im Spiel ist und festgestellt, dass 40 Prozent aller Benzodiazepine länger als drei Monate verordnet werden – also länger als die gängigen Empfehlungen. Ausserdem werden die empfohlenen Dosierungen häufig überschritten.

### Sucht auf Rezept

Warum handeln manche ÄrztInnen so? Aus Unwissen? Aus Gleichgültigkeit? Aus Gewinnsucht? Ich denke, ein grosse Rolle spielen die Rahmenbedingungen, unter denen niedergelassene Ärzte ordinieren. Je mehr PatientInnen ein Arzt hat, um so mehr verdient er. PatientInnen, die medikamentensüchtig sind, stellen für lange Zeit unauffällige, problemlose Fälle dar. Sie kosten wenig Zeit und bringen regelmässig ihre Krankenscheine. Wenn sich die Ärztin oder der Arzt nun weigert, weiterhin ein Rezept für ein bestimmtes Medikament, für ein süchtig machendes Medikament auszustellen, dann besteht das Risiko, dass betreffende Patientin nicht wieder kommt und das Einkommen geschmälert wird. In der Regel finden die PatientInnen immer jemanden, der das gewünschte Medikament verschreibt.

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit für die Unbekümmertheit mancher ÄrztInnen im Verschreiben von Sucht bildenden Medikamenten könnte Nichtwis-



sen sein. Diese Behauptung klingt vielleicht abwegig. Aber ich weiss das aus eigener Erfahrung, denn ich war Anfang der 80er-Jahre in Wien und Umgebung ein Jahr lang Pharmaberater – aus journalistischen Gründen. Ich war entsetzt darüber, wie wenig manche ÄrztInnen über die Medikamente wussten, die sie verschrieben. Und ich kann mir gut vorstellen, dass es heute immer noch viele ÄrztInnen gibt, die keinerlei Fortbildungsveranstaltungen besuchen und die einen Grossteil ihres Wissens lediglich aus industrieabhängigen Publikationen oder durch ÄrzteberaterInnen beziehen.

### In manchen Fällen helfen nur Sanktionen

Ich denke, den grössten Einfluss darauf, ob jemand medikamentensüchtig wird, oder ob jemand von einer bereits bestehenden Medikamentensucht loskommt, haben die ÄrztInnen.

Wenn die PatientInnen ihrem Arzt oder ihrer Ärztin vertrauen, dann werden diese ihre PatientInnen davon überzeugen können, dass es besser ist, ein bestimmtes Medikament nicht mehr zu nehmen. Dazu gehört natürlich auch entsprechendes Wissen, Verantwortungsgefühl und Einfühlungsvermögen bzw. ein psychologisch geschultes Ver-

halten. Grundsätzlich gibt es ja keine Einwände gegen die Verschreibung von Beruhigungs- und Schlafmitteln, vorausgesetzt, es gibt eine korrekte Diagnose und vorausgesetzt, diese Mittel werden nicht länger als maximal drei Monate verschrieben.

In einem Modellversuch zur Eindämmung der Medikamentensucht, der 1983 von der Hamburger Ärztekammer begonnen wurde, hat sich gezeigt, dass es nicht genügt, an die ärztliche Verantwortung zu appellieren; dass es auch nicht genügt, die ÄrztInnen aufzuklären und zu informieren, sondern dass erst durch konkrete Sanktionsmöglichkeiten eine Änderung im Verschreibungsverhalten erreicht wird. Die Hamburger Ärztekammer leitete etwa 60 Berufsgerichtsverfahren gegen ÄrztInnen ein, die wiederholt gegen bestimmte Verschreibungsregeln verstiesen. Es stellte sich heraus, dass einige dieser ÄrztInnen selbst drogen- oder medikamentensüchtig waren und wahllos gegen Bezahlung, oder besser gesagt: Bestechung, Rezepte ausstellten. Etwa 30 von ihnen mussten ihre ärztliche Tätigkeit in der Folge einstellen.

### Und die ApothekerInnen?

Nicht zufällig heisst es in jeder Pharma-Werbung für rezeptfreie Medikamente: Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker! Wer ein Produkt verkauft, trägt ja ohne Zweifel eine gewisse Mitverantwortung. Die ApothekerInnen selbst weisen ja selbst ganz gerne darauf hin, dass sie eine wichtige beratende Funktion haben. Diese Beratung betrifft nicht nur die durch die ÄrztInnen verschriebenen Medikamente, sondern in besonderem Mass die rezeptfreien Mittel.

Hier stehen der ApothekerInnen natürlich in einem ähnlichen Interessenskonflikt wie die Ärzteschaft. Sollen sie vom Kauf bzw. der Verwendung eines Me-



dikaments abraten? Wenn sie abraten – etwa weil eine Kundin auffallend häufig nach dem demselben Medikament verlangt und der Verdacht besteht, dass hier Missbrauch vorliegt –, dann werden sie möglicherweise die gute Kundin verlieren.

Es hängt von der einzelnen Apothekerin, vom einzelnen Apotheker ab, wie die Entscheidung ausfällt, ob also der Berufsethos höher eingeschätzt wird als die finanziellen Interessen. Ich bin sicher, auch hier gibt es schwarze Schafe – genauso wie bei den ÄrztInnen. Zu viele schwarze Schafe.

### Kulturelle Einflüsse

Sehen wir uns jetzt noch einige Verdächtige an, die wir zumindest noch befragen sollten. Ist es die Gesellschaft? Sind es kulturelle Einflüsse? Es ist bekannt, dass es Länder gibt, wo generell sehr viel mehr Medikamente geschluckt werden als etwa im deutschen Sprachraum. In Frankreich werden im Durchschnitt etwa zweieinhalb Mal mehr Medikamente geschluckt als in Deutschland und Österreich. Auch die Menschen in Japan sind ein Volk von exzessiven Medikamentenschluckern.

Es wäre ja interessant zu wissen, ob ein genereller Mehrverbrauch an Me-

dikamenten zu einer höheren Zahl von Medikamentensüchtigen führt. Ich weiss es nicht, aber es gibt Hinweise, dass eine generell positive Haltung zum Schlucken von Medikamenten als Problemlösung das Auftreten von Medikamentensucht begünstigt.

Sicher interessant ist die Frage, ob unsere Gesellschaft in den letzten Jahren und Jahrzehnten generell anfälliger für Medikamentensucht geworden ist?

### Und die «alternativen» Arzneien?

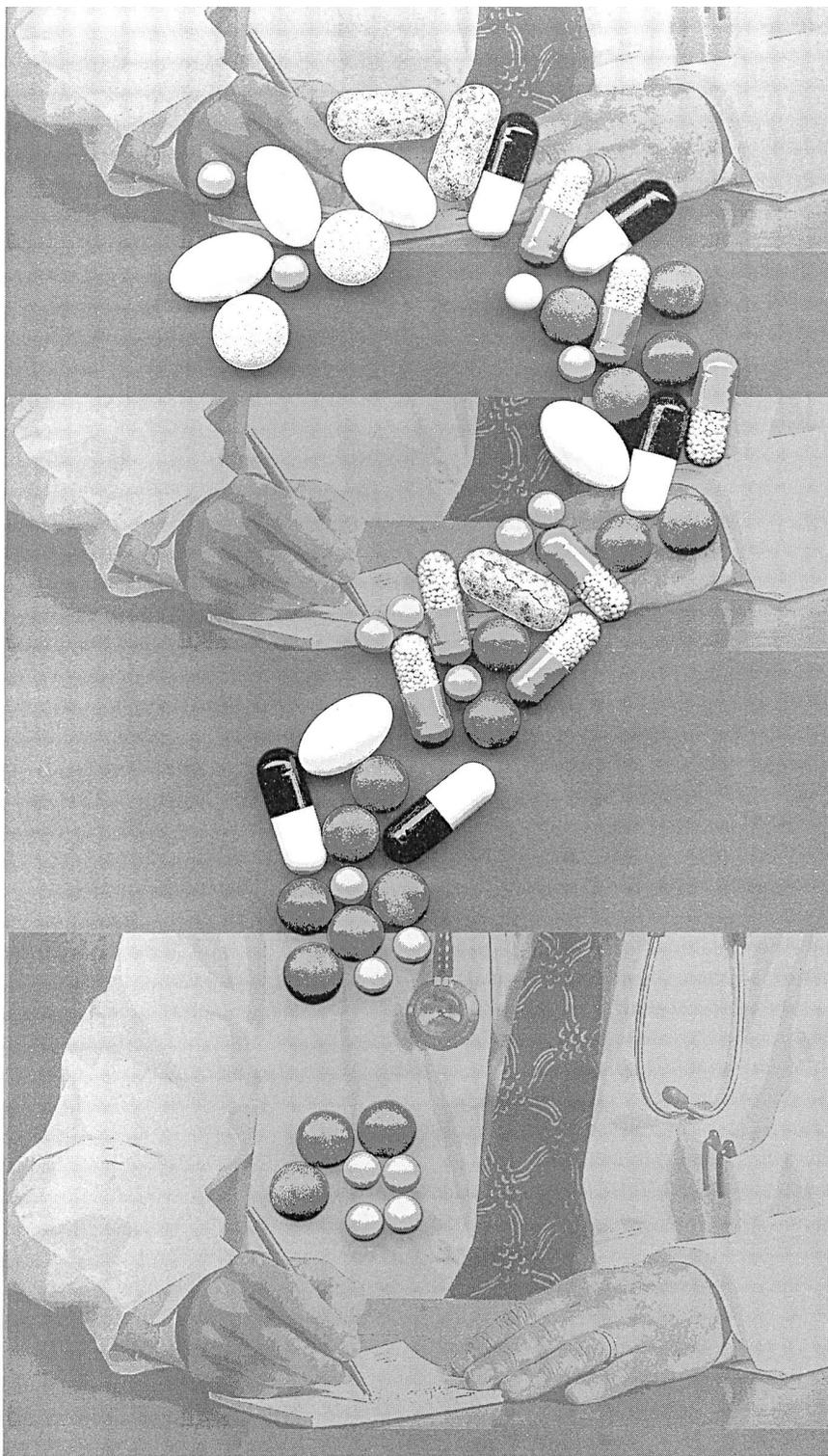
Gesichert ist, dass der Verbrauch an Arzneimitteln in Deutschland und auch in Österreich insgesamt nicht steigt. In Deutschland sinkt er sogar eher. Es ist auch nicht so, dass generell ein Trend zu beobachten ist, der weg von konventionellen Arzneimitteln – umgangssprachlich oft als «chemisches Zeug» bezeichnet – in Richtung alternative oder pflanzliche Arzneimittel führt. Solche Mittel werden meist zusätzlich zu den konventionellen Arzneimitteln verwendet. Dies geschieht meist unkritisch und in einem Ausmass, das mich erstaunt. Alternative und pflanzliche Heilmittel haben ja den Ruf – zu Unrecht, wie man an vielen Beispielen nachweisen kann –, «sanft» und «harmlos» zu sein und keine Ne-

benwirkungen zu verursachen. Zumindest spielt das Problem Medikamentensucht da kaum eine Rolle, ausser vielleicht bei den Abführmitteln.

Nach meiner Erfahrung ist die Alternativmedizin generell viel mehr fixiert auf das Schlucken von Arzneimitteln als die konventionelle Medizin, die polemisch oft als Schulmedizin bezeichnet wird. Für mich sind PatientInnen der Alternativmedizin auch sehr viel unkritischer und arzneimittelgläubiger als PatientInnen der Schulmedizin. Sie schlucken ohne zu fragen alles, was ihnen empfohlen bzw. verschrieben wird.

Das ist meiner Meinung nach eine geistige Haltung, die möglicherweise den Weg bahnt zur Medikamentensucht, oder die den Weg in diese Richtung zumindest erleichtert. Wenn es ganz normal ist, bei jeder kleinsten Beschwerde sofort ein Medikament zu schlucken oder sogar häufig vorbeugend Medikamente zu nehmen, dann kann es schwerfallen, mit der Einnahme wieder aufzuhören.

Die Gefahr besteht vielleicht weniger darin, dass jemand körperlich abhängig wird, sondern psychisch; oder dass damit der Weg in Richtung von anderen Süchten und Abhängigkeiten erleichtert wird. Stichwort Ecstasy, Alkohol...



## Abschliessende Bemerkungen

Zum Schluss des Artikels noch kurz ein paar Gedanken zu den Möglichkeiten, die Zahl der Medikamentensüchtigen zu verringern, beziehungsweise von vornherein zu verhindern, dass es so viele Süchtige gibt.

Rasch und effizient kann das beispielsweise durch Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen geschehen. Damit kann man Missbrauch sehr schnell eindämmen: indem etwa ein rezeptfrei erhältliches Mittel unter Rezeptpflicht gestellt wird, oder indem ein rezept-

pflichtiges Mittel unter die Betäubungsmittel-Verordnung gestellt wird. Aber hier besteht auch die Gefahr, dass man übers Ziel hinausschiesst und PatientInnen durch zu strenge Regelungen nicht im notwendigen Ausmass mit Medikamenten versorgt werden. Das sieht man deutlich am Beispiel der starken Schmerzmittel zur Versorgung von Schwerkranken.

Eine sehr wichtige Rolle spielen Informationen – nicht nur für die Ärzteschaft und die ApothekerInnen, sondern gerade auch für die Konsumierenden. Oft liegt das Problem ja nur

darin, dass gar nicht bekannt ist, dass ein bestimmtes Medikament als Nebenwirkung ein Sucht bildendes Potential hat. Eine gute Einrichtung sind sogenannte «Missbrauchsregister» oder «Frühwarnsysteme», wo man sich über jene Wirkstoffe und Medikamente informieren kann, die häufig missbräuchlich verwendet werden. Diese Listen ändern sich natürlich von Zeit zu Zeit.

So können frühzeitig Fehlentwicklungen erkannt und korrigiert werden. Die Krankenkassen könnten hier eine wichtige Rolle spielen. Bis jetzt tun sie das nicht. In Österreich sind die Krankenkassen jedenfalls sehr schwerfällige, bürokratische Apparate, denen es in erster Linie um die ordentliche Verwaltung des Geldes geht. Sie interessieren sich kaum dafür, ob die Medikamente, die verschrieben werden, missbräuchlich verwendet werden.

Eine präventive Massnahme, die von der Gesellschaft selbst nur schwer zu steuern ist, ist wahrscheinlich die Erziehung. Wer von klein an gewohnt ist, sofort zu einer Pille zu greifen, sobald irgendein Problem auftaucht, ist anfälliger für Medikamentenmissbrauch. Hier hat der Hausarzt oder die Hausärztin auch die wichtige Aufgabe, dieses Verhaltensmuster nicht zu unterstützen, indem entsprechende Medikamentenwünsche sofort mit einem Rezept erfüllt werden, sondern gegebenenfalls aufzuklären und auf alternative, nicht medikamentöse Verhaltensstrategien hinzuweisen.

Damit sei noch einmal auf die entscheidende Rolle hingewiesen, die die ÄrztInnen spielen – sowohl bei der Entstehung als auch bei der Verhinderung und Eindämmung von Medikamentensucht. ■

## Wichtigste Quellen:

- Jahrbuch Sucht 98, herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Neuland-Verlag, Geesthacht 1997
- Jahrbuch Sucht 99, ... Geesthacht 1998
- Medikamentenabhängigkeit; eine Information für Ärzte, herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 3. Auflage, Hamm 1991
- Gerd Glaeske, Arzneimittelmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit, in: Präventivmedizin, Springer Loseblattsysteme, Stand: September 1998
- Kurt Langbein, Hans-Peter Martin, Hans Weiss: Bittere Pillen – Nutzen und Risiken der Arzneimittel, Ausgaben 1999 – 2001, Köln 1999