



GRUNDLAGEN ZUR PRÄVENTION DES MEDIKAMENTENMISSBRAUCHS IM KANTON ZÜRICH

Bestandesaufnahme und Empfehlungen

Zürich, Dezember 2012

Grundlagen zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs im Kanton Zürich
Bestandesaufnahme und Empfehlungen

Kapitel	Seite
1 Einleitung	5
2 Ausgangslage, Definition, Eingrenzung	7
2.1 Ausgangslage	7
2.2 Definition Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit	7
2.2.1 Problem «Missbrauch» und «Abhängigkeit»	7
2.2.2 Definition von Medikamentenmissbrauch gemäss WHO	7
2.2.3 Einordnung von Medikamentenmissbrauch nach ICD-10.....	8
2.2.4 Definition von Medikamentenabhängigkeit.....	8
2.3 Eingrenzungen	9
3 Bestandesaufnahme	11
3.1 Zahlen und Fakten zum Medikamentenkonsum	11
3.1.1 Medikamentenkonsum in der Schweiz.....	11
3.1.2 Medikamentenkonsum im Kanton Zürich.....	11
3.1.3 Prävalenzschätzungen zum Medikamentenmissbrauch.....	12
3.1.4 Medikamentenkonsum nach Alter und Geschlecht	12
3.1.5 Spezifität Benzodiazepin-Abhängigkeit.....	14
3.1.6 Gesundheitszustand, Konsultationen und Verschreibungspraxis.....	15
3.1.7 Verkaufszahlen der Pharmaindustrie	17
3.1.8 Politik und Werbung.....	18
3.2 Relevante/erweiterte Themenkreise	19
3.2.1 Medikamente im Strassenverkehr.....	19
3.2.2 Medikamente am Arbeitsplatz.....	20
3.2.3 Pharmakologisierung des Alltags.....	21
3.3 Präventionsprojekte und Massnahmen der ZüFAM 2001–2011	25
3.3.1 Einleitung.....	25
3.3.2 Frauen ab 40 Jahren	25
3.3.3 Senioren.....	27
3.3.4 Jugendliche	28
3.3.5 Ärzteschaft.....	29

3.3.6	Apotheker	30
3.3.7	Gesellschaft allgemein	31
3.4	Zusammenfassung	31
4	Ziele	35
4.1	Übergeordnete Ziele	35
4.2	Ziele für die Arbeit der ZüFAM	35
5	Fazit und Ausblick der ZüFAM	37
6	Feedback und Einschätzung von Fachleuten aus der Praxis	41
7	Anhang I Die wichtigsten Gruppen von Medikamenten, die ein Suchtpotenzial enthalten	45
	Anhang II Projektbeschriebe	47
	Anhang III Fragebogen Fachleute	50
	Anhang IIII Literaturliste	51
	Impressum	54

1 Einleitung

Der Missbrauch von Medikamenten ist ein anhaltend weitverbreitetes Problem, das bis anhin eher wenig thematisiert und nur wenig untersucht wurde. Die vorhandenen Daten weisen jedoch darauf hin, dass Medikamente nicht nur sinnvoll und medizinisch indiziert, sondern auch missbräuchlich verwendet werden. Medikamentenabhängige stellen – nach Tabak- und Alkoholabhängigen – die drittgrösste Suchtgruppe dar (Holzbach, 2000). Es ist deshalb nötig, das Thema «Medikamentenmissbrauch» zu enttabuisieren, differenzierter zu untersuchen und zielgruppenspezifische präventive Massnahmen einzuleiten.

Das vorliegende Dokument definiert den Begriff des Medikamentenmissbrauchs, geht auf aktuelle Zahlen und Fakten sowie auf Veränderungen über den Lauf der Zeit ein, fasst kurz den Stand relevanter Themenkreise zusammen und legt Präventionsprojekte und Massnahmen dar, die in den letzten rund zehn Jahren im Kanton Zürich im Bereich des Medikamentenmissbrauchs durchgeführt wurden. Es werden übergeordnete Ziele sowie Ziele für die Arbeit der ZüFAM formuliert. Abgerundet wird der Bericht durch ein Fazit und einen Ausblick sowie durch die zusammengefassten Einschätzungen diverser Fachpersonen aus der Praxis.

Das vorliegende Dokument baut auf dem «Konzept zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs im Kanton Zürich» auf, das 2001 von der ZüFAM verfasst und herausgegeben wurde.

Dank

Die ZüFAM dankt allen an diesem Grundlagendokument beteiligten Personen, insbesondere den Fachpersonen aus der Praxis für Ihr wertvolles Feedback und für das Beantworten des Fragebogens. Namentlich danken wir Frau Maria Hitziger, Frau Brigitte Winzeler, Herrn Alexander Bützberger, Herrn Rudolf Stohler und dem Kantonalen Beauftragten für Prävention und Gesundheitsförderung, Herrn Roland Stähli, für das Feedback.

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht ausschliesslich die männliche Form verwendet, selbstverständlich ist die weibliche aber miteingeschlossen.

> Frauen nehmen doppelt so häufig Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel ein wie Männer.

Lesen Sie mehr dazu auf Seite 12.

> Medikamentenabhängige stellen die drittgrösste Suchtgruppe im Suchthilfesystem dar, nach den Nikotin- und Alkoholabhängigen.

Lesen Sie mehr dazu auf Seite 14.

> Die Symptome chronischer Benzodiazepin-Abhängigkeit, die bereits nach 14 Tagen täglichen Konsums einsetzt, sind schwerwiegend.

Lesen Sie mehr dazu auf Seite 15.

2 Ausgangslage, Definition, Eingrenzung

2.1 Ausgangslage

Gemäss Leistungskatalog 2011 zwischen dem Zürcher Verein zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZÜVAM) und dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ) hat die ZÜFAM (Fachstelle des Vereins) aufgrund ihres zehnjährigen Bestehens den Auftrag, das Konzept aus dem Jahr 2001 zu überarbeiten und ein aktualisiertes Grundlagendokument im Bereich Prävention des Medikamentenmissbrauchs für die nächsten Jahre zu entwickeln.

2.2 Definition Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

2.2.1 Problem «Missbrauch» und «Abhängigkeit»

Das Problem des Missbrauchs und der Abhängigkeit entsteht dort, wo eine Vielfalt von psychoaktiven Wirkstoffen und Wirkstoffkombinationen unterschiedliche, zum Teil auch umstrittene Missbrauchsrisiken haben. Der Missbrauch beginnt häufig im Rahmen einer medizinischen Behandlung, denn der Übergang zwischen sinnvollem – das heisst medizinisch indiziertem – Gebrauch und Missbrauch ist fließend. Da es keine klare Grenze zwischen Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten gibt und in der Fachwelt verschiedene Auffassungen bezüglich Definitionen und Operationalisierung von «Missbrauch» und «Abhängigkeit» bestehen, existieren bis heute keine eindeutigen Zahlen zum Medikamentenmissbrauch in der Schweiz (siehe Kap. 3.1) (Maffli und Gmel, 2000).

2.2.2 Definition von Medikamentenmissbrauch gemäss WHO

Im vorliegenden Dokument und in der praktischen Arbeit der ZÜFAM wird der Begriff Medikamentenmissbrauch gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie folgt definiert:

Medikamentenmissbrauch liegt vor, wenn ein Medikament ohne medizinische Notwendigkeit oder in unnötigen Mengen konsumiert wird. Missbräuchlich können in diesem Sinne fast alle Medikamente verwendet werden, in der Praxis sind es aber vor allem psychoaktive Substanzen wie:

- Schlafmittel (Hypnotika / Sedativa)
- Schmerzmittel einschliesslich Hustenmittel (Analgetika und Antitussiva)

- Beruhigungsmittel (Tranquilizer)
- Anregungsmittel und Appetitzügler (Stimulanzien, Weckamine).

Abführmittel (Laxanzien) und Schnupfensprays nehmen unter den Medikamenten mit Missbrauchspotenzial eine Sonderstellung ein, da sie nicht psychoaktiv wirken und trotzdem häufig über längere Zeit eingenommen werden.

Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen psychoaktiven Substanzen findet sich im Anhang.

2.2.3 Einordnung von Medikamentenmissbrauch nach ICD-10

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10, International Classification of Diseases) der WHO behandelt den Medikamentenmissbrauch in Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» (Kategorien F00–F99) unter «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» (Kategorien F10–F19). Die ICD-10 unterscheidet Störungen durch: Alkohol (F10), Opioide (F11), Cannabinoide (F12), Sedativa und Hypnotika (F13), Kokain (F14), andere Stimulanzien einschliesslich Koffein (F15), Halluzinogene (F16), Tabak (F17), flüchtige Lösungsmittel (F18), multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) (www.icd10.ch/ebook/GE_DIMDletAuto_GE/F10F19.asp).

Ein missbräuchlicher Konsum kann – je nach Suchtpotenzial einer Substanz – früher oder später in eine Abhängigkeit münden. Nach der ICD-10 liegt dann eine Abhängigkeit vor, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien zutreffen:

- Innerer Zwang zum Konsum: verminderte Kontrollfähigkeit über den Konsum;
- Körperliche Entzugssymptome, wenn der Konsum gestoppt oder reduziert wird;
- Toleranzbildung: Dosis muss erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen;
- Andere Interessen werden vernachlässigt, erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung, für den Konsum oder für die Erholung vom Konsum;
- Trotz Wissen um bereits vorliegende Gesundheitsschäden wird weiter konsumiert.

Die Diagnose einer Abhängigkeit kann nur eine Fachperson (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter etc.) mit entsprechender Fachausbildung stellen (www.suchtschweiz.ch/de/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/abhaengigkeit).

2.2.4 Definition von Medikamentenabhängigkeit

In der Regel wird der Konsum grosser Mengen eines Suchtmittels zum Erleben eines Rausches als typisch für eine Abhängigkeit angesehen («Hoch-Dosis-Abhängigkeit»). Diese Verhaltensweise zeigt allerdings nur eine sehr begrenzte Gruppe der Benzodiazepin-Abhängigen, die zusätzlich oft auch Alkohol und/oder illegale Drogen missbrauchen. Viel stärker verbreitet ist die so genannte Niedrig-Dosis-Abhängigkeit. Bei dieser Art von Abhängigkeit werden Benzodiazepine über lange Zeit hinweg in der ursprünglich therapeutischen Dosierung eingenommen. Die Niedrig-Dosis-Abhängigkeit tritt vor allem bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln auf. Bei abruptem Absetzen können jedoch Entzugssymptome

auftreten, die zu einer weiteren Einnahme des Medikamentes führen. Niedrig-Dosis-Abhängige bleiben in ihrem Verhalten meist lange Zeit unauffällig.

Katrin Janhsen, Ärztin und Pharmakologin, benutzt eine sehr differenzierte Definition (DHS, Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz, 2011, S. 70):

- Bestimmungsgemässer Arzneimittelgebrauch: eine Anwendung nach der fachlich abgeklärten Indikation, in der korrekten Dosierung und der vorgeschriebenen Einnahmedauer;
- Arzneimittelfehlgebrauch: ein von der Bestimmung abweichender Gebrauch;
- Arzneimittelmisbrauch: ein vorsätzlicher oder gezielter von der Bestimmung abweichender Gebrauch;
- Arzneimittelabhängigkeit: die nicht bestimmungsgemässe, wiederholte Einnahme von Arzneimitteln, um den Effekt der Substanz wieder zu erleben.

Diese Art von Definition hilft, den verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten zu fördern und Aufmerksamkeit für erste Abweichungen zu schärfen. Mit dem Begriff «Arzmittelfehlgebrauch» kann zudem eine Stigmatisierung bei einzelnen Konsumenten verhindert werden.

2.3 Eingrenzungen

Medikamente werden aus verschiedensten Gründen und in unterschiedlichen Situationen eingenommen. Es würde den Rahmen dieses Grundlagendokuments sprengen, wenn auf alle Aspekte eingegangen würde. Die ZüFAM hat deshalb entschieden, folgende spezifische Problembereiche ausser Acht zu lassen, was jedoch nicht bedeutet, dass in diesen Bereichen kein Handlungsbedarf besteht:

- Medikamentengebrauch in der Drogenszene
- Doping im Sport
- Vorsätzliche Medikamentenvergiftung
- Suizid durch Medikamente
- Essstörungen und Medikamente.

Aufbauend auf das «Konzept zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs im Kanton Zürich», das die ZüFAM im Jahr 2001 herausgegeben hat, werden in diesem Dokument ein paar Problembereiche neu dazugenommen und bereits genannte Problembereiche differenzierter und ausführlicher behandelt.

- **Medikamente und Jugendliche:** Dieser Problembereich wurde bereits im ersten Konzept genannt. Die ZüFAM hat in den vergangenen Jahren diesbezüglich Entwicklungen beobachtet, jedoch aufgrund fehlender Datenlage keine spezifischen Projekte umgesetzt. Im Jahr 2011 hat die ZüFAM erstmals im Rahmen einer nicht repräsentativen Umfrage zusammen mit Streetwork Zürich Daten erhoben und ist nun daran

zu prüfen, ob mit weiteren Kantonen eine breiter angelegte Studie möglich wäre. Somit ist der Medikamentenkonsum Jugendlicher in diesem Grundlagendokument stärker ins Zentrum gerückt.

- **Medikamentenkonsum im Alter:** Der Medikamentenkonsum älterer Personen wurde bereits im ersten Konzept als Problembereich definiert. Seit 2001 hat die ZüFAM in diesem Bereich sehr viel erarbeitet und umgesetzt, so dass diese Thematik nun differenziert behandelt werden kann.
- **Medikamente im Strassenverkehr:** Diese Problematik wird – im Gegensatz zum Konzept von 2001 – im vorliegenden Dokument thematisiert. Dies, weil die Bedeutung des Themas zu gross ist, um hier nicht kurz darauf einzugehen. Die ZüFAM wird sich allerdings darauf beschränken, diverse Zielgruppen und Anspruchsgruppen «nebenbei» für diese Problematik zu sensibilisieren oder nur in enger Zusammenarbeit mit ASN Massnahmen zu ergreifen, da die Fachstelle Alkohol- und Drogenprävention im Strassenverkehr ASN im Kanton Zürich darauf spezialisiert ist, entsprechende Projekte und Massnahmen umzusetzen.
- **Medikamente am Arbeitsplatz:** Dieser Problembereich wird neu in diesem Dokument aufgegriffen, da die Thematik unterschätzt wird und grosser Bedarf besteht, auf die Risiken hinzuweisen. Gleichzeitig schafft das Setting Arbeitsplatz neue Möglichkeiten, um an diverse Risikogruppen zu gelangen.
- **Pharmakologisierung des Alltags:** Seit dem Konzept im Jahr 2001 hat dieser Problembereich stark an Aufmerksamkeit und Bedeutung gewonnen, so dass die ZüFAM der Meinung ist, das Thema müsse unbedingt auch in der Suchtprävention beobachtet und diskutiert werden.

3 Bestandesaufnahme

3.1 Zahlen und Fakten zum Medikamentenkonsum

3.1.1 Medikamentenkonsum in der Schweiz

Für eine Analyse des Gebrauchs von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln in der Schweizer Bevölkerung kann auf die Daten der 1992, 1997, 2002 und 2007 durchgeführten Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) zurückgegriffen werden. Es handelt sich dabei um repräsentative, telefonisch durchgeführte Befragungen bei der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren.

Die Frage nach dem Konsum irgendeines Medikamentes in den letzten sieben Tagen wurde 2007 im Vergleich zu 1992 quer durch alle Altersgruppen hindurch – zum Teil sehr viel häufiger – bejaht, obwohl in manchen Fällen der Ja-Anteil im Zeitverlauf zwischenzeitlich auch sank.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine Zunahme des Gebrauchs psychoaktiver Medikamente zwischen 2002 und 2007 hin. Dabei ist der Anstieg bei den Männern besonders ausgeprägt, auch wenn Frauen nach wie vor deutlich häufiger als Männer zu Schlaf-, Beruhigungs-, und Schmerzmitteln griffen. Bei den Schmerzmitteln wurden 2007 bei beiden Geschlechtern die höchsten Einnahmen seit der ersten SGB im Jahre 1992 beobachtet. Für Schlaf- und Beruhigungsmittel liessen sich für 2007 ebenfalls Spitzenwerte ausmachen, hier jedoch ausschliesslich bei den Männern. Allen untersuchten Medikamentengruppen gemein ist, dass sie am häufigsten im höheren Alter eingenommen werden (Maffli und Notari, 2009).

3.1.2 Medikamentenkonsum im Kanton Zürich

Die einzigen Daten für den Kanton Zürich lassen sich aus den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2007 ablesen (ISPMZ, 2009). Nachfolgend einige relevante Fakten daraus:

- 45,2% der Bevölkerung des Kantons Zürich geben an, in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen zu haben.
- Am häufigsten ist der Konsum von Schmerzmitteln. Ein Fünftel der Zürcher gibt an, in den letzten sieben Tagen Schmerzmittel konsumiert zu haben.
- Der tägliche Konsum von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist in der Deutsch-

schweiz bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung jeweils rund doppelt so hoch wie bei Personen mit Berufslehre/Matura oder höherem Schulabschluss.

- Der Anteil der Medikamente Konsumierenden hat im Kanton Zürich von 1992 bis 2007 zugenommen (von 36,5% auf 45,2%).

Sucht Schweiz hat Zahlen zum Anteil der Klienten veröffentlicht, die bei Aufnahme in eine stationäre, auf Probleme mit legalen Suchtmitteln spezialisierte Institution Medikamente als Hauptproblem oder als Nebenproblem nannten. Für den Zeitraum 2007–2010 war dies bei insgesamt 15,0% (2007), 13,9% (2008), 14,1% (2009) bzw. 11,9% (2010) der Fall. Der Anteil der Klientinnen lag dabei in all den Jahren stets über jenem der Klienten. Generell ist es wichtig zu präzisieren, dass rund 90% dieser Klienten mit Medikamentenproblemen diese als Nebenproblem bezeichneten (www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/medikamente/behandlung).

3.1.3 Prävalenzschätzungen zum Medikamentenmissbrauch

Die letzte Studie, welche die Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit in der Schweizer Gesamtbevölkerung untersuchte, wurde vor mehr als zehn Jahren durchgeführt (Maffli und Bahner, 1999). Gemäss Hochrechnungen dieser Studie wurde für die erwachsene Bevölkerung eine punktuelle Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit von mindestens 1% ermittelt. Weitere Hochrechnungen ergaben, dass bei rund 3% der erwachsenen Bevölkerung ein auffälliges Einnahmeverhalten bezüglich psychoaktiver Medikamente hinsichtlich der Dauer und/oder der Menge vorlag (Maffli und Notari. In: *abhängigkeiten*, 2/2009).

Frauen sind wesentlich häufiger betroffen als Männer. Und von denjenigen Personen, die Medikamente längerfristig einnehmen, leidet ein Drittel bewusst unter Abhängigkeitsproblemen (Maffli und Gmel, 2000).

Da aktuelle Studien zum Medikamentenmissbrauch in der Gesamtbevölkerung fehlen, stellen Daten zum Gebrauch von Arzneimitteln, die regelmässig erfasst werden, hilfreiche Indikatoren für die Einschätzung zeitlicher Trends in der Verbreitung dieser Problematik dar.

3.1.4 Medikamentenkonsum nach Alter und Geschlecht

Risikogruppe Frauen ab 40 Jahren

Eine Risikogruppe für den Gebrauch von Benzodiazepin-Derivaten stellen Frauen ab 40 Jahren dar. Mit dem Übergang in die dritte Lebensphase gehen häufig körperliche und/oder emotionale Veränderungen einher. Diese werden oftmals falsch interpretiert und medikamentös behandelt, obwohl dies nicht immer medizinisch notwendig ist. Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmittel bieten sich für so genannte Befindlichkeitsstörungen (Symptome wie allgemeine Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Schlafstörungen, Kopf- und Rückenschmerzen, Herzklopfen, Niedergeschlagenheit, Schwindel, vielfältige Ängste, Gefühle der Unsicherheit oder auch Gereiztheit) als schnelle Hilfe an.

Frauen nehmen doppelt so häufig Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel ein wie Männer. Ein Grund dafür liegt darin, dass Männer und Frauen Schmerzen und ihre Symptome unter-

schiedlich erleben und beschreiben. Bei Männern geschieht das eher auf organischer, bei Frauen eher auf psychischer Ebene, so dass Ärzte sie auch nicht gleich behandeln. Bei Männern werden die Ursachen für Beschwerden meist auf der körperlichen Ebene gesucht, bei Frauen eher auf der körperlich-seelischen, der psychosomatischen Ebene. Psychosomatische Krankheiten werden mit kombinierten Behandlungen – also körperlicher Behandlung und Psychotherapie – angegangen oder eben oft auch über lange Zeit ausschliesslich mit Psychopharmaka oder mit Medikamenten, die süchtig machen können. Frauen bekommen deshalb häufiger als Männer Medikamente mit Suchtpotenzial verschrieben. Werden diese Schlaf- und Beruhigungsmittel über längere Zeit verschrieben und eingenommen, kommt es zu einer Medikamentenabhängigkeit mit starken Nebenwirkungen.

Risikogruppe ältere Menschen

Mit fortschreitendem Alter steigt der Konsum hypnotischer Substanzen unter älteren Erwachsenen an. 65-Jährige und Ältere nehmen sie mindestens doppelt so häufig ein wie Jüngere (Schnoz et al., 2006). Zwei Drittel der Verschreibungen von Medikamenten der Benzodiazepin-Gruppe gehen an Personen, die über 60-jährig sind. Bei den Gründen für die Verschreibung stehen Befindlichkeitsstörungen sowie psychische Begleiterscheinungen von körperlichen Erkrankungen im Vordergrund. Hauptsächliche Befindlichkeitsstörung ist heute die Schlaflosigkeit (Schnoz et al., 2006). Ältere Menschen klagen oftmals über Schlafstörungen, im fehlenden Wissen darüber, dass sich das Schlafverhalten über die Lebensspanne verändert. Ihr Hausarzt verschreibt ihnen dann möglicherweise Schlafmittel auf Benzodiazepin-Basis. Häufig werden diese Medikamente daraufhin über Monate oder Jahre eingenommen. Eine mögliche Folge davon ist eine Beeinträchtigung der kognitiven und körperlichen Leistungsfähigkeit. Dies wiederum kann zu schweren Stürzen mit beispielsweise einem Oberschenkelhalsbruch und zur Hospitalisation führen. Diese Menschen werden in der Regel pflegebedürftig und können oft nicht mehr alleine wohnen. Neben der verlorenen Selbständigkeit für die betroffene Person hat diese Situation auch hohe medizinische und volkswirtschaftliche Kosten zur Folge. Ein Thema, das sehr kontrovers diskutiert wird.

Zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Bewohner von Alters- und Pflegeheimen erhält Beruhigungsmittel bzw. Hypnotika. Es gibt Hinweise darauf, dass diese auch zur Ruhigstellung von Patienten eingesetzt werden (Schnoz et al., 2006).

Konsum im Jugendalter

Die Medikalisierung beginnt bereits im Jugendalter. In Forschung und Literatur fristet der Medikamentenkonsum Jugendlicher jedoch ein Mauerblümchen-Dasein. So sind im Bericht über den Konsum psychoaktiver Substanzen in der Schweiz – der im Rahmen der international angelegten Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) entstand – bloss wenige Zeilen dem Konsum von Medikamenten gewidmet. Zu lesen steht da:

«Auch das Einnehmen von Medikamenten in der Absicht, einen psychoaktiven Effekt herbeizuführen, scheint eher eine Randerscheinung zu sein; in der HBSC-Studie 2010

gaben ungefähr 3,5% der Mädchen und 2,5% der Jungen an, schon Medikamente genommen zu haben, um sich zu berauschen.

Die hier betrachteten Anteile sind so tief, dass Analysen zu zeitlichen Entwicklungen und Unterschieden zwischen Jungen und Mädchen kaum möglich sind. Hinsichtlich allfälliger Entwicklungen zwischen 2006 und 2010 kann (...) lediglich gesagt werden, dass die Anteile 15-Jähriger, die den Gebrauch der hier betrachteten Substanzen berichten, grosso modo auf tiefem Niveau konstant geblieben sind (Windlin et al., 2011).

Die von Ferdinanda Iris Pini Züger in der Stadt Zürich auf der 2. Oberstufe durchgeführte Erhebung ergab einige interessante Erkenntnisse für die Gruppe der 13- bis 16-jährigen Schüler (Pini Züger, 2008, S. 9). So schreibt die Autorin:

«Einen regelmässigen Medikamentenkonsument (F24) bejahen 10,3% der Jungen und 12,8% der Mädchen, einen gelegentlichen bejahen 52,7% der Jungen bzw. 68,1% der Mädchen. Bei der gelegentlichen Medikamenteneinnahme sind die Schmerzmittel an erster Stelle. 57,0% der Mädchen (N = 415) und 35,8% der Jungen (N = 247) bejahen eine Schmerzmitteleinnahme. Beruhigungsmittel oder Schlafmittel nehmen 3% der Jungen (N = 21) und 5,1% der Mädchen (N = 37), was für dieses Alter ein nicht vernachlässigbarer Anteil ist. Ebenso gibt die Medikamenteneinnahme zur besseren Konzentration zu denken: 7,8% der Jungen (N = 54) und 3,4% der Mädchen (N = 25) geben an, dafür Medikamente zu brauchen» (Pini Züger, 2008, S. 27).

Medikamentenkonsument im Jugendalter (%)			Gelegentlicher Medikamentenkonsument (%)			
	Regelmässiger Konsum	Gelegentlicher Konsum	Schmerzmittel	Beruhigungs- und Schlafmittel	Mittel für die Konzentration	
Junge	10,3%	52,7%	35,8%	3%	7,8%	
Mädchen	12,8%	68,1%	57%	5,1%	3,4%	

Die ZüFAM erhob im Jahr 2010 in Zusammenarbeit mit Streetwork einige Zahlen im Rahmen einer nicht repräsentativen Umfrage unter 15- bis 20-jährigen Jugendlichen. Aus den Ergebnissen konnte abgeleitet werden, dass der Medikamentenkonsument unter den befragten Jugendlichen ein beachtliches Volumen aufwies, die Einnahme in der Mehrzahl der Fälle jedoch als gut begründet angesehen werden durfte. Die Tatsache, dass viele Jugendliche auf die Frage nach den jeweiligen Motiven für den Medikamentenkonsument nicht antworteten, liess allerdings viel Raum für Spekulationen (ZüFAM, 2011).

3.1.5 Spezifität Benzodiazepin-Abhängigkeit

Medikamentenabhängige stellen die drittgrösste Suchtgruppe im Suchthilfesystem dar, nach den Nikotin- und Alkoholabhängigen (Holzbach, 2000). Kennzeichnend für Benzodiazepin-Abhängige ist das fehlende Krankheitskonzept. Des Öfteren erkennen weder die Ärzte noch die Betroffenen die Abhängigkeit. Da Tabletten «keine Fahne machen»

und Intoxikationserscheinungen nicht erkannt werden, fallen Benzodiazepin-Abhängige jahrelang nicht auf (Holzbach, 2000). Es handelt sich um eine so genannte stille Sucht, von der vor allem Frauen und ältere Menschen betroffen sind. Die Symptome chronischer Benzodiazepin-Abhängigkeit, die bereits nach 14 Tagen täglichen Konsums einsetzt, sind schwerwiegend. Sie zeigen sich typischerweise in einer leichten kognitiven Beeinträchtigung, einer fehlenden körperlichen Spannkraft und einem Mangel an gefühlsmässiger Beteiligung an der Umwelt. Ausserdem gestaltet sich der Benzodiazepin-Entzug sehr schwierig und ist häufig von Reboundeffekten begleitet. So können Menschen mit Schlafstörungen nach Absetzen des Schlafmittels unter schwereren, über längere Zeit anhaltenden Schlafstörungen leiden, als dies vor Einnahme des Medikamentes der Fall war.

3.1.6 Gesundheitszustand, Konsultationen und Verschreibungspraxis

Gesundheitszustand

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung stuften 88% der Männer und 85% der Frauen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Insgesamt sind dies 87% der Bevölkerung ab 15 Jahren. Mit zunehmendem Alter nimmt dieser Wert von 96% (15- bis 24-Jährige) auf 65% (75-Jährige und Ältere) kontinuierlich ab. Deutliche Unterschiede lassen sich je nach Ausbildungsgrad ausmachen: Während 93% der Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einstufen, sind es unter jenen ohne nachobligatorische Ausbildung bloss 72%.

27% der Bevölkerung weisen ein dauerhaftes Gesundheitsproblem auf, wobei Frauen geringfügig stärker davon betroffen sind als Männer. Grosse Unterschiede zeigen sich über die Alterskategorien hinweg, was nicht weiter erstaunt. Die vier häufigsten Beschwerden sind Rücken- und Kreuzschmerzen, worunter 43% der Bevölkerung ein bisschen oder stark leiden, das Gefühl allgemeiner Schwäche, Müdigkeit oder Energielosigkeit (42%) sowie mit je über einem Drittel an Betroffenen Kopfschmerzen und Einschlafstörungen (Bundesamt für Statistik, 2007).

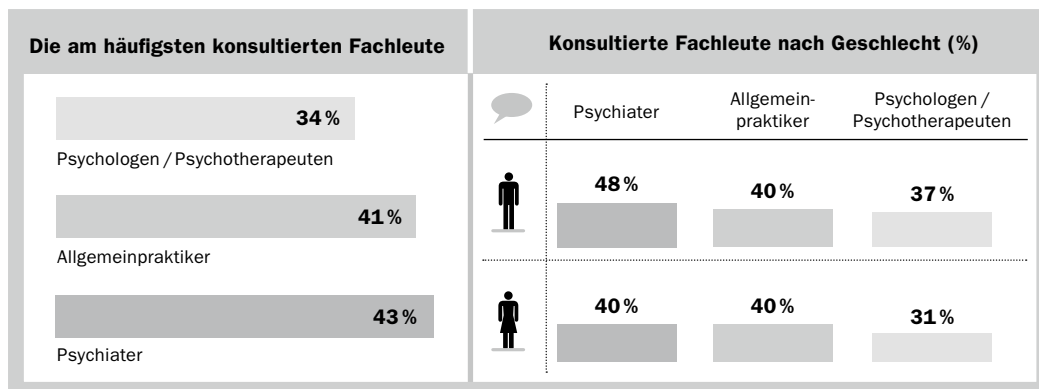
Diese Beschwerden zählen vorwiegend zum Formenkreis der psychosomatischen Störungen. Menschen, die darunter leiden, wenden sich mit Vorteil an Fachleute, die zwischen organischen und psychosomatischen Störungen unterscheiden und eine adäquate Behandlung gewährleisten können.

Konsultationen

Hierzu hat die Schweizerische Gesundheitsbefragung ergeben, dass 80% der Bevölkerung (73% der Männer und 86% der Frauen) in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen Arzt aufsuchten (Bundesamt für Statistik, 2007).

5% der Bevölkerung (6% der Frauen und 4% der Männer) waren innerhalb eines Jahres wegen psychischer Probleme in Behandlung. Bei den unter 26-jährigen sowie den über 65-jährigen Personen sind derartige Konsultationen seltener als bei den Angehörigen der übrigen Altersgruppen, wie dem Bericht zu entnehmen ist, in dem weiter ausgeführt wird: «Die am häufigsten konsultierten Fachleute sind Psychiater (43%) und Allgemeinpraktiker (41%), gefolgt von Psychologen/Psychotherapeuten (34%). Männer wenden sich deutlich häufiger an einen Psychiater (48%) als an einen Allgemeinpraktiker (40%) oder

einen Psychologen / Psychotherapeuten (37 %). Frauen suchen etwa gleich häufig einen Allgemeinpraktiker wie einen Psychiater auf (40 %), aber ebenfalls seltener einen Psychologen oder Psychotherapeuten (31 %). Jede zehnte Frau zieht zur Behandlung eines psychischen Problems eine nichtmedizinische Fachperson (Tanz- oder Maltherapeut, Schamane usw.) zu Rate.



Personen, die unter mittleren oder hohen psychischen Belastungen leiden, lassen sich deutlich häufiger wegen psychischer Probleme behandeln als andere. Allerdings stellen die Personen, die sich in Behandlung begeben, eine Minderheit dar – selbst unter jenen, die über hohe psychische Belastungen berichten (Bundesamt für Statistik, 2007).

Verschreibungspraxis

6 % bis 8 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, vor allem Benzodiazepin und Codein. Diese werden zu oft unsachgemäß verschrieben oder abgegeben. Psychotrope Arzneimittel wie beispielsweise Schlafmittel und Tranquilizer des Typs Benzodiazepin und Barbitursäure, zentral wirkende Schmerzmittel, codeinhaltige Medikamente oder auch Psychostimulanzien sind rezeptpflichtig. Rund ein Drittel dieser Mittel wird in Deutschland nicht wegen akuter Probleme, sondern langfristig zur Suchterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet (Glaeske, 2000).

In der Schweiz liegen kaum Informationen zum ärztlichen Verhalten vor. Die überwiegende Mehrzahl der Medikamente wird jedoch vom Arzt verschrieben. Darum ist es notwendig, dass die Verschreibungspraxis, die Arzt-Patienten-Beziehungen und das Wissen der Ärzte in Bezug auf die Medikamentenabhängigkeit untersucht und diskutiert werden. Es steht ausser Frage, dass bei den rezeptpflichtigen Medikamenten dem behandelnden Arzt eine entscheidende Rolle als Kontroll- oder Steuerinstanz in der Prävention des Medikamentenmissbrauchs zukommt. Es gibt Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass die gezielte Weiterbildung in Behandlungsstrategien bei Benzodiazepin-Verschreibungen durchaus eine erfolgreiche Strategie sein kann (Harrer und Georgen, 1987).


Die Apotheken spielen sowohl bei rezeptfreien als auch bei rezeptpflichtigen Medikamenten eine entscheidende Rolle. Allerdings ist es sehr schwierig, beim Auftreten von Missbrauch einzuschreiten, da die Persönlichkeitsrechte des Kunden nicht verletzt werden

dürfen. Bei rezeptfreien Medikamenten kann die Apotheke im Missbrauchsfall im Grunde nur die Abgabe verweigern. Ob dies der betroffenen Person hilft, ist schwierig abzuschätzen. Nach Meinung erfahrener Apotheker eher nicht. Ein Gespräch kann aber oft sehr nützlich sein. Eine weitere mögliche Massnahme bei vermutetem Missbrauch ist das Einfordern der persönlichen Daten. So können die Patienten bei den darauffolgenden Bezügen auf ihr Einnahmeverhalten angesprochen werden, was anscheinend recht guten Erfolg zeigt. Es gibt Apotheken, die bei Medikamenten mit Suchtpotenzial die generelle Angabepflicht für die persönlichen Daten eingeführt haben, wobei sich die Frage nach der Rechtsgrundlage dafür stellt.

3.1.7 Verkaufszahlen der Pharmaindustrie

Der Gesamtumsatz des Medikamentenmarktes Schweiz verzeichnete seit der Erfassung von Marktdaten bis 2009 nie einen Rückgang. 2010 sah dies erstmals anders aus. Der Umsatz sank von 4,88 Milliarden Franken im Vorjahr auf 4,82 Milliarden Franken, was einer Einbusse in der Höhe von 1,3% entspricht. Die Gründe dafür sind in Preissenkungen bei Originalmedikamenten sowie im Ablauf von Patenten umsatzstarker Medikamente zu finden.

Mit Blick auf die Absatzkanäle sah es 2010 folgendermassen aus:

	Apotheken	Selbstdispensierende Ärzte	Spitäler	Drogerien
Umsatz in CHF	2530,7 Mio.	1182,4 Mio.	1022,4 Mio.	86,9 Mio.
Verkaufte Packungen	114,4 Mio.	36,8 Mio.	43,7 Mio.	10,4 Mio.

Bei der Betrachtung der Entwicklung des Marktes für Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial für den Zeitraum 2006–2010 lassen sich bei den grössten Gruppen nur geringfügige Veränderungen feststellen. Die mit Abstand absatzstärkste Gruppe der Schmerzmittel liegt mit 22,67 Millionen Packungen im Jahr 2010 etwas über dem Vergleichswert von 2006, dafür auch etwas unter den Werten der Jahre 2007–2009. Bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln sind geringfügige Schwankungen

Umsatz verschiedener Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial in Mio. Packungen

Schmerzmittel	22,14 Mio.	23,06 Mio.	23,29 Mio.	23,40 Mio.	22,67 Mio.
Schlafmittel	4,49 Mio.	4,48 Mio.	4,54 Mio.	4,50 Mio.	4,57 Mio.
Beruhigungsmittel	2,96 Mio.	2,97 Mio.	2,96 Mio.	2,90 Mio.	2,92 Mio.
Antidepressiva	2,76 Mio.	2,92 Mio.	3,05 Mio.	3,10 Mio.	3,19 Mio.
	2006	2007	2008	2009	2010

Umsatz 2011 in Millionen Franken auf Basis Herstellerabgabepreise. *Quelle: Auskunft Interpharma 2012*

festzustellen. 2010 wurden 4,57 Millionen bzw. 2,92 Millionen Packungen abgesetzt. Dagegen ist bei den Antidepressiva ein kontinuierlicher Anstieg von 2,76 Millionen verkaufter Packungen im Jahr 2006 auf 3,19 Millionen im Jahr 2010 zu verzeichnen. Mit 163,9 Millionen CHF wiesen die Antidepressiva 2010 den weitaus höchsten Umsatz auf. Im Vergleich dazu betrug jener für Schmerzmittel «bloss» 113,9 Millionen CHF (www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/medikamente/handel).

3.1.8 Politik und Werbung

Politik

Im Kanton Zürich wurde die Volksinitiative «Ja zur Wahlfreiheit beim Medikamentenbezug» am 30. November 2008 von den Stimmberechtigten gutgeheissen. Sie sprachen sich damit für eine Freigabe der ärztlichen Medikamentenabgabe auf dem ganzen Kantonsgebiet aus.

Der Termin der Inkraftsetzung wurde letztlich auf den 1. Mai 2012 festgesetzt. Die Apotheker erhielten eine Erweiterung ihrer Kompetenzen als Grundversorger (z. B. Impfen). Einen ersten Schritt in diese Richtung stellte das neue Heilmittelgesetz HMG dar, das am 1. Januar 2002 in Kraft trat und vorsah, gewisse bis anhin rezeptpflichtige Medikamente der Kompetenz der Apotheken zu unterstellen (Medienmitteilung des Apothekerverbands des Kantons Zürich, AVKZ, vom 23. September 2011).

In der Heilmittelverordnung von Mai 2008 wurden die Regelungen betreffend Betäubungsmittel im Wesentlichen übernommen. Bezüglich der Einsicht in das Verzeichnis über die Behandlung betäubungsmittelabhängiger Personen ist ergänzend zum neuen Paragraphen 8 auch Artikel 45 Absatz 5 der Verordnung über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe beachtenswert, wonach der Apotheker bei Verdacht auf Missbräuche gegebenenfalls mit dem verschreibenden Arzt oder mit der zuständigen kantonalen Behörde die notwendigen Abklärungen zu treffen hat. Neu wird unter Paragraph 10 Verschreibung von Heilmitteln festgehalten: *«(...) Damit ein Missbrauch verhindert und die ärztliche Kontrolle gewährleistet werden kann, soll die Gültigkeit von Rezepten neu auf ein Jahr bzw. bei Dauerrezepten auf zwei Jahre beschränkt werden. (...) Für Betäubungsmittel hält zudem die Betäubungsmittel-Gesetzgebung fest, dass Rezepte eine Gültigkeit von einem Monat haben.»*

Werbung

Die Werbung für rezeptpflichtige Medikamente ist in der Schweiz verboten. Erfahrungen in den USA, die die Bewerbung von rezeptpflichtigen Medikamenten erlauben, zeigen, dass in der Folge die Patienten grossen Druck auf die Ärzte ausüben. Denn Werbung wirkt: Gemäss Statistiken ist die Zahl der Verschreibungen von beworbenen Medikamenten neun Mal höher als von solchen, die nicht aktiv beworben werden. Der Gesamtumsatz mit rezeptpflichtigen Medikamenten liegt in den USA bei 291 Milliarden USD (2008) («TagesWoche», 14.3.2012).

Eine weitere Problematik taucht dort auf, wo themenfremde Kampagnen mit Sucht oder Medikamenten werben. Beispielsweise suggerierte Arosa mit dem Slogan «Warnung:

Arosa kann süchtig machen», dass es durchaus angenehm sein kann, süchtig zu sein. In der Kampagne «Reiseapotheke für Manager» von Microsoft wird die Botschaft vermittelt, dass es gegen sämtliche Beschwerden (Flugangst, Stress, Magenkrämpfe) eine Tablette gibt und gegen Laptop-Beschwerden ein Programm.

3.2 Relevante/erweiterte Themenkreise

3.2.1 Medikamente im Strassenverkehr

Zahlreiche Medikamente können bei sachgerechter Anwendung und – in verstärktem Ausmass – bei gezieltem Missbrauch zu Leistungseinbussen führen, die insbesondere im Strassenverkehr folgeschwer sein können. Vor allem Arzneimittel mit sedierender, also dämpfender, Wirkung vermindern die Fahrtüchtigkeit. Negative Wirkungen sind in Bezug auf Sehschärfe, Aufmerksamkeit, Konzentration, Feinmotorik und Reaktionsvermögen zu erwarten (Pallenbach, 2009). Nach aktuellen Schätzungen sind bei 3% bis 10% aller Verkehrsunfälle Arzneimittel beteiligt. Am häufigsten werden Unfälle als Folge der Einnahme von Benzodiazepinen beobachtet.

Eine pauschale Bewertung einzelner Wirkstoffe ist jedoch nicht möglich. Ebenso wenig können für Medikamente Grenzwerte im Strassenverkehr festgelegt werden. Die Informationen auf dem Beipackzettel reichen oft nicht aus. Umso wichtiger ist es, dass der behandelnde Arzt oder der Apotheker mit dem Patienten zusammen die individuelle Situation abschätzt, Einschränkungen bespricht und entsprechende Massnahmen vorschlägt.

Eine grobe Einschätzung der Bedeutung einzelner Medikamentengruppen im Strassenverkehr kann dennoch vorgenommen werden. So können folgende (Neben-)Wirkungen eine Gefahr darstellen, so dass unbedingt mit dem Arzt oder Apotheker Rücksprache genommen werden muss:

- Starke Schmerzmittel können das Reaktions- und Aufmerksamkeitsempfinden sowie die Sehleistung beeinträchtigen, Benommenheit oder extreme Stimmungsschwankungen verursachen.
- Unter den Antiallergika, die oral eingenommen werden, gibt es einige, die stark beruhigend wirken.

Bei den folgenden Medikamentengruppen sollte gänzlich aufs Fahren verzichtet werden:

- Starke Schlafmittel führen zu einer stark erhöhten Reaktionszeit.
- Psychostimulanzien (z. B. Partydrogen) haben eine enthemmende Wirkung.
- Psychopharmaka (vor allem Antidepressiva und Neuroleptika) entfalten zu Beginn ihrer Einnahme eine besonders starke Wirkung auf die Psyche, weshalb in den ersten 10–15 Tagen des Konsums auf das Autofahren gänzlich verzichtet werden sollte. Auch über diese Zeit hinaus bergen sie das Risiko eines reduzierten Reaktionsvermögens sowie einer gewissen Gleichgültigkeit gegenüber äusseren Reizen oder Gefahren.

Ebenso gilt es die (Neben-)Wirkungen von Mitteln gegen Bluthochdruck, Diabetes, Erkältung, Muskelverspannungen und Augenerkrankungen sowie von Kortison zu beachten. Zusammengefasst bedeutet dies: Wenn (vor allem verschreibungspflichtige) Medikamente eingenommen werden müssen, sollen die Einschränkungen auf die Fahrfähigkeit immer mit dem behandelnden Arzt oder dem Apotheker besprochen werden.

Ausführlichere Informationen zum Zusammenhang von Medikamentenkonsum und den Gefahren im Strassenverkehr sind auf der Homepage der Fachstelle ASN zu finden (www.fachstelle-asn.ch).

Allgemein kann festgehalten werden, dass die Toleranzwirkung individuell verschiedene Konsequenzen hat und dass bei Mischkonsum besondere Vorsicht geboten ist. Je nach Symptom kann das Fahren ohne Medikamente noch gefährlicher sein, so dass bloss der Verzicht auf das Fahren sicherer ist.

3.2.2 Medikamente am Arbeitsplatz

Das Thema «Medikamente am Arbeitsplatz» ist nach wie vor in weiten Kreisen ein Tabuthema. Gerade deshalb kommt den verantwortlichen Akteuren in den Betrieben eine besonders wichtige Funktion zu: Sie sollten sich informieren und sich aktiv kümmern um die damit zusammenhängenden Fragen der Arbeitssicherheit, der rechtlich möglichen Vorgehensweisen, sollte ein solches Problem unter Mitarbeitenden auftauchen, sowie um die Prävention im Rahmen des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten.

Genauso wie hinsichtlich der Fahrtüchtigkeit sehen Mediziner auch bezüglich Arbeitsfähigkeit eine Beeinträchtigung durch die Einnahme diverser Arzneimittel – vor allem in der Einstellungsphase, während der sich der Körper nach erstmaliger Einnahme des Medikamentes auf die entsprechende Dosis einstellen muss.

So wirken beispielsweise verschiedene Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmittel) – je nach Dosierung – noch am nächsten Tag, was zu Sicherheitsrisiken führen kann, zum Beispiel aufgrund:

- verminderter Konzentrationsfähigkeit
- beeinträchtigter Muskelfunktion und reduzierter Koordinationsfähigkeit
- des reduzierten Reaktions- und Leistungsvermögens
- von Schwindel, Müdigkeit, Schlafstörungen und Unruhe.

Diese Folgen sind der langen Verweildauer des Wirkstoffs im Blut zuzuschreiben, was zu diesem Hangover-Effekt führen kann (DHS, Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz, 2011).

Untersuchungen haben psychische Belastung als eine wesentliche Ursache für den Konsum von Medikamenten ausgewiesen. Jede zweite befragte Person war demnach von Schlafproblemen betroffen. Der Studie zufolge (Studie der Techniker Krankenkasse, in: DHS, Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz, 2011) war der Stressfaktor Nummer eins der Job. Psychische Erkrankungen bildeten die vierthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit.

Im Gesundheitsreport 2009 der Deutschen Angestellten Krankenkasse gaben zudem 5 % der Personen an, schon einmal den Versuch unternommen zu haben, mit Medikamenten ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz zu steigern. 20 % hatten bereits ohne medizinische Indikation zu Medikamenten gegriffen, um Konzentration, Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen anzuregen (Online-Umfrage des Wissenschaftsmagazins «Nature»). In Bezug auf den betrieblichen Alltag stellt sich die Frage: Wie ist es möglich, Beschäftigte mit Medikamentenproblemen zu erkennen? Dramatische Auffälligkeiten am Arbeitsplatz sind eher selten, handelt es sich doch um eine «stille Sucht». Viel eher können Einschränkungen der Leistungsfähigkeit über einen längeren Zeitraum als Erscheinungsbild einer Medikamentenabhängigkeit auftreten. Ist ein solches Indiz erkennbar, muss das Ziel sein, die Auffälligkeit frühzeitig anzusprechen, um einer Verfestigung oder Verstärkung der Probleme vorzubeugen und zugleich Wege interner oder externer Unterstützung mittels Beratung aufzuzeigen, die betroffene Personen darin bestärkt, das beanstandete Verhalten zu korrigieren.

Aus präventiver Sicht bieten sich einem Betrieb verschiedene Handlungsmöglichkeiten, die am besten in ein betriebliches (Gesamt-)Konzept eingebunden werden:

- die Gefährdungsbeurteilung aller Arbeitsplätze
- die bedarfsorientierte Analyse psychischer Belastungen
- die arbeitsmedizinische Vorsorge bei Risikotätigkeiten
- Informations- und Aufklärungsaktivitäten zur Gefahr des Missbrauchs bzw. der Abhängigkeit bei Einnahme psychotroper Medikamente über einen längeren Zeitraum.

3.2.3 Pharmakologisierung des Alltags

In den letzten Jahren ist der Umgang mit den so genannten kleinen Helfern des Alltags mehr und mehr zu einer fast selbstverständlichen Normalität geworden. Leistungssteigernde Produkte in Form von Energy-Drinks, Medikamente wie Viagra und Functional Food (Lebensmittel, die mit Zusatzstoffen, Mineralien, Vitaminen etc. angereichert sind) sowie rezeptfreie Medikamente, die mit Neuro-Enhancement-Attributen beworben werden (z. B. Anti-Stress-Kapseln: Turbo fürs Gehirn), haben längst Einzug in den Alltag von Erwachsenen und auch Jugendlichen gehalten. Unterstützt wird diese Entwicklung durch den erleichterten Medikamentenzugang via Internet und die intensive Werbung für rezeptfreie Medikamente, die die Selbstverständlichkeit und Harmlosigkeit von Selbstmedikation vorgibt (Berger, 2011).

Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass in der Schweiz ein Anstieg des Medikamentenmissbrauchs zu verzeichnen ist (siehe Kapitel 3.1).

Neuro-Enhancement

Folgende Ausführungen sind zu einem Grossteil, teilweise textgetreu, folgender Quelle entnommen: Berger Christa, Pharmakologisches Neuro-Enhancement, Auslegeordnung für die Suchtprävention. 2011.

«**Enhancement**» (engl.) bedeutet Erweiterung, Steigerung, Verstärkung sowie Optimierung und Verbesserung. Der Begriff bezieht sich auf Eingriffe, die nicht therapeutischen oder präventiven Zwecken, sondern verbessernden Zielen dienen. Es geht beim Enhancement darum, einen gesunden körperlichen Zustand zu verbessern.

Neuro-Enhancement bezeichnet im Speziellen biomedizinische Interventionen im Nervensystem einer Person, die geeignet sind, deren kognitive, emotionale oder motivationale Eigenschaften in gewünschter Weise zu verbessern.

Beim **pharmakologischen Neuro-Enhancement** geht es um Massnahmen zur gezielten Verbesserung geistiger Fähigkeiten und emotionaler Befindlichkeit bei Gesunden mit Hilfe von Psycho- und Neuropharmaka. Es steht für die nicht medizinisch indizierte Verabreichung von Medikamenten (**Off-Label Use**), die ursprünglich für Krankheitsbilder wie ADHS, Narkolepsie, Depression oder Demenz entwickelt wurden (Berger, 2011).

Die Debatte rund um pharmakologisches Neuro-Enhancement polarisiert. Sie ist geprägt von optimistischen Verheissungen auf der einen Seite und ablehnender Skepsis auf der anderen Seite. Für die einen handelt es sich um segensreiche Wundermittel zur Verstärkung menschlicher Potenziale und zur Kompensierung biologischer Defizite, für die anderen ist es ein unethischer Eingriff ins menschliche Gehirn. Fragen nach der Sicherheit, der sozialen Gerechtigkeit, des fairen Wettbewerbs, des gesellschaftlichen Drucks oder der Auswirkungen auf die Persönlichkeit werden aufgeworfen. Menschen haben schon immer versucht, ihre Fähigkeiten zu steigern und ihre Leistungsgrenzen zu erweitern (Berger, 2011). Was ist also neu daran?

Die Befunde zur Wirksamkeit von Psycho- und Neuropharmaka bei Gesunden sind bislang eher ernüchternd bzw. widersprüchlich. Zurzeit gibt es kein Medikament, mit dem sich das Denkvermögen massgeblich verbessern liesse. Substanzen wie Methylphenidat (Ritalin) oder Modafinil steigern die Wachheit und Konzentrationsfähigkeit, aber machen nicht klüger. Dennoch wäre ein beachtlicher Teil der Bevölkerung dazu bereit, pharmakologisches Neuro-Enhancement zu betreiben, wenn die Substanzen sicher und frei zugänglich wären.

Gefährlich sind die allfälligen Nebenwirkungen, die möglichen Langzeitschäden, das Suchtpotenzial sowie die Risiken des unkontrollierten Medikamentenbezugs via Internet.

Die gesellschaftliche Diskussion um das Thema Neuro-Enhancement steht noch am Anfang.

Die Suchtprävention wird die Entwicklung in Bezug auf das pharmakologische Neuro-Enhancement weiter verfolgen und über ihre Rolle und Aufgabe in diesem Themenfeld diskutieren. Wissenschaftliche Erkenntnisse über das Suchtpotenzial von pharmakologischen Neuro-Enhancern fehlen. Ein gewisses Abhängigkeitsrisiko besteht aber bei allen

Stimulanzien, bedingt durch den spezifischen Wirkmechanismus am dopaminergen System (Belohnungssystem im Gehirn). Und viele Mittel haben erst bei wiederholter Einnahme eine positive Wirkung auf die Aufmerksamkeit oder die Stimmung, so dass eine allfällige Gewöhnung oder die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit durchaus möglich erscheint. Das grösste Abhängigkeitsrisiko besteht bei den Amphetaminen, gefolgt von Methylphenidat (Ritalin). Dabei spielen Dosis und Applikationsform eine grosse Rolle. Bei Kindern und Erwachsenen, die jahrelang Ritalin in Tablettenform zu Therapiezwecken eingenommen haben, hat man bislang keine Abhängigkeitsentwicklung nachgewiesen (Berger, 2011).

Im Weiteren gilt es, sich dem Phänomen der verbreiteten Selbstmedikation im Alltag verstärkt zu widmen. Es geht auch darum, zu erkennen, dass sich die Grenzen zwischen klassischen Drogen, Medikamenten sowie Doping- und Lifestyle-Präparaten immer mehr verwischen. Für viele Menschen ist es zunehmend selbstverständlich, moderne Nahrungsergänzungs- und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens, der körperlichen Fitness oder der geistigen Leistungsfähigkeit einzunehmen. Es ist davon auszugehen, dass der Einstieg in den Medikamentenmissbrauch bzw. in den zweckentfremdeten Medikamentenkonsum durch die alltägliche Selbstmedikation mit scheinbar harmlosen, nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten begünstigt wird. Bereits Kinder gewöhnen sich an die Selbstmedikation und daran, Symptome zu bekämpfen, anstatt sich mit den zugrunde liegenden Problemen und Herausforderungen auseinanderzusetzen (Berger, 2011).

Schliesslich gilt es darauf hinzuweisen, dass Neuro-Enhancement ein attraktives Medienthema ist. Die Verheissungen sind spektakulär, auch ein bisschen anrühlich, und das Thema bietet Raum für Träume, aber auch für Ängste.

Ritalin

Einem Medikament gebührt besondere Aufmerksamkeit: Ritalin. Allerdings richtet sich unser Fokus auf die zweckentfremdete Verwendung von Ritalin bei Gesunden, nicht auf die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit einem vermuteten Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS). Der Off-Label Use von Ritalin zur kognitiven und körperlichen Leistungssteigerung sowie der Missbrauch als Partydroge stehen hier entsprechend im Mittelpunkt.

Der Wirkstoff Methylphenidat wirkt an- und aufregend, beseitigt Müdigkeit und Hemmungen. Er steigert kurzzeitig die körperliche Leistungsfähigkeit, hemmt Appetit und wirkt euphorisierend. Die Substanz ist dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt. Im Sport wird Ritalin auf der Liste der Dopingmittel geführt.

Der Verkauf von Methylphenidat, und auch von Ritalin, hat deutlich zugenommen (Quelle: Marktforschungsinstitut IMS Health). Gemäss der Heilmittelbehörde Swissmedic hat sich der Ritalin-Verbrauch in der Schweiz seit 1996 nahezu verzehnfacht. Eine Entwicklung, die

wohl kaum nur mit der Behandlung des «Zappel-Philipp»-Syndroms erklärt werden kann. Dennoch hat eine kürzlich publizierte Studie eine starke Zunahme der Abgabe von Ritalin an Schulkinder im Kanton Zürich ermittelt, wobei Knaben viermal häufiger mit diesem Medikament behandelt werden als Mädchen (Berger, 2011). In Grossstädten gibt es Schulklassen, in denen bis zu einem Viertel der Kinder Methylphenidat schluckt. Mit dem Medikament wird inzwischen bereits auf Schulhöfen «gedeckt» (Pallenbach, 2009). Experten vermuten daher, dass es oft zu unkritisch und vorschnell eingesetzt wird. Deshalb empfiehlt sich dringend eine sorgfältige Anamnese durch einen erfahrenen Facharzt. Auch sollte die Behandlung stets multimodal erfolgen, es sollten neben der Pharmakotherapie also weitere Behandlungsmethoden wie die Psychotherapie und ein Coaching angewandt werden.

Ritalin wird auch als Hirndoping-Mittel und Partydroge missbraucht (swissinfo.ch, 2011). Auf dem Schwarzmarkt haben Medikamente gegen ADS einen hohen Stellenwert. Zur Verwendung als Rauschdroge werden die Tabletten zumeist oral eingenommen oder auch pulverisiert durch die Nase gezogen. Die Hersteller warnen im Beipackzettel vor einem *psychischen* Abhängigkeitspotenzial bei nicht bestimmungsgemäsem Gebrauch. Die vereinfachende Aussage, dass Methylphenidat zwangsläufig süchtig machen würde, ist aber nicht haltbar. Neuere Untersuchungen zeigen, dass gerade ADS-Patienten, denen eine angemessene Pharmakotherapie vorenthalten wird, ein erhöhtes Suchtrisiko aufweisen. Kinder und Jugendliche mit ADS, die medikamentös behandelt wurden, scheinen weniger suchtgefährdet zu sein als unbehandelte Betroffene. Nur bei bewusst missbräuchlicher Verwendung oder unangemessen hoher Dosierung besteht die Gefahr einer Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung (Pallenbach, 2009).

Zugenommen hat gemäss einer Statistik der Zürcher Regierung vom April 2010 auch die verabreichte Wirkstoffmenge. Dies muss insofern zu denken geben, als die stimulierenden Wirkstoffe Methylphenidat und Modafinil ein psychisches Abhängigkeitsrisiko (Suchtrisiko) aufweisen. Die seelische Abhängigkeit ist hierbei insbesondere durch das dominierende Verlangen gekennzeichnet, die durch die Einnahme dieser Stoffe hervorgerufenen, subjektiv als angenehm und entlastend empfundenen Effekte erneut erleben und erfahren zu wollen (Poser und Poser, 1996. In: DHS, Hirndoping, die Position der DHS). Aus diesen und anderen Gründen werden Methylphenidat und Modafinil als hoch problematisch für die Anwendung ausserhalb ihrer zugelassenen Indikationen beurteilt (Kipke et al., 2011. In: DHS, Hirndoping).

Die langfristigen Nebenwirkungen des Ritalin-Konsums durch Nicht-ADHS-Patienten stellen gemäss Suchtexperten ein Fragezeichen dar, da entsprechende Untersuchungen bisher fehlen.

3.3 Präventionsprojekte und Massnahmen der ZüFAM 2001 – 2011

3.3.1 Einleitung

Das Ableiten und Entwickeln der verschiedenen ZüFAM-Projekte basierte zum einen auf der ersten Auflage des ZüFAM-Konzepts zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs im Kanton Zürich aus dem Jahr 2001, das eine umfassende Bestandesaufnahme des Themas für den Kanton Zürich lieferte, zum anderen auf der Kontaktaufnahme und Vernetzung mit verschiedenen Organisationen und Institutionen auf kantonaler, überkantonaler und nationaler Ebene.

Daraus liessen sich verschiedene Projekte ableiten. So wurden die Risikogruppen einer Medikamentenabhängigkeit mittels verschiedener Massnahmen sensibilisiert, was speziell für Frauen ab 40 Jahren und Senioren galt. Im Weiteren wurden auch Massnahmen umgesetzt, die sich an Multiplikatoren und Fachpersonen richteten, insbesondere an interkulturelle Vermittler, die Ärzteschaft, Apotheker, Pflege- und Suchtpräventionsfachleute. Dabei stand nebst der Wissensvermittlung besonders die Schulung in Früherkennung und Frühintervention im Mittelpunkt der Massnahmen. Über die Jahre wurden zusätzlich verschiedene Publikationen zur Enttabuisierung, Sensibilisierung und Wissensvermittlung veröffentlicht.

Erklärung zum Schema

Im Folgenden werden einzelne Projekte schematisch dargestellt. Es wird zwischen Massnahmen unterschieden, die eher das Verhalten einer Person im Fokus haben, und Massnahmen, die sich auf Verhältnisse und Strukturen beziehen. Ebenfalls findet eine Unterscheidung statt zwischen individuumsbezogenen Massnahmen und Massnahmen, die sich auf eine grosse Gruppe beziehen. Ausführlichere Informationen zu ausgewählten Projekten finden sich im Anhang.

3.3.2 Frauen ab 40 Jahren

	Verhaltensbezogen	Verhältnisbezogen
Individuum	<ul style="list-style-type: none"> • Projekt «Mitten im Leben – und jetzt?» (siehe Projektbeschrieb im Anhang) • DVD «Benzo & Co.» • Schulung interkultureller Vermittler 	
Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Bella donna I und II (siehe Projektbeschrieb im Anhang) • Broschüre «Schlaf- und Beruhigungsmittel: Die Risiken» 	

Fazit

Es handelt sich um eine heterogene, schwer zu erreichende Zielgruppe, nicht zuletzt aufgrund der Tabuisierung des Themas. Die Erfahrungen lassen folgende Schlüsse zu:

- Es ist empfehlenswert, das Thema des Medikamentenmissbrauchs über «Umwege»

anzusprechen (z. B. kritische Lebensereignisse als mögliche Auslöser) und via Themen, die in Zusammenhang mit einer Abhängigkeit relevant sind (z. B. Wohlbefinden, Stressbewältigungsstrategien, Erwerbstätigkeit, Vernetzung), da der Begriff «Medikamentenabhängigkeit» abschreckend wirken kann.

- Die Sensibilisierung und die Wissensvermittlung sind zentral. Bewährt haben sich kleinere moderierte Gesprächsrunden, da bei dieser Thematik ein hohes Bedürfnis nach Austausch und Diskussion in einem «intimen Rahmen» besteht. Hinsichtlich der Verfassung und Verbreitung einer Informationsbroschüre hat sich gezeigt, dass auch eher unkonventionelle Wege beschritten werden müssen, um die Zielgruppe zu erreichen. Dazu gehören ein für diese Zielgruppe attraktives Layout (im konkreten Fall in Anlehnung an die «Glückspost») und das Auflegen der Broschüre an so unterschiedlichen Orten wie Coiffeursalons, Poststellen oder in Wartezimmern von Arztpraxen.
- Parallel dazu sind konventionelle fachliche Broschüren dennoch notwendig, um strategisch wichtige Gruppen, einschliesslich der Angehörigen, Apotheker und Ärzteschaft, zu erreichen.
- Es besteht ein grosses Interesse an Informationen in verschiedenen Sprachen zur Thematik des Medikamentenmissbrauchs.
- Die Präventionsarbeit für die Zielgruppe der Frauen ab 40 Jahren ist teilweise sehr zeit- und kostenintensiv, was zur Folge hat, dass Projekte (wie oben erwähnt) nicht alljährlich umgesetzt werden können. Zu bedenken gilt es zudem, dass auf diese Art nicht eine grosse Anzahl Frauen auf einmal erreicht werden kann (Qualität vor Quantität).
- Um die Sensibilisierungsarbeit und Wissensvermittlung unter Frauen ab 40 Jahren voranzubringen, müssen neue Vertriebskanäle für Informationen erschlossen werden – eine Herausforderung für die nächsten Jahre.

3.3.3 Senioren

	Verhaltensbezogen	Verhältnisbezogen
Individuum/ Institution	<ul style="list-style-type: none"> • Schulungsbox für Pflege-, Beratungs- und Betreuungspersonen • Referate zum Thema «Umgang mit Medikamenten» für Senioren • Checkliste zur Vorbereitung: «Post-it» zur Broschüre «Alkohol und Medikamente beim Älterwerden» • Relevante Abklärungsinstrumente 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Begleitung für Institutionen der Altershilfe beim Finden einer Haltung und beim Festlegen entsprechender Abläufe (oft in Kombination mit der Thematik der Alkoholabhängigkeit) • Inputreferat zu Benzodiazepin-Missbrauch in Zusammenarbeit mit Konsiliarapotheke des Altersheims • Online-Leitfaden
Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Broschüre «Suchtprobleme im Alter – es gibt Lösungen!» für Pflege-, Beratungs- und Betreuungspersonen • Broschüre «Alkohol und Medikamente beim Älterwerden» und Kurzbroschüre «Medikamente beim Älterwerden» • www.suchtimalter.ch 	<ul style="list-style-type: none"> • Studie ISGF «Sucht im Alter» • Mitarbeit in kantonalem Expertengremium • Publikationen • www.suchtimalter.ch

Fazit

Die Problematik des Medikamentenmissbrauchs im Alter war – und ist teilweise noch heute – ein tabuisiertes und wenig beachtetes Thema. Daher war Grundlagenforschung nötig, im Rahmen derer die ZüFAM beim ISGF eine entsprechende Studie in Auftrag gab, um im Anschluss daran aus den Erkenntnissen konkrete Massnahmen abzuleiten. Die Sensibilisierung der Senioren ist zentral. Diesbezüglich muss beachtet werden:

- Broschüren für die Zielgruppe der Senioren müssen speziell auf diese zugeschnitten sein, was sich sowohl auf die Schriftgrösse, Wortwahl und Illustration bezieht.
- Die Rolle der Ärzteschaft ist zentral. Ohne die verschreibende Seite ist eine Einflussnahme auf das Verhalten der Senioren nur bedingt möglich.
- Pflegende (u. a. der Spitex) und Betreuende (u. a. Sozialarbeiter) werden für das Einleiten von Interventionen und mögliche Verhaltensänderungen motiviert, indem sie für die Sturzanfälligkeit der Senioren sensibilisiert werden (dient oft als «Türöffner»).
- Primäres Ziel ist eine allmähliche Reduktion der Medikamentenmenge und nicht unbedingt Abstinenz, begleitet von flankierenden Massnahmen wie beispielsweise angepasster Schlafrythmus, Aktivierungsmassnahmen, alternative Medikation.
- Komplexes und heikles Thema: Was zieht den grösseren Schaden nach sich? Die Abhängigkeits- und Sturzgefahr durch den Medikamentenkonsum oder der Wegfall der «lindernden» Aspekte des Medikamentenkonsums bei Nichteinnahme?
- Pflegende sollen sich vermehrt bewusst werden, dass es sich lohnt, sich dieser Problematik anzunehmen und Interventionen auch im Alter einzuleiten.
- Es ist oftmals einfacher, wenn die Thematik in der Präventionsarbeit mit Pflegenden, Betreuenden und Angehörigen nicht isoliert, sondern parallel zur Alkoholthematik behandelt wird. Denn das Thema der Medikamentenabhängigkeit wird nicht als prio-

ritär angesehen (Medikamentenabhängige fallen nicht stark auf, sind nicht laut, stinken nicht, verursachen keinen grösseren Pflegeaufwand).

- Strukturelle Rahmenbedingungen in Alters- und Pflegeheimen (wenig Personal) erschweren die Reduktion der Medikamente (Phänomen der Ruhigstellung).
- Der ehemalige Stadtarzt von Zürich, Albert Wettstein, zeigte jedoch, dass der Benzodiazepin-Konsum in Heimen stark gedrosselt werden kann. In den städtischen Pflegezentren wurde der Verbrauch auf seine Intervention hin in den Jahren 2005 und 2006 um je fast 11 Prozent reduziert. Im Waidspital konnte im Jahr 2006 nach einer Sensibilisierungskampagne ein ähnlicher Effekt erzielt werden.

Die ZüFAM hat mit ihrer «Aufbauarbeit» zu diesem Thema den Nerv der Zeit getroffen. Die Anfragen seitens Institutionen der Alterspflege für Begleitung, Beratung und Wissensvermittlung sind zahlreich und nehmen stetig zu.

Das Thema Alter entpuppt sich als attraktiver Markt, in dem viele verschiedene Akteure aktiv werden. Die Herausforderung besteht in der Vernetzung, der Abgrenzung und darin, sich in diesem Markt mit eigenen, qualitativ hochstehenden Angeboten zu behaupten.

3.3.4 Jugendliche

	Verhaltensbezogen	Verhältnisbezogen
Individuum		
Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Befragung von Jugendlichen (15- bis 20-Jährigen von Kantons- und Berufsschule) zum eigenen Konsum von Medikamenten via Fragebogen der Streetwork 	

Fazit

In Forschung und Literatur fristet der Medikamentenkonsum Jugendlicher ein Mauerblümchen-Dasein. Aus den Ergebnissen der – allerdings nicht repräsentativen – oben erwähnten Befragung (Streetwork und ZüFAM) kann einerseits abgeleitet werden, dass der Medikamentenkonsum unter Jugendlichen nicht zu unterschätzen ist, die Einnahme in der Mehrzahl der Fälle aber als gut begründet angesehen werden darf. Andererseits lässt die Tatsache, dass viele Jugendliche auf die Frage nach den jeweiligen Motiven für den Medikamentenkonsum nicht antworten, viel Raum für Spekulationen. Es bedarf einer genaueren Erforschung.

Die ZüFAM hat sich erst im Jahr 2011 vertieft mit der Zielgruppe Jugendliche auseinandergesetzt. Die ZüFAM ist jetzt daran, mit Fachstellen aus anderen Kantonen eine Projektskizze zu erstellen und nach Finanzierungsquellen für eine Datenerhebung zu suchen. Der Konsum *welcher* Medikamente abgefragt werden soll, ist im Voraus noch abzuklären. Wichtig ist die Frage nach der Motivation für den Konsum.

3.3.5 Ärzteschaft

	Verhaltensbezogen	Verhältnisbezogen
Individuum	<ul style="list-style-type: none"> • Inputreferate zum Thema Medikamentenmissbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotstudie «Rezeptierung von Benzodiazepinen in der Schweiz» mit anschliessendem Austausch-treffen
Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Publikationen in Ärztezeitschriften 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagung für Fachpersonen

Fazit

Es ist schwierig, als Suchtpräventionsfachperson mit dieser Thematik an die Ärzteschaft zu gelangen, wofür es erfahrungsgemäss mehrere Anläufe braucht. Die besten Erfolgchancen bestehen bei einer Fokussierung auf die Medikamentenabhängigkeit unter den Senioren.

Hinsichtlich der Ärzteschaft kann festgehalten werden:

- Es ist ein zunehmendes Interesse der Ärzteschaft an der Thematik «Sucht im Alter» zu beobachten. So ist es der ZüFAM auch gelungen, mehrere Inputreferate für Hausärzte zu halten.
- Inputreferate sollten für eine höhere Akzeptanz erfahrungsgemäss zusammen mit einem Mediziner (z. B. Psychiater) durchgeführt werden.
- Für die Veröffentlichung von Artikeln, die sich an die Ärzteschaft richten, hat sich der Weg via Ärztegesellschaft des Kantons Zürich bewährt.
- Gemäss Aussagen diverser Apotheker und gemäss der Pilotstudie zur Rezeptierung von Benzodiazepinen hat sich gezeigt, dass die Rezepte oftmals nicht korrekt ausgefüllt, d. h. nicht mit allen notwendigen Angaben versehen werden. Entsprechend ist eine Verbesserung bei der Rezeptierung anzustreben.
- Angesichts der zentralen Rolle, welche die Ärzteschaft in Zusammenhang mit der Medikamentenabhängigkeit spielt, ist es für die ZüFAM unerlässlich, die Ärzteschaft für die Anliegen der Suchtprävention zu sensibilisieren und einen kontinuierlichen Austausch anzustreben, wenngleich dieser bis anhin mit mässigem Erfolg bei hohem Zeitaufwand verbunden war.
- Selbstverständlich gibt es auch Ärzte, die sich für eine drastische Reduzierung des Einsatzes von Benzodiazepinen stark machen. In diesem Zusammenhang sei hier der ehemalige Stadtarzt von Zürich, Albert Wettstein, erwähnt, der durch seine sehr klaren und pointierten Äusserungen diesbezüglich in der Öffentlichkeit und in der Fachwelt auffiel. Beispielsweise sagte er immer wieder, dass es keinen Grund dafür gäbe, dass Hausärzte weiterhin Benzo-Präparate neu verschreiben sollten, weil heute für alle Anwendungen bessere Medikamente und Therapien zur Verfügung stünden. Einzig für die Sterbebegleitung und für spezifische Anwendungen in der Psychiatrie seien Valium und verwandte Mittel heute noch geeignet, so Wettstein.

3.3.6 Apotheker

	Verhaltensbezogen	Verhältnisbezogen
Individuum	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildungsmodul für Pharma-Assistenten • Inputreferat zu Benzodiazepin-Missbrauch in Zusammenarbeit mit Konsiliarapotheke des Altersheims (Schwerpunkt Wissensvermittlung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotstudie «Rezeptierung von Benzodiazepinen in der Schweiz» mit anschliessendem Austauschtreffen • Fokusgruppengespräch mit Apothekern • Inputreferat zu Benzodiazepin-Missbrauch in Zusammenarbeit mit Konsiliarapotheke des Altersheims (Schwerpunkt, Früherkennung und -intervention, Ablaufschema)
Gesellschaft		<ul style="list-style-type: none"> • Tagung für Fachpersonen

Fazit

Die Apotheker sind für die Thematik sensibilisiert und zeigen Interesse an einem Austausch und einer Kooperation mit der Suchtprävention. Die Teilnahme an der Pilotstudie, am anschliessenden Austauschtreffen und am Fokusgruppengespräch sowie die Mitwirkung bei der DVD «Benzo & Co.» waren erfreuliche und bereichernde Erfahrungen. Dank des Kontakts zum Apothekerverband des Kantons Zürich war es möglich, eine gemeinsame Weiterbildung zum Thema für die Altersheime der Stadt Zürich zu konzipieren und mehrmals durchzuführen.

Für die Zukunft empfiehlt es sich:

- die Zusammenarbeit mit den Apothekern unbedingt weiterzupflegen und Kooperationen einzugehen, insbesondere mit dem kantonalen und dem schweizerischen Apotheker Verband;
- mit dem Züricher Kantonsapotheker zusammenzuarbeiten;
- den offenen Kanal Apotheke zu nutzen, um an die Zielgruppe zu gelangen;
- nach Möglichkeit das Personal der Apotheken in der Gesprächsführung mit missbräuchlich Konsumierenden zu schulen, das Thema Gesprächsführung allenfalls in die entsprechende Ausbildung zu integrieren;
- der Problematik der Rezeptfälschung nachzugehen.

3.3.7 Gesellschaft allgemein

	Verhaltensbezogen	Verhältnisbezogen
Individuum	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzfragebogen zum Medikamenten-gebrauch 	
Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Diverse Artikel 	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachten und Verfolgen von Trends und Aktivitäten in der kantonalen Politik und auf Bundesebene • Zusammenarbeit mit diversen, auch nationalen Stellen • Konzept zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs

Fazit

Auf nationaler und überkantonaler Ebene sind wenige Aktivitäten zu beobachten. Für die Sensibilisierung verschiedener Bevölkerungskreise und für die Enttabuisierung des Themas ist die Veröffentlichung von Artikeln zentral. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass es ohne konkreten bzw. aktuellen Anlass schwierig ist, das Thema den medien-schaffenden schmackhaft zu machen.

3.4 Zusammenfassung

Zahlen und Fakten

Statistiken zeigen, dass in der Schweiz zwischen 1992 und 2007 der Konsum irgendeines Medikamentes in den sieben Tagen vor der Befragung quer durch alle Altersgruppen hindurch zugenommen hat. Auch der Gebrauch psychoaktiver Medikamente hat zwischen 2002 und 2007 zugenommen. Auffällig ist dabei, dass der Anstieg bei den Männern besonders ausgeprägt ist. Bei den Schmerzmitteln wurden 2007 bei beiden Geschlechtern die höchsten Einnahmen seit der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahre 1992 beobachtet. Auch für Schlaf- und Beruhigungsmittel liessen sich für 2007 Spitzenwerte ausmachen, hier jedoch einzig bei den Männern. Der tägliche Konsum von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln ist in der Deutschschweiz bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung jeweils doppelt so hoch wie bei Personen mit Berufslehre/Matura oder höherem Schulabschluss.

Bei Betrachtung der Entwicklung des Marktes für Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial für den Zeitraum 2006–2010 lassen sich bei den grössten Gruppen nur geringfügige Veränderungen feststellen. Dagegen ist bei den Antidepressiva ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. 2010 wiesen sie den höchsten Umsatz auf.

Medikamentenkonsum nach Alter und Geschlecht

Es lassen sich folgende drei relevante Gruppen unterscheiden: Frauen ab 40 Jahren, ältere Menschen und Jugendliche.

- Mit dem Übergang in die dritte Lebensphase sind **Frauen** häufig mit körperlichen

und/oder emotionalen Veränderungen konfrontiert. Diese werden oftmals falsch interpretiert und medikamentös behandelt, obwohl dies nicht immer medizinisch notwendig wäre. Frauen nehmen doppelt so häufig Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel ein wie Männer. Hier ist eine auffällige Häufung von Langzeiteinnahmen in den Bereichen Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Abführmittel festgestellt worden.

- Mit **fortschreitendem Alter** steigt der Konsum hypnotischer Substanzen unter älteren Erwachsenen an: 65-Jährige und Ältere nehmen sie mindestens doppelt so häufig ein wie Jüngere. Zwei Drittel der Verschreibungen von Medikamenten der Benzodiazepin-Gruppe gehen an Personen, die über 60-jährig sind. Bei den Gründen für die Verschreibung stehen Befindlichkeitsstörungen sowie psychische Begleiterscheinungen von körperlichen Erkrankungen im Vordergrund. Hauptsächlichste Befindlichkeitsstörung ist heute die Schlaflosigkeit. Schlafmittel auf Benzodiazepin-Basis beeinträchtigen die kognitive und körperliche Leistungsfähigkeit. Dies kann zu schweren Stürzen mit beispielsweise einem Oberschenkelhalsbruch und zur Hospitalisation führen.
- Die Medikalisierung beginnt bereits im **Jugendalter**. Doch in Forschung und Literatur fristet der Medikamentenkonsum Jugendlicher ein Schattendasein. Das Einnehmen von Medikamenten in der Absicht, einen psychoaktiven Effekt herbeizuführen, scheint allerdings eher eine Randerscheinung zu sein. Bemerkenswert ist eine Erhebung in der Stadt Zürich, die zeigt, dass 3% der Jungen (2. Oberstufe) und 5,1% der Mädchen Beruhigungsmittel oder Schlafmittel nehmen, was für dieses Alter ein nicht vernachlässigbarer Anteil ist. Aus den Ergebnissen der nicht repräsentativen ZUFAM-Erhebung (Streetwork und ZUFAM) kann abgeleitet werden, dass der Medikamentenkonsum unter Jugendlichen nicht zu unterschätzen ist, die Einnahme in der Mehrzahl der Fälle aber als gut begründet angesehen werden darf. Andererseits lässt die Tatsache, dass viele Jugendliche auf die Frage nach den jeweiligen Motiven für den Medikamentenkonsum nicht antworten, viel Raum für Spekulationen. Es bedarf einer genaueren Erforschung.

Relevante Themenkreise

Es wurden insbesondere die Themenkreise Strassenverkehr, Medikamente am Arbeitsplatz und Pharmakologisierung des Alltags als Erweiterung zum Konzept aus dem Jahre 2001 diskutiert.

- Zahlreiche Medikamente können zu Leistungseinbussen führen, die insbesondere im **Strassenverkehr** folgenschwer sein können. Vor allem Arzneimittel mit dämpfender Wirkung vermindern die Fahrtüchtigkeit. Nach aktuellen Schätzungen sind an 3% bis 10% aller Verkehrsunfälle Arzneimittel beteiligt. Am häufigsten werden Unfälle als Folge der Einnahme von Benzodiazepinen beobachtet. Wenn also (vor allem verschreibungspflichtige) Medikamente eingenommen werden müssen, sollen die Auswirkungen auf die Fahrfähigkeit immer mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.
- Das Thema «Medikamente am **Arbeitsplatz**» ist nach wie vor in weiten Kreisen ein Tabuthema. Mediziner sehen eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch diverse Arzneimittel vor allem in der Einstellungsphase, also wenn der Körper sich nach erst-

maliger Einnahme des Medikamentes auf die entsprechende Dosis einstellen muss. Gewisse Sedativa – auch abhängig von der Dosierung – wirken noch am nächsten Tag, was zu Sicherheitsrisiken führen kann, zum Beispiel aufgrund verminderter Konzentrations- und Koordinationsfähigkeit, des reduzierten Reaktions- und Leistungsvermögens oder von Schwindel und Müdigkeit.

- In den letzten Jahren ist der Umgang mit leistungssteigernden Produkten fast selbstverständliche Normalität im **Alltag** vieler Erwachsener und auch Jugendlicher geworden. Unterstützt wird diese Entwicklung durch den erleichterten Medikamentenzugang via Internet und die intensive Werbung für rezeptfreie Medikamente. Die Debatte um pharmakologisches Neuro-Enhancement ist zum einen geprägt von optimistischer Verheissung und zum anderen von ablehnender Skepsis. Die Befunde zur Wirksamkeit von Psycho- und Neuropharmaka bei Gesunden sind bislang eher ernüchternd bzw. widersprüchlich. Zurzeit gibt es kein Medikament, mit dem sich das Denkvermögen massgeblich verbessern liesse. Wissenschaftliche Erkenntnisse über das Suchtpotenzial von pharmakologischem Neuro-Enhancement fehlen. Dem Medikament Ritalin gilt es besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Der Ritalin-Verbrauch in der Schweiz hat sich seit 1996 nahezu verzehnfacht – eine Entwicklung, die wohl kaum nur mit der Behandlung des «Zappel-Philipp»-Syndroms erklärt werden kann. Nur bei bewusst missbräuchlicher Verwendung oder unangemessen hoher Dosierung besteht die Gefahr einer Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung. Die langfristigen Nebenwirkungen des Ritalin-Konsums durch Nicht-ADHS-Patienten stellen noch ein Fragezeichen dar, da entsprechende Untersuchungen bisher fehlen.

Präventionsprojekte und Massnahmen im Kanton Zürich 2001–2011

In den letzten zehn Jahren wurden Projekte und Massnahmen entwickelt und umgesetzt, welche die Risikogruppen – insbesondere Frauen ab 40 Jahren und Senioren – ins Zentrum stellten und/oder sich an Multiplikatoren und Fachpersonen richteten – im Besonderen an die Ärzteschaft, Apotheker, interkulturelle Vermittler, Pflegefachpersonen und Sucht(präventions)fachleute. Im Mittelpunkt der Massnahmen standen Wissensvermittlung und Sensibilisierung, die Schulung in Früherkennung und -intervention sowie Grundlagenarbeit, Vernetzung und Kommunikation.

> Die Befunde zur Wirksamkeit von Psycho- und Neuropharmaka bei Gesunden sind bislang eher ernüchternd bzw. widersprüchlich.

Lesen Sie mehr dazu auf Seite 22.

> Gemäss der Heilmittelbehörde Swissmedic hat sich der Ritalin-Verbrauch in der Schweiz seit 1996 nahezu verzehnfacht.

Lesen Sie mehr dazu auf Seite 23.

> In den letzten Jahren ist der Umgang mit leistungssteigernden Produkten fast selbstverständliche Normalität im Alltag vieler Erwachsener und auch Jugendlicher geworden.

Lesen Sie mehr dazu auf Seite 33.

4 Ziele

Die ZüFAM hat folgende Ziele aus den vorangehenden aktuellen Zahlen und Fakten, den aufgeführten relevanten Themenkreisen und den Erfahrungen der durchgeführten Präventionsprojekte und Massnahmen im Kanton Zürich abgeleitet. Unterschieden wird zwischen übergeordneten Zielen und Zielen für die Arbeit der ZüFAM. Die entsprechenden Projekte und Massnahmen werden jeweils in Absprache mit dem Kantonalen Beauftragten für Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt werden.

4.1 Übergeordnete Ziele

Als übergeordnete Ziele im Bereich Prävention des Medikamentenmissbrauchs im Kanton Zürich werden weiterhin verfolgt:

- Fachleute aus den Bereichen Suchtprävention, (Sucht-)Beratung, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen sind für das Thema Medikamentenmissbrauch sensibilisiert und informiert, erachten das Thema als relevant und bieten wirkungsvolle Prävention und Beratung an.
- Das Thema Medikamentenmissbrauch ist in der Öffentlichkeit enttabuisiert. Medikamentenabhängigkeit wird als Krankheit anerkannt.
- Menschen gehen bewusst mit Medikamenten um, das heisst, sie wissen, was ein Medikament ist, wie es wirkt und welche Nebenwirkungen es hat. Medikamente werden nicht missbraucht.
- Ärzte verschreiben das richtige Medikament in der richtigen Dosierung für die richtige Zeitdauer. Das Risiko von Medikamenten mit Suchtpotenzial ist den Ärzten bekannt und sie handeln verantwortungsbewusst.
- Apotheker verkaufen das richtige Medikament in der richtigen Dosierung für die richtige Zeitdauer. Das Risiko von Medikamenten mit Suchtpotenzial ist ihnen bekannt und sie handeln verantwortungsbewusst.

4.2 Ziele für die Arbeit der ZüFAM

- Die ZüFAM hat Fachpersonen im Kanton Zürich aus den Bereichen Suchtprävention, (Sucht-)Beratung und Gesundheitswesen für das Thema Medikamentenmissbrauch sensibilisiert und dazu beigetragen, dass die Problematik in diesen Bereichen an

Gewicht gewonnen hat. Sie hat den genannten Fachpersonen Wissen zu Verbreitung, Risikofaktoren und Merkmalen einer Medikamentenabhängigkeit vermittelt und sie über Alternativen informiert.

- Die ZüFAM hat Fachpersonen im Kanton Zürich aus dem Bereich Gesundheitswesen in der Früherkennung und in der Frühintervention, insbesondere in der Gesprächsführung, geschult und Institutionen des Gesundheitswesens, im Besonderen der Altenhilfe, beim Erarbeiten einer institutionsinternen Haltung, beim Definieren von Abläufen und bei der Implementierung unterstützt.
- Die ZüFAM hat sich dafür eingesetzt, dass das Thema des Medikamentenmissbrauchs in der Öffentlichkeit enttabuisiert ist und an Bedeutung gewonnen hat, insbesondere auch die Themenschwerpunkte Medikamentenkonsum und Strassenverkehr, Medikamentenkonsum am Arbeitsplatz und Pharmakologisierung des Alltags. Die Fachstelle hat zudem die Bevölkerung über die entsprechenden Beratungs- und Informationsangebote informiert.
- Fachleute der ZüFAM und der Suchtprävention sowie Suchtberatung arbeiten mit Spitälern, Alters- und Pflegeheimen, Arztpraxen, Apotheken und Drogerien zum Thema Medikamentenmissbrauch zusammen.
- Die ZüFAM hat die Risikogruppen für einen Medikamentenmissbrauch erkannt und qualitative und quantitative zielgruppengerechte Projekte ausgearbeitet und umgesetzt. Sie hat im Weiteren neue Kanäle zur Erreichung der einzelnen Zielgruppen erschlossen.
- Die ZüFAM hat die Entwicklung des pharmakologischen Neuro-Enhancement verfolgt und wesentlich zur Definition von Rolle und Aufgabe der Suchtprävention in diesem Bereich beigetragen.

Wichtig ist, dass die Massnahmen im Bereich Sekundärprävention wenn immer möglich zusammen mit Stellen und Institutionen aus dem Beratungs- und Behandlungsbereich erarbeitet und durchgeführt werden. Denn nur so kann Nachhaltigkeit gewährleistet werden.

5 Fazit und Ausblick der ZÜFAM

Die ZÜFAM blickt mittlerweile auf über zehn Jahre Arbeit in der Prävention des Medikamentenmissbrauchs zurück. In diesem Zeitraum wuchs ein stets reichhaltigerer und grösser werdender Erfahrungsschatz heran, so dass eine neue Bestandsaufnahme notat. Es gilt über Erkenntnisse, Problemstellungen und Entwicklungen nachzudenken, diese zu analysieren und ein resümierendes Fazit zu ziehen – und natürlich zugleich in die Zukunft zu schauen, die bleibende und neue Herausforderungen bereithält.

Im Anschluss an die in diesem Grundlegendokument erarbeitete Bestandesaufnahme können erste resümierende Schlüsse gezogen werden:

- Es sind nach wie vor drei relevante Gruppen auszumachen: Frauen ab 40 Jahren (Frauen nehmen doppelt so häufig Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel ein wie Männer), Senioren (zwei Drittel der Verschreibungen von Medikamenten der Benzodiazepin-Gruppe gehen an Personen, die über 60-jährig sind) sowie Jugendliche. Obwohl bezüglich der letztgenannten Gruppe die Grundlagenforschung fehlt, darf der Konsum unter Jugendlichen nicht unterschätzt, sondern sollte genauer erforscht werden.
- Die Zielgruppe der Männer als Risikogruppe hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Diesbezüglich gilt es, die weitere Entwicklung genau zu beobachten und die Erarbeitung gezielt auf Männer ausgerichteter Massnahmen zu prüfen.
- Die in der Schweiz erhobenen Daten sprechen dafür, verstärkt Personen ohne nachobligatorische Ausbildung, also mit niedrigem Bildungsgrad, in den Fokus der Präventionsbemühungen und unterstützender Massnahmen zu nehmen.
- Der erhöhte allgemeine und spezifische Medikamentenkonsum in der Schweiz ist ein klares Indiz, das für eine verstärkte Prävention des missbräuchlichen Konsums und die vertiefte Sensibilisierung für einen verantwortungsvollen und bewussten Umgang mit Medikamenten spricht.
- Der (missbräuchliche) Medikamentenkonsum unterliegt weiterhin einer starken Tabuisierung. Zudem scheint das Thema für die Medienöffentlichkeit zu wenig spektakulär zu sein, um breiten Raum einzunehmen. Zwei weitere Gründe, um die Prävention und insbesondere die Sensibilisierung voranzutreiben.
- Den Themenkreisen Medikamentenkonsum im Strassenverkehr (gemäss Schätzungen sind an 3% bis 10% aller Verkehrsunfälle Arzneimittel beteiligt, am häufigsten werden Unfälle unter Einnahme von Benzodiazepinen beobachtet), Medikamente am Arbeits-

platz (ein Tabuthema, verbunden mit Sicherheitsrisiken) und Pharmakologisierung des Alltags ist verstärkt Beachtung zu schenken.

- Die Debatte um pharmakologisches Neuro-Enhancement wird kontrovers geführt, die Befunde zur Wirksamkeit von Psycho- und Neuropharmaka bei Gesunden sind bislang ernüchternd bzw. widersprüchlich und wissenschaftliche Erkenntnisse über das Suchtpotenzial von pharmakologischem Neuro-Enhancement fehlen.
- Dem Medikament Ritalin gebührt besondere Aufmerksamkeit angesichts der Tatsache, dass sich der Verbrauch in der Schweiz verzehnfacht hat. Hier tut Öffentlichkeitsarbeit not, die über die Gefahren informiert und auch Jugendliche und junge Erwachsene gezielt sensibilisiert. Denn bei bewusst missbräuchlicher Verwendung oder unangemessen hoher Dosierung besteht die Gefahr einer Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung.
- Das Phänomen der sich verbreitenden Selbstmedikation im Alltag nimmt bereits bei Kindern ihren Anfang, so dass die Sensibilisierung sowohl Kinder als auch Eltern und Lehrpersonen erreichen sollte. Es ist davon auszugehen, dass der Einstieg in den Medikamentenmissbrauch bzw. in den zweckentfremdeten Medikamentenkonsum durch die alltägliche Selbstmedikation mit scheinbar harmlosen, nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten begünstigt wird.
- Bezüglich der «Medikamentenquellen» wäre es interessant, genauer zu eruieren, wer für wen Medikamente beschafft und welche Absicht beim Erwerb besteht. Kaufen beispielsweise Eltern Medikamente für sich selbst und reichen sie dann später an ihre Kinder weiter oder kaufen sie die Arzneimittel für ihre Kinder?
- Ganz generell wird die Entwicklung in Bezug auf das pharmakologische Neuro-Enhancement weiter genau zu verfolgen sein. Rolle und Aufgabe der Suchtprävention in diesem Themenfeld bedürfen der Diskussion und Definition.

Planung und Umsetzung diverser Projekte in den letzten zehn Jahren haben zu folgenden Erkenntnissen geführt:

- Im direkten Kontakt mit den Risikogruppen – etwa Frauen ab 40 Jahren – sollte die Thematik über «Umwege» angesprochen werden, beispielsweise sind «kritische Lebensereignisse» (Doppelbelastung Familie-Beruf, Wechseljahre, Auszug der Kinder, Pensionierung u. a.) ins Zentrum zu stellen. Es ist auf Bewältigungsstrategien aufmerksam zu machen (Stressbewältigungsstrategien, Vernetzung, Strukturierung des Alltags, Hilfe in Anspruch nehmen). Sucht sollte nicht im Fokus stehen. Der Begriff «Medikamentenabhängigkeit» wirkt abschreckend. Das Thema muss «zur Risikogruppe hin» in ihr unmittelbares Lebensumfeld getragen werden (Arztpraxis, Apotheke, Coiffeursaloon, Einkaufsladen), da die Zielgruppe selten aktiv nach Informationen oder Hilfestellungen bezüglich Medikamentenabhängigkeit fragt oder sucht. Bei Risikogruppen sind Projekte, die ein qualitatives statt ein quantitatives Ansprechen zum Ziel haben, erfolgsversprechender, können aber aus Ressourcengründen nicht alljährlich umgesetzt werden. Eine Herausforderung bzw. ein Ziel für die Zukunft muss es deshalb sein, neue Kanäle zu erschliessen, um Risikogruppen zu erreichen.

- Das Agenda Setting ist bei Sucht im Alter gelungen. Ergebnisse der Grundlagenforschung sind vorhanden, so dass nun die praktische Umsetzung im Zentrum steht. Hier kann und soll die Suchtprävention Unterstützung bieten. Der Aspekt der Sturzanfälligkeit und die physischen und monetären Folgen eines Sturzes aufgrund missbräuchlichen Konsums von Medikamenten sind oft Türöffner bzw. Anlass, eine mögliche Reduktion des Konsums in Betracht zu ziehen. Primäres Ziel soll die Reduktion der Menge mit Hilfe eingeleiteter flankierender Massnahmen sein (alternative Medikation, Schlafhygienemassnahme, Tages-Aktivierungsmassnahmen). Es bedarf bei jeder Intervention einer sorgfältigen Kosten-Nutzen-Abwägung, mehr als bei Jüngeren. Die Forschung zeigt aber, dass Ältere durchaus gut – mindestens so gut wie Jüngere – auf Interventionen und Therapien ansprechen. Strukturelle Rahmenbedingungen (Personalsituation in Heimen und neue Pflegefinanzierung) erschweren jedoch eine Umstellung der Medikation. Mit Blick in die Zukunft heisst dies, dass die Wissensvermittlung und die Sensibilisierung (noch stärker) an die Beratung auf struktureller Ebene zu koppeln sind, was die ZüFAM bereits macht.
- Der Medikamentenkonsum und speziell die Motivation, die zum Konsum führt, bedürfen einer genaueren Erforschung. Die ZüFAM wird sich in den kommenden Jahren – konkret bereits ab 2012 – mit der Zielgruppe der Jugendlichen auseinandersetzen.
- Trotz mässigem Erfolg und hohem Aufwand ist die Sensibilisierung für die Problematik bei der Ärzteschaft (als verschreibender Instanz) unerlässlich. Türöffner kann hier das Thema Sucht im Alter sein, wo der Aspekt der Alkoholabhängigkeit auch mit einfließt. Eine Vision für die – hoffentlich nahe – Zukunft: Motivierte und sensibilisierte Mediziner planen zusammen mit Suchtpräventionsfachleuten eine gemeinsame Sensibilisierungskampagne.
- Apotheker sind für die Problematik sensibilisiert. Die Zusammenarbeit mit den Apotheken gilt es weiterhin zu pflegen, Kooperationen einzugehen. Suchtpräventionsfachleute können Unterstützung bieten in Sachen Früherkennung und Gesprächsführung mit missbräuchlich konsumierenden Kunden. Die Vermittlung dieses Fachwissens sollte idealerweise in die Ausbildung integriert werden.
- Es ist schwierig, das Thema Medikamentenabhängigkeit den Medienschaffenden zwecks Enttabuisierung und Sensibilisierung einer breiten Öffentlichkeit schmackhaft zu machen. Die ZüFAM setzt sich dennoch dafür ein, das Thema in der Öffentlichkeit zu enttabuisieren und es immer wieder aufs Neue zu lancieren.

Abschliessend sollen hier Maffli und Notari zitiert werden:

«Angesichts der Hinweise für eine Zunahme der Problematik scheinen sowohl strukturelle Massnahmen in Bezug auf die Abgaberegulungen notwendig zu sein als auch die Förderung individueller Kompetenzen hinsichtlich eines angemessenen Umgangs mit Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial. Die vom internationalen Suchtstoffkontrollrat veröffentlichten Zahlen, nach denen die Schweiz mit Abstand den weltweit höchsten Pro-Kopf-Benzodiazepin-Gebrauch aufweist, machen einmal mehr deutlich, dass für die Schweiz ein transparentes und detailliertes Monitoring der verkauften Arzneimittel einer-

seits und der Medikamenteneinnahme in der Bevölkerung andererseits benötigt wird, um den präventiven Handlungsbedarf und die Notwendigkeit interventiver Massnahmen angemessen beurteilen zu können» (Maffli und Notari, 2009, S. 50).

Weiteres Vorgehen

Da es in einigen Bereichen rund um die Thematik des Medikamentenmissbrauchs an Zahlen fehlt, ist ein Austausch mit Fachleuten aus der Praxis (Behandlung, Beratung, Pharmazie, Medizin, Pflege) unerlässlich.

Damit die ZüFAM aufgrund dieses Dokuments in der Lage ist, adäquate Massnahmen für die Prävention des missbräuchlichen Konsums abzuleiten, wurde von diversen Fachpersonen ein Feedback eingeholt. Dafür wurde ein Fragebogen entworfen. Die eingegangenen Antworten werden im anschliessenden Kapitel 6, Feedback und Einschätzung von Fachleuten aus der Praxis, thematisiert.

6 Feedback und Einschätzung von Fachleuten aus der Praxis

Das Grundlagendokument wurde acht Experten aus den Fachbereichen Pharmazie, Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Suchtbehandlung zur Stellungnahme unterbreitet. Damit wurde das Ziel verfolgt, Feedbacks und Inputs von verschiedener Seite aus der Praxis einzuholen. Der zu diesem Zweck eingesetzte Fragebogen befindet sich im Anhang. Insgesamt gingen vier Rückmeldungen ein, wovon zwei aus dem Bereich Pharmazie/Apotheken stammten und je eine weitere von einer Hausärztin und aus der Psychiatrie kam. Wichtige Anmerkungen zu Details wurden nachträglich in den Text integriert, so dass sie in der hier vorliegenden Version des Grundlagendokuments enthalten sind. Weiterreichende Kommentare und Einschätzungen, die zum Teil auch Anlass zur Diskussion und Auseinandersetzung bieten können, werden in der folgenden Auflistung dargestellt. (Der an die Fachpersonen versandte Fragebogen befindet sich im Anhang.)

Rezeptfälschung und Bestellung über das Internet

Dem Thema Rezeptfälschung kommt insofern eine hohe Bedeutung zu, als das richtige Ausstellen von Rezepten einen missbräuchlichen Bezug über die Apotheke verhindern kann und das Bewusstsein dafür stärkt, dass Benzodiazepine keine harmlosen Pillen sind.

Die Relevanz der Medikamentenbestellung via Internet wird als relativ hoch eingestuft, da diese sehr einfach und unpersönlich erfolgen kann. Es ist zu vermuten, dass die Bedeutung weiter steigen wird, was die Aufklärung bezüglich der Gefahren betrifft, die von Bestellungen via Internet für die Gesundheit ausgehen können. Entsprechend ist Informations- und Sensibilisierungsarbeit auf dem Gebiet sinnvoll. Die Einrichtung einer Meldestelle, die vor gewissen Websites gezielt warnen könnte, ist zu überlegen.

Bedeutung von Neuro-Enhancement und Selbstmedikation im Alltag

Die Meinungen hinsichtlich der Relevanz gehen auseinander: Das Spektrum reicht von der Auffassung, dass Neuro-Enhancement und Selbstmedikation im Alltag für die Suchtprävention eine geringe Bedeutung haben, bis hin zur Einschätzung, dass Neuro-Enhancement ein wichtiges Thema sei, weil die Hemmschwelle, «mal was zu nehmen», immer mehr sinke, wodurch auch die Selbstmedikation im Alltag zunehme.

Ebenso werden weitere gesamtgesellschaftliche Komponenten thematisiert. So wird angemerkt, dass eine breitere gesellschaftliche Diskussion über die Legitimität noch ausstehe. Und: Das Bewusstsein oder Wissen darum, dass Medikamente nicht nur

nützen, sondern auch schaden können, werde durch die breite Erhältlichkeit im Handel geschwächt. Durch die Leistungsorientiertheit sei die Schwelle zur Einnahme von Medikamenten gesunken, ebenso die Schwelle zur Verschreibung durch Ärzte. Tendenziell werde eher zu Psychopharmaka gegriffen, als zunächst eine Psychotherapie zu versuchen.

Wünsche an die Prävention des Medikamentenmissbrauchs

Auf die Frage nach Wünschen an die Prävention des Medikamentenmissbrauchs wurden folgende Punkte erwähnt:

- Die Information der Eltern, die oft Ritalin für ihre Kinder fordern, wäre ein Ansatzpunkt für gezielte Prävention.
- Die Unterstützung der Pflegenden in Alters- und Pflegeheimen wäre eine geeignete Massnahme. Oft verlangen diese «ruhigstellende» Medikamente, um den Alltag zu bewältigen.
- Eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker wird als wünschenswert bezeichnet, weil der Apotheker den Kunden auf ganz andere Weise sieht als der Arzt den Patienten, was Synergien ermöglicht. Die Verantwortung liegt in hohem Mass auch beim Apotheker und beim Arzt, nicht nur beim Patienten.
- Eventuell könnte die ZüFAM mithelfen, den Diskurs über Selbstmedikation mit neuen Möglichkeiten (via Internet) mitzutragen.
- Pharmazeutisches Wissen sollte vermehrt an Ärzte vermittelt werden, wozu auch das Aufzeigen von Alternativen zu Benzodiazepinen zählt.
- Die Einrichtung von Qualitätszirkeln wäre sinnvoll.

Interdisziplinäre Kommission zur Problematik des Medikamentenmissbrauchs

Eine interdisziplinäre Kommission, die sich der Problematik des Missbrauchs von Medikamenten annehmen würde, wird als sinnvolles Unterfangen angesehen, vor allem wegen des Miteinbezugs der involvierten Personen (Arzt, Apotheker, Heimbetreuung, Schulen, Politik). Dadurch würde sich die Möglichkeit bieten, Information und Handlung im Umgang mit Klienten/Patienten (z. B. bezüglich Medikamentenabgabe) kohärent(er) zu gestalten. In diesem Zusammenhang müssten dann auch strukturelle Gegebenheiten/Defizite (z. B. Personalmangel in Heimen, der einen erhöhten Einsatz an Schlafmitteln zur Folge haben kann) thematisiert werden.

Allerdings bestehen auch Zweifel ob der Wirkung, die eine solche Kommission entfalten könnte.

Weitere Anmerkungen

Schliesslich sollen hier noch weitere Anmerkungen der Fachpersonen aufgeführt werden:

- Die vermehrte Pharmakologisierung des Alltags bringt auch Vorteile. Die häufigere Verschreibung von Antidepressiva steht möglicherweise im Zusammenhang mit der Reduktion der Suizidrate.

- Auch unter jüngeren Müttern, die nicht der Risikogruppe der Frauen ab 40 Jahren zuzurechnen sind, lässt sich ein beträchtliches Mass an Medikamentenmissbrauch feststellen.
- Es sollte beachtet werden, dass sich die Festlegung dessen, was als medizinisch indiziert angesehen wird, laufend verändert.
- Begrüssenswert wären Lösungsmodelle zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker.

> «Dem Thema Rezeptfälschung kommt insofern eine hohe Bedeutung zu, als das richtige Ausstellen von Rezepten einen missbräuchlichen Bezug über die Apotheke verhindern kann und das Bewusstsein dafür stärkt, dass Benzodiazepine keine harmlosen Pillen sind.»

Lesen Sie mehr dazu auf Seite 41.

> «Durch die Leistungsorientiertheit ist die Schwelle zur Einnahme von Medikamenten gesunken, ebenso die Schwelle zur Verschreibung durch Ärzte.»

Lesen Sie mehr dazu auf Seite 42.

7 Anhang I

Die wichtigsten Gruppen von Medikamenten, die ein Suchtpotenzial enthalten

in Anlehnung an die WHO (Gehl, 1995)

Schmerzmittel einschliesslich Hustenmittel (Analgetika und Antitussiva)

Sie sind generell die am häufigsten verwendeten Medikamente in der Schweiz. Es lassen sich zwei Arten unterscheiden:

- Opioidartige Schmerzmittel: Sie enthalten Opiate, beispielsweise Morphin oder Codein, die ein hohes Suchtpotenzial aufweisen. Opiate und opioide Schmerzmittel wirken überwiegend im Zentralnervensystem. Sie wirken stark schmerzhemmend und/oder hustenreizstillend und werden nur zur Behandlung von extremen Schmerzzuständen eingesetzt. Codein wird nicht nur als Analgetikum, sondern auch als Hustenmittel eingesetzt.
- Nichtopioide Schmerzmittel: Diese Analgetika wirken überwiegend ausserhalb des Zentralnervensystems (peripher). Hierzu gehören unter anderem so gebräuchliche Mittel wie Aspirin. Diese Mittel können bei täglicher bzw. regelmässiger Einnahme zum so genannten «Analgetika-induzierten Schmerzmittelkopfschmerz» führen.

Beruhigungsmittel (Tranquillizer)

Den grössten Teil dieser Gruppe machen die Benzodiazepin-Tranquillizer aus. Neben der möglichen Entwicklung einer Niedrig-Dosis-Abhängigkeit kann es (besonders bei älteren Menschen) schon nach wenigen Wochen zu paradoxen Wirkungen in Form von Erregung und innerer Unruhe kommen. Bei plötzlichem Absetzen können schwere Entzugssyndrome wie Krampfanfälle oder Delirien auftreten.

Schlafmittel (Hypnotika/Sedativa)

Auch hier spielen die Benzodiazepine eine grosse Rolle. Sie haben die Barbiturate abgelöst, die lange Zeit die gebräuchlichsten Hypnotika waren. Benzodiazepine sind im Vergleich zu Barbituraten die wesentlich sichereren Medikamente. Neuere Hypnotika sollen nicht mehr das Abhängigkeitspotenzial der Benzodiazepine besitzen, was in der Fachwelt kontrovers diskutiert wird.

Anregungsmittel und Appetitzügler (Stimulanzen, Weckamine)

Hierzu zählen vor allem die Amphetamine, die vorübergehend leistungssteigernd wirken und zur Überschätzung der eigenen Kräfte verleiten. Nach dem Absetzen kommt es zu einer Art «Katerstimmung», was einer erneuten Einnahme Vorschub leistet. Bei einer Überdosierung können schliesslich Wahnvorstellungen und Halluzinationen auftreten. Appetitzügler können aufputschende Wirkstoffe enthalten, weshalb sie zunächst als Aufputzmittel verordnet wurden. Erst später entdeckte man ihre appetithemmende Wirkung.

Abführmittel (Laxanzien)

Die meisten Abführmittel fördern die Darmentleerung, indem sie Wasser binden und einen «Volumenreiz» auslösen. Manche Abführmittel, vor allem die pflanzlichen, steigern die Muskeltätigkeit auch durch die Reizung der glatten Muskulatur des Darms. Die stark reizenden Wirkstoffe verursachen eine unphysiologisch schnelle Darmentleerung und führen auf Dauer zu Darmträgheit und chronischer Verstopfung. Aufgrund des hohen Wasser- und Salzverlustes kommt es in der Folge zu Stoffwechselstörungen, Muskelschwäche, Müdigkeit und Konzentrationsschwäche bis hin zu Apathie, Nierenerkrankungen und Herzrhythmusstörungen.

7 Anhang II

Projektbeschriebe

- Mit dem Projekt **«Mitten im Leben – und jetzt?»** wurden Frauen ab 40 Jahren mittels Filmen zu den Themen Schönheitsideal, Wechseljahre und Auszug der Kinder für den Zusammenhang zwischen kritischen Lebensübergängen und einem möglichen missbräuchlichen Konsum von Medikamenten sensibilisiert. Die Filme wurden in privatem Rahmen von geschulten Moderatorinnen aus derselben Zielgruppe im Rahmen von Frauengesprächsrunden (FemmesTISCHE) gezeigt. Mit dieser Herangehensweise wurden Frauen erreicht, die sonst über konventionelle Wege (z. B. via Informationsbroschüren) nur schwer zu erreichen gewesen wären. Der Zugang zum Thema des Medikamentenmissbrauchs wurde dadurch erleichtert, dass kritische Lebensereignisse im Zentrum standen und nicht auf die Problematik des missbräuchlichen Konsums fokussiert wurde.

Autor/Hrsg.: ZüFAM in Zusammenarbeit mit den Regionalen Suchtpräventionsstellen Zürcher Oberland und Winterthur. Publikation: 2003. Status: vergriffen.

- Mit den beiden Projekten **«Bella donna I und II»** wurde die Zielgruppe Frauen ebenfalls auf unkonventionelle Art und Weise angesprochen. Ein im Layout der «Glückspost» gestaltetes Heft (die «Glückspost» ist eine von Frauen in diesem Alter und mit diesem Bildungsstatus oft gelesene Zeitschrift) wurde an unkonventionellen Orten aufgelegt, wie beispielsweise beim Coiffeur, auf der Post, im Wartezimmer von Arztpraxen und in Apotheken. Im Heft wurden diverse Bereiche thematisiert, die von einer Abhängigkeit tangiert werden können.

Autor/Hrsg.: Berner Gesundheit in Zusammenarbeit mit der ZüFAM. Publikation: 2003. Status: vergriffen.

- Die mehrsprachige Broschüre **«Schlaf- und Beruhigungsmittel: Die Risiken»** beschreibt Risiken einer Medikamentenabhängigkeit sowie Faktoren, die vor einer Sucht schützen können. Informations- und Anlaufstellen werden ebenso aufgeführt wie Medikamente mit Suchtpotenzial und Alternativen dazu. Die Broschüre wurde gleichzeitig mit der DVD «Benzo & Co.» entwickelt und bietet sich als sinnvolle Ergänzung zum Kurzfilm an. Die ZüFAM hat in Zusammenarbeit mit FISP (Fachstelle für interkul-

turelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung) mehrere interkulturelle Vermittler zum Thema Medikamentenmissbrauch geschult, damit diese mit der DVD und der Broschüre gezielt Frauen und Männer in ihrem Kulturkreis für die Problematik sensibilisieren sowie die Verbreitung der Broschüre gezielt vornehmen können.

Autor/Hrsg.: ZüFAM in Zusammenarbeit mit FISP. Publikation: 2008. Status: zu bestellen bei info@zuefam.ch.

> Mehrsprachige DVD «Benzo & Co.: Vom Umgang mit Medikamenten»

Im Film erzählen Frauen aus verschiedenen Kulturen, warum sie in eine Medikamentenabhängigkeit geraten sind, und über ihren Weg aus dieser Sucht. Fachleute gehen auf mögliche Gründe für einen Missbrauch ein, äussern sich zu Nutzen und Gefahren von Medikamenten und zeigen Alternativen auf. Der Film wurde gleichzeitig mit der Broschüre «Schlaf- und Beruhigungsmittel: Die Risiken» produziert und eignet sich als Diskussionsgrundlage für eine Informations- oder Austauschveranstaltung.

Autor/Hrsg.: ZüFAM in Zusammenarbeit mit FISP. Publikation: 2008. Status: zu bestellen bei info@zuefam.ch.

> Schulungsunterlagen für Pflege-, Beratungs- und Betreuungspersonen

Die ZüFAM hat die Schulungsunterlagen «Suchtprobleme im Alter – es gibt Lösungen!» für Fachpersonen aus den Suchtpräventionsstellen entwickelt, die das Thema Sucht und Prävention im Alter neu aufgreifen oder ihre Kenntnisse in diesem Bereich vertiefen wollen. Die Schulungsunterlagen beinhalten Informationen zur Datenlage, zu Folgen und Risiken einer Suchterkrankung im Alter sowie zu Möglichkeiten einer Früherkennung und -intervention. Ziel ist es, die Mitarbeitenden der Suchtpräventionsstellen zu befähigen, Schulungen zum Thema Sucht im Alter für Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich durchzuführen.

Autor/Hrsg.: ZüFAM. Publikation: 2008, aktualisierte Version 2012. Status: zu bestellen bei info@zuefam.ch.

> Broschüre «Alkohol und Medikamente beim Älterwerden» (inkl. Post-it)

Die Broschüre enthält Informationen über den Konsum von Alkohol und Medikamenten für Menschen ab 60 Jahren. Sie richtet sich sowohl an ältere Personen als auch an Personen aus deren Umfeld und soll insbesondere die Arbeit von Fachleuten in Alters- und Pflegeheimen sowie der spitalexternen Pflege unterstützen. Der Stand des aktuellen Wissens, Hinweise zu Risiken, praktische Tipps sowie Adressen sind in der Broschüre aufgeführt. Die Broschüre ist so konzipiert, dass sie auf einfache, verständliche Weise und in gut lesbarer, grosser Schrift die wichtigsten Informationen über Alkohol und Medikamente im Alter vermittelt. In Ergänzung zur Broschüre werden zwei Falblätter («Alkohol beim Älterwerden» und «Medikamente beim Älter werden») abgegeben, die Kurzinformationen und prägnant formulierte Tipps enthalten. Die Wirkung dieser Materialien wird wesentlich durch das Vorgehen bei deren Abgabe beeinflusst. Nebst dem Auflegen ist die direkte Aushändigung von Person zu

Person eine weitere – vielfach wohl die beste – Form. Deshalb wurde ein Post-it-Zettel mit einer kleinen Checkliste für die Fachpersonen zum Vorgehen bei der Abgabe entwickelt. Der Zettel wird auf die Broschüre aufgeklebt, die Fachperson liest die Checkliste durch und – ganz wichtig – entfernt den Zettel vor der Weitergabe der Publikation. Die Broschüre entstand in Zusammenarbeit von Sucht Schweiz und der ZüFAM.

Autor/Hrsg.: Sucht Schweiz in Zusammenarbeit mit ZüFAM. Publikation: 2010. Status: zu bestellen bei Sucht Schweiz oder ZüFAM.

> **Studie «Sucht im Alter»**

Die Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) erteilte im Jahr 2006 dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) den Auftrag, wissenschaftliche Grundlagen zu schaffen, aus denen sich adäquate Präventionsmassnahmen im Rahmen der ZüFAM ableiten lassen.

Autor/Hrsg.: Institut für Sucht- und Gesundheitsförderung. Publikation: 2006. Status: PDF-Dokument zum Herunterladen auf www.suchtimalter.ch.

> **Website www.suchtimalter.ch**

Die ZüFAM erstellte die Website Sucht im Alter, die interessierten Personen aus Forschung und Praxis detaillierte Informationen zum Thema bietet. Es finden sich darauf Hinweise zu Broschüren, Arbeitsinstrumenten, Studien, relevanten Links und zu den diversen Angeboten im Kanton Zürich.

Autor/Hrsg.: ZüFAM. Publikation: 2011. Status: aktiv.

> **Online-Leitfaden «Sucht im Alter»**

Der Leitfaden wurde von der ZüFAM entwickelt und richtet sich an Institutionen, insbesondere an deren Mitarbeitende auf Führungsebene und in Stabsstellen. Dieser Leitfaden hilft, problematischen Alkoholkonsum unter älteren Menschen frühzeitig zu erkennen und – wo nötig – Interventionen einzuleiten. Er zeigt ein ganzheitliches Vorgehen auf, von der frühzeitigen Erfassung bis zu den konkreten Abläufen bei Interventionen im Betrieb. Der Leitfaden ist in drei eigenständige Teile gegliedert: 1. Sucht im Alter, 2. Projektmanagement, 3. Konzept Früherkennung und Frühintervention.

Autor/Hrsg.: ZüFAM. Publikation: 2012. Status: aktiv.

> **Pilotstudie Rezeptierung von Benzo**

Die ZüFAM führte im Jahr 2003 eine Pilotstudie bei einigen Apotheken der Stadt Zürich durch. Die Erhebung zeigte, dass 28% aller Rezepte für Benzodiazepine gegen die gesetzlichen Bestimmungen verstießen. Auch nach einer Intervention (per Fax) bei verschreibenden Ärzten mit Verweis auf die Gesetzesvorschriften wurde keine Verbesserung des Rezeptierungsverhaltens festgestellt. Die Resultate wurden an einer Veranstaltung für Apotheker und Ärzteschaft vorgestellt und diskutiert.

Autor/Hrsg.: ZüFAM. Publikation: 2003. Status: zu bestellen bei info@zuefam.ch.

7 Anhang III

Fragebogen Fachleute



Zürich, im August 2012

Fragen an die Fachpersonen zum Entwurf des Grundlagedapiers «Prävention des Medikamentenmissbrauchs im Kanton Zürich», 2012

1. Fehlen Ihrer Meinung nach wichtige Themen oder Aspekte im Grundlagedpapier?
Wenn ja, welche?
2. Sind Ihnen Aussagen begegnet, mit denen Sie nicht einverstanden sind?
Wenn ja, welche?
3. Wie schätzen Sie die Relevanz der Themen Rezeptfälschung und Bestellung von Medikamenten via Internet ein?
4. Wie schätzen Sie die Bedeutung der Themen «Neuro-Enhancement» und «Selbstmedikation im Alltag» für die Suchtprävention ein?
5. Was wünschen Sie sich bezüglich der Arbeit der ZÜFAM im Bereich der Prävention des Medikamentenmissbrauchs? Wo soll die ZÜFAM verstärkt aktiv sein?
6. Wäre es Ihrer Meinung nach sinnvoll, eine kantonale oder überkantonale und interdisziplinäre Kommission auf die Beine zu stellen, die sich der Problematik des Missbrauchs von Medikamenten annehmen würde?
7. Haben Sie weitere Bemerkungen und Anregungen?

Besten Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben!

Rückmeldungen bitte bis Mitte September mündlich oder schriftlich an die ZÜFAM, Cristina Crotti, c.crotti@zuefam.ch oder 044 271 87 23.

7 Anhang III

Literaturliste

Apothekerverband des Kantons Zürich.

Medienmitteilung vom 23. September 2011. Zürich.

Berger Ch. 2011. **Pharmakologisches Neuro-Enhancement. Auslegeordnung für die Suchtprävention.** Zürich: Stadt Zürich Suchtpräventionsstelle. www.stadt-zuerich.ch/suchtpraevention.

BKK Bundesverband und Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2007. **Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz. Informationen und Hilfen für betriebliche Multiplikatoren.** Hamm. www.dhs.de.

Bundesamt für Statistik. 2007. **Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. Schweizerische Gesundheitsbefragung.** Neuenburg.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. 2011. **Hirndoping. Die Position der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.** www.dhs.de.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2011. **Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche.** Hamm. www.dhs.de.

Gehl G. 1995. **Alter und Sucht. Aktueller Überblick zu Ursachen, Formen, Erklärungsansätzen und Prävention.** Freiburg i. B.: Sozia Verlag.

Glaeske G. 2000. **Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential.** Jahrbuch Sucht 2001. Neuland.

Harrer G., Georgen K. 1987. **Sachgerechte Therapie mit Benzodiazepin-Tranquillantien.** Psycho, 13, 153 – 159.

Holzbach R. 2000. **Benzodiazepinabhängigkeit.** abhängigkeiten, 2 / 2000, S. 5–16. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

ICD-10, **International Classification of Diseases,**
www.icd10.ch/ebook/GE_DIMDletAuto_GE/F10F19.asp

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). 2009. **Gesundheit aus Sicht der Zürcherinnen und Zürcher. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007.** Zürich.

Interpharma. **Gesundheitswesen Schweiz.** Ausgabe 2012. Basel.

Kaiser Christine. 2001. **Konzept zur Prävention des Medikamenten-Missbrauchs im Kanton Zürich.** ZüFAM, Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs. Zürich.

Maffli E., Bahner U. 1999. **Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz.** Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

Maffli E., Gmel G. 2000. **Verbreitung von Medikamenten-Abhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung.** In: Maffli E. (Hrsg.). **Medikamentenmissbrauch in der Schweiz.** Aktuelle Daten-Orientierung für die Praxis. S. 61–74. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

Maffli E., Notari L. **Entwicklung des Gebrauchs von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln in der Schweizer Bevölkerung zwischen 1992 und 2007.** In: abhängigkeiten, 2 / 2009, S. 38 ff. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

Maher B. 2008. «**Poll results: look who's doping**». In: Nature, 10. April 2008, Band 452, S. 67 f.

Pallenbach, E. 2009. **Die stille Sucht. Missbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln.** Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Pini Züger, F. 2008. **Gesundheit und Lebensstil bei Jugendlichen der Stadt Zürich.** Resultate der Schülerbefragung 2007/08 und Empfehlungen. Zürich: Schulärztlicher Dienst.

Schnoz D., Salis Gross C., Grubenmann D., Uchtenhagen A. 2006. **Alter und Sucht.** Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Bericht Nr. 0221. Zürich.

Strebel E. 2011. **Ritalin-Boom nicht nur medizinisch erklärbar.** www.swissinfo.ch, 8. Januar 2011.

Windlin B., Delgrande Jordan M., Kuntsche E. 2011. **Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz – Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand.** Resultate der internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC). Forschungsbericht Nr. 58. Lausanne: Sucht Info Schweiz.

www.fachstelle-asn.ch

www.suchtschweiz.ch/de/infos-und-fakten/

ZüFAM. 2011. **Der Medikamentenkonsument unter Jugendlichen im Kanton Zürich.** Vorabklärungen und weiterführende Empfehlungen. ZüFAM. Zürich.

Impressum

Herausgeberin: ZüFAM, Zürcher Fachstelle zur
Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs

Konzept und Text: Cristina Crotti

Wissenschaftliche Mitarbeit: Joseph Oggier

Lektorat: notabene, Claudia Marolf, Bachenbülach

Gestaltung: Andrea Birkhofer, Visuelle Gestaltung, Zürich

Druck: Alder Print und Media AG, Brunnadern

Bezugsadresse: ab 2019, ZFPS, Zürcher Fachstelle zur
Prävention des Suchtmittelmissbrauchs,

info@zfps.ch oder 044 271 87 23.

Publikation: Dezember 2012

Anpassung: Dezember 2018



**Zürcher Fachstelle zur Prävention
des Suchtmittelmissbrauchs**

Schindlersteig 5
CH-8006 Zürich
Telefon 044 271 87 23
info@zfps.ch
www.zfps.ch