

Abhängigkeit von Medikamenten – Anmerkungen aus Sicht ärztlicher Körperschaften

Addiction to Medical Drugs – Remarks from the Perspective of Medical Self-Administration

Zusammenfassung

Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern sehen mit Sorge die wachsende Bedeutung des Problemkreises Medikamentenabhängigkeit. Die Zahl Betroffener wird derzeit auf 1,4 bis 1,9 Mio. geschätzt. Das Bedingungsgeflecht einer Medikamentenabhängigkeit ist komplex. Umweltmerkmale (arbeitsmarktliche Flexibilitätsanforderungen, aggressive Werbung etc.) spielen ebenso eine Rolle wie individuelle Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungskompetenzen sowie die konkreten Wirkeigenschaften bestimmter Medikamente. Einfache Lösungsrezepte gibt es nicht. Erforderlich ist das abgestimmte Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure des Gesundheitswesens. Die ärztlichen Körperschaften leisten dazu ihren Beitrag. Sie halten etwa Informations- und Beratungsangebote für ihre Mitglieder vor, entwickeln Schulungs- und Fortbildungsangebote und kooperieren u. a. mit Krankenkassen bei Modellprojekten. Eingeleitete Vernetzungsaktivitäten müssen indes stetig weiterentwickelt werden.

Schlüsselwörter

Medikamentenabhängigkeit · Ärztekammer · Kassenärztliche Vereinigung · Ordnungsverhalten

Abstract

The Associations of Statutory Health Insurance Physicians (Kassenärztliche Vereinigungen, ASHIPs) and the Chambers of Physicians (Ärztekammern) are concerned about the growing number of people addicted to medical drugs. Current estimates range between 1.4 and 1.9 million. The causes underlying a drug addiction are complex. Environmental conditions (e.g. high flexibility required by labour markets, aggressive advertising) are as important as individual personality traits, available 'coping resources', and the concrete features of a specific drug. There is no simple solution to this addiction problem. Necessary are cooperative measures taken by the relevant parties of the health care system. ASHIPs and the Chambers of Physicians make their specific contributions. E.g. they offer information and expert advice to their members, they develop specific training measures and they cooperate with health insurance funds in conducting innovative pilot projects. Nevertheless, initiated activities of networking ought to be continued with consistency.

Key words

Addictive use of drugs · Chamber of Physicians · Association of Statutory Health Insurance Physicians · prescribing pattern

Einleitendes

Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sehen sich als zentrale Systemakteure auch in der Verantwortung, gesellschaftliche Veränderungen sowie deren Implikationen und Wechselwirkungen auf Gesundheit und Gesundheitssystem sensibel wahr-

zunehmen, kritisch zu bewerten und ggf. – nach Maßgabe ihres Ziele-, Aufgaben- und Instrumentenspektrums – angemessen zu reagieren. Am Problemkreis Medikamentenabhängigkeit lässt sich dies beispielhaft veranschaulichen. Im Folgenden werden, nach einigen grundsätzlichen Anmerkungen zu sozialem Wandel und Bedingungsfaktoren von Medikamentensucht, Interventionsräume

Institutsangaben

¹ Ärztekammer Westfalen-Lippe

² Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Korrespondenzadresse

Dr. rer. pol. Michael Wüstenbecker · Stabsbereich Politik, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe · Robert-Schimrigk-Str. 4–6 · 44141 Dortmund · E-mail: Michael.Wuestenbecker@kvwl.de

Bibliografie

Suchttherapie 2006; 7: 117 – 120 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-927072
ISSN 1439-9903

der ärztlichen Körperschaften aufgezeigt. Ein aktuelles, gemeinsam vom BKK-Bundesverband und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) durchgeführtes Modellprojekt, das die beiden ärztlichen Körperschaften in Westfalen-Lippe aktiv unterstützen, zeigt schließlich die besonderen Chancen eines vernetzten Handelns auf.

Sozialer Wandel mit Folgen

Die Virulenz gesellschaftlichen Wandels ist augenfällig. Dessen weit reichende Folgen brachte ein Spiegel-Titel im März 2006 auf die griffige Formel „Jeder für sich“ [1]. Der soziale Zusammenhalt, das gesellschaftlich verfügbare „Sozialkapital“ verflüchtigte sich zusehends, so die mittlerweile breit gestellte Diagnose. Ursachen dafür sind vielfältig. Da sind die enormen Flexibilitätsanforderungen an die Erwerbsbevölkerung, die zunehmende Erosion der Sicherheit vermittelnden Normalarbeitsverhältnisse. Der Bedeutungsverlust der Familie, die Pluralisierung von Lebensformen lassen sich als Differenzierungsprozess deuten, der die individuelle Anpassungsfähigkeit an das rotierende Optionenkarussell des (Arbeits-)Marktes, an die gewachsene Unsicherheit über die Konsequenzen beruflicher Entscheidungen verbessert. Die Sozialbeziehungen wandeln sich indes nicht nur arbeitsmarktvermittelt. Neue Kommunikationsmedien, innovative Unterhaltungsangebote – immer größere Teile des privaten Lebens werden zu bezahlten Erlebnissen [2]. Marktliche Steuerungslogik dringt in mehr und mehr Bereiche vor. Das Zeitbudget des Einzelnen wird in zunehmendem Maße von der Marktsphäre vereinnahmt, was etwa Jeremy Rifkin besorgt fragen lässt, „was [...] für nichtkommerzielle Beziehungen übrig (bleibt) – für Beziehungen, die auf Verwandtschaft, Nachbarschaft, gemeinsamen kulturellen Interessen, religiöser Zugehörigkeit, ethischer Identifizierung und brüderlichem oder staatsbürgerlichem Engagement beruhen“ [3].

Folgen des brisanten Wandels schlagen sich u. a. im Krankenstand nieder. Der ist in Deutschland zwar bemerkenswert niedrig. Gleichwohl nehmen gerade Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen seit Jahren beharrlich zu. Der DAK-Gesundheitsreport 2005 bescheinigt dieser Krankheitsgruppe innerhalb des gesamten Arbeitsunfähigkeitsgeschehens „eine ganz singuläre Entwicklung“ [4]. Von der DAK befragte Experten sehen Ursachen in hohen Belastungen am Arbeitsplatz (steigende Arbeitsverdichtung) und Angst vor Arbeitslosigkeit bei gleichzeitig deutlich schwindenden sozialen Bewältigungsressourcen – ein Setting, das tendenziell auch Suchtverhalten begünstigt.

Und gerade hinter einer Abhängigkeit von Medikamenten steht häufig der Wunsch, im Alltag funktionieren, widrigen Umständen zum Trotz leistungsfähig sein zu können. Betroffene sind denn üblicherweise auch „eher angepasst, sozial integriert und nicht selten ausgesprochen leistungsorientiert“ (DHS). Medikamentenabhängigkeit ist unauffällig, wird selbst von der unmittelbaren sozialen Umgebung über lange Zeiträume hinweg nicht wahrgenommen. Augenfällige exzessive Verhaltensweisen wie etwa beim Konsum von Alkohol und illegalen Drogen gibt es hier nicht. Und Medikamentenabhängige selbst begreifen sich häufig nicht als abhängig. Die Tabletteneinnahme lässt sich schließlich über empfundene Krankheitssymptome gut legitimieren.

Die ärztlichen Körperschaften registrieren mit Sorge die wachsende Bedeutung des Problemkreises Medikamentenabhängigkeit. Die Zahl der Betroffenen, die sich keineswegs nur aus der Sphäre der Erwerbstätigkeit rekrutieren, weist einen deutlich ansteigenden Trend auf. Ging man 1992 noch von rund 600 000 Abhängigen aus, bewegen sich aktuelle Schätzungen zwischen 1,4 und 1,9 Millionen. Eine der Alkoholabhängigkeit durchaus vergleichbare Größenordnung. Das komplexe Bedingungsgeflecht einer Medikamentensucht, das Umweltmerkmale (etwa steigende Flexibilitätsanforderungen, sinkende soziale Unterstützungsressourcen, aber auch subtile Werbungseinflüsse), individuelle Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungskompetenzen sowie die konkreten Wirkeigenschaften bestimmter Arzneimittel in gleicher Weise umfasst, steht einfachen Lösungsrezepten entgegen.

Medikamentenabhängigkeit – ‚Schuld‘ des Arztes?

Wenn es um den Konsum von Arzneimitteln geht, verengt sich die Diskussion häufig auf ärztliches Verhalten. Es wird dann rasch von angebotsinduzierter bzw. verantworteter Nachfrage gesprochen. Dabei gerät die – auch quantitativ bedeutsame [5] – Selbstmedikationssphäre nicht selten aus dem Blick. Ob koffeinhaltige Analgetika, alkoholhaltige Mittel oder Kombinationspräparate mit weiteren psychisch aktiven Substanzen: Aggressive Werbung vermittelt den unmittelbar Nachfrage stimulierenden Eindruck, Gesundheit und Wohlbefinden ließen sich kaufen. Und fördert so unreflektiertes und riskantes Einnahmeverhalten. Längst versuchen Hersteller, auch die Grenzen des Werbeverbots für verschreibungspflichtige Medikamente auszutesten.

Bei Auftreten einer Abhängigkeit von Arzneimitteln liegt die Frage nach ggf. vorausgegangenen Verordnungen nahe. Generell setzt ein Verordnen von Arzneimitteln eine klare Abwägung von Anwendungsnutzen und -risiken voraus. Das gilt insbesondere für Substanzen, bei denen sich durch langfristigen Gebrauch eine Abhängigkeit entwickeln kann. Und die ganz überwiegende Zahl der Ärztinnen und Ärzte handelt in diesem Sinne sensibel, gewissenhaft und verantwortungsvoll. Zwar haben in der Vergangenheit mitunter statistische Auswertungen von Verordnungsdaten zu Schlagzeilen geführt. Eingehende Bewertungen der Datenbasis haben dann aber häufig ergeben, dass praxisfern generiertes Zahlenmaterial die Versorgungsrealität nicht abzubilden vermag. Dass es nichts über den konkreten Einzelfall und dessen Behandlungsbedarf aussagt, der tatsächliche Grundlage einer Verordnungsentcheidung gewesen ist.

Bei verordneten suchtpotenten Arzneimitteln geht es vorwiegend um Tranquilizer und Hypnotika vom Benzodiazepin-Typ. Erwiesen ist: Deren längerfristige Einnahme geht mit Abhängigkeitsrisiken einher. Gleichwohl darf das Verordnen solcher Mittel nicht grundsätzlich infrage gestellt oder gar inkriminiert werden. Die Mittel wirken schnell und gut auf Zielsymptome, sie haben nur geringe Nebenwirkungen. Indiziert eingesetzt und konsequent ärztlich begleitet, kann das involvierte Risiko einer Sucht deutlich beeinflusst werden. Mit Blick auf Symptome wie Angst, Unruhe, Erregung sowie Schlafstörungen wird häufig empfohlen, auf nicht suchterzeugende Mittel auszuweichen, etwa sedierende Antidepressiva und schwach potente Neuroleptika. Ärzte aus dem ambulanten Versor-

gungsbereich wie Dr. Ulrich Thamer, Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe und langjährig niedergelassener Nervenarzt, sehen hierin jedoch keine Patentlösung. Bei solchen Mitteln auftretende Nebenwirkungen würden das Zielsymptom häufig verstärken. Angstpatienten etwa reagierten hierauf mit einer Verstärkung ihrer Angst. In der Sicherheit des stationären Settings sei es eher möglich, auf die genannten Alternativsubstanzen auszuweichen. Niedergelassene Ärzte würden nach erfolgter Entlassung nicht selten feststellen, so die Erfahrung Thamers, dass solche Mittel bei den Belastungen des Alltags – nebenwirkungsbedingt – für den Patienten nicht tolerabel seien bzw. nicht ausreichend wirkten. So sei es erklärbar, dass Klinikärzte und niedergelassene Ärzte zu durchaus divergierenden Beurteilungen von Indikation, Wirkung und Risiko kämen.

Aktivitäten der ärztlichen Körperschaften in Westfalen-Lippe

Die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung in Westfalen-Lippe engagieren sich seit Jahren u. a. mit Informations- und Beratungsangeboten, um das Problembewusstsein für die Entwicklung von Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit weiter zu stärken. Sie greifen damit nicht zuletzt Herausforderungen des gesellschaftlichen Wandels auf – ein Wandel, der auch und gerade in Nordrhein-Westfalen facettenreich spürbar wird. Derzeit arbeiten die Körperschaften gemeinsam mit dem BKK Bundesverband und der DHS an einem Kooperationsprojekt „Informationen über Schlaf- und Beruhigungsmittel für Gesundheitsselbsthilfe, Rehabilitationsberatung und betriebliche Sozialberatung“. Ziel dieses aktuellen Vorhabens ist, unterschiedliche Zielgruppen über Schlaf- und Beruhigungsmittel zu informieren, sie im Umgang mit solchen Substanzen weiter zu sensibilisieren. Zum Kreis der Adressaten sollen Patientinnen und Patienten, betriebliche Beratungsstellen und Apotheken ebenso gehören wie Ärztinnen und Ärzte. Beide ärztlichen Körperschaften werden dieses Projekt in engem Zusammenwirken und mit gemeinsamen Aktionen unterstützen. Neben einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit zum Thema wird ein Maßnahmenswerpunkt auf der Entwicklung weiterer Schulungs- und Fortbildungsangebote liegen, die bewährte Veranstaltungen – etwa die Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ – sinnvoll ergänzen. Zudem soll die Kooperation und Vernetzung thematisch tangierter Arbeitsfelder weiter vorangetrieben werden. Für das neue Kooperationsprojekt ist zunächst eine Laufzeit von 12 Monaten vorgesehen. Als Modellregionen sind Hamm und Dortmund ausgewählt worden.

Das Thema Sucht/Suchterkrankungen ist in den beiden ärztlichen Körperschaften in Westfalen-Lippe auch organisatorisch fest verortet und mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet. Die Kassenärztliche Vereinigung betreibt einen 14 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen umfassenden Geschäftsbereich Verordnungsmanagement. Diese mit medizinischen, pharmazeutischen und juristischen Kompetenzen versehene Einheit sensibilisiert die Mitglieder der KVWL etwa für Fragen der Benzodiazepin-Verordnung und steht ihnen als Ansprechpartner tagtäglich zur Verfügung. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat vor 15 Jahren eine multiprofessionell besetzte Beratungskommission „Sucht und Drogen“ eingerichtet, deren Geschäfte durch eine hauptamtliche Referentin geführt werden. Neben den ärztlichen Vertretern ist auch ein Mitarbeiter der Sucht- und Drogenhilfe ständiges Mitglied des Gremi-

ums. Dessen Zusammensetzung bildet jene Fachgruppen und Sektoren ab, die an der Behandlung von Suchterkrankungen beteiligt sind. Dazu gehören Fachärzte für Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Neurologie. Vertreten sind ambulanter und stationärer Sektor, aber auch der öffentliche Gesundheitsdienst. Kurzum: Für Fragen zu Medikamentenverordnung, Medikamentenabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch halten die ärztlichen Körperschaften in Westfalen-Lippe ein kontinuierliches kompetentes Beratungsangebot vor.

Weitere Maßnahmen/Instrumente

Die ärztlichen Körperschaften greifen das facettenreiche Thema ‚Medikamentenverordnung‘ durch Hinweise und Artikel im Westfälischen Ärzteblatt auf, ihrem gemeinsam herausgegebenen Medium. Hinzu kommen regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen, teils zentral durch die gemeinsame Akademie für ärztliche Fortbildung angeboten, teils regional organisiert. Die Thematik wird auch in der Qualitätszirkelarbeit vor Ort regelmäßig aufgegriffen.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat bereits Ende der neunziger Jahre gemeinsam mit der Ärztekammer Nordrhein und in Abstimmung mit den beiden Apothekerkammern in NRW gemeinsame Handlungsempfehlungen für eine Spezialproblematik im Rahmen der Medikamentenverordnung herausgegeben, nämlich zur Verordnung von Benzodiazepinen für opiatabhängige Patienten [6]. Gerade die Verordnung an qualifiziert substituierte Patienten führte immer wieder zu Problemen. Die Substanzgruppe der Benzodiazepine spielte in der Vergangenheit eine Rolle bei Drogennotfällen und Drogentodesfällen.

Die für NRW konsentierten Handlungsempfehlungen sehen ein abgestuftes Verfahren vor. Bei Bekanntwerden von Auffälligkeiten nimmt die jeweils zuständige Ärztekammer zunächst Kontakt mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten auf. Sollten sich keine plausiblen Begründungen für die Verordnung ergeben oder sollte im Einzelfall eine Uneinsichtigkeit vorliegen, erfolgt ein schriftlicher Hinweis, in der Regel durch die jeweilige Rechtsabteilung. Wird das beanstandete Verordnungsverhalten fortgesetzt, erfolgt seitens der zuständigen Ärztekammer die Einleitung weiterer berufsrechtlicher Schritte (z. B. Information der Approbationsbehörde) und, falls notwendig, auch eine strafrechtliche Überprüfung.

Das Engagement der ärztlichen Körperschaften hat u. a. dazu geführt, dass bestimmte Benzodiazepine bei Verordnung an betäubungsmittelabhängige Patienten den besonderen Bestimmungen der Betäubungsmittelgesetzgebung unterstellt wurden.

Fazit

Medikamentenabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch sind komplexe Themen, die einer differenzierten Betrachtung bedürfen. Hinzu kommt: Die Diskussionen hierzu sind durch sehr unterschiedliche und teils kompetitive Interessen bestimmt. Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung in Westfalen-Lippe tragen den Herausforderungen dieser Problemkreise über ein breites Maßnahmenspektrum Rechnung. Denn Phänomene, die multifaktoriell bedingt sind, erfordern ein entsprechend gefächertes Vor-

gehen. Ein Vorgehen, das in praxi umso effektiver ist, je enger die relevanten Akteure zusammenarbeiten, je vernetzter die jeweiligen Steuerungs- und Interventionsmöglichkeiten Anwendung finden. Ärztinnen und Ärzte sind realiter häufig erste Ansprechpersonen. Von ihnen werden soziale Entlastungsfunktionen erwartet, die sie nicht zuletzt auch aus zeitökonomischen Gründen nicht wahrnehmen können. Kenntnisse des weiteren Hilfesystems, eine lokale Vernetzung vor Ort, effiziente Vermittlungspfade in – häufig statt einer Medikamentenverordnung erforderliche – psychosoziale Angebote sind entscheidende Lösungsparameter. Solche Erkenntnisse prägen das strategische und operative Handeln der ärztlichen Körperschaften. Sie leisten, insbesondere auch über ein nachhaltiges Sensibilisieren ihrer Mitgliedschaft, einen produktiven Lösungsbeitrag zu den Problemkreisen Medikamentenabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch.

Literatur

- ¹ Der Spiegel, Nr. 10, 6.3.2006
- ² Wüstenbecker M. Zivilgesellschaft fördern? Sozialer Fortschritt 2001; 9/10: 244–247, hier 245 f
- ³ Rifkin J. Access. Das Verschwinden des Eigentums. Frankfurt/Main, 2000: 152
- ⁴ DAK Versorgungsmanagement. DAK Gesundheitsreport, Hamburg, 2005
- ⁵ Auf acht verordnete Arzneimittel entfallen rund sechs eigeninitiativ gekaufte. Wido-monitor 2006; Ausgabe 1: 7
- ⁶ Handlungsempfehlungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in Abstimmung mit den Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zur Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an betäubungsmittelabhängige Personen. Westfälisches Ärzteblatt 2006; 5: 15 f