



SCHLUSSBERICHT – 15.08.2019

Auslegeordnung zum problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Impressum

Empfohlene Zitierweise

Autor: Ecoplan
Titel: Auslegeordnung zum problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente
Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Ort: Bern
Datum: 15.08.2019

Begleitgruppe

Tanja Iff, BAG, Abteilung NCD, Sektion Präventionsstrategien (Projektleitung)
Eva Bruhin, BAG, Abteilung NCD, Sektion Präventionsstrategien
Fosca Gattoni Losey, BAG, Abteilung Biomedizin, Sektion Heilmittelrecht
Markus Jann, BAG, Abteilung NCD, Sektion Politische Grundlagen und Vollzug
Marc Marthaler, BAG, Abteilung NCD, Sektion Wissenschaftliche Grundlagen
Christian Schneider, ehem. fedpol

Fachliche Begleitung des Projektteams

Barbara Broers, Universitätsspital Genf, Eidgenössische Kommission für Suchtfragen EKSF

Projektteam Ecoplan

Eliane Kraft (Projektleitung)
Simon Iseli
Sarah Werner

ECOPLAN AG

Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik

www.ecoplan.ch

Monbijoustrasse 14
CH - 3011 Bern
Tel +41 31 356 61 61
bern@ecoplan.ch

Dätwylerstrasse 25
CH - 6460 Altdorf
Tel +41 41 870 90 60
altdorf@ecoplan.ch

Inhaltsverzeichnis

	Zusammenfassung	2
	Résumé	5
1	Einleitung	8
2	Begrifflichkeiten	9
2.1	Welche Begriffe kennt die Nationale Strategie Sucht?	9
2.2	Welche Begriffe beinhalten die medizinischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5? ...	9
2.3	Wie wird Medikamentenabhängigkeit definiert?	11
2.4	Was wird unter Medikamentenmissbrauch verstanden?	13
2.5	Welche Begriffe werden im Rahmen dieser Auslegeordnung verwendet?	14
3	Grundlagen	15
3.1	Welche psychoaktiven Medikamente haben ein Abhängigkeitspotenzial?	15
3.2	Welche Konsumformen von Medikamenten gibt es? Wie unterscheiden sich diese mit Blick auf Abhängigkeitspotenzial und Schädlichkeit?	16
4	Konsum und Beschaffung von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz	17
4.1	Wie häufig werden psychoaktive Medikamente konsumiert?	17
4.1.1	Einnahme von starken Schmerzmitteln	17
4.1.2	Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln	20
4.2	Welche Gründe können zu einem problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente führen?	24
4.3	Wen betrifft der problematische Gebrauch psychoaktiver Medikamente?	27
4.4	Was sind die gesundheitlichen Risiken eines problematischen Gebrauchs psychoaktiver Medikamente?	30
4.5	Wie ist die Problematik des Mischkonsums zu beurteilen?	31
4.6	Wie werden psychoaktive Medikamente bezogen?	32
5	Problematischer Medikamentengebrauch und das Vier-Säulen-Modell	36
5.1	Wer sind die relevanten Akteure in der Prävention und Früherkennung und welche Methoden stehen zur Verfügung?	36
5.2	Wie sieht die Therapie und Behandlung einer Medikamentenabhängigkeit aus?	38
5.3	Was bedeutet Schadensminderung bei Medikamentenabhängigkeit?	40
5.4	Wie funktionieren Regulierung und Vollzug in der Bekämpfung des problematischen Medikamentengebrauchs?	40

6	Public-Health-Relevanz und Handlungsbedarf	44
6.1	Ist der problematische Gebrauch psychoaktiver Medikamente in der Schweiz ein relevantes Public-Health-Problem? Was sind die Hauptproblemfelder?.....	44
6.2	In welchen Handlungsfeldern wird Handlungsbedarf geortet?	44
6.3	Empfehlungen Ecoplan	47
	Anhang A: ICD-11	48
	Anhang B: Interviewte Expertinnen und Experten	49
	Anhang C: Teilnehmerinnen und Teilnehmer Expertenpanel	50
	Anhang D: Kontaktierte Verbände.....	51
	Literaturverzeichnis	52

Zusammenfassung

Um was geht es?

Gegenstand dieses Berichts ist der **problematische Gebrauch psychoaktiver Medikamente** in der Schweiz, der folgende Konsum- und Verhaltensweisen umfasst:

- Risikoverhalten im Umgang mit psychoaktiven Medikamenten
- Medikamentensucht/-abhängigkeit

Zu den relevanten psychoaktiven Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial gehören:

- opioidhaltige Schmerzmittel
- opioidhaltige Hustenmittel (insb. Codein und Dextromethorphan)
- Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine, Barbiturate, Z-Medikamente)
- Anregungsmittel (Stimulanzien wie Dexamphetamin oder Ephedrin)
- Narkosemittel und Gase (z.B. Ketamin und Gamma-Hydroxybutyrat GHB)

Warum dieser Bericht?

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sieht sich aufgrund von internationalen Entwicklungen und den bisher erfassten Zahlen in der Schweiz vermehrt mit der Frage konfrontiert, ob und inwiefern die Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz problematisch ist.

Mit der Nationalen Strategie Sucht wurde die Grundlage geschaffen, nebst Massnahmen zu drogen-, alkohol- und tabakbedingten Suchtformen auch Massnahmen zu weiteren Suchtformen wie der Medikamentenabhängigkeit zu ergreifen. Die vorliegende Auslegeordnung soll dem BAG als Grundlage dienen, um über das weitere Vorgehen in diesem Bereich zu entscheiden.

Was umfasst der Bericht und worauf beruht er?

Die vorliegende Auslegeordnung beinhaltet die folgenden Aspekte:

- Klärung der Begrifflichkeiten
- Analyse der aktuellen Situation in der Schweiz
- Beurteilung der Public-Health-Relevanz und des Handlungsbedarfs

Das Inhaltsverzeichnis in Frageform erlaubt der eiligen Leserin/dem eiligen Leser eine schnelle Navigation zu den sie/ihn interessierenden Themen.

Als Grundlage für den Bericht diente eine Analyse von wissenschaftlicher und grauer Literatur, 16 Interviews mit Expertinnen und Experten sowie ein abschliessendes Expertenpanel.

Welche Hauptproblemfelder wurden identifiziert?

Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln durch Menschen ab 60

Schätzungen zufolge weisen in der Schweiz zwischen 200'000 und 400'000 Personen einen problematischen Gebrauch von Benzodiazepinen und Analoga auf. Frauen sind stärker betroffen als Männer und ältere Menschen stärker als jüngere.

Die Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln steigt mit zunehmendem Alter stark an, weil ältere Menschen öfters unter Schlafstörungen leiden. Gemäss Studien werden Benzodiazepine aber häufig zu lange eingenommen: Selbst bei kleinen Dosen kann sich bereits bei einer Einnahmedauer von mehr als zwei Wochen eine sogenannte Abhängigkeit im Niedrigdosisbereich bilden. Beim Absetzen des Medikaments kann es zu einem «Absetzeffekt» kommen. Das sind Entzugserscheinungen, die oft den Beschwerden ähneln, derentwegen die Medikamente verschrieben wurden. Sie führen häufig dazu, dass die Medikamente weiter oder erneut eingenommen werden.

Die gesundheitlichen Risiken eines Langzeitkonsums von Benzodiazepinen sind für ältere Menschen grösser als für jüngere Erwachsene, weil der Körper Medikamente langsamer abbaut und das Gehirn empfindlicher auf diese Medikamente reagiert. Bei einem regelmässigen Konsum von Benzodiazepinen können schwere Nebenwirkungen auftreten, u.a. kognitive Einschränkungen oder Gleichgewichtsstörungen, die zu einem erhöhten Sturzrisiko und damit potenziell zu Knochenbrüchen führen. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Nebenwirkungen teils als Alterserscheinungen fehlinterpretiert werden.

Konsum opiathaltiger Schmerzmittel durch chronische Schmerzpatienten

Verschiedene Studien zeigen in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme des Konsums opiathaltiger Schmerzmittel in der Schweiz. So konnte beispielsweise die Auswertung von Helsana-Krankenkassendaten für den Zeitraum zwischen 2006 und 2013 eine Zunahme bei den starken Opioiden um 121% feststellen, was mehr als einer Verdoppelung entspricht.

Trotz dem Anstieg wird in der Schweiz zurzeit nicht von einer Opioidkrise gesprochen. Die Zunahme wirft jedoch Fragen auf, da 80% der starken Opioide gemäss der genannten Studie auf der Basis von Helsana-Daten für die Behandlung nicht-krebsassoziierter, chronischer Schmerzen verwendet werden und in diesen Fällen unklar sei, inwiefern starke Opioide die Schmerzkontrolle effektiv verbessern.

Welche Empfehlungen werden gemacht?

Die beigezogenen Expertinnen und Experten stellen einen vielfältigen Handlungsbedarf fest. Mit Blick auf die identifizierten Hauptproblemfelder empfiehlt EcoPlan dem Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit den betreffenden Stakeholdern folgende Massnahmen prioritär umzusetzen:

- Sensibilisierung der älteren Menschen und der Gesundheitsfachpersonen in der Grundversorgung sowie in Pflegeheimen und Spitex-Organisationen für die Gefahren der Benzodiazepinabhängigkeit im Niedrigdosisbereich (Aufklärung alleine reduziert den Konsum bei älteren Menschen nachweislich)
- Studien zur Verschreibungspraxis bei Benzodiazepinen und opiathaltigen Schmerzmitteln durchführen und bei Bedarf die Erarbeitung von Verschreibungsrichtlinien unterstützen

Résumé

De quoi s'agit-il?

Le présent rapport a pour objet l'usage **problématique de médicaments psychoactifs** en Suisse, impliquant les types de comportement et de consommation suivants:

- comportements à risque associés à l'usage de médicaments psychoactifs;
- dépendance / addiction aux médicaments.

Parmi les médicaments psychoactifs importants présentant un potentiel de dépendance, on compte:

- les antalgiques opioïdes;
- les antitussifs opioïdes (notamment la codéine et le dextrométhorphan);
- les somnifères et les calmants (benzodiazépines, barbituriques, médicaments Z);
- les analeptiques (stimulants comme la dexamphétamine ou l'éphédrine);
- les anesthésiques et les gaz (p.ex. kétamine et gamma-hydroxybutyrate [GHB]).

Pourquoi ce rapport?

Face aux évolutions observées à l'échelle internationale et aux chiffres disponibles à ce jour en Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est de plus en plus confrontée à la question suivante: la prise de médicaments psychoactifs est-elle problématique en Suisse et dans quelle mesure?

La stratégie nationale Addictions a établi les bases pour prendre des mesures non seulement concernant les dépendances aux drogues, à l'alcool et au tabac, mais aussi pour d'autres formes d'addiction comme la dépendance aux médicaments. Le présent état des lieux est destiné à servir de base à l'OFSP afin de décider de la suite des actions dans ce domaine.

Que couvre ce rapport et sur quoi se fonde-t-il ?

Le présent état des lieux comprend les aspects suivants:

- clarification de la terminologie;
- analyse de la situation actuelle en Suisse;
- évaluation de l'importance de la question pour la santé publique et de la nécessité à agir.

La table des matières sous forme de questions permet aux lectrices et lecteurs pressés d'accéder rapidement aux thèmes qui les intéressent.

Le rapport est fondé sur une analyse de la littérature scientifique et grise, 16 entretiens avec des expert(e)s et la consultation finale d'un panel d'experts.

Quelles sont les principales problématiques identifiées?

Consommation de somnifères et de calmants à partir de 60 ans

Selon des estimations, entre 200 000 et 400 000 individus en Suisse font un usage problématique de benzodiazépines et leurs analogues. Les femmes sont plus concernées que les hommes et le problème est plus fréquent chez les personnes âgées que chez les plus jeunes.

Les aînés souffrant fréquemment de troubles du sommeil, les prescriptions de somnifères et de calmants augmentent fortement avec l'âge. Des études montrent cependant que les benzodiazépines sont souvent prises trop longtemps: dès que le traitement dure plus de deux semaines, de faibles doses suffisent pour entraîner ce que l'on appelle une dépendance à faible dose. L'arrêt de la prise du médicament peut alors provoquer un «effet rebond». Il s'agit de signes de sevrage qui ressemblent souvent aux troubles contre lesquels les médicament avaient été prescrits. Ces symptômes incitent alors le patient à poursuivre ou recommencer le traitement dans de nombreux cas.

La consommation de benzodiazépines à long terme met davantage en péril la santé des personnes âgées que celle des adultes plus jeunes, car l'organisme dégrade plus lentement les médicaments et le cerveau est plus sensible à ces substances. La prise régulière de benzodiazépines peut entraîner des effets secondaires sévères, dont des déficits cognitifs ou des troubles de l'équilibre susceptibles de majorer le risque de chute et d'entraîner ainsi des fractures osseuses. La mauvaise interprétation de ces effets secondaires, qui sont parfois considérés comme des manifestations de l'âge, complique encore davantage la situation.

Consommation d'antalgiques opiacés lors de douleurs chroniques

Différentes études ont mis en évidence une nette augmentation de la consommation d'antalgiques opiacés au cours des dernières années en Suisse. Une analyse des données de la caisse-maladie Helsana entre 2006 et 2013 a par exemple montré que la consommation d'opioïdes puissants avait plus que doublé, enregistrant une hausse de 121%.

Malgré cette augmentation, on ne parle pas à ce jour d'une crise des opioïdes en Suisse. Cette progression soulève toutefois des questions, puisque l'étude fondée sur les données de Helsana révèle que 80% des opioïdes puissants sont utilisés pour le traitement de douleurs chroniques non associées à un cancer. Dans de tels cas, l'efficacité des opioïdes puissants pour maîtriser la douleur n'est pas clairement établie.

Quelles sont les recommandations?

Les expertes et experts consultés constatent que des actions sont nécessaires à divers niveaux. Compte tenu des principales problématiques identifiées, EcoPLAN recommande à l'Office fédéral de la santé publique de collaborer avec les parties prenantes concernées pour mettre en œuvre de manière prioritaire les mesures suivantes:

- sensibiliser les personnes âgées et les professionnels de la santé au niveau des soins de base, dans les établissements médico-sociaux (EMS) et au sein des organisations d'aide

et de soins à domicile aux dangers de la dépendance aux benzodiazépines à faible dose (il est prouvé que l'information permet à elle seule une baisse de la consommation chez les personnes âgées);

- mener des études sur les pratiques de prescriptions de benzodiazépines et d'antalgiques opiacés et soutenir, le cas échéant, l'élaboration de directives pour la prescription.

1 Einleitung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sieht sich aufgrund von internationalen Entwicklungen und den bisher erfassten Zahlen in der Schweiz vermehrt mit der Frage konfrontiert, ob und inwiefern die Einnahme von psychoaktiven Medikamenten¹ in der Schweiz problematisch ist.

Mit der Strategie Sucht wurde die Grundlage geschaffen, nebst Massnahmen zu drogen-, alkohol- und tabakbedingten Suchtformen auch Massnahmen zu weiteren Suchtformen wie der Medikamentenabhängigkeit zu ergreifen.

Die vorliegende Auslegeordnung zum problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente in der Schweiz soll dem BAG als Grundlage dienen, um über das weitere Vorgehen in diesem Bereich zu entscheiden. Die Auslegeordnung beinhaltet die folgenden Aspekte:

- Klärung der Begrifflichkeiten
- Analyse der aktuellen Situation in der Schweiz
- Beurteilung der Public-Health-Relevanz und des Handlungsbedarfs

Im Fokus der Auslegeordnung stehen **psychoaktive Medikamente** mit Abhängigkeitspotenzial – unabhängig davon, ob sie verschreibungspflichtig sind oder nicht. Ein psychoaktives Medikament besteht aus einem oder mehreren Wirkstoffen, die die menschliche Psyche beeinflussen. Psychoaktive Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial umfassen insbesondere opioidhaltige Schmerz- und Hustenmittel, Beruhigungs- und Schlafmittel (Benzodiazepine, Barbiturate, Z-Medikamente), Anregungsmittel (Stimulanzien) sowie Narkosemittel und Gase. Das ebenfalls psychoaktive Medikament Ritalin bzw. dessen Wirkstoff Methylphenidat ist nicht Gegenstand dieser Studie, da es im BAG eine spezifische Arbeitsgruppe gibt, die sich mit dem Thema ADHS und Ritalin befasst.

Methodisch wurden in einem ersten Schritt eine Recherche und Analyse wissenschaftlicher und grauer Literatur durchgeführt. Darauf aufbauend wurden 16 Expertinnen und Experten, darunter Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Fachpersonen aus der Suchtprävention, Vertreterinnen und Vertreter von Kantonsapotheker- und Kantonsarztämtern und der Zulassungsbehörde Swissmedic sowie Mitarbeitende von Bundes- und Kantonspolizei befragt (vgl. hierzu die Liste in Anhang B). Ergänzend wurden mehrere Verbände aus dem Gesundheitsbereich angefragt, ihre Expertise einzubringen (vgl. hierzu die Liste in Anhang D). Die Public-Health-Relevanz sowie der Handlungsbedarf wurden abschliessend im Rahmen eines Expertenpanels beurteilt und diskutiert (vgl. Anhang C für die Liste der Teilnehmenden).

Wir möchten an dieser Stelle festhalten, dass die vorliegende Auslegeordnung einen explorativen Charakter hat. Präzise quantitative Aussagen sind aufgrund der bescheidenen Datenlage nur beschränkt möglich.

¹ Der Begriff Medikamente wird in dieser Studie äquivalent zum Begriff Arzneimittel verwendet.

2 Begrifflichkeiten

2.1 Welche Begriffe kennt die Nationale Strategie Sucht?

Die Strategie Sucht² unterscheidet die Konsum- oder Verhaltensweisen nach ihrer Intensität und den damit verbundenen Risiken für das Individuum und die Gesellschaft:

- **Risikoarmes Verhalten** umschreibt den Umgang mit psychoaktiven Substanzen und Verhaltensweisen, die für die Gesundheit der betroffenen Person und für ihr Umfeld nicht schädlich und oft Teil des gesellschaftlichen Zusammenlebens sind.
- **Risikoverhalten** umschreibt den Substanzkonsum oder ein Verhalten, das zu körperlichen, psychischen oder sozialen Problemen oder Schäden für die einzelne Person oder das Umfeld führen kann.
- **Sucht** ist ein bio-psycho-soziales Phänomen. Sie hat Auswirkungen auf die Physis und die Psyche der Menschen, ihr soziales Umfeld und ihre soziale Integration. Sie entsteht aus individuellen Veranlagungen, aber auch durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen (persönliches Umfeld, berufliche und finanzielle Situation, kultureller Umgang mit Substanzen, Erhältlichkeit etc.). Sie ist ein bei Menschen aller Altersklassen und unabhängig von ihrem sozialen und kulturellen Hintergrund beobachtetes Phänomen, das charakterisiert ist durch ein zwanghaftes Verhalten, das auch dann weiterbesteht, wenn schwerwiegende negative gesundheitliche und soziale Folgen für den betroffenen Menschen und sein Umfeld eintreten. Medizinisch gesehen handelt es sich um eine Krankheit (vgl. hierzu Kap. 2.2), die Fachwelt spricht in der Regel von einer **Abhängigkeit**.

2.2 Welche Begriffe beinhalten die medizinischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5?

a) ICD-10

Im Klassifikationssystem **ICD-10**³ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der WHO werden die psychoaktiven Substanzen im Abschnitt F10-F19 («Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen») behandelt.⁴ Dabei können die folgenden Begriffe (resp. Kodierungen) unterschieden werden:

- **Akute Intoxikation** (engl. Acute Intoxication): Als akute Intoxikation (akuter Rausch) wird ein Zustand nach Einnahme einer psychoaktiven Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen bezeichnet. Die Störungen stehen in

² Bundesamt für Gesundheit (2015), Nationale Strategie Sucht 2017-2024, S. 11-12.

³ In diesem Bericht verwenden wir die Definitionen aus ICD-10. Es gibt inzwischen zwar die neuere Version ICD-11, die aber zurzeit noch nicht eingeführt ist. Die Begrifflichkeiten in Bezug auf psychoaktive Substanzen unterscheiden sich zwischen ICD-10 und ICD-11 (vgl. Anhang A).

⁴ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018), ICD-10-GM Version 2018 (24.9.2018).

direktem Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab, ausgenommen in den Fällen, bei denen Gewebeschäden oder andere Komplikationen aufgetreten sind.

- **Schädlicher Gebrauch** (engl. Harmful Use): Als schädlicher Gebrauch wird der Konsum psychotroper Substanzen bezeichnet, der zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche oder psychische Störung auftreten.
- **Abhängigkeitssyndrom** (engl. Dependence syndrome): Eine Abhängigkeit beinhaltet ein Bündel von verhaltensbedingten, kognitiven und physiologischen Phänomenen, die sich nach *wiederholtem* Substanzkonsum entwickeln. Wenn drei der sechs nachfolgenden Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate gleichzeitig erfüllt, wird eine Abhängigkeit diagnostiziert:⁵
 - starker Wunsch und/oder Zwang, die Substanz zu konsumieren
 - verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Menge und/oder der Beendigung der Einnahme
 - körperliche Entzugssymptome
 - Toleranzentwicklung (Wirkverlust) bzw. Dosissteigerung
 - Erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen, verbunden mit der Vernachlässigung anderer Interessen
 - Fortgesetzter Konsum trotz Folgeschäden

b) DSM-5

Ein mit dem Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 zusammenhängender Begriff ist die **Substanzgebrauchsstörung (Substances Use Disorders)**⁶ nach DSM 5⁷. Dabei wird zwischen einer moderaten und einer schweren Störung differenziert. Diese Differenzierung basiert auf einer Anzahl von Kriterien, die innerhalb der letzten zwölf Monate aufgetreten sind. Sind zwei oder drei Kriterien erfüllt, so liegt eine leichte Störung vor. Sind hingegen vier oder fünf Kriterien gegeben, so liegt eine schwere Störung vor.⁸ Insgesamt gibt es 11 Kriterien, die teils überlappend sind mit den Kriterien für das Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10:

- wiederholter Konsum, sodass wichtige Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt werden;
- wiederholter Konsum in Situationen, in denen es auf Grund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;
- wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme;

⁵ Glaeske G., Holzbach R. (2015), Medikamentenabhängigkeit, S. 12.

⁶ Nach ICD-11 wird der Begriff «Disorders due to substance use» als Oberbegriff verwendet, der ebenfalls als Substanzgebrauchsstörung übersetzt werden könnte (vgl. Anhang A).

⁷ DSM steht für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Dieses Klassifikationssystem stammt aus den USA und spielt dort eine zentrale Rolle bei der Definition von psychischen Erkrankungen.

⁸ DHS (2019), Substanzgebrauchsstörung: Diagnosekriterien gemäss DSM 5.

- Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung;
- Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden;
- längerer Konsum oder in größerer Menge als geplant (Kontrollverlust);
- anhaltender Kontrollwunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle;
- hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung des Konsums zu erholen;
- Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums;
- fortgesetzter Gebrauch, obwohl körperliche oder psychische Probleme bekannt sind;
- starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren (Craving).

2.3 Wie wird Medikamentenabhängigkeit definiert?

Eine Medikamentenabhängigkeit liegt dann vor, wenn nach einem wiederholten Substanzkonsum bestimmte Kriterien nach ICD-10 erfüllt sind (vgl. Kap. 2.12.2).

Bei einer Langzeiteinnahme von Medikamenten sind jedoch häufig mehrere dieser Kriterien nicht erfüllt: Die durch den Arzt verschriebene Menge reicht nicht aus, um die Dosis zu steigern und die kontrollierte Abgabe durch den Arzt verhindert den Kontrollverlust und begrenzt den Zeitaufwand für die Substanzbeschaffung.⁹ Um die Problematik des Langzeitkonsums trotzdem zu thematisieren, wurde der Begriff der Niedrigdosisabhängigkeit eingeführt. Dieser wird insbesondere im Zusammenhang mit dem langfristigen Konsum von Benzodiazepinen und Z-Medikamenten häufig verwendet. Zur Spezifität der Benzodiazepin-Abhängigkeit sei auf den untenstehenden Kasten verwiesen.

Die Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit ist nicht einfach: Entzugserscheinungen beim Absetzen des Medikamentes werden oft als Wiederauftreten der Ausgangsbeschwerden gedeutet. Vergesslichkeit, verminderter Antrieb und geringe Anteilnahme am sozialen Umfeld sind häufige Begleiterscheinungen der Medikamenteneinnahme, die gerade bei älteren Menschen eher dem Alter zugeschrieben und nicht als Abhängigkeit wahrgenommen werden.

⁹ Glaeske G., Holzbach R. (2015), Medikamentenabhängigkeit, S. 14.

Exkurs: Benzodiazepinabhängigkeit

Bei Benzodiazepin wird unterschieden zwischen einer Abhängigkeit im Niedrig- und Hochdosisbereich:

a) Abhängigkeit im Niedrigdosisbereich¹⁰

Eine Abhängigkeit im Niedrigdosisbereich kann auftreten, wenn Benzodiazepine in verhältnismässig kleinen Dosen (< 20mg diazepam (Valium®)-Äquivalent pro Tag) über längere Zeit eingenommen werden. Die Niedrigdosisabhängigkeit betrifft v.a. Menschen ausserhalb des Drogenmilieus, häufig ältere Menschen mit Schlafproblemen.

Patienten im Niedrigdosisbereich fühlen sich selten abhängig und das Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung wird vom Patienten wie auch vom behandelnden Arzt aufgrund der kontrollierten Abgabe oft als gering eingestuft. Bereits bei einer Einnahmedauer von mehr als zwei Wochen kann sich jedoch eine Gewöhnung und eine Abhängigkeit bilden. Aus der Literatur ist bekannt, dass es bei Langzeitkonsumentinnen und -konsumenten von Benzodiazepinen im Niedrigdosisbereich beim Absetzen des Medikaments zu einem «Absetzeffekt» kommen kann. Das sind Entzugserscheinungen, die oft den Beschwerden ähneln, derentwegen die Medikamente verschrieben wurden. Sie führen häufig dazu, dass die Medikamente weiter oder erneut eingenommen werden.

Studien zeigen zudem, dass für ältere Menschen häufig bereits der Niedrigdosiskonsum problematisch ist: Bei älteren Menschen ist der Stoffwechsel verlangsamt. Deshalb führt die tägliche Einnahme von Benzodiazepinen in der Regel bereits bei einer sehr niedrigen Dosis zu einer Kumulation im Körper. In der Folge besteht bspw. ein erhöhtes Sturzrisiko, das schwerwiegende (und kostenintensive) Konsequenzen wie Hüftfrakturen haben kann. So ist die Wahrscheinlichkeit einer Hüftfraktur bei älteren Personen ab 65 Jahren bereits bei einer Dosis von mehr als 3 mg diazepam-Äquivalent um 50% höher.¹¹ Für andere mögliche Nebenwirkungen bei Menschen im Alter siehe Exkurs am Ende von Kap. 4.3.

b) Abhängigkeit im Hochdosisbereich

Eine Abhängigkeit im Hochdosisbereich kann auftreten, wenn Benzodiazepine in verhältnismässig grossen Dosen (> 20mg diazepam (Valium®)-Äquivalent pro Tag) über längere Zeit eingenommen werden. Die Hochdosisabhängigkeit betrifft v.a. Menschen aus der Drogenszene mit einer Abhängigkeit vom Polytoxikomanie-Typ.

Das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung ist hier unbestritten hoch und ein regelmässiger Konsum im Hochdosisbereich wird entsprechend allgemein als problematisch angesehen.

¹⁰ Praxis Suchtmedizin (2018), Medikamente – Benzodiazepine.

Glaeske G., Holzbach R. (2015), Medikamentenabhängigkeit, S. 14.

www.alterundsucht.ch

¹¹ Wang P.S. (2001), Hazardous Benzodiazepine Regimes in the Elderly: Effects of Half-Life, Dosage, and Duration on Risk of Hip Fracture.

2.4 Was wird unter Medikamentenmissbrauch verstanden?

Medikamentenmissbrauch ist keine medizinische Diagnose. Gemäss verschiedenen bestehenden Definitionen¹², u.a. von der WHO, und den Rückmeldungen aus den Experteninterviews liegt ein Medikamentenmissbrauch vor, wenn:

- ein Medikament ohne klare medizinische Notwendigkeit eingenommen wird *oder*
- eine höhere Dosis als verordnet eingenommen wird *oder*
- das Medikament über eine längere Zeit als verordnet konsumiert wird *oder*
- das Medikament aus anderen Gründen eingenommen wird als für die ursprünglich vorgesehene Indikation (z.B. um sich zu berauschen) *oder*
- das Medikament anders angewendet wird als verordnet (z.B. geraucht, geschnupft)

Die folgenden prägnanten und differenzierten Definitionen berücksichtigen zusätzlich den Aspekt der *Absicht* einer vom üblichen Gebrauch abweichenden Medikamenteneinnahme:¹³

- **Medikamentenmissbrauch:** Ein vorsätzlicher oder gezielter von der Bestimmung abweichender Gebrauch, das heisst z.B. eine abweichende Indikation, Dosis oder Einnahmedauer.
- **Medikamentenfehlgebrauch:** Ein von der Bestimmung abweichender (in der Regel unabsichtlicher unsachgemässer) Gebrauch, das heisst z.B. eine abweichende Indikation, Dosis oder Einnahmedauer.

Mit dem Begriff «Medikamentenfehlgebrauch» kann die Stigmatisierung derjenigen Patientinnen und Patienten vermieden werden, die Medikamente unabsichtlich unsachgemäss einsetzen.

Ein Medikamentenmiss- oder fehlgebrauch setzt im Gegensatz zur Abhängigkeit keinen wiederholten Konsum voraus.¹⁴ Sowohl der Medikamentenmissbrauch wie auch der Fehlgebrauch können aber zu einer Abhängigkeit führen.

¹² Sucht Schweiz (2011), Schlaf- und Beruhigungsmittel – Informationen zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit.

Obsan (2019), Chronische Medikamenteneinnahme, Online im Internet: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/chronische-medikamenteneinnahme-alter-15> (11.3.2019).

Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs (2012), Grundlagen zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs im Kanton Zürich.

¹³ Pharmaceutical Care Research Group, Universität Basel (2015), Abhängigkeit von OTC-Medikamenten, In: i.m@il-Offizin, Nr. 9 / 15.5.2015.

¹⁴ Trescher C. (2011), Abhängigkeit und Missbrauch – Kann mit dem Verursacherprinzip eine Veränderung bewirkt werden?, S. 71.

2.5 Welche Begriffe werden im Rahmen dieser Auslegeordnung verwendet?

Diese Auslegeordnung orientiert sich an den Begrifflichkeiten der Nationalen Strategie Sucht (vgl. Kap. 2.1). Gegenstand dieses Berichts ist der **problematische Gebrauch psychoaktiver Medikamente**, der folgende Konsum- und Verhaltensweisen umfasst:

- Risikoverhalten im Umgang mit psychoaktiven Medikamenten
- Medikamentensucht/-abhängigkeit

Dieser Begriff dient im Rahmen des vorliegenden Berichts als Arbeitsdefinition.

Nicht Gegenstand dieser Auslegeordnung ist risikoarmes Verhalten im Umgang mit psychoaktiven Medikamenten, das weder für die betroffene Person noch für ihr Umfeld schädlich ist.

Folgende Abbildung zeigt, wie die weiteren Begriffe aus den Kap. 2.2 bis 02.4 in den Rahmen der Strategie Sucht eingeordnet werden können. Dabei sind die Begriffe und Einordnungen jedoch nicht immer so trennscharf voneinander abzugrenzen, wie das die Abbildung suggeriert.

Abbildung 1: Begrifflichkeiten im Überblick



3 Grundlagen

3.1 Welche psychoaktiven Medikamente haben ein Abhängigkeitspotenzial?

Die untenstehende Tabelle listet die wichtigsten psychoaktiven Medikamente resp. Gruppen von psychoaktiven Medikamenten mit einem Abhängigkeitspotenzial auf. Die gemachten Angaben zum Abhängigkeitspotenzial entsprechen einer groben Kategorisierung. Das konkrete Abhängigkeitspotenzial ist wesentlich abhängig von individuellen Faktoren (z.B. persönliche Verfassung, Umfeld, genetische Prädisposition, Konsumform).

Abbildung 2: Psychoaktive Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial

Medikamente bzw. Medikamentengruppe	Abhängigkeitspotenzial	Beabsichtigte Wirkung im klinischen Gebrauch	Gesuchte Wirkung bei problematischem Gebrauch
Opioidhaltige Schmerzmittel (<i>Analgetika</i>)	eher hoch	schmerzstillend	euphorisierend, sedierend
Opioidhaltige Hustenmittel (<i>Antitussiva</i>) (insb. Codein und Dextromethorphan)	mittel-hoch	hustenreizstillend (antitussiv)	dissoziativ, halluzinogen
Schlaf- und Beruhigungsmittel (<i>Tranquilizer und Sedativa</i>): Benzodiazepine, Barbiturate, Z-Medikamente	mittel-hoch	beruhigend, angstlösend, muskelentspannend	sedierend
Anregungsmittel (<i>Stimulanzien</i>) inkl. Methylphenidat (z.B. Ritalin) ¹⁵	mittel-hoch	abschwellend (Ephedrin), appetit-hemmend, fokalisierend (Methylphenidat)	stimulierend: leistungssteigernd (Dexamphetamin), euphorisierend, aphrodisierend (Ephedrin)
Narkosemittel und Gase (z.B. Ketamin und das ehemalige Narkosemittel Gamma-Hydroxybutyrat GHB, sog. «K.O.-Tropfen»)	mittel	schmerzstillend, narkotisierend	euphorisierend, sedierend, dissoziativ

Quellen: Cooper R.J. (2013), Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2018), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018), Maffli E. (2017) sowie Inputs der befragten Expertinnen und Experten.

Untenstehend sind weitere Medikamente bzw. Substanzen aufgelistet, bei denen einige der befragten Expertinnen und Experten teilweise einen problematischen Gebrauch feststellen:

- Allergiemittel (*Antihistaminika* der 1. Generation)
- Anabolika
- Antidepressiva

¹⁵ Zur Komplettierung der Liste wird Ritalin bzw. dessen Wirkstoff Methylphenidat hier aufgeführt, obwohl es wie in der Einleitung ausgeführt nicht Gegenstand der Studie ist.

- Appetitzügler (*Anorektika*)
- (Medizinal-)Cannabis/Cannabioide
- Neuroleptika

Bei Anabolika-Konsumierenden stellen einige der befragten Expertinnen und Experten häufig einen problematischen Gebrauch fest. Es ist aber bislang unklar, ob der Konsum von Anabolika auch eine körperliche Abhängigkeit erzeugen kann.

3.2 Welche Konsumformen von Medikamenten gibt es? Wie unterscheiden sich diese mit Blick auf Abhängigkeitspotenzial und Schädlichkeit?

Medikamente können wie folgt eingenommen werden: ¹⁶

- **Oral:** Medikamenteneinnahme durch den Mund
- **Sniffen:** Medikamenteneinnahme durch die Nase
- **Inhalation:** Medikamenteneinnahme durch Inhalation (Dämpfe, Rauch)
- **Rektal:** Medikamenteneinnahme durch den Mastdarm
- **Spritzen:** Medikamenteneinnahme durch Injektion

Die verschiedenen Konsumformen sind unterschiedlich gefährlich:

- **Spritzen:** höchstes Abhängigkeitspotenzial aufgrund des Anfluteffekts, hohe Schädlichkeit wegen der Gefahr von Infektionen und Verletzungen
- **Sniffen/Inhalieren:** ähnlich hohes Abhängigkeitspotenzial wie Spritzen aufgrund des Anfluteffekts; unterschiedlich hohe Schädlichkeit, teils hohe Verletzungsgefahr, z.B. bei der Anreicherung mit Tabak und Glassplittern
- **Rektal:** geringeres Abhängigkeitspotenzial und geringere Schädlichkeit als Spritzen, Sniffen und Inhalieren; aber wegen des schnelleren Wirkeintritts höheres Abhängigkeitspotenzial als die orale Konsumform
- **Oral:** geringstes Abhängigkeitspotenzial, geringste Schädlichkeit

¹⁶ Lader M. (2012), Benzodiazepine harm - how can it be reduced?, S.297.

4 Konsum und Beschaffung von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz

4.1 Wie häufig werden psychoaktive Medikamente konsumiert?

Zum Risikoverhalten im Umgang mit psychoaktiven Medikamenten oder zur Medikamentenabhängigkeit in der Schweizer Wohnbevölkerung gibt es so direkt keine Daten. Aus dem Suchtmonitoring Schweiz liegen jedoch Befragungsdaten zum Konsum psychoaktiver Medikamente vor, konkret zu

- starken Schmerzmitteln (gefragt wurde global nach «starken Schmerzmitteln», wobei explizit die Einnahme von üblichen Kopfschmerzmitteln wie Aspirin oder Paracetamol ausgeschlossen wurde)
- Schlaf- und Beruhigungsmitteln (gefragt wurde global nach «Schlaf- und Beruhigungsmitteln» ohne Nennung konkreter Medikamente)

Aufgrund von Informationen zu Häufigkeit und Dauer der Medikamenteneinnahme können dann Aussagen zum Ausmass des problematischen Konsums abgeleitet werden.

Die Ergebnisse einer Studie, die *spezifisch* den Konsum von opioidhaltigen Schmerzmitteln untersucht hat, sind im Exkurs «Konsum von Opioiden» (S. 19) zusammengefasst, der am Ende dieses Kapitels platziert ist.

4.1.1 Einnahme von starken Schmerzmitteln¹⁷

a) 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz

Wie aus Abbildung 3 hervorgeht, liegt die 12-Monats-Prävalenz im Jahr 2016 bei den starken Schmerzmitteln (ohne Schmerzmittel wie Paracetamol und Aspirin) in der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren insgesamt bei 19.4%, d.h. knapp **ein Fünftel** der Bevölkerung ab 15 Jahren hat zumindest einmal **in den letzten 12 Monaten** ein starkes Schmerzmittel konsumiert. Diese Prävalenz ist zwischen 2011 (17.3%) und 2015 (20.3%) kontinuierlich angestiegen und im Jahr 2016 erstmals wieder leicht gesunken.

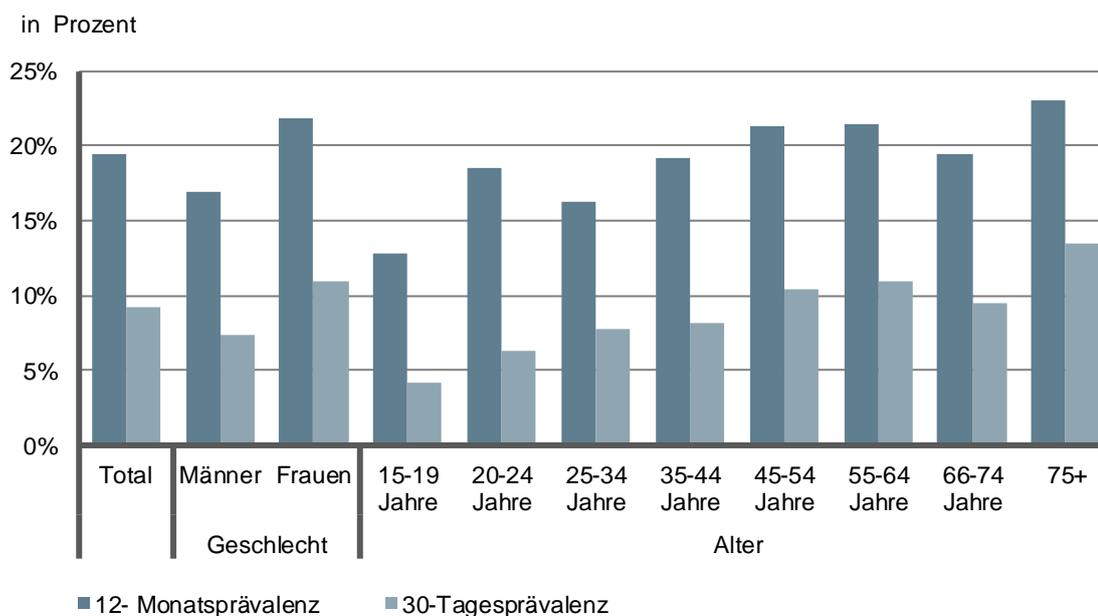
Gemäss der 30-Tage-Prävalenz hat 2016 knapp **jede zehnte Person** der Bevölkerung (9.2%) zumindest einmal **in den letzten 30 Tagen** ein starkes Schmerzmittel konsumiert. Dies ist seit Beginn der Messungen im Jahr 2011 die höchste Prävalenz. Im Zeitraum von 2011 bis 2015 schwankten die Werte zwischen 7.7% und 9.1%.

Mit Blick auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind die Prävalenzraten der Frauen höher als diejenigen der Männer.

¹⁷ Gmel et al. (2018), Suchtmonitoring Schweiz – Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016.

Mit Blick auf Altersunterschiede zeigt sich ein Anstieg beider Prävalenzen bis zum Rentenalter. Bei den 66- bis 74-Jährigen gehen die Prävalenzen zurück, um dann bei den über 74-Jährigen wiederum entsprechend dem vorherigen Verlauf anzusteigen.

Abbildung 3: 12-Monats- und 30-Tageprävalenz von Schmerzmitteln in der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren für das Jahr 2016



Darstellung: Ecoplan, Quelle: Suchtmonitoring Schweiz (2018).

b) Dauer der täglichen Einnahme

2.6% der Bevölkerung ab 15 Jahren haben 2016 in den letzten 30 Tagen täglich starke Schmerzmittel eingenommen.

1.8% haben starke Schmerzmittel täglich über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr eingenommen.

Diese Werte sind im Vergleich zum Vorjahr 2015 stabil geblieben, stellen jedoch einen Rückgang seit 2013 dar und liegen etwa auf dem Niveau von 2011.

c) Chronische Einnahme gemäss MonAM

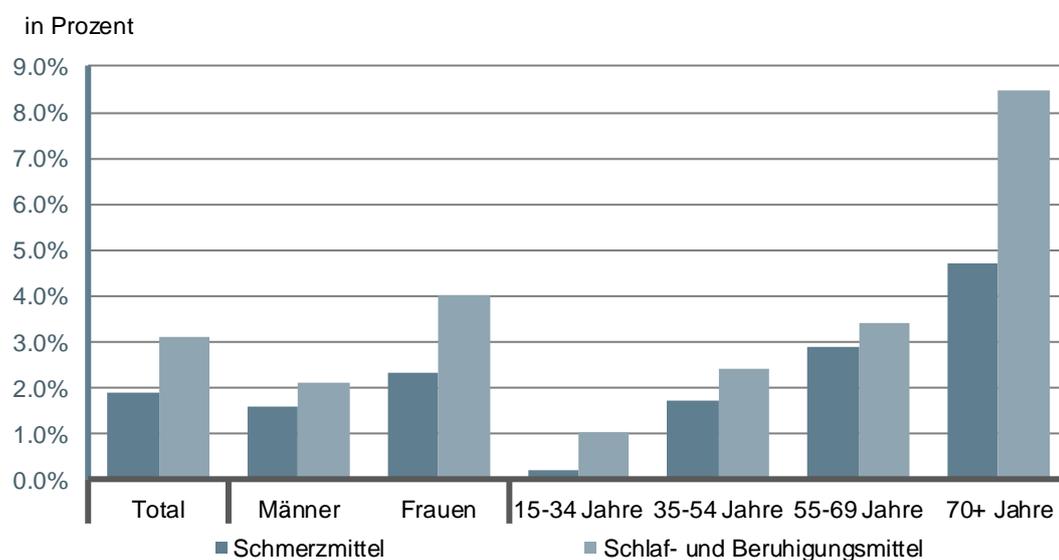
Im Monitoringsystem Sucht und NCD (MonAM) des Obsan gibt es den Indikator «**Chronische Medikamenteneinnahme**» anhand dessen die Entwicklung beim Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit in der Schweiz beobachtet wird.¹⁸ Der Indikator gibt den Anteil der 15-jährigen und älteren Schweizer Bevölkerung wieder, die seit mindestens drei Monaten fast täglich (an mindestens 20 Tagen pro Monat) starke Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel

¹⁸ Obsan (2019), Chronische Medikamenteneinnahme.

eingegenommen haben (vgl. Abbildung 4). Eine fast tägliche Einnahme von Schmerzmitteln oder von Schlaf- und Beruhigungsmitteln über mehrere Monate wird als problematisch angesehen.

2016 haben 1.9% der Bevölkerung ab 15 Jahren in den letzten drei Monaten fast täglich ein starkes Schmerzmittel zu sich genommen. Dieser Anteil bewegt sich in den letzten Jahren immer um 2%. Frauen sind stärker betroffen als Männer und mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit der Einnahme deutlich zu.

Abbildung 4: Anteil der Schweizer Wohnbevölkerung mit fast täglicher Einnahme von Schmerz- oder Schlaf- und Beruhigungsmitteln in den letzten 3 Monaten für 2016



Darstellung Ecoplan, Quelle: Obsan (2019)

Exkurs: Illegaler Gebrauch opioidhaltiger Schmerzmittel bei jungen Männern

Gemäss Gmel et al. (2018) hat die Kohortenstudie C-SURF gezeigt, dass die Einnahme von meist opioidhaltigen, starken Schmerzmitteln bei jungen Männern um die 20 Jahre in der Schweiz nach dem Cannabiskonsum den häufigsten Gebrauch illegaler Substanzen darstellt.¹⁹

¹⁹ Gmel G. (2018), Nicht-medizinischer Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten bei jungen Männern in der Schweiz, S. 49.

4.1.2 Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln²⁰

a) 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz

Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, liegt die 12-Monats-Prävalenz im Jahr 2016 bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln in der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren insgesamt bei 11%, d.h. gut **ein Zentel** der Bevölkerung ab 15 Jahren hat zumindest einmal **in den letzten 12 Monaten** ein Schlaf-/Beruhigungsmittel konsumiert. Diese Prävalenz ist zwischen 2011 (9.6%) und 2014 (11.0%) kontinuierlich angestiegen. Nach einem kurzfristigen Rückgang im Jahr 2015 (10.1%) befindet sich die 12-Monats-Prävalenz im Jahr 2016 wieder auf dem Höchstwert.

Gemäss der 30-Tage-Prävalenz hat 2016 gut **jede siebte Person** der Bevölkerung (7.4%) zumindest einmal **in den letzten 30 Tagen** ein Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumiert. Dies ist seit Beginn der Messungen im Jahr 2011 die höchste Prävalenz. Im Zeitraum von 2011 bis 2015 schwankten die Werte zwischen 6.3% und 7.1%.

Mit Blick auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind die Prävalenzraten der Frauen höher als diejenigen der Männer.

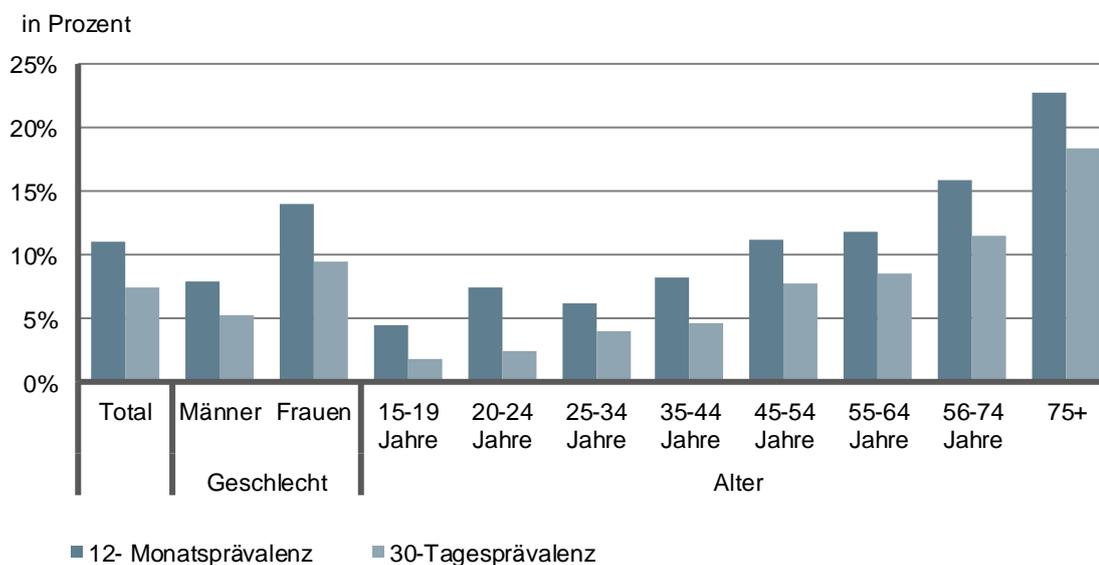
Mit Blick auf Altersunterschiede zeigt sich grundsätzlich ein Anstieg der Prävalenzen. Einzige Ausnahme bildet die 12-Monats-Prävalenz der 25- bis 34-Jährigen, die tiefer ist als die entsprechenden Werte der 20- bis 24-Jährigen und der 35- bis 44-Jährigen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine im Jahr 2018 im Auftrag von BAG und BFS durchgeführte Omnibus-Erhebung.²¹

²⁰ Gmel et al. (2018), Suchtmonitoring Schweiz – Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016.

²¹ BAG, BFS (2019), Omnibus Erhebung 2018 «Gesundheit und Lifestyle».

Abbildung 5: 12-Monats- und 30-Tageprävalenz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren für das Jahr 2016



Darstellung: Ecoplan, Quelle: Suchtmonitoring Schweiz (2018).

b) Dauer der täglichen Einnahme

3.3% der Bevölkerung ab 15 Jahren haben 2016 in den letzten 30 Tagen Schlaf- und Beruhigungsmittel täglich eingenommen. Insbesondere ab einem mittleren Alter von etwa 45 Jahren nehmen über 90% der täglich Einnehmenden diese Mittel über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten ein. Diese Zahlen sind seit Jahren stabil, bzw. sind im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgegangen.

c) Chronische Einnahme gemäss MonAM

Bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln liegt der Anteil der 15-jährigen und älteren Schweizer Bevölkerung, die seit mindestens drei Monaten fast täglich derartige Medikamente konsumiert hat, bei **3.1%** (2016). Dieser Anteil ist somit höher als bei den starken Schmerzmitteln, wo er ca. 2% beträgt (vgl. Abbildung 4, S. 19). Auch bei der chronischen Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sind Frauen stärker betroffen als Männer und ist eine Steigerung mit zunehmendem Alter feststellbar.

d) Schätzungen zum problematischen Konsum von Benzodiazepinen und Analoga²²

Schätzungen zufolge weisen in der Schweiz zwischen 200'000 und 400'000 Personen einen problematischen Konsum von Benzodiazepinen und Analoga (BZDA) auf.

²² <https://www.alterundsucht.ch/aerzteschaft/medikamente/zahlen-und-fakten.html>

Der erste Wert ist definiert durch die Einnahme in hoher Dosierung während mehr als vier Wochen und stammt aus dem Suchtmonitoring Schweiz. Der zweite Wert entspricht einer Hochrechnung der Helsana Krankenkasse und basiert auf der Einnahme von BZDA über einen längeren Zeitraum als 3 Monate hinweg (auch Niedrigdosisbereich).

Exkurs: Konsum psychoaktiver Medikamente durch Freizeitdrogenkonsumierende

Seit 2012 veröffentlicht Infodrog einen jährlichen Bericht zum Konsum psychoaktiver Substanzen durch Freizeitdrogenkonsumierende in allen Sprachregionen der Schweiz, der auf Erhebungsdaten von spezialisierten Institutionen und Praxisprojekten beruht. Im Jahr 2017 haben sich 1'313 Personen beteiligt. Die Auswertungen erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität.²³

Mit Blick auf psychoaktive Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial, die Gegenstand des vorliegenden Berichts sind, interessieren die Ergebnisse zu den Substanzen/Substanzkategorien Ketamin, Medikamente und Gamma-Hydroxybutyrat/Gamma-Butyrolacton (GHB/GBL):

- Ketamin haben 2017 ein Fünftel der Befragten (20%) in den letzten 12 Monaten konsumiert (Erhebungsjahre 2011-13: 16.2%). 40% von diesen Personen haben in den letzten 30 Tagen gar nicht konsumiert. 44% haben an 1 oder 2 Tagen, 11% an 3 oder mehr Tagen Ketamin eingenommen.
- Medikamente wurden 2017 in den letzten 12 Monaten von 13% der Befragten eingenommen (Erhebungsjahre 2011-13: 12.3% nicht-verschreibungspflichtige und 9.7% verschreibungspflichtige Medikamente). 37% von diesen Personen haben in den letzten 30 Tagen gar nicht konsumiert. 40% haben an 1 oder 2 Tagen, 13% an 3 oder mehr Tagen Medikamente eingenommen.
- GHB/GBL haben 2017 in den letzten 12 Monaten 5% der Befragten konsumiert (Erhebungsjahre 2011-13: 7.5%). 61% von diesen Personen haben in den letzten 30 Tagen gar nicht konsumiert. 22% haben an 1 oder 2 Tagen, 12% an 3 oder mehr Tagen GHB/GBL eingenommen.

²³ Infodrog (2018), Konsum von psychoaktiven Substanzen in der Freizeit. Auswertung der Befragungen von Konsumierenden 2017.

Exkurs: Konsum von Opioiden

Bei der Durchsicht der Literatur zum problematischen Medikamentengebrauch fällt auf, dass insbesondere der Missbrauch von Opioiden ein viel diskutiertes Thema ist.

Eine Studie der **OECD** zeigt, dass der Gebrauch von Opioiden, sowohl verschrieben als auch illegal, in mehreren Ländern der OECD zugenommen hat. Dies führte zu einem steilen Anstieg der Abhängigkeit und der Anzahl Todesfälle und ist somit mit gravierenden sozialen und ökonomischen Konsequenzen verbunden. Bei der Verschreibung von Opioiden pro Kopf stehen die USA an der Spitze. Die **Schweiz** befindet sich auf **Rang 7** der OECD-Länder und nimmt somit einen der vorderen Ränge ein. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass in den Daten für die Schweiz auch Substitutionsbehandlungen enthalten sind.²⁴

Der Konsum von Opioiden ist insbesondere in den **USA** ein gravierendes Problem. Aufgrund einer grosszügigen Verschreibungspraxis hat sich die Einnahme von Opioiden stark erhöht und die Schwemme an Opioiden hat zu Missbrauch und Abhängigkeit in weiten Teilen der Bevölkerung geführt.²⁵ In den USA starben alleine 2017 47'600 Menschen an Opioid-Überdosen. Die Lebenserwartung in den USA ist in Folge dieser Krise 2016 erstmals seit den 1960er Jahren gesunken.²⁶ Als Massnahme wurde in den USA im März 2016 von der zuständigen Behörde Food and Drug Administration (FDA) ein Aktionsplan zur Bekämpfung des Opioid-Missbrauchs eingeführt.²⁷ Im Oktober 2017 hat Präsident Trump den nationalen Gesundheitsnotstand erklärt. Der Aktionsplan der FDA umfasst u.a. folgende Massnahmen:²⁸

- Packungsbeschriftungen werden ergänzt um zusätzliche Warnhinweise.
- Pharmafirmen werden aufgefordert, Evidenzen zu den Folgen einer Langzeiteinnahme von Opioiden bereitzustellen.
- Die Verfügbarkeit des Opioid-Antagonisten Naloxon wird erhöht, um Todesfälle durch Opioidüberdosierungen zu reduzieren.
- Die Verschreibungspraxis soll dank Guidelines verbessert werden.
- Die Entwicklung neuer Schmerzmittel wird gefördert.
- Für Zulassungsentscheide betreffend Opioiden wird ein neues Framework für die Risiko-Nutzen-Analyse entwickelt.
- Vor der Zulassung neuer Opioiden werden erweiterte Expertenmeinungen eingeholt.

In der **Schweiz** hat sich der Verbrauch von Opioiden ebenfalls erhöht. In einer wissenschaftlichen Studie auf Basis von **Helsana-Daten** wurde analysiert, wie sich die Medikation mit nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln und schwachen und starken Opioiden zwischen 2006 und 2013 entwickelt hat.²⁹ Die Studie deckt rund 1/6 der Bevölkerung und alle Kantone ab. Die Anzahl der Medikationen pro 100'000 Personen stieg im betreffenden Zeitraum bei den **starken Opioiden** um **121%** an, was mehr als einer Verdoppelung entspricht. Bei den **schwachen Opioiden** beträgt die entsprechende Zunahme **13%**. Der Konsum von **nicht-opioidhaltigen Schmerzmedikamenten** hat im Zeitraum von 2006-2013 ebenfalls zugenommen, je nach Substanz um **25% bis 237%**. Die Studie zeigt zudem, dass der Verbrauch von Schmerzmitteln in der Schweiz kantonal teils sehr unterschiedlich ist. Kantonale Differenzen haben sich insbesondere bei den starken Opioiden und bei Metamizol und Paracetamol (beide nicht-opioidhaltig) ergeben. Klare Tendenzen für einzelne Landesteile sind allerdings nicht erkennbar.

Laut Sucht Schweiz zeigen auch die Zahlen der Zulassungsbehörde **Swissmedic** zwischen 2010 bis 2017 eine Steigerung der Lieferungen von opioidhaltigen Schmerzmitteln an die Ärzteschaft, Apotheken und Spitäler. Zudem weist der Branchenverband **Interpharma** zwischen 2014 und 2017 steigende Verkaufszahlen von rund 16% bei den Opioidanalgetika aus.³⁰

Trotz dem Anstieg wird in der Schweiz zurzeit nicht von einer Opioidkrise gesprochen.³¹ Die Zunahme wirft jedoch Fragen auf, da 80% der starken Opioide gemäss der oben genannten Studie auf der Basis von Helsana-Daten für die Behandlung nicht-krebsassoziierter, chronischer Schmerzen verwendet werden und unklar sei, inwiefern starke Opioide in diesen Fällen die Schmerzkontrolle effektiv verbessern.³²

4.2 Welche Gründe können zu einem problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente führen?

Gestützt auf die Literaturanalyse und die geführten Experteninterviews lassen sich folgende Gründe und Motive identifizieren, die zu einem problematischen Medikamentenkonsum führen können:³³

a) Beseitigung negativer körperlicher und psychischer Symptome

Das häufigste Motiv für eine Medikamenteneinnahme ist der Wunsch, negative Symptome wie Schmerzen, Schlafstörungen, Ängste und depressive Verstimmungen oder negative Emotionen (z.B. Trauer) zu beseitigen. Dabei erfolgt die Einnahme von Medikamenten auch auf ärztliche Verschreibung hin.

Bei Schmerzmitteln kommt es häufig vor, dass Personen, die aufgrund von Schmerzen mit Opioiden behandelt werden, diese auch nach Abschluss der eigentlichen Therapie weiter einnehmen, da diese Medikamente auch stimmungsaufhellend wirken.

b) Suche nach euphorisierender Wirkung bzw. Rausch

Ein weiterer Grund für den problematischen Konsum insbesondere von opioidhaltigen Schmerzmitteln, ist deren leicht euphorisierende Wirkung. Jene Mittel, die schnell anfluten (v.a. Tropfen) haben eine Wirkung ähnlich dem «Kick» bei Heroin. Diese Wirkung wird dann im

²⁴ OECD (2019), Opioids.

²⁵ Bund (2017), Ein Land auf Drogen.

²⁶ Human Rights Watch (2018), «Not Allowed to be compassionate» - Chronic Pain, the Overdose Crisis and the Unintended Harms in the US.

²⁷ Bonnie R.J. et al. (2017), Pain Management and the Opioid Epidemic - Balancing Societal and Individual Benefits and Risks of Prescription Opioid, S. 1.

²⁸ Vgl. <https://www.fda.gov/drugs/information-drug-class/fda-opioids-action-plan>

²⁹ Wertli M. et al (2017), Changes over time in prescription practises of pain medications in Switzerland between 2006 and 2013 – an analysis of insurance claims, S. 6.

³⁰ Sucht Schweiz (2019), Schweizer Suchtpanorama 2019.

³¹ Bund (2018), Nach dem Spital in den Entzug.

³² Wertli M. et al (2017), Changes over time in prescription practises of pain medications in Switzerland between 2006 and 2013 – an analysis of insurance claims, S. 6.

³³ Glaeske G., Holzbach R. (2015), Medikamentenabhängigkeit, S. 23.

Trescher C. (2011), Abhängigkeit und Missbrauch – Kann mit dem Verursacherprinzip eine Veränderung bewirkt werden?, S. 71.

Weiteren immer häufiger gesucht. Durch die leichte Injizierbarkeit besteht ein erhöhtes Abhängigkeitsrisiko.

c) Direkte Leistungssteigerung

Medikamente werden auch zur unmittelbaren Erhöhung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit konsumiert oder um den Anwender/innen ein Gefühl von «klarem Kopf» zu verschaffen. Das ist das Anwendungsgebiet von Stimulanzien sowie von gewissen Antidepressiva, die als «Hirndoping» dienen.

d) Indirekte Leistungssteigerung

Bei der indirekten Leistungssteigerung geht es darum, durch Medikamente die Leistungsfähigkeit zu erhalten, indem diese helfen trotz Anspannung und Überforderung abzuschalten, zur Ruhe zu kommen oder zu schlafen. Dies funktioniert vor allem mit Beruhigungs- und Schlafmittel (Benzodiazepine, Barbiturate, Z-Medikamente), aber auch mit schlafanstossenden Antidepressiva.

e) Neugier

Insbesondere jüngere Menschen wenden psychoaktive Medikamente teils auch schlicht aus Neugier auf deren Wirkung an. Werden dann immer stärkere Medikamente oder höhere Dosen ausprobiert, steigt das Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit.

Exkurs: Medikamentenvergiftung

Eine besondere Form des Medikamentenmiss- oder Fehlgebrauchs ist die **vorsätzliche** Medikamentenvergiftung, die zum Tod durch Suizid führen kann:

- 12.5% der **Suizide** (127 von total 1'016) erfolgen gemäss der BFS-Statistik der Todesursachen durch Vergiftung (betrifft 2016, aktuellstes verfügbares Jahr). Dieser Anteil ist seit 2009 vergleichsweise stabil geblieben (vorher wurden die assistierten Suizide ebenfalls dieser Kategorie zugeordnet). Zwischen den Geschlechtern besteht ein deutlicher Unterschied: Frauen wenden deutlich häufiger die Suizidmethode der Vergiftung an als Männer (2016: 19.8% vs. 10%).
- Bei **Suizidversuchen** werden zu 80% Medikamente eingenommen. Die Vergiftung mit Medikamenten ist aber häufig nicht tödlich.³⁴
- Bei Selbstintoxikationen mit tödlichem Ausgang werden zu 85% Medikamente eingenommen, Chemikalien sind deutlich weniger bedeutsam. Bei Suiziden werden am häufigsten die Medikamentengruppen Benzodiazepine, Opiate/Opioide, Trizyclika/Tetrazyclika und Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) verwendet.
- Bei Selbstintoxikationen ohne tödlichen Ausgang werden Paracetamol, Benzodiazepine (v.a. Lorazepam) und nichtsteroidale Antirheumatika (v.a. Mefenaminsäure und Ibuprofen) eingenommen.³⁵

Tox Info Suisse ist die offizielle Informationsstelle der Schweiz für alle Fragen rund um Vergiftungen. Gemäss Anhang zum Jahresbericht 2017 von Tox Info Suisse betrafen 60.3% aller durch Tox Info festgestellten Vergiftungsfälle Medikamente (2'545 von total 4'220). Medikamente sind damit deutlich der häufigste Grund für Vergiftungen. Die Haushaltprodukte als zweitwichtigste Quelle von Vergiftungen machen nur 10.9% aller Vergiftungsfälle aus. Auch bei den Beratungen zu Vergiftungsunfällen stellt Tox Info Suisse in den letzten zwölf Jahren eine markante Zunahme bei den Medikamenten fest. Im Jahresbericht 2017 ist zu lesen: «Die starke Zunahme der Beratungen zu Vergiftungsunfällen mit Medikamenten lässt den Schluss zu, dass sich hier eine Schwachstelle der Medikamentensicherheit befindet, die genauer untersucht werden muss.»

³⁴ Tox Info Suisse (2015), Suizidale Intoxikationen. Fallauswertung 1995-2014.

³⁵ Reisch et al. (2015), Suicide in Switzerland: A detailed national survey of the years 2000 to 2010.

4.3 Wen betrifft der problematische Gebrauch psychoaktiver Medikamente?

Grundsätzlich gilt gemäss den Expertenaussagen, dass der problematische Gebrauch von Medikamenten von individuellen Faktoren abhängig sei. Betroffene würden sich in allen Altersstufen und sozialen Schichten finden. Teils seien zudem regionale und temporäre Konsumtrends zu beobachten.

Mit Blick auf **Alter** und **Geschlecht** kann jedoch von einem unterschiedlich grossen **Gefährdungspotenzial** ausgegangen werden:

- Jugendliche und ältere Menschen sind stärker gefährdet für einen problematischen Gebrauch als andere Altersgruppen:
 - Jugendliche experimentieren gerne mal und probieren Medikamente ohne Indikation und/oder im Mischkonsum mit anderen Substanzen aus.
 - Ältere Menschen haben vermehrt gesundheitliche Beschwerden und nehmen daher öfters auch psychoaktive Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial ein (vgl. Kap. 4.1). Häufig werden auch verschiedene Medikamente gleichzeitig eingenommen.
- Frauen sind stärker gefährdet als Männer, weil sie häufiger psychoaktive Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial konsumieren als Männer (vgl. Kap. 4.1).

Mit Blick auf einzelne **Substanzen** lassen sich zudem bestimmte **Personengruppen** identifizieren, die tendenziell häufiger von einem problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente betroffen sind:

- Opioidhaltige Schmerzmittel:
 - Chronische Schmerzpatientinnen und -patienten: Chronische Schmerzpatientinnen und -patienten werden häufig mit starken Opioiden behandelt.³⁶ Da diese Schmerzmittel auch eine stimmungsaufhellende Wirkung haben, ist der problematische Gebrauch insbesondere bei Personen mit bereits vorher bestehenden psychischen Problemen oder einer momentanen emotionalen Instabilität wahrscheinlicher.³⁷
- Benzodiazepine/Z-Medikamente:
 - Ältere Menschen: Die Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln steigt mit zunehmendem Alter stark an. Dies dürfte damit zu tun haben, dass ältere Menschen häufig (bis zu 20%) unter Schlafstörungen leiden. Gemäss Studien werden Benzodiazepine häufig in zu hoher Dosierung und/oder zu lange eingenommen, was dann zu einer Abhängigkeit im Niedrigdosisbereich führen kann.³⁸ Weitere spezifischen Informationen zum Medikamentenkonsum durch ältere Menschen finden sich im untenstehenden Kasten.

³⁶ Wertli M. et al. (2017), Changes over time in prescription practises of pain medications in Switzerland between 2006 and 2013 – an analysis of insurance claims.

³⁷ Glaeske G., Holzbach R. (2015), Medikamentenabhängigkeit.

³⁸ Glaeske G., Holzbach R. (2015), Medikamentenabhängigkeit, S. 30.

Del Giorno R. et al. (2017), Benzodiazepine bei älteren Menschen.

- Frauen über 40: Gemäss dem neusten Arzneimittelreport der Helsana beziehen Frauen markant häufiger Zolpidem (Z-Medikament) und Lorazepan (Benzodiazepin) als Männer. Gemäss der Literatur sind v.a. Frauen über 40 gefährdet, die sich wegen psychovegetativer Beschwerden in Behandlung begeben. Dieser Lebensabschnitt ist häufig von Umbrüchen gekennzeichnet und der Weggang der Kinder oder fehlende Arbeitsperspektiven können dazu führen, dass depressive Verstimmungen, Ängste und Schlafstörungen auftreten.³⁹
- Polytoxikomane Drogenabhängige: Menschen mit einer Abhängigkeit vom Polytoxikomanie-Typ entwickeln häufig eine Hochdosisabhängigkeit von Benzodiazepinen. Sie konsumieren Schlaf- und Beruhigungsmittel, um von anderen Substanzen «runterzukommen».⁴⁰
- Opioid-haltige Hustenmittel:
 - Anhänger der Rapperszene: Der Partydrink «Purple drank», der bereits in den 1960er-Jahren erfunden wurde, ist eine Mischung aus Hustensaft (oder Tabletten) mit den Inhaltsstoffen Codein und Dextromethorphan bzw. Promethazin, kohlenstoffhaltiger Limonade und zerkrümelten Bonbons. In den 1990er-Jahren wurde das Getränk (auch Sizzurp genannt) in der US-Rapperszene populär. In den 2010er-Jahren feierten Hustensaft-basierte Drinks in der deutschsprachigen Rapperszene ein Revival mit bezeichnenden Namen wie «Hustensaft Jüngling» und «Medikamenten Manfred».

³⁹ Schneider R. et al. (2018), Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2018.

Bundesärztekammer (2007), Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit.

⁴⁰ <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/medikamente/benzodiabepine/high-dose-abhaengigkeit-bdz>

Exkurs: Medikamentenkonsument bei älteren Menschen

Die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie starken Schmerzmitteln (exkl. Aspirin oder Paracetamol) nimmt mit dem Alter zu, wie die Auswertungen in Kap. 4.1 zeigen. Insbesondere der Niedrigdosiskonsum von Benzodiazepinen durch ältere Menschen ist ein häufig diskutiertes Thema.

Die Risiken, die mit dem Konsum psychoaktiver Medikamente verbunden sind, sind für ältere Menschen grösser als für jüngere Erwachsene. Weil der Körper Medikamente langsamer abbaut, verlängert sich die Wirkdauer. Zudem reagiert das Gehirn älterer Menschen empfindlicher auf diese Medikamente und die kognitiven Reservekapazitäten nehmen mit zunehmendem Alter ab. Daher nimmt der schädliche Gebrauch im Alter zu.

Bei einem regelmässigen Konsum von **Benzodiazepinen** können schwere Nebenwirkungen mit gravierenden Folgen auftreten:⁴¹

- Sedation → Unkonzentriertheit, Affektverflachung → sozialer Rückzug
- verlangsamte Reaktionsfähigkeit → erhöhte Unfallgefahr
- Kognitive Einschränkungen, früherer Ausbruch von Demenz
- Gleichgewichtsstörungen → erhöhtes Sturzrisiko → Knochenbrüche
- Komplikationen bei Entzug (z.B. Angstzustände)

Diese Nebenwirkungen können bei älteren Menschen je nach sonstigem Gesamtzustand und je nach anderen gleichzeitig eingenommenen Medikamenten auch bereits bei einem Konsum im Niedrigdosisbereich auftreten.

Erschwerend kommt hinzu, dass diese Nebenwirkungen unspezifisch sind und häufig weder vom Umfeld noch von Behandelnden (teilweise trotz differentialdiagnostischer Abklärungen) als Folgen einer Abhängigkeit erkannt werden. Teils werden sie einfach als Alterserscheinungen fehlinterpretiert.

Erhöhte Risiken bestehen für ältere Menschen auch beim **Mischkonsum**:

- Ältere Menschen bauen auch den Alkohol weniger schnell ab als Jüngere. Die gleichzeitige Einnahme von Benzodiazepinen und Alkohol verstärkt bestimmte Wirkungen beider Substanzen. Die oben erwähnten Nebenwirkungen und negativen Folgen nehmen zu.
- Ältere Menschen haben oft gleichzeitig mehrere Krankheiten und nehmen daher mehrere Medikamente ein (sogenannte **Polymedikation**). Dabei besteht das Risiko gefährlicher Wechselwirkungen.

Die Polymedikation ist auch bei Bewohnerinnen und Bewohnern in **Alters- und Pflegeheimen** weit verbreitet. Das nationale Pilotprogramm «[progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen](#)» der Stiftung Patientensicherheit Schweiz will unerwünschte Arzneimittelereignisse in der stationären Langzeitpflege reduzieren und die Behandlungssicherheit erhöhen. Polymedikation und potenziell inadäquate Medikation (PIM) stehen im Fokus des Projekts. Zu den Medikamenten, die potenziell inadäquat eingesetzt werden, gehören auch Benzodiazepine.⁴²

⁴¹ <https://www.alterundsucht.ch/>

Ruhwinkel B. (2019), Schlummertrunk oder Schlaftabletten. Motivation zur Behandlung von Abhängigkeit im Alter. Präsentation gehalten an der NCD-Stakeholderkonferenz vom 6. Mai 2019.

Infodrog/Fachverband Sucht/Berner Gesundheit (2019), Alter und Sucht: Fakten, Informationen und Erfahrungsaustausch. Präsentation gehalten am 20. Februar 2019.

⁴² Vgl. Patientensicherheit Schweiz (2019), Pilotprogramm progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen, Zusammenfassung des Schlussberichts zum Grundlagenprojekt (Dezember 2016 -Dezember 2018).

4.4 Was sind die gesundheitlichen Risiken eines problematischen Gebrauchs psychoaktiver Medikamente?

Folgende Tabelle zeigt gesundheitliche Risiken auf, die mit einem problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente verbunden sein können. Neben den gesundheitlichen Auswirkungen kann eine Medikamentenabhängigkeit für die Betroffenen auch soziale Folgen haben wie z.B. Isolation.

Abbildung 6: Gesundheitliche Risiken eines problematischen Gebrauchs psychoaktiver Medikamente

Medikament/ Medikamentengruppe	Gesundheitliche Risiken
Opioidhaltige Schmerzmittel (<i>Analgetika</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – Affektverflachung, Wesensveränderung – bei langjähriger Hochdosisabhängigkeit: Hypersensibilität – Atemdepression, Tod (Überdosierung) – Komplikationen bei Entzug
Opioidhaltige Hustenmittel (<i>Antitussiva</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – Codein: Opioid-Abhängigkeit, Sedierung, Atemdepression – Dextromethorphan: Halluzinationen, Koordinationsprobleme, Krampfanfälle
Beruhigungs- und Schlafmittel (<i>Tranquillizer und Sedativa</i>): Benzodiazepine, Barbiturate, Z-Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> – Sedierung (Schläfrigkeit, Unkonzentriertheit, Affektverflachung) – kognitive Einschränkungen (Beeinträchtigung Lernfähigkeit, eingeschränkte Merkfähigkeit, Aufmerksamkeitsprobleme) – früherer Ausbruch von Demenz – Gleichgewichtsstörungen (→ Sturzrisiko bei älteren Menschen) – Psychomotorische Verlangsamung (→ Unfallgefahr) – verminderte Schlafqualität (Tiefschlafphasen werden seltener und kürzer) – Komplikationen bei Entzug (z.B. Angstzustände)
Anregungsmittel (<i>Stimulanzien</i>) inkl. Methylphenidat (z.B. Ritalin)	<ul style="list-style-type: none"> – Herzprobleme (Hypertonie, Tachykardie, Rhythmusstörungen) – Appetitmangel – Schlafprobleme – Erschöpfungszustand/Depression bei langfristigem Konsum
Narkosemittel und Gase (z.B. Ketamin und das ehemalige Narkosemittel Gamma-Hydroxybutyrat GHB, sog. «K.O.-Tropfen»)	<ul style="list-style-type: none"> – Ketamin: Bewusstseinsveränderung, Herzprobleme, Koma, epileptische Anfälle – GHB/GBL: Verwirrung, Koma und Atemstillstand, physische Abhängigkeit mit schweren Komplikationen

Quelle: Experteninterviews

4.5 Wie ist die Problematik des Mischkonsums zu beurteilen?

Um den Effekt des Mischkonsums beurteilen zu können, ist zu unterscheiden, ob die Substanzen sedierend (beruhigend) oder stimulierend (aufputschend) wirken (vgl. dazu Abbildung 2 in Kap. 3). Je nachdem, welche Substanzen miteinander kombiniert werden, können sich die Effekte verstärken oder in verschiedene Richtungen gehen:

- Werden verschiedene beruhigende Substanzen gemeinsam konsumiert, dann erhöht sich das Risiko eines **Atemstillstands**, was direkt tödlich sein kann.
- Werden hingegen mehrere stimulierende Substanzen konsumiert, so erhöht sich das Risiko von **Herz-Kreislaufproblemen**.
- Bei einer Mischung von sedativen und stimulierenden Substanzen ist die gemeinsame Wirkung und die damit verbundenen Folgen schwieriger abzuschätzen, weil es entgegengesetzte Effekte gibt.

Die kombinierte Wirkung von Medikamenten kann beträchtliche gesundheitliche Probleme zur Folge haben, da eine kombinierte Wirkung in der Regel höher ist als die Summe der Einzelwirkungen.⁴³ Der Effekt des Mischkonsums ist gemäss Aussagen der befragten Expertinnen und Experten aber auch von **individuellen Faktoren** abhängig, z.B. hätten ältere Personen mit einer Niereninsuffizienz schneller eine Wechselwirkung als andere und bei älteren Menschen wirke generell der Einfluss von Alkohol schneller, da sie in der Regel mehrere Medikamente konsumieren.

Im Rahmen der Interviews wurden die folgenden Substanzen genannt, die häufig gemeinsam konsumiert würden:

- **Medikamente untereinander:**
 - Benzodiazepine und Methylphenidate
 - Benzodiazepine und Antidepressiva
 - Benzodiazepine und Opioide
 - Benzodiazepine untereinander

Insbesondere die drei letztgenannten Kombinationen wurden von den Expertinnen und Experten als gefährlich eingestuft, da solche Kombinationen die Atmung beeinträchtigen und somit direkt tödlich sein können.

⁴³ Saferparty.ch (2018), Mischkonsum, Online im Internet: <https://www.saferparty.ch/mischkonsum.html> (1.10.18).

- **Medikamente und Alkohol:**

- Hustensaft und Alkohol
- Opioide und Alkohol
- Benzodiazepine und Alkohol

Die Kombinationen von Hustensaft, Opioiden und Benzodiazepine mit Alkohol wurden ebenfalls als gefährlich eingestuft. Diese Kombinationen wirken ebenfalls sedierend, was das Risiko eines Atemstillstands erhöht und somit tödlich sein kann.

- **Medikamente und Drogen:**

- Benzodiazepine und Kokain
- Benzodiazepine und Ecstasy
- Benzodiazepine und Heroin

Benzodiazepine in Kombination mit Drogen werden häufig konsumiert, um den Effekt der Drogen beim Nachlassen abzufedern. Das «Herunterkommen» nach einem Drogentrip sei durch eine solche Kombination angenehmer.

4.6 Wie werden psychoaktive Medikamente bezogen?

a) Zahlen des Suchtmonitoring Schweiz⁴⁴

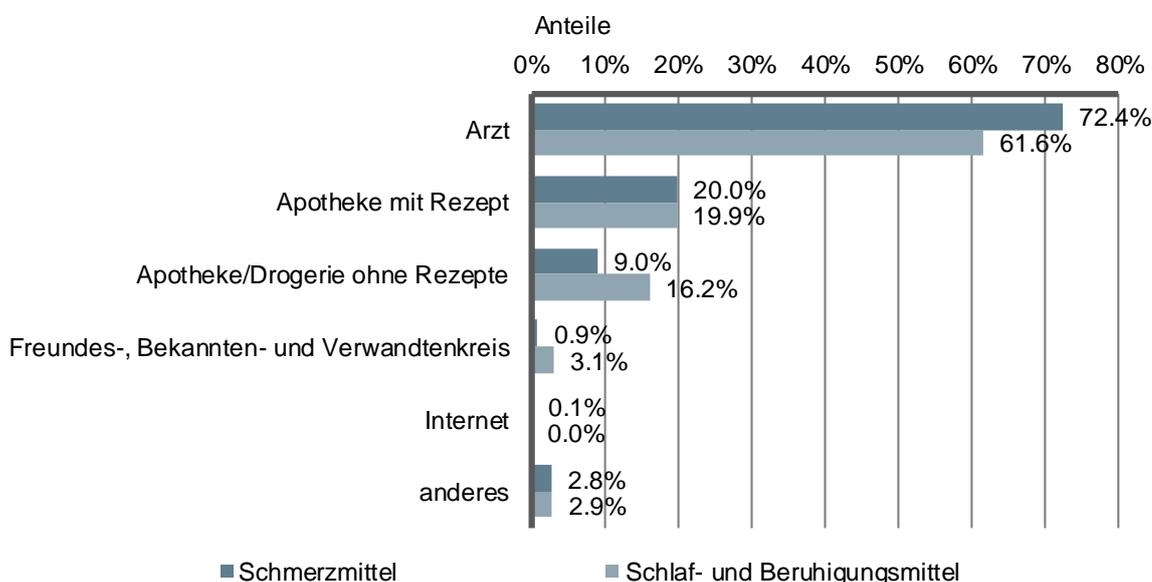
Im Rahmen des Suchtmonitoring Schweiz wurden im Januar 2018 die Anteile von **verschiedenen Beschaffungswegen** für psychoaktive Medikamente für das Jahr 2016 veröffentlicht. Die Angaben basieren auf einer repräsentativen Telefonbefragung mit rund 11'000 Teilnehmer/innen. Die Untersuchung hat starke Schmerzmittel (Kopfschmerzmittel wie Aspirin oder Paracetamol wurden explizit ausgeschlossen) sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel berücksichtigt.

Auf Basis der Abbildung 7 lässt sich festhalten, dass der weitaus grösste Anteil sowohl bei Schmerzmitteln wie auch bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln direkt beim Arzt bezogen wird, gefolgt vom Bezug in den Apotheken (mit/ohne Rezepte). Andere Kanäle (Freundes-, Bekannten- und Verwandtenkreis, Internet und andere) spielen nur eine marginale Rolle.⁴⁵

⁴⁴ Gmel et al. (2018), Suchtmonitoring Schweiz – Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016, S. 14.

⁴⁵ Zu ähnlichen Ergebnissen kommt für Schlaf- und Beruhigungsmittel auch eine Erhebung aus dem Jahr 2018: BAG, BFS (2019), Omnibus Erhebung 2018 «Gesundheit und Lifestyle».

Abbildung 7: Beschaffungswege in der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren für das Jahr 2016 (Mehrfachnennung sind möglich)



Darstellung: Ecoplan, Quelle: Suchtmonitoring Schweiz (2018).

b) Ergänzende Ausführungen

Gestützt auf die Experteninterviews und einzelne Literatur- und Datenquellen können zu den Beschaffungsquellen folgende Informationen ergänzt werden:

- **Verschreibung durch den Arzt:** Im Zusammenhang mit der Verschreibung durch den Arzt gibt es verschiedene Verschreibungspraxen, die einen problematischen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten begünstigen können:
 - Es wird zu viel resp. immer mehr (grössere Packungen) verschrieben.
 - Es wird zu lange verschrieben.
 - Es wird zu wenig geprüft, ob mit anderen Medikamenten ohne Abhängigkeitspotenzial die gleiche Wirkung erreicht werden kann.
 - Es werden neue Medikamente verschrieben, falls schon zu viel eines anderen Medikamentes bezogen wurde.

Als Gründe für eine zu lockere Verschreibungspraxis wurden in den Interviews folgende Punkte genannt:

- Jüngere Ärztesgeneration hätte tendenziell eine lockerere Verschreibungspraxis.
- Gewisse Ärzte hätten Mitleid mit den Patienten und verschrieben deshalb mehr als nötig.
- Manche Ärzte wollten die Patienten schützen. Werde zu wenig verschrieben, würden sich die Patienten «selbständig» machen und auf andere (weniger sichere) Bezugsquellen oder Alkohol ausweichen.

Gemäss Gmel (2018) können zu leichtfertige, zu Überverschreibungen führende Verschreibungspraktiken oder auch das Internet als einfacher Beschaffungsweg (siehe unten) den

problematischen Gebrauch besonders fördern, weil es sich dabei um legale Beschaffungswege handle.⁴⁶

- **Erhältlichkeit bei mehreren Ärzten** («Ärzt hopping»): In der Schweiz ist ein Ärzthopping grundsätzlich möglich. Dabei gibt es folgende Mechanismen zu unterscheiden:
 - Ärzthopping zwischen den Kantonen: Ein Ärzthopping zwischen den Kantonen ist in der Schweiz problemlos möglich, weil es kein nationales Kontrollsystem zur Überprüfung von verschriebenen Medikamenten gibt. Diesbezüglich sei die Schweiz gemäss Expertenaussage rückständig.
 - Ärzthopping innerhalb eines Kantons: In vielen Kantonen werden die Rezepte von Betäubungsmitteln in einem Kompendium erfasst. In solchen Fällen dürfte ein Ärzthopping zumindest mittelfristig nicht mehr möglich sein. Von einigen Experten wurde aber gesagt, dass selbst innerhalb eines Kantons ein Ärzthopping möglich ist. Ein wichtiger Bezugskanal in diesem Zusammenhang seien die Notfallstationen in den Spitälern.

Inwiefern einzelne Krankenkassen in ihren Kontrollen dem Ärzthopping Beachtung schenken, ist unklar. Auf Ebene des Verbandes Santésuisse ist Ärzthopping kein Thema.

- **Erhältlichkeit in verschiedenen Apotheken** («Apothekenhopping»): Ein Apothekenhopping ist bei nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten oder bei Dauerrezepten vorstellbar. Da es keine nationale Bezugsdatenbank gibt, fehlt eine Kontrollmöglichkeit. In den Interviews wurde jedoch erwähnt, dass bei den Apotheken in der Regel sehr sorgfältig kontrolliert werde.
- **Rezeptfälschungen**: Ein weiterer Beschaffungskanal im Zusammenhang mit einem problematischen Gebrauch oder einer Abhängigkeit sind gefälschte Rezepte, mit denen in Apotheken Medikamente bezogen werden. Rezeptfälschungen von Betäubungsmitteln (Opiode, Benzodiazepine) seien jedoch fast unmöglich. Dazu müssen zur Fälschung ganze Rezeptblöcke entwendet werden, was häufig rasch bemerkt und vielerorts via Kantonsapotheker an die Apotheken gemeldet wird. Da die Betäubungsmittel-Rezeptformulare nummeriert sind, können die betroffenen Rezepte identifiziert werden. Auch sonst können die Rezeptfälschungen in den Apotheken rasch ausfindig gemacht werden (fehlende Pflichtinformationen, gefälschte Unterschriften, Schreibfehler usw.). Bei Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial sind die Apotheker häufig besonders aufmerksam. Die Beschaffung mittels gefälschter Rezepte dürfte deshalb ein geringes Ausmass annehmen und in der Regel rasch entdeckt werden.
- **Beschaffung übers Internet**: Das Internet als Bezugsquelle bei einem problematischen Konsumverhalten wurde in verschiedenen Interviews erwähnt, wobei der genaue Beschaffungsmechanismus unklar ist. In diesem Zusammenhang könnte eine Sonderregelung von Swissmedic relevant sein, wonach rezeptpflichtige Medikamente auch ohne Rezept legal in kleinen Mengen (bis zu einer Monatsdosis) im Ausland bezogen werden können.

⁴⁶ Gmel G. (2018), Nicht-medizinischer Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten bei jungen Männern in der Schweiz, S. 49.

Illegale Arzneimittelimporte bekämpft Swissmedic in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Zollverwaltung. Am häufigsten hat der Zoll 2018 illegal importierte Potenzmittel sichergestellt. An zweiter Stelle folgen Psychopharmaka und Schlaf- und Beruhigungsmittel. Als besorgniserregend wird der zunehmende Import des angstlösenden Arzneimittels Xanax aus illegalen Quellen im Internet und über das Darknet beurteilt. Der darin enthaltene Wirkstoff Alprazolam aus der Gruppe der Benzodiazepine untersteht der Betäubungsmittelregulierung und wird in den letzten Jahren vermehrt missbräuchlich verwendet. 95 % der illegal gehandelten Xanax-Präparate sind gefälscht.⁴⁷

Für den Verkauf von *illegalen Drogen* über das Internet gibt es inzwischen eine erste Bestandesaufnahme. Gemäss einem Bericht von Sucht Schweiz und der Universität Lausanne können illegale Drogen über viele Online-Anwendungen gefunden und gekauft werden – entweder über anonyme und offene Websites oder auch auf den sozialen Medien und über Messaging-Apps. Die anonymen Plattformen (Darknets) sollen jedoch eine Ausnahme bilden. Inwieweit die Erkenntnisse auch auf Medikamente anwendbar sind, kann auf Basis des Berichts nicht gesagt werden. Jedoch steht im Bericht, dass auf den erwähnten Online-Anwendungen auch Medikamente und Doping-Mittel angeboten werden.⁴⁸

- **Weitergabe von Medikamenten über die «Gasse» (Graumarkt):** Die Weitergabe von Medikamenten über die Gasse ohne illegale Absichten kann verschiedene Ausprägungen annehmen. In den Interviews wurden die folgenden Kanäle genannt:
 - Weitergabe von Medikamenten via Bekannte / Familie nach dem Motto: «Ich habe da was, was dir helfen könnte, bei mir hat es auch genützt».
 - Weitergabe von Medikamenten durch Rentner: Es gäbe Rentner, die knapp bei Kasse seien und deshalb bezogene Medikamente weiterverkaufen würden (sogenannte «Rentenaufbesserer»).
- **Schwarzmarkt / Dealen:** Das Dealen mit Medikamenten dürfte einerseits unter Jugendlichen (z.B. im Ausgang oder in der Schule) zu beobachten sein. Andererseits ist auch davon auszugehen, dass im Drogenmilieu mit Medikamenten gedealt wird. Eine Befragung zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Konsumräumen der Kontakt- und Anlaufstellen hat gezeigt, dass in den Jahren 2016 und 2017 3% der Befragten das Benzodiazepin Dormicum und weitere 3% Dormicum in Kombination mit Heroin konsumiert haben.⁴⁹

Gemäss der polizeilichen Kriminalstatistik wurden im Jahr 2017 97 Fälle von illegalem Handel mit betäubungsmittelhaltigen Medikamenten angezeigt. Hinzu kommen 113 Fälle, in denen betäubungsmittelhaltige Medikamente zusammen mit anderen Substanzen (Opiaten, Stimulanzien) gehandelt wurden. Diese insgesamt 210 Fälle entsprechen rund 2.5% aller Verzeigungen wegen illegalem Handel mit Betäubungsmitteln im Jahr 2017.

⁴⁷ Vgl. <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/mitteilungen/illegally-imported-medicinal-products-2018.html>

⁴⁸ Sucht Schweiz (2018), Drogen im Internet.

⁴⁹ Infodrog (2018), Monitoring des Substanzkonsums in den Kontakt- und Anlaufstellen (Jahresbericht), S. 8.

5 Problematischer Medikamentengebrauch und das Vier-Säulen-Modell

5.1 Wer sind die relevanten Akteure in der Prävention und Früherkennung und welche Methoden stehen zur Verfügung?

Die Prävention von Risikoverhalten im Umgang mit psychoaktiven Medikamenten oder von einer Medikamentenabhängigkeit ist eine besondere Herausforderung, da Medikamente in Abweichung zu anderen Substanzen wie Alkohol, Drogen oder Tabak gesundheitliche Probleme grundsätzlich lindern sollen. Der problematische Gebrauch oder Abhängigkeit im Zusammenhang mit Medikamenten sind insofern weniger offensichtlich und werden oft tabuisiert.⁵⁰

Wichtige Akteure in der Prävention und Früherkennung sind **Gesundheitsfachpersonen**:

- **Ärztinnen und Ärzte:** Der Ärzteschaft wird bei der Prävention und Früherkennung des problematischen Medikamentengebrauchs bzw. der Medikamentenabhängigkeit eine grosse Bedeutung zugemessen, da viele der Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial verschreibungspflichtig sind. Zudem stehen die Ärztinnen und Ärzte in direktem Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, was für eine gezielte Prävention und die Früherkennung wichtig sei. Zentral ist gemäss Aussagen der Interviewpartner, dass insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte für die Problematik vermehrt sensibilisiert und in der Lage sind, das Risiko für eine Abhängigkeit zu erkennen und auch wissen, wie man einen problematischen Gebrauch ansprechen und eine Abhängigkeit vermeiden kann. Die Einstellung der richtigen Dosis sei teils schwierig: Während Hausärztinnen und Hausärzte bei ihren Patientinnen und Patienten in der Regel über Erfahrungswerte verfügen, fehlen diese häufig, wenn ein Medikament während eines Spitalaufenthalts neu verschrieben wird. Als wichtig erachtet wird auch, dass Ärztinnen und Ärzte wissen, wann sie die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, z.B. mit Sozialarbeitern oder einer Suchtberatungsstelle, aufnehmen sollten.

Für die Prävention seitens der Ärzteschaft ist bei der Verschreibung von Medikamenten die Anwendung der sogenannten **4-K-Regel** zentral:⁵¹

- klare Indikation
- kleine Dosis
- kurze Anwendung
- kein abruptes Absetzen

Im Rahmen der **Früherkennung** ist eine gute Gesprächsführung wichtig. Geeignete Einstiegsfragen sind beispielsweise folgende:

- «Gibt es Beschwerden oder Störungen, die Sie nach Bedarf selbst mit Medikamenten behandeln?»

⁵⁰ Vgl. Sucht Schweiz (2011), Schlaf- und Beruhigungsmittel – Informationen zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit.

⁵¹ Blackwenn M. (2015), Aktuelle Empfehlungen bei Medikamentenabhängigkeit - Behandlung einer stillen Sucht.

- «Nehmen Sie hin und wieder zur Verbesserung Ihres allgemeinen Befindens oder für Ihre Stimmung Medikamente ein?»
- «Stellen Sie beim Weglassen eines Medikaments eine Verschlechterung Ihrer Beschwerden fest?»

Wenn sich der Verdacht auf ein Risikoverhalten erhärtet, braucht es eine Abklärung anhand der ICD-10-Abhängigkeitskriterien. Da diese Kriterien bei Benzodiazepinen wegen der Niedrigdosisabhängigkeit (ohne Dosissteigerung) nur bedingt geeignet sind, gibt es hierfür spezifische Screeninginstrumente. Eine Zusammenstellung geeigneter Screeninginstrumente für die Früherkennung einer Benzodiazepin-Abhängigkeit, die sich in der Praxis bewährt haben, findet sich auf der Website www.alterundsucht.ch.

Eine umfassende Darstellung der Präventionsmöglichkeiten von Hausärztinnen und Hausärzten findet sich in der Präsentation «Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit in Hausarztpraxen» von Ulrich Schwantes vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité Berlin.⁵²

- **Apotheker/innen und Verkaufspersonal in Apotheken:** Diesen kommt in der Prävention bei rezeptfreien Medikamenten eine ähnliche Funktion zu wie der Ärzteschaft bei verschreibungspflichtigen Medikamenten. Zudem haben die Apotheker/innen eine für die Früherkennung wichtige Kontrollfunktion bei den verschriebenen Medikamenten: Sie müssen die Ärztinnen und Ärzte bei auffälligen Verschreibungen und Bezügen informieren.
- **Mitarbeitende in Spitex-Organisationen und Heimen:** Sie sind häufig in die Vorbereitung und das Verabreichen von Medikamenten involviert und können bei entsprechender Sensibilisierung Auffälligkeiten erkennen und frühzeitig intervenieren. Auf der Website www.alterundsucht.ch stehen für diese Berufsgruppen spezifische Leitlinien zur Verfügung.

Zu den weiteren **Akteuren ausserhalb der Gesundheitsversorgung** gehören:

- **Pharmazeutische Industrie:** In Bezug auf die pharmazeutische Industrie sind die Meinungen der befragten Personen geteilt:
 - Einige Expertinnen und Experten haben die pharmazeutische Industrie als wichtigen Akteur, einmal gar als Keyplayer, bezeichnet. Die Pharmabranche könne Einfluss nehmen, indem sie Medikamente nicht verharmlose. Dabei bestünde aber ein Zielkonflikt, da die Pharmabranche grundsätzlich an einem möglichst grossen Absatz von Medikamenten interessiert sei.
 - Andere Expertinnen und Experten haben erwähnt, dass die Einflussnahme der Pharmabranche in der Schweiz dank der starken Regulierung und einer strengen Werbegesetzgebung begrenzt sei. Im Vergleich zu den USA hätte die Pharmabranche in der Schweiz einen geringen Einfluss.
- **Suchtberatungs- und Präventionsfachstellen:** Suchtberatungs- und Präventionsfachstellen stellen Informationsangebote und -unterlagen zu Medikamenten mit einem Missbrauchs- resp. Abhängigkeitspotenzial bereit und leisten selbst Aufklärungsarbeit. Zudem

⁵² https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/DHS_und_BKK_Medikamentenabhaengigkeit_2005/schwantes.pdf

führen sie Schulungen zur Sensibilisierung von Gesundheitsfachpersonen durch oder stellen entsprechende Schulungsangebote zur Verfügung, z.B. hat die Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs ZFPS einen Schulungsfilm für das Verkaufspersonal in Apotheken produziert.

5.2 Wie sieht die Therapie und Behandlung einer Medikamentenabhängigkeit aus?

Bei der Behandlung von Personen mit einer Medikamentenabhängigkeit ist das Ziel in der Regel der **Entzug bzw. die Abstinenz**. In einigen Fällen wie bspw. bei (polytoxikomanen) Opioidabhängigen und chronischen Schmerzpatienten steht jedoch nicht zwingend die Abstinenz im Vordergrund (vgl. dazu den untenstehenden Abschnitt zur Schadensminderung).

Ein Entzug von Medikamenten dauert in der Regel Wochen oder gar Monate, da Medikamente allgemein und Benzodiazepine im Besonderen nicht abrupt abgesetzt werden dürfen, sondern nur schrittweise abdosiert resp. ausgeschlichen werden.⁵³ Bei Benzodiazepin-Abhängigen erfolgt in einem ersten Schritt eine Umstellung auf mittel bis lang wirksame Benzodiazepine, bevor mit der Dosisreduktion begonnen wird.⁵⁴

Ob ein Entzug stationär oder ambulant (oder eine Kombination) durchgeführt werde, hängt gemäss Aussage der Interviewpartner von der Patientin resp. vom Patienten ab. Bei einer Benzodiazepin-Hochdosisabhängigkeit wird ein stationärer Entzug empfohlen, während bei einer Niedrigdosisabhängigkeit auch ein ambulanter Entzug möglich sei. Ein stationärer Entzug erfolgt in der Regel schneller als ein ambulanter Entzug. Professionelle Hilfe ist aufgrund der teils psychisch und körperlich sehr belastenden Entzugssymptome unbedingt erforderlich.

Für sehr motivierte Suchtpatienten gäbe es laut einem Interviewpartner im Inselspital Bern ein stationäres Programm, bei dem der Entzug in einer Woche realisiert werden könne. Bei einer solchen raschen Therapie brauche es aber Anschlusslösungen (z.B. Rehabilitation), damit ein Rückfall oder Komplikationen im Zusammenhang mit dem Toleranzverlust aufgefangen werden könnten (die früher gewohnte und körperlich tolerierte Dosis nimmt bei einem Konsumunterbruch innert Kürze ab, d.h. wenn eine gleich hohe Dosis wie vor der Therapie eingenommen wird, kann dies gefährliche Folgen haben).

Weil einem problematischen Medikamentengebrauch resp. einer Medikamentenabhängigkeit oft psychische Probleme zugrunde liegen, ist es für einen erfolgreichen Entzug wichtig, dass diese thematisiert und behandelt werden. Patientinnen und Patienten, die bislang ihre Beschwerden mit Tabletten zu lindern versucht haben, müssen bspw. in einer Psychotherapie neue Bewältigungsmechanismen trainieren.

⁵³ Glaeske G., Holzbach R. (2015), Medikamentenabhängigkeit.

⁵⁴ Blackwenn M. (2015), Aktuelle Empfehlungen bei Medikamentenabhängigkeit - Behandlung einer stillen Sucht.

Exkurs: Deutsches Modellprojekt zum ambulanten Entzug bei Benzodiazepin-abhängigen Patientinnen und Patienten⁵⁵

Das deutsche Bundesministerium für Gesundheit hat 2009 das Modellprojekt «Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten durch Apotheker und Hausarzt» gestartet und über einen Förderzeitraum von 3,5 Jahren finanziert. Beteiligt haben sich Apotheker aus 101 Apotheken in Baden-Württemberg und Hamburg.

Projektplan

In ersten Schritt mussten die Apotheker Patienten und deren Ärzte für die Teilnahme gewinnen. Dazu informierten sie die Ärzte im Umkreis der Apotheke über das Projekt. Darüber hinaus konnten sie Patienten, die aufgrund häufiger Verordnungen über Benzodiazepine möglicherweise für die Teilnahme infrage kamen, um ihr Einverständnis zur Rücksprache mit ihrem Arzt bitten.

Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten und bei denen der Arzt die Teilnahme befürwortete, erhielten das Angebot, in einer der teilnehmenden Apotheken einen Termin für ein ausführliches Informations- und Beratungsgespräch zu vereinbaren. Dabei erläuterte der Apotheker zunächst die positiven Wirkungen des Benzodiazepins. Gleichzeitig wies er darauf hin, dass dieses – wie andere Medikamente auch – unerwünschte Wirkungen haben könne, insbesondere wenn es über längere Zeit angewendet wird. Anhand eines Fragebogens, in dem mögliche Beschwerden abgefragt wurden, sollte der Patient erkennen, dass diese sehr wahrscheinlich mit der Langzeiteinnahme des Benzodiazepins zusammenhängen. Ziel war es, bei dem Patienten ein Bewusstsein für die Risiken der Langzeitanwendung zu schaffen, ohne die bisherige Therapie in Zweifel zu ziehen.

Anschließend stellte der Apotheker das Projekt vor, das einen Entzug mit einer langsamen Abdosierung vorsieht, und bot dem Patienten die Teilnahme an. Stimmte dieser zu, sprachen sich Arzt und Apotheker über den Ablauf des Entzugs und die konkreten Abdosierungsschritte ab.

Unmittelbar vor Beginn des Entzugs vergewisserte sich der Arzt noch einmal, dass keine gesundheitlichen Gründe vorlagen, die dem Beginn der Abdosierung entgegenstanden. Er besprach den geplanten Verlauf und gegebenenfalls die Umstellung auf ein anderes Präparat mit dem Patienten. Zudem erhielt der Patient praktische Hinweise für die korrekte Dosierung und eine Beratung zur Schlafhygiene. Die erste Verlaufsbesprechung fand eine Woche nach Beginn statt. Danach konnten die Abstände vergrößert werden. Gespräche fanden in der Regel alle vier Wochen statt.

Die Verlaufsbesprechungen waren »Ankerpunkte«, bei denen sich der Apotheker vergewisserte, ob der Patient noch im richtigen Abdosierungsschritt war und ob Probleme oder Beschwerden aufgetreten waren. Bei Änderungen am Ablauf der Abdosierung hielt er Rücksprache mit dem Arzt. Falls erforderlich verwies er den Patienten an den Arzt. Selbstverständlich stand der Apotheker dem Patienten auch zwischen den vereinbarten Terminen während der Öffnungszeiten der Apotheke kurzfristig zur Verfügung. Ein Gespräch im Verlauf der Intervention war auch beim Arzt vorgegeben.

Bei Abschluss der Intervention führten sowohl der Apotheker als auch der Arzt ein Gespräch mit dem Patienten. Dabei erörterten sie, wie sich das Befinden und der Gesundheitszustand des Patienten im Vergleich zum Zeitraum vor der Intervention verändert hatten. Drei Monate nach Abschluss wurden die Patienten erneut befragt. Dadurch sollte überprüft werden, wie nachhaltig die Intervention war.

Ergebnisse

In 46 Apotheken konnten Patienten und deren Ärzte für die Teilnahme gewonnen werden. Insgesamt wurden 102 Patienten in das Modellprojekt eingeschlossen: 73 Frauen und 29 Männer. Im Mittel waren die Patienten etwas über 71 Jahre alt.

Bei rund drei Viertel aller beteiligten Patienten konnte ein Erfolg verzeichnet werden: Bei 46% der Patienten gelang die vollständige Abdosierung, bei rund 27% der Patienten konnte die Dosis ihres Benzodiazepins reduziert werden. Bei einem Viertel wurde der Entzug abgebrochen, grösstenteils auf Patientenwunsch.

Die Nachbefragung nach drei Monaten deutet darauf hin, dass die erzielten Ergebnisse nachhaltig sind: 80% der Patienten, die ihr Benzodiazepin im Rahmen der Intervention vollständig absetzen konnten, gaben an, seitdem keine Benzodiazepine angewendet zu haben. Von denjenigen, die die Dosis reduziert hatten, gaben fast drei Viertel an, die Dosis nicht verändert zu haben, 20% hatten sie sogar weiter reduziert.

5.3 Was bedeutet Schadensminderung bei Medikamentenabhängigkeit?

Bei (polytoxikomanen) **Opioidabhängigen** ist der Entzug bzw. die Abstinenz nicht zwingend das erste Ziel. Es geht häufig auch darum, den Konsum von opioidhaltigen Schmerzmitteln auf ein verträgliches Level zu reduzieren, um die gesundheitlichen und sozialen Risiken des Konsums möglichst gering zu halten und eine Verbesserung der Lebenssituation zu erzielen. Hierbei kann eine Substitutionsbehandlung mit Methadon oder langwirkendem Morphin zum Einsatz kommen. Dabei sei es besonders wichtig, die richtige, d.h. ausreichend wirksame, Dosierung zu finden, damit nicht noch andere Substanzen dazu konsumiert würden. Bei chronischen Schmerzpatienten braucht es zudem ergänzend nicht-pharmakologische Schmerztherapien.

Auch bei **Benzodiazepin-Abhängigen** kann in gewissen Fällen, in denen eine vollständige Abstinenz nicht gelingt (insbesondere bei Hochdosisabhängigkeit und Polytoxikomanie), eine Substitution zur Schadensminderung angezeigt sein.⁵⁶ Welche Rahmenbedingungen dabei erfüllt sein müssen, ist auf der Informationsplattform Praxis Suchtmedizin Schweiz ausgeführt.⁵⁷

Für die Substitution werden Benzodiazepine mit einem relativ langsamen Wirkungseintritt und einer mittellangen bis langen Halbwertszeit eingesetzt. Insofern könnte man statt von einer Substitution auch von einer Langzeitbehandlung sprechen. Die Evidenz für diese Art von Substitutionsbehandlung sei jedoch noch gering.

5.4 Wie funktionieren Regulierung und Vollzug in der Bekämpfung des problematischen Medikamentengebrauchs?

a) Wie ist die Abgabe von Medikamenten in der Schweiz reguliert?

Alle in der Schweiz zugelassenen Medikamente werden aufgrund einer Risiko-Beurteilung einer sogenannten Abgabekategorie zugeteilt. Diese Kategorie bestimmt, ob ein Medikament

⁵⁵ Vgl. <https://www.kompetenznetz-suchthilfe.de/modellprojekt-medikamentenreduktion/>

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-212014/betreuung-durch-apotheker-und-arzt/>

⁵⁶ Vogel (2016), Schadensminderung bei Benzodiazepinabhängigkeit.

⁵⁷ <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/medikamente/benzodiabepine/high-dose-abhaengigkeit-bdz>

nur auf ärztliche Verschreibung hin (rezeptpflichtig) oder ohne Verschreibungspflicht, aber mit fachlicher Beratung (rezeptfrei) verkauft und abgegeben werden darf. Die rezeptpflichtigen Medikamente werden in die Kategorien A oder B eingeteilt, die rezeptfreien in die Kategorien D oder E. Die Kategorie C wurde kürzlich aufgehoben.

Mit der Abgabekategorie A+ sind Medikamente gekennzeichnet, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen. Es handelt sich hierbei um Substanzen, die aufgrund ihrer narkotischen oder psychotropen Wirkung eine Abhängigkeit erzeugen. Sie werden speziellen Kontrollmassnahmen unterstellt, um einen Missbrauch bzw. den unberechtigten Zugang zu erschweren. Die meisten dieser Substanzen sind international kontrolliert und die Schweiz ist aufgrund von internationalen Abkommen verpflichtet diese auch national zu kontrollieren. Bei der Überprüfung der Substanzen die international kontrolliert werden sollen, finden von der WHO Reviews statt, die zu Empfehlungen führen. Die Schweiz hat darüber hinaus die Möglichkeit aufgrund der nationalen Situation weitere Substanzen der Betäubungsmittelgesetzgebung zu unterstellen.

Für Betäubungsmittel gelten u.a. folgende Bestimmungen:

- Apotheken müssen über sämtliche Bezüge und Abgaben von Betäubungsmitteln Buch führen.
- Ärztinnen und Ärzte müssen den Verbrauch an Betäubungsmitteln dokumentieren.
- Gewisse Betäubungsmittel (Substanzen der Verzeichnisse a und d) können auch nur auf nummerierten Betäubungsmittel-Rezeptblöcken und nicht auf einfachen Rezeptformularen verschrieben werden.
- Die verschriebene Menge darf nicht über den Bedarf für die Behandlung während eines Monats hinausgehen.
- Die Dauer der Behandlung kann auf höchstens drei Monate (bei Betäubungsmittelrezepten) bzw. sechs Monaten (bei einfachen Rezepten) verlängert werden.

b) Welcher Abgabekategorie sind die psychoaktiven Medikamentengruppen mit einem Abhängigkeitspotenzial zugeordnet?

Der untenstehenden Tabelle kann entnommen werden, welchen Abgabekategorien die wichtigsten psychoaktiven Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial (vgl. hierzu Kap. 3.1) aktuell zugeordnet sind resp. wie diese aufgrund der Aufhebung der Abgabekategorie C künftig eingestuft werden. Swissmedic sieht mit Blick auf die Missbrauchsproblematik aktuell keinen Handlungsbedarf für weitere Umteilungen resp. Aufnahme von Stoffen in das Betäubungsmittelverzeichnis.

Bezüglich dem opioidhaltigen Hustenmittel Dextromethorphan ist die Einteilung international uneinheitlich. Aufgrund der Substanzeigenschaften ist gemäss Swissmedic eine zukünftige internationale oder nationale Prüfung bzgl. generell strengerer Einstufung möglich.

Abbildung 8: Abgabekategorien der psychoaktiven Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial

Medikamente bzw. Medikamentengruppe	Abhängigkeitspotenzial	Abgabekategorie
Opioidhaltige Schmerzmittel (<i>Analgetika</i>)	eher hoch	A+/A
Opioidhaltige Hustenmittel (<i>Antitussiva</i>) (insb. Codein und Dextromethorphan)	mittel-hoch	Codeinhaltige Mittel: C → B Dextromethorphan: C → B/D (abhängig davon ob Mono-/Kombipräparat)
Beruhigungs- und Schlafmittel (<i>Tranquilizer und Sedativa</i>): Benzodiazepine, Barbiturate, Z-Medikamente	mittel-hoch	Benzodiazepine und Z-Medikamente: A+, einfaches Rezept Barbiturate: B
Anregungsmittel (<i>Stimulanzien</i>), inkl. Methylphenidat (z.B. Ritalin)	mittel-hoch	Dexamphetamin, Methylphenidat: A+ Ephedrin: C → B/D (je nach Wirkstoffmenge)
Narkosemittel und Gase (z.B. Ketamin und das ehemalige Narkosemittel Gamma-Hydroxybutyrat GHB, sog. «K.O.-Tropfen»)	mittel	A+/A (nur Spitalpräparate, nicht erhältlich)

c) Wer sind die relevanten Akteure in Aufsicht und Vollzug im Zusammenhang mit dem problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente und was ist ihre Rolle?

Die **Bundespolizei (fedpol)** hat bei Medikamenten lediglich eine Lagebeobachtungsfunktion und wird via Kantonspolizei über Straftaten bei rezeptpflichtigen Medikamenten informiert. Sie beschäftigt sich vor allem mit illegalen Substanzen (Drogen). Medikamente, die grundsätzlich legal sind, spielen bei fedpol keine Rolle. Illegalität im Zusammenhang mit Medikamenten sei eine Grauzone und liege in der Zuständigkeit der Kantone.

Die kantonalen **Zollbehörden** fangen teilweise illegale Medikamentenimporte ab, welche bspw. im Internet bestellt wurden.

Die Aufgabe der **Kantonspolizei** besteht darin, illegale (missbräuchliche) Sachverhalte zu entdecken (z.B. bei Strassenverkehrskontrollen oder bei Personenkontrollen), zu rapportieren und Anzeige bei der zuständigen Untersuchungsbehörde zu erstatten. In Bezug auf Medikamente handelt es sich dabei insbesondere um Verstösse gegen das Betäubungsmittel- und Heilmittelgesetz. Oft geht es um kleine Mengen für den Privatkonsum. Zur Unterbindung des Medikamentenmissbrauchs wird je nach Schwerpunkt auch mit Präventionsstellen, dem Kantonsapotheker oder mit der Heilmittelkontrolle zusammengearbeitet.

Die **Kantonsärzte und -apotheker/innen** haben eine Aufsichtsfunktion bei der Ärzteschaft und den Apotheker/innen. Im Zusammenhang mit dem problematischen Medikamentengebrauch verfügen sie im Rahmen dieser Aufsichtsfunktion über folgende Handlungsmöglichkeiten (wobei es hier gestützt auf kantonale Gesetzgebungen Unterschiede geben kann):

- Weiche Massnahmen zur **Sensibilisierung** (z.B. Brief zuhanden der Ärzteschaft, in dem vermittelt wird, dass man ein Auge auf den Medikamentenmissbrauch habe)
- **Inspektionen** bei Ärztinnen und Ärzten vor Ort, falls ein Verdacht auf eine missbräuchliche Verschreibungspraxis besteht

- **Verschreibungsverbote** für Ärztinnen und Ärzte (kommt selten zur Anwendung)
- Aufsichtsrechtliche Verfahren mit einem **Berufsausübungsverbot** für Ärzte/Apotheker (wobei Ärztinnen und Ärzte teils trotzdem unter Aufsicht eines Praxispartners weiterarbeiten können)
- **Strafverfahren**

Gemäss den Interviews werden die Kantonsärzte und -apotheker/innen über verschiedene Kanäle über einen allfälligen problematischen Medikamentengebrauch informiert:

- **Verbrauchsdaten:** Die Kantonsapotheker/innen analysieren regelmässig die Verbrauchsdaten der Apotheken in ihrem Zuständigkeitsbereich und intervenieren bei auffälligen Mustern.
- **Hausärzte:** Hausärzte/-ärztinnen informieren den Kantonsarzt, wenn sie auf Ärztehopping aufmerksam werden.
- **Polizei:** Falls Medikamente von der Polizei sichergestellt werden, wird der Kantonsarzt via Protokoll informiert. Daraufhin nimmt er Rücksprache mit den verschreibenden Hausärzten.
- **Apotheken:** Apotheken haben eine gesetzliche Pflicht, schwerwiegende Fälle von Medikamentenmissbrauch zu melden. Daraufhin wird mit dem verschreibenden Arzt Rücksprache genommen, wobei der Arzt seine Verschreibung begründen muss. Eine Meldepflicht besteht auch bei Rezeptfälschungen (für den Eigengebrauch oder Verkauf). Von solchen Fälschungen gebe es eine «Hitliste», wobei vor allem Hustensirup und verschiedene Benzodiazepine (z.B. Dormicum oder Temesta) betroffen seien.

Exkurs: Niederländische Erfahrungen mit Einschränkungen bei der Kostenübernahme von Benzodiazepinen durch Krankenversicherungen⁵⁸

Ein Akteur, der in der Schweiz bislang nicht proaktiv in die Bekämpfung des problematischen Medikamentengebrauchs involviert ist, sind die Krankenversicherungen. In den Niederlanden hingegen wurde bei der Krankenversicherung regulatorisch eingegriffen, um den Konsum von Benzodiazepinen zu reduzieren.

Da frühere Massnahmen zur Reduktion der Langzeitanwendung von Benzodiazepinen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben, beschloss die niederländische Regierung im Jahr 2009, die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung einzuschränken. Wenn die Patientinnen und Patienten nicht mindestens eine der festgelegten spezifischen Bedingungen erfüllen, müssen sie die Benzodiazepine selbst bezahlen.

Bereits 2009 hat sich die Anzahl der in öffentlichen Apotheken abgegebenen Standardtagesdosen um 15% reduziert. Bis 2012 blieben die Zahlen danach ungefähr gleich. Aber seit 2012 sinken die Abgabemengen erneut um durchschnittlich 1.8% pro Jahr.

⁵⁸ Vgl. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/01/22/verwendung-von-benzodiazepinen-geht-weiter-zurueck>

<https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2018/gebruik-benzodiazepines-vorig-jaar-verder-afgenomen>

6 Public-Health-Relevanz und Handlungsbedarf

6.1 Ist der problematische Gebrauch psychoaktiver Medikamente in der Schweiz ein relevantes Public-Health-Problem? Was sind die Hauptproblemfelder?

Die befragten Expertinnen und Experten messen dem problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente insgesamt eine mittelgrosse Bedeutung bei.

Folgende Gründe sprechen für eine eher geringe Relevanz:

- Die Anzahl betroffener Personen ist vergleichsweise gering (dabei ist jedoch anzumerken, dass die Datengrundlagen und das Wissen zum problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente, z.B. in Heimen, bescheiden sind).
- Die Abgabe und die Bewerbung von Medikamenten sind in der Schweiz klar geregelt.

Folgende Feststellungen sprechen für eine eher hohe Relevanz:

- In der Bevölkerung ist wenig Wissen vorhanden zum problematischen Medikamentenkonsum und seinen Folgen sowie zu Risikoverhalten wie dem kombinierten Konsum von Medikamenten und Alkohol.
- Schnelle Lösungen – wie sie Medikamente versprechen – sind in der Leistungsgesellschaft populär. Aufgrund von Trends wie die «Pathologisierung des Alltags» oder «Neuro-Enhancement» dürfte der problematische Medikamentenkonsum tendenziell zunehmen.

Als Hauptproblemfelder werden genannt:

- Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine und Z-Substanzen) durch Menschen ab 60
- Konsum opiathaltiger Schmerzmittel durch chronische Schmerzpatienten

Ein weiteres mögliches Hauptproblemfeld wird beim Anabolika-Konsum durch Freizeitsportler vermutet. Hierzu bestehen in der Schweiz jedoch keine Datengrundlagen.

Sucht Schweiz schätzt die Problemlage hinsichtlich des Medikamentenkonsums ähnlich ein wie aus dem Schweizer Suchtpanorama 2019 hervorgeht.⁵⁹

6.2 In welchen Handlungsfeldern wird Handlungsbedarf geortet?

Entlang der Handlungsfelder der Strategie Sucht ist untenstehend der Handlungsbedarf aus Sicht der beigezogenen Expertinnen und Experten festgehalten. Die Zuordnung zu den Handlungsfeldern der Strategie Sucht ist dabei nicht in jedem Fall eindeutig; einige Punkte könnten auch mehreren Handlungsfeldern zugeordnet werden.

⁵⁹ Sucht Schweiz (2019), Schweizer Suchtpanorama 2019.

a) Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung

- mittels gezielter Informationskampagnen einen risikoarmen Konsum fördern, u.a. durch Reduktion des Mischkonsums mit Alkohol (vgl. hierzu auch Handlungsfeld Sensibilisierung und Information)
- gezielte Massnahmen zur Aufklärung älterer Menschen über die Gefahren der Abhängigkeit im Niedrigdosisbereich (Aufklärung alleine reduziert den Konsum bei älteren Menschen nachweislich)⁶⁰
- die Thematik des problematischen Medikamentengebrauchs auch in die bestehenden Aktivitäten im Bereich Prävention und Früherkennung aufnehmen (z.B. im Schulbereich)
- Verschreibungsrichtlinien für die (Haus-)Ärztinnen und Ärzte präzisieren⁶¹ und Studien/Monitoring zur effektiven Verschreibungspraxis durchführen (vgl. hierzu auch Handlungsfeld Wissen)
- in der ambulanten Nachsorge nach Spitalaustritten die Schmerzmittel-Dosierungen sorgfältig überwachen
- Frühinterventionen durch Hausärzte / Apotheker durch einen spezifischen Abrechnungscode fördern
- Interventionen auf der Basis eines nationalen Verschreibungs- und Abgaberegisters prüfen (vgl. hierzu auch Handlungsfeld Regulierung und Vollzug)
- differenzierte Messinstrumente für Abhängigkeit im Alter entwickeln, die der Altersspanne zwischen 60 und 90 Jahren gerecht werden und auch den Niedrigdosiskonsum berücksichtigen

b) Therapie und Beratung

- die Thematik des problematischen Medikamentengebrauchs in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen stärken
- Guidelines für die Behandlung von Personen mit einem problematischen Konsum entwickeln (nicht nur für die Ärzteschaft, sondern für unterschiedliche Gesundheitsfachpersonen), dazu Schulungen durchführen und anschliessend die Umsetzung überprüfen
- Zusammenarbeit an den Schnittstellen (z.B. zwischen Grundversorgung und Fachstellen oder zwischen Ärzten und Apothekern) verbessern und bei Bedarf die verschiedenen Tarifstrukturen dahingehend optimieren
- in der Behandlung und Beratung die Kombination von Sucht- und Alterskompetenz fördern (in der Alterspsychiatrie, bei Grundversorgern, in der Suchthilfe)

⁶⁰ Ruhwinkel (2019), Schlummertrunk oder Schlaftabletten.

⁶¹ Vgl. hierzu SAMW/FMH (2013), Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, Ein Leitfaden für die Praxis, S. 50.

c) Regulierung und Vollzug

- geltende Regulierungen konsequenter umsetzen (z.B. Möglichkeiten der Kantonsärzte und -apotheker)
- nationales Verschreibungs- und Abgaberegister einführen; idealerweise auf der Basis von elektronischen Verordnungen
- gewisse Substanzen (z.B. Midazolam) aus der Pharmakopöe entfernen
- für psychoaktive Medikamente die Verfügbarkeit kleiner Packungen fördern
- Einschränkung/Reduktion der Vergütung von Benzodiazepinen durch die Krankenversicherung prüfen (vgl. hierzu Exkurs zu den niederländischen Erfahrungen in Kap. 5.4c))

d) Koordination und Kooperation

- Koordination zwischen den Kantonen (z.B. bei Ärztehopping) verbessern und diesbezügliche Überwachungs- resp. Kontrollsysteme (nationale Datenbank) fördern → vgl. Verschreibungs- und Abgaberegister in Handlungsfeld 4
- Kooperation resp. Vernetzung zwischen den Akteuren (u.a. Ärzte, Apotheker, Präventionsstellen, Angehörige) fördern, evtl. interprofessionelle Koordinationsplattform etablieren

e) Wissen

- Bestehende Datengrundlagen (z.B. Krankenkassendaten, MESA-Datenbank) vertieft auswerten
- Fortlaufende Prävalenzerhebungen sicherstellen (nach Beendigung Suchtmonitoring)
- Umfassende Bevölkerungsstudie (inkl. Heimbewohner/innen) zum Medikamentenkonsum durchführen (inkl. Checken der Medikamentenschranke)
- Anzahl Todesfälle durch Medikamenten-Überdosis erheben und ausweisen
- Erhebungen zur Verschreibungspraxis bei problematischen Medikamenten durchführen, insb. auch in Pflegeheimen
- Wissensgrundlagen schaffen, die die Festlegung von klaren Grenzwerten für ältere Menschen erlauben
- Datengrundlage zum problematischen Anabolika-Konsum schaffen
- Grundlagenwissen zur Bedeutung des Bezugskanals Internet/Darknet für Medikamente bereitstellen (inkl. Informationen zur Bedeutung gefälschter Medikamente)

f) Sensibilisierung und Information

- in der Bevölkerung bzw. bei Patientinnen und Patienten mittels zielgruppenspezifischer Informationen/Kampagnen das Bewusstsein fördern, dass Medikamente kein übliches Konsumgut darstellen und nicht immer die erstbeste Lösung sind

- betroffene Zielgruppen besser über den adäquaten Umgang mit opiathaltigen Schmerzmitteln sowie Beruhigungsmitteln sowie über Alternativen zu diesen Medikamenten (z.B. nicht-medikamentöse Schmerztherapie) informieren
- Gesundheitsfachpersonen für die Problematik des Niedrigdosiskonsums von Benzodiazepinen bei älteren Menschen sensibilisieren
- bei der Ärzteschaft das Bewusstsein für das biopsychosoziale Modell der Schmerzbehandlung und die nicht-medikamentöse Schmerztherapie fördern

6.3 Empfehlungen Ecoplan

Mit Blick auf die identifizierten Hauptproblemfelder empfiehlt Ecoplan dem Bundesamt für Gesundheit folgende Massnahmen prioritär umzusetzen:

- Sensibilisierung der älteren Menschen und der Gesundheitsfachpersonen (insb. in der Grundversorgung sowie in Pflegeheimen und Spitex-Organisationen) für die Gefahren der Benzodiazepinabhängigkeit im Niedrigdosisbereich
- Studien zur Verschreibungspraxis bei Benzodiazepinen und opiathaltigen Schmerzmitteln durchführen und bei Bedarf die Erarbeitung von Verschreibungsrichtlinien unterstützen

Dabei hat die Umsetzung selbstverständlich in enger Zusammenarbeit mit den betreffenden Stakeholdern zu erfolgen.

Anhang A: ICD-11

Im Juni 2018 wurde ein Entwurf des neuen Klassifikationssystems ICD-11 verabschiedet. Die Einführung ist ab 2022 geplant. Der Entwurf von ICD-11 existiert nach unserem Wissensstand bisher nur in englischer Sprache.

Die Begriffe (Kodierungen) für psychotrope Substanzen werden in der ICD-11 unter dem Oberbegriff «Disorders due to substance use» (auf Deutsch: **Substanzgebrauchsstörung**) aufgeführt:

- *Harmful Pattern of use*: Ist inhaltlich ähnlich wie der Begriff «Harmful use» (Schädlicher Gebrauch) aus ICD-10.
- *Intoxication*: Ist inhaltlich ähnlich wie der Begriff «Acute Intoxication» (Akuter Rausch) aus ICD-10.
- *Dependance*: Ist inhaltlich ähnlich wie der Begriff «Dependence Syndrom» (Abhängigkeitsyndrom) aus ICD-10.

Anhang B: Interviewte Expertinnen und Experten

Name, Titel	Organisation / Funktion	Datum
Samuel Allemann, Dr.	Pharmasuisse, Fachexperte Adherence & Chronic Care	04.03.2019
Thilo Beck, Dr. med.	Arud Zentrum für Suchtmedizin Vorstandsmitglied Fachverband Sucht	31.10.2018
Toni Berthel, Dr. med.	Ehem. Direktor Sucht und Begutachtungen, Integrierte. Psychiatrie Winterthur Präsident Eidg. Kommission für Suchtfragen EKSF	31.10.2018
Barbara Broers, Prof. Dr. med.	Universitätsspital Genf HUG Mitglied Eidg. Kommission für Suchtfragen EKSF	09.11.2018
Hans Gammeter, Dr. med.	Ehem. Stv. Kantonsarzt des Kantons St. Gallen, Präsident Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS	12.11.2018
Gerhard Gmel, Dr.	Sucht Schweiz	02.11.2018
Barbara Gugger, Dr. med.	CONTACT Suchtbehandlung (Dr. Robert GmbH)	29.10.2018
Simon Heller	Kantonspolizei Zürich, Dienstchef	25.02.2019
Walther Heuberger, Dr. med.	Psychiatrische Klinik Wil Vorstandsmitglied Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS	15.11.2018
Maria Hitziger	ApoDoc (Apotheke, Arztpraxis, Café) Vorstandsmitglied Pharmasuisse	23.10.2018
Karoline Mathys, Dr.	Swissmedic, Leiterin Bereich Marktüberwachung, Mitglied der Geschäftsleitung	18.02.2019
Konrad Maurer, PD. Dr. med.	Institut für Anästhesiologie, Universitätsspital Zürich USZ	26.10.2018
Bernadette Ruhwinkel, Dr. med.	Praxis Römerhof, Winterthur	20.06.2019
Christian Schneider, Dr.	Ehem. Bundeskriminalpolizei, Bundesamt für Polizei fedpol	20.11.2018
Domenic Schnoz	Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs ZFPS (ehem. ZüFAM)	02.11.2018
Samuel Steiner, Dr.	Kantonsapothekeramt des Kantons Bern	06.11.2018
Maria Wertli, PD. Dr. med.	Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital	07.11.2018

Anhang C: Teilnehmerinnen und Teilnehmer Expertenpanel

Name, Titel	Organisation / Funktion
Toni Berthel, Dr. med.	Ehem. Direktor Sucht und Begutachtungen, Integrierte. Psychiatrie Winterthur Präsident Eidg. Kommission für Suchtfragen EKSF
Barbara Broers, Prof. Dr. med.	Universitätsspital Genf HUG Mitglied Eidg. Kommission für Suchtfragen EKSF
Gerhard Gmel, Dr.	Sucht Schweiz
Barbara Gugger, Dr. med.	CONTACT Suchtbehandlung (Dr. Robert GmbH)
Walther Heuberger, Dr. med.	Psychiatrische Klinik Wil Vorstandsmitglied Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS
Maria Hitziger	ApoDoc (Apotheke, Arztpraxis, Café) Pharmasuisse, Vorstandsmitglied
Jaqueline Revaz-Frey, Dr. med.	DOTZIMED, Gemeinschaftspraxis für Hausarztmedizin Delegierte mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Domenic Schnoz	Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs ZFPS (ehem. ZüFAM)
Samuel Steiner, Dr.	Kantonsapothekeramt des Kantons Bern
Tanja Iff	BAG, Sektion Präventionsstrategien (Projektleitung)
Markus Jann	BAG, Sektion Politische Grundlagen und Vollzug
Marc Marthaler	BAG, Sektion Wissenschaftliche Grundlagen

Anhang D: Kontaktierte Verbände

Curafutura

Curaviva

Fachverband Sucht

FMH

GREA – Groupement Romand d'Etudes des Addictions

Interpharma

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

SVA Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen

Literaturverzeichnis

- BAG, BFS (2019)
Omnibus Erhebung 2018 «Gesundheit und Lifestyle».
- Blackwenn M. (2015)
Aktuelle Empfehlungen bei Medikamentenabhängigkeit - Behandlung einer stillen Sucht. In MMW – Fortschritte der Medizin, S. 41-44.
- Bonnie R.J. et al. (2017)
Pain Management and the Opioid Epidemic - Balancing Societal and Individual Benefits and Risks of Prescription Opioid. In: The National Academies of Sciences, Engineering and Medicines. S. 1-455.
- Bundesärztekammer (2007)
Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis.
- Copper R. J. (2013)
Over-the-counter medicine abuse – a review of the literature. In: Journal of Substance Use. 18(2), S. 82–107.
- Del Giorno R., Ceschi A., Gabutti L. (2017)
Benzodiazepine bei älteren Menschen. In: Swiss Medical Forum, 17(8), S. 176-178.
- Der Bund (2017)
Ein Land auf Drogen. Online im Internet:
<https://www.derbund.ch/ausland/amerika/ein-land-unter-drogen/story/21975995>
(17.9.2018).
- Der Bund (2018)
Nach dem Spital in den Entzug. Online im Internet:
<https://www.derbund.ch/wissen/medizin-und-psychologie/sorge-wegen-zu-vieler-opioide/story/23973458> (19.9.2018).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2018)
Pharmakologie und Behandlung. Online im Internet: <http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/pharmakologie-und-behandlung.html> (14.9.2018).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018)
ICD-10-GM Version 2018. Online im internet:
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f10-f19.htm> (5.7.2019).
- DHS (2019)
Substanzgebrauchsstörung: Diagnosekriterien gemäss DSM 5, Online im Internet:
<http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/substanzgebrauchsstoerung-diagnosekriterien.html> (6.3.2019).

- Ecoplan (2018)
Erweiterung der Schadensminderung – Konzept. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. S. 1-29.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018)
Online im Internet: http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/addressing-misuse-medicines_e20n (24.9.2018).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018)
Policy and Practise - Addressing the misuse of medicines. Online im Internet: http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/addressing-misuse-medicines_en (25.9.2018).
- Glaeske G., Holzbach R. (2015)
Medikamentenabhängigkeit. In: Suchtmedizinische Reihe, Band 5. S. 1-187.
- Gmel et al. (2018)
Suchtmonitoring Schweiz – Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz.
- Gmel G. (2018)
Nicht-medizinischer Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten bei jungen Männern in der Schweiz. In: Suchtmagazin, S. 49-51.
- Human Rights Watch (2018)
«Not Allowed to be compassionate» - Chronic Pain, the Overdose Crisis and the Unintended Harms in the US, Online im Internet: https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/hhr1218_web.pdf (11.3.2019)
- Infodrog (2018)
Konsum von psychoaktiven Substanzen in der Freizeit. Auswertung der Befragungen von Konsumierenden 2017.
- Infodrog (2018)
Monitoring des Substanzkonsums in den Kontakt- und Anlaufstellen (Jahresbericht), S. 8.
- Interpharma (2018)
Off label use. Online im Internet: www.interpharma.ch/medikamente/1607-label-use (7.12.2018).
- Lader M. (2012)
Benzodiazepine harm: how can it be reduced? In: British Journal of Clinical Pharamcology. S. 295-301.
- Maffli E. (2017)
Opioidanalgetika - Wo liegt die Schmerzengrenze. In: SuchtMagazin (6/2017). S. 10-14.
- NZZ (2018)
Süchtige Senioren – Abhängige von Beruhigungsmitteln stellen Altersheime vor Probleme (29.07.2018).

Obsan (2019)

Chronische Medikamenteneinnahme, Online im Internet:
<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/chronische-medikamenteneinnahme-alter-15> (9.7.2019).

OECD (2019)

Opioids, Online im Internet: <http://www.oecd.org/els/health-systems/opioids.htm>
(6.3.2019).

Patientensicherheit Schweiz (2019)

Pilotprogramm progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen, Zusammenfassung des
Schlussberichts zum Grundlagenprojekt (Dezember 2016 -Dezember 2018).

Pharmaceutical Care Research Group, Universität Basel (2015)

Abhängigkeit von OTC-Medikamenten, In: i.m@il-Offizin, Nr. 9 / 15.5.2015.

Praxis Suchtmedizin (2018)

Medikamente – Einleitung, Online im Internet: <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/medikamente> (5.7.2019).

Reisch T., Bartsch Ch., Ajdacic-Gross V. (2015)

Suicide in Switzerland: A detailed national survey of the years 2000 to 2010.
Nationalfondsstudie 32003B_133070.

Ruhwinkel B. (2019)

Schlummertrunk oder Schlaftabletten. Motivation zur Behandlung von Abhängigkeit im
Alter. Präsentation gehalten an der NCD-Stakeholderkonferenz vom 6. Mai 2019.

Saferparty.ch (2018)

Mischkonsum, Online im Internet: <https://www.saferparty.ch/mischkonsum.html>.

SAMW/FMH (2013)

Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, Ein Leitfaden für die Praxis.

Schneider R. et al. (2018)

Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2018. Auswertungsergebnisse der Helsana
Arzneimitteldaten aus den Jahren 2014 bis 2017.

Sucht Schweiz (2011)

Schlaf- und Beruhigungsmittel – Informationen zu Medikamentenmissbrauch und -
abhängigkeit.

Sucht Schweiz (2018)

Drogen im Internet, Online im Internet:
<https://www.suchtschweiz.ch/aktuell/medienmitteilungen/article/drogen-im-internet-erste-bestandsaufnahme-der-schweizer-situation/> (11.3.19).

Sucht Schweiz (2019)

Schweizer Suchtpanorama 2019.

- Suchtmonitoring Schweiz (2018)
Schlaf- und Beruhigungsmittel. Online im Internet:
<http://www.suchtmonitoring.ch/de/6.html?schlaf-und-beruhigungsmittel> (24.9.2018).
- Tagesanzeiger (2015)
Das Monster in der Ampulle. Online im Internet:
<https://www.tagesanzeiger.ch/leben/gesellschaft/Das-Monster-in-der-Ampulle/story/24837005> (24.9.2018).
- Tagesanzeiger (2017)
Gefährliche Pillencocktails im Heim. Online im Internet:
<https://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/standardheime-geben-zu-viele-pillen-ab/story/27414669> (24.9.2018).
- Tamblyn R. et al. (2005)
A 5-Year Prospective Assessment of the Risk Associated with Individual Benzodiazepine and Doses in New Elderly Users, Online im Internet ;
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2005.53108.x> (5.7.2019).
- Tox Info Suisse (2015)
Suizidale Intoxikationen. Fallauswertung 1995-2014.
- Tox Info Suisse (2018)
Anhang zum Jahresbericht 2017.
- Trescher C. (2011)
Abhängigkeit und Missbrauch – Kann mit dem Verursacherprinzip eine Veränderung bewirkt werden, In: Sozialpolitik nach dem Verursacherprinzip. S. 67-87.
- Vitanet.de (2018)
Medikamentensucht und Medikamentenabhängigkeit. Online im Internet:
<http://www.vitanet.de/krankheiten-symptome/medikamentensucht> (13.09.2018).
- Vogel M. (2016)
Schadensminderung bei Benzodiazepinabhängigkeit. Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen. Universität Basel.
- Wang P.S. (2001)
Hazardous Benzodiazepine Regimes in the Elderly: Effects of Half-Life, Dosage, and Duration on Risk of Hip Fracture, Online im Internet:
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.158.6.892> (11.3.2019).
- Wertli M. et al. (2017)
Changes over time in prescription practises of pain medications in Switzerland between 2006 and 2013 – an analysis of insurance claims. In MBC Health Services Research (2017), S. 1-11.
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauches (2010)
Suchtprobleme im Alter – es gibt Lösungen!, S. 3-22.
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs (2012)
Grundlagen zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs im Kanton Zürich. Bestandesaufnahme und Empfehlungen.