Das Dilemma im Fokus

Autor(en): **Erdin, Marianne / Behrens, Michael / Reubi, Ingrid**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

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

Heft 2

PDF erstellt am: **25.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800985

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

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

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Das Dilemma im Fokus

An der 6. Sarganserländer Suchttagung diskutierten Fachleute über die Notwendigkeit und die Missbrauchsgefahr von Medikamenten.

MARIANNE ERDIN (MODERATION), MICHAEL BEHRENS, INGRID REUBI, HANS WEISS, BRIGITTE WOGGON*

Erdin: Herr Behrens, im Zusammenhang mit Tablettensucht steht die Pharmaindustrie immer wieder im Schussfeld der Kritik. Sie sitzen auf einem Goldesel, verstecken sich hinter Beipackzetteln, und Sie peilen in der Werbung die Frauen an. Das ist eine sehr erfolgreiche Strategie.

Behrens: Im Zusammenhang mit Tablettensucht stehen wir nicht nur im Schussfeld der Kritik, sondern wir stehen zunehmend auch im Zielbereich von Patientengruppen, die uns bitten, bestimmte Medikamente schneller, häufiger und breiter zugänglich zu machen. Das ist für uns eine interessante Erfahrung, die nicht weniger zu denken gibt als die von Ihnen geäusserte Kritik
Zu Ihrer Annahme, wir versteckten uns hinter Beipackzetteln. Aus meiner Sicht ist das genaue Gegenteil der Fall: Wir verstecken uns nicht dahinter, sondern wir öffnen uns mit den Beipackzetteln nach aussen; wir informieren so gut wie möglich.

Erdin: Wer liest die Beipackzettel, Herr Behrens, wer liest sie?

Behrens: Wenn ich die Fragen ansehe, mit denen wir konfroniert werden, kann die Antwort nur lauten: Viele lesen sie. Der Autonomiegewinn der Patienten, der von Frau Reubi in ihrem Referat angesprochen wurde, beruht zu einem grossen Teil auf Information. Wie Informationen aufgenommen und verarbeitet werden, hängt mit Sicherheit zu einem grossen Teil vom Sender ab, und wir setzen uns intern intensiv mit der Frage auseinander, wie man die Beipackzettel in dieser Hinsicht noch verbessern könnte.
Eine Bemerkung noch zum Goldesel, auf welchem wir sitzen sollen...

Erdin: ... in der Schweiz werden vier Milliarden Franken Ausgaben pro Jahr ausgeben – nur für Medikamente...

Behrens: Dazu muss man sagen, dass dieser so genannte Goldesel sehr, sehr teuer gefüttert werden muss. Die Entwicklung eines neuen Medikamentes kostet heute eine halbe Milliarde Dollar, und diese Kosten steigen in jedem Jahr um ca. 10 bis 20 Prozent. Das ist auch das Grundproblem der gesamten Pharmabranche: Wenn die Ausgaben nicht wieder reinkommen, dann wird die Forschung leiden.

Erdin: Kommen wir noch zu den Frauen. Warum die Frauen?

Behrens: Diese Frage kann ich Ihnen nicht beantworten, da wir uns gar nicht speziell auf die Frauen konzentrieren. Im verschreibungspflichtigen Segment richten wir uns nur an Fachleute – wir dürfen uns nur an Fachleute richten. Die behördliche Aufsicht ist ausgesprochen streng, und das ist gut so. Bestimmte Produktegruppen sind zudem unter eine Vorab-Genehmigungspflicht gestellt worden. Die eigentliche Zielgruppe für unsere verschreibungspflichtigen Medikamente sind demnach die Ärzte ... und natürlich auch die Ärztinnen, aber die werden nicht besonders beworben.

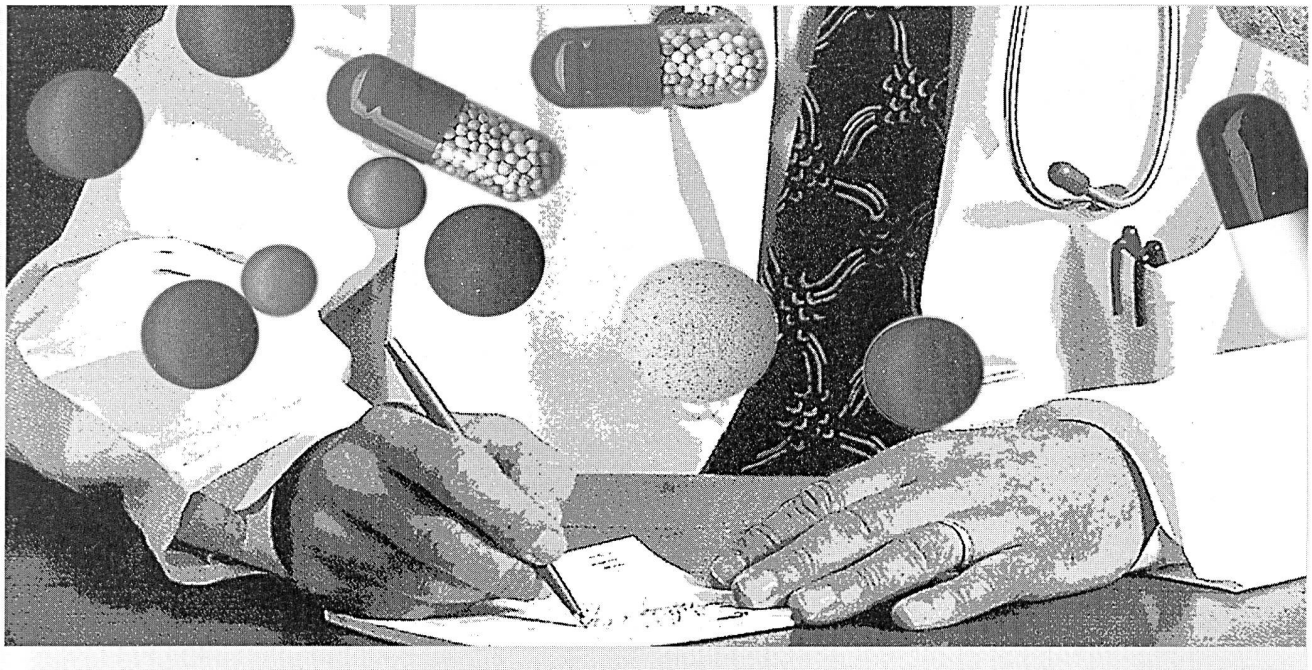
Erdin: Ich denke jetzt weniger an die verschreibungspflichtigen Medikamente, sondern an die Medikamente, die man ohne Rezept in der Apotheke kaufen kann. Bei der Werbung in den Medien sind doch in erster Linie die müden, abgeschlafften Frauen angesprochen.

Behrens: Diese Behauptung kann ich so nicht stehen lassen. Unsere Publikumswerbung ist den gleichen Gesetz-

TEILNEHMERINNEN DES STREITGESPRÄCHS:

- **Dr. med. Michael Behrens** ist Medical Director der Novartis Pharma Schweiz AG in Bern. Er ist Mitglied der Geschäftsleitung und leitet eine Abteilung mit den Schwerpunkten Arzneimittelsicherheit, klinische Entwicklung, Arzneimittelzulassung und Marketing-Unterstützung.
- **Marianne Erdin** ist Moderatorin und Redaktorin beim Gesundheitsmagazin PULS von SF DRS in Zürich
- **Dr. med. Ingrid Reubi** ist Psychiaterin/Psychotherapeutin FMH und arbeitet als Chefärztin in der Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee.
- **Dr. phil. Hans Weiss** ist Psychologe, Sachbuchautor («Bittere Pillen») und Schriftsteller. Er lebt in Wien.
- **Prof. Dr. med. Brigitte Woggon** ist Psychiaterin. Sie arbeitet als leitende Ärztin in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich. Sie leitet eine Spezialsprechstunde für Patienten mit so genannt therapie-resistenten Depressionen

* Dieses Streitgespräch fand am 25. März 1999 anlässlich der 6. Sarganserländer Suchtfachtagung (Rezeptierte Abhängigkeit? – Die medikamentöse Therapie im Dilemma zwischen Notwendigkeit und Missbrauch) in Bad Ragaz statt. Das Gespräch wurde von Martin Hafen aufgezeichnet und redaktionell bearbeitet.



mässigkeiten unterworfen wie andere Werbung auch. Es ist doch nicht so, dass unbedingt die Menschen, die auf Werbung abgebildet sind, auch gleichzeitig die Zielgruppe darstellen. Ich denke sogar, dass wir unsere Zielgruppen in letzter Zeit sehr breit gestreut haben. Denken Sie z.B. an die Pulmex-Werbung mit dem Slogan «Switzerland is a typical Pulmex land». Diese Werbung ist sehr erfolgreich, und sie richtet sich mit Sicherheit nicht nur an die Frauen.

Erdin: *Frau Woggon, in Ihrem Buch beschreiben Sie sehr eindrücklich, wie Sie die Depressionen von so genannt therapie-resistenten Patienten mit teilweise sehr hohen Medikamenten-Dosen in den Griff bekommen. Bedeutet diese hohe Wirksamkeit nicht gleichzeitig auch ein hohes Mass an Nebenwirkungen und schlussendlich auch lebenslängliche Abhängigkeit von diesen Medikamenten?*

Woggon: Wenn die von Ihnen angesprochenen Patienten zu mir kommen, sind sie von den zahlreichen Ärzten und Psychotherapeuten, durch die sie vorher behandelt wurden, in der Regel als unbehandelbar eingestuft worden. Das Spektrum der vorgängig erfolgten Behandlungsmethoden ist sehr breit – von der Fussmassage über Psychotherapie bis hin zu verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten.
Wenn ich so arbeiten würde, wie alle vor mir, dann müsste ich den Patienten sagen: «Sie sind richtig behandelt worden, aber Ihnen geht's schlecht. Da kann man nichts machen.»

Erdin: *Was lief den falsch in den Behandlungen, dass diese Menschen am Schluss bei Ihnen landen?*

Woggon: Was sehr oft vorkommt, ist eine Unterversorgung mit wirksamen Behandlungsverfahren. Damit sind im Falle einer Depression nicht nur Antidepressiva gemeint, sondern auch die Psychotherapie. Viele Psychotherapien mit Depressiven basieren auf der Regression. Die Patienten werden aufgefordert, manipuliert, überzeugt, verführt oder unterstützt darin zu regredieren, sich in die Depression reinfallen zu lassen und nicht gegen sie zu kämpfen. Da kommen Aussagen vor wie: «Na ja, das hat schon immer in ihnen geschlummert.» oder: «Es ist nicht so schlimm, wenn Sie Ihre Stelle verlieren; dafür machen wir eine wirksame analytische Behandlung.»...

Erdin: *...sehr zynisch, Frau Woggon...*

Woggon: Ich bin zynisch, weil mich das ärgert. Ich habe nämlich nicht nur viel Arbeit, sondern ich werde auch mit furchtbar viel Leid konfrontiert. Ich bin Ärztin geworden, um Leiden zu mindern. Wenn ich dann Patienten sehe, die 10 Jahre lang für gutes Geld behandelt werden und trotzdem keine Aussicht auf Gesundheit haben, dann macht mich das durchaus ein wenig zynisch.
Wenn ich von Unterversorgung im psychotherapeutischen Bereich spreche, meine ich nicht, dass nicht genügend Psychotherapie gemacht würde, sondern die falsche. Ganz pragmatisch ausgedrückt: richtig ist, was nützt. Die Medikation ist Teil dieser Pragmatik. Wenn ein Patient auf die niedrige Dosierung nicht anspricht, dann muss man hoch dosieren – und nur dann. Viele kommen auch zu mir, die zu hoch dosiert sind; die werden von mir dann mit homöopathischen Dosen behandelt, und das geht wunderbar. Es geht immer darum, die richtige Dosis zu finden. Die Dosierung in den Beipackzetteln und in den Lehrbüchern ist nicht entscheidend, sondern die Dosierung, die beim einzelnen Patienten ankommt. Welche Dosis im Einzelfall richtig ist, das kann man z.B. mit einer Messung des Plasmaspiegels messen. Nur bei den allerwenigsten der Patienten, die zu mir kommen, wurde je eine solche Messung vorgenommen.

Erdin: *Frau Reubi, jeder zehnte über 75-jährige Mensch in der Schweiz nimmt regelmässig Schlaf- oder Beruhigungsmittel. Sie arbeiten mit alten Menschen in der Psychiatrie. Was machen Sie, wenn Ihre PatientInnen nicht schlafen können, bzw. wenn sie unruhig sind?*

Reubi: Zuerst schaue ich, wie sich die Patienten überhaupt verhalten, ob sie einen längeren Mittagsschlaf machen. Da findet man schon einiges an «Fehlverhalten», denn es ist in zahlreichen

Prof. Dr. med. Brigitte Woggon (Fotos: Hardecker)

Dr. med. Michael Behrens und Marianne Erdin

Studien belegt, dass Menschen über 70 nicht mehr als sechs Stunden Schlaf pro Tag brauchen. Viele ältere Menschen sind dagegen der Ansicht, dass sie mit steigendem Alter mehr Schlaf brauchen. Es geht also zuerst darum, zusammen mit den Patienten abzuklären, ob dem Wunsch nach Schlafmitteln nicht mit einer Änderung der Schlafgewohnheiten vorgebeugt werden könnte, um so mehr als die benzodiazepin-haltigen Medikamente im Alter nachweislich die Sturzgefahr erhöhen. Seit ich nicht mehr nur mit älteren Menschen zusammen arbeite, bin ich etwas vorsichtiger mit dem Absetzen von Benzodiazepinen geworden. Wenn man den Patient z.B. dazu motiviert, keine solchen Mittel mehr zu sich zu nehmen, muss man sich genau damit auseinander setzen, in was für ein soziales Umfeld der Patient eingebettet ist. Ich kenne Beispiele von Angehörigen, die sich nach dem Absetzen dieser Medikamente darüber beklagten, dass die Patienten viel empfindlicher, böse formuliert: weniger pflegeleicht seien. In einem solchen Fall muss man genau abwägen, ob die negativen Konsequenzen für den Patienten nicht grösser sind als der Nutzen. Auf was ich sicher nicht verzichten würde: den Patienten und sein Umfeld mit meiner ärztlichen Haltung zu konfrontieren, ihn eine bewusste Entscheidung treffen zu lassen.

Erdin: *Sind Benzodiazepine nicht einfach auch eine Erleichterung für das Pflegepersonal, eine Erleichterung, die Missbrauch fördert – rein aus der Not heraus, dass zu wenig Personal für die Betreuung zur Verfügung steht? Wie haben Sie das als Psychiaterin in der Arbeit mit alten Menschen erlebt?*

Reubi: Ich denke, das ist ein allgemeines Gesetz: Je mehr Personal zur Verfügung steht, desto weniger Medikamente werden gebraucht. Hier gilt es, die Frage nach der Verantwortung zu stellen. Liegt die Verantwortung nicht dort, wo die Betreuungsstellen zusammen gestrichen werden? Das heisst nicht, dass ein solcher Entscheid nicht nachvollziehbar wäre. Wichtig ist aber, dass man dazu steht und die Verantwortung nicht einfach auf das Betreuungspersonal abwälzt, denn dieses hat ja kaum Möglichkeiten das Umfeld zu beeinflussen, in welchem es arbeitet. Dies schliesst jedoch nicht aus, auch unter der Bedingung von Personalknappheit andere Wege der Betreuung zu suchen, als nur die Medikamentendosen zu erhöhen.

Erdin: *Herr Weiss, zusammengefasst sagten Sie in Ihren Referat, dass viele Ärzte nicht wüssten, was sie verschrieben. Weiter riskierten sie, Ihre Geld bringenden PatientInnen zu verlieren, wenn sie die gewünschten Medikamente nicht verschrieben. Was soll der Arzt tun, wenn er bei einem Patienten das Gefühl hat, dass dieser genug Medikamente geschluckt hat, und er diesen Patienten trotzdem behalten möchte?*

Weiss: Das Problem beginnt schon früher. Vielleicht kommt der Arzt gar nicht zu dieser Einsicht, dass es jetzt genug ist. Ich habe in meinem Referat nur von den Hausärzten gesprochen. Wahrscheinlich sind die Krankenhäuser und Pflegestation noch mehr von diesem Problem betroffen; wahrscheinlich sind sie die effizientesten Schulen für Medikamentenmissbrauch. Hier werden sehr oft viel zu viele süchtig machende Medikamente abgegeben, mit dem Resultat, dass die Patienten diese Produkte auch noch zu sich nehmen, wenn sie die Institution verlassen haben.
Wenn der Arzt zur Einsicht kommt, dass es jetzt genug ist, dann sollte er dies dem Patienten auch mitteilen. Das ist sicher nicht immer eine einfache Aufgabe.

Erdin: *Eine Frage aus dem Publikum: Wer bestimmt eigentlich, dass die Abstinenz immer der bessere Weg sei als eine Abhängigkeit, z.B. eine, die keinerlei körperliche Schädigung zur Folge hat?*

Reubi: Abhängigkeit ist immer ein Verlust an Autonomie, das ist für mich das Handlungsentscheidende. Mindestens sollte der Patient eine Phase der Nüchternheit erleben, in welcher er sich mit seiner Situation auseinander setzen kann. Wir können Benzodiazepine oder andere Medikamente immer verordnen, so lange die Verordnung auf einer sorgfältigen Diagnose beruht. Es geht immer darum, die Risiken der Therapie mit den Risiken der Krankheit zu vergleichen. In eine solche Diagnose muss man natürlich das subjekte Empfinden des Patienten miteinbeziehen – die Art wie er sich fühlt und wie er mit seiner Umwelt zurecht kommt. Wichtig ist einfach, dass man nach der Diagnose ganz klar angeben kann, warum man sie gemacht hat und warum welche Therapie verordnet wird.

Erdin: *Frau Woggon, nüchtern nachdenken über seine Situation: Was sagen Sie dazu als Ärztin, die regelmässig mit hohen Dosen arbeitet.*

Woggon: Die Frage der Abhängigkeit stellt sich bei meinen Patienten in der Regel gar nicht. Es gibt in der gesamten Fachliteratur keinen Nachweis dafür, dass Antidepressiva abhängig machen würden. Ich bin aber auch der Meinung, dass auch ein länger dauernde Therapie mit Benzodiazepinen Sinn machen kann, wenn eine sorgfältige Diagnose einen solchen Nutzen in Aussicht stellt. Ob man in einem solchen Fall von Abhängigkeit sprechen will, ist eine Frage der Perspektive.

Dr. med. Ingrid Reubi und Dr. phil. Hans Weiss

Erdin: Wenn eine solche Langzeittherapie mit Benzodiazepinen Sinn macht: Was muss man für diesen Sinn an Nebenwirkungen in Kauf nehmen?

Woggon: Das Präparat und die Dosierung müssen massgeschneidert sein. Das bedingt, dass eine Langzeittherapie nicht einfach einmal verordnet wird; die Voraussetzungen müssen immer wieder neu überprüft und die Therapie angepasst werden. Dabei ist auch darauf zu achten, dass es nicht bei der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient zu einer Abhängigkeit kommt.

Weiss: Ich möchte auf eine Bemerkung von aus dem Eingangsvotum von Herrn Behrens zurückkommen. Er sprach vom Anspruch der Patienten an die Pharmaindustrie, dass diese bestimmte Medikamente schneller entwickle und breiter vermarkte. Ich habe in den letzten Jahren beobachtet, wie diese Vermarktung neuer Produkte in der Realität abläuft. Die Pharmaindustrie bemüht sich oft schon Monate vor der Lancierung eines neuen Medikamentes mit allen Mitteln des Marketings, ein Bedürfnis für ein solches Produkt ins Leben zu rufen. Das war bei weitem nicht nur bei Produkten wie Xenical und Viagra der Fall. Eine solche Strategie kann zur Folge haben, dass sich die Zulassungsbehörden bei ihren Entscheiden durch den öffentlichen Druck beeinflussen lassen. Angesichts dieser gezielten Steuerung finde es schon ein wenig zynisch, wenn Sie, Herr Behrens, sich über eine solche Nachfrage wundern.

Behrens: Die sogenannten Life-style-drugs sind für mich ein hoch interessantes Thema. Natürlich begrüssen wir dieses Phänomen aus wirtschaftlichen Gründen, doch es ist auch für uns erstaunlich – und bedenklich –, dass in diesem Fall Arzneimittel für die Kunden offensichtlich zu ganz normalen Waren werden. Dass die professionellen Methoden der Kommunikation auch an diesem Phänomen beteiligt sind, das möchte ich nicht verneinen, doch das hat mit unserem heutigen Thema «Abhängigkeit» nichts zu tun. In diesem Bereich zielt unsere Kommunikation mit Sicherheit nicht darauf hin, die Nachfrage zu stimulieren.
Nehmen wir z.B. unser Produkt Ritalin – ein Medikament zur Behandlung von Hypermotorik bei Kindern und Jugendlichen. Wir stehen von verschiedenen Seiten unter Druck, dieses Medikament einfacher zugänglich zu machen, doch wir halten uns bewusst zurück in der Werbung, um ganz sicher zu verhindern, dass aus dem Ritalin etwas wie eine Schulhofdroge wird.
Hier noch eine Bemerkung zu den Schweizer Behörden: Mir ist kein einziger Fall bekannt, in welchem sich die nationale Zulassungsbehörde durch Druck von aussen zu einer mangelhaften Beurteilung eines Medikamentes hätte hinreissen lassen. Wir erleben die IKS als ausgesprochen kompetente Organisation, deren Entscheide auf Grund der fachlichen Kompetenz der Behördemitglieder zuverlässig, sachorientiert und konsistent sind, und das ist sehr angenehm.

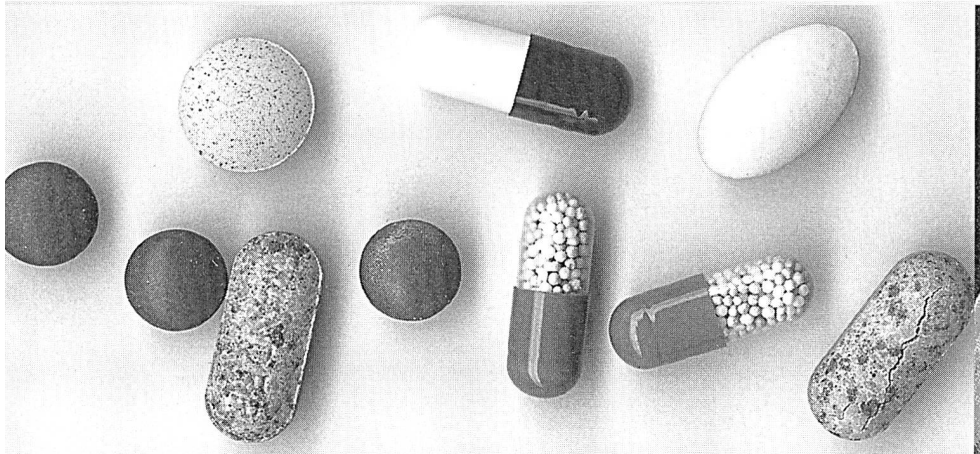
Erdin: Frau Woggon und Frau Reubi, ein Arzt aus dem Publikum hat einen Patienten übernommen, der eine unglaubliche Menge von teilweise hoch Sucht erzeugenden Medikamenten verschrieben bekam. Wie würden Sie sich in einem solchen Fall verhalten?

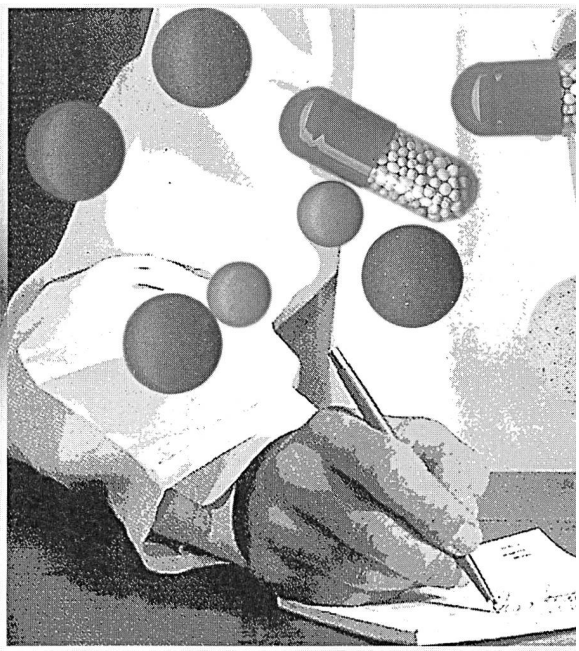
Woggon: Ich würde in erster Linie mit dem überweisenden Kollegen das gemeinsame Gespräch suchen. In solchen Fällen zeigt sich oft, dass eine ganze Reihe von Ärzten und Therapeuten an der Behandlung beteiligt sind oder waren, und dann geht es in vor allem darum, die verschiedenen Behandlungen zu koordindieren.

Reubi: Ich stelle fest, dass solche Fehldosierungen oft auch auf Unwissenheit beruhen. In einem solchen Fall ist es in der Regel nicht so einfach, das Gespräch mit dem betreffenden Kollegen zu suchen – die Reaktionen fallen häufig sehr extrem aus. Aber vielleicht ist das auch mein persönliches Problem. Eine Möglichkeit ist, das Gespräch via einen Arzt zu suchen, der den Kollegen persönlich kennt.
Ich habe überhaupt keine Mühe mit Ärzten, Sozialarbeitern und andern Therapeuten zusammen zu arbeiten, wenn diese Zusammenarbeit auf einer regelmässigen Basis erfolgt. Schwieriger ist es, mit jemandem zu arbeiten, den man nicht kennt – natürlich vor allem, wenn die Entwicklung der Krankheit nicht günstig verläuft. Im Moment, wo es einem gelingt, zu Gunsten des Patienten ein Netz für die Zusammenarbeit aufzubauen, macht die Arbeit mit den andern Betreuungspersonen auch viel mehr Freude.

Erdin: Frau Woggon, wir haben vorher das Ritalin kurz angesprochen. Birgt dieses Medikament nicht die Gefahr in sich, schon bei Kindern und Jugendlichen Abhängigkeitsprobleme zu generieren. In den USA wird das Mittel ja bereits sehr breit eingesetzt.

Woggon: In der Schweiz ist es so, dass Eltern die ein Medikament wie Ritalin für ihr Kind möchten, Odysseen durchlaufen müssen, bis sie überhaupt einen Arzt finden, der sich dafür her gibt, eine solche Verschreibung zu machen. Die meisten fürchten sich richtiggehend vor einer solchen Verschreibung.
Dabei sieht die Situation nicht anders aus als bei den andern Medikamenten,





von denen wir hier sprechen. Richtig dosiert kann auch das Ritalin in bestimmten Situationen durchaus Sinn machen. Es ist auch möglich, dass ein Kind oder ein Jugendlicher durch eine angemessene medikamentöse Behandlung später davon abgehalten wird, seine innere und äussere Unruhe durch die Selbstmedikation mit illegalen Drogen anzugehen. Auch bei vielen Drogenabhängigen würde eine gezielte Medikation mit Psychopharmaka einen grossen Nutzen bringen – meist den grösseren Nutzen als er mit Opium oder Heroin zu erreichen ist.

Erdin: *Aus dem Publikum wird gefragt, die sich die Ärzte und Therapeuten wirklich immer seriös fragen, ob eine Behandlung nicht auch ohne Medikamente möglich wäre. Was meinen Sie dazu, Frau Reubi?*

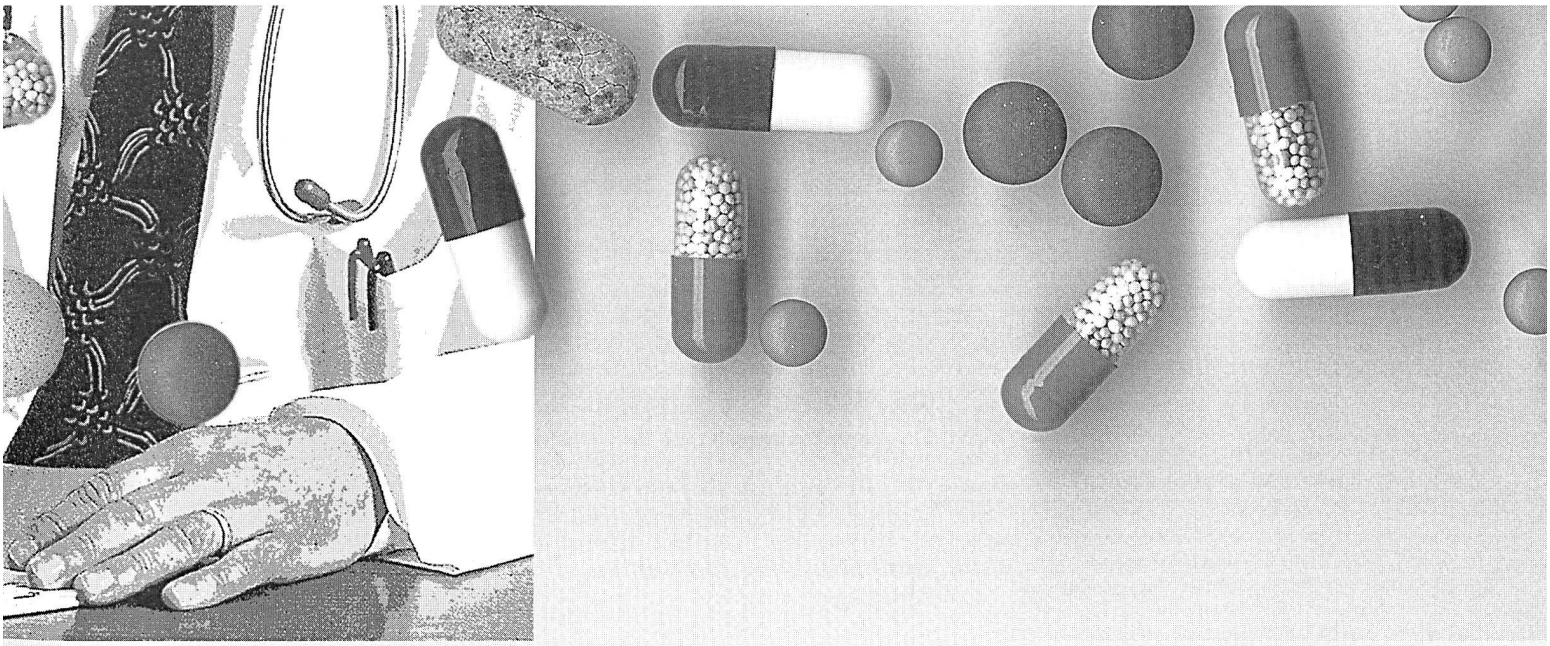
Reubi: Ich denke, da sind wir uns alle ziemlich einig, dass man die Mehrzahl der psychischen Erkrankungen – die psychotischen vielleicht ausgenommen – zuerst einmal mit einer Form von Psychotherapie behandeln würde. Zusätzlich kann man sich im Einzelfall fragen, ob es noch Medikamente zur Unterstützung der Therapie braucht. Das kann beim Therapiebeginn der Fall sein oder zur Überbrückung einer Krisensituation. Allein mit dem Gedanken an die Autonomie der Patienten sollte man primär immer ohne Medikamente zu behandeln versuchen – wenn man es sich auf Grund der Diagnose leisten kann. Wenn jemand selbstmordgefährdet ist, würde ich mich überhaupt nicht genieren, diesen Patienten – salopp gesagt – vorerst einmal flach zu legen, damit er sich nichts antun kann und die Psychotherapie als Möglichkeit überhaupt erhalten bleibt.

Erdin: *Herr Behrens, wie steht es mit dem Problem der compliance, wie weit ist bei der Medikamentenentwicklung berücksichtigt, dass manche Patienten die Medikamente gar nicht schlucken, die ihnen verschrieben werden?*

Behrens: Im Bereich der klinischen Studien wird sehr darauf geachtet, dass die Einnahme auch garantiert werden kann. Das geht in den frühen Phasen bis zu Plasmaspiegel-Untersuchungen; später wird mit Urinproben zur Einnahmekontrolle gearbeitet, und bei den sehr grossen Studien mit mehreren Tausend Patienten kurz vor der Zulassung ist die Kontrolle dann reduziert auf Tablettenzählung. Man macht das, weil man weiss, dass bestimmte Präparate im Alltag immer wieder nicht oder nicht vorschriftsmässig genommen werden – die Zahlen schwanken hier je nach Präparat zwischen 5 und 30 Prozent.
Für die Gesundheitsbehörde ist entscheidend, dass ein Medikament einer grossen Gruppe Menschen mit der zu behandelnden Krankheit mehr Nutzen als Risiken bringt. Präparate, die keine Risiken haben, gibt es nicht; zum Glück sind fast alle Medikamente verschwunden, die kaum Nutzen und fast nur Risiken mit sich bringen. Ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis muss die Bedingung dafür sein, dass ein Medikament überhaupt verschrieben werden kann. Bei Medikamenten mit einem Suchtpotential muss die Sucht natürlich als Risiko miteinberechnet werden. In diesem Sinn bin ich mit Herrn Weiss völlig einverstanden: Präparate mit deutlichem Suchtpotential, die keine schwere Krankheit behandeln, sollten aus meiner Sicht nicht mehr vertrieben werden.

Erdin: *...und wie ist das bei den Life-style-Medikamenten?*

Behrens: In diesem Zusammenhang erscheint es nur logisch, dass bei einer schweren Krankheit mehr Risiken in Kauf genommen werden als bei einer reinen Befindlichkeitsstörung. Seit die Life-style-Medikamente auf dem Markt sind, müssen wir feststellen – und wir sind dabei genau so überrascht wie alle andern –, dass dieses scheinbar logische Argument nicht stimmt. Bei einem allen bekannten Potenzmittel kann es erwiesenermassen zu schwer wiegenden Komplikationen, ja zu Todesfällen kommen, wenn das Medikament nicht vorschriftsmässig, d.h. vor allem: mit bestimmten andern Substanzen eingenommen wird. Diese Gefährlichkeit ist allgemein bekannt, aber sie tut der Euphorie um dieses Medikament erstaunlicherweise keinen Abbruch. Das gleiche Phänomen gilt im übrigen nicht nur für die männliche Potenz, sondern auch für dichten Haarwuchs oder schlanke Körperformen. Überraschenderweise



sind die Konsumierenden hier bereit, grössere Risiken in Kauf zu nehmen als für eine schwere Krankheit.

Erdin: *Zu den Kombinationspräparaten, die Herr Weiss in seine Referat angesprochen hat: Warum kann man sich von Seiten der Industrie nicht dazu aufraffen, von solchen Mischmedikamenten wegzukommen, wie jenen, die Koffein enthalten? Wieso werden nicht mehr nur Monosubstanzen entwickelt, die offensichtlich viel weniger Bedenken machen?*

Behrens: Bei Kombinationspräparaten muss heute in der Schweiz nachgewiesen werden, dass die einzelnen Substanzen in Kombination eine bessere Wirkung haben, als sie dies für sich alleine täten. Wenn das nicht der Fall ist, wird das Präparat nicht zugelassen, und das ist ganz besonders der Fall bei den weit vertriebenen leichten Schmerzmitteln. Auf diese Weise sind zahlreiche Kombinationspräparate vom Markt verschwunden. Um abzuklären, ob eine zusätzliche Substanz in einem Medikament wirklich auch einen zusätzlichen Nutzen bringt, braucht es Studien mit zum Teil mehreren Tausend Patienten.

Woggon: Ich möchte noch etwas zu der compliance sagen, weil sie sehr viel mit der Autonomie der Patienten zu tun hat. Die compliance ist ganz wesentlich abhängig von der Sachkompetenz der Ärzte. Die Patienten sind oft viel besser über die Wirkungsweise und die Nebenwirkungen der Medikamente informiert, als die Ärzte dies wahr haben wollen. Wenn sie durch den Arzt als Partner in den Behandlungsprozess miteinbezogen werden, dann sind sie nicht mehr nur compliant indem sie alles schlucken, sondern auch indem sie mitdenken.

Erdin: *Eines der grössten Probleme ist ja nach wie vor die grosse und immer noch zunehmende Verbreitung von Schmerzmitteln. Frau Reubi, was für Alternativen gibt es?*

Reubi: Eine der grossen Möglichkeiten sind körperorientierte Therapien, vor allem im Bereich der Entspannungstherapien. Wichtig ist bei dieser Art von Behandlung, dass ein Bezug zum Körper hergestellt und nicht jedes Schmerzsymptom gleich mit einer Pille überdeckt wird. Das erfordert zum einen mehr Geduld, zum andern ermöglicht es aber auch, sich darüber klar zu werden, warum die Schmerzen immer zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einer bestimmten Situation auftreten. Davon ausgenommen sind natürlich Fälle, wo die physische Ursache zweifelsfrei ausgemacht werden kann. Unbestrittene Vorteile bieten die körperorientierten Therapien in Bezug auf die Nebenwirkungen und meist auch in Bezug auf die Kosten.

Erdin: *Frau Woggon, was halten Sie von der Aussage aus dem Publikum, die ÄrztInnen würden durch ihre Assistenzzeit gehetzt und hätten keine Zeit, sich Kenntnisse im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen anzueignen?*

Woggon: Die zwischenmenschliche Beziehung ist sicher sehr wichtig – nicht nur für uns Psychiaterinnen. Ich denke aber, dass auch die andern Ärzte immer mehr Fortbildungsveranstaltungen besuchen mit Themen wie Gesprächsführung und Beziehungsaufbau. Und das machen sie, obwohl es für einen Nicht-Psychiater finanziell nicht sonderlich lukrativ ist, lange mit einem Patienten zu sprechen.

Reubi: Ich möchte noch kurz auf das Thema der Komplizenschaft zwischen Arzt und Patient zu sprechen zu kommen: Ich denke es darf kein Argument sein, dass ich als Ärztin ein Medikament verschreibe, nur weil es sonst irgend ein Kollege verschreiben würde. Ich muss mich aus fachlichen Gründen dafür entscheiden, ein Medikament zu geben oder es eben nicht zu geben. Daran ändert sich nichts, wenn ich weiss, dass der Patient mit grosser Wahrscheinlichkeit einen andern Arzt finden wird, der ihm das Medikament verschreibt. Ich kann nur für das einstehen, was ich verantworten kann. Das ist vielleicht nicht viel, aber immerhin etwas.

Erdin: *Sehr geehrte Damen und Herren, die Zeit drängt, und wir müssen leider darauf verzichten, weitere Fragen aus dem Publikum entgegenzunehmen. Ich danke Ihnen für dieses Gespräch.* ■