

«Die Hemmschwelle scheint sehr herabgesetzt worden zu sein»

Unter der Leitung von Corina Salis Gross forscht das Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) derzeit über den Mischkonsum von Alkohol und rezeptpflichtigen Medikamenten unter Jugendlichen. Salis Gross diskutiert im Gespräch mit doc.be, wie einfach die Medikamente zu beschaffen sind und wie die Sensibilisierung der Ärzteschaft verbessert werden kann.

Interview: Nicolas Felber, Mitarbeiter
Printmedien BEKAG
Foto: zVg

Frau Dr. Salis Gross, die brisantesten bisherigen Erkenntnisse Ihrer Studie sind, dass Medikamente wie Benzodiazepine unter 14–20-Jährigen rege gehandelt und gemischt mit anderen Substanzen konsumiert werden. Haben Sie das Gefühl, die Bevölkerung weiss, dass der Konsum rezeptpflichtiger Medikamente ein solches Problem ist?

Da wir uns in der Studie mit der Online-Befragung Jugendlicher beschäftigten und mit ihnen Fokusgruppen und informelle Gespräche durchführten, haben wir nicht direkt mit der Bevölkerung gesprochen. Dementsprechend kann ich nur meine eigenen Eindrücke teilen. Mir ist, seit wir 2019 das Projekt gestartet haben, aufgefallen, dass auch Eltern darauf reagierten und sie sehr froh über Informationen zur Konsumkultur der heutigen Jugend sind. Sie haben zum Teil keine Ahnung davon und sind völlig überrascht, dass Medikamente überhaupt eine Rolle spielen. Der teilweise

exzessive Konsum von Alkohol im Nachtleben der Jugendlichen hingegen ist den meisten bekannt. Dass aber auch der Mischkonsum verschiedener Substanzen, bevor man überhaupt in den «Ausgang» geht, immer weiter zunimmt, wissen viele nicht.

Die grosse Frage bei rezeptpflichtigen Medikamenten bleibt natürlich, wo Jugendliche diese herbekommen.

Das meiste wird bei Dealern gekauft. Leider wurde in der Operationalisierung der Studie aber nicht weiter ausdifferenziert, was für Dealer-Typologien das sind. Wir haben in Gesprächen und durch Strassenbefragungen von verschiedenen Medien festgestellt, dass es meist keine «Schwerverbrecher» sind, wie man sie sich vorstellt. Es sind häufig Gleichaltrige, die die Medikamente – beispielsweise Ritalin oder Xanax – aufgrund psychischer oder psychosozialer Probleme verschrieben bekommen, nur einen Teil davon konsumieren und den Rest verkaufen. Diese Transaktionen im Kollegenkreis als Nebenverdienst machen vermutlich einen viel grösseren Anteil aus als die Verkäufe durch diejenigen Dealer, die es quasi als «Beruf» ausüben.

Was sind andere Quellen? Spielt das Dark Net auch schon eine Rolle?

Einige befragte Jugendliche haben angegeben, dass sie die Medikamente zuhause aus dem Medikamentenkästchen nehmen, während andere die Medikamente von ihren Grosseltern stehlen. Auch bei diesem Beschaffungsverhalten werden die entwendeten Medikamente anschliessend im Freundeskreis verkauft oder geteilt – analog zu den Jugendlichen, welche die Medikamente verschrieben bekommen. Hinzu kommt das Darknet. Dort kaufen aber hauptsächlich Jugendliche ein, die sehr tief im Konsum drin sind oder gewerbmässig mit den Substanzen handeln. Der Kleindealer, der es privat macht, muss uns aber am meisten zu denken geben. Dort kann man am ehesten entgegenwirken – auch als Ärzteschaft.

«Der Kleindealer, der es privat macht, muss uns am meisten zu denken geben.»

Wie kann man die Ärzteschaft sensibilisieren?

Ein Problem ist, dass man teilweise extrem grosse Packungen verschrieben oder abgegeben bekommt. Ich hatte beispielsweise schon Gespräche mit Jugendlichen, die regelmässig 100er-Packungen Benzodiazepin, Xanax, in der Apotheke erhalten – ohne Überwachung. Natürlich hatten wir aber auch schon Rückmeldungen von Ärztinnen und Ärzten, mehrheitlich Psychiaterinnen und Psychiater oder Praktizierende an psychiatrischen Institutionen, die sagen, dass sie das nicht so handhaben. Das sind aber oft zusätzlich fortgebildete Spezialistinnen und Spezialisten, die mit der potenziellen nicht-intendierten Weiterverwendung und -verbreitung von solchen Medikamenten vertraut sind und wissen, wie entscheidend ein genaues Controlling ist. Eine Hausärztin oder ein Hausarzt hat eventuell nicht immer diesen vertieften Erfahrungswert in Bezug auf die Weiterverwendung und auch Weiterverteilung dieser Medikamente und könnte entsprechend sensibilisiert oder geschult werden.

Wie würden Sie diese Sensibilisierung gestalten?

Ich weiss nicht, welche Möglichkeiten die BEKAG hat, aber man könnte beispielsweise im Qualitätszirkel eine Intervention vornehmen. Ärztinnen und Ärzte müssten Fortbildungscredits für eine solche Fortbildung bekommen, da dies motivierend wirkt. Sie sind unter

einem solchen zeitlichen Druck, allen voran die Hausärztinnen und Hausärzte, dass Fortbildung oder eine adäquate Begleitung der Medikation schwierig sind. Eine zielführende Überwachung müsste sich entsprechend verrechnen lassen. Eine weitere Option wäre es, an grösseren Veranstaltungen der Ärzteschaft das Bewusstsein zu fördern. Zumindest so, dass das Wissen darüber verbreitet wird, welche Medikamente häufig missbraucht werden. Der Konsum rezeptpflichtiger Medikamente ist ein viel gängigeres Phänomen, als man annimmt. Es ist nicht etwas, das nur ‚abgestürzte‘ Jugendliche machen.

Wie kann sich die Ärzteschaft zugänglicher machen für konsumierende Jugendliche?

Das haben wir die Jugendlichen explizit gefragt. Sie sagen, oft seien sie gehemmt, alles ehrlich zu sagen. Folglich sollten Ärztinnen und Ärzte möglichst viel in Kommunikation investieren. Es muss Raum für Offenheit geboten werden. Es ist wichtig, zu versichern, dass nichts das Behandlungszimmer verlässt oder den Eltern mitgeteilt wird. Die Jugendlichen müssen in einer Art angesprochen werden, in der sie sich ernstgenommen fühlen. Bevormundung, Bemitleidung oder Entwertung sollten vermieden werden. Viele konsumierende Jugendliche konsultieren heutzutage professionelle Hilfe, da Angst- und Panikattacken unter ihnen sehr häufig auftreten. Sie lernen aber nicht mehr anders damit umzugehen, da sie durch Medikamente «zgedröhnt» werden und nach dem Absetzen der Wirkstoffe durch den Rebound-Effekt noch schlimmere Attacken erleben. Es ist ein komplexes Thema. Die Ärztin oder der Arzt verschreibt die Medikamente ja nur, wenn sie oder er wahrnimmt, dass Symptome vorliegen. Es kann natürlich schon sein, dass manche Jugendliche lügen, um an Medikamente zu kommen und sie anschliessend zu verkaufen. Es gibt aber auch viele, die wirklich Probleme haben, und ihnen sollte man aufzeigen, wie man anders damit umgehen kann. Zwei Ansatzpunkte hierfür sind eine Reduktion des Medikationsvolumens und psychiatrische oder psychologische Betreuung. Hausärztinnen und Hausärzte haben in diesen Prozessen eine wichtige Schnittstellenfunktion und sollten dementsprechend möglichst gut fortgebildet werden. Man müsste schauen, dass man die Behandlung und Betreuung Betroffener interdisziplinär lösen kann.

Sie sprechen die Reduktion des Medikationsvolumens an – sehen Sie ein Problem in der Menge der verschriebenen Medikamente?

Punktuell haben wir unsere Interviewpartner gefragt, wie viele in ihrer Klasse von der Ärztin oder dem Arzt

verschriebene Medikamente nehmen. In jeder Klasse gibt es solche Kinder oder Jugendliche. In einer Klasse waren es ganze sechs Kinder! Antidepressiva, Ritalin usw. sind schon fast an der Tagesordnung. Diese Generation ist extrem an den Medikamentenkonsum gewöhnt. Meine Meinung ist – und das habe ich auch so in den Gesprächen gehört –, dass das Ritalin eine grosse Rolle spielt.

Sind Sie der Meinung, dass Ritalin zu oft verschrieben wird?

Das weiss ich nicht. Ich bin keine Ärztin. Mir fällt schlicht auf, dass viele Kinder z. B. mit Ritalin leben. Viele Jugendliche, mit denen wir in Kontakt stehen, haben es zwar noch verschrieben, aber wollen es nicht mehr einnehmen, da sie das Gefühl haben, sie seien im «Tunnel» und verlören den Bezug zu sich selbst. Dementsprechend wollen sie es absetzen oder tun dies einfach ohne ärztliche Überwachung – möglicherweise da sie nicht wollen, dass die Eltern davon erfahren. Der ganze Medikamentenkonsum ist in dieser Generation sehr verbreitet. Man könnte sagen, es hat ein Kulturwandel stattgefunden: Von Kind auf ist man sich bereits gewöhnt, dass viele Leute Medikamente nehmen. Entweder die Kinder selbst oder ihre Bekannten in den Schulklassen, im Kindergarten oder der Kita. Es fängt schon bei den Kleinsten an. Ich weiss nicht, ob das gerechtfertigt ist. Das muss die Ärzteschaft beurteilen. Es fällt einfach stark auf und könnte, aus meiner Sicht, auch miterklären, warum Medikamente im Jugendlichenalter für den Drogen- oder Mischkonsum genutzt werden. Die Hemmschwelle scheint sehr herabgesetzt worden zu sein.

«Heutzutage gibt es in jeder Klasse Kinder oder Jugendliche, die vom Arzt verschriebene Medikamente einnehmen.»

Finden Sie, dass es eine geregeltere Abgabep Praxis durch Hausärztinnen und Hausärzte oder Psychiaterinnen und Psychiater geben sollte?

Ein Sprecher der Helsana Krankenversicherung zumindest fordert in den Medien klarere Kriterien. Ihre Hochrechnung zeige, dass jährlich Zehntausende unter 26-Jährige Benzodiazepine verschrieben bekämen. Beim Hustensirup, der auch als Suchtmittel verwendet wird, wurde eine Verschärfung bereits vorgenommen. Ich kann es nicht beurteilen, aber aus meiner Sicht sind die Medikamente schlicht sehr verbreitet und äusserst einfach zugänglich. Vielleicht werden sie manchmal auch unverhältnismässig abgegeben, weil die psychiatrische und psychologische Versorgung fehlt. Viele Jugendliche leiden, der Schulstress ist ein grosses Thema, und auch darum greifen immer mehr auf Medikamente zurück. Im Vordergrund steht gemäss unserer Befragung zwar der Spass, aber an zweiter Stelle kommt die Gefühlsregulierung – sprich Selbstmedikation.

Kann man als Schlusswort festhalten, dass die «Begleitung» der Jugendlichen ein zentraler Ansatzpunkt ist?

Ja. Idealerweise werden gefährdete Jugendliche bereits in der Praxis oder der Apotheke erkannt und entsprechend betreut. Oftmals werden Gefährdete zwar erkannt, aber die Zeit für eine adäquate Begleitung fehlt. Es braucht Lösungen.

Das doc.be wird nach der Publikation der Studie über die gewonnenen Erkenntnisse informieren.



Dr. phil. hist. Corina Salis Gross

Corina Salis Gross studierte an der Universität Zürich Ethnologie, Psychologie und Volkskunde. 1998 schloss sie ihre Dissertation zum Thema «Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim» am Institut für Ethnologie an der Universität ab. Seit Oktober 2005 fungiert sie als Forschungsleiterin am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.