



Schmerz

Arzneiversorgung zwischen
Mangel und Missbrauch

BUKO Pharma-Kampagne

www.bukopharma.de

Mitglied von Health Action International

Inhalt

Einführung: Schmerzen sind ein Politikum	3
Schmerzbehandlung: Welche Mittel gibt es?	4
Überholtes Schmerzmittel soll in Südafrika vom Markt	6
Metamizol: 90 Jahre und kein Ende	7
Zwei Seiten einer Medaille – Schmerzmittelkonsum in Deutschland.....	9
Sport: Mit Pillen gegen den Leistungsdruck.....	12
Berlin: Mit Tilidin war das alles weg	14
Gaza: Tramadol bringt mich runter	17
International: Drogenkontrolle auf dem Papier	18
Zugang: Die meisten müssen mit starken Schmerzen leben.....	20
Interview: Die Situation ist in weiten Teilen desolat	24
Interview: Schmerzmittel gehören zur Behandlung	25
Modelle: Das Leiden lindern	27
Afghanistan: Medizin statt Drogen?	30
Schmerzbehandlung – ein Menschenrecht.....	35

Impressum

Herausgeber:

BUKO Pharma-Kampagne/Gesundheit und Dritte Welt e.V.
August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Deutschland
Fon +49-(0)521-60550, Telefax +49-(0)521-63789
e-mail: pharma-brief@bukopharma.de
Homepage: www.bukopharma.de

Verleger:

Gesundheit und Dritte Welt e.V.
August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Deutschland
Hedwig Diekwisch, Christiane Fischer, Claudia Jenkes, Jörg Schaaber

Texte:

Redaktion:

Fotos Titel:

Design:

Layout:

Druck:

Hedwig Diekwisch, Claudia Jenkes, Jörg Schaaber
Avishai Teicher ©; poco/fotolia; chalud/fotolia
com,ma Werbeberatung GmbH, Bielefeld
Jörg Schaaber
AJZ Druck & Verlag GmbH, Bielefeld
© copyright BUKO Pharma-Kampagne 2012

Mit finanzieller Unterstützung des



Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung



Zukunftsentwickler.
Wir machen Zukunft.
Machen Sie mit.

Der Herausgeber ist für den Inhalt allein verantwortlich.

Schmerzen sind ein Politikum

Diskussionsbeiträge zur globalen Schmerztherapie

Falscher Gebrauch und Missbrauch, aber auch unsinnige Schmerzmittel können Menschen in Lebensgefahr bringen. Zugleich sind schmerzlindernde Medikamente, auch stark wirksame Substanzen wie Opiode unverzichtbar. Dass 80 Prozent der Menschheit keinen Zugang dazu haben, ist eine gravierende Verletzung der Menschenrechte.

Rund 150 Millionen Packungen Schmerzmittel gehen in Deutschland jährlich über den Ladentisch. Die Pillen sollen nicht nur akute Schmerzen vertreiben. Zunehmend dienen sie dazu, mit Leistungsdruck und hohen Anforderungen klarzukommen. Dieses Heft problematisiert riskantes Konsumverhalten bei Schmerzmitteln (S. 9-13) ebenso wie deren Missbrauch als Droge (S. 14-17). Zugleich informieren wir darüber, welches Mittel wann sinnvoll ist und von welchen Substanzen Sie besser die Finger lassen sollten (S. 4-5).

Auf den Seiten 6-8 erfahren Sie, warum gefährliche und irrationale Arzneien im globa-

len Süden auf dem Markt sind – selbst wenn sie anderswo längst verboten sind. Schwer verständlich ist auch, dass unentbehrliche Therapien gegen starke Schmerzen in den meisten armen Ländern nicht zu haben sind. Wir beleuchten die Hintergründe dieses Dilemmas (S. 18-23) und machen deutlich, was es heißt, mit unerträglichen Schmerzen leben zu müssen (S. 24-26).

Der fehlende Zugang zu Opioiden verletzt die Menschenwürde und ist ein internationales Politikum. Wir stellen Lösungsansätze vor und fordern eine öffentliche Debatte (S. 27-35). Denn Handeln tut Not!



Schmerzbehandlung

Welche Mittel gibt es und wie wirken sie?

Eine breite Palette von Medikamenten steht zur Behandlung von Schmerzen zur Verfügung. Nicht alle sind gleich gut geeignet, manche sogar problematisch.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt je nach Schwere der Beschwerden unterschiedliche Wirkstoffe (Stufenschema, siehe Abbildung).

Leichte Schmerzen¹

Für leichte Schmerzen (Stufe 1) gibt es rezeptfreie Arzneimittel. Zur Selbstbehandlung eignen sich am besten Einstoffpräparate mit Acetylsalicylsäure, Ibuprofen oder Paracetamol. Diese Mittel sind seit Jahrzehnten bewährt. Naproxen, dessen Wirkung etwa doppelt so lange wie die der anderen Wirkstoffe anhält, darf erst seit 2002 ohne ärztliche Verordnung verkauft werden, allerdings nur in niedrigen Dosierungen. Es ist als rezeptfreies Schmerzmittel noch weniger bewährt. Deshalb sind Acetylsalicylsäure, Ibuprofen und Paracetamol eine bessere Wahl. ASS, Ibuprofen und Paracetamol lindern gut den Schmerz, sind jedoch nicht beliebig austauschbar. Der Grund liegt in ihren besonderen Eigenschaften. So wirkt Paracetamol im Gegensatz zu den anderen Mitteln nicht

entzündungshemmend, etwa bei entzündlichen Gelenkschmerzen (wohl aber schmerzlindernd bei Verschleiß von Gelenken). Andererseits darf Acetylsalicylsäure, weil sie Blutungen verstärken kann, nicht vor zahnärztlichen Eingriffen oder Operationen eingenommen werden, dafür aber Paracetamol schon. Eine Übersicht, für welche Situationen sich die rezeptfreien schmerzlindernden Stoffe besonders gut eignen und wann sie besser zu meiden sind, bietet die Zeitschrift Gute Pillen – Schlechte Pillen.¹

Problematisch: Kombinationen

Kombinationspräparate machen den Schmerzmittelmarkt unübersichtlich. Sie enthalten beispielsweise Acetylsalicylsäure (ASS) plus Paracetamol (z.B. Spalt® Schmerztabletten) oder zusätzlich auch noch Koffein (z.B. in Thomapyrin® Schmerztabletten) oder andere Substanzen. Kombinationen verschiedener Schmerzwerkstoffe wurden im vorigen Jahrhundert „erfunden“, als man noch glaubte, dass sich die Wirkung der Bestandteile gegenseitig verstärke. Dies trifft aber nicht zu. Die schmerzstillenden Wirkungen der in diesen Mitteln geringerdosierten Wirkstoffe addieren sich lediglich. Daraus ergeben sich keine Vorteile gegenüber Arzneimitteln mit nur einem Wirkstoff. Allerdings gibt es ernstzunehmende Hinweise auf besondere Risiken von Schmerzmittelmischungen: Werden sie über längere Zeit eingenommen, kann das die Nieren schädigen („Schmerzmittelniere“),² und zwar anscheinend häufiger, als das bei Präparaten mit nur einem Wirkstoff der Fall ist. Auch Koffein gilt unter ExpertInnen als unerwünschter Bestandteil. Weil es stimulierend wirkt, besteht die Gefahr, dass koffeinhaltige Präparate wegen der als

Stufenschema der Schmerzbehandlung



angenehm empfundenen Wirkung unnötig lange genommen werden. Außerdem kann Koffein Entzugskopfschmerzen auslösen, wenn das Mittel länger angewendet und dann abgesetzt wird. Das verleitet dazu, das Schmerzmittel erneut einzunehmen – ein Teufelskreis. Kombinationsschmerzmittel haben keine Wirkvorteile, können sich aber bei Dauergebrauch schädigend auswirken.

Mittelstarke Schmerzen³

Gegen mittelstarke Schmerzen empfiehlt die WHO vor allem schwache Opioide, die auf normalem Rezept verordnet werden können. Der Name „Opioide“ leitet sich vom Opium ab, der bekannten Rauschdroge aus dem Saft von Schlafmohnkapseln. Schmerzpatienten bekommen in Deutschland am häufigsten Tilidin (Valoron® N, Generika) und Tramadol (Tramal®, Generika) – überwiegend als ein Retard-Präparat, das den Wirkstoff nur langsam abgibt und daher länger wirkt. Tilidin-Schmerzmittel enthalten zusätzlich den Wirkstoff Naloxon, der einen Missbrauch in der Drogenszene verhindern soll. Wirken Tilidin oder Tramadol nicht ausreichend, können sie mit Schmerzmitteln der Stufe 1 kombiniert werden, z.B. mit Paracetamol oder Ibuprofen.

Andere Präparate gegen mittelstarke Schmerzen wie Flupirtin (Katadolon®, Generika) haben keine besonderen Vorteile, sind aber meist teurer. Flupirtin ist zudem hinsichtlich Nutzen und Risiken schlecht untersucht. Leberschäden fallen als unerwünschte Wirkung auf.

Besonders problematisch ist Metamizol (Novalgin®, Generika). Das Mittel kann – wenn auch selten – das Knochenmark und damit die Blutbildung lebensbedrohlich schädigen. Deshalb sind bei der Einnahme von Metamizol z. B. regelmäßige Blutbildkontrollen unerlässlich. Außerdem kann der Wirkstoff Schockzustände auslösen. Metamizol ist in vielen Ländern verboten. Dass es in Deutschland immer häufiger verordnet wird, ist bedenklich, denn es ist

nur sehr eingeschränkt zugelassen. Bei leichten und mittelschweren Schmerzen ist die Verschreibung von Metamizol nicht erlaubt. Mehr zu Metamizol auf S. 7.

Starke Schmerzen

Starke Schmerzen erfordern starke Opioide (Stufe 3). Diese sind in ihrer schmerzstillenden Wirkung sehr ähnlich und haben im Wesentlichen auch die gleichen unerwünschten Wirkungen. Besonders bewährt ist Morphin. Wann welches Opioid sinnvoll ist, sollte der Arzt oder die Ärztin gemeinsam mit dem Schmerzpatienten entscheiden.

Alle Opioide können abhängig machen. Dazu kommt es bei der Behandlung chronischer Schmerzen in der Regel aber nicht. Wegen der Missbrauchsgefahr müssen Opioide in Deutschland (und vielen anderen Ländern) allerdings auf speziellen Rezepten verordnet werden, den so genannten Betäubungsmittel (BTM)-Rezepten. Der damit verbundene bürokratische Aufwand hält leider manche Ärzte davon ab, Opioide zu verschreiben, auch wenn es nötig wäre.

Mehr als Tabletten

Immer wichtig für die Schmerzbehandlung ist selbstverständlich die optimale Pflege. Hilfreich können eine psychologische Betreuung oder sanfte Massagen sein. Reicht eine hohe Dosis von Opioiden nicht mehr aus, können beispielsweise Schmerzmittel in den Bereich der Nerven und des Rückenmarks gespritzt werden. Zur Schmerzlinderung kann auch die Behandlung der Grunderkrankung oder eine entlastende Operation beitragen – selbst wenn dadurch keine Heilung möglich ist.

- 1 Die Informationen in diesem Abschnitt basieren im Wesentlichen auf dem Artikel: Gute Pillen – Schlechte Pillen (2008) Schmerzmittel – Sie haben die Wahl. Nr. 1, S. 3
- 2 arznei-telegramm (2003) 34, S. 58
- 3 Die Informationen in den folgenden Abschnitten basieren im Wesentlichen auf dem Artikel: Gute Pillen – Schlechte Pillen (2012) Heftige Schmerzen – Das muss nicht sein. Nr. 2, S. 3

Überholtes Schmerzmittel soll in Südafrika vom Markt

Pharmafirma klagt gegen die Regierung

Dextropropoxyphen ist ein Schmerzmittel aus der Gruppe der Opioide. Weil der Wirkstoff gefährliche Nebenwirkungen hat, wurde er in Europa und vielen anderen Ländern verboten. Auch die Regierung Südafrikas will das Präparat nicht mehr auf dem Markt haben, aber der Hersteller Adcock Ingram klagt gegen das geplante Verbot. Bisher mit Erfolg.

Schon seit einigen Jahren sind Dextropropoxyphen-haltige Arzneimittel in Deutschland nicht mehr zugelassen. Sie wurden aber auch hier lange Zeit vermarktet. Seit 1968 war das Monopräparat Develin retard[®] sowie die Wirkstoff-Kombination Dolo-Neurotrat[®] im Handel. 2007 kam die Europäische Zulassungsbehörde EMA zu dem Schluss, dass der Wirkstoff mehr schadet als nützt und deshalb europaweit vom Markt verschwinden müsse. Die Kombination mit Paracetamol – eine gängige Variante – nütze nicht mehr als Paracetamol allein. Zudem gäbe es nur eine geringe therapeutische Breite, d.h. die Gefahr der Überdosierung mit Vergiftungsfolgen sei relativ hoch. Auch wurden Todesfälle mit Dextropropoxyphen in Verbindung gebracht.¹ Viele Länder entzogen Dextropropoxyphen-haltigen Arzneimitteln daraufhin die Zulassung. Auch die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA for-

derte den Rückzug im November 2010, da bei AnwenderInnen Herzschäden auftreten können.² Der Originalhersteller folgte der Aufforderung sofort.³ Erst kürzlich hat Zimbabwe die Zulassung widerrufen.⁴

Wirrwarr in Südafrika

Auch das Medicines Control Council (MCC) – die südafrikanische Zulassungsbehörde – hatte im Mai 2011 ein Verbot von Dextropropoxyphen-haltigen Mitteln zum August 2011 beschlossen.⁵ Doch das wollte sich die südafrikanische Pharmafirma Adcock Ingram, die drei der insgesamt sechs zugelassenen Dextropropoxyphen-haltigen Arzneimittel in Südafrika vermarktet, nicht gefallen lassen. Ihr Argument: Das Schmerzmittel sei seit fünf Jahrzehnten auf dem Markt und die Begründung, die die Behörde liefere, sei nicht ausreichend.⁶ Zudem käme man den Bedenken der Behörde insofern entgegen,



als die Verschreibungsinformationen aktualisiert, die Anzahl der Tabletten pro Packung reduziert, Warnhinweise auf der Packung angebracht sowie eine Aufklärungskampagne für ÄrztInnen initiiert worden sei. Aber: Eine Änderung in der Packungsbeilage muss von der Zulassungsbehörde genehmigt werden. Warum hätte das MCC dies tun sollen, wenn es gleichzeitig ein Verbot der Produkte anstrebt? Außerdem zeigen viele Beispiele, dass nicht alles wirksam und sicher ist, was lange im Handel ist.

Adcock Ingram hat außerdem erfolgreich Beschwerde gegen den Erlass des MCC erhoben. Die Firma darf nun ihre Medikamente bis zu einem endgültigem Schiedsspruch weiter vermarkten. Nach Sektion 24 des südafrikanischen Arzneimittelgesetzes ist dieses Vorgehen zwar legal,⁷ zum Wohl der PatientInnen ist es aber nicht.

- 1 EMA (2010) Questions and answers on the withdrawal of the marketing authorisations for medicines containing dextropropoxyphene, 14.6.2010 www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/dextropropoxyphene_31/WC500014076.pdf
- 2 FDA (2010) FDA Drug Safety Communication: FDA recommends against the continued use of propoxyphene FDA News Release, 19 Nov. www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm234338.htm [Zugriff 17.4.2012]
- 3 FDA (2010) Xanodyne agrees to withdraw propoxyphene from the U.S. market. FDA News Release, 19 Nov. www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2010/ucm234350.htm [Zugriff 17.4.2012]
- 4 MCAZ (2012) Medicines Control Authority of Zimbabwe: Dextropropoxyphene (Doxypol) Withdrawal from the Zimbabwe Market www.mcaz.co.zw/index.php?limitstart=4 [Zugriff: 2.4.2012]
- 5 MCC (2011) Withdrawal of dextropropoxyphene containing medicines from the South African market. www.doh.gov.za/show.php?id=1897
- 6 Pharmaceutical News (2011) Adcock Ingram's dextropropoxyphene product produces concerns. <http://thepharmaceutical-news.com/adcock-ingram-dextropropoxyphene> [Zugriff 2.4.2012]
- 7 Jobson R (2011) Abusing the MCC appeal process – How companies are putting patients at risk 23.5.2011 www.quackdown.info/article/abusing-mcc-appeal-process/ [Zugriff: 2.4.2012]

90 Jahre und kein Ende

Warum Metamizol so problematisch ist

1922 brachte die Firma Hoechst den Schmerzwirkstoff Metamizol (Novalgin® u.a.) auf den Markt. Wegen seiner Risiken wurde er in den 1980er-Jahren in vielen Ländern verboten oder die Anwendung stark beschränkt. In etlichen Entwicklungsländern gehört Metamizol aber zu den häufig genutzten Medikamenten und ist oft sogar ohne Rezept erhältlich.

Blutbildungsstörungen und allergische Reaktionen sind die wichtigsten Gefahren von Metamizol. Der Wirkstoff kann eine Agranulozytose auslösen. Dabei nimmt die Zahl der Granulozyten stark ab. Dieser Blutbestandteil ist für die Krankheitsabwehr extrem wichtig. Unbehandelt sterben rund die Hälfte der PatientInnen, und selbst unter intensivmedizinischer Betreuung liegt die Sterblichkeit bei rund 20%. Wahrscheinlich erleidet einer von 1.000 bis 3.000 PatientInnen die Metamizol einnehmen, eine Agranulozytose.^{1,2}

Andere schwerwiegende Nebenwirkungen sind starker Blutdruckabfall, anaphylaktischer Schock und weitere immunallergische Reaktionen.^{1,3,4}

Vielorts verboten

In Großbritannien kam Metamizol nie auf den Markt. In 19 Ländern wurde es wegen seiner Risiken verboten. Dazu gehören Dänemark, Schweden, Norwegen, Irland, Australien und die USA ebenso wie Malaysia, Ghana, Nepal, Nigeria, die Philippinen und Venezuela.^{5,6,7} In Deutschland kam es 1981 dagegen nur zu Anwendungsbeschränkungen. Der Stoff durfte nicht z. B. mehr bei Migräne, leichten Schmerzen oder gegen Fieber bei Grippe eingesetzt werden. Kombinationspräparate wurden verboten.

Risiken verniedlicht

Währenddessen hatte Hoechst zur Verteidigung ihres Medikaments eine epidemio-

logische Studie initiiert. 1986 wurde diese sogenannte „Boston-Studie“ in das Widerspruchsverfahren beim damaligen Bundesgesundheitsamt (BGA) gegen die Anwendungseinschränkungen eingebracht.

Doch die Studie hatte erhebliche methodische Schwächen, die die Aussagekraft beeinträchtigen.

Die Daten von drei der acht Untersuchungszentren wurden ohne plausible Erklärung gar nicht erst verwendet. Von den verbliebenen fünf zeigte sich bei drei ein deutlicher Zusammenhang zwischen Metamizol und Agranulozytose, bei zwei aber keiner.¹ Das Risiko von Agranulozytosen bezifferte die Studie mit 1 zu 1,1 Millionen pro Anwender und Woche. Üblicherweise werden Risiken aber pro Jahr berechnet.

Das BGA hielt seine Entscheidung von 1981 aufrecht. Denn eine Umrechnung der Angaben der Boston-Studie aufs Jahr ergäbe ein Risiko von rund 1 zu 20.000.¹ Das deckte sich mit den vom Amt aufgrund von Spontanmeldungen unerwünschter Wirkungen ermittelten Häufigkeit. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das deutsche Meldesystem nur 5% bis 10% der tatsächlich auftretenden Schädwirkungen erfasst,⁸ das tatsächliche Risiko also größer ist.

Globales Problem

In den meisten ärmeren Ländern gibt es überhaupt keine funktionierenden Meldesysteme für unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Das Ausmaß des Schadens kann dort also gar nicht erkannt werden, Anwendungsbeschränkungen gibt es kaum. Dementsprechend ist der Konsum von den vielerorts sogar frei in der Apotheke erhältlichen Metamizol-Präparate hoch. Auch ÄrztInnen verschrieben den risikoreichen Wirkstoff häufig. So ergab in Brasilien eine Befragung bei Notfallsprechstunden, dass fast zwei Drittel der PatientInnen bei Migräne und Kopfschmerzen intravenös Metamizol bekamen.⁹ Aber auch in Deutschland gibt es

ein wachsendes Problem mit Metamizol: Die Anwendungsbeschränkungen werden zunehmend ignoriert. Der Verbrauch von Metamizol verzehnfachte sich zwischen 1990 und 2009. Entsprechend werden auch mehr Agranulozytosen gemeldet, jede fünfte verlief tödlich.¹⁰

Hierzulande verboten, in Brasilien verkauft

Auch deutsche Firmen sind bei dem Geschäft mit Metamizol in ärmeren Ländern dabei. Während inzwischen fast alle Hersteller auf die Kritik reagiert haben und zumindest die seit 1986 in Deutschland endgültig verbotenen Kombinationspräparate in der Dritten Welt nicht mehr verkaufen, bietet Boehringer Ingelheim in Brasilien immer noch ein solches Präparat an.¹¹

Der unkritische Gebrauch von Metamizol richtet weltweit unnötigen Schaden an. Angesichts der Tatsache, dass es für fast alle Fälle sicherere Alternativen gibt und etliche Länder ganz ohne den problematischen Wirkstoff auskommen, ein schwer verständlicher Zustand.



Zwei Seiten einer Medaille

Schmerzmittelkonsum in Deutschland

146,3 Millionen Packungen Schmerzmittel gingen 2010 in Deutschland über den Ladentisch. Das sind fast zwei Packungen pro Kopf und Jahr, Betäubungs- und Migränemittel nicht eingerechnet. Die Datenlage zum Schmerzmittelgebrauch in Deutschland ist eher unbefriedigend. Erst seit wenigen Jahren wird der Gebrauch von Schmerzmitteln im Rahmen bevölkerungsrepräsentativer Studien systematisch untersucht. Daneben gibt es Verordnungsdaten und systematische Auswertungen der Verkaufszahlen. Zwar hat der Verkauf rezeptfreier Schmerzmittel leicht abgenommen, Studien zeigen aber durchaus problematische Konsummuster. Ein Überblick.

Alle drei Jahre erhebt der Epidemiologische Suchtsurvey Daten zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten. In einer Übersichtsarbeit von 2010 werden die Trends dieses Konsums über einen Zeitraum von 15 Jahren dargestellt. Während der Gebrauch von Schlafmitteln, anregenden oder beruhigenden Medikamenten und Appetitzüglern bei den 18-64-jährigen über die Jahre hinweg abnimmt, gibt es bei Schmerzmitteln eine gegenläufige Entwicklung. Hier ist der Konsum steigend. Besonders die Trendzahlen für die Jahrgänge 2003 – 2009 sind interessant, denn seit 2003 werden auch freiverkäufliche Schmerzmittel erfasst – zuvor waren es nur opioidhaltige Arzneimittel. Der Verbrauch schmerzstillender Substanzen stieg in diesem Zeitraum deutlich an.¹ Der Anteil von Personen mit problematischem Konsumverhalten sei jedoch relativ stabil geblieben, so die AutorInnen.²

Ähnliche Phänomene

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt das Bundesamt für Statistik der Schweiz mit seiner Erhebung aus dem Jahr 2007. Im Unterschied zum Epidemiologischen Survey befragte das Schweizer Bundesamt Personen ab 15 Jahren und setzte auch keine Altersbegrenzung nach oben. Erfragt wurde die Einnahme von Medikamenten in den vergangenen sieben Tagen, während die deutsche Erhebung einen Zeitraum von 30 Tagen erfasst. Auch die Schweizer Studie zeigt, dass Schmerzmittel deutlich häufi-



ger genommen werden, als z.B. Schlaf- und Beruhigungsmittel.³ So schluckten rund 8% der Jugendlichen (15-24 Jahre) und 10% der 35-44-jährigen ein Schmerzmittel – Frauen deutlich häufiger als Männer.

Schmerzmittel zur Alltagsbewältigung?

Schon Kinder konsumieren relativ viel und oft Medikamente, darunter auch Schmerzmittel. Das zeigt eine Studie zum Gesundheitsverhalten von SchülerInnen zwischen 14-16 Jahren, die im Jahr 2001 von der Universität Bremen durchgeführt wurde.⁴ Neben verbreiteten Cannabis-Probier-Erfahrungen berichteten die Jugendlichen über einen hohen Konsum legaler Drogen. JedeR Siebte war im Monat mehr als zehn Mal betrunken und jedeR Neunte rauchte mehr als neun Zigaretten am Tag. Fast ein Viertel der Befragten hat-

ten in den letzten sechs Monaten täglich ein Medikament eingenommen.

Mädchen waren deutlich unzufriedener mit sich und griffen insgesamt häufiger zu Schmerzmitteln. Eine Nachfolgestudie zeigt,

dass Schmerzmittel auch eingenommen werden, um Belastung, Leistungsdruck oder Schulstress standzuhalten, der sich häufig in Kopfschmerzen äußert. Mädchen nehmen zum Teil prophylaktisch Schmerzmittel ein, damit sich Regelschmerzen gar nicht erst bemerkbar machen.⁵ Solche Verhaltensweisen können in einen Missbrauch führen.

Auch für viele Erwachsene haben Medikamente bei der Alltagsbewältigung einen hohen Stellenwert. Eine Studie von 2010 befragte Studierende nach ihrem Medikamentenkonsum.⁶ Zwei Drittel hatten in den letzten 30 Tagen mindestens ein Arzneimittel eingenommen. Schmerzmittel wurden dabei am häufigsten geschluckt. Die Hälfte der Studierenden gab an, Medikamente einzunehmen, weil sie es sich nicht

leisten können, krank zu sein. Jede siebte Befragte zeigte Anzeichen eines Medikamentenmissbrauchs.

Schmerzen und Lifestyle

Dass die Ursache von Kopfschmerzen häufig im Lebensstil begründet ist, zeigt eine Untersuchung an Münchener Gymnasien. 80% der Jugendlichen im Alter von 14 bis 20 Jahren gaben an, mindestens einmal pro Monat Kopfschmerzen zu haben. Als Risikofaktoren stellten sich insbesondere der häufige Konsum von alkoholischen Cocktails, hoher Kaffeekonsum, Bewegungsmangel und tägliches Rauchen heraus.⁷ Ein speziell entwickeltes Beratungsprogramm zur Vorbeugung von Kopfschmerzen wird zur Zeit an den Schulen getestet. Die Ergebnisse sollen 2013 vorliegen.

Früh übt sich

Kinder und Jugendliche lernen den Umgang mit Medikamenten von den Erwachsenen. Wenn im Elternhaus schon bei leichten Schmerzen – nach einer ausgedehnten Feier oder zu viel Alkoholgenuss – eine Tablette geschluckt wird, statt sich auszuruhen oder an der frischen Luft zu bewegen, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese Verhaltensweisen von Kindern übernommen und im Erwachsenenalter beibehalten werden, so Prof. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik in Bremen.⁸

Schmerzmittel-Kombinationen

Das Abhängigkeitspotential von rezeptfreien Schmerzmitteln liegt nicht in den eigentlich schmerzstillenden Wirkstoffen, sondern in der Kombination mit psychisch wirksamen Stoffen wie Codein oder Koffein. Bekanntester Vertreter einer solchen Kombination ist der Verkaufsschlager Thomapyrin® der Firma Boehringer Ingelheim. Das Medikament enthält Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Koffein. Koffein kann durch seine anregende Wirkung aber zu einem unnötig langen oder häufigen Gebrauch verleiten.

Aber auch die dauerhafte Einnahme von Schmerzmitteln kann Dauerkopfschmerzen verursachen, die wiederum den Griff zur Tablette bewirken. Ein Teufelskreis, der

Missbrauch oder Abhängigkeit?

Wenn ein Arzneimittel versehentlich falsch dosiert oder unwissentlich falsch angewendet wurde, spricht man noch nicht von Missbrauch. Missbräuchliches Verhalten liegt dagegen vor, wenn ein Arzneimittel ohne therapeutisch begründete Indikation eingenommen wird, wenn es in zu hoher Dosierung und zu häufig genutzt wird, wenn es geschluckt wird um Ängste und Verstimmungen zu überwinden oder die Leistungsfähigkeit zu steigern.¹⁷ Solche Konsummuster können zur Abhängigkeit führen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert dies als einen seelischen, eventuell auch körperlichen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz (oder einem bestimmten Verhalten) empfindet, das er nicht mehr steuern kann. Durch zunehmende Gewöhnung an das Suchtmittel besteht die Tendenz, die Dosis zu steigern. Einer Abhängigkeit liegt der Drang zugrunde, die psychischen Wirkungen des Suchtmittels zu erfahren, zunehmend auch das Bedürfnis, unangenehme Auswirkungen ihres Fehlens (Entzugserscheinungen wie Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Angstzustände, Schweißausbrüche) zu vermeiden. Abhängigkeit gilt heute als Krankheit.

Organschäden verursachen und sogar zu Nierenversagen führen kann.^{9,10}

Ordentlich schlucken

Die meisten Schmerzmittel werden rezeptfrei von VerbraucherInnen gekauft. 2010 gingen 115,5 Millionen Packungen solcher Mittel über den Apothekentisch.¹¹ Weitaus weniger Packungen (30,8 Millionen) wurden von ÄrztInnen verschrieben.¹² Rezeptfreie Schmerzmittel wie Acetylsalicylsäure oder Paracetamol können nur ausnahmsweise zu Lasten der Kassen verordnet werden, vor allem für Kinder und Jugendliche.

Bei rezeptpflichtigen Medikamenten rangierten im Jahr 2010 Antirheumatika an dritter Stelle der verordnungstärksten Arzneimittelgruppen, Analgetika an fünfter Stelle. Die Verschreibung von Opioiden nimmt zu. Die Verordnungszahlen haben sich in den letzten zehn Jahren fast verdoppelt. „Ein Trend, der den Empfehlungen zur besseren Umsetzung des WHO-Stufenschemas¹³ zur Tumorschmerztherapie und der seit 1998 geltenden Vereinfachung der betäubungsmittelrechtlichen Verordnungsvorschriften entspricht.“¹⁴ Problematisch dagegen ist der starke Anstieg der Verschreibung des riskanten Wirkstoffs Metamizol. Mehr dazu auf S. 7.

Nicht alle sind in Deutschland gut versorgt

Allerdings beklagt der Mediziner Michael de Ridder, dass es noch immer Bevölkerungsgruppen in Deutschland gebe, die nicht ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt seien. Dazu zählten vor allem alte Menschen und Pflegebedürftige, die Schmerzen als schicksalhaft erlebten und deshalb erst gar nicht nach einer Schmerzbehandlung fragten. Nicht ausreichend versorgt seien auch viele PatientInnen, die sich häufiger über Schmerzen beklagten, aber von ÄrztInnen und Pflegepersonal nicht ernst

genommen würden.¹⁵ Um dieser Unterversorgung entgegen zu wirken, fordert de Ridder die Ausweitung ärztlicher Aus- und Weiterbildung, die Einrichtung universitärer Lehrstühle für Schmerztherapie und Palliativmedizin sowie die Vereinfachung des Betäubungsmittelrechtes.¹⁶

- 1 Kraus L et al (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchsurveys 1995 – 2009. Sucht 56 (5), 2010, p 337 – 347, doi10.1024/0939-5911/a000045
- 2 Als Messinstrument wurde der Kurzfragebogen von Watzl et al. verwendet. Zu finden unter: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. www.unabhaengig-im-alter.de/index.php?id=66
- 3 BFS (2007) Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007 – Schweizerische Gesundheitsbefragung. Bundesamt für Statistik der Schweiz. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=4092>
- 4 Quensel S, Butt-Behrmann A (2002) Drei Prämissen einer verfehlten Drogenprävention: Wen wollen wir erreichen? – Fünfzehnjährige Jugendliche einer Kleinstadt beantworten unsere Fragen. Universität Bremen 2002: BISDRO Bremer Institut für Drogenforschung.
- 5 Butt-Behrmann A (2004) Neue Weiblichkeitsbilder und ein problematischer Arzneimittelkonsum bei adoleszenten Mädchen. Dissertation an der Universität Bremen. http://elib.suub.uni-bremen.de/diss/docs/E-Diss1250_Behrmann.pdf [Zugriff 21.3.2012]
- 6 Erfasst wurden Medikamente aus der Gruppe der Schlaf- und Beruhigungsmittel, Antidepressiva, Psychostimulanzien und Beta-Blocker
- 7 MUK: Münchner Untersuchung zu Kopfschmerzen und assoziierten Lebensumständen bei Gymnasiasten. Die wichtigsten Ergebnisse aus der Vorgängerstudie MUK 2008/2009 <http://mukis.dmkj.de/sites/default/files/ergebnissevorgaengermuk.pdf>
- 8 Glaeske G (2010) Der schnelle Griff zum Medikament – Gebrauch und Missbrauch von Arzneimitteln im Kindes- und Jugendalter. In: proJugend Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. 3/2010 S. 6
- 9 arznei-telegramm (2003) Analgetikanephropathie und die Rolle der Kombinationsanalgetika. 34, S. 58
- 10 Schneider V et al (2006) Association of selective and conventional nonsteroidal anti-inflammatory drugs with acute renal failure: A population-based, nested case-control analysis. Am J Epidemiol; 164 (9), p 881 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17005625?dopt=Abstract [Zugriff 23.3.2012]
- 11 Migränemittel, Rheumamittel und Mittel, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, sind in dieser Zahl nicht enthalten.
- 12 IMS Health (2011)
- 13 Mehr zu dem WHO-Schema siehe S. 4.
- 14 Schwabe U, Paffrath D (2011) Arzneiverordnungs-Report 2011. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 262
- 15 GEO (2010) Warum knausern Ärzte mit Morphin? Schmerzpatienten werden in Deutschland ungenügend versorgt, findet der Berliner Mediziner Michael de Ridder. In: GEO 5, S. 114
- 16 Siehe: Drogenkontrolle auf dem Papier, S. 18
- 17 BzGA (o.A.) Arzneimittel – Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 5 – 10. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). www.bzga.de/botmed_20430000.html

Foto: psdesign1 / fotolia

Mit Pillen gegen den Leistungsdruck

Leistungssportler schlucken mehr, als für sie gut ist

Etwa 30 Prozent der Profifußballer nehmen im Wettkampf Schmerzmittel, rund 20 Prozent auch im Training, so eine Analyse des Zentrums für präventive Dopingforschung. Immer mehr Leistung in immer kürzeren Abständen ist aber nicht nur ein Phänomen im Leistungssport. Auch im Freizeitsport ist der Griff zur Pille längst ein gängiges Verhaltensmuster, um hohem Leistungsdruck standhalten zu können.

„Ohne Schmerzmittel könnten Fußballer ihre Leistung nicht abrufen“, so Hans Geyer, Geschäftsführer des Zentrums für präventive Dopingforschung an der Deutschen Sporthochschule Köln.“¹ Eine vom Weltfußballverband FIFA finanzierte Studie

die ohne Nennung von Namen erläutern mussten, welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel sie in den 72 Stunden vor einem Match verabreicht hatten. Ob die Fußballer diese Mittel von sich aus einforderten, oder ob der Teamarzt sie aus medizinischer Notwendigkeit verordnete, klärt die Studie nicht. Es liegt aber nahe, dass unter den Verschreibungen zahlreiche Gefälligkeitsrezepte waren, denn der Leistungs- und Konkurrenzdruck ist im Profisport enorm hoch. Ähnliche Verhaltensmuster werden auch aus anderen Sparten des Leistungssports wie z.B. Handball berichtet. Ganze Packungen würden ohne Rücksprache mit dem Arzt geschluckt. Zwar würden die Athleten regelmäßig über Risiken aufgeklärt. Doch der Ehrgeiz sei oft stärker als die Angst vor Nebenwirkungen, so Hauke Mommsen, Mannschaftsarzt der SG Flensburg-Handewitt in einem Zeitungsinterview.⁴



Foto: Brown ©

zu den Fußball-Weltmeisterschaften der Männer 2002 und 2006 gibt ihm recht. Die Hälfte der Spieler hatte mindestens einmal im Turnier ein Schmerzmittel eingenommen, jeder Zehnte sogar vor jedem Spiel.² Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen vergleichbare Studien aus dem Frauen-Fußball und bei männlichen Juniorfußballern.³ Eingenommen wurden vor allem sogenannte nicht-steroidale Antirheumatika, die neben der Schmerzstillung auch einen entzündungshemmenden Effekt haben. Die Angaben stammten von den Teamärzten,

Gesundheitsschädliche Folgen durch die dauerhafte oder langfristige Einnahme von Schmerzmitteln werden dabei in Kauf genommen. So können z. B. organische Schäden wie Nierenschäden auftreten, wenn körpereigene Signale – die etwa ein dringendes Erholungsbedürfnis anzeigen – ignoriert bzw. immer wieder mit Schmerzmitteln unterdrückt werden.

Vorbild Profisport?

Auch im Freizeitsport ist die regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln längst kein Tabu mehr. Kay Brune – Professor am Institut für experimentelle und klinische

Pharmakologie und Toxikologie in Erlangen – befragte 1024 FreizeitsportlerInnen des Bonn-Marathons 2009 zu ihrem Schmerzmittelkonsum. 60% der FreizeitläuferInnen hatten demnach vor dem Lauf ein Schmerzmittel geschluckt. Besonders häufig wurden Substanzen wie Ibuprofen, Diclofenac oder auch Acetylsalicylsäure eingenommen. Seltener griffen die SportlerInnen zu Metamizol – einem verschreibungspflichtigen Wirkstoff, der wegen seiner erheblichen Risiken nur für stark eingeschränkte Indikationsbereiche zugelassen ist.⁵ Einen ähnlich hohen Schmerzmittelkonsum ermittelte eine Untersuchung bei TeilnehmerInnen des Brazil-Triathlons.⁶ Fast jeder zweite hatte nicht-steroidale Schmerzmittel ohne eine Verschreibung eingenommen. Einer der Hauptgründe für die Einnahme war die Schmerzvermeidung während des Rennens. Über die Nebenwirkungen der Medikamente wussten die SportlerInnen allerdings kaum Bescheid, lediglich Magen-Darm-Komplikationen waren ihnen bekannt. Bei TeilnehmerInnen des Boston-Marathons griff über die Hälfte zu Schmerzmitteln.⁷

Für Hans Geyer vom Zentrum für präventive Dopingforschung gehört der Gebrauch von Schmerzmitteln zum Graubereich des Dopings. Ohne diese Medikamente „könnten viele Athleten ihre Leistungen weder im Training noch im Wettkampf bringen. Sie müssten regenerieren.“ Es gäbe Sportarten, so Geyer weiter „in denen 100 Prozent der Athleten Schmerzmittel nehmen. Es gibt wahrscheinlich nicht einen Gewichtheber der Spitzenklasse, der einen Wettkampf ohne Schmerzmittel durchführt.“⁸

Solche Aussagen sollten zu denken geben. Zwar handelt es sich beim Schmerzmittel-Missbrauch im Sport nicht wie beim Doping um eine Straftat. Doch auch hier sind die gesundheitlichen Risiken groß.

Leistung ja – aber nicht um jeden Preis

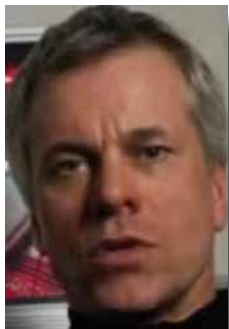
Eine bessere Aufklärung der SportlerInnen zum Schmerzmittelmissbrauch ist bitter nö-

tig. Das hat auch der deutsche Olympische Sportbund inzwischen erkannt und sich vorgenommen, das Thema stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken.⁹ Ebenso hat sich die Bundesligaärztetagung in Frankfurt am Main im Januar mit dem Missbrauch von Schmerzmitteln im Fußball auseinandergesetzt.¹⁰ Letztendlich ist aber eine breite Diskussion über Leistungsdruck, Konkurrenzkampf und falschen Ehrgeiz im Sport gefragt – nicht nur unter den Funktionären, sondern gerade auch unter denen, die junge Menschen trainieren und hohe Erwartungen an sie stellen. Leistung ja – aber nicht um jeden Preis!

- 1 Zeit online (2011) Doping im Fußball. Interview mit Dopinganalytiker Hans Geyer 6.9.2011 www.zeit.de/sport/2011-09/legales-doping-fussball
- 2 Tscholl P (2008) The use for medication and nutritional supplements during FIFA World Cups 2002 and 2006. Br J Sports Med. 2008 Sep;42(9):725-30 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18308873
- 3 Tscholl P (2009) The use and abuse of painkillers in international soccer: data from 6 FIFA tournaments for female and youth players. Am J Sports Med. 2009 Feb;37(2):260-5 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18849466
- 4 Hamburger Abendblatt (2009) Handball-Arzt warnt: „Da werden ganze Packungen geschluckt“. www.abendblatt.de/sport/article146892/Handball-Arzt-warnt-Da-werden-ganze-Packungen-geschluckt.html [Zugriff 3.2.2012]
- 5 Mehr zu Metamizol finden Sie auf S. 7
- 6 Gorski T (2011) Use of NSAIDs in triathletes: prevalence, level of awareness and reasons for use. Br J Sports Med; 45, p 85-90 doi:10.1136/bjsm.2009.062166
- 7 Almond CSD (2005) Hyponatremia among runners in the Boston Marathon. N Engl J Med 2005; 352:1550-1556
- 8 RP Online (2007) „Doping ohne jede Rücksicht“ – Jugendsport – regelmäßig kommt Schmerzmittel zum Einsatz. www.rp-online.de/sport/mehr/radsport/jugendsport-regelmaessig-kommt-schmerzmittel-zum-einsatz-1.1655323 [Zugriff 3.2.2012]
- 9 Deutscher Olympischer Sportbund (2011) 1,5 Millionen Deutsche spielen mit ihrer Gesundheit. News vom 3.11.2011 www.dosb.de/de/sportentwicklung/sportentwicklungs-news/detail/news/15_millionen_deutsche_spielen_mit_ihrer_gesundheit/ [Zugriff 5.3.12]
- 10 Deutscher Fußball-Bund e.V. (2012) Zusammenarbeit mit Löw nahezu perfekt. News vom 18.1.2012 [Zugriff 5.2.2012]

Mit Tilidin war das alles weg

Jürgen Schaffranek über Schmerzmittelmissbrauch unter Jugendlichen in Berlin



Jürgen Schaffranek ist Sozialarbeiter und seit 24 Jahren in der Suchthilfe in Berlin beschäftigt. Seit 2009 arbeitet er für das Projekt Transit.

Herr Schaffranek, was ist Gangway e.V.?

Gangway e.V. ist eine Organisation, die Straßensozialarbeit macht. Unsere AdressatInnen sind zum einen Jugendliche, die von den Einrichtungen der Jugendhilfe und -sozialarbeit nicht oder nicht mehr erreicht werden. Zum anderen suchen wir Brennpunkte auf, wo wir hauptsächlich Erwachsene erreichen: Leute, die auf der Straße leben. Darunter sind viele Menschen aus Südosteuropa, den baltischen Staaten und Osteuropa. Transit ist ein Bundesmodellprojekt unter der Trägerschaft von Gangway e.V. Seit 2009 befasst sich Transit mit Zugangsbarrieren zur Suchthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund. Wir versuchen Methoden und Strategien zu erarbeiten, um Zugang zu ihnen zu finden.

Vor einigen Jahren kam das Medikament ins Gerede. Zeitungen berichteten über Tilidin als Gewaltdroge. Was ist da dran?

Die Medienberichte suggerierten, Tilidin wirke gewaltenthemmend. Wir haben dazu vie-

le Leute befragt und dafür keine Bestätigung gefunden. Mit einem Opioid wie z.B. Tilidin fühlt man sich gut und entspannt. Wenn die Wirkung nachlässt, ist man sehr gereizt. Es taucht so etwas wie Aggression auf. Aber keiner nimmt Tilidin, um sich dann schlagen zu gehen. Es gibt eher eine Koinzidenz: Menschen, die das als Droge nehmen, haben überwiegend eine gewisse Gewaltaffinität.

Wie wirkt Tilidin?

Wir reden jetzt über den Missbrauch, nicht über die Einnahme als Schmerzmittel! Für Jugendliche ist es wegen der euphorisierenden Wirkung so attraktiv. Wir hören Aussagen wie: „Ich bin so weit entfernt von all meinen Problemen“, „Alles ist so schön cool“, „Ich fühle mich so gut“, „Die ganzen Konflikte, die ich habe, sind nicht mehr da.“ Die Jugendlichen sagen auch, dass der psychische Schmerz, der Schmerz im Kopf, betäubt wird. Zusätzlich äußern Jugendliche mit Migrationshintergrund häufig, dass sie in



Foto: Paul Frey-Schaaber

Deutschland das Gefühl haben, sie seien hier nicht gewollt und mit Tilidin war das alles auf einmal weg.

Hinzu kommt, dass man auf Tilidin – zumindest am Anfang – sehr lange Sex haben kann. Das ist ein nicht unerheblicher Faktor und macht die Droge für männliche Jugendliche besonders attraktiv. Zudem setzt Tilidin zunächst die Hemmschwelle herab, d.h. die Leute werden sehr kontaktfreudig und können mit jedem reden. Das gilt aber nur für kurze Zeit. Später verändert sich das total. Die positiven Wirkungen verkehren sich ins Gegenteil.

Welche Personengruppe ist von der Problematik besonders betroffen?

Anfangs waren es überwiegend männliche Jugendliche zwischen 16 und 20 Jahren, häufig Männer mit muslimischem Hintergrund. Die Klientel hat sich aber verändert. Seit vier, fünf Jahren nehmen immer mehr Mädchen Tilidin, vor allem türkisch-arabische, aber auch deutsche. Das Phänomen zieht sich mittlerweile durch alle ethnischen Gruppen. Die Mädchen sind sehr jung, jünger als die Männer. Schon mit 12 – 13 Jahren geraten sie in die Missbrauchsstrukturen.

Warum sind so viele Jugendliche mit Migrationshintergrund betroffen?

Das hat einen simplen Hintergrund, der viel zu wenig Beachtung findet: Da geht jemand zum Arzt, der nur gebrochen deutsch spricht und bekommt wegen extremer Schmerzen, etwa bei einem Bandscheibenvorfall, bei Ischias, Rheuma etc. ein starkes Schmerzmittel verschrieben. Nicht selten sind das Mittel wie Tilidin oder Tramadol. Der Patient wird aber nicht ausreichend über die Wirkungen und Nebenwirkungen aufgeklärt, dafür ist in der Sprechstunde kaum Zeit. Den Waschzettel verstehen die Leute nicht. Das Mittel hilft aber dem Patienten und steht dann zuhause im Schrank. Jetzt kommen die Kinder und klagen über Schmerzen. Die Eltern haben das Mittel bekommen und gemerkt, es wirkt und hinterher ist man auch noch gut

drauf. Also geben sie es auch den Kindern. Später kommen für die Jugendlichen noch

Tilidin – Was ist das?

Tilidin ist ein Mittel, das zu den sogenannten Opioiden zählt (dem Opium verwandte Stoffe) und von der WHO gegen mittelstarke Schmerzen empfohlen wird. Als Monosubstanz ist Tilidin seit 2004 nicht mehr im Handel, denn Heroinabhängige nutzten es häufig missbräuchlich als Ersatzstoff. Heute ist Tilidin in Deutschland nur noch als Fixkombination mit Naloxon, einem Gegenspieler opiumähnlicher Stoffe, auf dem Markt. Das Mischungsverhältnis ist dabei so gewählt, dass die schmerzstillende Wirkung von Tilidin bei normalen Dosierungen und oraler Verabreichung (Schlucken) nicht durch Naloxon beeinträchtigt wird. Erst bei höheren Dosierungen oder Injektion (Spritzen) wird das Naloxon wirksam und neutralisiert die Wirkung von Tilidin. Bei Opioidabhängigen erzeugt Naloxon Entzugssymptome.

Trotz Kombination von Tilidin und Naloxon wird das Mittel missbräuchlich verwendet. Dies gilt insbesondere für Tilidin-Tropfen. Um dem vorzubeugen, empfiehlt der Sachverständigenausschuss für Betäubungsmittel die schnell-freisetzende Wirkstoffkombination Tilidin/Naloxon dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) zu unterstellen. Die Darreichungsform mit verzögerter Freisetzung (Retard-Präparate mit Tilidin/Naloxon) soll weiterhin nur der normalen Rezeptpflicht unterliegen.¹

Gruppenzwänge hinzu. Es spricht sich rum, wie das Mittel wirkt und dann entwickelt sich ein Markt für die Droge.

Wie hoch ist die Zahl der Tilidin-Abhängigen im Verhältnis zu anderen Suchterkrankungen?

In der Diagnoseverschlüsselung der Opiatabhängigkeit wird nicht erfasst, von welchem Medikament jemand abhängig ist, ob Tilidin oder Tramadol oder anderem. Daher ist es schwierig, genaue Zahlen anzugeben. In den Jahren 2002 bis heute sind es in Berlin ca. 300 – 400 Jugendliche. Wir glauben aber, dass die Abhängigkeit in der Altersgruppe der 40/50-jährigen sehr viel verbreiteter ist. Nach der ersten Berichterstattung zum Thema haben wir viele Anrufe von Erwachsenen bekommen, die über Jahre hinweg Tilidin verschrieben bekommen hatten. Und wer jahrelang ca. 300 – 500 Tropfen Tilidin einnimmt, wird definitiv abhängig.

Ist der Missbrauch in Berlin größer als anderswo?

Was die Art des Schwarzmarktes angeht, ist das Problem sehr Berlin-spezifisch. Vereinzelt finden sich solche Strukturen auch in anderen deutschen Städten, aber längst nicht so ausgeprägt.

Stimmt es, dass der Missbrauch von Tilidin selten als Suchtproblem begriffen wird und das Hilfesystem nicht greift?

Die meisten Patienten versuchen einen Entzug häufig erst einmal allein, schaffen es aber nicht und möchten dann einen Medikamenten-gestützten Entzug. In Berlin gibt es dazu eine klare Regelung, nämlich Methadon oder Buprenorphin als Entzugshilfe. Diese Medikamente gibt es nur im Rahmen der geregelten Substitutionsverfahren. Methadon empfiehlt sich bei Tilidin nicht, sondern nur Buprenorphin. Da Tilidin jedoch nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, sind die Abhängigen nicht berechtigt, eine Substitution zu erhalten. In Berlin gibt es ein informelles Hilfesystem, das sich aber am Rand der Legalität bewegt.

Gibt es Ko-Abhängigkeiten bei Tilidin?

Erstaunlicherweise ist der parallele Gebrauch anderer Drogen – vielleicht abgesehen von Cannabis – bei Tilidin nicht so gegeben. Auch eine hohe Alkoholaffinität ist nicht vorhanden. Das Schmerzmittel – und das ist der Grund warum es bei muslimischen Jugendlichen sehr beliebt ist – lässt sich verdeckt nehmen, ohne dass die Umwelt es mitbekommt. Es ist leicht zu transportieren und die Tropfen lassen sich problemlos in andere Arzneifläschchen umfüllen. Im Knast hat man Gefangene lange Zeit nicht auf Opioide untersucht und als man es tat, waren bis zu 30% der Leute Tilidin-abhängig.

Tilidin-Tropfen sollen nach den neuesten Empfehlungen des Sachverständigenausschusses für Betäubungsmittel unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt werden. Was halten Sie davon?

Nicht viel. Nur weil Tilidin-Tropfen unter das BtMG fallen, hört kein Jugendlicher auf, sie zu nehmen. Die Abhängigen werden kriminalisiert und landen damit schneller und häufiger im Knast. Die Frage ist, in welchem Verhältnis die Anzahl Ausstiegswilliger zur Anzahl der Abhängigen steht!

Die Idee war ja, Rezeptfälschungen zu erschweren ...

Der Großteil des Tilidins wird dann aber importiert und gelangt nicht über Rezeptfälschungen und Apotheken zu den Jugendlichen. Man muss sich den Schwarzmarkt anschauen und dann sinnvolle Regelungen machen.

Wie reagiert die Pharmalobby, wenn Sie über die Probleme mit z.B. Tilidin-Tropfen berichten?

Das ist interessant. Nach einem Bericht im Fernsehen, wo ich über das Problem mit Tilidin berichtet hatte, habe ich von der Pharmaindustrie einen Anruf bekommen. Ich hätte Tilidin in schlechtem Licht dargestellt, dass es abhängig macht und dass es ein großes Problem für Jugendliche sei. Ich sollte diese Darstellung widerrufen bzw. eine Gegendarstellung machen. Tilidin stände schließlich in der Roten Liste und da sei vermerkt, dass es kein Abhängigkeitspotential habe. Als ich ablehnte, versuchten sie es anders: Wir wären doch ein soziales Projekt und soziale Projekte bräuchten doch bekanntlich immer Geld. Aber darauf haben wir uns natürlich auch nicht eingelassen.

Das Interview führte Hedwig Diekwisch.

Dokumentation von Gangway e.V. zu Tilidin:

www.gangway.de/gangway.asp?DocID=5793&client=gangway

1 Sachverständigenausschuss für Betäubungsmittel nach §1 Abs. 2 BtMG vom 5.12.2011 www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/BtM/sachverst/Protokolle/Ergebnisse_38.html



Tramadol bringt mich runter

Hoher Schmerzmittelmissbrauch im Gaza-Streifen

ExpertInnen des Gaza Community Mental Health Programme (GCMHP) beobachten den steigenden Missbrauch des Schmerzmittels Tramadol in ihrem Land mit Besorgnis.

„Die Zahl der Abhängigen stieg insbesondere nach dem Krieg im Gaza“, so Dr. Zaqout vom GCMHP, sich seit mehr als 20 Jahren für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen einsetzt.¹ Die schwierige Sicherheitslage nach den Bombardierungen, die Angst vor Repressalien und wenig Aussicht auf eine Besserung in Zukunft führen bei nicht wenigen BewohnerInnen des Gaza zu einem konstanten Panikzustand.² Viele greifen daher zu Tabletten. Besonders beliebt: das Schmerzmittel Tramadol. „Das Problem ist, ich kann nicht schlafen, bevor ich nicht ein oder zwei Tabletten genommen habe, die mich beruhigen“, so ein 39-jähriger Vater von fünf Kindern.³

Das Schmerzmittel Tramadol darf theoretisch im Gaza nur auf Rezept abgegeben werden, doch Rezeptfälschungen sind häufig. Außerdem ist die Nachfrage offensichtlich so groß, dass sich ein blühender Schwarzmarkt entwickelt hat, der vor allem aus Ägypten gespeist wird. Zwar gibt es keine offiziellen Zahlen, wie viele Menschen das Medikament missbräuchlich verwenden, dennoch scheint das Problem weit verbreitet zu sein. Ein Arzt aus dem Shifa Krankenhaus in Gaza Stadt schätzt, dass bis zu 30% der Männer im Alter zwischen 14 und 30 Jahren Tramadol regelmäßig einnehmen. Etwa 15.000 Menschen wiesen Abhängigkeitssymptome auf.⁴ Das Mittel, ein schwaches Opioid, gilt als vergleichsweise schlecht verträglich: Übelkeit und Erbrechen sind häufig, Kreislaufzusammenbrüche, Verwirrtheit und Halluzinationen können nach der Einnahme vorkommen. Auch Menschen

mit einer Suchterkrankung in der Vorgeschichte sollten es nicht anwenden.⁵

Um dem massiven missbräuchlichen Gebrauch von Tramadol Einhalt zu gebieten, konfiszierte die Regierung 2010 zwei Millionen Tabletten, die in den Gazastreifen geschmuggelt worden waren und verbrannte sie anschließend,⁶ doch damit ist den BewohnerInnen wenig gedient. „Gaza mangelt es an ausgebildeten Psychiatern und Psychologen. Ärzte mit wenig Wissen verschreiben Arzneimittel für körperliche Symptome, die eigentlich Ausdruck psychischer Probleme sind“, so Eyad el-Sarraj, Präsident des gemeinnützigen GCMHP.⁷ Um das Problembewusstsein zu erhöhen, hat die Organisation schon mehrere Workshops veranstaltet.⁸ Der massenhafte Konsum von Tramadol wird sich aber wohl erst dann merklich verringern, wenn auch die Anlässe für die Einnahme beseitigt werden.

- 1 Proglor Y (2010) Drug addiction in Gaza and the illicit trafficking of tramadol. *J Res Med Sci.* May-Jun; 15(3), p 185
- 2 Cunningham E (2009) Lest we don't forget. *IPS* 29.6. <http://ipsnews.net/text/news.asp?idnews=47403>
- 3 Zaanoun A (2009) Gazan turn to painkillers to numb the pain of war. *Telegraph* 27 Sep. www.telegraph.co.uk/expat/expatnews/6445112/Gazans-turn-to-painkillers-to-numb-the-pain-of-war.html [Zugriff 19.4.2012]
- 4 O'Loughlin T (2008) Besieged and stressed Gazans fall victim to black market painkiller. www.guardian.co.uk/world/2008/dec/15/young-gazan-men-addicted-tramadol [Zugriff 19.4.2012]
- 5 *arznei-telegramm* (2012) Arzneimitteldatenbank [Zugriff 19.4.2012]
- 6 BBC News (2010) Hamas burns two million Tramadol painkillers smuggled into Gaza. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/8632573.stm> [Zugriff 19.4.2012]
- 7 Al-Mughrabi N / Karakshian I (2009) Gazans struggling with rising drug abuse www.reuters.com/article/2009/05/08/us-palestinians-gaza-drugs-idUSTRE54701M20090508 [Zugriff 19.4.2012]
- 8 Gaza Community Mental Health Program (2010) Annual Report 2009 [Zugriff 19.4.2012]

Drogenkontrolle auf dem Papier

Regelwerke rund um Betäubungsmittel

Viele unverzichtbare Schmerzmittel beruhen auf Substanzen, die – so sie missbräuchlich verwendet werden – abhängig machen können. Verschiedene internationale Regelwerke und Institutionen sollen Abhilfe schaffen. Einerseits sollen sie den Missbrauch unterbinden und andererseits die Verfügbarkeit für therapeutische Zwecke sicher stellen.



den westlichen Industrieländern. Und viele neu aufgekommene wahrnehmungsverändernde Substanzen (Halluzinogene) wie Amphetamine, Barbiturate oder LSD wurden durch das Abkommen gar nicht erfasst. Die Vereinten Nationen (UN) verabschiedeten daher 1971 ein weiteres Abkommen: Die Konvention über psychotrope Substanzen. Wieder sollte der Missbrauch bekämpft und die Verwendung für wissenschaftliche und medizinische Zwecke reguliert werden.² Zusätzliche völkerrechtliche Verpflichtungen beschlossen die Vereinten Nationen 1988 mit ihrem Übereinkommen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen. Das Vertragswerk sollte die weltweite Zusammenarbeit verbessern, um die unerlaubte Herstellung von Drogen, den Schmuggel, den unerlaubten Handel sowie jede andere unerlaubte Abgabe von Betäubungsmitteln wirksamer bekämpfen zu können.

Internationale Kontrollbehörde

Über die Umsetzung all dieser internationalen Abkommen wacht das INCB, das International Narcotic Control Board. Der internationale Suchtstoffkontrollrat ist ein unabhängiges Kontrollorgan der Vereinten Nationen mit Sitz in Wien.³ Es ist dem UN-Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC = United Nations Office on Drugs and Crime) angeschlossen.

Das INCB wurde 1968 gegründet und arbeitet eng mit nationalen Regierungen zusammen. Es soll sicherstellen, dass in jedem Land angemessene Drogenvorräte für medizinische und wissenschaftliche Zwecke verfüg-

1961 wurde der Handel mit Drogen in einem internationalen Vertragswerk geregelt, das bis heute Grundlage der weltweiten Drogenkontrolle ist: Das Abkommen über Betäubungsmittel (Single Convention on Narcotic Drugs) ersetzte neun vorherige Abkommen. Es sollte das Angebot an Betäubungsmitteln wie Cannabis, Kokain und Opium beschränken, um so den Missbrauch einzudämmen.¹ Dennoch nahm der Drogenkonsum in den Folgejahren weltweit zu – vor allem in

bar sind und dass keine Drogen aus diesen legalen Beständen in illegale Kanäle abgezweigt werden. Des Weiteren soll das INCB Schwachstellen in der nationalen und internationalen Drogenkontrolle benennen und Gegenmaßnahmen einleiten. In seinen Jahresberichten bestimmt das INCB den globalen Bedarf für jede einzelne Substanz aufgrund von Schätzungen der nationalen Regierungen.⁴

Deutsche Gesetzgebung

In Deutschland setzt das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) die internationalen Regelwerke um.⁵ Es regelt den Anbau, die Herstellung, den Handel, die Ein- und Ausfuhr, die Abgabe, die Veräußerung, den Erwerb sowie das Inverkehrbringen von Betäubungsmitteln. Im Laufe der Jahre ist es mehrfach an neue internationale Vereinbarungen angepasst worden. Seit 2009 können Betäubungsmittel z.B. auch zur Substitutionsbehandlung schwer drogenabhängiger Menschen verordnet werden. Dazu benötigen ÄrztInnen allerdings eine besondere Erlaubnis.

Als Betäubungsmittel gelten alle Substanzen, die in einer der drei Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes aufgeführt sind: Anlage I listet alle nicht verkehrsfähigen und nicht verschreibungsfähigen Betäubungsmittel auf. Die Abgabe dieser Mittel und der Handel mit ihnen sind verboten. Darunter fallen die meisten bekannten illegalen Drogen wie beispielsweise Heroin oder LSD. Anlage II listet alle verkehrsfähigen, aber nicht verschreibungsfähigen Betäubungsmittel auf. Der Handel mit diesen Stoffen ist erlaubt – um sie als Grundstoff für eine pharmazeutische Verarbeitung zu verwenden – sie dürfen PatientInnen aber nicht verschrieben werden. Ein Beispiel hierfür sind Pflanzenteile des Coca-Strauchs wie z.B. Coca-Blätter. Anlage III listet alle verkehrsfähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel auf. Darunter fällt z.B. Morphin, das zur Behandlung starker Schmerzen zugelassen ist oder Methadon, das Abhängige als Ersatz für Heroin einnehmen können.

Überwachende Behörde ist die Bundesopiumstelle (BOPST) mit Sitz in Bonn. Sie ist Teil des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die Bundesopiumstelle erstattet dem internationalen Kontrollrat INCB regelmäßig Meldung über den nationalen Verbrauch an Betäubungsmitteln für medizinische und wissenschaftliche Zwecke und sie berichtet über Art und Umfang des grenzüberschreitenden Verkehrs an die europäische Kommission. Die Schätzungen für den voraussichtlichen Bedarf des Folgejahres ermittelt die BOPST auf der Grundlage des Verbrauchs der letzten Jahre. Auch Informationen über das Verschreibungsverhalten von ÄrztInnen fließen dabei mit ein. Für eine korrekte Schätzung sind auch mögliche Neuzulassungen von Arzneimitteln relevant, also ob neue Schmerzmittel in anderen Dosierungs- und Anwendungsformen auf den Markt kommen werden.

Sollte es im laufenden Jahr zu einem Engpass kommen, besteht die Möglichkeit, beim INCB eine Nachschätzung einzureichen. Allerdings wird dann eine spezielle Genehmigung durch den Internationalen Suchtstoffkontrollrat nötig.

Betäubungsmittel auf Rezept

Um Betäubungsmittel verschreiben zu können, müssen ÄrztInnen sich beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte registrieren lassen und erhalten dann eine personen- gebundene Betäubungsmittel- Nummer. Arzneimittel, die unter das BtMG fallen, müssen außerdem auf einem Spezialrezept verordnet werden, das sich farblich von den üblichen Rezepten unterscheidet und das durchnummeriert ist. Ein Betäubungsmittel- Rezept enthält ausführliche Angaben. Es ist nur acht Tage gültig und nicht vier Wochen wie ein gewöhnliches Kassenrezept. BtM-Rezepte bestehen aus drei Teilen. Teil 1 verbleibt in der Apotheke und wird drei Jahre lang archiviert. Teil 2 verwendet das Apothekenpersonal für die Abrechnung mit der Krankenkasse. Teil 3 verbleibt drei Jahre beim ausstellenden Arzt.

1 Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_en.pdf

2 Convention on Psychotropic Substances 1971 www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

3 www.incb.org

4 Vgl. Artikel: Die meisten müssen mit starken Schmerzen leben, S. 22

5 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/index.html

Die meisten müssen mit starken Schmerzen leben

Was verhindert den Zugang zu Schmerzmitteln?

Die Behandlung starker Schmerzen ist eine Frage der Menschenwürde. PatientInnen, die zum Beispiel unter Tumorschmerzen leiden, benötigen potente Schmerzmittel wie Opioide. Doch die sind in vielen armen Ländern nicht zu haben, obwohl sie laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu den unentbehrlichen Arzneimitteln zählen. Weltweit ist der Zugang sehr ungerecht verteilt. Während 90% der Opioide von 10% der Weltbevölkerung konsumiert werden, haben 80% der Menschheit keinen oder nur sehr begrenzten Zugang zu Schmerzmitteln.¹

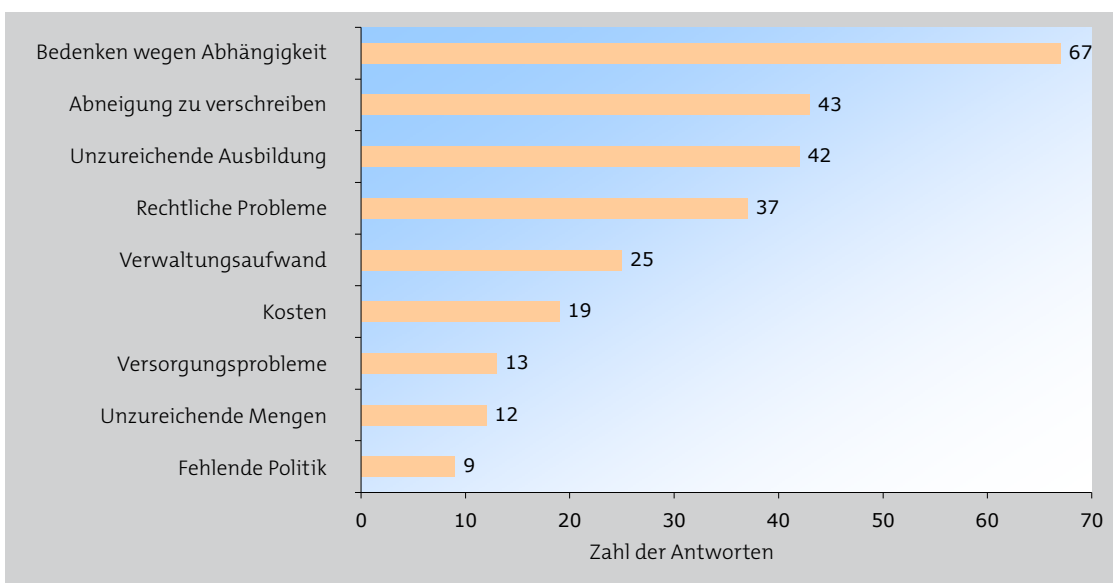
„Es gibt administrative Hindernisse in Krankenhäusern und Vorurteile gegenüber der Verschreibung von Morphinen“, berichtet Benoit Marchand, Mitarbeiter von Health Action International in Nicaragua.² Seine Beobachtung ist keineswegs eine Einzelerfahrung, sondern bittere Realität in vielen Teilen der Welt. Das hat die WHO und den internationalen Suchtstoffkontrollrat (INCB) veranlasst, genauer hinzuschauen und die Hindernisse zu benennen, die den Zugang zu potenten Schmerzmitteln erschweren.³

und Auflagen in anderen Ländern extrem streng. Beides erschwert den Zugang zu starken Schmerzmitteln. Problematisch sind Auflagen, die über die Grundforderungen der internationalen Vereinbarungen hinausgehen, etwa die Begrenzung der Menge und auch der Dosis der Einzelverschreibungen, die ärztliches Personal einem Patienten verordnen darf. Wo nämlich die Wege zu weit sind, ist es unmöglich, regelmäßig einen Arzt oder auch nur die nächsten Gesundheitsstation aufzusuchen. Außerdem dürfen häufig nur

ausgewählte FachärztInnen solche starken Schmerzmittel verschreiben und nur wenigen Apotheken ist es erlaubt, diese Mittel zu führen.

In Südafrika soll ein neues Gesetz solche Missstände abstellen. Es erlaubt auch speziell geschultem

Was behindert den Zugang zu Opioiden?



Regulatorische Hindernisse

Während es in manchen Ländern überhaupt keine Richtlinien zum Umgang mit Opioiden gibt, sind die gesetzlichen Bestimmungen

Pflegepersonal, Opioide für die palliative Pflege zu Hause zu verschreiben. Allerdings verläuft die Umsetzung nur schleppend, da zahlreiche andere Regeln – wie



zum Beispiel das Gesetz zur Ausübung des Krankenschwesternberufes – angepasst werden müssen. Zudem gibt es von Seiten der Apotheker Widerstände, die eine Verschreibung durch Krankenschwestern ablehnen und weiterhin eine ärztliche Autorisierung der Rezepte fordern.⁴

Einige Länder verlangen eine Registrierung von PatientInnen, die starke Schmerzmittel erhalten. Dieser zusätzliche bürokratische Aufwand erschwert eine Verschreibung und macht den SchmerzpatientInnen das Leben unnötig schwer. Darüber hinaus behindern hohe Anforderungen an den Transport und die Aufbewahrung von Betäubungsmitteln, sowie die Androhung empfindlicher Geldstrafen bei Missachtung der Regeln, den Zugang zu Opioiden. Derartige Auflagen halten Krankenhäuser und Apotheken häufig davon ab, ausreichende Lagerbestände anzulegen.

Vorurteile gegenüber Betäubungsmitteln

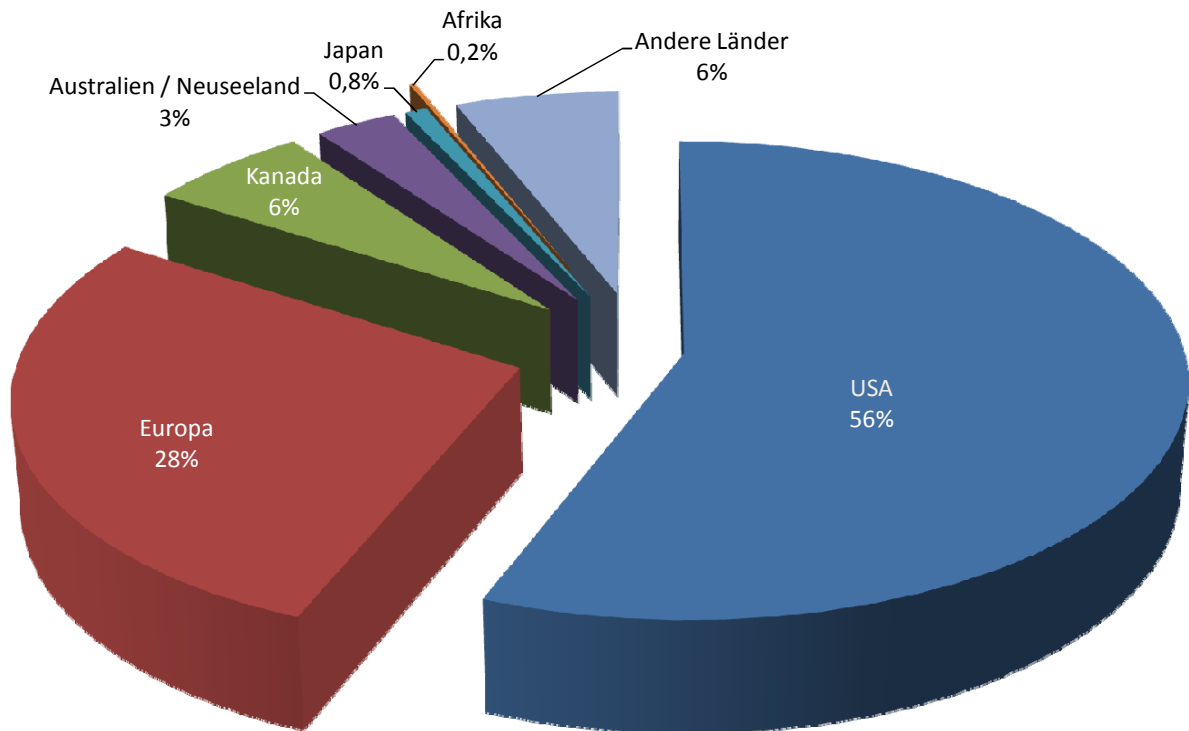
Die WHO stellt fest, dass sowohl beim Gesundheitspersonal als auch bei den PatientInnen viele Vorurteile gegenüber der Behandlung mit Opioiden bestünden.

Unwissenheit und Fehlinformation führten dazu, dass starke Schmerzmittel zu wenig verordnet bzw. von den PatientInnen, die sie brauchen, nicht eingenommen werden.

Professionelles Gesundheitspersonal sei in Sachen Schmerztherapie schlecht geschult. So wüssten viele nicht, wie sie die PatientInnen zu ihren Schmerzen befragen sollen oder wie die Beschreibung der Schmerzen durch die PatientInnen zu verstehen sei. Das Gesundheitspersonal sehe es teilweise nicht als vordringlich an, Schmerzen zu lindern und unterschätze den medizinischen Nutzen von Schmerzmitteln – etwa bei der Mobilisierung eines Patienten nach einer Operation. Vorherrschend seien große Bedenken bezüglich der Nebenwirkungen von Opioiden und die Angst vor Abhängigkeit. Bei den PatientInnen und ihren Angehörigen sei zudem der Irrglaube weit verbreitet, dass potente Schmerzmittel nur per Infusion zugeführt werden könnten.⁵

Um diesen Vorurteilen zu begegnen, wäre die Erstellung nationaler Richtlinien für den rationalen Gebrauch von Opioiden sinnvoll, nach denen sich das Gesundheitspersonal rich-

Ungleiche Schmerzstillung: Weltverbrauch von Morphin³



ten könnte. Doch daran mangelt es in vielen Ländern.

Beschaffung und Bevorratung

Auch der Preis ist ein Faktor, der den Zugang zu Schmerzmitteln erschwert. Dabei sind die Preise für starke Schmerzmittel in Entwicklungsländern oft höher als in Industrieländern. Die durchschnittlichen Kosten für Opioide liegen in Industrieländern bei 53 US\$ pro Kopf und Monat, während PatientInnen in Entwicklungsländern 112 US\$ aufwenden müssen.⁶ Noch krasser ist der Unterschied, wenn man die unterschiedliche Wirtschaftsleistung berücksichtigt: Während in reichen Ländern die Opioidversorgung nur 3% des pro Kopf- Bruttosozialproduktes ausmacht, sind es in armen Ländern 36%.

In vielen Ländern ist das Budget für Gesundheitsausgaben äußerst knapp. Der Schmerzbehandlung wird oft keine hohe Priorität eingeräumt. Daher existieren entwe-

der keine oder nur wenige staatlich finanzierte Programme für die palliative Versorgung⁷ von unheilbar kranken Menschen.⁸

Die besonderen Regeln bei der Beschaffung von Opioiden erfordern entsprechend geschultes Personal, das die notwendigen Zertifikate beschaffen oder ausstellen kann. Dazu muss auch die Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und den zuständigen Behörden reibungslos funktionieren. Schon daran scheint es oft zu hapern: Eine Untersuchung zum Umgang mit schmerzstillenden Medikamenten in zwölf afrikanischen PEPFAR-Ländern⁹ stellt fest, dass Behörden und Gesundheitspersonal die Versorgungssituation mit Opioiden sehr unterschiedlich einschätzen. So sieht die Mehrheit der fünf befragten Arzneimittelkontrollbehörden aus Äthiopien, Kenia, Namibia, Tansania und Uganda das Regulierungssystem als ausreichend an. Das Gesundheitspersonal aus Einrichtungen

der palliativen Pflege bemängelte hingegen eine schlechte Versorgung, die den hohen regulativen Anforderungen geschuldet sei.¹⁰ Zudem nannten Regulierungsbehörden Morphinpräparate, die im Land zur Verfügung stünden. Diese Angaben konnten jedoch in vielen Fällen von dem in der Praxis tätigen Personal nicht bestätigt werden.

Zudem ist der vom INCB verlangte bürokratische Aufwand relativ hoch. So muss z.B. für jede Substanz eine eigene Schätzung abgegeben werden.¹¹

Bedarfsschätzungen rein symbolisch

Um ausreichend Opioide zur Verfügung stellen zu können, müssen die zuständigen Behörden eines Landes jährlich eine Bedarfsschätzung an das Internationale Suchtstoffkontrollamt schicken. Doch die Schätzungen haben mit dem tatsächlichen Bedarf wenig zu tun. So hat Burundi in den Jahren 2007–2009 im Schnitt 0,5 kg Morphin verbraucht. Dies reicht gerade einmal, um 86 Personen ausreichend mit Schmerzmitteln zu versorgen. Um die schätzungsweise 11.000 Krebs- und Aids-PatientInnen angemessen zu behandeln, würde Burundi 69 kg Morphin benötigen. Und dabei ist die Versorgung von PatientInnen nach Verletzungen, Herzinfarkten, Operationen noch nicht einmal eingerechnet.¹² Die Problematik ist bekannt und viele Organisationen – darunter die WHO oder Human Rights Watch¹³ – drängen die Regierungen aller Länder, das Menschenrecht auf Gesundheit ernst zu nehmen. Unnötige Barrieren beim Zugang zu Opioiden sollten abgebaut werden. Dazu aber ist eine konzertierte Aktion aller beteiligten Akteure notwendig. Was schon getan wird und was noch zu tun ist beschreibt der Artikel: *Das Leiden lindern* auf Seite 27.

www.incb.org/pdf/annual-report/2010/en/supp/AR10_Supp_E.pdf

Milani B, Scholten W (2011) The World Medicines Situation 2011 Access to Controlled Medicines <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18o62en/s18o62en.pdf>

- 4 Gray A (2010) Prescribing and dispensing by nurses – neglected steps in the legislative process. *HIV Nursing* 2010 1(2) 28 - 31
- 5 WHO (2011) The World Medicines Situation 2011: Access to controlled Medicines. Geneva. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/s18o62en/>
- 6 De Lima L et al. (2004) Potent analgesics are more expensive for patients in developing countries: a comparative study. *J Pain Palliat Care Pharmacother.*; 18(1) p 59-70
- 7 Palliativmedizin ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung, zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.
- 8 Dazu auch das Interview: Schmerzmittel gehören zur Behandlung, S. 26
- 9 President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) ist ein US-Programm zur Bekämpfung von AIDS, das im Jahr 2003 unter der damaligen Bush-Regierung gestartet wurde. Das Programm war von Anfang an umstritten. *Pharma-Brief* (2004) US-Sonderweg bei AIDS kritisiert. Nr.8, S. 8 sowie *Pharma-Brief* (2005) AIDS: Rechnungshof rügt US-Regierung. Nr.2, S.8 Im Juli 2008 wurde das PEPFAR-Programm ausgeweitet und widmet sich jetzt neben der Bekämpfung von Aids auch den Krankheiten Tuberkulose und Malaria. Das zur Verfügung stehende Budget hat sich für den Zeitraum von 2008 - 2013 fast verdreifacht und zwar auf eine Summe von 48 Milliarden US\$. Dunham W (2008) Bush signs expansion of global AIDS programs. *Reuters*, 30 July www.reuters.com/article/2008/07/30/us-aids-usa-idUSN3029275220080730
- 10 Harding, R et al. (2007) Pain Relieving Drugs in 12 African PEPFAR Countries. African Palliative Care Association King's College London, University of London 2007
- 11 Für Betäubungsmittel müssen z.B. andere Formblätter ausgefüllt werden, als für sogenannte psychotrope Substanzen. www.incb.org/incb/yellow_list.html bzw. www.incb.org/incb/green_list.html
- 12 Access To Pain Relief: A Country Snapshot Burundi www.treatthepain.com/sites/default/files/ttp/reports/Burundi.pdf [Zugriff 3.4.2012]
- 13 Human Rights Watch (2009) Please, do not make us suffer any more..." Access to Pain Treatment as a human right. www.hrw.org/sites/default/files/reports/health309web_1.pdf [Zugriff 3.4.2012]

1 Statement by Prof. Hamid Ghodse, President of the International Narcotics Control Board (INCB) at the 64th World Health Assembly, Geneva 21 May 2011

2 Persönliche Auskunft von Benoit Marchand 24.12.2011

3 International Narcotics Control Board (2010) Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for medical and Scientific Purposes

Die Situation ist in weiten Teilen desolat

Albert Petersen zur Versorgung in afrikanischen Ländern



Albert Petersen ist Pharmazeutisch Technischer Assistent. Seit 35 Jahren ist er Leiter der Arzneimittelhilfe am Deutschen Institut für Ärztliche Mission in Tübingen. Seit 2002 ist er zudem Vorstandsvorsitzender des Ecumenical Pharmaceutical Network.

Herr Petersen, was ist das Ecumenical Pharmaceutical Network (EPN)?

EPN ist eine internationale Nichtregierungsorganisation mit Sitz in Nairobi, Kenia. Wir haben zurzeit 81 Mitglieder in über 30 verschiedenen, vor allem afrikanischen Ländern. Die meisten sind kirchliche Organisationen oder christliche Dachverbände für Gesundheit. Ziel von EPN ist es, die Versorgungsstrukturen vor allem innerhalb kirchlicher

Gesundheitssysteme zu stärken: den Zugang zu unentbehrlichen Präparaten zu verbessern, die Qualität der Medikamente sicher zu stellen, Qualitätsstandards in Krankenhausapotheken einzuführen oder auch die Ausbildung des pharmazeutischen Personals zu verbessern.

Sie kommen gerade von einer Dienstreise aus Afrika zurück und haben sich vor Ort die Versorgungssituation angeschaut. Haben die PatientInnen Zugang zu den Mitteln, die sie brauchen?

Nein, die Versorgungslage in Afrika ist immer noch recht desolat, erst recht in den schwächsten der wirtschaftlich armen Länder. Innerhalb der kirchlichen Strukturen sind Verbesserungen zu erkennen, vor allem durch die Stärkung der eigenen Zentralapotheken. Die größten dieser Apotheken in Uganda und Kenia vertreiben Medikamente und Materialien im Wert von über zehn Millionen Euro an die Einrichtungen im Land. In Nigeria wurden von der dortigen Zentralapotheke

fünf Hersteller in Indien und einer in Nigeria geprüft und zertifiziert. Über 60 Arzneimittel können nun in guter Qualität und sehr günstig in Nigeria bereitgestellt werden. Zur Zeit arbeiten wir intensiv an einer besseren Versorgung mit lebenswichtigen Kinderarzneien. Der EPN hat in vier Ländern eigene Studien durchgeführt und den Ist-Zustand in den Zentralapotheken und Krankenhäusern erfasst. Bis 2015, der Deadline für die Millennium-Entwicklungsziele, wollen wir die Situation entscheidend verbessern und planen jetzt konkrete Aktivitäten. Auf der diesjährigen EPN-Versammlung in Addis Abeba haben wir eine Aktion gestartet, die die Versorgung mit Zink-Tabletten sicherstellen soll. Kindern mit Durchfall kann dadurch rascher und effektiver geholfen werden.

Wo mangelt es im Bereich Schmerzmittel am meisten?

Die Schmerztherapie bei Kindern ist oft nicht im Fokus. Geeignete Präparate und erst recht geeignete Darreichungsformen für Kinder fehlen häufig. Dann müssen einzelne Tabletten mehrfach geteilt werden, um die richtige Wirkstoffmenge für ein Kleinkind zu bekommen. Das führt natürlich zu Ungenauigkeiten in der Dosierung. Hier gibt es viel zu tun. Denn gerade Kinder in armen Ländern leiden sehr oft unter starken Schmerzen. Es gibt viele Unfälle, z.B. mit dem offenen Herdfeuer in den Hütten. Kinder werden mit schrecklichen Brandwunden in die Gesundheitseinrichtungen gebracht. Es gibt aber auch steigende Erkrankungszahlen bei HIV/Aids oder bei Krebs – neben all den vielen bekannten Infektionskrankheiten.

Welchen Stellenwert haben Schmerzmittel, gerade wenn es an Aids- oder Krebsmedikamenten fehlt?

Für mich hat das sehr viel mit „Würde“ zu tun – das Schwerpunktthema von Ted Karpf,

dem einzigen Theologen bei der WHO, der leider jetzt im Ruhestand ist. Alle PatientInnen, die, aus welchen Gründen auch immer, nicht geheilt werden können – und davon gibt es viele Tausende in diesen Ländern – sollte sichergestellt sein, dass sie die letzten Monate, Wochen und Tage in Würde verbringen können. Gerade hier ist der Einsatz von Schmerzmitteln, erst recht von starken Mitteln wie Morphin, sehr, sehr wichtig.

Was kann das EPN konkret an dieser Situation ändern?

Konkret geht es darum, das Wissen über Schmerzmittel und deren Anwendung zu verbessern. Hier gibt es ganz unterschiedliche Herangehensweisen: Das Gesundheitspersonal kann z. B. über Rundbriefe der Mitgliedsorganisationen erreicht werden. Dann gilt es, die wichtigsten Schmerzmittel in geeigneten Darreichungsformen über die Zentralapotheken bereitzuhal-

ten. Zuletzt gilt es, und das ist die schwierigste aller Maßnahmen, mit den Behörden Vereinbarungen zu treffen, um die Versorgung mit Opioiden zu erleichtern.

Können wir in Deutschland zu einer besseren Versorgungssituation in afrikanischen Ländern beitragen?

Das denke ich schon, vor allem, wenn es um Therapiestandards geht. Je mehr in Ländern Afrikas bekannt wird – gerade auch bei den entsprechenden Behörden – dass sich in Europa z.B. die Beurteilung des Einsatzes von Morphinpräparaten in der Palliativmedizin in den letzten Jahren stark verändert hat und dass diese Medikamente heute in Krankenhäusern zum Standard gehören, desto mehr kann das afrikanische Behörden zum Nachdenken und Umdenken bewegen.

Das Interview führte Hedwig Diekwisch.

Schmerzmittel gehören zur Behandlung

Gabriel Madiye zur Versorgung schwerkranker PatientInnen in Sierra Leone

Herr Madiye, was ist das Shepherd's Hospiz Sierra Leone?

Das Shepherd's Hospiz ist eine Nicht-regierungsorganisation, die sich der optimalen Versorgung totkranker Menschen verschrieben hat. Wir wollen dadurch die Lebensqualität der PatientInnen und ihrer Familien verbessern. Das Hospiz wurde 1995 als christliche, überkonfessionelle Einrichtung gegründet, um der Schmerz-Epidemie zu begegnen, die Krankheiten wie AIDS, Tuberkulose oder Krebs verursachen.

Das Hospiz arbeitet mit einem kleinen engagierten Team aus ÄrztInnen, GesundheitsarbeiterInnen, Krankenpflegepersonal und SozialarbeiterInnen. In den vergangenen fünf Jahren wurde unser Team im Hospiz Afrika in Uganda ausgebildet. Wir leisten

nicht nur qualifizierte Pflege, sondern geben auch Vorlesungen an der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften der hiesigen Universität. MedizinstudentInnen im letzten Ausbildungsjahr können eine Woche bei uns im Hospiz mitarbeiten.

Unsere Pflegeangebote sind kostenlos und stehen allen Menschen offen, egal welcher Religion oder ethnischen Gruppe sie angehören.

Mit welchen Gesundheitsproblemen haben Sie es zu tun?

Das Shepherd's Hospiz arbeitet eng mit 25 Basis-Gesundheitsstationen zusammen und diagnostiziert und behandelt HIV-/Aids- und Tuberkulose-PatientInnen. Zum Team gehören auch geschulte Ehrenamtliche, die in die

Dörfer gehen und z.B. nach TB-PatientInnen suchen und diese zu den Gesundheitszentren bringen. Wenn die PatientInnen zu schwach sind oder der Weg zu weit, können die Ehrenamtlichen Laborproben entnehmen und sie dann zum Testen ins Zentrum bringen. Ist der Befund positiv, wird eine entsprechende Behandlung begonnen.



Gabriel Madiye ist Gründer und Geschäftsführer des Shepherd's Hospiz Sierra Leone. Seit 2006 arbeitet er mit der International Pain and Policy Study Group Wisconsin / USA zusammen und setzt sich vehement für den Zugang zu Opioiden ein. Das Shepherd's Hospiz ist Pionier in der palliativen Pflege in Sierra Leone und derzeit die einzige Einrichtung, die Morphine an PatientInnen mit schweren Schmerzen verschreibt und aushändigt.

Welche Rolle spielen Schmerzmittel bei der Behandlung?

Unbehandelte Schmerzen beeinträchtigen PatientInnen wie Angehörige. Werden die Schmerzen behandelt, können die PatientInnen wieder alltägliche Tätigkeiten verrichten und das macht sie weniger abhängig. Schmerzmittel unterstützen aber auch den Genesungsprozess. Manche Arzneimittel, die lange eingenommen werden müssen, können zu Beginn der Therapie die Schmerzen verstärken und PatientInnen zum Therapieabbruch verleiten. Mit einer Schmerzbehandlung werden sie die Therapie eher fortsetzen. Palliative Pflege hat sehr viel mit Schmerzbekämpfung zu tun. Denn starke Schmerzen verringern die Lebensqualität, sie beeinträchtigen Schlaf, Appetit, Beweglichkeit und soziale Beziehungen der PatientInnen.

Haben alle PatientInnen in Sierra Leone Zugang zu Schmerzmitteln?

Der Zugang zu Schmerzmitteln ist außerhalb der Hauptstadt sehr begrenzt und beschränkt sich auf Acetylsalicylsäure, Paracetamol, andere nicht-steroidale Präparate sowie Tramadol. Tramadol kann als mildes Opioid gut zur Schmerzbekämpfung eingesetzt werden, aber das Wissen der GesundheitsarbeiterInnen über die ange-

messene Verschreibung ist unzureichend. PatientInnen mit starken Schmerzen aufgrund von Krebs, Aids oder Sichelzellanämie müssen schrecklich leiden, weil nichts getan werden kann, um ihnen zu helfen. Zwar hat Sierra Leone einen nationalen HIV-Behandlungsplan, der AIDS-Medikamente, Antibiotika und spezielle Nahrung vorsieht. Schmerzmittel gehören aber leider nicht dazu. PatientInnen, die etwa unter dem Kaposi-Sarkom, einer bei Aids häufig auftretenden Krebserkrankung leiden, bekommen nichts gegen ihre Schmerzen. In solchen Fällen sucht das Hospiz PatientInnen auf und versorgt sie mit Schmerzmitteln. In Sierra Leone, wo fast 50.000 HIV-Infizierte leben, ist die Unerreichbarkeit von Opioiden ein gravierender Versorgungsengpass.

Gibt es Anzeichen, dass sich die Situation verbessert?

Nein, die Situation auf dem Land ist bedauernd und das bleibt erst mal so. Die Angst vor Opioiden ist zu groß, es mangelt an Fachkenntnissen in palliativer Pflege und Opioide sind in den lokalen Apotheken nicht vorhanden. Das Gesundheitsministerium will jetzt einen nationalen Plan zur Schmerzbekämpfung und zur palliativen Pflege entwickeln.

Welche Rolle spielen zivilgesellschaftliche Organisationen bei der Verbesserung der Schmerzbehandlung?

Sie setzen sich in Sierra Leone für eine bessere Verfügbarkeit und den Zugang zu Opioiden ein. Wir haben ein Bündnis von Pflegekräften aufgebaut und uns in die Sierra Leone Palliative Care Association eingebracht. Dieser Interessenverband hat Mitglieder aus religiös orientierten und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Er bemüht sich, die palliative Pflege stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken und sammelt Spendengelder für die Pflege von PatientInnen.

Das Interview führte Hedwig Diekwisch.

Das Leiden lindern

Schmerztherapien besser verfügbar machen

Seit Jahrzehnten bemängeln UN-Organisationen den fehlenden Zugang zu Schmerzmitteln in armen Ländern und drängen auf Veränderung. Vielversprechende Lösungsansätze existieren zwar, doch deren Realisierung kommt vielerorts nur schleppend in Gang. Das liegt auch an einer internationalen Kontrollbehörde, der der Kampf gegen Drogen wichtiger scheint als eine menschenwürdige Versorgung von SchmerzpatientInnen.

Die Schulung von ÄrztInnen und Gesundheitspersonal ist ein wichtiger Baustein für eine bessere Versorgung von SchmerzpatientInnen. Aber das allein reicht nicht aus. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ein ganzes Bündel von Instrumenten entwickelt, die auf verschiedenen Ebenen ansetzen, um eine angemessene Schmerzbehandlung zu gewährleisten. Seit 1986 empfiehlt sie ein dreistufiges Behandlungsschema zur Schmerzbekämpfung, das sagt, bei welcher Schmerzintensität welche Medikamente sinnvoll gegeben werden können.

Eine Reihe von Schmerzmitteln stehen auf der regelmäßig aktualisierten Liste unentbehrlicher Arzneimittel der WHO (Essential Medicines List, EML).¹ Diese Medikamente sind nötig für eine medizinische Grundversorgung und sollen in jedem Land zu jeder Zeit in ausreichender Menge, richtiger Dosierungsform, guter Qualität und zu einem erschwinglichen Preis verfügbar sein. Viele Länder haben die Liste übernommen und den lokalen Bedürfnissen angepasst.

Umsetzung vorantreiben

Ende der 90er Jahre entwickelte die WHO einen ersten Leitfaden zur Betäubungsmittel-Gesetzgebung. Er soll Regierungen dazu ermutigen, nationale Richtlinien zum Umgang mit Schmerzmitteln zu überprüfen und entsprechend anzupassen.² Darin enthalten ist auch eine Checkliste zur Selbstbeurteilung. Einerseits sollen ausreichend Schmerzmittel für medizinische

Zwecke zur Verfügung stehen, andererseits die Abzweigung von Opioiden in den illegalen Markt unterbunden werden. Der Leitfaden ermöglicht einen guten Überblick, in welchen Bereichen nationale Regierungen tätig werden könnten. Eine überarbeitete Version liegt seit 2011 vor.³ Wie wichtig solche Handreichungen sind, zeigt etwa die Situation im Iran: Hier ist Morphin nicht einmal ein registriertes Arzneimittel und Morphin-Tabletten sind auf legalem Weg nicht erhältlich.⁴

Engpässe auch in Europa

Mit der Gründung des Access to Controlled Medications Programme (ACMP) im Jahr 2005 hat die WHO gemeinsam mit anderen Organisationen ein spezielles Programm aufgelegt, das den Zugang zu Medikamenten durch Beratung, Politikanalyse, Trainings und Workshops für die verschiedensten Akteure im Gesundheitswesen verbessern will. Für die ersten sechs Jahre stand dem ACMP ein Budget von 55,5 Millionen US\$ zur Verfügung. Doch die Mittel reichten nicht aus, so dass Regierungen und Nichtregierungsorganisationen aufgefordert wurden, sich an den Kosten zu beteiligen.

Die Europäische Union finanziert seit 2009 ein Fünfjahresprogramm mit 2,45 Millionen Euro. Das Programm ATOME (Access to Opioid Medication in Europe) soll analysieren, was den Zugang zu Schmerztherapien in Europa behindert und es soll die Gesetzgebung verbessern. Zwar ist der Verbrauch von Opioiden in Industrieländern wesentlich höher,⁵ aber selbst innerhalb der EU ist der

Verbrauch höchst ungleich verteilt und der Zugang nicht überall ausreichend. Zwölf europäische Länder, darunter die Türkei, Bulgarien, Serbien und Polen sollen daher von einem ExpertInnen-Team kompetent beraten, unterstützt und bei der Umsetzung von Lösungskonzepten begleitet werden.⁶

Modelle als Hoffnungszeichen

Dr. Zipporah Vunoro Ali setzt sich in Kenia seit fast 20 Jahren für eine menschenwürdige medizinische Versorgung von SchmerzpatientInnen ein. Ihr Fachgebiet ist die Palliativmedizin, die Behandlung von Menschen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen und einer begrenzten Lebenserwartung. Als nationale Koordinatorin kenianischer Hospize und der Gemeinschaft für Palliativmedizin (Kenya Hospices and Palliative Care Association =KEPHA) kennt sie das Problem der Unterversorgung nur allzu gut. Als Beispiel nennt sie die im Lande weit verbreitete Sichelzellanämie: „Die Kinder leiden Höllenqualen, weil ihre starken Schmerzen nicht mit einfachen Schmerzmitteln behandelt werden können“, so Vunoro Ali. Schuld daran sei der Mangel an geeigneten nationalen Verordnungsrichtlinien, aber auch die Unwissenheit der MedizinerInnen.¹⁵ Die engagierte Kenianerin hat darum gemeinsam mit KEPHA in den vergangenen Jahren viele Hospize neu gegründet. Dort können PatientInnen orts-nah und fachlich kompetent betreut werden. Ermöglicht hat das auch die Unterstützung der Pain & Policy Studies Group, eine US-amerikanischen Organisation, die eng mit der WHO zusammenarbeitet und unter anderem Fortbildungskurse zur Schmerztherapie anbietet und finanziert.¹⁶ So konzentriert sich das Team von Dr. Ali in der nächsten Zeit auf die Ausbildung von (Kinder-) ÄrztInnen, um ihnen Konzepte zur erfolgreichen Behandlung schwerer Schmerzen näher zu bringen.¹⁷

geschult. Mittlerweile sind in 34 von 56 Distrikten in Uganda Morphintabletten vorrätig.⁸

Ein ausreichender Vorrat an Opioiden ist eine wichtige Voraussetzung für den Zugang zu Schmerztherapien. Doch Morphine können nicht wie andere Medikamente problemlos importiert oder exportiert werden. Dazu ist eine spezielle Genehmigung des International Narcotics Control Board (INCB) erforderlich. Jeder Staat muss seine Bedarfsschätzung für das jeweilige Folgejahr an das INCB melden. Die internationale Kontrollbehörde genehmigt dann den Import bzw. Export dieser bestimmten Menge an Betäubungsmitteln. Doch die Schätzungen sind oft viel zu niedrig und haben keinen Bezug zu statistischen Daten, der Häufigkeit bestimmter Erkrankungen innerhalb der Bevölkerung oder zum akuten Bedarf. Die WHO forderte schon 1996, dass GesundheitsarbeiterInnen in die Erstellung der Bedarfsschätzung einbezogen werden sollten, um diese zu verbessern.⁹ Im Prinzip gäbe es zwar die Möglichkeit, eine Nachschätzung beim INCB einzureichen. In der 50-jährigen Geschichte der entsprechenden Richtlinie (United Nations Single Convention on Narcotic Drugs) hat sich aber gezeigt, dass diese Flexibilität nur auf dem Papier besteht. Die aufwändige Bürokratie macht es nahezu unmöglich, auf Katastrophen schnell und angemessen zu reagieren.^{8,10}

Uganda – ein Erfolgsmodell

Solche zielgerichteten Programme zeigen auch anderswo Wirkung: Uganda gehört zu den am wenigsten entwickelten Ländern, verfügt aber über ein gut ausgebautes System zur Schmerzbehandlung. Seit einer Gesetzesänderung von 1993 darf auch Pflegepersonal, das auf palliative Pflege spezialisiert ist, Morphine verschreiben.⁷ Bis 2009 erhielten 79 Personen eine besondere Schulung. Mehrere tausend GesundheitsarbeiterInnen wurden zudem in der Erkennung und Behandlung von Schmerzen

Operieren ohne Narkose

Trauriges Beispiel für das Versagen des INCB, für eine ausreichende Menge an Schmerzmitteln Sorge zu tragen, war 2010 das Erdbeben in Haiti. Hilfsorganisationen berichteten, dass ÄrztInnen Amputationen ohne Betäubungsmittel und postoperative Schmerzbehandlung durchführen mussten.¹¹ Das INCB hatte zwar kurzerhand eine diplomatische Notiz veröffentlicht, die besagte, dass Narkotika auch ohne die üblicherweise notwendigen Importpapiere nach Haiti geschickt werden könnten. Doch



Frank Birds / fotolia

Bei Naturkatastrophen wie dem Erdbeben in Haiti liegt häufig auch die Behörde in Schutt und Asche, die für den Import von Betäubungsmitteln zuständig ist. Morphine sind dann Mangelware obwohl sie dringend gebraucht würden. Wer sollte eine Nachschätzung beim INCB einreichen und den Import veranlassen?

Haiti hätte sich damit nach geltendem internationalem Recht strafbar gemacht. Denn selbst in Notfällen und bei humanitären Katastrophen ist eine Importgenehmigung erforderlich.⁸

In einer Überprüfung der eigenen Richtlinien stellte das INCB schon 1994 fest, dass die Bereitstellung von Morphinen zu medizinischen Zwecken nicht ausreicht. Gleichzeitig lehnte das internationale Kontrollamt aber eine Anpassung bzw. Erweiterung der internationalen Abkommen ab. Stattdessen ermahnt es die nationalen Regierungen, den Zugang zu Betäubungsmitteln nicht zu verhindern. Offensichtlich kann das INCB den Spagat zwischen seiner Doppelaufgabe – Sicherstellung ausreichender Mengen von starken Schmerzmitteln einerseits und Verhinderung der Abzweigung dieser Mittel in den illegalen Sektor andererseits – nicht erfüllen.

Morphinmangel – Kollateralschaden?

KritikerInnen sprechen deshalb von einem „Kollateralschaden der Drogenbekämpfung“. Sie fordern, die Verantwortlichkeit für den Zugang zu Morphinen in die Hände der WHO zu legen.⁸ Schließlich zählt die Verfügbarkeit unentbehrlicher Arzneimittel, eine gute Verschreibungspraxis und die Stärkung der Gesundheitssysteme zu den Kernaufgaben der WHO. Die Weltgesundheitsorganisation verfügt nicht nur über die notwendigen Kompetenzen, sondern auch über den politischen Willen, an der bestehenden Notlage etwas zu ändern.

Die WHO hat kürzlich mit Hilfe externer WissenschaftlerInnen eine Methodik erarbeitet, mit der der Morphinbedarf realistischer eingeschätzt werden kann.¹² Aber auch die Schmerzmittel-Forschung hat die WHO im Blick. Weil es kaum Studien zur Behandlung von Kindern mit chronischen

Schmerzen gibt, zeigt die WHO die wichtigsten Forschungslücken auf: z.B. die Erfassung von Sicherheitsdaten bei einem Langzeitgebrauch von Paracetamol und nicht-steroidalen Antirheumatika,¹³ vergleichende Studien zu den Nebenwirkungen starker Opioide oder auch zur Sicherheit und Wirksamkeit schwacher Opioide bei Kindern unter zwölf Jahren.¹⁴

Insgesamt wäre ein entschiedeneres Engagement der WHO aber dringend notwendig, um die Versorgung von SchmerzpatientInnen in ärmeren Ländern wirklich entscheidend zu verbessern. Unter anderem müsste die Verantwortung für die Bedarfsermittlung und die Belieferung mit Opioiden dazu vom INCB an die WHO übergehen.

- 1 WHO (2011) Model List of Essential Medicines 17th List (March 2011) Geneva: WHO
- 2 WHO (2000) Achieving Balance in National Opioids Control Policy: Guidelines for assessment. Geneva: WHO
- 3 WHO (2011) Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances: Guidance for Availability and Accessibility of Controlled Medicines. Second and revised edition ed. Geneva: WHO
- 4 Nickerson JW, Attaran A (2012) The Inadequate Treatment of Pain: Collateral Damage from the War on Drugs. PLoS Med; 9(1), e1001153. doi:10.1371/jour-

- nal.pmed.1001153 www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001153
- 5 vgl. Schaubild *Ungleiche Schmerzstillung* auf S. 22
- 6 Zu den Ländern gehören: Bulgarien, Estland, Griechenland, Lettland, Litauen, Polen, Serbien, Slowakei, Slowenien, Türkei, Ungarn und Zypern. Access to Opioid Medication in Europe www.atome-project.eu/index.php [Zugriff 5.3.2012]
- 7 Jagwe J et al. (2007) Uganda: Delivering Analgesia in Rural Africa: Opioid Availability and Nurse Prescribing. J Pain Symptom Manage. May 2007;33(5):547-51
- 8 Milani B, Scholten W (2011) The World Medicines Situation 2011 p 13 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18o62en/s18o62en.pdf> [Zugriff 5.3.2012]
- 9 WHO (1996) Cancer Pain Relief: with a guide to opioid availability 2nd edition. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>
- 10 Poppy for Medicine www.poppyformedicine.net/modules/need_morphine/html_demand
- 11 Endres A (2010) Wie auf dem Schlachtfeld vor 150 Jahren. Zeit online 20.1. www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2010-01/haiti-hilfe [Zugriff 13.3.2012]
- 12 Seya MJ et al. (2011) A First Comparison Between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional, and Global Levels. Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy;25., p 6. DOI: 10.3109/15360288.2010.536307 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17976en/s17976en.pdf>
- 13 Mehr Informationen zu Schmerzmitteln auf S. 4
- 14 Milani B et al (2011) WHO Calls for Targeted Research on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses. Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal. Evid.-Based Child Health; 6, p 1017, DOI: 10.1002/ebch.777
- 15 Mureithi F (2011) The unsung heroine who takes away pain. Daily Nation 16.9.2011 <http://allafrica.com/stories/201109170104.html>
- 16 Pain & Policies Studies Group www.painpolicy.wisc.edu/about.htm
- 17 Mehr zur Arbeit von KEPHA: <http://kehpc.org/> [Zugriff 5.3.2012]

Medizin statt Drogen?

Internationaler Think-Tank propagiert die Konvertierung des afghanischen Opiumanbaus

Der Drogenhandel ruiniert die afghanische Volkswirtschaft und die Gesundheit der Bevölkerung – im Land selbst ebenso wie in den Exportländern. Brennt die Mohnfelder nieder, fordern daher immer wieder einflussreiche Afghanistan-KennerInnen. Seit Jahren propagiert dagegen ein internationaler Think-Tank eine provokante Idee: Die afghanischen Bauern sollen den Rohstoff für medizinisches Opium liefern und damit den weltweiten Morphin-Bedarf decken.

Afghanistan ist mit Abstand der wichtigste Lieferant für den illegalen Drogenmarkt. Denn das Land liefert über 90 Prozent des weltweit gehandelten Opiums.¹ Etwa ein Drittel der Drogen gehen in die USA, doch auch der europäische Markt wird aus Afghanistan versorgt.

2011 exportierte Afghanistan 5800 Tonnen Opium im Wert von 2,4 Milliarden US\$, das waren 15% seines Bruttoinlandsproduktes.² Am Verkauf verdienen die Taliban kräftig mit (s. Textkasten). Mehr als 100 Millionen US-Dollar jährlich sollen allein in ihre Taschen

fließen. Der Drogenanbau finanziert aber nicht nur die Kriegswirtschaft Afghanistans und ist Rohstoffquelle des weltweiten illegalen Drogenhandels. Er fördert auch die Sucht im eigenen Land. Nirgendwo sonst sind – gemessen an der EinwohnerInnenzahl – so viele Menschen drogenabhängig wie in Afghanistan. Laut einem Bericht der afghanischen Regierung und des UN-Büros für Drogen- und Kriminalitätsbekämpfung (UNODC) sind eine Million der 15- bis 64-jährigen AfghanInnen drogenabhängig. Das sind acht Prozent der Bevölkerung.³

Verschiedenste Lösungsansätze zur Bekämpfung der afghanischen Drogenproduktion werden seit Jahren heiß diskutiert. Sie reichen je nach politischem Lager von einer Legalisierung des Drogenhandels über eine Umnutzung der Ackerflächen bis hin zur Zerstörung der Vertriebswege und Vernichtung der Mohnfelder durch Feuer oder durch Unkrautvernichtungsmittel. Eine vollkommen andere Strategie verfolgt der International Council on Security and Development (ICOS), ein internationales Forschungsinstitut für Sicherheit und Entwicklung.⁴ Seit 2005 erforscht und propagiert ICOS das Projekt „Poppy for Medicine“ und legte dazu 2007 eine ausführliche Studie vor. Es soll Afghanistans illegale Opiumproduktion unterbinden und den BäuerInnen gleichzeitig ein legales Einkommen verschaffen, indem sie Opium als Rohstoff für medizinische Zwecke anbauen und es lokal weiterverarbeiten. Ausgangspunkt der Überlegungen ist der eklatante weltweite Morphinmangel.

Afghanisches Morphin für die Armen

Opiumhaltige Schmerzmittel zählt die WHO zu den unentbehrlichen Medikamenten, die jederzeit überall zur Verfügung stehen sollten. Für die meisten Menschen der Welt sind diese Mittel jedoch kaum zugänglich. Dem Gros der Weltbevölkerung (80%) stehen nur 6% opiumhaltiger Schmerzmittel zur Verfügung. Anders ausgedrückt: Nur die reicheren Länder können

ihre SchmerzpatientInnen ausreichend mit Opiaten versorgen. Denn 80 Prozent der weltweit legal verfügbaren Opiate werden in zehn Industrieländern verbraucht. Rund 180 Länder gelten als massiv unterversorgt. Laut WHO betrifft das rund eine Million PatientInnen, die unter HIV/Aids im Endstadium leiden, 5,5 Millionen KrebspatientInnen, eine knappe Million Unfallopfer, aber auch PatientInnen mit schweren chronischen Leiden oder frisch Operierte und Kinder mit schwersten Verletzungen. Geschätzte 30-86 Millionen SchmerzpatientInnen in Ländern des Südens müssen auf stark wirksame Arzneimittel zur Schmerzlinderung verzichten.⁵

Würden SchmerzpatientInnen weltweit angemessen behandelt, dürfte das den Bedarf an medizinischem Opium massiv steigern. Afghanistan könnte – so das ICOS-Modell – arme Länder künftig mit günstigem Morphin versorgen. Denn der Export des Endprodukts unterliege nicht (wie der Handel mit Rohopium) irgendwelchen Handelsbeschränkungen (Drogenkontrolle oder Patentrechte) seitens des International Narcotics Control Board (INCB), der Vereinten Nationen, der Welthandelsorganisation (WTO) oder der EU. Einzig die nationale Kontrolle der Produktionsabläufe sei erforderlich. Das lokal erzeugte Morphin solle von der Regierung aufgekauft und über ein staatliches Unternehmen vertrieben werden. Ähnlich wie bei Aids-Medikamenten könne ein spezielles Versorgungssystem für arme Länder etabliert werden. Das günsti-



Wird die Samenkapsel des Schlafmohns eingeritzt, tritt Milchsaft aus. Dieser wird nach einem Tag als Rohopium abgeschabt. Pro Kapsel werden 20-50 mg Opium gewonnen. Darin ist neben anderen Stoffen auch Morphin enthalten. Durch einen einfachen chemischen Prozess kann es extrahiert und zu Tabletten oder Injektionen weiterverarbeitet werden. Zehn Kilo Rohopium ergeben ca. ein Kilo Morphin.



poco_bw/fotolia

ge afghanische Morphin würde dabei direkt in arme Staaten exportiert und von dortigen Regierungen bzw. staatlichen Firmen gekauft. Der Preis für Morphintabletten würde dabei etwa halbiert.⁶ Laut ICOS läge er bei 9 US-Cent für eine 10mg-Tablette.⁷

Poppy for medicine

Poppy for Medicine setzt seine Anti-Drogen-Strategie bei den ErzeugerInnen an. Denn rund 10% der ländlichen Bevölkerung in Afghanistan leben vom Mohnanbau und sehen darin ihre Existenzgrundlage. Die meisten bauen Opium an, weil das für sie am einträglichsten ist, und dieser Trend hat sich 2011 noch verschärft. Die Preise für Rohopium sind stark gestiegen. Grund dafür war eine Pflanzenkrankheit, die 2010 große Teile der Opiumernte vernichtet hatte. Der Mangel an frischem Opium führte 2011 zu einem starken Preisanstieg. Zugleich fiel der Preis für Getreide. Das Bruttoeinkommen aus Opium lag pro Hektar elfmal höher als das aus Getreide. Der Flächenanteil, auf dem Opium angebaut wird, wuchs dementsprechend ge-

genüber dem Vorjahr um sieben Prozent und die Menge des produzierten Opiums stieg um über 60 Prozent.¹²

Pro Kilogramm getrockneter Opiummasse verdienten die BäuerInnen 241 US Dollar, 43 Prozent mehr als im Vorjahr.¹³ Zwar wäre der Anbau von Früchten wie Aprikosen, Äpfel oder der Gewürzpflanze Cumin ähnlich profitabel.¹⁴ Doch diese Pflanzen benötigen ein gut funktionierendes Bewässerungssystem und das wurde während des Krieges in erheblichem Umfang zerstört. Schlafmohn kommt dagegen mit wenig Wasser aus und ist einjährig, bringt also schnellen Ertrag.

Poppy for Medicine setzt auf den kontrollierten Anbau von Schlafmohn auf Dorfebene, auf lokale Expertise, Produktionsgenossenschaften und eine ebenfalls lokale Weiterverarbeitung zu Morphin in kleinen Arzneimittelfabriken, die internationale Qualitätsstandards erfüllen. Denn der chemische Produktionsprozess ist relativ simpel und billig.¹⁵ Die lokal produzierten Tabletten sol-

len dann zu einem attraktiven Preis von der Regierung aufgekauft werden. Doch nur lizenzierte Dörfer sollen Schlafmohn anbauen dürfen. Sie müssen nachweisen, dass sie keine ökonomische Alternative haben und dass sie den Anbau nachhaltig kontrollieren, d.h. die Heroinherstellung zurückdrängen können.¹⁶

Afghanische Dörfer kennzeichnet ein starkes Sozialgefüge, das laut ICOS den Anbau überwachen und dem Missbrauch des Opiums als Droge vorbeugen könne. Zusätzlich sollen die afghanische Regierung und internationale Akteure das Projekt kontrollieren und überwachen. Dieses Modell könnte den Bauern ein sicheres legales Einkommen garantieren und damit das Risiko von Schutzgelderpressungen, Schmiergeldern und einer Zerstörung ihrer Felder verringern. Außerdem würden die Gewinne aus der Arzneimittelproduktion nicht aus den Dörfern abfließen, sondern die lokale Wirtschaft stärken. Zugleich entziehe das Projekt den Taliban eine wichtige Basis, um weitere AnhängerInnen zu rekrutieren.

Breite Unterstützung

Das Europäische Parlament empfahl dem Europäischen Rat am 25.10.2007 mit großer Mehrheit, die Umsetzung des Projektes Poppy for Medicine zu unterstützen.¹⁷ Auch die World Medical Association sprach sich 2008 für Poppy for Medicine aus.¹⁸ Beide Resolutionen fordern, ein Pilotprojekt zu starten und die Möglichkeiten des kontrollierten Schlafmohnanbaus zu untersuchen. Doch letztendlich ist die Initiative der afghanische Regierung gefragt. Sie müsste ein Pilotprojekt initiieren, das von der internationalen Gemeinschaft mitgetragen wird. Es gilt, politische Widerstände zu überwinden und geeignete Dörfer und Anbauflächen zu finden. Doch dazu müsste sich erst einmal die Sicherheitslage in dem vom Krieg zerrütteten Land deutlich verbessern.¹⁹

Auch Indien und die Türkei produzieren Opium für medizinische Zwecke. In der Türkei

gibt es bereits seit den 70er Jahren legale Mohnfelder. Indien ist jedoch das einzige Land, das Morphin exportiert.²⁰ Allerdings werden die Opiumfarmer dort zu schlecht bezahlt und für die BäuerInnen ist es loh-

Afghanistan, das Opium und der Krieg

*Afghanistans Wirtschaft wird durch den illegalen Drogensektor beherrscht. Doch Mohn ist im Grunde keine traditionelle afghanische Kulturpflanze. Sein Anbau wurde massiv vorange-
trieben als die Regierung während der sowjetischen Invasion 1979/1980 in den Provinzen an Einfluss verlor. Damals übernahmen die Mudschaheddin (islamische Kämpfer) und Warlords mehr und mehr die Kontrolle. Mit stillschweigender Zustimmung des Westens etablierten sie unter anderem den illegalen Drogenanbau, um ihre Kriegshandlungen zu finanzieren und die UdSSR zum Rückzug zu zwingen. Als die Rote Armee schließlich 1989 abzog, entstand ein Machtvakuum. Mehrere Gruppierungen der Mudschaheddin bekämpften sich und der Westen stellte seine Unterstützung ein. Die Kriegsgruppen verlegten sich deshalb immer stärker auf den Mohnanbau, um ihre militärischen Aktivitäten zu finanzieren. Einige örtliche Opiumhändler, die auf der Suche nach einem sicheren Umschlagplatz waren, schlossen sich besonders fanatischen Untergruppen der Mudschaheddin an, die von arabischen Extremisten wie Osama bin Laden oder dem pakistanischen Geheimdienst (ISI) unterstützt wurden. Ende 1994 gründeten sie die Taliban-Bewegung, eine radikal-islamistische Miliz. Nachdem die Taliban den Mohnanbau für kurze Zeit verboten hatten, förderten sie ihn bald aktiv und besteuerten ihn sogar quasi-legal. Damit erfüllten sie die Versprechen gegenüber ihren PartnerInnen – den verschiedenen regionalen Drogen-Mafias– und erhöhten zugleich ihre eigenen Einnahmen. Die starke Zunahme der Opiumproduktion führte dazu, dass das Angebot die Nachfrage überstieg. Im Westen sank der Straßenpreis von illegalem Heroin und Morphin und in ganz Europa wurde der Verbrauch angekurbelt.^{8,9,10,11}*

nender, den Schlafmohn an Drogenbarone zu verkaufen.²¹ Eine nachhaltige Strategie der Drogenbekämpfung muss daher insbesondere die wirtschaftliche Situation der ErzeugerInnen in den Blick nehmen und für lokale Prosperität sorgen. Poppy for Medicine könnte gerade in dieser Hinsicht einen erfolgversprechenden Ansatz bieten. Konkrete rechtliche Rahmenbedingungen – auf nationaler wie auf internationaler Ebene – wären dazu allerdings unerlässlich. Stellt sich

abschließend die Frage, wie die Drogenmafia auf Poppy for Medicine reagieren würde. Letztendlich wird wohl nur ein international begleiteter und gut dokumentierter Modellversuch Klarheit über Fallstricke und



Nutzen des Projektes verschaffen können. Angesichts der Milliarden, die die internationale Gemeinschaft bisher erfolglos in die Drogenbekämpfung in Afghanistan investiert hat, wäre es einen Versuch wert.

- 1 Europäisches Parlament (2007) Empfehlung des Europäischen Parlaments vom 25. Oktober 2007 an den Rat zur Herstellung von Opium für medizinische Zwecke in Afghanistan www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0485+o+DOC+XML+Vo//DE [Zugriff: 27.2.2012]
- 2 UNODC (2011) Afghanistan Opium Survey. Kabul. p 9, www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2011_web.pdf [Zugriff: 25.1.2012]
- 3 Ziegler (2010): Betäubender Boom. UN-Studie zur Drogensucht in Afghanistan. www.sueddeutsche.de/politik/un-studie-zu-drogensucht-in-afghanistan-betaeubender-boom-1.963556 [Zugriff 20.2.2012]
- 4 ICOS (2012) The international Council on Security and Development www.icosgroup.net [Zugriff 27.2.2012]
- 5 WHO (2007) Access to controlled medications programme. Geneva: WHO Document Production Services
- 6 Seya MS et al (2011) A First Comparison Between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional, and Global Levels. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*; 25, pp 6–18
- 6 Poppy for medicine (2012) Afghan medicines to be sold under a second-tier system of medicine supply for emerging countries. www.poppyformedicine.net/modules/distribution_model [Zugriff: 21.2.2012]
- 7 Poppy for Medicine (2012) Frequent Asked Questions www.poppyformedicine.net/modules/faq [Zugriff: 27.1.2012]
- 8 Europäisches Parlament (2007) Vorschlag für eine Empfehlung des Europäischen Parlaments an den Rat zur Herstellung von Opium für medizinische Zwecke in Afghanistan. www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2007-0341+o+DOC+XML+Vo//DE [Zugriff: 17.2.2012]
- 9 Maaß CD (2010) Afghanistans Drogenkarriere – Von der Kriegs- zur Drogenökonomie. SWP Studie; Berlin: Stiftung Wissenschaft und Politik/Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit, S. 29-33
- 10 UNODC (2012) Afghan opium prices soar as production rises. www.unodc.org/afghanistan/en/frontpage/afghan-opium-prices.html [Zugriff: 25.1.2012]
- 11 Chouvy PA (2008) Licensing Afghanistan's Opium: Solution Or Fallacy? *Caucasian Review Of International Affairs*; 2(2), p 101
- 12 UNDOC (2012) Afghan opium prices soar as production rises. www.unodc.org/afghanistan/en/frontpage/afghan-opium-prices.html [Zugriff: 20.1.2012]
- 13 UNODC (2011) Afghanistan Opium Survey. Kabul. p 9, www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2011_web.pdf [Zugriff: 25.1.2012]
- 13 FAZ (2012) Opiumpreise in Afghanistan stark gestiegen. www.faz.net/aktuell/wirtschaft/un-bericht-opiumpreise-in-afghanistan-stark-gestiegen-11604924.html [Zugriff: 24.2.2012]
- 14 Maaß CD (2010) Afghanistans Drogenkarriere - Von der Kriegs- zur Drogenökonomie. SWP Studie; Berlin: Stiftung Wissenschaft und Politik/Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit, S. 5-18
- 15 ICOS (2007) Afghan Poppy for Medicines Project – an Economic Case Study. London, p. 5-14
- 16 ICOS (2007) Afghan Poppy for Medicines Project – an Economic Case Study. London.
- 17 Europäisches Parlament (2007) Empfehlung des Europäischen Parlaments vom 25. Oktober 2007 an den Rat zur Herstellung von Opium für medizinische Zwecke in Afghanistan www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0485+o+DOC+XML+Vo//DE [Zugriff: 27.2.2012]
- 18 WMA (2008) WMA Resolution on Poppies for Medicine Project for Afghanistan. www.wma.net/en/30publications/10policies/p30/ [Zugriff: 24.2.2012]
- 19 Poppy for Medicine (2012) Frequently Asked Questions www.poppyformedicine.net/modules/faq [Zugriff: 27.1.2012]
- 20 Kamminga J and ICOS (2011) Opium poppy licensing in Turkey: a model to solve Afghanistan's illegal opium economy. The international Council on Security and Development (ICOS)
- 21 Bhattacharji R and ICOS (2007) India's experience in licensing opium for the production of essential medicines. Lessons for Afghanistan. The international Council on Security and Development (ICOS)
- 22 Chouvy PA (2008) Licensing Afghanistan's Opium: Solution Or Fallacy? *Caucasian Review Of International Affairs*; 2(2), p 101-6
- 23 Chouvy PA (2008) Licensing Afghanistan's Opium: Solution Or Fallacy? *Caucasian Review Of International Affairs*; 2(2), p 101-6

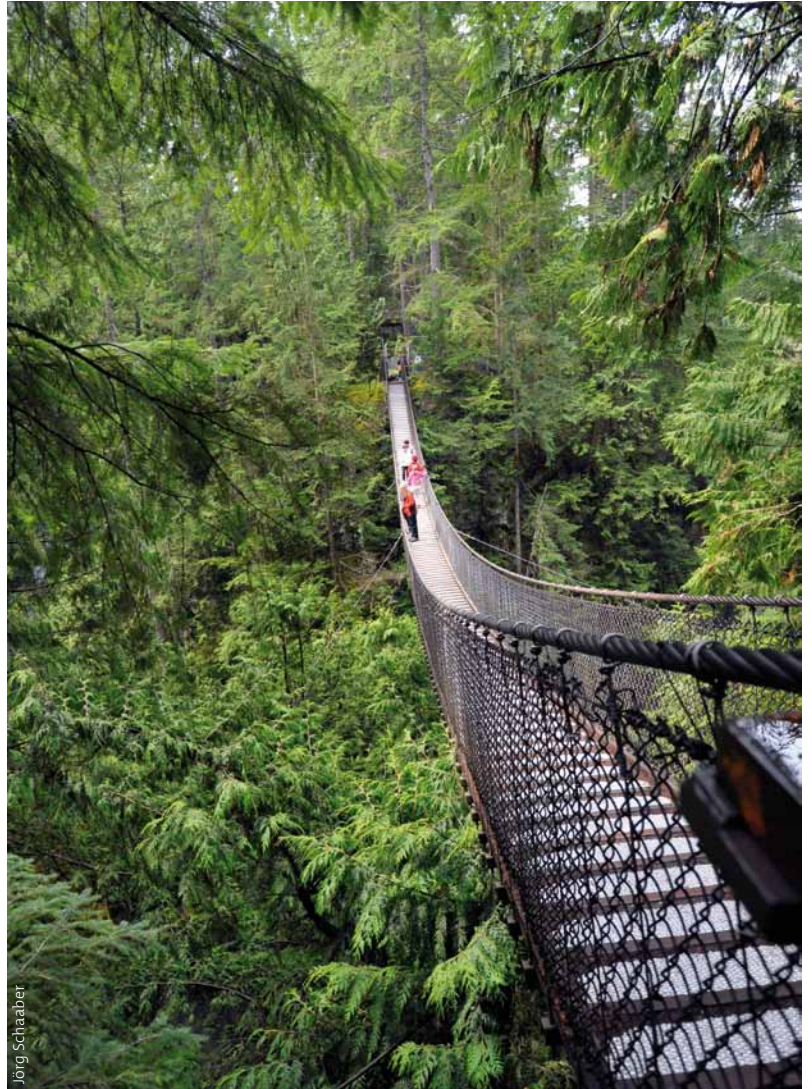
Schmerzbehandlung – ein Menschenrecht

Taten statt Warten

Die Lage ist ernst: Während einerseits zahlreiche unsinnige Präparate in Nord und Süd auf dem Markt sind, Schmerzmittel falsch eingesetzt oder gar missbräuchlich verwendet werden, mangelt es andererseits in vielen Ländern an Medikamenten zur Behandlung starker Schmerzen. Die Verbesserung des Zugangs zu unentbehrlichen Arzneimitteln ist zwar eines der erklärten Millennium-Entwicklungsziele, die bis 2015 wahr werden sollen. Doch selbst die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist skeptisch, dass dieses Ziel bei Schmerzmitteln erreicht werden kann.¹ Krankheiten wie Krebs und Aids, die mit starken Schmerzen einhergehen, betreffen Millionen Menschen im globalen Süden, ohne dass dort eine angemessene Versorgung mit Schmerzmitteln gewährleistet wäre.

Politisches Handeln ist nötig: Die Behandlung von SchmerzpatientInnen sollte bei internationalen Maßnahmen zur Drogenkontrolle Vorrang haben. Auch wenn die Abzweigung starker Schmerzmittel in den illegalen Markt durchaus ein Risiko ist, darf die Drogenbekämpfung nicht den Zugang zu Morphinen in armen Ländern blockieren. Die Behandlung von SchmerzpatientInnen muss daher – insbesondere bei der internationalen Kontrollbehörde INCB – in den Vordergrund rücken. Eventuell wäre hier auch eine Aufgabenschiebung hin zur WHO sinnvoll, ein Ansatz, der in der medizinischen Entwicklungshilfe diskutiert werden sollte.

Medikamente gegen starke Schmerzen gehören in nationale Behandlungspläne. Gesundheitspersonal, aber auch nationale Behörden müssen in Sachen Schmerztherapie besser informiert und geschult werden. Die WHO leistet in diesem Bereich wichtige Arbeit, allerdings mit einem viel zu geringen Budget. Denn in globalen Statistiken macht es sich – auch bei den Geberländern – besser, Leben zu



retten, als menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Das muss sich ändern.

Um das Menschenrecht auf Schmerzbehandlung voranzutreiben, könnte es auch lohnen, neue Wege zu gehen: Ungewöhnliche Modelle wie Poppy for medicine sollten im Pilotversuch erprobt und weiterentwickelt werden. Die EU könnte dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

¹ WHO (2009) Access to Controlled Medications Programme. WHO briefing Note 2. Feb. www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNoteGen-rl_EN_Feb09.pdf

Schmerz

Während einerseits zahlreiche unsinnige Präparate in Nord und Süd auf dem Markt sind, Schmerzmittel falsch eingesetzt oder gar missbräuchlich verwendet werden, mangelt es andererseits in vielen Ländern an Medikamenten zur Behandlung starker Schmerzen. Krankheiten wie Krebs oder AIDS, die mit starken Schmerzen einher gehen, betreffen Millionen Menschen. Doch der Zugang zu Schmerzmitteln ist weltweit stark ungleich verteilt. 80% der Weltbevölkerung haben keinen oder nur einen sehr begrenzten Zugang zu einer angemessenen Schmerzbehandlung.

Die vorliegende Publikation nimmt den missbräuchlichen Einsatz oder eine falsche Verschreibungspraxis unter die Lupe. Gründe für den mangelnden Zugang zu Schmerzmitteln werden analysiert und Lösungsstrategien diskutiert. Damit das Menschenrecht auf Gesundheit keine leere Floskel bleibt.

BUKO Pharma-Kampagne

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel- Straße 62
33602 Bielefeld, Deutschland
Fon: +49 (0)521 60550
Fax: +49 (0)521 63789
Mail: info@bukopharma.de
Web: www.bukopharma.de
<https://twitter.com/#!/BUKOPharma>

ISSN 1618-4599

