

Flunitrazepam – Erfahrungsbericht mit einem gefährlichen Arzneimittel

Fluorphenyldihydromethylnitrobenzodiazepin, abgekürzt Flunitrazepam, gehört zu den Benzodiazepinen. Die Substanz kam erstmals 1975 von der Firma La Roche als Schlaf- und Beruhigungsmittel unter dem Namen Rohypnol in einer Dosierung von 1 und 2mg auf den europäischen Markt. Bald bemerkte man, dass eine Dosierung von 2mg zu einer raschen Gewöhnung und Abhängigkeit führte, so dass diese Dosierung vom Markt genommen wurde. Daneben machte sich Rohypnol bald einen Namen in der Drogenszene und wurde nicht nur als Ersatz- bzw. Überbrückungs-Droge von Heroinabhängigen angewendet, sondern auch als eigenständige Droge besonders in Kombination mit anderen psychisch wirksamen Substanzen wie Alkohol, Heroin, Polamidon und anderen. Rohypnol erlangte somit in den 90-iger Jahren den Ruf einer „Party-Droge“. Die Tabletten sind in der Szene unter dem Namen „Ruppies“, „Ruffies“ oder „R2“ bekannt, im deutschsprachigen Raum als „Ro(s)chies“ (nach der Herstellerfirma La Roche) oder auch als „Flunies“ (nach dem Inhaltsstoff Flunitrazepam), „Rippen“, „Ropse“ und in Amerika als „Roaches“.

Da besonders durch die Kombination von Flunitrazepam auch in niedrigen Dosen mit Alkohol regelrechte Gedächtnislücken, Blackouts, ausgelöst werden, ist Rohypnol auch als „Date-Rape-Droge“ bekannt, als eine Droge, mit der man eine kurzzeitige Bewusstlosigkeit mit retrograder Amnesie erzeugen kann. Damit ist das Medikament in Kombination mit Alkohol in hervorragender Weise für kriminelle Delikte geeignet, wie Vergewaltigung, Diebstahl, Raub und ähnliches.

Die anfänglich farb- und geschmacklose Tablette, die man unbemerkt Getränken und Nahrungsmitteln beifügen konnte, änderte La Roche 1999, indem der Tablette eine bläuliche Farbe und ein bitterer Geschmack verliehen wurde und man die Substanz in gelöster Form verklumpen ließ. Damit sollte eine missbräuchliche Anwendung sicht-

bar gemacht und weitgehend verhindert werden. Da man bald die vielseitigen Probleme der Abhängigkeit, Sucht und des Missbrauchs von Flunitrazepam erkannte, wurde Flunitrazepam als Arzneimittel in einigen Ländern nicht zugelassen. In den USA gilt Flunitrazepam als „illegale Droge“ und ist als Arzneimittel verboten.

In Deutschland wird Flunitrazepam in Tablettenform zu 1 mg sowohl als Rohypnol als auch von einzelnen Generikafirmen angeboten. Daneben existiert Rohypnol als Lösung zur Injektion. Das Präparat unterliegt in Deutschland der Verschreibungspflicht und der wesentliche Indikationsbereich der Tablette sind Schlafstörungen.

Aufgrund des bekannten Missbrauchs von Benzodiazepinen im Drogenbereich hat die Sächsische Landesärztekammer im Mai 2004 eine „Richtlinie zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke“ herausgegeben. Danach „gilt...die Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke generell als kontraindiziert“, da „...die Gefahr groß ist, dass auch eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen induziert wird“. In den „Handlungsempfehlungen“ teilt die Ärztekammer mit, dass „die Behandlung drogenabhängiger Patienten... ausschließlich in der Hand eines Arztes liegen sollte, der in Drogenangelegenheit erfahren und entsprechend fortgebildet ist“. Ärzten, die zuwider handeln, wird mit „schriftlichem Hinweis“ bzw. mit „berufsrechtlichen Schritte“ gedroht.

Nun unterscheidet sich Flunitrazepam in seinen Eigenschaften doch deutlich von den anderen Benzodiazepinen. Flunitrazepam wird oral rasch innerhalb von 15 bis 20 min. und nahezu vollständig resorbiert. Bei einer Halbwertszeit von 15 bis 30 Stunden ist es relativ lange im Blut verfügbar. Der sedierende Effekt ist ca. 7 bis 10 mal stärker als der von Diazepam und daneben hat es einen starken anxiolytischen Effekt. Aufgrund dieser beiden Eigenschaften eignet es sehr gut zur Kupierung der Entzugssymptome bei Heroinabhängigen. Hinzu kommt, dass die Kombination von Flunitrazepam mit Heroin oder auch der Ersatzdroge Polamidon oder Alkohol zu Rauschzuständen führt, die von den Abhängigen gewünscht werden. Aufgrund der atemdepressiven Wirkung von Flunitraze-

pam treten jedoch bei einer Kombination mit Heroin oder Polamidon lebensgefährliche Atemdepressionen bis hin zum Atemstillstand auf. Eine große Gefahr der Anwendung von Flunitrazepam liegt allerdings in der rasch einsetzenden Abhängigkeit, die bereits nach 14-tägiger Einnahme auftreten kann, und schweren Entzugserscheinungen, besonders bei höheren Dosen. Diese Entzugserscheinungen sind so schwer, dass die Personen bei einem selbst durchgeführten, sogenannten „kalten“ Entzug glauben, „sterben zu müssen“. Eine 22-jährige Patientin, die seit dem 12. Lebensjahr von unterschiedlichen Drogen abhängig war, schon wiederholte Entgiftungen hinter sich hatte und derzeit sechs Tabletten Flunitrazepam täglich über den Tag verteilt einnimmt, schilderte mir, „dass ein Entzug“, den sie schon probiert habe, „tausend Mal schlimmer sei als der Entzug von Heroin“. Sie habe „schwerste epileptische Anfälle gehabt, schlimme Halluzinationen, Sprachstörungen und konnte sich überhaupt nicht bewegen“. Liest man die „anonymen Erlebnisberichte“ von Flunitrazepam-Abhängigen (Internet: „Drogenaufklärung.de“), die einen „kalten“ Entzug durchgeführt haben, dann lernt man die lebensbedrohlichen Komplikation eines solchen Entzuges kennen. Zwei dieser eindrucksvollen anonymen Berichte sollen hier aufgeführt werden, um die ganze Dramatik und Gefahren zu schildern. Hierbei wird auch ersichtlich, dass die Verweigerung einer Verschreibung von Flunitrazepam durch den Arzt zu lebensgefährlichen Zuständen führen kann. Die Texte wurden wörtlich und unkorrigiert übernommen. Zu Alter und Geschlecht liegen keine Angaben vor.

1. Bericht.

„Ich möchte Euch einen kleinen Teil meiner Medikamenten Abhängigkeit berichten. Hauptsächlich habe ich Flunitrazepam eingenommen (Flunis). Eigentlich macht das Zeug am Anfang einfach nur Müde. Man bekommt überhaupt nichts mit vom Tun. Hat sich der Körper aber einmal daran gewöhnt ist die Sucht nicht mehr zu bremsen. Allerdings muss ich sagen, dass mir das Zeug immer nur in Kombination mit Methadon etwas gebracht hat. Ich hatte ein richtiges Hochgefühl. Bin geschwebt. Musste nicht mehr denken.

War einfach nur high. Soviel zu den Vorteilen, wenn man das so nennen kann. Die Nachteile überwiegen. Ich wusste oft nicht was passiert war. Konnte mich an Dinge, die ich getan habe, einfach nicht erinnern. Bin beim Zigarettenrauchen eingeschlafen und habe die Couch beinahe abgefackelt. Bin beim Erzählen einfach weggepennt. Und das schlimmste war, dass ich ganz schnell gemerkt habe, dass mein Körper und natürlich mein Geist total abhängig waren. Habe ich mal einen Tag keine genommen, habe ich ganz schlimme Krampfanfälle bekommen und bin auf der Intensivstation wieder aufgewacht. Dem Tod gerade so entgangen. Mir blieb also nur übrig immer drauf zu sein oder eine stationäre Entgiftung zu machen. Ich hatte mich dann leider für das erste entschieden. Trotz das mir mein Arzt mitgeteilt hatte, dass ich mit dem Tod spiele. „Flunis“ haben ein sehr hohes Abhängigkeitspotenzial. Damals hatte ich das Glück, dass mein Apotheker mir dieses Teufelszeug auch ohne Rezept verkauft hat. Ich rate hiermit jedem die Finger von solchen Tabletten zu lassen. Ich bin dem Teufel gerade noch von der Schippe gesprungen. Man kann an so einem Krampfanfall ganz schnell sterben. Also niemals einfach absetzen, sondern immer ärztlichen Rat einholen. Ich kann hier nur noch mal warnen wie schnell solche Diazepine abhängig machen. Unter Zwang oder Druck wird man niemals clean. Mann muss es einfach selber wollen und davon überzeugt sein. Dann kann man es schaffen. Und Hilfe holen, dann wird es ein bisschen einfacher. Februar/2000“

2. Bericht.

„Ich bin leider eine, die abhängig von Flunis ist. Eine stationäre Behandlung hab ich schon hinter mir. Da hatte ich es geschafft von 10 bis 12 Tabletten pro Tag und eine Menge Bier auf 0 zu kommen. Idiotischerweise hab ich wieder angefangen mit diesen Scheiß-tabletten! Meine Angst- und Panikattacken haben mich wieder auf die Idee gebracht, weil ich sie einfach nicht mehr ertrage. Naja, ich war dann wieder bei zwei bis zweieinhalb. Jetzt mache ich den Versuch, selbst runterzukommen. Hab als Ausweichmöglichkeit für die Nacht Stilnox-Schlaftabletten. Tagsüber nehme ich dann meist

eine halbe Fluni, wenn mein Herz wieder anfängt zu schmerzen und meine Panik anfängt. Ab und zu brauche ich abends dann noch eine halbe. Da ich gerade eine eigene Wohnung bezogen habe, zwei süße Katzen hab und einen Job kann ich nicht wieder stationär einen Entzug machen. Also lege ich echt alle Hoffnung auf meine Disziplin. Ich werde versuchen, in meinem Urlaub die Flunis ganz abzusetzen. Aber ich hab etwas Angst, weil ich allein wohne. Was ist, wenn ich einen Krampfanfall bekomme? Naja, ich muss es aber versuchen, denn so geht es einfach nicht weiter. Das Leben verliert wirklich die Lebensqualität und man ist so eingeschränkt. Ich hoffe, ich schaffe es (Februar/ 2002)“. Als Allgemeinarzt im Zentrum der Stadt Leipzig behandle ich seit fast 30 Jahren das breite Spektrum allgemeinmedizinischer Krankheitsbilder. Da die Stadt Leipzig einen deutlichen Zuwachs an Migranten, besonders auch aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion zu verzeichnen hat, habe ich aufgrund bescheidener Russischkenntnisse einen wachsenden Anteil dieser Patienten in meiner Sprechstunde.

Bezüglich der Verordnung von Flunitrazepam-Tabletten hatte ich im 1. Quartal 2006 einen Patienten, im 2. Quartal drei, im 3. Quartal fünf und im 4. Quartal sind es bis zum 21. 11. 2006 bereits 23 Patienten. Mein Verständnis für die Flunitrazepam-Problematik und meine Bereitschaft, die Tabletten aufzuschreiben, muss sich unter den Abhängigen in einer solchen Weise herumgesprochen haben, dass sich die Patientenzahl innerhalb von vier Monaten fast verzehnfachte. Die 23 behandelten Patienten vom 1. 10. 2006 bis zum 21. 11. 06 waren in einem Alter von 23 bis 56 Jahren, im Durchschnitt 28 Jahre. Es fanden sich sieben Patienten weiblichen und 17 männlichen Geschlechts. Ein Patient kam aus Italien, einer aus dem Iran, fünf waren Deutsche und 16 kamen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion, besonders der Ukraine und Staaten aus der Nachbarschaft zu Afghanistan. Keiner dieser Patienten hatte von mir Flunitrazepam als Erst-Verordnung erhalten, sondern alle benutzten diese Substanz zum Teil schon seit Jahren. Ein Teil der Patienten hatte nachweisliche alte Verletzungen mit Knochenbrüchen, zum

Teil auch Schussverletzungen und eine Schmerzproblematik, die laut Angaben zur ursprünglichen Verordnung von Flunitrazepam geführt hatte. Andere klagten über Schlafstörungen aufgrund psychotraumatischer Erlebnisse und Ereignisse im Heimatland. Der überwiegende Teil hatte eine mehr oder weniger lange Suchtmittel-Anamnese mit unterschiedlichen Substanzen, ganz besonders Heroin und auch wiederholten Entgiftungsbehandlungen. Alle gaben an, Flunitrazepam unbedingt zu benötigen, da sie ansonsten nicht schlafen könnten, unruhig wären und schlimme Entzugerscheinungen hätten. Die Stigmata der körperlich Abhängigkeit und zum Teil auch des sozialen Verfalls waren bei einigen sichtbar.

Eine 25-jährige Russin, die seit Wochen zur stationären Entgiftung angemeldet war und mir jedes Mal berichtete, auf welchem Platz der Aufnahmeliste sie sich befinde, wurde drei Tage vor ihrer stationären Aufnahme von ihrem Freund mit Heroin in den Tod gespritzt. Ob neben Heroin noch andere Substanzen beim Tode eine Rolle spielten, wird zurzeit noch von der Polizei ermittelt. Der Zwillingbruder hatte seine Schwester erstmals mit Heroin in Kontakt gebracht und durfte dann die schmerzlichen Folgen dieser Sucht mit erleben. Bereits 2005 war unter den 10 Rauschgifttoten in der Stadt Leipzig einer mit der Kombination Methadon und Flunitrazepam. Die Bereitschaft der Patienten, vom Flunitrazepam-Missbrauch wegzukommen, besteht nur bedingt. Die Patienten haben zum Teil eine längere Drogen-Anamnese und können sich kaum vorstellen, auf die Substanz zu verzichten. Daneben geben sie immer wieder an, eine Dosisreduktion anzustreben, was jedoch allein kaum möglich ist. Das Medikament wurde von mir immer auf Privatrezept verordnet und somit nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse, was die Patienten widerspruchslos hingenommen haben. Da ein Großteil der Patienten von der Arzneimittelzuzahlung befreit ist, dürfte das Aufsuchen eines anderen Arztes bei Verschreibungsverweigerung unproblematisch sein. Die Apotheken haben mich auch wiederholt angerufen und mir mitgeteilt, dass von einem bestimmten Patienten Flunitrazepam-Rezepte von mehreren Ärzten vorliegen würden.

Rezeptfälschungen kamen in Einzelfällen ebenfalls vor. Des Weiteren durfte ich von den Apothekern erfahren, dass es zu einem deutlichen Anstieg der Flunitrazepamverschreibungen in Leipzig gekommen sei und damit zu erheblichen Umsatzsteigerungen. Wie mir die Abhängigen mitteilten, muss man auf dem Drogen-Schwarz-Markt in Leipzig mittlerweile für eine Tablette Flunitrazepam 5 bis 7 EUR bezahlen, so dass erhebliche kriminelle Geschäfte mit der Substanz betrieben werden. Daneben teilte man mir mit, dass Ärzte gegen bestimmte Leistungen das Medikament aufschreiben und Apotheker unter bestimmten Bedingungen auch ohne Rezept das Medikament aushändigten. Entsprechende Maßnahmen gegen solche Praktiken wurden in Leipzig schon durchgeführt. Aus diesen persönlichen Erfahrungen muß ich schlußfolgern, dass Flunitrazepam ein gefährliches Arznei- und Suchtmittel ist, was in der Drogenszene in vielfältiger Weise missbräuchlich verwendet wird und zu schweren Sucht- und Entzugserscheinungen mit lebensgefährlichen Komplikationen führt. Da Flunitrazepam in seinem Indikationsbereich als Schlafmittel jederzeit durch andere Medikamente mit geringeren Nebenwirkungen, wie Benzodiazepinrezeptoragonisten Zolpidem und Zopiclon ersetzt werden kann, sollte Flunitrazepam besonders in der Tablettenform vom deutschen Arzneimittelmarkt entfernt werden. Flunitrazepam muss als ein gefährliches Suchtmittel bezeichnet werden und sollte wie in den USA als „Droge“ behandelt und verboten werden. Damit könnte Flunitrazepam eines Tages das gleiche Schicksal haben wie Heroin, welches 1898 von der heutigen Bayer AG als hochwirksames Schmerz- und Hustenmittel auf den Markt gebracht und 1931 nach massivem Druck, nachdem die schweren Folgen der Sucht sichtbar wurden, vom Markt genommen wurde. Heroin hatte bei den damals beschränkten Möglichkeiten einer analgetischen Therapie und dem quälenden Husten tuberkulös-schwindsüchtiger Patienten vielleicht noch eine Existenzberechtigung, Flunitrazepamtabletten haben diese nicht.

Literatur beim Verfasser
 Anschrift des Verfassers
 Dr. med. Lothar Markus
 Seeburgstraße 53, 04103 Leipzig

Richtlinie der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke

1. Die Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke gilt generell als kontraindiziert. Die Gefahr ist groß, dass auch eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen induziert wird.

2. Benzodiazepine sind kein Ersatz für eine psychosoziale Betreuung.

3. Schlafstörungen werden von Suchtkranken häufig geäußert. Ursachen von Schlafstörungen bei Suchtkranken können insbesondere sein:

- a) Beigebrauch von Kokain.
- b) Beigebrauch von Amphetamin und anderen stimulierenden Substanzen.
- c) Zu geringe Methadondosis bei der Substitution.
- d) Schlafstörungen im Rahmen der psychiatrischen Komorbidität.
- e) Schlafstörungen werden oft vorgetäuscht, um eine Medikation zu erlangen. Sind nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Behebung von Schlafstörungen unzureichend, können sedierende Antidepressiva oder niederpotente Neuroleptika indiziert sein (Chloralhydrat zeigt hier nur geringe Wirkung).

4. In seltenen Einzelfällen sollte die Indikation zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke unter strenger Kontrolle und ggf. nach Einholen einer Zweitmeinung erfolgen und dokumentiert werden.

5. Eine kombinierte Opiat-/Benzodiazepinabhängigkeit ist weitaus schwieriger zu behandeln als die Abhängigkeit von einer Arzneistoffgruppe. Der Entzug kann zu schwerwiegenden langandauernden psychopathologischen Auffälligkeiten führen. Er solle stationär durchgeführt werden.

Im Folgenden sind die von der Sächsischen Landesärztekammer mit der Sächsischen Apothekerkammer abgestimmten Handlungsempfehlungen für die Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an Betäubungsmittelabhängige dargestellt:

Handlungsempfehlungen der Sächsischen Landesärztekammer in der Abstimmung mit der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an Betäubungsmittelabhängige

1. Situationsbeschreibung

Trotz umfangreicher Informationen, Leitlinien, Hinweise und Fortbildungsveranstaltungen wird immer wieder deutlich, dass einzelne Ärztinnen und Ärzte gehäuft benzodiazepinhaltige Arzneimittel betäubungsmittelabhängigen Personen verordnen bzw. diese Substanzen in Apotheken auch bei gefälschten Rezepten abgegeben werden. Die Verordnungspraxis dieser Ärzte und das Vorgehen dieser Apotheker zeigt häufig Unwissenheit und mangelndes Problembewusstsein, was durch die verschiedenen bzw. abgegebenen Mengen, die Verschreibungsfrequenz sowie die teilweise hohe Anzahl der Patienten deutlich wird. Darüber hinaus hat sich in Einzelfällen gezeigt, dass Ärzte aufgrund des massiven Drucks, der zum Teil seitens der Patienten ausgeübt wird, diese Verordnungen vorgenommen haben. Neben der Tatsache, dass diese Verordnungen medizinisch mehr als umstritten sind, stellt sie die Apotheker immer wieder vor die Frage, ob diese Verordnungen überhaupt beliefert werden dürfen.

Durch Informationen der Polizei sowie aus der Drogenszene selbst ist bekannt, dass auf dem Schwarzmarkt verschreibungspflichtige, psychotrope Medikamente und hier insbesondere auch die Benzodiazepine in zunehmendem Maße erhältlich sind. Besonders beliebt in der Szene ist das Flunitrazepam (Rohypnol®). Es hat sich gezeigt, dass bei den untersuchten sogenannten Drogentodesfällen im Einzelfall nicht nur die Opiatüberdosierungen todesursächlich sind, sondern im besonderen Maße Benzodiazepine (und Alkohol). So hat beispielsweise das Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig für den Großraum Leipzig in den Jahren 2000 bis 2002 insgesamt 22 Todesfälle eindeutig auf eine akute Heroin-Intoxikation zurückgeführt. Der Anteil der Fälle mit zusätzlichem Nachweis von Benzodiazepinen – insbesondere Flunitrazepam – und/oder Methadon ist ab 2001 stark angestiegen.

Das hohe Missbrauchspotential der Substanzen wird häufig unterschätzt und die Verordnung findet teilweise unter der Vorstellung statt, dass mit Benzodiazepinen – insbesondere Flunitrazepam – eine Substitutionsbehandlung analog der Substitution mit Methadon/L-Polamidon durchzuführen ist.

Besonders problematisch ist dieses Verordnungsverhalten bei Patienten, die bei einem anderen Arzt in einer qualifizierten Substitutionsbehandlung sind.

2. Grundsätze bei der Behandlung von drogenabhängigen Patienten

Folgende Grundsätze sollten bei der Behandlung von drogenabhängigen Patienten Anwendung finden:

- Die Führung von drogenabhängigen Patienten sollte in der Hand eines Arztes liegen, der sich durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen hierfür qualifiziert hat (zum Beispiel Suchtmedizinische Grundversorgung).
- Die Behandlung von drogenabhängigen Patienten sollte in enger Kooperation mit dem Suchtkrankenhilfesystem erfolgen.
- Die medikamentengestützte Behandlung drogenabhängiger Patienten ist nur ein Teil eines umfassenden biopsychosozialen Therapiekonzeptes.
- Eine qualifizierte Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten erfolgt mit Methadon (als Rezepturarzneimittel oder Fertigarzneimittel)/Levomethadon (L-PolamidonR) oder Buprenorphin (SubutexR) als Mittel der Wahl; in anders nicht behandelbaren Ausnahmefällen darf der Arzt Codein oder Dihydrocodein verschreiben.
- Die Verordnung von Benzodiazepinen sollte nur bei entsprechenden psychiatrischen Krankheitsbildern erfolgen und wenn dies zur Vermeidung von Komplikationen (wie zum Beispiel epileptischen Anfällen) unbedingt notwendig ist.
- Es gibt keine medizinische Indikation für eine Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten mit Benzodiazepinen! Benzodiazepine können – pharmakologisch betrachtet – keine Opiate ersetzen.

Drogenabhängige Patienten, bei denen eine medikamentengestützte Behandlung indiziert ist, weisen häufig neben dem Opiatgebrauch ein polytoxikomanes Konsummuster auf. Im Rahmen einer qualifizierten Substitutionsbehandlung werden Ärztinnen und Ärzte mit Patienten konfrontiert, die zum Teil eine bestehende Benzodiazepinabhängigkeit bzw. einen bestehenden intensiven Missbrauch aufweisen. Ein Teilziel

der qualifizierten medikamentenunterstützten Behandlung dieser Patienten ist die Verhinderung bzw. Verminderung des unkontrollierten Konsums weiterer Substanzen neben dem Opiat.

3. Einstellung der Patienten auf Methadon/Levomethadon

Bei Patienten mit Drogenabhängigkeit sollte die ambulante Einstellung auf Methadon/Levomethadon/Buprenorphin unter Beachtung folgender Empfehlungen stattfinden:

- Wegen der zu erwartenden Schwierigkeiten sollte Kontakt mit einem in diesem Bereich erfahrenen (niedergelassenen) Kollegen aufgenommen werden. Es ist zu prüfen, ob eine stationäre Einstellung erforderlich ist.
- Abgabe des verordneten Medikaments in der benötigten Tagesdosis; in der Regel Vergabe unter Sichtkontrolle in der Praxis.
- Regelmäßige Kontrolle eines Beigebrauchs weiterer Substanzen (wie Alkohol, Amphetamine, Barbiturate, Codein, Heroin, Kokain)
- Erstellung und sorgfältige Dokumentation eines Zeit- und Abdosierungsschemas für den ambulanten Entzug (kann zum Teil mehrere Wochen dauern).
- Bei unbedingt notwendigen, nicht vermeidbaren Verschreibungen von Benzodiazepinen an betäubungsmittelabhängige Patienten sollte das Rezept mit dem Zusatz „necesse est“ gekennzeichnet werden.

4. Vorgehen in Apotheken

„Enthält eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum, ist sie unvollständig oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Arzneimittel nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist.“ (§ 17 Abs. 5 Satz 2 ApBetrO)

Von einem Irrtum kann beispielsweise ausgegangen werden,

- bei gleichzeitiger Verordnung eines Benzodiazepins und eines Substitutionsmittels,
- bei Verordnung eines Benzodiazepins oder eines anderen ausgenommenen Stoffes der Anlage III Betäubungsmittelgesetz auf „normalem“ Rezept,
- wenn dem verordnenden Arzt vermutlich unbekannt ist, dass der betroffene Patient gleichzeitig anderweitig ärztlich behandelt wird und dadurch

Mehrfachverordnungen des gleichen Arzneimittels oder Verordnungen sich in ihren Wirkungen gegenseitig beeinflussender Arzneimittel erwirkt. Bedenken können sich aber auch ergeben, wenn angenommen werden muss, dass die Verordnung in Kenntnis der beispielhaft genannten Tatbestände erfolgt ist. In solchen Fällen hat der Apotheker mit dem verordnenden Arzt Rücksprache zu nehmen mit dem Ziel, dass die Verordnung abgeändert oder aber der Verdacht des Irrtums oder des Verstoßes gegen die Regeln der ärztlichen Kunst ausgeräumt wird.

Bei begründetem Missbrauchsverdacht darf die Verschreibung nicht ausgeführt werden (§ 17 Abs. 8 Satz 2 ApBetrO). Vielmehr ist hier das Regierungspräsidium Leipzig, Referat Veterinärwesen, Lebensmittelüberwachung und Pharmazie, zu informieren, das seinerseits mit der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt und ggf. mit der zuständigen Ärztekammer Kontakt aufnehmen wird, um die Begründetheit der Verschreibung zu eruieren.

Die Pflicht, vor der Abgabe Unklarheiten zu beseitigen, kann insoweit Vorrang vor der Verpflichtung des Apothekers zur Verschwiegenheit haben.

5. Weiteres Vorgehen der Ärztekammer Erlangt die Sächsische Landesärztekammer Kenntnis von Verstößen gegen diese Handlungsempfehlung, nimmt die Beratungskommission „Sucht und Drogen“ der Sächsischen Landesärztekammer Kontakt mit dem Arzt auf.

Sollte es sich zeigen, dass es keine plausible Begründung für die Verordnung gibt oder Uneinsichtigkeit besteht, erfolgt ein schriftlicher Hinweis an den Arzt. Bleibt das beanstandete Verordnungsverhalten weiter bestehen, erfolgt durch die Sächsische Landesärztekammer die Einleitung berufsrechtlicher Schritte.

6. Inkrafttreten und Veröffentlichung Die Handlungsempfehlung tritt am 01. Juli 2004 in Kraft und wird im Ärzteblatt Sachsen und im Informationsblatt der Sächsischen Landesapothekerkammer veröffentlicht.

Dresden, 26. Mai 2004
Sächsische Landesärztekammer
gez. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dresden, 28. Mai 2004
Sächsische Landesapothekerkammer
gez. Friedemann Schmidt
Präsident