

## 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 niederpo-

tente 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 Ordnungsverhalten 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 Bildungsmaßnahmen 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 Therapie-Konzeptes.
- Eine qualifizierte Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten erfolgt mit Methadon (als Rezepturarztneimittel oder Fertigarzneimittel)/Levomethadon (L-Polamidon<sup>®</sup>) oder Buprenorphin (Subutex<sup>®</sup>) 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 Medikamentes 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 Ordnungsverhalten 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