

Schwarzmarkt durch verordnete Benzodiazepine

Es mehren sich Informationen aus verschiedenen Regionen Sachsens, insbesondere aus Ostsachsen und großstädtischen Regionen, über steigende Schwarzmarktangebote von Benzodiazepinen. Aktuell hat ein Verwaltungsgericht in einem solchen Fall das Verschreibungsverhalten eines Arztes sogar als schweres Fehlverhalten beurteilt und eine Klage des Arztes gegen den Entzug der Approbation durch die Landesbehörde abgelehnt. Zugleich fallen in einigen Praxen Asylbewerber auf, die (teilweise sehr aggressiv) Verordnungen für Benzodiazepine, aber auch für andere Substanzen mit Suchtpotenzial fordern. Hier wird häufig Rivortril mit der Begründung ver-

langt, dass dieses das gewohnte Präparat sei. Dabei werden auch nacheinander unterschiedliche Praxen angelaufen oder nach Erstverordnung rezeptierende Kollegen zu Folgeverordnungen nachdrücklich genötigt, wobei Dosierung und rezeptierte Menge jedes vertretbare Maß übersteigen. Als Beispiel wird hier ein Fall aus Ostsachsen angeführt, bei dem für einen Asylbewerber 700 Tabletten Rivortril zu 2 mg zwischen dem 27. April und 18. August 2015 – durch verschiedene Fachärzte – zur Verordnung kamen! Die Verordnungsforderungen begrenzen sich aber nicht auf Rivortril, es werden auch andere Benzodiazepine gewünscht. Häufig wird geschildert, dass auf der Passage durch Europa bis nach Deutschland in anderen Ländern sehr freizügig Benzodiazepine ordiniert wurden. Das ist aber weder nachprüfbar noch maßgeb-

lich! Was für Bürger in Sachsen gesundheitlich abträglich ist, kann für Asylbewerber keine qualifizierte Verordnung sein. Deshalb verweisen wir nachdrücklich auf die im Jahr 2013 novellierte Benzodiazepinverordnungsrichtlinie, die Sie auf den Folgeseiten finden. Es gibt keine Indikation für eine mehrwöchige oder Langzeitverordnung von Benzodiazepinen, weder in niedriger noch in hoher Dosis. Bei vorhandener psychiatrischer Indikation kann ambulant im Fall eines Entzugs von Benzodiazepinen die Verordnung von Mitteln wie Carbamazepin oder Oxcarbazepin infrage kommen. Eine Verordnung von Pregabalin oder Gabapentin verbietet sich jedoch eindeutig wegen des immanenten Missbrauchsrisikos. Unruhe- und Erregungszustände können eine Indikation für schwache potente Neuroleptika darstellen, bei Vor-

liegen von Angstzuständen und Compliance der Patienten kann eine Verordnung von Selektiven Serotonin Wiederaufnahme Hemmer (SSRI) zweckmäßig sein.

Niedergelassene Kollegen sollen mit diesen Hinweisen auf die immanenten Risiken bei der Verordnung von Benzodiazepinen mit ihren daraus resultierenden Folgen auf die Arzt-Patient-Beziehung aufmerksam gemacht werden. Wenn es um Substanzen mit erheblichem Suchtpotenzial geht, ist es häufig sehr schwierig, eine in guter Absicht geöffnete Tür fehlerhafter Verordnung später wieder zu schließen.

Dr. med. Frank Härtel
Suchtbeauftragter der Sächsischen
Landesärztekammer

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

1. Die Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke ist grundsätzlich 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 gegebenenfalls nach Einholen einer Zweitmeinung erfolgen und dokumentiert werden. Es sind die geringsten Wirkstoffmengen und die kleinsten Packungsgrößen zu verordnen.

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

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

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

1. Situationsbeschreibung

Trotz umfangreicher Informationen, Leitlinien, Hinweise und Fortbildungsveranstaltungen wird immer wieder deutlich, dass einzelne Ärzte gehäuft benzodiazepinhaltige Arzneimittel für betäubungsmittelabhängige Personen und andere Suchtkranke verordnen bzw. von den Betroffenen Versuche unternommen werden, sich diese Substanzen mit gefälschtem Rezept in Apotheken zu beschaffen. Die Verordnungspraxis dieser Ärzte und die nachfolgende Abgabe durch die Apotheker und ihre Mitarbeiter zeigen häufig Unwissenheit und mangelndes Problembewusstsein, was durch die verschriebenen 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.

Es ist Tatsache, dass diese Verordnungen medizinisch kontraindiziert sind.

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. Es hat sich gezeigt, dass bei den untersuchten sogenannten Drogentodesfällen im Einzelfall nicht nur die Opiatüberdosierungen todesursächlich sind, sondern im besonderen Maße der zusätzliche Beigebrauch von Benzodiazepinen, Alkohol und anderen Mittelkombinationen. Das hohe Missbrauchspotenzial der Substanzen wird häufig unterschätzt und die Verordnung findet teilweise unter der Vorstellung statt, dass mit Benzodiazepinen eine Substitutionsbehandlung erleichtert werden kann.

Besonders problematisch ist die Verordnung von Benzodiazepinen bei Patienten, deren Opiatsubstitution durch einen anderen Arzt nicht sicher ausgeschlossen ist.

2. Grundsätze bei der Behandlung Suchtkranker

Folgende Grundsätze sollten bei der Behandlung Suchtkranker Anwendung finden:

- Die Führung dieser 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. Psychosoziale Begleitung ist regelhaft indiziert.

*Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter im Sinne der Gleichbehandlung angesprochen.

- Eine qualifizierte Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten erfolgt gemäß § 5 BtMVV in der jeweils geltenden Fassung mit den dort zugelassenen bzw. aufgeführten Substitutionsmitteln.
- 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. Das Rezept sollte den Zusatz „necesse est“ erhalten.
- Es gibt **keine** medizinische Indikation für eine Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten mit Benzodiazepinen! Benzodiazepine können – pharmakologisch betrachtet – keine Opiate ersetzen.

Drogenabhängige Patienten weisen häufig neben dem Opiatgebrauch ein **polytoxikomanes Konsummuster** auf. In Vorbereitung einer qualifizierten Substitutionsbehandlung werden Ärzte mit Patienten konfrontiert, die zum Beispiel eine bestehende Benzodiazepinabhängigkeit bzw. einen bestehenden intensiven Missbrauch aufweisen.

Ein vorbedingendes Teilziel der qualifizierten medikamentenunterstützten Behandlung dieser Patienten ist die Verhinderung des Konsums weiterer Substanzen neben dem Substitut. Polytoxikomanie ist eine Kontraindikation der Opiatsubstitution.

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, der zugelassenen ärztlich geleiteten

ambulanten Einrichtung oder der Apotheke.

- Regelmäßige Kontrolle eines Beigebrauchs weiterer Substanzen (wie zum Beispiel Alkohol, Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Codein, Heroin, Kokain).
- Erstellung und sorgfältige Dokumentation eines Zeit- und Abdosierungsschemas für den ambulanten Entzug (kann zum Teil mehrere Wochen dauern).

4. Vorgehen in Apotheken

„Enthält eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar 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 oder sonstigen Bedenken 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,
- bei häufiger Vorlage von Verordnungen über Benzodiazepine bzw. Selbstmedikation dieser Wirkstoffe durch Ärzte selbst,
- wenn dem verordnenden Arzt vermutlich unbekannt ist, dass der betroffene Patient gleichzeitig anderweitig ärztlich behandelt wird und dadurch Mehrfachverordnungen des gleichen Arzneimittels erfolgen oder sich verordnete Arzneimittel gegenseitig in ihren Wirkungen beeinflussen.

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 den Stand der medizinischen Wissenschaft ausgeräumt wird. Bei der ärztlichen Verordnung zum Eigenbedarf informiert

der Apotheker bei Missbrauchsverdacht die Sächsische Landesapothekerkammer.

Bei begründetem Missbrauchsverdacht darf die Verschreibung nicht ausgeführt werden (§ 17 Abs. 8 Satz 2 ApBetrO). Vielmehr ist hier die Landesdirektion Sachsen, Standort Leipzig, Referat Veterinärwesen, Lebensmittelüberwachung und Pharmazie, GMP Inspektorat, zu informieren, das seinerseits mit dem verordnenden Arzt und gegebenenfalls mit der zuständigen Ärztekammer Kontakt aufnehmen wird, um die Begründung der Verschreibung zu eruieren. Die Pflicht, vor der Abgabe Unklarheiten zu beseitigen, kann insoweit Vorrang vor der Verpflichtung des Apothekers zur Verschwiegenheit haben (rechtfertigender Notstand nach §§ 203, 34 StGB).

5. Weiteres Vorgehen der Ärztekammer

Erlangt die Sächsische Landesärztekammer Kenntnis von Verstößen gegen diese Handlungsempfehlung, nimmt die Kommission „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. Auch kann die zuständige Landesdirektion nach Kenntnisnahme gemäß § 13 BtMG prüfen, ob ein weiter zu sanktionierender Verstoß vorliegt.

6. Inkrafttreten und Veröffentlichung

Die Handlungsempfehlung tritt am 1. Juli 2013 in Kraft und wird im „Ärzteblatt Sachsen“ und im Informationsblatt der Sächsischen Landesapothekerkammer veröffentlicht.

Dresden, 19. Juni 2013
Sächsische Landesärztekammer
gez. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

Dresden, 10. Juni 2013
Sächsische Landesapothekerkammer
gez. Friedemann Schmidt, Präsident