

ZUM THEMA

Achtung Arzthopper!

Was Ärzte bei der Fentanylverschreibung beachten sollten

Beim ÄKBV häufen sich Kopien von Schreiben des Referats für Gesundheit und Umwelt der Stadt München (RGU) an Ärzte. Der Inhalt: Die Mediziner sollen ärztlich unbegründet Fentanyl-Pflaster verordnet haben. Das Problem: Drogensüchtige können opioidhaltige Pflaster auskochen und sich den betäubungsmittelhaltigen Sud spritzen – ein gefährliches Unterfangen, an dem bereits viele gestorben sind. Zudem machen sich Ärzte, die zu leichtfertig verordnen, strafbar. Beidem will das RGU entgegenwirken: Seit 2013 werden alle Fentanyl-Rezepte, die unter 50-Jährigen in München verschrieben werden, geprüft. Mitarbeiter des RGU erklären, wie sich strafrechtliche Folgen für Ärzte vermeiden lassen, ohne den eigenen Behandlungsauftrag zu vernachlässigen.

Es ist Freitagnachmittag kurz vor fünf Uhr. Vor der Allgemeinärztin Dr. Andrea Fichtner sitzt die 27-jährige Christina Bauer (Namen von der Redaktion geändert). Sie klagt über starke Rückenschmerzen wegen ihres Bandscheibenvorfalles. Ihr eigentlicher Arzt sei gerade im Urlaub. Das einzige, was helfe, seien Fentanyl-Pflaster. Die aber seien ihr gerade ausgegangen und jetzt wisse sie nicht, wie sie das Wochenende überstehen solle. Fichtner betrachtet die gepflegt wirkende Patientin: Sie sieht wirklich leidend aus und bewegt sich nur sehr vorsichtig. Das Wartezimmer ist noch immer voll. Dabei sind die Koffer schon gepackt für den eigenen Urlaub. Also verschreibt sie der Patientin kurzerhand die gewünschten Pflaster. Ein Fehler, denn was Fichtner nicht weiß: Christina Bauer ist drogensüchtig und eine bekannte „Arzthopperin“. Immer wieder erzählt sie unterschiedlichen Ärzten die gleiche Geschichte.

Rezeptkontrollen bei allen Patienten unter 50 Jahren

„Drogensüchtige sind oft genau informiert, was sie einem Arzt am besten sagen und können ihr Anliegen äußerst glaubhaft darlegen“, sagt Dr. Sabine Drubba, Ärztin beim RGU. Sie prüft, ob die Verordnungen von Betäubungsmitteln ärztlich begründet sind. Seit Anfang letzten Jahres führt das RGU dazu routinemäßig Kontrollen in Apotheken durch: Alle Fentanyl-Rezepte von unter 50-Jährigen werden genau unter die Lupe genommen. Arzthopper wie Christina Bauer fallen den RGU-Mitarbeitern Martin Kellner und Sabine Surek sofort ins Auge.

Sie sind für die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs verantwortlich. Aber auch bei anderen Namen prüft das RGU das Vorgehen der Ärzte bei der Verschreibung: Sind die BtM-Verordnungen formal korrekt? Das heißt: Enthalten die Rezepte alle erforderlichen Angaben wie Name und Anschrift des Patienten, Angaben zur Wirkstoffmenge, zur Menge der verordneten Pflaster, eine Gebrauchsanweisung sowie Name, Anschrift und Telefonnummer des Arztes? Dazu werden die betroffenen Ärzte angeschrieben und etwa um Befunde gebeten. Nach dieser formalen Überprüfung geht es um die Frage, ob die Verschreibung nachvollziehbar ärztlich begründet war. Wurden die Patienten also körperlich untersucht, zum Beispiel auf Einstichstellen oder klebte bereits ein Pflaster? Wurde evtl. ein Drogenschnelltest vorgenommen? Welche Menge an Pflastern wurde zuletzt und in welcher Dosierung verschrieben? Und vor allem: Wurde das Vorgehen ausreichend genau dokumentiert? Denn an einer aussagekräftigen Dokumentation mangelt es laut Drubba besonders häufig.

Pflaster nur, wenn der Patient nicht schlucken kann

Ärzte, deren Verordnung nach genauer Prüfung ärztlich unbegründet war, werden informiert, dass die Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr beschränkt oder untersagt werden kann. Überdies werden die Staatsanwaltschaft sowie die Berufsaufsicht informiert. Das verwaltungsrechtliche Verfahren beim RGU kann dann zwar noch eingestellt werden. Dafür bedarf es einer schriftlichen Zusicherung des Arztes, dass der betreffende Patient den Wirkstoff nicht mehr verschrieben bekommt. Das Strafverfahren aber bleibt bestehen. Bei den meisten Medizinerinnen löst dies natürlich Besorgnis aus: Wenn man sich so schnell strafbar macht – warum dann überhaupt noch Fentanyl-Pflaster verschreiben?

In der Tat werden Fentanyl-Pflaster nach Ansicht Drubbas oft zu leichtfertig verordnet: „Sie sind in der Regel nur dann indiziert, wenn der Patient nicht mehr schlucken kann oder die gastrointestinale Resorption gestört ist.“ Denn die Abgabe

des Wirkstoffs ist schwerer steuerbar als etwa bei oraler Gabe retardierter Opioide. Der Wirkstoff bildet ein Depot unter der Haut und wirkt auch nach Entfernung des Pflasters noch stundenlang weiter. Zudem wirkt Fentanyl mindestens 80-mal stärker als Morphin. Bei den meisten nicht tumorbedingten, chronischen Schmerzen sollte daher gründlich geprüft werden, ob nicht alternative medikamentöse Therapien eine Schmerzreduktion erzielen können. Überdies sollten die häufig vorhandenen, Schmerz



© Focus Pocus LTD – Fotolia

verstärkenden biopsychosozialen Komorbiditäten in der Therapie berücksichtigt werden (siehe AWMF-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen – LONTS). „Eine Überprüfung, welches Schmerzmittel im jeweils konkreten Fall geeignet ist, findet leider oft nicht statt“, beklagt Drubba.

Genaue Anamnese und Untersuchung durchführen

Was also tun? Auch wenn sie den Zeitdruck von Ärzten im Praxisalltag nachvollziehen kann, Drubba empfiehlt eine Schmerzanamnese mit einem einfachen Fragebogen: Wo, seit wann und wie tritt der Schmerz auf? Wie ist seine Stärke (zum Beispiel mittels Numerischer Ratingskala – NRS) und seine Qualität (brennend, stechend, dumpf, drückend)? Was macht ihn schlechter, was besser? Welche therapeutischen Maßnahmen wurden bisher durchgeführt? Wann und von wem wurde das letzte Rezept ausgestellt? Sie empfiehlt, den Patienten genau zu beobachten und sich nicht drängen zu lassen. Vor jeder Verschreibung müsse eine zumindest orientierende körperliche Untersuchung stehen: Leidet der Patient tatsächlich an einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung? Gibt es irgendwo Einstichstellen am Körper, nicht nur in der Ellenbeuge, sondern zum Beispiel auch am Knöchel, zwischen den Fingern oder in der Leistengegend? Um sich abzusichern, könne man einen

Drogenschnelltest durchführen und sich eine Schweigepflichtsentbindung geben lassen, um sich beim vorherigen Arzt oder Apotheker zu informieren. Neue Pflaster solle man in der Regel nur gegen Rückgabe der alten gebrauchten Pflaster verordnen und erst mal möglichst wenige verschreiben. „Apotheker sind grundsätzlich verpflichtet, auch einzelne Pflaster auszugeben, was leider nicht immer gemacht wird“, sagt die Medizinerin. Wer als Arzt regelmäßig Kollegen im Urlaubsfall vertritt, kann sich vorher die Patienten, die regelmäßig BtM verschrieben bekommen, übergeben lassen. „In jedem Fall braucht es klare Regeln, die man dem Patienten von Anfang an kommunizieren sollte“, sagt Drubba. Dazu gehört auch, dass vor einer zweiten Verordnung aussagekräftige Befunde vorliegen müssen und dass es erst mit Ablauf der Reichdauer ein weiteres Rezept gibt (weitere Vorgaben s. Kasten).

Die Beladung ist entscheidend

Ärzte sollten sich aber auch selbst gut über opioidhaltige Analgetika und ihre verschiedenen Darreichungsformen informieren: „Fentanyl als Pflaster ist ein Retard-Präparat und wirkt erst nach 12 bis 24 Stunden, hilft also nicht gegen akute Schmerzen“, erklärt Drubba. Zudem ist es in Form einfacher transdermaler und als Matrixpflaster erhältlich. Letztere lassen sich zwar prinzipiell teilen, die Dosierung ist bei diesem Vorgehen aber nicht

zuverlässig berechenbar, und die Pflaster gibt es in Dosierungen von 12,5 bis 150 Mikrogramm pro Stunde. Und auch nach mehrtägigem Gebrauch ist in den Pflastern noch zwischen 30 und 85 Prozent des Wirkstoffs vorhanden. Matrixpflaster enthalten aufgrund ihres Aufbaus bei gleicher Dosierung sehr viel mehr Wirkstoff als andere transdermale Pflaster. Deshalb sind diese bei Drogenabhängigen besonders beliebt. Neben der Art des Pflasters ist der Hersteller entscheidend: Die „Beladung“ eines Pflasters mit einer Resorption von 100 Mikrogramm Wirkstoff pro Stunde kann zwischen 10 und mehr als 23 mg schwanken. Daher sollten Ärzte auf dem Rezept auch immer die Beladung vermerken.

Ein besonders gefährliches „Superheroin“

„Es geht nicht darum, die Opioidtherapie zu verteufeln“, sagt Drubba. „Jeder Schmerzpatient hat das Recht auf eine adäquate Therapie. Und: es gibt auch drogenabhängige Patienten mit Schmerzen, welche behandelt werden müssen.“ Das RGU nimmt die Verordnungen vor allem deshalb so genau unter die Lupe, weil ein Missbrauch schlimme Folgen haben kann: Bis Ende Juli gab es in München bereits 36 Drogentote – um einiges mehr als zum gleichen Zeitpunkt im Vorjahr (26) und 2013 (31). Und Fentanyl steht dabei nach Heroin an zweiter Stelle der todesverursachenden Substanzen. Zwar geht die Zahl der Fälle in letzter Zeit zurück – auch, weil viele Ärzte mittlerweile Bescheid wissen und zurückhaltender verschreiben. Doch noch immer sterben zu viele an dem Stoff. Denn keiner kann sagen, wie viel Fentanyl sich nach dem Aufkochen in dem Sud befindet, und so kommt es schnell zu einer Überdosierung, vor allem bei Mischintoxikationen mit anderen Stoffen. Zudem setzt die Wirkung bei Fentanyl so schlagartig ein, dass Betroffene meist keine Hilfe mehr holen können. Zwei der von Drubba identifizierten Arzthopper sind dieses Jahr bereits an ihrem Drogenmissbrauch gestorben. „In einer Befragung mehrerer Münchner Kontaktläden für Drogenabhängige gaben erstaunlich viele an, dass sie bereits einmal eine Überdosierung mit Fentanyl überlebt hatten“, erzählt Josef Gallas, der beim RGU die Koordination für Psychiatrie und Suchthilfe übernimmt. Trotzdem sei die Versuchung für Süchtige groß, die Pflaster zu benutzen. Die geringen Kosten und der gefällige Rausch – in



Die RGU-Mitarbeiter Josef Gallas, Dr. Sabine Drubba und Sabine Surek (v.l.n.r.). Foto: RGU

den USA wird Fentanyl auch als „Superheroin“ bezeichnet – lässt sie das Risiko eingehen. Der Verkauf von Pflastern hilft auch dabei, die eigene Sucht zu finanzieren: Aktuell liegt der Schwarzmarktpreis für ein Pflaster à 100 Mikrogramm pro Stunde bei etwa bei 60 bis 80 Euro.

Es drohen harte Konsequenzen

„Wir wählen möglichst das geringst einschneidende Mittel, um sicherzustellen, dass der Arzt oder die Ärztin das Mittel nicht mehr unbegründet verschreibt“, sagt Sabine Surek, die gemeinsam mit Kellner und anderen Kollegen die formale Prüfung der Verschreibungen übernimmt. In der Regel genügt schon eine schriftliche Unterlassungserklärung des Arztes, dass er der betreffenden Person kein Betäubungsmittel mehr verschreiben wird. In schwereren Fällen kann das RGU dem Arzt allerdings auch die weitere „Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr“ untersagen – will heißen, der Arzt darf keine Betäubungsmittel mehr verschreiben. Doch selbst wenn sie sich einsichtig zeigen und die verwaltungsrechtlichen Maßnahmen damit eingestellt werden, geht es für die betroffenen Mediziner unangenehm weiter, denn die RGU-Mitarbeiter müssen jeden Verdachtsfall an die Staatsanwaltschaft weiterleiten. Die Konsequenzen daraus sind unterschiedlich: Häufig wird das Verfahren wegen geringem öffentlichen Interesse eingestellt. In schweren Fällen kann es aber auch zu einer Geldstrafe und berufsrechtlich bis hin zum Entzug der Approbation kommen.

Das RGU hilft und berät

Drubba betont: „Wenn sorgfältig gehandelt und alles dokumentiert wurde, dann ist die Verschreibung meist ärztlich begründet“ – auch, wenn sich hinterher ergibt, dass man einer Betrügerin wie Christina Bauer auf den Leim gegangen ist. Ansonsten gilt leider der Grundsatz: Was nicht dokumentiert ist, ist auch nicht geschehen. Hat man aber in der Eile am Freitagnachmittag die Dokumentation vergessen oder ist nicht dazu gekommen, kann man sie immer noch „zeitnah“ nachholen – solange die Akte noch nicht bei den Behörden ist. Wichtig ist, dass eine Nachdokumentation als solche mit Datum und Handzeichen gekennzeichnet ist. „Die Angaben müssen aber glaubhaft sein“, sagt Kellner. „Wenn sich jemand nach einem Jahr noch an die Farbe des Klei-

dungsstücks erinnert, wirkt dies eher unglaubwürdig“. Zu einer Selbstanzeige rät das RGU nicht, denn sobald ein Verdacht besteht, müssen die Mitarbeiter diesen an die Staatsanwaltschaft weitergeben. Wer Fragen hat, kann sich aber – auch anonym – bei den Mitarbeitern des RGU informieren (Kontaktdaten s. Kasten).

„Ein Arzt hat natürlich einen Behandlungsauftrag. Also muss man einen Weg finden zwischen dem Helfenwollen und einem zu restriktiven Vorgehen“, sagt Drubba. „Patienten etwa mit starken Tumorschmerzen müssen auch weiterhin gut versorgt werden“. Statt einfach die gewünschten Pflaster an Unbekannte zu verschreiben, sollten Ärzte sich aber die Zeit nehmen, jeden Fall ausreichend zu prüfen und, wo nötig, Patienten an eine suchtmittelmedizinische Praxis zu verweisen. „Wir sollten uns immer im Klaren darüber sein, dass es sich auch bei Drogensüchtigen um

chronisch kranke Menschen handelt, die ärztlicher Hilfe bedürfen“.

Eine Sichtweise, die der Münchner Stadtrat spätestens 2010 mit der Forderung nach Drogenkonsumräumen eingenommen hat. Hier können Süchtige unter medizinischer Aufsicht Betäubungsmittel einnehmen. Mit dem Stadtratsbeschluss setzt sich die Landeshauptstadt München bei der bayrischen Landesregierung für den Erlass einer Rechtsverordnung ein, die dies – wie in Köln, Hamburg oder Berlin – ermöglicht. Das Fehlen dieser Rechtsverordnung ist laut Gallas der Grund, warum es in Bayern bislang keine Drogenkonsumräume gibt. Und auch Drubba ruft den Gesetzgeber zu Änderungen auf: „Es ist an der Zeit, dass das BtM-Recht reformiert wird“, sagt sie. „Es ist ein Unding, dass hier ein Arzt für seine Berufsausübung bestraft wird.“

Stephanie Hügl

Checkliste zur Fentanyl-Erstverschreibung

- Kurze Schmerzanamnese
 - Orientierende körperliche Untersuchung (Beschwerdebild, evtl. klebendes Pflaster und Einstichstellen)
 - In Vertretungssituation die bisherige Behandlung beim Hausarzt oder Apotheker prüfen, ggf. Schweigepflichts-entbindung
 - Bei geplanter Vertretung: Kurze Übergabe der BtM-Patienten mit Diagnose, Medikament, Dosierung und letzter Verordnung
 - Verifizierung der Indikation auch bei Vertretung
 - Bei Verdacht auf Drogenmissbrauch mit weiteren Substanzen (z.B. Benzodiazepine): Drogenschnelltest
 - Bei festgestellter Indikation: kleinstmögliche Menge (4 Pflaster) verschreiben oder am besten die Pflaster auseinzeln lassen; kleine bis mittlere Dosierung (bis 50 Mikrogramm pro Stunde) erwägen (Cave: Entzugerscheinungen!)
 - Wärmeeinwirkung verstärkt die Wirkstoffaufnahme und kann zu Überdosierung führen
 - Bereits bei Verordnung Reichdauer notieren
 - Nicht unter Druck setzen lassen
 - Schmerzpatienten haben auch eine Eigenverantwortung für die Medikation
 - Den eigenen gefährlichen (Pflaster-) Müll sicher entsorgen
- Klare Regeln von Anfang an kommunizieren*
- Neue Rezepte nur nach Abgabe der gebrauchten Pflaster
 - Ohne aussagefähige Befunde keine zweite Verordnung
 - Vorbefunde vor Ablauf der Reichdauer bzw. vor nächstem Patientenkontakt zuschicken lassen
 - Vor Ablauf der Reichdauer kein zweites Rezept
 - Ggf. Vorstellung in einer Schmerzambulanz/-klinik zur Überprüfung und Optimierung der Therapie
 - Keine Konsultationen ohne Termin („auf den letzten Drücker“)
- Kontakt bei Fragen:
Sabine Surek, Martin Kellner, Claudia Mack, Andreas Meßner (formale Prüfung): 089 233-37565, -37610, -37559 oder -37768, s-kva1.rgu@muenchen.de
Dr. Sabine Drubba (ärztliche Prüfung): 089 233-47864, infektionshygiene.rgu@muenchen.de