

Die Verordnung potenziell suchterzeugender Substanzen in der Hausarztpraxis

– eine Analyse von Verordnungen und deren Begründungen

Prescription of Substances with a Potential for Drug Dependency in Family Practice

– An Analysis of Prescriptions and Reasons for Prescribing

Kathrin Gencer¹, Heinz-Harald Abholz²

Hintergrund: Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial werden häufig und längerfristig verschrieben. Aktuelle Zahlen aus deutschen Hausarztpraxen liegen kaum vor. Gründe für die Verordnungen sind nicht analysiert.

Methode: In 15 Hausarztpraxen wurden mittels PC-Durchläufen alle Patienten mit Verordnungen von Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial erfasst. Diejenigen, die diese länger als 6 Wochen erhielten, wurden in Bezug auf Diagnosen, Dauer der Verordnung, Alter und Geschlecht sowie allen weiteren Psychopharmakaverordnungen analysiert. In einer Zufallsstichprobe von ca. 40 % der Verordnungen wurde jeder Arzt mittels Fragebogen zu seinen Verordnungsgründen, zur eigenen Einschätzung der Verordnung sowie Unterbrechungsversuchen, interviewt. Auf Basis dieser Angaben wurde das Verordnungsverhalten durch einen Psychiater und einen Allgemeinmediziner mit den Kategorien „indiziert“, „nachvollziehbar“ und „problematisch“ beurteilt. In den diskrepant beurteilten Fällen wurde auf Basis aller erhobenen Daten sowie – in kleiner Untergruppe – mittels mündlichen Interviews ein Konsensus herzustellen versucht.

Ergebnis: 15 Hausärzte nahmen teil, die 880 Patienten mit längerfristiger Verordnung von potenziell suchterzeugenden Substanzen in ihrem PC aufwiesen. 332 Patienten dieser wurden per Arzt-Fragebogen näher betrachtet. Die Rate der Langzeitverordnungen in Bezug auf die Gesamtpraxisgröße lag im Durchschnitt bei 3,9 % der Patienten. Ein Medikamentenmissbrauch wurde bei 60 % der Patienten konstatiert und zur Hälfte auch als Problem angesehen. Bei einem Viertel der Patienten wurde versucht, eine Entgiftung zu initiieren. Nur bei 16,9 % der Patienten lag nach Sicht der Hausärzte eine Dosissteigerung vor. 65,4 % der Patienten litten an psychischen, 34,9 % an schweren körperlichen Erkrankungen. Aus gemeinsamer Sicht der beiden Beurteiler waren

Background: Substances with a potential for drug dependency are often prescribed in family practice. Reasons for prescribing are rarely reported.

Methods: By a PC-search in 15 family practices all patients getting prescription of substances with a potential for substance abuse for more than 6 weeks were identified. Data on age, sex, other prescriptions of psychoactive drugs and duration of prescribing were extracted.

For random sample of nearly 40 % of the patients each family doctor was interviewed in relation to his prescribing, other diagnoses, indication for increase in dose, consultation of psychiatrist and trials to stop the use of the substances. A family doctor and a psychiatrist judged the appropriateness of the prescriptions.

In case of discrepant judgements, patients were discussed and – in a small group only – the prescribing doctors were interviewed to clarify some points.

Results: 15 family doctors (FD) took part, including their 880 patients with long-term prescriptions (> 6 weeks). A random sample of 332 patients was analysed in detail. The rate of long-term prescription was 3.9 %; 68 % received prescriptions for more than a year. The average age of patients was 74.4 years; 75.9 % were women. In 60 % the FP indicated a “misuse”, but in only half of these cases he/she considered this as a problem. In 16.9 % an increase in dose was notified. 34.9 % of the patients had a severe organic and 65.4 % a severe psychiatric disease. According to the judgement of the psychiatrist and the family doctor, 16.6 % of the Benzodiazepines and 40 % of the gabareceptor antagonists seemed to be medically “indicated” or “comprehensible” when knowing the circumstances of the prescription. The judging FD was more often judging “indicated” or “comprehensible”.

¹ Truppenärztin der Bundeswehr, Sanitätszentrum Kerpen

² Abt. für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Peer reviewed article, eingereicht: 05.01.2010; akzeptiert: 08.02.2010

DOI 10.3238/zfa.2010.0118

nur 16,6 % der singulären Benzodiazepinverordnungen „indiziert“ oder „nachvollziehbar“. Insgesamt bewertete der Allgemeinmediziner Verordnungen häufiger als „indiziert“ oder „nachvollziehbar“.

Schlussfolgerungen: Langzeitverordnungen von suchterzeugenden Substanzen müssen differenzierter gesehen werden als es quantitative Daten suggerieren. Das Problem längerfristiger Verordnungen sollte primär nicht als Wissensdefizit, sondern häufig als Ergebnis eines Abwägens zwischen unterschiedlich schlechten Lösungen angesehen werden.

Schlüsselworte: Sucht, Benzodiazepine, Verordnungen, Hausärzte

Hintergrund

Immer wieder wird darauf verwiesen, dass weitaus zu viele Psychopharmaka mit potenziell suchterzeugender Wirkung verschrieben werden, wobei eine längerfristige Verordnung die größten Risiken einer Suchtentwicklung birgt. Aus den offiziellen Verordnungsdaten ergeben sich immerhin fast 140.000.000 definierte Tagesdosen Benzodiazepine für Deutschland und damit etwa die Versorgung eines jeden Deutschen für zwei Tage [6]. Man geht davon aus, dass jede Verordnung von 6 Wochen und länger das Problem der potenziellen Suchterzeugung beinhaltet. Zudem lassen solche längerfristigen Verordnungen auch etwas über den Zustand von vielen Menschen vermuten und den Umgang unserer Gesellschaft mit Leid und insbesondere altersbedingter Isolation („siedert bis zum Ende“). Es gibt nur ganz wenige Untersuchungen, die sich der Frage gewidmet haben, warum derartige Verordnungen von Ärzten auch auf Dauer vorgenommen werden. Zeitaktuell gibt es nach unserer Kenntnis für Deutschland bisher keine Studie dazu.

Fragestellung und Methode

Es sollten die folgenden Fragen beantwortet werden:

1. In welchem Prozentsatz – bezogen auf die pro Quartal versorgten Patienten – werden in Hausarztpraxen Dauerverordnungen (länger als 6 Wochen durchgehend) vorgenommen?
2. Um welche Substanzen handelt es sich?

3. Wie ist das Kollektiv der Patienten mit solchen Verordnungen hinsichtlich Alter und Geschlecht sowie medizinisch charakterisiert?
4. Wie begründen Hausärzte diese Verordnungen und wie bewerten sie sie?
5. Haben die Verordnenden versucht, die Dauerverordnungen zu unterbrechen?
6. Wie beurteilenden Außenstehende – eine Psychiaterin und ein Allgemeinmediziner – bei Kenntnis der Detaildaten der Patienten (gewonnen über PC-Daten und Arztauskunft) die Dignität der Verordnung? – Dies kategorisiert in „indiziert“, „nachvollziehbar“ und „nicht indiziert“.

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden

- a) aus dem PC der Praxis die Patienten mit längerfristiger Verordnung der untersuchten Substanzen gewonnen; dann
- b) anhand einer Zufallsstichprobe von rund 40 % der Patienten mit diesen Verordnungen die Ärzte zu ihrem Verordnungsverhalten gefragt; sowie
- c) diese Daten dazu benutzt, eine von außen kommende Evaluation des Verordnungsverhaltens durch die beiden Untersucher vorzunehmen.

Die Ärzte hatten in mehreren PC-Durchläufen alle Patienten zu identifizieren, die auf Kassen- und/oder Privat Rezept Substanzen aus den Gruppen der Psychopharmaka mit potenzieller Suchtgefahr rezeptiert bekamen. Um auch dem Aspekt der Psychomedikalisierung – insbesondere im Alter – Rechnung zu tragen, wurden noch zwei weitere Klassen von Substanzen miterfasst, denen man ein geringes bzw. kein Abhängigkeitspotenzial zuschreibt (Gabarezep-

Conclusions: Longterm prescriptions of substances with a potential for drug dependency demand a more differentiated approach than quantitative data suggest. Such prescriptions should not primarily be interpreted as knowledge deficit but quite often as result of balancing of different but still insufficient solutions.

Keywords: drug dependency, Benzodiazepines, prescription, family medicine

toragonisten und niedrigpotente Neuroleptika). Die Suche bezog sich auf das IV. Quartal 2006.

Bei Unsicherheiten bei der Suche konnten die Hausärzte für die Suchdurchläufe Hilfe aus unserer Abteilung anfordern; dies kam bei einem Drittel der Ärzte vor.

Auf Basis der so entstandenen Patientenlisten waren die vom behandelnden Arzt auszuschließen, die Vertretungspatienten waren oder die nur einmalig bzw. mehrmals hintereinander, aber nicht mehr als 50 Tabletten insgesamt, im vierten Quartal 2006 verschrieben bekommen hatten. Die Patienten mussten zudem das Medikament mindestens seit 6 Wochen hintereinander bekommen haben (regelmäßige längerfristige Verordnungen).

Aus den so entstandenen Listen aller Patienten einer Praxis mit längerfristiger Verordnung der hier untersuchten Substanzen wurde dann von uns per Zufall eine maximale Zahl von 30 Patienten pro Praxis zur weiteren Analyse ausgewählt. Diese 30 Patienten wurden nur dann unterschritten, wenn in der Praxis nicht mehr als 30 Patienten längerfristig, d. h. über 6 Wochen, die untersuchten Substanzen erhielten.

Für diese Patienten (Zufallsstichprobe) waren vom Arzt auf einem Fragebogen zu dokumentieren: Personendaten (auf die Praxis pseudonymisiert), Dauer der Rezeptierung der untersuchten Medikation, Angabe aller jeweils parallel verordneten Psychopharmaka mit länger als 6 Wochen Verordnung, Indikation oder Gründe für die Behandlung damit, Dosissteigerung, Versuche des Absetzen des Medikamentes, psychiatrische Mitbetreuung sowie Angabe zu

Medikamente	Anzahl der Dauerverordnungen von Substanzen insgesamt in den 15 Praxen (bei N = 332 Patienten)	Davon Anzahl der Dauerverordnungen von 2 Substanzen	Davon Anzahl der Dauerverordnungen von 3 Substanzen
Gesamt	375	37	3
Benzodiazepine	211	33	3
Gabarezeptoragonisten	78	15	3
Niedrigpotente Neuroleptika	62	11	1
Fluspirilendepot	12	6	1
Clomethiazol	1	-	-
Chloralhydrat	1	-	-
Barbiturat	1	0	1
Sonstige pot. suchterzeug. Substanz (z. B. Opiat)	9	9	-

Tabelle 1 Langfristig verordnete Psychopharmaka (in absoluten Zahlen) und geordnet als „Insgesamt“ sowie als Teil davon im Sinne der Doppel- oder Dreifachverordnung parallel.

Medikamente	Verordnungsprozentsätze in den 13 Praxen			
	Min.	Max.	Durchschnitt	Standardabweichung
Gesamt	0,1	7,6	3,9	2,3
Benzodiazepine	0,0	5,9	2,2	1,7
Gabarezeptoragonisten	0,1	2,0	1,0	0,7
Neuroleptika	0,0	2,3	0,5	0,7
Fluspirilen	0,0	1,6	0,2	0,5
Clomethiazol	0,0	0,1	0,0	0,3

Tabelle 2 Langzeit-Verordnungsprozentsätze in 13 der untersuchten 15 Praxen (Patienten N = 332); bei 2 Praxen lag die Gesamtzahl der Patienten nicht vor, sodass keine Rate berechnet werden konnte; alle anderen Daten waren in diesen Praxen jedoch vollständig.

schwerwiegender psychiatrischer und somatischer Morbidität. Zudem musste der Arzt in Bezug auf jeden seiner Patienten einschätzen, ob er sein eigenes Verordnungsverhalten als problematisch ansah oder nicht. Der Bogen war zweiseitig, hatte überwiegend vorgegebene Kategorien zur Beantwortung, aber auch Freitextfelder.

Aufgrund dieser Angaben und Daten wurde von den beiden Untersuchern eine Evaluation der betrachteten Verordnungen vorgenommen. Dies geschah einmal unabhängig voneinander und dann – bei den konträr bewerteten Verordnungen – in einem Konsensusprozess auf Basis der „Falldaten“, in einigen Fällen auch unter erneutem, dann mündlichen Interview des verordnenden Arztes.

Ergebnisse

Bei der Untersuchung [4] handelt es sich um eine, die ein ärztliches Handeln zum Untersuchungsobjekt hat, das üblicherweise als Kunstfehler eingestuft wird. Daher war von vornherein klar, dass man keine repräsentative Gruppe von Hausärzten dazu bekommen konnte, in ihre Dateien einblicken zu lassen und Auskunft über ihr Verhalten zu geben.

Von allen einmalig angeschriebenen 380 hausärztlich tätigen Ärzten im Raum Düsseldorf waren 26 Ärzte an der Teilnahme interessiert, von denen dann aber nur 15 wirklich mitmachten.

Diese 15 Ärzte hatten insgesamt 880 Patienten mit einer Langzeitverordnung der hier untersuchten Substanzen. Für 332 Patienten (Zufallsstichprobe) wur-

den per zweiseitigem Fragebogen nähere Angaben zu den Verordnungen erhoben. Die Bögen waren alle vollständig ausgefüllt, weil sie gleich bei Empfang durchgesehen wurden und dann ggf. nachgefragt wurde.

Die verordneten Substanzen sind in ihrer Verteilung in Tabelle 1 dargestellt. Dabei gab es in 12 % der Fälle (40 der insgesamt 332 Patienten der Zufallsstichprobe) auch Kombinationen der verordneten Substanzen: 37 erhielten Doppelverordnungen und 3 Patienten erhielten 3 Substanzen als Dauerverordnungen parallel. Bezogen auf die Substanzen, die in längerfristiger Verordnung gegeben wurden, waren es also 292 Dauerverordnungen von nur jeweils einer, 37 mit 2 Substanzen (= 74) sowie 3 mit 3 Substanzen (= 9). Damit wurden bei den

Verordnungsgründe bei Benzodiazepinen	Anxiolyse	Schlafanstößend oder sedierend	Eingesetzt beim Wunsch nach Analgesie oder anderer Grund	Bei depressivem Syndrom
Prozentsatz genannter Gründe	58 %	53 %	2,4 %	9 %

332 Patienten 375 Substanzen in Dauerverordnung gegeben. Es fällt auf, dass die meisten Doppelverordnungen, nämlich 33 von 37, sowie alle Dreifach-Verordnungen mindestens ein Benzodiazepin enthielten

Die Rate der Langzeitverordnungen (länger als 6 Wochen) der hier untersuchten psychotropen Substanzen mit Abhängigkeits-Potenzial und der Sedativa lag im Durchschnitt bei 3,9 % der Patienten, die im Quartal versorgt wurden; dies mit deutlichen Schwankungen zwischen den Ärzten von 0,1 % bis 7,6 %. (s. Tabelle 2). 68 % der Langzeitverordnungen bestanden seit über einem Jahr.

Die Mehrzahl der Verordnungen betrafen ältere Menschen über 59 Jahre (76,6 % der Gruppe) und Frauen (75,9 % der Gruppe); beide Prozentsätze liegen über den in Praxen zu erwartenden Durchschnitten (KV-Nordrhein: Frauen: 60 %; über 59-Jährige: 30 %).

Der Anteil des „late onset“, also einer erstmaligen Dauerverordnung nach dem 59. Lebensjahr, betrug 55,7 %. Eine Dosissteigerung fand nach Angaben der befragten Ärzte in 16,9 % der Fälle statt.

Gründe der Verordnung

Von den Hausärzten wurden in vorgegebenen Kategorien sowie im Freitext angegeben, warum die Substanzen verordnet wurden. In Tabelle 3 ist ein Überblick über die Begründungen zur Verordnung von Benzodiazepinen gegeben (Mehrfachnennungen möglich).

Bei 37 % der Patienten lag – nach Angabe der Verordnenden – eine schwerwiegende körperliche Erkrankung vor. Ein Großteil, nämlich 65,4 % der untersuchten Patienten, litt an einer psychischen Erkrankung. Hier sind vor allem therapieresistente schwere Herzinsuffizienzen, therapieresistente rheumatische Erkrankungen, Karzinome in fortgeschrittenen Stadien sowie psycho-

tische Erkrankungen mit Zusatzgebrauch der hier untersuchten Substanzgruppen angegeben worden. Zudem wurden oft genannt: Angsterkrankungen und Schlafstörungen; Letztere vorwiegend im hohen Alter.

Psychiatrische Mitbehandlung

Auf diesem Hintergrund war die Frage der Mitbeteiligung eines Psychiaters als auch die der leitliniengerechteren Substanzwahl in Bezug auf die als Begründung genannten Erkrankungen von Bedeutung. Nur 63 der 332 Patienten wurden durch einen Psychiater mitbehandelt (19 %). Demgegenüber steht die Anzahl von 221 Patienten, also rund 65 % aller Patienten mit Verordnung potenziell suchterzeugender Substanzen, die nach Einschätzung des Hausarztes an einer psychischen Erkrankung litten.

Des Weiteren wurden nur 78 der 332 Patienten, also knapp 24 %, mit einem auf die Grunderkrankung gerichteten Psychopharmakon – z. B. Antidepressivum oder Anxiolytikum wie Mirtazapin, Bupropion oder Opipramol – behandelt. Geht man davon aus, dass z. B. die akuten Symptome einer psychischen Erkrankung wie Angst und Erregung durch das Benzodiazepin gelindert werden sollten, so stellt sich die Frage, warum dies nicht auch langfristig bei diesen Patienten syndromorientiert z. B. durch einen selektiven Serotonin-Reuptake-Hemmer oder andere nicht suchtsinduzierende Anxiolytika erreicht wurde.

Selbstbeurteilung des Arztes

Bei 75 von den 332 Patienten gaben die Hausärzte an, dass sie selbst mit ihrem Ordnungsverhalten unzufrieden seien, aber keine andere Lösung sehen würden. Bei etwa einem Viertel der Dauer-

Tabelle 3 Verordnungsgründe in % bei den 211 Patienten mit der alleinigen Verordnung von Benzodiazepinen (Mehrfachnennung möglich). Anmerkung: Benzodiazepine wirken bekanntlich nicht direkt analgetisch – dennoch verändern sie die Einstellung des Patienten zum Schmerz und können so indirekt schmerzmodulierend wirken.

verordnungen waren auch schon – teilweise mehrere – Absetzversuche, Mitbehandlung durch Psychiater etc. erfolglos versucht worden. Bei den anderen drei Viertel allerdings war dies nie geschehen.

Fremdbeurteilung der ärztlichen Verordnungen

Der Eigenbeurteilung der Ärzte in Bezug auf die Indikation wurde eine Fremdbeurteilung durch die beiden Autoren – die Psychiatrie (KG) und die Allgemeinmedizin (HHA) vertretend – gegenüber gestellt. Beide beurteilten unabhängig voneinander, wie sie bei Kenntnis all der Daten, die für jeden Patienten auf dem Bogen aufgezeichnet waren, die Verordnung einstufen: indiziert – nachvollziehbar – nicht indiziert/problematisch.

Bei der Beurteilung zeigte sich, dass nur zu einem Teil die beiden Beurteiler das Verhalten des Arztes in gleicher Weise einordneten. Über alle Patienten, über die eine deutliche Diskrepanz bestand, wurde dann eine Diskussion mit Zielsetzung der Konsensusfindung durchgeführt. In Bezug auf diese Patienten verblieben auch nach Diskussion der Fälle im Konsensusprozess 14 Patienten, die weiterhin deutlich diskrepant beurteilt wurden. Mit „deutlicher Diskrepanz“ ist hier gemeint, dass der eine Beurteiler die Verordnung als „indiziert“ einstufte, während der andere sie definitiv ablehnte, also als „nicht indiziert“, eben als „problematisch“ einstufte.

Um hier einen Konsensus zu finden, wurde die behandelnden Ärzte dieser Patienten nochmals mündlich in Bezug auf primär von beiden Beurteilern formulierte Fragen hin befragt.

Dennoch blieben bei dem erneuten Konsensusprozess noch zwei diskrepant beurteilte Verordnungen übrig. Diese zwei Fälle sind in Abbildung 1 und 2 wiedergegeben.

Fall 2:

52 Jahre alte Frau, die zusätzlich zu einem hochpotenten Neuroleptikum, einem Antidepressivum auch noch Lorazepam und Flunitrazepam regelmäßig bekam. In diesem Fall fand der Allgemeinmediziner die Medikation gerechtfertigt, da er aufgrund der Schwere der Diagnose (Psychose) vermutete, die Patientin könne auf die starke Anxiolyse und Sedierung nicht verzichten. Der Psychiater hingegen bemängelte generell eine derart regelmäßige Gabe von so stark suchtauslösenden Benzodiazepinen. Das Gespräch mit dem Hausarzt brachte eine wichtige Klärung: Inzwischen hatte dieser erfahren, dass die Patientin sich von verschiedenen Hausärzten mehrfach in einem Quartal Rohypnol und Tavor verschreiben ließ: Trotz mehrfacher Entgiftungen hatte sie es nicht geschafft, die Sucht nach Benzodiazepinen zu besiegen. Eine Entwöhnungsbehandlung habe sie abgebrochen. Tatsächlich litt sie an einer sehr ausgeprägten psychischen Erkrankung: Im Arztbrief der letzten stationären Behandlung war vom Vorliegen einer Borderline-Erkrankung die Rede, als Differenzialdiagnose wurde eine schizoaffektive Störung genannt. Abschließend wurde diese Verordnung als nicht indiziert durch den Psychiater gesehen, während der Allgemeinmediziner sie weiterhin bei einem so schweren Krankheitszustand und ohne offensichtliche Alternative als indiziert sah.

Abbildung 1 Diskrepanz beurteilte Verordnung, bei der sich kein Konsensus finden ließ.

Fall 6:

67 Jahre alter Mann, der seit über einem Jahr Fluspirilen erhielt und der nach Einschätzung des Hausarztes einen Missbrauch von Lorazepam betrieb. Dieser Patient litt – laut Fragebogen – an einer Angststörung, ein Umstellversuch auf Citalopram war misslungen und andere Vertreter von Gesundheitseinrichtungen hatten bereits versucht, eine Entgiftung/Entwöhnung zu initiieren. Diese Medikation war vom Allgemeinmediziner aufgrund der Schwere der psychiatrischen Erkrankung und den missglückten Umstell- und Entzugsversuchen als nachvollziehbar eingestuft worden. In der Tat wäre es vom Hausarzt ja geradezu fahrlässig, dem Patienten das Lorazepam zu verweigern, ein Entzug wäre ja aufgrund der potenziellen somatischen Entgleisungen und der Gefahr eines zerebralen Krampfanfalls nur unter stationären Bedingungen zu verantworten. Es sei zudem gut nachzuvollziehen, dass es schwierig sein dürfte, einen 67-jährigen Mann zu einem zweiwöchigen Aufenthalt in einer großen psychiatrischen „Anstalt“ zu motivieren. Dies sei besonders schwer, wenn man weiß, dass sämtliche Entzugsangebote meist auf ein wesentlich jüngeres Klientel zugeschnitten sind. Der Psychiater hingegen lehnte die Medikation mit Fluspirilen aufgrund der mangelnden Indikation und der potenziellen schweren Langzeitfolgen (Dyskinesien) grundlegend ab. Des Weiteren bemängelte er eine längerfristige Verordnung von Tavor und die fehlenden erneuten Umstellversuche nach dem Nichtvertragen von Citalopram. Das Gespräch mit dem Hausarzt ergab, dass Imipramin inzwischen nicht mehr gegeben wurde und die Menge an Tavor zumindest reduziert worden sei. Hintergrund dessen war der jetzige Einsatz von Duloxetin, das initial zwar zur Linderung von neuropathischen Schmerzen gegeben worden war, jedoch durch seine starke antidepressive Wirkung auch die Gesamtsituation des Patienten verbessert habe. Der Patient sei aber nicht bereit, einen Tavor-Entzug zu versuchen. Abschließend wurde diese Verordnung als nicht indiziert durch den Psychiater und als indiziert durch den Allgemeinmediziner eingestuft.

Abbildung 2 Diskrepanz beurteilte Verordnung, bei der sich kein Konsensus finden ließ.

Es wurde aber noch eine weitere Darstellung zur Übereinstimmung der beiden Beurteiler gewählt: Dies geschah mittels einer Kategorie „erweiterte Indikation“. Hierunter wurden alle Fälle gezählt, bei denen mindestens ein Beurteiler „indiziert“ oder „nachvollziehbar“ beurteilt hatte, und der andere nicht grundlegend widersprach, also nicht mit „nicht indiziert/problematisch“ beurteilte.

In Abbildung 3 und 4 sind die Einschätzungen der beiden Beurteiler in Bezug auf zwei wichtige Substanzgruppen dargestellt.

Man sieht, dass der Beurteiler Allgemeinarzt häufiger eine günstige Beurteilung – „indiziert“ und „nachvollziehbar“ – als der andere Beurteiler (Psychiater) aussprach. Dies ist aber in Bezug auf alle beurteilten Patienten nicht immer in gleicher Weise wiederzufinden. D. h. manchmal hat der eine, ein andermal der andere Beurteiler eine günstigere Beurteilung in Bezug auf den jeweiligen Verordner und seinen Patienten ausgesprochen.

Die in Bezug auf die Gesamtgruppe ausgesprochene eher günstigere Beurteilung des Handelns von Hausärzten durch den Allgemeinmediziner als Beurteiler kommt im Wesentlichen dadurch zustande, dass dieser die häufig vorkommende Schlafmittelverordnung bei 80-jährigen und älteren Patienten als nachvollziehbare Verordnung eingestuft hat; dies aber der Psychiater nicht getan hat (nicht in der Abbildung dargestellt).

Bei der Auswertung mit der Kategorie der „erweiterten Indikation“ fallen 16,6 % der Verordnungen von einem „Benzodiazepin allein“ und 40 % der Verordnungen von Gabarezeptoragonisten in diese Kategorie.

Zusammenfassung

Bei einem erheblichen Prozentsatz der hier sich ja einer Untersuchung stellenden Ärzte kommt es zur regelmäßigen, andauernden Verordnung von Psychopharmaka mit potenziell suchterzeugenden Substanzen oder Sedativa (3,9 %). Etwa 56 % dieser Substanzen entfallen auf die Benzodiazepine. Frauen und alte Menschen bekommen überrepräsentiert diese Verordnung. Bei mehr als einem Drittel der Fälle werden

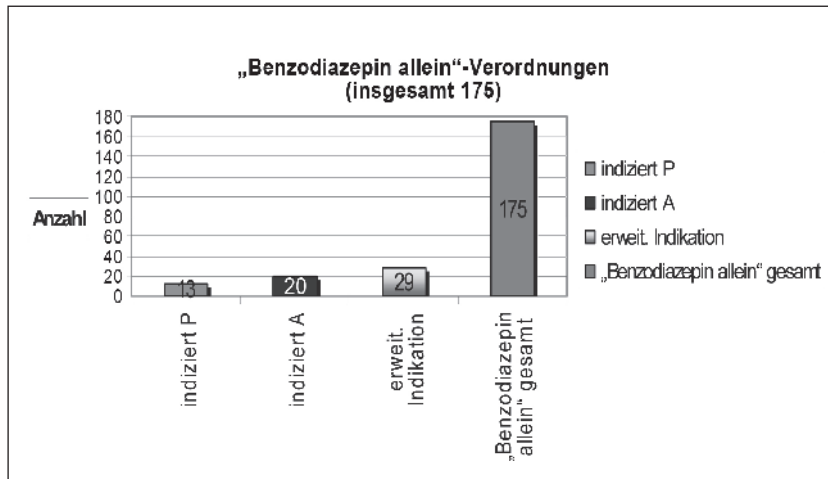


Abbildung 3 Anzahl der Verordnungen „Benzodiazepin allein“ sowie deren bewertende Einordnung durch Psychiater (P) und Allgemeinmediziner (A) bzw. bei Anlegen der Kategorie „erweiterte Indikation“ (s. Text).

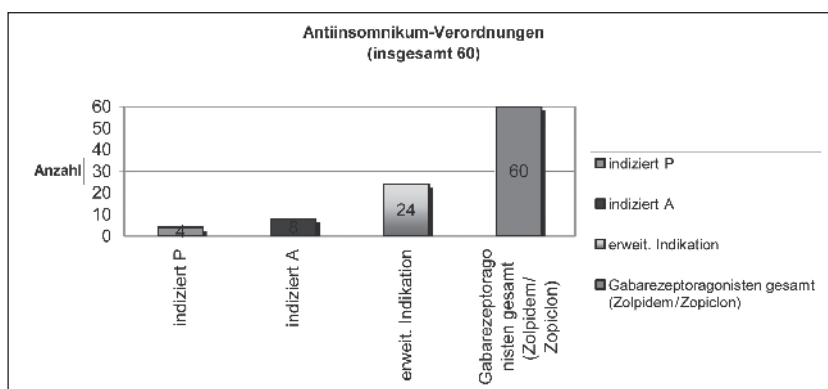


Abbildung 4 Anzahl der Gabarezeptoragonistenverordnungen sowie deren bewertende Einordnung durch Psychiater (P) und Allgemeinmediziner (A) bzw. bei Anlegen einer Kategorie „erweiterte Indikation“ (s. Text).

körperliche Erkrankungen benannt, die Hintergrund für die Verordnungen seien. In 65,4 % der Fälle litten die Patienten an psychischen Erkrankungen. Bei immerhin 53 % der Benzodiazepinverordnungen sind es Schlafstörungen oder Unruhe, die als symptombezogener Verordnungsgrund angegeben werden.

Die verordnenden Hausärzte sehen zu einem nennenswerten Teil (22,6 %) ihr Verhalten selbst als problematisch an, mehrheitlich aber sehen sie keinen anderen Ausweg, haben auch in einem Viertel der Fälle andere Lösungswege mit dem Patienten zu gehen versucht.

Bei der Beurteilung des Verordnungsverhaltens durch die beiden Untersucher stellt sich eine eher günstigere Beurteilung im Sinne von „indiziert“ oder als „nachvollziehbar“ eingestuften Verordnungen durch den beurteilenden Allgemeinmediziner dar. Dies aber war im Wesentlichen dadurch begründet, dass dieser ganz grundsätzlich alle Verordnungen von Schlafmitteln im Alter ab 80 Jahren als „nachvollziehbar“ einordnete.

Stellt man nur die eindeutig nicht indizierten/problematischen Verordnungen nach Sicht beider Beurteiler zusammen, so kommt man auf 83,4 % nicht indizierte Verordnungen in der Gruppe „Benzodiazepin allein“.

Damit erscheint die längerfristige Verordnung potenziell suchterzeugender Medikamente relativ häufig, aber auch relativ oft, nach eigener und Fremd-Beurteilung – nicht indiziert zu sein; zumindest gilt dies für die Hauptgruppe der Verordnungen, die der Benzodiazepine. Dabei muss man in Erinnerung rufen, dass nur wenige Ärzte überhaupt bereit waren, sich in ihre Akten schauen zu lassen.

Diskussion

Es gibt nur ganz wenige Studien zur patienten-bezogenen Verordnung von potenziell suchterzeugenden Substanzen. Van Hulten et al. [7] führten eine zehnjährige Langzeitstudie in einer holländischen Population von 13.500 Menschen durch und fanden heraus, dass 10

bis 12 % aller Bewohner mindestens einmal pro Jahr ein Benzodiazepin verschrieben bekamen. 36 % von diesen Patienten erhielten das Benzodiazepin ein- oder mehrmalig im ersten Jahr, 50 % bekamen es zwischen zwei und sieben Jahren dauerverordnet, und 14 % ließen es sich während des gesamten achtjährigen Beobachtungszeitraumes weiter verschreiben.

1993 veröffentlichte Heiner Melchinger [5] eine Studie zum Verordnungsverhalten von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial in Niedersachsen. Er nutzte dazu die Verordnungen, wie sie sich in den Rezepten der AOK-Versicherten widerspiegeln. 6,7 % der Patienten in der hausärztlichen Praxis erhielten vor 15 Jahren längerfristig Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial verordnet. In unserem Kollektiv freiwillig sich beteiligender Hausärzte und unter zusätzlicher Betrachtung auch „privat“ rezeptierter Substanzen waren es in 2006 noch 3,9 %.

Es gibt noch weniger Studien, die die Verordnungsgründe von potenziell suchterzeugenden und sedierenden Sub-

Kathrin Gencer ...

... geboren 1974, Assistenzärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aktuell Truppenärztin der Bundeswehr im Sanitätszentrum Kerpen. Mutter von 2 Kindern.

stanzen untersucht haben. Eine hiervon ist die Studie von Cook et al. [3]. Sie fanden mittels standardisierter, semistrukturierter Interviews von 33 Hausärzten im Großraum Philadelphia heraus, dass Hausärzte sich überwiegend nicht leitliniengetreu verhielten, was die Verordnung von Benzodiazepinen bei alten Menschen betraf. Die interviewten Hausärzte gaben an, dass zwischen 5 bis 10 % ihrer alten Patienten Benzodiazepine von ihnen erhielten, und zwar mindestens seit drei Monaten, obwohl sie die aktuellen Leitlinien diesbezüglich kannten. Als Gründe für die Langzeitverordnung von Benzodiazepinen bei alten Patienten wurde angegeben, dass es in dieser Altersgruppe – angeblich – keine Suchtentwicklung gäbe. Die oft fehlende Dosissteigerung bei diesen Patienten sahen die von Cook et al. befragten Hausärzte als Beleg der fehlenden Sucht und der nicht nachlassenden Wirkung in dieser Altersgruppe an. In unserem Kollektiv gaben die verordnenden Hausärzte bei gut 16 % eine Dosissteigerung an.

Bogunovic und Greenfield [2] berichteten in ihrem Literaturüberblick, dass die Indikationen für die Verschreibung von Benzodiazepinen bei Alten im Prinzip dieselben seien wie bei Jungen, nämlich Angst und Schlaflosigkeit, lediglich im Alter erweitert um multiple unspezifische Symptome wie Schwindel, Kopfschmerz, Unwohlsein und Angst sowie Einsamkeit durch einen Todesfall.

Die hier vorgelegte Studie ist nach unserer Kenntnis eine der ganz wenigen [1, 3], die den Begründungen von derartigen Verordnungen nachgegangen ist, indem sie die Ärzte diese an ihren Patienten beschreiben ließ, die Berechtigung der Verordnung durch „peers“ (Psychiater

und Allgemeinmediziner) nochmals beurteilen ließ, und gegebenenfalls auch die Ärzte zu einzelnen Fällen nochmals interviewte. Damit sollte nicht nur das „Wie häufig“, sondern vor allem das „Warum“ beantwortet werden. Danach handelt es sich bei denen, die regelmäßig derartige Verordnungen bekamen, um zwei unterschiedliche Kollektive: Einmal sind es psychisch und/oder körperlich schwer kranke Menschen, teilweise in Endphasen ihres Leidens. Zum anderen handelt es sich um vorwiegend alte Menschen, die Benzodiazepine – oder Gabarezeptoragonisten – zum Schlafen oder gegen Ängste verordnet bekommen. Ein Viertel der Patienten hat Reduzierungsversuche unternommen, bei einem Viertel sehen die verordnenden Ärzte ihr Verhalten als explizit problematisch an, sehen aber keine Alternative.

Damit scheint uns die Verordnung der hier untersuchten Substanzen weit aus differenzierterer Betrachtung wert, als es mittels reiner Angaben von Verordnungsraten oder definierter Tagesdosen der Fall sein kann.

Schwachpunkte unserer Studie sind die hohe Selbstselektion der teilnehmenden Hausärzte und die nicht standardisierte Form des Fragebogens. Es ist anzunehmen, dass eher besonders kritische und leitlinienbewusste Ärzte an einer solchen Studie teilnehmen. Diejenigen, die für die Thematik wenig Problembewusstsein oder Offenheit mitbringen, werden wohl kaum Zeit und Mühe aufbringen, um sich im Rahmen einer solchen Studie zu engagieren und sich einer Fremdbeurteilung unterziehen. Die Zahlen sind also nicht einmal repräsentativ für alle Düsseldorfer Hausärzte.

Dennoch meinen wir, dass Aussagen getroffen werden können: So ist anzunehmen, dass die Zahlen der Langzeitverordnungen potenziell suchttinduzierender Substanzen eigentlich noch höher sind, wenn man an alle verordnenden Hausärzte gelangen könnte. Zum zweiten Schwachpunkt, dem nicht standardisierten Fragebogen, ist zu sagen, dass seine Erstellung eine Vorstudie benötigt hätte, was unsere Mittel überstieg.

Ein weiterer Schwachpunkt ist, dass die Ärzte ja die Antworten in der Hand hatten, sich also letztendlich doch „besser darstellen“ konnten, als es der Wahrheit entsprach. Wir meinen aber, dass dennoch sehr viel an ehrlichem Eindruck zu gewinnen war – schaut man sich die Ergebnisse an.

Da einerseits bei einem Großteil der verordnenden Ärzte ein Problembewusstsein zu ihren Verordnungen vorlag, Abbau-Versuche unternommen worden waren und andererseits aber schwerwiegende psychische und organische Erkrankungen bei der Mehrzahl der Patienten vorlagen, ist das Problem längerfristiger Verordnung vorrangig nicht als eines von Wissensdefiziten – z. B. zu Risiken – anzusehen, sondern erscheint nicht selten als Ergebnis eines Abwägens zwischen unterschiedlich schlechten Lösungen.

Danksagung

Dank an alle, hier bewusst nicht genannten Ärzte, die sich mutig ihrem Bild in der eigenen Verordnung stellten.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Kathrin Gencer
Heresbachstr. 38
40223 Düsseldorf
E-Mail: kathrin.gencer@web.de

Literatur

1. Abholz H-H. Die längerfristige Verordnung von Substanzen mit Abhängigkeitspotential – eine Praxis-Untersuchung. *Z Allg Med* 1994; 70: 180–184
2. Bogunovic OJ, Greenfield SF. Use of benzodiazepines among elderly patients. *Psychiatric Services* 2004; 55: 233–235
3. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 303–307
4. Gencer K. Verordnung von Substanzen mit Abhängigkeitspotential in der Hausarztpraxis: eine Feldstudie in Düsseldorf. Eingereichte Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 2010
5. Melchinger H. Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential. *Z Allg Med* 1993; 69: 3–9
6. Paffrath D, Schwabe U (Hrsg.) *Arzneiverordnungsreport 2008*. Heidelberg: Springer, 2008
7. Van Hulten R, Teeuw KB, Bakker A, Leufkens HG. Initial 3-month usage characteristics predict long-term use of benzodiazepines: An 8-year follow-up. *Eur J Clin Pharmacol* 2003; 58:689–694

BUCHBESPRECHUNG / BOOK REVIEW**So schön kann Medizin sein**

Hontschik B. *Herzessachen. So schön kann Medizin sein*. Weissbooks, 2009. 130 S., geb. ISBN: 978-3-940888-03-7. 14 Euro

Bernd Hontschik ist ein Provokateur. Darum lese ich seine in der Frankfurter Rundschau erscheinenden, jetzt in Buchform zusammengefassten Kolumnen rund um das Gesundheitswesen auch so gerne. Hontschik ist aber nicht nur Provokateur, sondern einer, der von der Vision einer humanen, ergo sozialen und zugleich freiheitlichen Medizin durchdrungen ist.

Im Titel „So schön kann Medizin sein“ klingt die „Brave New World“ von Aldous Huxley an. Hontschik bekämpft mit viel Verve, Witz und durchaus analytischem Scharfsinn den großen Plan einer das Individuum nicht (mehr) berücksichtigenden Gesundheitsindustrie, die die Menschen zu Waren und die im Gesundheitswesen Tätigen zu Dienstleistern reduziert. Darunter leidet die Einzigartigkeit von Arzt und Patient wie auch der individuellen Arzt-Patient-Beziehung – Beziehungsmedizin droht

einem potenziell die Menschen terrorisierenden großen Plan geopfert zu werden.

Beim Versuch, den Bogen zwischen der unsozialen Agenda 2010, der elektronischen Gesundheitskarte und der Anwendung von Leitlinien zu spannen, kommen dem Autor gelegentlich Inkonsistenzen unter. Warnt er einerseits vor der die Individualität gefährdenden Leitlinien, kritisiert er sie zugleich immanent (AGREE-Kriterien wurden in etlichen Leitlinien verletzt, was ja eher gegen diese speziellen und nicht gegen Leitlinien generell – oder aber gegen das AGREE-Instrument spräche). Auch die Kritik an Qualitätsmanagement und DMP ignoriert nach meinem persönlichen Dafürhalten die Chancen auf Teambildung und Fehlerkultur beim einen und auf systematische, proaktive Versorgung chronisch Kranker beim anderen Instrument.

Trotz solcher Unvollkommenheiten ist diese Sammlung medizin-kritischer Glosse absolut lesenswert. Viele der kritischen Reflexionen eröffnen dem Leser eine ganz neue Sicht auf Geschehnisse wie das Märchen von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die Privatisierung von Universitätskliniken oder die elektronische Gesundheitskarte. Das 130 Seiten umfassende, im Verlag Weissbooks erschienene Bändchen ist für 14 Euro im Buchhandel erhältlich.

Günther Egidi

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Günther Egidi
Huchtinger Heerstr. 41
28259 Bremen
Tel.: 04 21 / 5 79 76 75
E-Mail: familie-egidi@nord-com.net