



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zu den Ergebnissen des ABDA-Modellprojektes
„Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in
Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“

Berlin, 14.02.2014

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

**Zusammenfassung der Stellungnahme der Bundesärztekammer zum
Abschlussbericht des Modellprojektes „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-
abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“**

Mit der vorliegenden Studie der ABDA sollte untersucht werden, ob sich über die Apotheke in Absprache mit dem behandelnden Hausarzt ein Entzug benzodiazepinabhängiger Patienten erfolgreich durchführen lässt.

Methodische Anmerkungen zum vorliegenden Modellprojekt:

Es ist anhand des Abschlussberichtes nicht ersichtlich, wie viele der in den Apotheken angesprochenen Kunden mit einer Benzodiazepinverordnung einen ambulanten Entzug durch den Apotheker ablehnten.

Es wurde vor Studienbeginn nicht geprüft, ob bei den Teilnehmern tatsächlich eine Abhängigkeitserkrankung vorlag.

Den Unterlagen ist kein Algorithmus zu entnehmen, wie mit denjenigen Patienten umgegangen wurde, die über 20 mg Diazepam-Äquivalent konsumierten.

Nach Auswertung der eingesetzten Skalen wurden offensichtlich auch psychisch hochbelastete Patienten in die Studie miteinbezogen, obwohl dies nach den Einschlusskriterien nicht vorgesehen war.

Es fehlt an einer Vergleichsgruppe, um die Wirksamkeit der gewählten Intervention gegenüber anderen möglichen Interventionen zu bewerten.

Es fehlt an Vorgaben zu den erforderlichen räumlichen Voraussetzungen zur Durchführung der Entzugsbehandlung in der Apotheke.

Es fehlt an einer Offenlegung der den teilnehmenden Apothekern pro Entzugsbehandlung bezahlten Honorierung.

Es ist nicht ersichtlich, ob die behandelnden Apotheker über eine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 Abs. 1 HeilPrG verfügten.

Anmerkungen zu den Ergebnissen des Modellprojektes:

Aus dem Bericht geht nicht hervor, welche Patienten mit welcher Abhängigkeitsanamnese (Dosishöhe, Verordnungsdauer, Urinkontrolle) erfolgreich entzogen werden konnten bzw. ihren Konsum reduzierten.

Es wurde nicht erhoben, welche Auswirkungen der Entzug bzw. die Abdosierung auf die Lebensqualität hatte.

Die Bewertung der Ergebnisse ist insofern erschwert, als für die Auswertung der eingesetzten Skalen weder Bezugswerte ausgewiesen werden, noch sich ein Bezug zur Eingangsbelastung herstellen lässt.

Die Ergebnisse zu Karenz und Konsumreduktion beziehen sich ausschließlich auf Selbstaussagen der Studienteilnehmer.

Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie:

Es kann anhand der vorliegenden Studie keine Aussage über die Machbarkeit oder die Wirksamkeit eines ambulanten Entzugs benzodiazepinabhängiger Patienten durch den Apotheker in Kooperation mit dem Hausarzt gemacht werden.

Es bedarf einer besseren Information und Fortbildung der beteiligten Berufsgruppen zu psychotrop wirksamen Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial.

Es bedarf besserer Kooperationen der beteiligten Berufsgruppen unter Wahrung ihrer beruflich zugewiesenen Aufgabenbereiche.

Es bedarf einer Einbindung pflegender und/oder anderer unterstützender psychosozialer Dienste.

Es bedarf sinnvoller Informations- und Praxissysteme zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den Ergebnissen des ABDA-Modellprojektes „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“

Ausgangslage

Es wird geschätzt, dass ca. 1,5 Mio. Menschen in Deutschland medikamentenabhängig sind, davon 800.000 bis 1,2 Mio. von Benzodiazepinen bzw. analogen Präparaten. Darüber hinaus wird von einem etwa gleich großen Anteil mittel- bis hochgradig Gefährdeter ausgegangen.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vom 1. November 2009 bis zum 31. Mai 2013 mit 340.860 € ein Modellprojekt der ABDA zum „Ambulanten Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“ gefördert, das begleitend durch das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg evaluiert wurde.

Fragestellung der Studie und Studiendesign

Mit dem inzwischen abgeschlossenen Modellprojekt sollte der Frage nachgegangen werden, ob benzodiazepinabhängige Patienten durch eine Kooperation von Apotheker und Hausarzt besser erreicht und erfolgreich entzogen werden können als mit herkömmlichen Interventionen („treatment as usual“). Auch sollte geprüft werden, ob sich die Intervention des Apothekers in den täglichen Apothekenbetrieb integrieren lässt.

Für die Studie wurden in Baden-Württemberg und Hamburg Apotheken rekrutiert. Dazu wurden in Baden-Württemberg Apotheken mit insgesamt 6.751 Apothekern, in Hamburg Apotheken mit insgesamt 1.349 Apothekern angeschrieben.

Ärzte wurden ausschließlich über teilnehmende Apotheker angesprochen und für die Studie gewonnen.

Das Projekt sah vor, dass sowohl Apotheker als auch Ärzte geeignete Patienten auf einen ambulanten Entzug von Benzodiazepinen bzw. ihren Analoga ansprechen und sie gegebenenfalls motivieren sollten, an einem solchen teilzunehmen. Von einer Teilnahme ausgeschlossen waren u. a. solche Patienten, deren tägliche Dosis über 20 mg Diazepam-Äquivalent lag, sowie Patienten, die eine begleitende Suchtproblematik oder eine andere akute psychiatrische Symptomatik aufwiesen. Für teilnehmende Patienten gab es keine Vorgaben hinsichtlich ihrer Mindestdosis oder der Verschreibungslänge. Auch gab es keine Kriterien für eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen. Die Letztentscheidung für den ambulanten Entzug des Patienten lag beim Arzt.

Für die teilnehmenden Patienten wurde in Absprache mit dem Arzt ein Abdosierplan erstellt und durch den Arzt und Apotheker begleitende Verlaufsgespräche geführt. Eine Nachbefragung des Patienten durch den Apotheker erfolgte drei Monate nach abgeschlossener Intervention.

Für jede komplette Patientendokumentation wurde der Arzt mit 50 € vergütet, die Vergütung der Apotheker für die Teilnahme an der Studie ist den vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen.

Neben der ambulanten Patientenansprache und -entwöhnung wurde eine sog. Standardintervention durchgeführt, für die niedergelassene Ärzte im Rahmen bestehender Qualitätszirkel in der Region Lippstadt zum Thema Benzodiazepinabhängigkeit fortgebildet wurden. Anschließend wurde ihr stationäres Einweisungsverhalten in die suchtmmedizinische Abteilung der LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt in einem jeweils dreimonatigen Zeitfenster vor und nach der Fortbildung verglichen.

Ergebnisse des Abschlussberichtes

Über regionale Informationsveranstaltungen schrieben sich letztlich insgesamt 179 Apotheker für die Teilnahme an dem Projekt ein. Diese sprachen erfolgreich 63 Ärzte für eine Teilnahme an dem Projekt an.

Während das beantragte Studiendesign ursprünglich eine Teilnahme von mind. 200 Patienten vorgesehen hatte, konnten im Zeitraum zwischen Mai 2011 und März 2013 schließlich insgesamt 109 Patienten für eine Teilnahme gewonnen und am Ende Daten von 102 Patienten ausgewertet werden.

41,6 % (N=42 Pat.) der Teilnehmer waren erfolgreich durch die 63 teilnehmenden Ärzte und 56,4 % (N=57) durch die eingeschriebenen 179 Apotheker für einen ambulanten Entzug angesprochen worden.

Die Studienteilnehmer waren im Mittel 71 Jahre alt ($\pm 13,5$), ihre Durchschnittsdosis Diazepin-Äquivalent lag zu Studienbeginn bei 6,1 mg ($\pm 4,3$ mg). Die auf der Basis von Selbstangaben der Patienten eruierte Einnahmedauer lag im Durchschnitt bei 9,8 Jahren ($\pm 8,2$).

Zum Ende der Intervention befanden sich 47 Patienten in Karenz. Drei Monate nach Studienende konnten von den Abstinente noch 30 Patienten erreicht werden. Von diesen nahmen 24 weiterhin keine Benzodiazepine oder analoge Substanzen ein (= 23,5 % der Gesamtpopulation).

Von den Patienten, die zum Ende der Intervention ihre Dosis reduziert hatten, konnten nach drei Monaten noch 15 Patienten nachbefragt werden. Elf von diesen hatten nach eigenen Angaben ihre Dosis weiterhin stabil reduziert (= 10 % der Gesamtpopulation).

An der sog. „Standardintervention“ im Raum Lippstadt nahmen insgesamt 51 Ärzte teil. Elf der teilnehmenden Ärzte haben nach der Fortbildung die Zahl ihrer Überweisungen gesteigert, bei fünf Ärzten blieb die Zahl der Überweisungen konstant, sechs Ärzte überwiesen weniger Patienten als im vorherigen Zeitraum. 32 der in Qualitätszirkeln fortgebildeten Ärzte nahmen während des dreimonatigen Prä-Post-Beobachtungsfensters keine Überweisungen an die LWL-Suchtklinik vor.

Bewertung der Ergebnisse durch die Bundesärztekammer

1. Die Ausgangslage von über einer Million benzodiazepinabhängiger Patienten erfordert eine Problemdiskussion und -lösung

Die große Zahl insbesondere älterer Menschen, die von Benzodiazepinen oder analogen Substanzen abhängig sind, ist ein relevantes Problem, dem sich Ärzte und Apotheker wie

auch die Politik gleichermaßen stellen müssen. Suchterkrankungen sind durch körperliche, psychische als auch soziale Faktoren bedingt und geprägt, was auch Eingang in die diagnostischen Kriterien nach ICD 10 bzw. DSM IV gefunden hat. Als soziale Faktoren des Konsums psychotrop wirksamer Medikamente sind bei älteren Menschen v. a. ihre Lebensbedingungen sowie der gesellschaftliche Umgang mit diesen, aber auch die Versorgung mit Medikamenten durch Ärzte und Apotheker bedeutsam. Insofern ist es folgerichtig zu prüfen, was beide genannten Berufsgruppen zu einer Reduktion des Medikamentenkonsums beitragen können.

Es soll daher im Folgenden näher untersucht werden, ob die von der ABDA vorgelegte Studie hierfür einen substanziellen und wirksamen Ansatz darstellen kann. Dazu sollen zunächst das Design der Studie sowie die im Abschlussbericht ausgewiesenen Ergebnisse hinsichtlich der Ausgangsfrage kritisch beleuchtet werden.

2. Mit dem gewählten Studiendesign kann die Ausgangsfrage nicht beantwortet werden

Zielsetzung der Studie war es, der Frage nachzugehen, ob durch Apotheken benzodiazepin-abhängige Patienten besser als auf herkömmlichem Wege angesprochen werden können. Um diese Frage beantworten zu können, hätte für die Studie allerdings eine geeignete Vergleichsgruppe gebildet werden müssen. Diese hätte z. B. aus Ärzten bestehen können, die – vergleichbar der an der Studie teilnehmenden Apotheker – zuvor geschult und für die Ansprache und Behandlung abhängiger Patienten gleichermaßen hätten vergütet werden sollen. Der Abschlussbericht macht zwar einige Aussagen zur Schulung der Apotheker, er legt allerdings nicht offen, welche Geldbeträge den Apothekern für ihre Teilnahme an der Studie und für jede abgeschlossene Dokumentation im Vergleich zu den teilnehmenden Ärzten (50 € pro kompletter Patientendokumentation) geleistet wurden.

Die in die Studie einbezogene „treatment as usual“-Interventionsgruppe im Raum Lippstadt eignet sich hingegen nicht für den angesprochenen Vergleichszweck. Unabhängig von der im Abschlussbericht hierzu mangelhaften Datenaufbereitung konnte diese Teilstudie nur die Identifikation und Überweisung Hochdosisabhängiger zu einer stationären Entzugsbehandlung in der regionalen Suchtklinik zum Ziel haben. Selbst hierzu enthält der Bericht weder eine Darstellung der soziodemografischen Zusammensetzung der Patienten, die innerhalb des Beobachtungszeitraums überwiesen wurden, noch zum Ausmaß ihres Suchtproblems (z. B. Abhängigkeitsscore, Dosishöhe und -dauer). Auch zu basalen Daten wie Gesamtzahl der prä/post überwiesenen Patienten, Verweildauer oder Behandlungserfolge macht der Abschlussbericht keine Angaben.

Die Studie kann somit nicht die Frage beantworten, ob medikamentenabhängige Patienten möglicherweise in einem anderen Setting oder durch eine andere Ansprache genauso gut oder besser hätten erreicht werden können.

Es muss vielmehr zu denken geben, dass selbst im Rahmen des angewandten Studiendesigns im Ergebnis verhältnismäßig mehr Patienten durch die teilnehmenden Ärzte als durch die eingeschriebenen Apotheker rekrutiert wurden (42 Pat. durch 63 Ärzte = 2:3, hingegen nur 57 Pat. durch 179 Apotheker = 1:3). Dazu gehört auch, dass fast die Hälfte der teilnehmenden Apotheker (45,5 %) während der gesamten Projektlaufzeit keine Patienten rekrutiert hat. Im Kontrast hierzu hat die Mehrzahl der durch die teilnehmenden Apotheker angespro-

chenen Ärzte geeignete Patienten identifizieren und für eine Teilnahme am ambulanten Entzug motivieren können.

Um bewerten zu können, ob eine Apotheke tatsächlich ein geeigneter Ort zur Ansprache und Motivierung von Patienten mit einem Medikamentenabhängigkeitsproblem darstellt, hätte in der Studie ausgewiesen werden müssen, wie viele Kunden erfolglos auf eine Teilnahme an einem ambulanten Entzug hin angesprochen worden sind. Auch hierzu fehlen Daten in der Studie. Dem Bericht ist lediglich zu entnehmen, dass die befragten Apotheker zu Protokoll gegeben hatten, über 50 % der angesprochenen Kunden hätten lediglich eine ausreichende (20,8 %), mangelhafte (27,8 %) oder gar ungenügende (8,3 %) Bereitschaft gezeigt, an einem ambulanten Entzug teilzunehmen.

Offensichtlich beinhaltete das Projekt auch keine Strukturvorgaben zur räumlichen Ausstattung der teilnehmenden Apotheken, die eine diskrete Ansprache und Begleitung des Abhängigkeitsproblems hätte gewährleisten können.

Zwar durften in der Studie für den ambulanten Entzug sinnvollerweise nur Patienten mit einer Dosis bis zu 20 mg Diazepam-Äquivalent einbezogen werden. Offensichtlich war aber kein Algorithmus zum Umgang mit Hochdosisabhängigen vorgesehen, falls diese in der Apotheke oder beim Arzt identifiziert wurden. Ihr Rezept ohne eine weitergehende Ansprache einzulösen, muss sowohl therapeutisch als auch ethisch als äußerst bedenklich bewertet werden. Hingegen hätte es gerade für diese hochgradig gefährdeten Patienten eine Chance sein können, in einem Modellversuch ein gemeinsames Warnsystem von Ärzten und Apothekern aufzubauen und für sie angemessene Handlungsoptionen anzubieten.

3. Die im Bericht dargestellten Studienergebnisse lassen keine Schlüsse über den Erfolg des ambulanten Medikamentenentzuges zu

Um Aussagen über einen erfolgreichen Entzug Abhängigkeitserkrankter machen zu können, bedarf es einer validen Identifizierung der Zielgruppe, einer angemessenen Zahl von Probanden, einer Beobachtung und Kontrolle möglicher Nebenwirkungen sowie eines angemessenen Nachbeobachtungszeitraums und klarer Kriterien für die Erfolgsbewertung.

In der vorliegenden Studie wurde jedoch weder eine medizinische Suchtdiagnostik durchgeführt, noch wurden hierzu standardisierte Instrumente eingesetzt, um die Zielgruppe zu identifizieren. Einschlusskriterium für die Studie war somit allein eine tägliche Medikamenteneinnahme von bis zu 20 mg Diazepam-Äquivalent. Für wie lange diese bestanden haben musste, lässt sich dem Studiendesign nicht entnehmen. Insofern bleibt unklar, ob bzw. bei welchen der in die Studie einbezogenen Probanden überhaupt eine Abhängigkeitserkrankung vorlag bzw. wie stark diese ausgeprägt war.

Die Patienten, die nach der Intervention keine Benzodiazepine mehr einnahmen (N=47) oder ihre Dosis reduziert hatten (N=28), wurden drei Monate nach Behandlungsende nachbefragt. Von den 45 Personen, die zu diesem Zeitpunkt noch erreicht werden konnten, waren 24 Patienten nach eigener Aussage weiterhin in Karenz (23,5 %), elf hatten ihre Dosis stabil reduziert (10 %). Da die Patienten jedoch bei Beginn der Entzugsbehandlung nicht diagnostiziert wurden bzw. ihr Medikamentenkonsum nicht klassifiziert worden war, ermöglichen diese Ergebnisse keine Aussage darüber, welche Patienten letztlich erfolgreich entzogen wurden. Es ist daher denkbar, dass es sich bei den „Behandlungserfolgen“ gerade um diejenigen Patien-

ten handelte, bei denen zu Beginn gar keine relevante Abhängigkeitsproblematik bestanden hatte.

Zwar wurde in der Studie ein Instrument zur Erfassung möglicher Entzugsprobleme eingesetzt (Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala), die hierzu im Projektbericht dargestellten Ergebnisse sind jedoch nur schwer interpretierbar: Weder gibt es Hinweise zum Punkte-Rang der Skala, noch zur Bewertung der erzielten Skalenpunkte. Darüber hinaus fehlen im Bericht auch an dieser Stelle Angaben zur Gesamtzahl der in die Auswertung eingeflossenen Patienten. Der Hinweis, dass Patienten mit Karenz im gesamten Verlauf eher niedrige Skalenwerte erzielten, unterstreicht die Vermutung, dass bei diesen von Beginn an nur eine geringe Suchtproblematik vorgelegen hatte. 25,5 % der Patienten (N=26) mussten den eingeleiteten Entzug vorzeitig abbrechen, bei 22 erfolgte dies durch den Patienten selber, in vier Fällen durch den Arzt. Leider enthält der Bericht auch zu diesen Ergebnissen keine näheren Erläuterungen zu den eingetretenen Komplikationen bzw. eine entsprechende kritische Diskussion.

Darüber hinaus ermöglichen die eingesetzten Instrumente keine Aussagen darüber, ob und in welcher Weise sich im Verlauf und nach dem Entzug die Lebensqualität der Patienten verändert hat. Die eingesetzten Skalen, wie das Beck-Depressions-Inventar (BDI), die Symptomcheckliste bei psychischen Störungen (SLC-90R) und der Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) verfügen hierzu nur über begrenzte Aussagekraft, da die in die Auswertung einbezogenen Patientenzahlen z. T. sehr gering ausfallen (BDI-Werte lagen zu Studienbeginn z. B. nur für 21 Patienten, bei Interventionsende für 10 Patienten vor) und die einzelnen Skalenwerte in der Regel nicht näher dargestellt werden. Insbesondere sind auch hier keine Subgruppenanalysen nach Grad der Suchtbelastung bei Behandlungsbeginn möglich. Zudem irritiert, dass offensichtlich bei einigen Patienten zu Beginn hohe psychische Belastungswerte festgestellt wurden (drei Patienten mit BDI-Skalenwerten, die eine depressive Störung anzeigten, offensichtlich weitere Patienten mit Angststörungen – siehe Projektbericht S. 41), diese aber offensichtlich zu keinem Ausschluss von der Studie geführt haben, obwohl nach den selbst gesetzten Ein- und Ausschlusskriterien ein solcher hätte erfolgen müssen.

4. Erlaubnisvorbehalt für die Ausübung der Heilkunde

Das Heilpraktikergesetz¹ (HeilPrG) bestimmt in § 1 Abs. 1 HeilPrG, dass nur Ärzte und Personen, die eine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde haben, zur Ausübung der Heilkunde „berufs- oder gewerbsmäßig“ berechtigt sind. Dort heißt es:

„Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.“

Bei der Begleitung eines Medikamentenentzugs handelt es sich um die Ausübung von Heilkunde, die somit Ärzten und Personen mit einer entsprechenden Erlaubnis vorbehalten ist. Dies trifft nach § 1 Abs. 2 HeilPrG auch dann zu, wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird:

„Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krank-

¹ Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung i.d.F.v. 23.10.2001

heiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.“

Darüber hinaus bestimmt die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte² (MBO-Ä) die nachfolgenden Berufspflichten:

In Bezug auf die „Ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ statuiert die (Muster-)Berufsordnung in § 11 Abs. 1 hinsichtlich der eigenen Tätigkeit zunächst:

„Mit Übernahme der Behandlung verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.“

Für die Zusammenarbeit mit Dritten stellt § 29a MBO-Ä für die Ärztinnen und Ärzte weitere Pflichten auf. Dort heißt es:

„(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärztinnen oder Ärzte sind, noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem Fachberuf im Gesundheitswesen befinden.“

(2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche der Ärztin oder des Arztes und des Angehörigen des Fachberufes klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.“

Nach § 30 MBO-Ä hat die Ärztin bzw. der Arzt stets seine ärztliche Unabhängigkeit zu wahren:

„Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.“

An diesen Grundsätzen hat sich das Handeln der tätigen Ärztin bzw. des tätigen Arztes zu messen.

Die beiden Tätigkeitskreise sind dabei ausdrücklich voneinander getrennt. Zwar verlangt die Apothekenbetriebsordnung³ (ApBetrO) in § 17 Abs. 8 (Erwerb und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten) vom pharmazeutischen Personal, bei einem erkennbaren Arzneimittelmissbrauch in geeigneter Weise tätig zu werden, woraus sich jedoch keine Aufforderung ableiten lässt, eine Entzugsbehandlung durchzuführen:

„Das pharmazeutische Personal hat einem erkennbaren Arzneimittelmissbrauch in geeigneter Weise entgegenzutreten. Bei begründetem Verdacht auf Mißbrauch ist die Abgabe zu verweigern.“

In § 20 Abs. 1a Satz 1 ApBetrO bestimmt sie allerdings weiter:

„Durch die Information und Beratung der Patienten und anderen Kunden darf die Therapie der zur Ausübung der Heilkunde, Zahnheilkunde oder Tierheilkunde berechtigten Personen nicht beeinträchtigt werden.“

² I.d.F. der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel

³ Verordnung über den Betrieb von Apotheken i.d.F.v. 19.02.2013

Entsprechend regeln die Berufsordnungen der Landesapothekerkammern die Beratung, nicht jedoch die Behandlung von Patienten. In § 11 Satz 1 der Berufsordnung der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg⁴, die für einen Großteil der in die Studie einbezogenen Apotheker Gültigkeit besitzt, heißt es z. B. explizit:

„Die Ausübung der Heilkunde ist unzulässig.“

Insofern widerspricht eine Behandlung oder Mitbehandlung von Patienten durch den Apotheker allen relevanten rechtlichen Vorschriften.

5. Resümee aus Sicht der Ärzteschaft

Der von der ABDA vorgelegte Projektbericht weist gravierende Mängel des Studiendesigns auf, das zur Überprüfung der aufgestellten Hypothese völlig ungeeignet ist. Die im Bericht dargestellten Daten sind zudem äußerst mangelhaft aufbereitet, vielfach nicht interpretierbar bzw. die Ausgangshypothese kann durch sie nicht belegt werden. Darüber hinaus sind hinsichtlich des gewählten Ansatzes sowohl gravierende ethische als auch berufsrechtliche Bedenken anzumerken.

Zwar thematisiert die Studie mit der Verordnung von Medikamenten bei älteren Menschen ein relevantes suchtmmedizinisches und gesundheitspolitisches Problem. Letztlich greift aber der Lösungsvorschlag eines ambulanten Medikamentenentzuges zu kurz und blendet die Komplexität der eine Sucht verursachenden Faktoren aus. Zwar müssen Lösungsansätze auch auf eine strukturell verbesserte Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker abzielen. Diese muss jedoch in ein multifaktorielles Konzept eingebunden sein, die die Lebens- und Versorgungssituation älterer Menschen berücksichtigt, wozu z. B. eine Einbindung pflegender und/oder anderer unterstützender psychosozialer Dienste gehören sollte.

Die vergleichsweise gute Mitwirkung der im Projekt nur sekundär einbezogenen Ärzte macht deutlich, dass diese sich durchaus für das Problem sensibilisieren lassen, wenn sie darauf angesprochen und hierzu fortgebildet werden. Ähnliche Erfahrungen hat die Bundesärztekammer mit ihrem Medikamentenleitfaden gemacht, der bei den angesprochenen Ärzten auf hohe Akzeptanz und Rezeption stieß. Ähnliche Materialien sind in den letzten Jahren von verschiedenen Landesärztekammern sowie von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erstellt worden. Eine patientenbezogene Broschüre hat die Bundesärztekammer zu dem Thema aktuell gemeinsam mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Barmer Ersatzkasse (BEK) erstellt.

In eine ähnliche Richtung weisen die tendenziell seit mehreren Jahren eher rückläufigen Verordnungszahlen bei Benzodiazepinen und ihren Analoga, die trotz eines weiterhin steigenden Anteils älterer und alter Menschen an der Bevölkerung zu beobachten sind.

Ärzte sind offensichtlich dann bereit, ihr Ordnungsverhalten zu ändern, wenn sie über objektive Informationen über eine rationale und wissenschaftlich basierte Medikamententherapie verfügen, sich in Qualitätszirkeln miteinander austauschen können und ihnen Behandlungsalternativen offeriert werden, die sich im Praxisalltag gut umsetzen lassen. An einer extensiven und nicht leitliniengerechten Verordnung von Benzodiazepinen kann hingegen

⁴ I.d.F.v. 11.09.2013

weder aus medizinisch-fachlichen, noch aus wirtschaftlichen Gründen ein Interesse bestehen.

Deshalb sollten zukünftig v. a. solche Projekte durchgeführt und gefördert werden, die die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Praxis und Klinik sowie die Betreuung und Behandlung älterer und oftmals multimorbider, psychosozial belasteter Patienten durch den Einbezug entsprechender Dienste verbessern.