



Foto: P. Schmidt

VP Dr. Max Wudy

Suchtnotfall am Wochenende!

Was tun?

Gerade das vergangene Jahr hat gezeigt, dass es vor allem am Wochenende, aber auch in der Urlaubszeit und bei Erkrankung der substituierenden Ärzt:innen große Probleme in der Versorgung Suchtkranker gibt. Verschärft wurde dies noch dadurch, dass Jedmayer Suchthilfe Wien auf Grund von Personalknappheit nur mehr Patient:innen aus Wien behandelt. Daher erreichten nicht nur uns, sondern auch die Fachstelle Suchtprävention, die Ambulanzen der Krankenhäuser und auch die Kassen immer mehr Anfragen, Beschwerden oder einfach nur Mitteilungen, die teilweise gravierende Probleme rund um Opioid- und Benzodiazepine aufzeigten. Hier soll nun, ohne belehrend zu wirken, ein kleiner Handlungsleitfaden vorgestellt werden, wie diese Probleme vielleicht etwas in den Griff zu bekommen sind.

Ich möchte nun vier Gruppen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, besprechen.

1. Wirkliche Schmerzpatient:innen

Bei dieser Patientengruppe ist es einfach. In der Regel liegen ausreichend Befunde vor, damit auch am Wochenende oder im Urlaubsfall schnell und suffizient geholfen werden kann. Meistens handelt es sich um Malignom- oder neuropathische Schmerzen, die bereits an- oder ausbehandelt sind. Hier empfiehlt sich, am Wochenende die Dosis beizubehalten oder moderat anzupassen. In der Urlaubsvertretung ist naturgemäß der Spielraum höher, aber prinzipiell unterscheidet sich das Vorgehen in Nichts von der Behandlung der eigenen Patient:innen.

Ganz anders ist dies hier:

2. Abhängige Patient:innen, die Krankheiten vortäuschen

Es passiert immer wieder, dass Patient:innen Ärzt:innen aufsuchen und behaupten, ihr:e behandelnde:r Ärzt:in sei auf Urlaub, krank, habe einen freien Tag und ähnliches mehr und sie, oft mit glaubhaften Befunden (Diskusprolaps, Trigeminusneuralgie, Epilepsie etc.) ausgestattet, Opioid- und oder Benzodiazepine fordern. Das mag zwar stimmen, ist aber meist anzuzweifeln. Der:die chronische Schmerzpatient:in ist hoch compliant: er:sie vergisst sehr, sehr selten auf den rechtzeitigen Bezug der eigenen Medikamente. Auch der:die Benzodiazepine fordernde „Krampfpatient:in“ muss heftige Zweifel wecken, sind doch Benzodiazepine praktisch nur im Anfall indiziert und stellen sicher keine kausale Therapie der Epilepsie dar. Dafür gibt es

wirksamere, nebenwirkungsärmere Medikamente mit kaum existentem Suchtpotential. Bei diesen Patient:innen ist viel Fingerspitzengefühl gefordert. Empfehlungen dazu werden in Punkt 3 und 4 gegeben.

3. „Bekennende“ Benzodiazepinabhängige

Hier ist die Diagnose sehr einfach, die Therapie aber ungleich schwieriger. Diese Patientengruppe ist gerade im Wochenenddienst besonders gefürchtet. Mit Schauergeschichten, Märchen oder manchmal sogar mit dem Hinweis auf den kurz bevorstehenden Epi-Anfall versuchen sie, an Benzos zu kommen, vorzugsweise an Flunitrazepam (Rohypnol®). Benzodiazepine sind keine kausale Therapie, sondern immer nur symptomatisch indiziert. In Österreich existieren seit Jahren Richtlinien zu Verschreibung von Benzodiazepinen. Prinzipiell gelten die Richtlinien des Ministeriums, auch für nicht Substitutionsärzt:innen. Zu finden ist die Verordnung auf oegabs.at/lesestoff/leitlinien.

Ich persönlich verschreibe am Wochenende prinzipiell keine Benzodiazepine. Die einzige Ausnahme hierbei ist ein schweres Benzodiazepinentzugssyndrom mit drohendem Epi-Anfall oder Ähnlichem. In diesem Fall gebe ich eine einmalige Dosis ab, wobei ich kurzwirksamen Präparaten wie Oxazepam (Anxiolyt®, Praxiten®...) den Vorzug gebe. Flunitrazepam wird prinzipiell nicht abgegeben. Es steht jedem:jeder Ärzt:in frei, im Notfall eine Einzeldosis (z.B. Praxiten® 50mg, Nr. IV) zu verordnen. Es ist auch möglich, Patient:innen mit drohendem Epilepsieanfall ins nächste Spital zu überweisen.

Die restriktive Verschreibung von Benzos ist jedenfalls dringend anzuraten. Die liberale Abgabe von Benzodiazepinen im Wochenenddienst oder im Rahmen der „Vertretung“ spricht sich sehr schnell herum, daher ist sie entschieden abzulehnen. Es gibt außer im (sehr seltenen) begründeten Notfall keine Verpflichtung zur Rezeptur für verlorene, mitgewaschene oder vom Hund gefressene Medikamente und Rezepte.

4. „Bekennende“ Opioidabhängige

Auch hier ist die Diagnose wie in 3. einfach, die Therapie noch ungleich schwieriger. Zum einen bedarf die Lösung dieses Problems doch einem gewissen Erfahrungsschatz, zum anderen sind zusätzliche gesetzliche Bestimmungen zu beachten. Da es sich bei diesen Patient:innen nahezu ausschließlich um Substitutionspatient:innen handeln dürfte, unterliegt der Arzt

der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Weiterbildung zum:r mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Ärzt:in für den Bereich der oralen Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Suchtkranken (Weiterbildungsverordnung orale Substitution) StF: BGBl. II Nr. 449/2006.

Darin ist eindeutig und unmissverständlich geregelt, wer überhaupt berechtigt ist zu substituieren. Dies umfasst nicht nur die gängigen Substitutionsmedikamente wie Substitol[®], Compensan[®], Methadon, L-Polamidon[®], Bupensan[®], Bupensan Duo[®] – um hier die gängigsten zu nennen –, sondern alle Opiode, so sie nicht zur Schmerztherapie eingesetzt werden. Beispielsweise seien hier die „gängigen“ opioidhaltigen Analgetika wie Tramadol, Hydral[®], Mundidol[®], Temgesic[®] aber auch Codein genannt. Alle diese Schmerzmittel sind für die Behandlung von Opioidabhängigen NICHT zugelassen!

Bei einem lebensbedrohlichen Entzugssyndrom ist die Überweisung in eine darauf spezialisierte Ambulanz oder in das nächste Krankenhaus in Erwägung zu ziehen. Alternativ könnte man bei drohendem Entzugssyndrom, das allerdings gar nicht so leicht exakt zu diagnostizieren ist (z.B. Verschleierung der klassischen Symptome durch Misch- oder Beikonsum, Interaktionen mit anderen Medikamenten, Serotoninsyndrom etc.), EINMALIG Codein 120 mg 4 bis 6 x 1 verordnen. So könnte man ein drohendes schweres Entzugssyndrom in ein mittelschweres und ein mittelschweres in ein leichtes überführen. Ein positiver Urinschnelltest auf Opiate im Harn (hilft allerdings nicht bei Buprenorphin und je nach Test wenig bei Methadon) ist in diesem Fall dringend zu empfehlen. Es gibt dafür relativ günstige (rd. EUR 5,-) Schnelltests für 10 Parameter. Damit kann auch der Misch- und Beikonsum erfasst werden. Diese Leistung wird derzeit von der Krankenkasse leider nicht bezahlt!

Allerdings gibt es natürlich die Möglichkeit, die Überbrückung mit den Originalpräparaten durchzuführen. Obwohl alle zur Opioidsubstitution zugelassenen Medikamente RE1 sind, ist es im Notfall möglich, diese per vit. zu verschreiben. Die rechtliche Grundlage dazu findet sich in der RÖV (Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen) in folgender Bestimmung:

§ 9 Übernahme der Kosten in Notfällen

(1) Die Kosten für Heilmittel sind ohne die ansonsten erforderliche ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes zu übernehmen, wenn sie am Ausstellungstag des Kassenrezeptes oder am

daraufliegenden Tag abgegeben wurden und der Vertragsarzt auf dem Kassenrezept

1. einen auf das Vorliegen von Lebensgefahr hindeutenden Vermerk (z. B. "per. vit.") angebracht hat oder
 2. Verbandmaterialien mit einem Vermerk verordnet hat, aus dem hervorgeht, dass es sich um einen Fall von "Erster Hilfe" handelt.
- (2) In besonderen Notfällen hat der Krankenversicherungsträger, wenn ein Heilmittel in der Zeit, in der der Chef- oder Kontrollarzt nicht erreichbar ist, in einer öffentlichen Apotheke abgegeben werden musste, die Kosten für die kleinste zum Apothekenverkehr zugelassene Packung des verschriebenen Heilmittels zu übernehmen. Die Abgabe muss jedoch am Ausstellungstag des Krankenkassenrezeptes oder am darauffolgenden Tag erfolgen.

Analog gilt dies natürlich auch für die Verschreibung von wirkstoff- und galenikidenten Medikamenten. So unterscheidet sich das ausschließlich für die Schmerztherapie zugelassene Mundidol UNO[®] einzig durch den Namen vom für die OST (Opioidsubstitutionstherapie) zugelassene Substitol[®]. Es muss aber immer bewusst sein, dass die Opioidtoleranz bei OST-Patienten bereits nach fünf Tagen nicht mehr vorhanden ist und sonst gut tolerierte Dosierungen fast sicher eine oft tödliche Atemdepression auslösen können.

Cave: Die Angaben über die Dosierung von 200 mg Morphinum als Startdosis, wie man in mancher Literatur findet, scheinen mir bei dem:der Opioidnativen (und als das hat auch ein:e Substitutionspatient:in nach wenigen Tagen Abstinenz zu gelten) viel zu hoch!

Zusammenfassend empfehle ich jedoch gerade bei unbekanntem Patient:innen ein sehr restriktives Vorgehen. Es sind Fälle bekannt, in denen an einem Wochenende bis zu acht diensthabende Ärzt:innen, leider erfolgreich, abgegrast wurden.

Für Fragen stehe ich per E-Mail zur Verfügung. Ich weise an dieser Stelle aber auch auf die FAQs auf unserer Website www.arztnoe.at/substitution hin. Auch hier können Sie Fragen stellen, die zeitnah persönlich beantwortet werden.

VP DR. MAX WUDY

Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte
max.wudy@arztnoe.at