

## Weiß V, Hauswaldt J. Verordnungshäufigkeit von Schlafmitteln auf Privatrezept. Z Allg Med 2015; 91: 408–412

### Leserbrief von Dr. Silke Brockmann

Dank den Autor/innen für diesen sehr wichtigen Beitrag!

Er berührt das Dilemma der mithilfe von Privatrezepten besser zu versteckenden, fast flächendeckenden „Versorgung“ von Bewohner/innen von Pflegeheimen mit Sedativa.

Ich kann aus der Erfahrung mit meiner Mutter (88 Jahre, Bewohnerin in einer Demenzgruppe in einem Pflegeheim im Hamburger Umland) bestätigen, dass der Hausarzt Zopiclon über Monate hinweg auf Privatrezept verordnet hat. Die Pflegepersonen hatten wohl darum gebeten, weil meine Mutter nachts öfters geklingelt hatte. Ich habe davon nur erfahren, weil mir als Bevollmächtigte die Rezepte mit den Apothekenrechnungen zur Begleichung zugeschickt wurden. Da ich bei meinen Besuchen erhebliche, für Zopiclon typische, Nebenwirkungen bei meiner Mutter feststellte und sie nachts auch schon gestürzt war, sprach ich mit dem behandelnden Hausarzt und bat um Absetzen des Medikaments, was er dann auch tat. Ich glaube aber nicht, dass er erfreut wäre, wenn sein Ordnungsverhalten an eine größere Glocke gehängt werden würde, sprich besser erfasst werden würde, wie die Autoren es als Schlussfolge-

rung ihres Artikels vorschlagen – weil es eben gerade um das Verstecken geht. Hier wären im Übrigen auch die Apotheker/innen gefordert, die ja Patientendossiers führen und intervenieren könnten.

Ich möchte noch einen anderen Aspekt ansprechen: Mit der langfristigen Verordnung von Schlafmitteln auf Privatrezepten wird nicht nur gegen Leitlinien und die Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss verstoßen. Noch wichtiger scheint mir, dass auch die **zugelassenen Indikationen** der Präparate missachtet und damit die Präparate *off-label* gebraucht werden. Das ist haftungsrechtlich für die (Haus)Ärzt/innen relevant, gleichgültig, ob sie auf GKV- oder Privat-Rezept verordnet haben, denn sie sind in der Rechtfertigungspflicht für ihre Entscheidung. Die zugelassene Indikation nämlich lautet für den Wirkstoff Zopiclon (letzte genehmigte Fachinformation, Stand Juni 2015): „*Kurzzeitbehandlung von Schlaflosigkeit*“ [N.B. nicht etwa *Schlafstörungen*] und für den Wirkstoff Zolpidem (letzte genehmigte Fachinformation, Stand November 2014): „*Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen*“. Ergänzend heißt es in der Rubrik *Art und Dauer der Anwendung* beider Substanzen:

„Die Dauer der Behandlung sollte so kurz wie möglich sein. Sie sollte im Allge-

meinen wenige Tage bis zu zwei Wochen betragen und einschließlich der schrittweisen Absetzphase vier Wochen nicht übersteigen. Im Einzelfall kann eine über diesen Zeitraum hinaus gehende Behandlung erforderlich sein. Sie sollte jedoch nicht ohne erneute Beurteilung des Zustandsbildes des Patienten erfolgen.“

Quelle für alle Zitate: Fachinformationen im amtlichen Arzneimittelinformationssystem PharmNet Bund [www.pharmnet-bund.de/dynamic/de/am-info-system/index.html](http://www.pharmnet-bund.de/dynamic/de/am-info-system/index.html) (letzter Zugriff am 18.10.2015)

**Interessenkonflikte:** SB ist angestellt und vollzeitig tätig in der Zulassungsbehörde für Arzneimittel der Schweiz (Schweizerisches Heilmittelinstitut Swissmedic, Bern)

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Silke Brockmann  
Allgemeinärztin  
Clinical Reviewerin  
Schweizerisches Heilmittelinstitut  
Swissmedic  
Hallerstrasse 7  
CH-3000 Bern  
[silke.brockmann@swissmedic.ch](mailto:silke.brockmann@swissmedic.ch)

### Antwort von Dr. Johannes Hauswaldt

Wir danken Frau Kollegin Brockmann für ihre Anmerkungen, die beide schlaglichtartig das Problemfeld beleuchten. Keineswegs zielen unsere Untersuchungen zur „Verordnungshäufigkeit von Schlafmitteln auf Privatrezept“ darauf ab, einzelne Ärzte oder ihr Ordnungsverhalten bloß zu stellen. Dies wäre auch gar nicht möglich, da nicht nur die Patienten, sondern alle Personen, also auch die beteiligten Ärzte und Praxen, in den untersuchten Routinedaten wirksam pseudonymisiert und damit für den Untersucher oder Dritte nicht identifizierbar sind. Die Verantwortlichkeit für seine Medikamentenverordnung beim einzelnen Patienten bleibt beim verschreibenden Arzt.

Ziel war, einer laufenden Diskussion belastbare Evidenz zugrunde zu legen. Wir konnten zeigen, dass dies auf dem Weg der direkten Primärdatenutzung prinzipiell möglich und vermutlich auch verlässlicher ist als bisher, durch indirekte Folgerungen mittels Zusammenführen heterogener Datensätze aus verschiedenen Quellen. Um die gegenwärtige Versorgungsrealität angemessen abbilden zu

können, sind weitere Untersuchungen erforderlich, für deren Datengrundlagen die obligate Einrichtung und Unterhaltung einer wissenschaftlichen Datentransferschnittstelle in Arztpraxisinformationssystemen [1] dringlich erforderlich und weiterführend sind.

#### Literatur

1. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur obligaten Einrichtung und Unterhaltung einer Wissenschaftlichen Datentransferschnittstelle in Arztpraxisinformationssystemen. Frankfurt, Februar 2015. [www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapier/DEGAM%20Positionspapier%20Praxissoftware.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapier/DEGAM%20Positionspapier%20Praxissoftware.pdf) (letzter Zugriff am 24.10.2015)

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Johannes Hauswaldt, MPH  
Institut für Allgemeinmedizin  
Universitätsmedizin Göttingen (UMG)  
Humboldtallee 38  
37073 Göttingen  
[Johannes.Hauswaldt@med.uni-goettingen.de](mailto:Johannes.Hauswaldt@med.uni-goettingen.de)