

Sachbericht

EDER-MIA

ENTWICKLUNG, DISSEMINATION UND EVALUATION VON GESUNDHEITSINFORMATIONEN ZUR REDUKTION VON MISSBRAUCH UND ABHÄNGIGKEIT VON SCHLAF- UND BERUHIGUNGSMITTELN

Abschlussbericht

2022

Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts: EDER-MIA

Entwicklung, Dissemination und Evaluation von Gesundheitsinformationen zur Reduktion von Missbrauch und Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

Förderkennzeichen: ZMVI1-2519DSM200

Projektleitung:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

PD Dr. phil. Uwe Verthein, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)

Kontaktdaten:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Martinistraße 52 (Gebäude W26), 20246 Hamburg,
Telefon: 040-7410-52978, E-Mail: m.haerter@uke.de

PD Dr. phil. Uwe Verthein, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Martinistraße 52 (Gebäude W37), 20246 Hamburg,
Telefon: 040-7410-57901, E-Mail: u.verthein@uke.de

Projektmitarbeitende:

Johanna Heeg, Dr. PH Christina Lindemann, PD Dr. phil. Jörg Dirmaier, Janina Köhler, Jette Echterhoff, Markus Stratmann

Kooperationspartner:

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Projektlaufzeit: 01. Oktober 2019 – 31. März 2022

Projektfördersumme: 204.160,00 €

Datum der Fertigstellung: 15.07.2022

Inhaltsverzeichnis

Titel und Verantwortliche	2
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Zusammenfassung	8
1. Einleitung	10
1.1 Ausgangslage des Projektes	10
1.2 Ziele, Fragestellungen und Projektstruktur	11
2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik	12
2.1 Operationalisierung der Ziele	12
2.2 Datenerhebung, Methodik und Auswertung	12
2.2.1 Datenerhebung und Methodik.....	12
2.2.2 Auswertungen	23
3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	27
3.1 Durchführung	27
3.2 Arbeits- und Zeitplan	27
4. Ergebnisse	28
4.1 Systematische Auswahl vorhandener Gesundheitsinformationen (Teilprojekt A)	28
4.1.1 Systematische Auswahl und Bewertung geeigneter Gesundheitsinformationen für die Weiterentwicklung	28
4.1.2 Systematische Erstellung einer Übersichtsarbeit zur Wirkung von Gesundheitsinformationen	29
4.2 Zielgruppenorientierte Weiterentwicklung von Gesundheitsinformationen inkl. Entwicklung eines Screeningtests (Teilprojekt B)	31
4.2.1 Fokusgruppenbefragung	31
4.2.2 Erstellung einer neuen, zielgruppenspezifischen Gesundheitsinformation	32
4.2.3 Prä-Test zum Bendep-SRQ-GV.....	33
4.2.4 Onlinestudie zur Konstruktvalidität, Reliabilität und konvergenten Validität	34
4.2.5 Interviewstudie zur Erfassung der Kriteriumsvalidität mittels klinischer Interviews.....	40
4.3 Entwicklung, modellhafte Erprobung und Evaluation eines Verbreitungskonzeptes für die weiterentwickelten Gesundheitsinformationen (Teilprojekt C)	46
4.3.1 Dissemination der entwickelten Gesundheitsinformation	46
4.3.2 Evaluation der entwickelten Gesundheitsinformation	46

5. Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung	52
6. Gender Mainstreaming Aspekte	55
7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	56
8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential).....	57
9. Publikationsverzeichnis	58
10.Literaturverzeichnis	59
<i>Anhang A Bewertungsschema Gesundheitsinformation</i>	<i>63</i>
<i>Anhang B Leitfaden Fokusgruppe Zielgruppe 2 (40-60 Jahre, Frauen, Einnahme nur gelegentlich).....</i>	<i>65</i>
<i>Anhang C Bendep-SRQ-GV.....</i>	<i>70</i>
<i>Anhang D Leitfaden Pretest.....</i>	<i>73</i>
<i>Anhang E Fragebogen zur Evaluation der Gesundheitsinformation (Version für Betroffene)85</i>	<i>85</i>
<i>Anhang F Übersichtstabelle</i>	<i>97</i>
<i>Anhang G Gesundheitsinformation</i>	<i>102</i>
<i>Anhang H Korrelationstabelle</i>	<i>114</i>
<i>Anhang I Bedeutung von Themenbereichen der Homepage nach Zielgruppe.....</i>	<i>115</i>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie „search terms“	15
Tabelle 2: Arbeits- und Zeitplan	27
Tabelle 3: Zusammenfassende Darstellung der thematischen Ober- und Unterkategorien in den Fokusgruppen.....	31
Tabelle 4: Soziodemographische und gesundheitsbezogene Merkmale der Stichprobe	35
Tabelle 5: Medikamenteneinnahme der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer	35
Tabelle 6: Reliabilitätskoeffizient McDonalds Omega.....	39
Tabelle 7: Fit-Indizes von Modell 4 und Modell 5	40
Tabelle 8: Soziodemographische Daten der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer	40
Tabelle 9 : Medikamenteneinnahme der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer	41
Tabelle 10: Interviewergebnisse beim SCID-5-CV	42
Tabelle 11: Soziodemographische Daten der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer	47
Tabelle 12: Gelesene Themenbereiche der Gesundheitsinformation nach Zielgruppe	48
Tabelle 13: Beschäftigung mit der Homepage nach Zielgruppe	49
Tabelle 14: Ergebnisse der USE-Skalen für Angehörige, Betroffene und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Mittelwert (Standardabweichung).....	50
Tabelle 15: Weitere Bewertung der Gesundheitsinformation von Angehörigen, Betroffenen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	50
Tabelle 16: Übersicht Kongressbeiträge im Projektzeitraum.....	56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA-Flussdiagramm	29
Abbildung 2: Beispiel für die Einleitung in die Gesundheitsinformation auf der psychenet.de	33
Abbildung 3: Modell 1 - Universaler Faktor BZK mit fixierten Ladungen (Abbildung 2.A) und Modell 2 – Universaler Faktor mit freien Ladungen (Abbildung 2.B).....	37
Abbildung 4: Modell 3 - 4-Faktorenmodell mit fixierten Ladungen (Abbildung 3.A) und Modell 4 – 4- Faktorenmodell mit freien Ladungen (Abbildung 3.B).....	38
Abbildung 5: Modell 5 - 4-Faktorenmodell mit Gesamtwert der Benzodiazepin-/Z-Substanz- Konsumstörung (BZK) und freien Ladungen.....	39
Abbildung 6: ROC Kurve Skala Problematischer Gebrauch.....	43
Abbildung 7: ROC Kurve Skala Beschäftigung	43
Abbildung 8: ROC Kurve Skala Fehlende Compliance	44
Abbildung 9: ROC Kurve Skala Entzug	44
Abbildung 10: ROC Kurve Gesamtauswertung Bendep-SRQ-GV.....	45

Abkürzungsverzeichnis

Verzeichnis 1: Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BZD	Benzodiazepine
AUC	Area Under the Curve
Bendep-SRQ	Benzodiazepine Self-Report Questionnaire
Bendep-SRQ-GV	Benzodiazepine Self-Report Questionnaire – German Version
BZK	Benzodiazepin-/Z-Substanz-Konsumstörung
CFI	Comparative Fit Index
PIM	Patienteninformationsmaterial
ROC	Receiver Operator Characteristic
RMSEA	Root mean square error of approximation
SCID-5-CV	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen – Klinische Version
SDS	Severity of Dependence Scale
USE	Usefulness Scale of Patient Education Material
WLSMV	Weighted-Least-Squares-Mean-and-Variance-adjusted-Diskrepanzfunktion
ZS	Z-Substanzen

Zusammenfassung

Hintergrund des Projektes ist die große Zahl von Menschen in Deutschland, die Benzodiazepine und Z-Substanzen (Schlaf- und Beruhigungsmittel) über die empfohlene Menge und Dauer hinaus einnehmen. Hierdurch erhöht sich das Risiko für Nebenwirkungen und eine Abhängigkeitsentwicklung deutlich. Ziel des Projektes war es, eine evidenzbasierte Gesundheitsinformation zu entwickeln, mit der das Wissen bzw. die Gesundheitskompetenz von Betroffenen sowie ihren Angehörigen, v.a. zur korrekten Anwendung, zum möglichen Missbrauch und zum Risiko einer Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, verbessert werden kann. Hierzu wurden drei Teilprojekte durchgeführt. Im Rahmen von **Teilprojekt A** wurde eine systematische Recherche und Bewertung vorhandener Gesundheitsinformationen vorgenommen; hierüber wurden drei Gesundheitsinformationen als geeignete Grundlage zur Entwicklung einer neuen, zielgruppenspezifischen Gesundheitsinformation identifiziert. Zusätzlich wurde im Rahmen einer systematischen Literaturanalyse untersucht, welchen Effekt Gesundheitsinformationen über Benzodiazepine und Z-Substanzen auf das Einnahmeverhalten dieser Medikamente haben. Acht von zehn in die Analyse einbezogenen Studien fanden einen Zusammenhang zwischen der Bereitstellung von Gesundheitsinformationen und der Reduktion bzw. dem Absetzen der Medikamente. In **Teilprojekt B** wurden die in Teilprojekt A ausgewählten Gesundheitsinformationen im Rahmen dreier Fokusgruppen von 19 Betroffenen bewertet. Zusätzlich wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer danach befragt, welche Informationsbedürfnisse sie zum Thema Schlaf- und Beruhigungsmittel haben. Die Teilnehmenden äußerten verschiedene Informationsbedarfe zu den Themen Schlafstörungen, Benzodiazepine und Z-Substanzen sowie Hilfsangebote. Basierend auf diesen Ergebnissen wurde eine neue evidenzbasierte Gesundheitsinformation entwickelt, welche die verschiedenen Informationsbedürfnisse der unterschiedlichen Zielgruppen berücksichtigt. Im Rahmen von **Teilprojekt B** sollte ergänzend ein geeigneter Selbsttest zur Einschätzung des eigenen Medikamentenkonsums für Betroffene ausgewählt werden. Hierzu wurde zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt. Da kein geeigneter deutschsprachiger Test identifiziert werden konnte, wurde der in den Niederlanden entwickelte Benzodiazepine Self-Report Questionnaire (Kan et al., 1999) ins Deutsche übersetzt und validiert. Im Rahmen einer Onlinebefragung wurde gezeigt, dass die Konstruktvalidität, die Reliabilität und die Übereinstimmung mit der Severity of Dependence Scale (Gossop et al., 1995) des übersetzten Fragebogens als hoch eingeschätzt werden kann. Mittels einer darauf aufbauenden Interviewstudie wurde eine hohe Übereinstimmung des Fragebogens mit der diagnostischen Einschätzung des Substanzkonsums (Kriteriumsvalidität) basierend auf dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-5-Störungen (SCID-5) gezeigt. **Teilprojekt C** zielte auf die Entwicklung und Erprobung eines Verbreitungskonzepts für die entwickelte Gesundheitsinformation sowie die Evaluation der Gesundheitsinformation. Die Gesundheitsinformation wurde im Disseminationszeitraum vom 06. Dezember 2021 bis 18. März 2022 insgesamt 1.659-mal auf dem Onlineportal psychenet.de besucht. An der Evaluation des

Informationsangebotes nahmen 192 Betroffene, 70 Angehörige und 58 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren teil. 85,9% aller Befragten gaben an, dass sie die Gesundheitsinformation wieder besuchen wollen und 83,1%, dass sie diese weiterempfehlen würden. Die Gesundheitsinformation wurde zudem als besonders hilfreich im Bereich der Wissensvermittlung bewertet, die verhaltensbezogenen Informationen und die Hilfestellung zum emotionalen Umgang könnten jedoch noch weiter ausgebaut werden. Da die Gesundheitsinformation als digitales Angebot auf psychenet.de entwickelt wurde, besteht die Möglichkeit, diese fortlaufend weiterzuentwickeln. Um einen noch größeren Kreis an Nutzerinnen und Nutzer zu erreichen, soll perspektivisch auch eine „leichte Sprache“ Version der Gesundheitsinformation in das Informationsangebot integriert werden. Um Nutzerinnen und Nutzern zudem eine Einschätzung der eigenen Medikamenteneinnahme zu ermöglichen, könnte der Bendep-SRQ-GV mit einer höheren Teilnehmendenzahl geprüft werden. Ziel sollte es sein, valide Cut-off- Werte zu bestimmen, um damit den Selbsttest weiter zu disseminieren und für die Allgemeinheit nutzbar zu machen. Ebenfalls wünschenswert wäre eine Erweiterung des Informationsangebotes, z.B. um eine Entscheidungshilfe für Betroffene zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Dies würde eine noch umfassendere und verbesserte Hilfestellung für Betroffene mit Missbrauch oder einem Risiko für eine Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln darstellen.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage des Projektes

Benzodiazepine (BZD) und Z-Substanzen (ZS) gehören zu der Gruppe der Schlaf- und Beruhigungsmittel, sie werden zur Behandlung bei Schlafstörungen, Angstzuständen und innerer Unruhe eingesetzt (Hautzinger et al., 2016). Die kurzfristig schnelle und hohe Wirksamkeit von BZD und ZS kann dazu führen, dass Patientinnen und Patienten die Einnahme über die therapeutische Dauer hinaus entweder eigenmächtig oder in Abstimmung mit den verschreibenden Ärztinnen und Ärzten ausweiten. In Folge kann es zu einem schädlichen Gebrauch bzw. einer Abhängigkeit kommen. Schätzungen zur Anzahl von Medikamentenabhängigen in Deutschland liegen zwischen 1,5 und 1,9 Millionen Betroffenen, wobei davon auszugehen ist, dass ein erheblicher Anteil dieser Menschen von BZD und ZS abhängig ist (Glaeske, 2021). Besonders häufig sind Menschen in der Altersgruppe der über 60-Jährigen (Moßhammer et al., 2018; Verthein et al., 2019) sowie Frauen (Airagnes et al., 2016; Kurko et al., 2015; Morgan et al., 2016) von der nicht leitliniengerechten Einnahme von BZD und ZS betroffen .

Um Betroffene besser über die Risiken der Einnahme dieser Medikamente aufzuklären, ist es wichtig, evidenzbasierte und frei zugängliche Informationsangebote zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Spezifische Informationsmaterialien für Betroffene oder Angehörige sollen diese befähigen, von ihrem Recht auf Information und Beteiligung bei medizinischen Entscheidungen (z.B. dem Einnehmen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln) Gebrauch zu machen. Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zeichnen sich durch eine neutrale und zuverlässige Darstellung des systematisch recherchierten und kritisch evaluierten aktuellen medizinischen Wissenstandes aus. Sie sollen es den Nutzerinnen und Nutzern ermöglichen, ihr Wissen über Gesundheit und Krankheit zu verbessern und eigenständig oder gemeinsam mit anderen eine angemessene Entscheidung über mögliche eine Einnahme oder ein Absetzen von Substanzen oder der Durchführung anderer diagnostischer und therapeutischer Interventionen zu treffen (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, 2016).

Zunehmende Bedeutung bekommen dabei Gesundheitsinformationen im digitalen Raum. In einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung im Jahr 2020 gaben bereits 35,9 % der Befragten an, digitale Informationsangebote zu nutzen, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren. Die Tendenz dieser Nutzungszahlen ist in den letzten Jahren steigend (Hurrelmann et al., 2020). Die Webseite psychenet.de ist speziell für die Information über psychische Störungen entwickelt worden. Sie stellt wissenschaftlich fundierte Gesundheitsinformationen für Betroffene, Angehörige, Expertinnen und Expertinnen aus dem Gesundheitswesen und deren Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Neben evidenzbasierten Gesundheitsinformationen werden auch Entscheidungshilfen und Selbst- und

Screeningtests angeboten. Zusätzlich erhalten Nutzerinnen und Nutzer Informationen über das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen. In regelmäßigen Abständen gibt es spezielle Themenbereiche, die auf Psychenet temporär integriert werden (z.B. zur Suizidprävention). Psychenet.de zeichnet sich durch eine hohe Akzeptanz der Nutzerinnen und Nutzer, das Vertrauen in die Homepage sowie die Übersichtlichkeit der Homepage selbst aus (Köhnen et al., 2022; Tlach et al., 2016). Psychenet ist somit, insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Nutzungszahlen digitaler Informationsangebote, ein Leuchtturmprojekt für digitale Gesundheitsinformationen im Bereich der psychischen Erkrankungen.

1.2 Ziele, Fragestellungen und Projektstruktur

Das übergeordnete Ziel des Projektes war es, das Wissen bzw. die Gesundheitskompetenz von Betroffenen sowie ihren Angehörigen, v.a. zur korrekten Anwendung, zum möglichen Missbrauch und zum Risiko einer Abhängigkeit von BZD und ZS, zu verbessern. Durch eine Steigerung der Gesundheitskompetenz sollte mittel- bis langfristig der Anteil von Menschen mit einem missbräuchlichen Konsum oder einer Medikamentenabhängigkeit verringert werden. Um dies zu erreichen, sollte eine evidenzbasierte, zielgruppenspezifische Gesundheitsinformation bezüglich der Einnahme von BZD und ZS für Betroffene entwickelt und zielgruppenspezifische Verbreitungswege erarbeitet werden, um so den Zugang Betroffener zu der Gesundheitsinformation zu verbessern. Hieraus leiteten sich folgende zentrale Ziele des Projektes ab:

1. Systematische Recherche und Bewertung vorhandener Gesundheitsinformationen: Es sollten bereits vorhandene nationale und internationale Gesundheitsinformationen zum Thema Schlaf- und Beruhigungsmittel systematisch erfasst und anhand spezifischer Qualitätskriterien, wie Evidenzbasierung, Zielgruppenspezifität, Eignung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Auffindbarkeit etc. beschrieben und bewertet werden.
2. Zielgruppenorientierte Weiterentwicklung von Gesundheitsinformationen: Es sollten ausgewählte Gesundheitsinformationen für und mit den relevanten Zielgruppen mit ihren Merkmalen (z.B. Betroffene mit unterschiedlichem sozialen Status, Bildung, Alter, Geschlecht, kulturellem Hintergrund) und mit den für die Verbreitung relevanten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren weiterentwickelt bzw. ggf. neu entwickelt werden.
3. Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Verbreitungskonzepts: Es sollte die zielgruppenspezifische Gesundheitsinformation angemessen verbreitet und die Verbreitung evaluiert werden.

2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

2.1 Operationalisierung der Ziele

Entsprechend der drei Projektziele wurde das Gesamtprojekt in drei aufeinander aufbauende Teilprojekte strukturiert und in Teilziele untergliedert:

Teilprojekt A: Systematische Recherche und Bewertung vorhandener Gesundheitsinformationen

- Systematische Suche nach verfügbaren Gesundheitsinformationen bzw. Websites für Betroffene im Internet, Bewertung durch das Projektteam sowie Expertinnen und Experten anhand eines Kriterienkatalogs und Auswahl zur Weiterentwicklung.
- Systematische Literaturrecherche von Studien zur Wirksamkeit von Informationsmaterialien bzgl. der Risiken eines Missbrauchs bzw. einer Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

Teilprojekt B: Zielgruppenorientierte Weiterentwicklung von Gesundheitsinformationen

- Fokusgruppen mit Betroffenen verschiedener Zielgruppen;
- Erstellung neuer, zielgruppenspezifischer Gesundheitsinformationen;
- Fokusgruppe mit Expertengremium aus *Teilprojekt A* zur Evaluation der entwickelten Gesundheitsinformationen;
- Systematische Auswahl und ggf. Adaption oder Weiterentwicklung eines geeigneten Selbsttests für Nutzerinnen und Nutzern von Benzodiazepinen und Z-Substanzen.

Teilprojekt C: Entwicklung, modellhafte Erprobung und Evaluation eines Verbreitungskonzeptes für die weiterentwickelten Gesundheitsinformationen

- Erarbeitung eines zielgruppenspezifischen Implementierungs- sowie Verbreitungskonzeptes der entwickelten Gesundheitsinformationen.
- Evaluation der entwickelten Gesundheitsinformationen durch Betroffene, Angehörige sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

2.2 Datenerhebung, Methodik und Auswertung

2.2.1 Datenerhebung und Methodik

2.2.1.1 Ethikanträge

Für die unterschiedlichen Studienelemente der EDER-MIA-Studie wurden drei Ethikanträge erstellt, bei der internen Ethikkommission des Zentrums für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf eingereicht und begutachtet:

- Fokusgruppenbefragung (Methodische Beschreibung siehe S. 16-18): „LPEK-0114 Entwicklung, Dissemination und Evaluation von Gesundheitsinformationen zur Reduktion von Missbrauch und Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln“. Die Kommission hat dem Vorhaben am 20.08.2020 zugestimmt.
- Validierungsstudie (Methodische Beschreibung siehe S. 19-21): „LPEK-0294: Validierung Benzodiazepine Dependence Questionnaire“. Die Kommission hat dem Vorhaben am 01.04.2021 zugestimmt.
- Evaluationsstudie (Methodische Beschreibung siehe S. 22-24): „LPEK-0316: Entwicklung, Dissemination und Evaluation von Gesundheitsinformationen zur Reduktion von Missbrauch und Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln“. Die Kommission hat dem Vorhaben am 30.07.2021 zugestimmt.

2.2.1.2 Systematische Erfassung vorhandener Gesundheitsinformationen (Teilprojekt A)

Das *Teilprojekt A* lässt sich anhand der Teilziele (vgl. Kapitel 2.1) in zwei Abschnitte unterteilen:

- 1) Systematische Auswahl und Bewertung geeigneter Gesundheitsinformationen für eine mögliche Weiterentwicklung
- 2) Systematische Erstellung einer Übersichtsarbeit zur Implementierung und Wirkung von Gesundheitsinformationen

Systematische Auswahl und Bewertung geeigneter Gesundheitsinformationen für eine mögliche Weiterentwicklung

Mittels einer Internet-Recherche wurden deutschsprachige Gesundheitsinformationen zur Anwendung und Aufklärung über ZS und BZD identifiziert. Hierzu wurde über Google eine systematische Recherche nach online verfügbaren Gesundheitsinformationen (Webseiten, Broschüren) durchgeführt. Für die Suche wurden, unter Zuhilfenahme von Google-Suchvorschlägen und Keyword-/SEO-Tools folgende Suchbegriffe in verschiedenen Kombinationen verwendet: *Benzodiazepine; Benzos; Z-Substanzen; Z Substanzen; Z-Drugs; Z Drugs; Informationen; Infos; Gesundheitsinformationen; Risiken; Langzeitfolgen; Nebenwirkungen; Absetzen; Abhängigkeit; Süchtig; Sucht; Beruhigungsmittel; Schlafmittel; Schlafmittelabhängigkeit*. Zusätzlich wurden die gefundenen Webseiten nach weiteren Informationen und Links durchsucht. Ausgeschlossen wurden Gesundheitsinformationen, hinter denen keine Fachgesellschaften oder Organisationen stehen sowie Informationen, die sich an eine andere Zielgruppe richten (z.B. medizinische Behandlerinnen und Behandler).

Die einzelnen Gesundheitsinformationen wurden im ersten Schritt hinsichtlich verschiedener Kriterien bewertet. Das Bewertungsschema wurde in Anlehnung an die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, 2016) und den „Methodenreport zur Entwicklung von

Kurzinformationen für Patienten (KiP)“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin et al., 2019) entwickelt. Die Kriterien sind untergliedert in folgende Kategorien: Formale Qualitätskriterien, Qualität der Darstellung, Qualität der vermittelten Gesundheitsinformationen und Qualität des Erstellungsprozesses. Mithilfe dieses Bewertungsschemas wurden durch das Projektteam im Rahmen einer Vorbeurteilung besonders geeignete Gesundheitsinformationen ausgewählt und zur weiteren Beurteilung an ausgewählte Fachexpertinnen und Fachexperten gesendet. Ausgewählt wurden die Gesundheitsinformationen mit dem besten Gesamtrating (Skala: 0= nicht beurteilbar, 1 = Kriterium ist nicht erfüllt, 3 = teilweise erfüllt, 5 = erfüllt) sowie zusätzlich solche mit einer zielgruppenspezifischen Ausrichtung auf die Risikogruppen ältere Nutzerinnen und Nutzer sowie Frauen.

Die Gesundheitsinformationen wurden unter sieben Expertinnen und Experten aus der Suchtforschung, Versorgungsforschung, Geriatrie sowie Gerontopsychiatrie aufgeteilt, so dass jede Gesundheitsinformation entsprechend von drei bis vier Expertinnen und Experten bewertet wurde. Die Beurteilung erfolgte anhand des bereits zuvor genutzten Bewertungsschemas, welches durch das Projektteam zuvor noch einmal auf 14 wesentliche inhaltliche Kriterien reduziert wurde (siehe Anhang A). Zusätzlich zum numerischen Rating konnten die Experteninnen und Experten ihre Bewertungen in Textfeldern begründen. Die Ratings wurden in einem Excel-Dokument gesammelt. Für die spätere Entwicklung der Gesundheitsinformation wurde pro Zielgruppe (jüngere Erstnutzerinnen und -nutzer, Frauen, ältere Nutzerinnen und Nutzer) eine Gesundheitsinformation ausgewählt, die in der Fokusgruppenbefragung (*Teilprojekt B*) Betroffenen vorgestellt und mit diesen diskutiert und bewertet werden sollte.

Systematische Erstellung einer Übersichtsarbeit zur Wirkung von Gesundheitsinformationen

Für die systematische Literaturrecherche bezüglich der Wirkung von schriftlichen Gesundheitsinformationen auf Gesundheitsverhalten wurde zunächst die Fragestellung definiert: *Führen schriftliche Gesundheitsinformationen über Z-Substanzen und Benzodiazepine, auch in Kombination mit mündlicher Beratung oder einem Absetzplan im Vergleich zu einer üblichen Behandlung zu einer Medikamentenreduktion?*

Dementsprechend wurde eine Suchstrategie entwickelt (siehe Tabelle 1) und das Vorgehen im online-Register für systematische Reviews „PROSPERO“ registriert (Registrierungsnummer: CRD42020167204).

Tabelle 1: Suchstrategie „search terms“

Suchstrategie am Beispiel der Datenbank PubMed
((benzodiazepin*[TIAB] OR BZD*[TIAB] OR "z-drug*" [TIAB] OR "non benzodiazepin*" [TIAB] OR "nonbenzodiazepin*" [TIAB] OR zopiclone [TIAB] OR zolpidem [TIAB] OR zaleplon [TIAB]) AND ("written health information*" [TIAB] OR "written patient information*" [TIAB] OR "written educat*" [TIAB] OR "health educat*" [TIAB] OR "patient educat*" [TIAB] OR "health intervent*" [TIAB] OR intervent*" [TIAB]) AND (RCT [TIAB] OR "randomized controlled trial" [TIAB] OR "randomised controlled trial" [TIAB] OR "clinical trial" [TIAB] OR "controlled clinical trial" [TIAB] OR "intervention group" [TIAB] OR "experimental group" [TIAB] OR "control group" [TIAB] OR intervention [TIAB] OR control [TIAB]) NOT "systematic review" [pt] NOT review [pt] NOT "meta analysis" [pt])
Filter: Abstracts, Humans, 1994-2022, English

Folgende Datenbanken wurden im Rahmen der Literatursuche durchsucht: Cochrane-Library, PsycINFO, PubMed und Web of Science. Die Auswahl geeigneter Studien erfolgte dann mittels folgender Schritte: Duplikate entfernen, Titel-Screening, Abstract-Screening und Volltext lesen. Für den Screeningprozess wurde die Software Rayyan (Ouzzani et al., 2016) verwendet. Im Anschluss an das Screening wurden die Daten der ausgewählten Studien in einer Übersichtstabelle übertragen und eine narrative Synthese der Studienergebnisse der einzelnen Studien erstellt.

2.2.1.3 Zielgruppenorientierte Weiterentwicklung von Gesundheitsinformationen inkl. Entwicklung eines Screeningtests (Teilprojekt B)

Das *Teilprojekt B* lässt sich anhand der Teilziele (vgl. Kapitel 2.1) in drei Abschnitte unterteilen:

- 1) Fokusgruppenbefragung mit Betroffenen verschiedener Zielgruppen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention)
- 2) Erstellung einer neuen, zielgruppenspezifischen Gesundheitsinformation; Fokusgruppe mit Expertengremium aus *Teilprojekt A* zur Evaluation der entwickelten Gesundheitsinformation
- 3) Systematische Auswahl eines geeigneten Selbsttests für Nutzerinnen und Nutzern von Benzodiazepinen und Z-Substanzen

Fokusgruppenbefragung mit Betroffenen

Ziel der Fokusgruppenbefragung war es, Informationsbedürfnisse Betroffener zu identifizieren, die in *Teilprojekt A* identifizierten Gesundheitsinformationen durch Betroffene bewerten zu lassen und geeignete Verbreitungswege zur Dissemination der Gesundheitsinformationen zu identifizieren.

Es wurden insgesamt drei zielgruppenspezifische Fokusgruppengespräche mit je sieben Betroffenen geplant. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Fokusgruppen wurden über zielgruppenspezifische Aushänge und Anzeigen akquiriert. Die Aushänge und Anzeigen wurden getätigt in:

- *Institutionen*: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Universität Hamburg (UHH), Medical School Hamburg (MSH), Frauenberatungsstelle Frauenperspektive in Hamburg
- *Zeitung*: Hamburger Wochenblatt
- *Soziale Netzwerke*: Instagram, Facebook-Gruppen, Ebay Kleinanzeigen
- *Aushänge an Alltagsorten*: Supermärkte, Drogerien, Einkaufszentren, Apotheken.

Studieninteressierte konnten per Telefon oder E-Mail mit einer Studienmitarbeiterin Kontakt aufnehmen. Die Interessierten wurden über die Studie informiert und aufgeklärt, zudem wurden die Eignungskriterien abgefragt. Erfragt wurden soziodemographischen Aspekte, die Einnahme von BZD und ZS und Häufigkeit, Dauer und Grund der Einnahme.

Für die drei Zielgruppen wurden folgende Kriterien definiert:

- *Zielgruppe 1*:
 - Personen zwischen 18 und 40 Jahren mit Schlafstörungen und optional Angst- und Unruhesymptomatik
 - Bereits Schlaf-/Beruhigungsmittel (vorzugsweise BZD/ZS) ausprobiert, darüber nachgedacht oder mit dem/der medizinischen Behandler/in darüber gesprochen
- *Zielgruppe 2*:
 - Frauen zwischen 40 und 60 Jahren mit Schlafstörungen und optional Angst- und Unruhesymptomatik
 - Gelegentliche oder regelmäßige Einnahme von BZD/ZS
- *Zielgruppe 3*:
 - Personen ab 60 Jahren mit Schlafstörungen und optional Angst- und Unruhesymptomatik
 - Regelmäßige oder Langzeiteinnahme von BZD/ZS.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Hygiene-Regeln war die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf sieben pro Fokusgruppe begrenzt. Dementsprechend wurden sieben Personen pro Zielgruppe, die die jeweiligen Kriterien erfüllten, eingeladen.

Die Fokusgruppen wurden von August bis September 2020 durchgeführt. In Zielgruppe 2 und 3 sagte jeweils eine Person die Teilnahme kurzfristig ab. Moderiert wurden die Fokusgruppen von jeweils zwei Moderatorinnen oder Moderatoren aus dem Projektteam, basierend auf einem semi-strukturierten Leitfaden (im Anhang B), der folgende Themenblöcke enthielt:

- *Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer*

Beispielfragen:

- *Leiden Sie unter Schlafstörungen und/oder Unruhezuständen oder Ängsten?*
- *Haben Sie dagegen schon mal Medikamente eingenommen?*
- **Informationswege**
Beispielfragen:
 - *Haben Sie sich schon mal bzgl. Schlafstörungen und/oder Unruhezuständen/Ängsten informiert?*
 - *Haben Sie sich diesbezüglich auch über die Einnahme von Medikamenten informiert?*
 - *Wenn ja, wann und wie?*
- **Informationsbedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer**
Beispielfragen:
 - *Welche Fragen bzgl. Schlafproblemen Angst/Unruhezuständen beschäftigen Sie?*
 - *Gibt es weitere Fragen zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die Sie beschäftigen? Wenn ja, welche?*
- **Bewertung der Gesundheitsinformationen**
Beispielfragen:
 - *Wie verständlich ist die Gesundheitsinformation für Sie?*
 - *Fühlen Sie sich angesprochen von der Gesundheitsinformation?*
- **Verbreitungswege**
Beispielfrage:
 - *Wie könnte man Sie mit Gesundheitsinformationen am besten erreichen, wie/wo würden Sie am ehesten darauf aufmerksam werden?*

Erstellung einer neuen, zielgruppenspezifischen Gesundheitsinformation

Zur Erstellung der Gesundheitsinformation wurden folgende Informationen herangezogen und in einem Gesamtinformationsangebot integriert:

- Im Rahmen der Fokusgruppenbefragung identifizierte Informationsbedürfnisse der einzelnen Zielgruppen;
- Im Rahmen der Fokusgruppenbefragung getätigte Bewertungen der in *Teilprojekt A* ausgewählten Gesundheitsinformationen durch die einzelnen Zielgruppen;
- Bewertungen der Expertinnen und Experten der in *Teilprojekt A* ausgewählten Gesundheitsinformationen.

Die neu entwickelte Gesundheitsinformation wurde zusätzlich durch in der Erstellung von Gesundheitsinformationen erfahrenen Kolleginnen aus dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) überarbeitet und im Anschluss erneut durch Expertinnen und Experten bewertet, von denen vier Personen bereits an der ersten Bewertungsrunde teilgenommen hatten. Hierzu füllten diese zunächst

einen kurzen Fragebogen aus. Die Ergebnisse der Befragung bildeten die Grundlage für den nachfolgenden Onlineworkshop, in dessen Rahmen mit den Expertinnen und Experten über die Gesundheitsinformation gesprochen wurde. Inhaltliche und formale Kritik der Expertinnen und Experten, die im Rahmen des Workshops getätigt wurde, wurde durch zwei Personen protokolliert. Die kritischen Punkte wurden in Kategorien strukturiert, durch das Projektteam geprüft und besprochen und anschließend entsprechende Änderungen an der Gesundheitsinformation vorgenommen.

Systematische Auswahl eines geeigneten Selbsttests: Entwicklung Screeningtest

Wie im Antrag beschrieben sollte im Rahmen des Projektes zusätzlich die Möglichkeit einer Implementierung eines Selbsttests für Nutzerinnen und Nutzer von BZD und ZS, ergänzend zur Gesundheitsinformation, geprüft werden. Um einen geeigneten Selbsttest auswählen zu können, der für die Nutzerinnen und Nutzer der späteren Gesundheitsinformation zur Verfügung steht, wurde eine Literaturrecherche nach validierten Screeningtests durchgeführt. Keiner der deutschsprachigen Tests erfüllte die Anforderungen an ein Instrument, das sich zur Nutzung als Screening-Instrument eignete. So wurde kein generisches Instrument für BZD oder ZS gefunden, die weit verbreitete Severity of Dependence Scale (SDS) (Gossop et al., 1995) wurde zudem im deutschen Sprachraum nicht für diese Zwecke validiert und kein Instrument zeigte sich als nachgewiesen anwendbarer Screeningtest für Betroffene.

Aufgrund dessen wurde entschieden, den in den Niederlanden entwickelten Test „Benzodiazepine Self-Report Questionnaire“ (Bendep-SRQ) von Kan et al. (1999) in eine deutsche Version zu übersetzen (Bendep-SRQ-GV) und als Screeningtest zu validieren. Der Bendep-SRQ wurde Ende der 1990er-Jahre vor dem Hintergrund der steigenden Prävalenzzahlen für Benzodiazepinverordnungen in den Niederlanden entwickelt. Er beinhaltet vier Bereiche: *Problematischer Gebrauch*, *Beschäftigung*, *Compliance* und *Entzug*. Der letzte Bereich wird nur abgefragt, wenn die Person angibt, schon einmal einen Absetzversuch mit BZD oder ZS gehabt zu haben. Antworten werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit folgenden Antwortoptionen gegeben: „*Trifft auf mich überhaupt nicht zu*“, „*trifft auf mich nicht zu*“, „*trifft teilweise auf mich zu, teilweise nicht*“, „*trifft auf mich zu*“, „*trifft voll und ganz auf mich zu*“. Die Auswertung erfolgt laut der Originalstudie von (Kan et al., 1999) mit dichotomisierten Werten, d.h. ab der Angabe „*trifft teilweise auf mich zu, teilweise nicht*“ wird eine 1 vergeben, bei „*trifft auf mich überhaupt nicht zu*“ und „*trifft auf mich nicht zu*“ wird eine 0 vergeben. Die Summe der dichotomisierten Werte pro Skala soll die Ausprägung in dem jeweiligen Bereich widerspiegeln. Eine Gesamtauswertung über alle vier Bereiche hinweg ist von (Kan et al., 1999) nicht vorgesehen.

Übersetzung und sprachliche und kulturelle Anpassung

Zu Beginn wurde mit dem Originalautor unsere Projektplanung besprochen und die Erlaubnis für die Übersetzung eingeholt. Die Übersetzung des Bendep-SRQ(siehe Anhang C) in die deutsche Version

Bendep-SRQ-GV erfolgte dann in Anlehnung an den TRAPD-Prozess (Behr et al., 2015). Dazu wurde der Fragebogen zunächst von zwei Mitarbeiterinnen unabhängig voneinander übersetzt [*T – Translation*], dann in einem zweiten Schritt mit einer zweisprachigen (niederländisch-deutsch) Reviewerin diskutiert und Lösungsvorschläge erarbeitet [*R – Review*]. Mit dem Projektteam wurden dann in einem dritten Schritt Unklarheiten bzgl. Formulierungen, insbesondere zur Klassifizierung der Medikamente, geklärt und angepasst [*A – Adjudication*]. Mit der Durchführung des Prä-Tests [*P*] wurden dann abschließend Fragen und Formulierungen angepasst. Die veränderten Items sowie etwaige Veränderungen wurden abschließend dokumentiert [*D- Documentation*].

Prä-Test zum Bendep-SRQ-GV

Für den Prä-Test wurden kognitive Interviews durchgeführt, die dem qualitativen Erkenntnisgewinn dienen sollten. Ziel des Prä-Tests war es, die ins Deutsche übersetzten Inhalte des Bendep-SRQ auf Verständlichkeit und Eindeutigkeit zu prüfen, bevor dieser quantitativ validiert wird.

Für die Durchführung der kognitiven Interviews wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt (Anhang D), der neben dem zu testenden Fragebogen auch soziodemographische Fragen sowie verschiedene kognitive Fragetechniken umfasste: u. a. die Technik des lauten Denkens (*Think Aloud*), Nachfragetechniken (*Probing*), Paraphrasieren (*Paraphrasing*) sowie eine Bewertung der Verlässlichkeit der Antwort (*Confidence Rating*) (Lenzner et al., 2014).

Bei der Auswahl der Personen für den Prä-Test wurde darauf geachtet, dass diese hinsichtlich verschiedener Charakteristika (z.B. Alter, Geschlecht, Medikamentengruppe) gut abgebildet waren. Die Stichprobe wurde über verschiedene Wege akquiriert: Infoscreen und Aushänge in der Klinik für Psychiatrie und Psychiatrie des UKE, Aushänge in Supermärkten, Soziale Netzwerke (Facebook-Gruppen zu Schlafstörungen, der Website Reddit, Ebay-Kleinanzeigen) sowie über persönliche Kontakte. Für die Teilnahme erhielten Probandinnen und Probanden eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 40€.

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie wurden im Mai und Juni 2021 videobasierte Interviews über *RED connect* durchgeführt. Die Interviews dauerten jeweils 30 - 45 Minuten, der Ton wurde zur späteren Auswertung aufgezeichnet.

Onlinestudie zur psychometrischen Prüfung des BENDEP-SRQ-GV

Im Rahmen einer Onlinestudie war das erste Ziel, die psychometrischen Eigenschaften des Bendep-SRQ-GV zu analysieren. Hierbei ging es darum, die Faktorenstruktur des Fragebogens (Konstruktvalidität) zu bestimmen. Zweites Ziel war es die Reliabilität des Fragebogens mittels der internen Konsistenz zu berechnen. Abschließend sollte die Übereinstimmungsgenauigkeit der Fragebogenergebnisse mit dem SDS (Gossop et al., 1995) geprüft werden. Der SDS erfasst in 5 Items mittels einer 4-Punkt-Likert Skala die Schwere einer Abhängigkeit.

Ergänzend wurden die folgenden soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben: Geschlecht, Alter, Familienstand, Medikamenteneinnahme, Bezugsquelle der Medikamente und der Bildungsabschluss. Der Bildungsabschluss wurde kategorisiert nach der internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (United Nations Educational, 2012): „Niedrig“ (Aktuell Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule, von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss), Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss), Realschulabschluss (Mittlere Reife), Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse), „Mittel“ (Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule, Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur, Abgeschlossene Berufsausbildung) und „Hoch“ (Fachhochschulabschluss, Hochschulabschluss). Die Stichprobengröße wurde auf N=300 festgelegt, da dies laut (Klopp, 2010) für explorative Faktorenanalysen als „gut“ eingeschätzt werden kann. Die Studienbewerbung zur Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern fand überwiegend über soziale Netzwerke statt. Zusätzlich wurde ein Pop-Up-Fenster mit einem Hinweis zur Onlinestudie auf der Seite *psychnet.de* geschaltet.

Interviewstudie zur psychometrischen Prüfung des BENDEP-SRQ-GV

Im Rahmen einer Interviewstudie sollte die Kriteriumsvalidität bzw. diagnostische Validität des BENDEP-SRQ-GV bestimmt werden. Hierzu wurde die Übereinstimmung des BENDEP-SRQ-GV mit einer diagnostischen Einschätzung entsprechend dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5“ (DSM; englisch für „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen - 5“) geprüft. Zur Bestimmung der diagnostischen Einordnung entsprechend dem DSM-5-Diagnosewerk wurden Interviews basierend auf dem Leitfaden „Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen – Klinische Version“ (SCID-5-CV) durchgeführt. Es wurden folgende Ausprägungen des Substanzkonsums codiert: „Keine Störung“, „leichte Ausprägung“, „mittlere Ausprägung“ und „schwere Ausprägung“. Zusätzlich füllten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den BENDEP-SRQ-GV aus. Ergänzend wurden zudem die folgenden soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben: Geschlecht, Alter, Familienstand, Medikamenteneinnahme, Bezugsquelle der Medikamente und der Bildungsabschluss. Der Bildungsabschluss wurde entsprechend der oben dargestellten Einordnung nach der internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (United Nations Educational, 2012) erfasst. Zur Rekrutierung der Studienteilnehmenden wurden verschiedene Verbreitungswege gewählt. Die Studienbewerbung fand überwiegend über soziale Netzwerke statt. Zusätzlich wurde eine Anzeige im Hamburger Wochenblatt geschaltet.

2.2.1.4 Entwicklung, modellhafte Erprobung und Evaluation eines Verbreitungskonzeptes für die weiterentwickelten Gesundheitsinformationen (Teilprojekt C)

Das *Teilprojekt C* lässt sich anhand der Teilziele (vgl. Kapitel 2.1) in zwei Abschnitte unterteilen:

- 1) Dissemination der Gesundheitsinformation
- 2) Evaluation der Gesundheitsinformation

Dissemination der entwickelten Gesundheitsinformation

Die Gesundheitsinformation wurde zunächst auf der vom Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) seit vielen Jahren entwickelten und bewährten Webseite für Gesundheitsinformationen rund um das Thema „Psychische Gesundheit“ (www.psychenet.de) implementiert und anschließend disseminiert. Ziel der Dissemination war es, die neu entwickelte Gesundheitsinformation sowohl bei Betroffenen und interessierten Personen (wie z.B. Angehörigen) bekannter zu machen, als auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu erreichen. Die Dissemination wurde gleichzeitig als Möglichkeit zur Gewinnung der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer für die Evaluation der Gesundheitsinformation genutzt. Die Disseminationswege wurden danach ausgewählt, dass sie möglichst viel Reichweite generieren und im Kontext der Covid-19-Pandemie umsetzbar sein sollten. Unterstützt wurde die Dissemination zusätzlich durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin. Dieses veröffentlichte den Link zur Gesundheitsinformation sowie den Studienlink über ihren Newsletter „Patienteninformation“ und stellte Kontakte bspw. zum Deutschen Netzwerk für Gesundheitskompetenz sowie zur Leitliniengruppe für Medikamentenbezogene Störungen her. Um den Erfolg der Dissemination zu überprüfen, wurde eine Auswertung der Zugriffszahlen auf die Gesundheitsinformation unter psychent.de im Zeitraum der aktiven Dissemination vorgenommen.

Evaluation der entwickelten Gesundheitsinformation

Für die Evaluation der Gesundheitsinformation wurde in *Teilprojekt C* ein Fragebogen (Anhang E) entwickelt, welcher neben soziodemographischen und pharmakoepidemiologischen Fragestellungen auch ein standardisiertes Instrument zu Bewertung der Nützlichkeit der Gesundheitsinformation beinhaltete. Dieses Instrument wurde an die „Usefulness Scale for Patient Information Material (USE)“ (Hölzel et al., 2015) angelehnt und an die Bedarfe der Studie angepasst. Die *USE* ist eine generische Skala, welche die subjektiv empfundene Nützlichkeit eines Informationsmaterials aus der Sicht von Patientinnen und Patienten misst. Das theoretische Modell der *USE* enthält drei Subskalen: *Knowledge*

(„Wissen“), *Emotion* („Emotion“) und *Behavior* („Verhalten“). Mithilfe der Subskala „Wissen“ wird gemessen, inwiefern Patientinnen und Patienten den Wissenszuwachs als nützlich empfinden, mit der Subskala „Emotion“ die wahrgenommene Nützlichkeit des Materials in Hinblick auf die Bewältigung der Erkrankung sowie mit der Subskala „Verhalten“ das Ausmaß, in dem Patientinnen und Patienten die verhaltensbezogenen Informationen als nützlich für sich beurteilen (Hölzel et al., 2015). Jede der drei Subskalen enthält drei Items, die eine Gesamtskala *Usefulness* ergeben. Die Patientin bzw. der Patient gibt seine Einschätzung zu jedem Item auf einer 11-stufigen Skala von „1=stimme überhaupt nicht zu“ bis „10=stimme voll und ganz zu“ ab. Bei der Evaluation der Gesundheitsinformation durch die Angehörigen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurde der Vergleichbarkeit halber nicht auf anderweitige Instrumente zurückgegriffen, sondern es erfolgte eine Anpassung der Items hinsichtlich der verschiedenen Adressaten sowie an das Thema BZD und ZS: „Die Gesundheitsinformation zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen hat meine Sorgen wegen der Behandlung mit Z-Substanzen und Benzodiazepinen verringert.“ (Betroffene), „Die Gesundheitsinformation zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen hat meine Sorgen wegen der Behandlung mit Z-Substanzen und Benzodiazepinen meiner/meines Angehörigen verringert.“ (Angehörige), „Die Gesundheitsinformation zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen kann die Sorgen von Betroffenen wegen ihrer Behandlung mit Z-Substanzen und Benzodiazepinen verringern.“ (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren).

Zusätzlich zu den USE-Fragen wurden drei BZD- und ZS-spezifische Items zum Einsatz der Medikamente, dem Abhängigkeitsrisiko und dem Absetzen formuliert, die ebenfalls auf der 10-stufigen USE Skala abgefragt wurden:

- „Die Gesundheitsinformation zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen hat mir gezeigt (Betroffene und Angehörige)/kann Betroffenen zeigen (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren), wann und wofür Z-Substanzen und Benzodiazepine eingesetzt werden können.“
- „Die Gesundheitsinformation zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen hat mir gezeigt (Betroffene und Angehörige)/kann Betroffenen zeigen (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren), wie das Abhängigkeitsrisiko von Z-Substanzen und Benzodiazepinen einzuschätzen ist.“
- „Die Gesundheitsinformation zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen hat mir gezeigt (Angehörige)/kann Betroffenen zeigen (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren), wie Z-Substanzen und Benzodiazepine abgesetzt werden.“, bzw. für Betroffene, die in den letzten 12 Monaten ZD oder BZD eingenommen haben: „Die Gesundheitsinformation zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen hilft mir, gemeinsam mit meinem Behandler eine Entscheidung bzgl. des Absetzens von Z-Substanzen und Benzodiazepinen zu treffen.“

Zudem wurde mit den Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“ und „weiß nicht“ abgefragt, inwiefern die drei Gruppen die Gesundheitsinformation weiterempfehlen und wieder besuchen würden und wie

vertrauenswürdig bzw. wie aktuell diese eingeschätzt wird. Betroffene wurden zusätzlich befragt, inwiefern sie nun besser mit ihrer Ärztin/Arzt bzw. Apothekerin/Apotheker über ihre Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepinen reden können und Angehörige wurden gefragt, inwiefern sie nun besser mit ihren Angehörigen über ihre/seine Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepinen reden können. Ergänzend zu den Evaluationsfragen wurden soziodemographische Daten (Geschlecht, Alter) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben. Bei den Betroffenen und Angehörigen wurde zudem der Familienstand und der Bildungsabschluss erfasst. Der Bildungsabschluss wurde entsprechend der oben dargestellten Einordnung nach der internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (United Nations Educational, 2012) kategorisiert. Bei den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurde zusätzlich die Berufsgruppe und der Tätigkeitsbereich erfragt.

Der Fragebogen wurde mittels *LimeSurvey* als Onlinefragebogen programmiert und über [psychenet.de](https://www.psychenet.de) online gestellt. Die Besucherinnen und Besucher der Homepage wurden anhand eines Pop-up-Fensters sowohl auf der Startseite als auch der spezifischen Seite der Gesundheitsinformation auf die Studie aufmerksam gemacht.

An der Studie teilnehmen konnten Personen:

- aus der Sicht einer Angehörigen/eines Angehörigen einer/eines Betroffenen,
- aus der Sicht einer/eines Betroffenen (aktueller Gebrauch oder Gebrauch innerhalb der letzten 12 Monate von Schlaf- und oder Beruhigungsmitteln/Vorliegen von Schlaf- und/oder Angst- und/oder Unruhestörungen) oder
- aus Sicht eines/einer Multiplikators/in bzw. medizinischen/medizinischer Experten/in.

Für die Teilnahme am Survey wurde eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 15€ für Betroffene und Angehörige und 25€ für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gezahlt. Die Datenerhebung erfolgte vom 06.12.2021 bis zum 18.03.2022.

2.2.2 Auswertungen

2.2.2.1 Systematische Erfassung vorhandener Gesundheitsinformationen (Teilprojekt A)

Systematische Auswahl und Bewertung geeigneter Gesundheitsinformationen

Für die Vorbewertung durch das Projektteam sowie die weitere Bewertung durch die Expertinnen- und Experten wurden jeweils die Mittelwerte jeder Gesundheitsinformation über alle Bewertungskriterien des Bewertungsschemas berechnet. Möglich war damit ein minimaler Wert von 1 (Kriterium ist nicht erfüllt) und ein maximaler Wert von 5 (Kriterium ist erfüllt). Wenn ein Wert 0 = nicht beurteilbar angegeben wurde, wurde dieser Wert von der Berechnung des durchschnittlichen Mittelwertes ausgeschlossen.

Systematische Erstellung einer Übersichtsarbeit zur Wirkung von Gesundheitsinformationen

Die identifizierten Studien wurden hinsichtlich der Merkmale Studiendesign, Stichprobengröße, Stichprobenzusammensetzung, Intervention und Ergebnisse beschrieben und die Informationen in eine Tabelle (siehe Anhang F) übertragen. Die beobachteten Zusammenhänge der Studien zwischen der Darbietung von Gesundheitsinformationen und dem Einnahmeverhalten wurden qualitativ beschrieben und verglichen.

2.2.2.2 Zielgruppenorientierte Weiterentwicklung von Gesundheitsinformationen inkl. Entwicklung eines Screeningtests (Teilprojekt B)

Fokusgruppenstudie

Die Fokusgruppenbefragungen wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend pseudonymisiert. Transkribiert wurde ausschließlich tatsächlich Gesagtes. Die Transkripte wurden mit dem Programm MaxQDA® (MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse, 2020) entsprechend der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring [23] ausgewertet. Leitfragen für die Auswertung lauteten:

- Welche Informationsbedürfnisse benennen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer?
- Wie bewerten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die vorgelegten Gesundheitsinformationen?
- Welche Verbreitungswege von Gesundheitsinformationen wünschen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer?

Hierzu wurden zunächst deduktiv Hauptkategorien anhand der Forschungsfragen festgelegt und dann induktiv anhand des Textmaterials weitere Hauptkategorien sowie Unterkategorien herausgearbeitet. Dabei wurde die Häufigkeit der Nennung einer Kategorie nicht ausgewertet. Im Anschluss wurden zufällige Abschnitte des Materials durch eine zweite Wissenschaftlerin ausgewertet, die Kategoriensysteme verglichen sowie Unterschiede diskutiert, bis eine Übereinstimmung bestand. Das Kategoriensystem wurde anschließend von einer weiteren Wissenschaftlerin überprüft und Unstimmigkeiten wurden diskutiert. Für jede Kategorie wurde (mindestens) eine Aussage zur Verdeutlichung der Kategorie gewählt. Dieser Prozess wurde für jede Fokusgruppe einzeln durchgeführt.

Prüf-Test zum Bendep-SRQ-GV

Anhand der Gesprächsnotizen und Audioaufzeichnungen wurden problematische Items markiert und mit entsprechenden Interviewaussagen bzw. Anker-Zitaten belegt. Anschließend wurden auffällige Items dem Projektteam vorgelegt und diskutiert. Für die identifizierten Items wurden Verbesserungsvorschläge generiert und umgesetzt.

Onlinestudie zur Konstruktvalidität, Reliabilität und konvergenten Validität

Alle Datenverarbeitungsschritte und -analysen wurden mit der R-Software, Version 4.0.5., gerechnet (R Core Team, 2021). Von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden die Daten auf Vollständigkeit geprüft. 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden auf Grund der fehlenden Einnahme von BZD oder ZS von der weiteren Analyse ausgeschlossen.

In dieser Studie wurden die Item-Antworten nicht wie bei Kan et al. (1999) dichotomisiert, um die vollständigen Informationen zu nutzen, die Varianz nicht zu reduzieren und die Auswirkungen möglicher Bodeneffekte zu vermindern.

Items der Skala Entzug werden nur beantwortet, wenn Betroffene bereits ein Entzug oder eine Einnahmereduktion vorgenommen wurden. Curado et al. (2020) ersetzen die fehlenden Werte mit einer „0“, um die betreffenden Personen nicht von der weiteren Auswertung auszuschließen. In dieser Studie wurde dieses Vorgehen adaptiert.

Teil der Konstruktvalidität ist die Analyse (bzw. Bestätigung) der Faktorenstruktur. Zur Untersuchung der Faktorenstruktur wurden vier Strukturgleichungsmodelle (SEMs) mit dem Paket lavaan (Yves Rosseel, 2012) aufgestellt und verglichen. Diese Studie verwendete die Weighted-Least-Squares-Mean-and-Variance-adjusted-Diskrepanzfunktion (WLSMV), da diese Methode für dichotome oder ordinale Daten empfohlen wird (Bühner, 2021). Der Grund dafür ist u.a., dass keine Normalverteilung vorausgesetzt wurde. Dieses Vorgehen entspricht dem von Curado et al. (2020).

Teil der Konstruktvalidität ist zudem die konvergente Validität. Zur Ermittlung der konvergenten Validität wurden die Werte der vier Skalen des Bendep-SRQ-GV mit dem Gesamtwert der SDS korreliert. Da mit den latenten Skalenwerten gerechnet wurde, wurde für die Korrelationen der Pearson-Rangkorrelationskoeffizient verwendet. Die Signifikanz jedes Korrelationskoeffizienten wurde mit einem einseitigen Signifikanztest bestimmt. Das Signifikanzniveau wurde mit Hilfe der Bonferroni-Korrektur angepasst. Bei Verwendung eines Signifikanzniveaus von .05 ergibt sich nach Korrektur für die vier Tests ein angepasstes Signifikanzniveau von rund .01.

Für die Bewertung der konvergenten Validität in Form einer Korrelation wurde die Daumenregel für Korrelationen verwendet (Cohen, 1988): $r \approx .1$ geringe Korrelation, $r \approx .3$ mittlere Korrelation und $r \approx .5$ hohe Korrelation. Korrelationen von $r \geq .80$ wurden in dieser Studie als sehr hoch eingeschätzt. Die Reliabilität sollte für jede Skala bestimmt werden und wurde mit dem Paket semTools (Jorgensen et al., 2021) berechnet. In diesem Fall wurde McDonalds Omega (McDonald, 1999) verwendet. Die Bewertung der Reliabilität erfolgte nach der generell verwendeten Daumenregel (George & Mallery, 2011): $.7 \leq \alpha \leq .8$ akzeptabel, $.8 \leq \alpha \leq .9$ gut und $.9 \leq \alpha$ exzellent.

Explorativ sollte zudem ein Gesamtwert untersucht werden. Dafür wurde ein fünftes Modell untersucht, indem das Modell 4 um einen Faktor zweiter Ordnung erweitert wurde, auf den die vier Faktoren (Subskalen) laden. Das Modell 5 sollte mit dem Modell 4 verglichen werden. Aus dem Modell sollte schließlich der latente Gesamtwert extrahiert werden, sodass die Übereinstimmung mit der SDS sowie die Reliabilität bestimmt werden kann.

Interviewstudie zur Erfassung der Kriteriumsvalidität mittels klinischer Interviews

Alle Datenverarbeitungsschritte und -analysen wurden mit der R-Software, Version 4.0.5., gerechnet (R Core Team, 2021). Von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden die Daten auf Vollständigkeit geprüft. Um zu untersuchen, inwieweit der Bendep-SRQ-GV dazu genutzt werden kann, um zwischen Personen mit (SCID-5-CV: „leichte Ausprägung“, „mittlere Ausprägung“ und „schwere Ausprägung“) und ohne eine psychische Störung (SCID-5-CV: „Keine Störung“) zu unterscheiden, wurden *sog. Receiver Operator Characteristic* (ROC)-Kurven berechnet und die *Area Under the Curve* (AUC) betrachtet. Ziel dieser Untersuchung war es, zu ermitteln, welche Subskala am geeignetsten ist, als Screening-Instrument für das Vorliegen einer Substanzkonsumstörung eingesetzt zu werden. Für jede Subskala sollte zudem ein geeigneter Cut-off-Wert bestimmt und die entsprechende Sensitivität und Spezifität berichtet werden.

2.2.2.3 Entwicklung, modellhafte Erprobung und Evaluation eines Verbreitungskonzeptes für die weiterentwickelten Gesundheitsinformationen (Teilprojekt C)

Dissemination der entwickelten Gesundheitsinformation

Zur Evaluation der Disseminationsstrategie wurde mithilfe des Webanalytics Tools „Matomo“ analysiert, wie häufig im Zeitraum vom 06. Dezember 2021 bis 18. März 2022 auf die Gesundheitsinformation zu BZD und ZS auf der Webseite psychenet.de zugegriffen wurde.

Evaluation der entwickelten Gesundheitsinformation

Alle Datenverarbeitungsschritte und -analysen wurden mit der R-Software, Version 4.0.5., gerechnet (R Core Team, 2021). Von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden die Daten auf Vollständigkeit geprüft. Für die Auswertung des USE sowie der drei zusätzlichen ZS- und BZD-spezifischen Items wurde ein Summenscore für die einzelnen Subskalen sowie der Gesamtscore errechnet. Der Summenscore der einzelnen Skalen kann Ausprägungen von 0 bis 30 und der Gesamtscore von 0 bis 90 annehmen. Für die Auswertungen aller weiteren Items wurden Einzelauswertungen auf Item-Ebene getätigt.

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

3.1 Durchführung

Die Durchführung der einzelnen Teilprojekte im Rahmen des EDER-MIA-Projektes wird im Abschnitt zur Datenerhebung und Methodik umfassend ausgeführt. Dort wird auf die verschiedenen methodischen Ansätze eingegangen.

Die im Projektantrag formulierten Vorhabensziele und die vorab festgelegten Meilensteine blieben während des Projektzeitraums unverändert. Aufgrund der COVID-19-Pandemie mussten jedoch Meilensteine verschoben werden. So konnten die Fokusgruppen (Teilprojekt B) zur Erfassung der Informationsbedürfnisse Betroffener und der Beurteilung bereits vorhandener Gesundheitsinformationen nur verspätet durchgeführt werden, was zu einer Verzögerung in der Meilensteinerreichung 3 führte.

Ein Ziel des Projektes war die Bereitstellung eines Screening-Instrumentes für Betroffene, um den eigenen Substanzkonsum von BZD und ZS zu überprüfen. Während der Projektdurchführung zeigte sich, dass kein deutschsprachiger Screeningtest für die Feststellung einer Substanzkonsumstörung bei BZD- und ZS-Einnahme vorhanden ist, welcher speziell für diesen Zweck entwickelt und überprüft wurde. Daher wurde im Rahmen dieses Projektes ein Arbeitspaket zur Testentwicklung und -validierung integriert, welches die Übersetzung eines Screeningtests ins Deutsche und die Validierung dieses Tests beinhaltet.

3.2 Arbeits- und Zeitplan

Für die Einhaltung des Arbeits- und Zeitplans kam es entsprechend der oben dargestellten Verschiebungen in der Projektdurchführung auch zu Verschiebungen der Meilensteine und infolgedessen zu einer 6-monatigen kostenneutralen Projektverlängerung. In Tabelle 2 sind die wichtigsten Verschiebungen aufgeführt.

Tabelle 2: Arbeits- und Zeitplan

Meilenstein	Geplanter Zeitpunkt	Tatsächlicher Zeitpunkt
M3: Final bearbeitet, zielgruppenspezifische Gesundheitsinformationen liegen vor.	31.01.2021	01.04.2021
M4: Zielgruppenspezifische Gesundheitsinformationen sind öffentlich verfügbar.	01.04.2021	01.08.2022
M5: Evaluation ist abgeschlossen.	01.07.2021	01.02.2022

4. Ergebnisse

4.1 Systematische Auswahl vorhandener Gesundheitsinformationen (Teilprojekt A)

4.1.1 Systematische Auswahl und Bewertung geeigneter Gesundheitsinformationen für die Weiterentwicklung

Insgesamt konnten **30** im Internet verfügbare deutschsprachige Gesundheitsinformationen zur Aufklärung über Risiken von Missbrauch und Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln identifiziert werden. Nach Ausschluss von Gesundheitsinformationen mit redundanten Informationen, falscher Zielgruppe und Medikamentengruppe sowie zu unspezifischen Informationen blieben **17 Gesundheitsinformationen** für den weiteren Bewertungsprozess übrig.

Unter Anwendung des Bewertungsschemas wurden durch das Projektteam sieben besonders geeignete Gesundheitsinformationen ausgewählt. Die Gesundheitsinformationen mit den besten Bewertungen (Skala 1-5) durch die Expertinnen und Experten waren:

- 1) Webseite „Alter und Sucht“ (Infodrog, o. J.): $MW=4,09$ ($SD=0,12$)
- 2) Broschüre „Immer mit der Ruhe ...Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), 2013) : $MW=3,49$ ($SD=0,2$)
- 3) Broschüre „Frau Sucht Gesundheit“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), 2017): $MW=3,23$ ($SD=1,17$)
- 4) Webseite „Schlaf- und Beruhigungsmittel“ (Mokhar et al., 2016): Schnitt in Kategorie „Handlungsmöglichkeiten“ am höchsten ab ($MW=4.33$); Gesamt $MW=2,96$ ($SD=0,83$)

Für die Zielgruppe der älteren Nutzerinnen und Nutzer wurde die Webseite „Alter und Sucht“ ausgewählt und für die Zielgruppe der Frauen die Broschüre „Frau Sucht Gesundheit“. Da keine spezifischen Gesundheitsinformationen für jüngere Erstnutzerinnen und -nutzer vorlagen bzw. identifiziert werden konnten, wurde für diese Zielgruppe die Webseite „Schlaf- und Beruhigungsmittel“ ausgewählt. Diese hatte sehr gute Bewertungen im Bereich „Handlungsmöglichkeiten zum Selbstmanagement aufzeigen“ bekommen und zeigte am ehesten einen Fokus auf (jüngere) Erstnutzerinnen und -nutzer. Die Broschüre „Immer mit der Ruhe“ wurde trotz guter Bewertungen nicht für die Fokusgruppen ausgewählt, da diese nicht zielgruppenspezifisch ist und eher allgemein das Thema Nutzung von BZD anspricht. Die Broschüre wurde jedoch aufgrund der guten Bewertungen durch die Expertinnen und Experten in die spätere Entwicklung der Gesundheitsinformation miteinbezogen.

4.1.2 Systematische Erstellung einer Übersichtsarbeit zur Wirkung von Gesundheitsinformationen

In Abbildung 1 ist der Auswahlprozess nach (Page et al., 2021) auf Grundlage der in Kapitel 2.2.1.2 aufgeführten systematischen Literatursuche dargestellt.

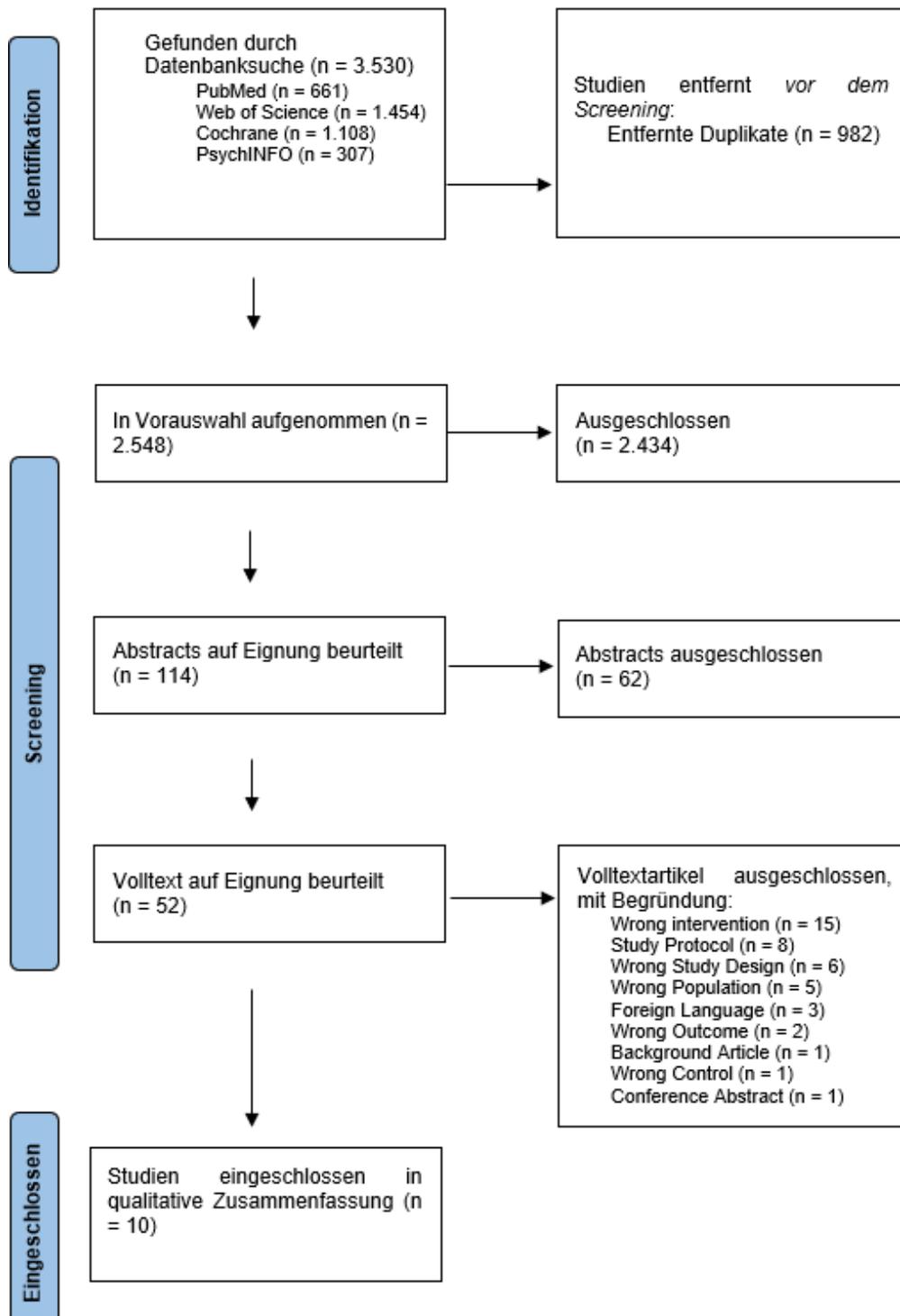


Abbildung 1: PRISMA-Flussdiagramm

Nach der Identifikation von 3.530 Titeln wurden im Rahmen des Screening-Prozesses schlussendlich zehn Titel als geeignet bewertet und in die inhaltliche Auswertung eingeschlossen. In Anhang F sind

die zehn Studien aufgeführt, die in das systematische Review eingeschlossen worden sind. Acht der zehn Studien berichten einen signifikanten Effekt von schriftlichen Gesundheitsinformationen auf die Einnahme von BZD und ZS, lediglich zwei Studien konnten einen entsprechenden Zusammenhang nicht finden. Dies ist ein Hinweis darauf, dass schriftliche Gesundheitsinformationen in der Gesundheitsversorgung dabei helfen können, Menschen über die BZD- und ZS-Einnahme aufzuklären und eine Medikamentenreduktion zu bewirken.

4.2 Zielgruppenorientierte Weiterentwicklung von Gesundheitsinformationen inkl. Entwicklung eines Screeningtests (Teilprojekt B)

4.2.1 Fokusgruppenbefragung

Eine Übersicht der identifizierten Informationsbedürfnisse ist in Tabelle 3 dargestellt. Die Betroffenen äußerten zielgruppenübergreifend Informationsbedarfe zu den Grundlagen von Schlafstörungen, den medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten und deren Risiken sowie einer besseren Orientierung in der Gesundheitsversorgung.

Es wurden nur wenige risikogruppenspezifische Informationsbedürfnisse identifiziert. Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe (FG) 2 äußerten anders als ursprünglich angenommen keine frauenspezifischen Informationsbedürfnisse. Dennoch ist eine andere Schwerpunktsetzung im Vergleich zu den Fokusgruppen 1 und 3 feststellbar. Die Teilnehmerinnen der FG 2 benannten vermehrt Informationswünsche zu Schlafstörungen und besonders viele zum Themenbereich Hilfsangebote. Betroffene über 60 Jahren (FG 3) äußerten Wissensbedarfe bzgl. des Zusammenhangs von Alter und Schlaf.

Tabelle 3: Zusammenfassende Darstellung der thematischen Ober- und Unterkategorien in den Fokusgruppen

Oberkategorien	Unterkategorien	Fokusgruppe 1 (N=7, 20-37 Jahre)	Fokusgruppe 2 (N=6, 43-60 Jahre, weiblich)	Fokusgruppe 3 (N=6, 64-77 Jahre)
Schlafstörungen	Epidemiologie	Ja	-	-
	Langzeitwirkung	-	Ja	-
	Verlauf	Ja	Ja	Ja
	Ursachen	Ja	Ja	-
	Was hilft?	Ja	Ja	Ja
Z-Substanzen u. Benzodiazepine	Indikation	Ja	-	-
	Wirkung (identifizieren)	Ja	-	Ja
	Risiken	Ja	Ja	Ja
	Absetzen	Ja	-	Ja
	Entzug	-	-	Ja
Hilfsangebote	Notwendigkeit externer Hilfe	Ja	-	-

Oberkategorien	Unterkategorien	Fokusgruppe 1 (N=7, 20-37 Jahre)	Fokusgruppe 2 (N=6, 43-60 Jahre, weiblich)	Fokusgruppe 3 (N=6, 64-77 Jahre)
	Anlaufstellen	Ja	Ja	Ja
	Gruppenange- bote/ Selbsthilfe- gruppen	-	Ja	Ja
	Kommunikation mit Hausärz- tin/Hausarzt	-	Ja	-
	Kostenüber- nahme	-	Ja	-

4.2.2 Erstellung einer neuen, zielgruppenspezifischen Gesundheitsinformation

Basierend auf den Fokusgruppenergebnissen wurden folgende relevante Abschnitte der Gesundheitsinformation zu BZD und ZD definiert: Anbieter der Gesundheitsinformation (z.B. Wer stellt Informationen zur Verfügung), Z-Substanzen und Benzodiazepine (z.B. Indikation), Hilfsangebote (z.B. Notfalltelefonnummern), Tool zur Entscheidungsfindung (z.B. eine Liste mit Gründen, warum Benzodiazepine eingenommen werden). Die Informationsbedarfe zum Thema Schlafstörungen wurden nicht in diese Gesundheitsinformation integriert, da eine entsprechende Gesundheitsinformation bereits auf psychenet.de existiert. Basierend auf diesen Themenabschnitten und den jeweiligen gesammelten Unterpunkten wurde eine erste Version der Gesundheitsinformation entwickelt.

Diese erste Version wurde durch die Expertinnen und Experten begutachtet. Es zeigten sich Änderungsbedarfe in folgenden Bereichen: Allgemeine Rückmeldung (z.B. „Hyperlinks sind ausbaufähig“), Aufbau und Verständlichkeit (z.B. allgemein mehr Verbildlichung und Symbole), Nutzen (z.B. „Nutzen für Menschen mit akuten, starken Problemen aufzeigen“, „Klarer zwischen BZD und Z-Drugs differenzieren“), angemessener Umgang mit Substanzen (z.B. „Kumulationsgefahr gerade bei alten Menschen“), Bedarfsmedikation (z.B. „Bedarfsmedikation herausstellen und genaue Definition in Abgrenzung zum regelmäßigen Gebrauch“), Zielgruppenanpassung (z.B. „Zielgruppe der ‚Hochdosisabhängigen‘ wird nicht berücksichtigt“), Nebenwirkungen (z.B. „Mehr Fokus auf Konzentrationsstörungen“), Entzugssymptome (z.B. „Klarere Unterscheidung zwischen physiologischen Umstellungsphänomenen beim Absetzen eines Medikaments und Entzugssymptomen“) und Partizipative Entscheidungsfindung („Kommunikation mit dem Arzt → Hilfestellung“). Basierend auf diesen Änderungsanregungen durch

die Expertinnen und Experten wurde eine zweite Version der Gesundheitsinformation entwickelt. Die entwickelte Gesundheitsinformation ist im Anhang G einsehbar. Die Gesundheitsinformation ist in folgende Abschnitte strukturiert: „Auf einen Blick“, „Einsatz und Wirkweise“, „Einsatz von Z-Substanzen & Benzodiazepinen“, „Nebenwirkungen“, „Junge Erwachsene“, „Frauen & ältere Menschen“, „Abhängigkeitsrisiko“, „Absetzen“, „Medikamenteneinnahme überprüfen“, „Alternative Lösungen“, „Anlaufstellen“, „Kommunikation mit Ärztin & Arzt“ und „Zum Nachlesen“.

The screenshot shows a web page titled "Auf einen Blick" (At a glance). It includes a table of contents on the right side listing various sections like "Einsatz und Wirkweise", "Nebenwirkungen", and "Abhängigkeitsrisiko". On the left, there are sections for "Was sind die wichtigsten Informationen?" and "Allgemeine Informationen". Under "Allgemeine Informationen", there is a list of questions for whom the information is intended, such as "Für wen ist diese Gesundheitsinformation?". A central graphic shows several pills of different colors and shapes. At the bottom right, there is a "Downloads" section with a link to download the information as a PDF.

Abbildung 2: Beispiel für die Einleitung in die Gesundheitsinformation auf der psychenet.de

4.2.3 Prä-Test zum Bendep-SRQ-GV

Es wurden fünf kognitive Interviews durchgeführt. Alle befragten Personen nahmen zum Erhebungszeitpunkt aktuell Benzodiazepine und/oder Z-Substanzen ein. Das Alter der Befragten lag zwischen 19 bis 55 Jahren und es nahmen drei Frauen und zwei Männer an der Befragung teil.

Bezüglich des allgemeinen Umgangs mit dem Fragebogen wurden keine Verständnisschwierigkeiten berichtet. Insgesamt wurden die deutschen Items sehr gut verstanden und konnten problemlos beantwortet werden. Auffällig waren jedoch Verständnisschwierigkeiten bei den drei Items: F1, F6, F9 und F15.

Das Item F1 „*Ich nehme rechtzeitig wieder meine Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, weil ich sonst Beschwerden bekomme*“ wurde von drei Personen kritisch kommentiert. Eine Person fragte sich: „*Was ist genau mit „Beschwerden“ gemeint?*“. Zwei Personen hatten Schwierigkeiten mit dem Wort „*rechtzeitig*“. Sie merkten an, dass die rechtzeitige Einnahme bei Schlafmitteln, die in ihren Fällen täglich

eingenommen wurden, nicht gut passt. Sie können sich vorstellen, dass das Item bei der Einnahme von Beruhigungsmitteln gegen Angst oder Panik besser beantwortet werden könnte.

Das Item F6 *„Die Schlaf- und Beruhigungsmittel sind derzeitig weniger wirksam als früher“* wurde von einer Person kritisch kommentiert. Das Wort *„derzeitig“* wurde als irritierend empfunden und ist irrelevant, weil der Fragebogen im Einleitungstext ohnehin den zeitlichen Rahmen beschreibt, auf den die Items bezogen werden sollen. Aus diesem Grund wurde das Wort *„derzeitig“* entfernt.

Das Item F9 *„Ich verändere, was auf dem Rezept für meine Schlaf- und Beruhigungsmittel steht“* wurde von vier Personen kritisch kommentiert. Alle vier Personen kritisierten die Formulierung *„verändere“*. Es werde nicht deutlich, ob eine Veränderung in Einnahme oder eine tatsächliche Veränderung auf dem Rezept – etwa durch die Veränderung von Zahlen – gemeint sei. Eine Person merkte an, dass die Frage eindeutiger wäre mit der Formulierung *„Ich verfälsche“*. Das Item F9 wurde im Projektteam diskutiert und es wurde sich auf die vom Probanden vorgeschlagene Formulierung geeinigt *„Ich verfälsche, was auf dem Rezept für meine Schlaf- und Beruhigungsmittel steht“*. Im Projektteam wurde eine Abwägung zwischen Verständlichkeit und sozialer Unerwünschtheit diskutiert. Das Verb *„verfälschen“* beinhaltet eine moralische und juristische Wertung, die Personen davon abschrecken könnte, einem solchen sozial unerwünschten Item zuzustimmen, auch wenn sie tatsächlich ihre Rezepte verfälschen. Da die ursprüngliche Formulierung allerdings bei vier von fünf Personen zu Verständnisschwierigkeiten führte, wurde sich für die eindeutigere Formulierung entschieden.

Das Item F15 *„Ich nehme eine Menge Schlaf- und Beruhigungsmittel auf einmal“* wurde von allen fünf Personen näher kommentiert, etwa mit *„Aber [Menge] definiert jeder anders, kann auch ganz viel bedeuten“*. Dass der Begriff *„Menge“* von jeder Person anders interpretiert werden kann und für eine Person mehr als eine Tablette bedeutet und für eine nächste mindestens vier, wurde von den Probandinnen und Probanden sowie anschließend im Projektteam intensiver diskutiert. Schließlich wurde entschieden, das Item so zu belassen, da es allen Personen trotz Unklarheit gut gelungen war, das Item zu beantworten. Auf diese Weise kann das Item von jeder Person beantwortet werden und auf die eigene Situation angewandt werden. Diese Option schien vielversprechender als etwa die Abfrage, ob eine definierte Konsummenge über oder unterschritten wird.

Die finale Version des Fragebogens, nach Änderungen im Rahmen des Prä-Tests, ist der Anlage C einsehbar.

4.2.4 Onlinestudie zur Konstruktvalidität, Reliabilität und konvergenten Validität

Es nahmen insgesamt 343 Personen an der Befragung teil. Die soziodemographischen Angaben finden sich in Tabelle 4. Die Stichprobe setzt sich aus überwiegend weiblichen Teilnehmerinnen (64,1%) zusammen und ist mit 49,9 Jahren im Durchschnitt im mittleren Alter.

Tabelle 4: Soziodemographische und gesundheitsbezogene Merkmale der Stichprobe

Variable	N	%
Geschlecht (N = 343)		
Weiblich	220	64,1
Männlich	119	34,7
Inter/Divers	4	1,2
Alter MW (SD)	42,9 (15)	-
Alterskategorien*		
18 – 35 Jahre	108	31,5
36 – 50 Jahre	124	36,2
51 – 64 Jahre	83	24,2
> 65 Jahre	28	8,2
Bildungsstand*/** (fehlende Werte, N = 7)		
Niedrig	78	23,2
Mittel	136	40,5
Hoch	111	33,0
Sonstiges	11	3,3

Anmerkung: *Abweichung von 100% ergibt sich durch Rundungen **Bildungsstand nach Internationaler Standardklassifikation für das Bildungswesen (United Nations Educational, 2012).

Die Angaben zur Einnahme von BZD und ZS der Befragten sind in Tabelle 5 abgebildet. Die Hälfte der Befragten gab einen mind. einmaligen Medikamentenkonsum von Lorazepam an, gefolgt von den beiden Z-Substanzen Zolpidem und Zopiclon. Jede/r zehnte Teilnehmerin bzw. Teilnehmer gab an, die Medikamente (auch) über den Schwarzmarkt zu beziehen.

Tabelle 5: Medikamenteneinnahme der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer

	N	%
Mindestens einmaliger Medikamentenkonsum in den letzten 12 Monaten* (fehlende Werte, N = 8)		
Lorazepam (Tavor®, Tolid®, Pro Dorm®)	171	51,0
Zolpidem (Bikalm®, Stilnox®)	97	29,0
Zopiclon (Optidorm®, Ximovan®)	95	28,4
Diazepam (Valium®, Diazp-CT®, Faustan®, Stesolid®, Valiquid®)	77	23,0
Alprazolam (Tafil®)	57	17,0

Anzahl der Medikamente** (fehlende Werte, N = 17)		
1	168	51,5
2	88	27,0
3	35	10,7
4 oder mehr	35	10,7
Schwarzmarktbezug** (fehlende Werte, N = 0)		
Nein	310	90,4
Ja	33	9,6

Anmerkung: * Mehrfachantworten möglich. ** Abweichung von 100% ergibt sich durch Rundungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vier untersuchten Strukturgleichungsmodelle dargestellt. Modell 1 ist ein unidimensionales Modell, in dem alle Items auf einen latenten Faktor laden. Die Ladungsgewichte sind dabei alle auf 1 fixiert. Dieses Modell zeigte eine unzureichende Modellpassung (Fit) für die Daten: $\chi^2 (190) = 21563.2$, RMSEA (90% KI) = .574 [.567; .580], CFI = .172, SRMR = .533 (Abbildung 3, A). Modell 2 ist auch ein unidimensionales Modell, in dem alle Items auf einen latenten Faktor laden. Die Ladungsgewichte werden allerdings alle frei geschätzt. Daraus ergab sich folgender Fit: $\chi^2 (170) = 1093.8$, RMSEA (90% KI) = .126 [.119; .133], CFI = .964, SRMR = .109 (Abbildung 3, B). Der χ^2 -Differenzentest zeigte an, dass Modell 2 signifikant besser zu den Daten passte als Modell 1 (vgl. Tabelle 8). Auch Modell 2 unterschritt die vorab definierten Cut-off-Werte für einen adäquaten Modellfit.

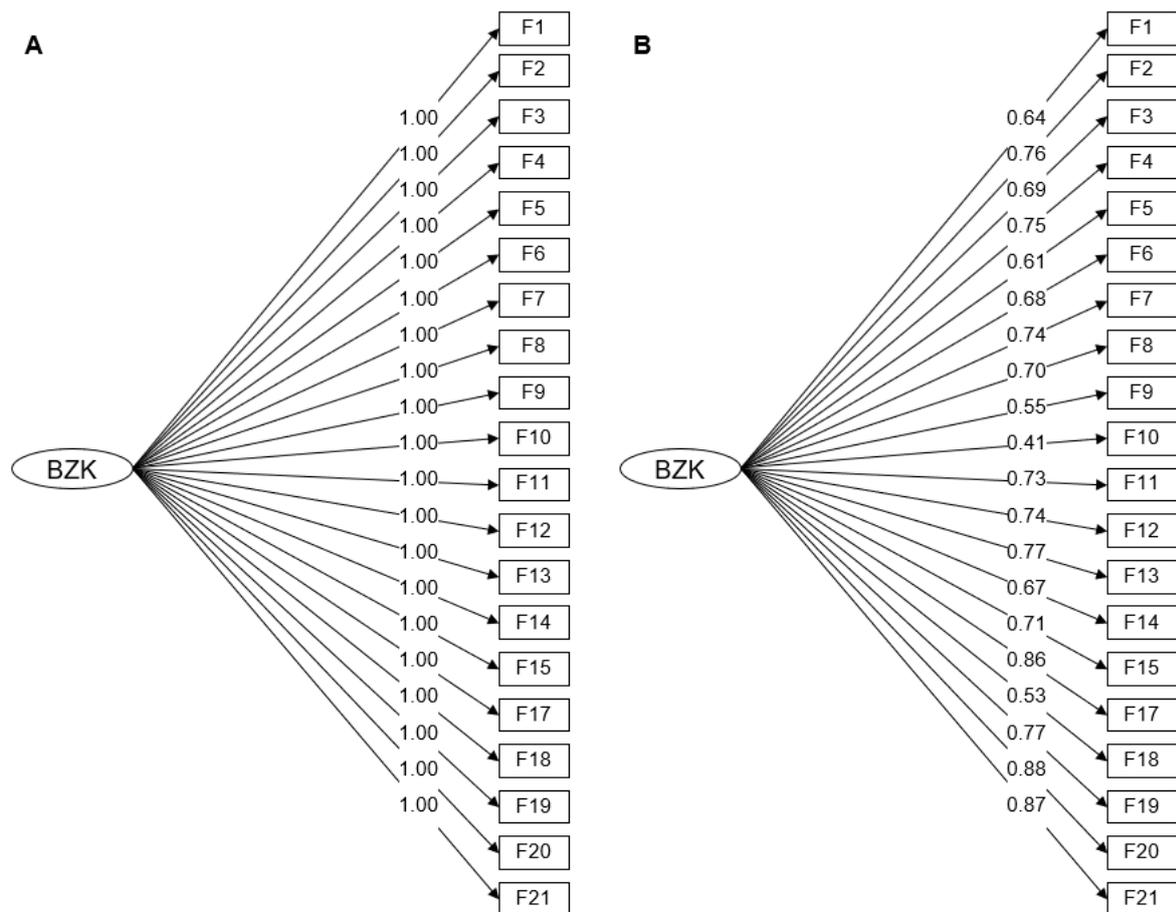


Abbildung 3: Modell 1 - Universaler Faktor BZK mit fixierten Ladungen (Abbildung 2.A) und Modell 2 – Universaler Faktor mit freien Ladungen (Abbildung 2.B)

Modell 3 ist ein Modell mit vier Faktoren (Skalen), die miteinander korrelieren. Die Ladungsgewichte sind dabei alle auf 1 fixiert. Dieses Modell zeigte einen unzureichenden Fit: $\chi^2(184) = 4492.0$, RMSEA (90% KI) = .262 [.255; .268], CFI = .833, SRMR = .210 (Abbildung 4, A). Modell 4 ist auch ein Modell mit vier Faktoren (Skalen), die miteinander korrelieren. Die Ladungsgewichte werden allerdings alle frei geschätzt. Daraus ergibt sich folgender Fit: $\chi^2(164) = 324.2$, RMSEA (90% KI) = .053 [.045; .062], CFI = .994, SRMR = .061 (Abbildung 4, B). Der χ^2 -Differenzentest (Signifikanztest) zeigte an, dass Modell 4 signifikant besser zu den Daten passte als Modell 3 (χ^2 -Differenz = 1127.8, Freiheitsgrad-Differenz = 20, $p = 0.$) und Modell 2 signifikant besser zu den Daten passte als Modell 1 (χ^2 -Differenz = 2177.6, Freiheitsgrad-Differenz = 20, $p = 0.$). Um zu entscheiden, ob Modell 2 oder Modell 4 besser zu den Daten passte, wurden die Fit-Indizes der beiden Modelle verglichen. Es zeigten sich Unterschiede der Fit-Indizes der beiden Modelle von: Delta-CFI = .03, Delta-RMSEA = .073, Delta-SRMR = .048. Die Unterschiede waren signifikant, das bedeutet, dass Modell 4 von den vier Modellen am besten zu den Daten passte. Modell 4 ist zudem das einzige Modell, dass die Cut-off-Werte von (Hu & Bentler, 1999) erfüllte,

wobei angemerkt sei, dass das 90%-Konfidenzintervall den Cut-off-Wert von .06 einschließt. Modell 4 wurde als Basis für die weiteren Analysen verwendet.

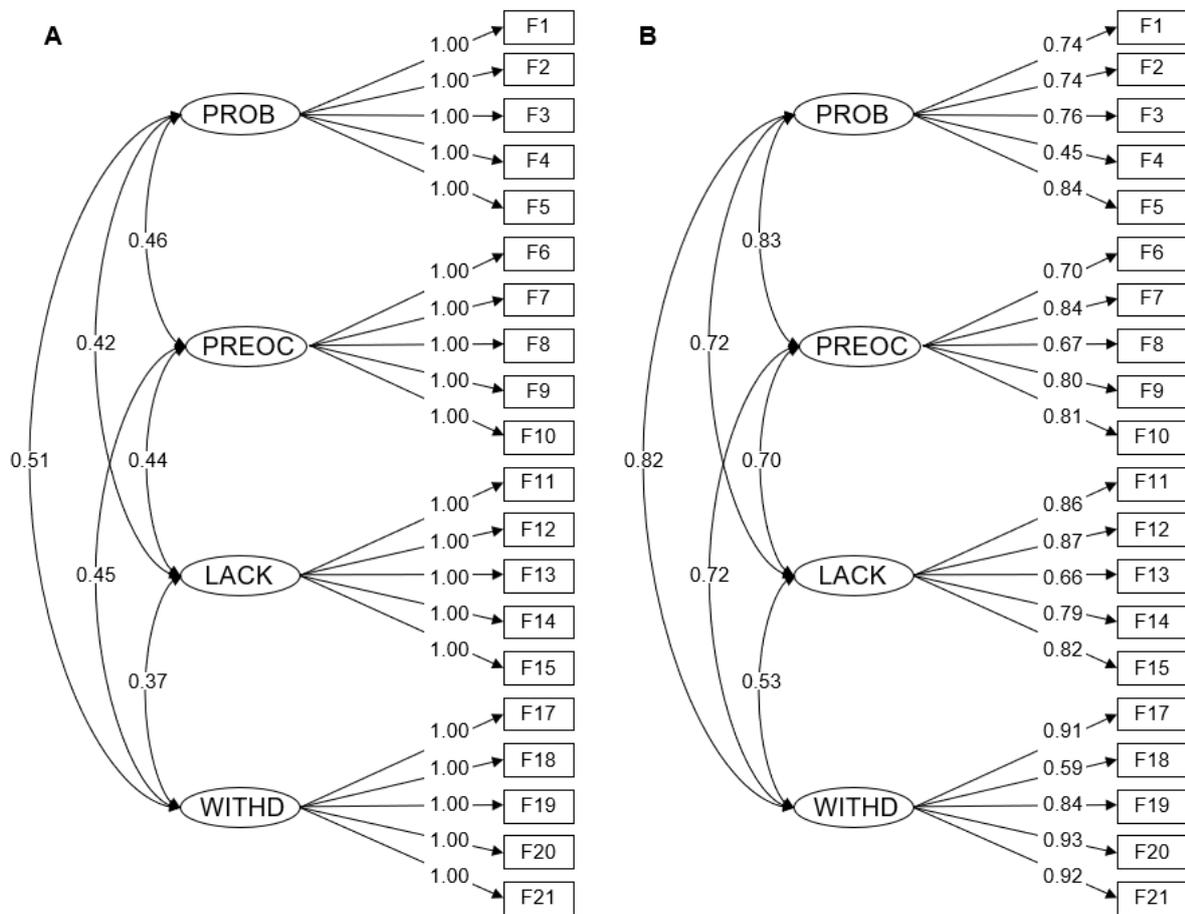


Abbildung 4: Modell 3 - 4-Faktorenmodell mit fixierten Ladungen (Abbildung 3.A) und Modell 4 – 4-Faktorenmodell mit freien Ladungen (Abbildung 3.B)

Für die Übereinstimmung mit der SDS wurden die latenten Faktorwerte aus Modell 4 extrahiert und mit dem SDS-Gesamtwert korreliert (vgl. Anhang H). Alle vier Skalen korrelieren hoch und signifikant mit dem SDS-Gesamtwert. Problematischer Gebrauch und Beschäftigung korrelierten am höchsten, jeweils zu $r = .75$, $p < .01$. Fehlende Compliance wies die niedrigste Korrelation auf, $r = .54$, $p < .01$. Entzug korrelierte mit dem SDS-Gesamtwert zu $r = .70$, $p < .01$.

Ziel dieser Analyse war nicht, die Korrelation zwischen den verschiedenen Skalen des Bendep-SRQ-GV zu ermitteln. Dennoch sei angemerkt, dass zwischen allen Skalen hohe Korrelationen bestehen. Die höchste Korrelation wiesen Problematischer Gebrauch und Beschäftigung auf, $r = .90$, $p < .001$. Problematischer Gebrauch und Entzug korrelierten zu $r = .89$, $p < .01$. Die niedrigste Korrelation fand sich zwischen Fehlende Compliance und Entzug, $r = .60$, $p < .01$.

Als Maß für die Reliabilität bzw. interne Konsistenz wurde McDonalds Omega verwendet, da mit dem Modell 4 gerechnet wurde, das Tau-Kongenerität annimmt, was bedeutete, dass die Items mit unterschiedlicher Gewichtung in das Modell eingingen. Die Koeffizienten sind in Tabelle 6 abgetragen. Für

die Reliabilität ergaben sich folgende Werte: Omega-Problematischer Gebrauch = .81, Omega-Beschäftigung = .86, Omega-Fehlende Compliance = .88 und Omega-Entzug = .90. Alle Reliabilitätskoeffizienten liegen über .80 und sind damit als mindestens gut zu beurteilen. Die Reliabilität der Skala Entzug ist als exzellent zu beurteilen.

Tabelle 6: Reliabilitätskoeffizient McDonalds Omega

	Problematischer Gebrauch	Beschäftigung	Fehlende Compliance	Entzug	Gesamt
<i>McDonalds Omega</i>	.81	.86	.88	.90	.96

Um explorativ einen Gesamtwert des Bendep-SRQ-GV zu betrachten, wurde ein fünftes Modell gerechnet mit einem Faktor höherer Ordnung, der Benzodiazepin-/Z-Substanz-Konsumstörung (BZK). Für das Modell 5 ergab sich folgender Fit: $\chi^2(162) = 357.4$, RMSEA (90% KI) = .059 [.051; .068], CFI = .992, SRMR = .064 (Abbildung 5).

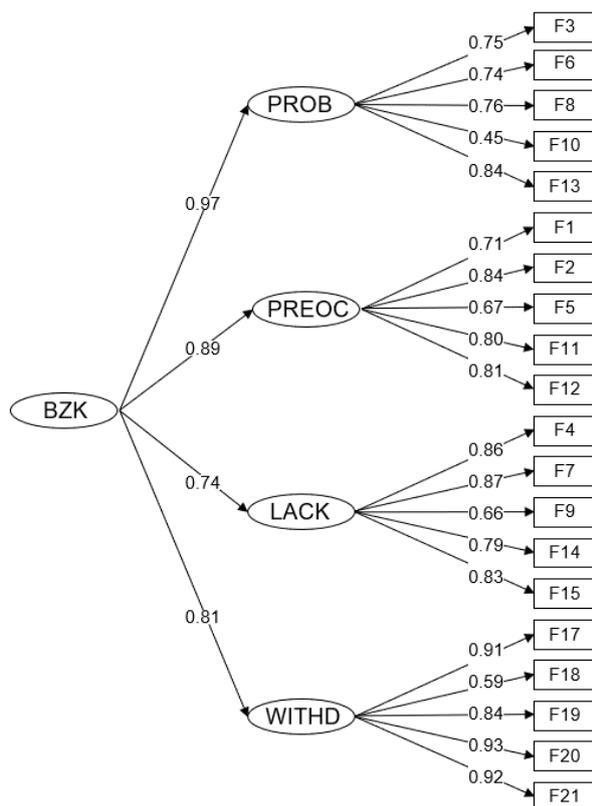


Abbildung 5: Modell 5 - 4-Faktorenmodell mit Gesamtwert der Benzodiazepin-/Z-Substanz-Konsumstörung (BZK) und freien Ladungen

Um zu entscheiden, ob auch Modell 5 zu den Daten passte, wurde geprüft, ob Modell 5 einen signifikant schlechteren Fit als Modell 4 aufweist. Dafür wurden die Fit-Indizes verglichen (Tabelle 7): Delta-

CFI = .002, Delta-RMSEA = .006, Delta-SRMR = .003. Die Unterschiede sind als nicht signifikant zu betrachten – Modell 5 passte somit nicht signifikant schlechter zu den Daten als Modell 4. Modell 5 erfüllt auch die Cut-off-Werte von (Hu & Bentler, 1999), wobei auch hier angemerkt sei, dass das 90%-Konfidenzintervall den Cut-off-Wert von .06 einschloss.

Auch für das Modell 5 wurde die Übereinstimmung mit dem SDS-Gesamtwert und die Reliabilität mittels McDonalds Omega berechnet. Die Korrelation zwischen der BZK und dem SDS-Gesamtwert ist hoch, $r = .76$, $p < .01$. In Modell 5 war der Gesamtwert identisch mit der Skala Problematischer Gebrauch, $r = 1$, $p < .01$. Auch die Korrelationen mit den anderen Subskalen sind sehr hoch: Beschäftigung $r = .95$, $p < .01$, Fehlende Compliance $r = .81$, $p < .01$ und Entzug $r = .88$, $p < .01$. Die Gesamtreliabilität wurde insgesamt auf .96 geschätzt, die Reliabilitätskoeffizienten der vier Faktoren entsprechen denen aus Modell 4. Das heißt, Modell 5 ist bzgl. der Übereinstimmung mit dem SDS und der Reliabilität als gleichwertig zu Modell 4 zu betrachten.

Tabelle 7: Fit-Indizes von Modell 4 und Modell 5

Index	Modell 4	Modell 5
<i>Freiheitsgrade</i>	164	162
<i>Chi²</i>	324.2	357.4
<i>RMSEA</i> <i>[90% KI]</i>	.053 [.045; .062]	.059 [.051;.068]
<i>CFI</i>	.994	.992
<i>SRMR</i>	.061	.064

4.2.5 Interviewstudie zur Erfassung der Kriteriumsvalidität mittels klinischer Interviews

Im Zeitraum der Befragung vom 01.08.21 vom 31.01.22 nahmen 60 Personen an der Interviewstudie teil. Die soziodemographischen Daten finden sich in der folgenden Tabelle 8. Die Stichprobe ist bezüglich der Geschlechterverteilung relativ ausgeglichen und mit 44,9 Jahren im Durchschnitt im mittleren Alter.

Tabelle 8: Soziodemographische Daten der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer

Variable	N	%
Geschlecht (N = 60)		
Weiblich	31	51,7
Männlich	28	46,7
Inter/Divers	1	1,7

Alter (fehlende Werte, N = 0) MW (SD)	44,9 (18,3)	-
Alterskategorien		
18 – 35 Jahre	22	36,7
36 – 50 Jahre	16	26,7
51 – 64 Jahre	14	23,3
> 65 Jahre	8	13,3
Bildungsstand* (fehlende Werte, N = 1)		
Niedrig	14	23,7
Mittel	21	35,6
Hoch	20	33,9
Sonstiges	4	6,8

Anmerkung: *Bildungsstand nach Internationaler Standardklassifikation für das Bildungswesen (United Nations Educational, 2012)

Die Angaben zur Einnahme von BZD und ZS der Befragten sind in Tabelle 9 abgebildet. Die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (51%) gab Lorazepam als den am häufigsten eingenommene Wirkstoff an. 49,2% der Befragten nahmen ein BZD oder ZS ein und eine Person bezog Medikamente (auch) über den Schwarzmarkt.

Tabelle 9 : Medikamenteneinnahme der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer

Variable	N	%
Mindestens einmaliger Medikamentenkonsum in den letzten 12 Monaten* (fehlende Werte, N = 0)*		
Lorazepam (Tavor®, Tolid®, Pro Dorm®)	32	51,0
Zopiclon (Optidorm®, Ximovan®)	24	29,0
Zolpidem (Bikalm®, Stilnox®)	13	28,4
Diazepam (Valium®, Diazp-CT®, Faustan®, Stesolid®, Valiquid®)	19	23,0
Alprazolam (Tafil®)	11	17,0
Anzahl der Medikamente** (fehlende Werte, N = 1)		
1	29	49,2
2	15	25,4
3	10	16,9
>=4	5	5,1
Schwarzmarktbezug*** (fehlende Werte, N = 0)		

Nein	59	98,3
Ja	1	1,7

Anmerkung: N = 60. * Angabe der fünf meistgenannten Medikamente. Mehrfachantworten möglich.
 ** Abweichung von 100% ergibt sich durch Rundungen.

Von den 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren 70% beim SCID-5-CV positiv (leichte Störung bis schwere Störung) und 30% negativ (keine Diagnose) (Tabelle 10)

Tabelle 10: Interviewergebnisse beim SCID-5-CV

	N	%
Keine Diagnose	18	30,0
Leichte Störung	19	31,7
Mittlere Störung	11	18,3
Schwere Störung	12	20,0

Die ROC-Kurven der vier Subskalen und explorativ eines Gesamtwerts über alle Skalen hinweg sind im Folgenden dargestellt. Es ging hierbei um die Frage, wie gut der Bendep-SRQ-GV zwischen Personen mit (SCID-5-CV: „leichte Ausprägung“, „mittlere Ausprägung“ und „schwere Ausprägung“) und ohne eine psychische Störung (SCID-5-CV: „Keine Störung“) unterscheiden kann, wobei keine Differenzierung zwischen den Schweregraden „leichte Ausprägung“, „mittlere Ausprägung“ und „schwere Ausprägung“ der Substanzkonsumstörung stattfindet. Relevant bei der Interpretation der ROC-Kurven sind insbesondere die „Area under the Curve“ (AUC), der Cut-off Wert sowie Sensitivität und Spezifität. Bei der AUC geht es darum, wie gut der Test zwischen Personen mit und Substanzkonsumstörung differenziert. Der Wert sollte hier möglichst nahe 1 sein. Der Cut-off Wert gibt wiederum den Wert auf der jeweiligen Skala an, bei dem die Sensitivität und Spezifität die beste Ausprägung erreichen.

Für die Skala *Problematischer Gebrauch* (siehe Abbildung 6) wurden folgende Werte ermittelt: AUC = 0.897 [0.819; 0.975], Cut-off = 3.86, Sensitivität = .79, Spezifität = .89, Positiver Prädiktiver Wert = .94, Negativer Prädiktiver Wert = .64.

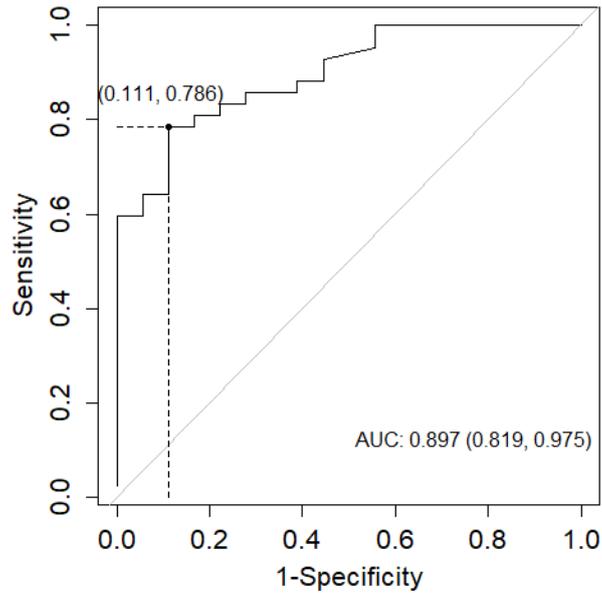


Abbildung 6: ROC Kurve Skala Problematischer Gebrauch

Für die Skala *Beschäftigung* (siehe Abbildung 7) wurden folgende Werte ermittelt: AUC = 0.752 [0.609; 0.895], Cut-off = 5.86, Sensitivität = .67, Spezifität = .83, Positiver Prädiktiver Wert = .90, Negativer Prädiktiver Wert = .52.

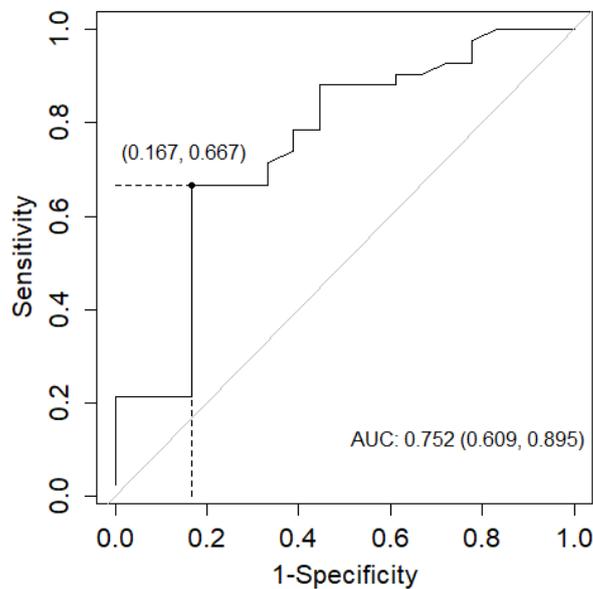


Abbildung 7: ROC Kurve Skala Beschäftigung

Für die Skala *Fehlende Compliance* (siehe Abbildung 8) wurden folgende Werte ermittelt: AUC = 0.808 [0.694; 0.922], Cut-off = 1.66, Sensitivität = .71, Spezifität = .78, Positiver Prädiktiver Wert = .88, Negativer Prädiktiver Wert = .54.

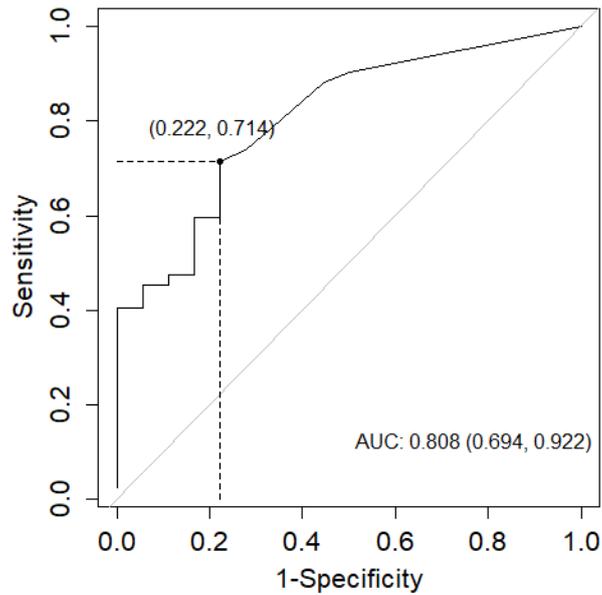


Abbildung 8: ROC Kurve Skala Fehlende Compliance

Für die Skala *Entzug* (siehe Abbildung 9) wurden folgende Werte ermittelt: AUC = 0.741 [0.619; 0.862], Cut-off = 3.93, Sensitivität = .89, Spezifität = .92, Positiver Prädiktiver Wert = .92, Negativer Prädiktiver Wert = .47.

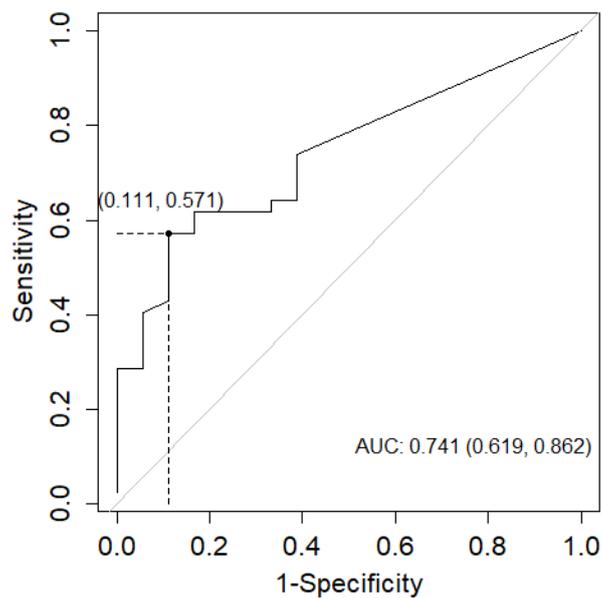


Abbildung 9: ROC Kurve Skala Entzug

Für die Gesamtauswertung über alle Skalen hinweg (siehe Abbildung 10) wurden folgende Werte ermittelt: AUC = 0.862 [0.762; 0.963], Cut-off = 9.24, Sensitivität = .90, Spezifität = .72, Positiver Prädiktiver Wert = .88, Negativer Prädiktiver Wert = .76.

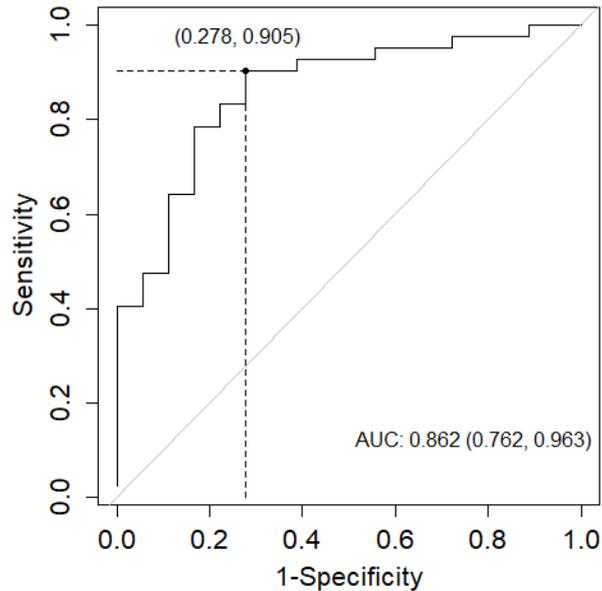


Abbildung 10: ROC Kurve Gesamtauswertung Bendep-SRQ-GV

Die Skala *Problematischer Gebrauch* zeigte den höchsten AUC-Wert der verschiedenen Skalen, differenziert also am besten zwischen Personen mit und ohne Substanzkonsumstörung. Die Gesamtauswertung für den Bendep-SRQ-GV ist vergleichbar gut. Der positive prädiktive Wert der Skala *Problematischer Gebrauch* ist mit .94 zudem etwas höher als der Wert der Gesamtauswertung mit .88. Da die Skala *Problematischer Gebrauch* nur aus fünf Items statt 20 besteht, spräche dies zusätzlich dafür diese Skala als Screening-Instrument zu verwenden. Bei der Gesamtauswertung ist die Sensitivität beim Optimalen Cut-off von 9,24 Punkten mit .90 jedoch deutlich besser, die Spezifität mit .72 aber schlechter, bei der Skala *Problematischer Gebrauch* ist die Sensitivität bei dem optimalen Cut-off von 3,86 Punkten mit .79 schlechter und die Spezifität mit .89 besser. Da bei einem Screening-Instrument besonders die Sensitivität, also die Zuverlässigkeit, eine Problematik, Störung oder Diagnose zu erkennen, hoch sein sollte, spräche dies jedoch letztlich dafür den Fragebogen als Screening-Instrument zu nutzen. Hiermit würde ein Gesamtwert von mindestens 9 Punkten (Range 0-80) in der Bendep-SRQ-GV Gesamtauswertung auf eine Substanzkonsumstörung (mit mindestens leichter Ausprägung) hindeuten.

4.3 Entwicklung, modellhafte Erprobung und Evaluation eines Verbreitungskonzeptes für die weiterentwickelten Gesundheitsinformationen (Teilprojekt C)

4.3.1 Dissemination der entwickelten Gesundheitsinformation

Die Gesundheitsinformation wurde zunächst auf der Webseite des bundesweiten Angebots „Netz psychische Gesundheit“ (psychnet.de) eingebunden. Der Studienaufruf zur Evaluationsstudie wurden dann über die folgenden Kanäle verbreitet:

- Pop-up-Fenster auf psychnet.de
- Newsletter „Patienteninformation“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin
- Meldungen auf folgenden Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: „Frauengesundheitsportal“, „Männergesundheitsportal“ und „GESUNDAKTIV älter werden“
- Newsletter des Deutschen Netzwerks für Gesundheitskompetenz
- Mailverteiler der S3 Leitlinie „Medikamentenbezogene Störungen“
- Fortbildung „Benzodiazepine, Z-Substanzen, Gesundheitsinformation und Schlafstörung“ der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, der Apothekerkammer Hamburg und der Ärztekammer Hamburg
- Vorstellung der Gesundheitsinformation auf den Suchttherapietagen 2022.

Eine Auswertung der Zugriffszahlen der Webseite psychnet.de ergab, dass im Zeitraum vom 06. Dezember 2021 bis 18. März 2022 1.659 Mal auf die Informationsseite zu BZD und ZS zugegriffen wurde. Davon waren es in 1429 Fällen eindeutige Seitenansichten. Die durchschnittliche Verweildauer auf der Seite betrug 1,28 Minuten.

4.3.2 Evaluation der entwickelten Gesundheitsinformation

Im Zeitraum vom 06.12.21 bis 18.03.22 nahmen 320 Personen an der Befragung zur Evaluation der Gesundheitsinformation teil, davon 192 (60,0%) Betroffene, 70 (21,9%) Angehörige sowie 58 (18,1%) Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Eine Übersicht über die soziodemographischen Angaben der Befragten ist in Tabelle 11 einsehbar.

In allen drei Gruppen nahmen mit etwa zwei Drittel mehr Frauen als Männer an der Befragung teil. Das mittlere Alter der drei Gruppen lag bei 35,8 Jahre (Angehörige), 38,4 Jahre (Betroffene) und 40,4 Jahre (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren).

Die Stichprobe der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren setzte sich aus Ärztinnen und Ärzten (N = 15,26,8%), 12 (21,4%) aus der Berufsgruppe der Apothekerinnen und Apotheker und 19 aus der Be-

rufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen (33,9%) sowie zehn Personen aus anderen Berufsgruppen (17,9%) zusammen. Im Durchschnitt waren die Ärztinnen und Ärzte 17,2 Jahre (SD=14,7) praktisch tätig und arbeiten zum größten Teil in einer psychiatrischen Klinik (50%) tätig. Die Apothekerinnen und Apotheker waren 14,1 Jahre (SD =9,9) praktisch tätig und arbeiten alle als Angestellte in einer Apotheke; die Psychologinnen und Psychologen waren 9,9 Jahre (SD=10,1) praktisch tätig und arbeiteten zu einem Großteil in einer psychiatrischen Klinik (42,1%).

Tabelle 11: Soziodemographische Daten der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer

	Angehörige (N = 70)	Betroffene (N = 192)	Multiplika- tor/innen (N = 58)	Gesamt (N = 320)
Geschlecht				
Weiblich	46 (65,7%)	131 (68,2%)	40 (69,0%)	217 (67,8%)
Männlich	22 (31,4%)	55 (28,6%)	18 (31,0%)	95 (29,7%)
Inter/Divers	2 (2,9%)	6 (3,1%)	0 (0%)	8 (2,5%)
Alter (MW,SD)	35,8 (±15,8)	38,4 (±13,9)	40,4 (±13,0)	38,2 (±14,2)
18 – 35 Jahre	41 (58,6%)	82 (42,7%)	25 (43,1%)	148 (46,2%)
36 – 50 Jahre	12 (17,1%)	66 (34,4%)	20 (34,5%)	98 (30,6%)
51 – 64 Jahre	14 (20,0%)	37 (19,3%)	11 (19,0%)	62 (19,4%)
> 65 Jahre	3 (4,3%)	7 (3,6%)	2 (3,4%)	12 (3,8%)
Familienstand				
Verheiratet/ein- getragene Lebens- partnerschaft	19 (28,8%)	39 (21,1%)	-	-
Feste Partner- schaft	18 (27,3%)	42 (22,7%)	-	-
Ledig	22 (33,3%)	94 (50,8%)	-	-
Geschieden	5 (7,6%)	7 (3,8%)	-	-
Verwitwet	2 (3,0%)	3 (1,6%)	-	-
Bildungsabschluss*				
Niedrig	16 (23,1%)	34 (17,9%)	-	-
Mittel	26 (37,7%)	94 (49,5%)	-	-
Hoch	25 (36,2%)	57 (30,0%)	-	-
Sonstiges	2 (2,9%)	5 (2,6%)	-	-

Anmerkung: *Bildungsstand nach Internationaler Standardklassifikation für das Bildungswesen (United Nations Educational, 2012)

In Tabelle 12 ist abgebildet, wie häufig die einzelnen Abschnitte der Gesundheitsinformation gelesen wurden. Am häufigsten wurde mit jeweils über 90% der Anfangsteil der Gesundheitsinformation „Allgemeine Informationen“ gelesen. Insgesamt wurde der Themenabschnitt „Zum Nachlesen“ mit 47,8% am wenigsten gelesen. Die stärksten Unterschiede in den gelesenen Themenabschnitte zwischen den drei Gruppen zeigten sich im Bereich „Kommunikation mit Ärztin und Arzt“, diesen Abschnitt lasen der Großteil (82,9%) der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, 60,9% der Betroffenen und lediglich 42,9% der Angehörigen. Ebenfalls große Unterschiede gab es in dem Bereich „Alternative Lösungen“, dieser wurde von 96,6% der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, 68,8% der Betroffenen und 60% der Angehörigen gelesen. Die Bereiche „Absetzen“ und „Anlaufstellen“ interessierten wiederum häufiger die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (94,8%, 84,5%), wohingegen Betroffene und Angehörige diesen Bereichen weniger Aufmerksamkeit zuwies.

Tabelle 12: Gelesene Themenbereiche der Gesundheitsinformation nach Zielgruppe

	Angehörige	Betroffene	Multiplikator/innen	Gesamt
Allgemeine Informationen	64 (91,4%)	173 (90,1%)	57 (98,3%)	294 (91,9%)
Einsatz und Wirkweisen	62 (88,6%)	164 (85,4%)	55 (94,8%)	281 (87,8%)
Einsatz von Z-Substanzen und Benzodiazepinen	53 (75,7%)	166 (86,5%)	55 (94,8%)	274 (85,6%)
Nebenwirkungen	54 (77,1%)	155 (80,7%)	53 (91,4%)	262 (81,9%)
Junge Erwachsene, Frauen und ältere Menschen	50 (80,0%)	121 (63,0%)	52 (89,7%)	223 (69,7%)
Abhängigkeitsrisiko	56 (65,7%)	151 (78,6%)	54 (93,1%)	261 (81,6%)
Absetzen	46 (61,4%)	135 (70,3%)	55 (94,8%)	236 (73,8%)
Medikamenteneinnahme überprüfen	43 (71,4%)	111 (57,8%)	46 (79,3%)	200 (62,5%)
Alternative Lösungen	50 (60,0%)	132 (68,8%)	56 (96,6%)	238 (74,4%)

Anlaufstellen	42 (55,7%)	100 (52,0%)	49 (84,5%)	191 (59,7%)
Kommunikation mit Ärztin und Arzt	39 (42,9%)	117 (60,9%)	48 (82,8%)	204 (63,8%)
Zum Nachlesen	30 (42,9%)	85 (44,3%)	38 (65,5%)	153 (47,8%)

Anmerkung: Mehrfachantworten waren möglich.

Zusätzlich wurde erfasst, bei welchen Themenabschnitten der Webseite die Befragten die größte persönliche Bedeutung bzw. die größte Wichtigkeit sehen (vgl. Anhang I). Die Hälfte der Angehörigen gaben eine sehr große persönliche Bedeutung bei den Nebenwirkungen an. Neben dem Themenabschnitt der Nebenwirkungen (46,7%) war auch das Abhängigkeitsrisiko (44,5%) ein sehr wichtiges Thema für Betroffene. Das Absetzen wiederum schien mit 49,1% hingegen besonders für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ein sehr wichtiges Thema zu sein. Zudem sahen diese auch in den alternativen Lösungen (55,4%) eine sehr hohe Relevanz. In Tabelle 13 ist die Beschäftigungszeit der verschiedenen Gruppen mit der Gesundheitsinformation einsehbar. Sowohl Betroffene und Angehörige als auch die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren haben in den meisten Fällen 10 bis 15 Minuten oder mehr mit der Gesundheitsinformation verbracht.

Tabelle 13: Beschäftigung mit der Homepage nach Zielgruppe

	Angehörige	Betroffene	Multiplikator/innen
Bis zu 5 Minuten	4 (6,0%)	21 (11,3%)	6 (10,5%)
5 bis 10 Minuten	18 (26,9%)	43 (23,1%)	14 (24,6%)
10 bis 15 Minuten	31 (46,3%)	66 (35,5%)	22 (38,6%)
> 15 Minuten	14 (20,9%)	56 (30,1%)	15 (26,3%)

Die Auswertung des USE-Fragebogens zur Nützlichkeit ist in Tabelle 14 einsehbar. Die Gesamtauswertung zeigt, dass die Betroffenen und Angehörigen die Nützlichkeit der entwickelten Informationsbrochure mit einem Mittelwert von 54,3 (SD=15,4) und 59,4 (SD=14) im mittleren Bereich einstuften, die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bewerteten diese mit 64,7 (SD=17,2) etwas höher. Die Mittelwerte der einzelnen Subskalen liegen alle im mittleren Bereich, wobei auffällt, dass die Subskala „Wissen“ in allen drei Gruppen jeweils die höchste Bewertung erhalten hat und die Subskala „Emotion“ jeweils die niedrigste, d.h. im Bereich des Nutzens der Gesundheitsinformation zeigte sich, dass diese insbesondere im Bereich der Wissensvermittlung als nützlich eingeschätzt wurde, etwas weniger hilfreich wurden die verhaltensbezogenen Informationen und die Hilfestellung zum emotionalen Umgang erlebt.

Tabelle 14: Ergebnisse der USE-Skalen für Angehörige, Betroffene und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Mittelwert (Standardabweichung)

	Angehörige	Betroffene	Multiplikator/innen
Subskala 1 – Wissen	21,7 (±6,1)	20,5 (±6,0)	24,2 (±4,9)
Subskala 2 – Emotion	17,4 (±6,4)	15,8 (±6,9)	18,6 (±7,2)
Subskala 3 – Verhalten	20,3 (±5,6)	18,0 (±6,5)	21,9 (±7)
Gesamtscore	59,4 (±14)	54,3 (±15,4)	64,7 (±17,2)

Anmerkung: M: Mittelwert, SD: Standardabweichung. Die Werte der Subskalen können zwischen 0 und 30 variieren. Hohe Werte weisen auf eine hoch eingeschätzte Nützlichkeit hin.

Die Ergebnisse zu den drei zusätzlichen Items zur Wissensvermittlung der Gesundheitsinformation zum Einsatz von BZD und ZS, dem Abhängigkeitsrisiko und dem Absetzen ergab bei den Angehörigen einen Mittelwert von 21,6 (SD ±5,3), bei den Betroffenen von 20 (SD ±5,4) und bei den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren von 22,8 (SD ±6,3). Diese Werte liegen bei einem möglichen Score von 0-30 alle im oberen mittleren Bereich.

In Tabelle 15 sind die weiteren Bewertungen der Gesundheitsinformation durch die einzelnen Gruppen dargestellt. Jeweils mehr als vier Fünftel der drei Gruppen gaben an, das Informationsangebot weiterempfehlen zu wollen, wobei die Zustimmung unter den Betroffenen hier am geringsten ausfällt. Ebenfalls die überwiegende Mehrheit der Befragungsteilnehmenden gab an, die Website mit dem Informationsangebot wieder besuchen zu wollen. Hier sind es die Multiplikator:innen, die etwas geringere Werte aufweisen. Im Schnitt vertrauten die drei Gruppen der Gesundheitsinformation in 85,9% der Fälle. Lediglich die Aktualität wurde mit insgesamt 61,3% nur im mittleren Bereich bewertet.

Tabelle 15: Weitere Bewertung der Gesundheitsinformation von Angehörigen, Betroffenen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

	Angehörige (N = 70)	Betroffene (N = 192)	Multiplikator/in- nen (N = 58)	Gesamt (N = 321)
Weiterempfehlung an andere				
Ja	60 (85,7%)	154 (80,2%)	52 (89,7%)	266 (83,1%)
Nein	0 (0,0%)	6 (3,1%)	1 (1,7%)	7 (2,2%)
Weiß ich nicht	10 (14,3%)	32 (16,7%)	5 (8,6%)	47 (14,7%)
Weiterempfehlung an Patient/innen				
Ja	-	-	52 (89,7%)	-

Nein	-	-	1 (1,7%)	-
Weiß ich nicht	-	-	5 (8,6%)	-
Wiederbesuch der Webseite				
Ja	61 (87,1%)	170 (88,5%)	44 (75,9%)	275 (85,9%)
Nein	0 (0,0%)	5 (2,6%)	1 (1,7%)	6 (1,9%)
Weiß ich nicht	9 (12,9%)	17 (8,9%)	13 (22,4%)	39 (12,2%)
Vertrauen				
Ja	55 (78,6%)	165 (85,9%)	55 (94,8%)	275 (85,9%)
Nein	0 (0,0%)	2 (1,0%)	0 (0,0%)	2 (0,6%)
Weiß ich nicht	15 (21,4%)	25 (13,0%)	3 (5,2%)	43 (13,4%)
Aktualität				
Ja	44 (62,9%)	108 (56,2%)	44 (75,9%)	196 (61,3%)
Nein	0 (0,0%)	2 (1,0%)	0 (0,0%)	2 (0,6%)
Weiß ich nicht	26 (37,1%)	82 (42,7%)	14 (24,1%)	122 (38,1%)
Patienten-Arzt Kommunikation				
Ja	-	88 (45,8%)	-	-
Nein	-	43 (22,4%)	-	-
Weiß ich nicht	-	61 (31,8%)	-	-
Angehörigen-Pa- tienten Kommu- nikation				
Ja	60 (85,7%)	-	-	-
Nein	2 (2,9%)	-	-	-
Weiß ich nicht	8 (11,4%)	-	-	-

5. Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung

Im Rahmen der drei Teilprojekte A-C des Projektes konnten alle festgelegten Ziele erreicht werden. In *Teilprojekt A* wurde eine systematische Suche nach verfügbaren Gesundheitsinformationen bzw. Websites für Betroffene im Internet durchgeführt. Anschließend erfolgte eine Bewertung durch das Projektteam sowie Expertinnen und Experten anhand eines Kriterienkatalogs und eine Auswahl zur Weiterentwicklung. Zudem wurde eine systematische Literaturrecherche von Studien zur Wirksamkeit von Informationsmaterial bzgl. der Risiken eines Missbrauchs bzw. einer Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln durchgeführt. Es konnte gezeigt werden, dass die Mehrzahl der Studien einen positiven Zusammenhang zwischen der Darbietung bzw. dem Gebrauch von Gesundheitsinformationen und einer Reduktion oder dem Absetzen der Medikamente berichtet.

In *Teilprojekt B* wurde eine Fokusgruppenbefragung mit Betroffenen verschiedener Zielgruppen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden als Grundlage für die Erstellung einer neuen und zielgruppenspezifischen Gesundheitsinformation genutzt. Diese wurde in einer Fokusgruppe mit Expertengremium aus *Teilprojekt A* evaluiert und entsprechend der Bewertung der Expertinnen und Experten angepasst. In *Teilprojekt B* wurde zudem eine systematische Auswahl eines geeigneten Selbsttests für Nutzerinnen und Nutzern von Benzodiazepinen und Z-Substanzen durchgeführt. Hier zeigte sich, dass es kein geeigneter deutschsprachiger Screening-Test identifiziert werden konnte. Daher wurde der niederländische Test Bendep-SRQ in eine deutsche Version (Bendep-SRQ-GV) übersetzt und seine Validität geprüft. Es konnte gezeigt werden, dass die Modellannahme, dass der Fragebogen aus vier Dimensionen besteht und die Modellannahme, dass der Fragebogen zusätzlich einen Faktor höherer Ordnung enthält, die Benzodiazepin-/Z-Substanz-Konsumstörung (BZK) (Gesamtwert), in einer Faktorenanalyse keine signifikanten Unterschiede in der Passung der beiden Modelle zu den Daten aufwiesen. Dies spricht dafür, dass die Berechnung eines Gesamtwertes für den Bendep-SRQ-GV möglich ist. Sowohl die einzelnen Skalen als auch der Gesamtwert korrelieren zudem hoch mit der SDS, was ein Hinweis darauf ist, dass der Fragebogen gut erfassen kann, ob eine Abhängigkeit von BZD und ZS vorliegen könnte. Die Skala *Problematischer Gebrauch* und *Beschäftigung* und die Gesamtskala korrelieren dabei am höchsten mit der SDS, was dafürspricht, dass entweder der Gesamtwert oder eine der beiden Skalen als Screening-Instrument für eine BZK genutzt werden könnte. Im Rahmen einer zweiten Studie konnte gezeigt werden, dass der Bendep-SRQ-GV geeignet ist, um entsprechend des SCID-5-CV bzgl. der Einnahme von BZD und ZS eine Unterscheidung zwischen „Substanzkonsumstörung“ und „Keine Substanzkonsumstörung“ zu treffen. Dabei kann aufgrund der bisherigen Ergebnisse noch nicht bzgl. der Schwere der Substanzkonsumstörung differenziert werden. Ein Überschreiten der vorgeschlagenen Cut-off Werte bedeutet, dass sehr wahrscheinlich mindestens eine leichte Substanzkonsumstörung entsprechend dem

DSM-5 vorliegt. Die Skala Problematischer Gebrauch zeigte sich von den Skalen als am besten geeignetes kurzes Screening-Instrument. Die Gesamtskala ist länger, hat aber bei einem Cut-off von mind. 9 Punkten (Range 0-80) eine höhere Sensitivität als die Skala *Problematischer Gebrauch* bei einem Cut-Off von mind. 3 Punkten. Es wird daher empfohlen, den Gesamtfragebogen als Screening-Bogen zur Erfassung einer Substanzkonsumstörung (mit mindestens leichter Ausprägung) bei BZD und ZS zu nutzen.

In Teilprojekt C wurde ein zielgruppenspezifisches Implementierungs- sowie Verbreitungskonzeptes entwickelt. In Folge konnten vom 06. Dezember 2021 bis 18. März 2022 1.659 Zugriffe auf das Informationsangebot unter psychnet.de dokumentiert werden. Im Rahmen der Dissemination wurde zudem die Evaluation der entwickelten Gesundheitsinformation durch Betroffene, Angehörige sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchgeführt. Die Evaluation zeigte eine große Zufriedenheit der Betroffenen, Angehörigen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit der Gesundheitsinformation. Über vier Fünftel aller befragten Gruppen gaben an, die Gesundheitsinformation weiterempfehlen und die entsprechende Website erneut besuchen zu wollen. Bzgl. des Nutzens der Gesundheitsinformation zeigte sich, dass diese insbesondere im Bereich der Wissensvermittlung als nützlich eingeschätzt wurde, während die verhaltensbezogenen Informationen und die Hilfestellung zum emotionalen Umgang eine etwas niedrigere Bewertung erhielten.

Insgesamt zeigte sich, dass der mehrstufige Entwicklungsprozess eines digitalen Informationsangebotes unter Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie Expertinnen und Experten die Möglichkeit bot, Informationsbedürfnisse Betroffener zielgruppengenau zu adressieren sowie relevante Aufklärungspunkte aus Sicht von Behandlerinnen und Behandlern zu integrieren. Die Evaluation der Gesundheitsinformation spricht für eine Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzern sowie von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit dem neuen Informationsangebot. Gleichzeitig zeigt sich die Stärke des Informationsangebotes im Bereich der Wissensvermittlung. Da die Gesundheitsinformation basierend auf den Informationsbedürfnissen Betroffener entwickelt wurde, wurde auch bereits im Entwicklungsprozess der Gesundheitsinformation ein Schwerpunkt auf den Wissensbereich gelegt. Der wahrgenommene geringere Nutzen der Gesundheitsinformation im emotionalen und Verhaltensbereich zeigt jedoch auch eine mögliche Weiterentwicklungsrichtung des Informationsangebotes. Es könnte in einem nächsten Schritt darum gehen, verstärkt emotionale Bedürfnisse Betroffener zu erfassen, aufzugreifen und im Rahmen einer adaptierten Gesundheitsinformation zu thematisieren. Inwiefern die Gesundheitsinformation schlussendlich dabei hilft, Betroffene zu ermutigen, Kontakt mit ihren Behandlerinnen und Behandlern aufzunehmen und sich an der Entscheidungsfindung der weiteren Medikati-

onsplanung zu beteiligen, bedürfte ebenfalls weiterführender Studien. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitsinformation relevantes Wissen vermittelt und damit die Gesundheitskompetenz im Umgang mit BZD und ZS bei Nutzerinnen und Nutzern stärken kann.

Da die Gesundheitsinformation als digitales Angebot entwickelt wurde, besteht die Möglichkeit dieses fortlaufend weiterzuentwickeln, um weitere Nutzerinnen und Nutzer zu erreichen bzw. weitere Informationsbedarfe zu adressieren. Im Rahmen einer Erweiterung des Informationsangebotes auf psychenet.de könnte ein verstärkter Fokus auf die Vermittlung verhaltensbezogener und emotionsbezogener Informationen gelegt werden. Ebenso wäre eine Integration der „leichten Sprache“ Version der Gesundheitsinformation, welche im Rahmen des vorliegenden Projektes durch ein Übersetzungsbüro erfolgte, wünschenswert, um eine noch größere Zielgruppe erreichen zu können. Ein weiterer Fokus sollte bei der Erweiterung des Informationsangebotes auf der Implementierung des Bendep-SRQ-GV liegen, da Betroffene mithilfe eines solchen Tools die Möglichkeit hätten, im Rahmen des Informationsangebotes eine valide Selbsteinschätzung bzgl. der eigenen, möglicherweise problematischen Medikamenteneinnahme zu erhalten. Im nächsten Schritt wäre es sinnvoll, den Fragebogen an einer größeren Stichprobe zu testen, um repräsentative Cut-off Werte zu bestimmen. Des Weiteren könnte die bessere Orientierung Betroffener zu spezifischen und wirkungsvollen Versorgungsangeboten im Bereich der BZD- und ZS-Einnahme einen Schwerpunkt möglicher Weiterentwicklungen darstellen. Im Rahmen der im Projekt durchgeführten Fokusgruppenbefragung äußerten die Befragten einen besonderen Bedarf für eine vereinfachte Orientierung in der Gesundheitsversorgung. Eine mögliche Hilfestellung zur Orientierung wäre die Entwicklung einer digitalen Entscheidungshilfe für Patientinnen und Patienten. Als Ausgangspunkt hierfür könnten die, in einem BMG-geförderten Vorgängerprojekt (Verthein et al., 2016), entwickelten Entscheidungstabellen zu den Behandlungsmöglichkeiten bei Schlafstörungen sowie Angstzuständen und innerer Unruhe genutzt werden.

6. Gender Mainstreaming Aspekte

Gender-Mainstreaming Aspekte wurden im Rahmen der Konzeption, Umsetzung und Evaluation des Gesamtprojektes berücksichtigt. Da Frauen einen deutlich höheren Anteil an verschriebenen BZD und ZS haben, wurde hierbei ein besonderer Schwerpunkt auf die Bedürfnisse von Frauen gelegt. Um mögliche besondere Informationsbedürfnisse von Frauen zum Thema Schlaf- und Beruhigungsmittel zu erfassen, wurden Frauen überrepräsentativ im Rahmen der Fokusgruppen befragt sowie von vornherein als ausgewählte Zielgruppe berücksichtigt. Hierbei zeigten sich jedoch nur geringe Unterschiede der Informationsbedürfnisse speziell von Frauen, vielmehr wurde deutlich, dass die allgemeine und umfassende Information zu Schlaf, BZD und ZS sowie Hilfsangeboten für die Information aller Betroffenen relevant ist.

Im Rahmen der nachfolgenden Entwicklung der Gesundheitsinformation wurde darauf geachtet, Frauen sowohl in der Sprache als auch im Design der Information zu adressieren. Hierzu wurde sprachlich durchgehend die weibliche und die männliche Form gewählt sowie genderneutrale Graphiken und gendergerechte Fallbeispiele verwendet. Es wurde zudem ein zusätzlicher Abschnitt in die Gesundheitsinformation integriert, der speziell Frauen und spezielle Belastungsfaktoren der Bevölkerungsgruppe adressiert.

Im Rahmen der Dissemination wurde ebenfalls auf gendergerechte Ansprache und Zugangswege geachtet. Hierzu wurden bspw. die beiden Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Frauengesundheitsportal“ und „Männergesundheitsportal“ herangezogen. Mit 68% der Betroffenen waren Frauen bei der Evaluation der Gesundheitsinformation überrepräsentiert, was dem höheren Anteil von Frauen im Bereich der BZD- und ZS-Einnahme und -abhängigkeit entspricht.

7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit, der Fokusgruppenbefragung und der Validierungsstudie wurden im Projektzeitraum auf folgenden Kongressen vorgestellt:

Tabelle 16: Übersicht Kongressbeiträge im Projektzeitraum

Kongress	Datum und Ort	Beitragsart, Titel
19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung	30.09.- 01.10.2020, digital	Poster mit Audio <i>„Die Wirkung von Gesundheitsinformationen bezüglich der Risiken von Benzodiazepinen und Z-Substanzen auf Gesundheitsverhalten – Ein systematisches Review“</i>
HAM-NET Symposium 2020 – Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung	08.12.2020 digital	Poster <i>„Entwicklung, Dissemination und Evaluation von Gesundheitsinformationen zur Reduktion von Missbrauch und Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (EDER-MIA)“</i>
20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung	06.-08.10.2021 digital	Präsentation <i>„Effekte von schriftlichen Gesundheitsinformationen zu Nutzen und Risiken von Benzodiazepinen und Z-Substanzen - Ein systematisches Review“</i>
Deutscher Suchtkongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	13.-15.9.2021 digital	Poster <i>„Validierung einer deutschen Version des „Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ)“</i>
Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGMS)	16.-17.9.2021 digital	Präsentation <i>„Validierung einer deutschen Version des „Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ)“</i>

8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Die entwickelte Gesundheitsinformation steht auf psychenet.de zur Verfügung und wird regelmäßig überarbeitet und aktualisiert. Interessierte Personen haben die Möglichkeit, niedrigschwellig auf diese zuzugreifen und auch die weitere Struktur des Informationsportales zu nutzen. Eine Version der Gesundheitsinformation in leichter Sprache wurde im Rahmen des EDER-MIA Projektes von einem Übersetzungsbüro angefertigt. Dadurch ist es möglich, komplexe Inhalt zur Einnahme von BZD und ZS einer bisher nicht ausreichend bedachten Zielgruppe näherzubringen und auch Personen zu erreichen, die sonst nicht von den Angeboten von psychenet.de profitieren würden. Durch die enge Zusammenarbeit mit dem ÄZQ kann auch in Zukunft zeitnah und niedrigschwellig die Gesundheitsinformation mit relevanten Stakeholdern in diesem Bereich geteilt werden. Die entwickelte Gesundheitsinformation soll zukünftig um weitere Angebote ergänzt werden. Hierzu gehört zum einen die Implementierung der Version der Gesundheitsinformation in leichter Sprache, zum anderen wird eine weitere Prüfung und Implementierung des BENDEP-SRQ-GV als Selbsttest angestrebt. Damit soll Betroffenen eine sichere Risikoeinschätzung ihrer Medikamenteneinnahme ermöglicht werden.

9. Publikationsverzeichnis

Abschlussarbeiten

Masterarbeit: Stratmann, M. (2022). Validierung einer deutschen Version des „Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ)“

Eingereichte Publikationen

Heeg, J., Dirmaier, J., Verthein, U., Härter, M. & Lindemann, C. (2022). Identifikation von Informationsbedürfnissen zur Prävention des problematischen Konsums von Z-Substanzen und Benzodiazepinen eine Fokusgruppenstudie. Psychiatrische Praxis

Geplante Publikationen

- Systematische Übersichtsarbeit zur Wirkung von Gesundheitsinformationen: „The effect of written health information about benzodiazepines and z-drugs: a systematic review“
- Onlinestudie BENDEP-SRQ-GV: „Construct validity, convergent validity and reliability of the German version of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire - German Version“
- Interviewstudie BENDEP-SRQ-GV: Clinical validity of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire - German Version“
- Evaluationsstudie der Gesundheitsinformation: „Evaluation of a digital health information on benzodiazepines and z-drugs“

10. Literaturverzeichnis

Airagnes, G., Pelissolo, A., Lavallée, M., Flament, M., & Limosin, F. (2016). Benzodiazepine misuse in the elderly: Risk factors, consequences, and management. *Current Psychiatry Reports*, *18*(10), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0727-9>

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Bundesärztekammer (BÄK), & Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2019). *Methodenreport zur Entwicklung von Kurzinformationen für Patienten (KiP)*. 3. Auflage, Version 1. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000440>

Bashir, K., King, M., & Ashworth, M. (1994). Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *British Journal of General Practice*, *44*(386), 408.

Behr, D., Braun, M., & Dorer, B. (2015). Messinstrumente in internationalen Studien. *GESIS–Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines)*, *10*. <https://doi.org/10.17173/pretest3>

Bühner, M. (2021). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (4. Aufl.). Pearson Deutschland GmbH.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. *Routledge*. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>

Cormack, M. A., Sweeney, K. G., Hughes-Jones, H., & Foot, G. A. (1994). Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *British Journal of General Practice*, *44*(378), 5–8.

Curado, D. F., Barros, V. V. de, Opaleye, E. S., & Noto, A. R. (2020). Psychometric properties of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire – Portuguese Version (BENDEP-SRQ-PV). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *42*(4), 358–367. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0049>

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS). (2013). *Immer mit der Ruhe ...Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln*. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Immer_mit_der_Ruhe.pdf

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS). (2017). *Frau Sucht Gesundheit*. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/2017_Frau_Sucht_Gesundheit.pdf

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. (2016). Gute Praxis Gesundheitsinformation. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *110*, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.11.005>

George, D., & Mallery, P. (2011). *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e*. Pearson Education India.

Glaeske, G. (2021). Medikamente 2019 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. *Jahrbuch Sucht*.

Gnjidic, D., Ong, H. M. M., Leung, C., Jansen, J., & Reeve, E. (2019). The impact of in hospital patient-education intervention on older people's attitudes and intention to have their benzodiazepines de-prescribed: A feasibility study. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, *10*, 2042098618816562. <https://doi.org/10.1177/2042098618816562>

Gorgels, W. J., Voshaar, R. C. O., Mol, A. J., van de Lisdonk, E. H., van Balkom, A. J., van den Hoogen, H. J., Mulder, J., Breteler, M. H., & Zitman, F. G. (2005). Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: A prospective controlled intervention study. *Drug and Alcohol Dependence*, *78*(1), 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.09.001>

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, *90*(5), 607–614. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x>

Hautzinger, M., Benkert, O., & Graf-Morgenstern, M. (2016). Psychopharmaka und Psychotherapie. In *Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten* (S. 31–35). Springer.

Heather, N., Bowie, A., Ashton, H., McAvoy, B., Spencer, I., Brodie, J., & Giddings, D. (2004). Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: Outcome of intervention. *Addiction Research & Theory*, *12*(2), 141–154. <https://doi.org/10.7812/TPP/18-161>

Hölzel, L. P., Ries, Z., Dirmaier, J., Zill, J. M., Kriston, L., Klesse, C., Härter, M., & Bermejo, I. (2015). Usefulness scale for patient information material (USE)—Development and psychometric properties. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *15*(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0153-7>

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55.

Hurrelmann, K., Klinger, J., & Schaeffer, D. (2020). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020*. Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung.

Infodrog. (o. J.). *55 plus: Medikamente*. Alter und Sucht. Abgerufen 20. April 2020, von <https://www.alterundsucht.ch/55-plus/medikamente/das-wichtigste-in-kuerze.html>

Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., & Rosseel, Y. (2021). *semTools: Useful tools for structural equation modeling* (R package version 0.5-5) [Computer software]. <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>

- Kan, C. C., Breteler, M. H. M., Timmermans, E. A. Y., van der Ven, A. H. G. S., & Zitman, F. G. (1999). Scalability, reliability, and validity of the benzodiazepine dependence self-report questionnaire in out-patient benzodiazepine users. *Comprehensive Psychiatry*, *40*(4), 283–291. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90129-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90129-3)
- Klopp, E. (2010). *Explorative Faktorenanalyse*. <http://hdl.handle.net/20.500.11780/3369>
- Köhnen, M., Dreier, M., Freuck, J., Härter, M., & Dirmaier, J. (2022). Akzeptanz und Nutzung einer Website mit Gesundheitsinformationen zu psychischen Erkrankungen—www. Psychenet. De. *Psychiatrische Praxis*, *49*(04), 205–212. <https://doi.org/10.1055/a-1502-0961>
- Kuntz, J. L., Kouch, L., Christian, D., Hu, W., & Peterson, P. L. (2019). Patient education and pharmacist consultation influence on nonbenzodiazepine sedative medication deprescribing success for older adults. *The Permanente Journal*, *23*.
- Kurko, T., Saastamoinen, L., Tähkäpää, S., Tuulio-Henriksson, A., Taiminen, T., Tiihonen, J., Airaksinen, M., & Hietala, J. (2015). Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns—a systematic review of register-based studies. *European Psychiatry*, *30*(8), 1037–1047. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.003>
- Lenzner, T., Neuert, C., & Otto, W. (2014). International Social Survey Programme (ISSP) 2015: Kognitiver Pretest. (GESIS-Projektbericht, 2014/01). Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.17173/pretest3>
- MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse. (2020). VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH.
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Mokhar, A., Dirmaier, J., & Härter, M. (2016). Schlaf- und Beruhigungsmittel. <https://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/themen/schlaf-und-beruhigungsmittel.html>
- Morgan, S. G., Weymann, D., Pratt, B., Smolina, K., Gladstone, E. J., Raymond, C., & Mintzes, B. (2016). Sex differences in the risk of receiving potentially inappropriate prescriptions among older adults. *Age and Ageing*, *45*(4), 535–542. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw074>
- Moßhammer, D., Haumann, H., Muche, R., Scheub, D., Joos, S., & Laux, G. (2018). Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Drugs in hausärztlichen Praxen—eine Querschnittanalyse. *Das Gesundheitswesen*, *80*(10), 916–922. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104694>
- Navy, H. J., Weffald, L., Delate, T., Patel, R. J., & Dugan, J. P. (2018). Clinical pharmacist intervention to engage older adults in reducing use of alprazolam. *The Consultant Pharmacist®*, *33*(12), 711–722. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2018.711>.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., & Brennan, S. E. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, *88*. <https://doi.org/10.1016/j.ijss.2021.105906>

R Core Team. (2021). *R: A Language and Environment for Statistical Computing* (4.0.5) [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>

Stewart, R., Niessen, W. J., Broer, J., Snijders, T. A., Haaijer-Ruskamp, F. M., & Meyboom-De Jong, B. (2007). General Practitioners reduced benzodiazepine prescriptions in an intervention study: A multilevel application. *Journal of Clinical Epidemiology*, *60*(10), 1076-e1. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.11.024>

Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., & Ahmed, S. (2014). Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: The EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Internal Medicine*, *174*(6), 890–898. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.949>

Tlach, L., Thiel, J., Härter, M., Liebherz, S., & Dirmaier, J. (2016). Acceptance of the German e-mental health portal www. Psychenet. De: An online survey. *PeerJ*, *4*, e2093. <https://doi.org/10.7717/peerj.2093>

United Nations Educational, S. and C. O. (2012). International Standard Classification of Education ISCED 2011. In *Montreal, Quebec*. UNESCO Institute for Statistics, Canada.

Verthein, U., Kuhn, S., Holzbach, R., Mokhar, A., Dirmaier, J., Härter, M., & Reimer, J. (2019). Ursachen und Hintergründe der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Patienten. *Das Gesundheitswesen*, *81*(11), 180–191. <https://doi.org/10.1055/a-0719-5096>

Verthein, U., Kuhn, S., Mokhar, A., Dirmaier, J., Holzbach, R., Härter, M., & Reimer, J. (2016). *Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten*. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf & Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Wilson, M. G., Lee, T. C., Hass, A., Tannenbaum, C., & McDonald, E. G. (2018). Empowering hospitalized older adults to deprescribe sedative hypnotics: A pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *66*(6), 1186–1189. <https://doi.org/10.1111/jgs.15300>

Yves Rosseel. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, *48*(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>

Anlage

Anhang A Bewertungsschema Gesundheitsinformation

Antworten zum Bewertungsschema auf folgender Skala: 0 = Nicht beurteilbar, 1 = Kriterium ist nicht erfüllt, 2 = Kriterium ist größtenteils nicht erfüllt, 3 = Kriterium ist teilweise erfüllt, 4 = Kriterium ist größtenteils erfüllt, 5 = Kriterium ist erfüllt

Fragebogen 10-1: Bewertungsschema

Bitte folgende Aussagen bewerten:	Antwortmöglichkeiten:
Inhalt ist korrekt und entspricht bestem, aktuell verfügbarem medizinischen Wissen	1 - 5; 0
Die Gesundheitsinformationen sind bezüglich Umfang, Inhalt und Verständlichkeit an die jeweilige Zielgruppe angepasst	1 - 5; 0
Bedeutsame Unterschiede in Bezug auf verschiedene Altersgruppen werden benannt	1 - 5; 0
Bedeutsame Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht werden benannt	1 - 5; 0
Auf relevante zugrundeliegende Erkrankungen wird hingewiesen (wie z.B. Schlafstörungen), ggf. bedeutsame Unterschiede werden benannt	1 - 5; 0
Aktuell gültige Kriterien/Anzeichen für Abhängigkeit werden dargelegt (z.B. mit Selbsttest)	1 - 5; 0
Möglicher Nutzen von Benzodiazepinen/Z-Drugs wird korrekt benannt	1 - 5; 0
Mögliche Schäden/Risiken von Benzodiazepinen/Z-Drugs werden korrekt benannt	1 - 5; 0
Hinweise zum Beenden der Behandlung bzw. angemessenem Umgang mit Benzodiazepinen/Z-Drugs sind korrekt und ausreichend	1 - 5; 0
Alternative Behandlungsoptionen für zugrundeliegende Erkrankungen werden ausreichend benannt (z.B. Psychotherapie, Stressmanagement, Entspannungstechniken)	1 - 5; 0
Realistische Einschätzung der Vor- und Nachteile der beschriebenen gesundheitsbezogenen/medizinischen Maßnahmen wird ermöglicht	1 - 5; 0
Ausreichend Handlungsmöglichkeiten zum Selbstmanagement werden aufgezeigt (z.B. konkrete Tipps, Selbsthilfetools)	1 - 5; 0
Die Gesundheitsinformation ist geeignet zur Wissensvermittlung für Betroffene	1 - 5; 0

Die Gesundheitsinformation eignet sich zur partizipativen Entscheidungsfindung (shared-decision-making) mit Betroffenen	1 - 5; 0
Kennen Sie noch andere Gesundheitsinformationen zum Thema, welche Sie empfehlen würden?	Bitte hier im Textfeld antworten: [Textfeld]

Anhang B Leitfaden Fokusgruppe Zielgruppe 2 (40-60 Jahre, Frauen, Einnahme nur gelegentlich)

Leitfaden 10-1: Fokusgruppenleitfaden

	Thema	Zeit in min
	Beginn (Co-Moderator stellt vor, Moderator ergänzt)	
1.	<ul style="list-style-type: none"> • TeilnehmerInnen (TN) begrüßen • Kurze Vorstellung der anwesenden Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeiter und des Instituts • Bundesministerium für Gesundheits als Auftraggeber nennen • Hinweis auf Corona Hygieneregeln • TeilnehmerInnen bitten, Formulare auszufüllen ([Corona Symptome Fragebogen, Einwilligungserklärung zwei Mal, Studieninformation, Demographischer Fragebogen]) 	10
	Inhaltliche Einleitung (Co-Moderator stellt vor, Moderator ergänzt)	
2.	<p><u>Thema/Ziele vorstellen</u></p> <p><i>„Es geht um Schlafstörungen, Unruhezustände, Angstzustände und die betreffenden Schlaf- und Beruhigungsmittel. Insbesondere geht es bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln um die Gruppe der Benzodiazepine und Z-Substanzen. Dies sind zwei Medikamentengruppen, die sich sehr ähneln, daher werden diese hier als „quasi gleich“ behandelt. Hier sind Beispiele für verschiedene Medikamentengruppen.</i></p> <p>[Medikamentenpackungen auf Beamer zeigen, verschiedene Substanzgruppen vorstellen, TN immer fragen: Wer kennt die Medikamente – Handzeichen bitte!]</p> <p><i>Diese Medikamente werden hauptsächlich bei Schlafstörungen, Unruhe und Angstzuständen eingenommen.</i></p> <p><i>Ziel unseres Projektes ist es Gesundheitsinformationen für Menschen zu erstellen, die diese Medikamente einnehmen oder darüber nachdenken, die Medikamente einzunehmen oder auch einfach Schlafprobleme und Unruhe/Angstzustände haben und daher natürlich auch mal in Kontakt mit Schlafmittel etc. in ihrem Leben</i></p>	10

	<p>kommen könnten. Daher wollen wir hier in der Gruppe gern von Ihnen erfahren, was Sie an diesem Thema beschäftigt.</p> <p>Wir führen mehrere solcher Gruppengespräche durch, diese werden dann am Ende in einem Artikel zusammengeführt und veröffentlicht. Da kann sehr gerne jede/r von Ihnen sich die Ergebnisse auch ansehen.</p> <p>Sie alle wurden ausgewählt, da Sie entweder Schlaf- und/oder Angst/Unruhezustände kennen, darüber nachgedacht haben, wie sie mit diesen Beschwerden umgehen könnten und schon mal Medikamente dagegen genommen haben oder.</p> <p><u>Ablauf:</u></p> <p>Wir stellen Ihnen Fragen und freuen uns über Ihre Ideen und Antworten. Sprechen Sie gerne miteinander, diskutieren ist auch erwünscht!</p> <p><u>Aufzeichnung:</u></p> <p>Wir zeichnen das Gespräch auf und dann wird es anschließend transkribiert, d.h. das Gesagte wird verschriftlicht. Wichtig ist, alle Daten werden im weiteren Verlauf anonymisiert!</p> <p><u>Weitere wichtige Aspekte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schweigepflicht unter den Teilnehmerinnen - Vorname [bitte auf Schild schreiben] - Telefon ausmachen; Wenn Sie dringend telefonieren müssen, gerne rausgehen und dann möglichst schnell wiederkommen - Unsere Aufgabe ist es das Gespräch zu leiten, die Uhrzeit im Blick zu behalten; daher kann es sein, dass wir mal unterbrechen etc. - Es gibt keine falschen Antworten. Wir sind an allen Gedanken, Ideen interessiert, sie sie zu dem Thema haben. Menschen nehmen Dinge sehr unterschiedlich wahr, daher teilen Sie ihre Ideen auch gerne, wenn jemand anderes eine andere Meinung äußert. Tauschen Sie sich gerne miteinander aus! Die Vielfalt Ihrer Meinungen interessiert uns sehr. 	
	<p>Erfahrungen der Teilnehmer*innen als Ausgangspunkt (Moderator stellt vor, Co-Moderator ergänzt)</p>	
3.	<p><u>Kurzes Blitzlicht:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorname und Alter (Vorname auf Schild schreiben) 	10

	<ul style="list-style-type: none"> • Leiden Sie unter Schlafstörungen und/oder Unruhezuständen oder Ängsten? • Haben Sie dagegen schon mal Medikamente eingenommen? • Wenn ja, welche? / Haben Sie schon mal Benzodiazepine oder so genannte Z-Substanzen eingenommen? • Oder haben Sie schon mal darüber nachgedacht Medikamente dagegen zu nehmen? 	
	Motivation zur Information und gewählte Informationswege (Moderator stellt vor, Co-Moderator ergänzt)	
4.	<p>1. Haben Sie sich schon mal bzgl. Schlafstörungen und/oder Unruhezuständen/Ängsten informiert?</p> <p>Weiterführende Fragen: Wenn ja, wann und wie (z.B. auf welcher Internetseite)? Was hat Sie dazu bewogen sich zu diesen Themen zu informieren? Was wollten Sie genau herausfinden? Waren Sie mit dem Ergebnis Ihrer Recherche etc. zufrieden?</p> <p>2. Haben Sie sich diesbezüglich auch über die Einnahme von Medikamenten informiert?</p> <p>Weiterführende Fragen: Wenn ja, wann und wie (z.B. auf welcher Internetseite)? Was hat Sie dazu bewogen sich zu diesen Themen zu informieren? Was wollten Sie genau herausfinden? Waren Sie mit dem Ergebnis Ihrer Recherche etc. zufrieden?</p>	15
	Informationsbedarfe (Moderator stellt vor, Co-Moderator ergänzt)	
5	<p>1. Welche Fragen bzgl. Schlafproblemen und Angst/ Unruhezuständen beschäftigen Sie? Welche Informationen hätten sie gerne darüber?</p> <p>2. Welche Fragen zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln beschäftigen Sie? Welche Informationen hätten sie gerne darüber?</p> <p>Evtl. nachfragen: Was beschäftigt Sie daran? Was möchten Sie darüber genau wissen?</p>	25
	Bewertung der Gesundheitsinformationen (Moderator stellt vor, Co-Moderator ergänzt)	
6	Gesundheitsinfo 1: Frau/Sucht/Gesundheit → Wird präsentiert als Broschüre	25

	<p>[Kurzen gemeinsamen Überblick über Gesundheitsinfo verschaffen: relevante Abschnitte sind die „dunkel hinterlegten“</p> <p>Es geht um ihre Einschätzung (Optionale Fragen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie verständlich ist die GI für Sie? Evtl. nachfragen: Was finden Sie gut/was schwer verständlich? • Wie vertrauenswürdig ist die GI für Sie? Evtl. nachfragen: Was empfinden Sie als vertrauenswürdig, was nicht? • Fühlen Sie sich angesprochen von der GI? Evtl. nachfragen: Warum? • Ist die GI hilfreich für Sie? Evtl. nachfragen: Was macht Sie hilfreich? Was nicht? • Würden Sie die GI weiterempfehlen? Evtl. nachfragen: Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht? • Fällt Ihnen noch etwas ein, das der GI fehlt oder was Ihnen besonders positiv auffällt? <p>Anmerkung: hier kein standardisiertes Rating, da die Gesundheitsinformationen ja schon von den Expertinnen und Experten bezüglich diverser Qualitätskriterien beurteilt wurde</p> <p><u>Falls noch Zeit:</u></p> <p>Gesundheitsinfo 2: Psychenet.de Webseite: Aufstellung zu „Was tun gegen Schlafstörungen und Unruhe-/Angstzustände</p> <p>Es geht um ihre Einschätzung (Optionale Fragen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie verständlich ist die GI für Sie? Evtl. nachfragen: Was finden Sie gut/was schwer verständlich? • Wie vertrauenswürdig ist die GI für Sie? Evtl. nachfragen: Was empfinden Sie als vertrauenswürdig, was nicht? • Fühlen Sie sich angesprochen von der GI? Evtl. nachfragen: Warum? • Ist die GI hilfreich für Sie? Evtl. nachfragen: Was macht Sie hilfreich? Was nicht? • Würden Sie die GI weiterempfehlen? Evtl. nachfragen: Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht? • Fällt Ihnen noch etwas ein, das der GI fehlt oder was Ihnen besonders positiv auffällt? 	
	<p>Verbreitungswege</p> <p>(Moderator stellt vor, Co-Moderator ergänzt)</p>	

7	<p>Wie könnte man Sie mit Gesundheitsinformationen am besten erreichen, wie/wo würden Sie am ehesten darauf aufmerksam werden?</p> <p><i>Falls noch Zeit: Seien Sie gerne kreativ, wie könnte man Menschen Ihrer Altersgruppe noch erreichen?</i></p>	10
	<p>Fragebögen ausfüllen</p> <p>(Co-Moderator stellt vor, Moderator ergänzt)</p>	
	<p>Fragebögen ausfüllen: <i>Bitte alle Zettel dalassen. Nur mitnehmen: Ordner + Eine Version Einwilligungserklärung + Zettel Ambulanz Angst/Zwang, falls weiterer Beratungsbedarf; falls akuter Bedarf Weiterleitung an Ambulanz</i></p>	10
	<p>Abschluss & Dank</p> <p>(Co-Moderator stellt vor, Moderator ergänzt)</p>	
8	<p>1. Gibt es von ihrer Seite noch grundsätzliche Anmerkungen?</p> <p>2. Dank</p>	5

Anhang C Bendep-SRQ-GV

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit einem bestimmten Schlaf- und Beruhigungsmittel im Sinn. Wenn Sie mehrere Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumieren, wählen Sie bitte das aus, welches Sie häufiger oder schon länger nehmen. Wenn Sie sich nicht entscheiden können, beantworten Sie die Fragen gemeinsam für die verschiedenen Mittel.

Fragebogen 10-2: Bendep-SRQ-GV Items 1-15

	Das trifft auf mich überhaupt nicht zu.	Das trifft auf mich nicht zu.	Das trifft teilweise auf mich zu, teilweise nicht.	Das trifft auf mich zu.	Das trifft voll und ganz auf mich zu.
1. Ich nehme rechtzeitig wieder meine Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, weil ich sonst Beschwerden bekomme.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
2. Ich werde nervös, wenn ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel nicht griffbereit habe.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
3. Andere drängen mich dazu, weniger Schlaf- und Beruhigungsmittel zu nehmen.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
4. Ich nehme mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, als auf dem Rezept angegeben sind.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
5. Ich fühle mich beruhigt, wenn ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel bei mir habe.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
6. Die Schlaf- und Beruhigungsmittel sind weniger wirksam als früher.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]

7. Meine Schlaf- und Beruhigungsmittel sind zu früh aufgebraucht.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
8. Die Schlaf- und Beruhigungsmittel bereiten mir Probleme.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
9. Ich verfälsche, was auf dem Rezept für meine Schlaf- und Beruhigungsmittel steht.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
10. Ich denke darüber nach, die Schlaf- und Beruhigungsmittel abzusetzen.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
11. Kurz bevor ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel nehme, ist das das Einzige, woran ich noch denken kann.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
12. Ich beschäftige mich gedanklich viel mit meinen Schlaf- und Beruhigungsmitteln.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
13. Ich glaube, dass die Schlaf- und Beruhigungsmittel mein Leben zerstören.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
14. Ich hole früher als vereinbart ein neues Rezept.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
15. Ich nehme eine Menge Schlaf- und Beruhigungsmittel auf einmal.	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]

Fragebogen 10-3: Bendep-SRQ-GV Filterfrage

Haben Sie schon einmal versucht, weniger Medikamente zu nehmen oder sie ganz abzusetzen?
[Auswahlfeld „Ja“]
[Auswahlfeld „Nein (Überspringen Sie bitte die Fragen 16 – 20)“]

Weniger Schlaf- oder Beruhigungsmittel zu nehmen oder die Einnahme plötzlich zu beenden, kann zu Beschwerden führen. Im Folgenden werden einige dieser Beschwerden genannt. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die einzelnen Beschwerden belastet haben, als Sie das letzte Mal weniger Schlaf- und Beruhigungsmittel zu sich nahmen oder die Einnahme beendeten. Kreuzen Sie die passende Antwort an:

Fragebogen 10-4: Bendep-SRQ-GV Items 16-20

Beschwerde	Nicht oder kaum belastet	Ein wenig belastet	Ziemlich belastet	Stark belastet	Sehr stark belastet
Niedergeschlagenheit	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
Müdigkeit	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
Zittern	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
Reizbarkeit	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
Unruhe	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]

Leitfaden Kognitive Interviews (Pretest)

Kurzbeschreibung

Es sollen 5-8 kognitive Interviews (Dauer ca. 60 Minuten) mit Personen durchgeführt werden, die aktuell oder in den letzten sechs Monaten Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine, Z-Substanzen) einnehmen bzw. eingenommen haben. Das kognitive Interview dient dem qualitativen Erkenntnisgewinn und ist Teil des TRAPD-Übersetzungsprozesses (P=Pretest). Es soll untersucht werden, inwiefern die einzelnen Instruktionen und Items des übersetzten BENDEP (Benzodiazepine Dependence Questionnaire) von den Probanden verstanden werden. Die Interviews sollen mögliche Schwachstellen bzw. Übersetzungsfehler aufdecken, sodass der Fragebogen vor dem Einsatz in der Hauptstudie (Validierungsstudie) verbessert und modifiziert werden kann. Folgende kognitive Techniken kommen dabei zum Einsatz: Think aloud (Technik des lauten Denkens), Nachfragetechniken (Probing) und Paraphrasing. Das gesamte Gespräch wird auf einem Audiogerät aufgenommen und die Aufnahme im Anschluss transkribiert. Die Auswertung der Interviews erfolgt auf Grundlage der Transkription und Notizen der Interviewerin. Das Interview wird entweder in Präsenz oder online via Videotelefonat durchgeführt.

Anmerkungen zum Leitfaden

- Es können Kommentare des/der Befragten sowie Kommentare und Beobachtungen des/der Interviewer/in notiert werden

Hauptteil BENDEP (Ablauf)

Ziel: schauen, wie Person jeweilige Items interpretiert, bzw. wo es zu Problemen kommt.

Schritte:

1. Die grau hinterlegten Items/Abschnitte vorlesen und ggf. zum „lauten Denken“ und Antworten auffordern.
2. Person antwortet.
3. Nachfragen mittels kognitiver Techniken (Fragenvorschläge in kursiv)
4. Bei bestehenden Unklarheiten weiter nachfragen, ansonsten nächstes Item vorlesen

Hinweis: Wenn die befragte Person bei der Beantwortung der Fragen zu sehr vom Thema abschweift, sanft zurückholen, z.B. so: „Gucken Sie sich noch mal die Frage an und sagen dann, was Ihnen dazu einfällt.“

BEGINN: Vorstellung, Formalia

- Teilnehmerin/Teilnehmer begrüßen
- Kurze Vorstellung des Interviewers und des Instituts
- Einwilligungserklärung
- Studieninformation
- Aufwandsentschädigung

Inhaltliche Einleitung

- Thema/Ziele des Interviews vorstellen: „In unserem Projekt forschen wir zum Thema Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Dabei interessiert uns vor allem die Gruppe der Benzodiazepine und Z-Substanzen [z.B. Lorazepam, Diazepam, Oxazepam, Zopiclon, Zolpidem]. Unser Ziel ist es, einen Fragebogen bzw. Test zu entwickeln, mit dem festgestellt werden kann, ob die Einnahme von Benzodiazepinen und/oder Z-Substanzen auf einen kritischen Gebrauch hinweist. Mit Ihrer Hilfe wollen wir überprüfen, ob die Fragen verständlich formuliert sind und an welchen Stellen möglicherweise Probleme /Unsicherheiten auftreten.“
- Ablauf: „Im Rahmen dieses Interviews möchte ich gerne Ihre Gedanken zu dem Fragebogen erfahren. Dazu werde ich mit Ihnen die einzelnen Fragen des Fragebogens nacheinander durchgehen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Es geht ja gerade darum herauszufinden, ob der Fragebogen verständlich formuliert ist und an welchen Stellen von unserer Seite noch nachgebessert werden muss. Ich habe den Fragebogen nicht entwickelt, also dürfen Sie auch Kritik äußern, wenn Ihnen etwas auffällt oder wenn einzelne Fragen unklar formuliert sind. Mit diesem Gespräch helfen Sie uns, den Fragebogen zu optimieren. Verwendete Fragetechniken:“
 - Technik des lauten Denkens (Think aloud) [ggf. Beispiel geben]
 - Nachfragetechniken (Probing): [ggf. Beispiel geben]
- Aufzeichnung: „Wir zeichnen das Gespräch auf und dann wird es anschließend transkribiert, d.h. das Gesagte wird verschriftlicht. Wichtig ist, alle Daten werden im weiteren Verlauf anonymisiert! Die Audioaufnahme gibt mir die Möglichkeit weniger mit Schreiben beschäftigt zu sein und mehr mit Zuhören. „
- Weitere Aspekte:
 - Daten werden vertraulich behandelt und ich unterliege der Schweigepflicht.
 - Sie dürfen das Interview jeder Zeit abbrechen oder Fragen unbeantwortet lassen.
 - Gibt es noch Fragen? Wollen wir starten?

[Aufnahme starten Audiogerät!]

Fragen zur Person

- Alter
- Geschlecht (Antwortmöglichkeiten: „Weiblich, Männlich, Inter/Divers)
- In welchem Bundesland wohnen Sie?
- Wohnen Sie gegenwärtig in...
 - Einem Dorf
 - Einer Kleinstadt
 - Einer mittelgroßen Stadt
 - In einer Großstadt

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen?

Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein

Gebräuchliche Schlafmittel sind: Brotizolam (Lendormin®), Eszopiclon (Lunivia®), Flunitrazepam (Rohypnol®, Fluninoc®), Flurazepam (Dalmadorm®, Staurodorm®), Lormetazepam (Noctamid®, Ergocalm®, Sedalam®, Loretam®), Midazolam (Buccolam®, Dormicum®), Nitrazepam (Mogadan®, Radedorm®, Dormo-Puren®, Imeson®, Novanox®), Temazepam (Planum®, Remestan®, Norkotral® Tema®, Temazep®), Triazolam (Halcion®), Zolpidem (Bikalm®, Stilnox®), Zopiclon (Optidorm®, Ximovan®) oder andere.

Gebräuchliche Beruhigungsmittel sind: Alprazolam (Tafil®), Bromazepam (Bromazanil®, Lexotanil®, Lexostad®, Gityl®, Normoc®), Chlordiazepoxid (Librium®), Clobazam (Frisium®), Clonazepam (Rivotril®, Antelepsin®), Diazepam (Valium®, Diazp-CT®, Faustan®, Stesolid®, Valiquid®), Dikaliumclorazepat (Tranxilium®), Ketazolam (Solatran®, Contamex®), Lorazepam (Tavor®, Tolid®, Pro Dorm®), Medazepam (Rudotel®, Rusedal®, Nobrium®), Nordazepam (Tranxilium N®, Vegesan®), Oxazepam (Adumbran®, Praxiten®, Durazepam®, Sigacalm®), Prazepam (Dementrin®) oder andere.

Fragebogen 10-5: Pretest Items zur Verschreibung der Medikamente

Haben Sie die Mittel von einer Ärztin/einem Arzt verschrieben bekommen?
[Auswahlfeld „Ja, auf Kassenrezept“]
[Auswahlfeld „Ja, auf Privatrezept“]
[Auswahlfeld „Ja, beides, mal auf Kassenrezept, mal auf Privatrezept“]
[Auswahlfeld „Nein“]

Bitte nennen Sie die Schlaf- und Beruhigungsmittel, die Sie in den letzten 12 Monaten eingenommen haben. Geben Sie bitte an, wie häufig Sie diese in den letzten 30 Tagen genommen haben.

Fragebogen 10-6: Pretest Items zu Medikamenteneinnahme

Schlaf- und Beruhigungsmittel	In den letzten 30 Tagen nicht genommen	Seltener als einmal pro Woche	Einmal pro Woche	Mehrmals pro Woche	Täglich
[Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]
[Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]
[Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]
[Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]
[Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]
[Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]
[Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]
[Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]
[Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]	Auswahlfeld]

Fragen zu möglichen Risiken Ihres Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum (Zu prüfende Items/Instruktionen des BENDEP-Fragebogens)

Hinweis/Erinnerung: „Ich möchte Sie noch einmal darauf hinweisen, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt und es hier nicht darum geht, Sie zu testen. Es geht darum zu schauen, ob die Fragen und Instruktionen des Fragebogens für die Zielgruppe verständlich formuliert sind. Ich werde Ihnen an manchen Stellen Fragen stellen, die Ihnen möglicherweise seltsam oder offensichtlich

erscheinen. Lassen Sie sich davon bitte nicht verunsichern. Kurz zum Ablauf, damit Sie wissen, was Sie erwartet: 1) Ich lese eine Frage vor. 2) Danach gebe ich Ihnen kurz Zeit, die Frage zu beantworten. Ich möchte Sie dazu ermutigen Ihre Gedanken frei zu äußern während Sie über die Frage und die Antwort nachdenken. Also – wenn möglich – „laut zu denken“. Sagen Sie bitte auch Dinge, die Ihnen vielleicht unwichtig erscheinen. 3) Im Anschluss werde ich ein paar Nachfragen stellen, z.B. was Sie unter bestimmten Begriffen oder Formulierungen verstehen.“

Fragebogen 10-7: Pretest Bendep-SRQ-GV Skala

Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen in den vergangenen 12 Monaten auf Sie zutrafen. Kreuzen Sie bitte die passende Antwort an:	Das trifft auf mich überhaupt nicht zu. (1)	Das trifft auf mich nicht zu. (2)	Das trifft teilweise auf mich zu, teilweise nicht. (3)	Das trifft auf mich zu. (4)	Das trifft voll und ganz auf mich zu. (5)
---	--	--	---	------------------------------------	--

Instruktion und Skala:

- Paraphrasing/Probing:
 - „Was haben Sie verstanden, was die Anweisung zum Ausfüllen des Fragebogens ist?“
 - „Ist die Skala für Sie verständlich formuliert?“

Erinnerung Think aloud in nachfolgenden Fragen!

Fragebogen 10-8: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 1

Item 1: Ich nehme rechtzeitig wieder meine Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, weil ich sonst Beschwerden bekomme.	[Auswahl-feld (1)]	[Aus-wahlfeld (2)]	[Aus-wahlfeld (3)]	[Aus-wahlfeld (4)]	[Aus-wahlfeld (5)]
---	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Instruktion Item 1:

- Comprehension Probing (erst respondent-driven, dann theory-driven):
 - „Wie verständlich war die Frage für Sie? (War die Beantwortung einfach oder schwierig? Warum? Können Sie das näher erläutern?“)
 - „Was verstehen Sie in der Frage unter der Phrase „Ich nehme rechtzeitig wieder meine Schlaf- und Beruhigungsmittel ein?“

- „Was haben Sie unter dem Begriff „Beschwerden“ verstanden, während Sie die Frage beantwortet haben? An was denken Sie, wenn in den Fragen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln die Rede ist?“

Fragebogen 10-9: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 2

Item 2: Ich werde nervös, wenn ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel nicht griffbereit habe.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahlfeld (2)]	[Aus- wahlfeld (3)]	[Aus- wahlfeld (4)]	[Aus- wahlfeld (5)]
--	------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Instruktion Item 2:

- Comprehension Probing (erst respondent-driven):
 - „Wie verständlich war die Frage für Sie? (War die Beantwortung einfach oder schwierig? Warum? Können Sie das näher erläutern?“)

Fragebogen 10-10: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 3

Item 3: Andere drängen mich dazu, weniger Schlaf- und Beruhigungsmittel zu nehmen.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahlfeld (2)]	[Aus- wahlfeld (3)]	[Aus- wahlfeld (4)]	[Aus- wahlfeld (5)]
--	------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Instruktion Item 3:

- Falls Befragungsperson es nicht bereits macht: Think aloud:
 - „Was ging Ihnen durch den Kopf während Sie die Frage beantwortet haben?“
- Comprehension Probing:
 - „Was verstehen Sie in dieser Frage unter „andere drängen mich dazu“?“

Fragebogen 10-11: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 4

Item 4: Ich nehme mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, als auf dem Rezept angegeben sind.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahlfeld (2)]	[Aus- wahlfeld (3)]	[Aus- wahlfeld (4)]	[Aus- wahlfeld (5)]
--	------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Instruktion Item 4:

- Falls Befragungsperson es nicht bereits macht: Think aloud:

- „Was ging Ihnen durch den Kopf während Sie die Frage beantwortet haben“
- „Was verstehen Sie in dieser Frage unter „Rezept“?“

Fragebogen 10-12: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 5

Item 5: Ich fühle mich beruhigt, wenn ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel bei mir habe.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahl- feld (2)]	[Aus- wahl- feld (3)]	[Aus- wahl- feld (4)]	[Aus- wahl- feld (5)]
---	------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Instruktion Item 5:

- Comprehension Probing:
 - „Können Sie mir bitte näher beschreiben, was in dieser Frage „beruhigt“ für Sie bedeutet?“

Fragebogen 10-13: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 6

Item 6: Die Schlaf- und Beruhigungsmittel sind derzeit weniger wirksam als früher.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahl- feld (2)]	[Aus- wahl- feld (3)]	[Aus- wahl- feld (4)]	[Aus- wahl- feld (5)]
--	------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Instruktion Item 6:

- Falls Befragungsperson es nicht bereits macht: Think aloud:
 - „Was ging Ihnen durch den Kopf während Sie die Frage beantwortet haben?“
- Ggf. Comprehension Probing:
 - „Wie verständlich war die Frage für Sie?“
 - „Wie interpretieren Sie in dieser Frage das Wort „derzeitig“?“

Fragebogen 10-14: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 7

Item 7: Meine Schlaf- und Beruhigungsmittel sind zu früh aufgebraucht.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahl- feld (2)]	[Aus- wahl- feld (3)]	[Aus- wahl- feld (4)]	[Aus- wahl- feld (5)]
--	------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Instruktion Item 7:

- Comprehension Probing:
 - „Was verstehen Sie in dieser Frage unter „zu früh aufgebraucht“?“

Fragebogen 10-15: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 8

Item 8: Die Schlaf- und Beruhigungsmittel bereiten mir Probleme.	[Auswahlfeld (1)]	[Auswahlfeld (2)]	[Auswahlfeld (3)]	[Auswahlfeld (4)]	[Auswahlfeld (5)]
--	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Instruktion Item 8:

- General probing:
 - „Wie verständlich ist die Frage in Ihren Augen formuliert?“

Fragebogen 10-16: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 9

Item 9: Ich verändere, was auf dem Rezept für meine Schlaf- und Beruhigungsmittel steht.	[Auswahlfeld (1)]	[Auswahlfeld (2)]	[Auswahlfeld (3)]	[Auswahlfeld (4)]	[Auswahlfeld (5)]
--	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Instruktion Item 9:

- Falls Befragungsperson es nicht bereits macht: Think aloud:
 - „Was ging Ihnen durch den Kopf während Sie die Frage beantwortet haben?“
- Comprehension Probing:
 - „In der Frage ist ja von „Rezept“ die Rede. Was verstehen Sie hier unter „Rezept“?“

Fragebogen 10-17: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 10

Item 10: Ich denke darüber nach, die Schlaf- und Beruhigungsmittel abzusetzen.	[Auswahlfeld (1)]	[Auswahlfeld (2)]	[Auswahlfeld (3)]	[Auswahlfeld (4)]	[Auswahlfeld (5)]
--	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Instruktion Item 10:

- Category Selection Probing:
 - „Warum haben Sie sich gerade für diesen Skalenwert entschieden?“
 - „Können Sie Ihre Antwort bitte begründen?“

Fragebogen 10-18: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 11

Item 11: Kurz bevor ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel nehme, ist das das Einzige, woran ich noch denken kann.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahl- feld (2)]	[Aus- wahl- feld (3)]	[Aus- wahl- feld (4)]	[Aus- wahl- feld (5)]
---	------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Instruktion Item 11:

- Falls Befragungsperson es nicht bereits macht: Think aloud:
 - „Was ging Ihnen durch den Kopf während Sie die Frage beantwortet haben?“

Fragebogen 10-19: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 12

Item 12: Ich beschäftige mich gedanklich viel mit meinen Schlaf- und Beruhigungsmitteln.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahl- feld (2)]	[Aus- wahl- feld (3)]	[Aus- wahl- feld (4)]	[Aus- wahl- feld (5)]
--	------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Instruktion Item 12:

- Category Selection Probing:
 - „Warum haben Sie sich gerade für diesen Skalenwert entschieden?“
 - „Können Sie Ihre Antwort bitte begründen?“

Fragebogen 10-20: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 13

Item 13: Ich glaube, dass die Schlaf- und Beruhigungsmittel mein Leben zerstören.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahl- feld (2)]	[Aus- wahl- feld (3)]	[Aus- wahl- feld (4)]	[Aus- wahl- feld (5)]
---	------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Instruktion Item 13:

- Comprehension Probing:
 - „Wie verständlich ist die Frage für Sie?“
 - „Was verstehen Sie hier unter „zerstören“?“

Fragebogen 10-21: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 14

Item 14: Ich hole früher als vereinbart ein neues Rezept.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahlfeld (2)]	[Aus- wahlfeld (3)]	[Aus- wahlfeld (4)]	[Aus- wahlfeld (5)]
---	------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Instruktion Item 14:

- Comprehension Probing:
 - „Wie verständlich ist die Frage für Sie?“

Fragebogen 10-22: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 15

Item 15: Ich nehme eine Menge Schlaf- und Beruhigungsmittel auf einmal.	[Auswahl- feld (1)]	[Aus- wahlfeld (2)]	[Aus- wahlfeld (3)]	[Aus- wahlfeld (4)]	[Aus- wahlfeld (5)]
---	------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Instruktion Item 15:

- Comprehension Probing:
 - „Was bedeutet in der Frage „eine Menge Schlaf- und Beruhigungsmittel auf einmal nehmen“ für Sie?“

Fragebogen 10-23: Pretest Bendep-SRQ-GV Filterfrage für Items 16-20

„Filterfrage“	Wenn Sie noch nie versucht haben, weniger Medikamente zu nehmen oder sie ganz abzusetzen, können Sie den folgenden Fragenblock (Frage 16-20) überspringen. Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen, wenn Sie schon einmal versucht haben, weniger Schlaf- und Beruhigungsmittel zu nehmen oder die Einnahme beendeten.
---------------	---

Instruktion „Filterfrage“:

- Probing:
 - „Ist diese Instruktion verständlich formuliert?“
 - „Wie würden Sie jetzt weiter vorgehen im Fragebogen?“

Frage zu Item 16-20: Weniger Schlaf- oder Beruhigungsmittel zu nehmen oder die Einnahme plötzlich zu beenden, kann zu Beschwerden führen. Im Folgenden werden einige dieser Beschwerden genannt.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die einzelnen Beschwerden belastet haben, als Sie das letzte Mal weniger Schlaf- und Beruhigungsmittel zu sich nahmen oder die Einnahme beendeten. Kreuzen Sie die passende Antwort an:

Fragebogen 10-24: Pretest Bendep-SRQ-GV Item 16-20

Beschwerde	Nicht oder kaum belastet (1)	Ein wenig belastet (2)	Ziemlich belastet (3)	Stark belastet (4)	Sehr stark belastet (5)
Niedergeschlagenheit	[Auswahlfeld (1)]	[Auswahlfeld (2)]	[Auswahlfeld (3)]	[Auswahlfeld (4)]	[Auswahlfeld (5)]
Müdigkeit	[Auswahlfeld (1)]	[Auswahlfeld (2)]	[Auswahlfeld (3)]	[Auswahlfeld (4)]	[Auswahlfeld (5)]
Zittern	[Auswahlfeld (1)]	[Auswahlfeld (2)]	[Auswahlfeld (3)]	[Auswahlfeld (4)]	[Auswahlfeld (5)]
Reizbarkeit	[Auswahlfeld (1)]	[Auswahlfeld (2)]	[Auswahlfeld (3)]	[Auswahlfeld (4)]	[Auswahlfeld (5)]
Unruhe	[Auswahlfeld (1)]	[Auswahlfeld (2)]	[Auswahlfeld (3)]	[Auswahlfeld (4)]	[Auswahlfeld (5)]

Instruktion, Skala, Items 16-20:

- „Wie schwierig fanden Sie es die Fragen zu den Beschwerden im letzten Abschnitt zu beantworten? (Falls schwierig, nachfragen warum)“
- „Was ging Ihnen dabei durch den Kopf?“
- „Was haben Sie unter [Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Zittern, Reizbarkeit, Unruhe] verstanden, als Sie eben die Fragen beantwortet haben?“

Abschließende Fragen zur Person

Fragebogen 10-25: Pretest Item „Familienstand“

Welchen Familienstand haben Sie?
[Auswahlfeld „Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft“]
[Auswahlfeld „Lebenspartnerschaft/feste Partnerschaft“]
[Auswahlfeld „Ledig“]
[Auswahlfeld „Geschieden“]
[Auswahlfeld „Verwitwet“]

Fragebogen 10-26: Pretest Item „Bildungsabschluss“

Welchen höchsten allgemeinbildenden Bildungsabschluss haben Sie?
[Auswahlfeld „Aktuell Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule“]
[Auswahlfeld „Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)“]
[Auswahlfeld „Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)“]
[Auswahlfeld „Realschulabschluss (Mittlere Reife)“]
[Auswahlfeld „Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse“]
[Auswahlfeld „Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule“]
[Auswahlfeld „Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur“]
[Auswahlfeld „Einen anderen Schulabschluss“, [Antwortfeld „Sonstiges“]

Fragebogen 10-27: Pretest Item „Aktuelle Beschäftigung“

Zu welcher der nachfolgenden Gruppen gehören Sie?
[Auswahlfeld „Schüler/in in einer allgemeinbildenden Schule“]
[Auswahlfeld „Student/in“]
[Auswahlfeld „Rentner/in, Pensionär/in, im Vorruhestand“]
[Auswahlfeld „Arbeitslos“]
[Auswahlfeld „Voll erwerbstätig (ab 30h/Woche)“]
[Auswahlfeld „Teilzeitbeschäftigt“]
[Auswahlfeld „Hausfrau/Hausmann“]
[Auswahlfeld „Sonstiges“, [Antwortfeld „Sonstiges“]

Anhang E Fragebogen zur Evaluation der Gesundheitsinformation (Version für Betroffene)

1. Angaben zu den Themen

Frage: Welche Themen der Webseite haben Sie sich angeschaut?

Fragebogen 10-28: Evaluationsstudie Items "Angeschaute Themen"

a) Allgemeine Informationen		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
b) Einsatz und Wirkweise		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
c) Einsatz von Z-Substanzen und Benzodiazepinen		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
d) Nebenwirkungen		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
e) Junge Erwachsene, Frauen und ältere Menschen		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
f) Abhängigkeitsrisiko		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
g) Absetzen		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
h) Medikamenteneinnahme überprüfen		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
i) Alternative Lösungen		

[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
j) Anlaufstellen		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
k) Kommunikation mit Ärztin und Arzt		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
l) Zum Nachlesen		
[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[„Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]

Frage: Welche Themen haben für Sie persönlich die größte Bedeutung, welche sind am wichtigsten?

Fragebogen 10-29: Evaluationsstudie Items "Bedeutung der Themen"

Themen zu...	Keine Bedeutung	Geringe Bedeutung	Mittlere Bedeutung	Große Bedeutung	Sehr große Bedeutung
Allgemeine Informationen	1	2	3	4	5
Einsatz und Wirkweise	1	2	3	4	5
Einsatz von Z-Substanzen und Benzodiazepinen	1	2	3	4	5
Nebenwirkungen	1	2	3	4	5
Junge Erwachsene, Frauen und ältere Menschen	1	2	3	4	5
Abhängigkeitsrisiko	1	2	3	4	5

Absetzen	1	2	3	4	5
Medikamenteneinnahme überprüfen	1	2	3	4	5
Alternative Lösungen	1	2	3	4	5
Anlaufstellen	1	2	3	4	5
Kommunikation mit Ärztin und Arzt	1	2	3	4	5
Zum Nachlesen	1	2	3	4	5

Fragebogen 10-30: Evaluationsstudie Item „Beschäftigungszeit“

Frage: Wie lange haben Sie sich mit der Gesundheitsinformation beschäftigt?
[Auswahlfeld „Bis zu 5 Minuten“]
[Auswahlfeld „5 Minuten bis 10 Minuten“]
[Auswahlfeld „10 Minuten bis 15 Minuten“]
[Auswahlfeld „Mehr als 15 Minuten“]

Fragebogen 10-31: Evaluationsstudie Item „Motivation Gesundheitsinformation zu suchen“

Frage: Sie haben die Gesundheitsinformation zu Z-Substanzen und Benzodiazepinen gelesen. Warum haben Sie nach einer Gesundheitsinformation zu Z-Substanzen und Benzodiazepinen im Internet gesucht? [Mehrfachnennungen möglich]
[Auswahlfeld „Weil ich Schlafstörungen habe und ich überlegt habe oder mein Arzt/meine Ärztin mir empfohlen hat, Medikamente zu nehmen“]
[Auswahlfeld „Weil ich Angst- und/oder Unruhestörungen, Spannungszustände habe und ich überlegt habe oder mein Arzt/meine Ärztin mir empfohlen hat, Medikamente zu nehmen“]
[Auswahlfeld „Weil ich zurzeit oder innerhalb der letzten 12 Monate Z-Substanzen und/oder Beruhigungsmittel einnehme oder eingenommen habe“]
[Auswahlfeld „Sonstiges“]

2. Angaben zur Person

Fragebogen 10-32: Evaluationsstudie Items „Geschlecht“ und „Alter“

Frage: Welches Geschlecht haben Sie?		
[Auswahlfeld „Weiblich“]	[Auswahlfeld „Männlich“]	[Auswahlfeld „Inter/divers“]
Wie alt sind Sie?		

[Antwortfeld „Alter“]

Übersichtstabelle 10-1: Evaluationsstudie Item „Familienstand“

Frage: Welchen Familienstand haben Sie?
[Auswahlfeld „Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft“]
[Auswahlfeld „Lebenspartnerschaft/feste Partnerschaft“]
[Auswahlfeld „Ledig“]
[Auswahlfeld „Geschieden“]
[Auswahlfeld „Verwitwet“]

Übersichtstabelle 10-2: Evaluationsstudie Item „Bildungsabschluss“

Frage: Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie?
[Auswahlfeld „Aktuell Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule“]
[Auswahlfeld „Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)“]
[Auswahlfeld „Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)“]
[Auswahlfeld „Realschulabschluss (Mittlere Reife)“]
[Auswahlfeld „Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse“]
[Auswahlfeld „Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule“]
[Auswahlfeld „Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur“]
[Auswahlfeld „Abgeschlossene Berufsausbildung“]
[Auswahlfeld „Fachhochschulabschluss“]
[Auswahlfeld „Hochschulabschluss“]
[Auswahlfeld „Einen anderen Abschluss“]

Frage: Wo wohnen Sie? Bitte nennen Sie die ersten drei Ziffern ihrer Postleitzahl: [Antwortfeld]

3. Angaben zum Medikamentenkonsum

Haben Sie in den letzten 12 Monaten eines oder mehrere der folgenden Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen? Hinweis: Nur auszufüllen von Betroffenen mit aktuellem Medikamentenkonsum.

Antwortmöglichkeiten: Ja/Nein

Gebräuchliche Schlafmittel sind: Brotizolam (Lendormin®), Eszopiclon (Lunivia®), Flunitrazepam (Rohypnol®, Fluninoc®), Flurazepam (Dalmadorm®, Staurodorm®), Lormetazepam (Noctamid®, Ergocalm®, Sedalam®, Loretam®), Midazolam (Buccolam®, Dormicum®), Nitrazepam (Mogadan®, Radedorm®, Dormo-Puren®, Imeson®, Novanox®), Temazepam (Planum®, Remestan®, Norkotral® Tema®, Temazep®), Triazolam (Halcion®), Zolpidem (Bikalm®, Stilnox®), Zopiclon (Optidorm®, Ximovan®) oder andere.

Gebräuchliche Beruhigungsmittel sind: Alprazolam (Tafil®), Bromazepam (Bromazanil®, Lexotanil®, Lexostad®, Gityl®, Normoc®), Chlordiazepoxid (Librium®), Clobazam (Frisium®), Clonazepam (Rivotril®, Antelepsin®), Diazepam (Valium®, Diazp-CT®, Faustan®, Stesolid®, Valiquid®), Dikaliumclorazepat (Tranxilium®), Ketazolam (Solatran®, Contamex®), Lorazepam (Tavor®, Tolid®, Pro Dorm®), Medazepam (Rudotel®, Rusedal®, Nobrium®), Nordazepam (Tranxilium N®, Vegesan®), Oxazepam (Adumbran®, Praxiten®, Durazepam®, Sigacalm®), Prazepam (Dementrin®) oder andere.

Frage: Bitte nennen Sie die Schlaf- und Beruhigungsmittel, die Sie in den letzten 12 Monaten eingenommen haben:

Fragebogen 10-33: Evaluationsstudie Items zur Medikamenteneinnahme

Schlaf- und Beruhigungsmittel	In den letzten 30 Tagen nicht genommen	Seltener als einmal pro Woche	Einmal pro Woche	Mehrmals pro Woche	Täglich
[Bitte Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
[Bitte Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
[Bitte Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
[Bitte Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
[Bitte Namen eintragen]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]

[Bitte Namen eintragen]	[Auswahl- feld]	[Aus- wahl- feld]	[Aus- wahl- feld]	[Auswahl- feld]	[Aus- wahl- feld]
[Bitte Namen eintragen]	[Auswahl- feld]	[Aus- wahl- feld]	[Aus- wahl- feld]	[Auswahl- feld]	[Aus- wahl- feld]
[Bitte Namen eintragen]	[Auswahl- feld]	[Aus- wahl- feld]	[Aus- wahl- feld]	[Auswahl- feld]	[Aus- wahl- feld]

Fragebogen 10-34: Evaluationsstudie Item „Bezug Medikamente“

Frage: Haben Sie das folgende Mittel von einer Ärztin/einem Arzt verschrieben bekommen? Kreuzen Sie bitte alle Optionen an, die auf Sie zutreffen, zum Beispiel, wenn Sie die Medikamente mal verschrieben bekommen haben und mal nicht. Hinweis: Mehrfachauswahl möglich
[Auswahlfeld „Ja, als Kassenpatient:in auf Rezept“]
[Auswahlfeld „Ja, als Privatpatient:in auf Rezept“]
[Auswahlfeld „Ja, als Selbstzahler:in, auf Rezept“]
[Auswahlfeld „Nein, ich habe kein Rezept verschrieben bekommen“]

Frage: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit einem bestimmten Schlaf- und Beruhigungsmittel im Sinn. Wenn Sie mehrere Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumieren, wählen Sie bitte das aus, welches Sie häufiger oder schon länger nehmen. Wenn Sie sich nicht entscheiden können, beantworten Sie die Fragen gemeinsam für die verschiedenen Mittel:

Fragebogen 10-35: Evaluationsstudie Bendep-SRQ-GV Items 1-15

	Das trifft auf mich überhaupt nicht zu.	Das trifft auf mich nicht zu.	Das trifft teilweise auf mich zu, teilweise nicht.	Das trifft auf mich zu.	Das trifft voll und ganz auf mich zu.
16. Ich nehme rechtzeitig wieder meine Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, weil ich sonst Beschwerden bekomme.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahl- feld]	[Aus- wahl- feld]	[Aus- wahl- feld]	[Aus- wahl- feld]

17. Ich werde nervös, wenn ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel nicht griffbereit habe.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]
18. Andere drängen mich dazu, weniger Schlaf- und Beruhigungsmittel zu nehmen.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]
19. Ich nehme mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, als auf dem Rezept angegeben sind.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]
20. Ich fühle mich beruhigt, wenn ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel bei mir habe.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]
21. Die Schlaf- und Beruhigungsmittel sind weniger wirksam als früher.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]
22. Meine Schlaf- und Beruhigungsmittel sind zu früh aufgebraucht.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]
23. Die Schlaf- und Beruhigungsmittel bereiten mir Probleme.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]
24. Ich verfälsche, was auf dem Rezept für meine Schlaf- und Beruhigungsmittel steht.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]
25. Ich denke darüber nach, die Schlaf- und Beruhigungsmittel abzusetzen.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]
26. Kurz bevor ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel nehme, ist das das Einzige, woran ich noch denken kann.	[Auswahl- feld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]	[Aus- wahlfeld]

27. Ich beschäftige mich gedanklich viel mit meinen Schlaf- und Beruhigungsmitteln.	[Auswahl-feld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]
28. Ich glaube, dass die Schlaf- und Beruhigungsmittel mein Leben zerstören.	[Auswahl-feld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]
29. Ich hole früher als vereinbart ein neues Rezept.	[Auswahl-feld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]
30. Ich nehme eine Menge Schlaf- und Beruhigungsmittel auf einmal.	[Auswahl-feld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]	[Aus-wahlfeld]

Fragebogen 10-36: Evaluationsstudie Bendep-SRQ-GV Fiterfrage für Items 16-20

Haben Sie schon einmal versucht, weniger Medikamente zu nehmen oder sie ganz abzusetzen?
[Auswahlfeld „Ja“]
[Auswahlfeld „Nein“] (Überspringen Sie bitte die Fragen 16 – 20)

Weniger Schlaf- oder Beruhigungsmittel zu nehmen oder die Einnahme plötzlich zu beenden, kann zu Beschwerden führen. Im Folgenden werden einige dieser Beschwerden genannt. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die einzelnen Beschwerden belastet haben, als Sie das letzte Mal weniger Schlaf- und Beruhigungsmittel zu sich nahmen oder die Einnahme beendeten. Kreuzen Sie die passende Antwort an:

Fragebogen 10-37: Evaluationsstudie Bendep-SRQ-GV Items 16-20

Beschwerde	Nicht oder kaum belastet	Ein wenig belastet	Ziemlich belastet	Stark belastet	Sehr stark belastet
Niedergeschlagenheit	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
Müdigkeit	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
Zittern	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]

Reizbarkeit	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]
Unruhe	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]	[Auswahlfeld]

4. Angaben zur Gesundheitsinformation

Fragebogen 10-38: Evaluationsstudie „USE Items“

Die Gesundheitsinformation zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen...	Stimme überhaupt nicht zu – Neutral – Stimme voll und ganz zu
...enthält Informationen, die ich brauche.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0
...hat mir geholfen, die Wirkung von Z-Substanzen und Benzodiazepinen zu verstehen.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0
...hat mir geholfen, Gründe für die Behandlung mit Z-Substanzen und Benzodiazepinen zu verstehen.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0
...hat meine Sorgen wegen Behandlung mit Z-Substanzen und Benzodiazepinen verringert.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0
...hat mir Mut gemacht.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0
...hat mir Hoffnung gegeben, dass ich mich wieder besser fühlen kann.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0
...hilft mir, mich an Entscheidungen über die Behandlung mit Z-Substanzen und Benzodiazepinen zu beteiligen.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0
...hat mir gezeigt, wie ich selbst zum Erfolg der Behandlung mit Z-Substanzen und Benzodiazepinen beitragen kann.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0
...hat mich ermutigt, selbst aktiv zu sein, damit mein Zustand sich verbessert.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0
...hat mir gezeigt, wann und wofür Z-Substanzen und Benzodiazepine eingesetzt werden können.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0
...hat mir gezeigt, wie das Abhängigkeitsrisiko von Z-Substanzen und Benzodiazepinen einzuschätzen ist.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0

Wenn Konsum in den letzten 12 Monaten = Ja	
...hilft mir, gemeinsam mit meinem Behandler eine Entscheidung bzgl. des Absetzens von Z-Substanzen und Benzodiazepinen zu treffen.	0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0

5. Angaben zur Nutzung von Psychenet

Fragebogen 10-39: Evaluationsstudie „Weitere Items“

Ich würde die Webseite anderen weiterempfehlen	[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
Bitte geben Sie kurz an, warum Sie die Webseite nicht weiterempfehlen würden. Hinweis: Kein Pflichtfeld	[Antwortfeld]		
Ich würde die Webseite bei Bedarf wieder besuchen	[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
Bitte geben Sie kurz an, warum Sie die Webseite nicht wieder besuchen würden. Hinweis: Kein Pflichtfeld	[Antwortfeld]		
Die Informationen auf der Webseite sind vertrauenswürdig	[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
Bitte geben Sie kurz an, warum Sie die Webseite nicht wieder besuchen würden. Hinweis: Kein Pflichtfeld	[Antwortfeld]		
Die Informationen auf der Webseite sind aktuell.	[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]
Bitte geben Sie kurz an, warum Sie die Website als nicht aktuell einschätzen. Hinweis: Kein Pflichtfeld	[Antwortfeld]		
Ich werde jetzt besser mit meiner Ärztin/meinem Arzt bzw. meiner Apothekerin/meinem Apotheker über meine Einnahme von Z-Substanzen und	[Auswahlfeld „Ja“]	[Auswahlfeld „Nein“]	[Auswahlfeld „Weiß ich nicht“]

Benzodiazepinen reden können.			
<p>Bitte geben Sie kurz an, warum Sie jetzt nicht besser mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt bzw. Ihrer Apothekerin/Ihrem Apotheker über Ihre Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepine reden können. Hinweis: Kein Pflichtfeld)</p>	[Antwortfeld]		

Anhang F Übersichtstabelle

Übersichtstabelle 10-3: Übersicht der identifizierten Studien zur Wirkung von Gesundheitsinformationen

Studie, Jahr: Titel	Studiendesign	Stichprobe	Vergleichsgruppen/ Intervention	Ergebnisse (N = nach Drop-out)
Bashir et al. (1994)	Kontrolliertes Design, Zweiar- mige Studie, Follow-up nach sechs Monaten	Patientinnen und Patienten mit chronischer BZD Ein- nahme, Gesamtstichprobe: N=105, Mittleres Alter der Gesamtstichprobe: 62 Jahre, Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe: 61% weiblich	Intervention (N=51): Selbst- hilfe-Buch und kurze Bera- tung bzgl. Absetzen, Kontroll- gruppe (N=58): Keine Inter- vention	Signifikant höhere Reduktion der BZD Verschreibung in der Interventionsgruppe (9 von N=50) als in der Kontroll- gruppe (3 von N=55)
Cormack et al. (1994)	Kontrolliertes Design, Dreiar- mige Studie, Follow-up nach sechs Monaten	Patientinnen und Patienten mit BZD Langzeiteinnahme, Gesamtstichprobe: N=209, Mittleres Alter der Gesamt- stichprobe: 69 Jahre, Ge- schlechterverteilung der Ge- samtstichprobe: 79,4% weib- lich, Hinweis: Die Gesamt-	Interventionsgruppe 1 (N=65): Brief von Hausärz- tin/Hausarzt mit dem Rat die Medikamenteneinnahme schrittweise zu reduzieren Kontrollgruppe (N=69): Be- handlung wie üblich	Die Interventionsgruppe 1 re- duzierte die Einnahme um ca. 2/3 der ursprünglichen Ein- nahme. Dies war eine signifi- kant höhere Reduktion der BZD Einnahme im Vergleich zur Kontrollgruppe

		stichprobe beinhaltet eine Interventionsgruppe, die nicht mit in die Analyse miteinbezogen wird		
Gnjidic et al. (2019)	Randomisiert-kontrolliertes Design, Zweiarmlige Studie, Follow-up nach einem Monat	Patientinnen und Patienten über 65 Jahre mit BZD Verschreibung, Gesamtstichprobe: N=42, Alter der Gesamtstichprobe (Median): 71,5 Jahre, Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe: 54,8% weiblich	Intervention (N=20): Patientinnen und Patienten erhielten eine Patienten-Empowerment Broschüre (EMPOWER-Broschüre), Kontrollgruppe (N=22): Behandlung wie üblich	Es wurden keine signifikanten Unterschiede im Absetzen der Medikamente zwischen der Interventionsgruppe (8 von N=15) und der Kontrollgruppe (11 von N=14) gefunden
Gorgels et al. (2005)	Kontrolliertes Design, Zweiarmlige Studie, Follow-up nach drei Monaten	Patientinnen und Patienten mit BZD Langzeitverschreibung, Gesamtstichprobe: N=4416, Mittleres Alter: 63,1 Jahre (Interventionsgruppe) und 64,9 Jahre (Kontrollgruppe), Geschlechterverteilung: 73,1% (Interventionsgruppe) und 72,9 % (Kontrollgruppe) weiblich	Intervention (N=1707): Brief mit Empfehlung, die Einnahme langsam zu reduzieren, Kontrollgruppe (N=1821): Behandlung wie üblich.	Signifikant häufigere Beendigung der BZD Einnahme in der Interventionsgruppe (24% von N=1601) als in der Kontrollgruppe (12% von N=1585)

Heather et al. (2004)	Randomisiert-kontrolliertes Design, Dreiarmlige Studie, Follow-up nach sechs Monaten	Patientinnen und Patienten mit BZD Langzeitverschreibung, Gesamtstichprobe N=284, Mittleres Alter der Gesamtstichprobe: 69,1 Jahre, Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe 48% weiblich, Hinweis: Die Gesamtstichprobe beinhaltet eine Interventionsgruppe, die nicht in die Analyse miteinbezogen wird	Intervention 1 (N=93): Brief von Hausärztin/Hausarzt und die Empfehlung die Einnahme langsam zu reduzieren, Kontrollgruppe (N=90): Behandlung wie üblich	Signifikant höhere Reduktion der BZD Einnahme in der Interventionsgruppe (24% von N=60) als in der Kontrollgruppe (16% von N=63)
Kuntz et al. (2019)	Randomisiert-kontrolliertes Design, Dreiarmlige Studie, Follow-up nach sechs Monaten	Patientinnen und Patienten ab 64 Jahre mit ZS Einnahme, Gesamtstichprobe: N=150, Mittleres Alter der Gesamtstichprobe (nach Drop-out): 70 Jahre, Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe (nach Drop-out): 62% (Intervention 1), 66% (Intervention	Intervention 1 (N=50): Nur edukative Informationen (Brief von Behandlerin/Behandler mit Aufforderung Medikamenteneinnahme zu überdenken, Broschüre, Quiz), Intervention 2 (N=50): Edukative Informationen plus	Signifikant häufigere Beendigung der ZS Einnahme in den Interventionsgruppen 1 (28 von N=50) und 2 (27 von N=49) als in der Kontrollgruppe (13 von N=50)

		2) und 72% (Kontrollgruppe) weiblich	ein Telefonat mit Apothekerin/Apotheker, Kontrollgruppe (N=50): Behandlung wie üblich	
Navy et al. (2018)	Randomisiert-kontrolliertes Design, Zweiarmlige Studie, Follow-up nach sechs Monaten	Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit Alprazolam Einnahme, Gesamtstichprobe N=346, Mittleres Alter der Gesamtstichprobe (nach Drop-out): 73 Jahre, Geschlechterverteilung (nach Drop-out): 65,5% (Intervention) und 63% (Kontrollgruppe) weiblich	Intervention (N=173): Brief mit edukativem Inhalt zu Alprazolam und der Bitte Studienapothekerin bzw. -apotheker anzurufen und die Behandlungsoptionen zu besprechen, Kontrollgruppe (N=173): Behandlung wie üblich	Es wurden keine signifikanten Unterschiede in der Medikamenteneinnahme zwischen der Interventionsgruppe (N=141) und der Kontrollgruppe (N=173) gefunden
Stewart et al. (2007)	Kontrolliertes Design, Zweiarmlige Studie, Follow-up nach sechs Monaten	Patientinnen und Patienten mit chronischer BZD Einnahme, Gesamtstichprobe: N=8170, Mittleres Alter der Gesamtstichprobe: 65 Jahre, Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe: 73,2% weiblich.	Intervention (N=1256): Brief von Behandlerin/Behandler mit der Empfehlung die Medikamente zu reduzieren oder abzusetzen, Kontrollgruppe (N=6914): Behandlung wie üblich	Signifikant höhere Reduktion (16%) der BZD Verschreibung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe

Tannenbaum et al. (2014)	Randomisiert-kontrolliertes Design (Cluster), Zweiarmlige Studie, Follow-up nach sechs Monaten	Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit BZD Langzeitverschreibung, Gesamtstichprobe: N=303, Mittleres Alter der Gesamtstichprobe: 75 Jahre, Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe: ca. 69% weiblich	Intervention (N=148): Eine Broschüre (EMPOWER-Broschüre) zur Edukation und Empowerment bzgl. des Absetzens von BZD und ein visuelles 21 Wochen Absetz-Protokoll, Kontrollgruppe (N=155): Behandlung wie üblich	Signifikant häufigere Beendigung der Medikamenteneinnahme in der Interventionsgruppe (40 von N=123) als in der Kontrollgruppe (7 von N=138)
Wilson et al. (2018)	Kontrolliertes Design, Zweiarmlige Studie, Follow-up nach einem Monat	Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit chronischer BZD- oder ZS-Einnahme, Gesamtstichprobe: N=252, Alter der Interventionsgruppe (Median): 79 Jahre, Geschlechterverteilung der Interventionsgruppe: 42% weiblich (Hinweis: Die Kontrollgruppe unterschied sich bzgl. des Alters und Geschlechts nicht signifikant von der Interventionsgruppe)	Intervention (N=62): EMPOWER Broschüre und die Aufforderung mit dem Behandlungsteam zu sprechen, falls Interesse an einem Absetzen besteht, Kontrollgruppe (N=202): Behandlung wie üblich	Signifikant häufigere Beendigung der Medikamenteneinnahme in der Interventionsgruppe (32 von N=50) als in der Kontrollgruppe (42 von N=202)

Infomaterial – Z-Substanzen und Benzodiazepine: Was Sie zur Einnahme wissen sollten

Bitte beachten Sie, dass Gesundheitsinformationen die Gespräche mit Psychotherapeut*innen oder Ärzt*innen immer nur unterstützen, aber niemals ersetzen können.

Auf einen Blick

Was sind die wichtigsten Informationen?

Z-Substanzen und Benzodiazepine können kurzfristig sehr wirksam helfen. Bei zu langer Einnahme können sie aber abhängig machen und schaden. Deshalb ist es wichtig, in jedem Einzelfall genau zu prüfen, ob die Medikamente notwendig und hilfreich sind. Und eine engmaschige ärztliche Begleitung über den Zeitraum der Einnahme ist sehr wichtig.

Allgemeine Informationen

Für wen ist diese Gesundheitsinformation?

- Sie leiden unter Schlafstörungen, unter Ängsten oder innerer Unruhe?
- Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat Ihnen vorgeschlagen, Z-Substanzen oder Benzodiazepine einzunehmen?
- Sie nehmen diese Medikamente bereits ein und wollen sich weiter darüber informieren?
- Sie überlegen, Z-Substanzen oder Benzodiazepine abzusetzen, da Sie Nebenwirkungen haben?
- Sie kennen jemanden, die/der diese Medikamente einnimmt und wollen nun mehr darüber wissen?
- Sie wollen sich allgemein über diese Medikamente und Alternativen informieren?

Diese Gesundheitsinformation möchte Ihnen dabei helfen, sich über Z-Substanzen, Benzodiazepine und ihre Vor- und Nachteile zu informieren. Sie finden hier zudem weiterführende Informationen zu Schlafstörungen, innerer Unruhe oder Ängsten.

Einsatz und Wirkweise

Was sind Z-Substanzen und Benzodiazepine?

Z-Substanzen und Benzodiazepine gehören zu den verschreibungspflichtigen Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Sie werden meist in Tablettenform eingenommen, vor Operationen aber z.B. auch als Injektionslösung verabreicht. In Apotheken werden Z-Substanzen und Benzodiazepine unter verschiedenen Handelsnamen verkauft. Bei den Z-Substanzen gibt es momentan

drei Wirkstoffe, die in den Medikamenten enthalten sein können, diese heißen Zopiclon, Zolpidem und Eszopiclon. Bei den Benzodiazepinen gibt es deutlich mehr verschiedene Wirkstoffe. Zu den häufigsten gehören Lorazepam, Diazepam, Oxazepam und Bromazepam.

Wie wirken Z-Substanzen und Benzodiazepine?

Z-Substanzen und Benzodiazepine sind chemisch nicht verwandt, sie wirken aber ähnlich und werden daher oft zusammen genannt. Z-Substanzen und Benzodiazepine haben folgende zentrale Eigenschaften: Sie können beruhigend, angstlösend, schlaffördernd, krampflösend und muskelentspannend wirken. Benzodiazepine sind zugelassen für die Behandlung von starker innerer Unruhe, Ängsten, Anspannung und Schlafstörungen. Z-Substanzen sind nur zur Behandlung von Schlafstörungen zugelassen.

Wie lange wirken Z-Substanzen und Benzodiazepine im Körper?

Bevor Sie sich entschließen, Z-Substanzen oder Benzodiazepine einzunehmen, sollten Sie wissen, wie lange das jeweilige Medikament im Körper wirkt. Die Wirkdauer hängt dabei von zwei Dingen ab:

- **Der Wirkstoff:** Der Körper nimmt die verschiedenen Z-Substanz-Wirkstoffe und Benzodiazepin-Wirkstoffe unterschiedlich schnell auf und baut sie unterschiedlich schnell wieder ab. Wie lange das bei welchem Wirkstoff dauert, ist für Ihre Ärztin/Ihren Arzt wichtig zu wissen, damit der Wirkstoff passend zu Ihren Symptomen ausgewählt werden kann. Wie lange das bei dem jeweiligen Wirkstoff dauert, beschreiben Fachleute mit dem Wort „Halbwertszeit“. Die verschiedenen Z-Substanzen und Benzodiazepine haben sehr unterschiedliche Halbwertszeiten: Z-Substanzen haben alle eine sehr kurze bis kurze Halbwertszeit (1 bis 5 Stunden), bei den Benzodiazepinen ist die Halbwertszeit, je nach Wirkstoff, sehr unterschiedlich (von wenigen Stunden bis zu mehreren Tagen).

Je nachdem, welche Symptome Sie haben, sollte daher ein passender Wirkstoff ausgewählt werden: Bei Einschlafstörungen eignen sich eher Präparate mit „sehr kurzer Halbwertszeit“, da sie nur beim Einschlafen unterstützen sollen. Bei Durchschlafstörungen eignen sich solche mit „kurzer Halbwertszeit“, da sie über den gesamten Nachtschlaf hinweg wirken sollen. „Langwirkende Benzodiazepine“ werden z.B. bei andauernden Angst- und Unruhezuständen eingesetzt.

- **Individuelle Aspekte:** Jeder Mensch ist anders, daher kann die Wirkdauer eines Medikaments im Körper individuell leicht schwanken. Besonders wichtig zu beachten:
 - Bei älteren Menschen ab 60 Jahren kann die Wirkdauer von Z-Substanzen und Benzodiazepinen verlängert sein, weil der Stoffwechsel langsamer arbeitet als bei jüngeren Personen.
 - Bei Frauen werden Medikamente im Körper teilweise anders als bei Männern abgebaut. Hinzu kommen Schwankungen im Hormonhaushalt, z.B. durch den Monatszyklus oder die Wechseljahre, was ebenfalls die Wirkdauer der Wirkstoffe beeinflussen kann. Wenn Ihnen bei der Einnahme etwas auffällt oder Sie entsprechende Fragen haben, zögern Sie nicht Ihre Ärztin/Ihren Arzt darauf anzusprechen.

Wie nimmt man Z-Substanzen und Benzodiazepine korrekt ein?

Sie sollten Z-Substanzen und Benzodiazepine immer nur in Absprache mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt einnehmen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt kann Ihnen diese auf zwei verschiedene Arten verschreiben:

- Die Medikamente können bei Bedarf eingenommen werden, d.h. Sie nehmen Ihr Medikament ein, wenn Sie es benötigen, weil Sie z.B. nachts nicht einschlafen können oder starke Ängste haben.
- Die Medikamente können regelmäßig und in einem festen Rhythmus eingenommen werden. Das kann z.B. 1x täglich bedeuten.

Bei der Entscheidung, ob und wie Sie Z-Substanzen oder Benzodiazepine einnehmen, sollten folgende Regeln immer beachtet werden:

1. Sie sollten Z-Substanzen oder Benzodiazepine nur einnehmen, nachdem Ihre Ärztin/Ihr Arzt gründlich geprüft hat, ob diese Medikamente Ihnen helfen können.
2. Nehmen Sie immer nur die niedrigste nötige Dosis ein. Besprechen Sie diese mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.
3. Nehmen Sie die Medikamente nur kurzfristig ein, d.h. in der Regel maximal vier Wochen.
Besprechen Sie bereits bei Beginn der Einnahme mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, wann das Absetzen des Medikaments geplant ist. Fragen Sie nach ca. drei Wochen Einnahme bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt nach, ob Sie die Medikamente weiterhin einnehmen sollen und wann diese abgesetzt werden.
4. Setzen Sie die Medikamente nicht abrupt ab. Besprechen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, wie Sie schrittweise die eingenommene Dosis verringern können.

Einsatz von Z-Substanzen und Benzodiazepinen

Wann werden Z-Substanzen und Benzodiazepine eingesetzt?

Z-Substanzen oder Benzodiazepinen können bei folgenden Problemen eingesetzt werden:

- Vor speziellen Untersuchungen und Operationen. (*Nur Benzodiazepine*)
- Bei innerer Unruhe, innerer Anspannung und Ängsten, die nicht nur durch Alltagsstress ausgelöst werden und kurzzeitig nicht anders behandelt werden können. (*Nur Benzodiazepine*)
- Zur Kurzzeitbehandlung von schweren Schlafstörungen oder von Schlafstörungen, die massiv belasten. (*Z-Substanzen und Benzodiazepine*)

Achtung! Durch die Medikamente werden nicht die Ursachen für die Probleme, wie z.B. die Schlafstörungen oder Ängste bearbeitet oder behandelt. Wenn Z-Substanzen und Benzodiazepine eingenommen werden, sollte es im besten Fall auch immer einen Behandlungsplan geben. Dieser soll langfristig dabei helfen mit dem zugrundeliegenden Problem umzugehen. Solch einen Behandlungsplan erstellt Ihre Ärztin/Ihr Arzt gemeinsam mit Ihnen. Fragen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt danach, sollten Sie noch nicht wissen, wie die weitere Behandlung geplant ist.

Nebenwirkungen

Welche Nebenwirkungen kann die kurzzeitige Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepinen haben?

Viele Patientinnen und Patienten vertragen Z-Substanzen und Benzodiazepine zu Beginn der Einnahme meist recht gut. Insbesondere bei jüngeren Menschen kommt es bei kurzer Einnahme in der Regel zu wenigen Nebenwirkungen.

Achtung! Bei Menschen über 60 Jahre ist das Risiko für Nebenwirkungen, bereits bei kurzzeitiger Einnahme, deutlich erhöht.

Bei kurzzeitiger Einnahme von Z-Substanzen oder Benzodiazepine können verschiedene **Nebenwirkungen** auftreten. Typische Nebenwirkungen sind:

- Tagesmüdigkeit bis hin zur Schläfrigkeit
- Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
- Einschränkung der Fahrtüchtigkeit sowie der Reaktionsfähigkeit. Diese Einschränkung kann z.B. auch noch am Morgen bestehen, wenn abends ein Schlafmedikament eingenommen wurde.
- Die Wirkung von Z-Substanzen oder Benzodiazepine kann sich verstärken, wenn Sie zusätzlich Alkohol trinken oder weitere Medikamente einnehmen.

Die Nebenwirkungen der einzelnen Z-Substanzen und Benzodiazepine können sich je nach Wirkstoff unterscheiden. Bei Fragen zu den Nebenwirkungen ist Ihre Ärztin/Ihr Arzt die zuständige Ansprechperson.

Welche Nebenwirkungen kann die längere Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepinen haben?

Wenn Sie Z-Substanzen und Benzodiazepine über längere Zeit einnehmen, können verschiedene Nebenwirkungen auftreten. Diese können auch auftreten, wenn das Medikament zu Beginn der Einnahme gut vertragen wurde:

- Der Körper gewöhnt sich an die Substanz, Fachleute nennen dies Toleranzentwicklung. Toleranz bedeutet, dass dieselbe Dosis des Medikaments auf Dauer an Wirkung verliert und eine immer höhere Dosis nötig ist, um die erwünschte Wirkung zu erzielen. Dies passiert besonders schnell, wenn das Medikament häufig oder über einen längeren Zeitraum eingenommen wird.
- Folge einer längeren Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepinen kann auch die Entwicklung einer Abhängigkeit sein. Mehr Informationen zum Abhängigkeitsrisiko finden Sie auch hier: „Inwiefern können Z-Substanzen und Benzodiazepine abhängig machen?“
- Bei längerer Einnahme kann es zu Gefühlen der Gleichgültigkeit bzw. Teilnahmslosigkeit (Apathie) kommen.
- Die geistige Leistungsfähigkeit kann abnehmen. Das heißt zum Beispiel: Das Gedächtnis wird schlechter und man ist vergesslicher.

Junge Erwachsene, Frauen und ältere Menschen

Was ist für junge Erwachsene bei der Einnahme zu bedenken?

Erwachsen werden ist eine aufregende Zeit im Leben. Auszug von zu Hause, einen Beruf lernen, Beziehungen eingehen, eine Familie gründen, all das kann in dieser Zeit Thema sein. Manchmal kann diese aufregende Zeit schwierig sein. Wenn die Herausforderungen zu groß werden und man sich unter Druck oder überfordert fühlt, dann kann es sein, dass Ängste auftreten, man schlechter schläft oder sich unruhig und gestresst fühlt. Wenn Sie sich in einer solchen Situation befinden, sprechen Sie mit Ihrer Familie oder Freunden darüber und trauen Sie sich, Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt Ihre Sorgen mitzuteilen. Bei sehr starken Unruhezuständen, Ängsten und Schlafstörungen können Z-Substanzen und Benzodiazepine manchmal eine schnelle Hilfe sein. Versuchen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt aber im besten Fall immer eine Lösung zu finden, die Ihnen langfristig hilft.

Was ist für Frauen bei der Einnahme zu bedenken?

Frauen übernehmen heutzutage oft einen großen Teil der familiären Verantwortung sowie zusätzliche berufliche Aufgaben. Das kann Frauen im Alltag belasten. Frauen leiden häufiger als Männer unter Unruhe, Angst- und Schlafstörungen, weshalb sie auch häufiger Z-Substanzen

und Benzodiazepine verschrieben bekommen. Bevor Sie entscheiden, Z-Substanzen oder Benzodiazepine als Überbrückung einzunehmen, sollte Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt überlegen, wie Ihre aktuelle Lebenssituation aussieht und welche langfristigen Entlastungsmöglichkeiten im Alltag, andere Lösungen oder Behandlungsmöglichkeiten es für Sie gibt.

Wenn Sie als Frau Z-Substanzen oder Benzodiazepine einnehmen, sollten Sie zudem beachten, dass bei Frauen Medikamente im Körper teilweise anders wirken als bei Männern. Hinzu kommen Schwankungen im Hormonhaushalt, z.B. durch den Monatszyklus oder die Wechseljahre. Dies kann ebenfalls zu einer veränderten Wirkung von Medikamenten führen. In den Beipackzetteln sind die Dosierungen und Nebenwirkungen häufig nicht für Männer und Frauen getrennt beschrieben. Fragen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt direkt nach möglichen Unterschieden.

Was ist für Menschen ab 60 Jahren bei der Einnahme zu bedenken?

Menschen im höheren Lebensalter nehmen besonders oft Z-Substanzen und Benzodiazepine ein. Ein Grund dafür ist, dass Schlafstörungen im höheren Lebensalter häufiger vorkommen. Das Problem bei der Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepinen bei älteren Menschen ist, dass das Risiko für Nebenwirkungen bei ihnen besonders groß ist. Folgende Risiken sind besonders wichtig zu beachten:

- Bei der Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepinen entspannen sich die Muskeln. Dadurch können ältere Menschen unsicher beim Gehen werden und hierdurch besteht eine deutlich erhöhte Gefahr zu stürzen, was zu Verletzungen führen kann.
- Bei älteren Menschen kann die Wirkdauer der Medikamente verlängert sein, dadurch kann sich die Wirkung der eingenommenen Medikamente verstärken und in Folge zu stark ausfallen. Z-Substanzen und Benzodiazepine können die Wirkung anderer Medikamente verändern. Da ältere Menschen oft mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen, steigt das Risiko für Nebenwirkungen. Es ist daher ratsam, die Verträglichkeit der eingenommenen Medikamente miteinander häufiger überprüfen zu lassen.

Achtung! Insgesamt sind die Risiken von Z-Substanzen und Benzodiazepinen bei älteren Menschen deutlich größer als bei Jüngeren, weshalb die Einnahme durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt besonders kritisch geprüft werden sollte. Zudem sollten Sie vor Beginn der Einnahme umfassend bezüglich der erhöhten Risiken und möglicher Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten aufgeklärt werden. Sprechen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt unbedingt darauf an, wenn Sie weitere Fragen haben oder die Verträglichkeit der Medikamente auf Ihrem Medikationsplan prüfen lassen wollen.

Abhängigkeitsrisiko

Können Z-Substanzen und Benzodiazepine abhängig machen?

Z-Substanzen und Benzodiazepinen können abhängig machen. In Deutschland sind schätzungsweise 0,8 bis 1,4 Prozent, das entspricht 660.000 bis 1,15 Mio. Personen, der Bevölkerung betroffen. Wenn Z-Substanzen und Benzodiazepine länger als vier Wochen und nicht in der niedrigsten Dosierung eingenommen werden, steigt das Risiko von diesen Medikamenten abhängig zu werden. Eine Abhängigkeit entsteht dann oft entsprechend einem typischen Verlauf:

- Zu Beginn nimmt man das Medikament ein, hat aber kaum Nebenwirkungen.
- Mit der Zeit gewöhnt sich der Körper an das Medikament, d.h. das Medikament wirkt mit der Zeit nicht mehr so wie anfangs. Viele Menschen steigern aber nicht einfach so die Dosis und nehmen daher ständig zu wenig von dem Medikament ein – es kommt

zu Entzugerscheinungen. Dann nehmen die Beschwerden der eigentlichen seelischen Erkrankung zu. So können sich Ängste verstärken und die Stimmung schwanken. Dazu kommen noch Schlafstörungen, Unruhe sowie Gereiztheit.

- Um den Entzugerscheinungen entgegenzuwirken, wird dann häufig die Dosis erhöht. Dann ändern sich die Nebenwirkungen: Betroffenen fühlen sich gleichgültig, werden vergesslicher, können geistig weniger leisten. Außerdem haben sie weniger körperliche Energie und oft auch ein nicht mehr so gutes Körpergefühl. Diese Nebenwirkungen werden häufig dem höheren Alter oder einer Depression zugeschrieben, da sie davon kaum zu unterscheiden sind. Nur mit einem Absetzversuch kann Klarheit geschaffen werden.

Woran erkennt man eine Abhängigkeit?

Eine Abhängigkeit von Z-Substanzen oder Benzodiazepinen kann entstehen, wenn Sie Ihr Medikament über einen langen Zeitraum, sehr häufig oder in größeren Mengen einnehmen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt sollte dies im Blick haben und Ihnen die Medikamente nicht zu lange verordnen. Manchmal passiert dies aber trotzdem. Sollten Sie Hinweise auf eine Abhängigkeit bei sich feststellen oder sich um das Thema sorgen, sprechen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt daher unbedingt auf dieses Thema an.

Sie können eine mögliche Abhängigkeit an verschiedenen Dingen erkennen: Ein erster Hinweis ist, dass Sie das Medikament bereits über einen längeren Zeitraum einnehmen. Ein weiterer Hinweis auf eine Abhängigkeit kann sein, dass Sie die Menge des eingenommenen Medikaments immer weiter steigern. Dies kann ein Hinweis auf eine sogenannte **Hochdosisabhängigkeit** sein, bei welcher Betroffene immer größere Mengen des Medikaments benötigen, um die gleiche Wirkung zu erzielen wie zuvor, also z.B. so gut zu schlafen wie zu Beginn der Einnahme.

Es gibt aber auch die sogenannte **Niedrigdosisabhängigkeit**. Diese Form der Abhängigkeit ist nicht so leicht zu erkennen, da die Menge des eingenommenen Medikaments nicht erheblich gesteigert wird. Dafür wird das Medikament aber dauerhaft eingenommen. Ein Hinweis auf eine Niedrigdosisabhängigkeit kann sein, wenn Sie den Eindruck haben, nie wieder auf Ihr Medikament verzichten zu können.

Ein Hinweis auf eine Abhängigkeit kann außerdem sein, wenn Sie sich gedanklich viel mit dem Medikament beschäftigen und sich z.B. sorgen, ob Sie noch genügend davon zu Hause haben. Ein weiteres Anzeichen für eine Abhängigkeit kann sein, dass es Ihnen schlecht geht, wenn Sie Ihr Medikament mal nicht einnehmen oder versuchen es wegzulassen. Dies können Entzugssymptome sein. Manche Betroffene merken auch, dass sie die Einnahme des Medikaments nicht mehr so gut im Griff haben, das Medikament also einnehmen, obwohl sie es eigentlich nicht wollen. Manchmal suchen Menschen sich auch Wege, um die strengen Regelungen zur Abgabe von Z-Substanzen und Benzodiazepinen zu umgehen. Zum Beispiel versuchen sie, die Medikamente bei unterschiedlichen Ärzten zu bekommen. Oder sie bitten um ein Privatrezept (sogenanntes blaues Rezept). Das ist ein Rezept, das die Ärztin/der Arzt ausstellt, welches die gesetzlichen Krankenkassen aber nicht bezahlen. Auch solche Vorgehensweisen können ein Hinweis auf Abhängigkeit sein.

Könnte bei mir eine Abhängigkeit vorliegen?

Haben Sie den Eindruck, dass...

...Sie Z-Substanzen oder Benzodiazepine schon sehr lange einnehmen?

...es Ihnen sehr wichtig ist, Z-Substanzen oder Benzodiazepine einzunehmen?

...sie Ihre Z-Substanzen oder Benzodiazepine häufiger oder in größeren Mengen einnehmen, als sie es eigentlich wollen?

...es Ihnen körperlich oder psychisch nicht gut geht, wenn Sie Ihre Z-Substanzen oder Benzodiazepine reduzieren oder weglassen?

...Sie sich zunehmend mehr mit der Einnahme Ihrer Z-Substanzen oder Benzodiazepine beschäftigen?

...Sie Z-Substanzen oder Benzodiazepine einnehmen, obwohl Sie wissen, dass es Ihnen nicht guttut?

...Sie Ihre Rezepte für Z-Substanzen oder Benzodiazepine bei unterschiedlichen Ärztinnen/Ärzten holen, um immer genügend davon zu Hause zu haben?

...Sie Ihre Z-Substanzen oder Benzodiazepine auf Privatrezept kaufen, sie also selbst bezahlen und nicht von der Krankenkasse erstattet bekommen?

Sollten bei Ihnen Aussagen aus dieser Liste zutreffen, ist das ein Hinweis darauf, dass bei Ihnen eine Abhängigkeit von Z-Substanzen oder Benzodiazepinen besteht.

Sollten Sie bei sich Hinweise auf eine Abhängigkeit sehen oder diesbezüglich Sorgen oder Bedenken haben, sprechen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt darauf an. Eine Abhängigkeit ist gut behandelbar, indem die Medikamente schrittweise und mit ärztlicher Begleitung abgesetzt werden. Bei Bedarf kann auch eine zusätzliche therapeutischer Unterstützung hilfreich sein. Besprechen Sie dies am besten mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

Absetzen

Wie setzt man Z-Substanzen und Benzodiazepine ab?

Das Absetzen von Z-Substanzen und Benzodiazepinen gelingt am besten mithilfe eines persönlichen Absetzplanes. Diesen sollte Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt gemeinsam mit Ihnen erstellen. Hierbei setzen Sie die Medikamente nicht plötzlich, sondern schrittweise ab. Dies ist wichtig, damit es nicht zu Entzugssymptomen kommt. Sprechen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt darauf unbedingt an. Gemeinsam können Sie einen individuellen Absetzplan erstellen.

Welche Absetzsymptome gibt es?

Bei längerer und regelmäßiger Einnahme, ab ca. sechs Wochen, kann es beim Absetzen der Medikamente zu Beschwerden kommen. Meist sind es nur wenige Tage, in denen es zu verschiedenartigen und eher **leichten Umstellungsproblemen** kommen kann. Betroffene müssen diese Zeit „durchhalten“, damit sich der Körper darauf einstellen kann, dass er dieses Medikament nun nicht mehr bekommt.

Beim abrupten Absetzen nach regelmäßiger Einnahme über ca. sechs Wochen kann es aber auch zu **Entzugssymptomen** kommen. Das sind Beschwerden, die vor Einnahme der Medikamente nicht vorhanden waren, wie Schlaflosigkeit, Angst- und Unruhesymptome, Übelkeit und Erbrechen, Schwitzen, Kopfschmerzen und Muskelverspannungen. Diese Entzugssymptome können für 2 bis 10 Tage andauern und sollten auf jeden Fall mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt abgeklärt werden.

Beim Absetzen können auch sogenannte **Rebound-Symptome** auftreten. Das sind Symptome, die den ursprünglichen Beschwerden oder Krankheitssymptomen gleichen. Ein Beispiel dafür: Ein Patient, der ursprünglich Schlafstörungen hatte und dann eine Z-Substanz dagegen eingenommen hat, kann beim Absetzen der Z-Substanz plötzlich kaum mehr schlafen. Nun könnte dieser Patient denken, dass seine ursprünglichen Schlafprobleme zurückgekehrt sind und noch schlimmer sind als vorher. Solche Absetz-Symptome bleiben aber meistens nur wenige Tage und verschwinden wieder. Wenn Sie die Medikamente schrittweise absetzen, treten solche Beschwerden seltener auf.

Es besteht auch die Möglichkeit, dass nach Absetzen der Z-Substanzen oder Benzodiazepinen die **ursprünglichen Beschwerden** zurückkehren. Sie also z.B. wieder so schlecht schlafen wie vor der Einnahme der Medikamente. Ob die Symptome, die beim Absetzen auftreten, zum ursprünglichen Krankheitsbild gehören oder durch den Entzug ausgelöst wurden, kann aber immer erst nach vollständigem Absetzen der Medikamente und gemeinsam mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt beurteilt werden. Sobald dies deutlich ist, können Sie gemeinsam nach anderen Lösungen oder Behandlungen suchen.

Medikamenteneinnahme überprüfen

Ist meine Medikamenteneinnahme noch passend?

Es kann hilfreich sein, von Zeit zu Zeit überprüfen zu lassen, ob die eigenen Medikamente noch passend sind oder verändert werden sollten. Sprechen Sie dies bei Ihrem nächsten Arztbesuch an. Zusätzlich kann eine Apotheke eine gute Anlaufstelle sein, um die Medikamente umfassend prüfen zu lassen. In vielen Apotheken können Sie Ihre eingenommenen Medikamente und die Kombination miteinander überprüfen lassen. Bringen Sie dafür eine Liste ihrer Medikamente mit, die Sie anwenden. Auf die Liste gehören zudem alle Mittel, die Sie selbst gekauft haben, zum Beispiel in der Drogerie. Alternativ können Sie z.B. auch die Medikamentenpackungen mitbringen. So kann die Apothekerin/der Apotheker sich schnell einen Überblick verschaffen und Sie umfassend beraten. Grundsätzlich ist es zu empfehlen, solch eine Liste zu führen, um immer den Überblick über die eigenen Medikamente zu haben.

Wenn Sie Ihre Medikamente in der Apotheke oder von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt überprüfen lassen wollen, sind im Gespräch folgende Fragen hilfreich:

- Sind die Dosierung und der Einnahmezeitpunkt korrekt?
- Benötige ich alle diese Medikamente weiterhin?
- Welche Wechselwirkungen haben meine Medikamente?
- Welchen Nutzen und welche Risiken haben meine Medikamente?
- Gibt es alternative Behandlungsmöglichkeiten?

Alternative Lösungen

Gibt es alternative Lösungen für meine Probleme?

Wenn Sie unter Ängsten, innere Unruhe oder Schlafstörungen leiden, kann das verschiedene Ursachen haben. Stress im Alltag kann ein Auslöser sein oder z.B. auch eine große berufliche Belastung, ein Verlust, ein Trauerfall oder familiäre Herausforderungen. Je nach Ursache für die Beschwerden empfehlen Fachleute unterschiedliche Maßnahmen. Ein guter erster Schritt ist es, mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt über Ihre Belastung zu sprechen, um gemeinsam zu prüfen, was genau in Ihrem Fall helfen kann. Je nach Problem können einige der folgenden Angebote hilfreich sein:

Behandlungsmöglichkeiten:

- Sollten Sie Schlafstörungen haben, gibt es unterschiedliche nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten, wie z.B. Schlafhygiene (Verhaltensweisen für einen guten Schlaf) oder Kognitive Verhaltenstherapie. Sollten diese nicht ausreichend sein, gibt es weitere medikamentöse Behandlungsalternativen, wie z.B. die Einnahme von niedrig dosierten Antidepressiva. Fragen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt nach den verschiedenen Möglichkeiten.
- Sollten Sie unter innerer Unruhe leiden, ist es wichtig die Ursachen dafür mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt abzuklären und Behandlungsmöglichkeiten zu besprechen.

- Sollten Sie unter Ängsten leiden, ist es wichtig die Ursachen dafür mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt abzuklären und Behandlungsmöglichkeiten zu besprechen.
- Bei Unruhezuständen, Ängsten, Schlafstörungen und weiteren psychischen Belastungen kann eine Psychotherapie geeignet sein. Das Gespräch mit einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten ist eine gute Möglichkeit, Belastungssituationen und Auslöser von z.B. Unruhezuständen oder Ängsten zu erkennen und diese zu bearbeiten. Besprechen Sie mit Ihrer Ärztin /Ihrem Arzt, ob eine Psychotherapie bei Ihren Beschwerden in Frage kommt.

Techniken für den Alltag:

- Entspannungstechniken, wie z.B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Yoga oder Atemübungen und Schlafhygiene (Verhaltensweisen für einen guten Schlaf) können bei Ängsten, Unruhe und Schlafstörungen helfen.

Beratung:

- Beratung bei Partnerschafts- und Erziehungsproblemen oder Krisensituationen gibt es in vielen Beratungsstellen.

Entlastung im Alltag:

- Zur Entlastung im Alltag für z.B. pflegende Angehörige oder Alleinerziehende gibt es Unterstützungsangebote. Beispiele dafür sind Nachbarschaftshilfe, häusliche Pflegedienste oder Tagespflege. Ihre Krankenkasse kann Sie dazu beraten.
- Austausch mit anderen Betroffenen kann helfen, Stress abzubauen und sich nicht allein zu fühlen. In Selbsthilfegruppen zu Ängsten, Depressionen oder Schlafstörungen können Sie sich austauschen.

Ärztliche Hilfe:

- Weitere Fachärztinnen und Fachärzte können an Ihrer Behandlung mitwirken. Das sollten Sie jedoch zuvor mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt besprechen.
- Manchmal kann es auch sinnvoll sein, die Ärztin/den Arzt zu wechseln. Das kann der Fall sein, wenn Sie z.B. den Eindruck haben, dass Sie nicht ausreichend beraten werden. Solche Bedenken sollten Sie vor dem Wechsel bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ansprechen. Vielleicht finden Sie gemeinsam eine Lösung.

Anlaufstellen

Welche Anlaufstellen gibt es?

Für viele Probleme, Beschwerden und Erkrankungen gibt es umfangreiche Informations- und Hilfeangebote:

- Manchmal brauchen Menschen schnelle Hilfe bzw. eine Person zum Sprechen. Dafür gibt es verschiedene Anlaufstellen, an die man sich wenden kann, wie z.B.:
- Telefonseelsorge: <https://www.telefonseelsorge.de/telefon/>
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116117
- Ambulanzen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern: Bei starker psychischer Belastung können Sie sich an die Ambulanz eines psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhauses wenden. Hier können Sie sofort einen Gesprächstermin erhalten.

- Hausärztinnen und Hausärzte sind Ihre direkten und ersten Ansprechpersonen bei Angst- und Unruhezuständen sowie Schlafstörungen oder Fragen zur Medikamenteneinnahme. Sie können helfen, eine Behandlung zu finden oder z.B. zu einer Psychotherapie weiterleiten.
- Psychotherapie: Es ist oft schwierig einen geeigneten Therapieplatz zu finden. Folgende Möglichkeiten gibt es für die Therapeutinnen- und Therapeutesuche:
 - Eine psychotherapeutische Praxis direkt anrufen und um ein Erstgespräch bitten.
 - Die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigungen anrufen und um ein Erstgespräch bei einer Therapeutin/einem Therapeuten bitten: Tel. 116117
 - In vielen Städten gibt es therapeutische Ausbildungsambulanzen. Das sind Institute, an denen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ausgebildet werden. Suchen Sie hierzu eine psychotherapeutische Ausbildungsambulanz in Ihrer Nähe heraus. Rufen Sie dann an und bitten Sie um einen Termin für ein Erstgespräch.
 - Krankenkassen: Viele Krankenkassen bieten online frei zugängliche Informationen zu verschiedenen Themen. Außerdem haben diese oft weitere (Online-) Behandlungsangebote für ihre Versicherten. Die Angebote können Sie online auf den Webseiten der verschiedenen Krankenkassen einsehen oder bei Ihrer Krankenkasse telefonisch erfragen.
 - Beratungsstellen gibt es in fast jeder Stadt. Diese können Sie leicht übers Internet finden und einen Termin für ein erstes Gespräch vereinbaren.
 - Suchtberatungsstellen in ihrer Region finden Sie z.B. hier: <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis>
 - Selbsthilfegruppen: Deutschlandweit gibt es Selbsthilfekontaktstellen, die Interessierte an geeignete Selbsthilfegruppen vermitteln können. Außerdem können Sie z.B. über dieses Portal nach Selbsthilfekontaktstellen in einzelnen Städten und Regionen suchen: <https://www.nakos.de/adressen/datenbanksuche/>.

Kommunikation mit Ärztin und Arzt

Wie spreche ich mit meiner Ärztin/meinem Arzt über meine Beschwerden und die Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepinen?

Manchmal kann es schwierig sein, das eigene Anliegen mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt zu besprechen. Wenn Sie z.B. überlegen, ob Sie Z-Substanzen oder Benzodiazepine einnehmen oder reduzieren wollen oder Sie sich über Alternativen dazu Gedanken machen, könnten diese Hinweise für Sie hilfreich sein:

- Überlegen Sie sich vor Ihrem nächsten Arzttermin, was Ihnen in Bezug auf Ihre Beschwerden und die möglichen Behandlungen besonders wichtig ist:
- Hilfreich kann es zudem sein, folgende drei Fragen in das Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt mitzunehmen:
 - Welche Behandlungsmöglichkeiten habe ich?
 - Was sind die Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten?
 - Wie wahrscheinlich sind die Vor- und Nachteile bei den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten?

Quellen

Airagnes, G., et al., *Benzodiazepine misuse in the elderly: risk factors, consequences, and management*. Current psychiatry reports, 2016. **18**(10): p. 1-9.

Benkert, O., M. Hautzinger, and M. Graf-Morgenstern, *Psychopharmaka und Psychotherapie*. Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten, 2008: p. 29-33.

Buth, S., et al., *Problematische Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen und Opioid-Analgetika*. Dtsch Arztebl International, 2019. **116**(37): p. 607-14.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, P.u.N., (DGPPN), and D.-S. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, *S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – 1. Auflage. Version 01*. 2020. 2020.

Glass, J., et al., *Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits*. Bmj, 2005. **331**(7526): p. 1169.

Gunja, N., *In the Zzz zone: the effects of Z-drugs on human performance and driving*. Journal of Medical Toxicology, 2013. **9**(2): p. 163-171.

Hofmann, W., *Benzodiazepine in der Geriatrie*. CME, 2014. **11**(9): p. 49-55.

Holzbach, R., *Benzodiazepin-Langzeitgebrauch und -abhängigkeit*. Fortschritte der Neurologie-psychiatrie, 2010. **78**(7): p. 425-434.

Holzbach, R., *Statt low-dose oder Sucht - Das 5-Phasen-Modell des Benzodiazepin-Langzeitgebrauchs*. Sucht, 2014. **60**: p. 134.

Liu, L., et al., *The Effects of benzodiazepine use and abuse on cognition in the elders: A systematic review and metaanalysis of comparative studies*. Frontiers in psychiatry, 2020. **11**: p. 755.

Lohse, M.J., *Psychopharmaka*, in *Arzneiverordnungs-Report 2020*, U. Schwabe and W.-D. Ludwig, Editors. 2020, Springer.

Regitz-Zagrosek, V., *Geschlechterunterschiede in der Pharmakotherapie*, in *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2014. p. 1067-1073.

Riemann, D., et al., *S3-Leitlinie nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen*. Somnologie, 2017. **21**(1): p. 2-44.

Samtleben, C., *Auch an erwerbsfreien Tagen erledigen Frauen einen Großteil der Hausarbeit und Kinderbetreuung*. DIWWochenbericht, 2019. **86**(10): p. 139-144.

Shepherd, H.L., et al., *Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial*. Patient education and counseling, 2011. **84**(3): p. 379-385.

Suchtfragen, D.H.f., *DHS Jahrbuch Sucht*. Lengerich: Papst Science Publishers, 2020.

Verthein, U., et al., *Ursachen und Hintergründe der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Patienten*. Das Gesundheitswesen, 2019. **81**(11): p. e180-e191.

Weich, S., et al., *Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study*. BMJ : British Medical Journal, 2014. **348**: p. g1996.

Wittchen, H., et al., *NISAS-2000: The " Nationwide Insomnia Screening and Awareness Study". Prevalence and interventions in primary care*. Fortschritte der Medizin. Originalien, 2001. **119**(1): p. 9-19.

Verfasst von:

Johanna Heeg, M.Sc. Psychologie, Dr. Christina Lindemann, PD Dr. Jörg Dirmaier, PD Dr. Uwe Verthein und Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Projektleiter, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie) vom Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Stand: Oktober 2021

Anhang H Korrelationstabelle

Übersichtstabelle 10-4: Korrelationsanalyse mit dem Bendep-SRQ-GV und dem SDS

Variable	MW	SD	1	2	3	4
1 Problematischer Gebrauch	0.02	0.91	-	-	-	-
2 Beschäftigung	0.02	0.91	.90** [.88, .92]	-	-	-
3 Fehlende Compli- ance	0.04	0.87	.79** [.75, .83]	.79** [.75, .83]	-	-
4 Entzug	0.02	0.90	.89** [.86, .91]	.79** [.74, .83]	.60** [.53, .66]	-
5 SDS-Gesamtscore	5.55	4.01	.75** [.70, .79]	.75** [.70, .79]	.54** [.46, .61]	.70** [.64, .75]

Anmerkung: MW = Mittelwert, SD= Standardabweichung; Werte in eckigen Klammern entsprechen dem 95% Konfidenzintervall für jede Korrelation. * $p < .05$. ** $p < .01$

Anhang I Bedeutung von Themenbereichen der Homepage nach Zielgruppe

Übersichtstabelle 10-5: Evaluationsstudie Ergebnisse Item "Bedeutung der Themenbereiche"

	Angehörige	Betroffene	Multiplika- tor/innen	Gesamt
Allgemeine Infor- mationen				
Keine	1 (1,5%)	7 (3,8%)	1 (1,9%)	9 (3,0%)
Geringe	3 (4,6%)	29 (15,7%)	10 (19,2%)	42 (13,9%)
Mittlere	14 (21,5%)	57 (30,8%)	16 (30,8%)	87 (28,8%)
Große	25 (38,5%)	64 (34,6%)	16 (30,8%)	105 (34,8%)
Sehr große	22 (33,8%)	28 (15,1%)	9 (17,3%)	59 (19,5%)
Einsatz und Wirk- weisen				
Keine	1 (1,6%)	2 (1,1%)	2 (3,8%)	5 (1,7%)
Geringe	6 (9,5%)	11 (6,0%)	5 (9,4%)	22 (7,4%)
Mittlere	9 (14,3%)	30 (16,4%)	14 (26,4%)	53 (17,7%)
Große	27 (42,9%)	75 (41,0%)	19 (35,8%)	121 (40,5%)
Sehr große	20 (31,7%)	65 (35,5%)	13 (24,5%)	98 (32,8%)
Einsatz von Z-Sub- stanzen und Benzodiazepinen				
Keine	5 (7,8%)	3 (1,7%)	2 (3,8%)	10 (3,4%)
Geringe	4 (6,2%)	15 (8,5%)	2 (3,8%)	21 (7,2%)
Mittlere	19 (29,7%)	40 (22,7%)	12 (22,6%)	71 (24,2%)
Große	21 (32,8%)	69 (39,2%)	25 (47,2%)	115 (39,2%)
Sehr große	15 (23,4%)	49 (27,8%)	12 (22,6%)	76 (25,9%)
Nebenwirkungen				
Keine	1 (1,6%)	5 (2,7%)	4 (7,7%)	10 (3,3%)
Geringe	5 (7,8%)	14 (7,6%)	1 (1,8%)	20 (6,6%)
Mittlere	6 (9,4%)	22 (12,0%)	7 (12,7%)	35 (11,6%)
Große	20 (31,2%)	57 (31,0%)	25 (45,5%)	102 (33,7%)
Sehr große	32 (50,0%)	86 (46,7%)	18 (32,7%)	136 (44,9%)

Junge Erwachsene, Frauen und ältere Menschen				
Keine	3 (4,7%)	18 (10,0%)	2 (3,9%)	23 (7,8%)
Geringe	6 (9,4%)	29 (16,1%)	4 (7,8%)	39 (13,2%)
Mittlere	22 (34,4%)	48 (26,7%)	15 (29,4%)	85 (28,8%)
Große	17 (26,6%)	48 (26,7%)	17 (33,3%)	82 (27,8%)
Sehr große	16 (25,0%)	37 (20,6%)	13 (25,5%)	66 (22,4%)
Abhängigkeitsrisiko				
Keine	3 (4,7%)	6 (3,3%)	4 (7,3%)	12 (4,0%)
Geringe	3 (4,7%)	11 (6,0%)	13 (23,6%)	14 (4,7%)
Mittlere	9 (14,1%)	24 (13,2%)	35 (63,6%)	37 (12,3%)
Große	25 (39,1%)	60 (33,0%)	3 (5,5%)	98 (32,6%)
Sehr große	24 (37,5%)	81 (44,5%)	13 (23,6%)	140 (46,5%)
Absetzen				
Keine	2 (3,2%)	7 (3,8%)	2 (3,8%)	11 (3,7%)
Geringe	3 (4,8%)	22 (12,1%)	2 (3,8%)	27 (9,1%)
Mittlere	13 (20,6%)	32 (17,6%)	3 (5,7%)	48 (16,1%)
Große	29 (46,0%)	52 (28,6%)	20 (37,7%)	101 (33,9%)
Sehr große	16 (25,4%)	69 (37,9%)	26 (49,1%)	111 (37,2%)
Medikamentenein- nahme überprüfen				
Keine	4 (6,5%)	15 (8,5%)	4 (7,8%)	19 (6,6%)
Geringe	10 (16,1%)	25 (14,2%)	9 (17,6%)	44 (15,2%)
Mittlere	15 (24,2%)	56 (31,8%)	15 (29,4%)	75 (26,0%)
Große	27 (43,5%)	60 (34,1%)	23 (45,1%)	110 (38,1%)
Sehr große	6 (9,7%)	20 (11,4%)	9 (17,6%)	41 (14,2%)
Alternative Lösungen				
Keine	3 (4,6%)	10 (5,6%)	4 (7,1%)	17 (5,6%)
Geringe	5 (7,7%)	26 (14,4%)	3 (5,4%)	34 (11,3%)
Mittlere	20 (30,8%)	43 (23,9%)	3 (5,4%)	66 (21,9%)
Große	19 (29,2%)	50 (27,8%)	15 (26,8%)	84 (27,9%)

Sehr große	18 (27,7%)	51 (28,3%)	31 (55,4%)	100 (33,2%)
Anlaufstellen				
Keine	4 (6,2%)	23 (12,9%)	4 (7,7%)	31 (10,5%)
Geringe	10 (15,4%)	45 (25,3%)	5 (9,6%)	60 (20,3%)
Mittlere	22 (33,8%)	50 (28,1%)	12 (23,1%)	84 (28,5%)
Große	20 (30,8%)	34 (19,1%)	14 (26,9%)	68 (23,1%)
Sehr große	9 (13,8%)	26 (14,6%)	17 (32,7%)	52 (17,6%)
Kommunikation mit Ärztin und Arzt				
Keine	5 (8,1%)	16 (8,9%)	4 (7,7%)	25 (8,5%)
Geringe	10 (16,1%)	34 (19,0%)	8 (15,4%)	52 (17,7%)
Mittlere	20 (32,3%)	52 (29,1%)	12 (23,1%)	84 (28,7%)
Große	14 (22,6%)	39 (21,8%)	12 (23,1%)	65 (22,2%)
Sehr große	13 (21,0%)	38 (21,2%)	16 (30,8%)	67 (22,9%)
Zum Nachlesen				
Keine	5 (8,2%)	27 (15,6%)	5 (10,4%)	37 (32,6%)
Geringe	23 (37,7%)	37 (21,4%)	7 (14,6%)	67 (23,8%)
Mittlere	18 (29,5%)	55 (31,8%)	19 (39,6%)	92 (32,6%)
Große	10 (16,5%)	30 (17,3%)	12 (25,0%)	52 (18,4%)
Sehr große	5 (8,2%)	24 (13,9%)	5 (10,4%)	34 (12,1%)