

KURZBERICHT

Thema	Epidemiologie der Langzeitverschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in Deutschland – eine prospektive Analyse kassenärztlicher Verschreibungen über fünf Jahre
Schlüsselbegriffe	Medikamentenmissbrauch, Medikamentenabhängigkeit, Langzeitverschreibung, prospektive Studie, Benzodiazepine, Z-Substanzen
Ressort, Institut	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Auftragnehmer(in)	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Psychiatrische Klinik, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)
Projektleitung	PD Dr. Uwe Verthein, Prof. Dr. Jens Reimer
Autor(en)	Sven Buth, Moritz Rosenkranz, Rüdiger Holzbach, Peter Raschke, Eike Neumann, Uwe Verthein
Beginn	1.2.2013
Ende	30.4.2014

Vorhabensbeschreibung, Arbeitsziele (max. 1.800 Zeichen)

Die Anzahl der in Deutschland lebenden Medikamentenabhängigen wird auf 1,4 bis 1,9 Millionen geschätzt. Dabei handelt es sich bei der überwiegenden Mehrheit um Sedativa/Hypnotika bzw. Tranquillantien (ca. 1,1 bis 1,2 Mio.). Aus Vorstudien anhand von Rezeptdaten des Norddeutschen Apotheken-Rechenzentrums (NARZ) konnten, hochgerechnet für ganz Deutschland, bei ca. 800.000 Patientinnen und Patienten problematische Dauerverschreibungen von Benzodiazepinen (BZD) und Z-Substanzen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr festgestellt werden, wobei insbesondere ältere Personen betroffen waren (Holzbach et al., 2010; Verthein et al., 2013). Das Ausmaß der Medikamentenabhängigkeit wird in Repräsentativstudien wie z. B. dem Nationalen Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) nur für die Altersgruppe bis 64 Jahre erfasst. Hier lag die 12-Monats-Prävalenz für eine Abhängigkeit von Schlafmitteln bei 0,8% (Missbrauch: 0,8%) und von Beruhigungsmitteln bei 1,4% (Missbrauch: 0,8%) (Pabst et al., 2013). Eine Ausnahme bildet die zwischen 2008 und 2011 durchgeführte bevölkerungsrepräsentative Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), die Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) ist und in der auch ältere Menschen einbezogen worden sind. Hier wurden im Rahmen der Substudie DEGS1-MH 12-Monats-Prävalenzen von 0,5% Medikamentenabhängigkeit und 1,0% Medikamentenmissbrauch bei den 65- bis 79-Jährigen ermittelt (Jacobi et al., 2014).

Ziel des vorliegenden Projekts ist es, mit Hilfe einer aktualisierten Datenbank des Norddeutschen Apotheken-Rechenzentrums (NARZ) der Jahre 2006 bis 2011 neue und, aufgrund der fast vollständigen Abdeckung des norddeutschen Raums, objektive, umfassende und damit repräsentative Erkenntnisse zur langfristigen Verschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential zu gewinnen. Dabei sind drei Untersuchungsmodule vorgesehen:

Modul 1: Für Trendanalysen werden Verschreibungen von Substanzen mit Abhängigkeitspotential im Verlauf von 5 Jahren deskriptiv für alle Patientinnen und Patienten aus Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen und Bremen ausgewertet und durch differenzierte Auswertungen nach Alter und Geschlecht ergänzt.

Modul 2: Die Verschreibungen von Benzodiazepinen/Z-Substanzen werden im Längsschnitt über einen 3-jährigen Zeitraum im Hinblick auf das (aus Vorstudien bekannte, hier modifizierte) Risikoschema prospektiv analysiert. Hierbei werden auch die Ko-Verschreibungen von Antidepressiva und Substitutionsmitteln berücksichtigt.

Modul 3: In einer weiteren Längsschnittuntersuchung wird eine Analyse der Verschreibungen von Benzodiazepinen/Z-Substanzen, Antidepressiva und Opioid-Analgetika im 5-Jahres-Verlauf bei älteren Patientinnen und Patienten (über 60 Jahre) durchgeführt.

Durchführung, Methodik

Das Projekt baut auf Erfahrungen mit den im Rahmen früherer Projekte erfolgten Analysen der Datenbanken des NARZ auf, wobei es erstmals möglich wurde, Verschreibungsdaten über einen mehrjährigen

Zeitraum individuell auszuwerten. Im Mittelpunkt standen die Substanzen Benzodiazepine, Z-Substanzen, Antidepressiva, Amphetamine, Barbiturate und opioidhaltige Schmerzmittel.

Vom NARZ werden (u.a.) die Rezeptdaten von vier norddeutschen Bundesländern (Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen) mit 11 Millionen GKV-versicherten Bundesbürgern erfasst und dabei eine Abdeckungsquote von durchschnittlich 81,3% aller Apotheken erreicht. Es wurde eine anonymisierte Datenbank extrahiert, in der ein eindeutiger Patient(inn)encode, das Alter, der Wohnort und (indirekt) das Geschlecht der betreffenden Person enthalten sind. Ferner ist es möglich, anonymisiert die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt (inklusive Ort und Fachrichtung) und die einlösende Apotheke zu bestimmen. Die Medikamente sind in ihrer Darreichungsform, der Stärke/Konzentration, der Einzeldosis und der Gesamtdosis identifizierbar. Mit dieser Methodik wurden für die Jahre 2006 bis 2011 mehr als 700 Mio. Verschreibungen personenbezogen ausgewertet. Hierbei wird zwischen „Stichjahr“ und „Patientenjahr“ unterschieden. Das Stichjahr entspricht den Kalenderjahren. Ein Patientenjahr repräsentiert ein darauf folgende Beobachtungsjahr, in dem mit der Verschreibung zusammenhängende Merkmale (z.B. Dosis, Verschreibungsdauer) patient(inn)enbezogen berechnet werden.

Für die Analyse von Verschreibungsmustern von Benzodiazepinen/Z-Substanzen wurde eine auf Basis von Vorstudien entwickelte 4-fache Risikoklassifikation angewendet, die anhand von Dosis (berechnet in Defined Daily Dose) und Verschreibungsdauer über leitlinien-abweichende Verordnungen bzw. (potentiell) missbräuchliche oder abhängige Einnahmemuster Auskunft gibt.

Gender Mainstreaming

Gender-Aspekte wurden in allen Analysen systematisch berücksichtigt. Gerade in der Frage des Ausmaßes und weiterer Merkmale von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit spielen geschlechtsspezifische Auswertungen und damit zusammenhängende Interpretationen eine bedeutende Rolle. Dabei zeigt sich in allen drei Auswertungsmodulen, dass Frauen in deutlich stärkerem Ausmaß von Medikamentenverschreibungen (der hier untersuchten Wirkstoffgruppen) betroffen sind und auch mit größerer Wahrscheinlichkeit ein problematisches Gebrauchsmuster entwickeln. Insbesondere bei Benzodiazepinen, Z-Substanzen und Antidepressiva sowie bei Opioid-Analgetika sind erheblich höhere Verordnungsraten bei den weiblichen Patienten zu beobachten. Eine Ausnahme bilden lediglich die Amphetamine, die unter den zumeist jüngeren Patientinnen und Patienten vermehrt an männliche GKV-Versicherte verschrieben werden.

Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

Im Jahr 2006 haben exakt 15% der GKV-Mitglieder mindestens einen der hier untersuchten Wirkstoffe verschrieben bekommen (Modul 1). Dieser Anteil steigt in den nachfolgenden Jahren stetig an und erreicht in 2010 einen Wert von 16,3%, was vornehmlich auf die Zunahme von Verordnungen von Antidepressiva zurückzuführen ist (siehe Abbildung 1). Absolut betrachtet sind dies in diesem letzten Auswertungsjahr – hochgerechnet auf alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein – mehr als 1,8 Millionen Personen. Sowohl der Anteil an GKV-Versicherten, die Benzodiazepine verschrieben bekommen haben, als auch die durchschnittlich pro Patientenjahr verordnete Dosis gingen über 5 Jahre kontinuierlich zurück. Dieser Abfall ist insbesondere bei den Frauen und älteren Personengruppen festzustellen, denen Benzodiazepine generell zu einem größeren Anteil verschrieben werden. Die Prävalenz von Verschreibungen von Z-Substanzen bleibt hingegen über den gesamten Zeitraum stabil, wenngleich mit gut 1% deutlich unter der der Benzodiazepinverordnungen (mit über 5%). Verschreibungen von Antidepressiva nehmen kontinuierlich zu, sowohl bei den Männern als auch – deutlich ausgeprägter – bei den Frauen sowie in allen Altersgruppen. Einen leichten Anstieg mit Prävalenzen zwischen 5,4% und 5,7% gibt es auch bei den Opioid-Analgetika zu verzeichnen.

Im 3-Jahres-Zeitraum von 1.1.2006 bis zum 31.12.2008 erhielten knapp 1,2 Millionen Patientinnen und Patienten Benzodiazepine/Z-Substanzen, was 10,7% aller GKV-Versicherten der vier norddeutschen Bundesländer entspricht (Modul 2). 64,4% der Personen mit Verordnungen von Medikamenten dieser Arzneimittelgruppen sind Frauen. Nach der hier verwendeten Risikoklassifikation lassen sich – bezogen auf das erste Patientenjahr – drei Viertel der Patientinnen und Patienten in den „grünen Bereich“, d.h. mit leitliniengerechter Verschreibung, einstufen (siehe Tabelle 1). Patientinnen und Patienten mit problematischen bzw. riskanten Verschreibungsmustern, welche auf einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit verweisen, sind den Risikoklassen „rot“ bzw. „schwarz“ zugeordnet worden. Diese beiden Gruppen zusammengefasst umfassen ein Sechstel aller Personen mit BZD-Verschreibungen. 84,9% der Patientinnen und Patienten der „grünen Stufe“ erhalten im zweiten und 86,7% im dritten Patientenjahr keine Benzodia-

zepine/Z-Substanzen mehr. Demgegenüber verbleibt jeweils ein großer Teil der als „rot“ (36,2%) und „schwarz“ (41,2%) klassifizierten Patientinnen und Patienten noch im dritten Jahr in ihrer riskanten Gruppe.

Die Analyse der Medikamentenverschreibungen an ältere Menschen (Modul 3) ergab, dass im Stichtag 2006, hochgerechnet auf alle GKV-Versicherten, über 800.000 Menschen über 60 Jahre aus Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen oder Niedersachsen mindestens zu einem Zeitpunkt Benzodiazepine/Z-Substanzen oder Antidepressiva oder Opioid-Analgetika verordnet bekamen. Dies entspricht einer Prävalenz von 27,5% bei den über 60-Jährigen. Dabei ergeben sich für die älteren Patientinnen und Patienten höhere Prävalenzen, die bei allen drei Wirkstoffen und in allen drei Altersgruppen in den nachfolgenden Jahren zurückgehen (siehe Abbildung 2). Da die Prävalenzwerte der Folgejahre immer auf die im Stichtag 2006 ermittelte Anzahl Personen bezogen sind, dürfte ein Teil des Rückgangs der Anteilswerte – insbesondere bei den ältesten Betroffenen – auf die erhöhte Sterberate der hier betrachteten Klientel zurückzuführen sein. Dennoch zeigen sich selbst noch im 5. Jahr hohe Verschreibungsprävalenzen vor allem bei den Antidepressiva. Diese fallen bei den Frauen mit 8,3% mehr als doppelt so hoch aus wie bei den Männern (3,3%).

In der vorliegenden Studie kam ein neuartiger epidemiologischer Ansatz der Auswertung personenbezogener Registerdaten über mehrere Jahre zur Anwendung, der neue und repräsentative Erkenntnisse zur langfristigen Entwicklung von Verschreibungen von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential zulässt. Dieser vergleichsweise unkompliziert zu realisierende methodische Ansatz ließe sich als Routine-Auswertung in regelmäßigen Zeitabständen (z.B. einer alle 3 Jahre erfolgenden Datenabfrage) im Rahmen einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung implementieren.

Neben der deskriptiven Interpretation epidemiologischer Sachverhalte und Trends können aus den hier vorgelegten Ergebnissen Schlussfolgerungen abgeleitet werden, die insbesondere unter den im Gesundheitswesen beteiligten Berufsgruppen aber auch bei den zuständigen Entscheidungsträgern Bedeutung haben dürften.

Im Rahmen der 5-Jahres-Analyse (Modul 1) konnte der seit vielen Jahren abnehmende Trend bei kassenärztlichen Verschreibungen von Benzodiazepinen bestätigt werden. Dieser zeigt sich vor allem bei den Frauen und den älteren Personengruppen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass sowohl bei – den insgesamt weniger betroffenen – Männern als auch den jüngeren Menschen (unter 45 Jahre) sowie bei den für ein vergleichbares Indikationsgebiet verschriebenen Z-Substanzen keine abnehmende Verschreibungstendenz existiert. Die sich aus der hier angewendeten Risikoklassifikation ergebenden Befunde verweisen insgesamt auf eine erhebliche Problematik bzgl. der Einnahme dieser Medikamente. So umfassen die „rote“ und „schwarze“ Risikoklasse im Jahr 2010 absolut etwa 140.000 der in Norddeutschland lebenden Personen bzw. 21,2% der mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen behandelten Patientinnen und Patienten. Zählt man die durch Langzeitverschreibungen im Niedrigdosisbereich klassifizierte „gelbe“ Gruppe hinzu, handelt es sich sogar um über 210.000 Personen. Auch der Anteil dieser leitlinienabweichenden Verschreibungen ist augenscheinlich rückläufig, eine „Kompensation“ durch Privatverordnungen allerdings sehr wahrscheinlich.

Die 3-jährige Verlaufsanalyse (Modul 2) macht darüber hinaus deutlich, dass Personen, denen im ersten Beobachtungsjahr Benzodiazepine oder Z-Substanzen nicht leitliniengerecht verschrieben wurden, auch in den folgenden beiden Jahren mit stark erhöhter Wahrscheinlichkeit diese Substanzen in riskantem Ausmaß bzgl. Einnahmedauer und Dosishöhe verordnet werden. Für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker besteht in dieser Kontinuität zugleich die Möglichkeit, mit frühzeitiger Wachsamkeit bzw. Intervention eine langjährige Persistenz zu vermeiden. Dies gilt in besonderem Maße für die Gruppe der Patientinnen und Patienten, die sowohl mit Benzodiazepinen als auch mit Antidepressiva behandelt wird. Unter ihnen, insbesondere bei denen mit nicht leitliniengerechter Benzodiazepin-Verschreibung, zeigt sich im Vergleich zu jenen mit Benzodiazepin-Monotherapie eine deutlich höhere Kontinuitätsrate in der Kombinationsbehandlung in den Folgejahren.

Für die betroffenen Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen geht es vermehrt um die Diskussion von Behandlungsalternativen sowie die multiprofessionelle Kooperation verschiedener Fachrichtungen bei schwierigen Fällen, in denen eine Langzeitverschreibung vermeintlich alternativlos erscheint. Insbesondere die Altenhilfe steht hier im Mittelpunkt, da die älteren Menschen in besonderem Maße von – hoch dosierten – Langzeitverschreibungen von Benzodiazepinen/Z-Substanzen, Antidepressiva und Opioid-Analgetika betroffen sind. Von diesen dürfte sich ein Großteil in ambulanter oder stationärer Pflege befinden. Weitere Aufklärung bzw. Fortbildung für Professionelle und Angehörige über das Thema „Sucht und Medikamentenmissbrauch im Alter“ im Allgemeinen sowie im Besonderen über die erweiterten und ggf. alternativen Möglichkeiten einer auf Kosten der Lebensqualität hochdosierten Dauermedikation von Schlafstörungen und Komorbiditäten ist notwendig. Gerade die Spezialanalysen von Verschreibungsverläufen unter älteren Menschen ab 60 Jahre (Modul 3) zeigen die starke Verbreitung kassenärztlicher Verordnungen von Benzodiazepinen/Z-Substanzen, Antidepressiva und Opioid-Analgetika bei dieser Personengruppe. Hochgerechnet mehr als 5 Millionen Menschen über 60 Jahre bekommen in

Deutschland innerhalb eines Jahres eines dieser Medikamente verschrieben. Wenngleich es im individuellen 5-Jahres-Verlauf eine deutliche Abnahme gibt, zeigt sich bei Patientinnen und Patienten mit Mehrfach- oder kombinierten Verordnungen das Phänomen, dass die Anteile über weitere vier Jahre mehr oder weniger stabil bleiben. Ein Störungs- oder Symptomverlauf, der zusätzliche Verschreibungen notwendig macht, geht offensichtlich mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung einher. Knapp 3% der GKV-Versicherten über 60 Jahre bekommen Benzodiazepine/Z-Substanzen, Antidepressiva oder Opioid-Analgetika (oder Kombinationen) über einen 5-Jahres-Zeitraum verschrieben. Dieses durchgängige Verschreibungsmuster gilt vorrangig für Antidepressiva, die für etwa eineinhalb Prozent der über 60-Jährigen über fünf Jahre verordnet werden, was auf eine Chronifizierung depressiver Erkrankungen im Alter hinweist (und der medizinischen Praxis einer mehrmonatigen Weiterverordnung nach Remission bei Depressionen und Angststörungen entspricht). Dies trifft wiederum in besonderem Maße auf die Frauen zu.

Die Analyse von Verschreibungen von Benzodiazepinen/Z-Substanzen, Antidepressiva und Opioid-Analgetika bei GKV-Versicherten erbringt Prävalenzraten, die mit steigendem Alter noch weiter zunehmen. Dies geht nicht einher mit dem Vorhandensein psychischer Störungen, die im Alter eher ab- als zunehmen. Nach der bundesweiten DEGS1-MH-Studie haben affektive (F3) und darunter insbesondere die depressiven Störungen als auch die Angsterkrankungen (F40, F41) ihren Prävalenzgipfel in der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen (Jacobi et al., 2014). Im Vergleich zu allen jüngeren Altersgruppen finden sich unter den 65- bis 79-jährigen Befragten die geringsten Prävalenzraten dieser psychischen Störungen. Insofern lässt sich schlussfolgern – sofern hier methodische Limitation solcher Repräsentativbefragungen unberücksichtigt bleiben –, dass die bei den älteren GKV-Versicherten stark verbreiteten Verschreibungen von Benzodiazepinen/Z-Substanzen und Antidepressiva in der Mehrzahl nicht den Indikationen ausgeprägter psychischer Störungen folgen, sondern überwiegend als Reaktion auf symptomatische, psychische Belastungszustände (z.B. Schmerzen, Lebensunzufriedenheit, Unruhe), verschrieben und/oder damit gewohnheitsbedingte Einnahmemuster aufrecht erhalten werden. Für die Opioid-Analgetika kann diese Schlussfolgerung nicht gezogen werden. Das Indikationsgebiet dieser Arzneimittel liegt vornehmlich in der Schmerzbehandlung im chronischen somatischen Bereich. Die bei der Langzeitanwendung in der Regel auftretende Toleranzentwicklung lässt sich in der vorliegenden Untersuchung tendenziell anhand der ansteigenden Dosierungen nachweisen.

Eine Limitierung der vorliegenden epidemiologischen Studie stellt die fehlende Möglichkeit dar, diese Daten mit Diagnosen aus dem ambulanten oder stationären Bereich zu verknüpfen, um z.B. Grunderkrankungen mit einem besonderen Risiko für inadäquate Langzeitverschreibungen von Benzodiazepinen bzw. Z-Substanzen zu identifizieren. Hier dürften sich neue Erkenntnisse aus dem aktuellen, ebenfalls vom BMG geförderten Projekt „Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten“ ergeben. Ferner wird dort die Rolle der Patientinnen und Patienten selbst sowie der Angehörigen hervorgehoben, die im Sinne einer stärker partizipativ orientierten Entscheidungsfindung bei der Verschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential berücksichtigt werden.

Nach den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik machen Klientinnen und Klienten, die unter der Hauptdiagnosegruppe „Sedativa/Hypnotika“ zusammengefasst werden, in den letzten Jahren jeweils weniger als ein Prozent der von Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe betreuten Personen aus. Neben der Gruppe mit Alkoholproblemen – die in der Regel mehr als die Hälfte aller Betreuten ausmacht – stellen sie mit einem Durchschnittsalter von Mitte Vierzig die älteste Gruppe der Klientinnen und Klienten dar. Die Zahl der in den vier norddeutschen Bundesländern lebenden Personen mit leitlinienabweichenden Benzodiazepin/Z-Substanz-Verschreibungen lag im Jahr 2010 bei über 200.000, was aufgrund der nicht berücksichtigten Privatrezeptverordnungen, wie erwähnt, eine untere Schätzung darstellt. Auch wenn die Einhaltung von Leitlinien vor der Entwicklung einer Suchtproblematik schützen soll, kann im Umkehrschluss nicht davon ausgegangen werden, dass alle diese Patientinnen und Patienten eine Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika entwickelt haben. Deutlich wird aber, dass sich die potentielle Klientel für eine Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen dramatisch erhöhen dürfte, sofern sich die Betroffenen von den Angeboten angesprochen fühlen bzw. angemessene Hilfe erwarten sowie Teile der (ambulanten) Suchthilfe entsprechende zielgerichtete Angebote bereit halten würden. Hinzu käme eine nicht genau zu beziffernde, aber in den letzten Jahren wachsende Gruppe von Langzeiteinnehmern von Opioid-Analgetika, bei denen sich eine (problematische) Opiatabhängigkeit entwickelt haben dürfte. Es kann hier nicht einfach von einer Unterversorgung gesprochen werden, da die Betroffenen ja regelmäßigen Kontakt zu ihren Ärzten aufrechterhalten. Ferner ist auch über die Ursachen der Medikamentenabhängigkeit wenig bekannt. Sollte es sich in der Mehrheit um eine iatrogene Abhängigkeitsproblematik handeln, dürfte mit dem behandelnden Arzt nicht immer der richtige Ansprechpartner bereitstehen, sondern der Einbezug suchtprofessioneller Kompetenz könnte helfen, die Abhängigkeit zu überwinden bzw. alternative Wege einer „medikalisierten“ Lebensweise aufzuzeigen.

Gerade im Bereich der Benzodiazepine und Z-Substanzen sollte die sich mittlerweile herausgebildete Verschreibungspraxis auch zu einer offenen Diskussion über den Zweck und die Angemessenheit der

einschlägigen Leitlinien führen. Ggf. käme man zu dem Resultat, dass hier ein Überarbeitungsbedarf besteht und Anpassungen notwendig sind, wenn es um die Behandlung spezifischer Problem- und Symptomkonstellationen bei einzelnen, besonders von Komorbiditäten betroffenen Patientinnen und Patienten geht. Das Ausweichen auf von den Betroffenen selbst zu bezahlende Privatverordnungen würde entfallen, zugleich ergäbe sich insgesamt eine größere Transparenz der Verschreibungspraxis.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden erstmalig auch die Verschreibungen von Amphetaminen zu Lasten der GKV systematisch patientenbezogen über einen längeren Zeitraum analysiert. Sie basieren überwiegend auf Methylphenidat, unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz und werden zur medikamentösen Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie bei Patientinnen und Patienten, die an Narkolepsie leiden, eingesetzt. Zudem wird insbesondere in den nichtwissenschaftlichen Medien immer wieder von einem Off-Label-Gebrauch zum Zwecke der Leistungssteigerung berichtet. Fast die Hälfte der meist sehr jungen (überwiegend männlichen) ADHS-Patientinnen und Patienten, die mit diesen Arzneistoffen behandelt werden, erhalten eine ununterbrochene medikamentöse Langzeittherapie. ADHS-Diagnosen haben in den zurückliegenden Jahren stark zugenommen. In der Gruppe der 9- bis 11-Jährigen erhält bereits jedes zwölfte Kind eine entsprechende Diagnose (Grobe et al., 2013). Die Frage, ob in früheren Jahren die ADHS-Problematik oftmals nicht erkannt wurde oder aktuell zu schnell auf eine Hyperaktivität geschlossen wird, lässt sich hier nicht abschließend beantworten. Festzustellen ist jedoch, dass die absolute Zahl der deswegen in Norddeutschland medikamentös behandelten Kinder und Jugendlichen zwischen 2006 und 2010 um 5.000 auf insgesamt 51.000 Personen angestiegen ist.

Abbildung 1: Prävalenz der Einnahme von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential im Zeitverlauf

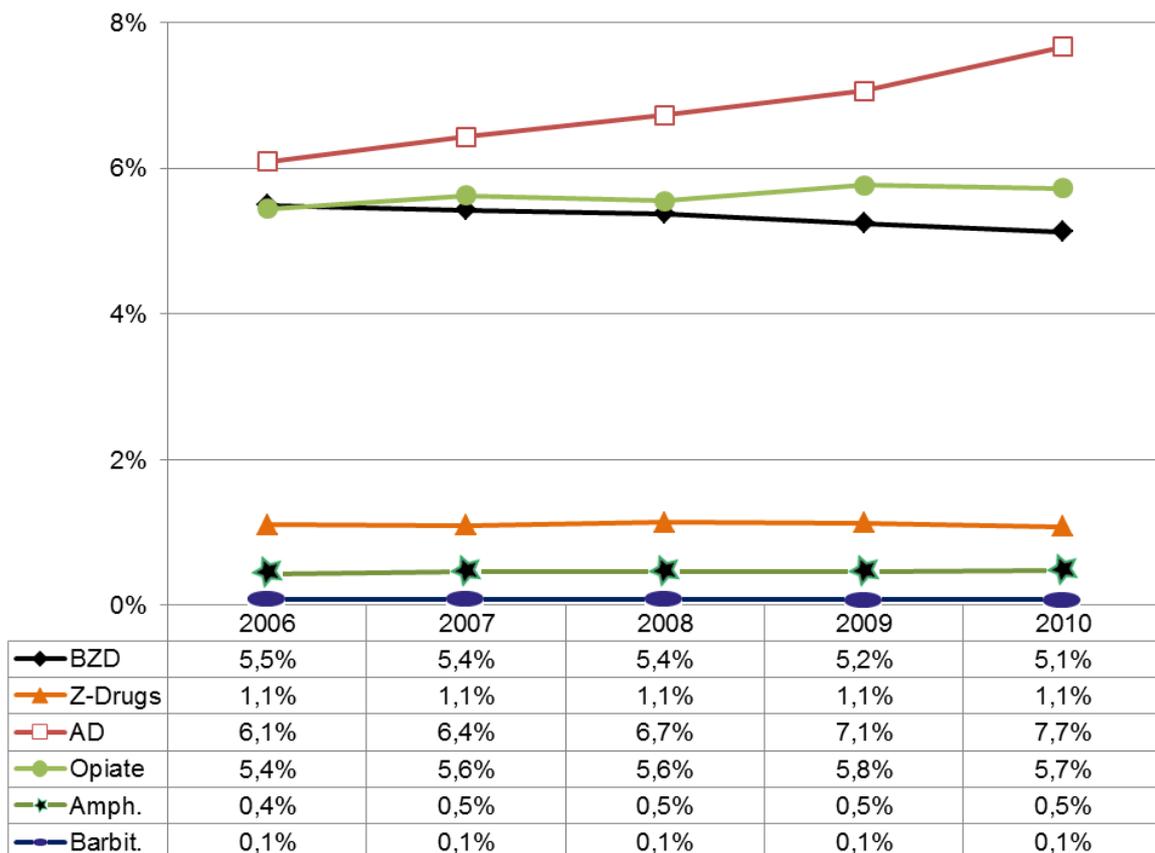
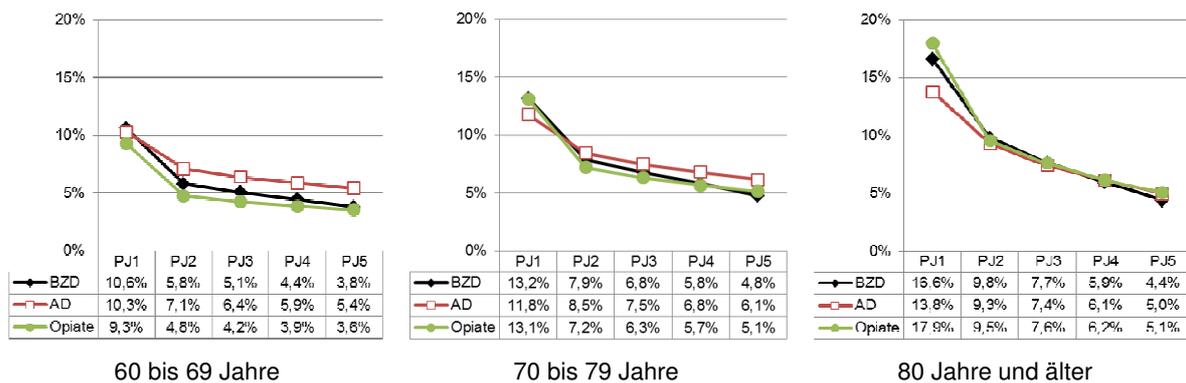


Tabelle 1: Risikoklassifikation von Benzodiazepin/Z-Substanz-Verschreibungen im ersten Patientenjahr nach Geschlecht

BZD-Verschreibungen	männlich	weiblich	gesamt ^{a)}
<2 Monate	75,2%	71,3%	74,1%
2-6 Monate, ≤1 DDD	9,0%	9,8%	9,3%
2-6 Mo., >1 DDD oder >6 Mo., ≤1 DDD	12,7%	15,9%	13,9%
>6 Monate, >1 DDD	3,1%	2,9%	2,8%
Gesamt-Prozent	35,6%	64,4%	

a) Abweichungen zwischen dem mittleren Wert der Geschlechter und dem Wert der Gesamtgruppe ergeben sich daraus, dass nicht bei allen Patienten das Geschlecht eindeutig zugeordnet werden konnte.

Abbildung 2: Prävalenz der Verschreibungen von Benzodiazepinen/Z-Substanzen, Antidepressiva (AD) und Opioid-Analgetika bei älteren Menschen ab 60 Jahren über einen 5-Jahres-Zeitraum seit 2006 nach Altersgruppen (PJ = Patientenjahr)



Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Die Ergebnisse wurden mit Experten in einem vom BMG initiierten Workshop diskutiert. Das Projekt liefert wertvolle Erkenntnisse über die Verschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial. Zusammen mit anderen epidemiologischen Erhebungen kann so ein Gesamtbild über die Problematik der Medikamentenabhängigkeit entwickelt werden. Ebenfalls liefert die Studie Ansatzpunkte, um eine leitliniengerechte Verschreibungspraxis in der Versorgung zu fördern. Die Ergebnisse werden z.B. in den Modellprojekten des BMG zur Risikoreduktion bei der Verschreibung von Benzodiazepinen bei älteren Patienten genutzt.

Im Hinblick auf die Verschreibung von Amphetaminen ist anzumerken, dass es 2013 erstmals einen Rückgang der Verbrauchszahlen gab, obwohl seit 2011 Methylphenidat auch für die Behandlung von Erwachsenen verschrieben werden kann. Die deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat Leitlinien zur Behandlung herausgegeben, ebenso die Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte. 2010 wurde auch die Arzneimittel-Richtlinie des G-BA angepasst, um einen sichereren Gebrauch von Methylphenidat zu erreichen und die Qualität in der Therapie zu sichern. Das BfArM hat zudem als Ergebnis eines europäischen Risikobewertungsverfahrens die Fach- und Gebrauchsinformationen von Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln, die zur medikamentösen Therapie von ADHS genutzt werden, geändert. Danach dürfen die Medikamente nur noch verordnet werden, wenn sich andere therapeutische Maßnahmen als nicht ausreichend erwiesen haben. Ferner muss die medikamentöse Behandlung seither stets unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden. Im Dezember 2014 hat das BMG die Durchführung einer ADHS-Statuskonferenz gefördert, bei der der aktuelle wissenschaftliche

Erkenntnisstand zum Krankheitsbild ADHS und dessen Versorgung zusammengeführt und ein Eckpunktepapier von 2002 aktualisiert wurde, in dem schon damals neben der zwingend notwendigen Multidisziplinarität der Versorgung der Vorrang der nicht-medikamentösen Behandlungselemente vor der Behandlung mit Stimulanzien festgeschrieben wurde.

Verwendete Literatur

HOLZBACH, R., MARTENS, M., KALKE, J. & RASCHKE, P. (2010). Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. Bundesgesundheitsblatt, 53, 319-325.

GROBE, T, BITZER, E, & SCHWARTZ, F. (2013). BARMER GEK Arztreport 2013. Berlin: BARMER GEK.

JACOBI, F., HÖFLER, M., SIEGERT, J., MACK, S., GERSCHLER, A., SCHOLL, L., BUSCH, M. A., HAPKE, U., MASKE, U., SEIFFERT, I., GAEBEL, W. MAIER, W., WAGNER, M., ZIELASEK, J. & WITTCHEN, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, DOI: 10.1002/mpr.1439.

PABST, A., KRAUS, L., GOMES DE MATOS, E. & PIONTEK, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. SUCHT, 59(6), S. 321-331.

VERTHEIN, U., MARTENS, M. S., RASCHKE, P. & HOLZBACH, R. (2013). Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepinen. Gesundheitswesen, 75, 430-437.