

Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten

ABSCHLUSSBERICHT

Uwe Verthein
Silke Kuhn
Aliaksandra Mokhar
Jörg Dirmaier
Rüdiger Holzbach
Martin Härter
Jens Reimer

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinstraße 52, 20246 Hamburg

Tel.: 040 / 7410 57901 oder 877959
Fax: 040 / 7410 58351
Email: u.verthein@uke.uni-hamburg.de



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Hamburg, 23. Dezember 2016

1. Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts:

Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten

Förderkennzeichen:

IIA5-2513DSM235

Leitung:

PD Dr. Uwe Verthein

Prof. Dr. Jens Reimer

Prof. Dr. Dr. Martin Härter

Projektmitarbeiter:

Dr. Silke Kuhn

Aliaksandra Mokhar

Dr. Rüdiger Holzbach

Dr. Jörg Dirmaier

Kontakt Daten:

PD Dr. Uwe Verthein

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Martinstraße 52, 20246 Hamburg

Tel.: 040 / 7410 57901 oder 877959

Fax: 040 / 7410 58351

Email: u.verthein@uke.uni-hamburg.de

Laufzeit:

1.1.2014 bis 30.6.2016

Fördersumme:

152.897 Euro

2. Inhaltsverzeichnis

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Titel und Verantwortliche | 2 |
| 2. Inhaltsverzeichnis..... | 3 |
| 3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen | 5 |
| 3.1 Teilprojekt 1 | 5 |
| 3.2 Teilprojekt 2 | 7 |
| 4. Einleitung | 10 |
| 4.1 Hintergrund und Ziele | 10 |
| 4.2 Projektstruktur | 12 |
| 4.3 Forschungsstand zum Langzeitgebrauch von Benzodiazepinen und Z-Substanzen | 13 |
| 4.4 Forschungsstand zur Patientenbeteiligung an medizinischen Entscheidungen unter besonderer Berücksichtigung der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)..... | 15 |
| 5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 17 |
| 5.1 Operationalisierung der Ziele | 17 |
| 5.1.1 Teilprojekt 1 | 17 |
| 5.1.2 Teilprojekt 2..... | 18 |
| 5.2 Datenerhebungen..... | 18 |
| 5.2.1 Teilprojekt 1..... | 18 |
| Modul 1A: Schriftliche Befragung von Patientinnen und Patienten:..... | 18 |
| Modul 1B: Qualitative, strukturierte Einzel-Interviews mit Ärzten und Patienten..... | 21 |
| Modul 1C: Fokusgruppen-Interviews im Anschluss an Module 1A und 1B mit Ärzten, Apothekern, Patienten und Pflegekräften..... | 21 |
| 5.2.2 Teilprojekt 2..... | 22 |
| 5.3 Auswertungen..... | 26 |
| 5.3.1 Teilprojekt 1..... | 26 |
| Modul 1A: | 26 |
| Modul 1B: | 26 |
| Modul 1C: | 27 |
| 5.3.2 Teilprojekt 2..... | 27 |
| 6. Durchführung, Arbeits-, und Zeitplan..... | 28 |
| 6.1 Darstellung des Projektverlaufs..... | 28 |
| 6.2 Abweichungen vom Finanzierungsplan | 29 |
| 6.3 Positive und negative Erfahrungen und Probleme | 29 |
| 6.3.1 Teilprojekt 1 | 29 |
| 6.3.2 Teilprojekt 2..... | 30 |
| 7. Ergebnisse | 33 |

| | | |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 7.1 | Teilprojekt 1 | 33 |
| 7.1.1 | Modul 1A: Schriftliche Befragung von Patientinnen und Patienten | 33 |
| 7.1.1.1 | Medikamente und Dosis | 36 |
| 7.1.1.2 | Einnahmeverhalten und Verordnungen | 39 |
| 7.1.1.3 | Einnahmegründe, Beschwerden und Nebenwirkungen | 43 |
| 7.1.1.4 | Gesundheitliche Beschwerden der Patientinnen und Patienten | 50 |
| 7.1.1.5 | Schlafverhalten und Einstellung zum Medikamentengebrauch..... | 54 |
| 7.1.1.6 | Problematischer Medikamentengebrauch..... | 56 |
| 7.1.2 | Modul 1B: Interviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten..... | 65 |
| 7.1.2.1 | Interviews mit Ärztinnen und Ärzten | 65 |
| 7.1.2.2 | Interviews mit Patientinnen und Patienten | 68 |
| 7.1.3 | Modul 1C: Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen, Pflegekräften und Patientinnen und Patienten | 69 |
| 7.2 | Teilprojekt 2 | 76 |
| 7.2.1 | Modul 2A: Entwicklung der Ärzteschulung und Patienteninformationen | 76 |
| 7.2.2 | Modul 2B: Durchführung von ärztlichen Gruppenschulungen | 80 |
| 7.2.3 | Modul 2C: Evaluation von Schulungen und Patienteninformation | 81 |
| 8. | Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung..... | 91 |
| 8.1 | Teilprojekt 1 | 91 |
| 8.2 | Teilprojekt 2 | 99 |
| 8.3 | Gesamtbeurteilung und Ausblick | 104 |
| 9. | Gender Mainstreaming Aspekte..... | 107 |
| 10. | Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse..... | 108 |
| 11. | Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential) | 110 |
| 12. | Literaturverzeichnis..... | 111 |
| 13. | Anhang | 119 |
| 13.1 | Teilprojekt 1 | 119 |
| | Fragebogen für Patientinnen und Patienten | 119 |
| | Interview-Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte | 122 |
| | Interview-Leitfaden für Patientinnen und Patienten | 124 |
| | Fokusgruppen-Leitfaden | 126 |
| 13.2 | Teilprojekt 2 | 128 |
| | Präsentationsfolien der Schulung für Ärztinnen und Ärzte | 128 |
| | Evaluationsbogen für Ärztinnen und Ärzte..... | 134 |
| | Information für Patientinnen und Patienten | 135 |
| | Entscheidungstabellen bei Schlafproblemen und Ängsten/Unruhe..... | 139 |

3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das vorliegende Projekt hatte zum Ziel, die Hintergründe und Ursachen der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen (BZD) und Z-Substanzen mit Hilfe von quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden zu untersuchen (Teilprojekt 1). Darüber hinaus wurden Schulungsunterlagen für Ärztinnen und Ärzte sowie Entscheidungshilfen für die Risikokommunikation zwischen behandelnden Ärzten und Patienten entwickelt und evaluiert (Teilprojekt 2).

3.1 Teilprojekt 1

Benzodiazepine und Z-Substanzen sind hochwirksame verschreibungspflichtige Medikamente, die bei einem bestimmungsmäßigen kurzfristigen Gebrauch sicher und problemlos einsetzbar sind. Eine Langzeiteinnahme ist verbunden mit dem Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung und bei älteren Menschen zusätzlich mit einem erhöhten Sturzrisiko und kognitiven Beeinträchtigungen. Um die Hintergründe eines nicht-bestimmungsgemäßen Gebrauchs und die damit verbundenen Risiken und Probleme unter älteren Menschen, bei denen es häufig zu einer Langzeitverschreibung kommt, zu erheben, wurden im Teilprojekt 1 unterschiedliche methodische Herangehensweisen gewählt. Versicherte mit einer Benzodiazepin- oder Z-Substanz-Verschreibung der AOK NordWest sowie Patientinnen und Patienten mit Privatverschreibungen wurden mittels eines schriftlichen Fragebogens befragt (Modul 1A). Ferner wurden Ärztinnen bzw. Ärzte und Patientinnen und Patienten interviewt (Modul 1B) sowie vier Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten, Apothekern und Apothekerinnen, Pflegekräften und Patientinnen und Patienten (Modul 1C) durchgeführt.

Die Stratifizierung der Stichprobe der Versicherten nach Alter (50-65 vs. >65 Jahre) und Verschreibungsverhalten (kurz- vs. langfristig) ermöglichte es, Patientinnen und Patienten mit einem bestimmungsgemäßen kurzen Gebrauch mit Betroffenen von leitlinienabweichenden Langzeitverschreibungen zu vergleichen. Von 4.000 angeschriebenen AOK-Versicherten schickten 466 einen ausgefüllten Fragebogen zurück (Rücklaufquote 11,7%). Über 16 teilnehmende Apotheken konnten weitere 43 Personen erreicht werden, sodass insgesamt 509 auswertbare Fragebögen vorlagen. In die statistischen Analysen wurden jedoch nur 340 Personen aufgenommen, da 169 Versicherte, vornehmlich aus der Gruppe mit leitliniengerechten Verordnungen, die Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen verneinten. Inwiefern hier Erinnerungseffekte, Unkenntnis der Medikation oder eine tatsächliche Nicht-Einnahme dieser auf Rezept verordneten Medikamente vorlag, kann nicht beurteilt werden. Frauen werden sehr viel häufiger Benzodiazepine und Z-Substanzen verschrieben als Männern (Verthein et al. 2013; Petitjean et al. 2007). Erwartungsgemäß liegt der Frauenanteil in unserer Befragung bei 68%. Das durchschnittliche Alter aller 509 Befragungsteilnehmer beträgt 71 Jahre. Ebenfalls nicht unerwartet werden Z-Substanzen, in diesem Fall Zopiclon, aktuell am häufigsten eingenommen, mit großem Abstand gefolgt von den BZD Lorazepam und Oxazepam, der Z-Substanz Zolpidem sowie den BZD Diazepam und Bromazepam. Personen mit leitliniengerechten Verordnungen nehmen häufiger als Personen mit leitlinienabweichenden Verordnungen BZD wie Oxazepam, Lorazepam und Diazepam ein. Gleichzeitig berichten sie als Einnahme- bzw.

Verschreibungsgründe deutlich häufiger über Unruhe, Angstzustände, Depression, Erschöpfungs- oder Erregungszustände. Dies deutet darauf hin, dass bei psychischen Symptomen zu einem größeren Anteil leitliniengerecht behandelt wird bzw. Sedativa und Hypnotika bei aktuellen Krisen kurzfristig verschrieben werden. Der vorrangige Verschreibungsgrund in beiden Gruppen sind jedoch Schlafstörungen. Diese sind vor allem bei über 50-Jährigen weit verbreitet (Wittchen et al. 2001), wobei zu bedenken ist, dass sich mit zunehmendem Alter sowohl die Schlafdauer verkürzt als auch die Schlaftiefe abnimmt (Schwarz et al. 2010). Auch wenn der in der vorliegenden Befragung eingesetzte Pittsburgher Schlafindex (PSQI) die schlechte Schlafqualität der befragten älteren Menschen bestätigt, weicht die mittlere Schlafdauer insgesamt nicht von der altersüblichen Schlafdauer ab. Auffällig ist, dass sich besonders in der Gruppe der Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen die Anzahl an Beschwerden und Symptomen, die der Einnahme zugrunde liegen, seit Behandlungsbeginn erhöht hat. Auch traten in dieser Gruppe Nebenwirkungen zu Behandlungsbeginn seltener auf als aktuell, wobei die tagsüber auftretende Müdigkeit das am häufigsten genannte Symptom ist. Dies deutet möglicherweise auf einen Überhangseffekt der Medikation hin, der durch einen kumulierten Anstieg der Plasmakonzentration bei regelmäßiger Einnahme begründet sein kann. Über die Hälfte der befragten Personen geben aktuell keine Nebenwirkungen an. Von ihnen wird die Medikation nicht als beeinträchtigend im Alltagsleben empfunden. Ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen bezog die aktuelle Medikation über Privat Rezept – darunter zehn Prozent zugleich über Privat- und Kassenrezepte. In der anderen Gruppe beträgt der Anteil mit Privatrezepten nur gut ein Zehntel.

Ob Benzodiazepine und Z-Substanzen leitliniengerecht oder leitlinienabweichend verschrieben werden, lässt sich nicht durch körperliche oder psychische Beschwerden, die mittels standardisierter Instrumente erhoben wurden, erklären. Die Ergebnisse zeigen eine ausgeprägte Multimorbidität, Depressions- und Angstzustände, sowie eine unter dem Normbereich liegende gesundheitsbezogene Lebensqualität, jedoch ohne Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Dennoch hat die Mehrheit der Befragten in der Vergangenheit versucht, die Medikamente abzusetzen, was auf eine Ambivalenz bezüglich Wirksamkeit und Einnahmedauer verweist. Wieder auftretende Beschwerden oder ein generelles Gefühl, die Medikamente zu brauchen, führten zur Wiedereinnahme und zu dem Eindruck, auf die Medikamente lebenslang angewiesen zu sein, insbesondere unter den Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verordnungen. Deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen sich im Kurzfragebogen für Medikamentenmissbrauch (KFM). Insgesamt liegt der Anteil der Befragten mit einem problematischen Medikamentengebrauch 5- bis 6-fach über dem der älteren Allgemeinbevölkerung. Während 46% der Personen mit leitliniengerechten Verschreibungen der Gruppe der problematischen Medikamentengebraucher zugerechnet werden können, sind es 60% jener mit leitlinienabweichenden Verschreibungen. Die Gruppe der problematischen Medikamentengebraucher ist gekennzeichnet durch eine größere Anzahl an Beschwerden und Nebenwirkungen, durch erfolglose Versuche, Medikamente abzusetzen und zusätzlich höheren Schmerzmittelgebrauch.

In den Modulen 1B und 1C des ersten Teilprojekts wurden vier Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten und drei Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten durchgeführt. Zudem gab es Fokusgruppensitzungen mit Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen, Pflegekräften sowie Pa-

tientinnen und Patienten im geplanten Umfang von je sechs bis acht Teilnehmenden. Die qualitative Untersuchung untermauerte und spezifizierte die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Versicherten. So wurde das ärztliche Vorgehen bestätigt, dass Älteren seltener langwirksame Benzodiazepine verschrieben und vorwiegend Zopiclon als Z-Substanz oder Lorazepam als mittellang wirkendes BZD verordnet werden. Bezogen auf Absetzversuche der Medikamente wird deutlich, dass diese häufig keine von ärztlicher Seite begleiteten und vorbereiteten Maßnahmen, sondern für Patientinnen und Patienten unvorhergesehene Verweigerungen von Anschluss-Rezepten darstellen. Daher ist es nicht erstaunlich, dass das Absetzen der Medikamente letztendlich selten erfolgreich ist und Patientinnen und Patienten auf eine Wiederaufnahme der Medikation drängen. Inwiefern eine Weiterverordnung auf Kassen- oder Privat Rezept erfolgt, hängt davon ab, ob Ärztinnen und Ärzte bereit sind, sich mit den Krankenkassen (oder der Kassenärztlichen Vereinigung) auseinanderzusetzen. Der in der quantitativen Befragung der Versicherten ermittelte Prozentsatz an ausgestellten Privatrezepten wird in allen Fokusgruppen als zu gering angesehen.

Grundsätzlich stimmen die Teilnehmenden darin überein, dass die Aufklärung der Ärzteschaft über die Risiken einer Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen erfolgreich ist. Allerdings wird bemängelt, dass die Ursachen, die Schlafstörungen oder Ängsten zugrunde liegen, nicht exploriert oder thematisiert werden. Patientinnen und Patienten fordern dies ein und auch die Ärzteschaft ist sich dessen bewusst. Aus Zeitgründen oder aufgrund mangelnder Alternativbehandlungen oder Kenntnis von regionalen Angeboten bezogen auf Sport- oder Kontaktmöglichkeiten werden individuelle Probleme wie z. B. Einsamkeit nicht vertieft. Der präsentierte Entwurf einer „Entscheidungshilfe“ wurde von Professionellen und Betroffenen positiv aufgenommen. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Ärztinnen und Ärzte eher Faktenwissen weitergeben möchten, während sich die Patientinnen und Patienten mehr emotional berührende und motivierende Ansprache wünschen.

3.2 Teilprojekt 2

Der aktive Einbezug von Patientinnen und Patienten in die medikamentöse Behandlungsplanung kann eine Möglichkeit darstellen, eine potenziell inadäquate oder wenig nutzbringende Medikation zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Die Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) als zentrales Element einer verstärkten Patientenbeteiligung an medizinischen Entscheidungen erfordert von Ärztinnen und Ärzten neben der Bereitschaft zu einer partnerschaftlichen Behandlungsplanung spezifische kommunikative Fähigkeiten. Dabei sind Informationen über Vor- und Nachteile sowie mögliche alternative Behandlungsoptionen für Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung. Zur Verbesserung der Verschreibungspraxis von Benzodiazepinen und Z-Substanzen wurden daher im Teilprojekt 2 die Ziele der Entwicklung und Durchführung ärztlicher Gruppenschulungen und Informationen für Patientinnen und Patienten auf Basis der PEF sowie der Evaluation dieser Maßnahmen und Informationsmaterialien verfolgt. Auch das Teilprojekt 2 unterteilte sich in drei Module. Im ersten Modul (2A) wurde eine ärztliche Schulung zur Risikokommunikation auf Basis der PEF beim Verschreiben von Benzodiazepinen und Z-Substanzen entwickelt. Das Schulungskonzept basierte auf der Vorlage eines bereits bestehenden Manuals zur PEF (Bieber et al. 2007). Zudem wurden verschiedene Patienteninformationen erstellt: Eine lange Version für den Einsatz außerhalb der Konsultation und

zwei kurze Versionen für die Indikationen Schlafprobleme und Angstzustände zur Verwendung im Rahmen einer ärztlichen Konsultation. Die Patienteninformationen vermitteln Wissen über Vor- und Nachteile zum Konsum von Benzodiazepinen und Z-Substanzen und alternative Behandlungsmöglichkeiten bei älteren Menschen.

Im zweiten Modul (2B) wurden von den Ärztekammern Hamburg und Westfalen-Lippe akkreditierte ärztliche Schulungen organisiert und durchgeführt. Insgesamt wurden etwa 1.800 Ärztinnen und Ärzte zu vier Terminen eingeladen. Es konnten letztendlich zwei Schulungen in Hamburg (N=10, N=5) und eine in Münster (N=7) stattfinden.

Im abschließenden Modul 2C wurden die ärztlichen Schulungen mittels eines Post-Follow-Up-Designs im Rahmen einer formativen Evaluation zu Qualität, Kompetenzerweiterung und Umsetzbarkeit von PEF überprüft. Es konnten 20 unmittelbar nach der Schulung ausgefüllte Fragebögen und acht Fragebögen drei Monate nach der Schulung ausgewertet werden. Die Schulung weist aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine hohe Qualität auf. Sie führte zu einer subjektiv eingeschätzten Kompetenzerweiterung für die Gesprächsführung mit älteren Patientinnen und Patienten. Die Anwendbarkeit der PEF-Strategie im klinischen Alltag wurde als möglich und sinnvoll bewertet. Trotz der insgesamt positiven Rückmeldungen und einer vorhandenen Akzeptanz des PEF-Ansatzes sowie Förderung der aktiven Patientenbeteiligung wurden aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte bestimmte Themen nicht ausreichend behandelt wie beispielsweise alternative medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei Schlafproblemen und Angststörungen sowie spezifische Methoden zum Absetzen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen. Die zweite Evaluation des Moduls 2C bezog sich auf die Bewertung der Informationsbroschüre aus Sicht von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf Verständlichkeit der Inhalte, Übersichtlichkeit von Informationen und deren Nützlichkeit. Aufgrund einer sehr niedrigen Rücklaufquote (sechs Patientenfragebögen) konnten keine Gruppenvergleiche, sondern lediglich deskriptive Auswertungen von Daten der Interventionsgruppe vorgenommen werden. Hier zeigte sich, dass die Formulierungen als klar und verständlich eingestuft wurden und die Broschüre nützliche Tipps zum Umgang mit den Beschwerden wie auch für die Vorbereitung auf das Arzt-Patienten-Gespräch enthält.

Es wurde sowohl im Entwicklungsprozess als auch während der Schulung deutlich, dass PEF eine sinnvolle und anwendbare Strategie insbesondere für die Erstverschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Menschen darstellt. Dennoch wurden auch Schwierigkeiten bei der Anwendung erkannt. So fehlt im medizinischen Alltag bei älteren Patientinnen und Patienten zumeist eine klare Indikation für die Verschreibung von BZD und Z-Substanzen, was die Anwendung der PEF erschwert. Neben der Ärzteschulung wurden auch patientenseitige Materialien entwickelt, die indikationsspezifisch auf die Behandlung von Schlafproblemen und Angstzuständen bei älteren Menschen angepasst sind. Die Entscheidungstabellen sind für den Einsatz bei Patienten mit Langzeiteinnahme geeignet, nicht jedoch für Erstverschreibungen. Für die Erstverschreibungen sollten symptomorientierte evidenzbasierte Entscheidungshilfen eingesetzt werden, die alle möglichen Interventionen inklusive der medikamentösen Behandlung mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen beinhalten und ihre Vor- und Nachteile übersichtlich darstellen.

Trotz Akkreditierung durch die Ärztekammern konnten nur wenige Ärztinnen und Ärzte für die Schulungen gewonnen werden. Es kann vermutet werden, dass das kommunikationsspezi-

fische Thema wie PEF beim Verschreiben von Schlaf- und Beruhigungsmitteln auf wenig Interesse bzw. Akzeptanz stößt und dass Ärztinnen und Ärzte mit höherem Schulungsbedarf nicht erreicht wurden. Offen bleibt, welche Anreize in zukünftigen Projekten zielführend sein könnten.

Die Ergebnisse von Modul 2C wurden aufgrund der geringen Teilnahme nur deskriptiv evaluiert. Die Schulung hatte zum Ziel, eine Verbesserung der Risikokommunikation auf Basis der PEF bei Ärztinnen und Ärzten zu erreichen. Dies konnte nach den beobachteten Ergebnissen erreicht werden, dennoch ist die Generalisierbarkeit und Interpretation aufgrund der kleinen Stichprobe kritisch zu betrachten. Aus der Schulung wurde deutlich, dass ein Bedarf an spezifischen Informationen zu alternativen (medikamentösen) Behandlungsoptionen oder bestimmten Handlungsschritten bei schwierigen (älteren) Suchtpatientinnen und -patienten für die Umsetzung der PEF vorhanden ist. Das Eruiere nach persönlichen Informationen wurde als hilfreich für das Erfassen von Bedürfnissen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten wahrgenommen. Dies erleichtert des Weiteren die Entscheidung für oder gegen eine Behandlungsalternative, welche bei älteren Patientinnen und Patienten von großer Relevanz ist, da diese Patientengruppe durch einen schlechten körperlichen und psychischen Allgemeinzustand hochgradig belastet ist. Der PEF-Ansatz ist daher eine Möglichkeit, den leitliniengerechten Einsatz von BZD und Z-Substanzen im geriatrischen Kontext zu verbessern.

Zudem zeigte sich, dass die Patienteninformation die Betroffenen anspricht und die Informationen übersichtlich und klar dargestellt sind. Es lässt sich jedoch eine hohe Unsicherheit bei älteren Patientinnen und Patienten feststellen, die vorgeschlagenen alternativen nicht-medikamentösen Behandlungen auszuprobieren. Eine ähnliche Rückmeldung betrifft das Absetzen der Medikamente. Aus Sicht der Befragten reicht eine Information nicht aus, um die Einnahme von BZD und Z-Substanzen zu verändern.

4. Einleitung

4.1 Hintergrund und Ziele

Die kurzfristig hohe Wirksamkeit von Benzodiazepinen zur Intervention z. B. bei Schlafstörungen und Angstzuständen kann in vielen Fällen dazu führen, dass die Einnahme über die therapeutische Dauer hinaus eigenmächtig oder auch in Abstimmung mit den verschreibenden Ärzten ausgeweitet wird und es so zu einer (schleichenden) Abhängigkeit von diesen Medikamenten kommt. Als Risikogruppen werden hier insbesondere Frauen, ältere Personen sowie Menschen mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen genannt (Holzbach et al. 2010; Verthein et al. 2013). Schätzungen zur Anzahl von Medikamentenabhängigen in Deutschland liegen zwischen 1,4 und 1,9 Millionen, wobei davon auszugehen ist, dass 1,1 bis 1,2 Millionen Menschen von Benzodiazepinen und seinen Derivaten (Z-Substanzen) abhängig sind (Glaeske 2013). Nach dem epidemiologischen Suchtsurvey aus 2012 lassen sich bei jeweils 0,8% Prävalenz bezogen auf die 18- bis 64-Jährigen bundesweit über 400.000 Schlafmittel- sowie noch einmal so viele Beruhigungsmittelabhängige hochrechnen (Pabst et al. 2013) – wobei die Gesamtzahl aufgrund von nicht berichteten Überschneidungen unklar bleibt. Trotz dieser hohen Verbreitung gehört die Medikamentenabhängigkeit zu den in der Suchtforschung sowie der Suchthilfepraxis nachrangigen Themen. Die von einer Medikamentenabhängigkeit Betroffenen nutzen die Angebote des Suchthilfesystems kaum (Soyka et al. 2005; Rösner et al. 2006; Drogenbeauftragte 2013). Im Jahr 2014 waren in Deutschland (wie bereits in den Vorjahren) nur 0,8% der Betreuungen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe auf eine F13-Störung (Sedativa/Hypnotika) zurückzuführen. Unter den in stationären Einrichtungen betreuten Patienten basierten im Jahr 2014 (leicht abnehmend gegenüber den Vorjahren) nur 0,9% der Fälle auf der Hauptdiagnose F13 (Brand et al. 2015).

Ein Problem bei der Abschätzung und Bewertung des Ausmaßes der Medikamentenabhängigkeit besteht darin, dass die für die Verschreibung von psychisch wirksamen Medikamenten besonders relevante Zielgruppe der älteren Menschen ab 65 Jahre in Repräsentativstudien nicht berücksichtigt wird. In vielen Studien, z. B. von Hogan et al. (2003) und Petitjean et al. (2007) sowie, für Deutschland, Holzbach et al. (2010) und Verthein et al. (2013), konnte jedoch gezeigt werden, dass ältere Menschen von missbräuchlichen bzw. abhängigkeitsgefährdenden Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen besonders betroffen sind. Frauen weisen in den meisten Untersuchungen zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit höhere Raten auf. Dabei gewinnen Ergebnisse an Bedeutung, die einen Zusammenhang zwischen Benzodiazepineinnahme und Demenzentwicklung festgestellt haben (Billioti de Gage et al. 2012; Gray et al. 2016). Wenngleich dieser Zusammenhang noch weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen bedarf (Salzman & Shader 2015), zeigen Daten aus dem Barmer Arzneimittelreport von 2013, dass Demenzerkrankten überproportional Benzodiazepine verschrieben werden (Glaeske & Schicktanz 2013). In den S3-Leitlinien wird diesbezüglich besondere Zurückhaltung empfohlen, so sollten Benzodiazepine bei Demenzkranken nur in Ausnahmefällen bzw. bei speziellen Indikationen nur kurzfristig eingesetzt werden (DGPPN & DGN 2009). In der PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen sind Benzodiazepine und Z-Sub-

stanzen mit mittleren Gefährdungswerten zwischen 1,25 (annähernd „sicher potenziell inadäquat“) und 1,33 (annähernd „potenziell inadäquat“) aufgeführt (Holt et al. 2010). Insbesondere das Risiko der Abhängigkeit sei bei dieser Medikamentengruppe besonders zu beachten.

Der aktive Einbezug von Patientinnen und Patienten in die medikamentöse Behandlungsplanung kann eine Möglichkeit darstellen, eine potenziell inadäquate oder wenig nutzbringende Medikation zu vermeiden bzw. zu reduzieren (Ostini et al. 2011; Evans et al. 2005; Légaré et al. 2012). Die PEF als zentrales Element einer verstärkten Patientenbeteiligung erfordert von Ärztinnen und Ärzten neben der Bereitschaft, eine partnerschaftliche Behandlungsplanung gemeinsam mit Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, spezifische kommunikative Fähigkeiten (Härter et al. 2011). Wesentlicher Bestandteil der PEF ist die Vermittlung von Informationen über Vor- und Nachteile sowie möglicher Risiken oder Ungewissheiten, die bei den zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen bestehen. Auf Seiten von Ärztinnen und Ärzten können im Rahmen von Schulungsmaßnahmen PEF-spezifische Gesprächs- und Handlungskompetenzen vermittelt werden. Patientenseitig können als Unterstützung der PEF Entscheidungshilfen bzw. Entscheidungstabellen eingesetzt werden. Diese enthalten eine ausgewogene Darstellung von Informationen über die Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, deren Risiken und Nutzen. Forschungsergebnisse zu Entscheidungshilfen belegen, dass diese zu einer Verringerung von Entscheidungskonflikten, realistischeren Erwartungen an die Therapie und einem Anstieg der Patientenbeteiligung an der Entscheidungsfindung beitragen (Stacey et al. 2014).

Im Rahmen der Überprüfung von verschiedenen PEF-Fortbildungskonzepten für Ärztinnen und Ärzte hat sich insbesondere die Kombination von Patienteninformationen bzw. Entscheidungshilfen für die Konsultation gemeinsam mit Ärzteschulungen am effektivsten erwiesen (Légaré et al. 2012). Der Nutzen einer kombinierten Strategie wird auch durch Studien zur Optimierung des Verschreibungsverhaltens von BZD und Z-Substanzen belegt. Diese zeigen, dass Effekte am ehesten dann erreicht werden, wenn zur Verbesserung der Patientenbeteiligung im Rahmen der Intervention beide Zielgruppen adressiert werden (Dollman et al. 2005; Smith & Tett 2010). Diese kombinierte Strategie wurde auch im Rahmen dieses Teilprojekts umgesetzt.

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts werden in zwei Untersuchungsbereichen bzw. Teilprojekten folgende Ziele verfolgt:

In Teilprojekt 1 geht es um die Identifikation von Ursachen und Gründen der Langzeiteinnahme bzw. des Übergangs zu einem nicht-bestimmungsgemäßen Gebrauchs von Benzodiazepinen und Z-Substanzen. Dabei wird die Sichtweise der Betroffenen ebenso berücksichtigt wie die der Professionellen. Im Teilprojekt 2 geht es um die Konzipierung einer Schulungsmaßnahme für Ärztinnen und Ärzte, welche insbesondere auf die Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen im Sinne der PEF abzielt, sowie die Entwicklung von Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten, um diese besser über Benzodiazepine und Z-Substanzen, deren Risiken und Behandlungsalternativen zu informieren. Ferner erfolgen die Durchführung einer zu entwickelnden Schulung und deren Bewertung aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie eine Bewertung der Informationsmaterialien aus Sicht von Patientinnen und Patienten.

4.2 Projektstruktur

Die Umsetzung der oben genannten Ziele erfolgte in zwei Teilprojekten, die wiederum in jeweils drei Module unterteilt sind.

Teilprojekt 1, Modul 1A:

Mindestens 400 gesetzlich versicherte Patienten sowie mind. 100 privatversicherte bzw. Patienten, die Benzodiazepine/Z-Drugs über Privatrezepte erhalten, sollten schriftlich befragt werden. Dabei wurde nach Einnahmeverhalten (kurz/leitliniengerecht vs. langfristig) und Altersgruppen (50-65 Jahre vs. >65 Jahre) stratifiziert, um die unterschiedlichen Teilgruppen in den statistischen Analysen miteinander zu vergleichen. Der Zugang erfolgte über die AOK Nord-West und über Apotheken im Großraum Hamburg. Neben Fragen z. B. zur Lebenssituation, Rezeptart, zu Medikamenten und deren Wechsel, zum ersten Anlass, zu Gründen und Beschwerden, Wirkungen und Nebenwirkungen sowie zu Absetzversuchen kamen auch standardisierte Instrumente zu psychischen Symptomen, Lebensqualität und Schlafqualität zum Einsatz. Die Auswertungen erfolgen unter Berücksichtigung der genannten Stratifizierung.

Teilprojekt 1, Modul 1B:

Um Hintergründe und Motive auf Seiten von Arzt, Patient und Angehörigen zum nicht-bestimmungsgemäßen BZD-Gebrauch sowie aufrecht erhaltende Bedingungen für Langzeitverschreibung und mögliche Behandlungsalternativen aus verschiedenen Perspektiven zu explorieren, war geplant, qualitative Einzelinterviews mit Ärzten, Patienten und Angehörigen durchzuführen. Die Interviews fokussieren besonders auf den Übergang vom leitliniengerechten zum Langzeitgebrauch von BZD/Z-Drugs. Nach mehreren Versuchen, Angehörige für die Befragungen zu erreichen, konnte dies allerdings nicht umgesetzt werden.

Teilprojekt 1, Modul 1C:

Es fanden vier Fokusgruppeninterviews mit Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten, Apothekerinnen und Apothekern sowie männlichen und weiblichen Pflegekräften statt. Sie dienten der Reflexion der Erkenntnisse aus den Modulen 1A und 1B, die auf Basis von Vorabauswertungen präsentiert und diskutiert wurden. Ferner wurden erste Empfehlungen für den Umgang mit problematischen Verschreibungssituationen und ggf. alternativen Behandlungsmöglichkeiten exploriert. Zudem dienten die Fokusgruppen als „Übergangs-Modul“ für Teilprojekt 2.

Teilprojekt 2, Modul 2A:

Es wurde ein Gruppenschulungskonzept zur Risikokommunikation auf Basis von PEF für Ärztinnen und Ärzte bestehend aus einem theoretischen und praktischen Teil und mit dazugehörigen Schulungsunterlagen entwickelt. Zudem wurden unterstützende Patienteninformationsmaterialien erstellt.

Teilprojekt 2, Modul 2B:

Es wurden mehrere Gruppenschulungen für Ärztinnen und Ärzte zur Risikokommunikation durchgeführt.

Teilprojekt 2, Modul 2C:

Die Bewertung der Schulungen wurde mittels formativer Evaluation im Rahmen eines Post-Follow-up-Designs durchgeführt. Darüber hinaus wurde die lange Version der Patienteninformation in Rahmen einer Pilotstudie mit randomisiert-kontrollierten Design an einer kleinen Stichprobe evaluiert.

4.3 Forschungsstand zum Langzeitgebrauch von Benzodiazepinen und Z-Substanzen

Ältere GKV-Versicherte ab 65 Jahren erhielten im Jahr 2014 55% des gesamten DDD-Volumens aller verschriebenen Arzneimittel; dies entspricht dem 2,5-fachen ihres Versichertenanteils (Schaufler & Telschow 2015). Mit durchschnittlich 3,9 Tagesdosen unterschiedlicher Arzneimittel ist anzunehmen, dass bei vielen älteren Menschen eine Multimedikation besteht. Unter den im Alter häufig verordneten Medikamenten finden sich Benzodiazepine und Z-Substanzen (Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon), mit denen u.a. Schlafstörungen (Insomnien) und Angststörungen behandelt werden. Laut dem Arzneimittelreport von 2015 haben die Z-Substanzen einen Marktanteil von 70% unter den verschriebenen Sedativa und Hypnotika erreicht. Seit Mitte der 90er Jahre, nahm das Verordnungsvolumen (anhand von DDDs) von Benzodiazepinen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen stetig ab. Seit 2010 ist eine leichte Abnahme auch bei den Z-Substanzen zu beobachten (Lose & Müller-Oerlinghausen 2015). Im gleichen Zeitraum stieg jedoch die Verordnung dieser Substanzen auf Privatrezept (bei gesetzlich Versicherten) an (Hoffmann et al. 2006; 2009). Somit ist nicht von einer grundsätzlichen Abnahme der Verschreibungen auszugehen, sondern eher von einer Verschiebung der Verordnungen von Kassen- auf Privatrezepte. Apothekerinnen und Apotheker schätzen, dass in den westlichen Bundesländern ca. die Hälfte und in den neuen Bundesländern etwa drei Viertel aller Z-Substanzen auf Privatrezept verschrieben werden (Hoffmann et al. 2014).

Benzodiazepine und Z-Substanzen sind gut verträglich, initial sehr gut wirksam und werden bei zwei Drittel aller Patienten lediglich für wenige Wochen verordnet (Holzbach et al. 2010). Die Entwicklung einer Abhängigkeit bei einer längeren Einnahme von Benzodiazepinen ist mittlerweile gut belegt, seit Mitte der 1960er Jahren bekannt und schon seit den 1980er Jahren gibt es die Empfehlung, Benzodiazepine nicht länger als vier bis acht Wochen zu verschreiben. Bei älteren Personen steht hier die sogenannte Low-Dose-Abhängigkeit im Vordergrund, bei der die vom Arzt verordnete Dosis über längere Zeit eingenommen wird und zu keiner Dosissteigerung führt. Beim Absetzen dieser verschriebenen Benzodiazepine oder Z-Substanzen kommt es jedoch auch zu den typischen Entzugserscheinungen wie Unruhe, Ängsten und Schlafproblemen bis hin zu Wahrnehmungsstörungen sowie Delirien und Psychosen (Förster & Thomas 2009). Trotz gleichbleibend niedriger Dosierung kann es bei älteren Menschen aufgrund einer verlangsamten Verstoffwechslung zu einem Anstieg der Plasmakonzentration und damit verbunden zu kognitiven Defiziten, Depressionen und Stürzen kommen (Bitar et al. 2014; Wolter-Henseler et al. 1994), die häufig als Symptome des Alterungsprozesses fehlgedeutet werden. Eine gute Übersicht zu Risikofaktoren, den Auswirkungen einer Langzeiteinnahme und möglichen Interventionen bei älteren Menschen findet sich bei Airagnes et al. (2016). Eine der häufigsten Nebenwirkungen von Benzodiazepinen ist die durch die muskelentspannende Wirkung bedingte Gangunsicherheit und damit verbunden die zunehmende Gefahr von Stürzen, die besonders bei älteren Menschen gravierende Auswirkungen haben können. Aufgrund von Sturzfolgen oder der Angst vor weiteren Stürzen besteht die Gefahr, dass gestürzte ältere Personen zunehmend inaktiver werden. Eine Längsschnittstudie an 2.407 Personen über 65 Jahren belegte, dass neben der Einnahme von Betablockern, Antidepressiva und Antiarrhythmika, Benzodiazepine mit einem erhöhten Sturzrisiko verbunden sind (Ham et al. 2014). Insbesondere die Einnahme lang wirksamer Benzodiazepine beinhaltet ein erhöhtes Sturzrisiko (Rossat et al. 2011; Softic et al. 2013).

Kognitive Beeinträchtigungen durch die Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen wurden in vielen Studien und vor allem bei Älteren nachgewiesen (Übersicht bei Wolter 2011). Die Metaanalyse von Barker et al. (2004) zeigte bei einer Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen Beeinträchtigungen in vielen verschiedenen kognitiven Funktionsbereichen (z. B. Gedächtnis, schlussfolgerndes Denken, Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung) mit mittleren bis großen Effektstärken, so dass von einem generalisierten Effekt auf die Kognition ausgegangen werden muss. Besonders Männer scheinen stärker von diesen Nebenwirkungen der Benzodiazepineinnahme betroffen zu sein. Nach Absetzen der Medikation tritt eine Besserung der kognitiven Leistungsfähigkeit nur sehr langsam ein und erreicht u. U. auch nach Monaten noch nicht das Niveau der Kontrollgruppen. Die von Benzodiazepinen verursachten kognitiven Einbußen können das Ausmaß einer Pseudodemenz annehmen, mit fatalen Auswirkungen für die betroffenen älteren Menschen, die von einer unnötigen Verschreibung weiterer Medikamente bis hin zur Heimeinweisung reichen können.

Interviews mit 17 älteren Patienten aus einer in Australien durchgeführten Studie verdeutlichen eine Verschreibungspraxis, die in eine Langzeitbehandlung mit Benzodiazepinen münden kann (Williams et al. 2016). Benzodiazepine werden häufig in Zeiten starker psychischer oder körperlicher Belastungssituationen verschrieben, die von Schlafproblemen begleitet sind. Eine Weiterführung der Medikation führt, verbunden mit einer mangelnden Aufklärung über die Nebenwirkungen und eine mögliche Abhängigkeitsentwicklung, zu einer anhaltenden Nachfrage auf Seiten der Patientinnen und Patienten. Der Wunsch nach einer Fortführung der Medikation lässt sich gut durch den Wirkverlust erklären. Der Organismus reagiert auf eine längere Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen mit einer Toleranzentwicklung; es erfolgt eine Gegenregulierung des Körpers, die nur mit einer Dosissteigerung ausgeglichen werden kann. Wird die ärztlicherseits angeordnete Dosis nicht gesteigert, was auf ältere Menschen in der Regel zutrifft, treten Entzugssymptome auf, die von den primären Einnahmegründen häufig nicht zu unterscheiden sind, jedoch durch die fortgeführte Einnahme der Medikamente gemildert bzw. ausgeglichen werden können (Holzbach 2010).

Aufgrund multipler komorbider Beschwerden der Patientinnen und Patienten und knapper zeitlicher Ressourcen der Behandelnden werden Folgerezepte ausgestellt. Absetzversuche werden in der Regel nicht angedacht, da die Ärztinnen und Ärzte sie für zu zeitintensiv und sinnlos empfinden (Cook et al. 2007). Dabei wird die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, einen Absetzversuch zu unternehmen, von den Behandlern zumeist unterschätzt (Morrice & Iliffe 1992; Cook et al. 2007). Diese sinkt jedoch mit jedem abrupten, unbegleiteten und letztlich erfolglosen Versuch. Gleichwohl zeigen Studien, dass bei älteren Patientinnen und Patienten ebenso wie bei jüngeren Menschen Benzodiazepine erfolgreich entzogen werden können (Cormack et al. 1994), jedoch sollte eine Abdosierung langsam und auf der Basis einer guten Arzt-Patient-Beziehung erfolgen. Eine bevölkerungsbasierte, prospektive Studie stellt fest, dass die Einnahme von Benzodiazepinen mit einem erhöhten Risiko von Einschränkungen in den Bereichen Mobilität, Teilnahme und Aktivitäten des täglichen Lebens verbunden ist, unabhängig von der Verschreibungsindikation (Carrière et al. 2015). Da die Langzeiteinnahme mit einem Mangel an körperlich und geistig stimulierender Freizeitbeschäftigung verbunden ist (Bazin et al. 2012), ist möglicherweise eine Aktivierung von Patientinnen und Patienten notwendig.

4.4 Forschungsstand zur Patientenbeteiligung an medizinischen Entscheidungen unter besonderer Berücksichtigung der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)

Zunehmend mehr Patientinnen und Patienten wünschen sich einen aktiven Einbezug in die Behandlungsplanung und Entscheidungsfindung (Légaré et al. 2014). Ein systematisches Review von Chewning und Kollegen (2012) zeigt, dass in 71% der einbezogenen Studien, die nach 2000 veröffentlicht wurden, die Mehrheit der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess bevorzugte. In Studien, die vor 2000 veröffentlicht wurden, konnte dies nur in 50% der Fälle bestätigt werden (Chewning et al. 2012).

Die Arzt-Patienten-Kommunikation spielt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle. Eine gezielte Verbesserung der Kommunikation könnte den Forderungen der Patientinnen und Patienten nach aktivem Einbezug und verstärkter Aufklärung gerecht werden. Das Konzept der PEF ist eine Möglichkeit, kommunikative Prozesse zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten entsprechend zu verbessern (Charles et al. 1997). Die PEF ist dem übergeordneten Konzept der Patientenzentrierung zuzuordnen und beschreibt einen Entscheidungsprozess in den Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten gleichermaßen einbezogen werden (Elwyn et al. 2014; Barry & Edgman-Levitan 2012). Forschungsergebnisse zeigen, dass die Umsetzung des Konzepts mit verschiedenen positiven Effekten einhergeht. So wird u. a. das Wissen der Patientinnen und Patienten gesteigert, Patientinnen und Patienten haben realistischere Erwartungen in Bezug auf die Erkrankung (Loh et al. 2007), sind zufriedener mit der Behandlungsentscheidung und zeigen eine bessere Adhärenz (Joosten et al. 2008). Trotz der zahlreichen positiven Effekte der PEF ist das Konzept in der Routineversorgung bisher unzureichend implementiert (Elwyn et al. 2013). Um die Implementierung zu fördern, wurden deshalb in den letzten Jahren verschiedene Strategien entwickelt. Studien haben gezeigt, dass Trainings für Ärztinnen und Ärzte zur Verbesserung der Umsetzung einer PEF beitragen können (Bieber et al. 2009; Edwards et al. 2004).

Eine Strategie, die auf Seiten der Patientinnen und Patienten ansetzt, ist die Entwicklung und der Einsatz von unterstützendem Material, sogenannten Entscheidungshilfen oder Entscheidungstafeln. Entscheidungshilfen dienen Patientinnen und Patienten dazu, objektiv über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und deren Vor- und Nachteile informiert zu werden und unterstützen damit den aktiven Einbezug der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsplanung. Der Einsatz solcher Materialien in unterschiedlichen Settings unterstützt die PEF und führt daher zu oben genannten positiven patientenrelevanten Outcomes (Stacey et al. 2014; Légaré et al. 2014). In den letzten Jahren wurden zudem stark komprimierte Entscheidungshilfen (Entscheidungstafeln) entwickelt. Die Entscheidungstafeln fassen die wichtigsten Wirkungen und Nebenwirkungen auf einer Textseite zusammen bzw. beantworten die wichtigsten Fragen bezüglich verschiedener Behandlungsoptionen (Elwyn et al. 2013). Die kurzen Entscheidungshilfen können im Rahmen der Konsultation eingesetzt werden.

Auch die Zielgruppe der häufig älteren Patientinnen und Patienten, die BZD oder Z-Substanzen einnehmen, geben an, dass diese sich häufig unzureichend informiert fühlen. Qualitative Studien zeigen auf, dass Patientinnen und Patienten die mangelnde Aufklärung über Risiken der Langzeiteinnahme und alternative Behandlungsmöglichkeiten kritisieren (Anthierens et al. 2007a; Parr et al. 2006). Auch Ärztinnen und Ärzte räumen ein, dass sie teilweise Schwierigkeiten im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Schlafproblemen und Angststörungen haben und über unzureichende Erfahrung im Umgang mit psychosomatischen Erkrankungen

und effektiven Behandlungsstrategien verfügen (Anthierens et al. 2007b; Parr et al. 2006; Subelj et al. 2010).

Erste Studien zu Entscheidungshilfen bezüglich des Gebrauchs von BZD und Z-Substanzen bei älteren Patientinnen und Patienten zeigen entsprechend positive Effekte. So untersuchten Tannenbaum et al. (2014) den Effekt einer Informationsbroschüre im Rahmen einer randomisierten Studie mit dem Ergebnis, dass 27% der Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe nach sechs Monaten die BZD-Einnahme beendet hatten, im Vergleich zu 5% in der Kontrollgruppe. Die Forscherinnen und Forscher schlussfolgerten, dass eine evidenzbasierte Informationsbroschüre eine sichere und effektive Methode ist, um das Einnahmeverhalten positiv zu beeinflussen.

Somit erscheinen Strategien für eine Verbesserung der Patientenbeteiligung, wie z. B. durch eine Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten auf Seiten von Ärztinnen und Ärzten oder eine Verbesserung der Informiertheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten, auch in Bezug auf eine Vermeidung bzw. Reduktion des Gebrauchs von BZD und Z-Substanzen sinnvoll (Powell et al. 2013).

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Zur Erreichung der unter Abschnitt 4.1 formulierten Zielsetzungen wurde für beide Teilprojekte ein modulares Studiendesign entwickelt. Das Teilprojekt 1 zur Untersuchung der Ursachen, Gründe und Begleitumstände der nicht-bestimmungsgemäßen bzw. Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen unterteilt sich in drei Module, bei denen sowohl quantitative als auch qualitative Methoden zur Anwendung kommen. Auch Teilprojekt 2 gliedert sich in drei Module. Diese beinhalten die Vorbereitung, Durchführung und Evaluation der Schulungen sowie die Durchführung der Risikokommunikation zwischen Ärzten und Patienten.

Die Teilprojekte 1 und 2 wurden sukzessiv geplant und greifen insofern ineinander, als dass die Erkenntnisse aus Teilprojekt 1 in das zweite Teilprojekt einfließen. Ferner diente Modul 1C als Übergangsmodule, indem hier auch die Bedarfe auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten für die Ausgestaltung des Risikokommunikationsprozesses ermittelt wurden.

5.1 Operationalisierung der Ziele

Die Ziele wurden entlang der modulspezifischen Fragestellungen in den beiden Teilprojekten und der Verwendung der jeweiligen Methodik operationalisiert.

5.1.1 *Teilprojekt 1*

Operationalisierung der Zielsetzung, Modul 1A:

Die Identifikation und Stratifizierung von Krankenkassen-Patienten mit und ohne BZD-Langzeiteinnahme wurde unter 4.000 Patientinnen und Patienten der AOK-NordWest nach Altersgruppe (50-65; >65 Jahre) und Einnahmeverhalten (kurz; lang) vorgenommen. Der Einbezug von Patientinnen und Patienten mit BZD-Privatverschreibungen erfolgte über Apotheken. Auf diese Weise konnten Betroffene mit und ohne BZD-Langzeiteinnahme erreicht werden. BZD-Langzeiteinnahmern werden mit leitliniengerechten BZD-Einnahmern hinsichtlich Patientencharakteristika, Ursachen, Gründen, Umständen, Wirkungen, psychischer Symptomatik und gesundheitlichen Faktoren verglichen.

Operationalisierung der Zielsetzung, Modul 1B:

Um vertiefende Erkenntnisse zu Hintergründen, Motiven, dem Übergang zum Langzeitgebrauch, aufrechterhaltende Bedingungen sowie möglich Behandlungsalternativen zu gewinnen, sollten jeweils drei bis vier Ärztinnen oder Ärzte und Patientinnen oder Patienten sowie Angehörige der Patienten qualitativ interviewt werden. Die Auswertung der Einzelinterviews erfolgt getrennt pro Perspektive hinsichtlich Motive und Übergangssituationen zum Langzeitgebrauch.

Operationalisierung der Zielsetzung, Modul 1C:

Modul 1C diente der Reflexion der Erkenntnisse aus den Modulen 1A und 1B sowie der Diskussion von Empfehlungen für Umgang mit problematischen Verschreibungssituationen. Ferner ging es im Rahmen des Übergangs zum Teilprojekt 2 um die Klärung der Bedarfe für Risikokommunikation. Es wurden vier Fokusgruppendifkussionen mit je 6-8 Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten, Pflegekräften und Apothekerinnen bzw. Apothekern durchgeführt. Die Auswertung der Fokusgruppen umfasste eine Sammlung der Bedarfe von Ärztinnen und

Ärzten sowie Patientinnen und Patienten als Ausgangspunkt für die Erarbeitung der Materialien für die Schulung der Partizipativen Entscheidungsprozesse (Teilprojekt 2).

5.1.2 *Teilprojekt 2*

Operationalisierung der Zielsetzung, Modul 2A:

Um das Gruppenschulungskonzept zu entwickeln, wurde auf ein bereits bestehendes PEF-Manual zurückgegriffen. Ergänzend wurden für Patientinnen und Patienten zwei verschiedene Arten von Informationsmaterialien erstellt. Die Entwicklung der Patienteninformationen wurde durch gewonnene Erkenntnisse aus dem Teilprojekt 1 unterstützt.

Operationalisierung der Zielsetzung, Modul 2B:

Der Zugang zu potentiellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die vier geplanten Schulungstermine erfolgte über Adresslisten von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen der Ärztekammern in Hamburg und Westfalen-Lippe (die Auswahl der jeweils anvisierten Stichprobengröße erfolgte über eine zufällige Auswahl aus diesen Listen) sowie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Hamburg, die im Rahmen der vorangegangenen Projektschritte bereits beteiligt waren. Die Schulungen dienten der Vermittlung von spezifischen kommunikativen Kompetenzen (Risikokommunikation, PEF).

Operationalisierung der Zielsetzung, Modul 2C:

Die Evaluation der Schulungen zielte auf die Bereiche Qualität der Schulung und Kompetenzerweiterung ab. Zusätzlich wurde die PEF als Kommunikationskonzept im Hinblick auf dessen Eignung für die Behandlungsplanung von älteren Patientinnen und Patienten bei einer potentiellen BZD-Verschreibung bewertet. Die entwickelte Langversion der Patienteninformation wurde hinsichtlich Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und Nützlichkeit geprüft.

5.2 **Datenerhebungen**

5.2.1 *Teilprojekt 1*

Das Teilprojekt 1 geht der Frage zu Ursachen und Bedingungen der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Menschen nach. Die Erhebungen erfolgten im Modul 1A mittels schriftlicher Fragebögen, in den Modulen 1B und 1C wurden die Interviews und Gespräche aufgezeichnet und transkribiert.

Modul 1A: Schriftliche Befragung von Patientinnen und Patienten:

Mindestens 400 gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten sowie mind. 100 privatversicherte bzw. Personen, die Benzodiazepine/Z-Substanzen über Privatrezepte erhalten, sollten schriftlich befragt werden. Dabei wurde nach Einnahmeverhalten und Altersgruppen stratifiziert, um die unterschiedlichen Teilgruppen in den statistischen Analysen miteinander zu vergleichen. Dies folgte der Hypothese, dass die Ursachen, Symptome, Motive und Begleitumstände zwischen Langzeiteinnehmern und leitliniengerechten Einnehmern unterschiedlich sind. Eine Gruppengröße von jeweils $N=100$ ist ausreichend um kleine bis mittlere Effektstärken bei stetig verteilten Merkmalen ($d \geq .30$, $\alpha=0,05$, Power=80%) sowie mittlere Effekte bei Differenzen relativer Häufigkeiten (Diff. $\geq 20\%$, OR $\geq 2,3$) als statistisch signifikant nachzuweisen. Der Zugang erfolgte über die AOK NordWest (Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein) und über

Apotheken im Großraum Hamburg. Es wurde kein regional repräsentativer Ansatz verfolgt, sondern selektiv vorgegangen, um die betroffenen Patientengruppen vorrangig zu erreichen.

1. Patientenbefragung über die AOK NordWest:

- Stratifizierung der Patientengruppen nach Einnahmeverhalten: 200 Patienten mit aktueller oder bezogen auf das Einnahmeende höchstens ein Jahr zurückliegender, maximal fünf Jahre andauernder (nicht-bestimmungsgemäßer) Langzeiteinnahme, 200 Patienten mit (bezogen auf das Einnahmeende höchstens ein Jahr zurückliegender) leitliniengerechter Verschreibung.
- Stratifizierung der Patientengruppen nach Alter: 2 x 100 Patienten von 50-65 Jahren, 2 x 100 Patienten >65 Jahre.

Durch die Begrenzung auf max. fünf Jahre Einnahmedauer sollte das Risiko reduziert werden, dass sich die Patienten nicht mehr ausreichend an Ursachen und Begleitumstände insbesondere zu Beginn der Einnahme und des Übergangs zum nicht-bestimmungsgemäßen Gebrauch erinnern. Auch bei Patienten mit leitliniengerechter Einnahme sollte diese nicht zu lange zurückliegen, damit Erinnerungsprobleme die Datenqualität nicht beeinträchtigen. Die Verordnung der Medikamente, sei es leitliniengerecht oder leitlinienabweichend, musste in jedem Fall im zurückliegenden Ein-Jahres-Zeitraum stattgefunden haben. Durch die Methode der Altersstratifizierung sollte ermöglicht werden, spezifische Ursachen, Symptome und Begleitumstände aufzudecken, die bei älteren Menschen in besonderem Maße mit der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Drugs zusammenhängen dürften. Untersuchungen zeigen, dass ein großer Teil der älteren Langzeitanwender von Benzodiazepinen bereits vor dem 65. Lebensjahr mit der Einnahme begonnen hat (z. B. Verthein et al. 2013), sodass entsprechende Interventionen bezogen auf das Lebensalter nicht zu spät einsetzen dürfen.

Die AOK NordWest hat 1,4 Millionen Versicherte. Nach Berechnungen aus GKV-Daten war davon auszugehen, dass etwa 5% der Versicherten innerhalb eines Jahres BZD/Z-Substanzen verschrieben werden, mindestens 16% unter ihnen in leitlinienabweichender bzw. nicht-bestimmungsgemäßer Form, wobei ältere Menschen überrepräsentiert sind (Verthein et al. 2013). Somit kamen mindestens 11.000 AOK-Versicherte als Zielgruppe der Langzeiteinnehmer in Frage, die Population der leitliniengerechten Einnehmer dürfte bei mindestens 44.000 Personen liegen. Nach Erfahrungen der AOK konnte mit einem Rücklauf von etwa 10% gerechnet werden, so dass 4 x 1.000 Patienten (nach der o. g. Stratifizierung) angeschrieben wurden, mit der Bitte, den beiliegenden Fragebogen (s. u.) ausgefüllt an das ZIS zurück zu senden. Dem Anschreiben wurde ein frankierter Rückumschlag beigelegt. Nach anfänglichen Überlegungen, Ausfüllanreize in Form eines Gewinnspiels o. ä. zu schaffen, wurde in Diskussionen mit den Kolleginnen und Kollegen der AOK NordWest insbesondere aufgrund möglicher Probleme mit der Aufrechterhaltung der Anonymität der Befragten darauf verzichtet.

2. Patientenbefragung über die Apotheken:

Um auch gezielt Patientinnen und Patienten einzubeziehen, die Benzodiazepine/Z-Substanzen über Privatrezepte erhalten – und damit eine weitere Gruppe mit (potentiell) leitlinienabweichenden Verordnungen zu erreichen –, wurden diese in Apotheken von den dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern direkt angesprochen, an der Befragung teilzunehmen. Auf diese Weise sollten noch weitere 100 Personen erreicht werden, die aktuell Benzodiazepine oder Z-Substanzen einnehmen. Mit Unterstützung der Apothekerkammer Hamburg, die entsprechende

Mitteilungen und Ankündigungen im Apothekerblatt bzw. Kammer-Rundschreiben veröffentlichte, wurden interessierte Apothekerinnen und Apotheker zu einer Studienveranstaltung (deren Teilnahme mit entsprechenden Fortbildungspunkten honoriert wurde) eingeladen. Bei ca. 430 Apotheken in Hamburg war nach Erfahrungen der Apothekerkammer mit etwa 80 Beteiligten zu rechnen. Auf dieser Veranstaltung wurde darüber hinaus die Beteiligung einzelner interessierter Apotheker im Rahmen des Modul 1C angesprochen (s. u.). Zudem wurden im Nachgang der Veranstaltung noch einmal alle Hamburger Apotheken über die Apothekerkammer Hamburg angeschrieben und über die Studie informiert.

22 Apothekerinnen und Apotheker sind bei der Studienveranstaltung erschienen. Über weitere Rekrutierungsbemühungen konnten schließlich insgesamt 16 Apotheken aus dem Großraum Hamburg für die Projektarbeit gewonnen werden (wobei in einer Apotheke letztlich keine Patientinnen oder Patienten rekrutiert werden konnten).

Die sich an der Studie beteiligenden Apotheken wurden nach vorheriger Absprache vom Studienteam aufgesucht und die Unterlagen in entsprechender Anzahl von Privatverschreibungen betroffener Kunden übergeben. Die Patientinnen und Patienten erhielten vom Apothekenpersonal den Fragebogen mit einem portofreien Rückumschlag. Auch hier wurde nach Diskussionen mit der Apothekerkammer und einzelnen interessierten Apothekern auf einen als Ausfüllanreiz gedachten 5-Euro-Einkaufsgutschein für Artikel derselben Apotheke verzichtet, da aufgrund der über Privatrezepte zu erhaltenen Medikation eine Art Wettbewerbsverzerrung entstanden wäre. Die bei der Projektplanung bestehende Erwartung, dass sich ca. 20 Apotheken zur Studienbeteiligung bereit erklären, wurde somit nicht ganz erfüllt. Es wurde von einer Überrekrutierungsrate von 50% ausgegangen, so dass mind. 150 Patientinnen und Patienten hätten angesprochen werden müssen.

Fragebogeninhalte:

Der Fragebogen für die Patienten sollte (auch in Anbetracht des z. T. höheren Alters) nicht zu lang ausfallen und konnte auf neun Seiten begrenzt werden. Neben Fragen zur Soziodemografie und Lebenssituation, Rezeptart, zu Medikamenten und deren Dosis, zu Einnahme-Gründen und Beschwerden (Symptome und vom Arzt genannte Störung), Wirkungen und Nebenwirkungen sowie zu Absetzversuchen bzw. Unterbrechungen kamen auch standardisierte Instrumente zum Einsatz. Letztere wurden danach ausgewählt, dass sie als besonders kurz gehaltene Skalen gut in den Fragebogen zu integrieren waren und dennoch ausreichend zuverlässige und valide Ergebnisse erwarten ließen. Es handelt sich um folgende Instrumente, die etwa 50% des Erhebungsinventars ausmachen: *Kurzfragebogen für Medikamentenmissbrauch* (Watzl et al. 1991), Alkoholkonsum *AUDIT-C* (Bush et al. 1998), Gesundheitsbezogene Lebensqualität *SF-12* (Morfeld et al. 2011), *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI-kurz) (Buysse et al. 1989, Deutsche Version: Riemann & Backhaus 1996), Depressivität *PHQ-9* (Löwe et al. 2002) sowie Generalisierte Angst *GAD-7* (Spitzer et al. 2006). Auch körperliche Erkrankungen wurden anhand einer standardisierten Kurzform erhoben. Schließlich wurde mittels des *Beliefs about Medicines Questionnaire BMQ* (Horne et al. 1999; deutsche Version: Opitz et al. 2008; Mahler et al. 2010) das subjektive medikamentenbezogene Behandlungskonzept, unterteilt nach der empfundenen Notwendigkeit und mit der Medikation im Zusammenhang stehenden Befürchtungen, von den Patienten erfragt.

Es ist bekannt, dass Frauen von BZD-Langzeiteinnahme, insbesondere in höherem Alter, vermehrt betroffen sind (siehe oben), so dass im rekrutierten Sample ein entsprechendes Geschlechterverhältnis von 2:1 bis 3:1 erwartet wurde. In der geschlechtsspezifischen Auswertung werden die beiden Stichproben (KK-Sample und Privatversicherte) zusammengefasst, so dass sich hinsichtlich der angestrebten Stratifizierung Dysbalancen ergeben können, wobei die o. g. Untergrenzen aber nicht unterschritten werden.

Modul 1B: Qualitative, strukturierte Einzel-Interviews mit Ärzten und Patienten

Um Hintergründe und Motive auf Seiten von Arzt, Patient und Angehörigen sowie aufrecht erhaltende Bedingungen für Langzeitverschreibung und ggf. mögliche Behandlungsalternativen aus verschiedenen Perspektiven zu explorieren, wurden vertiefende qualitative Einzelinterviews durchgeführt. Hierfür wurden vier Ärztinnen und Ärzten gewonnen. Die Interviews fokussierten besonders auf den Übergang vom leitliniengerechten zum Langzeitgebrauch von BZD/Z-Substanzen.

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten sollte über ausgewählte Ärztinnen und Ärzte, die selbst ihre Bereitschaft zur Interviewteilnahme erklärt hatten, erfolgen. Zudem wurde angestrebt, dass vom Arzt Fälle eingebracht werden, bei denen sowohl Patienten als auch Angehörige mitwirkten. Wenngleich mehrfach versucht wurde, Patientinnen oder Patienten mit Sedativa/Hypnotika-Langzeitgebrauch und deren Angehörige zu rekrutieren, indem sie vom betreuenden Arzt direkt angesprochen wurden, konnten letztlich keine Angehörigen für vertiefende Interviews gewonnen werden. Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden letztlich ausschließlich über die Apotheken gewonnen.

Das Apothekenpersonal informierte ausgewählte Patientinnen oder Patienten. Diese konnten sich für eine persönliche Terminvereinbarung mit dem Interviewer in Verbindung setzen. Vor Beginn des Interviews wurde die schriftliche Einwilligung zur Durchführung sowie zur Aufzeichnung des Gesprächs erhoben. Es konnten drei Patientinnen bzw. Patienten für ein vertiefendes Interview gewonnen werden.

Die Interviews zielten darauf, die Thematik der Motive der BZD-Langzeiteinnahme eingehend zu erörtern und nachzuvollziehen. Im Mittelpunkt der Gespräche stand der (zeitlich meistens schon länger zurückliegende) Übergang zur nicht-bestimmungsgemäßen Dauereinnahme.

Modul 1C: Fokusgruppen-Interviews im Anschluss an Module 1A und 1B mit Ärzten, Apothekern, Patienten und Pflegekräften

Vier Fokusgruppen-Interviews mit jeweils 6-8 Beteiligten wurden nach Abschluss der Module 1A und 1B durchgeführt. Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker wurden über die Ärzte- bzw. Apothekerkammern angeschrieben und daraufhin von der Projektleitung direkt angesprochen. Die Gruppen bestanden aus sieben Ärztinnen (5) und Ärzten (2) (Hausärzte/Allgemeinmediziner und Psychiater/Nervenärzte), acht Patientinnen (5) und Patienten (3) mit BZD-Langzeiteinnahme, sieben weiblichen Pflegekräften (ambulant und stationär) sowie sechs Apothekerinnen. Die Fokusgruppen dauerten jeweils etwa zwei Stunden. Ärzte, Apotheker und Pflegepersonal erhielten eine ihrer Ausfallzeit entsprechende Aufwandsentschädigung.

Das Pflegepersonal rekrutierte sich aus ambulanten Pflegediensten und ausgewählten Pflegeheimen. Die Patientinnen und Patienten wurden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten angesprochen, an der Gruppe teilzunehmen.¹

Die Fokusgruppen dienten zunächst der Reflexion der Erkenntnisse aus den Modulen 1A und 1B, die auf Basis von Vorabauswertungen präsentiert und diskutiert wurden. Ferner wurden erste Empfehlungen für den Umgang mit problematischen Verschreibungssituationen und ggf. alternativen Behandlungsmöglichkeiten exploriert. Ein Schwerpunkt der Diskussion lag auch auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede einerseits in Bezug auf Risikofaktoren für einen nicht-bestimmungsgemäßen Gebrauch von Benzodiazepinen/Z-Drugs sowie andererseits auf mögliche Unterschiede hinsichtlich relevanter Informationen und Entscheidungskriterien. Bisher mangelte es an Untersuchungen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Erstellung von Entscheidungshilfen. Durch eine vertiefende Diskussion in den Fokusgruppen sollte die Notwendigkeit einer Entwicklung geschlechtsspezifischer Schulungs- und Informationsmaterialien abgeschätzt werden. Wenngleich bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen angestrebt wurde, beide Geschlechter einzubeziehen, konnten in der Gruppe der Pflegekräfte und der der Apotheker nur Frauen für die Teilnahme gewonnen werden (s. o.).

Die Fokusgruppen dienten zudem als eine Art „Übergangs-Modul“ zum Teilprojekt 2. Die strukturierten Fokusgruppeninterviews wurden anhand eines thematischen Rasters ausgewertet (s. u.). In der Diskussion mit Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten ging es auch um die Klärung der Bedarfe für eine erfolgreiche Risikokommunikation. Dabei sollten erste Entwürfe der Informationsmaterialien sowie Unterlagen für die Ärzteschulungen und die Durchführung partizipativer Entscheidungsprozesse diskutiert werden.

5.2.2 Teilprojekt 2

In diesem Abschnitt wird lediglich auf die Erhebung der Daten für das Modul 2C zur Evaluation der Schulungen und der Patienteninformation eingegangen. Modul 2A bezog sich auf die Konzeption der Schulung und die Entwicklung von Informationen für Patientinnen und Patienten. Dabei wurden keine Daten erhoben und ausgewertet. Im Modul 2B wurde die Durchführung der ärztlichen Schulungen fokussiert, bei der die Vermittlung von spezifischen kommunikativen Kompetenzen im Vordergrund stand. Die Evaluation der ärztlichen Schulung sowie die Bewertung der Patienteninformation aus Sicht von Patientinnen und Patienten erfolgten im folgenden Modul 2C.

1. Evaluation der Schulungen aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten

Zur Evaluation der ärztlichen Schulungen wurde ein Post-Follow-up-Design gewählt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Schulung wurden unmittelbar nach der Schulung (Post, T₁) und drei Monate später (Follow-up, FU) schriftlich befragt. Hierfür wurde ein vom Projektteam entwickelter Fragebogen eingesetzt. Zur Entwicklung des Fragebogens wurde in einem ersten Schritt eine Literaturrecherche zu relevanten Messinstrumenten und Skalen durchgeführt. Identifiziert wurden mehrere deutschsprachige Studien mit einer vergleichbaren Thematik bzgl. einer PEF-Schulung mit Ärztinnen und Ärzten aus verschiedenen Bereichen (Bieber et al. 2009,

¹ Sowohl bei den beteiligten Ärztinnen und Ärzten als auch bei den Patientinnen und Patienten handelte es sich um andere Personen, als jene, die vorher an den Einzelinterviews teilnahmen.

Tinsel et al. 2013, Härter 2015). Diese wurden im Projektteam diskutiert, positiv bewertete Fragen und Skalen wurden adaptiert und anschließend in dem Fragebogen zusammengeführt. Der resultierende Fragebogen beinhaltete größtenteils quantitative Items und wurde durch drei offene, qualitative Fragen ergänzt.

Der resultierende Fragebogen erfasste folgende Bereiche/Variablen:

Soziodemographie: Sechs Fragen erfassten wichtige demographische Eigenschaften der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Es wurde neben Alter und Geschlecht auch die Fachrichtung und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit erfasst.

Allgemeine Zufriedenheit: Zwei Fragen erfassten die Zufriedenheit mit der Schulung, d. h. ob sich die Teilnahme gelohnt hat und ob sie die Schulung ihren Kolleginnen und Kollegen weiterempfehlen würden. Hohe Werte entsprechen einem hohen Ausmaß an Zufriedenheit. Die Fragen konnten auf einer fünfstufigen Skala von „sehr zufrieden/sehr empfehlenswert“ bis „überhaupt nicht zufrieden/nicht empfehlenswert“ beantwortet werden.

Qualität der Schulung: In Anlehnung an die Messung der Qualität der PEF-Schulung in der Studie von Bieber et al. (2009) wurden neun Fragen entwickelt. Die Fragen zielten auf die inhaltlichen Bausteine der Schulung (z. B. fachlicher Gewinn), deren Organisation und andere Durchführungsfaktoren (z. B. Arbeitsatmosphäre, fachliche Kompetenz der Fortbilder) ab. Die Fragen konnten auf einer fünf- bzw. sechsstufigen Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft absolut zu“ beantwortet werden.

Kompetenzerweiterung: Es wurden sechs Fragen hinsichtlich der Erweiterung eigener Kommunikationskompetenzen im Umgang mit älteren Patientinnen und Patienten entwickelt. Weiterhin wurden die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gefragt, ob sie in der Schulung Neues gelernt hatten. Die Fragen konnten auf einer fünfstufigen Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft absolut zu“ bewertet werden.

Partizipative Entscheidungsfindung: Um die Akzeptanz und praktischer Anwendung von PEF zu erfassen, wurden drei Items zu T₁ erhoben. Weiterhin wurden die zur Unterstützung des PEF-Verfahrens entwickelten Materialien beurteilt. Hierzu wurden drei Fragen entwickelt, die die Einsatzbereitschaft in der Praxis erfassen sowie eine Bewertung der Materialinhalte ermöglichen.

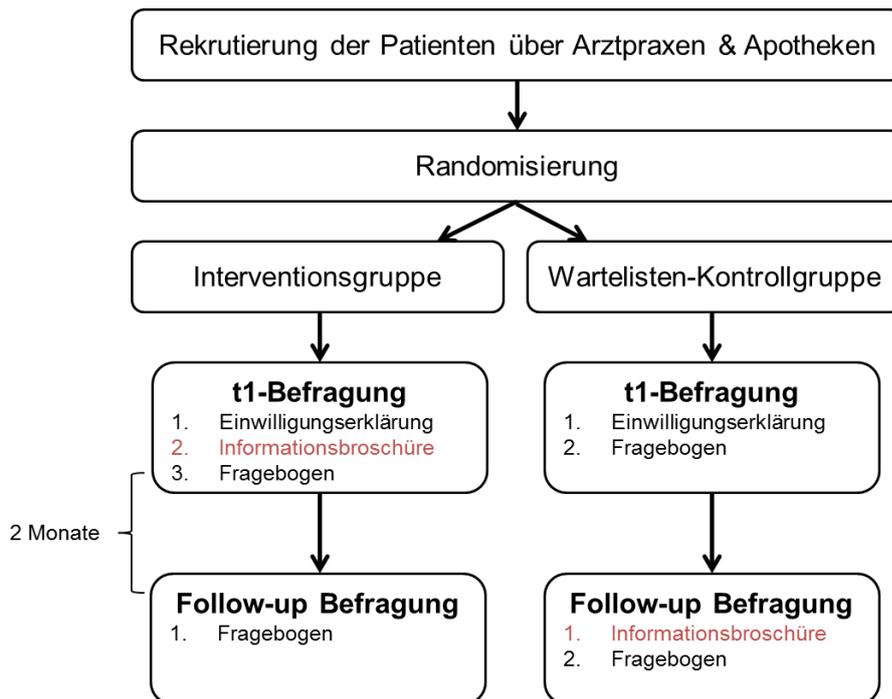
Die Follow-up-Befragung wurde ergänzt um Fragen zur Anwendung der erlernten PEF-Strategien, wie beispielsweise des subjektiv erlebten Nutzens sowie möglicher Hindernisse bei der Umsetzung. Der Fragebogen wurde um insgesamt zwölf Items erweitert. Dabei wurde nach der konkreten Umsetzung von PEF und nach sich dabei ergebenden Vorteilen, aber auch nach im Patientengespräch auftretenden Hindernissen gefragt. Die Fragen konnten auf einer fünfstufigen Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft absolut zu“ bewertet werden.

2. Evaluation der Patienteninformationsmaterialien aus Sicht von Patientinnen und Patienten

Die Langversion der Patienteninformation wurde aus Sicht von betroffenen Patientinnen und Patienten evaluiert. Hierfür wurde eine Pilotstudie mit randomisiert kontrolliertem Design mit kleiner Stichprobengröße durchgeführt, der Ablauf der Studie ist in Abbildung 5.1 dargestellt.

Abbildung 5.1

Studiendesign zur Patientenbefragung im Rahmen des Teilprojekts 2



Die beiden Kurzversionen der Patienteninformation wurden in die Evaluation nicht mit einbezogen, da diese für die Verwendung während einer ärztlichen Konsultation konzipiert waren und somit in dem gewählten Studiendesign nicht integrierbar waren.

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte über Arztpraxen und Apotheken. Hierzu wurden Ärztinnen und Ärzte, die an der Schulung im Rahmen dieses Projektes teilgenommen hatten, sowie Apotheken, die bereits das erste Teilprojekt unterstützt hatten, telefonisch wie auch postalisch zur Studienteilnahme eingeladen. Alle teilnehmenden Arztpraxen und Apotheken wurden im Voraus mündlich über die Befragung informiert. In diesem Gespräch wurde ebenfalls die Anzahl potentiell geeigneter Patientinnen und Patienten je Praxis bzw. Apotheke abgefragt, sodass eine entsprechende Anzahl an Umschlägen mit Studienmaterialien festgelegt werden konnte, die dann an die jeweiligen Arztpraxen und Apotheken verschickt wurden. Die Umschläge enthielten neben dem Fragebogen ein Anschreiben mit der Studieninformation, ein Blatt mit dem konkreten Ablaufplan der Befragung und einen frankierten Rückumschlag. Im Ablaufplan wurden folgende Einschlusskriterien definiert: mindestens 50 Jahre alt, aktuelle Verschreibung (Erst- oder längerfristige Verschreibung) von BZD oder Z-Substanzen, keine Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten, und ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache.

Patientinnen und Patienten wurden durch eine Sortierung der vorbereiteten Umschläge nach dem Zufallsprinzip der Interventions- bzw. der Warteliste-Kontrollgruppe zugewiesen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich die entwickelte Patienteninformation. Die Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen erfolgte mittels des beigefügten frankierten Rückumschlags.

Die Follow-up-Befragung der teilnehmenden Patientinnen und Patienten erfolgte zwei Monate nach Rücklauf des T₁-Fragebogens. Patientinnen und Patienten, die der Warteliste-Kontrollgruppe zugelost wurden, erhielten zwei Monate nach Rücklauf des T₁-Fragebogens die entwickelte Patienteninformation.

Im Rahmen des Fragebogens wurden zu T₁ und T₂ folgende Variablen/Skalen erhoben:

Soziodemographie: Die soziodemographischen Angaben der Patientinnen und Patienten wurden mit vier Fragen zur Person, zur sozialen und beruflichen Situation erhoben.

Medikamenteneinnahme: Zur Erfassung des Einnahmeverhaltens der Patientinnen und Patienten wurden Fragen aus dem Teilprojekt 1 herangezogen, die Informationen über eingenommenen BZD und Z-Substanzen, die Konsumdauer und Verschreibungsdetails, wie Gründe und Motive für die Verschreibung und die zuständigen Ärztinnen und Ärzte, erfragten. Abschließend wurden anhand von drei Fragen zur BZD- und Z-Substanzen-Einnahme im letzten Monat und in der letzten Woche Details über das Einnahmeverhalten abgefragt. Zur Erfassung der Einnahme von BZD und Z-Substanzen und den damit verbundenen Gründen, Motiven und Einstellungen wurden drei selbst konzipierten Fragen aus dem Fragebogen des Teilprojektes 1 aufgenommen. Diese Fragen bezogen sich auf mögliche Absetzversuche und den dazu führenden Gründen, wie z. B. die Einstellung zum Medikamentenkonsum.

Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ): Der BMQ erfasst die kognitive Repräsentation und Einstellungen der Patientinnen und Patienten zu Medikamenten, die sie aktuell einnehmen (Horne et al. 1999). Das Messinstrument besteht aus zwei Teilen, einem allgemeinen und einem spezifischen Teil. Da der spezifische Teil auf ein bestimmtes Medikament abzielt, wurde im Rahmen der geplanten Befragung nur der allgemeine Teil des BMQ verwendet, welcher aus zehn Items besteht und die generelle Einstellung zu Medikamenten prüft. Höhere Werte auf der Skala repräsentieren negative Ansichten über Medikamente und geben Auskunft über die Tendenz, Medikamente als grundsätzlich schädlich anzusehen.

Severity of Dependence Scale (SDS): Die SDS ist ein generisches Messinstrument zur Erfassung des Abhängigkeitsausmaßes und besteht aus fünf Items (Gossop et al. 1995). Die Fragen werden auf einer fünf-stufigen Skala von „nie/überhaupt nicht schwierig“ (0 Punkte) bis hin zu „fast immer/ unmöglich“ (4 Punkte) beantwortet. Je höher der aufaddierte Gesamtwert, desto höher ist der Grad der Abhängigkeit.

Usefulness Scale for Patient Information (USE): Dieses Messinstrument erfasst die subjektiv empfundene Nützlichkeit des Informationsmaterials aus der Sicht von Patientinnen und Patienten (Hölzel et al. 2015). In drei Subskalen, bestehend aus jeweils drei Items, werden kognitive und emotionale und verhaltensbezogene Aspekte erfasst. Die Patientin bzw. der Patient gibt seine Einschätzung zu jedem Item auf einer 10-stufigen Skala von „1=stimme überhaupt nicht zu“ bis „10=stimme voll und ganz zu“ ab. Zur Evaluation der entwickelten Informationsbroschüre wurde die Antwortskala leicht adaptiert. Die 10-stufige Skala wurde auf eine 5-stufige Skala, die von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“ reicht, reduziert. Für die Auswertung wurde ein Summenscore für die einzelnen Subskalen sowie der Gesamtscore errechnet. Die Multiplikation der Ergebniswerte mit dem Faktor zwei ermöglichte eine Vergleichbarkeit der Skalenergebnisse mit der standardisierten Form. Hohe Werte lassen auf eine hoch eingeschätzte Nützlichkeit der Patienteninformation schließen.

Qualität, Akzeptanz und Nutzen der Patienteninformation: Mittels 17 selbstentwickelter Fragen wurden die optische und sprachliche Darstellung der Informationen, die Verständlichkeit, die

Akzeptanz, der Nutzen, der Wissenszuwachs, die Steigerung der Veränderungsmotivation, die Funktionalität und anschließend die Zufriedenheit (Weiterempfehlung) erhoben. Die Patientinnen und Patienten konnten ihre Antworten auf einer fünfstufigen Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme sehr zu“ geben. Hohe Zustimmungswerte entsprechen einem hohen Ausmaß an Qualität, Akzeptanz und Nutzen der Patienteninformation.

5.3 Auswertungen

5.3.1 Teilprojekt 1

Das Modul 1A wurde quantitativ mit entsprechenden statistischen Analyseverfahren ausgewertet. Bei den Modulen 1B und 1C kamen qualitative Auswertungsmethoden in Anlehnung an Mayring (1990; Mayring & Brunner 2006) zur Anwendung. Sämtliche Auswertungen der Interviews und Fokusgruppen fanden unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht statt.

Modul 1A:

In der schriftlichen Befragung der Patientinnen und Patienten wurde eine Beschreibung der BZD/Z-Substanz-Langzeitpatienten hinsichtlich der oben genannten Merkmalsbereiche (vgl. Abschnitte 5.1.1 und 5.2.1) im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechter Verschreibung angestrebt. Zur Minimierung eines möglichen Alterseffekts wurde in der Stratifizierung zwischen jüngeren (50-65 Jahre) und älteren Patientinnen und Patienten (>65 Jahre) unterschieden und erwartet, dass sie sich zu etwa gleichen Teilen in den oben genannten Teilgruppen wiederfinden. Bis auf wenige Ausnahmen wurden somit die Altersgruppen zusammengefasst ausgewertet.

Die Auswertungen wurden deskriptiv als Gruppenvergleiche anhand relativer Häufigkeiten sowie Mittelwertvergleichen (inkl. Standardabweichungen) und inferenzstatistisch mittels Chi²- und T-Tests bzw. Varianzanalysen entsprechend der jeweiligen Skalenniveaus der Variablen und zu vergleichenden Merkmale vorgenommen.

Die statistische Auswertung der Patientenbefragung erfolgte mit der Software SPSS 22 (IBM Corporation 2013).

Modul 1B:

Die mit Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten durchgeführten qualitativen Einzelinterviews waren entlang der folgenden vier Themenbereiche strukturiert, wurden anschließend transkribiert und entsprechend der Aussagen zu den einzelnen Themenkomplexen inhaltsanalytisch ausgewertet: 1. Verschreibungspraxis (Erfahrungen, Standards, Konzepte), 2. Motive und Gründe für Verordnungen sowie Symptome und Beschwerden der Patientinnen und Patienten, 3. Übergang zum Langzeitgebrauch und aufrecht erhaltende Bedingungen sowie spezielle/typische Charakteristika der Betroffenen, 4. mögliche Behandlungsalternativen zum Langzeitgebrauch von Sedativa/Hypnotika.

Es wurde erwartet, dass auf Basis dieser qualitativen Informationen ein genaueres Bild des Bedingungsgefüges der BZD/Z-Substanz-Langzeiteinnahme aus Sicht der Betroffenen gezeichnet werden kann.

Das vorliegende Textmaterial wurde mithilfe der Software MAXQDA 10 (VERBI Software 2011) für die weiteren Analyseschritte elektronisch erfasst und themenbezogen ausgewertet.

Modul 1C:

Nach Transkription wurden die vier Fokusgruppeninterviews ebenfalls inhaltsanalytisch ausgewertet. Erwartet wurden Empfehlungen aus Sicht der drei beteiligten Professionen zu möglichen Änderungen des bisherigen Umgangs mit BZD/Z-Substanz-Verschreibungen bei unterschiedlichen Symptomatiken. Dabei konnte es auch um eine Neubewertung der Leitlinien gehen. Im Patientengespräch standen zudem die Vorstellungen, Reaktionsweisen und Erfahrungen im Mittelpunkt, wenn Alternativen zu Sedativa-Verordnungen angesprochen oder ausprobiert wurden.

Ausgewertet wurden vier Transkripte mit insgesamt etwa 120 Seiten Text. Die Fokusgruppensitzungen waren zweigeteilt: Im ersten Teil wurden ausgesuchte Ergebnisse der durchgeführten schriftlichen Patientenbefragung der AOK NordWest vorgestellt, im zweiten Teil wurde die Einführung einer so genannte Entscheidungshilfe auf Basis schon vorliegenden Informationsmaterials aus einem kanadischen Projekt diskutiert (siehe auch Abschnitt 5.3.1).

Die Auswertung aller Fokusgruppen folgte verschiedenen Themenbereichen wie Verschreibungsbedingungen/-Umständen (Rezeptart, Packungsgrößen, Dosis), Verschreibungshäufigkeiten bzw. -rhythmen und Medikamentenart, Einnahmegründen und Einnahmeverhalten, dem Thema Absetzversuche und Unterbrechungen, Einstellung zu Leitlinien und zum Suchtverständnis, Arzt-Patienten-Interaktion, und schließlich die Bewertung der Komponenten der zu konzipierenden Entscheidungshilfe, in der wiederum verschiedene Aspekte der Langzeitverordnungsproblematik aufgegriffen werden. Je nach Teilnehmerkreis wurde eine unterschiedliche Perspektive eingenommen und später versucht, diese thematisch gruppiert zusammenzubringen.

Auch diese Auswertung wurde unter Verwendung der Software MAXQDA 10 (VERBI Software 2011) durchgeführt.

5.3.2 Teilprojekt 2

Für das Teilprojekt 2 wird lediglich auf die Auswertung der Daten des Moduls 2C (Evaluation der Ärzteschulungen und Patienteninformationsmaterialien) eingegangen, welches im Abschnitt 5.2 vorgestellt wurde, da in den anderen Modulen keine Daten erhoben wurden.

Die Fragebogendaten wurden mittels der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics, Version 18, erfasst und analysiert. Anhand deskriptiver Verfahren wurden die Charakteristiken der Stichprobe beschrieben. Entsprechend der zugrundeliegenden Variablen wurden Mittelwerte und Standardabweichungen sowie absolute und relative Häufigkeiten berechnet. Die qualitativen Angaben wurden gesammelt und kategorisiert.

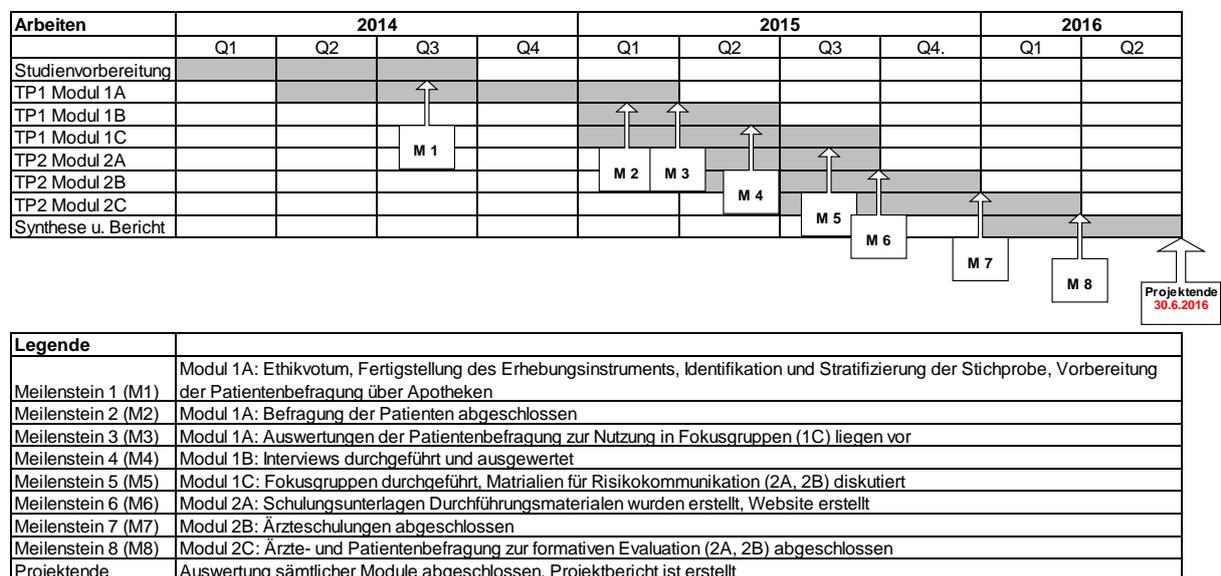
6. Durchführung, Arbeits-, und Zeitplan

6.1 Darstellung des Projektverlaufs

Nach regulärem, der ursprünglichen Planung entsprechendem Beginn verzögerte sich das Gesamtprojekt aus zwei Gründen: Der bereits im Januar 2014 eingereichte Ethikantrag konnte nicht bearbeitet werden, da die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg aus internen Gründen längere Zeit nicht tätig war und sich zunächst neu konstituieren musste. Zum anderen ergaben sich Verzögerungen durch einen Personalwechsel in der AOK NordWest. Der für die Projektdurchführung notwendige Antrag beim Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen konnte erst am Anfang Juli 2014 eingereicht werden. Eine geplante Gesetzesänderung führte zu weiteren Verzögerungen, sodass die Erlaubnis des MGEPA zur Selektion der Daten der AOK NordWest erst am 23. Oktober 2014 erteilt wurde. Die stratifizierte Auswahl der Patientenstichprobe (vgl. Abschnitt 5.2.1) konnte schließlich in der geplanten Form vorgenommen werden.

Das Projekt wurde daraufhin angepasst und die Laufzeit konnte kostenneutral bis zum 30. Juni 2016 verlängert werden. In Abbildung 6.1 sind die veränderten Arbeitsschritte pro Untersuchungsmodul sowie die entsprechenden Meilensteine dargestellt.

Abbildung 6.1
Projektverlauf und Meilensteine



Die Vorhabenziele haben sich nicht verändert, die Erreichbarkeit dieser Ziele wurde durch diesen modifizierten Arbeits- und Zeitplan gewährleistet und das Projekt wurde anschließend dem Ablaufplan entsprechend durchgeführt. Lediglich im Teilprojekt 2 erstreckte sich das Modul 2B bis ins erste Quartal 2016 und das Modul 2C bis ins zweite Quartal 2016, wodurch die Meilensteine M7 und M8 etwas später erreicht wurden. Dies lag vornehmlich darin begründet, dass der erste Termin der ärztlichen Schulung am 2. Dezember 2015 geplant war und aufgrund

mangelnder Teilnahmebereitschaft, trotz intensiver Rekrutierungsbemühungen, abgesagt werden musste. Als Ausweichtermin konnte erst der 2. März 2016 festgelegt werden. Der andere Schulungstermin (am 27. Januar 2016) konnte planmäßig stattfinden. Auf die drei Monate später folgende Befragung bezüglich der Schulung hatte die Verschiebung der Schulungstermine keine Auswirkungen. Die zeitliche Verzögerung dieser inhaltlich ineinander greifenden Module konnte im Rahmen des anschließenden Quartals bis zur Fertigstellung des Abschlussberichts kompensiert werden.

6.2 Abweichungen vom Finanzierungsplan

Mit Bescheid vom 10.11.2014 wurde die Projektlaufzeit kostenneutral bis zum 30.6.2016 verlängert. Darüber hinaus gab es keine weiteren Abweichungen vom ursprünglich beantragten Finanzierungsplan.

6.3 Positive und negative Erfahrungen und Probleme

6.3.1 Teilprojekt 1

Der zunächst planmäßig gestartete Projektablauf wurde durch die Arbeitsunterbrechung der Hamburger Ethikkommission sowie die größeren Verzögerungen mit der Antragstellung der AOK NordWest beim zuständigen Ministerium (vgl. Abschnitt 6.1) deutlich beeinträchtigt. Bezüglich des letztgenannten Umstands stellt sich die Frage, ob für ministerielle Anträge und Kooperationen generell mehr Zeit eingeplant werden müsste, da solche externen Vorgänge kaum von der Projektleitung zu beeinflussen sind.

Davon abgesehen gestaltete sich die Zusammenarbeit mit der AOK NordWest ausgesprochen positiv. Sowohl bei der Planung und Erhebungsdurchführung als auch der intern vorgenommenen Stratifizierung der Patientengrundgesamtheit ergab sich eine kompetente und zuverlässige Kooperation. Auch die zuvor diskutierte etwa zehnpromtente Rücklaufquote zur Gewinnung der Stichprobe aus der angeschriebenen Patientenpopulation hat sich als zuverlässige Annahme herausgestellt (vgl. Abschnitt 7.1).

Eine gelungene und fruchtbare Zusammenarbeit gestaltete sich mit der Hamburger Apothekerkammer sowie (in deren Folge) mit einzelnen Apothekerinnen und Apothekern. Gerade das Erreichen von Patientinnen und Patienten, die ihre (Langzeit-)Medikation über Privatrezepte beziehen, konnte auf diesem Wege realisiert werden. Dennoch konnte die angestrebte Zahl von 100 betroffenen Patientinnen und Patienten nicht eingehalten werden, da sich nicht genug Personen für die Teilnahme an der schriftlichen Befragung bereit erklärten oder teilweise sich nicht in der Lage sahen, den Fragebogen auszufüllen.

Aus früheren Erfahrungen der Projektleitung und Mitarbeiter des ZIS wurde auf Seiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte eine reservierte Haltung gegenüber dem Hauptthema „BZD/Z-Substanz-Langzeitgebrauch“ erwartet. Dieser Erwartung wurde bereits bei der Antragserstellung versucht entgegenzutreten, indem sich der Kooperation der Ärztekammern Hamburg und Westfalen-Lippe versichert wurde. Ferner wurden bereits im Vorfeld potentiell für Interviews erreichbare Ärztinnen und Ärzte angesprochen, wobei nicht alle während der später realisierten Projektphase (aus unterschiedlichen Gründen) für eine Zusammenarbeit zur

Verfügung standen. Hierfür war erhöhte Überzeugungsarbeit notwendig, um letztlich die qualitativen Interviews und die Fokusgruppe durchführen zu können.

Es gelang, über die beteiligten Ärztinnen und Ärzte betroffene Patientinnen und Patienten für die vertiefenden Interviews des Projekts zu gewinnen. Bezogen auf Angehörige dieser (oder anderer betroffener) Patientinnen oder Patienten hatte sich der Zugang über die behandelnden Ärzte hingegen als problematisch erwiesen, so dass es sich letztlich nicht realisieren ließ, Angehörige für die Einzelinterviews zu gewinnen.

Das Organisieren von Fokusgruppen erweist sich generell insofern als problematisch, genug Betroffene (die in der Regel separat angesprochen werden müssen) an einem bestimmten Termin und Ort zusammenzubringen. Aufgrund der bestehenden Kontakte – sowohl im Rahmen der Projektplanung als auch im Zusammenhang mit Modul 1B – mit der Ärzteschaft und den Apotheken konnte dies für diese beiden Berufsgruppen gut umgesetzt werden. Dem entsprechend konnte auch die Fokusgruppe der betroffenen Patientinnen und Patienten über die kooperierenden Ärztinnen und Ärzte organisiert werden. Für die Durchführung der Fokusgruppe des Pflegepersonals haben sich die Erfahrungen und Kontakte aus vorangegangenen (z. T. vom BMG geförderten) Projekten wie z. B. „Sucht im Alter“ bezahlt gemacht, so dass an diese Kooperationen angeschlossen werden konnte.

6.3.2 *Teilprojekt 2*

Als besonders positive Erfahrung innerhalb des Projekts soll die gute Zusammenarbeit im multidisziplinären Team und die vorhandene Expertise der Kolleginnen und Kollegen aus dem ZIS in dem Bereich der Erforschung von Risikofaktoren der Langzeitverschreibungen bei älteren Menschen festgehalten werden. Die Möglichkeit auf ein vorhandenes Schulungskonzept von PEF zurückzugreifen ist ebenfalls als positiv zu bezeichnen und erlaubte eine zeitgerechte Konzeption und Erstellung von Schulungsmaterialien. Weitere positive Erfahrungen konnten in der Entwicklung von Patienteninformationen gemacht werden. Hierbei konnte auf Erfahrungen und Forschungsergebnisse eines Forscherteams aus Kanada unter der Leitung von Frau Tannenbaum aufgebaut werden. Das Team hat mehrere Forschungsprojekte zum Thema „Reduktion von Benzodiazepinen im Alter durch Risikokommunikation“ durchgeführt und entsprechende Publikationen in hochrangigen internationalen Zeitschriften veröffentlicht. Eins der Ergebnisse ist die Patienteninformation „You May Be At Risk“ (Tannenbaum et al., 2014), welche für ältere Menschen mit einem Langzeitkonsum von Benzodiazepinen entwickelt und evaluiert wurde und eine hohe Evidenz aufweist. Diese Patienteninformation wurde im Rahmen des Projekts übersetzt und adaptiert. Die Zusammenarbeit mit Frau Tannenbaum erwies sich als positiv und äußerst hilfreich.

Im Weiteren zeigten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Pflegepersonal) ein großes Interesse an der Entwicklung von Patienteninformationen und betonten die Notwendigkeit einer solchen Information für ältere Patientinnen und Patienten. Zudem wurde von diesen Gruppen auch die Schulung positiv bewertet. Im Rahmen der Durchführung der Schulungen wurden ebenfalls insgesamt positive Erfahrungen gesammelt. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gaben positives Feedback über die Inhalte und Struktur der Schulung.

Die Zusammenarbeit mit den Ärztekammern gestaltete sich durchweg positiv. Trotz rechtzeitiger Akkreditierung der Schulungen und Kontaktaufnahme zu Ärztinnen und Ärzten waren das

Interesse und die resultierende Teilnehmeranzahl aber gering. So lag die Anmeldequote der angeschriebenen, niedergelassen Allgemeinärztinnen und Ärzten in Hamburg bei nur 1,4%, und in Münster bei lediglich 0,9%. Die auffällig geringe Teilnahmebereitschaft der eingeladenen Ärztinnen und Ärzte zwang die Arbeitsgruppe dazu, den ersten geplanten Termin in Hamburg auf ein späteres Datum zu verlegen. Hierdurch entstand die erste Verzögerung im Teilprojekt 2. Ein weiterer geplanter Termin am 30. März 2016 in Münster musste wegen zu geringer Anmeldezahlen abgesagt werden. Ein Ausweichtermin war aus zeitlichen Gründen (Ende des Projekts) nicht mehr möglich.

Bei der Durchführung der Schulungen ist in der Arbeitsgruppe der Eindruck entstanden, dass überwiegend diejenigen Ärztinnen und Ärzte teilgenommen haben, die bereits zuvor eine positive Einstellung zu dem Thema Patientenbeteiligung hatten. Sie gaben im Anschluss an die Schulung sowohl mündlich als auch schriftlich an, dass sie die Schulungsinhalte für wichtig und notwendig im Rahmen der Verschreibung von BZD und Z-Substanzen bei älteren Menschen erachten und diese in ihrem Praxisalltag einsetzen würden. Trotz des insgesamt positiven Feedbacks der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinsichtlich PEF gab es kritische Anmerkungen zum Fehlen klarer Inhalte bezüglich alternativer medikamentöser Behandlungsoptionen. Weiterhin berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass sie selbst keine nicht-indizierte Langzeitverschreibung von BZD tätigen und in der Regel die Langzeiteinnehmerinnen und Langzeiteinnehmer aus einer anderen Praxis übernommen haben. Gerade die fehlenden Informationen zu Alternativen und die Behandlung von bereits bestehender Langzeiteinnahme erschweren die Umsetzung von PEF. Es besteht ein offensichtlicher Bedarf nach mehr Wissen, der im Rahmen dieser Schulung erkannt, aber dennoch nicht vollständig befriedigt werden konnte.

Ein weiteres Problem bestand in der Evaluation der Patienteninformation mittels einer Pilotstudie mit randomisiert-kontrolliertem Design. Dieses Vorhaben ließ sich nicht in der geplanten Form realisieren, da zum einen in den Schulungen festgestellt wurde, dass teilnehmende Ärztinnen und Ärzte keine bzw. nur sehr vereinzelt Patientinnen und Patienten haben, die BZD und Z-Substanzen verschrieben bekommen. Die meisten fühlten sich deshalb nicht zur Teilnahme an der Studie angesprochen, boten aber dennoch ihre Hilfe an, mit den wenigen Patientinnen und Patienten zu sprechen, die für die Rekrutierung in Frage kamen. Die Evaluation der entwickelten Patienteninformation ist daher lediglich auf die Bewertung der Information ausgelegt worden und nicht wie ursprünglich geplant auf die Bewertung der neu erlernten Kommunikationsfähigkeiten der Ärztinnen und Ärzten.

Zusätzlich wurden die in einer vorherigen Projektphase bereits teilnehmenden Apothekerinnen und Apotheker angefragt, ob sie bei der Befragung von Patientinnen und Patienten behilflich sein könnten.

Sowohl die Anfrage an Ärztinnen und Ärzte wie auch an Apothekerinnen und Apotheker, Patientinnen und Patienten zu rekrutieren, erwies sich letztlich als nicht zielführend, die resultierende Stichprobengröße blieb unzureichend. Als Gründe für die mangelnde Rekrutierung wurden von Seiten der Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern die geringe Bereitschaft zur Unterstützung von Studien, Zeitknappheit sowie das Fehlen finanzieller Anreize genannt. Trotz wiederholter Einladungen an die teilnahmewilligen Praxen und Apotheken und mehrfacher Telefonate konnte die erhoffte Stichprobengröße von ca. 40 Patientinnen und Patienten pro Gruppe (Intervention, Kontrolle) nicht erreicht werden. Angesichts des geringen

Rücklaufs wurden die Patientenbögen folglich nur deskriptiv zum ersten Messzeitpunkt ausgewertet, da noch keine Daten zum Follow-up vorhanden waren. Somit ist die Aussagekraft der Ergebnisse der Patientenbefragung sehr begrenzt.

7. Ergebnisse

Die nachfolgende Ergebnisdarstellung folgt der Modulstruktur und den entsprechenden Zielsetzungen beider Teilprojekte. Im Rahmen von Teilprojekt 1 werden zunächst ausführlich die Ergebnisse der schriftlichen Patientenbefragung präsentiert (Modul 1A). Anschließend werden die Erkenntnisse aus den Einzelinterviews (Modul 1B) und Fokusgruppen (Modul 1C) entlang der inhaltlichen Interviewstruktur und diskutierten Themenbereiche zusammenfassend dargestellt. Bezogen auf das Teilprojekt 2 erfolgt zunächst die Vorstellung der entwickelten Schulungsunterlagen (Modul 2A) sowie die Schilderung des Ablaufs und der Erfahrungen mit den Ärzteschulungen (Modul 2B). Abschließend werden die Ergebnisse der formativen Evaluation berichtet (Modul 2C).

7.1 Teilprojekt 1

7.1.1 Modul 1A: Schriftliche Befragung von Patientinnen und Patienten

Wie im Abschnitt 5.2.1 beschrieben, sind 4.000 Patientinnen und Patienten der AOK NordWest nach der nach Alter und leitliniengerechten Verschreibung vorgenommenen Stratifizierung angeschrieben worden, mit der Bitte, den neunseitigen Fragebogen auszufüllen und an das ZIS zurückzuschicken. Dies traf für 466 Personen zu, womit sich eine Rücklaufquote von 11,7% ergab; eine Quote, die somit leicht über der erwarteten 10%-Rate liegt. Ferner konnten über die 16 teilnehmenden Apotheken weitere 43 Patientinnen und Patienten erreicht werden. Diese Teilstichprobe lag somit unter der angestrebten Größe von 100 Personen. Insgesamt liegen also 509 ausgefüllte Fragebögen vor. In Tabelle 7.1.1 ist sind die Stichprobencharakteristika und Lebenssituation nach Stratum dargestellt. Die Stratifizierung der AOK-Stichprobe ist etwa gleichgewichtig gelungen, alle vier Gruppen haben eine Größe von mehr als 100 Personen. Wie erwartet, sind gut zwei Drittel der Befragungsteilnehmer weiblich. Insbesondere unter den älteren Untergruppen sind die Frauen stärker vertreten. Das Durchschnittsalter beträgt 71 Jahre, wobei im älteren Stratum unter den Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen mit einem durchschnittlichen Alter von 88 Jahren ausgesprochen hoch betagte Personen erreicht worden sind. Fast man die beiden Altersstrata zusammen, so liegt der Frauenanteil in der Gruppe mit leitliniengerechter Verschreibung mit 69,1% ein wenig höher als unter jenen mit leitlinienabweichenden Verordnungen (66,5%).² Letztere sind mit 72,8 Jahren im Durchschnitt mehr als 3 Jahre (statistisch signifikant) älter als die Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechter Sedativverordnung (69,1 Jahre).

Wie zu erwarten ist der Familienstand vom Alter der Befragungsteilnehmer beeinflusst. Unter den älteren Patientengruppen ist ein Großteil verwitwet, bei den beiden jüngeren Untergruppen ist die Mehrheit verheiratet. Auch bei den über Apotheken rekrutierten Patientinnen und Patienten verhält es sich so, dass zwei Fünftel verheiratet sind und gut ein Drittel verwitwet ist. Ein Drittel der Befragungsteilnehmer lebt allein in eigener Wohnung, mehr als die Hälfte zusammen mit der Partnerin bzw. dem Partner oder den Kindern. Auch bei der Wohnsituation spiegelt sich das unterschiedliche Alter der Patientengruppen wider: Der Anteil an betreutem Wohnen

² Wobei dieser Unterschied keine statistische Signifikanz erreicht.

z. B. in Pflegeheimen ist unter den Über-65-Jährigen jeweils erhöht. Interessante Unterschiede zwischen den Patientengruppen mit leitlinienabweichenden und leitlinienkonformen Verschreibungen bestehen in der aktuellen Arbeitssituation. Bei den beiden älteren Gruppen (Strata 2 und 4) zeigt sich die erwartete hohe Rate an Berentungen. Im Vergleich der beiden jüngeren Patientengruppen (Strata 1 und 3) fällt – bei vergleichbarem Durchschnittsalter – hingegen auf, dass der Anteil bereits berenteten Personen unter jenen mit leitlinienabweichenden Verordnungen mit über 50% deutlich höher ausfällt als unter jenen mit leitliniengerechten BZD-Verordnungen (24,5%). Unter Letzteren befindet sich dagegen knapp die Hälfte in regulärer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung (47,0%), was auf die Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen nur zu einem Viertel zutrifft (26,2%). Die Arbeitssituation bzw. zugrunde liegende Arbeitsfähigkeit und Verschreibungsverhalten von Benzodiazepinen und Z-Substanzen stehen somit im Zusammenhang. Das deutet sich auch bei den über die Apotheken erreichten Befragten an, bei denen mit größter Wahrscheinlichkeit von einem leitlinienabweichenden Verordnungsverhalten auszugehen ist (vgl. Abschnitt 5.2.1): Auch unter ihnen ist die überwiegende Mehrheit (früh-)berentet, wobei hier zusätzlich das insgesamt höhere Alter eine Rolle spielen dürfte. Zu dem hier angesprochenen Zusammenhang zwischen Arbeitssituation und Verschreibungsverhalten passen auch die Angaben zur Pflegebedürftigkeit der Befragungsteilnehmer. Diese ist nicht nur, wie zu erwarten, unter den beiden älteren Patientengruppen erhöht. Auch beim Vergleich der übergeordneten Strata fällt der Anteil an Pflegebedürftigen mit insgesamt 30,6% bei den Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen deutlich höher aus als bei den Befragten mit leitliniengerechten Verschreibungen (17,9%). Dabei handelt es sich in der Mehrheit der Fälle um Pflegestufe 1.

Tabelle 7.1.1

Patientencharakteristika und Lebenssituation der schriftlichen Befragung über die AOK Nord-West und Apotheken im Großraum Hamburg nach Stratum

| | leitlinienabweichende Verschreibung (AOK) | | leitliniengerechte Verschreibung (AOK) | | Apotheke (ll-abw.) | Gesamt ^{a)} |
|-------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | 50-65 Jahre | ≥ 66 Jahre | 50-65 Jahre | ≥ 66 Jahre | | |
| Geschlecht | | | | | | *** |
| weiblich | 54,9% | 79,0% | 62,4% | 75,2% | 72,5% | 68,1% |
| männlich | 55,1% | 21,0% | 37,6% | 24,8% | 27,5% | 31,9% |
| Alter, M (SD) | 58,7 (4,3) | 88,0 (5,1) | 58,3 (3,7) | 78,9 (7,4) | 72,7 (12,2) | 71,2 *** (13,9) |
| Familienstand | | | | | | *** |
| ledig | 13,0% | 2,7% | 13,6% | 4,3% | 14,0% | 8,9% |
| verheiratet | 51,9% | 23,0% | 61,2% | 49,1% | 41,9% | 45,8% |
| geschieden | 26,7% | - | 14,6% | 9,5% | 9,3% | 12,8% |
| verwitwet | 8,4% | 74,3% | 10,7% | 37,1% | 34,9% | 32,4% |
| Wohnsituation | | | | | | ** |
| alleine in Whg/Haus | 34,4% | 33,9% | 34,0% | 27,9% | 42,9% | 33,5% |
| mit Partner/Kindern | 57,8% | 48,2% | 60,2% | 62,2% | 47,6% | 56,3% |
| betreut/Pflegeheim | 2,3% | 14,3% | 1,9% | 9,0% | 9,5% | 7,1% |
| anderes | 5,5% | 3,6% | 3,9% | 0,9% | - | 3,2% |
| Arbeitssituation | | | | | | *** |
| vollzeit | 16,2% | - | 29,4% | - | 9,3% | 10,9% |
| teilzeit/Minijob | 10,0% | - | 17,6% | - | 2,3% | 6,4% |
| Hausfrau/-mann | 3,1% | 4,5% | 3,9% | 6,0% | 2,3% | 4,2% |
| ALG I oder II | 6,2% | 0,9% | 12,7% | - | 2,3% | 4,6% |
| (früh-)berentet | 50,8% | 92,9% | 24,5% | 93,1% | 79,1% | 67,0% |
| AU, krank, anderes | 13,8% | 1,8% | 11,8% | 0,9% | 4,7% | 7,0% |
| Pflegebedürftig | 10,0% | 54,5% | 3,0% | 31,0% | 16,3% | 23,9% *** |
| Pflegestufe | | | | | | |
| Null | 9,1% | 3,4% | - | 9,1% | - | 5,5% |
| Eins | 81,8% | 48,3% | 50,0% | 54,5% | 50,0% | 53,6% |
| Zwei | 9,1% | 44,8% | - | 33,3% | 50,0% | 37,3% |
| Drei/Vier | - | 3,4% | 50,0% | 3,0% | - | 3,6% |
| N (%-Anteil) | 131 (25,7%) | 114 (22,4%) | 104 (20,4%) | 117 (23,0%) | 43 (8,4%) | 509 (100,0%) |

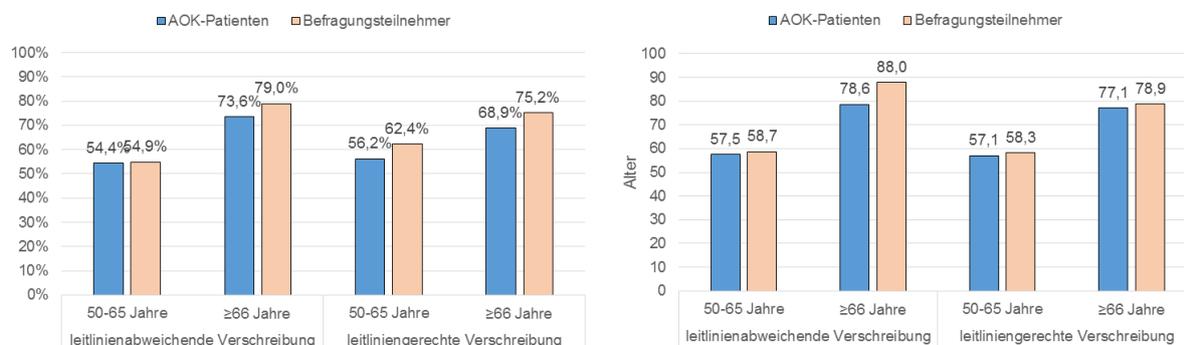
a) Signifikanz Chi²-/ANOVA: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Von der AOK NordWest wurde ein Datensatz aller ihrer Versicherten mit einer BZD/Z-Substanz-Verschreibung entsprechend der von der Projektleitung vorgegebenen Stratifizierung erstellt. Auf Basis dieser Informationen konnte die Repräsentativität der durch die Befragung erreichten Teilnehmerinnen und Teilnehmer geprüft werden. Die Grundgesamtheit der Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen (mindestens) innerhalb des letzten Jahres zwischen 50 und 65 Jahren (1. Stratum) betrug N=7.358, die der älteren Personen ab 66 Jahren (2. Stratum) belief sich auf N=22.844. Die Grundgesamtheit aller AOK-Versi-

cherten mit leitliniengerechten Verordnungen im zurückliegenden Jahr und einem Alter zwischen 50 und 65 Jahren (3. Stratum) lag bei N=4.436, die der älteren Patienten (4. Stratum) betrug N=6.490. Aus jeder dieser Patientenpopulationen wurde eine Zufallsstichprobe von jeweils 1.000 Personen gezogen und für die Befragung angeschrieben. In Abbildung 7.1.1 sind Grundgesamtheit und Befragungsteilnehmer anhand von Geschlecht und Alter gegenübergestellt. Dabei zeigt sich, dass die für die Befragung erreichten Patientinnen und Patienten im Großen und Ganzen der Ausgangspopulation entsprechen. Unter den älteren Patientengruppen (Strata 2 und 4) sind die weiblichen Befragungsteilnehmer um fünf bis sechs Prozentpunkte etwas überrepräsentiert. Hervorzuhebende Altersunterschiede gibt es nur im Stratum 2, der Gruppe der älteren Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verordnungen: Die Befragungsteilnehmer sind im Durchschnitt gut neun Jahre älter als die AOK-Versicherten. Fast man die Altersgruppen zusammen, sind die Befragungsteilnehmer mit leitlinienabweichenden Verschreibungen (Strata 1 und 2) im Mittel 72,8 Jahre alt und damit nur um durchschnittlich ein halbes Jahr jünger als die AOK-Versicherten mit einem Durchschnittsalter von insgesamt 73,4 Jahren. Bei den Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten Verordnungen verhält es sich ähnlich: Die Untersuchungsteilnehmer der Strata 3 und 4 sind mit insgesamt 69,1 Jahren im Durchschnitt praktisch gleich alt wie die entsprechende Population der AOK-Versicherten mit 69,0 Jahren.

Abbildung 7.1.1

Geschlecht (Prozentanteil weiblich) und Alter (Mittelwert) der Befragungsteilnehmer im Vergleich zur Grundgesamtheit der Versicherten der AOK NordWest nach Stratum



7.1.1.1 Medikamente und Dosis

In einer 22 Medikamente (drei Z-Substanzen und 19 Benzodiazepine) umfassenden Liste konnte für jedes Arzneimittel (mit Beispielen für Handelsnamen) angegeben werden, ob es aktuell oder früher eingenommen wurde. In Tabelle 7.1.2 ist dargestellt, auf welche Arzneimittel dies zutrifft. Da sich aus dem Verschreibungsverhalten nicht zwangsläufig ergibt, ob die verordneten Medikamente auch tatsächlich eingenommen werden – ein Problem, dem sich generell Registerdatenanalysen ausgesetzt sehen –, musste von vornherein damit gerechnet werden, dass einige Befragungsteilnehmer, sei es aufgrund von Erinnerungsproblemen, Unwissenheit oder Verständnisproblemen, keines dieser Medikamente angeben. In Tabelle 7.1.2 ist erkennbar, dass es sich in der vorliegenden Befragung mit 28,9% um einen recht hohen Anteil an Personen

handelt, die nach ihren Angaben weder aktuell noch früher eines dieser Medikamente eingenommen haben. Bezogen auf die einzelnen Zeitpunkte liegt dieser Wert noch deutlich höher, zwei Fünftel der befragten Patientinnen und Patienten nehmen aktuell zum Antwortzeitpunkt keines der genannten Medikamente ein. Das mit Abstand am häufigsten verordnete und eingenommene Medikament, sowohl aktuell als auch früher, ist die Z-Substanz Zopiclon. Knapp ein Drittel der Patientinnen und Patienten nimmt oder nahm innerhalb des vordefinierten Ein-Jahres-Zeitraums diese Substanz ein. Auch eine andere Z-Substanz, das Zolpidem, nimmt mit insgesamt 8,1% noch den vierten Platz in der Rangreihe der verordneten Medikamente ein. Lorazepam ist mit etwa einem Siebtel der Befragungsteilnehmer das am häufigsten verordnete Benzodiazepin, dicht gefolgt von Oxazepam. Beide zählen zu den mittellang wirksamen Arzneimitteln mit einer Halbwertszeit von bis zu 16 Stunden. Relevant häufig, wenngleich mit deutlichem Abstand, werden noch die Substanzen Diazepam und Bromazepam verschrieben. Alle anderen in Tabelle 7.1.2 aufgeführten Substanzen kommen eher selten bzw. nur bei einzelnen Patientinnen und Patienten zur Anwendung.

Fast man die drei Z-Substanzen sowie alle 19 Benzodiazepine jeweils zusammen, zeigt sich bezogen auf den zurückliegenden Beobachtungszeitraum von (mindestens) einem Jahr ein Übergewicht an Benzodiazepinverschreibungen, was vor allem auf frühere Verordnungen zurückzuführen ist. Aktuell ist die Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepinen bei jeweils knapp einem Drittel der Befragten etwa gleich häufig.

Tabelle 7.1.2

Anteil an Patienten, die früher oder aktuell die jeweiligen Z-Substanzen oder Benzodiazepine eingenommen haben (N=509)

| Medikament | Einnahme früher | Einnahme aktuell | früher oder aktuell |
|----------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Zopiclon | 8,6% | 24,0% | 29,3% |
| Lorazepam | 7,1% | 9,8% | 15,9% |
| Oxazepam | 5,5% | 10,2% | 14,1% |
| Zolpidem | 2,6% | 6,1% | 8,1% |
| Diazepam | 5,1% | 3,5% | 7,7% |
| Bromazepam | 2,9% | 2,9% | 5,5% |
| Lormetazepam | 2,4% | 1,6% | 3,1% |
| Flunitrazepam | 1,6% | 0,6% | 2,2% |
| Alprazolam | 1,4% | 1,0% | 2,0% |
| Dikaliumclorazepat | 1,2% | 0,4% | 1,6% |
| Nitrazepam | - | 1,6% | 1,6% |
| Clonazepam | 0,8% | 0,6% | 1,2% |
| Temazepam | 0,6% | 0,6% | 1,2% |
| Brotizolam | 0,2% | 0,6% | 0,8% |
| Chlordiazepoxid | 0,6% | 0,2% | 0,8% |
| Flurazepam | 0,6% | 0,2% | 0,8% |
| Triazolam | - | 0,8% | 0,8% |
| Clobazam | 0,2% | 0,2% | 0,4% |
| Medazepam | 0,2% | 0,4% | 0,4% |
| Prazepam | 0,4% | - | 0,4% |
| Zaleplon | - | 0,4% | 0,4% |
| Midazolam | - | - | - |
| Z-Substanz überhaupt | 10,8% | 30,1% | 36,7% |
| Benzodiazepin überhaupt | 21,4% | 32,0% | 44,6% |
| Keines dieser Arzneimittel | 71,1% | 41,5% | 28,9% |

Für die aktuell vorrangig oder am längsten eingenommenen Medikamente wurde zusätzlich die Dosis erfragt. Demnach wurde Zopiclon mit einer mittleren Tagesdosis von 6,2 (\pm 2,6) mg eingenommen, was 0,8 (\pm 0,3) DDD (defined daily dose, Fricke et al. 2016) entspricht. Die zweithäufigste Z-Substanz Zolpidem wurde mit einer durchschnittlichen Tagesdosis von 7,7 (\pm 3,9) mg gebraucht (entsprechend 0,8 (\pm 0,4) DDD). Die durchschnittliche Tagesdosis von Lorazepam liegt bei 2,0 (\pm 1,3) mg (entsprechend 0,8 (\pm 0,5) DDD), die von Oxazepam bei 15,5 (\pm 13,3) mg (entsprechend 0,3 (\pm 0,3) DDD). Anhand der Äquivalente der nach WHO definierten Tagesdosen liegen alle hier genannten Dosen im Durchschnitt somit unterhalb einer standardisierten Tagesdosis, was auf eine insgesamt geringe Dosierung der befragten Patientinnen und Patienten hindeutet.

7.1.1.2 Einnahmeverhalten und Verordnungen

Für die weiteren Analysen werden die stratifizierten Patientengruppen inklusive der über die Apotheken erreichten Patientinnen und Patienten zu zwei Hauptgruppen in leitlinienabweichend (N=288) versus leitliniengerecht (N=221) zusammengefasst, wobei bei den „Apotheken-Patienten“ davon ausgegangen wird, dass es sich um leitlinienabweichende Verschreibungen von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen handelt.³ Ferner macht es keinen Sinn, Patienten ohne Angaben zur früheren oder aktuellen Einnahme der Medikamente in die weiteren inhaltlichen Auswertungen einzubeziehen, da sich ein Zusammenhang zum Verordnungs- bzw. Einnahmeverhalten nicht zuverlässig herstellen lässt.

Bei N=298 Befragungsteilnehmern liegt ein aktueller Z-Substanz- bzw. Benzodiazepingebrauch vor. Da sich der Fokus des Projekts auch auf die frühere, zeitlich innerhalb des Vorjahres zurückliegende Medikamenteneinnahme richtet, werden auch Patienten mit ausschließlich früherem Gebrauch einbezogen. Letzteres betrifft allerdings nur Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten Verordnungen, da es sich zum Zeitpunkt der Befragung um plausible Einnahmepausen bzw. Behandlungsbeendigungen handeln dürfte.⁴ Die Stichprobe für die weiteren Analysen hat einen Umfang von N=340 Personen, die im Folgenden zwischen leitlinienabweichend und leitliniengerecht verglichen werden.

In Tabelle 7.1.3 ist diese Untersuchungsgruppe mit ihren Charakteristika nach Verschreibungstyp vergleichend dargestellt. Auf den ersten Blick ist zu erkennen, dass die Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen mit 70,0% nun deutlich überrepräsentiert ist. Dies dürfte, wie oben vermutet, der Tatsache geschuldet sein, dass Nicht-Einnahmen sowie Erinnerungslücken oder Unwissenheit über die Medikation bei Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechter (und damit seltenerer bzw. kürzerer) Verordnung wahrscheinlicher sind als bei jenen mit leitlinienabweichenden (und damit häufigeren bzw. längeren) Verordnungen. Hinsichtlich ihrer Merkmale sind die Patientengruppen weitgehend ähnlich. Ausnahmen sind der Altersunterschied – die Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen sind im Durchschnitt gut fünf Jahre älter – sowie die Arbeitssituation: der Anteil an aktuell Beschäftigten ist unter den Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten Verordnungen höher, der der Berenteten niedriger. Beides Unterschiede, die sich bereits in der Ausgangsstichprobe aller 509 Befragungsteilnehmer zeigten (vgl. Tabelle 7.1.1).⁵ Überhaupt ist die hier beschriebene Stichprobe der aller Befragungsteilnehmer weitgehend vergleichbar. Dies trifft auch bezogen auf die Grundgesamtheit aller stratifizierten AOK-Patienten zu (vgl. Abbildung 7.1.1), wobei sich der

³ Hier kann es sein, dass nicht bei allen über die Apotheken erreichten Patientinnen und Patienten, die Privatrezepte einlösten, die Annahme von leitlinienabweichenden Verschreibungen gerechtfertigt ist (z. B. bei regulär privat Versicherten). Da aber die teilnehmenden Apothekerinnen und Apotheker auf die Verschreibungsproblematik mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen aufmerksam gemacht worden sind, ist davon auszugehen, dass gezielt Betroffene mit Langzeitverschreibungen auf Privatrezepten für die Befragung angesprochen wurden.

⁴ Ausgeschlossen werden – über alle Patientinnen und Patienten ohne Angaben zur Medikamenteneinnahme hinaus – somit nur Befragungsteilnehmer mit ausschließlich früheren leitlinienabweichenden Verordnungen, da es sich hier sehr wahrscheinlich um unplausible Angaben handelt, die zu unerwünschten Verzerrungen in der Ergebnisinterpretation führen könnten. (Der Einbezug dieser Patientengruppe hätte die Analysestichprobe um 22 Personen auf N=362 erhöht.)

⁵ Wobei der Vergleich aufgrund der in Tabelle 7.1.1 separat dargestellten „Apotheken-Patienten“ nicht vollständig nachvollziehbar ist, da diese für die folgenden Analysen zu den Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen gezählt werden (siehe oben).

Frauenanteil bei der Gruppe mit leitliniengerechten Verschreibungen um zwei Prozentpunkte erhöht hat.⁶

Tabelle 7.1.3

Patientencharakteristika der Befragungsteilnehmer mit Medikamenteneinnahme nach Verschreibungstyp

| | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt^{a)} |
|---------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| Geschlecht | | | |
| weiblich | 68,5% | 68,5% | 68,5% |
| männlich | 31,5% | 31,5% | 31,5% |
| Alter, M (SD) | 73,7 (15,0) | 68,4 (12,7) | 72,1 (14,5) ** |
| Familienstand | | | |
| ledig | 10,1% | 10,9% | 10,4% |
| verheiratet | 37,6% | 50,5% | 41,4% |
| geschieden | 13,9% | 14,9% | 14,2% |
| verwitwet | 38,4% | 23,8% | 34,0% |
| Wohnsituation | | | |
| alleine in Whg/Haus | 35,5% | 36,0% | 35,6% |
| mit Partner/Kindern | 53,0% | 54,0% | 53,3% |
| betreut/Pflegeheim | 7,7% | 7,0% | 7,5% |
| anderes | 3,8% | 3,0% | 3,6% |
| Arbeitssituation | | | ** |
| vollzeit | 8,5% | 17,0% | 11,0% |
| teilzeit/Minijob | 5,1% | 10,0% | 6,6% |
| Hausfrau/-mann | 4,3% | 3,0% | 3,9% |
| ALG I oder II | 2,1% | 7,0% | 3,6% |
| (früh-)berentet | 73,6% | 55,0% | 68,1% |
| AU, krank, anderes | 6,4% | 8,0% | 6,9% |
| Pflegebedürftig | 29,4% | 19,4% | 26,4% |
| Pflegestufe | | | |
| Null | 4,7% | 15,8% | 7,2% |
| Eins | 54,7% | 42,1% | 51,8% |
| Zwei | 39,1% | 31,6% | 37,3% |
| Drei/Vier | 1,6% | 10,5% | 3,6% |
| N (%-Anteil) | 238 (70,0%) | 102 (30,0%) | 340 (100,0%) |

a) Signifikanz Chi²-/T-Test: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Die zu erwartenden Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigen sich im Einnahme- und Verordnungsverhalten. Wie aus Tabelle 7.1.4 hervorgeht, bestehen zunächst auch Unterschiede

⁶ Bei der Unterstichprobe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen liegt das Durchschnittsalter mit 73,7 Jahren nur geringfügig über dem der entsprechenden AOK-Population (73,4 Jahre). Bei der Gruppe mit leitliniengerechten Verschreibungen stehen durchschnittlich 68,4 Jahre dem Wert von 69,0 Jahren bei den entsprechenden AOK-Patienten gegenüber. Der Anteil weiblicher Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen liegt mit 68,5% im Vergleich zur AOK-Population mit 68,9% nur unwesentlich niedriger. Der ebenfalls bei 68,5% liegende Frauenanteil unter den Personen mit leitliniengerechten Verschreibungen ist hingegen höher als der unter den zu vergleichenden AOK-Patienten mit 63,7%.

in der Art der Medikamente. Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen nehmen zu einem deutlich größeren Anteil Z-Substanzen ein. Dies trifft auf mehr als die Hälfte dieser Patientengruppe zu (54,2%), bei den Befragten mit leitliniengerechter Verschreibung überwiegen mit gut zwei Dritteln die Benzodiazepine (68,6%). Sowohl Zopiclon als auch Zolpidem werden von den Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen zu einem größeren Anteil eingenommen. Die standardisierte Tagesdosis nach DDD ist statistisch signifikant höher als bei jenen mit leitliniengerechten Verschreibungen, wobei in beiden Patientengruppen die Medikamente in eher niedriger Dosis, im Durchschnitt mit weniger als einer DDD, eingenommen werden. Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer höheren Tagesdosis als eine DDD liegt insgesamt nur bei 6,4% (leitlinienabweichend: 7,9%, leitliniengerecht: 1,7%). Nur zwei Personen (aus der Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen) erhalten eine Dosis von mehr als zwei DDD.

Unter den Befragten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen nimmt die Mehrheit ihre Medikamente täglich ein, bei der anderen Patientengruppe überwiegt der Gebrauch nach Bedarf. Dabei werden die Medikamente ganz überwiegend vom niedergelassenen Haus- oder Allgemeinarzt verschrieben, was auf beide Gruppen gleichermaßen zutrifft. In der Gruppe mit leitliniengerechten Verschreibungen fällt auf, dass anteilig doppelt so viele Patientinnen und Patienten wie in der anderen Gruppe ihre aktuelle bzw. letzte Medikation vom Krankenhaus oder aus einer Klinik erhielten. Unterschiede zwischen den Gruppen, wenngleich in geringerem Ausmaß als erwartet, bestehen auch bei der Rezeptart. Ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen bezog die aktuelle bzw. letzte Medikation über Privat Rezept – darunter sogar zehn Prozent zugleich über Privat- und Kassenrezepte. In der anderen Gruppe beträgt der Anteil mit Privatrezepten nur gut ein Zehntel. Bleiben die über Apotheken erreichten Patientinnen und Patienten unberücksichtigt, bekommen 5,1% ihre Medikamente auf Privat- und weitere 6,9% auf Kassenrezept; insgesamt wären es also 12,0% an Privatverschreibungen. Zudem sinkt in der Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen der Anteil entsprechend: 2,8% unter ihnen beziehen Benzodiazepine und Z-Substanzen über Privat Rezept und 9,4% über beide Rezeptarten.

Tabelle 7.1.4

Medikamentenart, Tagesdosis, Einnahmeverhalten und Verordnungsart nach Verschreibungstyp

| | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt ^{a)} |
|-----------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Medikamentenart: | | | ** |
| nur Z-Substanz | 47,9% | 31,4% | 42,9% |
| nur BZD | 45,8% | 63,7% | 51,2% |
| Z-Substanz & BZD | 6,3% | 4,9% | 5,9% |
| vorrangiges Medikament: | | | ***b) |
| Zopiclon | 42,0% | 29,2% | 38,1% |
| Oxazepam | 17,0% | 20,8% | 18,1% |
| Lorazepam | 11,6% | 18,8% | 13,8% |
| Zolpidem | 11,2% | 6,3% | 9,7% |
| Diazepam | 3,6% | 11,5% | 5,9% |
| Bromazepam | 1,3% | 8,3% | 3,4% |
| anderes | 13,4% | 5,2% | 10,9% |
| Tagesdosis DDD, M (SD) | 0,76 (0,48) | 0,62 (0,40) | 0,73 (0,47) *c) |
| Einnahmeverhalten: | | | |
| nur nach Bedarf | 30,2% | 60,0% | 39,1% *** |
| täglich | 58,7% | 31,0% | 50,4% *** |
| wie vom Arzt verordnet | 34,9% | 28,0% | 32,8% |
| weniger als verordnet | 6,0% | 1,0% | 4,5% * |
| mehr als verordnet | 0,9% | 1,0% | 0,9% |
| nicht eingenommen | 0,4% | 1,0% | 0,6% |
| Verschreiber: | | | |
| niedergelassener Arzt | 84,5% | 86,5% | 85,1% |
| Krankenhaus/Klinik | 7,3% | 15,6% | 9,8% * |
| mehrere Ärzte | 14,2% | 10,4% | 13,0% |
| Fachliche Ausrichtung Arzt: | | | |
| Hausarzt/Allgemeinarzt | 76,1% | 77,6% | 76,5% |
| Internist | 18,3% | 14,3% | 17,1% |
| Psychiater | 24,3% | 22,4% | 23,8% |
| andere Fachrichtung | 6,1% | 11,2% | 7,6% |
| Rezeptart: | | | * |
| Kassenrezept | 75,1% | 88,4% | 79,2% |
| Privatrezept | 14,7% | 9,5% | 13,1% |
| Kassen- und Privatrezept | 10,1% | 2,1% | 7,7% |
| N | 238 | 102 | 340 |

a) Signifikanz Chi²-/T-Test: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

b) Gültiges N=320.

c) Gültiges N=236.

Anzumerken ist darüber hinaus, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Befragung Schmerzmittel eingenommen hatte (68,9%). Dabei bestehen in der Häufigkeit Unterschiede zwischen den Gruppen, die allerdings keine statistische Signifikanz aufweisen: Unter den Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen greifen 40,6% regelmäßig (mindestens 3mal pro Woche) zu Schmerzmitteln, in der anderen Gruppe

sind es 28,3%. Der Anteil, der keine Schmerzmittel gebrauchte, ist in beiden Patientengruppen mit 31,4% (leitlinienabweichend) bzw. 30,0% (leitliniengerecht) vergleichbar.

7.1.1.3 Einnahmegründe, Beschwerden und Nebenwirkungen

Der dominierende Grund bzw. die überwiegend zugrunde liegende Symptomatik für die Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen sind Schlafstörungen. Mehr als drei Viertel aller Befragungsteilnehmer gaben dies aus einer Liste möglicher zugrunde liegender Beschwerden an. Dabei bestehen keine relevanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen (siehe Tabelle 7.1.5). Psychische Symptome wie Unruhezustände oder Ängste und Panikzustände wurden von jeweils mehr als einem Viertel genannt. Bei gut einem Fünftel der Befragungsteilnehmer waren Depressionen der Grund für die Einnahme von Benzodiazepinen bzw. Z-Substanzen. Erschöpfungszustände und Überforderungsprobleme wurden von 12,5% bzw. 10,0% der Patientinnen und Patienten genannt. Von allen fünf hier aufgeführten psychischen Symptomen bzw. Zuständen waren die Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten Verschreibungen deutlich (und statistisch signifikant) stärker betroffen als jene mit leitlinienabweichenden Verordnungen. Dies verweist auf gezielte und kurzzeitige Behandlung psychischer Symptome mit diesen Medikamenten, wobei hier insbesondere Benzodiazepine zum Einsatz kommen (vgl. Tabelle 7.1.4). Die leitlinienabweichende Dauermedikation, in der Mehrheit durchgeführt mit Z-Substanzen, dient in erster Linie der Behandlung von Schlafstörungen. Aber auch in der Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen traten spezifische psychische Symptome bei bis zu einem Viertel der Patientinnen und Patienten auf. Andere Beschwerden wie z. B. Muskelkrämpfe, Erregungszustände, psychogene oder vegetative Störungen wurden seltener als Einnahmegrund genannt. Relevante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen sind hier nicht erkennbar.

Tabelle 7.1.5

Beschwerden und Gründe für die Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen nach Verschreibungstyp (Mehrfachangaben)

| | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt^{a)} |
|------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| Schlafstörungen | 78,3% | 75,8% | 77,5% |
| allgemeine Unruhe | 25,7% | 35,4% | 28,6% † |
| Angstzustände/Panik | 23,9% | 34,3% | 27,1% † |
| Depression | 18,3% | 28,3% | 21,3% * |
| Erschöpfungszustand | 8,3% | 22,2% | 12,5% *** |
| Überforderung | 7,8% | 15,2% | 10,0% * |
| Muskelkrämpfe | 10,4% | 6,1% | 9,1% |
| Erregungszustand | 7,4% | 12,1% | 8,8% |
| Psychogene Störungen | 7,4% | 9,1% | 7,9% |
| vegetative Störungen | 4,3% | 7,1% | 5,2% |
| Intervention in Krisen | 3,9% | 6,1% | 4,6% |
| Entzugserscheinungen | 1,7% | 2,0% | 1,8% |
| epileptische Anfälle | 0,9% | 2,0% | 1,2% |
| N | 230 | 99 | 329 |

a) Signifikanz Chi²-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Die Anzahl an Beschwerden bzw. der Einnahme zugrunde liegenden Symptomen hat sich aktuell im Vergleich zu früheren Zeiten erhöht (siehe Tabelle 7.1.6). Dies zeigt sich besonders deutlich bei der Patientengruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen. Lagen in vorangegangenen Zeiten bei diesen Patientinnen und Patienten weniger Beschwerden im Vergleich zu Personen mit leitliniengerechten Verschreibungen vor, so sind es aktuell zum Befragungszeitpunkt bzw. zu Zeiten der letzten Einnahme mehr Symptome, die zur Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen geführt haben.⁷ Der Anstieg an Beschwerden scheint somit mit dem Übergang zu einem leitlinienabweichenden Medikamentengebrauch in einem zeitlichen Zusammenhang zu stehen. Dabei fällt auf, dass praktisch in allen Symptomen (Ausnahme: Krisenintervention und Entzugserscheinungen) eine Zunahme im Zeitverlauf zu beobachten ist, die bei den Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen durchweg deutlicher ausfällt als bei jenen mit leitliniengerechten Verordnungen. Bei der letztgenannten Patientengruppe haben die psychischen Beschwerden wie Angstzustände/Panik, Depression, Erschöpfungszustände und psychogene Störungen – ganz im Sinn der medikamentösen Intervention – im Verlauf sogar abgenommen, was auf einen (zeitweise) erfolgreichen Einsatz von Benzodiazepinen und Z-Substanzen schließen lässt. Aktuell bzw. zum Zeitpunkt der letzten Einnahme sind es vor allem die Schlafstörungen, die bei der Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen deutlich überwiegen (siehe Tabelle 7.1.6).

⁷ Die Zunahme an Beschwerden insgesamt ist statistisch signifikant (Messwiederholungsanalyse nach GLM: Zeiteffekt: $p < 0,001$, Interaktion von Zeit und Gruppe: $p < 0,01$). Die signifikante Interaktion verweist darauf, dass diese Zunahme zwischen den Gruppen (wie in Tabelle 7.1.6 sichtbar) unterschiedlich ist: Der Anstieg an Beschwerden fällt in der Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen signifikant stärker aus als in der anderen Gruppe.

Tabelle 7.1.6

Beschwerden und Gründe für die Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen im Vergleich zwischen früherem und aktuellem Zeitpunkt nach Verschreibungstyp (Mehrfachangaben)

| | leitlinienabweichende Verschreibung | | leitliniengerechte Verschreibung | | Gesamt ^{a)} | |
|----------------------------|-------------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|----------------------|-------------|
| | früher | aktuell | früher | aktuell | früher | aktuell |
| Schlafstörungen | 36,5% | 78,3% | 38,4% | 56,6% | 37,1% | 71,7% *** |
| allgemeine Unruhe | 14,3% | 25,7% | 21,2% | 22,2% | 16,4% | 24,6% |
| Angstzustände/Panik | 14,3% | 23,9% | 24,2% | 20,2% | 17,3% * | 22,8% |
| Depression | 12,2% | 18,3% | 20,2% | 17,2% | 14,6% † | 17,9% |
| Erschöpfungszustand | 5,7% | 8,3% | 14,1% | 11,1% | 8,2% * | 9,1% |
| Überforderung | 3,5% | 7,8% | 7,1% | 8,1% | 4,6% | 7,9% |
| Muskelkrämpfe | 4,8% | 10,4% | 2,0% | 5,1% | 4,0% | 8,8% |
| Erregungszustand | 3,5% | 7,4% | 8,1% | 10,1% | 4,9% † | 8,2% |
| Psychogene Störungen | 2,6% | 7,4% | 7,1% | 5,1% | 4,0% † | 6,7% |
| vegetative Störungen | 3,0% | 4,3% | 4,0% | 5,1% | 3,3% | 4,6% |
| Intervention in Krisen | 4,3% | 3,9% | 4,0% | 3,0% | 4,3% | 3,6% |
| Entzugserscheinungen | 2,2% | 1,7% | 1,0% | 1,0% | 1,8% | 1,5% |
| epileptische Anfälle | 1,3% | 0,9% | - | 2,0% | 0,9% | 1,2% |
| Anzahl Beschwerden, M (SD) | 1,1 (1,5) | 2,1 (1,8) | 1,6 (1,8) | 1,7 (1,8) | 1,3 (1,6) * | 2,0 (1,8) † |
| N | 230 | | 99 | | 329 | |

a) Signifikanz Chi²-/T-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Nicht alle Befragungsteilnehmer machten Angaben zu typischen mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen verbundenen Nebenwirkungen; von 53 Personen fehlen hierzu die Informationen.⁸ Von 84,4% der Patientinnen und Patienten liegen hierzu gültige Daten vor, so dass auf Basis einer hinreichend validen Datengrundlage Ergebnisinterpretationen möglich sind. Wie sich aus Tabelle 7.1.7 ergibt, ist die tagsüber vorhandene Müdigkeit die vorrangig genannte Nebenwirkung, die zu Beginn oder im Verlauf der Medikamenteneinnahme auftrat, was mit dem Haupteinnahmegrund der Schlafstörungen korrespondiert (vgl. Tabelle 7.1.5). Mehr als ein Viertel aller Befragungsteilnehmer leidet oder litt unter Müdigkeitssymptomen, wobei diese deutlich häufiger bei Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechter, also nicht vorhandener Dauer-Verschreibung auftreten. Knapp ein Fünftel erlebte Konzentrationsprobleme, von etwas weniger Patientinnen und Patienten wurden Antriebsminderung und Gedächtnisprobleme genannt. Probleme mit der nachlassenden Wirkung ihrer Medikamente, also der Toleranzentwicklung, haben 17,5% der Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen gegenüber einem Zehntel mit leitliniengerechten Verordnungen. Hier zeigt sich, dass selbst bei Patientinnen und Patienten mit Langzeitmedikation dieses Gewöhnungsproblem nur bei einer relativ kleinen Gruppe auftritt. Dies korrespondiert mit dem ebenfalls eher selten genannten Wunsch, die Dosis

⁸ Entsprechend der Konvention, dass solche fehlenden Informationen nicht interpretiert werden sollten, werden nur die gültigen Angaben von N=287 dargestellt. Dabei liegt die Annahme zugrunde, dass sich die unbekanntenen Werte wie die bekannten verteilen (und somit nicht als gültige „Nein-Werte“ gezählt würden, was die Ergebnisse verzerrt hätte).

zu steigern. Studien konnten zeigen, dass eine solche (kontinuierliche) Dosissteigerung bei dem Phänomen der so genannten Niedrigdosisabhängigkeit auch nicht zwingend vorhanden sein muss (Soumerai et al. 2003; Kurko et al. 2015). Andere Nebenwirkungen wie Gangstörungen, Interessenlosigkeit, Benommenheit oder muskuläre Schwäche traten bei 11,1% bis 14,3% der Befragungsteilnehmer auf, wobei es nur geringe Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen gibt. Mehr als ein Drittel der befragten Patientinnen und Patienten berichtet von keinerlei Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen (siehe Tabelle 7.1.7). Dies trifft auf beide Gruppen gleichermaßen zu.

Tabelle 7.1.7

Nebenwirkungen von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen am Beginn oder im Verlauf der Behandlung nach Verschreibungstyp (Mehrfachangaben)

| | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt^{a)} |
|---------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| Müdigkeit (tagsüber) | 24,5% | 34,5% | 27,5% † |
| Konzentrationsprobleme | 18,0% | 18,4% | 18,1% |
| Antriebsminderung | 16,0% | 19,5% | 17,1% |
| Gedächtnisprobleme | 19,0% | 12,6% | 17,1% |
| nachlassende Wirkung | 17,5% | 10,3% | 15,3% |
| Gangstörungen | 15,5% | 11,5% | 14,3% |
| Interessenlosigkeit | 12,0% | 16,1% | 13,2% |
| Benommenheit | 11,0% | 16,1% | 12,5% |
| muskuläre Schwäche | 11,0% | 11,5% | 11,1% |
| Wunsch, Dosis zu steigern | 12,5% | 8,0% | 11,1% |
| Kopfschmerzen | 8,0% | 14,9% | 10,1% † |
| Übelkeit | 4,5% | 10,3% | 6,3% † |
| verwaschene Sprache | 6,0% | 6,9% | 6,3% |
| keine Nebenwirkungen | 38,5% | 37,9% | 38,3% |
| N | 200 | 87 | 287 |

a) Signifikanz Chi²-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Auch die Nebenwirkungen wurden getrennt für die Zeitpunkte des medikamentösen Behandlungsbeginns und dem weiteren Verlauf der Einnahme erfragt. Dabei ist insgesamt eine Steigerung der Begleitbeschwerden von durchschnittlich 0,6 auf 1,3 Symptome zu beobachten (siehe Tabelle 7.1.8). Ähnlich wie bei den der Medikamenteneinnahme zugrunde liegenden Beschwerden (vgl. Tabelle 7.1.6) findet eine Zunahme an Nebenwirkungen insbesondere bei der Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen statt.⁹ Hat diese Gruppe zu Behandlungsbeginn noch zu einem deutlich geringeren Anteil unter Nebenwirkungen gelitten, so ist im Ver-

⁹ Die Zunahme an Nebenwirkungen insgesamt ist statistisch signifikant (Messwiederholungsanalyse nach GLM: Zeiteffekt: p<0,001, Interaktion von Zeit und Gruppe: p=0,115). Die Interaktion erreicht nicht die statistische Signifikanzgrenze, was bedeutet, dass diese Zunahme zwischen den Gruppen (vgl. Tabelle 7.1.8) nicht überzufällig verschieden ist. Streng genommen lässt sich der augenscheinlich stärkere Anstieg an Nebenwirkungen in der Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen aus den vorhandenen Daten statistisch nicht untermauern.

lauf der Medikamenteneinnahme eine geringfügig (wenngleich nicht signifikant) stärkere Beeinträchtigung als unter den Personen mit leitliniengerechten Verschreibungen festzustellen. Diese Unterschiede bestätigen sich auch in der Prävalenz von Nebenwirkungen: Zu Behandlungsbeginn gab nur ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verordnungen überhaupt Nebenwirkungen an (23,5%), in der anderen Gruppe waren es mit 37,9% deutlich mehr. Im weiteren Verlauf der Behandlung steigt in der erstgenannten Patientengruppe der Anteil mit Nebenwirkungen auf 52,0%, in der Gruppe mit leitliniengerechten Verschreibungen bleibt er mit 39,1% etwa gleich.¹⁰ Mit Ausnahme der tagsüber auftretenden Müdigkeit ist bei allen in Tabelle 7.1.8 aufgeführten Nebenwirkungen eine Zunahme im Behandlungsverlauf zu verzeichnen. Diese Zunahme ist in der Patientengruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen etwas stärker ausgeprägt als in der anderen Gruppe. Dabei fällt auf, dass die tagsüber auftretende Müdigkeit nur bei den Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten Verordnungen im Behandlungsverlauf zurück geht, bei jenen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen hingegen stagniert.

Tabelle 7.1.8

Nebenwirkungen von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen im Vergleich zwischen Behandlungsbeginn und weiterem Verlauf nach Verschreibungstyp (Mehrfachangaben)

| | leitlinienabweichende Verschreibung | | leitliniengerechte Verschreibung | | Gesamt ^{a)} | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|----------------------|-----------|
| | Beginn | Verlauf | Beginn | Verlauf | Beginn | Verlauf |
| Müdigkeit (tagsüber) | 12,5% | 12,5% | 23,0% | 13,8% | 15,7% * | 12,9% |
| Konzentrationsprobleme | 5,0% | 13,0% | 4,6% | 14,9% | 4,9% | 13,6% |
| Antriebsminderung | 5,0% | 11,5% | 8,0% | 14,9% | 5,9% | 12,5% |
| Gedächtnisprobleme | 5,0% | 16,5% | 4,6% | 9,2% | 4,9% | 14,3% |
| nachlassende Wirkung | 2,5% | 15,0% | 1,1% | 9,2% | 2,1% | 13,2% |
| Gangstörungen | 3,5% | 13,0% | 4,6% | 9,2% | 3,8% | 11,8% |
| Interessenlosigkeit | 4,0% | 9,0% | 4,6% | 12,6% | 4,2% | 10,1% |
| Benommenheit | 4,0% | 7,5% | 11,5% | 5,7% | 6,3% * | 7,0% |
| muskuläre Schwäche | 2,0% | 9,5% | 5,7% | 6,9% | 3,1% † | 8,7% |
| Wunsch, Dosis zu steigern | 1,0% | 12,0% | - | 8,0% | 0,7% | 10,8% |
| Kopfschmerzen | 2,5% | 7,0% | 6,9% | 9,2% | 3,8% † | 7,7% |
| Übelkeit | 1,5% | 3,5% | 5,7% | 4,6% | 2,8% * | 3,8% |
| verwaschene Sprache | 2,0% | 4,5% | 4,6% | 4,6% | 2,8% | 4,5% |
| keine Nebenwirkungen | 76,5% | 48,0% | 62,1% | 60,9% | 72,1% * | 51,9% * |
| Anzahl Nebenwirkungen, M (SD) | 0,5 (1,1) | 1,3 (2,0) | 0,9 (1,4) | 1,2 (2,1) | 0,6 (1,2) * | 1,3 (2,0) |
| N | 200 | | 87 | | 287 | |

a) Signifikanz Chi²-/T-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

¹⁰ Im Gegensatz zur statistischen Prüfung der zunehmenden Anzahl an Nebenwirkungen (siehe vorherige Fußnote) bestehen hinsichtlich des Auftretens von Nebenwirkungen überhaupt statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen: Zu Behandlungsbeginn geben die Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen zu einem signifikant geringeren Anteil Nebenwirkungen an (Chi²=6,3, p<0,05), im weiteren Verlauf der Behandlung zu einem signifikant höheren Anteil (Chi²=4,1, p<0,05).

Mit nicht einmal einem Drittel gab nur ein geringer Anteil an Patientinnen und Patienten an, über solche Nebenwirkungen informiert gewesen zu sein (30,0%). Entsprechend des am häufigsten auftretenden Symptoms (siehe oben) ist es die tagsüber vorhandene Müdigkeit, über die ein Fünftel der Befragungsteilnehmer informiert wurde (19,5%). Mit deutlichem Abstand folgt die nachlassende Wirkung der Medikamente, über die 10,8% der Patientinnen und Patienten aufgeklärt wurden. Weder bezüglich einzelner Nebenwirkungssymptome noch insgesamt bestehen in der Informiertheit statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Personen mit leitlinienabweichenden und jenen mit leitliniengerechten Verschreibungen.

Die Patientinnen und Patienten wurden auch gefragt, ob und unter welchen Umständen sie schon einmal versucht hätten, die Medikamente wegzulassen bzw. sie zu reduzieren. Diese Frage richtete sich vorrangig an Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen, da einige Antwortkategorien für die Gruppe mit leitliniengerechten Verordnung teilweise nicht adäquat formuliert waren. Da aber zu vermuten ist, dass auch unter Letzteren zusätzlich Benzodiazepine oder Z-Substanzen auf Privatrezept verordnet werden, sind ihre Antworten (in der bewährten Gegenüberstellung) mit dargestellt. Fast man die Angaben zu den vorgegeben Antwortmöglichkeiten zusammen, zeigt sich, dass knapp ein Drittel die Einnahme, sei es auf Eigeninitiative oder ärztlichen Rat, schon mal mit Erfolg abgesetzt oder zumindest reduziert hatte. Deutlich mehr Patientinnen und Patienten, nämlich knapp die Hälfte, hatten versucht, ihre Benzodiazepine bzw. Z-Substanzen auszusetzen oder zu reduzieren, aber es nicht geschafft (siehe Tabelle 7.1.9).¹¹ Hier zeigen sich auch deutliche Unterschiede zwischen den Patientengruppen: nicht erfolgreiche Absetzversuche wurden erheblich häufiger von den Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen unternommen. Erfolgreiche Absetz- bzw. Reduktionsversuche kamen bei dieser Patientengruppe hingegen seltener vor, der letztgenannte Unterschied zur Gruppe mit leitliniengerechter Verschreibung ist aber nicht statistisch signifikant. Im Einzelnen fallen diese Unterschiede zwischen den Patientengruppen vor allem bei den auf Eigeninitiative unternommenen Absetzversuchen auf. Mit über einem Drittel haben mehr als doppelt so viele Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen im Vergleich zur anderen Gruppe versucht, aus eigenem Antrieb die Medikamente wegzulassen, was aber nicht gelang.

Auch bei der Angabe, zum Befragungszeitpunkt keine Benzodiazepine oder Z-Substanzen mehr einzunehmen zeigt sich die erwartete Differenz: Mehr als ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechter Verschreibung im Vergleich zu nur wenigen Einzelfällen in der anderen Gruppe (bei denen es sich tendenziell um Dauer- oder Langzeitverschreibungen handeln dürfte) wählte diese Antwortmöglichkeit.

¹¹ Wobei ein Zehntel beide Möglichkeiten, also Weglassen/Reduktion mit Erfolg und ohne Erfolg, angegeben hat, was bezogen auf die zurückliegende Zeit durchaus plausibel ist (9,6%). Mit 10,4% bzw. 7,8% sind diese Patientinnen und Patienten in beiden Gruppen zu finden.

Tabelle 7.1.9

Versuche, die Medikamenteneinnahme auszusetzen bzw. zu reduzieren, nach Verschreibungstyp (Mehrfachangaben)

| | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt^{a)} |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| nie probiert, Medikamente wegzulassen | 28,5% | 20,0% | 26,0% |
| nehme die Medikamente nicht mehr | 2,7% | 27,8% | 10,0% *** |
| wollte versuchen wegzulassen, aber Arzt hat abgeraten | 4,1% | 8,9% | 5,5% † |
| auf Eigeninitiative weggelassen mit Erfolg | 4,5% | 12,2% | 6,8% * |
| auf Eigeninitiative probiert wegzulassen ohne Erfolg | 35,3% | 15,6% | 29,6% *** |
| auf ärztl. Anraten abgesetzt mit Erfolg | 1,4% | 2,2% | 1,6% |
| auf ärztl. Anraten probiert abzusetzen ohne Erfolg | 7,7% | 3,3% | 6,4% |
| auf Eigeninitiative reduziert | 17,6% | 15,6% | 17,0% |
| auf ärztl. Anraten reduziert | 7,2% | 8,9% | 7,7% |
| mehrfach abgesetzt, aber wieder eingenommen | 21,3% | 16,7% | 19,9% |
| | | | |
| Weglassen/Reduktion mit Erfolg (zusammengefasst) | 28,1% | 36,7% | 30,5% |
| Weglassen/Reduktion ohne Erfolg (zusammengefasst) | 52,0% | 33,3% | 46,6% ** |
| N | 221 | 90 | 311 |

a) Signifikanz Chi²-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Wenn die Patientinnen und Patienten Einnahmepausen ihrer Medikation hatten, konnten sie angeben, was die Gründe waren, wieder mit der Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen zu beginnen. Diese Fragestellung richtete sich vornehmlich an Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen, da hier davon ausgegangen wurde, dass es sich um Unterbrechungen einer mehr oder weniger kontinuierlichen Verschreibungspraxis handelte. Mit großem Abstand zu allen anderen Gründen wurde hier vor allem das Wiederauftreten der alten Beschwerden genannt. Vier Fünftel der Befragten, die Erfahrungen mit Einnahmepausen ihrer Medikation hatten, nannten diesen Grund (siehe Tabelle 7.1.10). Die inhaltlich verwandte, im weiteren Sinn komplementäre Aussage, dass man sich mit der Einnahme der Medikamente einfach wieder besser gefühlt habe, wird von knapp einem Drittel bejaht. Ein Siebtel der Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen hat ihre Medikation im Rahmen eines Klinikaufenthalts wieder verschrieben bekommen. Knapp 13% gaben an, dass die Zeit ohne Medikation schwer zu ertragen gewesen sei, was schließlich zur Wiedereinnahme geführt habe. Auch weitere Gründe wie z. B. die Einnahme der Medikation

in Krisensituationen oder die Überbrückung von Schlafbeschwerden beim Schichtdienst führten für viele der befragten Patientinnen und Patienten dazu, die Medikamente wieder regelmäßig einzunehmen.

Tabelle 7.1.10

Gründe für den Beginn der Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen nach Einnahmepausen unter Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen (Mehrfachangaben)

| | leitlinienabweichende Verschreibung |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| alte Beschwerden traten wieder auf | 80,1% |
| mit Medikamenten besser gefühlt | 30,1% |
| bei Klinikaufenthalt wieder verschrieben bekommen | 14,1% |
| Zeit ohne Medikamente schwer zu ertragen | 12,8% |
| auf Anraten des Arztes wieder Einnahme begonnen | 4,5% |
| sonstige Gründe (z.B. Krisensituation, Schichtdienst) | 17,9% |
| N | 156 |

Knapp zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie den Eindruck hätten, die Medikamente für immer einnehmen zu müssen (64,4%). Hier verwundert nicht, dass die Erwartung einer lebenslangen Einnahme unter den Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verordnungen mit 75,9% erheblich (und statistisch signifikant) häufiger angegeben wurde als in der anderen Patientengruppe mit 36,6% (Chi²-Test: p<0,001). Die zumeist langjährige Erfahrung mit der Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen resultiert in einen Gewöhnungs- und teilweise Abhängigkeitsprozess, wonach sich die Mehrheit der Betroffenen ein Leben ohne diese Medikamente nicht mehr vorstellen kann.

7.1.1.4 Gesundheitliche Beschwerden der Patientinnen und Patienten

Um einen mögliche Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und der Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen aufzuzeigen, wurden körperliche Erkrankungen und psychische Beschwerden anhand der in Abschnitt 5.2.1 aufgeführten Instrumente standardisiert erhoben. Demnach gaben drei Viertel der Befragten Herz-Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen an, die Hälfte litt unter Erkrankungen des Bewegungsapparats wie z. B. Arthrose oder Osteoporose. In Tabelle 7.1.11 sind die weiter von den Patientinnen und Patienten genannten körperlichen Beschwerden oder Erkrankungen dargestellt. Außer bei den sonstigen, nicht vorgegebenen, sondern selbst einzutragenden Erkrankungen, die von den Personen mit leitliniengerechten Verschreibungen häufiger genannt wurden, bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Hierunter wurden allerdings auch psychische Erkrankungen bzw. Symptome sowie alle möglichen gesundheitlichen Probleme angegeben, die nicht einer bestimmten Krankheit zugeordnet werden können (z. B. Hörprobleme, Zustand nach Operationen, Übelkeit).

Auch hinsichtlich der Anzahl angegebener Erkrankungen – als ein mögliches Maß der Beeinträchtigung durch körperliche Krankheiten – unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht. Im Durchschnitt nannten die Patientinnen und Patienten beider Gruppen 2,4 (±1,7) Erkrankungen.

Tabelle 7.1.11

Körperliche Beschwerden innerhalb der letzten zwölf Monate nach Verschreibungstyp (Mehrfachangaben)

| | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt^{a)} |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen | 66,0% | 72,2% | 67,9% |
| Erkrankungen des Bewegungsapparats (z.B. Arthrose, Osteoporose) | 52,2% | 46,7% | 50,5% |
| Endokrinologische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung) | 29,7% | 27,8% | 29,1% |
| Magenerkrankungen/ Erkrankungen des Verdauungssystems | 28,7% | 24,4% | 27,4% |
| Erkrankungen der Atemwege oder der Lunge | 25,4% | 23,3% | 24,7% |
| Erkrankungen des urogenitalen Systems (z.B. Blasenentzündung, Nierenstein) | 14,8% | 13,3% | 14,4% |
| Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Migräne, Schlaganfall, Parkinson) | 14,4% | 10,0% | 13,0% |
| Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte) | 10,0% | 11,1% | 10,4% |
| Bösartiger Tumor/ Krebserkrankung | 10,5% | 8,9% | 10,0% |
| Weitere schwere Erkrankungen | 19,1% | 30,0% | 22,4% * |
| N | 209 | 90 | 299 |

a) Signifikanz Chi²-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Weitere psychische Beschwerden oder Symptome sowie das Ausmaß der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind pro Untersuchungsgruppe in Tabelle 7.1.12 dargestellt. Auf Basis der Kurzfragebögen können jeweils knapp ein Fünftel der Befragten als ausgeprägt depressiv sowie mittelgradig bis schwer angstgestört eingestuft werden. Auffällig ist, dass diesbezüglich kaum Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen bestehen. In der Tendenz überwiegt leicht die mittelgradig bis schwer ausgeprägte generalisierte Angstsymptomatik unter den Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen, dieser Unterschied erreicht allerdings keine statistische Signifikanz. Anhand der Skalenmittelwerte ist darüber hinaus zu erkennen, dass die Störungsbereiche Depressionen und Angst im Mittel nicht besonders stark ausgeprägt sind. Werte um Eins entsprechen, bezogen auf die letzten zwei Wochen, auf der Skala von Null bis Drei der Kategorie „an einzelnen Tagen“, was in Anbetracht der stratifiziert ausgewählten Patientenpopulation eher eine „Durchschnittsbeeinträchtigung“ abbilden dürfte. Bemerkenswert ist ferner, dass sich die hier herausgestellten Beeinträchtigungen nicht in gleichem Maße in den oben aufgeführten Verschreibungsgründen widerspiegeln (vgl. Tabelle 7.1.5). Dies ist nicht

unbedingt zu erwarten, da es unabhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigung vorwiegend andere Einnahmegründe geben kann (wie z. B. die überwiegend genannten Schlafstörungen) und die aktuelle Bestandsaufnahme nicht mit den zeitlich zurückliegenden Einnahmegründen übereinstimmen muss. Hinsichtlich der den Verschreibungsgründen zugrunde liegenden Beschwerden zeigten sich allerdings deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen dahingehend, dass die Personen mit leitliniengerechten Verschreibungen vermehrt psychische Probleme und Symptome als Gründe für die Medikamenteneinnahme angaben, was mit den hier dargestellten Befunden nicht einher geht. Letztlich ist aber auch davon auszugehen, dass die leitliniengerecht eingesetzten Medikamente zu einer Verbesserung der psychischen Symptomatik geführt haben. Hinsichtlich des Risikos einer alkoholbezogenen Störung, die mit dem Screeninginstrument *AUDIT-C* erhoben wurde, ist jeweils etwa ein Fünftel beider Untersuchungsgruppen betroffen. Auch hier zeigen sich insgesamt im Durchschnitt sehr geringe Ausprägungen.

Als zusammenfassendes Gesundheitsmaß hinsichtlich Funktionstüchtigkeit und Teilhabe hat sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität etabliert. Mit dem hier eingesetzten Erhebungsinstrument, der *SF-12*, werden der körperliche und psychische Gesundheitszustand auf einer normierten Skala, der so genannten T-Skala (Mittelwert: 50, Standardabweichung: 10), gemessen. Aus Tabelle 7.1.12 ist ersichtlich, dass die Befragungsteilnehmer hinsichtlich ihres körperlichen Gesundheitszustands – wie bereits aus der Erhebung körperlicher Erkrankungen deutlich wird (vgl. Tabelle 7.1.11) – erheblich (mehr als eine Standardabweichung) unterhalb des Norm-Mittelwerts liegen, was auf eine starke Einschränkung in der Alltagsbewältigung aufgrund körperlicher Probleme verweist. Auch im psychischen Bereich liegen die befragten Patientinnen und Patienten im Durchschnitt weit unter dem Normmittelwert. Allerdings sind die zugrunde liegenden Beeinträchtigungen weniger stark ausgeprägt als im körperlichen Bereich. Es fällt auf, dass in Bezug auf beide Gesundheitsbereiche im Mittel praktisch keine Unterschiede zwischen den Patientengruppen bestehen. Dies geht einher mit den anderen zuvor berichteten Befunden und deutet darauf hin, dass sich die Personen mit leitlinienabweichenden Sedativa-Verschreibungen trotz des insgesamt höheren Alters in ihrem Gesundheitszustand nicht oder nur sehr gering von der anderen Patientengruppe unterscheiden.

Tabelle 7.1.12

Depressivität (nach PHQ-9) und generalisierte Angst (GAD-7) sowie alkoholbezogene Probleme (AUDIT-C) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) nach Verschreibungstyp

| | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|
| Depression (PHQ-9): | | | |
| keine | 31,3% | 30,0% | 30,9% |
| leichte/mittlere | 51,0% | 51,0% | 51,0% |
| ausgeprägt/schwerste | 17,6% | 19,0% | 18,0% |
| PHQ-9 Mittelwert (0-3), M (SD) | 1,07 (0,73) | 0,99 (0,67) | 1,04 (0,71) |
| N | 233 | 100 | 333 |
| Angst (GAD-7): | | | |
| keine/minimale | 54,9% | 62,8% | 57,4% |
| mild ausgeprägt | 25,0% | 24,5% | 24,8% |
| mittelgr./schwer ausgeprägt | 20,1% | 12,8% | 17,8% |
| GAD-7 Mittelw. (0-3), M (SD) | 1,14 (0,93) | 0,98 (0,86) | 1,09 (0,91) |
| N | 204 | 94 | 298 |
| Risiko für alkoholbezogene Störung (AUDIT-C) | 18,6% | 20,2% | 19,1% |
| AUDIT-C Mittelwert (0-12), M (SD) | 1,4 (2,1) | 1,4 (2,1) | 1,4 (2,1) |
| N | 231 | 99 | 330 |
| Lebensqualität (SF-12): | | | |
| körf. Summenskala, M (SD) | 36,6 (9,7) | 36,0 (11,9) | 36,4 (10,4) |
| psych. Summenskala, M (SD) | 42,9 (10,0) | 41,6 (11,7) | 42,5 (10,6) |
| N | 231 | 101 | 332 |

Betrachtet man die Patientinnen und Patienten danach, wie viele der oben genannten psychischen Probleme bzw. Störungen beim Einzelnen vorliegen, ergibt sich das in Tabelle 7.1.13 dargestellte Bild. Zunächst zeigt sich, dass in dem oben definierten Sinn fast zwei Drittel keins dieser psychischen Probleme aufweisen. Ein Viertel hat genau eine Störung, bei weiteren zwölftehalb Prozent liegen zwei psychische Beschwerden vor. An allen drei genannten Problemen leiden nur vier Personen, zwei in jeder Gruppe. Überhaupt ergeben sich auch bei der Komorbidität keine relevanten Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen. Personen mit besonders extrem ausgeprägten psychischen Beschwerden finden sich somit zu gleichen Anteilen unter Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden sowie jenen mit leitliniengerechten Verschreibungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen.

Tabelle 7.1.13

Komorbidität anhand der psychischen Probleme Depressivität (ausgeprägt/schwer), generalisierte Angst (mittelgradig/schwer) und Risiko für alkoholbezogene Störung nach Verschreibungstyp

| Komorbidität | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt |
|------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|
| keine dieser Störungen | 62,2% | 64,4% | 62,8% |
| eine Störung | 23,9% | 22,8% | 23,6% |
| zwei Störungen | 13,0% | 10,9% | 12,4% |
| drei Störungen | 0,8% | 2,0% | 1,2% |
| N | 238 | 101 | 339 |

7.1.1.5 Schlafverhalten und Einstellung zum Medikamentengebrauch

Das Schlafverhalten der Patientinnen und Patienten dürfte dem älterer Menschen, zumindest bezogen auf die Schlafzeit, weitgehend entsprechen (Schwarz et al., 2010). Die mittlere Schlafdauer liegt bei sechsdreiviertel Stunden (siehe Tabelle 7.1.14). Diese Schlafdauer entspricht allerdings nicht der Zeit, die die Befragungsteilnehmer im Bett verbringen. Zum einen benötigen sie im Durchschnitt 49 Minuten, um einzuschlafen, zum anderen liegen zwischen mittlerer Bettgeh- und Aufwachzeit deutlich längere neun Stunden und sechs Minuten. Selbst abzüglich der Einschlafzeit verbleiben im Schnitt achteinviertel Stunden, was die reine Schlafzeit um ein- einhalb Stunden überschreitet. Hier wird deutlich, dass ein Großteil der Zeit im Bett ohne Schlaf verbracht wird, was bereits als ein Hinweis auf Schlafstörungen gedeutet werden kann.

Dem entsprechend fällt der Pittsburgher Schlafindex (PSQI) mit durchschnittlich 1,55 von maximal null bis drei Punkten relativ hoch aus.¹² Hier drunter verbergen sich Fragen zur Bewältigung von Alltagsaufgaben, zum Wachbleiben am Tag, zum nächtlichen oder zu frühen Aufwachen sowie zur Beurteilung der Schlafqualität insgesamt (bezogen auf die letzten zwei Wochen). Nach dem für den Pittsburgher Schlafqualitätsindex vorgegebenen Cut-off-Wert liegt mit 79% die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten in dem Wertebereich, der auf eine schlechte Schlafqualität hinweist (Buysse et al. 1989).¹³ Im Einzelnen zeigt sich, dass gut die Hälfte der Patientinnen und Patienten in der Regel schlecht schläft: Sie wachen an mindestens drei Nächten pro Woche nachts oder zu früh morgens auf, und sie beurteilen ihre Schlafqualität insgesamt als ziemlich oder sehr schlecht (siehe Tabelle 7.1.14). Bezüglich aller genannten Aspekte bestehen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

¹² In der Langversion des Pittsburgher Schlafindex (PSQI) wird eine Summe aus sieben Komponenten gebildet, die entsprechend der jeweiligen Codierung von 0 bis 3 Punkten einen Wert zwischen 0 und 21 annehmen kann. Ab einem Cut-off-Wert von sechs Punkten wird von einer schlechten Schlafqualität gesprochen (Buysse et al. 1989). Sechs Punkte in der Summe entsprechen einem Cut-off-Mittelwert von 0,86. Die hier verwendete Kurzversion enthält nur sechs Komponenten, so dass sich für die Einteilung in gute versus schlechte Schlafqualität nicht an der Summe sondern am entsprechenden Mittelwert orientiert wurde. Der hier berichtete PSQI-Mittelwert von 1,55 entspricht einem Summenwert von 10,9 in der Langversion.

¹³ In einer repräsentativen Studie von Wittchen et al. (2001) unter Patientinnen und Patienten hausärztlicher Praxen in Deutschland (in der als Kontrollinstrument auch der PSQI eingesetzt wurde), hatten in den Altersgruppen ab 50 Jahren zwischen 44% und 51% eine Insomnie oder andere Art von Schlafstörung nach DSM-IV.

Tabelle 7.1.14

Schlafverhalten und Schlafqualität nach Pittsburgher Schlafqualitätsindex (PSQI-kurz) nach Verschreibungstyp

| | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|
| Bettgehzeit, M | 22:15 Uhr | 22:09 Uhr | 22:13 Uhr |
| Einschlafdauer in min, M (SD) | 47,5 (55,5) | 52,3 (48,2) | 49,0 (53,3) |
| Aufwachzeit, M | 7:24 Uhr | 7:07 Uhr | 7:19 Uhr |
| Schlafdauer, h:min, M (SD) | 6:47 (2:08) | 6:37 (1:59) | 6:44 (2:05) |
| PSQI Gesamtwert (0-3), M (SD) | 1,54 (0,73) | 1,59 (0,73) | 1,55 (0,73) |
| PSQI: schlechte Schlafqualität | 76,2% | 81,8% | 77,8% |
| nächtliches/zu frühes Auf- wachen mind. 3mal/Woche | 50,0% | 50,5% | 50,2% |
| Schlafqualität ziemlich/sehr schlecht | 55,2% | 59,4% | 56,5% |
| N | 235 | 99 | 334 |

Allen an der Befragung teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden Benzodiazepine und/oder Z-Substanzen vorübergehend oder langfristig verschrieben, wobei die Ergebnisse zeigten, dass nicht alle diese Medikamente einnahmen bzw. sich der Einnahme bewusst waren. Ausgehend von der Hypothese, dass die persönliche Einstellung gegenüber Medikamenten das Einnahmeverhalten beeinflusst und zudem mit dem Partizipationsbedürfnis des Betroffenen im Zusammenhang steht – was im Hinblick auf Teilprojekt 2 von besonderer Bedeutung ist –, wurde die deutsche Version des *Beliefs about Medicines Questionnaires (BMQ)* eingesetzt. Dabei kamen nur die so genannten spezifischen Themenbereiche zur Anwendung, bei denen es in jeweils fünf Fragen zum einen um die Notwendigkeit, die verschriebenen Medikamente einzunehmen, und zum anderen um Befürchtungen zu Nebenwirkungen der Medikation geht (Horne et al. 1999; Opitz et al. 2008).

Der Tabelle 7.1.15 kann entnommen werden, dass der Notwendigkeit, die jeweiligen Medikamente einzunehmen, mit einem Durchschnittswert von 3,31 (gemessen auf einer Skala von 1 bis 5) überwiegend zugestimmt wird. Diese zustimmende Bewertung ist unter den Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen deutlich stärker ausgeprägt als in der anderen Gruppe. Die Befürchtungen im Zusammenhang mit möglichen Nebenwirkungen fallen insgesamt erheblich geringer aus – was ebenfalls für eine weniger kritische Haltung gegenüber der Medikation sprechen dürfte. Diesbezüglich sind allerdings keine relevanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen zu erkennen. In Anbetracht der Langzeiteinnahme bei den Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen mag dies auf den ersten Blick verwundern. Es ist jedoch zu vermuten, dass beim Großteil der betroffenen Patientinnen und Patienten aufgrund der insgesamt eher niedrigen Dosierung (vgl. Tabelle 7.1.4) die typischen Nebenwirkungen nicht erfahren (oder als solche erkannt) werden.¹⁴

¹⁴ Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass bei den Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen zwischen Dosishöhe und Befürchtungen zu Nebenwirkungen keine Korrelation besteht ($r=.10$, n.s.). Bei den Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten Verordnungen korreliert die Dosishöhe mit Nebenwirkungs-Befürchtungen hingegen mit $r=.34$ ($p<0,05$) im mittleren Bereich. Auch dies spricht für die These, dass die

Tabelle 7.1.15

Einstellung zu Medikamenten nach dem Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) nach Verschreibungstyp (Skalenmittelwerte, 1 bis 5)

| | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt^{a)} |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme, M (SD) | 3,41 (1,08) | 3,06 (1,24) | 3,31 (1,14) * |
| N | 235 | 99 | 334 |
| Befürchtungen, Nebenwirkungen zu erleiden, M (SD) | 2,59 (0,99) | 2,48 (1,13) | 2,55 (1,03) |
| N | 235 | 99 | 334 |

a) Signifikanz T-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

7.1.1.6 Problematischer Medikamentengebrauch

Zur Beurteilung des Ausmaßes problematischen Medikamentengebrauchs wurde der *Kurzfragebogen für Medikamentenmissbrauch (KFM)* von Watzl et al. (1991) in seiner ursprünglichen Form mit zwölf Items verwendet. Mit diesem standardisierten Instrument kann ein Gebrauchsmuster erhoben werden, das nicht den nach ICD-10 definierten Kriterien für Abhängigkeit oder schädlichen Gebrauch entspricht, sondern anhand von vorgegebenen Aussagen zu Verhaltensmustern, Einstellungen und Überzeugungen sowie Erleben und Empfinden das Risiko eines Medikamentenmissbrauchs abbildet. Dieser Fragebogen wurde im bundesdeutschen epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) in mehreren Erhebungen verwendet (z. B. Pabst et al. 2010). Dort wurde er in einer elf Items umfassenden Version eingesetzt, der Cut-off-Wert für problematischen Gebrauch lag dort bei mindestens vier (von elf) Punkten.¹⁵ In der vorliegenden Studie wurde dieser Schwellenwert entsprechend auf mindestens fünf (von zwölf) Punkte erhöht.

Mehr als der Hälfte aller Patientinnen und Patienten wird demnach ein problematischer Gebrauch mit Medikamenten „attestiert“ (siehe Tabelle 7.1.16). Hier zeigt sich die entsprechende Differenz zwischen den Gruppen: Unter den Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen ist mit knapp 60% der Anteil an problematischen Medikamentengebrauchern um 14% höher als in der anderen Gruppe. Auch bezüglich des KFM-Summenwerts unterscheiden sich die Gruppen signifikant. Er liegt in der erstgenannten Gruppe im Durchschnitt um 1,2 Punkte (bzw. um 29%) höher als unter jenen mit leitliniengerechten Verschreibungen.¹⁶ Der Unterschied zwischen den Patientengruppen mag geringer ausfallen als erwartet. Dies dürfte daran

dauerhafte Gewöhnung bei Langzeitverschreibungen nicht unbedingt mit vermehrten Nebenwirkungen einhergehen muss (vgl. auch Tabelle 7.1.7). Bei leitliniengerechten Kurzzeit- oder intermittierenden Verschreibungen allerdings zeigt sich die erwartete Assoziation zwischen Dosishöhe und der Perzeption von Nebenwirkungen.

¹⁵ Der Anteil an Personen mit problematischem Medikamentengebrauch im Jahr 2009 lag unter Medikamentenkonsumenten in der Altersgruppe 50-59 Jahre bei 9,3% und in der Altersgruppe 60-64 Jahre bei 7,6% (Pabst et al. 2010).

¹⁶ Würde nach dem im epidemiologischen Suchtsurvey verwendeten Schwellenwert von mindestens vier Punkten vorgegangen und das zwölfte Item nicht mitberücksichtigt, wären mit 62,9% fast zwei Drittel der Befragungsteilnehmer zu den problematischen Medikamentengebrauchern zu zählen. Auch hier wären in der Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen deutlich mehr Patientinnen und Patienten betroffen (67,5%) als in der anderen Gruppe (52,0%, p<0,01).

liegen, dass mit diesem Erhebungsinstrument das Problemausmaß des Medikamentengebrauchs nicht vorrangig an der Einnahmedauer und Verordnungsmenge gemessen wird, sondern, wie schon beschrieben, an Verhaltens- und Erlebnisweisen sowie Einstellungen und Befindlichkeiten – Bereiche, die nicht zwangsläufig mit dem Ordnungsverhalten assoziiert sind, sondern vielmehr mit den zugrunde liegenden Symptomen und Problemen. Ferner beziehen sich die Fragen des KFM ausdrücklich auf Psychopharmaka und Schmerzmittel: Medikamente, die die „Stimmung verändern“ und eingenommen werden, „um besser schlafen zu können, ruhiger oder leistungsfähiger zu werden, oder weniger Schmerzen zu haben“. Wie oben beschrieben, nehmen mehr als drei Viertel der Patientinnen und Patienten auch Schmerzmittel, so dass ein direkter Zusammenhang zum Verschreibungsverhalten von Benzodiazepinen und Z-Substanzen nicht zwangsläufig bestehen muss.

Tabelle 7.1.16

Problematischer Medikamentengebrauch anhand des Kurzfragebogens für Medikamentenmissbrauch (KFM, Cut-off-Wert ≥ 5) nach Verschreibungstyp

| | leitlinienabweichende Verschreibung | leitliniengerechte Verschreibung | Gesamt^{a)} |
|--------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| KFM-Summenwert, M (SD) | 5,3 (2,5) | 4,1 (2,7) | 4,9 (2,6) *** |
| Problematischer Gebrauch | 59,7% | 45,9% | 55,6% * |
| N | 235 | 99 | 334 |

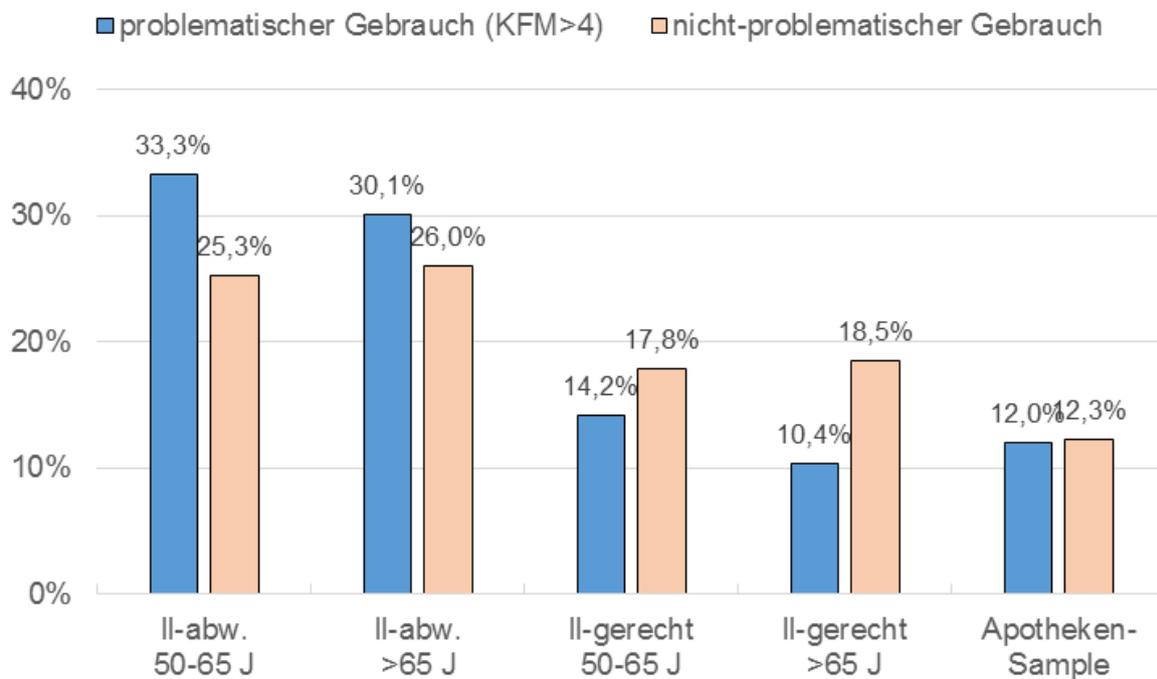
a) Signifikanz Chi²-/T-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Die Stichprobe rekrutiert sich ausschließlich aus Patientinnen und Patienten, die innerhalb des zurückliegenden Jahres Benzodiazepine und/oder Z-Substanzen verschrieben bekamen. Hieraus erklärt sich, dass mit über der Hälfte der Befragungsteilnehmer erheblich mehr Personen nach dem KFM einen problematischen Medikamentengebrauch aufweisen als in Repräsentativumfragen (vgl. Pabst et al. 2010). Auch das insgesamt höhere Alter der Befragten im Vergleich zu Studien an der Allgemeinbevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren dürfte zu dem größeren Ausmaß problematischer Medikamenteneinnahme beitragen. In der Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen wurde ein entsprechend hoher Betroffenenanteil erwartet, unter den Personen mit leitliniengerechten Verschreibungen überrascht hingegen der mit 45,9% gegenüber der älteren Allgemeinbevölkerung (ab 50 Jahre) um das 5- bis 6-fache erhöhte Anteil problematischer Medikamentengebraucher.

Insofern stellt sich die übergeordnete Frage, was die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentengebrauch kennzeichnet. Hierzu lässt sich zunächst noch einmal der Bezug zu der in dieser Studie vorgenommenen Stratifizierung herstellen, wobei eine gegenüber den oben dargestellten Gruppenvergleichen (Tabelle 7.1.16) die „umgekehrte“ Betrachtungsperspektive eingenommen wird. Aus Sicht des Vergleichs zwischen den Patientinnen und Patienten mit und ohne problematischen Medikamentengebrauch zeigen sich die in Abbildung 7.1.2 erkennbaren Unterschiede: Die problematischen Medikamentengebraucher rekrutieren sich zu drei Viertel aus den Personen mit leitlinienabweichenden oder Privatverschreibungen (Apotheken-Sample), bei den nicht-problematischen Gebräuchern sind es etwa 63% aus diesen Strata.

Abbildung 7.1.2

Geschlecht (Prozentanteil weiblich) und Alter (Mittelwert) der Befragungsteilnehmer im Vergleich zur Grundgesamtheit der Versicherten der AOK NordWest nach Stratum



Bezogen auf Geschlecht, Alter und aktueller Lebenssituation lassen sich zwischen den Patientengruppen mit und ohne problematischen Medikamentengebrauch keine relevanten und statistisch signifikanten Unterschiede erkennen. In der Tendenz ist der Männeranteil unter den problematischen Gebrauchern leicht erhöht. Dies betrifft auch den Anteil an Pflegebedürftigen, was mit einer etwas geringeren Beschäftigungsrate einhergeht.

Tabelle 7.1.17

Patientencharakteristika der Befragungsteilnehmer mit Medikamenteneinnahme nach problematischem Medikamentengebrauch (KFM>4)

| | problematischer Gebrauch | nicht-problematischer Gebrauch | Gesamt |
|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|
| Geschlecht | | | |
| weiblich | 65,9% | 72,3% | 68,7% |
| männlich | 34,1% | 27,7% | 31,3% |
| Alter, M (SD) | 71,2 (14,8) | 72,5 (14,2) | 71,8 (14,5) |
| Familienstand | | | |
| ledig | 11,5% | 9,7% | 10,7% |
| verheiratet | 39,0% | 45,5% | 41,9% |
| geschieden | 18,7% | 9,0% | 14,4% |
| verwitwet | 30,8% | 35,9% | 33,0% |
| Wohnsituation | | | |
| alleine in Whg/Haus | 37,3% | 33,6% | 35,6% |
| mit Partner/Kindern | 52,0% | 56,2% | 53,9% |
| betreut/Pflegeheim | 5,6% | 8,2% | 6,8% |
| anderes | 5,1% | 2,1% | 3,7% |
| Arbeitssituation | | | |
| vollzeit | 7,3% | 15,9% | 11,1% |
| teilzeit/Minijob | 7,3% | 6,2% | 6,8% |
| Hausfrau/-mann | 3,9% | 3,4% | 3,7% |
| ALG I oder II | 4,5% | 2,8% | 3,7% |
| (früh-)berentet | 68,2% | 67,6% | 67,9% |
| AU, krank, anderes | 8,9% | 4,1% | 6,8% |
| Pflegebedürftig | 30,4% | 21,0% | 26,2% |
| Pflegestufe | | | |
| Null | 9,8% | 3,4% | 7,5% |
| Eins | 47,1% | 58,6% | 51,2% |
| Zwei | 39,2% | 34,5% | 37,5% |
| Drei/Vier | 3,9% | 3,4% | 3,8% |
| N (%-Anteil) | 183 (55,6%) | 146 (44,4%) | 329 (100,0%) |

Aus Tabelle 7.1.18 ist ersichtlich, dass problematischer Medikamentengebrauch tendenziell etwas häufiger mit der Einnahme von Z-Substanzen verbunden ist: 54,1% bekommen Z-Substanzen verschrieben, wobei ein kleinerer Teil von ihnen, 7,7 Prozent, zusätzlich Benzodiazepine verordnet bekam. In der Gruppe der nicht-problematischen Medikamentengebraucher sind es insgesamt 42,5%, denen Z-Substanzen verschrieben wurden (davon 4,1% zusätzlich Benzodiazepine). Dies korrespondiert mit den Erkenntnissen, dass bei Patienten mit leitliniengerechten Verschreibungen mehrheitlich Benzodiazepine eingesetzt wurden (vgl. Tabelle 7.1.4), diese somit vermehrt kurzzeitig und spezifisch gegen psychische Symptome und Beschwerden verschrieben wurden. Insbesondere im Einnahmeverhalten unterscheiden sich die Gruppen: Patientinnen und Patienten mit nicht-problematischem Gebrauch nehmen ihre Medikamente zu einem größeren Anteil nach Bedarf ein, während die problematischen Gebraucher zu fast 60 Prozent täglich Benzodiazepine und/oder Z-Substanzen einnehmen. Auch die Tagesdosis nach

DDD liegt bei der letztgenannten Gruppe um durchschnittlich ein Zehntel höher. Dieser Unterschied verfehlt knapp die statistische Signifikanz und der Effekt fällt nicht besonders groß aus,¹⁷ dennoch zeigt sich eine Tendenz, dass problematischer Medikamentengebrauch mit einer höheren Dosis einhergeht. Ferner fällt auf, dass die Patientinnen und Patienten mit problematischem Konsum zu einem etwas geringeren Anteil (wenngleich noch überwiegend) ihre Medikamente vom niedergelassenen Arzt beziehen, sondern zu einem größeren Anteil aus Kliniken und vor allem von verschiedenen Ärzten diese verschrieben bekommen.

Oben wurde schon angedeutet, dass sich der nach dem KFM ermittelte problematische Medikamentengebrauch nicht allein auf die hier im Fokus stehenden Benzodiazepine und Z-Substanzen beziehen muss. Bezogen auf die Einnahme von Schmerzmitteln zeigt sich hier das erwartete Bild: Patientinnen und Patienten mit problematischem Gebrauch haben gegenüber der anderen Gruppe einen deutlich erhöhten Schmerzmittelkonsum. Über die Hälfte von ihnen nimmt Schmerzmittel regelmäßig mindestens dreimal pro Woche.

¹⁷ Berechnet man die standardisierte Effektstärke d nach Cohen, liegt sie mit $d=0,13$ (95%-KI: $-0,13 - 0,39$) in einem eher niedrigen Bereich.

Tabelle 7.1.18

Medikamentenart, Tagesdosis, Einnahmeverhalten und Verordnungsart nach problematischem Medikamentengebrauch (KFM>4)

| | problematischer Gebrauch | nicht-problematischer Gebrauch | Gesamt^{a)} |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|
| Medikamentenart: | | | † |
| nur Z-Substanz | 46,4% | 38,4% | 42,9% |
| nur BZD | 45,9% | 57,5% | 51,1% |
| Z-Substanz & BZD | 7,7% | 4,1% | 6,1% |
| vorrangiges Medikament: | | | b) |
| Zopiclon | 39,7% | 36,0% | 38,1% |
| Oxazepam | 18,4% | 19,1% | 18,7% |
| Lorazepam | 12,1% | 14,7% | 13,2% |
| Zolpidem | 11,5% | 7,4% | 9,7% |
| Diazepam | 6,3% | 5,9% | 6,1% |
| Bromazepam | 5,2% | 1,5% | 3,5% |
| anderes | 6,9% | 15,4% | 10,6% |
| Tagesdosis DDD, M (SD) | 0,77 (0,45) | 0,67 (0,49) | 0,73 (0,47) † ^{c)} |
| Einnahmeverhalten: | | | |
| nur nach Bedarf | 32,2% | 46,9% | 38,8% ** |
| täglich | 58,9% | 40,7% | 50,8% ** |
| wie vom Arzt verordnet | 34,4% | 29,0% | 32,0% |
| weniger als verordnet | 2,8% | 6,9% | 4,6% † |
| mehr als verordnet | 1,1% | 0,7% | 0,9% |
| nicht eingenommen | - | 1,4% | 0,6% |
| Verschreiber: | | | |
| niedergelassener Arzt | 80,0% | 91,7% | 85,1% ** |
| Krankenhaus/Klinik | 12,6% | 6,0% | 9,7% † |
| mehrere Ärzte | 18,3% | 6,8% | 13,3% ** |
| Rezeptart: | | | |
| Kassenrezept | 77,5% | 81,5% | 79,3% |
| Privatrezept | 12,4% | 13,3% | 12,8% |
| Kassen- und Privatrezept | 10,1% | 5,2% | 7,9% |
| Schmerzmitteleinnahme: | | | *** |
| gar nicht | 17,4% | 46,2% | 30,3% |
| weniger als 1mal/Woche | 13,5% | 24,1% | 18,3% |
| 1-2mal pro Woche | 16,9% | 10,3% | 13,9% |
| mind. 3mal pro Woche | 52,2% | 19,3% | 37,5% |
| N | 183 | 146 | 329 |

a) Signifikanz Chi²-/T-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

b) Gültiges N=310.

c) Gültiges N=231.

Bezogen auf die zugrunde liegenden Beschwerden bzw. Gründe für die Verschreibung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen zeigen sich auf den ersten Blick Unterschiede zwischen den Gruppen dahingehend, dass bei fast allen Kategorien der Anteil unter den Patientinnen und Patienten mit problematischem Gebrauch erhöht ist (siehe Tabelle 7.1.19). Generell leiden diese Personen somit an mehr Beschwerden, zu deren Linderung diese Medikamente eingesetzt

werden. Dies wird insbesondere im Vergleich der aktuell bzw. zuletzt geäußerten Einnahmegründe deutlich: Patientinnen und Patienten mit problematischem Gebrauch geben im Durchschnitt 2,3 verschiedene Beschwerden an, jene mit nicht-problematischem Medikamentengebrauch nur 1,5. Früher, zu Beginn der Verschreibung, unterschieden sich die beiden Patientengruppen bezüglich der Anzahl Beschwerden im Durchschnitt praktisch nicht. Bei den Personen mit problematischem Medikamentengebrauch hat es eine deutliche Zunahme der zugrunde liegenden Beschwerden gegeben.¹⁸ Besonders deutliche (und statistisch signifikante) Unterschiede in den Beschwerden bzw. Einnahmegründen zeigen sich bei Schlafstörungen, allgemeiner Unruhe, Angstzuständen/Panik sowie Muskelkrämpfen, die von problematischen Medikamentengebrauchern zu einem größeren Anteil genannt werden. Für die Überbrückung (psychischer) Krisen setzen vermehrt Personen mit nicht-problematischem Medikamentengebrauch ihre Medikamente ein, dies allerdings zu einem insgesamt sehr geringen Anteil.

Tabelle 7.1.19

Beschwerden und Gründe für die Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen nach problematischem Medikamentengebrauch (KFM>4) (Mehrfachangaben)

| | problematischer Gebrauch | nicht-problematischer Gebrauch | Gesamt^{a)} |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Schlafstörungen | 84,2% | 70,4% | 78,3% ** |
| allgemeine Unruhe | 33,3% | 23,0% | 28,9% * |
| Angustzustände/Panik | 30,6% | 22,2% | 27,0% † |
| Depression | 24,6% | 17,8% | 21,7% |
| Erschöpfungszustand | 15,3% | 8,1% | 12,3% † |
| Überforderung | 12,6% | 7,4% | 10,4% |
| Muskelkrämpfe | 13,7% | 3,0% | 9,1% ** |
| Erregungszustand | 10,4% | 7,4% | 9,1% |
| Psychogene Störungen | 8,7% | 6,7% | 7,9% |
| vegetative Störungen | 5,5% | 4,4% | 5,0% |
| Intervention in Krisen | 2,7% | 7,4% | 4,7% † |
| Entzugserscheinungen | 2,2% | 1,5% | 1,9% |
| epileptische Anfälle | 1,1% | 1,5% | 1,3% |
| Anzahl Beschwerden früher, M (SD) | 1,3 (1,8) | 1,2 (1,5) | 1,3 (1,6) |
| Anzahl Beschwerden aktuell, M (SD) | 2,3 (1,9) | 1,5 (1,5) | 2,0 (1,8) *** |
| N | 183 | 135 | 318 |

a) Signifikanz Chi²/T-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Personen mit problematischem Medikamentengebrauch leiden zu einem erheblich größeren Anteil an den Nebenwirkungen von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen. Insgesamt sind zwei

¹⁸ Wie schon weiter oben berichtet (vgl. Tabelle 7.1.6) ist die Zunahme an Beschwerden im Vergleich zu früher insgesamt statistisch signifikant (Messwiederholungsanalyse nach GLM: Zeiteffekt: p<0,001, Interaktion von Zeit und Gruppe: p<0,01). Die ebenfalls signifikante Interaktion bedeutet, dass der Anstieg an Beschwerden in der Gruppe mit problematischem Medikamentengebrauch signifikant stärker ausfällt als in der anderen Gruppe.

Drittel dieser Gruppe von Nebenwirkungen betroffen (67,1%), bei den Patientinnen und Patienten ohne Problematischen Gebrauch sind es mit 54,2% etwas mehr als die Hälfte. Die stärkere Betroffenheit betrifft nahezu alle Symptome, insbesondere tagsüber auftretende Müdigkeit, Konzentrationsprobleme, Gangstörungen, Interessenlosigkeit sowie muskuläre Schwäche und Kopfschmerzen (siehe Tabelle 7.1.20). Auch die Anzahl an angegebenen Nebenwirkungen ist sowohl zu Beginn der Verschreibungen als auch im späteren Verlauf der Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Gebrauch signifikant erhöht. Ferner fällt auf, dass sich in der Anzahl bei den problematischen Medikamentengebrauchern tendenziell eine größere Zunahme ergeben hat als bei jenen ohne problematisches Einnahmeverhalten.¹⁹

Tabelle 7.1.20

Nebenwirkungen von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen am Beginn oder im Verlauf der Behandlung nach problematischem Medikamentengebrauch (KFM>4) (Mehrfachangaben)

| | problematischer Gebrauch | nicht-problematischer Gebrauch | Gesamt^{a)} |
|------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Müdigkeit (tagsüber) | 32,9% | 21,2% | 28,0% * |
| Konzentrationsprobleme | 24,8% | 8,5% | 17,9% *** |
| Antriebsminderung | 20,5% | 12,7% | 17,2% † |
| Gedächtnisprobleme | 20,5% | 12,7% | 17,2% † |
| nachlassende Wirkung | 18,6% | 11,9% | 15,8% |
| Gangstörungen | 19,9% | 5,9% | 14,0% *** |
| Interessenlosigkeit | 19,3% | 5,9% | 13,6% ** |
| Benommenheit | 16,1% | 7,6% | 12,5% * |
| muskuläre Schwäche | 15,5% | 4,2% | 10,8% ** |
| Wunsch, Dosis zu steigern | 13,0% | 9,3% | 11,5% |
| Kopfschmerzen | 14,3% | 5,1% | 10,4% * |
| Übelkeit | 9,3% | 1,7% | 6,1% ** |
| verwaschene Sprache | 8,1% | 4,2% | 6,5% |
| keine Nebenwirkungen | 32,9% | 45,8% | 38,4% * |
| Anzahl Nebenwirkungen am Beginn, M (SD) | 0,8 (1,4) | 0,4 (0,8) | 0,6 (1,2) ** |
| Anzahl Nebenwirkungen im Verlauf, M (SD) | 1,7 (2,4) | 0,8 (1,4) | 1,3 (2,1) *** |
| N | 161 | 118 | 279 |

a) Signifikanz Chi²/T-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Ähnlich wie beim Vergleich der Gruppen von Personen mit leitlinienabweichenden und jenen mit leitliniengerechten Verschreibungen (vgl. Tabelle 7.1.9) finden sich auch in Bezug auf den problematischen Medikamentengebrauch Unterschiede bei den Versuchen, die Medikamente abzusetzen oder zu reduzieren. Diese bestehen vor allem bei erfolglosen Absetz- bzw. Reduktionsversuchen, die von 55,1% der Patientinnen und Patienten mit problematischem Gebrauch

¹⁹ Die Zunahme an Nebenwirkungen insgesamt (über beide Gruppen hinweg) von durchschnittlich 0,6 auf 1,3 ist statistisch signifikant (Messwiederholungsanalyse nach GLM: Zeiteffekt: p<0,001, Interaktion von Zeit und Gruppe: p=0,102). Der Interaktionseffekt erreicht nicht die statistische Signifikanzgrenze, was bedeutet, dass diese Zunahme zwischen den Gruppen nicht überzufällig verschieden ist.

berichtet werden im Vergleich zu nur gut einem Drittel der nicht-problematischen Medikamentengebraucher (siehe Tabelle 7.1.21). Hierin dürfte sich ein Konflikt widerspiegeln, dem die Patientinnen und Patienten mit problematischem Einnahmeverhalten unterliegen, zugleich an ihrer Medikation etwas ändern zu wollen, ohne auf die (Langzeit-)Einnahme verzichten zu können.

Tabelle 7.1.21

Versuche, die Medikamenteneinnahme auszusetzen bzw. zu reduzieren, nach problematischem Medikamentengebrauch (KFM>4) (Mehrfachangaben)

| | problematischer Gebrauch | nicht-problematischer Gebrauch | Gesamt^{a)} |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|
| Weglassen/Reduktion mit Erfolg (zusammengefasst) | 27,5% | 34,6% | 30,5% |
| Weglassen/Reduktion ohne Erfolg (zusammengefasst) | 55,1% | 35,4% | 46,9% *** |
| N | 178 | 127 | 305 |

a) Signifikanz Chi²-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Dem entsprechend wird von den Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentengebrauch zu einem erheblich größeren Anteil als Grund für die erneute Einnahme nach Unterbrechungen genannt, dass man sich mit den Medikamenten einfach besser gefühlt habe bzw. die Zeit ohne Medikation schwer zu ertragen gewesen sei (siehe Tabelle 7.1.22).²⁰ Der problematische Gebrauch von Benzodiazepinen und Z-Substanzen geht somit eher mit dem Gefühl einher, auf diese Medikamente nicht verzichten zu können. Dazu passt die Angabe von 77,0% der Patientinnen und Patienten mit problematischem Gebrauch, die davon ausgehen, die Medikamente für immer einnehmen zu müssen. Bei der Gruppe ohne Problemkonsum sind es nur 48,5% (Chi²-Test: p<0,001).

²⁰ Im Gegensatz zu der Darstellung in Tabelle 7.1.10, die sich nur auf Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen bezieht, sind hier, beim Vergleich zwischen problematischen versus nicht-problematischen Medikamentengebrauchern, alle Befragungsteilnehmer berücksichtigt.

Tabelle 7.1.22

Gründe für den Beginn der Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen nach Einnahmepausen nach problematischem Medikamentengebrauch (KFM>4) (Mehrfachangaben)

| | problematischer Gebrauch | nicht-problematischer Gebrauch | Gesamt^{a)} |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| alte Beschwerden traten wieder auf | 77,4% | 75,0% | 76,4% |
| mit Medikamenten besser gefühlt | 37,1% | 16,3% | 28,2% *** |
| bei Klinikaufenthalt wieder verschrieben bekommen | 13,7% | 7,6% | 11,1% |
| Zeit ohne Medikamente schwer zu ertragen | 15,3% | 2,2% | 9,7% ** |
| auf Anraten des Arztes wieder Einnahme begonnen | 7,3% | - | 4,2% * |
| sonstige Gründe (z.B. Krisensituation, Schichtdienst) | 19,4% | 19,6% | 19,5% |
| N | 124 | 92 | 216 |

a) Signifikanz Chi²-Test: † p<0,10, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

7.1.2 Modul 1B: Interviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten

Bei den interviewten Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um erfahrene Allgemeinärzte und Internisten, deren Praxisstandorte in Hamburg (Stadtrandlage, wohlhabende Wohngebiete vs. innerstädtischer Problemstadtteil) die Zusammensetzung ihres Patientenpools bestimmen. In den Praxen werden pro Quartal zwischen 750 und 1.500 Patientinnen und Patienten behandelt, von denen lediglich zwei bis 25 Patientinnen und Patienten Rezepte für Benzodiazepine oder Z-Substanzen erhalten.²¹

7.1.2.1 Interviews mit Ärztinnen und Ärzten

Verschreibungspraxis

Von den Ärzten werden lediglich drei unterschiedliche Substanzen verschrieben: Zopiclon und Zolpidem bei Schlafproblemen in niedriger Dosierung und Lorazepam (Tavor[®]) bei bestehender Angstsymptomatik. Bezogen auf mögliche Nebenwirkungen oder das Abhängigkeitspotential werden Benzodiazepine und Z-Substanzen vergleichbar eingeschätzt, wenn auch mit der Tendenz, Z-Substanzen für etwas weniger problematisch zu halten. Während drei Ärzte ihre Verschreibungspraxis als stabil bezeichnen, gibt ein Arzt an, dass er im Laufe der Jahre immer weniger Benzodiazepine oder Z-Substanzen verschrieben hat. Er sei durch die Berichterstattung selbstkritischer geworden. Mit Übernahme der Praxen wurden auch viele Patientinnen und Patienten mit langjähriger Benzodiazepin- oder Z-Substanz- Verschreibung übernommen. Im Umgang mit diesen Patientinnen und Patienten zeigen sich zwei gegensätzliche Vorgehensweisen. Einerseits die grundsätzliche Weigerung, neue Rezepte auszustellen oder das Drängen auf

²¹ Im Weiteren wird das generische Maskulinum verwendet, da nur eine Ärztin interviewt wurde und diese nicht gesondert herausgestellt werden soll.

Mitbehandlung durch einen niedergelassenen Psychiater und andererseits die Verschreibung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen auf Privatrezept. Die erstgenannte Vorgehensweise bewirkte ausnahmslos, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten die Praxis nicht mehr aufgesucht haben. Während zwei Ärzte grundsätzlich Benzodiazepine oder Z-Substanzen (ab dem 2. Rezept) auf Privatrezept verordnen, lehnen die beiden anderen Ärzte diese Verschreibungspraxis entschieden ab. Eine Erstverschreibung erfolgt stets auf Kassenrezept.

Motive bei Neuverschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen

Nach wie vor erhalten mehr Frauen als Männer eine Benzodiazepin oder Z-Substanz-Verschreibung, unabhängig von ihrem Bildungsniveau. Aus Sicht der Ärzte kommt eine Verordnung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen am ehesten bei Schlafproblemen oder Ängsten infrage. Ursachen solcher Symptome können z. B. sein: Angst vor Prüfungen, Partnerkonflikte oder Scheidung, Trauerreaktionen und eigene Erkrankungen oder Erkrankungen von Angehörigen. Ältere Menschen werden über Schlafhygiene aufgeklärt und auch darüber, dass sie möglicherweise weniger Schlaf bräuchten als jüngere Menschen. Grundsätzlich empfehlen die Ärzte zuerst pflanzliche Präparate, die häufig (eher bei jüngeren Menschen) ausreichend sind. Sie versuchen damit, eine mögliche Benzodiazepin oder Z-Substanz-Verschreibung hinauszuzögern, um die Problematik der Patienten besser zu verstehen und auch um diesen selbst Zeit zu geben, ihre Probleme anders zu bewältigen. Bei umschriebenen Problemen wie Trauerreaktionen würden die Ärzte mehrheitlich jedoch Benzodiazepine oder Z-Substanzen verschreiben. Die Patienten erhalten dann auf Kassenrezept die kleinste Packungsgröße. Ein Nachfolgerezept kann nicht einfach über die Arzthelferinnen bezogen werden, so gibt es z. B. Sperrvermerke wie „Benzoberatung“ im Computersystem. Die Ärzte sind sich bewusst, dass diese Medikamente keine Probleme lösen, ein paar Tage aber unbedenklich eingenommen werden können und dem Patienten Erleichterung verschaffen. Patientinnen und Patienten, die explizit Benzodiazepine nachfragen, sind eher selten. Alle Ärzte klären die Patienten über Wirkungen, Nebenwirkungen und die Abhängigkeitsproblematik auf und betonen die Einmaligkeit der Verschreibung. „Ich betone hier die negative Seite, anders als bei [allen] anderen Medikamenten“.

Einige als problematisch eingestuften Patientengruppen erhalten grundsätzlich keine Benzodiazepin- und Z-Substanz-Rezepte. Dazu gehören z. B. Drogenabhängige, die in der Regel nach Clonazepam fragen. Ein Arzt verfügt über ein Netzwerk von Ärztinnen und Ärzten, die sich gegenseitig über diese Patientinnen und Patienten informieren. Personen, die erstmalig mit der Begründung erscheinen, dass ihr Hausarzt im Urlaub sei und Benzodiazepine auf Privatrezept haben wollen, werden grundsätzlich von allen Ärzten abgewiesen. Ein Arzt hält darüber hinaus Rücksprache mit den vom Patienten genannten Ärzten. Übernehmen Ärzte Vertretungen für Kolleginnen und Kollegen und es entsteht der Eindruck, dass diese Patienten abhängig sind, wird dies angesprochen, aber es werden keine Absetzdiskussionen geführt. Die Ärzte sind in diesem Punkt loyal den Kolleginnen und Kollegen gegenüber. Auch Patientinnen und Patienten, bei denen eine Alkoholproblematik vermutet wird, erhalten keine Benzodiazepine, ebenso wie diejenigen, bei denen ein deutliches psychisches Problem vorliegt. Hier erfolgt eine Überweisung zum Facharzt für Psychiatrie. Die Ärzte halten Mehrfachverschreibungen bei ihren Patienten für eher unwahrscheinlich, auch wenn sie diese nicht ausschließen können. Sie wurden aber bisher noch niemals von Apotheken über eventuelle Mehrfachverschreibungen durch unterschiedliche Ärzte informiert.

Aufrecht erhaltende Bedingungen / Übergang zum Langzeitgebrauch

Obwohl alle Ärzte Benzodiazepin- und Z-Substanz-Verschreibungen gegenüber kritisch eingestellt sind, kommt es in Ausnahmefällen zu einer Langzeitverschreibung, bei

- sehr alten Patientinnen und Patienten in stationärer Altenpflege,
- präfinalen Tumorpatienten,
- langjährigen, gut aufgeklärten Patienten, die sich aber aus diversen Gründen für weitere Rezepte entschieden haben,
- bei einer Abfolge von kritischen Lebensereignissen sowie
- bei massivem Druck durch Angehörige.

Je älter die Patienten sind, desto weniger Bedenken bestehen, Z-Substanzen zu verschreiben. Zum Teil sind die hochaltrigen Patientinnen und Patienten diejenigen, die „aus der Zeit der laschen Verschreibungspraxis übrig geblieben sind“. Ein Arzt meinte dazu selbstkritisch, „wenn mir bei sehr alten Patienten im Heim nichts mehr einfällt und ich mich nicht traue, ihnen auch noch das wegzunehmen, auch, um meine Ruhe zu haben“ oder „wenn Patienten sehr häufig vorstellig werden und klagen, dann kann es sein, dass Benzos hängen bleiben“.

Behandlungsalternativen

Hinsichtlich der Bandbreite von möglichen alternativen Behandlungsempfehlungen unterscheiden sich die Ärzte. Neben Anregungen zur Schlafhygiene, die alle Ärzte bereithalten (s. o.), geben drei Ärzte bei Bedarf Empfehlungen zur Psychotherapie, zur Schmerztherapie oder überweisen zur Mitbehandlung an einen Psychiater und halten auch Adressen bereit. Ein Arzt verfügt darüber hinaus über diverse Adressen von Anlaufstellen und Aktivitäten für ältere Menschen im Einzugsgebiet. Die Ärzte sind sich bewusst, dass einsame alte Menschen prädestiniert sind, Z-Substanzen verschrieben zu bekommen. Sie halten dies für ein gesellschaftliches oder gesundheitspolitisches Problem, das Ärzte nicht lösen können und mit dem sie (allein) überfordert sind. So gibt es häufig die Situation in stationären Altenhilfeeinrichtungen, dass es zu wenige Nachtwachen gibt und die Patienten „durchschlafen müssen“.

Diverses

Die 4-K-Regel ist einem Arzt bekannt. Implizit sind diese Verschreibungsregeln allen befragten Ärzten gegenwärtig und sie versuchen, sich danach zu richten. Weichen sie in ihrem Verschreibungsverhalten von den vier Regeln ab, so ist ihnen das bewusst. Die PRISCUS-Liste kennen zwei Ärzte, ohne jedoch damit zu arbeiten. Leitlinien werden als sinnvoll angesehen, sofern sie zum Nachdenken anregen, aber nicht als allein maßgebliche Richtlinien missverstanden werden. Es wird verstärkt beobachtet, dass Patienten auf Antidepressiva wegen diffuser, auch somatischer Beschwerden oder Anpassungsstörungen eingestellt werden. Die Verschreibung von Antidepressiva und die Verschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen auf Privatrezept werden auf einem vergleichbaren Hintergrund betrachtet. „Man gibt dem Patienten was er will, hat aber selbst nichts zu befürchten. Man ist nett zum Patienten und nett zur KV“. Allerdings weichen zwei Ärzte in ihrer Verschreibungspraxis selbst auf Antidepressiva aus und verordnen vorwiegend Mirtazapin als Schlafmedikation. Ein Arzt hat fast alle Patienten, die er in einem Altenheim betreut, von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen auf Mirtazapin umgestellt.

7.1.2.2 Interviews mit Patientinnen und Patienten

Die interviewten Patientinnen und Patienten sind sehr heterogen und decken ein weites Spektrum unterschiedlicher Symptome/Erkrankungen und verordneter Präparate ab, repräsentieren aber zugleich idealtypisch mögliche Zugangswege zu einer Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen.

Patientin A: Lorazepam (Tavor®)

Sie ist 85 Jahre alt, hat erwachsene Kinder, ist verwitwet und lebt alleine in gutbürgerlichen Verhältnissen. Seit 15 Jahren nimmt sie mit Unterbrechungen Lorazepam (Tavor®) gegen Panikattacken ein, die anfangs nicht diagnostiziert wurden. Die Erstverschreibung erfolgte nach einer Krebserkrankung und wurde im Rahmen einer stationären, psychosomatischen Behandlung wieder abgesetzt. Anschließend war sie einige Jahre symptomfrei. Auf den plötzlichen Tod des Ehemanns und einen weiteren Schicksalsschlag reagierte sie mit Panikattacken, die von Herzproblemen maskiert waren und jedes Mal den Einsatz eines Notarztes erforderten. In diesem Zusammenhang wurde wieder Tavor® verabreicht, welches sofort wirkte. Ihr Hausarzt verschrieb der Patientin danach über viele Jahre Tavor® auf Kassenrezept, Nachfolgerezepte wurden problemlos ausgestellt. Nachdem ihr Hausarzt aus Altersgründen seine Praxis aufgegeben hatte und der Nachfolger sich weigerte, weiterhin Tavor® zu verschreiben, folgte für die Patientin eine lange Zeit mit häufigen Panikattacken, Notarztkontakten und Krankenhauseinweisungen. Die Patientin war zu dieser Zeit vollständig über das Abhängigkeitspotential von Tavor® aufgeklärt, was sie als sehr belastend erlebte. Nebenwirkungen wurden von ihr nicht bemerkt. Erst der vor zwei Jahren erfolgte Arztwechsel konnte den Kreislauf von Schuldgefühlen, Panikattacken und Krankenhausaufenthalten unterbrechen. Während einiger längerer Gesprächstermine konnte sie über alte Traumata und ihre momentane Situation sprechen. Von ärztlicher Seite bekam sie die „Erlaubnis“, Tavor® bei Bedarf zu nehmen und erhält es weiterhin auf Kassenrezept. Parallel dazu erlernte sie Methoden, um sich abzulenken und sich zu beruhigen. Sie trägt stets Tavor® („Guter Freund“) bei sich, braucht es aber nur noch sehr selten und ist mit diesem Kompromiss sehr zufrieden.

Patientin B: Zopiclon

Sie ist 86 Jahre alt, hat ein erwachsenes Kind, ist verwitwet und lebt alleine. Sie nimmt seit ca. 4-5 Jahren 1-2 Tabletten Zopiclon 7,5mg pro Tag gegen ihre Schlafprobleme ein. Ihr Schlaf sei schon immer schlecht gewesen, aber mit zunehmendem Alter und einsetzenden starken Gelenkschmerzen könne sie ohne Zopiclon nur noch 1,5 Stunden pro Nacht schlafen. Mit dem Medikament komme sie auf 3-4 Stunden Schlaf. Als Erstverordner nannte sie ihren Hausarzt. Es erfolgte keine Aufklärung von Seiten des Arztes, kein Wechsel der Medikation oder vom Arzt initiierte Reduktionsversuche oder alternative Behandlungsversuche. Sie wurde bisher weder vom Arzt, vom Apothekenpersonal noch von Verwandten auf die Dauermedikation angesprochen. Da sie den Beipackzettel gelesen hat, ist sie über das Abhängigkeitspotential aufgeklärt, erlebt aber bewusst keine Nebenwirkungen. Sie geht davon aus, dass sie das Medikament (ihren „Guten Begleiter“) dauerhaft braucht und wäre auch nicht bereit, es abzusetzen oder nicht-medikamentöse Maßnahmen auszuprobieren. Nachfolgerezepte werden problemlos ausgestellt und sie erhält Kassen- und Privatrezepte im Wechsel, wobei für sie Kosten von ca. 30 Euro pro Monat anfallen.

Patient C: Oxazepam

Er ist 66 Jahre alt, hat ein erwachsenes Kind und lebt mit seiner Lebenspartnerin in einer gemeinsamen Wohnung von einer sehr kleinen Rente. Er leidet unter Lähmungen der linken Körperhälfte nach zwei Unfällen (u. a. diverse Knochenbrüche, künstliches Oberbecken) und einem Schlaganfall. Während seines ersten Krankenhausaufenthaltes erhielt er eine halbe Tablette Oxazepam als Schlafmedikation, die er nach Entlassung selbständig auf zwei Tabletten erhöht hat. Er nimmt sie abends zum Schlafen ein und manchmal auch nachmittags zur Beruhigung „dann kreisen die Gedanken nicht mehr so“. Der Patient hat den Beipackzettel nicht gelesen und im Krankenhaus sei das Abhängigkeitsrisiko nur beiläufig erwähnt worden. Er hält sich nicht für abhängig und Nebenwirkungen sind ihm nicht bewusst. Während einer Reha-Behandlung wurde er auf pflanzliche Mittel umgestellt, anschließend wurde weiterhin Oxazepam verschrieben. Nachfolgerezepte wurden von seinem Hausarzt ohne Gespräche oder Reduktionsversuche ausgestellt. Der Nachfolger seines ursprünglichen Hausarztes verschreibt ihm weiterhin Oxazepam, jedoch nur noch auf Privat Rezept. Seinem Anliegen, weiterhin Krankengymnastik zu bekommen, um seine Beweglichkeit zu erhalten, wurde nicht entsprochen. Er werde zunehmend unbeweglicher und habe keinen Wunsch, Oxazepam abzusetzen.

7.1.3 Modul 1C: Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen, Pflegekräften und Patientinnen und Patienten

Wie schon in Abschnitt 5.3.1 erläutert, dienten die Fokusgruppen sowohl der Diskussion von Ergebnissen aus den Befragungen der Patientinnen und Patienten der AOK NordWest als auch der Entwürfe der Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten im Sinne einer Entscheidungshilfe. Die nachfolgende Darstellung orientiert sich an den in allen Fokusgruppen angesprochenen Inhalten, wobei die unterschiedlichen (professionellen) Perspektiven einander gegenübergestellt werden.

Privatrezept vs. Kassenrezept

Die Apothekerinnen glauben, dass sehr viel häufiger Privatrezepte ausgestellt werden, als die Fragebogenergebnisse zeigen. Auch die Pflegekräfte gehen von einer höheren Zahl aus. Sie erleben, dass die Verordnung einer Schlafmedikation (Z-Substanz) in der Regel auf einem Privatrezept erfolgt, wogegen Lorazepam auf Kassenrezept verordnet wird. Die Ärztinnen und Ärzte fokussieren auf ihre eigene Verschreibungspraxis. Übereinstimmend geben sie an, bei der Übernahme der Praxen sehr viele Patientinnen und Patienten mit einer langjährigen Verschreibung auf Privatrezept übernommen zu haben. Die meisten der an der Fokusgruppe teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verschreiben nur noch auf Kassenrezept, z. T. in Rücksprache mit der KV. Eine Ärztin berichtet von einer überschaubaren Anzahl an Patientinnen und Patienten, denen sie Zopiclon auf Privatrezept verschreibt und die sie genau überwacht. Es wird jedoch vermutet, dass viele Ärztinnen und Ärzte dem Druck der KV und der Krankenkassen ausweichen und deshalb Privatrezepte ausstellen.

Substanzklassen und Häufigkeit der Verschreibung

Z-Substanzen und Lorazepam scheinen für die Ärztinnen und Ärzte die Mittel der Wahl zu sein. Sie haben aber den Eindruck, dass diese Medikamente Jüngeren nicht mehr sehr häufig ver-

schrieben werden. Sie selbst hätten viele ältere Patientinnen und Patienten mit einer Dauermedikation übernommen, die aber alle zwischenzeitlich verstorben sind und würden neuen Patientinnen und Patienten nur noch selten Benzodiazepine oder Z-Substanzen verschreiben. Die Apothekerinnen bestätigen den abnehmenden Trend, berichten aber gleichzeitig, dass auch Menschen, die noch nicht das Rentenalter erreicht hätten, immer noch in bedeutender Anzahl diese Medikamente verschrieben werden. Bei jüngeren Menschen beobachten sie einen Trend hin zu den Antidepressiva Citalopram und Mirtazapin. Diazepam wird in der Pflege nicht mehr so häufig verordnet und wurde durch Lorazepam ersetzt. Die Patientinnen und Patienten mit langjähriger Verschreibung (von hohen Dosen) bestätigen, dass Benzodiazepine nicht mehr so bereitwillig verschrieben werden wie in den 70er oder 80er Jahren und dass sie durch die restriktivere Handhabung z. T. Schwierigkeiten hatten, Rezepte zu erhalten. Gleichwohl gäbe es nach wie vor Praxen, bei denen man die Bereitwilligkeit spürt, relativ bedenkenlos Benzodiazepinrezepte auszustellen. Eine Aufspaltung in Kassen- und Privatrezepte sei dann üblich. Die älteren Patientinnen mit langjähriger Einnahme im Niedrigdosisbereich haben ihre Medikamente durchgängig von ihrem Hausarzt auf Kassenrezept erhalten.

Einnahmegründe und Einnahmeverhalten

Die Ärztinnen und Ärzte gehen aus eigener Erfahrung davon aus, dass in Kliniken häufiger leitlinienabweichend Benzodiazepine und Z-Substanzen verabreicht werden als im ambulanten Sektor, sei es zum Schlafen oder zur Beruhigung. Diese Medikamente würden dann in den Praxen nachgefragt. In psychiatrischen Praxen werden Benzodiazepine bei akuten Krisen zusätzlich zu anderen Psychopharmaka gegeben, häufig dann, wenn die Alternative eine stationäre Einweisung bedeuten würde. Die Verschreibung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen erfolgt manchmal auch bei „überevollen Wartezimmern“, wenn keine Zeit vorhanden ist, sich wirklich mit den Nöten und Sorgen der Patientinnen und Patienten auseinanderzusetzen. Auf der Symptomebene findet sich häufig eine Koinzidenz von Schmerzen und Anspannung oder psychischen Problemen und Rückenschmerzen. Mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen können die Ärztinnen und Ärzte eine sofortige Erleichterung bei diesen Patientengruppen bewirken. Viele Patientinnen und Patienten haben darüber hinaus schon Vorerfahrungen mit diesen Medikamenten, die ihnen von Angehörigen oder Freunden gegeben wurden. Allerdings gibt es nach Einschätzung der Ärztinnen und Ärzte auch eine Gruppe von Patientinnen und Patienten, die keine Psychopharmaka einnehmen wollen, bzw. diese möglichst schnell wieder absetzen. Apothekerinnen und Pflegekräfte berichten übereinstimmend, dass Schmerzpatienten, meistens onkologische Patienten, nachts vor Schmerzen schlecht schlafen können und dann ein Schlafmittel einnehmen. Die Apothekerinnen haben den Eindruck, dass Lorazepam in der Regel Angstpatienten leitliniengerecht verschrieben wird, während es sich in der Palliativpflege um das Medikament handelt, was am häufigsten bis zum Tod leitlinienabweichend verabreicht wird. In der ambulanten Pflege werden die Medikamente den zu Pflegenden entweder direkt verabreicht oder die Medikamente werden tage- oder wochenweise gestellt. Im ersten Fall haben Patientinnen und Patienten keine Möglichkeit, ihre Schlafmedikation (Z-Substanz) nicht zu nehmen, während im zweiten Fall Patientinnen und Patienten durchaus eigeninitiativ handeln und ihre Schlafmedikation nach Belieben einnehmen. Wichtig ist dabei allerdings, dass immer ausreichend Tabletten vorhanden sind.

Sowohl Apothekerinnen als auch Pflegekräfte geben an, dass es wichtig sei, sich Gedanken um die den Schlafstörungen oder Unruhezuständen zu Grunde liegenden Ursachen zu machen. Die bei besonderen Ereignissen (Tod von Angehörigen etc.) gegebenen Benzodiazepine oder Z-Substanzen würden häufig in eine Dauereinnahme münden. In der Pflege würden sie beobachten, dass Patientinnen und Patienten in Zeiten, die mit schmerzhaften Erinnerungen einhergehen, Benzodiazepine brauchen, in der Zwischenzeit jedoch nicht mehr. Allerdings bleibe die Vereinsamung ein nicht zu lösendes Problem ebenso wie der Teufelskreis aus depressiven Stimmungen, Grübeln, Unruhe und Schlafstörungen. Die Pflegekräfte weisen darauf hin, dass die meisten Patientinnen und Patienten diese Medikamente nicht verlangen. Diese hätten ein Problem und wollten eine Lösung, aber nicht unbedingt eine Tablette.

Die meisten Patientinnen und Patienten berichten, aufgrund von Schlafstörungen erstmals Benzodiazepine erhalten zu haben. Zwei Patientinnen, die 29 bzw. 40 Jahre stets die gleiche Dosis eingenommen hatten, steigerten aufgrund von familiären Problemen die Dosis unter ärztlicher Aufsicht. Erst aufgrund der daraufhin aufgetretenen Nebenwirkungen entschlossen sie sich selbst zu einer stationären Entgiftung oder wurden vom behandelnden Arzt eingewiesen. Andere Patientinnen und Patienten entwickelten schnell eine manifeste Abhängigkeit mit einer Dosissteigerung, z. T. in Verbindung mit Opiaten und wechselten häufiger den behandelnden Arzt. Ärztliche Warnungen wurden dabei ignoriert. Es zeigt sich auch, dass Patientinnen und Patienten Benzodiazepine aus einer gewissen Hilflosigkeit der Ärzte heraus erhielten. Aufgrund unklarer, falscher oder wechselnder psychischer und/oder somatischer Diagnosen und dem Wunsch dieser Patientinnen und Patienten nach Linderung der Beschwerden, wurden ihnen Benzodiazepine verordnet. Die Wirkung wurde anfangs als angenehm beschrieben. Allerdings sind sich alle Patientinnen und Patienten einig, dass sie unwissentlich in eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen gebracht wurden und es keine oder nicht ausreichende Gespräche über die Ursachen ihrer Beschwerden gab. Alle Patientinnen und Patienten hatten viele Jahre bzw. bis zum erstmaligen Auftreten von Entzugserscheinungen oder der Überweisung zum stationären Entzug nicht das Gefühl, abhängig zu sein. Für sie standen die (vermeintlichen) Wirkungen des Medikaments im Vordergrund, das ihre Schlafstörungen oder weiteren Beschwerden linderte und ihnen half, tagsüber zu funktionieren.

Absetzversuche

Die Ärztinnen und Ärzte sind zunächst erstaunt über den aus den Projektergebnissen vorgestellten geringen Anteil an vom Arzt initiierten Absetzversuchen. Es besteht keine Einigung darüber, ob dieser Prozentsatz auf selektive Erhebungseffekte zurückgehen mag oder ob tatsächlich viel zu wenige Ärztinnen oder Ärzte dafür sensibilisiert sind. Apothekerinnen und Pflegekräfte gehen davon aus, dass der höhere Prozentsatz an Absetzversuchen bei Personen mit leitlinienabweichender Verschreibung darauf zurückzuführen ist, dass Ärztinnen und Ärzte irgendwann, vielleicht auch nach dem wiederholten Arztwechsel, nicht mehr bereit sind, noch länger Benzodiazepine oder Z-Substanzen zu verschreiben, diese Absetzversuche daher weder vorbereitet noch von Patientinnen oder Patienten gewünscht sind. Die Apothekerinnen gaben auch an, dass Kunden mit Absetzwunsch Schwierigkeiten hatten, dies mit ihrem behandelnden Arzt zu besprechen und sich teilweise einen neuen Behandler suchen mussten. Sie empfehlen, sich an eine Psychiaterin oder einen Psychiater zu wenden, da sie dort die meiste Kompetenz sehen. Allgemeinärzte würden eher dazu tendieren, entweder weiter zu verschreiben oder ad

hoc die Medikamente nicht mehr zu verordnen, ohne einen längeren Absetzprozess zu begleiten. Allerdings halten sie initiierte Arztwechsel bei älteren Patienten für schwierig. Alte Menschen würden sich häufig überfordert fühlen, sich eine neue Ärztin oder einen neuen Arzt zu suchen und hätten auch keine Lust mehr, ihre ganzen Probleme noch einmal zu erzählen. Sie warnen vor einem „Verschiebebahnhof“.

Während Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte mehrheitlich dahin tendieren, bei sehr alten Menschen keine Absetzversuche mehr zu initiieren, bzw. die Abhängigkeitsgefahr nicht mehr zu thematisieren, glauben die Apothekerinnen, dass das Absetzen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen in jedem Lebensalter zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen kann. Apothekerinnen und Pflegekräfte berichten, dass Ärztinnen und Ärzte mit einer homöopathischen Weiterbildung oder einer zusätzlichen Ausbildung in Palliativmedizin sich sehr viel intensiver mit den Patientinnen und Patienten auseinandersetzen und häufiger Absetzversuche begleiten. Fast alle Patientinnen und Patienten haben die Erfahrung gemacht, dass ihnen über eine sehr lange Zeit Benzodiazepine problemlos verschrieben wurden und dann recht unvermittelt und für sie nicht nachvollziehbar Rezepte verweigert bzw. sie zum Entzug gedrängt wurden. Vorbereitende Gespräche bzw. gemeinsame Absprachen und Entscheidungen darüber habe es praktisch nicht gegeben. Alternative Behandlungen wurden nicht diskutiert und in einem Fall sogar explizit verweigert. Sie betonen, wie wichtig es gewesen wäre, überhaupt nicht mit der Benzodiazepineinnahme begonnen zu haben bzw. mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt frühzeitig ein aufklärendes und vertrauensvolles Gespräch hätten führen zu können.

Leitlinien

Für die Ärztinnen und Ärzte sind die Leitlinien zur Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen ein „Reizthema“. Mit Blick auf Patientinnen und Patienten, die offensichtlich von den Medikamenten abhängig sind, sei es riskant, leitliniengerecht zu verfahren und diese durch Verweigerung von Rezepten dem Risiko eines Entzugs auszusetzen. Obwohl sie angeben, sehr kritisch bei der Verschreibung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen vorzugehen, wird hinterfragt, warum sie nicht älteren Menschen mit diesen Medikamenten helfen sollten, gut zu schlafen. Eine niedergelassene Ärztin mit zuvor langjähriger Erfahrung als Stationsärztin in einer psychiatrischen Klinik berichtet, viele ältere Frauen stationär in der Psychiatrie behandelt zu haben, die die Dosis im Laufe der Jahre gesteigert hatten und dabei nicht wirklich wussten, was sie eingenommen hatten und zudem gangunsicher wurden oder Entzugserscheinungen bekamen.

Den Pflegekräften sind die Leitlinien in der Regel nicht bekannt. So gehen sie z. B. davon aus, dass eine Behandlung über 2 Jahre mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen keine Dauerbehandlung darstellt.

Die Patientinnen und Patienten plädieren für eine Einhaltung der Leitlinien und wünschen sich eine striktere gesetzliche Regelung. Dabei sehen sie sehr wohl, dass Benzodiazepine als Notfallmedikation oder bei kurzzeitigem Einsatz wichtige und hochwirksame Medikamente sind.

Suchtverständnis

Alle Berufsgruppen sind sich einig, dass den Patienten das Verständnis dafür fehlt, dass sie von den Medikamenten abhängig werden können. Die Medikamente sind sehr stark in den Alltag

integriert, das Problembewusstsein fehlt und mögliche Nebenwirkungen wie Schwindel, Gangunsicherheit und Depression werden nicht mit dem Medikament in Verbindung gebracht. Auch die Patientinnen und Patienten selbst berichten, dass sie sich trotz einer regelmäßigen Einnahme nicht abhängig gefühlt haben. Lediglich jenen, die die Dosis gesteigert haben, war mehr oder weniger bewusst, in eine Suchtspirale abzugleiten. Die älteren Patienten mit einer Langzeiteinnahme von bis zu 40 Jahren haben sich aber nie abhängig gefühlt.

Patientenaufklärung

Benzodiazepine und Z-Substanzen gehören zu den wenigen Medikamenten, bei denen die Ärztinnen und Ärzte angeben, explizit auf die Nebenwirkungen zu verweisen bzw. sie den Patientinnen und Patienten geradezu aufdrängen. Diese verbinden die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung eher mit Antidepressiva und Neuroleptika. Bei massiven Schlafstörungen auf diese Medikamentengruppen auszuweichen, erweist sich als schwierig. Patientinnen und Patienten fürchten das Labeling und verweisen darauf, dass sie keine Depression oder eine Psychose haben und möchten Medikamente dieser Gruppen eher nicht verschrieben bekommen, auch weil sie glauben, dadurch ruhig gestellt zu werden oder dass sich ihre Persönlichkeit verändern würde.

Die Apothekerinnen sehen sich in der Pflicht, die Patientinnen und Patienten auch über die Nebenwirkungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen aufzuklären. Dabei besteht die Aufgabe zuerst darin, herauszufinden, was die Ärztin oder der Arzt gesagt hat. Sie möchten auf jeden Fall vermeiden, der ärztlichen Aufklärung zu widersprechen und sich selbst in die Situation zu bringen, dass die Patientin oder der Patient beim nächsten ärztlichen Gespräch diesem einen Fehler unterstellt. Allerdings sehen sie eine pauschale Aufklärung über alle möglichen Nebenwirkungen (u. a. Abhängigkeitspotential) durch die Ärzte auch kritisch. Dies führe zu einer Verunsicherung von Kundinnen und Kunden, die in Belastungssituationen diese Medikamente erstmalig verschrieben bekommen.

Die Pflegekräfte sehen sich auch in der Rolle der Vermittler oder Übersetzer ärztlicher Anordnungen. Ihnen käme die Aufgabe zu, den Patientinnen und Patienten die Medikamenteneinnahme zu erklären aber auch darüber aufzuklären, welche Medikamente für welche Beschwerden verordnet wurden. Die Pflegekräfte sind sich uneins, ob sie dazu sogar verpflichtet sind. Viele ihrer Patientinnen und Patienten könnten nach einem Arztbesuch nicht angeben, warum sie welche Medikamente bekommen haben. Sie seien nicht aufgeklärt worden oder hätten es sich in der Kürze der Behandlungszeit nicht behalten können. So wie sie z. B. die Herzmedikamente nicht hinterfragen, würden sie auch die Verordnung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen hinnehmen, „der Arzt hat gesagt, ich muss das nehmen“. Wenn die Pflegekräfte sturzprophylaktische Gespräche führen und in diesem Zusammenhang auch auf die Nebenwirkungen von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen eingehen, erleben sie erstmalig eine Bereitschaft, über die Einnahme und über mögliche Nebenwirkungen wie z. B. Benommenheit noch einige Stunden nach dem Aufstehen zu sprechen.

Kommunikation und Kooperation

Es wurde deutlich, dass grundsätzliche Probleme bzgl. der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und mit den Patientinnen und Patienten bestehen.

- Patientinnen und Patienten fühlen sich von den Ärztinnen und Ärzten nicht genügend aufgeklärt und vermissen deren Gesprächsbereitschaft über die den Symptomen zugrunde liegenden Probleme.
- Ärztinnen und Ärzte erwarten, dass sich Patientinnen und Patienten eigenständig dafür interessieren, was sie einnehmen und den Beipackzettel lesen. Häufig werde die „Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit vor der Tür der Arztpraxis abgelegt“.
- Apothekerinnen sehen sich als die Expertinnen für die Wirkweise und die Nebenwirkungen von Arzneimitteln und kritisieren, dass Medikamente häufig zu leichtfertig verschrieben und eingenommen werden. Anrufe von Apotheken in Arztpraxen seien eher unerwünscht und würden als Einmischung in die ärztliche Behandlungsautonomie verstanden.
- Pflegekräfte bemängeln, dass ihre Beobachtungen der Wirkungen und Nebenwirkungen der verschriebenen Medikamente von Ärztinnen und Ärzte selten ernst genommen werden und in der Regel darauf verwiesen werde, dass die Kompetenz auf ärztlicher Seite liegt.

Diskussion und Bewertung der „Entscheidungshilfe“

Grundsätzlich können sich alle Ärztinnen, Ärzte und Apothekerinnen vorstellen, eine solche den Patienten kritisch aufklärende Entscheidungshilfe einzusetzen und halten es für sinnvoll, dass die Betroffenen wichtige Informationen nachlesen können, da ihrer Erfahrung nach die Inhalte von Beratungsgesprächen nicht behalten werden. Zudem wird eine Übersetzung der Entscheidungshilfe auf Türkisch, Russisch und Arabisch gewünscht, da gerade ältere Frauen aus moslemischen Ländern in Deutschland nicht gut versorgt seien. Da es Patientinnen und Patienten gewohnt seien, dass die Ärztinnen und Ärzte die Initiative ergreifen, könnten sie sich vorstellen, sie auf diesem Wege zu erreichen. Auch die Patientinnen und Patienten begrüßen eine solche Entscheidungshilfe. Auch sie plädieren für eine Überreichung durch Ärztinnen oder Ärzte, jedoch unter der Bedingung, dass diese auch zu einem Gespräch mit Patientinnen und Patienten bereit sind. Die Pflegekräfte finden die geplante Patientenaufklärung für ihr sehr altes und krankes Klientel weniger geeignet, könnten sich jedoch vorstellen, so eine Broschüre bei Seniorentreffs auszulegen, da die älteren Menschen dort noch wesentlich agiler als die zu Pflegenden seien.

Inhalte und Gestaltung der „Entscheidungshilfe“

Die vorgestellte Entscheidungshilfe wird als zu umfangreich und zu textlastig empfunden. Vor allem die Pflegekräfte glauben, dass Ältere die Inhalte nicht mehr aufnehmen können. Die Patientinnen und Patienten wünschen sich die wichtigsten Informationen kompakter und pointierter. Sie vermissen zudem eine positive Motivation zur Verhaltensänderungen, d. h. es sollte der Nutzen, den Patienten vom Absetzen der Medikamente haben (z. B. wacher sein, die Umgebung wieder mit allen Sinnen wahrnehmen können) im Sinne einer Risiko-Nutzen-Abwägung herausgestellt werden. Den Einstieg in das Thema in Form eines Quiz finden alle Berufsgruppen gelungen, jedoch wird deutlich, dass besonders ältere Patientinnen und Patienten einige Fragen nicht verstehen. Nach Einschätzung der Berufsgruppen sollte die Sturzgefahr herausgestellt werden und es sollte darauf fokussiert werden, wie es den Patienten tagsüber geht. Bei Stürzen von älteren Menschen richte sich der Blick in erster Linie auf Faktoren wie lose Teppiche, Kabel oder die Hausschuhe und weniger auf die Nebenwirkungen von Benzodiazepinen

oder Z-Substanzen. Schwindel, Schläfrigkeit, depressive Verstimmung etc. würden selten mit der Einnahme der Medikamente in Verbindung gebracht.

Die fiktive Geschichte einer „Betroffenen“ wird als ein gutes Format wahrgenommen, welches Spaß macht und Neugierde weckt, zumal eine normale Frau vorgestellt wird, die weder drogenabhängig noch verwahrlost ist. Während für Ärztinnen und Ärzte die Darstellung einen zu starken Appellcharakter hat im Sinne von „Hope and Empowerment“, bewerten die Patientinnen und Patienten diesen Teil der Entscheidungshilfe durchgehend sehr positiv und plädieren dafür, ihn weiter nach vorne bzw. an den Anfang zu setzen. Diese fiktive Geschichte wäre für sie ein wesentlicher Teil einer Entscheidungshilfe, die zu einem Absetzversuch motivieren könnte.

Die graphische Darstellung des Absetzungsschemas wird als gelungen bewertet und sei gerade bei schlecht Deutsch sprechenden Menschen von Vorteil. Grundsätzlich wird die grafische Darstellung auch von den Ärztinnen und Ärzten positiv aufgenommen, der Absetzplan sollte allerdings im Flyer nicht enthalten sein, sondern später bei Bedarf ausgegeben werden. Auch die Patientinnen und Patienten würden den Absetzplan aus dem Flyer entfernen. Für sie wäre er zudem ohne ein klärendes Arztgespräch und dementsprechende Anweisungen nicht oder nur schwer verständlich.

Alternativen zu Benzodiazepinen oder Z-Substanzen anzubieten, halten alle für wünschenswert, wobei einige Ärztinnen und Ärzte dabei zuerst an eine andere Medikamentenklasse denken. Vereinzelt werden auch pflanzliche Präparate wie Baldrian oder Neurexan® (auch bei Ängsten oder Unruhe) empfohlen. Für die befragten Patientinnen und Patienten sind die in der Entscheidungshilfe aufgeführten Alternativen nicht nur nicht ausreichend, sie würden sich dadurch sogar unverstanden und nicht ernst genommen fühlen, da sie vor und während ihrer Einnahmezeiten bereits schlafhygienische Maßnahmen ausprobiert haben. Vielmehr müssten konkrete Anlaufstellen benannt werden (mit Telefonnummern). Hilfreich wäre eine Liste mit Angeboten für ältere Menschen (Qigong, Tai Chi, Progressive Muskelentspannung, Sportkurse, etc.). Die Krankenkassen, evtl. mit einer kostenfreien Hotline, könnten als Ansprechpartner fungieren, da sie Präventionskurse nach §20 SGB V (Sozialgesetzbuch) bezahlen, zumal es für Rentner mit niedrigen Bezügen schwierig sei, hochpreisige Entspannungskurse zu finanzieren. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass es sich um spezielle Kurse für ältere Menschen handelt. Darüber hinaus würden Listen mit Angeboten der Gemeinden zu Kontaktmöglichkeiten oder bei Trauerarbeit als unterstützend empfunden. Eine Apotheke hat eine solche in Kooperation mit der Kirchengemeinde erstellt und setzt sie ein. Die Pflege, stationär wie ambulant, verweist auf die Bedeutung von Ritualen, wie z. B. abends die Füße einzucremen, ein Fußbad zu nehmen, warme Milch mit Honig zu trinken. Auch Fuß-, Hand- oder Rückenmassagen halten sie für erfolgsversprechend. Grundsätzlich scheinen Alternativen aber nicht für jede Patientengruppe geeignet zu sein. Bei psychiatrischen Patienten mit massiven Schlafstörungen oder Verspannungen sehen die Psychiater keine Alternativen zur medikamentösen Behandlung. Alternativen für Menschen, die im Alter schlecht sehen, hören oder sich bewegen können und/oder kaum über soziale Kontakte verfügen, werden eher nicht gesehen.

7.2 Teilprojekt 2

7.2.1 Modul 2A: Entwicklung der Ärzteschulung und Patienteninformationen

1. Ärztliche Schulung und Schulungsunterlagen

Das im ersten Modul entwickelte Schulungskonzept zur Risikokommunikation wurde für niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern in einer Gruppe von sechs bis zwölf Teilnehmerinnen und Teilnehmer entwickelt und bestand aus zwei Schulungsblöcken: Einem 80-minütigen theoretischen und einem 160-minütigen aktiven Trainingsteil. Der erste, theoretische Teil diente der Informationsvermittlung und Sensibilisierung hinsichtlich der Problematik der BZD- und Z-Substanz-Verschreibung und der Langzeiteinnahme. Die Wirkung von BZD und Z-Substanzen, deren Verschreibungspraxis, sowie mögliche Risiken und Nebenwirkungen wurden kurz erläutert, anschließend wurde die Diskrepanz zwischen Leitlinienempfehlungen und der Verschreibungspraxis thematisiert. Im Anschluss daran wurden theoretische Grundlagen hinsichtlich Risikokommunikation vermittelt und das Konzept der PEF erläutert. Darauffolgend wurden die Handlungsschritte zur Umsetzung der PEF und der unterstützende Einsatz der zusätzlichen Materialien (Entscheidungstabellen und Patienteninformationen) dargestellt. Während des gesamten theoretischen Teils der Schulung wurden die Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer durch aktivierende Diskussionsfragen angeregt, über eigene Erfahrungen zu berichten oder Nachfragen zu stellen (siehe Anhang).

Der zweite, 160-minütige praktische Teil der Fortbildung diente der vertiefenden Vermittlung bzw. der Einübung der PEF-spezifischen kommunikativen Fähigkeiten und wurde in Form von Rollenspielen realisiert. Hier standen die Anwendung der PEF-Schritte und die Verwendung der kurzen Version der Patienteninformation für die Konsultationsgespräche im Mittelpunkt. Um die Durchführung der Rollenspiele optimal zu gestalten, wurde die Gruppe jeweils in zwei Kleingruppen aufgeteilt. Somit sollte allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit gegeben werden, einmal die Arztrolle einzunehmen.

Für die Rollenspiele wurden zwei Rollenanweisungen (Fallvignetten), als Grundlage für das simulierte Arzt-Patient-Gespräch konzipiert. Die erste fokussierte eine Erstverschreibungssituation, während die zweite auf die Langzeiteinnahme von BZD und Z-Substanzen abzielte. Beide Fallvignetten lieferten Angaben zur Person und dem Anliegen der Patientin/des Patienten, zum Interaktionscharakter und zur Haltung bezüglich der Therapieoptionen.

Um die einzelnen Rollenspiele in Bezug auf die Umsetzung der PEF-Schritte zu beurteilen und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern dadurch ein differenziertes Feedback für die Rollenspieler zu ermöglichen, wurde ein Beobachtungsbogen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer entwickelt. Der Beobachtungsbogen stellt eine Übersicht der Handlungsschritte von PEF dar, welche mit konkreten Fragen definiert sind. Der Beobachtungsbogen sollte ein strukturiertes und qualitativ angemessenes Feedback ermöglichen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden durch den Beobachtungsbogen zudem angeregt, besonders positive oder negative Formulierungen des Rollenspiels zu notieren.

Die Tabelle 7.2.1 stellt eine kurze Übersicht der Struktur und Inhalte der ärztlichen Gruppenschulung dar.

Tabelle 7.2.1
Ablauf der Schulung

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Begrüßung und Vorstellung | 10min |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sowie des Projekts • Vorstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander | |
| I. Theoretischer Teil | 60min |
| <ul style="list-style-type: none"> • Verschreibungsproblematik bei BZD und Z-Substanzen • Mögliche Gründe für die beobachtbare Verschreibungsproblematik • Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von BZD und Z-Substanzen (Fokus: ältere Menschen) • Leitlinienempfehlungen • Informationen zu Behandlungsalternativen • Grundlagen zur Informationsvermittlung und Risikokommunikation • Das Konzept der PEF: Die Schritte der Umsetzung • Nutzung von unterstützenden Materialien zur Umsetzung von PEF | |
| Pause | 10min |
| II. Praktischer Teil in Kleingruppen | 150min |
| <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung der PEF-Techniken sowie Einüben des Einsatzes von Hilfsmaterialien im simulierten Arzt-Patient-Gespräch • 4 simulierte Arzt-Patient-Gespräche je 15 Min.(2x Pat. mit einer Schlafstörung und 2x Pat. mit Angstzuständen) • Nach jedem Simulationsgespräch eine Feedbackrunde mit Einsatz des Beobachtungsbogens: Selbsteinschätzung, Simulationspatient, Großgruppe und Dozent • Diskussion und strukturiertes Feedback | |
| Evaluation und Tagesabschluss | 10min |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mündliches Feedback im Rahmen einer Diskussionsrunde • Schriftliches Feedback durch Evaluationsbögen | |

Alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erhielten zu Beginn der Schulung eine Mappe mit folgenden Unterlagen:

- Inhaltliche und organisatorische Beschreibung der Schulung
- Ausdruck des Foliensatzes
- Entwickelte Patienteninformationsmaterialien (lange und kurze Version der Patienteninformation)
- Hinweis zu weiterführender Literatur
- Teilnahmebestätigung.

Im Anschluss an die Schulung wurden im Plenum die Umsetzung von PEF im klinischen Alltag und mögliche förderliche oder auch hinderliche Faktoren diskutiert.

2. Patienteninformation und Entscheidungstafeln

Die Entwicklung der Patienteninformation erfolgte durch eine Literaturrecherche zu bereits existierenden Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten. Eine dadurch identifizierte Informationsbroschüre, die 2014 von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Cara Tannenbaum in Kanada entwickelt und evaluiert wurde (Tannenbaum et al., 2014), entsprach den von Projektseite gestellten Anforderungen (u. a. Darstellung der Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken, alternativen Behandlungsmethoden) an eine sowohl über Risiken aufklärende wie auch Alternativen beinhaltende Patienteninformation. Mit Einverständnis der kanadischen Arbeitsgruppe wurde diese Broschüre in einem ersten Schritt übersetzt und für den deutschsprachigen Raum adaptiert. Diese erste Version der Patienteninformation wurde im Projektteam vorgestellt und diskutiert. Nach einer weiteren Adaptationsphase und einer Layout-Überarbeitung wurde die elfseitige Patienteninformation anschließend in den Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie Patientinnen und Patienten (siehe Phase 1 des Teilprojekts 1) präsentiert und diskutiert.

Insgesamt wurde dabei die Patienteninformation als etwas zu umfangreich und textlastig empfunden. Die Information sollte kompakter und pointierter präsentiert werden, um Verständnis- und Auffassungsprobleme zu vermeiden. Auf diese Rückmeldung hin wurde der Text der Patienteninformation mit kurzen Sätzen, großer Schrift und mehreren Seiten in A4-Format umgestaltet. Zudem wurde von Seiten der Patienten und Patientinnen rückgemeldet, dass die Risiken und der Nutzen beim Absetzen von Benzodiazepinen besser dargestellt werden sollten. Dies wurde ebenfalls in der revidierten Fassung berücksichtigt.

Die Fragen zum Einstieg sowie die Geschichte der fiktiven Betroffenen stießen vor allem bei Patientinnen und Patienten auf positive Resonanz. Beide Gruppen fanden die grafische Darstellung gelungen. Bei alternativen Behandlungsmethoden wurden von Seiten der Ärztinnen und Ärzte als zusätzliche Behandlungsoptionen vor allem alternative medikamentöse Behandlungsstrategien erwartet. Entsprechend aktueller Leitlinien zu Schlaf- und Angststörungen wurden aber nur evidenzbasierte alternative nicht-medikamentöse Behandlungsoptionen aufgenommen. Viele Patientinnen und Patienten empfanden z. B. die schlafhygienischen Maßnahmen als unzureichend für ihre Schlafstörungen. Diese wurden deswegen mit weiteren Beispielen zur eigenständigen Beeinflussung des Schlafs und der Entspannungsfähigkeit erweitert. Das Pflegepersonal erachtete Rituale vor dem Schlafengehen als sinn- und wirkungsvoll.

Als Ergebnis der Übersetzung und Anpassung der englischen Patienteninformation resultierte eine Informationsbroschüre mit dem Titel „Schlaf- und Beruhigungsmittel, Nutzen, Risiken und Alternativen“. Der inhaltliche Aufbau dieser Broschüre ist in folgender Tabelle 7.2.2 dargestellt.

Tabelle 7.2.2

Aufbau der Patienteninformation

| Seite | | Ziele und Inhalte |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Informationsbroschüre zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln – Nutzen, Risiken und Alternativen | Ziel: Ansprache der Zielgruppe |
| 2 | Übersichtstabelle über gängige Schlaf- und Beruhigungsmittel (Medikamentenname & Substanzklasse) | Ziel: Bewusstmachung der eigenen Einnahmesituation Inhalt: Patientinnen und Patienten werden aufgefordert, Medikamente, die sie verschrieben bekommen haben, anzukreuzen |
| 3 | Wissenstest (interaktives Element) | Ziel: Erzeugung kognitiver Dissonanz, Anregung zur kritischen Auseinandersetzung mit der Medikamentenwirkung Inhalt: 4 Fragen zu Schlaf und Beruhigungsmitteln, die mit Richtig oder Falsch beantwortet werden können |
| 4 | Antwortseite zum Wissenstest | Ziel: Erzeugung kognitiver Dissonanz, Aufklärung über Medikamentenwirkung Inhalt: 4 Fragen werden beantwortet. Begründung/Erklärung zu jeder Frage wird gegeben |
| 5 | Aufklärung über Risiken, Nebenwirkungen und unangemessene Einnahme | Ziel/Inhalt: Selbsteinschätzung und Edukation in Bezug auf das Risiko von BZD- und Z-Substanz-Einnahmen |
| 6 | Medikamenteneinnahme bei älteren Patientinnen und Patienten | Ziel/Inhalt: Edukation und Aufklärung in Bezug auf das Alter |
| 7 | Aufzählung alternativer Behandlungsoptionen bei Schlafproblemen | Ziel/Inhalt: Informationsvermittlung zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten für einen besseren Schlaf |
| 8 | Aufzählung alternativer Behandlungsoptionen bei Angst/innerer Unruhe | Ziel/Inhalt: Informationsvermittlung zu den alternativen Maßnahmen gegen Ängste und innere Unruhe |
| 9 | Fallbeispiel | Ziel: Motivation Inhalt: Beschreibung eines erfolgreichen Absetzversuchs aus Sicht einer Patientin |
| 10 | Seite für Notizen | Ziel: Fragen an Behandler sammeln |
| 11 | Informationen zur Patienteninformation | Inhalt: Informationen über Entwickler und Quellenangabe |

Die Patienteninformation wurde anschließend zur Entwicklung von zwei geplanten Entscheidungshilfen verwendet. Die Entscheidungshilfen fassen die wichtigen Informationen kurz zusammen und sind vor allem für den Einsatz in einem Arzt-Patient-Gespräch gedacht.

Die Entscheidungstafeln (siehe Anhang) teilen sich in „Behandlungsmöglichkeiten bei Schlafstörungen“ und „Behandlungsmöglichkeiten bei Angstzuständen und innerer Unruhe“ auf. Folgende relevante Informationen sind darin enthalten:

- Aspekte bezüglich der Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen
 - Vorteile

- Nachteile und Risiken
- Besonders wichtig für ältere Menschen
- Alternative Behandlungsmöglichkeiten (je Tafel entweder bei Schlafstörungen oder bei Angstzuständen und innerer Unruhe)
 - Vorteile
 - Nachteile

7.2.2 Modul 2B: Durchführung von ärztlichen Gruppenschulungen

Die Schulungen konnten in Zusammenarbeit mit den Fortbildungsakademien der Ärztekammern Hamburg und Westfalen-Lippe organisiert und durchgeführt werden. Jede Schulung wurde mit sechs CME-Punkten der jeweiligen Ärztekammer akkreditiert und in den Fortbildungskatalogen der Ärztekammern aufgeführt. Zudem wurden die Hamburger Schulungstermine im Hamburger Ärzteblatt veröffentlicht. Die Schulungen wurden für die Ärztinnen und Ärzte kostenlos angeboten.

In Hamburg wurden N=847 und in Westfalen-Lippe N=800 Einladungen aus den jeweiligen Ärztelisten der Ärztekammern an niedergelassene Allgemeinärztinnen und Ärzte versandt. Da die Schulungen in Westfalen-Lippe in Münster geplant wurden, gingen von den N=800 Einladungen N=400 an Praxen direkt in Münster. Die N=400 weiteren Einladungen wurden an Praxen im größeren Einzugsgebiet von Westfalen-Lippe verschickt. Bei weniger als vier Anmeldungen wurde eine Schulung abgesagt. Die angemeldeten Ärztinnen und Ärzte wurden darüber zeitnah telefonisch in Kenntnis gesetzt und im Fall einer Absage ein alternativer Termin angeboten.

Trotz dieser intensiven Rekrutierungsbemühungen von November 2015 bis März 2016 konnten insgesamt nur N=22 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Hamburg N=15, Westfalen-Lippe N=7) gewonnen werden (siehe Tabelle 7.2.3).

Tabelle 7.2.3
Überblick der Schulungstermine

| | Schulungsdatum | Schulungsort | Teilnehmer |
|---|-------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1 | 2.12.2015, 16:00-20:00 Uhr | Hamburg, Institut für Medizinischen Psychologie | Verlegt auf den 2.3.2016, da N=3 Anmeldungen |
| 2 | 27.1.2016, 16:00-20:00 Uhr | Hamburg, Institut für Medizinischen Psychologie | N=10 |
| 3 | 2.3.2016, 16:00-20:00 Uhr | Hamburg, Institut für Medizinischen Psychologie | N=5 |
| 4 | 30.3.2016, 16:00-20:00 Uhr | Münster, Ärztekammer Westfalen-Lippe | Ausgefallen, da N=2 Anmeldungen |
| 5 | 13.4.2016, 16:00-20:00 Uhr | Münster, Ärztekammer Westfalen-Lippe | N=7 |

Drei der vier Schulungen erfolgten von Januar bis April 2016. Es wurden zwei Schulungen in Hamburg und eine Schulung in Westfalen-Lippe (Münster) durchgeführt. Der erste Hamburger-Termin für den 2. Dezember 2015 wurde auf den 2. März 2016 verschoben, da es lediglich N=3

Anmeldungen gab. Der geplante Schulungstermin am 20. März 2016 in Münster musste abgesagt werden, da es lediglich N=2 Anmeldungen gab. Die Schulungen in Hamburg fanden in den Räumlichkeiten des Instituts für Medizinische Psychologie auf dem Gelände des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf statt. Die Schulung in Münster wurde in den Räumlichkeiten der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster durchgeführt. Leiterinnen und Leiter der Schulungen waren Herr Prof. Dr. Dr. Martin Härter, PD Dr. Jörg Dirmaier und Aliaksandra Mokhar, M.Sc.

7.2.3 Modul 2C: Evaluation von Schulungen und Patienteninformation

1. Formative Evaluation von ärztlichen Schulungen

Von den 22 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten hatten N=20 den Fragebogen zu T₁ ausgefüllt. An der Follow-up-Befragung beteiligten sich N=8 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Follow-up-Fragebögen wurden ausschließlich von Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmern aus Hamburg ausgefüllt, Schulungsteilnehmer aus Münster haben (aus unbekanntem Gründen) nicht geantwortet. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden keine statistischen Vergleichstests zwischen den beiden Messzeitpunkten durchgeführt.

Die soziodemographischen Merkmale der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sind in der Tabelle 7.2.4 dargestellt.

Tabelle 7.2.4

Soziodemographische Merkmale der an der Evaluation teilgenommenen Ärztinnen und Ärzte

| | | 1 27.1.2016 Hamburg | 2 2.3.2016 Hamburg | 3 13.4.2016 Münster | Gesamt |
|-------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|
| Anzahl der Teilnehmer, N | T ₁ | 9 | 5 | 6 | 20 |
| | FU | 5 | 3 | - | 8 |
| Alter in Jahren, M (SD) | T ₁ | 54,2 (6,0) | 59,0 (8,0) | 58,2 (1,7) | 56,6 (5,8) |
| | FU | 55,8 (6,4) | 57,0 (7,0) | - | 56,3 (6,1) |
| Geschlecht männlich, N (%) | T ₁ | 4 (44,0) | 3 (60,0) | 4 (67,0) | 11 (55,0) |
| | FU | 2 (40,0) | 2 (67,0) | - | 4 (50,0) |
| Jahre seit Niederlassung, M (SD) | T ₁ | 12,6 (6,2) | 15,8 (10,5) | 23,0 (7,5) | 16,4 (8,6) |
| | FU | 13,8 (8,0) | 13,3 (9,5) | - | 13,6 (7,9) |
| Einzelpraxis, (vs. Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft), N (%) | T ₁ | 5 (56,0) | 2 (40,0) | 2 (33,0) | 9 (45,0) |
| | FU | 3 (60,0) | 2 (67,0) | - | 5 (62,5) |
| Hausarzt (vs. andere Fachrichtungen), N (%) | T ₁ | 8 (89,0) | 3 (60,0) | 2 (33,0) | 13 (65,0) |
| | FU | 5 (100) | 2 (67,0) | - | 7 (87,5) |

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung T₁: Erster Erhebungszeitpunkt, FU: Follow-up/2. Erhebungszeitpunkt, N: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (absolut)

Allgemeine Zufriedenheit

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aller drei Schulungstermine waren insgesamt zufrieden mit der Schulung und haben auf die Frage, ob sich die Teilnahme an der Schulung gelohnt habe, eine positive Antwort gegeben. Laut Evaluationsergebnis konnten auch die Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer insgesamt größtenteils erfüllt werden. Die Ergebnisse zur allgemeinen Zufriedenheit mit der Schulung haben sich nach drei Monaten nicht verändert. Die Ergebnisse der Evaluation sind in Tabelle 7.2.5 dargestellt.

Tabelle 7.2.5

Allgemeine Zufriedenheit mit der ärztlichen Schulung

| | T ₁ Befragung unterteilt nach Schulungsterminen | | | T ₁ gesamt | FU unterteilt nach Schulungsterminen | | | FU gesamt |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------|-----|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | | 1 | 2 | 3 | |
| | N=9 | N=5 | N=6 | N=20 | N=5 | N=3 | N=0 | N=8 |
| Zufriedenheit mit den Schulungsinhalten insgesamt ^a , M (SD) | 1,6 (0,7) | 2,6 (0,9) | 2,0 (0,9) | 2,0 (0,9) | 1,8 (0,8) | 2,7 (1,2) | - | 2,1 (1,0) |
| Erfüllung von Erwartungen bezüglich der Schulung insgesamt ^b , M (SD) | 2,3 (0,7) | 3,5 (1,0) | 2,5 (0,6) | 2,6 (0,8) | 2,4 (0,6) | 3,0 (1,4) | - | 2,6 (0,8) |

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, T₁: Erster Erhebungszeitpunkt, FU: Follow-up/2. Erhebungszeitpunkt, N: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (absolut)

^a 5-stufige Likert-Skala: 1=„sehr zufrieden“ bis 5=„sehr unzufrieden“

^b 5-stufige Likert-Skala: 1=„weit übertroffen“ bis 5= „eindeutig nicht erfüllt“

Qualität der Schulung

Mittelwerte von unter zwei auf einer fünf-stufigen Skala von „1=sehr gut“ bis „5=sehr schlecht“ machen deutlich, dass die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte die Qualität der Schulung als gut bis sehr gut einschätzen (siehe Tabelle 7.2.6). Die Einschätzungen zu beiden Erhebungszeitpunkten unterscheiden sich nur geringfügig.

Tabelle 7.2.6
Einschätzung der Qualität der Schulung

| | T ₁ Befragung unterteilt nach Schulungsterminen | | | T ₁ gesamt | FU unterteilt nach Schulungsterminen | | | FU gesamt |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------|----------|--------------|
| | 1 N=9 | 2 N=5 | 3 N=6 | N=20 | 1 N=5 | 2 N=3 | 3 N=0 | N=8 |
| Vermittlung der Themen, M (SD) | 1,3 (0,7) | 2,2 (1,1) | 1,8 (0,8) | 1,7 (0,9) | 1,2 (0,5) | 1,7 (1,2) | - | 1,4 (0,7) |
| Einbezug & Aktivierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, M (SD) | 1,1 (0,3) | 1,0 (0,0) | 1,4 (0,6) | 1,2 (0,4) | 1,2 (0,5) | 1,0 (0,0) | - | 1,1 (0,4) |
| Organisation der Fortbildung, M (SD) | 1,3 (0,7) | 1,4 (0,6) | 1,8 (0,5) | 1,5 (0,6) | 1,4 (0,6) | 1,0 (0,0) | - | 1,3 (0,5) |
| Fachliche Kompetenz der Fortbilderinnen und Fortbilder, M (SD) | 1,1 (0,3) | 1,3 (0,5) | 1,4 (0,6) | 1,2 (0,4) | 1,4 (0,6) | 2,3 (1,5) | - | 1,8 (1,0) |
| Anteil praktischer Übungen, M (SD) | 1,1 (0,3) | 1,8 (0,8) | 1,8 (1,0) | 1,4 (0,7) | 1,8 (0,8) | 1,3 (0,6) | - | 1,6 (0,7) |

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, T₁: Erster Erhebungszeitpunkt, FU: Follow-up/2. Erhebungszeitpunkt, N: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (absolut)
Einschätzung auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1=“sehr gut“ bis 5=“sehr schlecht“

Kompetenzerweiterung

Die Kompetenzerweiterung wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ebenfalls zu beiden Messzeitpunkten positiv bewertet. Betrachtet man einzelne Fragen im Detail, so zeigt sich, dass der fachliche Gewinn und der Praxisbezug im Schulnotensystem von eins bis sechs als gut beurteilt wurden. Ähnlich positiv fielen auch die Angaben zum Zugewinn an Informationen für die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten, zur Erweiterung der fachlichen Kompetenz und zur Steigerung der Sicherheit im Umgang mit älteren Patientinnen und Patienten aus (vgl. Tabelle 7.2.7).

Tabelle 7.2.7

Fachlicher Gewinn und Kompetenzerweiterung durch die Schulung

| | T ₁ Befragung unterteilt nach Schulungsterminen | | | T ₁ gesamt | FU unterteilt nach Schulungsterminen | | | FU gesamt |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------|-----|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | | 1 | 2 | 3 | |
| | N=9 | N=5 | N=6 | N=20 | N=5 | N=3 | N=0 | N=8 |
| Erhaltung neuer Information für die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten, M (SD) | 2,3 (1,0) | 2,0 (1,2) | 2,2 (0,8) | 2,2 (1,0) | 2,2 (1,3) | 2,3 (0,6) | - | 2,3 (1,0) |
| Erweiterung der fachlichen Kompetenz, M (SD) | 1,8 (0,7) | 2,6 (1,1) | 2,2 (0,5) | 2,1 (0,8) | 2,0 (0,7) | 2,0 (0,0) | - | 2,0 (0,8) |
| Steigerung der Sicherheit im Umgang mit älteren Patientinnen und Patienten, M (SD) | 2,4 (0,9) | 2,6 (1,3) | 2,6 (1,3) | 2,5 (0,9) | 2,6 (1,1) | 2,7 (1,2) | - | 2,6 (1,0) |

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, T₁: Erster Erhebungszeitpunkt, FU: Follow-up/2. Erhebungszeitpunkt, N: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (absolut)

Einschätzung auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1=“trifft absolut zu“ bis 5=“trifft überhaupt nicht zu“

Partizipative Entscheidungsfindung

Um einschätzen zu können, wie Ärztinnen und Ärzte das Konzept der PEF und die hierfür entwickelten Materialien beurteilen, wurden entsprechende Items in den Evaluationsbogen aufgenommen.

Zunächst wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt, wie sinnvoll sie das PEF-Konzept im Allgemeinen fänden und ob dieses im klinischen Alltag, besonders beim Verschreiben von Medikamenten umsetzbar sei. Tabelle 7.2.8 zeigt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Schulung das PEF-Konzept als sinnvoll einschätzten (M=4,6). Ebenfalls ist die Bereitschaft groß, das Konzept im klinischen Alltag anzuwenden.

Zur Follow-up-Befragung wurde der PEF-Bereich des Fragebogens um Fragen zur Umsetzung von PEF insgesamt sowie der einzelnen PEF-Schritte erweitert. Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden danach gefragt, ob sie PEF in einem Gespräch, bei dem Benzodiazepine und Z-Substanzen verschrieben werden, angewendet haben. Es wurde zudem konkret erfragt, welche PEF-Schritte umgesetzt werden konnten und bei welchen es Schwierigkeiten gab. Die Ärztinnen und Ärzte wurde zudem befragt, in welchen anderen Gesprächssituationen (nicht Benzodiazepin oder Z-Substanzen betreffend) PEF eingesetzt werden konnte.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Anwendung von PEF in einem Gespräch beim Verschreiben von Benzodiazepinen und Z-Substanzen seit der Schulung bei 87,5% (N=7) liegt. Bezüglich der schrittweisen Ausführung solcher Gespräche ergibt sich, dass insbesondere die Schritte der Formulierung von Gleichberechtigung, Darstellung von Behandlungsmöglichkeiten sowie Erfragen von Verständnis, persönlichen Gedanken und Erwartungen nicht ausgeführt wurden.

Alle Ärztinnen und Ärzte (N=8) gaben im Weiteren an, dass sie das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung in anderen Gesprächssituationen (außer BZD und Z-Substanzverschreibung) mit Ihren Patientinnen und Patienten verwenden konnten. Als beispielhafte Situationen wurden insbesondere andere Medikamentenverschreibungssituationen (z. B. bei Herz- Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen, Depression) genannt.

Ferner gaben die Schulungsteilnehmer an, dass die Anwendung von PEF im klinischen Alltag grundsätzlich möglich und eigentlich sinnvoll sei. Zudem wurde dem PEF-Konzept eine hohe Bedeutung bei der Behandlung älterer Patientinnen und Patienten und eine nachgeordnete Bedeutung beim Verschreiben von BZD zugeschrieben (Tabelle 7.2.8).

Tabelle 7.2.8

Bewertung des Konzepts der Partizipativen Entscheidungsfindung und seiner Praxistauglichkeit

| | Schulungstermine | | | Gesamt N=20 |
|---------------------------------------------|------------------|-----------|-----------|----------------|
| | 1 N=9 | 2 N=5 | 3 N=6 | |
| T ₁ Befragung | | | | |
| Beurteilung des Konzepts, M (SD) | 4,7 (1,2) | 4,2 (1,9) | 4,8 (1,9) | 4,6 (1,5) |
| Beurteilung von PEF in Praxisalltag, M (SD) | 4,7 (1,0) | 4,0 (1,4) | 4,8 (1,3) | 4,6 (1,2) |

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, N: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (absolut)
Einschätzung auf einer 6-stufigen Likert-Skala von 1=“überhaupt nicht sinnvoll“ bis 6=“sehr sinnvoll“

| | 1 | 2 | 3 | Gesamt N=8 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----|---------------|
| | N=5 | N=3 | N=0 | |
| Follow-up-Befragung | | | | |
| Beurteilung von PEF im Praxisalltag, M (SD) | 1,6 (0,6) | 2,3 (2,3) | - | 1,9 (1,4) |
| Sinnhaftigkeit des PEF-Konzepts in Bezug auf die Verschreibung von BZD, M (SD) | 3,0 (1,2) | 2,3 (2,3) | - | 2,8 (1,6) |
| Bedeutung des PEF-Konzepts vor dem Hintergrund der Behandlung älterer Patientinnen und Patienten und der BZD-Verschreibung, M (SD) | 1,6 (0,5) | 2,3 (2,3) | - | 1,9 (1,5) |

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, N: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (absolut), T₁: Erster Erhebungszeitpunkt, FU: Follow-up/2. Erhebungszeitpunkt, N: Anzahl der Teilnehmer (absolut)
Einschätzung auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1=“trifft absolut zu“ bis 5=“trifft überhaupt nicht zu“

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Schulung schätzten im Weiteren die entwickelten Materialien in der Praxis als gut einsetzbar ein. Die kurze Version der Patienteninformation (Entscheidungstafel) wurde als besser implementierbar eingestuft als die lange Version (siehe Tabelle 7.2.9).

Tabelle 7.2.9

Beurteilung der für die Schulung entwickelten Materialien

| | T ₁ Befragung unterteilt nach Schulungsterminen | | | T ₁ gesamt | Follow-up Befragung unterteilt nach Schulungsterminen | | | FU gesamt |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|--------------|----------|--------------|
| | 1 N=9 | 2 N=5 | 3 N=6 | N=20 | 1 N=5 | 2 N=3 | 3 N=0 | N=8 |
| Patienteninformation (lange Version), M (SD) | 2,9 (1,0) | 1,6 (0,6) | 1,7 (0,5) | 2,2 (1,0) | 2,5 (1,0) | 2,3 (1,5) | - | 2,4 (1,1) |
| Entscheidungstafel (kurze Version), M (SD) | 1,9 (0,4) | 1,6 (0,6) | 1,4 (0,6) | 1,7 (0,5) | 2,2 (0,5) | 2,3 (1,5) | - | 2,3 (0,9) |

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, T₁: Erster Erhebungszeitpunkt, FU: Follow-up/2. Erhebungszeitpunkt, N: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (absolut)

Einschätzung auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1=“sehr gut einsetzbar“ bis 5=“sehr schlecht einsetzbar“

Qualitative Ergebnisse

Die Evaluationsbögen erlaubten es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Schulung zu äußern. Jeder ausgefüllte Fragebogen beinhaltete einen oder mehrere Kommentare. Die Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (T₁: N=6, FU: N=5) wurden zunächst gesammelt und dann inhaltsanalytisch kategorisiert. Folgende Kategorien der Kommentare wurden erstellt:

- fehlende Inhalte,
- fehlendes Material und
- Optimierung der Durchführung der Schulung.

Hinsichtlich der *fehlenden Inhalte* der Schulung wünschten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, verstärkt auf Indikationen und Kontraindikationen von BZD und Z-Substanzen einzugehen, pharmakologische Behandlungsalternativen zu der Medikamentengruppe zu thematisieren, einen spezifischen Umgang mit bereits abhängigen Patientinnen und Patienten zu erlernen und Strategien zum Absetzen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln anzusprechen.

Darüber hinaus wurde auf *fehlende Materialien* hingewiesen. Hierzu wurde zum Beispiel weiteres patientenrelevantes Material zum Thema Medikamentenalternativen, zum Umgang mit Medikamentensucht und zu Nebenwirkungen genannt.

Zur *Optimierung der Durchführung der Schulung* wünschten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass mehr Ärztinnen und Ärzte an einem Schulungstermin teilnehmen sollten, um einen regen Austausch in Bezug auf das problematische Verschreibungspraxis bei älteren Patientinnen und Patienten führen zu können.

7.2.3. Modul 2C: Evaluation von Patienteninformation aus Patientensicht

Insgesamt konnten die beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker bis Juli 2016 N=15 Patientinnen und Patienten rekrutieren. Die geringe Stichprobengröße konnte durch verschiedene Faktoren erklärt werden: beispielsweise durch die Erklärung von geschulten Ärztinnen und Ärzten, dass sie lediglich wenige entsprechende Patientengruppen behandeln. Weitere mögliche Faktoren für die geringe Bereitschaft der Ärzteschaft und Apotheker, ihre Patientinnen und Patienten für die Studie zu rekrutieren, sind vermutlich fehlende

zeitliche Ressourcen, keine möglichen Vorteile für die Teilnahme an der Studie sowie eine allgemeine Ablehnung der Studienteilnahme. Schließlich können Gründe für den geringen Rücklauf auch auf Seiten der Patienten liegen, da diese sich möglicherweise mit dem Thema nicht auseinandersetzen möchten, das Thema schambesetzt ist, sie generell an Forschungsvorhaben nicht teilnehmen wollen oder keine Anreize erhielten. Von 15 Fragebögen waren N=6 aus der Interventionsgruppe (mit dem Fragebogenteil zur Patienteninformation) und N=9 aus der Kontrollgruppe. Gemäß der Planung wurden nach drei Monaten die Follow-up Fragebögen verschickt, jedoch haben wir zum Zeitpunkt des Abschlussberichts trotz Nachfrage bei den teilnehmenden Patienten keinen Rücklauf der Follow-up Fragebögen erhalten. Aus diesem Grund bezieht sich die deskriptive Auswertung auf den ersten Messzeitpunkt und basiert auf den Daten der N=6 Patientinnen und Patienten aus der Interventionsgruppe.

Diese Gruppe bestand aus vier Frauen und zwei Männern und das durchschnittliche Alter der Befragten lag bei 75 Jahren. Die Hälfte der Patientinnen und Patienten war verheiratet. Fast alle waren berentet. Keiner der Befragten war zum Zeitpunkt der Befragung pflegebedürftig (siehe Tabelle 7.2.10).

Tabelle 7.2.10
Soziodemographie der Patientenstichprobe (N=6)

| Alter in Jahren, M (SD) | 75 (10,1) | |
|---------------------------------------|-----------|-------|
| Geschlecht: | | |
| weiblich | 4 | 66,7% |
| männlich | 2 | 33,3% |
| Familienstand: | | |
| ledig | 0 | 0,0% |
| verheiratet, zusammenlebend | 3 | 50,0% |
| verheiratet, getrennt lebend | 0 | 0,0% |
| geschieden | 2 | 33,3% |
| verwitwet | 1 | 16,7% |
| Berufliche Situation: | | |
| berufstätig/selbstständig in Vollzeit | 0 | 0,0% |
| berufstätig in Teilzeit | 0 | 0,0% |
| Hausfrau, Hausmann | 0 | 0,0% |
| arbeitslos | 0 | 0,0% |
| Altersrentner/in, Pensionär/in | 5 | 83,3% |
| sonstiges | 0 | 0,0% |
| Pflegebedürftig | | |
| ja | 0 | 0,0% |
| nein | 6 | 100% |

M: Mittelwert, SD. Standardabweichung, Die Stichprobengröße variiert zwischen N=5 und N=6 aufgrund von fehlenden Angaben.

Alle teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden zu Ihrem Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln befragt. Keine/r gab an, ein Medikament verschrieben bekommen zu haben, es aber nicht einzunehmen. Somit beziehen sich die folgenden Aussagen auf den aktuellen Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Insgesamt gaben drei Befragte (50%) an, aktuell Zolpidem einzunehmen. Jeweils eine Person berichtete Zolpiclon bzw. Diazepam einzunehmen

und zwei nahmen zum Zeitpunkt der Befragung Lorazepam ein. Eine Mehrfachnennung war möglich.

Die anschließende Frage gab Aufschluss über die Einnahmedauer der zuvor benannten Schlaf- und Beruhigungsmittel. Während eine Patientin bzw. ein Patient sich nicht erinnern konnte (Antwortmöglichkeit: „ich weiß nicht genau“), machten fünf Patientinnen und Patienten eine konkrete Aussage. Die durchschnittliche Einnahmedauer lag bei 9,5 Jahren (SD: 16,7), sie variierte dabei von einem Minimum von fünf Jahren bis zu einem Maximum von 25 Jahren.

Zum Zeitpunkt der Befragung nahmen fünf Patientinnen und Patienten (83,3%) die Medikamente täglich ein, ein Befragter bzw. eine Befragte nahm diese nur bei Bedarf. Weiterhin berichteten drei Patientinnen bzw. Patienten (50%) das Medikament einzunehmen, wie von der Ärztin/dem Arzt verordnet, während nur ein Teilnehmer bzw. eine Teilnehmerin (16,7%) angab mehr einzunehmen als von der Ärztin oder vom Arzt verordnet.

Die Auswertung des USE-Fragebogens ergab, dass die Patientinnen und Patienten die Nützlichkeit der entwickelten Informationsbroschüre mit einem Mittelwert von 50,8 (SD: 21,3) im mittleren Bereich einstufen. Die Mittelwerte der einzelnen Subskalen wiesen keine großen Unterschiede auf und lagen im mittleren Bereich. Tabelle 7.2.11 gibt eine Übersicht über die einzelnen Subskalen und den durchschnittlichen Gesamtscore.

Tabelle 7.2.11
USE Skala (N=5)

| | N | Mittelwert | SD |
|------------------------|---|------------|------|
| Subskala 1 – Kognition | 5 | 16,0 | 7,1 |
| Subskala 2 – Emotion | 5 | 16,8 | 7,8 |
| Subskala 3 – Verhalten | 5 | 18,0 | 7,1 |
| Gesamtscore | 5 | 50,8 | 21,3 |

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung. Die Werte der Subskalen können zwischen 3 und 30 variieren, der Gesamtscore zwischen 9 und 90. Hohe Werte weisen auf eine hoch eingeschätzte Nützlichkeit hin.

Zusätzlich zum USE-Fragebogen wurden weitere relevante Daten in Bezug auf die Patienteninformation erhoben, die in der Tabelle 7.2.12 zusammenfassend dargestellt sind.

Insgesamt gaben die Patientinnen und Patienten hinsichtlich der *Darstellung der Inhalte* an, dass sie mit der optischen Darstellung (M=3,8, SD: 0,5) und der Übersichtlichkeit (M=4,0, SD: 0,0) sehr zufrieden waren. Hohe Zustimmungswerte zu der Frage des angemessenen Umfangs lassen sich ebenfalls mit einem Mittelwert von 3,3 (SD: 1,5) spezifizieren.

Darüber hinaus empfanden die Patientinnen und Patienten die *sprachliche Darstellung und Verständlichkeit* als klar und einfach formuliert (M=4,5, SD: 0,6).

Bezüglich der Skala *Akzeptanz und Zufriedenheit* haben Patientinnen und Patienten eine starke Tendenz, die Patienteninformation bei Bedarf selbst zu lesen und sie weiter zu empfehlen (M=3,3, SD: 1,5). Die allgemeine Zufriedenheit mit der Patienteninformation scheint daher gegeben zu sein.

Bezüglich der Skala *Wissenszuwachs und Aufklärung* fanden die Befragten, dass sie sich durch die Patienteninformation gut aufgeklärt fühlen und besonders von enthaltenden Tipps in der

Patienteninformation zum Umgang mit ihren Beschwerden profitieren (M=3,0, SD: 1,4). Bezüglich des Gewinns neuer Erkenntnisse weist das entsprechende Item lediglich niedrige Werte auf (M=2,8, SD: 1,5). Weiterhin beinhaltet die Patienteninformation kaum Aufklärungspotenzial in Bezug auf die langfristige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Das Item „Durch die Patienteninformation ist es mir bewusst geworden, dass die Beruhigungs- und Schlafmittel langfristig nicht eingenommen werden dürfen“ hat den niedrigsten Wert (M=2,0, SD: 1,4).

Betreffend der Skala *Veränderungsbereitschaft und Motivation* scheint die Patienteninformation nur bedingt zum Nachdenken über alternative Behandlungsmöglichkeiten (M=2,7, SD: 1,5) sowie zum eigenständigen Ausprobieren von dargestellten Alternativen angeregt zu haben (M=3,0, SD: 1,4).

Die Nutzung der Patienteninformation hat auf das *Arzt-Patient-Gespräch* eine positive Wirkung zur Anregung eines Gespräches über alternative Behandlungsmöglichkeiten (M=3,3, SD: 1,5) sowie zur Vorbereitung auf ein Gespräch mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt (M=3,0, SD: 1,4). Aus Sicht der Befragten scheint die Patienteninformation für ein Gespräch mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt über die Reduktion oder das Absetzen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln nur bedingt geeignet zu sein (jeweils M=2,8, SD:1,3).

Tabelle 7.2.12

Übersicht der Skalen zur Bewertung der Patienteninformation (N=6)

| | M (SD) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Darstellung der Inhalte | |
| Mir hat die optische Gestaltung der Patienteninformation gefallen. | 3,8 (0,5) |
| Die Darstellung der Informationen in der Patienteninformation war übersichtlich. | 4,0 (0,0) |
| Der Informationsumfang in der Patienteninformation war angemessen. | 3,3 (1,5) |
| Sprachliche Darstellung und Verständlichkeit | |
| Die Patienteninformation hatte eine leicht verständliche Sprache. | 4,3 (0,5) |
| Die Patienteninformation war für mich insgesamt klar und verständlich formuliert. | 4,5 (0,6) |
| Die Informationen in der Patienteninformation haben mich verwirrt. | 1,3 (0,5) |
| Akzeptanz und Zufriedenheit | |
| Ich werde die Patienteninformation weiterempfehlen. | 3,3 (1,5) |
| Ich werde die Patienteninformation bei Bedarf wieder selbst lesen. | 3,3 (1,5) |
| Wissenszuwachs und Aufklärung | |
| Durch die Nutzung der Patienteninformation habe ich etwas Neues dazugelernt. | 2,8 (1,5) |
| Die Patienteninformation enthält nützliche Tipps, wie ich besser mit meinen Beschwerden umgehen kann. | 3,0 (1,4) |
| Durch die Patienteninformation fühle ich mich gut aufgeklärt in Bezug auf Beruhigungs- und Schlafmittel. | 3,3 (1,5) |
| Durch die Patienteninformation ist es mir bewusst geworden, dass die Beruhigungs- und Schlafmittel langfristig nicht eingenommen werden dürfen. | 2,0 (1,4) |
| Veränderungsbereitschaft und Motivation | |
| Durch die Patienteninformation denke ich über alternative Behandlungsmöglichkeiten nach. | 2,7 (1,5) |
| Ich möchte eine alternative Behandlung, die in der Patienteninformation dargestellt ist, selber ausprobieren. | 3,0 (1,4) |
| Arzt-Patient-Gespräch | |
| Die Informationen in der Patienteninformation haben mich gut auf ein Gespräch mit meinem Arzt über meine Behandlung vorbereitet. | 3,0 (1,4) |
| Ich werde mit meinem Arzt über die Reduktion von Beruhigungs- und Schlafmitteln sprechen. | 2,8 (1,3) |
| Ich werde mit meinem Arzt über die alternativen Behandlungen sprechen, die in der Patienteninformation dargestellt sind. | 3,3 (1,5) |
| Ich werde mit meinem Arzt über das Absetzen von Beruhigungs- und Schlafmitteln sprechen. | 2,8 (1,3) |

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung

Einschätzung auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1="stimme überhaupt nicht zu" bis 5="stimme sehr zu"

8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen ist insbesondere unter älteren Menschen weit verbreitet (Holzbach et al. 2010; Glaeske 2013; Verthein et al. 2013). Laut PRSCUS-Liste zählen Benzodiazepine und Z-Substanzen aufgrund des mit diesen Substanzen verbundenen Abhängigkeitsrisikos zu den potentiell nicht adäquaten Medikamenten für Ältere (Holt et al. 2010). Zu den Umständen und Hintergründen des Langzeit- bzw. nicht-bestimmungsmäßigen Gebrauchs von Sedativa/Hypnotika liegen bislang jedoch nur unzureichend Erkenntnisse vor. Um mögliche Risiken und Probleme im Zusammenhang mit der langjährigen Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen zu minimieren, ist der aktive Einbezug der Patientinnen und Patienten sowohl bei Verschreibungsbeginn als auch im weiteren Verlauf der Behandlungsplanung (bzgl. Dosisreduktion, Absetzen, Weiterverordnung, Umstellung, Behandlungsalternativen) von Bedeutung (Légaré et al. 2012). Auf Basis des Prinzips der Partizipativen Entscheidungsfindung können hier kommunikative Konzepte entwickelt und etabliert werden, die zu einer Risikoreduktion im Zusammenhang mit der Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen sowie möglichen Behandlungsalternativen führen können (Smith & Tett 2011; Härter et al. 2011).

In dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts wurde das Ziel verfolgt, zum einen die Hintergründe und Ursachen der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen mit Hilfe von quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden zu untersuchen (Teilprojekt 1). Zum anderen sind Schulungsunterlagen für Ärzte sowie Entscheidungshilfen für die Risikokommunikation zwischen behandelnden Ärzten und Patienten entwickelt und evaluiert worden (Teilprojekt 2).

8.1 Teilprojekt 1

Im ersten Teilprojekt wurde ein Methodenmix-Ansatz verfolgt, der einerseits eine Vielzahl betroffener Patientinnen und Patienten erreichen, andererseits die Perspektive aller am Behandlungs- und Entscheidungsprozess beteiligten Gruppen einbeziehen wollte. Im Rahmen des Moduls 1A ist es mittels einer von der AOK NordWest und der Apothekerkammer Hamburg unterstützten schriftlichen Befragung gelungen, mehr als 500 Patientinnen und Patienten zu erreichen, denen innerhalb des zurückliegenden Jahres Benzodiazepine oder Z-Substanzen verschrieben wurden. Damit konnte das angestrebte Rekrutierungsziel erreicht werden. Nach zuvor anhand Alter und Verordnungsart erfolgter Stratifizierung der AOK-Versicherten sowie unter Einbezug von 16 Apotheken mit Patientinnen und Patienten, die die Medikamente auf Privatrezept erhielten, entstand eine hinreichend ausbalancierte Gruppenaufteilung, die Vergleichsanalysen zwischen Personen mit leitlinienabweichenden und leitliniengerechten Verschreibungen ermöglicht. In diesen beiden Patientengruppen sind die 50-65-Jährigen sowie die Personen ab 66 Jahren zu etwa gleichen Anteilen vertreten. Im Vergleich zu allen AOK-Versicherten mit leitliniengerechten oder leitlinienabweichenden Verschreibungen von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen im zurückliegenden Jahr ergibt sich eine annähernd repräsentative Stichprobenauswahl. Lediglich die ältere Patientengruppe mit leitlinienabweichenden Verordnungen ist im Durchschnitt bedeutend älter als die entsprechende Grundgesamtheit aller AOK-

Versicherten. Da sich aber von vornherein auf Patientinnen und Patienten einer bestimmten Krankenkasse konzentriert wurde, war eine generelle Repräsentativität der Stichprobe nicht angestrebt. Von Bedeutung war eher, die Betroffenengruppen zu etwa gleichen Teilen für die vergleichenden Auswertungen zu erreichen. Die über die Apotheken erreichten Patientinnen und Patienten mit Privatverordnungen wurden der Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen zugeordnet, was den oben beschriebenen Plausibilitätsüberlegungen folgte. Unter ihnen befinden sich vorrangig Personen mit langfristigen Medikamentenverschreibungen.

In den älteren Altersgruppen ist, wie erwartet, der Frauenanteil erhöht. Aber auch insgesamt zeigt sich das bekannte Phänomen, dass Verschreibungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen sowie sich daraus entwickelnde mögliche Probleme überwiegend Frauen betreffen (Neutel 2005; Petitjean et al. 2007; Verthein et al. 2013). Unabhängig vom Alter fällt der Zusammenhang zwischen beruflicher Situation und Verschreibungsverhalten auf. Der Anteil an berenteten Personen ist unter den Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen erheblich höher, was zunächst auf stärkere gesundheitliche Beeinträchtigungen dieser Patientengruppe schließen lässt. Die weiteren Auswertungen zeigen allerdings, dass sich dies anhand der in der Befragung erhobenen gesundheitsbezogenen Merkmale nicht zeigen lässt. Hier dürfte es sich eher um einen direkteren Zusammenhang zwischen Arbeitssituation (bzw. Arbeitsfähigkeit) und problematischer Medikamenteneinnahme sowie damit verbundener Begleiterscheinungen handeln.

Die Stichprobenauswahl und Stratifizierung beruhte auf den Rezeptangaben der zurückliegend verordneten Benzodiazepine und Z-Substanzen. Dabei konnte nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil der Befragungsteilnehmer diese Medikamente gar nicht einnahm bzw. sich der Einnahme bestimmter Substanzen nicht bewusst war (wobei auch das hohe Alter bei einem Teil der Befragten zu berücksichtigen ist). Tatsächlich war dies bei mehr als einem Viertel der Patientinnen und Patienten der Fall, aktuell, zum Befragungszeitpunkt, sogar bei zwei Fünfteln. Da den Informationen von Befragungsteilnehmern, die angaben, keine Benzodiazepine oder Z-Substanzen einzunehmen, wenig Relevanz für die Fragestellungen des Projekts zukommen dürfte, wurden diese Personen für weitere Analysen ausgeschlossen. Die Untersuchungsgruppe reduzierte sich damit auf 340 Personen, wobei kritisch zu bewerten ist, dass sich vor allem die Gruppe mit leitliniengerechten Verschreibungen um mehr als die Hälfte reduziert hat. Hier dürften in der Mehrheit der Fälle Erinnerungseffekte zum Tragen gekommen sein, da nach den Daten der AOK innerhalb des zurückliegenden Jahres in jedem Fall (mindestens) eine Verschreibung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen stattgefunden hat.

Aus der vorgegebenen Liste von 19 Benzodiazepinen und drei Z-Substanzen wurde am häufigsten Zopiclon als vorrangig eingenommene Substanz genannt. Hier spiegelt sich der mittlerweile hohe Stellenwert von Z-Substanzen wider. Dies gilt besonders für Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen, für die Zopiclon zu 42% ihr vorrangig verschriebenes Hypnotikum bzw. Sedativum ist. Auch bei den Personen mit leitliniengerechten Verordnungen steht Zopiclon an erster Stelle. Dieser Gruppe werden aber Benzodiazepine wie Oxazepam, Lorazepam und Diazepam zu größeren Anteilen verordnet, insgesamt zu fast zwei Dritteln, was auf eine gezielte (leitlinienkonforme) Symptombehandlung psychischer Beschwerden oder Krisen hindeutet. Zugleich Benzodiazepine und Z-Substanzen bekommt mit knapp 6% nur ein geringer Anteil, was, entgegen der Erwartung, auf beide Gruppen zutrifft.

Beide Patientengruppen erhalten ihre Medikation in der durchschnittlichen Betrachtung in geringer Dosis; nur sehr wenige erhalten überhaupt eine höhere Dosis als eine DDD. Dies lässt für beide Gruppen auf ein insgesamt vorsichtiges und kontrolliert durchgeführtes Verordnungsverhalten schließen. Folgt man der Risikoklassifikation für den Gebrauch von Benzodiazepinen und Benzodiazepinrezeptoragonisten (Z-Substanzen) der Studie von Verthein et al. (2013) unter Hamburger Patientinnen und Patienten, entspricht der Anteil von 6,4% mit höheren Dosierungen als einer DDD bei den hier befragten AOK-Versicherten ziemlich genau dem Anteil der höheren Altersgruppen in der Hamburger Studie. Bei der überwiegenden Mehrheit zeichnen sich die leitlinienabweichenden Verordnungen primär durch eine Überschreitung der empfohlenen Verschreibungsdauer und nicht durch eine zu hohe Dosierung aus. Sollten sich die Kriterien einer Medikamentenabhängigkeit bei einem Teil der Befragungsteilnehmer mit leitlinienabweichenden Verordnungen erfüllen, ist bei der Mehrzahl von einer Niedrigdosisabhängigkeit auszugehen, die nicht unbedingt mit einer (kontinuierlichen) Dosissteigerung verbunden sein muss (Soumerai et al. 2003; Kurko et al. 2015). Ferner fällt auf, dass mit etwa drei Fünfteln zwar die Mehrheit, aber längst nicht alle Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen ihre Medikamente täglich einnehmen. Ein Drittel nimmt diese nach Bedarf. In der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten Verschreibungen ist dieser Anteil doppelt so hoch. Mehr als die vom Arzt verordnete Medikation wird aber nur von ganz wenigen Einzelfällen eingenommen – auch dies ein Zeichen dafür, dass es sich bei der Mehrheit um ein kontrolliertes Verordnungs- und Einnahmeverhalten handelt.

Für alle Befragten ist die vorrangige Bezugsquelle der niedergelasse (Haus-)Arzt. Knapp ein Viertel beider Gruppen bekommt die Medikamente vom psychiatrischen Facharzt verschrieben. Ersteres deutet darauf hin, dass die Patientinnen und Patienten den Verschreibern gut bekannt sein dürften, Letzteres ist ein Zeichen dafür, dass in besonderen Fällen der Einbezug des Psychiaters in den Behandlungsprozess notwendig wurde und entsprechende fachlich begründete Interventionen zum Tragen kommen. Dies steht im Einklang mit den Erfahrungen der interviewten Ärztinnen und Ärzten (vgl. Abschnitt 7.1.2.1).

Aufgrund der Auswahl der Befragungsteilnehmer über die AOK NordWest verwundert es nicht, dass die Mehrheit ihre Medikamente auf Kassenrezept erhält. Ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen bekommt die Medikamente (auch) über Privatrezepte. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass sich hierunter die über Apotheken erreichten Personen befinden. Bemerkenswert ist allerdings der 10-prozentige Anteil, der Benzodiazepine und Z-Substanzen zugleich auf Privat- und Kassenrezept erhält. In der Gruppe der leitliniengerecht Behandelten sind dies nur 2%. Laut Hoffmann und Glaeske (2014) sind es vor allem die Z-Substanzen (sowie das immer seltener verordnete Flunitrazepam), die mittlerweile etwa zur Hälfte auf Privatrezepten verordnet werden. Da nur etwa 11% der bundesdeutschen Bevölkerung privatversichert sind, wäre unter den hier Befragten eine höhere Rate an Privatverschreibungen als die für die Gesamtgruppe geltenden 21% zu erwarten gewesen. Wenngleich es sich hier um eine nach Alter und Verschreibungsart selektierte Stichprobe handelt, spiegeln sich die anhand von Einkaufsstatistiken berichteten Ergebnisse von Hoffmann und Glaeske (2014) in der vorliegenden Untersuchung nicht wider. Lässt man die über Apotheken erreichten Personen unberücksichtigt, befinden sich unter den über 50-jährigen AOK-Patienten mit Benzodiazepin- oder Z-Substanzverschreibungen im letzten Jahr nur 12% mit Privatverschreibungen. Das Problem des so genannten Ausweichens auf Privatrezepte bleibt evident,

unsere Befragungsergebnisse stehen hingegen im Widerspruch zu den Untersuchungen von Hoffmann und Kollegen (Hoffmann et al. 2006; Hoffmann et al. 2009; Hoffmann & Glaeske 2014). Dort stellte sich heraus, dass von den Ärztinnen und Ärzten wie auch von Apothekern vor allem die gesetzlichen Rahmenbedingungen (Arzneimittel-Richtlinie) aber auch so genannte Wunschverordnungen als Gründe genannt werden (Hoffmann et al. 2014). Auch in den Interviews und Fokusgruppen wurden die nach wie vor weit verbreiteten Privatverordnungen thematisiert, so dass zu vermuten ist, dass dieses Phänomen in der schriftlichen Befragung eher unterrepräsentiert ist.

Der mit Abstand wichtigste Einnahmegrund von Benzodiazepinen und Z-Substanzen sind Schlafstörungen. Dies gilt für Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden, also mehrheitlich Langzeitverschreibungen ebenso wie für jene, die ihre Medikamente leitlinienkonform verordnet bekommen. Das Vorherrschen von Insomnien als Hauptverschreibungsgrund von Benzodiazepinen und Z-Substanzen gegenüber anderen (psychischen) Beschwerden oder Lebensumständen ist ein zentrales Ergebnis des vorliegenden Projekts. Für einen Teil der hier einbezogenen Medikamente, insbesondere die Z-Substanzen, sind Insomnien zwar das Hauptindikationsgebiet. Vor dem Hintergrund des aktuellen Kenntnisstands zum Einsatz von Hypnotika, wonach Benzodiazepine und Benzodiazepinrezeptoragonisten nur für eine Kurzzeitanwendung bei schwerer Schlafstörung geeignet seien (Nissen et al. 2014), verwundert dennoch das Ausmaß an Insomnie-Indikationen unter den Befragungsteilnehmern. Die schlechte Schlafqualität der Befragungsteilnehmer wird durch die Auswertung des Pittsburgher Schlafindex (PSQI) für beide Patientengruppen bestätigt, die mittlere Schlafdauer dürfte allerdings im Rahmen der allgemeinen Schlafzeit älterer Menschen liegen (Schwarz et al. 2010). Nach den Studien von Wittchen et al. (2001) ist zudem bei über 50-Jährigen bei etwa der Hälfte von Schlafstörungen auszugehen, womit diese generell ein weit verbreitetes Phänomen darstellen. Aus den Fokusgruppen mit betroffenen Patientinnen und Patienten wird zudem deutlich, dass Schlafstörungen häufig die Indikation für Erstverschreibungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen war (vgl. Abschnitt 7.1.3). Dies deckt sich nicht ganz mit den Angaben der Befragungsteilnehmer, die Schlafstörungen als Einnahmegrund bei Beginn der Medikation deutlich seltener angaben als zum aktuellen Zeitpunkt.

Ein weiteres zentrales Ergebnis besteht in der Erkenntnis, dass bei psychischen Symptomen und Befindlichkeitszuständen zu einem größeren Anteil leitliniengerecht verschrieben wird. Auffallend ist der verbreitete Einsatz von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei Depressionen, Überforderung und Erschöpfungszuständen. Vor allem die Depressionen liegen mit gut einem Fünftel von der bestimmungsgemäßen Hauptindikation auftretender Angstsymptome (27%) und Unruhezustände (29%) nicht allzu weit entfernt. Dabei könnte es sich in der Mehrheit um Begleitmedikation einer Antidepressiva-Behandlung handeln. Der hier gefundene Anteil von über einem Fünftel entspricht dem der Rezeptdatenstudie von Buth et al. (2014), in der gut 22% der GKV-Patienten mit Benzodiazepinverschreibungen aus vier norddeutschen Bundesländern zusätzlich Antidepressiva verordnet bekamen.

Die Anzahl unterschiedlicher Einnahmegründe bzw. zugrunde liegender Beschwerden hat sich gegenüber dem Behandlungsbeginn erhöht. Dies ist insbesondere bei der Patientengruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen zu beobachten. Wenngleich es sich hier um einmalig retrospektiv erhobene (und somit durch Erinnerungseffekte beeinträchtigte) Beschwerden und Symptome handelt, wird doch deutlich, dass leitlinienabweichende Verschreibungen eher bei

Menschen erfolgen, die zunehmend unter Mehrfachbeschwerden bzw. komplexeren Symptomkonstellationen leiden. Von vielen Patientinnen und Patienten werden Nebenwirkungen genannt, wobei diese in früheren Zeiten, am Behandlungsbeginn, seltener auftraten als zum aktuellen Zeitpunkt. Unter den Personen mit leitlinienabweichenden ist es gut die Hälfte, bei der anderen Gruppe sind es knapp 40%, die derzeit Nebenwirkungen angeben. Insbesondere bei der erstgenannten Gruppe haben diese Beschwerden deutlich zugenommen, was aber vornehmlich auf die nur selten aufgetretenen Nebenwirkungen zu Behandlungsbeginn zurückzuführen ist. Das dominierende Symptom ist dabei die tagsüber auftretende Müdigkeit, was vor dem Hintergrund der Hauptindikation Schlafstörungen plausibel erscheint. Hervorzuheben ist aber auch, dass von gut der Hälfte der Befragten aktuell keine Nebenwirkungen angegeben werden, die Medikation somit vergleichsweise gut verträglich ist und nicht als beeinträchtigend im Alltagsleben empfunden wird. Dennoch hat die Mehrheit der Patientinnen und Patienten schon mal versucht, die Medikamenteneinnahme auszusetzen oder zu reduzieren. Bezogen auf die Gruppe mit leitlinienabweichenden Verschreibungen war dies bei gut einem Viertel (vorübergehend) erfolgreich, bei über der Hälfte hatte es allerdings nicht geklappt. Dies kann wiederum als Hinweis darauf interpretiert werden, dass die langfristige Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen mindestens als ambivalent empfunden wird. Die Gründe, nach Pausen wieder mit der Medikamenteneinnahme zu beginnen, bestanden ganz überwiegend darin, dass die alten Beschwerden wieder auftraten bzw. die Zeit ohne Medikation schwer zu ertragen gewesen sei oder man sich unter der Medikation einfach besser gefühlt hatte. Dies deutet auf einen starken Gewöhnungseffekt hin, der es vielen Patienten schwer macht, auf die Medikamente zu verzichten. Auffällig ist auch, dass ein Siebtel der Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen während eines Krankenhausaufenthalts wieder mit der Medikamenteneinnahme begann. Nach einer spanischen Untersuchung von San-José et al. (2015) wurde Lorazepam bei 21,5% der über 85-jährigen sowie bei 15,3% der 75-84-jährigen Krankenhauspatienten verordnet. In der Studie von Somers et al. (2011), die den Verbrauch von Hypnotika und Sedativa eines Belgischen Universitätskrankenhauses untersuchten, nahmen im Jahr 2009 43,3% der stationären Patienten diese Medikamente ein. Krankenhausaufenthalte können somit als Risikofaktor für eine langfristige Schlaf- oder Beruhigungsmittelverordnung bezeichnet werden.²² Entsprechend ihrer Erfahrungen mit Unterbrechungen der Einnahme gaben drei Viertel der Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen an, davon auszugehen, dass sie ihre Medikamente für immer einnehmen müssten. Dies geht einher mit einer entsprechend hoch eingeschätzten Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme (die höher ausfällt als bei den Personen mit leitliniengerechten Verschreibungen). Hier dürfte die bei den meisten Betroffenen eingetretene Gewöhnung mit der Überzeugung einhergehen, dass die (weitere, ggf. lebenslange) Einnahme der Medikamente sinnvoll und unabdingbar sei.

Im Rahmen des Projekts wurde eine Reihe von Instrumenten zur Erhebung des aktuellen gesundheitlichen Zustands eingesetzt. Dabei fällt durchweg auf, dass sich die Patientengruppen

²² Die Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen an allgemeinen Krankenhäusern ist auch Gegenstand des vom BMG geförderten „Parallelprojekts“ der Arbeitsgruppe am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen. Im Rahmen eines Teilprojekts wurden zunächst die Sichtweisen und Einstellungen des Krankenhauspersonals zum Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln untersucht, wobei sowohl die Häufigkeit der Anwendung als auch das Schaden-Nutzen-Verhältnis von Ärzten und Pflegepersonal unterschiedlich wahrgenommen wird (Weiß et al. 2016).

mit leitlinienabweichenden und leitliniengerechten Verschreibungen diesbezüglich kaum unterscheiden. Die – im Durchschnitt 72-jährigen – Befragungsteilnehmer leiden unter z. T. mehreren körperlichen Krankheiten wie z. B. Bluthochdruck, Herz-, orthopädischen oder endokrinologischen Erkrankungen. Bei knapp einem Fünftel kann von ausgeprägten Depressionszuständen, bei ebenso vielen von mittelgradig bis schwer ausgeprägten Ängsten ausgegangen werden. Ebenfalls ein knappes Fünftel trinkt Alkohol in riskantem Ausmaß. Die Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität liegen deutlich unterhalb des Normbereichs, was in besonders starkem Ausmaß für den körperlichen Gesundheitszustand zutrifft. In Anbetracht der nicht nachzuweisenden Unterschiede zwischen den Patientengruppen lässt sich schlussfolgern, dass das Einnahmeverhalten von Benzodiazepinen und Z-Substanzen und der allgemeine Gesundheitszustand in keinem relevanten Zusammenhang stehen.

Aufgrund der insgesamt eher geringen Unterschiede zwischen den Gruppen mit leitlinienabweichenden und leitliniengerechten Verschreibungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen wurde für weitere Auswertungen das Merkmal des problematischen Medikamentengebrauchs herangezogen, welches mit dem Kurzfragebogen für Medikamentenmissbrauch (KFM) erhoben wurde. Hier fällt zunächst der mit weit über der Hälfte insgesamt große Anteil mit problematischem Medikamentengebrauch unter den Befragungsteilnehmern auf. Ferner zeigt sich der erwartete Zusammenhang dahingehend, dass mit knapp 60% der Anteil an problematischen Gebrauchern unter den Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen deutlich höher ist als unter jenen mit leitlinienkonformen Verordnungen. Selbst unter den Personen mit leitliniengerechten Verschreibungen liegt der Anteil problematischer Medikamentengebraucher damit um das 5- bis 6-fache höher als in der (älteren) Allgemeinbevölkerung (Pabst et al. 2010). Diese Einordnung ist nicht einer Medikamentenabhängigkeit gleichzusetzen, da sie nicht die in Klassifikationssystemen aufgeführten Kriterien enthält, sondern sich eher an (vorwiegend negativen) Umständen und Folgen des Medikamentengebrauchs allgemein orientiert. Zwischen den nach Anwendung des KFM differenzierten Gruppen von Personen mit und ohne problematischen Medikamentengebrauch zeigen sich hinsichtlich ihrer Beschwerden bzw. der Einnahme zugrunde liegenden Symptome und dem Einnahmeverhaltens aber deutlichere Unterschiede. Von den problematischen Medikamentengebrauchern werden im Mittel mehr Beschwerden als Grund für die Medikamenteneinnahme genannt, und auch Nebenwirkungen traten erheblich häufiger auf. Auch die Zunahme an Beschwerden und Nebenwirkungen seit Einnahmebeginn fällt bei ihnen deutlicher aus. Ferner waren sie bei ihren Versuchen, die Medikamenteneinnahme auszusetzen oder zu reduzieren, erfolgloser als die Patientinnen und Patienten ohne problematischen Medikamentengebrauch. Vor dem Hintergrund des insgesamt ausgesprochen hohen Anteils an Personen mit problematischem Medikamentengebrauch unter den über 50-Jährigen AOK-Patienten mit und ohne leitliniengerechter Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen im letzten Jahr stellt sich die Frage, ob die zugrunde liegenden Beschwerden auf diese Weise angemessen behandelt werden. Es fällt zudem der hohe Schmerzmittelgebrauch unter den Patientinnen und Patienten mit problematischem Gebrauch auf, so dass es bei einem Teil, gerade unter den Älteren, die an weiteren körperlichen Erkrankungen leiden, zu Problemen mit der so genannten Polypharmazie und den entsprechenden Aufmerksamkeitsdefiziten sowie eingeschränkter Compliance kommen dürfte (Holt et al. 2010; Neuner-Jehle 2011).

Insgesamt ist noch einmal hervorzuheben, dass eine größere Patientengruppe mit Benzodiazepin- und Z-Substanzverschreibungen, stratifiziert nach Alter und Verschreibungsverhalten, erreicht werden konnte. Der hohe Anteil an Personen ohne Medikamenteneinnahme hätte eventuell durch eine striktere und aktuellere Definition des Verschreibungsverhaltens verringert werden können. Für die Aufteilung nach leitlinienabweichend und leitlinienkonform musste allerdings ein standardisierter Beobachtungszeitraum festgelegt werden. Für die Auswertung ist kritisch anzumerken, dass die Stratifizierung nach leitlinienabweichender Verschreibung und die Unterscheidung zwischen problematischem und nicht-problematischem Medikamentengebrauch (nach KFM) nicht unabhängig voneinander sind, so dass sich statistisch signifikante Zusammenhänge artifiziell darstellen können. Die Adjustierung der statistischen Fehlerwahrscheinlichkeit (z. B. Bonferroni-Korrektur) hätte zu entsprechend weniger signifikanten Unterschieden geführt. Der explorative Charakter der Befragungsauswertung war allerdings vorrangig. Die angegebenen statistischen Signifikanzen dienen der Orientierung in Bezug auf die Aussagekraft auf Basis der jeweils gültigen Stichprobengröße.

Im zweiten und dritten Modul des ersten Teilprojektes wurden qualitative Methoden eingesetzt, um die Hintergründe, Motive und aufrechterhaltenden Bedingungen einer Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen näher zu beschreiben. Es konnten vier Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten und drei Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten geführt werden. Angehörige wurden nicht erreicht (vgl. Abschnitt. 5.2). Alle geplanten Fokusgruppensitzungen mit Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen, Pflegekräften sowie Patientinnen und Patienten konnten im geplanten Umfang mit sechs bis acht Teilnehmenden durchgeführt werden.

Die Ärztinnen und Ärzte differenzieren zwischen ihrer aktuellen Verschreibungspraxis und ihrem früheren Vorgehen bzw. dem Verschreibungsstatus bei Übernahme der Praxen. Benzodiazepine und Z-Substanzen werden von ihnen nur noch selten und sehr bewusst verschrieben. Dabei konzentriert sich ihre Verschreibung auf nur wenige Substanzen mit niedriger Dosierung entsprechend der Vorschläge der PRISCUS-Liste: Z-Substanzen, wie Zopiclon oder Zolpidem und meistens Lorazepam als BZD. Patientinnen und Patienten, die Folgerezepte erhalten, werden in der Regel engmaschig überwacht und erhalten keine Rezepte mehr ohne genaue Kenntnis der Ärztinnen oder Ärzte. In den letzten Jahren hat ein Umdenken bezogen auf die Verschreibung dieser Substanzen bei einem Teil der Ärzteschaft eingesetzt, was auch von den Patientinnen und Patienten, den Apothekerinnen sowie den Pflegekräften bestätigt wird. Auf dem Hintergrund der nach wie vor hohen Verkaufszahlen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen ist zu vermuten, dass diese von einzelnen Praxen verordnet werden, zu denen schließlich die Patientinnen und Patienten abwandern, denen ihre Ärztinnen und Ärzte diese Medikamente nicht mehr verordnen wollen oder die Weiterverordnung bei Übernahme der Praxis verweigern. Grundsätzlich ist es auch denkbar, dass diejenigen Arztpraxen, die nur noch sehr vereinzelt Z-Substanzen oder Benzodiazepine verschreiben, Patienten mit einer Langzeitverschreibung von diesen Substanzen entzogen haben. Allerdings wurde weder in den Interviews noch in den Fokusgruppen von begleiteten Absetzversuchen berichtet. Dies geht einher mit den Erfahrungen der Patientinnen und Patienten, dass das Absetzen der Medikamente bzw. das Verweigern von Folgerezepten eher unvorbereitet und ohne ein Aufklärungsgespräch erfolgte. Grundsätzlich werden Absetzversuche bei alten Menschen von den Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflege-

kräften eher skeptisch, von den Apothekerinnen und den Patientinnen und Patienten selbst hingegen positiv beurteilt. Die Überweisung von älteren Menschen mit einer Langzeitverordnung von Z-Substanzen oder Benzodiazepinen an niedergelassene psychiatrische Kolleginnen oder Kollegen ist motiviert von den Überlegungen, dass diese entweder eine Medikamentenumstellung vornehmen können oder grundsätzlich mehr Zeit für begleitende Gespräche haben. Dieses durchaus rationale Vorgehen kann jedoch für ältere Personen mit zusätzlichen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden sein.

In den Interviews und Fokusgruppen wird deutlich, dass die Möglichkeit, Privatrezepte anstatt Kassenrezepte auszustellen, die befragten Ärztinnen und Ärzte polarisiert. Während einige dieses Vorgehen kategorisch ablehnen und sich ggf. mit den Kassenärztlichen Vereinigungen diesbezüglich auseinandersetzen würden, ist es für andere gängige Praxis. Grundsätzlich wird der in der quantitativen Befragung ermittelte Prozentsatz an ausgestellten Privatrezepten (vgl. Abschnitt 7.1.1.2) von allen Befragten als zu gering erachtet. Zugleich bestätigen Apothekerinnen sowie Ärztinnen und Ärzte die zunehmende Tendenz der Verschreibung von Antidepressiva, vor allem Mirtazapin und Citalopram, entweder als Alternative zur Benzodiazepinverschreibung bei jüngeren Menschen oder als eine Möglichkeit, ältere Menschen mit einer Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen auf Antidepressiva umzustellen.

Schlafstörungen und Ängste sind die Beschwerden, bei denen Ärztinnen und Ärzte am ehesten an die Verordnung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen denken. Inwieweit diese Symptome ausreichend hinterfragt werden, hängt vom Zeitkontingent des Behandlers ab und davon, ob pflanzliche Präparate oder empfohlene schlafhygienische Maßnahmen die Symptome verbessert haben. Lediglich bei Trauerreaktionen erfolgt die Verschreibung von BZD oder Z-Substanzen beim ersten Arztbesuch. Die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegekräfte deuten darauf hin, dass das ärztliche Gespräch auf die Symptome und nicht auf die zugrunde liegenden bzw. verursachenden Probleme fokussiert ist. Sie wünschen sich diesbezüglich eine größere Bereitschaft der Behandler. Diese hängt in einem großen Maße von den ärztlicherseits antizipierten Alternativen ab und ist größer, wenn die Behandler z. B. über eine Zusatzausbildung in alternativen Behandlungsmethoden oder über ein regionales Netzwerk bzw. Wissen über Anlaufstellen für ihre Patientinnen und Patienten hinsichtlich altersgerechter Sport- oder Freizeitgruppen verfügen. Gleichwohl wird deutlich, dass der Umgang mit alten Menschen und vor allem mit ihrer Einsamkeit sowie mit den (Rahmen-)Bedingungen stationärer Altenhilfeeinrichtungen ein gesamtgesellschaftliches Problem und nicht primär von der Ärzteschaft zu lösen ist. Andererseits fällt auf, dass die Möglichkeit, andere Berufsgruppen wie die Apothekerinnen und Apotheker sowie die Pflegekräfte partnerschaftlich einzubinden, von den Ärztinnen und Ärzten nicht oder nur unzureichend gesehen wird. Pflegekräfte kennen ihre zu Pflegenden genau und können sowohl Wirkungen als auch Nebenwirkungen von verschriebenen Medikamenten besser beobachten und beschreiben. Apothekerinnen und Apotheker sind für Patientinnen und Patienten häufig wichtige Bezugspersonen, denen neben der Ausgabe der Medikamente eine beratende Funktion zukommt und von denen entsprechendes Informationsmaterial für ihre Kundinnen und Kunden bereitgestellt wird.

Die Ärztinnen und Ärzte geben an, ihre Patientinnen und Patienten umfassend über die Nebenwirkungen und vor allem das Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen und Z-Substanzen aufzuklären, wohingegen die befragten Patientinnen und Patienten sich an kein Aufklärungsgespräch erinnern können. Zum Teil kann dies auch daran liegen, dass der Beginn der Einnahme

oftmals viele Jahre zurück liegt und eine umfassende Aufklärung in dieser Zeit nicht stattgefunden hat. Möglicherweise werden aber mündliche Aussagen der Ärzte nicht so stark verinnerlicht. Daher wird der vorgestellte Entwurf einer „Entscheidungshilfe“ von allen Fokusgruppenteilnehmenden begrüßt. Lediglich die Pflegekräfte geben zu bedenken, dass diese für sehr alte und kranke Menschen nicht geeignet sei. Als besonders bedeutsam wird die Darstellung der potentiellen Nebenwirkungen, wie z. B. die Sturzgefahr, eingestuft. Darüber könnten Patientinnen und Patienten mit langjähriger Medikamenteneinnahme motiviert werden, einen Absetzversuch zu wagen. Auffällig ist, dass Ärztinnen und Ärzte eher eine faktenorientierte Entscheidungshilfe präferieren, wohingegen die Patientinnen und Patienten Teile wie z. B. die fiktive Geschichte einer Betroffenen, und damit den persönlich ansprechenden und motivierenden Charakter der Entscheidungshilfe, hoch einschätzen.

8.2 Teilprojekt 2

Das von zwei Arbeitsgruppen gemeinsam getragene Projekt setzte zum einen auf die Erforschung der Ursachen und Motive für die Langzeitverschreibung von BZD und Z-Substanzen und zum anderen auf die Entwicklung, Erprobung und Evaluierung eines Schulungskonzeptes für Ärztinnen und Ärzte sowie begleitender Patienteninformationsmaterialien zur Risikokommunikation basierend auf partizipativer Entscheidungsfindung (PEF).

Im Modul 2A wurde im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung eine Intervention zur Verbesserung der Risikokommunikation zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten im Bereich der Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln für ältere Patientinnen und Patienten entwickelt. Die Intervention bestand zum einen aus einer ärztlichen Schulung, der ein existierendes PEF-Manual zugrunde liegt (Bieber et. al, 2007) und zum anderen aus patientenseitigen Informationen. Die Adaption des manualisierten PEF-Ansatzes auf die problematische Verschreibung von BZD und Z-Substanzen ist grundsätzlich erfolgreich bewältigt worden. Dennoch ergaben sich bei der Erstellung des Konzepts verschiedene Schwierigkeiten. Zum einen werden Benzodiazepine und Z-Substanzen in vielen verschiedenen medizinischen Situationen verordnet, häufig für mehrere Indikationen gleichzeitig (Schlafprobleme, Unruhe, Anspannung, Sorgen o. ä.). Die unspezifische Art der Indikation erschwert die Anwendung von PEF, da eine klare Indikationsstellung eine Grundvoraussetzung für die Ableitung von adäquaten Behandlungsalternativen darstellt. Um die genannten Voraussetzungen für PEF erfüllen zu können, wurde entschieden, zwei Indikationen für das Verschreiben von BZD und Z-Substanzen im Alter festzulegen (Schlafprobleme und Angstzustände). Dies wurde auch durch Ergebnisse in den Fokusgruppen unterstützt. Auch die aktuelle Studienlage zeigt, dass am häufigsten Verschreibungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Menschen mit Schlaf- und Angststörungen assoziiert sind (Michael Kaplan & DuPont 2005; Dell’osso & Lader 2013). Somit beziehen sich die entwickelten Materialien auf diese beiden symptomorientierten Behandlungssituationen und schränken ihre Verwendung für weitere medizinische Situationen ein. Nichtsdestotrotz können die Materialien als Basis für weitere Entwicklungen genutzt werden. Es wurde im Erstellungsprozess und im Laufe der Schulungen deutlich, dass PEF für die Erstverschreibungen eine sinnvolle und anwendbare Strategie für die Behandlungsplanung darstellt. Um den Langzeitgebrauch von älteren Patientinnen und Patienten zu reduzieren

bzw. zu stoppen, bedarf es zunächst das Absetzen dieser Medikamente, um sich für eine alternative sichere Behandlung zu entscheiden. Das Absetzen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen als eigenständiger Behandlungsschritt kann ebenfalls mit PEF durchlaufen werden. Es gibt bereits wissenschaftliche Studien, die ein solches Konzept entwickelt haben (Jansen et al., 2016).

Die Didaktik der Schulung setzte sich aus einem Vortrag, einer Diskussion und einem Rollenspiel zusammen. Die interaktiven Elemente der Schulung tragen zur Annäherung an den klinischen Alltag von Ärztinnen und Ärzten bei und ermöglichen den Transfer des Wissens in die Praxis. Daher sollten aus unserer Sicht die didaktischen Elemente in Form der Schulung beibehalten werden. Möglicherweise könnte der Einsatz echter Patientinnen und Patienten für die Rollenspiele einen verstärkten Übungseffekt haben.

Außer der Ärzteschulung wurden patientenseitige Materialien entwickelt. Die ausführliche Patienteninformation wurde von einer englischen Patienteninformation zur Aufklärung über Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Alter abgeleitet, welche eine hohe wissenschaftliche Evidenz aufweist und zur Steigerung des Wissens, der Risikowahrnehmung, sowie Verbesserung des Medikamentengebrauchs führte (Tannenbaum et al., 2014). Die Inhalte des Originals wurden auf Deutsch übersetzt und anschließend im Rahmen der Fokusgruppen (aus Teilprojekt 1) adaptiert. Die wichtigsten Erkenntnisse aus den Fokusgruppen beziehen sich auf die folgenden Überarbeitungsaspekte: Kürzung und Präzisierung der Inhalte, Betonung der Vor- und Nachteile des Absetzens von BZD, Beibehaltung der interaktiven Elemente, Hinzufügen anderer pharmakologischer Therapien, Anwendbarkeit für eine Zielgruppe ohne schwerwiegende Erkrankungen mit induzierter BZD-Behandlung. Es konnten die meisten Optimierungsvorschläge berücksichtigt werden. Nicht berücksichtigt wurde das Hinzuziehen weiterer medikamentöse Behandlungen. Hierzu wurde lediglich ein Hinweis formuliert, dass weitere medikamentöse Therapien möglich sind und mit dem Behandler abgewogen werden können.

Zudem wurden zwei kurze Versionen von Entscheidungstabellen über Schlaf- und Beruhigungsmitteln entwickelt, welche die wichtigsten Vor- und Nachteile sowie die Risiken einer Behandlung auf einer Textseite zusammenfassen und im Rahmen des Arzt-Patienten-Gesprächs eingesetzt werden sollen (Elwyn et al. 2013). Da die Inhalte der Entscheidungstabellen primär aus der adaptierten Patienteninformation abgeleitet wurden, bei der die Gegenüberstellung von alternativen Behandlungsmöglichkeiten zu BZD und Z-Substanzen nicht eindeutig gegeben ist, schränkt es den Nutzen dieser Entscheidungshilfen auf die Langzeitverschreibung ein. Daher wird eine Überarbeitung der Entscheidungstabellen empfohlen, wenn diese auch für die Erstverschreibung bei Schlafbeschwerden und Angstzuständen verwendet werden soll. Dabei sollten sowohl potentiell mögliche medikamentöse als auch nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien gleichwertig mit ihren Risiken und Nutzen dargestellt werden.

Im Modul 2B konnten drei von vier Schulungsterminen in Hamburg und in Westfalen-Lippe durchgeführt werden. Dabei stellte es eine große Herausforderung dar, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für die Schulung zu gewinnen. Trotz der enormen Bemühungen musste wegen zu geringer Teilnehmerzahl ein Schulungstermin in Hamburg verschoben und ein weiterer Termin in Münster gestrichen werden. Obwohl eine Zertifizierung der Schulung durch die Ärztekammer mit einer hohen Anzahl an Akkreditierungspunkten gelang, ist die Schulung bei den angesprochenen Ärztinnen und Ärzten nur auf geringes Interesse gestoßen. Es kann vermutet

werden, dass das Thema PEF beim Verschreiben von Schlaf- und Beruhigungsmitteln auf wenig Interesse bzw. Akzeptanz stößt und dass an der Schulung eine selektierte Zielgruppe teilgenommen hat. Dieses geringe Interesse kann verschiedene Gründe haben. Zum einen sind möglicherweise viele Ärztinnen und Ärzten an kommunikationsspezifischen Fortbildungen nicht interessiert (entsprechend wurde in den Fokusgruppen auch ein stärkeres Interesse für pharmakologische Therapien bzw. spezifische Möglichkeiten des Entzugs formuliert). Zum anderen können Zielkonflikte mit Patientenwünschen die Teilnahmebereitschaft beeinflussen. Patientinnen und Patienten wollen möglicherweise keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten. Eine weitere Barriere liegt möglicherweise auch in dem erhöhten Aufwand, der durch alternative Behandlungsoptionen sowohl auf Seiten der Ärzte wie auch auf Seiten der Patienten vermeintlich entstehen kann. Diejenigen, die an den Schulungen teilgenommen haben, waren bereits sehr am PEF-Konzept interessiert und zeigten eine hohe Bereitschaft, die vorgestellten Strategien in die Praxis umzusetzen. Aus diesem Grund vermuten wir, dass gerade diejenigen Ärztinnen und Ärzte nicht erreicht werden konnten, die Benzodiazepine und Z-Substanzen eher häufiger leitlinienabweichend verschreiben – und damit einen vermeintlich höheren Schulungsbedarf aufweisen. Dies könnte aus ihrer Sicht einem Fehlereingeständnis gleich kommen. Es bleibt dennoch offen, welche Ursachen der Nicht-Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten zugrunde liegen und welche Vorgehensstrategien und Anreize dagegen in zukünftigen Projekten unternommen werden sollten.

Im Modul 2C wurden Ärzteschulungen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu zwei Messzeitpunkten bewertet. An der Befragung nahmen insgesamt 20 Ärztinnen und Ärzte teil, jedoch nur acht an der Nachbefragung. Die Ergebnisse der Evaluation wurden ausschließlich deskriptiv ausgewertet und fielen zu beiden Erhebungszeitpunkten insgesamt positiv aus. Zusammenfassend erlauben die Evaluationsergebnisse von einer qualitativ hochwertigen Ärzteschulung zu sprechen. Die inhaltliche Darstellung, insbesondere der Fachvortrag, ist verständlich und nachvollziehbar und dient der Erweiterung kommunikativer und fachlicher Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten, die als Voraussetzung zur Durchführung von PEF-Strategie gesehen werden (Härter 2005). Das Hauptziel der Schulung war, eine Verbesserung der Risikokommunikation auf Basis der PEF bei Ärztinnen und Ärzten zu erreichen. Nach diesen ersten Ergebnissen kann davon ausgegangen werden, dass das Konzept dem Ziel entsprechend ausgearbeitet ist. Die Daten zeigen eine insgesamt positive Bewertung, dennoch sind sie kritisch zu betrachten. Zum einen ist die Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht möglich, da eine selektive und zu geringe Stichprobe von Ärztinnen und Ärzten befragt wurde. Da die Schulungsevaluation einen formativen Charakter hatte, beschränkt sich die Interpretation der Ergebnisse im Allgemeinen auf Qualität und Akzeptanz der Schulung. Es wäre sinnvoll, in weiteren Studien auch die Effektivität solcher Schulungen zu prüfen. Es sollten weitere relevanten Variablen untersucht werden, wie beispielsweise Gesprächsführungskompetenzen in Abhängigkeit zur Teilnahme oder die Umsetzung der erlernten PEF-Strategien im klinischen Alltag. Zur Effektivitätsüberprüfung sollten standardisierte Skalen herangezogen werden (vgl. Scholl et al., 2011). Trotz der dargestellten Einschränkungen gegenüber den positiven Befragungsergebnissen sollen im Folgenden wichtige Anregungen aus den Schulungen und den Fragebogenerhebungen diskutiert werden. Es wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern rückgemeldet, dass durch die PEF-Gesprächsführung die Bedürfnisse und Präferenzen der Patientinnen und Patienten deutlicher sowie häufig die Ursachen für bestimmte Symptome klarer werden. Mit dem

Eruieren nach persönlichen Informationen und Besprechen der relevanten Punkte für die Behandlungsentscheidung wird der Einsatz alternativer Behandlungsformen überhaupt erst möglich. Besonders bei älteren Patientinnen und Patienten kann es wichtig sein, sie nach ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem Lebensalltag zu fragen. Häufig sind diese Patientengruppen deutlich durch einen schlechten körperlichen und psychischen Allgemeinzustand, durch mögliche chronische Erkrankungen und durch vorhandene psychosoziale Probleme belastet, was sich negativ auf die Stimmung und die Schlafqualität auswirken kann (Wells et al. 1985; Salinsky et al. 1987; van Hulst et al. 2000; Zandstra et al. 2003). Diese Gründe sprechen dafür, die Patientinnen und Patienten aktiv in eine Behandlungsplanung einzubeziehen, sie nach Details und Aspekten ihres Lebensumfeldes, ihrer Bedürfnisse und ihrer Wünsche gezielt zu fragen und davon ausgehend eine gemeinsame Entscheidung über die mögliche Behandlungsoption zu treffen. Das Vorgehen steht im Einklang mit wissenschaftlichen Ergebnissen und darauffolgenden Ableitungen für die leitliniengerechte Behandlung älter Patientinnen und Patienten mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen (RACGP 2015, Farrell et al. 2015). Den Empfehlungen entsprechend stellt der PEF-Ansatz eine von verschiedenen Möglichkeiten dar, die Behandlung von Schlafstörungen und Angstsymptomen insbesondere im geriatrischen Kontext zu verbessern.

Eine weitere Erkenntnis aus den ärztlichen Schulungen ist die Bedeutsamkeit der persönlichen Einstellung von Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich PEF. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, die PEF als hilfreich und anwendbar zu sehen und diese in ihrer Tätigkeit aktiv anzuwenden. Hier ist kritisch zu bewerten, dass die positive Einstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer PEF gegenüber lediglich auf einer Selbsteinschätzung beruht und dabei die tatsächliche Anwendbarkeit in der Praxis nicht berücksichtigt. Davon sprechen einige Studienergebnisse, dass trotz der positiven Einstellung die tatsächliche Umsetzung von PEF in der Regelversorgung nur unzureichend ausgeführt wird (Edwards & Elwyn 2001; Towel & Godolphin 2009).

Ferner wurde in der Schulung der Bedarf deutlich, dass zur optimalen Umsetzung der PEF-Schritte weitere spezifische Informationen zu alternativen (medikamentösen) Behandlungsoptionen oder bestimmten Handlungsschritten bei schwierigen (älteren) Suchtpatientinnen und -patienten notwendig sind. Eine Reihe fehlender Informationen wurde von Ärztinnen und Ärzten zusammengestellt, die das Verschreiben von Benzodiazepinen und Z-Substanzen wesentlich beeinflussen können: Wissen über Richtlinien zur Verschreibung von BZD, Rechtliche Grundlagen, Strategien zur Verschreibung (Privatrezept vs. Kassenrezept), Kommunikationsstrategien mit Angestellten, Wissen über Sicherheitssoftware bei der Rezepterstellung, Prozesse und Abläufe in der Praxis, bei Praxisübernahme Reduktion oder Verschreibungsstopp bei Patientinnen und Patienten mit Langzeitverschreibungen und Entzugsdurchführung. Diese Rückmeldung spiegelt zum größten Teil die Studienlage wider, aus der ein offensichtlicher Bedarf an neuen Erkenntnissen und klaren Handlungsempfehlungen auf dem Gebiet der Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen für ältere Menschen deutlich wird (Ashton et al. 2005; Opondo et al. 2012; Anthierens et al. 2010).

Derartige Informationen müssen nicht zwingend in Form einer Schulung vermittelt werden, wenn die zu erwartende Teilnahmebereitschaft niedrig ist. Es gibt anderweitige Ansätze, Ärztinnen und Ärzte solche Informationen zukommen zu lassen, um das problematische Verschreibungsverhalten von Benzodiazepinen und Z-Substanzen zu beeinflussen. In wissenschaftlichen

Untersuchungen, die Strategien wie Versendung einer Informationsbroschüre an Arztpraxen oder wie Organisation eines fachlichen Austauschs unter dem Fachpersonal untersucht haben, konnte ein signifikant positiver Effekt auf die Verschreibungszahlen und das Einnahmeverhalten von älteren Patientinnen und Patienten festgestellt werden (Avorn et al. 1992; Vicens et al. 2014; Midlov et al. 2006).

Im Modul 2C wurde zudem eine Befragung zur patientenseitigen Information durchgeführt. Dabei wurde lediglich die lange Version der Patienteninformation evaluiert, da diese im Vergleich zu den Entscheidungstafeln unabhängig von einem Arzt-Patient-Gespräch überprüfbar war. Die Befragung zur Patienteninformation war ursprünglich mit einem pilotierten randomisiert-kontrollierten Design geplant, das sich jedoch nicht umsetzen ließ. Die Hauptgründe dafür waren die Schwierigkeiten bei der Patientenrekrutierung und schließlich die geringe Rücklaufquote von Fragebögen. Die bei der Patientenrekrutierung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker konnten nicht ausreichend viele Patientinnen und Patienten für die Befragung gewinnen. Beim Nachfragen von beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern über die möglichen Gründe hinsichtlich der kleinen Rücklaufquote wurde ermittelt, dass Patientinnen und Patienten keine offensichtlichen Anreize für ihre Teilnahme gesehen haben (Geld, zusätzliche medizinische Untersuchung), insgesamt kein Interesse an wissenschaftlichen Befragungen haben oder sich keine Aufklärung zum Thema Gebrauch von Benzodiazepinen und Z-Substanzen wünschten. In vergleichbaren wissenschaftlichen Untersuchungen zu der Problematik der Rekrutierung älterer Patientinnen und Patienten wurden eine skeptische Haltung und Misstrauen gegenüber der Forschung als mögliche Gründe erkannt (Adams et al., 1997). Dennoch gibt es Strategien, die den Gewinn älterer Menschen für wissenschaftliche Studien erhöhen. Als eine hilfreiche Methode erwies sich die Kontakthanbahnung durch vertraute Personen wie z. B. behandelnde Ärztinnen und Ärzten oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannter Institutionen (z. B. Pflegekräfte in Altenheimen). Des Weiteren haben sich Zeitungsannoncen als effektives Medium zur Gewinnung dieser Probandengruppe erwiesen (Piantadosi, 2015). Die lediglich deskriptiven Analysen der wenigen Daten bzgl. der Patienteninformation verweisen auf eine hohe Akzeptanz und Nützlichkeit. Es zeigte sich, dass die Patienteninformation die Leserin und den Leser auf kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Ebene erreicht. Aus diesem Grund lässt sich vermuten, dass durch das Ansprechen auf allen drei Informationsverarbeitungsebenen die Patienteninformation ein hohes Potenzial zur Verbesserung der Aufklärung bzgl. Schlaf- und Beruhigungsmitteln hat. Dennoch erlaubt die geringe Stichprobengröße nur begrenzt generalisierbare Aussagen. Beim genauen Betrachten der Auswertung von spezifischen Aspekten der Patienteninformation zeigte sich, dass diese bereits eine gute Darstellungsform besitzt und den sprachlichen Erfordernissen der betreffenden Patientengruppe entspricht. Die Patienteninformation stellt aus Sicht der Befragten die verschiedenen Behandlungsalternativen übersichtlich und nachvollziehbar dar und trägt dazu bei, dass diese in Erwägung gezogen und mit der Ärztin oder dem Arzt besprochen werden können, was eines der wichtigen Ziele einer Informationsbroschüre im Sinne der PEF ist (Loh et al., 2007; Elwyn et.al 2013). Insbesondere die Behandlungsalternativen sind für Patienten und Ärzte von großer Bedeutung, da sie eine Möglichkeit zur Abwägung der bestmöglichen Therapie für die Patienten aufzeigen. Da häufig die alternativen Behandlungen nicht bekannt sind, sollten sie durch Aufklärung seitens der Ärzte unterstützt werden. Zu diesem Zweck ist

die Patienteninformation ebenfalls geeignet und bietet einen Gesprächsleitfaden, um mit den Patienten über die Behandlungsmöglichkeiten zu sprechen.

Die Befragten sind jedoch kritisch in Bezug auf das Ausprobieren von alternativen Behandlungsoptionen. Sie fanden zwar die in der Patienteninformation enthaltenen Tipps zum Umgang mit ihren Problemen (Schlafschwierigkeiten und Angstsymptomen) hilfreich und nützlich, dennoch scheint es für sie schwierig zu sein, mit Hilfe der Patienteninformation ihr Einnahmeverhalten zu verändern. An dieser Stelle könnte das Absetzen mit ärztlicher Unterstützung erwogen werden. Die Ärztinnen und Ärzte sollten die Möglichkeit des Absetzens offen, unter Darstellung von Vor- und Nachteilen kommunizieren. Die Patienteninformation kann dabei unterstützend sein, da sie anhand der Geschichte einer Betroffenen ein Beispiel des erfolgreichen Absetzens beschreibt. Unsere Evaluationsergebnisse können die Ergebnisse der Studie von Tannenbaum teilweise bestätigen, in der nach Verwendung einer Informationsbroschüre ein Zuwachs an Wissen und ein Absetzen bzw. eine nachweisbare Reduktion der Medikamenteneinnahme festgestellt wurde (Tannenbaum et al., 2014). Dennoch ist ein direkter Vergleich der Ergebnisse aufgrund der verschiedenen Studiendesigns, der Stichprobengröße und der unterschiedlichen Gesundheitssysteme nur begrenzt möglich.

8.3 Gesamtbeurteilung und Ausblick

In dem vorliegenden Projekt konnten erstmalig genauere Erkenntnisse zu den Hintergründen und Rahmenbedingungen nicht-leitliniengerechter Verschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie der beteiligten Professionen gewonnen werden. Diese Medikamente werden den Betroffenen über erheblich längere Zeiträume verschrieben als vorgesehen. Dies geschieht in der Regel in niedriger Dosierung, wobei insbesondere die Patientinnen und Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen eine Zunahme an Beschwerden und Symptomen sowie an Nebenwirkungen gegenüber dem Beginn der medikamentösen Behandlung angeben. Die Hälfte der Befragten spürt im weiteren Behandlungsverlauf allerdings keinerlei Nebenwirkungen bzw. es ist davon auszugehen, dass die abgefragten Beschwerden und Zustände nicht mit der Medikamenteneinnahme in Zusammenhang gebracht werden. Dies deutet auf eine insgesamt akzeptable Verträglichkeit der Medikamente, was vor dem Hintergrund einer hoch eingeschätzten Notwendigkeit und weit verbreiteten Erwartung einer lebenslangen Einnahme bedeutsam ist. Aus Sicht der beteiligten Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte ist gegenüber Absetzversuchen in höherem Lebensalter Vorsicht geboten. Von Patientenseite wird betont, wie selten das Absetzen der Medikamente in den ärztlichen Konsultationen thematisiert wird.

Bemängelt wird von den Patientinnen und Patienten auch, dass die vorrangig gegen Schlafstörungen erfolgende Verordnung nicht dazu Anlass gibt, von Seiten der Ärztinnen und Ärzte die Ursachen der Symptomatik genauer zu thematisieren. Da die Befragten aktuell deutlich häufiger Schlafstörungen angeben als zu Beginn der Behandlung mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen, ist kritisch zu diskutieren, warum eine langfristige Verordnung dieser Medikamente beibehalten wird und inwieweit sie bei einer Langzeiteinnahme selbst zu einer schlechten Schlafqualität beitragen könnten.

Wenngleich unter Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten Verschreibungen vermehrt psychische Symptome als Indikation zugrunde liegen, fällt auf, dass sich diese Patientengruppe hinsichtlich ihres aktuellen körperlichen oder psychischen Gesundheitszustands kaum von jenen mit leitlinienabweichenden Verordnungen unterscheidet. Dies bedeutet, dass etwaige Schlussfolgerungen zu Zusammenhängen zwischen der (vermeintlichen) Notwendigkeit von Langzeitverschreibungen von Sedativa oder Hypnotika und dem gesundheitlichen Befinden (unter älteren Menschen) nicht zu ziehen sind. Dennoch ist zu betonen, dass unter den Befragungsteilnehmern der Anteil an Personen mit einem problematischen Medikamentengebrauch überproportional hoch ist – und dies in größerem Maße unter jenen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen. Und hier zeigen sich die erwarteten Zusammenhänge, dass die problematischen Medikamentengebraucher verstärkt unter psychischen Symptomen und Nebenwirkungen leiden, wobei von ihnen zusätzlich vermehrt Schmerzmittel eingenommen werden. Stellt man den KFM als Messinstrument für problematischen Medikamentengebrauch nicht infrage, so lässt sich insgesamt schlussfolgern, dass unter älteren Menschen mit BZD- oder Z-Substanz-Verschreibungen die Schwelle problematischer Medikation oft überschritten wird und auf ein generelles Problem der Medikalisation vorwiegend psychischer Symptome und Beschwerden verweist. Diese Problematik kann nicht allein der Ärzteschaft zugeschrieben werden, sondern fordert eine umfassende Lösung im Gesundheits- und Fürsorgewesen für von Schlafstörungen und psychischen Symptomen betroffenen älteren Menschen heraus.

Für den Bereich der Verschreibung von BZD und Z-Substanzen für ältere Menschen wurde erstmalig eine ärztliche Gruppenschulung zur Risikokommunikation der partizipativen Entscheidungsfindung konzipiert und durchgeführt. Die Intervention zielt auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte auf eine Verbesserung von kommunikativen Kompetenzen und eine partnerschaftliche Behandlung mittels PEF. Auf Seiten der Patientinnen und Patienten wurden Informationen entwickelt, die Vor- und Nachteile von BZD und Z-Substanzen und nicht pharmakologische alternative Behandlungsmöglichkeiten darstellen.

Das Konzept wurde insbesondere auf die Behandlung von Schlafproblemen und Angstzuständen bei älteren Menschen angepasst und ist somit indikationsspezifisch. Das erstellte Programm kann eine Grundlage für weitere Indikationen bilden, bei denen eine Reduktion problematischer Medikamentenverordnungen angestrebt wird. Das Konzept wurde durch die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Allgemeinen positiv bewertet und liefert einerseits wichtige Hinweise zu Akzeptanz und Interesse hinsichtlich des PEF-Ansatzes, andererseits werden Versorgungslücken (bspw. Überforderung im Umgang mit älteren Patienten oder fehlendes Wissen zu pharmakologischen Alternativen) sichtbar. Hier ist der Bedarf an alternativen pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapien groß. In weiteren Studien sollte daher die Schulung um diese Inhalte erweitert werden. Ferner sollte zwischen der Erst- und der Langzeitverschreibung von BZD und Z-Substanzen unterschieden werden. Da PEF eine klare Indikation voraussetzt, eignet sie sich für die Erstverschreibungssituation, bei der Patientinnen und Patienten nach einer Behandlung ihrer Symptome suchen. Bei der Behandlung der Langzeiteinnehmer sollte im Rahmen eines PEF-Gespräches ein Zwischenschritt erfolgen, bei dem die bestehende Indikation klarer besprochen wird und im Prozess nach einer risikoarmen Therapie geschaut wird. Diese Unterscheidung sollte im weiteren Ausbauprozess des Schulungskonzeptes berücksichtigt werden.

Um die Wirksamkeit einer ärztlichen Schulung zu überprüfen und dem Standard der evidenzbasierten Medizin gerecht zu werden, wäre es sinnvoll, an die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation anzuknüpfen und patientenseitig mit dem ursprünglich geplanten randomisiert-kontrolliertem Studiendesign zu evaluieren. Die entwickelte Patienteninformation wurde seitens der kleinen Gruppe von befragten Patientinnen und Patienten bewertet und erwies sich als nützlich, verständlich, klar und übersichtlich. Zudem bewerteten die Befragten sie bezgl. Aufklärung und Hilfestellung als gut bis sehr gut. Es ist somit davon auszugehen, dass die Patienteninformation einen potentiellen informativen Nutzen für ältere Menschen hat. Die ursprüngliche Vermutung, mit den Materialien auch die Verschreibung bzw. den Konsum zu beeinflussen, konnte nicht überprüft werden, da diese Auswertung aufgrund der geringen Stichprobe nicht möglich war. Trotz der tendenziell positiven Bewertung der entwickelten Intervention (Schulung und Patienteninformation) könnten weitere Verbesserungen in der Berücksichtigung verschiedener Gesprächssituationen (Erst- und Langzeitverordnungen) liegen. Die Optimierung der Effektivitätsprüfung benötigt eine größere Stichprobe, also zusätzliche Zugangswege zu den älteren Patientinnen und Patienten (Pflege- und Altenheime). Ein Design für eine derartige Studie wurde oben vorgestellt und kann – nach Überwindung der genannten Rekrutierungsprobleme – genutzt werden.

Die Ergebnisse deuten das Potential von Möglichkeiten an, die Versorgung zu verbessern, wenn Risikokommunikation basierend auf PEF zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten praktiziert wird. Das vorliegende Projekt kann den Weg für eine innovative Versorgungsforschung in einem bislang unzureichend berücksichtigten Bereich ebnen.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

Von Medikamentenabhängigkeit und Langzeitverschreibungen von Sedativa und Hypnotika sind zu einem größeren Anteil Frauen betroffen. Dies spiegelte sich auch in beiden Teilprojekten wider, sowohl auf Seiten der Betroffenen als auch unter den Professionellen.

Die Durchführung beider Teilprojekte wurde in einem Team von Frauen und Männern realisiert. Im Teilprojekt 1 folgte die schriftliche Befragung anhand einer nach Alter und Verschreibungsverhalten stratifizierten Zufallsstichprobe, in der entsprechend der epidemiologischen Erkenntnisse (und Erwartungen), insbesondere unter den Älteren, mehrheitlich weibliche Betroffene erreicht wurden. Ferner wurde versucht, Männer und Frauen für die Einzelinterviews und Fokusgruppen gleichermaßen zu erreichen. Hier stellte sich heraus, dass von Seiten der Apotheker und Apothekerinnen und von den Pflegekräften ausschließlich Frauen teilgenommen haben. Bei der Ärzteschaft und den Patientinnen und Patienten waren die Frauen in der Mehrheit.

Aufgrund der bereits nach zwei Merkmalen vorgenommenen Stratifizierung der Stichprobe der schriftlichen Befragung wurde keine weitere differenzierte Auswertung nach Geschlecht vorgenommen. In diesem Bericht wurde auf spezielle (multivariate) Zusammenhangsanalysen verzichtet, es wurden zunächst nur deskriptive Auswertungen im Vergleich von leitliniengerechtem versus leitlinienabweichendem Verschreibungsverhalten vorgenommen. Mehrfaktorielle Zusammenhangsanalysen, in denen das Geschlecht als Einflussgröße systematisch berücksichtigt wird, sind Gegenstand weiterer Auswertungen, die im Rahmen wissenschaftlicher Einzelpublikationen durchgeführt werden.

Im Teilprojekt 2 wurden beim Rekrutieren von Ärztinnen und Ärzten für die Schulungen sowie von Patientinnen und Patienten für die Befragung beide Geschlechter angesprochen. An den ärztlichen Schulungen haben ähnlich viele Frauen wie Männer teilgenommen. Bei der Patientenbefragung ergab die Teilnahme einen deutlich erhöhten Frauenanteil. Dieses Phänomen entspricht den Prävalenzen zur Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen, bei dem ältere Frauen einen besonders großen Anteil der Betroffenen darstellen.

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Ergebnisse des Projekts werden auf der Internetseite des ZIS dargestellt und der Forschungsbericht (nach Absprache mit dem BMG) zugänglich gemacht.

Bereits während der Projektlaufzeit wurden Ziele und Methoden der Untersuchung auf Fachtagungen angesprochen und erläutert, inwieweit die vorliegenden Analysen auf frühere Studienansätze aufbauen und welche (neuen) Erkenntnisse aus den Analysen zu erwarten sind.

Die Studienergebnisse wurden in Teilen bereits auf nationalen sowie internationalen Konferenzen und Fachgesprächen vorgestellt. Es ist vorgesehen, diese (auch hinsichtlich spezieller Aspekte) weiterhin in fachöffentlichen Konferenzen und Workshops zu präsentieren und zu diskutieren.

Das Projekt und die vorläufigen Ergebnisse wurden bisher auf folgenden Veranstaltungen vorgestellt:

Verthein, U. & Kuhn, S. (2014) Benzodiazepin-abhängige ältere Patienten: Apotheker, Arzt und AOK helfen gemeinsam. Veranstaltung am 8. September 2014 in der Apothekerkammer Hamburg.

Verthein, U. & Kuhn, S. (2015) Patientenbefragung zu den Ursachen der Benzodiazepinabhängigkeit – erste Ergebnisse und Fokusgruppeninterviews. Vortrag auf der Veranstaltung der Fortbildungsakademie der Hamburger Ärztekammer „BENZODIAZEPINE – Nutzen, Risiken, Abhängigkeit und Entzug“ am 18. März 2015 in Hamburg.

Kuhn, S., Verthein, U., Holzbach, R., Dirmaier, J. & Mokhar, A. (2015) Benzodiazepine und Z-Substanzen – Einnahmeverhalten und Motive bei älteren Menschen. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress am 17. September 2015 in Hamburg.

Mokhar, A. (2015) Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Verbesserung der Risikokommunikation bei älteren Patienten mit einem erhöhten Risiko eines Langzeitkonsums von Benzodiazepinen und Z-Substanzen. Vortrag zum Promotionsvorhaben am 3. Dezember 2015 im Doktorandenkolloquium am Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Kuhn, S., Dirmaier, J. & Mokhar, A. (2016) Vortrag beim Fachgespräch zur Vorstellung der Projektergebnisse und Expertendiskussion im Bundesministerium für Gesundheit am 20. April 2016 in Berlin.

Mokhar, A. (2016) Wissenschaftliches Poster auf dem Nachwuchstag Versorgungsforschung des Center for Health Care Research am 21. April 2016 im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Die Ergebnisse des Projekts wurden auf der Website psychenet.de, siehe <http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/informationen/schlaf-und-beruhigungsmittel.html> veröffentlicht. Zudem gab es eine Newsmeldung zur Vorstellung der Patienteninformation an die Nutzer der Psychenet-Website (22.10.2016): <http://www.psychenet.de/ueber-psychenet/news-und-presse/artikel/artikel/neue-patienteninformation-schlaf-und-beruhigungsmittel.html>. Mit dem Online-Zugang können die im Projekt entwickelten patientenseitigen Informationen angesehen und heruntergeladen werden.

Wissenschaftliche Publikationen, die sich derzeit in Vorbereitung befinden, orientieren sich an der Struktur der jeweiligen Auswertungsmodule.

11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Die wissenschaftliche Verwertung des Erkenntnisgewinns auf Basis zweier Teilprojekte und ihrer aus den einzelnen Modulen gewonnenen speziellen Erkenntnisse wird durch Verbreitung und Diskussion der Ergebnisse in Fachzeitschriften sowie auf Tagungen und Kongressen realisiert.

Die aus Patienten- und Professionellensicht gewonnenen Erkenntnisse beleuchten die Hintergründe der weit verbreiteten Verschreibungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen, die oftmals, insbesondere im Zusammenhang mit Schlafstörungen, nicht leitliniengerecht erfolgt. Diese Medikamente werden über erheblich längere Zeiträume verschrieben als vorgesehen. Von einem nicht geringen Anteil der Betroffenen werden sie nach eigenen Angaben nicht eingenommen bzw. die Einnahme wird ggf. nicht wahrgenommen, was an sich auf Kommunikationsdefizite sowie Complianceprobleme zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten schließen lässt. Hier besteht weiterhin Klärungsbedarf, ebenso wie in der empirisch schwer zu erhellenden Problematik des Ausweichens auf Privatrezepte bei Langzeitverordnungen. Letzteres berührt gesundheitspolitischen Handlungsbedarf, da zwischen einer indikationsgerechten und damit medizinisch gerechtfertigten Verschreibung, deren Kosten GKV-seitig erstattet werden sollten, und vermeintlichen „Zusatzverordnungen“ zum Wohle der Patientin bzw. des Patienten bei der Bewältigung von belastenden Alltagssituationen unterschieden werden muss. Nach Abklärung alternativer Behandlungsoptionen und der Exploration anhaltender bzw. langfristiger Wirksamkeit kann sich die Langzeitbehandlung mit niedrig dosierten Hypnotika im Einzelfall als adäquat herausstellen – als faktisch verbreitet praktiziertes Vorgehen scheint sich hier eine gewisse Rechtfertigung herauszubilden. Ein solches therapeutisches Vorgehen müsste dann wiederum Eingang in die einschlägigen therapeutischen Leitlinien finden bzw. im Rahmen von Überarbeitungen mindestens diskutiert werden.

Die Konzeption der Schulungen und eingesetzten Entscheidungshilfen zeigen das Potential der Partizipativen Entscheidungsfindung im Rahmen einer patientenorientierten Behandlungsstrategie. Trotz der bisher geringen Verbreitung dieses Ansatzes insbesondere im Zusammenhang mit der Erst- oder Langzeitverschreibung von Sedativa und Hypnotika besteht die Möglichkeit der Übertragung solcher partizipativen Kommunikationsstrategien auf weitere Störungsbereiche und Entscheidungssituationen im Kontakt zwischen niedergelassenen (Haus-)Ärzten und deren Patientinnen und Patienten. Hierzu wäre es sinnvoll und wichtig, diesen Ansatz stärker in die ärztliche Aus- und Weiterbildung zu integrieren.

12. Literaturverzeichnis

- Adams, J., Silverman, M., Musa, D., & Peele, P. (1997). Recruiting older adults for clinical trials. *Controlled clinical trials*, 18(1), 14-26.
- Airagnes, G., Pelissolo, A., Lavallée, M., Flament, M., Limosin, F. (2016). Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Curr Psychiatry Rep*, 18, DOI 10.1007/s11920-016-0727-9.
- Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T (2007b). The lesser evil? Initiating benzodiazepine prescription in general practice. A qualitative study on GPs' perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25: 214-219.
- Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, de Maeseneer, Christiaens T (2007a). First benzodiazepine prescriptions – qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician*, 53: 1200-1201.
- Anthierens, S., et al. (2010). Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. *BMC Fam Pract*, 11: 65.
- Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 18: 249-255.
- Avorn, J., et al. (1992). A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *The New England Journal of Medicine*, 327(3): 168-173.
- Barker, M., Greenwood, K.M., Jackson, M., Crowe, S.F. (2004). Cognitive Effects of Long-Term Benzodiazepine Use. A Meta-Analysis. *CNS Drugs*, 18(1), 37-48.
- Barry MJ, Edgman-Levitan S. (2012). Shared decision making - the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*, 366(9):780-781.
- Bazin, F., Noize, P., Dartigues, J.F., Ritchie, K.A., Tavernier, B., Moore, N., Pariente, A., Fourrier-Reglat, A. (2012). Engagement in leisure activities and benzodiazepine use in a French community-dwelling elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(7), 716-721.
- Bieber C, Loh A, Ringel N, Eich W, Härter M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-making)*.
- Bieber, C., Nicolai, J., Hartmann, M., Blumenstiel, K., Ringel, N., Schneider, A., Loh, A. (2009). Training physicians in shared decision-making-who can be reached and what is achieved? *Patient Educ Couns*, 77, 48-54.
- Bitar, R., Dürsteler K.M., Rösner, S., Grosshans, M., Herdener, M., Mutschler, J. (2014). Sucht im Alter. *Praxis*, 103(18), 1071-1079.
- Billioti de Gage, S., Bégaud, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J.F., Pérès, K., Kurth, T., Pariente, A. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *British Medical Journal*, 345, e6231 doi: 10.1136/bmj.e6231.
- Brand, H., Künzel, J., Braun, B. (2015). Suchthilfe in Deutschland 2014. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München, September 2015. IFT Institut für Therapieforschung.

- Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.B., Fihn, S.D., Bradley, K.A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med*, 158, 1789-1795.
- Buth, S., Rosenkranz, M., Holzbach, R., Neumann, E., Raschke, P., Reimer, J., Verthein, U. (2014). Epidemiologie der Langzeitverschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in Deutschland – eine prospektive Analyse kassenärztlicher Verschreibungen über fünf Jahre. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS).
- Byusse, D.J., Reynolds, C.F. 3rd, Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, .D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28, 193-213.
- Carrière, I., Muro, T., Pérès, K., Norton, J., Jaussent, I., Edjolo, A., Rouaud, O., Berr, C., Ritchie, K., Ancelin, M.L. (2015). Elderly benzodiazepine users at increased risk of activity limitations: influence of chronicity, indications, and duration of action-the three-city-cohort. *Am J Geriatr Psychiatry*, 23(8), 840-851.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997; 44 (5):681-92.
- Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. (2012). Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*, 86, 9-18.
- Cook, J.M., Biyanova, T., Thompson, R., Coyne, J.C. (2007). Older primary care patients' willingness to consider discontinuation of chronic benzodiazepines. *General Hosp Psychiatry*, 29(5), 396-401.
- 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. *Br J Gen Pract*, 44(378), 5-8.
- Dell'osso B, Lader M (2013). Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *Eur Psychiatry*, 28(1), 7–20.
- DGPPN & DGN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2009). S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion 23.11.2009). www.dgppn.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf.
- Dollman, W.B., Leblanc, V.T., Stevens, L., O'Connor P.J., Roughead, E.E., Gilbert, A.L. (2005). Achieving a sustained reduction in benzodiazepine use through implementation of an area-wide multi-strategic approach. *J Clin Pharm Ther*, 30, 425-432.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2013. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, 2013.
- Edwards A, Elwyn G (2001). Developing professional ability to involve patients in their care: pull or push? *Qual Health Care*, 10 (3): 129-130.
- Edwards, A., Elwyn, G., Hood, K., Atwell, C., Robling, M., Houston, H., Study Steering, G. (2004). Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Fam Pract*, 21, 347-354.
- Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL (2014). Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Annals of family medicine*, 12(3), 270-275.

- Elwyn, G., Lloyd, A., Joseph-Williams, N., Cording, E., Thomson, R., Durand, M., Edwards, A. (2013). Option Grids: Shared decision making made easier. *Patient Educ Couns*, 90, 207-212.
- Elwyn G, Scholl I, Tietbohl C, Mann M, Adrians EGK, Catharine C, Légaré F, van der Weijden T, Lewis CL, Wexler, RM (2013). "Many miles to go..." A systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 13: 14.
- Evans, R., Edwards, A., Brett, J., Bradburn, M., Watson, E., Austoker, J., Elwyn, G. (2005). Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations. *Patient Educ Couns*, 58, 13-26.
- Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K (2015). What Are Priorities for Deprescribing for Elderly Patients? Capturing the Voice of Practitioners: A Modified Delphi Process. *PLoS One* 10(4): e0122246. doi:10.1371/journal.pone.0122246.
- Förster, M., Thomas, C. (2009). Aspekte der Substanzabhängigkeit im Alter aus geriatrisch-gerontopsychiatrischer Sicht. *Suchttherapie*, 10, 12-16.
- Fricke, U., Günther, J., Niepraschk-von Dollen, K., Zawinell, A. (2016). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. ATC-Index mit DDD-Angaben. 15. Aufl. Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO). Berlin, 2016.
- Glaeske, G. (2013). Medikamente 2011 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2013*. Pabst: Lengerich, 91-110.
- Glaeske, G., Schicktanz, C. (2013). BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2011 bis 2012. Berlin.
- 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). 607-14.
- Gray, S.L., Dublin, S., Yu, O., Walker, R., Anderson, M., Hubbard, R.A., Crane, P.K., Larson, E.B. (2016). Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. *BMJ*, 352, i90.
- Härter M (2004). Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes*, 98, 89-92.
- Härter M, Buchholz A, Nicolai J, Reuter K, Komarahadi F, Kriston L, Kallinowski B, Eich W, Bieber C (2015). Shared Decision Making and the Use of Decision Aids A Cluster-Randomized Study on the Efficacy of a Training in an Oncology Setting. *Dtsch Arztebl Int*, 112, 672-679.
- Härter, M., Muller, H., Dirmaier, J., Donner-Banzhoff, N., Bieber, C., Eich, W. (2011). Patient participation and shared decision making in Germany – history, agents and current transfer to practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wes*, 105, 263-270.
- Ham, A.C., Swart, K.M., Enneman, A.W. et al. (2014). Medication-related fall incidents in an older, ambulant population: the B-PROOF study. *Drugs Aging*, 31(12), 917-927.
- Hölzel LP, Ries Z, Dirmaier J, Zill J M, Kriston L, Klesse Ch, Härter M, Bermejo I. (2015). Usefulness scale for patient information material (USE) - development and psychometric

- properties. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15:34. DOI 10.1186/s12911-015-0153-7.
- Hoffmann, F., Glaeske, G. (2014). Benzodiazepinhypnotika, Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezept. Verbrauch zwischen 1993 und 2012. *Nervenarzt*, 85, 1402-1409.
- Hoffmann, F., Glaeske, G., Scharffetter, W. (2006). Zunehmender Hypnotikaverbrauch auf Privatrezepten in Deutschland. *Sucht*, 52, 360–366.
- Hoffmann, F., Scharffetter, W., Glaeske, G. (2009). Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007. *Nervenarzt*, 80, 578-583.
- Hoffmann, F., Schmiemann, G., Windt, R. (2014). Privat statt Kasse? Einstellungen von Hausärzten und Apothekern zur Verordnung von Hypnotika. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1390, 1153-1158.
- Hogan, D.B., Maxwell, C.J., Fung, T.S., Ebly, E.M., Canadian Study of Health and Aging (2003). Prevalence and potential consequences of benzodiazepine use in senior citizens: Results from the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 10, 72-77.
- Holt, S., Schmiendl, S., Thürmann, P.A. (2010). Potentially inappropriate medication in the elderly: The PRISCUS list. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107, 543-551.
- Holzbach, R. (2010). Benzodiazepine-Langzeitgebrauch und -abhängigkeit. *Fortschr Neurol Psychiat*, 78, 425-434.
- Holzbach, R., Martens, M., Kalke, J., Raschke, P. (2010). Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 319-325.
- Horne, R., Weinman, J., Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24.
- IBM Corporation (2013). *IBM SPSS Statistics 22 Core-System Benutzerhandbuch*. IBM Corp. 1989, 2013.
- Joosten EA, De Fuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(4), 219-26.
- Kurko, T.A.T., Saastamoinen, L.K., Tähkäpää, S., Tuulio-Henriksson, A., Taiminen, T., Tiihonen, J., Airaksinen, M.S., Hietala, J. (2015). Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns – a systematic review of register-based studies. *European Psychiatry*, 30, 1037-1047.
- Lawrence, K., Rieder, A. (2007). Methodologic and ethical ramifications of sex and gender differences in public health research. *Gend Med*, 4, 96-105.
- Légaré F, Stacey D, Turcotte S, Cossi MJ, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Politi MC, Thomson R, Elwyn G, Donner-Banzhoff N (2014). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals (Review). *Cochrane Database Syst Rev* (10), CD006732. DOI: 10.1002/14651858.CD006732.pub3.
- Légaré, F., Thompson-Leduc, P. (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient Education and Counselling*, 96: 281-286.

- Légaré, F., Turcotte, S., Stacey, D., Ratté, S., Kryworuchko, J., Graham, I.D. (2012). Patients' Perceptions of Sharing in Decisions. A Systematic Review of Interventions to Enhance Shared Decision Making in Routine Clinical Practice. *Patient*, 5, 1-19.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., Herzog, W. (2002). PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. 2. Aufl. Manual. Komplettversion und Kurzform. Karlsruhe: Pfizer.
- Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Dtsch Arztebl*, 104(21), 1483-1489.
- Lohse, M.J., Müller-Oerlinghausen, B. (2015). Hypnotika und Sedativa. In: Schwabe, U., Paffrath, D. *Arzneimittelversorgungs-Report 2015*. Berlin Heidelberg: Springer, S. 1091-1106.
- Mahler, C., Hermann, K., Horne, R., Jank, S., Haefeli, W.E., Szecsenyi, J. (2010). Patients' Beliefs about Medicines in a primary care setting in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 409-413.
- Martin, P., Tamblyn, R., Ahmed, S., Tannenbaum, C. (2013). A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Educ Couns*, 92, 81-87.
- Mayring, P. (1990). Einführung in die qualitative Sozialforschung. München: PVU.
- Mayring, P., Brunner, E. (2006). Qualitative Textanalyse – Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flaker, V., Schmid, T. (Hrsg.). *Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft*. Wien: Böhlau, S. 453-462.
- Michael Kaplan E, DuPont RL (2005). Benzodiazepines and anxiety disorders: a review for the practicing physician. *Curr Med Res Opin*, 21(6), 941-950.
- Morfeld, M., Kirchberger, I., Bullinger, M. (2011). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. 2. ergänzte und überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Morrice, A., Iliffe, S. (1992). Reducing benzodiazepine use amongst patients seeking repeat prescriptions. *Medical Science Research*, 20, 535-536.
- Neuner-Jehle, S. (2011). Zuviel des Guten – Rezepte gegen Polypharmazie. *PrimaryCare*, 11(12), 212-215.
- Neutel, C.I. (2005). The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *International Review of Psychiatry*, 17, 189-197.
- Nissen, C., Frase, L., Hajak, G., Wetter, T.C. (2014). Hypnotika – Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 85, 67-76.
- Opitz, U., Glattacker, M., Bengel, J., Jäckel, W.H., Horne, R. (2008). Der „Beliefs about Medicines Questionnaire“ (BMQ R Horne) – Übersetzung und erste methodische Prüfung an Patienten mit Fibromyalgie. In: Internetausgabe des Tagungsbandes zum 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, DRV Bund (Hrsg.) DRV-Schriften Band 77, S. 99-101. Bremen.
- Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, Abu-Hanna A. et al. (2012). Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PLoS One*, 7(8), e43617.4.
- Ostini, R., Jackson, C., Hegney, D., Tett, S.E. (2011). How is medication prescribing ceased? A systematic review. *Med Care*, 49, 24-36.

- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L., Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht*, 56, 327-336.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59, 321-331.
- Parr JM, Kavanagh DJ, Young R, McCafferty K (2006). Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. *Social Science and Medicine*, 62, 1237-1249.
- Petitjean, S., Ladewig, D., Meier, C.R., Amrein, R., Wiesbeck, G.A. (2007). Benzodiazepine prescribing to the Swiss adult population: results from a national survey of community pharmacies. *International Clinical Pharmacology*, 22, 292-298.
- Piantadosi, C., Chapman, I. M., Naganathan, V., Hunter, P., Cameron, I. D., & Visvanathan, R. (2015). Recruiting older people at nutritional risk for clinical trials: what have we learned? *BMC research notes*, 8(1), 1.
- Powell, A.A., Bloomfield, H.E., Burgess, D.J., Wilt, T.J., Partin, M.R. (2013). A Conceptual Framework for Understanding and Reducing Overuse by Primary Care Providers. *Med Care Res Rev*. doi: 10.1177/1077558713496166.
- RACGP (2015). Clinical guidelines. Prescribing drugs of dependence in general practice, Part B. Benzodiazepines. <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/drugs-of-dependence-b/>
- Riemann, D., Backhaus, J. (1996) Behandlung von Schlafstörungen: ein psychologisches Gruppenprogramm. Weinheim, Beltz PVU.
- Rösner, S., Steiner, S., Kraus, L. (2008). Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (S1), 47-56.
- Rossat, A., Fantino, B., Bongue, B., Colvez, A., Nitenberg C., Annweiler, C., Beauchet, O. (2011). Association between benzodiazepines and recurrent falls: a cross-sectional elderly population-based study. *J Nutr Health Aging*, 15(1), 72-77.
- San-José, A., Agustí, A., Vidal, X., Formiga, F., Gómez-Hernández, M., García, J., López-Soto, A., Ramírez-Duque, N., Torres, O.H., Barbé, J. and on behalf of Potentially Inappropriate Prescription in Older Patients in Spain (PIPOPS) Investigators' project (2015). Inappropriate prescribing to the oldest old patients admitted to hospital: prevalence, most frequently used medicines, and associated factors. *BMC Geriatrics*, 15, 42.
- Salinsky JV, Dore CJ (1987). Characteristics of long-term benzodiazepine users in general practice. *J R Coll Gen Pract*, 37, 202-204.
- Salzman, C., Shader, R.I. (2015). Benzodiazepine Use and Risk for Alzheimer Disease. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35, 1-3.
- Schaufler, J., Telschow, C. (2015). Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, U., Paffrath, D. Arzneimittelversorgungs-Report 2015. Berlin Heidelberg: Springer, S. 1091-1106.
- Scholl et al. (2011). Measurement of shared decision making – a review of instruments. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(4), 313-324.
- Schwarz, S., Frölich, L., Deuschle, M. (2010). Schlafstörungen bei älteren Menschen. Ein unterdiagnostiziertes und überbehandeltes Syndrom. *Internist*, 51, 914-922.
- Smith, A.J., Tett, S.E. (2010). Improving the use of benzodiazepines – is it possible? A non-systematic review of interventions tried in the last 20 years. *BMC Health Serv Res*, 10, 321.

- Softic, A., Beganlic, A., Pranjic, N., Sulejmanovic, S. (2013). The influence of the use of benzodiazepines in the frequency falls in the elderly. *Med Arch*, 67(4), 256-259.
- Somers, A., Robays, H., Audenaert, K., Van Maele, G., Bogaert, M., Petrovic, M. (2011). The use of hypnotic drugs in a university hospital: has anything changed in 10 years? *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67, 723-729.
- Soumerai, S.B., Simoni-Wastila, L., Singer, C., Mah, C., Gao, X., Salzman, C., Ross-Degnan, D. (2003). Lack of relationship between long-term use of benzodiazepines and escalation to high dosages. *Psychiatric Services*, 54, 1006-1011.
- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H., Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt*, 76, 72-77.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.W., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166, 1092-1097.
- Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JHC (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.
- Subelj M, Vidmar G, Svab V (2010). Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 122, 474-478.
- 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 Intern Med*, 174(6), 890-898. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.949.
- Tinsel I, Buchholz A, Vach W, Siegel A, Dürk T, Buchholz A, Niebling W, Fischer KG (2013). Shared decision-making in antihypertensive therapy: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*, 14, 135.
- Towel A. & Godolphin W. (2009). Education and training of health care professionals. In: Edwards A. & Elwyn G. (eds.). *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice*. Oxford: University Press, p. 382-388.
- van Hulst R, Teeuw KB, Bakker AB, Bakker A, Leufkens HG (2000). Characteristics of current benzodiazepine users as indicators of differences in physical and mental health. *Pharm World Sci*, 22(3), 96-101.
- VERBI Software (2011). *Referenzhandbuch zum Textanalysesystem MAX Qualitative Daten-Analyse 10*. VERBI Software Consultant. Sozialforschung. GmbH, Marburg/Berlin, 2011.
- Verthein, U., Martens, M.-S., Raschke, P., Holzbach, R. (2013). Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen – eine prospektive Analyse über 12 Monate. *Gesundheitswesen*, 75, 430-437.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W., Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten. In: Heide M. & Lieb H. (Hrsg.). *Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses*. Bonn: Nagel, S. 123-139.
- Weiß, V., Heinemann, S., Himmel, W., Nau, R., Hummers-Pradier, E. (2016). Benzodiazepine und Z-Substanzen als Schlaf- und Beruhigungsmittel in einem Krankenhaus. Anwendung aus der Sicht des ärztlichen und pflegerischen Personals. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141, e121-e126.

- Wells K, Kamberg C, Brook R, et al. (1985). Health status, sociodemographic factors, and the use of prescribed psychotropic drugs. *Med Care*, 23, 1295-1306.
- Williams, F., Mahfouz, C., Bonney, A., Pearson, R., Seidel, B., Dijkmans-Hadley, B., Ivers, R. (2016). A circle of silence: The attitudes of patients older than 65 years of age to ceasing long-term sleeping tablets. *AFP*, 45(7), 506-511.
- Wittchen, H.-U., Krause, P., Höfler, M., Winter, S., Spiegel, B., Hajak, G., Riemann, D. Pittrow, D., Steiger, A., Pfister, H. (2001). NISAS-2000 – die „Nationwide Insomnia Screening and Awareness Study“ Insomnien und Schlafstörungen in der allgemeinärztlichen Versorgung. *Nervenheilkunde*, 20, 4-16.
- Wolter, D.K. (2011). Sucht im Alter-Altern und Sucht. Stuttgart: Kohlhammer, S. 168-171.
- Wolter-Henseler, D.K., Gadatsch, M.A., Schulte, E. (1994). Depression und Benzodiazepinabhängigkeit im Alter. *Psychiatrische Praxis*, 21, 157-159.
- Zandstra SM1, Furer JW, van de Lisdonk EH, Bor JH, Zitman FG, van Weel C (2002). Differences in health status between long-term and short-term benzodiazepine users. *Br J Gen Pract*, 52(483), 805-808.

13. Anhang

13.1 Teilprojekt 1

Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf führt in Kooperation mit der Apothekerkammer Hamburg eine Patientenbefragung zu Beruhigungs- und Schlafmitteln durch.

Der Fragebogen hat neun Seiten. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit zum Bearbeiten. Es ist wichtig, dass Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig ausfüllen. Die meisten Fragen sind so gestellt, dass Sie die für Sie zutreffenden Antworten ganz einfach ankreuzen können. In Einzelfällen werden Sie gebeten, selbst etwas auszufüllen oder aufzuschreiben.

Diese Befragung erfolgt anonym. Bitte schreiben sie nicht Ihren Namen auf den Fragebogen!

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Ihre Mühe!

Zu Ihrer Person:

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Ihr Alter: <input type="text"/> Jahre | 2. Ihr Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| 3. Wie ist Ihr Familienstand? <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, zusammenlebend <input type="checkbox"/> verheiratet, getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet | 4. Wie ist Ihre Wohnsituation zurzeit? <input type="checkbox"/> zusammen mit Partner/Partnerin in gemeinsamer Wohnung/Haus <input type="checkbox"/> alleine in eigener Wohnung/Haus <input type="checkbox"/> bei den Kindern in Wohnung/Haus <input type="checkbox"/> in betreuter Wohnanlage <input type="checkbox"/> in einem Pflegeheim <input type="checkbox"/> andere Wohnsituation |
| 5. Wie ist Ihre „berufliche“ Situation? <input type="checkbox"/> berufstätig/selbständig in Vollzeit <input type="checkbox"/> Hausfrau, Hausmann <input type="checkbox"/> arbeitslos (mit Bezug von ALG II) <input type="checkbox"/> Altersrentner/in, Pensionär/in <input type="checkbox"/> sonstiges | |
| <input type="checkbox"/> berufstätig in Teilzeit / Minijob <input type="checkbox"/> arbeitslos (mit Bezug von ALG I) <input type="checkbox"/> Frührentner/in <input type="checkbox"/> dauerhaft arbeitsunfähig erkrankt | |
| 6. Sind Sie pflegebedürftig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| 7. Wenn ja, welche Pflegestufe haben Sie? <input type="text"/> (Bitte Pflegestufe eintragen) | |
| 8. Wenn ja, seit wann sind Sie pflegebedürftig? seit <input type="text"/> Jahren | |

9. Welche der nachfolgenden Medikamente nehmen Sie aktuell oder haben Sie früher verschrieben bekommen? Achtung: es ist der Wirkstoffname angegeben und nur Beispiele für den Handelsnamen. Schauen Sie deshalb bitte sicherheitshalber auf die Packung! (bitte Zutreffendes ankreuzen)

| Wirkstoff (Beispiel für Handelsname) | früher | aktuell |
|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Zopiclon (z.B. Ximovan®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Zolpidem (z.B. Stilnox®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Zaleplon (z.B. Sonata®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Oxazepam (z.B. Adumbran®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Lorazepam (z.B. Tavor®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Lormetazepam (z.B. Noctamid®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Bromazepam (z.B. Bromazani Hexal®, Lexotanil®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Diazepam (z.B. Faustan®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Alprazolam (z.B. Tafil®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Brotizolam (z.B. Lendormin®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Chlordiazepoxid (z.B. Librium®, Radepur®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Clobazam (z.B. Frisium®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Clonazepam (z.B. Rivotril®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Dikaliumclorazepat (z.B. Tranxilium®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Flunitrazepam (z.B. Rohypnol®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 Flurazepam (z.B. Dalmadorf®, Staurodorm®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 Medazepam (z.B. Rudotel®, Rusedal®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 Midazolam (z.B. Dormicum®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 Nitrazepam (z.B. Radedorm®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 Prazepam (z.B. Demetrin®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 Temazepam (z.B. Planum®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 Triazolam (z.B. Halcion®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die von Ihnen eingenommenen Medikamente in der obigen Liste.

10. Wenn Sie mit mehreren der angegebenen Medikamente Erfahrungen haben, nennen Sie bitte das Präparat, das Sie **am längsten** einnehmen bzw. zuletzt einnahmen.

bitte hier eintragen:

11. Welche Dosis nehmen Sie aktuell oder haben Sie zuletzt genommen, als Sie das Mittel noch einnahmen: **Dosis in mg pro Tag:**

bitte hier eintragen:

weiß ich nicht genau

12. Bitte geben Sie an, wie Sie das Medikament einnehmen bzw. eingenommen haben. (Bitte geben Sie alles an, was auf Sie zutrifft)

- | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nur nach Bedarf | <input type="checkbox"/> täglich |
| <input type="checkbox"/> genau wie vom Arzt angegeben | <input type="checkbox"/> weniger als vom Arzt angegeben |
| <input type="checkbox"/> mehr als vom Arzt angegeben | <input type="checkbox"/> nur geholt, nicht eingenommen |

13. Wer verschreibt aktuell bzw. verschrieb zuletzt die Medikamente?
 ein niedergelassener Arzt Krankenhaus/Klinik mehrere Ärzte

14. Welche fachliche Ausrichtung hat/hatte der verschreibende Arzt bzw. die Ärzte?
 (Bitte geben Sie alles an, was zutrifft)
 Hausarzt/Allgemeinarzt Internist
 Psychiater Andere Fachrichtung

15. Die Verschreibung erfolgt bzw. erfolgte auf:
 Kassenrezept Privat-Rezept Privat- und Kassenrezept

16. Wegen welcher Beschwerden haben Sie das Medikament früher genommen, gegen welche nehmen Sie es jetzt bzw. nahmen es zuletzt? (Zutreffendes ankreuzen)

| Beschwerden | früher | zuletzt |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Angst, Angstzustände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krisenintervention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Panik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| psychogene Störungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überforderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erschöpfungszustand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| allgemeine Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erregungszustand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vegetative Störungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entzugserscheinungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Sind zu Beginn der Behandlung oder im Verlauf Nebenwirkungen aufgetreten und waren Sie darüber informiert? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

| Nebenwirkungen | zu Beginn der Behandlung | im Verlauf der Einnahme | nicht aufgetreten | ich war darüber informiert |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Müdigkeit (tagstüber) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nachlassende Wirkung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interessenlosigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antriebsminderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gedächtnisprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wunsch, die Dosis zu steigern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| muskuläre Schwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gangstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benommenheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| verwaschene Sprache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Haben Sie einmal versucht, die Medikamente wegzulassen?
 nein, habe nie probiert sie wegzulassen
 ich nehme sie nicht mehr
 ich wollte versuchen sie weggelassen, aber mein Arzt hatte mir davon abgeraten
 ja, auf Eigeninitiative weggelassen mit Erfolg
 ja, auf Eigeninitiative probiert sie weggelassen, allerdings ohne Erfolg
 ja, auf ärztliches Anraten abgesetzt mit Erfolg
 ja, auf ärztliches Anraten probiert sie abzusetzen, allerdings ohne Erfolg
 ich habe sie reduziert (auf Eigeninitiative)
 ich habe sie reduziert (auf ärztliches Anraten)
 ich habe sie mehrfach abgesetzt und dann doch wieder eingenommen

19. Wenn Sie Einnahmepausen hatten, was waren die Gründe dafür, wieder mit der Einnahme der Medikamente zu beginnen? (Bitte geben Sie alles an, was auf Sie zutrifft)
 die alten Beschwerden traten wieder auf (z.B. Schlafstörungen, Unruhe)
 mein Arzt meinte, ich sollte wieder mit der Einnahme beginnen
 ich fühle mich mit den Medikamenten einfach besser
 die Zeit ohne die Medikamente war schwer zu ertragen
 im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts wurden sie mir wieder verschrieben
 sonstige Gründe für die erneute Einnahme

bitte schreiben Sie sonstige Gründe auf:

20. Haben/hatten Sie den Eindruck, dass Sie die Medikamente für immer einnehmen müssen?
 ja nein

21. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

| Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an – pro Zeile bitte nur ein Kreuz! | überhaupt nicht | an einzelnen Tagen | an mehr als der Hälfte der Tage | beinahe jeden Tag |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Gefühl der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unfähigkeit, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwierigkeiten, sich zu entspannen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| So rastlos sein, dass das Stillsitzen schwer fällt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angstgefühl, so als könnte etwas Schreckliches passieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22. Hat Ihnen ein Arzt oder ein anderer Fachmann in den letzten 12 Monaten gesagt, dass Sie eine der hier aufgeführten Erkrankungen haben? Oder waren Sie aufgrund der Erkrankung in Behandlung, z.B. im Krankenhaus oder in der Notaufnahme?
 (Bitte geben Sie alles an, was auf Sie zutrifft)

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Herzkrankungen, Bluthochdruck oder Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Migräne, Schlaganfall, Parkinson) | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Arthrose, Osteoporose) | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen der Atemwege oder der Lunge | <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankungen / Erkrankungen des Verdauungssystems | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des urogenitalen Systems (z.B. Blasenentzündung, Nierenstein) | <input type="checkbox"/> |
| Endokrinologische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung) | <input type="checkbox"/> |
| Bösartiger Tumor / Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte) | <input type="checkbox"/> |
| Weitere schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche: | <input type="checkbox"/> |

23. Bitte geben Sie für jede der nachfolgenden Aussagen an, wie sehr Sie ihr zustimmen. Mit Medikamenten sind im Folgenden nur Schlaf- oder Beruhigungsmittel gemeint.

| Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an – pro Zeile bitte nur ein Kreuz | stimme überhaupt nicht zu | stimme nicht zu | bin unsicher | stimme zu | stimme sehr zu |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meine Medikamente schützen mich davor, dass es mir schlechter geht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine derzeitige Gesundheit hängt von meinen Medikamenten ab. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine zukünftige Gesundheit hängt von meinen Medikamenten ab. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohne meine Medikamente wäre ich sehr krank. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Leben, so wie ich es jetzt führe, wäre ohne meine Medikamente nicht möglich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal mache ich mir Sorgen wegen der langfristigen Auswirkungen meiner Medikamente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Medikamente sind mir ein Rätsel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal mache ich mir Sorgen, zu abhängig zu werden von meinen Medikamenten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es bereitet mir Sorgen, Medikamente nehmen zu müssen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Medikamente stören mein Leben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. In den folgenden Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustands. Die Fragen ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.
 (Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft. Lassen Sie bitte keine Frage aus!)

| Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? | ausgezeichnet | sehr gut | gut | weniger gut | schlecht | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? | ja, stark eingeschränkt | ja, etwas eingeschränkt | nein, überhaupt nicht eingeschränkt | | | |
| mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, Staub saugen, Getränke tragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| mehrere Treppenabsätze steigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? | ja | nein | | | | |
| ich habe weniger geschafft als ich wollte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ich konnte nur bestimmte Dinge tun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlen)? | ja | nein | | | | |
| ich habe weniger geschafft als ich wollte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und/oder im Beruf behindert? | überhaupt nicht | etwas | mäßig | ziemlich | sehr | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. | immer | meistens | ziemlich oft | manchmal | selten | nie |
| Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ... | | | | | | |
| ... ruhig und gelassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... voller Energie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... entmutigt und traurig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten, usw.) beeinträchtigt? | immer | meistens | manchmal | selten | nie | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar nur während der letzten 2 Wochen. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten 2 Wochen beziehen. (Beantworten Sie bitte alle Fragen!)

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Wann sind sie während der letzten 2 Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen? | Gewöhnliche Uhrzeit: []:[]:[]:Uhr | | |
| Wie lange hat es während der letzten 2 Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind? | wie viele Minuten: []:[]:[] | | |
| Wann sind sie während der letzten 2 Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden? | Gewöhnliche Uhrzeit: []:[]:[]:Uhr | | |
| Wie viele Stunden haben Sie während der letzten 2 Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen? (Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden übereinstimmen, die sie im Bett verbracht haben.) | Tatsächliche Schlafzeit: []:[]:[] Stunden | | |
| Hatten Sie während der letzten 2 Wochen Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen? | | | |
| keine Probleme | kaum Probleme | etwas Probleme | große Probleme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft hatten Sie während der letzten 2 Wochen Schwierigkeiten, wach zu bleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen? | | | |
| gar nicht | weniger als 1x pro Woche | 1-2 mal pro Woche | 3 mal pro Woche oder mehr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft haben Sie während der letzten 2 Wochen schlecht geschlafen, weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind? | | | |
| gar nicht | weniger als 1x pro Woche | 1-2 mal pro Woche | 3 mal pro Woche oder mehr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten 2 Wochen beurteilen? | | | |
| sehr gut | ziemlich gut | ziemlich schlecht | sehr schlecht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. Folgendes müssen Sie für die Beantwortung der nächsten drei Fragen wissen:
 Ein alkoholisches Getränk entspricht etwa:
 0,33 Liter Bier oder 0,15 Liter Wein oder Sekt oder 0,02 Liter Spirituosen

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Wie oft trinken Sie Alkohol? | | | | |
| nie | etwa 1 mal pro Monat | 2-4 mal pro Monat | 2-3 mal pro Woche | 4 mal oder öfter pro Woche |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise? | | | | |
| 1 oder 2 | 3 oder 4 | 5 oder 6 | 7 oder 8 | 10 oder mehr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag 6 oder mehr alkoholische Getränke getrunken? | | | | |
| nie | seltener als 1 mal pro Monat | 1 mal pro Monat | 1 mal pro Woche | täglich oder fast täglich |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

27. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an – pro Zeile bitte nur ein Kreuz | überhaupt nicht | an einzelnen Tagen | an mehr als der Hälfte der Tage | beinahe jeden Tag |
| Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28. Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen (Nr. 27) beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurechtzukommen.

(Bitte kreuzen sie nur eine Antwortmöglichkeit an)

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| überhaupt nicht erschwert | etwas erschwert | stark erschwert | extrem erschwert |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die sich bei der Einnahme von Medikamenten einstellen können. Es sind aber nur jene Medikamente gemeint, die Ihre Stimmung verändern und die Sie einnehmen, um besser schlafen zu können, um ruhiger oder leistungsfähiger zu werden oder um weniger Schmerzen zu haben.

Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht und kreuzen Sie dann das entsprechende Kästchen an. Bitte antworten Sie bei jeder der Feststellungen und lassen Sie keine aus.

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bitte kreuzen Sie jede Zeile an | trifft zu | trifft nicht zu |
| Ohne Medikamente kann ich schlechter schlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ich keine Medikamente nehmen würde, wäre ich mit mir zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einmal möchte ich aufhören, Medikamente zu nehmen, dann wieder nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In Zeiten höherer Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal war ich selbst über mich erstaunt, wenn ich überlegte, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Wie oft haben Sie während der letzten 2 Wochen Schmerzmittel eingenommen? | | | |
| <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche | <input type="checkbox"/> 1-2 mal pro Woche | <input type="checkbox"/> 3 mal pro Woche oder mehr |

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihre Zeit!

Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie auch keine Seite vergessen haben.

Stecken Sie nun den Fragebogen in den Umschlag – ohne Briefmarke, Name und Adresse – und werfen Sie ihn bei der nächsten Gelegenheit in den Briefkasten.

Interview-Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte

Interviewleitfaden (semistrukturiertes Interview, Ärzte)

„Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten“

Vorbemerkungen/ Einführung/Begrüßung/ Vorstellung

Bevor wir anfangen, möchte ich mich kurz vorstellen (*wenn notwendig*). Mein Name ist Ich arbeite im UKE und dort in der Projektgruppe, die sich mit den Ursachen der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen beschäftigt. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziert.

Sie wurden von angesprochen und haben sich zu diesem Interview bereit erklärt. Bevor wir mit dem Gespräch beginnen, möchte ich Ihnen den Gesprächsablauf kurz erläutern. Wir möchten gerne das Gespräch aufnehmen und es anschließend transkribieren. Natürlich werden wir sowohl die Aufnahme als auch das Protokoll entsprechend des geltenden Datenschutzes behandeln, d.h. anonymisieren. Zudem unterliegen wir der Schweigepflicht, keine personenbezogenen Informationen gehen nach außen. Es werden keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sein.

Für den Gesprächsverlauf selber gibt es einige Leitfragen, über die wir mit Ihnen ins Gespräch kommen möchten.

Das Interview wird etwa 60 Minuten dauern. Wenn Sie eine Pause benötigen, können Sie jederzeit Bescheid sagen.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Wenn nicht, dann möchte ich Sie bitten, die Einverständniserklärung zur Aufzeichnung und die Vertraulichkeitsvereinbarung durchzulesen und zu unterschreiben. Das Interview vergüten wir Ihnen mit 120 Euro.

[Einstiegsfragen zur Person der Ärztin oder des Arztes. Hintergrund: Die fachliche Ausrichtung und auch die Erfahrung der Ärztin/ des Arztes beeinflussen möglicherweise die Verschreibungspraxis.]

Alter

Fachliche Ausrichtung

in Praxis seit wann:

[Hintergrund: Hier soll eher allgemein erhoben werden, wie die Patientenzusammensetzung in der spezifischen Praxis ist, bzw. wie viele Patienten Benzodiazepine oder Z-Substanzen bekommen und ob sich die Situation in den vergangenen Jahren verändert hat. Sollte es zu einer veränderten Verschreibungspraxis gekommen sein, so sind die Gründe dafür zu erfragen.]

- Können Sie eine ungefähre Einschätzung geben, wie viele Ihrer Patientinnen und Patienten im Quartal ein Benzodiazepinrezept oder ein Rezept für eine Z-Substanz bekommen? (in Prozent)
- Ist Ihre Verschreibungspraxis in den letzten Jahren stabil geblieben oder gab es Veränderungen? [nicht nur in Richtung mehr Z-Substanzen sondern evt. auch in Richtung mehr oder weniger Verschreibungen, Verhältnis Privat- und Kassenrezepte]
- Die Z-Substanzen sind ja angetreten mit der Aussage, genauso gut wie die Benzodiazepine zu wirken, jedoch weniger Nebenwirkungen zu haben und vor allem ein geringeres Abhängigkeitspotential zu besitzen? Wie schätzen Sie das heute ein?
- Die Medien berichten häufig darüber, dass psychische Belastungen in der Bevölkerung in den letzten Jahren zugenommen haben? Wie ist Ihr Eindruck? Hat dies einen Einfluss auf Ihre Verschreibungspraxis?
- Die KV und auch die Krankenkassen achten verstärkt darauf, dass keine wiederholten Benzo- oder Z-Substanz-Rezepte ausgestellt werden? Wie gehen Sie mit dieser Situation um? [z.B. Trend zu mehr Privatrezepten] Gibt es darüber einen Austausch mit Kolleginnen oder Kollegen?

Motive:

[Hintergrund: Benzodiazepine und Z-Substanzen werden im Alter häufig bei Schlafproblemen, Unruhezuständen, Ängsten aber auch bei eher diffusen Beschwerden verschrieben. Hier soll erhoben werden, warum Ärzte Benzodiazepine oder Z-Substanzen erstmals verschreiben und warum. Sind dies Mittel der ersten Wahl oder werden zuerst andere Arzneimittel verschrieben? Gibt es typische Patientengruppen, die schneller als andere diese Medikamente erhalten, z.B. Menschen, die über diffuse Befindlichkeitsstörungen klagen?]

- Was sind die spezifischen Problemlagen der Patienten, die Benzodiazepine oder Z-Substanzen bekommen?
- Wie würden Sie es beschreiben: Sind es eher Symptome, die geschildert werden oder bilden sich klare ICD-Diagnosen heraus?
- Es wird ja häufig berichtet, dass diese Medikamente bei einer Vielzahl von Beschwerden oder auch Lebensereignissen (z.B. Trauerfall) verschrieben werden? Wie ist Ihre Einschätzung?
- Wie verfahren Sie, wenn es zur Erstverschreibung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen kommt? Können Sie beschreiben, welche Informationen Sie an die Patienten weitergeben? *[Gibt es eine Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen? Gibt es Hinweise auf die möglicherweise zeitliche Begrenztheit der Verschreibung? Weiß der Patient genau, gegen welche Beschwerden er das Medikament einnimmt? Wird der Patient wieder einbestellt? Werden alternative Behandlungsmöglichkeiten im Erstgespräch überhaupt erwähnt?]*
- Gäbe es alternative Medikamente? Wenn ja, welche und wirken diese genauso schnell und effektiv?
- Wenn alternative Medikamente nicht verschrieben werden, warum nicht?
- Welche typischen Beschwerden oder auch welche Persönlichkeit der Patientin/des Patienten lässt Sie an Benzodiazepine oder Z-Substanzen denken? *[z.B. Geschlecht]*
- Kommt es auch vor, dass die Patienten selbst mit dem Wunsch nach diesen Medikamenten an Sie herantreten? *[Wenn ja, bei welchen Fällen/unter welchen Umständen/bei welchen Patienten/Erkrankungen etc.]*

3

Aufrecht erhaltende Bedingungen/ Übergang zum Langzeitgebrauch:

[Hintergrund: Hier soll die generelle Einstellung zum Langzeitgebrauch, auch in niedriger Dosierung, erhoben werden. Haben Ärztinnen/Ärzte Bedenken und ist ihnen die Gefahr der Niedrigdosisabhängigkeit bekannt? Sind ihnen die problematischen Nebenwirkungen bei älteren Menschen bekannt? Werden Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Patienten vorgenommen? Bei welchen Personen bzw. bei welchen Beschwerden scheint ihnen die Verschreibung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen sinnvoll oder auch alternativlos?]

- Wie kommt es zum Übergang zum Langzeitgebrauch?
- Gibt es bestimmte Patiententypen, die diese Medikamente verstärkt nachfragen?
- Welche Unterschiede gibt es zwischen jüngeren und älteren Personen/Männern und Frauen mit Langzeitgebrauch?
- Bei welchen Patienten ist es für Sie vom Gefühl her unproblematisch, Folgerezepte auszustellen und bei welchen Patienten haben Sie selbst ein ungutes Gefühl?
- Was machen Sie, wenn der Patient auf ein neues Rezept drängt und Sie eigentlich der Meinung sind, dass sie kein weiteres Rezept mehr ausstellen möchten?
- Wie können Sie garantieren, dass Ihr Patient sich nicht von mehreren Ärzten Rezepte ausstellen lässt? *[treten Apotheke oder Angehörige an Sie heran]*

4

Mögliche Behandlungsalternativen:

[Hintergrund: Hier soll erhoben werden, ob Ärztinnen oder Ärzte für dieses Thema sensibilisiert sind. Inwieweit kennen Sie die Diskussionen bzw. die Leitlinien/Regeln zur Verschreibung. Wird dies als hilfreich empfunden oder nur als Einschränkung der ärztlichen Praxis oder als Erschwernis ihrer täglichen Arbeit. Hat die Ärztin/der Arzt für sich Alternativen entwickelt oder fühlt er sich dadurch stärker belastet?]

- In den letzten Jahren war die langjährige Verschreibung von Benzodiazepinen häufig Thema von Kampagnen und Diskussionen sowohl in der Hamburger Ärztekammer als auch in der Öffentlichkeit? Hat das Ihre Verschreibungspraxis verändert? *[Ausweichen auf Privatrezepte, Versuch des Entzugs ...]*
- Kennen Sie die Priscus-Liste und die 4-K-Regeln? Ist dies für ihren Praxisalltag relevant?
- Erachten Sie die Leitlinien zur BZD-Verschreibung als sinnvoll? *[Begründung]*
- Können Sie sich alternative Behandlungsweisen vorstellen? Sind Ihnen welche bekannt? *[andere Schlafmedikation, alternative Medizin, Akupunktur, psychologische Begleitung, Psychotherapie ...]*
- Haben Sie schon einmal alternative Behandlungsmethoden angeboten? Wenn ja, welchen Patienten (bestimmte Merkmale wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand etc.? Wenn ja, wie hat Ihre Patientin/Ihr Patient darauf reagiert?
- Ältere Menschen: Ist es ein gesellschaftliches Problem? *[Einsamkeit...]* Gibt es ein Netzwerk, dessen Sie sich bedienen können? *[Angehörige, Pflege, Apotheken, Suchthilfe, Selbsthilfeorganisationen, Kirchen, ...]*

5

Interview-Leitfaden für Patientinnen und Patienten

Interviewleitfaden (semistrukturiertes Interview, Patienten)

„Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten“

Vorbemerkungen/ Einführung/Begrüßung/ Vorstellung

Bevor wir anfangen, möchte ich mich kurz vorstellen (*wenn notwendig*). Mein Name ist Ich arbeite im UKE und dort in der Projektgruppe, die sich mit den Ursachen der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen beschäftigt. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziert.

Sie sind von Ihrem Arzt angesprochen worden und haben sich zu diesem Interview bereit erklärt. Bevor wir mit dem Gespräch beginnen, möchte ich Ihnen den Gesprächsablauf kurz erläutern. Wir möchten gerne das Gespräch aufnehmen und es anschließend transkribieren (*abtippen*). Natürlich werden wir sowohl die Aufnahme als auch das Protokoll entsprechend des geltenden Datenschutzes behandeln, d.h. anonymisieren. Zudem unterliegen wir der Schweigepflicht, keine personenbezogenen Informationen gehen nach außen. Es werden keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sein.

Für den Gesprächsverlauf selber gibt es einige Leitfragen, über die wir mit Ihnen ins Gespräch kommen möchten.

Das Interview wird etwa 60 Minuten dauern. Wenn Sie eine Pause benötigen, können Sie jederzeit Bescheid sagen.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Wenn nicht, dann möchte ich Sie bitten, die Einverständniserklärung zur Aufzeichnung und die Vertraulichkeitsvereinbarung durchzulesen und zu unterschreiben. Das Interview vergüten wir Ihnen mit 25 Euro.

Zuerst möchte ich kurz etwas zu **Ihrer Person** erfragen:

Alter

Wie ist Ihre berufliche Situation (bzw. sich gewissermaßen, dass Person berentet ist, reguläres Berufsende oder frühberentet)

Familienstand

Wohnsituation

Pflegebedürftigkeit

[Hintergrund: Hier soll eher allgemein erhoben werden, wie der Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten zurzeit ist. Es kann auch mit der Liste CX2 (Beschwerdenbereiche aus Fragebogen, Liste der möglichen Beschwerden, gegen die Benzodiazepine üblicherweise verordnet werden) gearbeitet werden.]

- Welche Benzodiazepine oder Z-Substanzen nehmen Sie zurzeit ein? *[Dosis, wie vom Arzt verordnet, weniger oder mehr, nur bei Bedarf ...]*
 - Welche anderen Medikamente nehmen Sie zurzeit noch ein? *[auch nicht verschreibungspflichtige Präparate]*
 - Erkrankungen?
 - Gegen welche Beschwerden werden die Benzodiazepine/ Z-Substanzen aktuell eingenommen?
 - Wie lange nehmen Sie Benzodiazepine oder Z-Substanzen ein?
 - Was wissen Sie allgemein über Ihr Medikament? Von wem oder woher haben Sie die Informationen über das Medikament (Arzt, Internet etc.)? *[Wird es einfach eingenommen, hat Patientin oder Patient in Zeitungen/Zeitschriften etwas darüber gelesen, Diskussionen über problematische Einnahme verfolgt ...]*
-

Motive:

[Hintergrund: Benzodiazepine und Z-Substanzen werden im Alter häufig bei Schlafproblemen, Unruhezuständen, Ängsten aber auch bei eher diffusen Beschwerden verschrieben. Hier soll erhoben werden, warum Benzodiazepine oder Z-Substanzen erstmals verschrieben wurden und warum. Wie haben sie anfangs gewirkt und welche Nebenwirkungen gab es? Wurde das Medikament als hilfreich erlebt, gab es z.B. Lebensqualität zurück (endlich wieder schlafen, keine Unruhe mehr, wieder mehr Lebensfreude, Kontakte erleichternd)]

- Wann haben Sie das erste Mal ein Benzodiazepin oder eine Z-Substanz verschrieben bekommen? Welches? *[Vor wie vielen Jahren zuerst, Verlauf der Medikation]*
- Bitte versuchen Sie sich an die Zeit zu erinnern, als Sie das erste Mal ein solches Medikament verschrieben bekamen. Wie ging es Ihnen zu der Zeit? Welche Beschwerden hatten Sie? *[genaue Umstände der Verschreibung]*
- Können Sie sich noch erinnern, wer die Einnahme angeregt hat? Ihr Arzt? Sie selbst? *[Hatte die Patientin oder der Patient Vorerfahrungen mit Benzodiazepinen, evtl. von Angehörigen, Freunden etc. eine Tablette bekommen]*
- Gab es ein Gespräch mit dem Arzt/ der Ärztin über Vor- und Nachteile von Benzodiazepinen/Z-Substanzen? Wussten Sie genau, gegen welche Beschwerden das Medikament wirken sollte? Haben Sie die Entscheidung, Benzodiazepine oder Z-Substanzen einzunehmen, gemeinsam mit Ihrem Arzt getroffen? Wurde eine alternative Behandlung (nicht medikamentös) für Ihre Beschwerden vorgeschlagen?
- Können Sie beschreiben, wie die Medikamente bei Ihnen gewirkt haben?
- Gab es auch Nebenwirkungen der Medikamente, die nicht so angenehm waren?

Mögliche Behandlungsalternativen:

[Hintergrund: Hier soll erhoben werden, ob Patienten grundsätzlich über Alternativen zur Behandlung mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen sensibilisiert sind. Ergibt es für sie überhaupt eine Notwendigkeit, darüber nachzudenken?]

- Wurde Ihnen schon einmal eine alternative Behandlung vorgeschlagen? *[Schlafhygiene, Antidepressiva, Psychotherapie, mehr Bewegung, soziale Kontakte aktivieren ...]*
- Haben Sie schon einmal selbst über Alternativen nachgedacht bzw. wurden Sie von Angehörigen/Freunden/Bekanntem darauf angesprochen?
- Würden Sie sich selbst bemühen, bzw. eine Weile unangenehme Gefühle aushalten, wenn Sie dadurch das Medikament nicht mehr nehmen müssten?
- Wenn Sie das Medikament selbst bezahlen müssten, wie viel wäre es Ihnen wert? *[Was würden sie maximal für eine Tablette bezahlen]*

Aufrecht erhaltende Bedingungen/ Übergang zum Langzeitgebrauch:

[Hintergrund: Hier geht es darum, wie es zur Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen kam. Es soll auch die generelle Einstellung zum Langzeitgebrauch bzw. das Wissen um mögliche Probleme bei Langzeitgebrauch, auch in niedriger Dosierung, erhoben werden. Ist die Gefahr der Niedrigdosisabhängigkeit bekannt? Sind problematische Nebenwirkungen bei älteren Menschen bekannt (Sturzgefahr bei Gangunsicherheit, kognitive Probleme etc.? Wie ist die Einstellung zum Medikament, wie die Wirkungserwartungen)]

- Was passierte, nachdem Sie die erste Packung des Medikamentes aufgebraucht hatten? *[hat Arzt einfach weiterverschrieben, hat Patient danach verlangt, wurde darüber gesprochen, wurde der Pat. aufgeklärt]*
- Sie nehmen das Medikament nun schon längere Zeit. Sind Sie mit der Wirkung noch zufrieden? *[vielleicht schwankt die Zufriedenheit, bzw. schwankt auch im Tagesverlauf (Tag vs. Nacht)]*
- Wurden Medikamente gewechselt, weil die Wirkung nachließ? Kam es zu einer Dosissteigerung?
- Haben Sie schon einmal versucht, das Medikament wegzulassen? Was ist dann passiert? Was hat Ihr Arzt dazu gesagt?
- Hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt schon einmal mit Ihnen darüber gesprochen, dass er das Medikament absetzen möchte? *[weiß der Patient warum, welche Erklärung hat der Arzt ggf. gegeben]*
- Sie nehmen jetzt xxx Jahre dieses Medikament ein. Haben Sie den Eindruck, dass Sie es für immer einnehmen müssen? *[Warum]*
- Was ist das Medikament für Sie? Eher ein guter Begleiter oder etwas, was Ihnen lästig ist? *[Einstellung zum Medikament: Fühlt sich Pat. damit eher geschützt, ist es ein guter Freund oder ist die Einstellung ambivalent oder negativ? Möchte man es gerne nicht mehr einnehmen, weiß aber nicht wie und ob es abzusetzen ist?...]*
- Wurden Sie vielleicht schon einmal von einer Apotheke auf ihr Medikament angesprochen? *[Arztwechsel, immer gleiche Apotheke?...]*
- Gab es von Angehörigen oder Freunden schon einmal Bemerkungen zur Einnahme? Sprechen Sie über ihre Medikamente?
- Was glauben Sie passiert, wenn Sie aufhören, das Medikament zu nehmen? *[kurzfristig bis langfristig]*

Einverständniserklärung

„Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten“

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie bitten, an der nachfolgend beschriebenen wissenschaftlichen Befragung teilzunehmen. Das Interview wird von Wissenschaftlern des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Finanziert wird die Untersuchung vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Ihre Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig, die Auswertung erfolgt anonym. Das Interview wird ca. 60 Minuten dauern und mittels eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet werden. Die Auswertung erfolgt anonym. Beim Abtippen des Gesprächs wird Ihr Name in einen Code umgewandelt und die Aufnahme anschließend gelöscht. Es werden keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sein.

Ziel des Interviews

Wir möchten besser verstehen, was die Ursachen, Symptome, Motive und Begleitumstände für die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sind. Daher werden wie Ihnen Fragen zu Ihrer persönlichen Situation, zu den Beschwerden, die zur Einnahme geführt haben, zu den Wirkungen und ggf. Nebenwirkungen der Medikamente stellen. Besonders interessiert sind wir an den Umständen, die zu einer Langzeiteinnahme der Medikamente geführt haben.

Kontaktmöglichkeit bei Fragen

Wenn Sie Fragen zum Interview haben, können Sie sich wenden an:

Dr. Silke Kuhn, Tel. 040 / 7410 57905, Email: skuhn@uke.de.

Einwilligungserklärung

Ich habe die Information zur Einwilligungserklärung gelesen. Ich bin darüber informiert, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig ist und mir durch eine Nicht-Teilnahme keine Nachteile entstehen. Ich bin damit einverstanden, dass meine anonymisierten Antworten im Rahmen dieser Studie verarbeitet und gespeichert werden. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich mich mit der Durchführung der vorgenannten Studie einverstanden erkläre.

..... Datum Unterschrift der/des Interviewten

..... Name der/des Interviewten in Druckbuchstaben

Fokusgruppen-Leitfaden zur Powerpoint-Präsentation

(Anpassung an die unterschiedlichen Gruppen – Ärzte, Apothekerinnen, Pflege, Patienten)

- Begrüßung, Vorstellungsrunde, Formales
- Einverständnis (schriftlich) zur Audioaufnahme
- Projektvorstellung

Teil 1: Diskussion ausgewählter Projektergebnisse

- Vorstellung der Projektergebnisse
- Viele Patienten, die im vergangenen Jahr Benzodiazepine oder Z-Substanzen verschrieben bekommen haben, haben zurückgemeldet, nie ein solches Rezept bekommen zu haben. Kennen Sie das, dass diese Medikamente verschrieben, aber nicht eingenommen werden?
- Wir wissen, dass Benzodiazepine oder vorwiegend Z-Substanzen auf Privatrezept verschrieben werden. In unserer Umfrage gaben ca. 25% der Patientinnen und Patienten an, nur Privatrezepte oder Kassenärztliche Rezepte und Privatrezepte im Wechsel bekommen zu haben. Wie war das bei Ihnen?
- Viele Patientinnen und Patienten gaben Absetzversuche an. Was meinen Sie, wie es dazu kam?

Übergang:

- Wenn Ihr Arzt Ihnen Benzodiazepine verschreibt, welche Fragen würden Sie ihm bezüglich dieser Medikamente stellen?
- Welche Alternativen/alternative Behandlungen zu Benzodiazepinen sind Ihnen bekannt?

Teil 2: Entscheidungshilfe

- Wie gut gefällt Ihnen die Entscheidungshilfe insgesamt? Was finden Sie besonders gelungen, was weniger gut gelungen?
- Wie bewerten Sie die Länge der Entscheidungshilfe (kurz, lang, genau richtig)?
- Inwiefern hat die Entscheidungshilfe Ihre Aufmerksamkeit aufrechterhalten?

- Wie sind Ihrer Meinung nach die Informationen dargestellt (ausgewogen, zu Gunsten dem Absetzen von BZD, zu Gunsten von Selbsthilfe-Strategien)?
 - Gibt es Ihrer Meinung nach etwas in der Entscheidungshilfe, das Sie nicht richtig dargestellt finden?
 - Hätte es Ihrer Meinung nach zu einem der Inhalte mehr (weniger) Informationen geben sollen?
-
- Wie geeignet ist die Entscheidungshilfe, Personen mit Benzodiazepin-Gebrauch dabei zu helfen, das Für und Wider für die BZD-Einnahme abzuwägen?
 - Wie gut eignet sich die Entscheidungshilfe dazu, Patienten darauf vorzubereiten, mit ihren Ärzten über die BZD- Einnahme (-Absetzen) zu sprechen?
 - Wie gut eignet sich die Entscheidungshilfe dazu aufzuzeigen, dass Patienten und Ärzte gemeinsam Entscheidungen bzgl. der BZD-Einnahmen (-Absetzen) treffen sollten?
-
- Wäre es wünschenswert, diese Entscheidungshilfe für Ihre Patienten mit BZD-Gebrauch zur Verfügung zu stellen? Wenn ja, warum?
 - Halten Sie diese Entscheidungshilfe für Patienten in Deutschland geeignet?
 - Was würden Sie anders machen, wenn Sie die Möglichkeit hätten, bei der Entwicklung einer vergleichbaren deutschen Entscheidungshilfe mitzuwirken?

13.2 Teilprojekt 2

Präsentationsfolien der Schulung für Ärztinnen und Ärzte



Benzodiazepine und Z-Substanzen – Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Dr. Jörg Dirmaler

Aliaksandra Mokhar M. Sc.

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Herzlich willkommen!



Wer wir sind...



Forschungsschwerpunkte:

- Psychoonkologie
- Patientenbeteiligung
- Versorgungsforschung
- Lebensqualität
- Prävention und Rehabilitation
- Transplantationspsychologie

Klinische Schwerpunkte:
Psychosoziale Beratung und Psychotherapie bei

- chronischen Erkrankungen
- Onkologie / HIV-Erkrankungen
- Leber- und Nierentransplantation



Warum ist das Thema wichtig?



- USA: 1 von 20 Erwachsenen nimmt BZD innerhalb eines Jahres (Hamburg: 5%)
- 1/3 der Benzodiazepin-Verschreibung erfolgt nicht leitliniengerecht → etwa 40% der Benzodiazepin-Verschreibungen münden in einer Langzeiteinnahme
- ältere Menschen (insbesondere Frauen) besonders betroffen, 9 von 10 erhalten Verschreibung beim Hausarzt
- nicht leitliniengerechte bzw. Langzeiteinnahme von BZD und Z-Substanzen mit verschiedenen Risiken verbunden (u. a. Abhängigkeit)

→ Priscus-Liste: mittlerer Gefährdungswert von Benzodiazepine und Z-Substanzen

Ref.: AWMF 2006, Glaeske & Holtzbach 2013, Holtzbach et al. 2010, Glaeske 2005, Glaeske 2013, Pabst 2010, Olsson et al. 2015



Das Projekt



Gefördert durch:
Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages



Übersicht für heute

Ihre Erwartungen und Ziele

Theoretischer Input

- Relevantes Hintergrundwissen über leitliniengerechte Verschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen
- Besonderheit bei älteren Menschen
- Effektive Informationsvermittlung auf der Basis der PEF
- Einsatz von Entscheidungshilfen/Entscheidungstafel

Praktischer Teil

- Anwendung der PEF-Techniken sowie von Hilfsmaterialien in einem simulierten Arzt-Patient-Gespräch
- Diskussion und strukturiertes Feedback

Evaluation & Tagesabschluss

- Welche Erfahrungen haben Sie mit der Verschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen in Ihrer Praxis?
- Welche Erwartungen haben Sie an die heutige Fortbildung?

Lernziele der heutigen Fortbildung

- Wissen über die Besonderheit und Problematik der Verschreibung von Benzodiazepinen **bei älteren Menschen** erlangen.
- Neue Vorgehensweisen und **Gesprächstechniken** mit (älteren) Patienten **auf Basis der Partizipativer Entscheidungsfindung** erlernen.
- Informationen über **verschiedene Behandlungsoptionen** mit deren Vor- und Nachteilen sowie möglichen Risiken verständlich mitteilen.
- Das ärztliche **Gespräch patientenzentriert** gestalten und dabei die Erwartungen, Sorgen und Präferenzen von Patienten erkennen und thematisieren können.

Relevantes Hintergrundwissen über Benzodiazepine und Z-Substanzen



Wirkung, Indikation, Nebenwirkungen und Risiken

Wirkung (u.a.)

- anxiolytisch
- sedativ
- hypnotisch
- muskelrelaxierend

Indikation (u.a.)

- Ängste, innere Unruhe und Erregungszustände
- Schlafprobleme / -störungen
- Alkoholentzug

Psychische Nebenwirkungen:

- Kognitive / psychomotorische Beeinträchtigungen
- Angstzustände während oder nach Langzeiteinnahme (Rebound-Effekt)
- depressive Symptome
- Überstimulation (insb. bei höherer Dosierung)

Weitere Risiken:

- Abhängigkeit
- Entzugssymptome
- Erhöhte Sturz- und Unfallgefahr
- möglicherweise Zusammenhang zwischen Langzeiteinnahme und Demenzerkrankungsrisiko

Ref.: Billiot de Gage et al. 2014

Empfehlungen zur Verschreibung

- Verschreibungsdauer sollte **4 Wochen** nicht überschreiten (**AM-RL**)
- Abhängigkeitsrisiko steigt bei Einnahme > 4 Wochen
- Bei Patienten mit Abhängigkeitsanamnese besondere Vorsicht; in der Regel keine Verschreibung
- In möglichst niedriger, aber ausreichender Dosis verordnen
- Therapiedauer vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten vereinbaren und Behandlungsnotwendigkeit in kurzen Zeitabständen überprüfen
- Langzeiteinnahme nur in begründeten Einzelfällen sinnvoll
- **Wichtig:** Patienten in die Diskussion über Nutzen / Risiken von Benzodiazepinen und alternativen Behandlungsmöglichkeiten einbeziehen

Langzeitverschreibung als Option

- Wenn mit Primärbehandlungen kein Effekt erreicht werden konnte
- In der Palliativversorgung
- Bei schwer beeinträchtigten Patienten (z.B. schwere, chronische Angstzustände bzw. Schlafstörungen)
- Bei spezifischen Indikationen, z.B. neurologische Störungen oder neuromuskulären Krankheiten (z.B. Krampfprophylaxe)
- Bei intermittierender Verschreibung

Gründe für die Langzeiteinnahme & -verschreibung



Patienten

- Schwieriger Zugang zu alternativen Behandlungsoptionen
- Begrenztes Wissen über Risiken und alternative Behandlungsoptionen
- Angst vor Symptomen
- Geringe Motivation für Absetzen/Reduktion
- Verharmlosung



Ärzte

- BZD werden als effektiver im Vergleich zu alternativen Behandlungsoptionen erlebt
- Schwierigkeiten, mit psychischen Problemen von Patienten umzugehen
- Schwierigkeiten Behandlungsroutinen zu verändern
- Verschreibung als Weg Fürsorge gegenüber dem Patienten zu zeigen
- Begrenztes Wissen über Risiken und alternative Behandlungsoptionen
- Überzeugung, dass Patienten keine andere Behandlung haben wollen

Verschreibung bei älteren Menschen (> 60)

- Ältere Menschen erhalten 3 mal häufiger BZD-Verschreibungen (10-15%)
- Davon ca. 30-40% Langzeitverschreibung
- Zu Beachten: Veränderung der Pharmakokinetik und der Pharmakodynamik der Benzodiazepine im Alter
 - erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen und stärkere Wirkung
 - Dosisanpassung notwendig
- Häufigste Verschreibungsgründe: Schlafprobleme und Angstsymptome

Evidenzbasierte Behandlungsoptionen

Schlafstörungen:

- Primärtherapien: Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie (z.B. Schlafrestriktion, Stimuluskontrolle Schlafhygiene, Entspannungstechniken, Verhaltensmodifikationen, körperliche Aktivität) (E-Grad: A)
- **BZD und Z-Substanzen:** effektiv, allerdings nur kurzfristige (max. 4 Wochen) Verschreibung empfohlen; BZD ≈ Z-Substanzen (E-Grad: A); intermittierende Verschreibung reduziert Risiko der Abhängigkeit (E-Grad: B)

Angststörungen:

- Primärtherapien: Kognitive Verhaltenstherapie, SSRIs und SNRIs (E-Grad: A)
- **BZD und Z-Substanzen:** effektiv, allerdings nur kurzfristige (max. 4 Wochen) Verschreibung empfohlen; BZD ≈ Z-Substanzen (E-Grad: A); intermittierende Verschreibung reduziert Risiko der Abhängigkeit (E-Grad: B)

Ref: RACGP 2015, NICE 2004

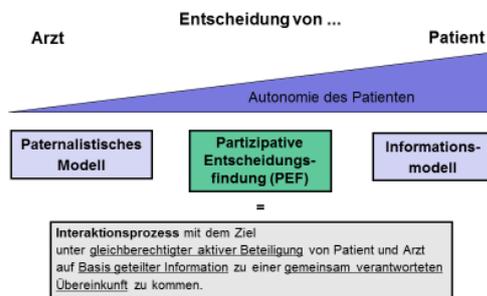
Aktiver Einbezug der Patienten

- aktiver Einbezug als Möglichkeit, um potenziell inadäquate oder wenig nutzbringende Medikation zu vermeiden bzw. zu reduzieren.
- zentrales Element → Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)
- Patienten in die Diskussion über Nutzen / Risiken von Benzodiazepinen und alternativen Behandlungsmöglichkeiten einbeziehen

→ erfordert spezifische kommunikative Fähigkeiten des Arztes

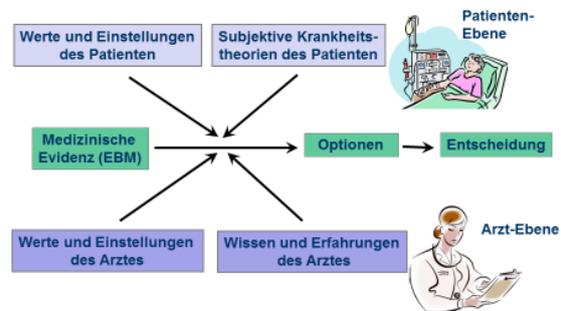


Medizinische Entscheidungsmodelle

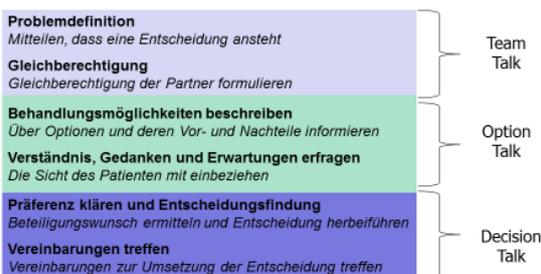


Ref: Häfner 2004

Einflussfaktoren auf Entscheidungen



Umsetzungsschritte von PEF im Gespräch



Ref: Häfner 2004, Elwyn et al. 2012

Team Talk



Inhalte & Techniken:

- Strukturierung: Inhalte und Rahmen des Gesprächs klären
- Rolle der Gesprächspartner klären
- Angebote machen, sich aktiv ins Gespräch einzubringen

Option Talk

- Behandlungsmöglichkeiten und deren Vor- und Nachteile beschreiben
 - Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
- Option talk

Techniken:

- Einfache Formulierungen verwenden
- Verständnis sicher stellen: immer wieder fragen, ob Patient noch „dabei“ ist
- aktiv nach Verstehen, Erwartungen und Erfahrungen fragen (wird meistens nicht von selbst getan!)
- Verbalisieren: Gefühle / Reaktionen des Patienten offen ansprechen
- Paraphrasieren: zusammenfassen

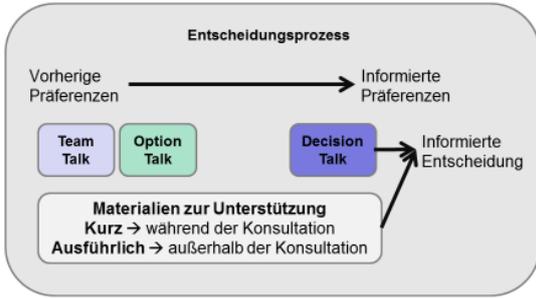
Decision Talk

- Rollenpräferenz klären und Entscheidungsfindung
 - Vereinbarungen treffen
- Decision talk

Techniken:

- Transparenz erzeugen: deutlich machen, dass der Abwägungsprozess beendet wird
- Rollenpräferenz klären: Wer / wie soll die Entscheidung treffen / getroffen werden?
- Paraphrasieren: Zusammenfassen der besprochenen Inhalte und der besprochenen Vor- und Nachteile aus Patientensicht
- Vereinbarung treffen und Gesprächsabschluss

Umsetzung der PEF im Gespräch



Ref: Elwyn et al. 2012

Entscheidungshilfen (kurze & lange Versionen)

Entscheidungshilfen sind...

- evidenzbasierte Informationen zu den verfügbaren Behandlungsoptionen.
- stellen die Vor- und Nachteilen der gleichwertiger Optionen dar.
- unterstützen beim Klären persönlicher Werte und Präferenzen von Patienten.
- unterstützen im Abwägungs- und Entscheidungsprozess.

Entscheidungshilfe für die Konsultation (kurze Version)

Eine kurze Version der Entscheidungshilfe...

- ist in der Routineversorgung umsetzbar.
- fördert eine klare Gesprächsstruktur.
- erleichtert den Vergleich verschiedener Behandlungsoptionen.
- ist im Arzt-Patient-Gespräch anwendbar.

Folgende kurze Versionen der Entscheidungshilfe wurden für die Behandlung von Schlafstörungen und Angstzuständen erstellt →

Entscheidungshilfe zur Behandlung von Schlafstörungen

| Behandlungsmöglichkeiten bei Schlafstörungen | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Benzodiazepine und Z-Substanzen | Alternative Behandlungsmöglichkeiten |
| <p>Was sind Benzodiazepine und Z-Substanzen? Beide sind verschreibungspflichtige Beruhigungs- und Schlafmittel.</p> <p>Vorteile: Bei kurzfristiger Einnahme (weniger als 4 Wochen) wirken diese gut gegen Angstzustände, innere Unruhe und Schlafstörungen.</p> <p>Nachteile: Auch eine kurzfristige Einnahme ist mit verschiedenen Nebenwirkungen verbunden: Oft treten Müdigkeit, Schläfrigkeit auch tagsüber, Schwindel (dadurch z.B. erhöhtes Sturzrisiko), Konzentrations- und Gedächtnisprobleme auf. Bei einer längeren Einnahme (mehr als 4 Wochen) kann es zu weiteren Problemen und Risiken kommen: - Diese Medikamente können Sie abhängig machen. 4 von 10 Menschen werden bei einer Einnahme > 4 Wochen abhängig. - Bei Einnahmestopp treten die ursprünglichen Symptome (z.B. innere Unruhe, Angstzustände, Schlafprobleme) oft verstärkt auf. Entzugssymptome können hinzukommen. - Diese Medikamente lösen keine Ursache des Problems, sondern können Ihre Beschwerden nur lindern.</p> <p>Besonders wichtig für ältere Menschen: - Diese Medikamente sollten Sie nur in Ausnahmefällen länger als 4 Wochen einnehmen. - Die Nebenwirkungen und Risiken betreffen insbesondere Menschen über 60.</p> | <p>Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es bei Schlafstörungen? Folgende Veränderungen Ihrer Lebensgewohnheiten können helfen: - Rufen Sie Ihr Bett nur zum Schlafen, nicht zum Fernsehen oder Lesen. Machen Sie dies lieber in einem Stuhl oder auf dem Sofa. - Versuchen Sie, täglich zur gleichen Zeit aufzustehen und ins Bett zu gehen. - Machen Sie Atem- oder Entspannungsübungen, bevor Sie ins Bett gehen. - Bewegen Sie sich viel am Tag, aber nicht in den letzten drei Stunden, bevor Sie schlafen gehen. - Vermeiden Sie den Konsum von Nikotin, Koffein und Alkohol. Diese Substanzen wirken anregend und beeinträchtigen Ihren Schlaf. - Sprechen Sie dem Nutzen eines Schlaflogs mit Ihrem Arzt, um ungesunde Schlafgewohnheiten zu erkennen.</p> <p>Vorteile dieser Behandlungen: - Die Behandlungen sind langfristig wirksam. - Sie bearbeiten die Ursachen Ihrer Beschwerden und verhindern so, dass die Symptome nach der Behandlung wieder auftreten. - Die Gefahr einer Abhängigkeit besteht nicht.</p> <p>Nachteile dieser Behandlungen: - Es kann länger dauern, bis der Effekt eintritt. - Die Behandlungen sind zum Teil mit einem höheren zeitlichen Aufwand verbunden.</p> |

Entscheidungshilfe zur Behandlung von Angstzuständen

| Behandlungsmöglichkeiten bei Angstzuständen und innerer Unruhe | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Benzodiazepine und Z-Substanzen | Alternative Behandlungsmöglichkeiten |
| <p>Was sind Benzodiazepine und Z-Substanzen? Beide sind verschreibungspflichtige Beruhigungs- und Schlafmittel.</p> <p>Vorteile: Bei kurzfristiger Einnahme (weniger als 4 Wochen) wirken diese gut gegen Angstzustände, innere Unruhe und Schlafstörungen.</p> <p>Nachteile: Auch eine kurzfristige Einnahme ist mit verschiedenen Nebenwirkungen verbunden: Oft treten Müdigkeit, Schläfrigkeit auch tagsüber, Schwindel (dadurch z.B. erhöhtes Sturzrisiko), Konzentrations- und Gedächtnisprobleme auf. Bei einer längeren Einnahme (mehr als 4 Wochen) kann es zu weiteren Problemen und Risiken kommen: - Diese Medikamente können Sie abhängig machen. 4 von 10 Menschen werden bei einer Einnahme > 4 Wochen abhängig. - Bei Einnahmestopp treten die ursprünglichen Symptome (z.B. innere Unruhe, Angstzustände, Schlafprobleme) oft verstärkt auf. Entzugssymptome können hinzukommen. - Diese Medikamente lösen keine Ursache des Problems, sondern können Ihre Beschwerden nur lindern.</p> <p>Besonders wichtig für ältere Menschen: - Diese Medikamente sollten Sie nur in Ausnahmefällen länger als 4 Wochen einnehmen. - Die Nebenwirkungen und Risiken betreffen insbesondere Menschen über 60.</p> | <p>Welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Folgende alternative Behandlungsansätze können Ihnen helfen: - Die Gespräch mit einem Psychotherapeuten ist eine gute Möglichkeit, Belastungssituationen und Ängste von Unruhe oder Ängsten zu erkennen. - Selbsthilfegruppen können Ihnen helfen, Ihre Stresssymptome abzubauen und sich damit nicht alleine zu fühlen. - Probieren Sie Entspannungstechniken aus, wie z.B. Autogenes Training, Yoga, oder Atemübungen. Diese können Ihnen helfen, mit alltäglichem Stress konstruktiv umzugehen und Ihre Sorgen und Ängste zu bewältigen. - Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über andere angstlösende Medikamente, die weniger einschläfrige Nebenwirkungen haben und nicht abhängig machen.</p> <p>Vorteile dieser Behandlungen: - Die Behandlungen sind langfristig wirksam. - Sie bearbeiten die Ursachen Ihrer Beschwerden und verhindern so, dass die Symptome nach der Behandlung wieder auftreten. - Die Gefahr einer Abhängigkeit besteht nicht.</p> <p>Nachteile dieser Behandlungen: - Es kann länger dauern, bis der Effekt eintritt. - Die Behandlungen sind zum Teil mit einem höheren zeitlichen Aufwand verbunden.</p> |

Entscheidungshilfe bzw. Patienteninformation (lange Version)

Eine lange Version der Entscheidungshilfe/ Patienteninformation...

- informiert den Patienten/ seine Angehörige ausführlich über die mögliche Behandlungsoptionen.
- erleichtert den Vergleich verschiedener Behandlungsoptionen.
- unterstützt den Abwägungsprozess.
- wird mit nach Hause gegeben.

Folgende lange Version der Entscheidungshilfe wurde für die Behandlung von Schlafstörungen und Angstzuständen erstellt →

Patienteninformation (Siehe gedruckte Version in Ihrer Mappe)



- Inhalte der Patienteninformation:**
- Überprüfen des Wissens über das/die Medikamente
 - Allgemeine Informationen zu BZD und Z-Substanzen
 - Informationen über Schlaf im Alter
 - Alternative Behandlungsmöglichkeiten
 - Geschichte einer Betroffenen
 - Platz für persönliche Fragen

Vor- und Nachteile von Entscheidungshilfen

Entscheidungshilfen...

- ☺ verbessern Gesprächsstruktur bei der Vorbereitung einer Entscheidung.
- ☺ geben Patienten eine Grundlage, um Fragen zur den therapeutischen Möglichkeiten zu stellen.
- ⊗ haben das Risiko, während der Präsentation Patienten „aus dem Blick zu verlieren“.
- ⊗ bestehen aus Informationen, die nicht spezifisch auf individuellen Patienten „zugeschnitten“ sind.

Wie wirkt sich die PEF aus?

Ärzte:

- Zufriedenheit mit Patientenkontakt
- erfasste Patienteninformation
- in Betracht gezogene Behandlungsoptionen
- Konsultationszeit

Patienten

- Wissen, korrekte Erwartung über Vor-/Nachteile
- Zufriedenheit mit Arztkontakt
- Zufriedenheit mit nutzenbez. Entscheidung
- Korrekte Risikowahrnehmung
- Kommunikation mit dem Arzt
- Krankheitsbewältigung
- Therapietreue (?)
- Klinische Verbesserungen; Kosten (?)
- Entscheidungskonflikte
- passiv und unentschieden



PAUSE 15 Minuten

Danach kommt der Übungsteil:

Rollenspiele

Übungsteil:

Rollenspiele



Weiterer Verlauf

Ziele der Rollenspiele

- Anwendung von Techniken der PEF
- Anwendung von Entscheidungstafel in einem Arzt-Patient-Gespräch

Ablauf der Rollenspiele

- Aufteilen in die Gruppen
- Rollenaufteilung (Arzt- und Patentreolle)
- Lesen der Fälle: ca. 5 Min.
- Durchführung eines Gesprächs: ca. 15 Min.
- Nach dem Gespräch folgt das Feedback: 1. Patient, 2. Arzt, 3. Beobachter, 4. Moderatoren

Evaluation



1. Evaluation der heutigen Fortbildung → Ausfüllen eines Fragebogens
2. Teilnahme an der Evaluationsstudie → **Unterstützung beim Rekrutieren** von Patienten mit einer BZD- oder Z-Substanzen-Verschreibung, in dem Sie **einen vorbereiteten Umschlag an die entsprechende Patienten ausgeben**

Evaluationsstudie

Studiendesign:

Pilotstudie mit randomisiert-kontrollierten Design
Schriftliche Patientenbefragung

Einschlusskriterien:

- Alter ≥ 50
- Aktueller Konsum von BZD
- Einverständniserklärung

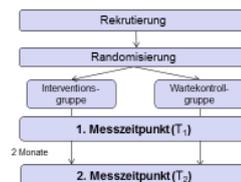
Outcomes:

Primäre:

Einnahmeverhalten (Dauer, Menge, Compliance)

Sekundär:

- Abhängigkeit (Severity of Dependence Scale)
- Einstellung bzgl. der Medikamenteneinnahme (Beliefs about medicines questionnaire)
- Veränderungsmotivation (Readiness to Change Questionnaire)
- Bewertung des Patienteninformationsmaterials



Evaluationsstudie



Inhalte der Patienteninformation:

- Überprüfen des Wissens über das/die Medikament/e
- Allgemeine Informationen zu BZD und Z-Substanzen
- Informationen über Schlaf im Alter
- Alternative Behandlungsmöglichkeiten
- Geschichte einer Betroffenen
- Platz für persönliche Fragen

Wenn Sie uns bei der **Rekrutierung von Patienten unterstützen** möchten, bitten wir Sie sich in die Liste zur Studienteilnahme einzutragen.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung im Voraus!

Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?



Wir danken Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

m.haerter@uke.de
dirmaier@uke.de
a.mokhar@uke.de



Literaturverzeichnis

- Antheriens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T (2007). Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. A qualitative study on GP perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25:214-219.
- Venn S, Arber S (2012). Understanding older peoples' decision about the use of sleeping medication: issues of control and autonomy. *Sociology of Health & Illness*, 34:1215-1229.
- Parr JM, Kavanagh DJ, Young R, McCafferty K (2006). Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. *Social Sciences & Medicine*, 62:1237-1249.
- Härter M (2004). Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geförderter Ansatz setzt sich durch. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98:89–92.
- Elwyn G, Froesch D, Thomson R, Joseph-William N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd G, Rollnick S, Edwards A, Barry M (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27:1361–1367.
- Glaeske G. Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (eds.). *Jahrbuch Sucht 2006*. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft 2006; 87–103



Literaturverzeichnis

- The Royal Australian College of General Practitioners (2015) Prescribing drugs of dependence in general practice, Part B – Benzodiazepines, Melbourne.
- AWMF (2006). Medikamentenabhängigkeit. *Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)*.
- Holzbach R, Martens M, Kalke J et al. (2010). Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. *Bundesgesundheitsblatt*, 53:319-325.
- Glaeske G, Holzbach R (2013). Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 5, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Glaeske G (2005). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg) *Jahrbuch Sucht 2005*. Neuland, Geesthacht.
- Billoti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, Begaud B (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*, 349:g5205.
- Buth S, Rosenkranz M, Holzbach R, Neumann E, Raschke P, Reimer J, Verthein U (2014). Epidemiologie der Langzeitverschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in Deutschland – eine prospektive Analyse kassenärztlicher Verschreibungen über fünf Jahre. Abschlussbericht. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS).
- Antheriens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugèle M, de Maesseneer J, Christiaens T (2007). First benzodiazepine prescriptions. Qualitative study of patients' perspectives. *Canadian Family Physician*, 53: 1200-1201.

Informationsbroschüre zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Nutzen, Risiken und Alternativen



Ich nehme derzeit folgendes Medikament ein, oder mir wurde folgendes Medikament von meinem Arzt verschrieben:

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> | Zopiclon (z.B. Ximovan®) | <input type="radio"/> | Clobazam (z.B. Frisium®) |
| <input type="radio"/> | Zolpidem (z.B. Stilnox®) | <input type="radio"/> | Clonazepam (z.B. Rivotril®) |
| <input type="radio"/> | Zaleplon (z.B. Sonata®) | <input type="radio"/> | Dikaliumclorazepat (z.B. Tranxilium®) |
| <input type="radio"/> | Oxazepam (z.B. Adumbran®) | <input type="radio"/> | Flunitrazepam (z.B. Rohypnol®) |
| <input type="radio"/> | Lorazepam (z.B. Tavor®) | <input type="radio"/> | Flurazepam (z.B. Dalmadorm®, Staurodorm®) |
| <input type="radio"/> | Lormetazepam (z.B. Noctamid®) | <input type="radio"/> | Medazepam (z.B. Rudotel®, Rusedal®) |
| <input type="radio"/> | Bromazepam (z.B. Bromazanyl Hexal®, Lexotanil®) | <input type="radio"/> | Midazolam (z.B. Dormicum®) |
| <input type="radio"/> | Diazepam (z.B. Faustan®) | <input type="radio"/> | Nitrazepam (z.B. Radedorm®) |
| <input type="radio"/> | Alprazolam (z.B. Tafil®) | <input type="radio"/> | Prazepam (z.B. Demetrim®) |
| <input type="radio"/> | Brotizolam (z.B. Lendormin®) | <input type="radio"/> | Temazepam (z.B. Planum®) |
| <input type="radio"/> | Chlordiazepoxid (z.B. Librium®, Radepur®) | <input type="radio"/> | Triazolam (z.B. Halcion®) |

Testen Sie Ihr Wissen über dieses Medikament.

- 1 Das Medikament ist ein leichtes Beruhigungsmittel und bei einer längeren Einnahme unbedenklich. RICHTIG FALSCH
- 2 Die Dosis die ich einnehme, verursacht keine Nebenwirkungen. RICHTIG FALSCH
- 3 Ohne das Medikament werde ich nicht schlafen können oder werde Angstzustände bekommen. RICHTIG FALSCH
- 4 Dieses Medikament ist die beste verfügbare Möglichkeit, meine Symptome zu behandeln. RICHTIG FALSCH

3

Hätten Sie das gewusst?

Ihr Medikament gehört zur Gruppe der Substanzen, die sich an Rezeptoren in Ihrem Gehirn binden und so beruhigend wirken. Diese Schlaf- und Beruhigungsmittel können innerhalb kurzer Zeit abhängig machen und sind verantwortlich für viele Nebenwirkungen. Diese Medikamente sollten nicht längerfristig eingenommen werden, wenn nicht besondere Umstände vorliegen.

Hinzu kommt, dass je älter Sie werden, desto länger braucht Ihr Körper, um das Medikament wieder abzubauen. Das bedeutet, dass das Medikament mehrere Tage in Ihrem Körper bleibt und Sie müde und schwach werden lässt. Zudem kann es Ihren Gleichgewichtssinn und andere Sinne negativ beeinträchtigen.

Schlaf- und Beruhigungsmittel stehen auch mit Hüftfrakturen, Gedächtnisproblemen und unwillkürlichem Urinverlust in Verbindung. Die beruhigenden Eigenschaften können Sie tagsüber müde machen, was beispielsweise die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen kann. Auch wenn Sie diese Symptome bisher nicht verspüren, sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Apotheker, damit sich diese Nebenwirkungen auch in Zukunft nicht entwickeln. Es gibt alternative Möglichkeiten zur Behandlung von Angstzuständen oder Schlafstörungen, die weniger Nebenwirkungen haben und Ihre Lebensqualität weniger beeinträchtigen.

Falls Sie vorhaben, das Medikament abzusetzen: Bitte wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker, bevor Sie beginnen, das Medikament abzusetzen!

5

ANTWORTEN

- 1 **FALSCH**
Es wird heute nicht mehr empfohlen, Schlaf- und Beruhigungsmittel zur Behandlung von Schlaflosigkeit oder Angstzuständen längerfristig einzusetzen. Denn bei einer längeren Einnahmezeit (mehr als 4-6 Wochen) kann das Medikament verschiedene Nebenwirkungen haben (z.B. Müdigkeit/ Schläfrigkeit auch tagsüber, Benommenheit, Schwindel, erhöhtes Sturzrisiko, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme).
- 2 **FALSCH**
Auch wenn Sie denken, keine Nebenwirkungen zu spüren und nur geringe Dosen einnehmen, verschlechtern Schlaf- und Beruhigungsmittel die Gehirnleistung und vermindern das Reaktionsvermögen. Außerdem können Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme, Tagesmüdigkeit, Stürze und Verkehrsunfälle sowie unkontrollierter Urinverlust auftreten.
- 3 **RICHTIG**
Ihr Körper wird möglicherweise eine Abhängigkeit für dieses Medikament entwickeln. Schon nach einigen Wochen kann das Absetzen dieser Medikamente zu Symptomen führen, gegen die sie wirken sollen. Wenn Sie die Medikamente abrupt absetzen, kann es zu Entzugssymptomen wie Schlafstörungen oder Angstzuständen kommen. Daher wird empfohlen, die Dosis des Medikaments langsam zu reduzieren, bis man schließlich komplett darauf verzichten kann und alternative Unterstützungsmöglichkeiten für die ursprünglichen Probleme gefunden hat.
- 4 **FALSCH**
Auch wenn das Medikament kurzfristig wirkungsvoll ist, haben Studien gezeigt, dass Schlaf- und Beruhigungsmittel nicht die beste Alternative für die längerfristige Behandlung von Angstzuständen und Schlafstörungen sind. Schlaf- und Beruhigungsmittel lindern Ihre Symptome, ohne die ursächlichen Probleme zu lösen. Bitte lesen Sie weiter, um mehr über gesundes Schlafverhalten und Stressreduktion zu lernen.

4

Mit zunehmendem Alter...

Mit zunehmendem Alter verändert sich Ihr Körper und wie dieser Medikamente verarbeitet. Möglicherweise nehmen Sie auch mehrere Medikamente ein. Medikamente werden im Alter langsamer abgebaut. Eine eingeschränkte Leberfunktion und eine schlechtere Durchblutung der Nieren können so zu mehr Nebenwirkungen Ihres Schlaf- und Beruhigungsmittels führen.

Leider erhalten ältere Menschen, die eines der oben genannten Schlaf- oder Beruhigungsmittel verschrieben bekommen haben oder einnehmen, diese Informationen oft nicht. Es ist daher wichtig, dies mit Ihrem Arzt oder Apotheker zu besprechen. Alternative Behandlungsmöglichkeiten können ebenfalls Ihre Angstzustände lindern und Ihren Schlaf verbessern, aber mit weniger Nebenwirkungen.

6

Redaktion

Aliaksandra Mokhar M.Sc.

Dr. Jörg Dirmaier

Prof. Dr. Dr. Martin Härter

AG Patientenzentrierte Gesundheitsversorgung und e-health

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinstraße 52, Gebäude W 26

Hamburg 20246

Diese Informationsbroschüre wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes „Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten“ (FKZ: ZMVI5-2513DSM235) erstellt.

Stand: 02/2016

Für die Unterstützung bei der Entwicklung dieser Informationsbroschüre danken wir ganz herzlich den Experten PD Dr. Uwe Verthein und Dr. Silke Kuhn

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Martinstraße 52, Gebäude W37

20246 Hamburg

Quellen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. <http://www.dhs.de/>

Martin, P., et al. (2013). A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Educ Couns*, 92(1): p. 81-7.

Glaeske G, Holzbach R (2013). Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 5, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Entscheidungsstafeln bei Schlafproblemen und Ängsten/Unruhe

Behandlungsmöglichkeiten bei Schlafstörungen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

| Benzodiazepine und Z-Substanzen | Alternative Behandlungsmöglichkeiten |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Was sind Benzodiazepine und Z-Substanzen? Beide sind verschreibungspflichtige Beruhigungs- und Schlafmittel.</p> <p>Vorteile: Bei kurzfristiger Einnahme (weniger als 4 Wochen) wirken diese gut gegen Angstzustände, innere Unruhe und Schlafstörungen.</p> <p>Nachteile: Auch eine kurzfristige Einnahme ist mit verschiedenen Nebenwirkungen verbunden: Oft treten Müdigkeit, Schläfrigkeit auch tagsüber, Schwindel (dadurch z.B. erhöhtes Sturzrisiko), Konzentrations- und Gedächtnisprobleme auf.</p> <p>Bei einer längeren Einnahme (mehr als 4 Wochen) kann es zu weiteren Problemen und Risiken kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diese Medikamente können Sie abhängig machen. 4 von 10 Menschen werden bei einer Einnahme > 4 Wochen abhängig. – Bei Einnahmestopp treten die ursprünglichen Symptome (z.B. innere Unruhe, Angstzustände, Schlafprobleme) oft verstärkt auf, Entzugssymptome können hinzukommen. – Diese Medikamente lösen keine Ursache des Problems, sondern können Ihre Beschwerden nur lindern. <p>Besonders wichtig für ältere Menschen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diese Medikamente sollten Sie nur in Ausnahmefällen länger als 4 Wochen einnehmen. – Die Nebenwirkungen und Risiken betreffen insbesondere Menschen über 60! | <p>Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es bei Schlafstörungen? Folgende Veränderungen Ihrer Lebensgewohnheiten können helfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nutzen Sie Ihr Bett nur zum Schlafen, nicht zum Fernsehen oder Lesen. Machen Sie dies lieber in einem Stuhl oder auf dem Sofa. – Versuchen Sie, täglich zur gleichen Zeit aufzustehen und ins Bett zu gehen. – Machen Sie Atem- oder Entspannungsübungen, bevor Sie ins Bett gehen. – Bewegen Sie sich viel am Tag, aber nicht in den letzten drei Stunden, bevor Sie schlafen gehen. – Vermeiden Sie den Konsum von Nikotin, Koffein und Alkohol. Diese Substanzen wirken anregend und beeinträchtigen Ihren Schlaf. – Besprechen Sie den Nutzen eines Schlaftagebuchs mit Ihrem Arzt, um ungünstige Schlafgewohnheiten zu erkennen. <p>Vorteile dieser Behandlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Behandlungen sind langfristig wirksam. – Sie bearbeiten die Ursachen Ihrer Beschwerden und verhindern so, dass die Symptome nach der Behandlung wieder auftreten. – Die Gefahr einer Abhängigkeit besteht nicht. <p>Nachteile dieser Behandlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Es kann länger dauern, bis der Effekt eintritt. – Die Behandlungen sind zum Teil mit einem höheren zeitlichen Aufwand verbunden. |

© Härter M., Dirmaier J., Mokhar A. Ärztliche Fortbildung „Benzodiazepine und Z-Substanzen- Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten“ 2016; Quellen: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2013) Immer mit der Ruhe... Nutzen und Risiken von Schlaf und Beruhigungsmitteln; The Royal Australian College of General Practitioners (2015) Prescribing drugs of dependence in general practice, Part B – Benzodiazepines, Melbourne.

Behandlungsmöglichkeiten bei Angstzuständen und innerer Unruhe



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

| Benzodiazepine und Z-Substanzen | Alternative Behandlungsmöglichkeiten |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Was sind Benzodiazepine und Z-Substanzen? Beide sind verschreibungspflichtige Beruhigungs- und Schlafmittel.</p> <p>Vorteile: Bei kurzfristiger Einnahme (weniger als 4 Wochen) wirken diese gut gegen Angstzustände, innere Unruhe und Schlafstörungen.</p> <p>Nachteile: Auch eine kurzfristige Einnahme ist mit verschiedenen Nebenwirkungen verbunden: Oft treten Müdigkeit, Schläfrigkeit auch tagsüber, Schwindel (dadurch z.B. erhöhtes Sturzrisiko), Konzentrations- und Gedächtnisprobleme auf.</p> <p>Bei einer längeren Einnahme (mehr als 4 Wochen) kann es zu weiteren Problemen und Risiken kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diese Medikamente können Sie abhängig machen. 4 von 10 Menschen werden bei einer Einnahme > 4 Wochen abhängig. – Bei Einnahmestopp treten die ursprünglichen Symptome (z.B. innere Unruhe, Angstzustände, Schlafprobleme) oft verstärkt auf, Entzugssymptome können hinzukommen. – Diese Medikamente lösen keine Ursache des Problems, sondern können Ihre Beschwerden nur lindern. <p>Besonders wichtig für ältere Menschen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diese Medikamente sollten Sie nur in Ausnahmefällen länger als 4 Wochen einnehmen. – Die Nebenwirkungen und Risiken betreffen insbesondere Menschen über 60! | <p>Welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Folgende alternative Behandlungsansätze können Ihnen helfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Das Gespräch mit einem Psychotherapeuten ist eine gute Möglichkeit, Belastungssituationen und Auslöser von Unruhe oder Ängsten zu erkennen. – Selbsthilfegruppen können Ihnen helfen, Ihre Stresssymptome abzubauen und sich damit nicht alleine zu fühlen. – Probieren Sie Entspannungstechniken aus, wie z.B. Autogenes Training, Yoga, oder Atemübungen. Diese können Ihnen helfen, mit alltäglichem Stress konstruktiv umzugehen und Ihre Sorgen und Ängste zu bewältigen. – Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über andere angstreduzierende Medikamente, die weniger ernsthafte Nebenwirkungen haben und nicht abhängig machen. <p>Vorteile dieser Behandlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Behandlungen sind langfristig wirksam. – Sie bearbeiten die Ursachen Ihrer Beschwerden und verhindern so, dass die Symptome nach der Behandlung wieder auftreten. – Die Gefahr einer Abhängigkeit besteht nicht. <p>Nachteile dieser Behandlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Es kann länger dauern, bis der Effekt eintritt. – Die Behandlungen sind zum Teil mit einem höheren zeitlichen Aufwand verbunden. |

© Härter M., Dirmaier J., Mokhar A. Ärztliche Fortbildung „Benzodiazepine und Z-Substanzen- Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten“ 2016; Quellen: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2013) Immer mit der Ruhe... Nutzen und Risiken von Schlaf und Beruhigungsmitteln; The Royal Australian College of General Practitioners (2015) Prescribing drugs of dependence in general practice, Part B – Benzodiazepines, Melbourne.