



Medizin für mich!

„... da gab es so wunderbare Schlaftabletten“ – Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen an der Schnittstelle von Krankenhaus und Hausarzt	
Förderkennzeichen	IIA5-2513DSM228
Projektleitung	Prof. Dr. Eva Hummers Prof. Dr. Wolfgang Himmel Prof. Dr. Roland Nau
Projektmitarbeiter/Innen	<i>Institut für Allgemeinmedizin:</i> Stephanie Heinemann, MPH Vivien Weiß, MPH Matthias Wermeling <i>Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende:</i> Laura Heyden Kati Straube <i>Medizinischer Dienst der Krankenversicherung M-V e. V.</i> Dr. Thomas Grimmsmann
Kontaktdaten	Universitätsmedizin Göttingen Institut für Allgemeinmedizin Humboldtallee 38 37073 Göttingen Tel.: 0551/39-22638 Fax: 0551/39-9530 Eva.Hummers-Pradier@med.uni-goettingen.de
Laufzeit	01.01.2014 – 31.07.2016 (Bewilligungszeitraum)
Fördersumme	159.081€
Datum	31.01.2017

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	4
1.1 Hintergrund	4
1.2 Projektstruktur/Verantwortlichkeiten	6
2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik	8
2.1 Schritt 1: Bestandsaufnahme	8
2.1.1 Häufigkeit von Benzodiazepinen und Z-Substanzen vor und nach Krankenhaus-Einweisung	8
2.1.2 Häufigkeit von Benzodiazepinen und Z-Substanzen im gewählten Setting.....	10
2.1.3 Einstellung und Erfahrungen mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen..	11
2.1.4 Motive, Ziele und Konflikte bei der Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen	12
2.2 Schritt 2: Partizipative Entwicklung der Intervention	13
3 Durchführungs-, Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan	14
3.1 Abweichungen im Arbeits- und Zeitplan.....	14
3.2 Abweichungen in den Projektzielen	15
3.3 Darstellung von positiven und negativen Erfahrungen	17
4 Ergebnisse	18
4.1 Ergebnisse aus Schritt 1: Bestandsaufnahme	18
4.1.1 Häufigkeit von Benzodiazepinen und Z-Substanzen vor und nach Krankenhauseinweisung	18
4.1.2 Häufigkeit des Einsatzes von Benzodiazepinen und Z-Substanzen im gewählten Setting.....	20
4.1.3 Benzodiazepine und Z-Substanzen: Einnahme aus Erfahrungen von Patienten	20
4.1.4 Befragung der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter.....	23
4.1.5 Gespräche mit Haus- und Krankenhausärzten	24
4.1.6 Gespräche mit Pflegekräften	26
4.2 Ergebnisse aus Schritt 2: Partizipative Entwicklung der Intervention	27
4.3 Schritt 3: Umsetzung der Maßnahmen und Evaluation.....	29
5 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	35
6 Gender Mainstreaming Aspekt	38
6.1 Gender Mainstreaming Aspekte im Projektverlauf	38
6.2 Geschlechterspezifische Interpretation der Ergebnisse	38
7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	40
8 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)	44
9 Verzeichnis der im Projekt entstandenen Master- und Doktorarbeiten	46
Literatur	47
Anlage 1 – Göttinger Tageblatt v. 13. 1. 2017	50

Zusammenfassung

Hintergrund. In den letzten Jahren wurde der Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln aus verschiedenen Perspektiven her beleuchtet. Bisher fehlt es an Wissen um den Einsatz dieser Medikamente in Krankenhäusern und an den Schnittstellen zur hausärztlichen Versorgung.

Ziele. Aufgabe des Projektes war es, den Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln, insbesondere von Benzodiazepinen und sog. Z-Substanzen, aus der Verordnerperspektive zu beleuchten. Es sollte untersucht werden, (1) wie häufig bei stationären Krankenhausaufenthalten Schlaf- und Beruhigungsmittel zum Einsatz kommen, (2) inwieweit sich daraus die Gefahr der Weitereinnahme im häuslichen Umfeld ergibt, (3) wie sich diese Situation aus professioneller Sicht darstellt und schließlich (4) inwieweit sich Hausärzte durch die Gabe von Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Krankenhaus mit Forderungen ihrer Patienten nach Weiterverordnungen konfrontiert sehen und wie sie diese Schnittstellenproblematik beurteilen. Aufbauend auf den Ergebnissen sollte eine partizipative Intervention für einen besseren Umgang mit Schlafproblemen im Krankenhaus und den bisher eingesetzten Medikamenten entwickelt werden.

Methode. In einem *mixed methods*-Design kamen folgende Verfahren zum Einsatz: standardisierte Befragung des Krankenhauspersonals und von Patienten; Chart Review (Auswertung von Krankenakten); qualitative Interviews mit den Hauptbeteiligten, statistische Analysen repräsentativer Verordnungsdaten vor Krankenhauseinweisung und nach Entlassung.

Ergebnisse. Nahezu die Hälfte aller Patienten nimmt während ihres Krankenhausaufenthaltes mindestens einmal ein Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein. Ärztliches und pflegerisches Personal nehmen die Häufigkeit des Einsatzes und Risiken und Nebenwirkungen unterschiedlich wahr. Haus- und Krankenhausärzte bewerten den Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln nicht als relevantes Schnittstellenthema. Eine (unkontrollierte) Weitereinnahme aufgrund eines initiierenden Einsatzes im ambulanten oder stationären Sektor gibt es, dürfte aber seltener als erwartet sein. Die angelaufene Intervention im Krankenhaus wurde sehr positiv aufgenommen. Ergebnisse hierzu werden Ende 2017 vorliegen.

Schlussfolgerung. In der Praxis des ärztlichen und pflegerischen Personals ist eine gemeinsame Problemsicht notwendig, um den Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, insbesondere bei einfachen Schlafproblemen und bei älteren Patienten möglichst zurückhaltend zu gestalten. Hierfür sind krankenhausspezifische Interventionen wünschenswert.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Der Umgang und Einsatz von Psychopharmaka wie Benzodiazepine und Z-Substanzen ist kontrovers und beschäftigt seit langem Akteure aus Medizin, Pflege, Wissenschaft und Gesundheitspolitik. Diese Medikamente führen immer wieder zu Schlagzeilen wie: „Wenn das Schlafmittel zur Gefahr wird“ (Welt 2014); „Drogen auf Rezept“ (*Frankfurter Rundschau* 2009) oder „Bleiben Sie jetzt bloß nicht ruhig“ (Die Zeit 2016).

1957 wurde Chlordiazepoxid – das erste Benzodiazepin, synthetisiert. Nachdem Nachweis des klinischen Nutzens wurde diese chemische Verbindung 1960 weltweit unter dem Namen Librium vermarktet [1]. Es folgte 1963, Diazepam (Valium; weit verbreiteter Tranquilizer) und 1965 Nitrazepam (Mogdan; Schlafmittel). Die sog. „Hypnotika der dritten Generation“, die Z-Substanzen wie Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon, wurden in den 80er Jahren auf den Markt gebracht [2, 3]. Benzodiazepine werden eingesetzt als: Tranquilizer, Hypnotikum, Kurzhypnotikum und als Antikonvulsivum. Die Z-Substanzen wirken ähnlich wie Benzodiazepine anxiolytisch, hypnotisch, muskelrelaxierend und antikonvulsiv [4]. Im Vergleich zu Benzodiazepinen wird ihnen eine geringere Beeinflussung der Schlafphasen und Abhängigkeit sowie Toleranz nachgesagt, jedoch ohne evidenzbasierte Nachweise [5].

Gegenwärtig kann durch Analysen von Verwaltungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für die letzten zehn Jahre ein Verordnungsrückgang bei diesen Medikamenten abgeleitet werden. Während 2003 noch 81 Mio. definierten Tagesdosen (DDD) an Benzodiazepinen verordnet wurden, waren es 2012 28 Mio. DDD [6]. Es gibt jedoch auch gegenläufige Beobachtungen: (1) so gilt dieser Verordnungsrückgang nicht in gleichem Ausmaß für Z-Substanzen, und (2) ist anzunehmen, dass Benzodiazepine und Z-Substanzen für GKV-Versicherte häufig und zunehmend auf Privatrezept verordnet werden [7]. Nach einer Hochrechnung des Norddeutschen Medikamentenmonitors erhalten 4 bis 5% der gesetzlich Krankenversicherten mindestens eine Verordnung eines Benzodiazepins oder einer Z-Substanz pro Kalenderjahr [8]. Im Krankenhaus zählen insbesondere Benzodiazepine, trotz der bekannten Risiken und Nebenwirkungen wie Stürze, kognitive Beeinträchtigungen, Abhängigkeit und einer erhöhten Unfallneigung gerade bei älteren Patienten zu den am häufigsten eingesetzten Medikamenten [9]. Die deutsche S3-Leitlinie „erholsamer

Schlaf“ (befindet sich derzeit in Überarbeitung) empfiehlt nur einen kurzfristigen Einsatz von <4 Wochen [10].

Der Einsatz von Benzodiazepinen und Z-Substanzen im hausärztlichen Setting ist durch verschiedene Untersuchungen exploriert worden [11–18]. Bspw. konnten Sirdifield et al. (2013) feststellen, dass Patienten, welche ihre derzeitige Lebenssituation nicht mehr bewältigen können, hilflos und gestresst ihren Hausärzten begegnen mit dem Wunsch, „irgendetwas“ verordnet zu bekommen [17]. Gegenüber den Erwartungshaltungen von Patienten [19] stehen Haltung und Umgang von Hausärzten mit diesen Situationen. Hausärzte initiieren eine erstmalige Verordnung von Benzodiazepinen, wenn sie mit den psychosozialen Problemen ihrer Patienten überfordert und der Ansicht sind, in diesen Fällen Patienten am besten medikamentös helfen zu können [12]. Anhand der Durchführung von Fokusgruppen mit Hausärzten konnten vier Gründe für eine erstmalige Verordnung von Benzodiazepinen erhoben werden: (1) in Akutsituationen wird die Verordnung von Benzodiazepinen als das geringere Übel empfunden, (2) stärkt die Arzt-Patienten-Beziehung und (3) bietet sowohl eine praktikable Lösung in Situationen der Unsicherheit und Hilflosigkeit als auch (4) in Situationen mit wenig Zeit für alternative Möglichkeiten. Entgegen den Leitlinienempfehlungen wird Z-Substanzen mehr Effektivität zugeschrieben als Benzodiazepinen [16]. Auch fühlen sich Hausärzte teilweise mit den psychischen Problemen ihrer Patienten überfordert und verschreiben aus Mitgefühl Benzodiazepine: „as the lesser evil“ [20].

Sehr wenig wissen wir über den Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln aus Krankenhäusern. Bisherige Studien fokussierten eher die Häufigkeit des Einsatzes dieser Medikamente [21–23]. Nicht bekannt sind bspw. Situationen und/oder das Patientenkontext, bei denen Medikamente häufig eingesetzt werden. Ebenso wenig wissen wir über Erfahrungen und Wahrnehmungen des ärztlichen und pflegerischen Personals bei der Anwendung dieser Medikamente. Es könnte sein, dass eine erstmalige Verschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen gerade bei älteren Menschen manchmal im Krankenhaus erfolgt. Zumindest wissen wir, dass die ambulant verordnete Medikation während des Krankenhausaufenthaltes oftmals verändert bzw. ergänzt wird [24] und anschließend der Krankenhausaufenthalt einen Einfluss auf die ambulant erstellte Medikation nehmen kann [25]. Dieses Problem wird verstärkt durch die sektorale Abgrenzung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung und die dadurch einhergehenden Versorgungsdiskontinuitäten [26].

1.2 Projektstruktur/Verantwortlichkeiten

Das Projekt zielt auf die stationär-ambulante Schnittstelle. Sie wird als Dreh- und Angelpunkt für einen hohen und langzeitigen Gebrauch von Benzodiazepinen und Z-Substanzen exploriert sowie gleichzeitig als Chance gesehen, auf einen inadäquaten und möglicherweise verfestigten Medikamentengebrauch aufmerksam zu werden und diesen ggf. zu ändern. Für ein vertiefendes Verständnis der vielfältigen Konflikte und Interessen kombinierten wir gezielt und systematisch unterschiedliche Methoden (*mixed methods-Design*) – mit dem Ziel (1) einer Bestandsaufnahme und darauf aufbauend (2) die Entwicklung empirisch begründeter Interventionen sowie (3) deren Umsetzung und Evaluation:

(1) Bestandsaufnahme: zur Häufigkeit von Psychopharmaka-Verordnungen (Benzodiazepine und Z-Substanzen sowie mögl. Alternativen) vor und nach Krankenhausaufenthalt sowie zu den Motiven und Erfahrungen von Krankenhausärzten, Pflegepersonal, Patienten und Hausärzten:

- Quantitative Analyse ambulanter Psychopharmaka-Verordnungen für Patienten der AOK Nordost (Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg) vor und nach Krankenhausaufenthalt sowie retro- und prospektive Auswertung der Krankenakten (Chart Review) zum Psychopharmaka-Gebrauch in einem regionalen Krankenhaus.
- Standardisierte Befragung von Patienten, Krankenhausärzten und Pflegepersonal zu Erfahrungen mit und Wahrnehmung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen.
- Qualitative Interviews mit Krankenhausärzten, Pflegepersonal und Hausärzten zu Motiven und Konfliktsituationen bei Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen.

(2) Partizipative Entwicklung einer Intervention: Die aufbereiteten Ergebnisse aus (1) bildeten das Material für Fokusgruppen mit Krankenhaus- und Hausärzten sowie mit dem Pflegepersonal mit dem Ziel der:

- Identifikation von Konflikten
- Entwicklung von Lösungsstrategien bzw. Maßnahmen gegen die Erst- und Weiterverordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen (z.B. administrative Regelungen; Arzt- und Patienteninformationen; Handlungs- und Kommunikationsstrategien).

(3) Umsetzung und Evaluation: Fortbildungen mit dem Ziel der Kompetenzerweiterung sowie administrative Veränderungen von Versorgungsprozessen sind wesentliche Standbeine der Intervention. Diese Maßnahmen werden modellhaft –

auch noch zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichtes – umgesetzt und bewertet (exploratory trial). Neben der laufenden Dokumentation der Anzahl der mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen entlassenen Patienten nach Intervention, erfolgt eine qualitative Prozessevaluation, im Hinblick auf die Optimierung der Intervention und ihre Umsetzung, z. B. in anderen Krankenhäusern.

An der Planung und Durchführung der einzelnen Projektschritte, sowie letztlich an der partizipativen Entwicklung von Interventionsmaßnahmen waren das Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende (EK-Weende) und das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen jeweils federführend und gleichberechtigt beteiligt.

2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Im Folgenden werden zunächst nur die Schritte 1 (Bestandsaufnahme) und 2 (partizipative Entwicklung der Intervention) dargestellt. Der dritte Schritt (Umsetzung und Evaluation) wird im Abschnitt 5.3 ab Seite 30, dort dann ausführlich dargestellt.

2.1 Schritt 1: Bestandsaufnahme

2.1.1 Häufigkeit von Benzodiazepinen und Z-Substanzen vor und nach Krankenhaus-Einweisung

Geplante Indikatoren zur Zielerreichung

Repräsentative Analyse der Verordnungen vor und nach Krankenhaus-Einweisung in Bezug auf Alter, Geschlecht, Behandlungsdauer, Region.

Fallzahlen

Die AOK Nordost hat ca. 1,8 Mio. Versicherte mit geschätzt 120.000 Krankenhaus-Fällen je Quartal (KH-Fälle nach Statistischem Bundesamt; AOK-Anteil gemäß Versichertenanteil); die geplante Stichprobe umfasst 30% - 50% dieser Fälle, also 36.000 - 60.000 Fälle je Quartal.

Methode

Follow up-Studie anhand anonymisierter Routinedaten (Auswertung von Sekundärdaten) der AOK Nordost (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin).

Durchführung

In Krankenhäusern werden bislang die verwendeten bzw. verordneten Arzneimittel in keiner elektronischen Patientenakte hinterlegt (und zudem wäre ein flächendeckender Zugang zu den Daten mehrerer Krankenhäuser unterschiedlicher Träger schwer vorstellbar). Daher wurden für eine quantitative Analyse des Einflusses von Krankenhäusern die ambulante Arzneimittelverordnungen nach der Entlassung herangezogen und mit denjenigen vor der stationären Aufnahme verglichen. Eine Nachverfolgbarkeit des Patienten über den stationären Aufenthalt hinaus ist über eine pseudonymisierte Patientennummer gewährleistet. Die Arzneimittel wurden über die Pharmazentralnummer (PZN) erfasst, die alle relevanten Informationen über das Arzneimittel kodiert. Für jeden einzelnen Patienten mit einem stationären Aufenthalt innerhalb eines bestimmten Zeitraumes in dem zu untersuchenden Krankenhaus wurden die Arzneimittelverordnungen in jeweils einem 50-Tage-Intervall vor Aufnahme und zwei 50-Tage-Intervallen nach Entlassung erfasst. Das Intervall ist frei

wählbar, die 50 Tage wurden gewählt, da in Deutschland eine Packung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen maximal 50 Tabletten enthält. Die Unterteilung des poststationären Beobachtungszeitraums in zwei Intervalle ermöglichte die Unterscheidung zwischen einer nur kurzfristigen und einer längerfristigen Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen nach stationärem Aufenthalt. Das Auswertungsverfahren ist etabliert [25]. Drei Beispielpatienten und der jeweilige Erfassungszeitraum sind in Abbildung 1 schematisch dargestellt.

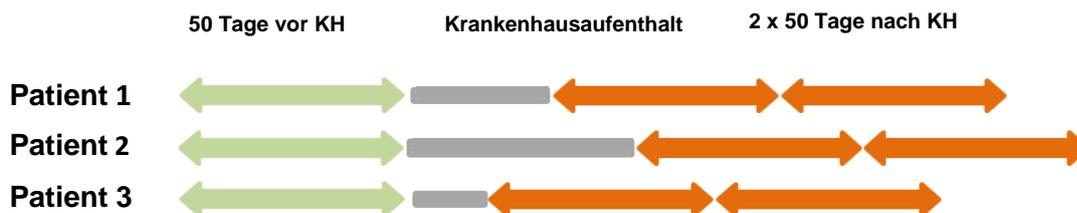


Abbildung 1: Medikamenten-Follow-up vor und nach Krankhauseinweisung

Da Patienten individuell nachverfolgt werden können, kann neben einem summarischen Vorher-Nachher-Vergleich auch ermittelt werden, ob Patienten erstmals nach einem Krankenhausaufenthalt mit bestimmten Arzneimitteln, z. B. bestimmten Benzodiazepinen, Z-Substanzen oder überhaupt Psychopharmaka versorgt wurden, ob sie bestimmte Arzneimittel sowohl vor als auch nach dem Aufenthalt erhielten oder ob ein Arzneimittel nach dem Aufenthalt nicht mehr verordnet, also abgesetzt wurde. Dieser Patientenfluss lässt sich graphisch darstellen (Abb. 2).

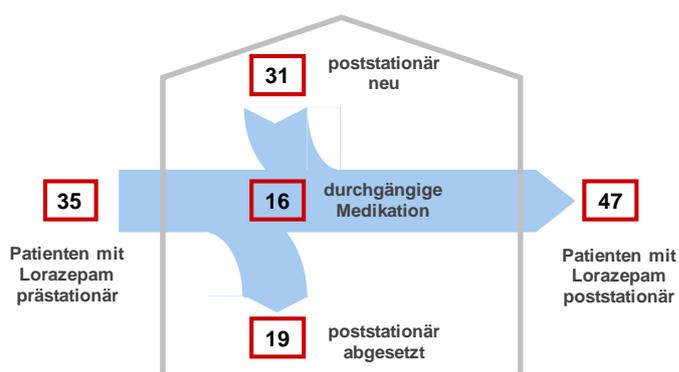


Abbildung 2: Patienten-Medikations-Fluss vor und nach Krankhauseinweisung

2.1.2 Häufigkeit von Benzodiazepinen und Z-Substanzen im gewählten Setting

Geplante Indikatoren zur Zielerreichung

Hauptzielgrößen: Anteil Patienten mit Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bzw. anderen Psychopharmaka während des Krankenhausaufenthalts und solchen mit entsprechender Empfehlung im Entlassungsbrief, sowie die relative Anzahl von Patienten mit im Krankenhaus abgesetzten Benzodiazepinen und Z-Substanzen.

Fallzahlen

In den kooperierenden Kliniken des EK-Weende werden insgesamt ca. 12.000 Patienten pro Jahr behandelt, gemäß einer Hochrechnung auf Basis der Arztbriefe von 6 Monaten werden davon ca. 5% (n=600) mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen entlassen.

Methode

Chart Review, retrospektiv über drei Monate bei allen ≥ 65 J. Patienten, in den kooperierenden Kliniken (Geriatric; Innere Medizin; Unfallchirurgie/Orthopädie, Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Minimal-invasive Chirurgie, Plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie, Operatives Brustzentrum, Urologie und Kinderurologie; Belegpraxis Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde) des EK-Weende.

Durchführung

Jede psychotrope Medikation (Benzodiazepine und Z-Substanzen sowie mögl. Alternativen) im Kontext einer Krankenhausbehandlung aller über 65-jährigen Patienten wurde retrospektiv und prospektiv (jeweils nach Entlassung im Studienzeitraum) in anonymisierter Form erhoben. Dabei wurden sowohl die Medikation bei Aufnahme, die im Krankenhaus verwendeten Medikamente (ATC-Kodierung), als auch die im Entlassbrief zur Weiterverordnung empfohlenen Medikamente sowie die Diagnosen des Krankenhauses (ICD-10) dokumentiert. Soweit sich Hinweise fanden, wurden auch Konflikte mit einer Verordnung dieser Medikamente dokumentiert, ebenso Absetzversuche einer vor Einweisung bestehenden Verordnung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen (Freitext, ggf. DRG).

In die prospektive Dokumentation wurden alle Patienten, die im Studienzeitraum entlassen werden, eingeschlossen. Neben der Erhebung der verordneten Medikamente wurde zusätzlich mittels einer standardisierten Befragung nach

Besonderheiten in Zusammenhang mit einer Verwendung von Benzodiazepinen, Z-Substanzen oder anderen Psychopharmaka gefragt (siehe Abschnitt 3.1.3).

2.1.3 Einstellung und Erfahrungen mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen

Standardisierte Befragung von Patienten

Geplante Indikatoren zur Zielerreichung

Hauptzielgrößen: Anzahl der Patienten welche glaubten Hypnotika erhalten zu haben im Vergleich zur Anzahl welche laut Akte Hypnotika erhielten, Erwartungen und Erfahrungen mit der Anwendung sowie mit Risiken und Nebenwirkungen.

Fallzahl

500 ältere Patienten ≥ 65 J; konsekutiv rekrutiert (1000 Patienten allen Alters werden pro Monat im EK-Weende behandelt, konservativ geschätzte Responstrate von mind. 50%)

Methode

Prospektive Rekrutierung über sechs Monate. Standardisierte Befragung in Anlehnung an Siriwardena [27] und zusätzliche Erfassung der verordneten Psychopharmaka laut Patientenakte. Statistische Analyse unter Anwendung der Prozeduren: Häufigkeitsauszählungen, Bestimmung des arithmetischen Mittels und Standardabweichungen, Logistische Regression zur Untersuchung von Einflussfaktoren (Bestimmung von univariaten und multivariaten Odds Ratios), Berechnung von Cohen's Kappa.

Durchführung

Patienten wurden 1 bis 2 Tage vor der Entlassung befragt. Der Fragebogen bestand aus drei Teilbereichen: (1) Erfahrungen mit Schlaf- und Beruhigungsmittel während des Krankenhausaufenthaltes; (2) Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmittel vor dem stationären Aufenthalt; (3) Bitte um Einverständnis zur Verknüpfung der Fragebogenergebnisse mit der Krankenakten-Dokumentation (siehe Abschnitt 2.1.2)

Standardisierte Befragung von Krankenhausärzten und Pflegepersonal

Geplante Indikatoren zur Zielerreichung

Vollerhebung aller pflegerischen (n=243) und ärztlichen Mitarbeiter (n=116) des EK-Weende. Hauptzielgrößen: Einschätzungen über die Häufigkeit der Verwendung von Psychopharmaka und auftretenden Risiken- und Nebenwirkungen dieser.

Methode

Schriftliche, anonymisierte Befragung aller Mitarbeiter. Fragebogen nach Hoffmann (2013) und Siriwardena (2006). Einschätzungen über die Häufigkeiten der Anwendung und zum Nutzen-Schaden-Verhältnis wurden durch Häufigkeitsanalysen ermittelt. Mittels multipler logistischer Regression wurde untersucht, welche Faktoren die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Benzodiazepine oder Z-Substanzen eingesetzt werden.

Durchführung

Die standardisierte Befragung wurde in der Mitarbeiterzeitschrift, per Rundschreiben und während div. Sitzungen (Stationsleitungsrunde, Chefarztgesprächen etc.) angekündigt. Alle pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter erhielten über die Gehaltsabrechnung den standardisierten Fragebogen, eine Einverständniserklärung sowie weitere Informationen zur Studie. Per Hauspost konnten die Fragebögen in anonymisierter Form an das Institut für Allgemeinmedizin zurückgesendet werden. Durch regelmäßige Präsenz der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen wurde versucht die Mitarbeiter zur Teilnahme zu motivieren. Die Befragung wurde durch die Mitarbeitervertretung genehmigt.

2.1.4 Motive, Ziele und Konflikte bei der Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen

Fallzahlen

Je 10-12 Krankenhausärzte und Pflegekräfte aus dem EK-Weende und 10-12 Hausärzte aus Nordhessen und Südniedersachsen; stratifiziert nach leitender bzw. Assistenz-Funktion, Geschlecht, Praxislage bzw. Fachrichtung (*maximum variation sample*). Besonderer Wert wurde auf die strikte Anonymität gelegt (siehe hierzu auch „Ethisch/rechtliche Gesichtspunkte“).

Methode

Qualitative, leitfaden-gestützte Interviews von Krankenhausärzten, Pflegepersonal und Hausärzten zu Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen, inhaltsanalytische Auswertung [28].

Durchführung

Die Interviewleitfäden wurden im Institut für Allgemeinmedizin auf der Grundlage bisheriger Ergebnisse aus dem Projekt und einer systematischen Literaturrecherche angefertigt. Nach jeweils 2 Probe-Interviews wurden diese nochmals überarbeitet und angepasst. Nach einer erzählgenerierenden Eingangsfrage wurden folgende

Themenbereiche angesprochen: Schnittstelle Krankenhaus/Hausarzt, alternative Therapiemöglichkeiten, Arzt-Patienten bzw. Arzt-Pflegekraft-Beziehung, Erfahrungen aus besonderen/kritischen Situationen, Verbesserungsbedarfe. Insbesondere Hausärzte wurden speziell zum Umgang mit Arzneimittelrichtlinien befragt. Ziel war es die Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen außerhalb der GKV (über Privatrezepte) zu thematisieren.

2.2 Schritt 2: Partizipative Entwicklung der Intervention

Sample

Drei monodisziplinäre Fokusgruppen bestehend aus jeweils fünf Pflegekräften und fünf Ärzten.

Methode

Durchführung von monodisziplinären Fokusgruppen-Diskussionen (Auswertung erfolgte mittels sog. „Knowledge Mapping“ Verfahren) [12] und mehreren Arbeitsgruppensitzungen mit Akteuren aus dem EK-Weende und dem Institut für Allgemeinmedizin. Es wurde ein partizipativer Ansatz gewählt, um die Maßnahmen langfristig verstetigen zu können.

Durchführung

Die im 1. Schritt (Bestandsaufnahme) erhobenen quantitativen und qualitativen Daten waren Material und Grundlage für die im 2. Schritt zu entwickelnde Intervention. Dafür wurden die auf multiplen Perspektiven gewonnenen Daten zusammengeführt. Entscheidendes Prinzip der Intervention war, dass sie gemeinsam von den Hauptbeteiligten entwickelt und die Umsetzung im Detail geplant wird. Hierzu wurden die aufbereiteten Ergebnisse in drei Fokusgruppen (Krankenhausärzte; Pflegepersonal des EK-Weende) diskutiert – mit dem Ziel der Identifikation von Konflikten und der Entwicklung von Kommunikations- und Handlungsstrategien.

3 Durchführungs-, Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan

Fördersumme und personelle Ausstattung des Projektes waren für die zwei zentralen Aufgaben – Bestandserhebung und Intervention – sehr knapp bemessen. Die reibungslose Durchführung des Projektes konnte allerdings dadurch sichergestellt werden, dass personelle Ressourcen des Institutes für Allgemeinmedizin, einschließlich Doktoranden und Hilfskräfte genutzt wurden.

Im Folgenden werden Abweichungen im Arbeits- und Zeitplan dargestellt, anschließend positive und negative Erfahrungen während der Projektarbeit beschrieben. Details zu den Abweichungen im Arbeits- und Zeitplan sind den Meilensteinberichten sowie den Zwischennachweisen vom 31.03.2015 und vom 31.03.2016 zu entnehmen.

3.1 Abweichungen im Arbeits- und Zeitplan

Abweichungen vom Zeitplan in den Erhebungsphasen sind eher marginal. Die Intervention hat sich – nicht überraschend – deutlich verzögert. Allerdings hat die Kooperationsbereitschaft des EK-Weende dazu geführt, dass wir Interventionsmaßnahmen auf allen Ebenen und in allen Bereichen starten konnten. Die abschließende Evaluation wird sich noch voraussichtlich bis zum Ende des 2. Quartals 2017 erstrecken. Eine Übersicht über Veränderungen im Arbeits- und Zeitplan sind den Tabellen 1 und 2 zu entnehmen.

Meilenstein 4 „Intervention ist durchgeführt“

Verzögerungen dieses Projektabschnittes ergaben sich zum einen aufgrund von personellen Veränderungen (siehe Anlage) und zum anderen durch intensive Vorbereitungen der Fokusgruppen-Diskussionen. Zur Durchführung dieser musste die Datenanalyse im Wesentlichen abgeschlossen und aufbereitet werden. Die für April 2015 geplanten Fokusgruppen-Diskussionen zur partizipativen Interventionsentwicklung konnten somit erst im Sommer 2015 stattfinden. Die Ergebnisse aus diesen Diskussionen lieferten Grundlagen zur Entwicklung eines Maßnahmenpaketes. Erfreulicherweise spricht dieses mehrere Zielgruppen und Probleme gleichzeitig an und ist damit dem Problem entsprechend ausreichend komplex (siehe Abschnitt 4.2). Für die Umsetzung einzelner Maßnahmen wurde folglich auch mehr Zeit als die veranschlagten sechs Monate benötigt.

Meilenstein 6 „Evaluation beendet inkl. Abschlussbericht“

Aufgrund der vorangegangenen Projektänderungen und aufgrund des erfreulicherweise entstandenen sehr umfassenden Maßnahmenpaketes, verzögert sich auch dieser Meilenstein. Bis zur Abgabe des Abschlussberichtes Ende November 2016 sind alle Maßnahmen umgesetzt worden. Eine Einschätzung von Handlungskompetenzen bzgl. Benzodiazepinen und Z-Substanzen vor Intervention fand bereits im September 2016 statt. Die Rückmeldungen zur Fortbildungsqualität und Einschätzung von Handlungskompetenz wird im Q1 2017 stattfinden. Monitoring der Anzahl der Benzodiazepine und Z-Substanzen im Krankenhaus und bei Entlassung ist für Juni 2017 geplant.

3.2 Abweichungen in den Projektzielen

Die im Projektantrag formulierten Projektziele konnten vollständig erreicht werden und wurden im Verlauf der Projektarbeit nicht grundlegend verändert. Die interdisziplinären geplanten Fokusgruppen wurden monodisziplinär durchgeführt. Ein interdisziplinärer Ansatz stellte sich aufgrund des hierarchischen Gefälles zwischen dem medizinischen und ärztlichen Pflegepersonal nicht als sinnvoll heraus. Zu hoch war das Risiko des sozial erwünschten Antwortverhaltens während der Befragung beider Berufsgruppen. Auf den Grundlagen der Ergebnisse wurden die Interventionsmaßnahmen bewusst nur für das Krankenhaus entwickelt.

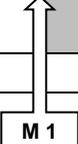
Die anfangs angenommene Hypothese, dass eine unzureichende Zusammenarbeit zwischen der stationären und primären Versorgung eine Weiterverordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen implizieren würde, konnte nicht bestätigt werden. Die Häufigkeit des Einsatzes von Benzodiazepinen und Z-Substanzen während eines Krankenhausaufenthaltes und Unsicherheiten des Krankenhauspersonals bei der Anwendung dieser Mittel, die z.T. auch Spannungen im Krankenhaussteam verantworten, bilden die Grundlage für das Maßnahmenpaket.

Tabelle 1: Geplanter Arbeits- und Zeitplan

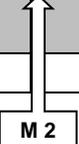
Arbeiten	2014				2015			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Auswertung von AOK-Verordnungsdaten								
Chart Review im Krankenhaus								
Standardisierte Befragung von Patienten (Ärzte/Pflege)								
Standardisierte Befragung von KH-Personal								
Qualitative Interviews mit KH-Personal und Hausärzten								
Partizipative Entwicklung der Intervention								
Umsetzung der Maßnahmen und Evaluation								

Tabelle 2: Tatsächlicher Arbeits- und Zeitplan

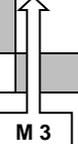
	2014				2015				2016				2017			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4				
Auswertung von AOK-Verordnungsdaten																
Chart Review im Krankenhaus																
Standardisierte Befragung von Patienten																
Standardisierte Befragung von KH-Personal (Ärzte/Pflege)																
Qualitative Interviews mit KH-Personal und Hausärzten																
Partizipative Entwicklung der Intervention																
Umsetzung der Maßnahmen und Evaluation																



M 1



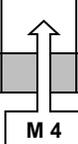
M 2



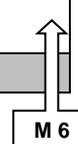
M 3



M 5



M 4



M 6

Legende

Meilenstein 1 (M1)	Datenerhebung (Bestandsaufnahme) abgeschlossen
Meilenstein 2 (M2)	Daten ausgewertet und zusammengeführt
Meilenstein 3 (M3)	Interventionskonzept entwickelt
Meilenstein 4 (M4)	Intervention durchgeführt
Meilenstein 5 (M5)	Abschluss Workshop
Meilenstein 6 (M6)	Evaluation beendet

3.3 Darstellung von positiven und negativen Erfahrungen

Die wenigen negativen Erfahrungen in der Projektarbeit beziehen sich auf die bekannten Probleme empirischer Sozialforschung, insbesondere im medizinischen Feld, vor allem Rekrutierungsprobleme. Diese Probleme tauchten erneut bei der Vorbereitung der Intervention auf. Auch hier war es nicht ganz leicht, Partner für die Fokusgruppen zu gewinnen bzw. die Termine auf die Einsatzpläne des Personals im Krankenhaus abzustimmen. Ebenfalls nicht untypisch und unerwartet war, dass bei Vorbereitung und Beginn der Interventionsmaßnahmen die Zuständigkeiten in der Durchführung nicht immer klar waren (zumal dies selbst ein Thema der Intervention war) und nicht selten Rückrufe, Erinnerungen, Nachfragen erforderlich waren, um dann auch „Compliance“ bei der Durchführung der Intervention sicherzustellen.

Demgegenüber stehen positive Erfahrungen, wie sie uns so bisher selten begegnet sind. Dazu gehört gleich zu Beginn des Projektes das große Engagement aller Beteiligten bzw. aller Verantwortlichen (ärztliche, pflegerische und administrative Leitung im Krankenhaus; Personalvertretung; Hausärzte). Alle Teilnehmer am Projekt waren sowohl bei der Entwicklung von Interventionsmaßnahmen als auch dann bei der Umsetzung hochmotiviert, brachten ständig weitere und kreative Ideen ein und/oder beteiligten sich am interprofessionellen Fortbildungsangebot im Rahmen der Intervention. Das verdient auch deshalb besondere Hervorhebung, weil allen Beteiligten klar war, dass die Intervention in liebgewordene und „erfolgreiche“ Handlungsabläufe eingreifenwürde.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zusammenfassend die wichtigsten Ergebnisse aus den Erhebungsphasen dargestellt. Umfassender werden die partizipative Entwicklung der Interventionen und die Intervention selbst dargestellt.

4.1 Ergebnisse aus Schritt 1: Bestandsaufnahme

4.1.1 Häufigkeit von Benzodiazepinen und Z-Substanzen vor und nach Krankenhauseinweisung

Die Stichprobe für diese Untersuchung umfasste die knapp 2 Millionen Mitglieder der AOK in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Von diesen kamen 349.473 im Jahre 2012 ins Krankenhaus. Von diesen haben wir ein Subsample gezogen, die zwischen dem 20.02.2012 und 22.09.2012 im Krankenhaus waren und mindestens 50 Tage zuvor oder mindestens 100 Tage danach eine Arzneimittelverordnung erhalten hatten (n=100.281). Knapp 4 % von ihnen (3.996) erhielten vor Krankenhauseinweisung (t1) eine Arzneimittelverordnung über Hypnotika und Sedativa. Innerhalb der ersten 50 Tage nach Entlassung (t2) stieg diese Rate auf 4,5%, fiel dann aber zwischen dem 51. und 100. Tag nach Entlassung (t3) wieder auf das Ausgangsniveau zurück. Knapp 1% der Patienten (n=773), die vor Einweisung kein Medikament aus der genannten Gruppe erhalten hatten, wurde zu beiden Zeiträumen nach Krankenhausentlassung ein entsprechendes Medikament verordnet.

Die Abbildung 3 zeigt die Entwicklung über die 3 Zeiträume, getrennt nach Geschlecht und Krankenhausabteilung. Man sieht einen deutlichen Geschlechtseffekt, kombiniert mit einem Abteilungseffekt. So erhielten 5,1 % der weiblichen Patienten, die später auf eine internistische Station eingewiesen wurden ein Hypnotikum oder Sedativum, aber nur 3,6 der Frauen, wenn es sich um eine chirurgische Abteilung handelte. Ähnlich war der Unterschied bei den Männern, nur auf einem tieferen Niveau. Die Rate dieser Medikamente bei Männern und Frauen, die in eine psychiatrische Abteilung eingewiesen wurden, war deutlich höher. Bei den Frauen nahm allerdings schon im ersten Beobachtungszeitraum nach Entlassung (t2) der Anteil mit entsprechenden Medikamenten deutlich ab – und erneut im zweiten Zeitraum nach Entlassung (t3).

Diese Effekte von Geschlecht und Abteilungen konnten dann auch in einer multivariablen Analyse bestätigt werden; auch Alter der Patienten und Länge des Krankenhausaufenthalts spielten für den Anstieg bzw. Abstieg dieser Medikamente im ersten bzw. im zweiten Untersuchungszeitraum nach Entlassung eine gewisse Rolle. Dem deutlichen Anstieg im

ersten Untersuchungszeitraum nach Krankenhausentlassung muss man allerdings den gegenteiligen Entwicklungsverlauf gegenüberstellen. So erhielten mehr als 35% der Patienten mit einem Hypnotikum oder Sedativum vor Krankenhauseinweisung dieses Medikament nicht mehr im ersten Untersuchungszeitraum nach Entlassung. Darüber hinaus zeigte sich ein gewisser Trend beim Rückgang langwirksamer Benzodiazepine zugunsten kurzwirksamer Medikamente.

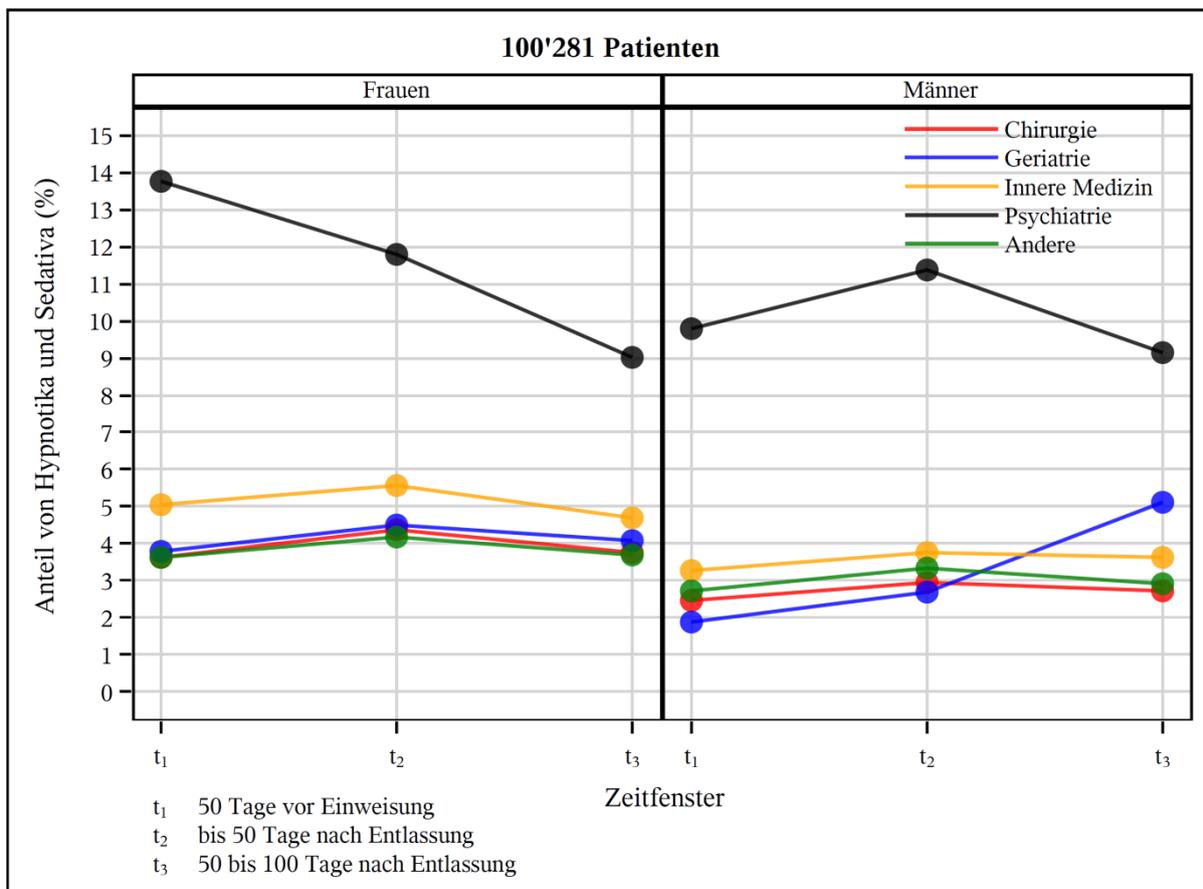


Abbildung 3: Anteil von Hypnotika und Sedativa vor und nach Krankenhauseinweisung

4.1.2 Häufigkeit des Einsatzes von Benzodiazepinen und Z-Substanzen im gewählten Setting

Es wurden 2130 Akten ausgewertet; w=1231 (57%). Im Durchschnitt waren die Patienten 79,2 Jahre alt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 9,1 Tage.

Insgesamt nahmen 42,1% (n=784) aller Patienten \geq 65 J. während eines Krankenhausaufenthaltes mindestens einmal Benzodiazepinderivate oder Z-Substanzen, 21,1% (n=449) Antidepressiva und 11,7% (n=249) Neuroleptika ein (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anteil von Patienten mit mind. einer einmaligen Medikation

	Benzodiazepine	Z-Substanzen	Antidepressiva	Neuroleptika
Insgesamt	29,5%* (629#)	12,5% (268)	21,1% (449)	11,7% (249)
Bedarfsmedikation	22,9% (489)	9,3% (198)	01,% (2)	5,7% (121)
Dauermedikation	6,6% (140)	3,3% (70)	21,0% (447)	6,0% (128)

* % bezogen auf die Gesamtpatientenzahl (n=2130); # Absolutwert der Patientenzahl

Psychopharmaka wurden am häufigsten auf geriatrischen Abteilungen neu angesetzt, darunter Antidepressiva mit 25,8%; Neuroleptika mit 4,8% und Z-Substanzen mit 2,8%. Benzodiazepine wurden am häufigsten auf chirurgischen Abteilungen neu angesetzt (2,7%) und am wenigsten wieder abgesetzt (0,5%).

Knapp 10% aller Patienten hatten vor Krankenseinweisung ein Benzodiazepin oder eine Z-Substanz. Bei 7% (148) der Patienten wurde ein Benzodiazepin oder eine Z-Substanz im Entlassungsbrief dokumentiert.

4.1.3 Benzodiazepine und Z-Substanzen: Einnahme aus Erfahrungen von Patienten

An der Befragung teilgenommen haben 508 Patienten; w=300 (59%).

Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmittel

Fast die Hälfte der befragten Patienten (227/493) hatte – laut eigener Aussage – mindestens einmal ein Schlaf- oder Beruhigungsmittel während eines Krankenhausaufenthaltes erhalten. Über die Hälfte der Patienten der „Geriatric“ berichtetet von einer Einnahme, dies waren wesentlich mehr als in den „Chirurgischen Fächern“ oder der „Inneren Medizin“. Ein Unterschied in den Altersgruppen ließ sich nicht feststellen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Krankenhaus

	Patienten mit mind. einem Schlaf- und Beruhigungsmittel
Frauen (n=293)	136 (46,4)
Männer (n=200)	91 (45,5%)
Chirurgische Abteilungen (n=245)	99 (40,4%)
Innere Medizin (n=137)	66 (48,2%)
Geriatric (n=110)	61 (55,5%)
65-84 Jahre (n=420)	193 (46,0%)
≥85 Jahre (n=73)	34 (46,6%)
Alle (n=493*)	227 (46,6%)

Aufgeführt werden Patienten, die laut eigener Aussage mindestens ein Schlaf- oder Beruhigungsmittel erhielten;
* 15 Patienten hatten mit „weiß nicht“ geantwortet

Vergleich der Patientenakte mit der Aussage der befragten Patienten

Vergleicht man die Dokumentation mit der Medikamenteneinnahme mit den Aussagen aus der Patientenbefragung, zeigte sich eine große Übereinstimmung: 84,6 % der Patientenaussagen aus der Befragung stimmten mit der Dokumentation überein (Cohen's Kappa: 0,70).

Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmittel vor Krankenhausaufenthalt

Knapp 20% (89/508) der Patienten hatten vor dem stationären Aufenthalt bereits Erfahrungen mit Schlaf- und Beruhigungsmittel zu Hause gemacht, häufiger Frauen als Männer (24,3% vs. 8,3%). Die große Mehrheit der Patienten mit Vorerfahrungen (73/86 ≙ 84,9%) erhielt auch im Krankenhaus Schlaf- oder Beruhigungsmittel. Für knapp ein Drittel (148/487) hingegen war es im Krankenhaus die erste Verordnung eines Schlaf- oder Beruhigungsmittels (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Verordnung während eines Krankenhausaufenthaltes und zu Hause

Verordnung zu Hause		
Verordnung im Krankenhaus*	ja	nein
ja	73 (84,9%)	148 (36,9%)
nein	13 (15,1%)	253 (63,9%)
Summe	86 (17,7%)	401 (82,3%)

*Basis n=508 (21 fehlende Angaben)

Wunsch der Weitereinnahme des stationär erhaltenen Schlaf- oder Beruhigungsmittels

Gut ein Drittel der Patienten wünschte eine Weitereinnahme der stationär verordneten Medikamente.

Da die Patienten nur allgemein nach Schlaf- und Beruhigungsmittel befragt wurden, sollte mit Hilfe der Einträge in der Patientenakte auch differenziert werden, ob Patienten die eine Weitereinnahme wünschten, bestimmte Präparate erhalten hatten (Tabelle 6). Bei Z-Substanzen war der Wunsch nach Wiedereinnahme besonders hoch; aber auch bei Benzodiazepinen wünschten noch mehr als ein Viertel der Patienten eine Weitereinnahme zu hause.

Tabelle 6: Wunsch der Weitereinnahme; nach eingenommenen Schlaf- oder Beruhigungsmittel

Einnahme laut Patientenakte von	Wunsch der weiteren Einnahme n (%)
Benzodiazepinen (n=90)	24 (26,7%)
Z-Substanzen (n=49)	25 (51,0 %)
Benzodiazepinen und/oder Z-Substanzen (n=132)	45 (34,1 %)
Baldrian (n=69)	33 (47,8 %)
Mirtazapin (n=62)	21 (33,9 %)

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse dieser Erhebung, dass ältere Patienten im Krankenhaus häufig Schlaf- und Beruhigungsmittel erhalten. Viele eine Fortführung der Einnahme nach der Entlassung wünschen, auch wenn es sich dabei um Benzodiazepine und/oder Z-Substanzen handelt. Auch wenn es sich oft nur um einmalgaben im Krankenhaus handelte, sollte das Risiko von Abhängigkeit, insbesondere aber das Risiko von Frakturen durch Stürze im Krankenhaus selbst nicht unterschätzt werden.

4.1.4 Befragung der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter

Insgesamt beantworteten 138 von 359 Mitarbeitern (38%) den Fragebogen zu Einstellungen und/oder Erfahrungen mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen, mehr ärztliche Mitarbeiter (65/126; 51%) als pflegerische Mitarbeiter (73/282; 26%).

Die Ergebnisse aus dieser Erhebungsphase sind bereits veröffentlicht unter: *Weiß V, Heinemann S, Himmel W, Nau R, Hummers-Pradier E. Die Anwendung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen als Schlaf- und Beruhigungsmittel in einem Krankenhaus – aus Sicht des ärztlichen und pflegerischen Personals. Dtsch Med Wochenschr 2016;141:e121-6.*

Einschätzung zur Häufigkeit von Benzodiazepinen und Z-Substanzen

Das Pflegepersonal schätzte die Häufigkeit der Verwendung der beiden Medikamentengruppen deutlich höher ein als das ärztliche Personal. Das galt sowohl für Benzodiazepine als auch für Z-Substanzen. Weit über die Hälfte des befragten Pflegepersonals berichtete, dass Schlafmittel bei Schlafstörungen häufig verwendet werden. Beim ärztlichen Personal berichtete dies nur ein knappes Drittel. Dass diese Medikamente bei Schlafstörungen gar nicht eingesetzt werden, meinten ca. 20% der Ärzte, niemand dagegen vom Pflegepersonal.

Bewertung des Nutzen-Schaden-Verhältnisses

Fast die Hälfte des ärztlichen Personals war der Ansicht, dass der Schaden bei Benzodiazepinen den Nutzen bei älteren Patienten überwiegt (48%), seltener das Pflegepersonal (29%). Bzgl. der Z-Substanzen glaubten dies 29% der Ärzte und 18% der Pflegekräfte. Entsprechend häufiger als Ärzte glaubte das Pflegepersonal, dass der Nutzen von Benzodiazepinen den möglichen Schaden überwiegt (40% vs. 20%), ähnlich bei Z-Substanzen.

Was beeinflusst die Einschätzung der Häufigkeit der Anwendung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen?

Wenn aus Sicht der Befragten der Nutzen von Benzodiazepinen deren potentiellen Schaden überwog, waren sie vergleichsweise oft der Ansicht, diese Medikamente häufig zu verwenden bzw. zu verordnen (adjustierte Odds Ratio: 3,35; 95%-Konfidenzintervall: 1,28 – 8,79). Dieser Zusammenhang galt auch für Z-Substanzen (5,07; 1,48 – 17,35). Anders als bei den Benzodiazepinen spielten bei den Z-Substanzen aber noch weitere Faktoren eine signifikante Rolle, insbesondere die Berufszugehörigkeit. So waren deutlich mehr Mitarbeiter

aus der Pflege als Ärzte der Ansicht, Z-Substanzen als Schlaf- und Beruhigungsmittel häufig zu verwenden (13,95; 3,87 – 50,28). Auch die Tätigkeit auf nicht-chirurgischen Abteilungen (im Vergleich zu anderen Abteilungen), eine kürzere Berufstätigkeit und die Einschätzung, dass bei Z-Substanzen das Nutzen-Schaden-Verhältnis ausgeglichen ist bzw. der Nutzen überwiegt, waren in diesem Zusammenhang von Bedeutung.

4.1.5 Gespräche mit Haus- und Krankenhausärzten

Insgesamt konnten 12 niedergelassene Hausärzte ($w = 5$) aus Südniedersachsen und Nordhessen und 12 Krankenhausärzte ($w = 3$) der Fachabteilungen Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Geriatrie und Intensivmedizin des EK-Weende befragt werden.

Die Annahme des Projektes, das ein Erstgebrauch eines Schlaf- und Beruhigungsmittels im Kontext akuter Krisensituationen während Krankenhausaufenthalte erfolgt und sich daraus eine langfristige Weiter- bzw. Wiedereinnahme im Rahmen der hausärztlichen Versorgung entwickelt, konnte nicht überzeugend bestätigt werden. Ursachen für Erst- und Folgeverordnungen sind komplexer als erwartet und nicht nur auf Geschehnisse einzelner Versorgungsbereiche zurückzuführen. Ohne die Ergebnisdarstellung in geplanten Veröffentlichungen vorweg greifen zu wollen, können folgende Ergebnisse festgehalten werden:

Haus- und Krankenhausärzte unterscheiden sich deutlich in ihrem Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Beide Arztgruppen scheinen im Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln in unterschiedliche Arbeits- und Lebenswelten zu agieren.

Aufgrund der unterschiedlichen finanziellen und strukturbedingten Unterschiede war das auch zu erwarten. Nicht zu erwarten war jedoch, dass diese unterschiedlichen „Lebenswelten“ von Haus- und Krankenhausärzten eine kontinuierliche Pharmakotherapie und einen leitlinienorientierten Umgang in und zwischen beiden Sektoren erschweren.

Für Hausärzte sind akute Lebenskrisen und Belastungssituationen (Tod eines Angehörigen, Scheidung, anstehende Prüfungen) oder depressiven Lebenslagen typische Konsultationssituationen, in denen Patienten um Schlaf- und Beruhigungsmittel bitten. Die „Behandlung“ solcher Umstände ist meist langwierig und verlangt die Betrachtung von „Nebenschauplätzen“ (soziale Einbettung, berufliche Position), um nicht-adäquate Folgeverordnungen oder Therapien zu vermeiden. Krankenhausärzte hingegen ordnen diese Medikamente häufig an, wenn Patienten aufgrund von fremden Umgebungsbedingungen oder Unruhe nicht schlafen können oder Angst vor bevorstehenden Therapien haben. Es geht also um eine kurzfristige Versorgung im Rahmen von akuten Bedürfnissen oder Problemen. Die Berücksichtigung des alltäglichen Lebens der Patienten steht eher im Hintergrund.

Für beide Gruppen, Haus- und Krankenhausärzte, ist der Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln: „*ein medizinisches Problem unteren Ranges*“. Wichtiger ist für sie die Versorgung von Patienten mit Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen. Ein Hausarzt äußerte bspw., dass Schlafstörungen nicht per se als Krankheit zu beurteilen sind und Medikamente wie Benzodiazepine oder Z-Substanzen eher Life-Style-Medikamente seien. Krankenhausärzte der geriatrischen Abteilungen hingegen fanden einen erholsamen Schlaf insbesondere für ältere Patienten wichtig für den Genesungsprozess. Die unterschiedlichen Umgangsweisen und beeinflussende Faktoren können wir 7 Hauptkategorien zuordnen: Typisches Klientel, Konsultationssituationen, zeitliche und finanzielle Ressourcen, Risikowahrnehmung, Aushandlungsprozesse, Anordnungspraktiken und weiter beeinflussende Personen.

4.1.5.1 Ergebnisse zur Schnittstelle zwischen Krankenhausärzten und Hausärzten

Zwar wird es als durchaus sinnvoll angesehen, sich im Falle der Verordnung von Herz-Kreislaufmedikamenten, Chemotherapien oder im Rahmen des Einsatzes von blutverdünnenden Medikamenten miteinander auszutauschen. Auch werden die Hausärzte kontaktiert, um Anamnesen vervollständigen zu können, wenn Patienten als Notfall stationär aufgenommen werden. Aber ob Schlaf- und Beruhigungsmittel weiter eingenommen werden oder nicht, sei nach den Ansichten der Befragten nicht von Bedeutung. Interessanterweise berichten Hausärzte eine gewisse Art von Unterwürfigkeit bzw. Unsicherheit gegenüber dem subjektiv wahrgenommenen „überlegenen“ Auftreten der Krankenhausärzte. Es ist anzunehmen, dass diese Wahrnehmung eine Kommunikationsanbahnung behindert.

Durchgängig alle befragten Hausärzte betonten, dass im Krankenhaus eingenommene Schlaf- und Beruhigungsmittel im Entlassungsbrief nicht erwähnt werden: „... *die Schlafmittel werden interessanterweise eben nicht in den Entlassungsberichten dokumentiert...*“ (HA5).

Krankenhausärzte waren der Ansicht, dass es nur notwendig sei, fest angeordnete Schlafmittel im Entlassungsbrief zu erwähnen; bspw. wenn Mirtazapin zur Nacht bei geriatrischen Patienten angeordnet werden. Dokumentiert würden auf jeden Fall Therapieänderungen von bereits vor dem Krankenhaus eingenommene Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder der Einsatz dieser Medikamente in Falle von Ausnahmesituationen (bspw. Durchgangssyndrom). Dass Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt Hausärzte um ein Schlaf- und Beruhigungsmittel bitten, komme vor, sei aber eher selten. Hausärzte könnten diesen Wunsch in einigen Fällen abwenden, mit der Erklärung, dass zu Hause nun wieder eine ganz andere Situation vorherrsche. Eher seltener werde dem Verordnungs-

wunsch entsprochen und versucht gemeinsam zu rekonstruieren welche Medikamente im Krankenhaus ausgegeben wurden.

4.1.6 Gespräche mit Pflegekräften

Insgesamt konnten 13 Pflegekräfte (w = 10) der Fachabteilungen Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Urologie, Geriatrie, Intensivmedizin und der Wachstation (Intermediate Care) des EK-Weende befragt werden.

Pflegekräfte spielen während des Umganges mit Schlaf- und Beruhigungsmittel eine wichtige Rolle. Sie werden häufig von den Patienten mit dem „Wunsch“ nach einem Schlaf- und Beruhigungsmittel als erstes angesprochen. Drei Problemfelder prägen den Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln:

Problemfeld 1: Ausgangssituation Nachtdienst

Arbeitssituationen im Nachtdienst sind charakterisiert durch knappe zeitliche Perioden und enge Ressourcen. Eine Pflegekraft trägt die Aufsichtspflicht und Verantwortung von mindestens 30 Patienten. Im Nachtdienst wird der Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln häufig bei Rundgängen thematisiert, z.B. wegen Ängsten und Sorgen vor anstehenden Operationen, bei bereits bestehender Einnahme zu Hause oder für einen erholsamen Nachtschlaf. Patienten – so der Eindruck von Pflegekräften – werden durch Nachbarpatienten, fremde Geräusche, dem Ein- und Austreten des medizinischen Personals oder durch unbequeme Matratzen zusätzlich gestört. Nicht selten werden daher Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingesetzt, z.T. würden das Kollegen unkritisch tun – sei es um den Bedürfnissen der Patienten zu entsprechen oder auch um einen „ruhigen“ Nachtdienst zu haben. Gleichzeitig würden sehr wohl Nebenwirkungen wie Hang-over-Effekte verbunden mit Tagesmüdigkeit, paradoxe Wirkungen (starke Agitiertheit), Verwirrungszustände und Gangunsicherheiten beobachtet.

Problemfeld 2: Interprofessionelle Kommunikation

Pflegekräfte berichteten, dass Ärzte während des Bereitschaftsdienstes am besten nicht mit einer Anordnung dieser Medikamente „belästigt“ werden möchten, zumal sie die Patienten der betreffenden Station nicht kennen und aufgrund der hohen Arbeitsdichte überlastet sind. Konsequenterweise fühlen sich Pflegekräfte dafür verantwortlich, offensichtlich gibt es auch – stationsspezifisch – inoffizielle Absprachen zwischen Ärzten und Pflegekräften. Auf anderen Stationen wird interdisziplinär entschieden, z.T. gemeinsam mit den Patienten.

Problemfeld 3: Pflegerische Handlungsstrategien

Pflegekräften waren Risiken und Nebenwirkungen der betreffenden Medikamente durchaus bewusst. So gut es ging, versuchten einige auch während des Nachtrudganges keine Schlaf- und Beruhigungsmittel anzubieten, Ein- und Durchschlafstörungen zunächst mit zu Phytotherapeutika zu begegnen und Symptome wie bspw. Schmerzen frühzeitig zu behandeln, um Ein- und Durchschlafstörungen möglichst zu vermeiden.

4.2 Ergebnisse aus Schritt 2: Partizipative Entwicklung der Intervention

Ergebnisse aus einer vorangegangenen Literaturrecherche und aus den umfassenden qualitativen und quantitativen Erhebungsphasen bildeten die Basis zur Entwicklung von partizipativen Interventionsmaßnahmen [29] für das EK-Weende. Dieses Vorgehen orientierte sich u.a. an den Empfehlungen von Campbell et al. (2007). So wurde die ursprüngliche Hypothese eines Verordnungseffektes des Krankenhauses auf die ambulante Versorgung während der Planung eines Maßnahmenpaketes nicht weiter berücksichtigt. Nach den Aussagen der Hausärzte würde dieses Problem eher selten vorkommen. Wesentlich problematischer erschien der Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmittel im Krankenhaus selbst. Aus diesem Grund wurde während der Planung von Interventionsmaßnahmen vorrangig der Umgang mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen im Krankenhaus fokussiert. Folgende Problemfelder wurden adressiert:

- (1) Laut PRISCUS-Liste inadäquate Psychopharmaka für ältere Patienten.
- (2) Wissensbestände des ärztlichen und pflegerischen Personals zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen
- (3) Erwartungen von Patienten im Krankenhaus
- (4) Drucksituationen während des Nachtdienstes

Aufbereitet wurden diese Problemfelder in drei Fokusgruppen-Diskussionen (mono-disziplinär) mit dem pflegerischen und ärztlichen Personal – mit dem Ziel der Identifikation von Konflikten und der partizipativen Entwicklung von Kommunikations- und Handlungsstrategien. Während weiteren Gesprächen und regelmäßigen Arbeitsgruppentreffen mit den Leitungen und wissenschaftlichen Mitarbeitern des Institutes für Allgemeinmedizin und Vertretern des Qualitätsmanagements, der Pflegedienstleitung, dem Medizinischer Geschäftsführer, dem Kaufmännischer Geschäftsführer und dem Chefarzt der Geriatrie/ Inneren Medizin des EK-Weende wurden vier Maßnahmen beschlossen. Übergeordnetes Ziel des komplexen Maßnahmenpaketes ist es, den Einsatz von Schlaf- und Beruhigungs-

mittel bei einfachen Ein- und Durchschlafstörungen zu verringern bzw. leitliniengerechter zu gestalten. Folgende Maßnahmen wurden partizipativ entwickelt:

- (1) Poster-Kampagne und Homepage www.schlaffreundliches-krankenhaus.de:
 - Zielgruppe: Patienten und ärztliches sowie pflegerisches Personal
 - Ziel: Sensibilisierung für alternative Möglichkeiten bei einfachen Ein- und Durchschlafstörungen während eines Krankenhausaufenthaltes
- (2) Hausinterne SOP (standard operating procedure) „Schlafstörungen im Krankenhaus“
 - Zielgruppe: ärztliches und pflegerisches Personal
 - Ziele: Die SOP besteht aus (1) Handlungsstrategie: Schaffung von Klarheiten in den Zuständigkeiten (welche Berufsgruppe ist für welche Aufgaben während des Umganges mit Schlaf- und Beruhigungsmittel zuständig); Darstellung von alternativen nicht-medikamentösen Möglichkeiten anstatt des Einsatzes von Schlaf- und Beruhigungsmitteln; (2) Verordnungshilfe: Positiv-Liste von Schlaf- und Beruhigungsmitteln für Ärzte; mit dem Ziel einer Hilfestellung zur adäquaten Anwendung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln bei Patienten mit einer bereits bekannten Einnahme dieser Medikamente und bei Patienten, bei denen nicht-medikamentöse Maßnahmen in der ersten Nacht nicht geholfen haben.
- (3) Fortbildungen
 - Zielgruppe: ärztliches und pflegerisches Personal, Krankenpflegeschüler
 - Ziel: Bekanntmachung der SOP „Schlaffreundliches Krankenhaus“. Fort- und Weiterbildungen (auch interdisziplinär) zu den Themen: Nicht-medikamentöse Möglichkeiten bei Ein- und Durchschlafstörungen, Wirkungen und Nebenwirkungen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

Das gesamte Maßnahmenpaket wurde unter der Initiative „Schlaffreundliches Krankenhaus“ eingeführt. Durch diese Initiative soll schrittweise eine Kultur zur Förderung einer schlaffreundlichen Umgebung im Krankenhaus geschaffen werden. Basis dieser Initiative ist die Mobilisation und Motivation der Mitarbeiter zur fortwährenden Berücksichtigung der Ziele dieser Initiative. Aktuell befindet sich die Initiative in der Umsetzungs- und Anpassungsphase.

4.3 Schritt 3: Umsetzung der Maßnahmen und Evaluation

Poster-Kampagne und Homepage

Die Poster der Kampagne „Schlafreundliches Krankenhaus“ sind zwischen dem Institut für Allgemeinmedizin, dem EK-Weende und in Zusammenarbeit mit einer professionellen Marketingagentur entwickelt worden. Zum Schluss einer mehrmonatigen Entwicklungszeit konnten zwei Poster-Motive finalisiert werden (Abb. 4).



Abbildung 4: Poster zur Kampagne „Schlafreundliches Krankenhaus“

Die Poster wurden im Oktober und November 2016 auf insgesamt 20 Stationen des EK-Weende montiert (Beispiele in Abb. 5).

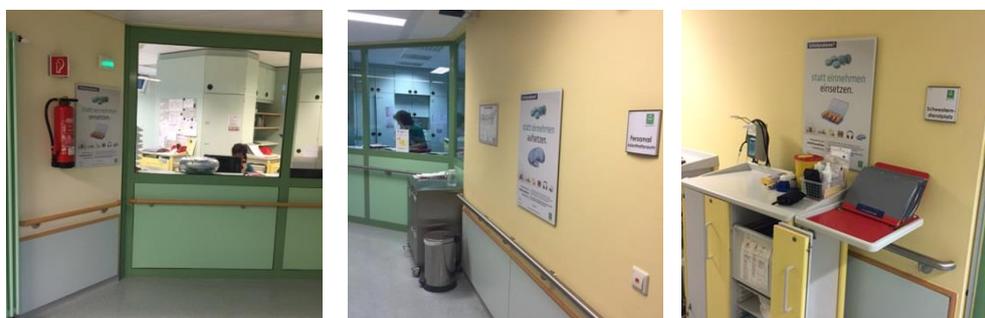


Abbildung 5: Standorte der Poster im EKW; Quelle eigene Aufnahmen

Parallel zu den Postern wurde die Homepage: www.schlaffreundliches-krankenhaus.de entwickelt (siehe Abb. 6). Zielgruppe sind Patienten mit einem bevorstehenden Krankenhausaufenthalt und der Sorge über Schlafstörungen oder Patienten, die sich bereits im Krankenhaus befinden und über Ein- und Durchschlafstörungen klagen. Ziel ist es, diese Patienten über nicht-medikamentöse Möglichkeiten zu informieren und zu sensibilisieren.

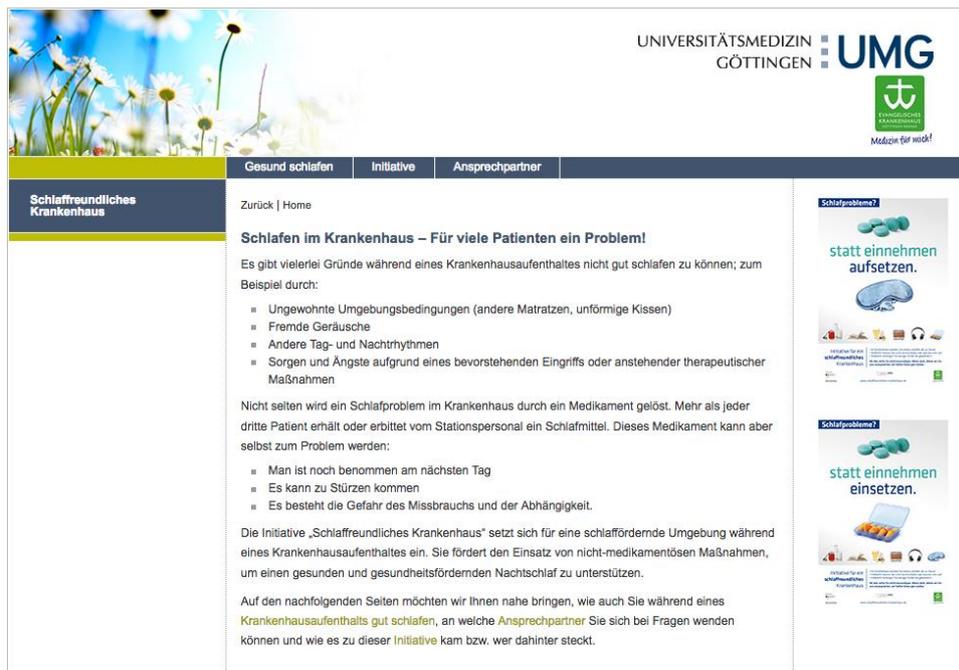


Abbildung 6: Startseite der Homepage "Schlaffreundliches Krankenhaus"

Hausinterne SOP (standard operating procedure) „Schlafstörungen im Krankenhaus“

Bereits in Juli 2016 konnten die Handlungsempfehlungen inkl. Verordnungshilfe mit allen Chefärzten abgestimmt und anschließend im hauseigenen RoXtra Dokumentenverwaltungssystem abgelegt werden. Da das Dokument zwar von allen Rechnern erreichbar ist aber die Sichtbarkeit der Handlungsstrategie eher gering ausfällt, wurde eine komprimierte Form als Kitteltaschenversion im November 2016 erstellt (Abb. 7).

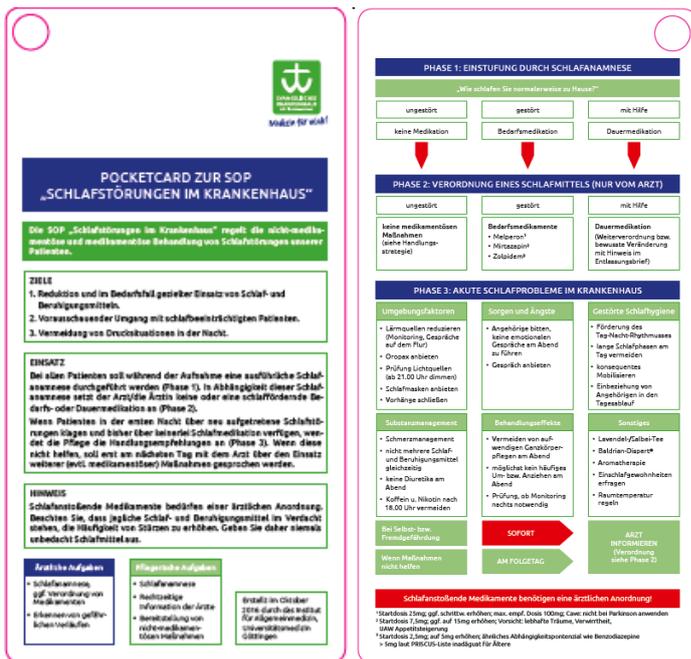


Abbildung 7: Kitteltaschenversion der SOP "Schlafstörungen im Krankenhaus"

Während einer hauseigenen Fortbildungsveranstaltung des EK-Weende wurden die ersten 100 Kitteltaschen-Versionen verteilt. Die weitere Verbreitung erfolgt zukünftig während Fort- und Weiterbildungen des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals. Zudem ist geplant, auch allen neuen Mitarbeitern während des Einführungstages die Kitteltaschen-version auszuhändigen.

Fortbildungen für einen sensibilisierten Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmittel

Im Folgenden eine Liste aller bereits durchgeführten oder sich in Planung befindlichen Fortbildungen, um die Maßnahmen und Inhalte der Initiative: „**Schlafreundliches Krankenhaus**“ allen pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitern bekannt zu machen:

- 13.09.2016 Behandlung von Schlafproblemen mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln; Vorstellung der SOP „Schlafstörungen im Krankenhaus“ im Rahmen der Stationsleitungssitzung. Anwesend waren ca. 40 Pflegekräfte in führenden Positionen von allen Stationen.
- 05.10.2016 Schlafprobleme im Rahmen der hausinternen Fortbildungsreihe „Pflege-Forum“. Schwerpunkt: SOP und alternative Maßnahmen bei Schlafproblemen Teilnehmerzahl: 24.

- 06.10.2016 Ärztliche Fallbesprechungen der Abteilung Geriatrie und Innere Medizin. Schwerpunkt: SOP und medikamentöse Einstellung von älteren Patienten. Teilnehmerzahl: 20.
- 03.11.2016 Interprofessionelle OMiT Fortbildungsreihe zur Pharmakologie von Schlaf- und Schmerzmitteln bei älteren Patienten (Halbwertszeiten, Risiken und Nebenwirkungen sowie adäquater Einsatz dieser Medikamente auf den geriatrischen Abteilungen des Hauses) [30]. Teilnehmerzahl: 12.
- 10.11.2016 Vorstellung der Projektergebnisse, Thematisierung der Sturzproblematik bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln und Vorstellung der SOP im Rahmen der 14-tägigen Chefarztrunde. Teilnehmerzahl: ca. 25.
- 20.02.2017 Geplante Fortbildung in der Krankenpflegeschule im Rahmen der Lehreinheit „Wachsein und Schlafen“. Teilnehmerzahl: ca. 30.

Bei allen Fortbildungen im Krankenhaus werden folgende vier Ziele vorgestellt und erläutert:

Ziel 1: Patienten, die normalerweise zu Hause gut schlafen, sollen in der 1. Nacht **keine Schlafmittel** erhalten.

Ziel 2: Entscheidungen über Schlafmittel und Dosierung sollen **möglichst tagsüber** vom Stationsarzt getroffen werden.

Ziel 3: Alternativen zu Schlafmittel (Oropax, Tee, Schlafbrille, usw.) sollen **auf jede Station zur Verfügung stehen** und angeboten werden.

Ziel 4: Wenn ein Schlafmittel verordnet wird: möglichst **lang-wirksame Benzodiazepine (z.B. Noctamid) vermeiden** (Sturzgefahr!).

Fortbildung für Hausärzte. Im Rahmen des alljährlichen „Tag der Allgemeinmedizin“ des Institutes für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen am 02.11.2016 wurde ein interaktiver Workshop (90 Minuten) für Hausärztinnen, Hausärzte und Praxishelferinnen angeboten. Bei einem Rollenspiel mit einer Simulationspatientin ging es um Patienten, die Schlafmittel einfordern (Abb. 8).



Abbildung 8: Rollenspiel zwischen Hausarzt und Simulationspatientin im Workshop: Umgang mit Hypnotika bei Schlafstörungen in der Hausarztpraxis"

Im Team überlegten Hausärztinnen/Hausärzte zusammen mit Arzthelferinnen, wie man verhindern kann, dass aus einem einmaligen Rezept für Schlaf- und Beruhigungsmittel ein Dauergebrauch wird. Teilnehmerzahl: 24. Da die Veranstaltung als relevant evaluiert wurde, wird diese Fortbildung auch im kommenden Jahr noch einmal angeboten.

Sämtliche hier aufgeführten Maßnahmen wurden vor ihrer Einführung in der Mitarbeiterzeitschrift „Pulsschlag“ bekannt gegeben.

Evaluation

Ziele der Evaluation betreffen die Machbarkeit und Effektivität der Interventionen. Hauptfragen sind:

1. Werden alle wesentlichen Stakeholder die Interventionen akzeptieren und an diesen teilnehmen?
2. Werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit den Interventionen zufrieden sein?
3. Können Interventionen dieser Art dazu beitragen, Schlaf- und Beruhigungsmittel im Krankenhaus zu reduzieren?

Teil-Evaluationen einzelner Maßnahmen fanden bereits statt. Bspw. wurde die Fortbildungsreihe OMiT und der Workshop für Hausärztinnen und Hausärzte am Tag der Allgemeinmedizin mittels eines kurzen, standardisierten Feedback-Bogens evaluiert:

Pflege-Forum. Das mündliche Feedback der Teilnehmer war positiv. Sie wünschen sich in Zukunft mehr Fortbildungen zum Thema Behandlung von Schlaf-problemen, insbesondere zu komplementärmedizinischen und pflegerischen Maßnahmen zur Schlafförderung (z.B. Aromatherapie, basale Stimulation).

OMiT-Fortbildungsreihe. Auf einer Skala von 1-5 („trifft voll zu“ – „trifft nicht zu“), würden die Teilnehmer die Fortbildung mit 1,7 weiterempfehlen; die Übertragbarkeit auf den Stationsalltag mit 1,6 und interprofessionelle Fortbildungen mit 2,1.

Workshop für Hausärztinnen und Hausärzte beim Tag der Allgemeinmedizin. Die Rückmeldungen am Feedback-Bogen waren durchgängig positiv.

5 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die mit der Bestandsaufnahme verbundenen Ziele wurden erreicht:

Häufigkeit von Benzodiazepinen und Z-Substanzen im gewählten Setting:

Ursprünglich geplant war ein Chart-Review über ein Jahr retrospektiv und prospektiv. Es kann aber angenommen werden, dass die jetzigen Ergebnisse einer auf 9 Monate verkürzten Erhebungsphase valide die Verordnung bzw. Ausgabe von Hypnotika und Sedativa an >65-jährige Patienten widerspiegeln.

Einstellungen zu, Verordnungen von und/oder Erfahrungen mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen

Es konnten deutlich mehr Ärzte und Pflegekräfte befragt werden als ursprünglich geplant. Insgesamt beantworteten 138 (38%) der Mitarbeiter den Fragebogen; deutlich häufiger ärztliche Mitarbeiter (65/126; 51%) als pflegerische Mitarbeiter (73/282; 26%). Wir vermuten, dass die Länge des Fragebogens aber auch Unsicherheiten in der Anwendung der Medikamente, die man ungern artikulieren wollte, Gründe für eine Nichtteilnahme sind. Dennoch liefern die Ergebnisse wichtige Hinweise über Erfahrungen und Kenntnisse während des Umganges von Hypnotika und Sedativa beider Berufsgruppen.

Motive, Ziele und Konflikte bei der Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen

Geplant war es, jeweils 10 Interviews mit Haus- und Krankenhausärzten und mit dem Pflegepersonal zu führen. Befragt wurden 12 Krankenhausärzte, 12 Hausärzte und 13 Pflegekräfte. Wir nahmen etwas mehr Teilnehmer in das Sample auf, um ein möglichst vollständiges Bild über den Verordnungsprozess bzw. Umgang mit Hypnotika und Sedativa zu erhalten. Das Sample von Krankenhausärzten und Pflegepersonal wurde stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Abteilung. Das Sample der Hausärzte nach Geschlecht, Region der Hausarztpraxen (ländlich, städtisch) und nach Möglichkeit nach Alter.

Partizipative Entwicklung der Intervention

Zur Entwicklung der partizipativen Intervention sollte u.a. eine interdisziplinäre Fokusgruppen-Diskussion durchgeführt werden. Letztlich entschieden wir uns aber für eine monodisziplinäre Diskussionsgruppe. Des Weiteren entschieden wir uns vor allem aufgrund der Ergebnisse aus dem Chart-Review (siehe Abschnitt 4.1.2) für die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen im Setting Krankenhaus. Die besondere Situation für die Patienten (fremde Umgebung, fremde Geräusche), gekoppelt mit Ängsten und Sorgen über anstehende therapeutische Maßnahmen oder über Erkrankungen, dürfte den Wunsch nach Schlaf- und oder Beruhigungsmittel fördern. Im günstigen Fall wird die Erstverordnung von

Hausärzten nicht übernommen (aufgrund von fehlenden Angaben im Entlassungsbrief oder nach intensiver Beratung der Patienten), im ungünstigsten Fall werden diese Medikamente weiterverordnet. Es erschien uns als sinnvoll, an dieser Stelle – also im Krankenhaus - intervenierend einzugreifen. Aus den Gesprächen wurde für uns deutlich, dass der Einsatz dieser Medikamente bspw. bei Ein- und/oder Durchschlafstörungen zumindest teilweise durch die Anwendung von nicht-medikamentösen Maßnahmen reduziert werden könnte.

Ziel der monodisziplinären Fokus-Diskussionsgruppen war es herauszufinden, welche spezifischen Probleme innerhalb der einzelnen Berufsgruppen zu einem nicht adäquaten Einsatz dieser Medikamente führen. So wollten wir bspw. von den Pflegekräften wissen, wie es zur Ausgabe dieser Medikamente ohne klare ärztliche Anordnung kommt. Von den Ärzten war es für uns interessant zu erfahren, wie man die besonders arbeitsintensiven Situationen im Nachtdienst besser bewältigen kann.

Der partizipative Ansatz während der Entwicklung der Maßnahmen wurde in darauffolgenden Arbeitsgruppen realisiert (siehe Abschnitt 4.2).

Umsetzung der Maßnahmen und Evaluation

Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgte dementsprechend nur für das Setting Krankenhaus. Die einzelnen Bestandteile des Maßnahmenpaketes und deren Ziele können dem Abschnitt 5.4 entnommen werden.

Roll-out Phase

Eine nachhaltige Implementierung der Interventionsstrategie gewährleisten wir (1) durch die partizipative Entwicklung der Maßnahmen und (2) durch den engen Austausch mit Akteuren aus dem EK-Weende. Sämtliche Schritte wurden mit den dafür zuständigen Personen abgesprochen, um die Maßnahmen für den Krankenhausalltag handhabbar gestalten und umsetzen zu können. Durch den Internetauftritt der Initiative „Schlafreundliches Krankenhaus“ geben wir auch dem Krankenhaus die Möglichkeit, sich nach außen mit diesem Thema zu profilieren. Gleichzeitig können sich auf dieser Homepage Patienten mit Ein- und Durchschlafstörungen im Krankenhaus oder mit der Unsicherheit während eines anstehenden Krankenhausaufenthaltes nicht schlafen zu können, informieren. Ansprechpartner aus dem Krankenhaus sind dort ebenfalls aufgeführt, dies schafft Verbindlichkeit für die Umsetzung der Initiative schlafreundliches Krankenhaus.

Die Ergebnisse aus diesem Projekt werden sowohl deutsch und englischsprachig publiziert (siehe Kapitel 7). Um möglichst niedrigschwellig Akteure in der Praxis erreichen zu können, sind zusätzliche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften für Ärzte/-innen und Pflegekräfte geplant (bspw. Pflegezeitschrift). Zusätzlich ist geplant, den Prozess in einem Manual so zu

dokumentieren, dass andere Einrichtungen die Intervention – spezifisch auf die eigene Institution angepasst – übernehmen können.

6 Gender Mainstreaming Aspekt

Gender-Aspekte spielen bei der hier zu untersuchenden Thematik gleich in mehrfacher Hinsicht eine Rolle:

- bei der Aufnahme von Arzneistoffen und der Bewertung ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen [31]
- bei der Bewältigung von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen und dem Umgang mit Süchten [32, 33]
- bei der Kommunikation in Praxis und Krankenhaus [34]
- in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Krankenhaus, insbesondere soweit es Kooperation und Hierarchieprobleme betrifft.

6.1 Gender Mainstreaming Aspekte im Projektverlauf

Um angenommene geschlechtsspezifische Unterschiede im Gebrauch von Benzodiazepinen und Z-Substanzen erheben bzw. analysieren zu können, wurde während den gesamten Erhebungsphasen auf eine angemessene Verteilung der Geschlechter in den jeweiligen Stichproben geachtet. Das war nicht immer leicht bzw. umsetzbar: z.B. durch eine deutliche Zurückhaltung von Krankenhaus- und Hausärztinnen bei der Teilnahmebereitschaft.

Pflegekräfte konnten nicht in einem ausgewogenen Verhältnis befragt werden; in diesen Fällen war die Bereitschaft umgekehrt.

6.2 Geschlechterspezifische Interpretation der Ergebnisse

Häufigkeit von Benzodiazepinen und Z-Substanzen vor und nach Krankenhauseinweisung

Wie aus Verordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen bekannt (Glaeske und Gerdau-Heitmann 2012), erhalten Frauen 1,6-mal mehr Schlafmedikamente als Männer und sind exponiert häufiger Antidepressiva und Neuroleptika zu erhalten [2]. Während des Krankenhausaufenthaltes konnten wir keine signifikanten geschlechterbezogenen Unterschiede in der Einnahmehäufigkeit feststellen.

Einstellungen zu und/oder Erfahrungen aus Sicht der Patienten

Während der standardisierten Befragung der Patienten konnten keine geschlechter-spezifischen Unterschiede in der Einnahme und Wahrnehmung von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln werden. Frauen hatten aber häufiger als Männer bereits vor dem Krankenhaus-

aufenthalt Erfahrungen mit Schlaf- und Beruhigungsmittel gemacht (24,3% vs. 8,3%). Mirzapin wurde häufig bei Frauen und auf geriatrischen Abteilungen eingesetzt.

Motive, Ziele und Konflikte bei der Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen von Pflegekräften, Haus- und Krankenhausärzten

Pflegekräfte

Pflegekräfte waren kritischer im Umgang mit komplementär-medizinischen Behandlungsmöglichkeiten (z.B. basale Stimulation, Düftöle), unterschätzen aber häufiger die Bedeutung und Möglichkeiten organisatorischer sowie struktureller Veränderungen während des Umganges mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen.

Krankenhausärzte

Abweichende Behandlungen aufgrund von geschlechterspezifischen Unterschieden in der Pharmakokinetik oder in der Verträglichkeit von Arzneimitteln [28] wurden nicht thematisiert. Andere geschlechterspezifische Unterschiede werden möglicherweise noch in der weiteren Analyse der Interviews auftreten.

Hausärzte

Hausärztinnen berichteten häufiger, dass meist Patientinnen über Ein- und Durchschlafprobleme klagen und sie diesen Personen „helfende“ Medikamente eher nicht verwehren, da sie wüssten wie belastend Schlafstörungen sein können. Des Weiteren kam die „Women-are-expressive“ Hypothese [33] während des Umganges mit Schlaf- und Beruhigungsmittel zum Ausdruck. Insbesondere Frauen und leistungsorientierte Frauen suchten ihre Hausärzte auf, um Schlafstörungen in besonders belastenden Lebensphasen medikamentös behandeln zu lassen. Insbesondere Hausärztinnen würden diesen „Wünschen“ ihrer Patientinnen entsprechen.

Ob Konsultationsverläufe oder Beratungsergebnisse geschlechterspezifische Besonderheiten aufweisen, konnte mittels der Interviews nicht herausgefunden werden. Hier wären teilnehmende Beobachtungen notwendig gewesen.

7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Tabelle 12: Übersicht der Öffentlichkeitsarbeit und Publikationen

Datum	Titel	Art der Projekterwähnung
Abstracts/Symposien		
10/2014	Attitudes and experiences of family and hospital doctors concerning to the prescription of hypnotics and sedatives <i>Weiß, Straube, Nau, Himmel, Hummers-Pradier,</i>	Vortrag European General Practice Research Network (EGPRN) Heraklion, Greece 2014.
11/2014	The influence of hospitalisation on the initiation of hypnotics and sedatives – An observation study based on pharmacy claims data <i>Grimmsmann, Fiß, Himmel</i>	Vortrag auf der 21. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA) Bonn 2014
09/2015	Verordnung von Psychopharmaka bei über 65-Jährigen in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der geriatrischen Klinik <i>Straube, Arnold Himmel, Weiß, Karaus, Hummers-Pradier, Nau</i>	Poster und Vortrag auf dem DGG Jahreskongreß 2015: Zukunft der Medizin – Medizin der Zukunft. Geriatrie. Ausgezeichnet mit einem Posterpreis Zusätzliche Veröffentlichung: http://www.dggeriatrie.de/images/stories/pdf/Abstract-Band_Frankfurt_2015.pdf
03/2015	<u>Titel Symposium:</u> Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen – Zwischen Bedarf und Missbrauch Beiträge: Benzodiazepine und Z-Substanzen – Einnahmeverhalten und Motive bei älteren Menschen. <i>Kuhn, Verthein, Holzbach, Dirmaier, Mokhar</i> Opioidanalgetika bei Nicht-Tumorschmerzen im Alter – Verordnungshäufigkeit, Wirksamkeit und Missbrauch. <i>Wolter</i>	Symposium auf dem Deutschen Suchtkongress in Hamburg, 16.09 bis zum 18.09.2015; Ltg.: Wolfgang Himmel. Abstracts veröffentlicht unter: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/issue/10.1055/s-005-30012/grouping/038937/10.1055/s-00000115

	<p>Der Gebrauch von Benzodiazepinen und Z-Substanzen im Krankenhaus <i>Weiß, Heinemann, Straube, Himmel</i></p> <p>Benzodiazepine und Z-Substanzen – Einnahmeverhalten und Motive bei älteren Menschen <i>Kuhn, Vertheim, Holzbach, Dirmaier, Mokhar</i></p>	
10/2016	<p>Schlaf- und Beruhigungsmittel an der Schnittstelle Krankenhaus – Hausarztpraxis <i>Weiß, Heinemann, Straube, Nau, Himmel</i></p>	<p>Vortrag auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vom 05.10-07.10.16 in Berlin</p> <p>Abstract veröffentlicht unter: http://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2016/16dkvf046.shtml</p>
10/2016	<p>Umgang von Pflegekräften mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Patienten <i>Heuckeroth, Hummers-Pradier, Nau, Heinemann, Himmel, Weiß</i></p>	<p>Vortrag auf dem 8. DGP Hochschultag, Universität Bremen</p>
10/2016	<p>Umgang von Pflegekräften mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Patienten <i>Heuckeroth, Hummers-Pradier, Nau, Heinemann, Himmel, Weiß</i></p>	<p>Poster für das 1. Hessische Symposium für Pflegeforschung am 28.10.16 in Frankfurt</p> <p>Ausgezeichnet mit einem Posterpreis</p>
11/2016	<p>Prescribing of hypnotics and sedatives between secondary and primary care <i>Weiß, Heinemann, Nau, Himmel</i></p>	<p>Vortrag: The European Public Health Association (EUPHA) ; 9.11.-12.11.16 , Vienna</p> <p>Abstract veröffentlicht unter: https://academic.oup.com/eurpub/article/2448754/Prescribing-of-hypnotics-and-sedatives-between</p>
11/2016	<p>Hypnotika und Sedativagebrauch und –abhängigkeit in der Geriatrie</p>	<p>Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) , 23.-26.11.16, Berlin</p>
Artikel		
03/2015	<i>Weiß V, Heinemann S, Straube K, Nau R, Himmel W, Hummers-Pradier E.</i>	

	<p>Understanding and reducing the prescription of hypnotics and sedatives at the interface of hospital care and general practice, study protocol. <i>BMJ Open</i> 2016; 6: e011908.</p> <p>Weiß V, Hauswaldt J. Verordnungshäufigkeit von Schlafmitteln auf Privatrezept. Analyse aus hausärztlichen Routinedaten. <i>Z Allgemeinmed</i> 2015; 91: 408-412.</p> <p>Weiß V, Heinemann S, Himmel W, Nau R, Hummers-Pradier E. Die Anwendung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen als Schlaf- und Beruhigungsmittel in einem Krankenhaus – aus Sicht des ärztlichen und pflegerischen Personals. <i>Dtsch Med Wochenschr</i> 2016;141:e121-6.</p>	
Presseberichte / Öffentlichkeitsarbeit		
01/2014	Benzodiazepine an der Schnittstelle von Krankenhaus und Hausarzt (BMG-FZK: IIA5-2513DSM228)	Projektvorstellung auf der Homepage des Institutes für Allgemeinmedizin der UMG, siehe: http://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/de/content/forschung/28.html
07/2014	Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik; Förderschwerpunkt Benzodiazepine	Erwähnung im Drogen- und Suchtbericht 2014 der Bundesregierung, S.101
07/2014	„Was wissen wir über Schlaf- und Beruhigungsmittel?“	Artikel in der hausinternen Zeitschrift des EK-Weende "Lutherbrief", S. 22-23.
11/2014	„Schlafmittel – Alb oder Traum?“ <i>Hummers-Pradier</i>	Vortrag im Rahmen der Buß- und Bettags-Fortbildung für alle Mitarbeiter im EK-Weende
01/2015	“... da gab es so wunderbare Schlaftabletten” – Verordnungen von Hypnotika und Sedativa an der Schnittstelle von Krankenhaus und Hausarzt“ <i>Himmel, Heinemann, Weiß</i>	Vorstellung der vorläufigen Ergebnisse im BMG, Referat Sucht und Drogen, gemeinsam mit Vertretern des ebenfalls vom BMG geförderten Projektes: „Benzodiazepine und Z-Substanzen – Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten,“
07/2015	Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik; Förderschwerpunkt Benzodiazepine	Erwähnung im Drogen- und Suchtbericht 2015 der Bundesregierung
11/2015	Schlafmittel im Krankenhaus – geht es auch anders?	Vortrag auf einer Klausurtagung des EKW

	<i>Himmel</i>	
11/2015	Was wir jetzt über Schlaf- und Beruhigungsmittel wissen	Artikel in der hausinternen Zeitschrift des EK-Weende "Lutherbrief".
10/2016	EKGW entwickelt mit Institut für Allgemeinmedizin der UMG Kampagne „Schlaffreundliches Krankenhaus“	Artikel der hausinternen Zeitschrift „Pulsschlag“ des Ev. Krankenhauses Göttingen-Weende
10/2016	Entwicklung und Bereitstellung einer Homepage zur Initiative „Schlaffreundliches Krankenhaus“ für Patientinnen und Patienten mit Schlafproblemen während eines Krankenhausaufenthaltes	http://www.schlaffreundliches-krankenhaus.de/
11/2016	Verbreitung und Bekanntmachung der Initiative „Schlaffreundliches Krankenhaus“ und der dazugehörigen Maßnahmen	Informationsstand während der Buß- und Bettags-Fortbildung für alle Mitarbeiter im K-Weende
01/2017	„Tee statt Tabletten“	Göttinger Tageblatt v. 13. Januar 2017 – s. Anlage 1

8 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Ergebnisse aus den Erhebungsphasen sowie Vorgehen und Evaluationsergebnisse während der partizipativen Entwicklung der Initiative „Schlaffreundliches Krankenhaus“ wurden und werden auf nationalen und internationalen Kongressen und in Fachzeitschriften vorgestellt. Nicht vernachlässigt wurde und wird eine möglichst niedrigschwellige Präsentation der Ergebnisse in Fachzeitschriften für Ärzte und Pflegekräfte (bspw. sind Veröffentlichungen in der *Pflegezeitschrift* geplant), außerdem die Berichterstattung in der Tagespresse.

Welche Erfahrungen/Ergebnisse sind für den Transfer, ggf. für die Vorbereitung und Begleitung der Gesetzgebung des BMG geeignet?

Psychopharmaka werden sowohl im Krankenhaus als auch während der hausärztlichen Versorgung häufig und nicht immer leitliniengerecht bzw. gemäß Vorgaben aus der Arzneimittelrichtlinie für die vertragsärztliche Versorgung bei Patienten ≥ 65 J. eingesetzt. Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung sollte in diesem Zusammenhang die Möglichkeit der Verordnung außerhalb der GKV, d.h. über Privatrezepte größere gesundheitspolitische Aufmerksamkeit finden. Im Krankenhaus spielen die Pflegekräfte im Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln eine nicht zu unterschätzende Rolle. Sie sind es, die als erster Ansprechpartner von Patienten mit dem Wunsch nach einem Schlaf- und Beruhigungsmittel fungieren. Aus diesem Grund sollte zukünftig, während der Ausgestaltung der Lehrpläne in Kranken- und Pflegeschulen, der Umfang des pharmakologischen Anteils überdacht werden. Der Sinn auf Bedarf angeordneter Medikamente scheint nicht immer geläufig zu sein. Schlaf- und Beruhigungsmittel auf Bedarf implizieren offensichtlich einen pauschalisierten Umgang. Dementsprechend sollten zukünftig verstärkt die Zuständigkeiten im Umgang mit verschreibungspflichtigen Medikamenten zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal in den Vordergrund gestellt werden.

Im Idealfall arbeiten ärztliche, therapeutische und pflegerische Mitarbeiter gemeinsam an und mit den Patienten und sind daher in der Lage, Nebenwirkungen oder Bedarf an höheren Dosierungen etc. wahrzunehmen. Aufgrund des immer noch vorhandenen hierarchischen Gefälles zwischen den Berufsgruppen ist der Austausch über medikamentöse Therapien aber oft noch unzureichend. Während der Fortbildungsreihe OMiT wurde dies sehr deutlich wahrgenommen. Auch bestätigen die Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung zu Einschätzungen über den Nutzen und Schaden von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, dass der Wissenstand von Ärzten und Pflegekräften recht unterschiedlich ist.

Ein wichtiges Ergebnis ist zudem, dass Haus- und Krankenhausärzte einen Austausch im Rahmen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln nicht als notwendig erachten. Das Thema sei nicht so relevant wie z.B. die von Patienten mit Diabetes oder Herz-Kreislaufkrankungen. Die Gefahr einer unreflektierten Weiterverordnung wird nicht gesehen.

Wie wirken sich die Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege aus?

Erst nach abgeschlossener Evaluation des gesamten Maßnahmenpaketes können definitive Schlüsse aus der Initiative „Schlafreundliches Krankenhaus“ für die Medizin und für die Gesundheitsversorgung gezogen werden. Auf der Grundlage von Rückmeldungen während der Implementierung einzelner Maßnahmen kann bereits zum jetzigen Zeitpunkt davon ausgegangen werden, dass das Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende – als größtes allgemeines Krankenhaus in Göttingen und für die Region Südniedersachsen – den Einsatz von Benzodiazepinen und Z-Substanzen kritisch hinterfragt und versucht zu reduzieren.

Was wird nach Projektende mit den aufgebauten Strukturen passieren?

Die Initiative „Schlafreundliches Krankenhaus“ konnte fest in die Strukturen des EK-Weende verankert werden. Aufgrund der einfach umzusetzenden Maßnahmen und ihrer guten Handhabbarkeit wird davon ausgegangen, dass die Maßnahmen weiterhin verfolgt und umgesetzt werden. Die weitere Anpassung und Evaluation der Maßnahmen bedarf zukünftig noch Unterstützung durch das Institut für Allgemeinmedizin.

Wünschenswert wäre, Multiplikatoren aus dem EK-Weende zu schulen, die sich für die Initiative „Schlafreundliches Krankenhaus“ verantwortlich fühlen und diese Initiative auch für andere Krankenhäuser aufbereiten und implementieren. Notwendig dafür wären der Aufbau eines Netzwerkes und unterstützende Strukturen. Strukturen des Netzwerkes „Rauchfreie Krankenhäuser“ könnten als Vorbild dienen.

Weitere Implikationen der Ergebnisse (z.B. für weiterführende Fragestellungen)

Auf der Grundlage der Projektergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass Erkrankungen mit kognitiven Einschränkungen (wie z.B. Demenz) einhergehen mit einer höheren Verordnung von Psychopharmaka (gesteuert von Akteuren aus der stationären Versorgung). Bisherige Hypothese: Psychopharmaka werden im Krankenhaus häufig während des Nachtdienstes zur Entlastung des Pflegepersonals bei unruhigen, agitierten und dementiell erkrankten Personen eingesetzt. Eine nähere Betrachtung (bspw. mittels ethnographischer Methoden) des Umganges von Pflegekräften und Ärzten mit dementiell erkrankten Patienten im Krankenhaus und eine damit einhergehende Analyse von Belastungs- und Überforderungssituationen könnte den Einsatz von Psychopharmaka bei diesem Patientenkontext erhellen.

9 Verzeichnis der im Projekt entstandenen Master- und Doktorarbeiten

Doktorandin	Thema
<i>Inken Arnold</i>	Verordnung von Antidepressiva und Neuroleptika im EK-Weende. <u>Datenbasis:</u> Chart-Review
<i>Anne Kasper-Deußen</i>	Erfahrungen und Strategien von Schülerinnen und Schülern einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule im Umgang mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen. <u>Datenbasis:</u> Diskussionsgruppen mit Schülerinnen und Schülern einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule
<i>Freya Neukirchen</i>	Einstellungen und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten >65 Jahre zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln <u>Datenbasis:</u> Standardisierte Befragung von Patienten
<i>Katharina Schmalstieg</i>	Hypnotika in der Praxis <u>Datenbasis:</u> Offene Interviews mit Hausärzten
<i>Kati Straube</i>	Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen im EK-Weende. <u>Datenbasis:</u> Chart-Review
<i>Vivien Weiß</i>	Erfahrungen und Strategien von Krankenhausärzten und Hausärzten bei der Verordnung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. <u>Datenbasis:</u> Offene Interviews mit Krankenhaus- und Hausärzten
Master	
<i>Lea Heuckeroth</i>	Umgang und Erfahrungen von Pflegekräften mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen an älteren Menschen im Krankenhaus <u>Datenbasis:</u> Offene Interviews mit Pflegekräften

Literatur

1. Lader M, Tylee A, Donoghue J. Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS drugs* 2009; 23: 19–34
2. Glaeske G, Günther J, Keller S. Nebenwirkung: Sucht. München: Kunstmann, 1997
3. Müller-Jahncke WD, Friedrich C, Meyer U. Arzneimittelgeschichte. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 2004
4. Karow T, Lang-Roth R. Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie 2017. Pulheim: Karow, 2016
5. Dündar Y, Boland A, Strobl J, et al. Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia. *Health Technol Assess* 2004; 8: 1–125
6. Lohse MJ, Müller-Oerlinghausen B. Hypnotika und Sedativa. Schwabe, Paffrath (Hg.) 2013 – Arzneiverordnungs-Report 2016: 499–508
7. Hoffmann F, Glaeske G. Benzodiazepinhypnotika, Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezept. *Nervenarzt* 2014: 1402–1409
8. Holzbach R, Martens M, Kalke J, Raschke P. Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. *Bundesgesundheitsbl.* 2010; 53: 319–325
9. San-José A, Agustí A, Vidal X, et al. Inappropriate prescribing to the oldest old patients admitted to hospital: prevalence, most frequently used medicines, and associated factors. *BMC geriatrics* 2015; 15: 42
10. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. S3-Leitlinie. *Somnologie* 2009; 13: 1–160
11. Dybwad TB, Kjolsrod L, Eskerud J, Laerum E. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates. *Fam Pract* 1996; 14: 361–368
12. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, Maeseneer JD, Christiaens T. First benzodiazepine prescriptions. *Canadian Family Physician* 2007: 1200–1205
13. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study. *J GEN INTERN MED* 2007; 22: 303–307
14. Rogers A, Pilgrim D, Brennan S, Sulaiman I, Watson G, Chew-Graham C. Prescribing benzodiazepines in general practice: a new view of an old problem. *Health* 2007; 11: 181–198
15. Subelj M, Vidmar G, Svab V. Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study. *Wien Klin Wochenschr* 2010; 122: 474–478
16. Hoffmann F. Perceptions of German GPs on benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs. *Swiss Med Wkly* 2013: w13745
17. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Sirirwardena A N. General practitioners experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract* 2013: 2–13
18. Sirirwardena A N, Qureshi Z, Gibson S, Collier S, Latham M. GP's attitudes to benzodiazepine and 'Z-drug' prescribing: a barrier to implementation of evidence and guidance on hypnotics. *Br J Gen Pract* 2006: 964–967

19. Gabe J, Coveney CM, Williams SJ. Prescriptions and proscriptions: moralising sleep medicines. *Sociol Health Illn* 2016; 38: 627–644
20. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives. *Scandinavian journal of primary health care* 2007; 25: 214–219
21. Warie H, Petrovic M, Somers A, Mariam A, Robays H, Pevernagie D. The use of hypnotic drugs in a university hospital setting. *Acta Clin Belg* 2003; 58: 152–158
22. Somers A, Robays H, Audenaert K, Maele G, Bogaert M, Petrovic M. The use of hypnotic drugs in a university hospital: has anything changed in 10 years? *Eur J Clin Pharmacol* 2011; 67: 723–729
23. Wancata J, Benda N, Lesch O, Müller C. Use of anxiolytics and hypnotics in gynecological, surgical and medical departments of general hospitals. *Pharmacopsychiatrie* 1998: 178–186
24. Himmel W, Kochen MM, Sorns U., Hummers-Pradier. Drug changes at the interface between primary and secondary care. *Int J Clin Pharm Ther* 2004; 42: 103–109
25. Grimmsmann T, Schwabe U, Himmel W. The influence of hospitalisation on drug prescription in primary care – a large-scale follow-up study. *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63: 783–790
26. Sampson R, Barbour R, Wilson P. The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: a qualitative study. *BMC family practice* 2016; 17: 45
27. Siriwardena AN, Qureshi MZ, Dyas JV, Middleton H, Orner R. Magic bullets for insomnia? Patients' use and experiences of newer (Z drugs) versus older (benzodiazepine) hypnotics for sleep problems in primary care. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 417–422
28. Mayring, P. Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. http://www.psychopen.eu/fileadmin/user_upload/books/mayring/ssoar-2014-mayring-Qualitative_content_analysis_theoretical_foundation.pdf (letzter Zugriff am: 17.02.2016)
29. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J., et al. Designing and evaluation complex interventions to improve health care. *BMJ* 2007: 455–459
30. Robert Bosch Stiftung. Gefördertes Projekt: OMiT - "Optimale Medikation im interprofessionellen Team". http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/OMiT_Institut_fuer_Allgemeinmedizin_Goettingen.pdf (letzter Zugriff am: 07.02.2017)
31. Thürmann A. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pharmakokinetik und -dynamik von Arzneimitteln. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsf - Gesundheitsschutz* 2005: 536
32. Kornstein SG, Sloan DME, Thase ME. Gender-specific differences in depression and treatment response. *Psychopharmacol Bull* 2002; 36: 99–112
33. Glaeske G, Gerdau-Heitmann C. "Gender-Specific Drug Prescription in Germany" Results from Prescripion Analyses. In: Regitz-Zagrosek V (Hrsg.). *Sex and Gender Differences in Pharmacology, Handbook of Experimental Pharmacology*. Berlin, Heidelberg, 2012: 149–167

34. Berthold G, Berthold HK. Role of Physician Gender in Drug Therapy. In: Regitz-Zagrosek V (Hrsg.). Sex and Gender Differences in Pharmacology, Handbook of Experimental Pharmacology. Berlin, Heidelberg, 2012: 149–167



Roland Nau, Wolfgang Himmel, Eva Hummers und Michael Karas (v. l.) wollen ein schlaffreundliches Krankenhaus.

FOTO: HIKOMAN

Tee statt Tabletten

Projekt „Schlaffreundliches Krankenhaus“ am Evangelischen Krankenhaus in Göttingen

VON CHRISTIANE BÖHM

GÖTTINGEN. Schlafmittel sind umstritten. Besonders die Benzodiazepine können abhängig machen. Ein Projekt des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität und des Evangelischen Krankenhauses hat unter dem Motto „Schlaffreundliches Krankenhaus“ Strategien entwickelt, den Einsatz dieser Mittel zu reduzieren.

Ausgangspunkt, so Prof. Wolfgang Himmel und Prof. Eva Hummers vom Institut für Allgemeinmedizin, war eine Ausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit. Immer noch werden in Krankenhäusern häufig Schlaftabletten verabreicht. „Die ungewohnte Umgebung, Angst vor Operationen“, so Himmel, machen das Schlafen für viele schwierig. Untersucht wurden sollten Möglichkeiten zur Reduzierung. Denn abgesehen von der Gefahr der Medikamentenabhängigkeit, führen die Nebenwirkungen dieser Medikamente wie Benom-

manheit zu einem erhöhten Sturzrisiko – besonders bei älteren Menschen.

Das Team führte eine umfangreiche Befragung im Weender Krankenhaus durch. Patienten wurden befragt, genauso wie das Personal. „Wie

➔ **Interessant war für die Wissenschaftler auch die Frage, ob die Patienten, die im Krankenhaus Schlafmittel bekommen, diese zu Hause weiternehmen.**

häufig sind Schlafprobleme bei den Patienten, woran hängt es, wenn man die Situation ändern will“, gibt Himmel Beispiele aus dem Fragekatalog. Doktoranden durchforschten drei Monate lang die Dokumentation des Medikamentenverbrauchs.

Interessant war für die Wissenschaftler auch die Frage, ob die Patienten, die im Krankenhaus Schlafmittel bekommen, diese zu Hause weiternehmen. Ob also der Krankenhausaufenthalt der Einstieg in eine Abhängigkeit von diesen Mitteln sein kann. Aus der Vielfalt der vorliegenden Ergebnisse sieht man vor allem heraus, dass nahezu die Hälfte aller Patienten mindestens einmal während des Krankenhausaufenthalts Schlaf- oder Beruhigungsmittel nehmen, so Himmel.

„Uns war die Gefahr einer solchen Nachwirkung gar nicht bewusst“, sagt Prof. Michael Karas, Medizinischer Geschäftsführer des EKW. Das Krankenhaus habe sich nicht zuletzt deshalb gern und mit Engagement an dem Projekt beteiligt. „Bei Ärzten, Pflegepersonal und Verwaltung sind wir sofort auf eine große Bereitschaft getroffen, an der Situation etwas zu ändern“, so Himmel. Die beschlossenen Änderungen laufen nun an. Statt des schnel-

len Griffs zur Tablette werden den Patienten Alternativen angeboten: Ohrstöpsel, Schlafmasken, beruhigende Tees oder Baldrian. Oder der Rat, doch einfach im Aufenthaltsraum zu lesen, wenn es mit dem Schlafen nicht klappt.

„Noch ist das alles sehr frisch“, sagt Karas. In Vorträgen und Fortbildungen werden die Maßnahmen dem Personal näher gebracht. Die Patienten macht eine große Plakataktion aufmerksam.

Geleitet wurde auch die Besetzung der Nachdienste. „Hier war die Betreuungssituation immer schon kritisch“, erklärt Prof. Roland Nau, Chefarzt der geriatrischen Abteilung. Nun gebe es einen langen und einen kurzen Nachtdienst, sodass zumindest bis 24 Uhr immer zwei Pflegekräfte auf den Stationen sind. Im Herbst werde er dann zusammen mit dem Klinikapotheker überprüfen, ob die Zahl der verschriebenen Schlafmittel tatsächlich zurückgehe, so Nau.

Schlafmittel

Zu den häufig verschriebenen Schlafmitteln gehören die sogenannten Z-Medikamente. Benzodiazepine, bekannt beispielsweise unter den Handelsnamen Valium oder Travor, haben beruhigende, angstlösende und schlaffördernde Wirkungen. Sie sind nicht zur Langzeitanwendung als Schlafmittel geeig-

net und dürfen in der Regel nicht länger als vier Wochen benutzt werden. Die Gefahr, eine Abhängigkeit zu entwickeln, gilt als erhöht. Z-Medikamente wie Zopiclon, Zolpidem und Zolpidem haben ebenfalls muskelentspannende und krampflösende Wirkung, das Abhängigkeitspotenzial soll geringer sein.

chb