

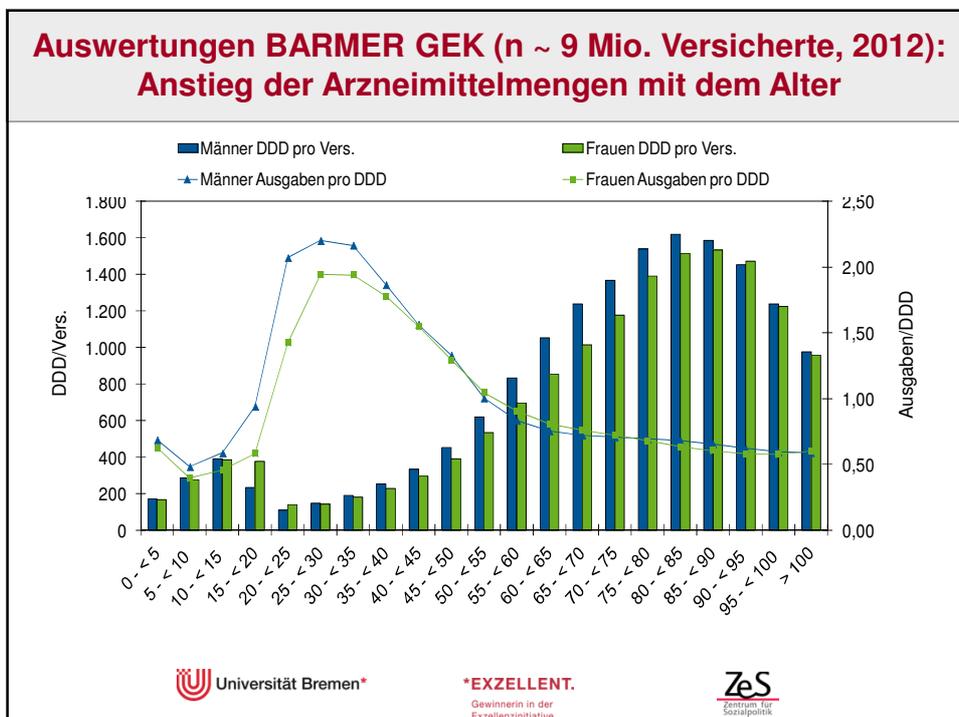
BZgA – 5. Juni 2014 in Berlin
„Gesund & aktiv älter werden“

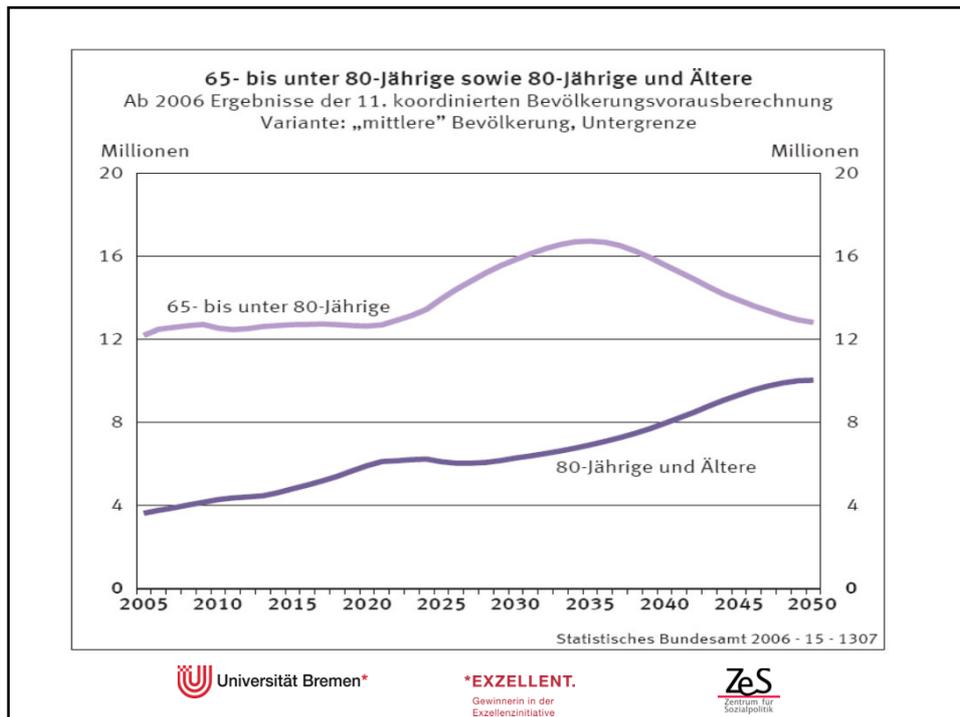
Medikamentenabhängigkeit im Alter

Prof. Dr. Gerd Glaeske
 Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)

Kein Interessenskonflikt im Sinne der Uniform Requirements for Manuscripts submitted to
 Biomedical Journals der ICMJE





Sozialschichtsbedingte Auffälligkeiten in der Morbidität (SVR, 2009)

Zusammenhang von SES und Morbidität	Zusammenhang von SES und Morbidität
<p>Überproportional hohe Morbidität bei einem niedrigen SES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeiner Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen ▪ Allgemeiner Gesundheitszustand bei Erwachsenen ▪ Herz-Kreislauf-Krankheiten ▪ Diabetes mellitus ▪ Magen-/Darmkrebs, Lungenkrebs, Nieren-/Blasenkrebs, Leukämie und maligne Lymphome ▪ Krankheiten des Magens ▪ Zahngesundheit ▪ evtl. Bronchitis (bei Erwachsenen) ▪ Bandscheibenschäden, rheumatische Krankheiten, Gicht Unfälle (bei Kindern) ▪ psychische Morbidität ▪ Multimorbidität 	<p>Überproportional hohe Morbidität bei einem hohen SES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allergien (bei Kindern und Erwachsenen) ▪ ‚Pseudokrupp‘ (bei Kindern) ▪ evtl. Bronchitis (bei Kindern) ▪ Einige Hautkrankheiten z. B., Neurodermitis (bei Kindern) ▪ eingeschränktes Sehvermögen (Kurz-, Weitsichtigkeit).

- Szenarien zur Entwicklung der Lebenserwartung in Relation zum % des mittleren Einkommens (nach SOEP) – Soziale Ungleichheit (Lampert at al., 2007)

Einkommensposition	Männer		Frauen	
	bei Geburt	ab 65 J.	bei Geburt	ab 65 J.
0 – 60%	70,1	12,3	76,9	16,2
60-80%	73,4	14,4	81,9	19,8
80-100%	75,2	15,6	82,0	19,9
100-150%	77,2	17,0	84,4	21,8
>150%	80,9	19,7	85,3	22,5
Gesamt	75,3	15,7	81,3	19,3

Welche Probleme bringt die Demographie?

- Die Prävalenz wird in vielen altersassoziierten, v.a. aber altersbedingten chronischen Krankheiten ansteigen
- Hiervon sind **psychische** (z.B. Depression, Abhängigkeits-erkrankungen), **neurodegenerative** (v.a. Alzheimer Demenz) oder auch **somatische Krankheiten** (KHK, Diabetes) besonders betroffen
- Die Medizin ist auf den Umgang mit **Chronischen Krankheiten und Multimorbidität** (50% >65 haben >2 Krankheiten) noch **schlecht vorbereitet – zu wenige Kooperation von Ärzten**
- Neue Versorgungskonzepte – **multimorbiditätsorientierte Leitlinien, geriatrisch ausgerichteter Forschung**, auch in der Arzneimitteltherapie, und einem **Professionenmix** aus allen Gesundheitsberufen sind daher dringend erforderlich!

Kontakte der Patienten mit Rezepten (n=7.011.478) zu verschiedenen Ärzten / Arztpraxen im Jahre 2011 nach Geschlecht

N Ärzte/ Arzt- praxen	Anzahl Arzneimittel- Patienten* (in %)		Männer (in %)		Frauen (in %)	
	7.011.478	(100,0%)	2.705.848	(100,0%)	4.305.630	(100,0%)
1	3.035.891	(43,3%)	1.308.411	(48,4%)	1.727.480	(40,1%)
2	2.078.076	(29,6%)	781.376	(28,9%)	1.296.700	(30,1%)
3	1.069.770	(15,3%)	363.963	(13,5%)	705.807	(16,4%)
4	482.798	(6,9%)	151.905	(5,6%)	330.893	(7,7%)
5	204.290	(2,9%)	61.183	(2,3%)	143.107	(3,3%)
> 6	140.653	(2,0%)	39.010	(1,4%)	101.643	(2,4%)

* 77% aller Versicherten (9.074.877)



***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



Zu viele Arzneimittel machen krank...

- 35% der Männer >65 und 40% der Frauen >65 bekommen 9 Arzneimittelwirkstoffe und mehr in Dauertherapie – **4 – 5 sind verträglich!**
- Grund u.a.: Behandlung typischerweise durch 4 Arztgruppen: Hausarzt (Allg.Med. / Internist); Orthopäde; Urologe – Gynäkologe; Augenarzt – **Defizite in der Abstimmung**
- Die Folge: Behandlungsbedürftige „Neben- und Wechselwirkungen“, Stürze, **10,2% Krankenhausaufenthalte**, Pflegebedürftigkeit etc. (ca. 600 – 800 Mio. €)
- **Konsequenz:** Abstimmung zwischen den Arztgruppen dringend zugunsten der PatientInnen verbessern, neue Versorgungskonzepte für ältere Menschen schaffen, Leitlinien auf die Anforderungen von älteren Menschen anpassen



***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



Arzneimittel – Nutzen und Risiken

- Richtig angewendet gehören Arzneimittel zu den effizientesten und wichtigsten Instrumenten ärztlicher Therapie
- Arzneimittel werden auf der Basis des Nachweises der Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutischen Qualität nach AMG zugelassen.
- Es gibt aber zu wenig Studien und Daten zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Arzneimitteln bei älteren Menschen
- Arzneimittelgefahren: Dosierungsfehler, Frequenz, Wechselwirkungen, mangelnde Informationen, zu lange und falsche Anwendung, Missbrauch, Abhängigkeit usw.)
- ...oder auch durch zu viele nebeneinander, neben verschriebenen auch selbstgekaufte....

Arzneimittel – warum, wogegen, für wen und wie viele?

- Insgesamt etwa 1,55 Mrd. Packungen pro Jahr, ca. 850 Mio. verordnet und 700 Mio. ohne Rezept in der Selbstmedikation
- Rund 20 Packungen pro EinwohnerIn, etwa 1.200 „Pillen“, allerdings mit starker Verschiebung hin zu den Menschen im höheren Alter
- Etwa 6% aller verordneten und ca. 15% aller verkauften Arzneimittel haben ein eigenes Missbrauchspotenzial (Tranquilizer, Schlafmittel, bestimmte Antidepressiva (SSRI), Mittel mit Codein, Stimulanzen (Appetitzügler), Abführmittel, Schmerzmittel, v.a. solche mit Coffein, best. Nasentropfen, alkoholhaltige Mittel) – viele führen auch zur Abhängigkeit!
- Immer wieder öffentliche Darstellung der Vorzüge von Arzneimitteln in der Werbung – Propaganda für das „Doping im Alltag“

„Jung bleiben beim Altwerden“

- Abschwellende Nasentropfen oder –sprays – nur kurzfristig (5-7 Tage), sonst droht „Abhängigkeit“ (geschätzt 100.000 – 120.000 Menschen in D)
- Alkoholhaltige Stärkungs- oder Erkältungssäfte (Klosterfrau Melisengeist, Doppelherz, Wick Medinait) – Wechselwirkungen mit allen zentral wirksamen Mitteln
- Schmerzmittel mit Koffein – Gefahr der Gewöhnung, beispielsweise Thomapyrin, Neuralgin usw.
- Abführmittel führen häufig zur Gewöhnung des Darms – der wird zum „funktionslosen Rohr“ und lässt sich nur noch durch den Medikamentenreiz bewegen
- Daher: Auch nicht-rezeptpflichtige Mittel können erhebliche Probleme verursachen

Die Abhängigkeiten in D im Überblick (DHS 2013)

- Statistiken geben folgende Auskunft:

Tabak / Nikotin	ca. 5 – 6 Mio
Alkohol	ca. 1,3 Mio.
Illegale Drogen (v.a. Cannabis)	ca. 220 Tsd.
- Medikamente (v.a. Hypnotika, Tranquilizer, Opioide) ca. 1,5 – 1,9 Mio.
- Die Medikamentenabhängigkeit wird am wenigsten in der Öffentlichkeit diskutiert und problematisiert – warum?
 - Experten (ÄrztInnen, ApothekerInnen) sind in den meisten Fällen daran beteiligt
 - Medikamente haben ein positives und „sauberes“ Image
 - Wir alle sind an die Einnahme von Medikamenten gewöhnt (verordnet oder selbstgekauft)

Wer ist von der Arzneimittelabhängigkeit betroffen?

- Zweidrittel der Medikamentenabhängigen sind im Alter über 65 Jahren
- Etwa 14% der älteren Menschen leiden darunter, 2/3 davon sind Frauen im höheren Lebensalter – insgesamt mehr 1 Million
- Die Anzahl der suchtkranken älteren Menschen dürfte sich in den nächsten 20 – 30 Jahren weiter erhöhen, wenn kein Umdenken bei den Ärztinnen und Ärzten stattfindet.
- Die Abhängigkeit kommt zumeist schleichend, die Mittel werden verordnet, um auch weiter – trotz Belastungen unterschiedlicher Art – funktionieren zu können.
- „Mother’s Little Helpers“ – ein Song der Rolling Stones aus dem Jahre 1966

Arzneimittelabhängigkeit – eine „unterdrückte“ Nebenwirkung

- Benzodiazepine und ähnlich wirkende Mittel (Z-Drugs) sind nach wie vor das Hauptproblem bei Arzneimittelmissbrauch und –abhängigkeit im Alter
- Historisch: Benzodiazepine 1960, bereits ab 1961 Hinweise auf körperl. Entzugsphänomene (Hollister et al., 1964 Essig)
- Seit 1973 in der PDR Abhängigkeitsrisiko als Warnhinweis, in D 1984 erstmals in der ROTEN LISTE als Stoffcharakteristik
- Begrenzung der Anwendungsdauer auf 8 – 14 Tage, ansonsten Verordnungen zur Entzugsvermeidung bei low-dose-dependency
- „bei fortgesetzter Einnahme Gefahr der Abhängigkeit (Sucht)“



ROTE LISTE
1983

70 154
Valium® Roche Rp (Roche)
Valium® Roche Tabletten 2 mg / 5 mg / 10 mg
Zus.: 1 Tbl. enth.: Diazepam 2 mg/5 mg/10 mg
Valium® Roche Ampullen
Zus.: 1 Amp. (2 ml) enth.: Diazepam 10 mg
Valium® Roche Suppositorien 5 mg / 10 mg
Zus.: 1 Supp. enth.: Diazepam 5 mg/10 mg
Valium® Roche Sirup 100 ml
Zus.: 5 ml enth.: Diazepam 2 mg
KH: 5 ml enth. 2,45 g Sorbit
Anw.: Erregung, Spannung, Angst, psychoneurotische Störungen, Vegetative Dystonie, psychosomatische Störungen (bes. Herz, Kreislauf, Magen, Darm), Schlafstörungen, Muskelverspannungen (auch b. Rheuma), Krampfbehandlung, Status epilepticus. Zur Erleichterung d. Geburt. Bei chirurgischen Interventionen.
Gegenanz: B 10
Nebenw.: B 10 b, d, e, g, h
Wechselw.: B 10
Tox.: B 5 (s. Kap. Überdos.)
Hinw.: Reaktionsvermögen (-)
Enthält Ethanol! (10,2 Vol.-%) (Amp.). Unter der Wirkung v. Valium Roche sollte kein Alkohol getrunken werden. (Besondere Hinweise i. Packungsbeilage o. Gebrauchsinformation für Fachkreise beachten.) Der Sirup ist auch f. Diabetiker geeignet.
Dos.: Richtdosis: 5-15 mg (weitere Dosierungen s. Packungsbeilage o. Gebrauchsinformation für Fachkreise).

B 10 Benzodiazepine

Gegenanzeigen und Anwendungsbeschränkungen

Myasthenia gravis

Nebenwirkungen

- a Appetitzunahme
- b Abnahme der Libido
- c Menstruationsstörungen
- d Muskelrelaxation, Schwindel
- e Hohe Dosen, Langzeitbehandlung: Artikulationsstörungen
- f Hinweis: Bei Epilepsiebehandlung Sedierung beachten!

Wechselwirkungen

Zentraldämpfende Pharmaka und Alkohol	Gegenseitige Wirkungsverstärkung
---------------------------------------	----------------------------------



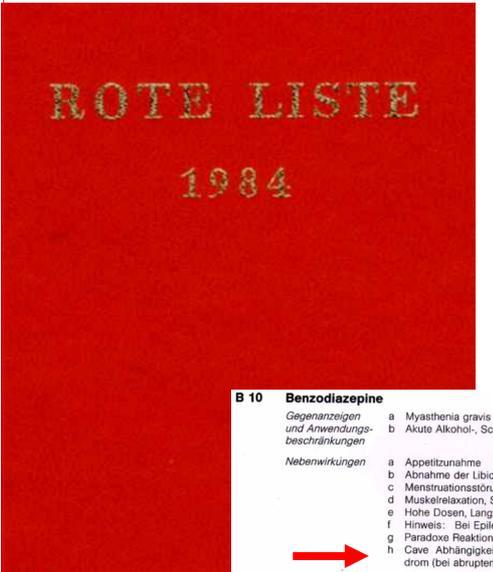
Universität Bremen*

***EXZELLENT.**

Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



ZeS
Zentrum für
Sozialpolitik



ROTE LISTE
1984

70 154
Valium® Roche Rp (Roche)
Valium® Roche Tabletten 2 mg / 5 mg / 10 mg
Zus.: 1 Tbl. enth.: Diazepam 2 mg/5 mg/10 mg
Valium® Roche Ampullen
Zus.: 1 Amp. (2 ml) enth.: Diazepam 10 mg
Valium® Roche Suppositorien 5 mg / 10 mg
Zus.: 1 Supp. enth.: Diazepam 5 mg/10 mg
Valium® Roche Sirup 100 ml
Zus.: 5 ml enth.: Diazepam 2 mg
KH: 5 ml enth. 2,45 g Sorbit
Anw.: Erregung, Spannung, Angst, psychoneurotische Störungen, Vegetative Dystonie, psychosomatische Störungen (bes. Herz, Kreislauf, Magen, Darm), Schlafstörungen, Muskelverspannungen (auch b. Rheuma), Krampfbehandlung, Status epilepticus. Zur Erleichterung d. Geburt. Bei chirurgischen Interventionen.
Gegenanz: B 10
Nebenw.: B 10 b, d, e, g, h
Wechselw.: B 10
Tox.: B 5 (s. Kap. Überdos.)
Hinw.: Reaktionsvermögen (-)
Enthält Ethanol! (10,2 Vol.-%) (Amp.). Unter der Wirkung v. Valium Roche sollte kein Alkohol getrunken werden. (Besondere Hinweise i. Packungsbeilage o. Gebrauchsinformation für Fachkreise beachten.) Der Sirup ist auch f. Diabetiker geeignet.
Dos.: Richtdosis: 5-15 mg (weitere Dosierungen s. Packungsbeilage o. Gebrauchsinformation für Fachkreise).

B 10 Benzodiazepine

Gegenanzeigen und Anwendungsbeschränkungen

- a Myasthenia gravis
- b Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakalintoxikation

Nebenwirkungen

- a Appetitzunahme
- b Abnahme der Libido
- c Menstruationsstörungen
- d Muskelrelaxation, Schwindel
- e Hohe Dosen, Langzeitbehandlung: Artikulationsstörungen
- f Hinweis: Bei Epilepsiebehandlung Sedierung beachten!
- g Paradoxe Reaktionen
- h Cave Abhängigkeit (bei Langzeitanwendung in hohen Dosen), Entzugssyndrom (bei abruptem Absetzen nach Langzeitanwendung)

Wechselwirkungen

Zentraldämpfende Pharmaka und Alkohol	Gegenseitige Wirkungsverstärkung
---------------------------------------	----------------------------------



Universität Bremen*

***EXZELLENT.**

Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



ZeS
Zentrum für
Sozialpolitik

Arzneimittelabhängigkeit – eine „unterdrückte Nebenwirkung“

- Benzodiazepine sind nach wie vor in der Therapie Mittel der Wahl: bei Angst- und Panikattacken, prä-operativ als Muskelrelaxans, als krampflösendes Mittel, auch bei Fieberkrämpfen bei Kindern, auch als Hypnotika
- Franco Basaglia (1973): „Richtig eingesetzt sind Psychopharmaka Mittel der Befreiung, falsch eingesetzt Mittel der Unterdrückung“
- Bestimmungsgemäßer Gebrauch muss im Vordergrund stehen (Zulassungshinweise beachten, z.B. empfohlenen Anwendung 8 – 14 Tage)
- Bei der Verordnung bereits möglichen Missbrauch verhindern und über das Abhängigkeitsrisiko aufklären!

Vor allem ältere Menschen, vor allem Frauen

- Probleme Schlafstörungen, Entwertung im Alter, Einsamkeit, Unzufriedenheit, Ängste und depressive Verstimmungen – aber: „Pharmawatte“ ist keine Bewältigungsstrategie
- Frauen im Alter um die 50: „Empty-Nest-Syndrom“, Kinder aus dem Haus, Zweifel an der eigenen Wertigkeit, psychische Belastungen
- Frauen äußern viel stärker als Männer solche Gefühle Ärzten gegenüber, die Reaktion ist oft und zu schnell die Verordnung von Benzodiazepinen oder Antidepressiva
- „Sie können Sie zwar nicht befreien, sie können ihr aber helfen, sich weniger ängstlich zu fühlen.“ „Nicht Scheinlösung für Probleme, sondern Lösung für Scheinprobleme.“

Arzneimittelabhängigkeit – es gibt immer eine Vorgeschichte!

- Über- und Fehlversorgung v.a. bei Frauen: Hypnotika, Beruhigungsmittel und Tranquilizer – Assoziation schwach („The Feminization of Tranquilizers“) und unausgeglichen (hystería) – psychosomatische Dysregulation
- „Die Tablette ist für mich wie ein Freund.“ (Interview mit einer 63jährigen Lehrerin) – zur Entspannung nach der Schule
- Entzüge problematisch – ambulant: So viele Monate wie Einnahmejahre die Dosierung langsam verringern („ausschleichen“), ansonsten stationäre Entzüge mit allen Belastungen („...schlimmer als von Heroin...“)

Vor allem ältere Menschen, vor allem Frauen

- Ältere Menschen, vor allem Frauen, werden oft zu „DauerkonsumentInnen“ von Benzodiazepinen gemacht – verordneter Missbrauch führt in die Abhängigkeit (nach ca. 3 Monate etwa bei 80%)
- Einnahme oft über Jahre und Jahrzehnte, nur selten Steigerung der Dosierung – stille, introvertierte Sucht, männliche Bewältigung oft Alkohol – laut, extrovertiert!
- Dauerverordnung wegen Entzugsvermeidungsverhalten, allerdings z.T. mit „falschen“ Hypnotika, langwirksame und zu hoch dosiert (Stauodorm, Dalmadorm, Radedorm)
- Benzodiazepine nie abrupt absetzen, sondern langsam „Aus-schleichen“
- Ein Entzug ist älteren Menschen oftmals nicht mehr zuzumuten – („...schlimmer als der von Heroin...“) daher **kontrollierte Begleitung durch einen Arzt / eine Ärztin** mit einem adäquaten Mittel als Option

Evidenz und „Risikobewertung“ im Hinblick auf Sturzereignisse

Medikamentenklasse	Setting			Evidenz
	Häusliche Umgebung	Alten/Pflegeheim	Krankenhaus	
Tricyclische Antidepressiva	+	+	+	++
SSRI	+	+		+
Lang wirksame Benzodiazepine	← +	+	+	++
Kurz wirksame Benzodiazepine	← +	(+)	(+)	+
Phenothiazine	(+)	(+)	(+)	(+)
Butyrophenone	(+)		+	?
NSAID's	(+)	+		(+)
Vasodilatoren	(+)	(+)		(+)
Diuretika	(+)	(+)	0	(+)
Digoxin	(+)	(+)	+	0
Antiarrhythmika 1a	+			+
Antihypertensiva (allgemein)	(+)	(+)		0
ACE-Inhibitoren	0			0

0: in Studien kein Risiko nachweisbar; (+): vereinzelt Berichte über Assoziation mit Sturzereignissen; +: überwiegende Anzahl von Berichten findet ein assoziiertes Sturzrisiko; ++: hohe Wahrscheinlichkeit für Sturzrisiko; [11, 23, 53]

Burkhardt H et al, Z Gerontol Geriat 2007







BMJ 2012;345:e6231 doi: 10.1136/bmj.e6231 (Published 27 September 2012) Page 1 of 12

RESEARCH

Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study

© OPEN ACCESS

Sophie Billioti de Gage *PhD student*^{1,2}, Bernard Bégaud *professor*^{1,2,3}, Fabienne Bazin *researcher*^{1,2}, Hélène Verdoux *professor*^{1,2,4}, Jean-François Dartigues *professor*^{1,5,3}, Karine Pérès *researcher*^{1,5}, Tobias Kurth *director of research*^{1,6,7}, Antoine Pariente *associate professor*^{1,2,3}

¹Université Bordeaux Segalen, F-33000 Bordeaux, France; ²INSERM, U657, F-33000 Bordeaux; ³CHU de Bordeaux, F-33000 Bordeaux; ⁴Centre Hospitalier Charles Parrens, F-33000 Bordeaux; ⁵INSERM, U897, F-33000 Bordeaux; ⁶Division of Preventive Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA; ⁷INSERM, U708-Neuroepidemiology, F-33000 Bordeaux.





Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study

 OPEN ACCESS

Sophie Billioti de Gage *PhD student*^{1,2}, Bernard Bégaud *professor*^{1,2,3}, Fabienne Bazin *researcher*^{1,2}, Hélène Verdoux *professor*^{1,2,4}, Jean-François Dartigues *professor*^{1,5,6}, Karine Pérès *researcher*^{1,5}, Tobias Kurth *director of research*^{1,4,7}, Antoine Pariente *associate professor*^{1,2,3}

¹Université Bordeaux Segalen, F-33000 Bordeaux, France; ²INSERM, U657, F-33000 Bordeaux; ³CHU de Bordeaux, F-33000 Bordeaux; ⁴Centre Hospitalier Charles Perrons, F-33000 Bordeaux; ⁵INSERM, U897, F-33000 Bordeaux; ⁶Division of Preventive Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA; ⁷INSERM, U708-Neuroepidemiology, F-33000 Bordeaux.

Abstract

Objective To evaluate the association between use of benzodiazepines and incident dementia.

Design Prospective, population based study.

Setting PAQUID study, France.

Participants 1063 men and women (mean age 76.2 years) who were free of dementia and did not start taking benzodiazepines until at least the third year of follow-up.

Main outcome measures Incident dementia, confirmed by a neurologist.

Results During a 15 year follow-up, 253 incident cases of dementia were confirmed. New use of benzodiazepines was associated with an increased risk of dementia (multivariable adjusted hazard ratio 1.60, 95% confidence interval 1.09 to 2.38). Sensitivity analysis considering the existence of depressive symptoms showed a similar association (hazard ratio 1.62, 1.09 to 2.43). A secondary analysis pooled cohorts of participants who started benzodiazepines during follow-up and evaluated the association with incident dementia. The pooled hazard ratio across the five cohorts of new benzodiazepine users was 1.46 (1.10 to 1.94). Results of a complementary nested case-control study showed that ever use of benzodiazepines was associated with an approximately 50% increase in the risk of dementia (adjusted odds ratio 1.55, 1.24 to 1.95) compared with never users. The results were similar in past users (odds ratio 1.56, 1.23 to 1.98) and recent users (1.48, 0.83 to 2.63) but reached significance only for past users.

Conclusions In this prospective population based study, ever use of benzodiazepines was associated with increased risk of dementia. The result was robust in pooled analyses across cohorts of new users of benzodiazepines throughout the study and in a complementary case-control study. Considering the extent to which benzodiazepines are prescribed and the number of potential adverse effects of this drug

class in the general population, indiscriminate widespread use should be cautioned against.

Introduction

Primarily indicated for treating the symptoms of anxiety and sleep disorders over short periods,¹ benzodiazepines are widely prescribed in developed countries.^{2,3} In France, 30% of people aged 65 years and over use benzodiazepines.⁴ They are used by more than 20% of people aged 65 and over in Canada and Spain and by around 15% of those in Australia.^{5,6} Benzodiazepine use is less widespread but still high in elderly people in the United States and the United Kingdom.^{4,8} Consumption of benzodiazepines is often chronic,^{7,9} and many people take them for years despite the existence of good practice guidelines suggesting that the duration should be limited to a few weeks.^{1,10,11}

The short term effects of benzodiazepines on cognition are well known.¹²⁻¹⁶ They are mediated through an agonist action on receptors of γ aminobutyric acid A, a major inhibitory neurotransmitter in the brain. However, the long term adverse effects of benzodiazepines on cognition are still debated.

Studies focusing on the association between benzodiazepine use and dementia or cognitive decline in elderly people have shown conflicting results.¹⁷ Some found an increased risk of dementia or cognitive impairment in benzodiazepine users,¹⁸⁻²¹ whereas others were not conclusive or reported a potential protective effect.²²⁻²⁷ In previous studies, the timing of exposure to benzodiazepines in relation to the outcome event allowed for the possibility of reverse causation. Insomnia, depression, and anxiety (the main indications for prescribing benzodiazepines) can be prodromal symptoms of dementia.²⁸

Correspondence to: S Billioti de Gage or B Bégaud, Université Bordeaux Segalen, INSERM U657, 146 rue Leo Galinat, F-33076, Bordeaux cedex, France sophie.billiotidegage@u-bordeaux2.fr or bernard.begaud@u-bordeaux2.fr

Extra material supplied by the author (see <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e62317tab-related#webextra>)



***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



„Omas kleine schlimme Helfer“ (H. Grassegger, SZ Magazin 42/2012)



Der Arzt hat ganz ungerührt erklärt: Die Großmutter unseres Autors sei tablettensüchtig. Ein hoffnungsloser Fall. So sei eben das Alter. Dabei hatte er der alten Frau jahrelang Tabletten verschrieben, die sie gar nicht gebraucht hätte



***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



Frauen und Männer sollten also darüber informiert werden, was sie schlucken...!

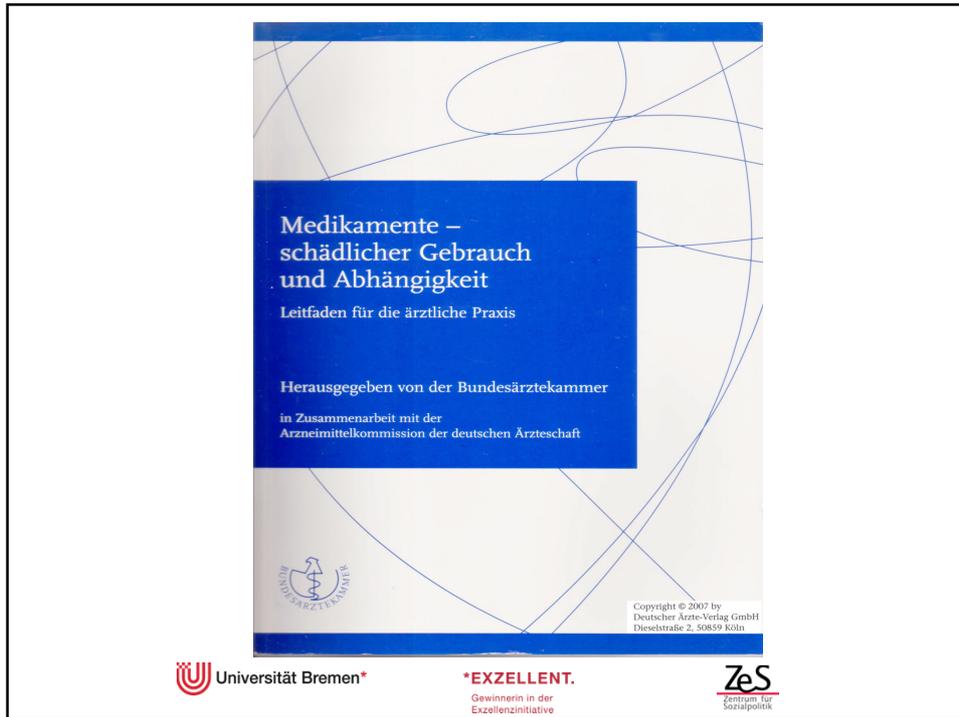


1997



***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative





PRISCUS-Liste (2010)

INHALTSBEREICH

Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste

Stefanie Holt, Evert Schmiedl, Petra A. Thürmann

ZUSAMMENFASSUNG

Zielsetzung: Wegen einer erhöhten Risiko- und Nebenwirkungsrate von Arzneimitteln bei älteren Menschen ist die Identifizierung von potenziell inadäquater Medikation (PIM) für diese Personengruppe ein wichtiges Ziel. Die PRISCUS-Liste ist ein Leitfaden für die ärztliche Praxis, um die Identifizierung von potenziell inadäquater Medikation zu erleichtern. Die Liste enthält 83 Arzneimittel, die bei älteren Menschen potenziell inadäquate Medikation darstellen können. Die Liste ist als Entscheidungsbaum für die ärztliche Praxis und als Checkliste für die ärztliche Praxis konzipiert. Die Liste ist als Leitfaden für die ärztliche Praxis und als Checkliste für die ärztliche Praxis konzipiert. Die Liste ist als Leitfaden für die ärztliche Praxis und als Checkliste für die ärztliche Praxis konzipiert.

Ergebnisse: Die PRISCUS-Liste enthält 83 Arzneimittel, die bei älteren Menschen potenziell inadäquate Medikation darstellen können. Die Liste ist als Entscheidungsbaum für die ärztliche Praxis und als Checkliste für die ärztliche Praxis konzipiert. Die Liste ist als Leitfaden für die ärztliche Praxis und als Checkliste für die ärztliche Praxis konzipiert.

Schlussfolgerungen: Die PRISCUS-Liste ist ein Leitfaden für die ärztliche Praxis, um die Identifizierung von potenziell inadäquater Medikation zu erleichtern. Die Liste enthält 83 Arzneimittel, die bei älteren Menschen potenziell inadäquate Medikation darstellen können. Die Liste ist als Entscheidungsbaum für die ärztliche Praxis und als Checkliste für die ärztliche Praxis konzipiert.

- Liste mit 83 Arzneistoffen, die für ältere Menschen potenziell ungeeignet sind
- Entstanden aus dem BMBF-geförderten PRISCUS-Teilprojekt 3: **Risiken und Nebenwirkungen: Im Alter immer häufiger**
- Hat auch die Benzos und Z-Drugs ins „Bewusstsein“ gerückt

Quelle: Holt, S; Schmiedl, S; Thürmann, PA: Dtsch Arzteblatt 2010; 107(31-32): 543-51

PRISCUS-Liste: Arzneistoffklassen mit potenziell inadäquaten Wirkstoffen für ältere Menschen

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analgetika, Antiphlogistika ▪ Antiarrhythmika ▪ Antibiotika ▪ Anticholinergika ▪ Thrombozytenaggregationshemmer ▪ Antidepressiva ▪ Antiemetika ▪ Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neuroleptika ▪ Ergotamin und -Derivate ▪ Laxanzien ▪ Muskelrelaxanzien ▪ Sedativa, Hypnotika ← ▪ Antidementiva, Vasodilatoren, durchblutungsfördernde Mittel ▪ Antiepileptika |
|--|---|

Verordnungen und Verbrauch – alles ok?

- „Auffälligste Entwicklung bei den Schlafmitteln ist die seit 1992 zu beobachtende starke Verordnungsrückgang über 75%. Die Rückgänge betragen im vergangenen Jahre bei den Benzodiazepinen 12%. Seit 2010 gehen auch die Verordnungen der Benzodiazepinagonisten Zolpidem und Zopiclon zurück, in 2012 um 3%. Zugenommen hat dagegen die Verordnung von Melatonin.“ AVR, 2013, S. 641
- Benzodiazepinhypnotika 25,6 Mio. DDD (-11,6%)
- Benzodiazepinrezeptoragonisten 74,6 Mio. DDD (-2,7%)
- Benzodiazepin-Tranquilizer 103,7 Mio. DDD (-4,7 bis -7,8%)

Ausgewählte Publikationen aus unserer Arbeitsgruppe



SMW
Swiss Medical Weekly
The European Journal of Medical Sciences

Original article | Published 17 January 2013, doi:10.4414/smw.2013.13745
Cite this as: Swiss Med Wkly. 2013;143:w13745

Perceptions of German GPs on benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs

Falk Hoffmann
Centre for Social Policy Research, Division Health Economics, Health Policy and Outcomes Research, University of Bremen, Germany

Summary

QUESTIONS UNDER STUDY: In many countries newer non-benzodiazepines, zolpidem and zopiclone ("Z-drugs"), are prescribed instead of benzodiazepine hypnotics. This is not supported by current evidence and guidelines. The aim of this study was to compare perceptions on benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs between general practitioners (GPs) and community pharmacists (CPs). Methods: A questionnaire was mailed to a random sample of 1.350 GPs and CPs in Germany. Results: The majority of GPs and CPs prescribed benzodiazepines and Z-drugs for treating insomnia [9-11]. The reasons for this are the available evidence and physicians' prescribing behaviour have only been rarely compared. However, there is a lack of evidence on differences in clinical effectiveness and safety between short-acting benzodiazepines and Z-drugs for treating insomnia [9-11].

Originalien

November 2014
DOI 10.1007/s00115-014-4036-8
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

F. Hoffmann · G. Glaeske
ZfS, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen, Bremen

Benzodiazepinhypnotika, Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezept

Verbrauch zwischen 1993 und 2012

Insomnien sind häufige gesundheitliche Beschwerden mit hoher Versorgungsbelastung [6, 15, 27, 28], wie auch Daten aus Deutschland [7, 8], einen Trend zum Preis-zahl und die nirgends systematisch erfasst werden. Analysen von Kranken-

OPEN ACCESS Research Article

Benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs: comparison of perceptions of GPs and community pharmacists in Germany

Wie schätzen deutsche Hausärzte und Apotheker Nutzen und Schaden von Benzodiazepinen und Z-Drugs ein?

Abstract

Objective: Newer non-benzodiazepines zolpidem and zopiclone ("Z-drugs") are often prescribed instead of benzodiazepine hypnotics, although there is no evidence of differences in effectiveness and safety. Aim was to compare perceptions on benefits and harms of benzodiazepines and Z-drugs between general practitioners (GPs) and community pharmacists (CPs). Methods: A questionnaire was mailed to a random sample of 1.350 GPs and CPs in Germany. Results: The majority of GPs and CPs prescribed benzodiazepines and Z-drugs for treating insomnia [9-11]. The reasons for this are the available evidence and physicians' prescribing behaviour have only been rarely compared. However, there is a lack of evidence on differences in clinical effectiveness and safety between short-acting benzodiazepines and Z-drugs for treating insomnia [9-11].

Falk Hoffmann¹

¹ University of Bremen, Centre for Social Policy Research, Division Health Economics, Health Policy and Outcomes Research, Bremen, Germany

GMS German Medical Science 2013, Vol. 1.1, ISSN 1612-3174

Originalarbeit | Original article or-50m_10-1055-s-0034-1369995.fm

Privat statt Kasse? Einstellungen von Hausärzten und Apothekern zur Verordnung von Hypnotika

Perceptions of GPs and community pharmacists on hypnotic prescribing on private prescriptions

Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 1-7 · © Georg Thieme Verlag KG · Stuttgart · New York ·

Autoren F. Hoffmann¹, C. Schlemmer², R. Windt¹

Institut ¹ Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Zentrum für Sozialpolitik (ZfS), Universität Bremen ² Abteilung Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen

Ergebnisse: Insgesamt antworteten 458 Hausärzte und 202 Apotheker (Rücklauf 33,9% und 33,7%).



Universität Bremen*

***EXZELLENT.**

Gewinnerin in der Exzellenzinitiative



ZeS
Zentrum für Sozialpolitik

Die 20 meistverkauften Schlafmittel (ohne Reimporte) in D 2013 nach Packungsmengen im Jahre 2013

Rang	Präparat	Wirkstoff	Absatz 2013 in Tsd.	Missbrauchs-/ Abhängigkeitspotenzial
1	Hoggar	Doxylamin	2.040,2	Eher nicht*
2	Zopiclon	Zopiclon	1.565,0	++ (bis +++)
3	Vivinox Sleep	Diphenhydramin	1.116,9	Eher nicht*
4	Zolpidem ratiopharm	Zolpidem	1.029,6	++ (bis +++)
5	Zolpidem AL	Zolpidem	892,6	++ (bis +++)
6	Schlafsterne	Doxylamin	724,4	Eher nicht*
7	Zopiclon AL	Zopiclon	641,5	++ (bis +++)
8	Zopiclon ratiopharm	Zopiclon	623,6	++ (bis +++)
9	Zolpidem 1A Pharma	Zolpidem	588,9	++ (bis +++)
10	Zopiclon CT	Zopiclon	579,8	++ (bis +++)
11	Zopiclodura	Zopiclon	524,2	++ (bis +++)
12	Lendormin	Brotizolam	378,5	+++
13	Betadorm D	Diphenhydramin	354,1	Eher nicht*
14	Zolpidem Stada	Zolpidem	293,8	++ (bis +++)
15	Stilnox	Zolpidem	274,9	++ (bis +++)
16	Zopiclon Neuraxpharm	Zopiclon	265,9	++ (bis +++)
17	Noctamid	Lormetazepam	246,5	+++
18	Schlaf Tabs ratiopharm	Doxylamin	236,8	Eher nicht*
19	Lormetazepam AL	Lormetazepam	232,8	+++
20	Zopiclon Stada	Zopiclon	221,1	++ (bis +++)
Gesamtabsatz synthetische Schlafmittel			17.248,8	

Tabelle 1: Die 20 meistverkauften synthetischen Schlafmittel (Monopräparate) nach Packungsmengen im Jahre 2013 (OTC=nicht-rezeptpflichtiges Arzneimittel, nach IMS Health 2014)

Verordnete Packungen nach AVR 2013 (in Tsd.)

Zopiclon AbZ 1.072,3
Zolpidem ratio 571,6
Zolpidem AL 370,8
Zopiclon AL 229,1
Zopiclon ratio 205,9
Zolpidem 1A P 150,2
Zopiclon CT 324,6
Zopiclodura 187,5
Lendormin 128,2
Zolpidem Stada 89,6
Stilnox 36,4
Zopiclon Neurax 215,8
Noctamid 70,0
Lormetazepam AL 162,3
Zopiclon Stada 171,0

Summe und Differenz

3.985,3 vs. 8.358,7 (209,7%)



Universität Bremen*

***EXZELLENT.**

Gewinnerin in der Exzellenzinitiative



ZeS
Zentrum für Sozialpolitik

Die 15 meistverkauften Benzodiazepin-Tranquilizer (ohne Reimporte) in D 2013 nach Packungsmengen

Rang	Präparat	Wirkstoff	Absatz 2013 in Tsd.	Missbrauchs-/ Abhängigkeitspotenzial
1	Tavor	Lorazepam	1.919,8	+++
2	Diazepam ratiopharm	Diazepam	1.054,6	+++
3	Bromazanyl	Bromazepam	466,3	+++
4	Oxazepam ratiopharm	Oxazepam	357,6	+++
5	Adumbran	Oxazepam	306,3	+++
6	Lorazepam Dura	Lorazepam	301,0	+++
7	Lorazepam Neuraxpharm	Lorazepam	285,7	+++
8	Diazepam AbZ	Diazepam	249,6	+++
9	Oxazepam AL	Oxazepam	202,4	+++
10	Bromazep CT	Bromazepam	190,7	+++
11	Lorazepam ratiopharm	Lorazepam	181,7	+++
12	Bromazepam ratiopharm	Bromazepam	157,7	+++
13	Alprazolam ratiopharm	Alprazolam	149,2	+++
14	Tranxilium	Dikaliumchlorazepat	147,1	+++
15	Bromazepam 1A Pharma	Bromazepam	142,4	+++
Gesamtabsatz Tranquilizer			8.696,8	

Packungen nach AVR
2013 (in Tsd.)

Tavor 1.129,3
Diazepam ratio 570,4
Bromazanyl 226,4
Oxazepam ratio 325,6
Adumbran 53,9
Lorazepam Dura
212,0
Lorazepam Neurax
276,1
Diazepam AbZ 135,2
Oxazepam AL 144,7
Bromazep CT 136,0
Lorazepam ratio 329,4
Bromazepam ratio
81,8
Alprazolam ratio 86,3
Tranxilium 108,7
Bromazepam 1A 138,7

Summe und Differenz:

3.954,5
vs
8.696,8 (219,%)

Tabelle 2: Die 15 meistverkauften Tranquilizer nach Packungsmengen im Jahre 2013 (nach IMS Health 2014)



***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



Regionale Unterschiede: Z-Drugs

PHARMACOEPIDEMOLOGY AND DRUG SAFETY 2010; **19**: 1071–1077
Published online 21 July 2010 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/pds.2013

ORIGINAL REPORT

Regional variations of private prescriptions for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone in Germany

Falk Hoffmann^{1*}, Markus Hies² and Gerd Glaeske¹

¹Division Health Economics, Centre for Social Policy Research, Health Policy and Outcomes Research, University of Bremen, Bremen, Germany

²INSIGHT Health GmbH & Co. KG, Waldems-Esch, Germany

Methodik:

- A.NET Apothekenpanel von INSIGHT Health für 2008
- enthält eine Stichprobe von 2.500 Apotheken deutschlandweit

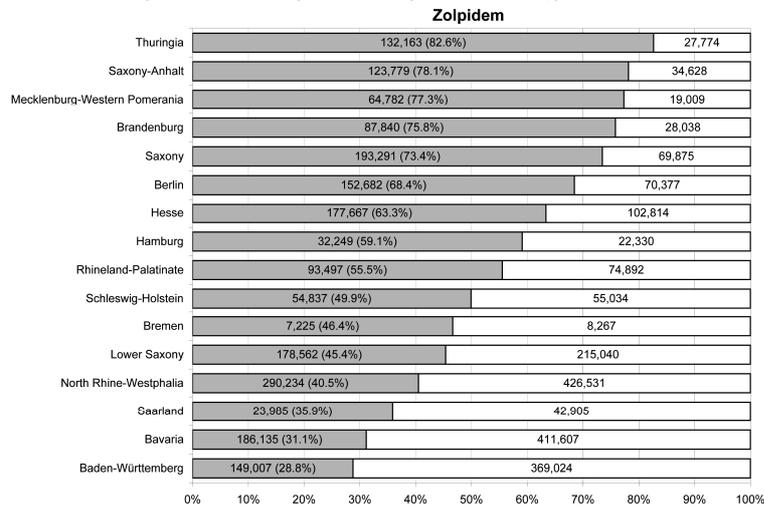


***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



Regionale Unterschiede: Z-Drugs

Anteil Packungen Privatrezepte bei Zolpidem 2008 (grau), Bundesdurchschnitt: 50%



***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



Vergleich Verkauf zu GKV-Verordnungen (Hypnotika)

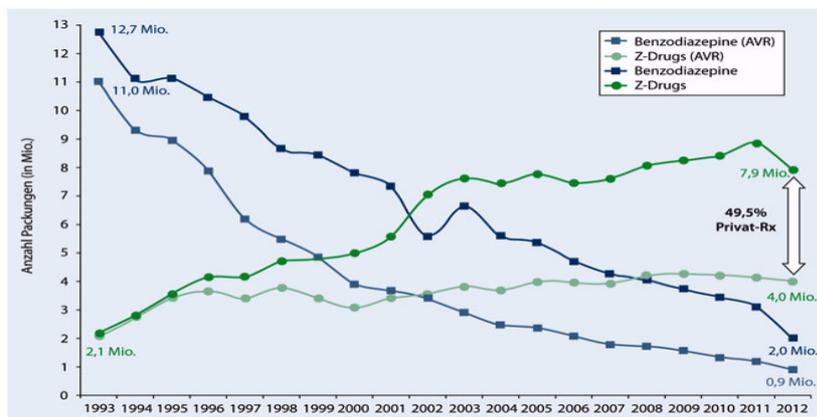


Abb. 1 Entwicklung der Verordnungsmengen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneiverordnungsrepte, AVR) und in Einkaufsstatistiken öffentlicher Apotheken von Benzodiazepinhypnotika und Z-Drugs über die Jahre 1993 bis 2012



***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

Nervenarzt 2014
DOI 10.1007/s00115-014-4076-8
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

F. Hoffmann · G. Glaeske
ZeS, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und
Vergangungsforschung, Universität Bremen, Bremen



Zolpidem und Zopiclon im Zeitverlauf....

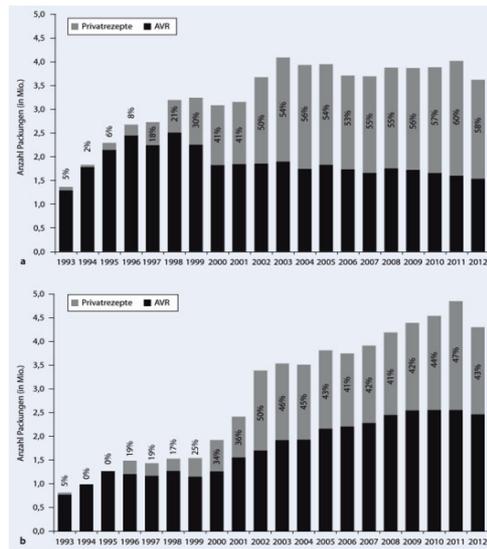


Abb. 3 Entwicklung der Verordnungsmengen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

(Arzneiverordnungsberichte, AVR) und in Einkaufsstatistiken öffentlicher Apotheken von a Zolpidem und b Zopiclon über die Jahre 1993 bis 2012



Exzellenzinitiative

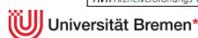
Sozialpolitik

Anteil Privatverordnungen an den Packungen

Tab. 1 Hypnotika-Präparate, die im Jahr 2011 die größten Anteile an Privatverordnungen aufwiesen

Präparat	Wirkstoff	AVR	IMS		Absoluter Unterschied (IMS zu AVR)	Anteil Privatverordnungen (%)
			Anzahl in Tsd.	Anzahl in Tsd.		
Radedorm	Nitrazepam	19,8	223,2	1027,3	91,1	
Stilnox	Zolpidem	71,0	539,4	659,7	86,8	
Rohypnol	Flunitrazepam	36,9	279,8	658,3	86,8	
Ximovan	Zopiclon	29,2	168,9	478,4	82,7	
Noctamid	Lormetazepam	94,6	511,8	441,0	81,5	
Zolpidem 1A Pharma	Zolpidem	140,8	561,0	298,4	74,9	
Fluninoc	Flunitrazepam	42,0	156,6	272,9	73,2	
Zolpidem STADA	Zolpidem	119,3	436,2	265,6	72,7	
Zopiclon-ratiopharm	Zopiclon	201,5	677,2	236,1	70,2	
Stauordorm Neu	Flurazepam	22,8	74,8	228,1	69,5	
Remestan	Temazepam	63,1	194,6	208,4	67,6	
Zoldem	Zolpidem	45,9	141,1	207,4	67,5	
Zopiclon AL	Zopiclon	285,5	810,8	184,0	64,8	
Dalmodorm	Flurazepam	47,2	133,4	182,6	64,6	
Zopiclon HEXAL	Zopiclon	97,5	274,7	181,7	64,5	
Planum	Temazepam	86,5	238,3	175,5	63,7	
Zopiclodura	Zopiclon	102,5	263,6	157,2	61,1	
Flunitrazepam-ratiopharm	Flunitrazepam	116,1	275,8	137,6	57,9	
Zolpidem AL	Zolpidem	317,7	752,3	136,8	57,8	
Zopiclon STADA	Zopiclon	168,6	385,4	128,6	56,3	

AVR Arzneiverordnungs-Reporten, IMS Institut für Medizinische Statistik



*EXZELLENT.
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



Ergebnisse Referenzapothekenumfrage

PHARMAZIE

BENZODIAZEPINE UND Z-HYPNOTIKA

AMK-Umfrage zum Missbrauch

AMK / Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) führte 2012 eine Umfrage unter ihren Referenzapotheken zum Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Schlaf- und Beruhigungsmitteln durch. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass weiterer Handlungsbedarf besteht.

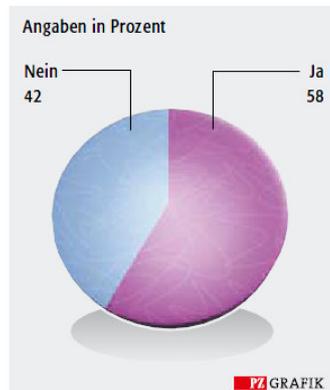


Abbildung 2: Hinweise auf missbräuchliche Anwendung von Benzodiazepinen oder Z-Hypnotika in den Referenzapotheken. Ja = 57,5 Prozent (n = 382), Nein = 42,5 Prozent (n = 252)

AMK, 2013: AMK-Umfrage zum Missbrauch, in: Pharmazeutische Zeitung, 158 (20), S. 20-24



***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



Ergebnisse Referenzapothekenumfrage

PHARMAZIE

BENZODIAZEPINE UND Z-HYPNOTIKA

AMK-Umfrage zum Missbrauch

AMK / Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) führte 2012 eine Umfrage unter ihren Referenzapotheken zum Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Schlaf- und Beruhigungsmitteln durch. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass weiterer Handlungsbedarf besteht.

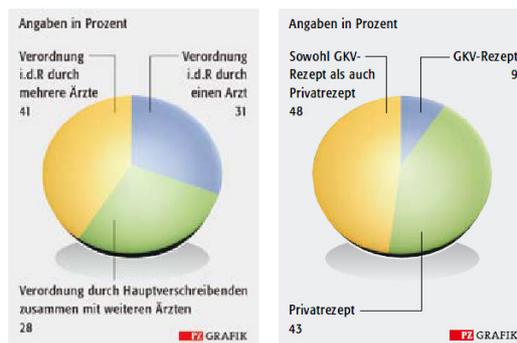


Abbildung 3: Anzahl der verordnenden Ärzte, erkennbarer Hauptverordner. Verordnung primär von einem Arzt ausgestellt = 31 Prozent, n = 115; von mehreren Ärzten (ohne erkennbaren Schwerpunktverordner) = 28 Prozent, n = 104; von mehreren Ärzten, ein Hauptverordner erkennbar = 41 Prozent, n = 153

Abbildung 4: Art der Verordnung zu den (vermutet) missbräuchlich angewendeten Hypnotika. GKV-Rezept = 9 Prozent, n = 33; Privatrezept = 43 Prozent, n = 162; Sowohl GKV-Rezept als auch Privatrezept = 48 Prozent, n = 181.

AMK, 2013: AMK-Umfrage zum Missbrauch, in: Pharmazeutische Zeitung, 158 (20), S. 20-24



***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



Ergebnisse Referenzapothekenumfrage

PHARMAZIE

BENZODIAZEPINE UND Z-HYPNOTIKA

AMK-Umfrage zum Missbrauch

AMK / Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) führte 2012 eine Umfrage unter ihren Referenzapotheken zum Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial von Schlaf- und Beruhigungsmitteln durch. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass weiterer Handlungsbedarf besteht.

Personenkreis mit vermuteter/m Abhängigkeit/Missbrauch*:	Anzahl Antworten	Apotheken in Prozent (n = 375)
Personen < 18 Jahre	2	0,5
Personen zwischen 18 und 40 Jahren	129	34,4
Personen zwischen 40 und 65 Jahren	168	44,8
Personen > 65 Jahre	242	64,5
Überwiegend Männer	41	10,9
Überwiegend Frauen	194	51,7
Frauen und Männer gleichermaßen	123	32,8

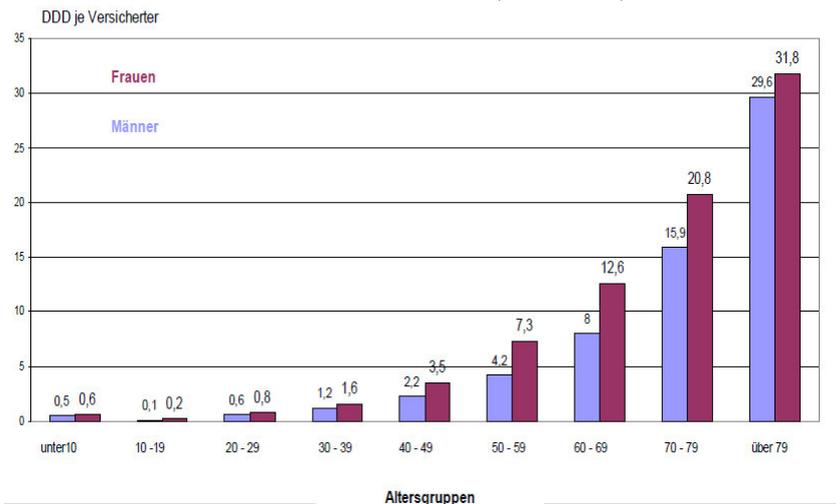
* Mehrfachnennung möglich

Tabelle 3: Charakterisierung des Personenkreises der überwiegend vom Missbrauch betroffen ist. Ältere Patienten = Nennung durch 65 % der Apotheken; überwiegend Frauen = Nennung durch 52 % der Apotheken, n = 375.

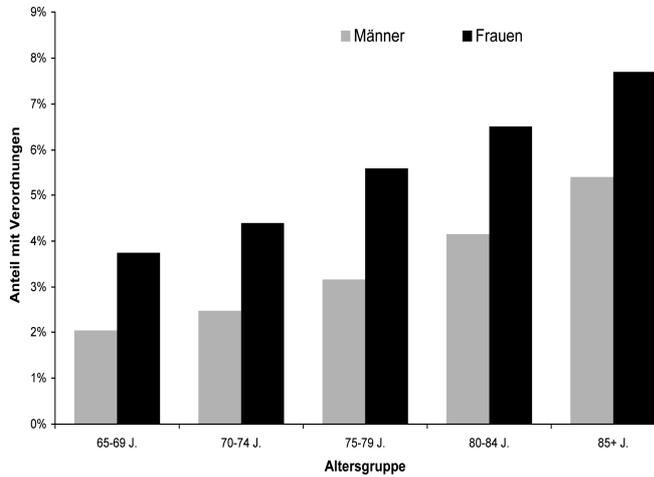
AMK, 2013: AMK-Umfrage zum Missbrauch, in: Pharmazeutische Zeitung, 158 (20), S. 20-24



Verteilung aller Benzodiazepine und Z-Drugs nach Alter und Geschlecht (GEK, 2010)



Anteil älterer Menschen mit Verordnungen von abhängigkeits-induzierenden Hypnotika und Tranquilizer nach Alter und Geschlecht (Glaeske et al., 2012)



Apotheker warnen vor Schlafmitteln

Bis zu 1,2 Millionen sind abhängig. Mehr Frauen als Männer

Berlin – Im Kampf gegen Schlafmittel-sucht sollen Ärzte und Apotheker ihre Pati-
enten und Kunden intensiver beraten und
betreuen. Gerade ältere Menschen müs-
sen in der Apotheke auf die Risiken solcher
Medikamente angesprochen werden, for-
derte der Präsident der Bundesapotheker-
kammer, Andreas Kiefer, in Berlin.
In Deutschland sind Schätzungen auf-
ge bis zu 1,2 Millionen Menschen von ben-
zodiazepinhaltigen Schlaf- und Beruhig-
ungsmitteln abhängig. In einem neuen
Modellversuch, der vom Bundesgesund-
heitsministerium finanziert wurde, schaff-
ten viele Süchtige den Abrump. In Abspra-
che mit dem Arzt wurden bei 102 schlafmit-
telabhängigen Patienten die Dosierungen auf-
ge über mehrere Wochen nach und nach redu-
ziert. Wie die Studie zeigt, sind Entzugser-
scheinungen zu Unrecht gefürchtet: Nur et-
wa fünf Prozent der Patienten hatten
schwere Probleme, sagte der Mediziner Rüdiger
Holzbach. Ein Großteil der Teilneh-
mer hatte vorher noch nicht versucht, von
den Mitteln loszukommen. Auch Ärzte hal-
ten ihnen selten einen Entzug nahegelegt.
Mediziner sind laut Holzbach noch zu wenig
für die Langzeitwirkung der Schlafmit-
tel bei älteren Menschen sensibilisiert.
Die Mittel dämpfen dann auch tags-
über, Patienten stürzen häufiger. Die Teil-
nehmer der Studie waren im Schnitt etwa
70 Jahre alt und nahmen seit rund zehn Jah-
ren Schlafmittel. Mehr als zwei Drittel wa-
ren Frauen. Rund die Hälfte der Teilneh-
mer konnte nach Ablauf des Projekts auf
Arzneien aus der Gruppe der Benzodiazepi-
ne verzichten, 28 Prozent nahmen eine
niedrigere Dosierung. Da durch die Beratung
weniger Medikamente verkauft wür-

Dienstag, 20. Mai 2014, Nr. 115 Süddeutsche Zeitung
Sozialpolitik

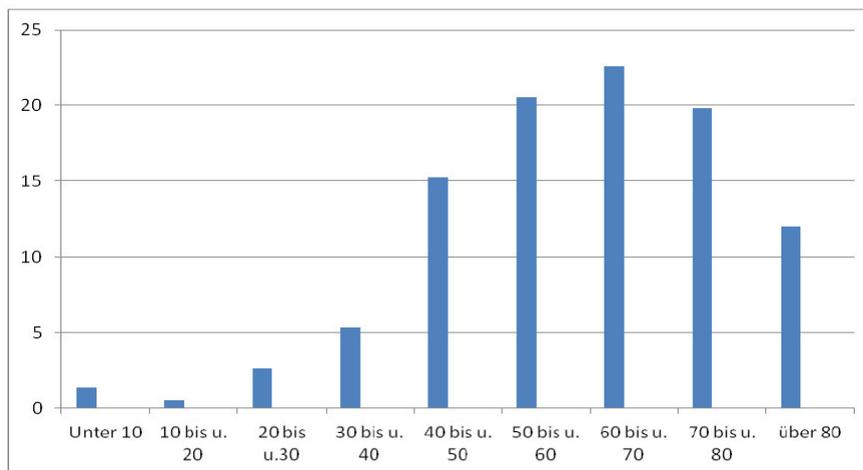
Universität Bremen*

*EXZELLENT.
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

Verteilung aller Benzodiazepine und Z-Drugs nach Alter:

54.4% >60 (GEK, 2010)

Anteile der gesamten Benzodiazepine und Z-Drugs nach DDD und Altersgruppen (2010)



Universität Bremen*

*EXZELLENT.
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

ZeS
Zentrum für
Sozialpolitik

Verordnungsanteile Hypnotika – nach Fachgruppen

Tabelle 3: *Verordnungsanteil bei Hypnotika nach Verschreibern (nicht zu allen Verordnungen lagen gültige Arztnummern vor)*

Altersgruppe	Allgemeinmediziner/hausärztl. Internisten	Nervenärzte/ Psychotherapeuten	Andere Facharztgruppen	Fachärztl. Internisten
65–69 J.	81,0%	14,9%	1,7%	2,4%
70–74 J.	83,1%	12,6%	1,3%	3,1%
75–79 J.	84,3%	12,7%	1,1%	1,8%
80–84 J.	88,8%	9,7%	0,7%	0,9%
85+ J.	90,4%	8,2%	0,7%	0,7%
Gesamt	84,6%	12,2%	2,0%	1,2%

Glaeske, Gerd; Windt, Roland; Hoffmann, Falk, 2010: Konsum psychoaktiver Medikamente im Alter, in: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis. VVP, 42 (3), S. 649 - 660



Hochrechnung potenziell Benzo- und Z-Drugs-Abhängige >65 auf der Basis personenbezogener Auswertungen >181 DDD – 900.000 abhängig....

Alter in Jahren	Anzahl GEK-Versicherte insgesamt	Mit Tanquillizern (Benzos) und Z-Drugs, >180 DDD	GKV gesamt Versicherte ab 65 Jahre (AVR)	Übertragen auf die Gesamt-GKV	Plus Privat Versicherte und Beihilferechtigte und GKV
Männer					
65 bis unter 75	66.211				
75 und älter	23.823				
Männer ab 65	90.034	1.138 (1,3%)	6.285.400	81.710	
Frauen					
65 bis unter 75	43.689				
75 und älter	22.448				
Frauen ab 65	66.137	1.653 (2,5%)	9.010.300	225.203	
Gesamt					
65 bis unter 75	109.900				
75 und älter	46.271				
Ab 65 insgesamt	156.171				
			>180 DDD	306.913	plus jüngere Altersgruppen + 20%
			> 91-180 DDD	559.038	Plus Privat-VO
Männer insgesamt	867.857		Insgesamt:	865.951	40 – 60% = 60-80%
Frauen insgesamt	522.393				

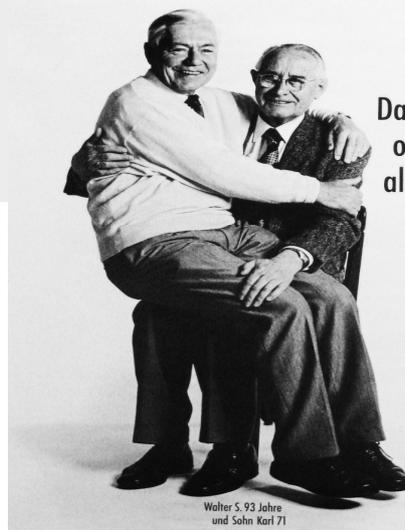
Bis zu 1,5 Mio.



Fazit und Konsequenzen

- Ältere Menschen über 60 vor allem von einer Arzneimittelabhängigkeit belastet, 2/3 davon Frauen
- Die Probleme der Abschätzung von Arzneimittelmisbrauch und –abhängigkeit haben sich durch private Verordnungen verschärft – diese Rezepte werden weder archiviert und erfasst
- Gezielte Informationen zur Vermeidung von und zum Umgang mit Arzneimittelabhängigkeit sollten dringend als „Leitlinie“ publiziert und kontrolliert angewendet werden,
- Studien z.B. am point of distribution / Apotheke) sollten Menschen mit einem Abhängigkeitsprobleme befragen und Hilfe anbieten (Soyka: „Wo verstecken sich die 1,9 Mio. Medikamentenabhängigen?“ (Der Nervenarzt. 76.1: 72-77 (2005))
- Prävention ist dringend erforderlich – daher die 4K-Regel beachten: **K**leinste Packung, **k**urze Dauer, **k**lare Indikation, **„k**orrekte“ Dosierung

Warum brauchen Kinder Zärtlichkeit ?



Walter 5. 93 Jahre
und Sohn Karl 71

Damit sie
ohne Drogen
alt werden!

...das gilt auch
für die Präven-
tion der Arznei-
mittelabhängig-
keit



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Kontakt

gglaeske@zes.uni-bremen.de

