

Bachelorarbeit

Das Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen

Eine Untersuchung der beeinflussenden
Faktoren und Bedingungen der
Benzodiazepinabhängigkeit

1. Gutachter: Prof. Dr. Dr. Michael Haufs
2. Gutachterin: B.Sc. GW Joana Roos-Bugiel

Verfasserin: Sabrina Wirzbicki

Semester: Wintersemester 2016

Abgabetermin: 11.10.2016

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Methodik	2
2.1 Literaturrecherche	2
2.2 Begriffserklärungen	5
3 Ergebnisse	11
3.1 gegenwärtiger Stand/Epidemiologie	11
3.2 Untersuchung beeinflussender und bedingender Faktoren der Entstehung der Benzodiazpinabhängigkeit	19
3.2.1 Verschreibungspraxis von Benzodiazepinen	19
3.2.2 Einfluss des Arzneimittelmarkts auf den Konsum	22
3.2.3 PatientInnenverhalten und Risikogruppen	25
3.3 Zwischenstand der Ergebnisse	35
4 Diskussion	37
5 Fazit	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Suchbegriffe zur Literaturrecherche	4
Tabelle 2	häufig eingesetzte Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine (BÄK, 2007, 55)	8
Tabelle 3	Häufige Entzugssymptome beim Absetzen von Benzodiazepinen (Benkert, Hautzinger & Graf-Morgenstern 2016, 91)	9
Tabelle 4	Auswertung der BZD-Verordnungen im Zeitverlauf nach Ärzte-Fachgruppen (Vertheim et al. 2014, 84)	16

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Prävalenz der Verordnungen von Benzodiazepinen im Zeitverlauf pro Patientenjahr nach Alter (Vertheim 2014, 42)	12
Abbildung 2	Prävalenz der Einnahme von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential im Zeitverlauf nach Geschlecht (Vertheim et al. 2014, 41)	13
Abbildung 3	Dauer der Verschreibungen in Tagen nach Art der Arzneimittel im Zeitverlauf pro Patientenjahr nach Geschlecht (Vertheim et al. 2014, 58)	14
Abbildung 4	Dauer der Verschreibungen von Benzodiazepinen im Zeitverlauf pro Patientenjahr nach Alter (Vertheim et al. 2014, 59)	15
Abbildung 5	Farbcodiertes Stufenschema (Matrix) der Risikoklassifikation nach Verschreibungsdauer und DDDs von Benzodiazepinen/ Z-Substanzen (Vertheim et al. 2014, 97)	18
Abbildung 6	Bevölkerungsanteile in Altersklassen im Jahr 2008 und 2060 (Statistisches Bundesamt 2009, 5)	30
Abbildung 7	Häufigkeit der Polypharmazie nach Alter und Geschlecht (Glaeske & Schicktanz, 2013, 78)	31
Abbildung 8	Verordnungen von sedierenden Psychopharmaka bei PflegeheimbewohnerInnen im Vergleich mit ambulant versorgten Personen mit Pflegestufe (NLS 2013, 3)	33

Abkürzungsverzeichnis

AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZD	Benzodiazepine
DDD	defined daily dose
GABA	Gamma-Aminobuttersäure
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGSM	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
ICD	International Classification of Diseases and related Health Problems
BAK	Bundesapothekerkammer
BÄK	Bundesärztekammer
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen- Lippe
LÄK	Landesärztekammer
LAK	Landesapothekerkammer
NLS	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMÄndV	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung

1 Einleitung

Neben Alkohol und Tabak gehört die Medikamentenabhängigkeit zu den größten Suchtproblematiken in Deutschland (BMG 2016). Die Schätzungen über die Höhe der Medikamentenabhängigen reichen von 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen (Glaeske 2012, 90). Die Zahl der Menschen, die als mittel bis hochgradig gefährdet eingestuft werden, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln, wird von Experten als ähnlich hoch eingestuft (BÄK 2007, 7). Arzneimittel aus der Familie der Benzodiazepine sind mit etwa 1,1 bis 1,2 Millionen Abhängigen noch immer am häufigsten an der hohen Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit beteiligt (Glaeske 2012, 99). Die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit ist als multifaktorielles Geschehen zu betrachten und in der Regel nicht auf einen konkreten Faktor begrenzt (BÄK 2016). Gründe können sowohl auf der Seite der Ärzteschaft, der PatientInnen, der Pharmaziehersteller als auch bei den Apotheken als Hauptausgabestelle vermutet werden. Doch auch gesellschaftliche Faktoren und soziale Bedingungen haben Einfluss auf die Medikamentenabhängigkeit. Die gesundheitlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen sind immens.

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen und Benzodiazepin Analoga und hat zum Ziel bedingende Faktoren der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland herauszustellen und in Zusammenhang zu bringen. Im Folgenden wird die zugrundeliegende Methodik als auch das Vorgehen der Autorin schrittweise erläutert und eine Klärung und Definitionen zentraler Begrifflichkeiten, die zum Verständnis der wissenschaftlichen Fragestellung von Bedeutung sind, erfolgen. Der Ergebnisteil wird zunächst die Prävalenz des Benzodiazepinkonsums anhand epidemiologischer Studien dargelegt, als auch die Herausarbeitung von Risikomeerkmalen, die mit der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung in Verbindung gebracht werden können. Darauf aufbauend erfolgt eine umfangreiche Analyse von Bedingungen und Risikofaktoren von Seiten der ÄrztInnen, der PatientInnen, als auch des Arzneimittelmarktes. Zur Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse in einem Zwischenstand zusammengefasst, bevor im Diskussteil die Ausei-

nersetzung mit den analysierten Faktoren erfolgt. Im Fazit wird nach einer kurzen Zusammenfassung als Abschluss ein Ausblick auf präventive Möglichkeiten bezüglich der Benzodiazepinabhängigkeit gegeben.

2 Methodik

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen, welches in den vergangenen Jahren, aufgrund der hohen Beteiligung an der Medikamentenabhängigkeit, im Blickpunkt vieler Untersuchungen und Publikationen war. Daher bietet sich zur Herausarbeitung und Analyse beeinflussender Faktoren und Bedingungen für die Entstehung der Benzodiazepinabhängigkeit an, bereits bestehende Daten zu sammeln und in Form einer Literaturrecherche für die Beantwortung der zu behandelnden Fragestellung zu nutzen. Im Folgenden wird Vorgehen der durchgeführten Literaturrecherche näher geschildert und bestimmte grundlegende Begriffe die im Zusammenhang mit der Fragestellung stehen definiert.

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche hat einen großen Anteil an der Arbeitszeit für die vorliegende Arbeit eingenommen, steht jedoch auch als methodische Mittel der Wahl an zentraler Stelle zur Beantwortung der Fragestellung. Die durchgeführte Literaturrecherche lässt sich zur besseren Nachvollziehbarkeit in vier Schritte einteilen, die aufeinander aufbauen. Zunächst ist die genaue Definition der Fragestellung unerlässlich, um die Recherche zielführend angehen zu können. Darauf folgt die Auswahl der Suchbegriffe, die sich während des Recherchevorgangs einer ständigen Weiterentwicklung und Revision unterliegen, um den Rechercheerfolg zu maximieren. Im dritten Schritt erfolgt, je nach Rechercheerfolg, eine Auswahl geeigneter Datenbanken und Quellen der Literaturbeschaffung. Im letzten Schritt kommt es zu einer Eingrenzung der Suche und Auswahl der geeigneten Literatur zur Beantwortung der Fragestellung.

Definition der Fragestellung

Das Schwerpunktthema „das Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen“ ist schon allein durch den breiten Einsatz des Arzneimittels zur Behandlung eine so übergeordnete Thematik als das sie erschöpfend und ausführlich beleuchtet werden könnte. Die Fragestellung muss vor Recherchestart klar definiert sein, da die Suche anhand des breitgefächerten Themas und der Fülle an Publikationen ohne klares Rechercheziel ausufern könnte. Es soll in der vorliegenden Arbeit herausgearbeitet werden, „Welche Faktoren die hohe Zahl an Benzodiazepinabhängigen in Deutschland bedingen bzw. beeinflussen und welche Bevölkerungsgruppe besonders betroffen ist“.

Auswahl der Suchbegriffe

Um die im ersten Punkt vorgestellte Fragestellung zu untersuchen, arbeitet die Autorin zu nächst verschiedene Suchbegriffe heraus, die sich der Übersichtlichkeit halber in Oberbegriffe, Synonyme und Unterbegriffe einteilen lassen (siehe Tabelle 1). Durch die Oberbegriffe und Synonyme konnte ich mir zunächst einen guten Überblick über das Thema verschaffen, da ich auf diesem Wege zu einer Vielzahl gesammelter Werke, Zusammenfassungen und Grundlagen zu Benzodiazepinen und deren Einsatz in der Medizin, Risiken und Folgen, als auch den gesetzlichen Rahmen erfahren konnte. Die Unterbegriffe dagegen führten mich eher zu Fachliteratur, spezifischen Artikeln und Publikationen zu spezifischen Ergebnissen. Darüber hinaus wurden die dargestellten Suchbegriffe in ihrer englischen Übersetzung genutzt. Trunkierungen (* als Abkürzung von Suchbegriffen auf einem Wortstamm), Wildcards (\$) als Platzhalter für einen oder keinen Buchstaben innerhalb eines Wortes) oder die wichtigsten Booleschen Operatoren (AND, OR und NOT) waren auch zur Identifizierung weiterer Suchbegriffe sehr nützlich.

Tabelle 1: Suchbegriffe zur Literaturrecherche

Oberbegriffe	Synonyme	Unterbegriffe
Schlaf- und Beruhigungsmittel	Benzodiazepine, Attaraktika/Anxiolytika, Hynotika, Sedativa, Tranquillantien	Wirkstoffgruppen (z.B. Diazepam, Oxazepam), Halbwertszeit, Anwendung, Risiken, Leitlinien, Leitfaden, Rote Liste, Arzneimitteleinführung, Nebenwirkungen
Medikamentenabhängigkeit	Medikamentenabusus, Medikamentensucht, Abhängigkeitssyndrom	Medikamentenmissbrauch, Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen, Abhängigkeitspotential, Suchtgefahr, Benzodiazepinabhängigkeit, Niedrig-/Hochdosisabhängigkeit, Risikogruppen, Beschaffungswege, Kurz-/Langzeitmedikation, Absetzsymptome, Epidemiologie
Arzneimittelverschreibungen	Medikamentenverordnungen, Rezeptausstellung	Wunschverordnungen, GKV-/PKV-Rezepte, Aufklärung/Beratung, Ärzte-Fachgruppen, Apotheken, Arzneimittelhersteller, Arzneimittelmarkt, Rezeptpflicht, Apotheken

Auswahl der Datenbanken

Als Datenbanken zur Recherche habe ich hauptsächlich den HAW Katalog der Bibliothek genutzt ebenso wie das Portal Pubmed, um gezielt an Fachliteratur und Studien zu gelangen. Darüber hinaus führte ich eine ausführliche Internetrecherche durch, wobei sich die Autorin zunächst an wissenschaftlich gesicherten Seiten orientierte, wie das Portal der DHS, GBA, KÄV oder BzGA. Über diese Informationen habe ich auch bestimmte AutorInnen und WissenschaftlerInnen ausmachen können, die sich sehr speziell mit dem Thema Benzodiazepine und der Abhängigkeitsentwicklung befassen.

Eingrenzung der Suche und Auswahl geeigneter Literatur

Nach Eingrenzung der Suche durch Sammlung geeigneter Studien und Literatur kommt es zu einer Eingrenzung der Suche und der Literatur. Die Auswahl geeigneter Literatur und Studien hat die Autorin vornehmlich an der Aktualität, Repräsentativität der Ergebnisse

und dem gewählten Studiendesign getroffen. Darüber hinaus wurde auf die Ausgewogenheit der Meinungsbeiträge insbesondere im Hinblick auf kontrovers diskutierte Aspekte geachtet.

2.2 Begriffserklärungen

In diesem Abschnitt erfolgt die Erklärung und Ausführung von zu Grunde liegenden Begrifflichkeiten, die im Bezug auf das Thema und der Verständlichkeit und Beantwortung der Fragestellung eine entscheidende Rolle spielen. Daher werden im Folgenden Benzodiazepine ausführlich besprochen ebenso wie eine Definition des Terminus Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit.

Benzodiazepine

Benzodiazepine gehören zur Arzneimittelgruppe der Psychopharmaka und weisen ein breites Indikationsgebiet auf. Sie werden vornehmlich bei Angsterkrankungen, Erregungszuständen, Schlafstörungen, Muskelspasmen, zerebralen Krampfanfällen oder auch zur Prämedikation für operative Eingriffe in der Praxis eingesetzt. Die Wirkung reicht daher von anxiolytischer (angstlösend), sedierender (beruhigend), hypnotischer (schlaffördernd), muskelrelaxierender (muskelentspannend), antikonvulsiver (krampflosend) bis amnestischer (Erinnerungsverlust) Wirkungen (DHS, 2015, 61f). Sie kommen jedoch auch oft bei der medikamentösen Behandlung von unspezifischen Symptomatiken, wie zum Beispiel Schlafstörungen, Unausgeglichenheit, Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit oder auch Stress und Anspannungsbeschwerden zum Einsatz, was einer klaren Diagnosestellung und einer indikationsgerechten Behandlung oft im Wege steht und darüber hinaus eine Chronifizierung fördern kann (LÄK & LAK Baden Württemberg 2008). Die Einnahme von Benzodiazepinen mindert zunächst den subjektiven Leidensdruck und schränkt die bewusste Wahrnehmung und die empfundene Intensität von Emotionen ein und dämpft Anspannung, Erregung und Angst (DHS 2015, 62). In hohen Dosen schirmt die Benzodiazepineinnahme stark vom Alltagsgeschehen ab und kommt daher auch in der Notfallmedizin zum Beispiel als Analosedierung im Rettungswagen, Sedierung bei akuten Belastungsreaktionen oder bei psychosozialen Notfällen und Suizidalität zum Tragen (Düsterwald 2013, 40, 292, 295). Benzodiazepine können bei großer Belastung über einen kurzen Einnahmezeitraum eine

große Unterstützung in Krisen sein, bei längerfristiger Einnahme droht jedoch die Verarmung des Gefühlslebens (DHS 2015, 62f). Da die Beschwerden der Betroffenen schnell und effektiv gemindert werden, kann es zu einer Chronifizierung der zugrundeliegenden Problematiken kommen und sich schnell eine Dauereinnahme entwickeln (LÄK & LAK Baden Württemberg 2008). Eine Langzeitanwendung führt zur Beeinträchtigung von Gedächtnis und Merkfähigkeit, als auch zu Koordinationsstörungen, Muskelschwäche sowie der Einschränkung von sozialen und emotionalen Kompetenzen (LÄK & LAK Baden Württemberg 2008; DHS 2015a, 63). Die hypnotischen und sedierenden Effekte können bei dauerhafter Anwendung bald nicht mehr erzielt werden und Ängste und depressive Symptomatiken können sich wiederum verstärken. Eine weitere Folge des Dauerkonsums liegt, ganz gleich bei welcher Indikation und Dosis, in der Gefahr eine Abhängigkeit zu entwickeln. Selbst bei einer längerfristigen ärztlich kontrollierten Verordnung mit geringer therapeutisch angemessener Dosierung kann es zu einer Niedrigdosisabhängigkeit kommen, ohne dass eine Dosissteigerung durch den/die PatientInnen vorliegen muss. Diese Niedrigdosisabhängigkeit, kommt bei Benzodiazepinen sehr häufig vor und bleibt in der Praxis leider oft unentdeckt, da diese oft erst beim Absetzversuch zum Vorschein kommt. Typische Entzugerscheinungen eines abrupten Abbruchs können Wahrnehmungsstörungen, psychotische Symptome oder auch Rebound Effekte, also Absetzphänomene, bei denen die ursprünglich medikamentös behandelten Symptomatiken, wie Angst oder Schlaflosigkeit in wesentlich verstärkter Form erneut auftritt. Häufig sind auch Nebenwirkungen wie Muskelzucken, Übelkeit, Erbrechen oder auch Bewusstseinsstörungen. Benzodiazepine dürfen demnach nie abrupt abgesetzt werden, sondern müssen durch eine allmähliche Dosisminderung aus dem Körper ausgeschlichen werden (DHS 2015a, 62). Bei einer unkontrollierten Langzeitverordnungen mit Dosissteigerung oder in Kombination mit missbräuchlichem Verhalten der PatientInnen, kann es jedoch auch zu einer Hochdosisabhängigkeit kommen (DHS 2015a, 63). Die Therapeutische Potenz der Benzodiazepine ist vor allem durch die zeitlich begrenzte Anwendungsdauer beschränkt, da sich nach vier bis sechs Woche bereits deutliche Absetzproblematiken und Entzugssymptome zeigen. Nach einer kontinuierlichen Einnahme über 3 Monate kann bei mindesten 80 Prozent der PatientInnen von einer Abhängigkeit ausgegangen werden. Typischerweise zeigt sich im Zusammenhang mit der Verschreibung von Benzodiazepinen häufig eine Weiterverordnung mit dem Ziel Entzugerscheinungen zu unterbinden (Glaeske & Jahnsen 2006, 179f). Studien untersuchen stets

nur die Auswirkungen der Kurzzeitbehandlung von Benzodiazepinen, für einen länger an dauernden Behandlungszeitraum gibt es keine Evidenz.

Die zahlreichen Benzodiazepine werden wirksam durch die Verstärkung der Wirkung des Neurotransmitters GABA (Gamma Aminobuttersäure), einem der wichtigsten Botenstoffe im Zentralen Nervensystem (Aktories et al. 2009, 45 f.). Sie reagieren an einer spezifischen modulatorischen Bindungsstelle am GABA_A Rezeptor, einem ligandengesteuerten Ionenkanal. Die Intensität der Wirkung von Benzodiazepinen ist an den Funktionszustand des GABA Rezeptors gebunden, daher hat eine niedrige Konzentration von GABA eine deutlich verstärkte GABA Wirkung durch Benzodiazepine zur Folge. Ist die GABA Konzentration dagegen bereits sehr hoch, bleibt die Bindung der Benzodiazepine an den Rezeptoren wirkungslos, so dass eine Überschreitung des physikalischen Maximums nicht bewirkt wird. Dank dieser Selbstlimitierung sind Benzodiazepine auch in besonders hohen Dosen nicht lebensbedrohlich (Aktories et al. 2009, 107 f.). Alle Benzodiazepine sind in Deutschland ausnahmslos rezeptpflichtig, die Substanzen an sich und bestimmte Substanzmengen unterliegen jedoch dem Betäubungsmittelgesetz. Die Fertigarzneimittel der Benzodiazepine enthalten in der Regel nur Dosierungen, die von der Betäubungsmittelverschreibung ausgenommen sind. Sollte jedoch ein Missbrauch bekannt sein, kann in Einzelfällen die Grenze für bestimmte Dosierungen reduziert werden, so dass eine Verordnung über ein „normales“ Rezept nicht mehr ausreichend wäre. Bestimmte Wirkstoffe wie z.B. Flunitrazepam ebenso wie höhere Dosierungen können nur noch über ein Betäubungsmittelrezept verordnet werden (DHS 2015a, 36f).

Tabelle 2: Übersicht häufig eingesetzter Benzodiazepine und Non Benzodiazepine (BÄK, 2007, 55)

Benzodiazepine			
Alprazolam	Bromazepam	Lorazepam	Prazepam
Brotizolam	Chlordiazepoxid	Lormetazepam	Temazepam
Clonazepam	Diazepam	Medazepam	Tetrazepam
Dikaliumclorazepat	Flunitrazepam	Nitrazepam	Triazolam
Flurazepam	Loprazolam	Oxazepam	
Benzodiazepin-Analoga (Z-Drugs)			
Zaleplon	Zolpidem	Zopiclon	

Die unterschiedlichen Präparate unterscheiden sich hinsichtlich der ausgeprägten Wirkung, der Schnelligkeit des Wirkungseintritts, der Wirkdauer, der Art und der Dauer des Abbaus im Organismus. Die angesetzte Dosis und die Halbwertszeit des Medikaments bestimmen hierbei den Grad der möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen (BAK 2011, 32).

Wie bereits erwähnt gehen mit einem abrupten Absetzen von Benzodiazepinen fast immer Entzugssymptomaten einher, die sich in drei Hauptgruppen aufteilen lassen. Zunächst wären dort die Rebound Symptome zu nennen, die sich durch verstärktes Auftreten der ursprünglich zu behandelnden Beschwerden (Benkert, Hautzinger & Graf Morgenstern 2016, 90) äußern. Häufig kommt es also zu starker Angst, Schlaflosigkeit, Muskelzucken, Übelkeit und Erbrechen oder auch Bewusstseinsstörungen (DHS 2015a, 66). Die Rebound Effekte halten in der Regel wenige Tage an. Die Rückfallsymptome beziehen sich meist auf ein Wiederkehren von Angstzuständen nach Absetzen der Benzodiazepine. Die eigentlichen Entzugssymptome sind vielfältig und können sich individuell ausprägen. Hierbei handelt es sich aber um Krankheitszeichen und Beschwerden, die vor der Einnahme nicht vorhanden waren und für gewöhnlich 5-15 Tage andauern. In Tabelle 3 sind leichte und schwere Entzugssymptome aufgeführt.

Tabelle 3: Häufige Entzugssymptome beim Absetzen von Benzodiazepinen (Benkert, Hautzinger & Graf Morgenstern 2016, 91)

Leichte Entzugssymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Angst und innere Unruhe • Schlaflosigkeit • Erhöhte Irritabilität • Erhöhte Herzfrequenz und Blutdruck • Übelkeit und Erbrechen • Schwitzen • Tremor • Muskelverspannungen
Schwere Entzugssymptomatik	<ul style="list-style-type: none"> • Verwirrheitszustände • Depersonalisation/Derealisation • Psychotische Zustände, Delirien • Ängstlich-depressive Symptome • Krampfanfälle • Oszillopsien, Dysmorphopsien • Photophobie • Hyperakusis • Hypersomnie • Dysästhesien • Kinästhetische Störungen • Muskelzittern und -faszikulationen

Um den aufgeführten Entzugsproblematiken vorzubeugen ist eine schrittweise und kontinuierliche Dosisreduktion je nach ursprünglich eingenommener Dosierung über Wochen bis hin zu Monaten im ambulanten oder stationären Setting von Nöten (Benkert, Hautzinger & Graf Morgenstern 2016, 91; DHS 2015a, 62). Die Prognose der Benzodiazepinabhängigkeit ist im Gegensatz zu anderen Abhängigkeitserkrankungen sehr günstig. Studien zeigen, dass Abstinenzquote nach 6 Monaten bei zwei Dritteln liegt, demnach waren etwa 54 Prozent durchgängig abstinent. Die Spontanremission bei Langzeitkonsum ist dagegen sehr gering (DHS 2015a, 68).

Medikamentenmissbrauch

Ein Medikamentenmissbrauch ist klar von der Medikamentenabhängigkeit abzugrenzen. Ein Missbrauch findet hauptsächlich auf der Ebene der KonsumentInnen statt, wenn der Gebrauch/Konsum eines Arzneimittels klar von den Zulassungskriterien hinsichtlich Dosierung, Dauer und Häufigkeit der Einnahme abweicht. Es kann jedoch auch ein Missbrauch eines Medikamentes von Seiten der Ärzte vorliegen, wenn diese bestimmten Arzneien unkontrolliert und über lange Zeiträume verordnen, sodass sich bei den KonsumentInnen dadurch in eine Abhängigkeit entwickeln kann. Ein Missbrauch geht demnach häufig einer Abhängigkeit voraus. Nach dem ICD 10 wird von „Schädlichem Gebrauch“ anstatt von „Missbrauch“ gesprochen (DHS 2015a, 175). Psychologisch betrachtet lassen sich fünf Hauptmotive benennen, die zu einem missbräuchlichen Medikamentenkonsum führen können. Das häufigste Motiv ist der Versuch der Beseitigung oder Linderung von negativen psychischen Symptomaten, wie beispielsweise Schlafstörungen, Ängste oder Depressionen. Ein weiterer Grund liegt in der Beseitigung sekundär bestehender psychischer Probleme, ebenso wie der Wunsch nach euphorisierender Wirkung, die eher auf den Missbrauch von Schmerzmitteln zu beziehen ist. Auch das Motiv der direkten Leistungssteigerung lässt sich auf den Gebrauch von starken Schmerzmitteln zurückführen, da die AnwenderInnen eine Art „Kick“ empfinden und sich das Gefühl der gesteigerten Aufmerksamkeit einstellt. Die Schlaf- und Beruhigungsmittel dagegen werden häufig mit einer indirekten Leistungssteigerung in Verbindung gebracht. Die KonsumentInnen haben hierbei das Ziel trotz Anspannung und Stress zur Ruhe zu kommen oder gut schlafen zu können, um am nächsten Tag wieder voll leistungsfähig und einsatzbereit zu sein (DHS 2015a, 23 f.).

Medikamentenabhängigkeit

Die Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit wird nach ICD 10 anhand des Auftretens bestimmter Kriterien innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten gestellt. Dabei handelt es sich um insgesamt sechs Kriterien von denen mindestens zwei gleichzeitig auftreten, um ein Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10 F1x. darzustellen.

Diese Kriterien sind:

- Ein starker Wunsch bis hin zum Zwang ein Medikament einzunehmen

- Eine geminderte Fähigkeit zur Kontrolle des Einnahmebeginns, der Beendigung und der Substanzmenge
- Das Auftreten eines physischen Entzugssyndroms, mit typischen Entzugssymptomen des jeweiligen Mittels, bei der Reduktion oder dem Absetzen des Medikaments oder auch der Konsum anderer Mittel (z.B. Alkohol), um die Entzugsserscheinungen des Medikaments zu mildern oder zu umgehen
- Ein Wirkverlust des Medikaments bei gleichbleibender Dosis (Toleranzentwicklung)
- Die Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Medikamentenkonsums oder der Medikamentenbeschaffung
- Trotz schädlicher Konsequenzen von der Medikamenteneinnahme, über die sich der/die Konsument/in im Klaren ist, wird der Substanzgebrauch fortgeführt

(DHS 2015, 168; BÄK 2007, 19)

3 Ergebnisse

In diesem Abschnitt erfolgt zunächst die Darstellung des gegenwärtigen Stands der Verordnungen und Einnahme von Benzodiazepinen in Deutschland aufgrund epidemiologischer Studien unter Betrachtung demografischer Eigenschaften der KonsumentInnen. In den darauffolgenden Punkten erfolgt die Herausarbeitung der ursächlichen Bedingungen und Einflüsse der hohen Zahl an Verordnungen und Abhängigen von Benzodiazepinen auf Seiten der Ärzteschaft, des Arzneimittelmarktes inklusive Pharmahersteller und Apotheken als Ausgabestellen als auch das Verhalten und Risiken des KonsumentInnenkreises mit dem Schwerpunkt auf bestimmte Risikogruppen.

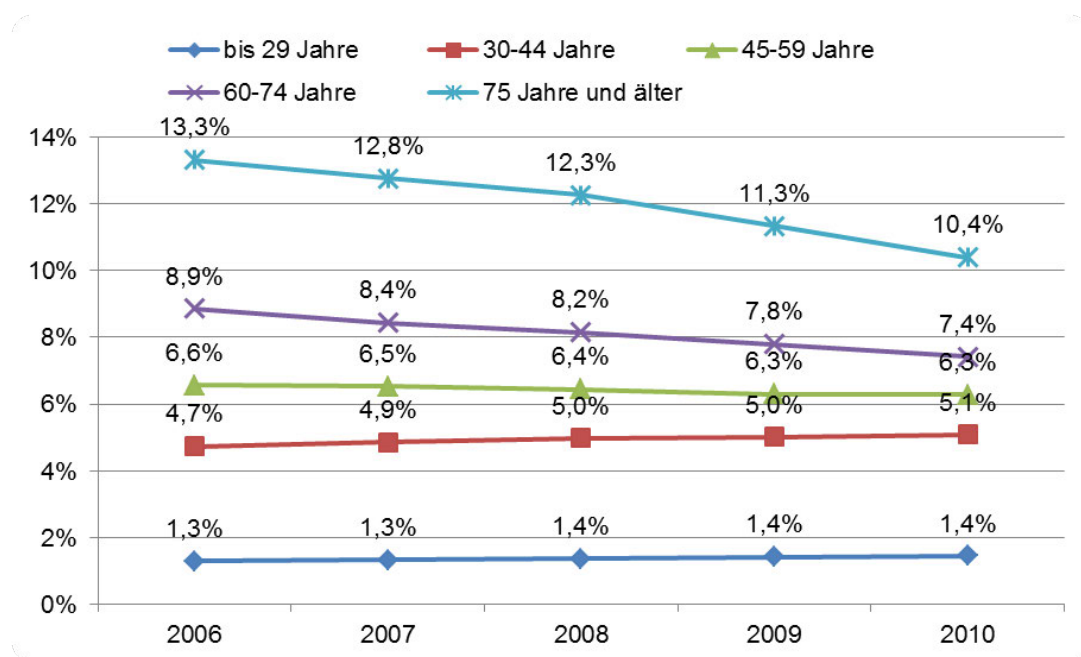
3.1 gegenwärtiger Stand/Epidemiologie

Zunächst erfolgt eine Auseinandersetzung mit verschiedenen epidemiologischen Studien, um einen Überblick über die Prävalenz der Verordnungszahlen von Benzodiazepinen als auch Trends der Verschreibungshäufigkeit aber auch Verordnungsdauer von Benzodiazepinen in Deutschland zu erhalten. Neben diesen Erkenntnissen zum Verschreibungsverhalten der Ärzteschaft bezüglich dieser Wirkstoffgruppe wird untersucht, ob sich Unterschiede

im Umgang zwischen den verschiedenen Ärztegruppen und Fachrichtungen auszumachen lassen. Darüber hinaus wird der Kreis der KonsumentInnen anhand demografischer Gesichtspunkte dargestellt, um bestimmte Risikogruppen für die Entwicklung einer Benzodiazepinabhängigkeit auszumachen.

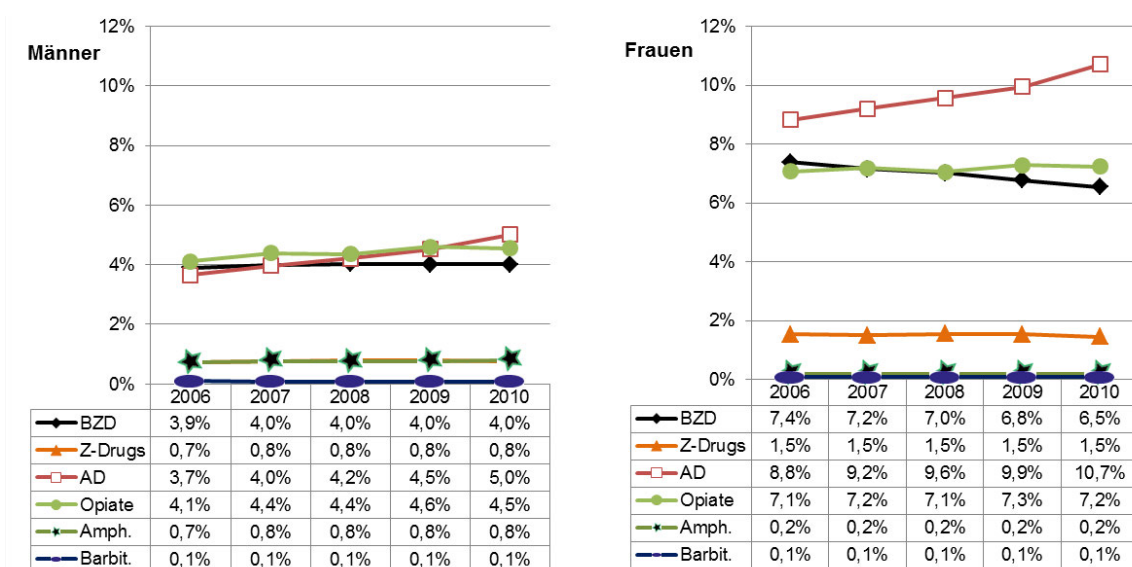
Bereits in den vergangenen Jahren wurden eine Vielzahl von Daten bezüglich der Medikamentenabhängigkeit erhoben, wobei die Arzneimittelgruppe der Benzodiazepine noch immer im Fokus steht, da sie nach wie vor am häufigsten beteiligt ist. In Deutschland geht man davon aus, dass zwischen 1,2 und 1,5 Millionen Menschen von Benzodiazepinen und Benzodiazepin agonisten (Z Substanzen) abhängig sind. Diese Angabe variiert je nach Literatur, so dass einige Autoren die Gesamtzahl der Abhängigen sogar auf 1,9 Millionen Menschen schätzen (Glaeske 2016, 99). Die Verordnungsprävalenz von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential unterscheidet sich stark nach Alter und Geschlecht. Insbesondere mit Blick auf die Benzodiazepine ist ein deutlicher Anstieg der Einnahme mit steigendem Alter erkennbar.

Abbildung 1: Prävalenz der Verordnungen von Benzodiazepinen im Zeitverlauf pro Patient*injahr nach Alter (Vertheim et al. 2014, 42)



In Abbildung 1 lässt sich erkennen, dass die Prävalenz der Verordnungen von Benzodiazepinen in der jüngsten Altersgruppe (unter 29 Jahren) mit 1,3 Prozent im Jahr 2006 angegeben ist. Mit jeder nächsthöheren Altersgruppe steigt die Prävalenz um zwei bis über vier Prozentpunkte. Den höchsten Wert erreicht die Altersgruppe der über 75 Jährigen mit 13,3 Prozent im Jahr 2006. Betrachtet man den Zeitverlauf der Verordnungsprävalenz in den Jahren 2006 2010 lässt sich zunächst feststellen, dass die Verordnungszahlen in der jüngsten Altersgruppe stagnieren. Bei den 30 44 Jährigen und 45 49 Jährigen lassen sich nur marginale Unterschiede feststellen. Während die Einnahme der erstgenannten Gruppe leicht anzusteigen scheint, nimmt die andere um 3 Prozentpunkte ab. Die größten Veränderungen lassen sich bei den beiden höchsten Altersgruppen feststellen. Die Gruppe der 60 74 Jährigen verzeichnet eine kontinuierliche Reduktion der Verordnungen um 1,5 Prozentpunkte. Die stärkste Veränderung findet in der höchsten Altersgruppe statt, die mit 13,3 Prozent im Jahr 2006 um fast drei Prozentpunkte sinken auf 10,4 Prozent in 2010 (Vertheim et al. 2014, 42 ff.)

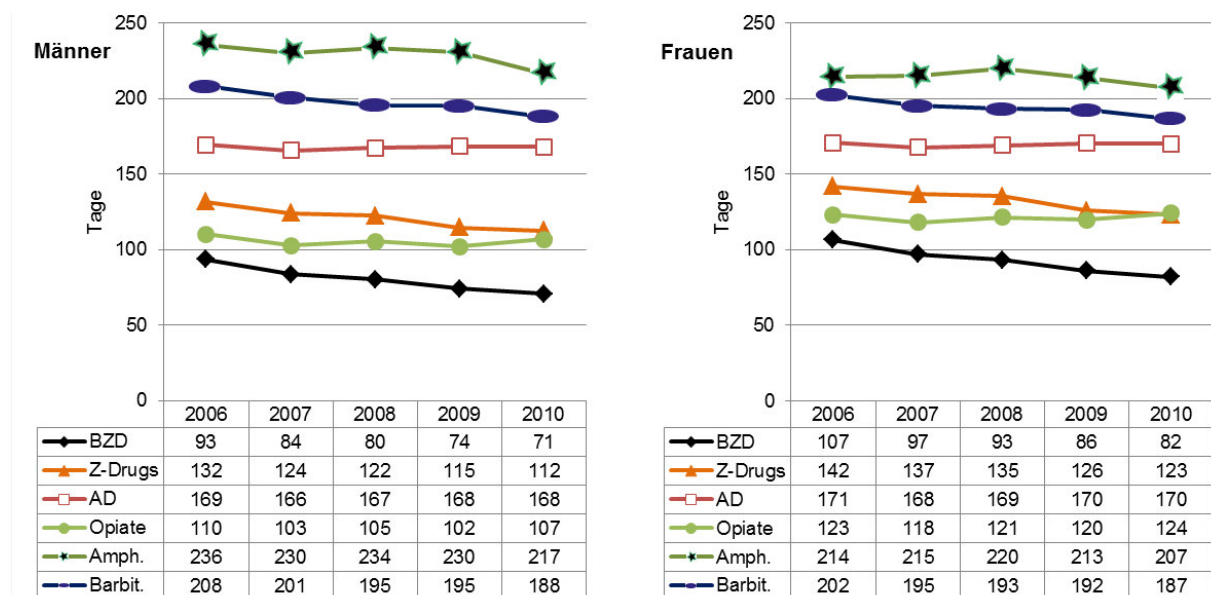
Abbildung 2: Prävalenz der Einnahme von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential im Zeitverlauf nach Geschlecht (Vertheim et al. 2014, 41)



Die Betrachtung der Einnahme von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential nach dem Geschlecht macht deutlich, dass die Frauen bei allen Arzneimitteln, ausgenommen die Am

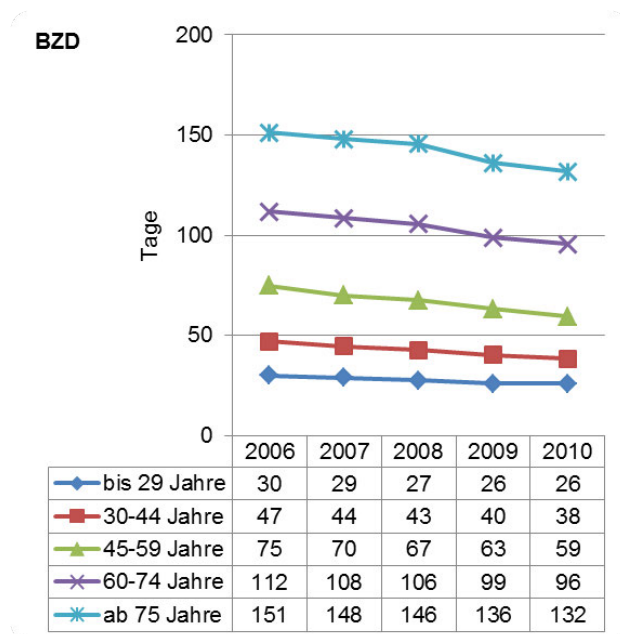
phetamine und Barbiturate, eine erheblich höhere Prävalenz aufweisen. Im Jahr 2006 nahmen 3,9 Prozent der Männer Benzodiazepine ein, wohingegen die Frauen mit 7,4 Prozent fast doppelt so häufig von der Einnahme betroffen waren. Ein ähnliches Bild lässt sich in Bezug auf die Einnahme der sogenannten Z Drugs (BZD Agonisten) feststellen. Im Zeitverlauf bleibt die Prävalenz der Benzodiazepine auf Seiten der Männer fast unverändert, bei den Frauen lässt sich zwischen 2006 und 2010 ein Rückgang von 7,4 Prozent auf 6,5 Prozent beobachten. Die Prävalenz der Z Drugs stagniert hingegen bei beiden Geschlechtern (Vertheim et al. 2014, 41).

Abbildung 3: Dauer der Verschreibungen in Tagen nach Art der Arzneimittel im Zeitverlauf pro Patientenjahr nach Geschlecht (Vertheim et al. 2014, 58)



Die Dauer der Verschreibungen von Benzodiazepinen variiert nach dem Geschlecht. Die Männer nahmen im Jahr 2006 im Schnitt über eine Dauer von 93 Tagen Benzodiazepine zu sich, wohingegen die Frauen eine durchschnittliche Dauer von 107 Tagen vorwiesen. Zwischen 2006 und 2010 lässt sich bei beiden Geschlechtern eine Reduktion der Einnahmedauer feststellen. Bei den Männern kann eine Reduktion der Behandlungsdauer um 22 Tage auf durchschnittlich 71 Tage in 2010 beobachtet werden. Auf Seiten der Frauen lassen sich ähnliche Entwicklungen feststellen. Hier liegt eine Reduktion um 25 Tage auf 82 Tage in 2010 vor (Vertheim et al. 2014, 57). Doch auch bezogen auf das Alter lässt sich eine deutliche Korrelation zur Verordnungsdauer verzeichnen.

Abbildung 4: Dauer der Verschreibungen von Benzodiazepinen im Zeitverlauf pro Patientenjahr nach Alter (Vertheim et al. 2014, 59)



Bei Betrachtung der Abbildung 4 fällt auf, dass die Einnahmedauer der BZD mit steigendem Alter zunimmt. Die jüngste Altersgruppe (bis 29 Jahre) nimmt im Jahr 2006 durchschnittlich einen Monat BZD zu sich, bei den 30-44-Jährigen erhöht sich die Dauer der Verschreibung bereits um 17 Tage auf insgesamt 47 Tage. In der nächsthöheren Gruppe (45-59 Jahre) ist eine weitere Erhöhung um 28 Tage auf eine durchschnittliche Verordnungsdauer von insgesamt 75 Tagen zu verzeichnen. Auch zwischen dieser und der nächsthöheren Altersstufe, den 60-74-Jährigen, lässt sich ein starker Anstieg der Einnahmedauer erkennen. Hier beträgt die Differenz der Behandlungsdauer sogar über einen Monat (37 Tage), dementsprechend beträgt die durchschnittliche Verschreibungsdauer bereits 107 Tage. Die mit Abstand längste Verschreibungsdauer lässt sich bei den ältesten PatientInnen (ab 75 Jahre) verzeichnen. Die mittlere Einnahmedauer beträgt in dieser Altersgruppe 151 Tage. Im Verlauf der Jahre 2006 bis 2010 lässt sich bei allen Altersgruppen eine Reduktion der Verschreibungsdauer feststellen, die jedoch je nach Altersgruppe sehr unterschiedlich ausfallen. In den beiden jüngsten Altersgruppen beträgt der Unterschied der Verschreibungsdauer von 2006 bis 2010 nur 4 und 9 Tage. Bei den 45-59- und 60-74-Jährigen lässt sich hingegen bereits

eine Reduktion um jeweils 16 Tage erkennen. Bei den PatientInnen ab 75 Jahren ist der Unterschied mit 19 Tagen am größten (Vertheim et al., 58).

Tabelle 4: Auswertung der BZD Verordnungen im Zeitverlauf nach Ärzte Fachgruppen (Vertheim et al. 2014, 84)

Benzodiazepine	Jahr	Internisten	Neurologen	Allgemein- ärzte	Andere Ärzte
Anteil an allen PatientInnen (Mehrfachnennung möglich)	2006	20,5%	10,2%	67,2%	11,6%
	2007	20,2%	9,8%	67,0%	12,6%
	2008	19,6%	9,6%	67,0%	14,1%
	2009	17,9%	9,1%	65,1%	16,4%
	2010	17,1%	8,7%	64,1%	18,1%
Langzeit-ver- schreibungen	2006	22,3%	30,5%	21,8%	7,3%
	2007	20,5%	29,4%	20,2%	7,2%
	2008	20,1%	30,5%	20,3%	9,4%
	2009	18,3%	29,4%	17,7%	8,9%
	2010	17,6%	29,2%	16,7%	8,8%





Tabelle 3 gibt wieder welche prozentualen Anteile verschiedene Ärzte Fachgruppen an den Verordnungen von BZD in den Jahren 2006 2010 tragen, als auch der Anteil an den Langzeitverschreibungen desselben Zeitraumes. Der überwiegende Teil der BZD Verschreibungen gehen von AllgemeinmedizinerInnen aus. Der Anteil an den BZD Verordnungen in dieser Ärztegruppe betrug im Jahr 2006 67 Prozent. InternistInnen folgten mit einem Anteil von 20,5 Prozent und 11,6 Prozent wurden von anderen ÄrztInnen verordnet. NeurologInnen verordneten gerade mal 10,2 Prozent der BZD Verschreibungen des Jahres 2006. In den folgenden fünf Jahren kommt es zu einer leichten Verschiebung der

Verordnungsanteile. Bei InternistInnen, AllgemeinärztInnen und NeurologInnen lässt sich eine leichte Reduktion der Verordnungsanteile (zwischen 1,5 3,4 Prozent) feststellen, wo hingegen die Anteile in der Gruppe andere ÄrztInnen kontinuierlich um 6,5 Prozentpunkte zunehmen. Die Langzeitverordnung von BZD, die nach der aktuellen Leitlinie eigentlich nur in begründeten Ausnahmefällen vorgenommen werden darf, kommt nach den Werten der Tabelle 3 jedoch nicht selten in der Praxis vor. NeurologInnen sind im Jahr 2006 mit 30,5 Prozent an den Langzeitverordnungen beteiligt, demnach versorgten sie fast ein Drittel ihrer PatientInnen dauerhaft mit BZD. Der Anteil der InternistInnen an den Langzeitverordnungen beträgt in 2006 beträgt 22,3 Prozent und knapp darunter liegen die AllgemeinärztInnen mit 21,8 Prozent. Die Gruppe der anderen ÄrztInnen nimmt mit 7,3 Prozent an allen BZD Langzeitverordnungen einen deutlich geringeren Anteil im Vergleich zu den anderen Ärzte Fachgruppen ein. Während der folgenden fünf Jahre ist eine Reduktion der Anteile an den Langzeitverordnungen sowohl bei InternistInnen als auch AllgemeinärztInnen um 4,7 Prozent und 5,1 Prozent zu verzeichnen. Bei NeurologInnen lässt sich hingegen nur eine Abnahme um 1,3 Prozentpunkt bis 2010 beobachten. Der Anteil bei den anderen Ärzten ist im Zeitverlauf um 1,5 Prozent angestiegen (Vertheim et al. 2014, 84).

In der prospektiven Studie von Vertheim et al. (2014, 6ff) wurde weiter eine Risikoklassifikation für den Einsatz von Benzodiazepinen anhand von Verordnungsdauer und Dosierungen erstellt (DDD= defined daily dose) (siehe Abbildung 8).

Abbildung 5: Farbcodiertes Stufenschema (Matrix) der Risikoklassifikation nach Verschreibungsdauer und DDDs von Benzodiazepinen/Z Substanzen (Vertheim et al. 2014, 97)

	≤1DDD	>1 2 DDDs	>2 DDDs
<2 Monate	Grün	Grün	Grün
2 6 Monate	Gelb	Rot	Rot
>6 Monate	Rot	Schwarz	Schwarz

-  = leitliniengerechte Behandlung
-  = riskante Einnahmedauer
-  = Hochrisikogruppe
-  = Verdacht auf Abhängigkeit

2010 umfassen die rote und die schwarze Gruppe (die zwei höchsten Risikoklassen) 21,2 Prozent (140.000 Menschen) der PatientInnen die mit Benzodiazepinen oder Z Substanzen behandelt wurden. Würde man die gelbe Gruppe, die Langzeitverschreibungen im Niedrig dosisbereich enthält, noch hinzu zählen kommt man sogar auf eine Anzahl von 210.000 Menschen die in Deutschland, die nicht leitliniengerecht behandelt wurden. Die Anzahl der nicht leitlinienkonformen Behandlungen ist ebenfalls rückläufig, obwohl hier eine Kompensation über Privatrezepte sehr wahrscheinlich ist. Bei Analyse der Verschreibungen über einen gewissen Zeitraum (3 5 Jahre) wird deutlich, dass PatientInnen, die schon im ersten Jahr der Verschreibung von Benzodiazepinen oder Z Substanzen nicht leitliniengerecht behandelt wurden auch in den Folgejahren mit hoher Wahrscheinlichkeit eine riskante Verordnung bezüglich der Behandlungsdauer und Dosishöhe erhalten (Vertheim et al. 2014, 6f).

3.2 Untersuchung beeinflussender und bedingender Faktoren der Entstehung der Benzodiazepinabhängigkeit

Nach Darlegung der Prävalenz der Benzodiazepineinnahme, der PatientInnengruppen und der Verordnungshäufigkeit stratifiziert nach Ärztefachgruppen erfolgt nun eine spezifische Analyse von Risiken und Einflussfaktoren von Seiten der ÄrztInnen, Bedingungen des Arzneimittelmarktes und des PatientInnenverhaltens.

3.2.1 Verschreibungspraxis von Benzodiazepinen

1957 gelang es erstmals Benzodiazepine zu synthetisieren. Seit dem wurden sie zu den meisteingesetzten Beruhigungs- und Schlafmitteln und zählen noch heute zu den weltweit am häufigsten verordneten Arzneimitteln (DHS 2014). Im deutschen Gesundheitssystem haben die niedergelassenen Ärzte insbesondere die Hausärzte, als erste Anlaufstelle für PatientInnen, eine besondere Verantwortung bezüglich der Medikamentenverordnungen, da sie für mehr als die Hälfte der verschriebenen Arzneimittel Sorge tragen (BÄK 2007, 9). Viele PatientInnen kommen mit unspezifischen, oft chronischen Beschwerden in die Praxis, bei denen keine organische Ursache nachweisbar ist. Hierzu zählen insbesondere psychovegetative Beschwerdebilder wie Überforderungsgefühle, anhaltende Müdigkeit und Erschöpfung, Unruhe und Nervosität, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Niedergeschlagenheit, Ängste, sorgenvolles Grübeln bis hin zu Symptomen einer Depression, aber auch physische Beschwerden wie Schwindel, Herzrasen, Magen- und Darmprobleme und verschiedene nicht klar abgrenzbare Schmerzsymptome (BÄK 2007, 13). Vor allem bei solch unspezifischer Symptomatik bedarf es einer besonders sorgfältigen Diagnosestellung auch mit Blick auf das zu Grunde liegen möglicher psychischer Störungen oder Erkrankungen im Vorfeld einer medikamentösen Behandlung. Als besonders bedenklich sollte das Vorliegen eines Symptomtrias aus Antriebslosigkeit, Interessen- und Freudlosigkeit und gedrückter Stimmung gepaart mit Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen, Konzentrationsstörungen, Appetit- und Schlaflosigkeit beachtet werden, da diese explizit auf eine depressive Erkrankung hinweisen könnten. Auch PatientInnen, die mit Ängsten oder Angststörungen beim Arzt vorstellig werden, haben in der Regel ein besonders hohes Risiko eine zusätzliche Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln, da sie durch übermäßige Angst, die das alltägliche Leben stark beeinträchtigt, zur Selbstmedikation neigen. Auch chronische

Schmerzsymptome, insbesondere mit ständig wechselnder Lokalisation, bei denen keine organische Ursache erkennbar ist, deuten eher auf eine somatoforme Störung hin. Hier sollte das Lebensumfeld der PatientInnen besondere Beachtung finden, da ein gleichzeitiges Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren bei PatientInnen ein weiterer Hinweis für eine somatoforme Störung darstellt. Auch sollte der Arzt ständigen symptomgesteuerten organisch diagnostischen Untersuchungen in diesem Falle widerstehen, um einer Chronifizierung der somatoformen Symptomatik entgegen zu wirken (BÄK 2007, 9 f.). Es ist für die Ärzte, nicht allein durch die Anhäufung von psychischen und somatoformen Störungen, die oft unspezifische Symptomatiken aufweisen, schwer die geeignete Diagnostik und Behandlung zu finden. Hinzu kommt der hohe Anspruch der PatientInnen auf eine schnelle Problemlösung. Durch das Internet oder die Printmedien haben viele PatientInnen heutzutage bereits vor dem Arztbesuch Vorinformationen über bestehende Beschwerden gesammelt und häufig resultiert daraus eine vermutete Diagnose und entsprechende Behandlungswünsche. Die PatientInnen erwarten heutzutage von einem Arztbesuch mit einem Medikament eine schnellstmögliche Beseitigung der empfundenen Störung, die einem Reparaturwunsch gleichkommt und der Leistungsfähigkeit entgegenkommt. Häufig geht es um unerwünschte Empfindungen wie Traurigkeit, Selbstzweifel, innere Unruhe und Überforderung. Es geht in zunehmendem Maße um Beseitigung von Schönheits- und Befindlichkeitsstörungen durch gezielte Verschreibungswünsche. Es ist jedoch nicht selten, dass von Patienten auf körperlicher Ebene erlebte Beschwerden, wie z.B. Schlafstörungen, in vielen Fällen auf verschiedene psychische oder psychosoziale Problematiken hindeuten (BÄK 2007, 9). ÄrztInnen berichten vermehrt, dass es keine Seltenheit sei von PatientInnen unter Druck gesetzt zu werden, Benzodiazepine zu verschreiben. Doch auch den ÄrztInnen wird eine Mitverantwortung an der hohen Zahl von Benzodiazepinabhängigen zugeschrieben. Der vorherrschende Zeitmangel in den Praxen, das häufige Fehlen geeigneter psychotherapeutischer Möglichkeiten oder eine fehlerhafte oder unklare Diagnosestellung führen oft zum vorschnellen Ausstellen von Rezepten. Die gute Verträglichkeit und die schnell einsetzende Wirkung machen Benzodiazepine zu einem raschen Mittel Symptome zu bekämpfen, ohne jedoch der Ursache für die Beschwerden auf den Grund gehen zu müssen (Laux & Dietmaier 2013, 9 ff.). Bei der Anwendung von Benzodiazepinen als Sedativa/Hypnotika oder Tranquilizer ist die Arzneimittel Richtlinie sowie die Anlage III Nr. 32 und 45 zu beachten (GBA 2016, 12 f., 19), wonach eine Kurzzeittherapie eine Dauer von 4 Wochen nur in

medizinisch begründeten Einzelfällen überschreiten darf. Eine längerfristige Anwendung von BZD ist besonders zu begründen. Die Ergebnisse des Jahrbuch Sucht 2015 zur Einnahme psychotroper Medikamente weisen darauf hin, dass etwa ein Drittel dieser Substanzen nicht zur kurzfristigen Bekämpfung akuter Beschwerden verordnet wird, sondern langfristig zur Vermeidung von Entzugssymptomen und zur Suchterhaltung verordnet werden (DHS 2015b, 2). Wie auch aus dem vorangegangenen Abschnitt 3.1 erkennbar, ist die Zahl der Benzodiazepinverordnungen im Rahmen der GKV in den vergangenen Jahren zurückgegangen, jedoch lässt sich ein Anstieg der Verordnungen von BZD über Privatrezepte feststellen. Dadurch kommt es zu einer Verschleierung von problematischem Arzneimittelkonsum. Laut dem Jahrbuch Sucht 2016 reichen die verkauften Benzodiazepine noch immer aus, um 1,2 bis 1,5 Millionen BZD Abhängige zu versorgen (DHS 2016, 3).

Nach der DHS ist die wirksamste Prävention von unerwünschten Wirkungen (z.B. Missbrauch und Abhängigkeit) von Arzneimitteln die richtige Anwendung und Aufklärung über rezeptpflichtige Wirkstoffe. Die sogenannte 4K Regel sollte bei der Verordnung von Arzneimitteln unbedingt beachtet werden (DHS 2015b, 3):

Klare Indikation

Die Verschreibung darf nur bei klarer vorheriger Indikationsstellung und Aufklärung des zu Behandelnden über das bestehende Abhängigkeitspotential und mögliche Nebenwirkungen. Die Verschreibung darf bei PatientInnen mit einer Abhängigkeitsanamnese nicht erfolgen.

Korrekte Dosierung

Eine indikationsadäquate Dosierung und Verschreibung der kleinsten Packungsgröße ist gefordert.

Kurze Anwendung

Die Therapiedauer (max. 14 Tage) wird mit der Patientin/dem Patienten vereinbart. Die Wiedereinbestellung sollte kurzfristig erfolgen und die Weiterbehandlung genauestens überprüft werden.

Kein Abruptes Absetzen

Zur Vermeidung von Entzugserscheinungen und Rebound Phänomenen sollte das Arzneimittel nie schlagartig abgesetzt, sondern schleichend abdosiert werden.

(DHS 2015b, 3; Glaeske 2012, 102)

3.2.2 Einfluss des Arzneimittelmarkts auf den Konsum

Die Medikamentenabhängigkeit nimmt im Gegensatz zu anderen Abhängigkeitserkrankungen eine Sonderstellung ein, da es sich in der Regel um eine iatrogen induzierte Abhängigkeit handelt, die auf Rezept und auch unter ärztlicher Überwachung entstehen kann. Insbesondere bei der Abhängigkeit von Benzodiazepinderivaten, spielen jedoch auch andere Faktoren eine Rolle, die sich seit Einführung der Arzneimittelgruppe zurückverfolgen lässt. In der Presse wird im Hinblick auf die Benzodiazepine von einem „Verheimlichten Suchtpotential“ gesprochen. Gerd Glaeske (2012) stellt die mangelnde Offenheit und Informationsvermittlung von Seiten der Arzneimittelhersteller heraus und betont „Die Verheimlichung des Suchtpotenzials war kaum jemals weniger evident als bei der weltweiten Einführung der Benzodiazepine (...)“. Die Firma LaRoche führte im Jahr 1960 das erste Benzodiazepin, Chlordiazepoxid (Handelsname Librium®), ein und folgte 1963 mit Diazepam (Handelsname Valium®). Die Medikamente wurden sehr schnell und insbesondere durch ihre gute körperliche Verträglichkeit und schnellen Wirkungseintritt breit eingesetzt. Entzugssymptome die von Reizbarkeit, Tachykardie, Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit bis hin zu Halluzinationen, Psychosen und Krämpfen reichten, wurden jedoch schon zu Beginn festgestellt trotz dem wurde das Risiko der Abhängigkeit nicht ernst genommen. Besonders bei Indikationen wie Stress, nervöse Reizbarkeit, vegetativer Dystonie, klimakterischer Beschwerden, verschiedenster Alltagsbeschwerden oder Schlafstörungen, wurden in den 80er Jahren geschätzt 2 Millionen Menschen in die Benzodiazepinabhängigkeit geführt. Ebenso war bekannt das die Gefahr der Abhängigkeit mit der Einnahmezeit dieser Mittel korreliert. Nach zwei bis drei Monaten war ein Absetzen ohne ärztliche Hilfe nicht mehr möglich. Schon damals waren hauptsächlich Frauen und ältere Menschen betroffen. In der Literatur wird dieser Umstand oft darauf zurückgeführt, dass der Hersteller LaRoche quasi als Monopolist diese Arzneimittelgruppe vermarktete und entsprechende Risiken nicht öffentlich machte, um Umsätze in Milliardenhöhe nicht zu gefährden. Während der folgenden 10 Jahre traten vermehrt physische und psychische Abhängigkeitsinduzierungen auf, worauf jedoch weder von Seiten der amerikanischen noch von der deutschen Zulassungsbehörde ausreichend

reagiert wurde. Erst 13 Jahre später gab es erstmals Hinweise in der amerikanischen Physicians Desk Reference auf ein Abhängigkeitspotential das von Benzodiazepinen ausgeht. In Deutschland wurde erst ein Vierteljahrhundert (1984) nach Einführung der Arzneimittelgruppe ein entsprechender Verweis in der deutschen ROTEN LISTE ergänzt (Glaeske, 2012). Doch auch Werbestrategien von Seiten der Pharmakonzerne können einen beträchtlichen Einfluss auf die Verordnungs- und Einnahmehäufigkeit bestimmter Mittel haben. Die Pharmafirma Hoffmann LaRoche hat für die Benzodiazepine den Slogan: „Nicht Scheinlösung für Probleme, sondern Lösung für Scheinprobleme“ geprägt. Diese Aussage bagatellisiert zum einen die Beschwerden der betroffenen Menschen und weist zum anderen auf die generelle Strategie der Benzodiazepin Einnahme auch bei weniger starken Beschwerden hin (DHS 2015b, 17). Günter Amendt wies bereits in den 60 er Jahren auf das Phänomen einer schleichenden „Pharmakologisierung des Alltag“ oder auch „Alltagsdoping“ in der Gesellschaft hin. Heutzutage wird der Begriff Doping nicht mehr als negativ betrachtet, was in Werbespots wie beispielsweise bei dem koffeinhaltigen Haarwaschmittel „Alpecin – Doping für die Haare“ erkennbar ist (Amendt 2013, 89). Amendt kritisiert diese Entwicklung stark und verweist auf die Entwicklung in den USA, wo die Pharmafirmen direkte Werbung an die KonsumentInnen richten können. Dies führte zu einer Verdopplung der Psychopharmaka Nachfrage innerhalb nur einer Dekade. Als Hauptgrund für die gesteigerte Nachfrage wurde von den US amerikanischen Experten der enorme Werbeaufwand für die Produkte, die als Glückpillen (happy pills) vermarktet wurden, benannt. Das Image dieser happy pills ist trotz beträchtlicher Nebenwirkungen immer noch sehr positiv. Für die Pharmaindustrie ist das Misstrauen und die Vorsicht vor Nebenwirkungen und Risiken von Seiten der KonsumentInnen eine der größten Hemmschwellen für die Vermarktung ihrer Produkte. Auch in Deutschland und auf europäischer Ebene arbeitet die Pharmalobby seit Jahrzehnten an der Lockerung der Verschreibungs- und Apothekenpflicht bestimmter Medikamente und auch an der Aufhebung des Verbots für verschreibungspflichtige Mittel in Publikumsmedien zu werben. Auf diesem Wege könnten Pharmaunternehmen näher an die Konsumenten herankommen, wodurch es höchstwahrscheinlich zu noch stärkerem Druck auf die Ärzteschaft durch Verordnungswünsche der PatientInnen kommen könnte (Amendt 2013, 94ff). Doch auch die Apotheken als Ausgabestelle von Arzneimitteln spielen eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit oder miss

bräuchlichem Verhalten. Im Jahr 2010 wurden in deutschen Apotheken mehr als 1,3 Milliarden Arzneimittelpackungen abgegeben von denen 46 Prozent verschreibungspflichtig waren (BAK 2011, 6). Das Gefährdungspotential von Medikamenten mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential als auch die Folgeschäden sind in weiten Teilen der Gesellschaft immer noch nicht hinreichend bekannt oder werden nicht ernst genommen. Hier könnten die Apotheken einen erheblichen Beitrag zur Suchtprävention durch individuelle Beratung und Aufklärung leisten, da täglich etwa vier Millionen Menschen öffentliche Apotheken aufsuchen (BAK 2011, 4). Dafür ist jedoch von Nöten, dass die heilberufliche Verantwortung weiterhin immer Vorrang vor kaufmännischen und kommerziellen Interessen haben (BAK 2011, 4 f.). Den Apotheken kommt insbesondere bei der Abgabe von Benzodiazepinen eine besondere Verantwortung zu. Da vermehrt Benzodiazepine auf Privatrezepten verschrieben werden anstatt über die Gesetzliche Krankenversicherung, sollte das Vorliegen dieses Umstandes besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Viele PatientInnen neigen auch zu anderen Verschleierungstaktiken, wie ständige Arztwechsel, was jedoch in der Apotheke beim Vorliegen einer Medikationshistorie erkannt werden könnte (BAK 2011, 13).

Ebenso gehört zu den pharmazeutischen Berufspflichten einen erkennbaren Medikamentenmissbrauch oder auch Fehlgebrauch von Arzneimitteln entgegenzuwirken. Als Fehlgebrauch ist auch die dauerhafte Einnahme ohne Dosissteigerung, insbesondere bei älteren Menschen zu deuten, die eine sofortige Handlung von pharmazeutischer Seite nach sich ziehen sollte. Hinweise auf einen Missbrauch können zum Beispiel das Einreichen gefälschter Rezepte, häufige Arztwechsel oder auch extrem häufige Verordnungen von Großpackungen geben. Bei der Abgabe von Benzodiazepinen soll durch die Apotheke eine Aufklärung der PatientInnen über die begrenzte Einnahmedauer mit dem Hinweis sich strikt an die ärztlich verordnete Dosis und Therapiedauer zu halten, erfolgen. Ebenso sind auf die unerwünschten Wirkungen durch die Benzodiazepine insbesondere durch Alkohol und zentral wirkende Arzneimittel hinzuweisen und das die verordneten Medikamente nicht an Dritte weitergereicht werden dürfen. Bei etwaigen Auffälligkeiten ist der Arzt zu informieren und Rücksprache mit diesem zu halten (BAK 2011, 13 ff.). Mittlerweile werden für die Z Substanzen als Benzodiazepin Analoga dieselben Maßstäbe gesetzt, wie für Benzodiazepine.

Es lassen sich in der Literatur immer wieder Hinweise finden (v.a. in Fallberichten), dass

Benzodiazepine in Apotheken wiederholt ohne Rezept und in größeren Mengen an PatientInnen verkauft werden (Wolter 2011, 191 f.). Es konnte durch epidemiologische Studien jedoch bisher nicht ermittelt werden, wie groß der Anteil an Benzodiazepinverordnungen ist, der ohne Rezept in Apotheken herausgegeben wird (Wolter 2011, 81).

3.2.3 PatientenInnenverhalten und Risikogruppen

Hier erfolgt die spezifische Auseinandersetzung mit dem KonsumentInnenkreis der Benzodiazepine unter Herausarbeitung von allgemeinen Risikofaktoren bezüglich einer BZD Verordnung und Darstellung der Entwicklung von Hochrisikogruppen unter den BZD NutzerInnen.

Allgemeine Risiken im Zusammenhang mit dem Benzodiazepinkonsum

In der Literatur wird das Moderne Leben oft als ein Risikofaktor für Medikamentenmissbrauch diskutiert. Je höher der Zivilisationsgrad, desto weniger scheinen die Menschen mit sich selbst und ihrer Umwelt zurechtzukommen. Der Einfluss von Automatisierung, Technisierung, Reizüberflutung, ständiger zeitlicher Druck oder auch sozialen Strukturveränderungen führten zu einer Zunahme verschiedener Beschwerden, vor allem von zeit- und umweltbedingten psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Es wird davon ausgegangen, dass das Zeitalter des Funktionierens gepaart mit ständigem Fortschritt in zunehmendem Maße zu stressbedingten psychosomatischen Erkrankungen führt. Geprägt durch diese Faktoren besteht vermehrt die Grundhaltung auftretende Bedürfnisse schnell zu befriedigen. Bei verminderter physischer/psychischer Belastbarkeit und dem Auftreten von kritischen Lebenssituationen neigen viele Menschen dazu zu einem Medikament, wie einem Tranquilizer zu greifen. Benzodiazepine werden als Mittel zur schnellen Problemlösung angesehen mit denen Alltagsstress, Befindlichkeitsstörungen und Verstimmungen in den Griff zu kriegen sind (Laux & Dietmaier 2013, 9 f.). Die Einnahme von psychoaktiven Stimulanzien zur Leistungssteigerung oder –erhaltung, das sogenannte Hirndoping (synonym häufig auch Neuro Enhancement), wird vermehrt sowohl in der Arbeitswelt, der Schule, dem Studium aber auch in privaten Bereichen eingesetzt (Amendt 2013, 88 ff.).

Die heutige Arbeitswelt birgt für viele Menschen insbesondere durch den ständigen Anspruch auf Leistungsfähigkeit, Konkurrenzkrampf und Zeitdruck hohe gesundheitliche Risi

ken. Der häufigste Grund für den Einsatz von Medikamenten im Arbeitsbereich ist die Beseitigung oder Linderung arbeitsbedingter Beschwerden wie Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Leistungsanforderung und Angst vor dem Arbeitsplatzverlust (DHS 2015, 17).

Wie bereits aus den Studienergebnissen in Abschnitt 3.1 erkennbar weisen insbesondere Frauen ein höheres Risiko auf eine BZD Abhängigkeit zu entwickeln. Frauen sind allgemein fast doppelt so häufig von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen wie Männer und stellen mit mehr als zwei Dritteln die Mehrheit von allen Arzneimittelabhängigen dar (Schneider 2015, 214). Häufig wird dieser Umstand darauf zurückgeführt, dass Frauen häufiger unter Depressionen, Schlaf- und Angststörungen oder chronischen Schmerzen leiden und daher mit Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in Berührung kommen. Das Rollenbild und die Erziehung sollen darüber hinaus Einfluss auf das Verhalten in psychisch belastenden Situationen haben. Frauen nehmen generell mehr Tabletten ein als Männer und neigen bei psychischem Stress eher zum Einnehmen eines Medikaments wohingegen die Männer zur Stressbekämpfung eher dazu neigen auf Alkohol zurückzugreifen (Keller 2015).

Benzodiazepinkonsum im Zusammenhang mit einer Drogenabhängigkeit

Die Verordnung von Benzodiazepinen ist bei Vorliegen einer oder auch Mehrfachabhängigkeit kontraindiziert (Rath 2008,193) und wird heutzutage insbesondere bei einer Alkoholabhängigkeit in den meisten Fällen als „Kunstfehler“ betrachtet (Glaeske 2012, 102). Es ist mittlerweile weitreichend bekannt, dass bei Alkohol und Benzodiazepinen oder –Analoga eine Kreuztoleranz besteht. Demnach kann es bei einer erhöhten Toleranz gegenüber einer bestimmten Substanz auch zu einer Toleranzsteigerung gegenüber anderen Substanzen kommen, wie auch im Fall von Alkohol und Benzodiazepinen. Sie sind gegenseitig substituierbar, weshalb im angelsächsischen Sprachgebrauch Benzodiazepine auch als „solid alcohol“ und Alkohol entsprechend als „liquid benzodazepines“ bezeichnet werden (DHS 2015a, 174). Hinzukommt das die additiven Wirkungen von Benzodiazepinen und Alkohol zu einer Verstärkung der Wirkung, der Nebenwirkungen und zu einer Verfestigung der Abhängigkeit führen können (Glaeske 2012, 102). Benzodiazepine werden vornehmlich in der

stationären Behandlung von mittelschweren bis schweren Alkoholentzugssyndromen eingesetzt. Der längerfristige Einsatz bei einer bestehenden Alkoholabhängigkeit birgt jedoch aufgrund des eigenen Suchtpotentials und der unvorhersehbaren Verstärkung der sedierenden Wirkung von Alkohol starke Risiken und daher nicht indiziert. Trotz allem werden sie häufig auch noch im Anschluss des Alkoholentzugs zum Beispiel gegen Schlafstörungen oder Ängsten ambulant weiterverschrieben, was zu einem erhöhten Alkoholrückfallrisiko führen kann (Sieberer 2011, 15).

Eine Berechnung von Gerd Glaeske (2012, 104) aus dem Jahrbuch Sucht 2012 zeigt, dass der Anteil von PatientInnen mit einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit die Benzodiazepine verordnet bekommen stark von den PatientInnen ohne Alkoholabhängigkeit abweicht. Während sich bei PatientInnen ohne Alkoholabhängigkeit eine typische altersassoziierte Häufung der BZD Einnahme zeigt, sind die Einnahmewerte in der Gruppe der Alkoholabhängigen sehr viel höher. 2009 lag die Einnahmehäufigkeit der PatientInnen ohne Alkoholabhängigkeit bei knapp 3 Prozent und der Anteil der PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit hingegen schon bei den 30-39-Jährigen bei über 15 Prozent lag. Eine relative Indikation von Benzodiazepinen liegt nur bei Komorbidität einer Angststörung und einer Alkoholabhängigkeit vor. Die Komorbidität zwischen diesen beiden Störungsbildern ist in der Praxis sehr häufig und wird mit 19 Prozent komorbiden Angststörung bei Alkoholabhängigkeit und das Auftreten einer Alkoholabhängigkeit bei einer bestehenden Angststörung mit 18 Prozent veranschlagt (Glaeske 2012, 104f).

Es zeigen sich jedoch auch Hinweise, dass Alkohol und Benzodiazepine in Kombination zu vermehrten Problematiken im Straßenverkehr führen kann, was besonders unter forensischen Gesichtspunkten ein bedeutsames Problem darstellt. In einer kanadischen Untersuchung fielen Autofahrer mit gleichzeitigem Konsum von Alkohol und Benzodiazepinen durch besonders riskante Fahrmanöver auf, insbesondere bei einer Begleitintoxikation mit Benzodiazepinen von mittlerer und langer Halbwertszeit (Sieberer 2011, 15f).

In der Drogenszene sind Benzodiazepine besonders beliebte Substanzen mit hohem Missbrauchspotenzial insbesondere auch im Mischkonsum mit anderen Substanzen (Rath 2008,

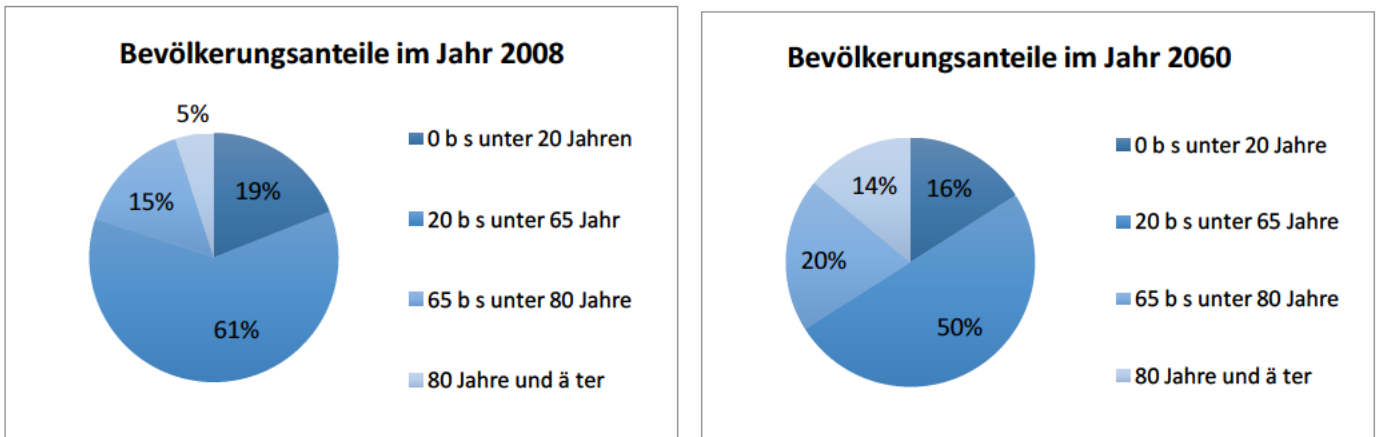
220). Die Polytoxikamie („Vielfachvergiftung“) beschreibt die gleichzeitige und oft wahllose Einnahme von illegalen und legalen Substanzen über einen längeren Zeitraum und ist ein bedeutender Trend in der Drogenszene und nimmt weiterhin zu. So wurden in den letzten Jahren vermehrt Drogentote mit einer Vielzahl von verschiedenen Substanzen im Körper gefunden mit steigender Tendenz (Gross 2016, 73). Das Drogenphänomen des polytoxikomen Verhaltens ist vor allem in der jüngeren Generation vorherrschend. Drei bestimmte Benzodiazepine werden jedoch besonders oft mit der Drogen- und Missbrauchsszene in Deutschland mit Polytoxikamie in Verbindung gebracht. Flunitrazepam wird häufig als Heroin Ersatz, vornehmlich in Tablettenform, missbraucht. Hervorstechend ist die gleichzeitige Einnahme mehrerer Tabletten, wodurch ein paradoxer Rauschzustand auftreten kann, der einem pathologischen Alkoholrausch ähnlich ist, wobei sich häufig eine Amnesie anschließt. Nachdem Flunitrazepam durch das Betäubungsmittelgesetz zuletzt 2011 bei der 25. Betäubungsmittelrechts Änderungsverordnung (BtMÄndV) ab dem 01.11.2011 auch nicht mehr in niedriger Dosierung über normale Verordnungen abgegeben werden darf, sondern jede Zubereitung die dieses Mittel enthält allen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterliegen (Siebenand 2011), ist die Bedeutung von Diazepam in der Drogenszene stark gestiegen. So findet sich Diazepam gehäuft bei substituierten PatientInnen als Beikonsum. Lorazepam ist bereits seit langem ein beliebtes Mittel zum Medikamentenmissbrauch in der Drogenszene und wird schätzungsweise auch weiterhin ein sehr begehrtes Mittel bleiben. Generell eignet sich aber jedes verordnete Benzodiazepin oder auch Benzodiazepin Analoga zum Missbrauch und Experten gehen bei allen BZD enthaltenen Substanzen davon aus, dass missbräuchliches Verhalten stattfindet. Der Autor Michael Rath weist im Zusammenhang Polytoxikamie auf die Opiat Abhängigen hin, die als Trendsetzer des polytoxikomen Verhaltens in der Drogenszene gelten (Rath 2008, 220 f.).

Benzodiazepinkonsum bei älteren Menschen

Eine weitere Risikogruppe sind ältere Menschen im Bezug auf die BZD Abhängigkeit. Insgesamt etwas mehr als die Hälfte aller jährlich verordneten Medikamente entfallen auf Menschen jenseits des 60. Lebensjahres. Viele Medikamente wirken bei ihnen, schon durch den Alterungsprozess anders als bei Jüngeren. Bei langfristigem Einsatz oder nicht ausreichend kontrollierter Anwendung von BZD bei Älteren drohen ernsthafte Nebenwirkungen wie Gewöhnung und Sucht. Untersuchungen haben zum Beispiel ergeben, dass etwa acht Prozent

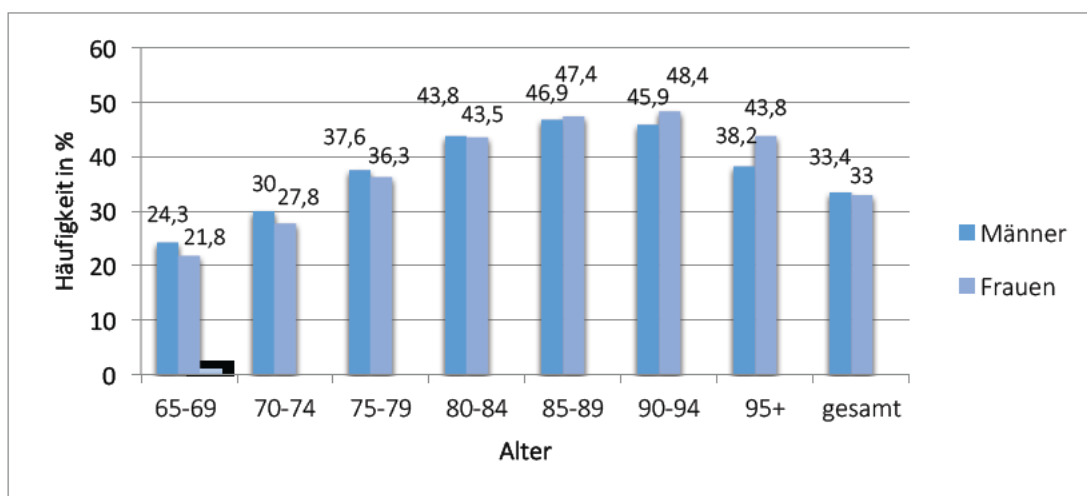
der über 70 jährigen Frauen dauerhaft Benzodiazepine verordnet bekommen. Insgesamt sollen, so eine andere Studie, fast ein Viertel der über 70 jährigen Männer und Frauen psychoaktive Substanzen erhalten, die sie meisten länger als ein halbes Jahr einnehmen (Keller 2015). Abhängigkeitsproblematiken oder Erkrankungen im Alter haben lange Zeit keine große Beachtung gefunden, daher liegen international und national bisher noch wenige gesicherte Daten zu dieser Problematik vor. Ein Grund hierfür ist, dass ältere Menschen (65+) lange aus Bevölkerungsstudien ausgeschlossen wurden (Kuhn & Haasen 2009, 3). Gerade die Medikamentenabhängigkeit wird in dieser Altersgruppe selten erkannt, weshalb in der Literatur oft von „Stiller Sucht“ oder „Silent Epidemic“ in diesem Zusammenhang gesprochen wird. Zum einen werden die Symptome eines Abhängigkeitssyndroms wie Zittern, Schlafstörungen, Gangunsicherheit oder Konzentrationsverlust entweder dem normalen Alterungsprozess oder fälschlicherweise einer anderen Diagnose wie Demenz oder Depression zugeordnet (DHS & Barmer GEK 2013, 7). Zum anderen ist die Medikamentenabhängigkeit im Alter nicht mit bewusstem Missbrauch der KonsumentInnen assoziiert, da Arzneimittel i.d.R. innerhalb dieser Altersgruppe nicht als Genuss- oder Suchtmittel eingenommen und wahrgenommen werden, sondern das Ziel der Linderung von Beschwerden im Vordergrund steht (NLS 2013). Ein zusätzlicher Faktor, weshalb eine Medikamentenabhängigkeit unentdeckt und auch für den KonsumentInnen oft unbewusst bleibt, ist bedingt durch die mit dem Alter einhergehenden Veränderung der sozialen Bedingungen. Beispielsweise verkleinert sich das soziale Umfeld durch Berentung und Ausscheiden aus dem Arbeitsleben oder aber auch eingeschränkter Mobilität. Damit geht eine Verringerung der sozialen Rückmeldungen auf das eigene Verhalten einher, wodurch die Chance durch Eigenreflexion mögliche Fehlentwicklungen zu erkennen sinkt (Kutschke 2012, 139). Der Demografische Wandel in Deutschland bedingt einen immer größer werdenden Anteil an älteren Menschen. Die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2009, 5) postuliert bis 2060 einen enormen Anstieg der Gruppe der Älteren (ab 65 Jahren) und der Hochbetagten (ab 80 Jahren) (siehe Abbildung 5).

Abbildung 6: Bevölkerungsanteile in Altersklassen im Jahr 2008 und 2060 (Statistisches Bundesamt 2009, 5)



Demnach steigt der Anteil der mindestens 65 Jährigen von einem Bevölkerungsanteil von 20 Prozent im Jahr 2008 auf einen Anteil von 34 Prozent im Jahr 2060, das entspricht jeder dritten Person in Deutschland. Die Zahl der 70 Jährigen wird doppelt so hoch sein, wie die Zahl der geborenen Kinder. Die Gruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) wird von einem Bevölkerungsanteil von 5 Prozent im Jahr 2008 auf 14 Prozent im Jahr 2060 ansteigen (Statistisches Bundesamt 2009, 5). Man kann davon ausgehen, dass diese Abhängigkeitsproblematiken im Alter zukünftig einen immer größeren Stellenwert bekommen werden. Ältere Menschen weisen durch die mit dem Alter ansteigende Prävalenz der (Multi)Morbidity häufig eine damit einhergehende Polypharmazie auf, das heißt die gleichzeitige Einnahme vieler Medikamente (i.d.R. fünf und mehr), (Glaeske & Schicktanz 2013, 78). Die Polypharmakologie birgt insbesondere für betagte und polymorbide Menschen ein hohes Risiko der Gesundheitsgefährdung (Steidl & Nigg 2014, 66). Nach den Daten des Arzneimittelreports 2013 sind die Älteren ab 65 Jahren stark von einer Multimedikation betroffen. Insgesamt lässt sich bei den über 65 Jährigen eine Polypharmazie von rund 30 Prozent feststellen. Die höchsten Prävalenzwerte lassen sich bei Männern im Alter von 85 89 Jahren mit 46,9 Prozent und bei den Frauen in der Altersspanne von 90 94 Jahren mit 48,4 Prozent erkennen. Die Abbildung 6 zeigt, dass die Häufigkeit der Polypharmazie mit steigendem Alter stetig zunimmt. Eine Abnahme ist erst wieder bei der Altersgruppe der über 95 Jährigen zu verzeichnen. So nehmen die über 65 Jährigen zu etwa 40 Prozent mindestens acht Wirkstoffe zur gleichen Zeit ein und bei circa 20 Prozent dieser Altersgruppe sind es sogar 13 Wirkstoffe die gleichzeitig verordnet werden (Glaeske & Schicktanz 2013, 78ff).

Abbildung 7: Häufigkeit der Polypharmazie nach Alter und Geschlecht (Glaeske & Schick tanz, 2013, 78)

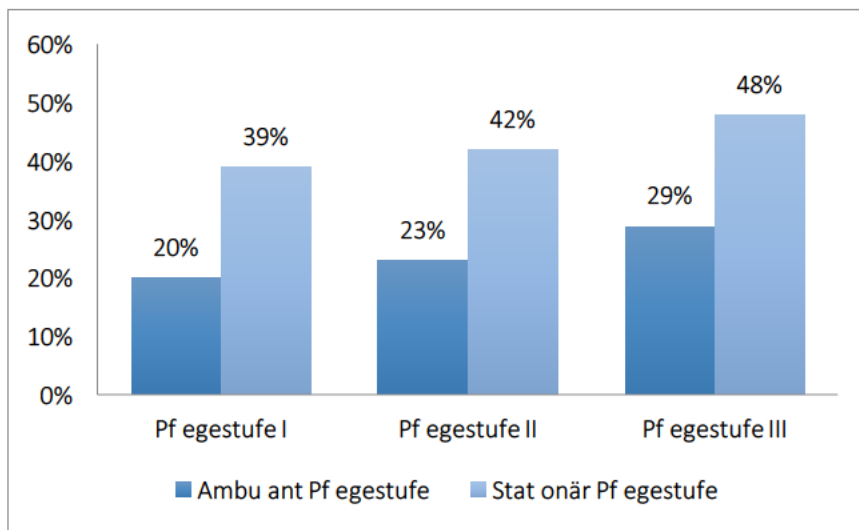


Doch gerade bei Älteren ist nach der Literatur nicht von einer hohen Compliance auszugehen, wodurch es zu unkalkulierbaren Wechselwirkungen, Über- oder Unterdosierung kommen kann, was auch das Risiko einer Abhängigkeitserkrankung erhöht (Niekren 2012, 42f). Zu beachten ist auch, dass sich die Pharmakokinetik und -dynamik mit steigendem Alter verändern. Die Aufnahme eines Stoffes ist bei Älteren durch die Abnahme der Resorptionsoberfläche, Reduktion der Effektivität mancher Transportmechanismen, dem Anstieg des pH Wertes im Magen, der geringeren Produktion von Verdauungssäften, aber auch der Verzögerung der Darmentleerung und Abnahme von Darmbewegung und -durchblutung verzögert. Ebenso ist die Verteilung von Wirkstoffen im Körper durch verschiedenen Aspekte des Alterungsprozesses, wie der Abnahme von Gesamtkörpermasse, der Veränderung des Verhältnisses von Fett- und Muskelgewebe, Reduktion des Gesamtkörperwassers und Verminderung der Organdurchblutung verändert. Auch die Aufnahmefähigkeit und Anzahl der Rezeptoren ist reduziert (Steidl & Nigg, 2014, 66f). Der Abbau von Wirkstoffen in Leber und Niere ist ebenfalls verlangsamt, jedoch sind in diesem Zusammenhang der allgemeine gesundheitliche Zustand als auch das Alter und Gewicht stark beeinflussende Faktoren. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass ein älterer Körper im Allgemeinen sensibler auf viele Arzneimittel reagiert (Kutschke 2012, 138). So kann es bei der Einnahme von Benzodiazepinen im Alter dazu kommen, dass die Wirkstoffe zu einem geringeren Maß

zu Toleranzentwicklungen führen, die Empfindlichkeit gegenüber der Wirkung jedoch deutlich erhöht ist. Bei einer längeren Einnahme kommt es schnell zu einer unerwünschten Kumulation des Wirkstoffes im Körper. Viele BZD weisen bereits eine lange HWZ (20-100 Stunden) auf, die sich im Alter bei bestimmten Wirkstoffen, beispielsweise Diazepam, auf das drei- bis fünffache verlängern kann (Wolter 2011, 118). Folgen dieser Wirkstoffanhäufung bestehen zunächst in dem Risiko einer schleichenden Intoxikation, einer stark erhöhten Sturzgefahr (Kutschke 2012, 135; Wolter 2011, 119) mit komplizierten Frakturen (häufig Schenkelhalsbruch) und darüber hinaus kann das Bild einer „Scheindemenz“ hervorgerufen werden (LÄK Baden-Württemberg & LAK Baden-Württemberg 2008).

Wird die Häufigkeit der Benzodiazepineinnahme unter den höheren Altersgruppen näher untersucht, fällt auf, dass sedierende Medikamente deutlich häufiger im stationären als im ambulanten Bereich vorzufinden sind. Die Heimunterbringung scheint ein Risikofaktor für die Verordnung sedierender Psychopharmaka darzustellen, wie in Abbildung 7 erkennbar ist. Dieses erhöhte Risiko ist unabhängig von der angegebenen Pflegestufe (NLS 2013, 3). In diesem Zusammenhang wird in der Literatur häufig der pauschale Vorwurf der „Ruhigstellung“ von PatientInnen mit herausforderndem Verhalten diskutiert (Wolter 2011, 244) insbesondere unter Betrachtung des Zeit- und Personalmangels, der in den Alten- und Pflegeheimen oft vorherrschend ist (Kutschke 2012, 140). Doch auch die geringe Fachärztepräsenz in den Heimen wird als Faktor herangezogen, da bekannt ist, dass Psychopharmaka, vor allem Benzodiazepine und deren Analoga, Medikamente mit einer auffallend geringen Verschreibungsquote durch Fachärzte darstellen. Hinzukommt das verschiedene Studienergebnisse darauf hindeuten, dass bei circa einem Sechstel der Psychopharmakaverordnungen die Überprüfung mehrere Monate bis Jahre zurückliegt und nicht selten Mängel bezüglich der Abklärung von Risikofaktoren, angemessene Dosierung, Dosissteigerungen oder auch der generellen Abstimmung mit den Bezugspersonen vorliegen (Wolter 2011, 244f). Nicht selten beginnt die BZD-Einnahme bei Älteren während eines Krankenhausaufenthaltes. Auffallend ist ebenfalls, dass die Begründung der BZD-Einnahme auf der Krankenkarte häufig nicht mal vorhanden ist, was sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich vorkommt. In anderen Fällen wurden von ÄrztInnen eine übermäßige Verschreibungsrate von Benzodiazepinen mit der Betreuung eines Altenheims begründet, was als äußerst kritisch zu betrachten ist (Wolter 2011, 80 f.).

Abbildung 8: Verordnungen von sedierenden Psychopharmaka bei PflegeheimbewohnerInnen im Vergleich mit ambulant versorgten Personen mit Pflegestufe (NLS 2013, 3)



Nach der Literatur bestehen gerade bei älteren Menschen weitere Faktoren und Bedingungen, die mit einer erhöhten BZD Verordnung zusammenhängen und damit das Risiko der Abhängigkeit erhöhen. In einigen Studien, z.B. der prospektiven VITA Studie in Wien, zeigen sich Hinweise auf eine Assoziation zwischen dem Auftreten depressiver Symptome und der Verordnung von BZD. Unter den Probanden der VITA Studie im Alter von über 75 Jahren gaben 13,8 Prozent an Benzodiazepine zu konsumieren (9 Prozent = regelmäßige Einnahme und 8,6 Prozent = Einnahme >6 Monate). Bei 12,18 Prozent der BZD KonsumentInnen wurden wesentliche depressive Symptomaten festgestellt. Auffällig ist, dass nur etwa ein Viertel dieser Probanden mit einem Antidepressivum behandelt wurden. Eine niederländische Studie konnte ebenfalls eine Assoziation zwischen der BZD Verordnung und dem Auftreten einer Depression feststellen, wobei die Einnahme von BZD der Depression vorauszugehen scheint (van Vliet et al. 2008). Eine andere Studie zur Untersuchung der Suizidalität im Alter aus Schweden konnte ein um das 14-fach erhöhtes Suizidrisiko bei BZD Behandlung feststellen. Die Ergebnisse für ein erhöhtes suizidales Risiko bei der Einnahme von Antidepressiva und Neuroleptika waren dagegen sehr viel geringer. Seit einigen Jahren häufen sich die Diskussionen bezüglich möglicher Assoziationen der Einnahme von Benzodiazepinen und dem Auftreten einer Demenzerkrankung. Studien, wie

die Fall Kontroll Studie von Billioti de Gage et al. (2014), zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Benzodiazepinen und dem Auftreten einer Demenzerkrankung. Das Risiko der Benzodiazepin KonsumentInnen an einer Demenz zu erkranken ist um das 1,5 fache erhöht gegenüber den StudienteilnehmerInnen die keine Benzodiazepinexposition aufweisen. Darauf folgende Studienergebnisse wie die prospektive Kohortenstudie von Grey et al. (2016) gaben jedoch eher Entwarnung für die herausgestellten Assoziationen. Es zeigte sich in zwar ein marginal höheres Risiko für eine Demenzentwicklung im Zusammenhang mit geringen Einnahmedosen von Benzodiazepinen, jedoch konnte diese Assoziation bei höherer und längerer Benzodiazepinexposition nicht bestätigt werden. Die Studienergebnisse von Grey et al. stützen einen kausalen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Benzodiazepinen und der Entstehung von Demenz demnach nicht.

Im GEK Arzneimittelreport 2013 nehmen Gerd Glaeske und Jana Schubert (2013, 132ff) das Thema des Einsatzes von Benzodiazepinen bei Menschen mit einer Demenzerkrankung gesondert auf und verweisen auf die Angaben in der S3 Leitlinie zum Thema Demenzen (DGPPN & DGN 2015, 73) aus der klar hervorgeht, dass der Einsatz von Benzodiazepinen bei Vorliegen einer Demenziellen Erkrankung nur in Ausnahmefällen eine kurzwirksame Einzeldosis verabreicht werden könne. Langwirksame Benzodiazepine sind bei Demenz kontraindiziert und sollten komplett vermieden werden. Generell wird der Einsatz von BZD bei Demenz als problematisch angesehen, da sie eng mit negativen Effekten auf die Kognition, einer erhöhten Sturzgefahr, ggf. paradoxer Reaktionen, der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung und dem erhöhten Risikos eines Delirs bei einem plötzlichen Absetzen verbunden ist (DGPPN & DGN 2015, 73).

Eine Untersuchung im Rahmen des GEK Arzneimittelreports 2013 bezüglich der BZD Verordnungen unter Älteren Menschen mit und ohne Demenz in Deutschland (Glaeske & Schubert 2013, 141) kam zu ähnlichen Ergebnissen wie die Studie von Billioti de Gage et al. (2014). Menschen mit einer diagnostizierten Demenz haben ein um das 1,51 erhöhte Risiko Benzodiazepine verordnet zu bekommen, wie gleichaltrige Menschen ohne Demenz. Glaeske kritisiert die Verordnung von Benzodiazepinen an ältere Menschen generell insbesondere aufgrund der Verschlechterung von kognitiven Fähigkeiten und verweist auf die erhöhte Vulnerabilität bei Menschen mit Demenz, die aufgrund ihrer Erkrankung sowieso

unter einer progredienten Abnahme der kognitiven, sozialen und kommunikativen Fähigkeiten leiden. Die Tatsache, dass der Einsatz von BZD unter den Älteren sowieso am höchsten ist und darüberhinaus die PatientInnen mit Vorliegen einer Demenz diese Werte noch übertreffen ist nach Glaeske und Schubert als klare Fehlversorgung zu brandmarken (Glaeske & Schubert 2013, 138 ff.). Für die Mehrheit der ÄrztInnen scheinen die nachweislichen kognitiven Verschlechterungen dieser PatientInnengruppe kein ausreichender Grund zu sein, dass Mittel nicht mehr ein zu setzen. Es kann zweifelsfrei festgestellt werden, dass eine Vielzahl älterer Menschen in Deutschland von der BZD Abhängigkeit betroffen sind und viele dieser Verordnungen dauerhaft zur Vermeidung von Entzugssymptomen und Aufrechterhaltung der Sucht gegeben werden (Glaeske & Schubert 2013, 141).

Da die Auswahl geeigneter Wirkstoffe für ältere Menschen aufgrund der eben aufgeführten Problematiken und Risiken, insbesondere im Bereich der psychotropen Substanzen, besonders schwierig ist und oft mit einem negativen Kosten Nutzen Faktor einhergeht ist bei der Empfehlung einer medikamentösen Therapie die Priscus Liste dringend zu beachten. Die Priscus Liste enthält potentiell inadäquate Medikamente für ältere Menschen in der insbesondere auch auf bestimmte Benzodiazepine mit kurzer, mittlerer und langer Halbwertszeit sowie Z Substanzen eingegangen wird (Holt, Schmiedl & Thürmann 2011, 26 ff.).

3.3 Zwischenstand der Ergebnisse

Im vorangegangenen Ergebnisteil sind nach Darstellung des gegenwärtigen Standes der Häufigkeit und der Dauer des Einsatzes von Benzodiazepinen und der Untersuchung der KonsumentInnen nach demografischen Gesichtspunkten viele Faktoren und Einflüsse aus verschiedenen Blickwinkeln identifiziert worden. Die Prävalenz der Benzodiazepineinnahme ist trotz des Rückgangs der Verschreibungsraten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen innerhalb der letzten Jahre immer noch so hoch, dass ein Großteil der von Benzodiazepinen Abhängigen dauerhaft mit dem Wirkstoff versorgt werden könne (Glaeske 2012, 90). Darüber hinaus konnten gewisse Faktoren, wie das Ausweichen der Benzodiazepinverschreibung auf Privatrezepte oder eine Substitution durch andere Wirkstoffe (z.B. Z Drugs oder sedierende Antidepressiva) die ebenfalls Risiken bergen können herausgestellt werden, die bei der Beurteilung der Verordnungstrends zu berücksichtigen

sind (Wolter 2011, 241 f.). Frauen in höherem Alter sind am häufigsten von der Medikamentenabhängigkeit und auch im Fall von Benzodiazepinen die größte Risikogruppe. Es lässt sich ein altersassoziiertes Einnahmeverhalten bezüglich der Benzodiazepine feststellen, die konträr zu den meisten Süchten verläuft. Während die Einnahme der meisten Suchtstoffe im Alter abnimmt, steigt das Risiko eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen zu entwickeln kontinuierlich an (Vertheim et al. 2014, 42). Durch den mehrheitlichen Ausschluss von älteren Jahrgängen bei Studien und Gesundheitsuntersuchungen in der Bevölkerung wurde die Medikamentenabhängigkeit im Alter, hier insbesondere die Abhängigkeit von Benzodiazepinen, lange kaum thematisiert, obwohl sich hier die höchsten Prävalenzwerte zeigen (Kutschke 2012, 161). Auffällig ist, dass bestimmte Faktoren, wie zum Beispiel eine Heimunterbringung oder das Vorliegen einer Demenz mit einem noch höheren Risiko verbunden wird eine Verordnung von Benzodiazepinen zu erhalten. Die Indikation von Benzodiazepinen darf beim Vorliegen einer Abhängigkeit oder Mehrfachabhängigkeiten in der Regel nicht erfolgen, doch auch hier zeigten sich Einnahmewerte die über die altersassoziierte Häufung von Benzodiazepinverordnungen hinausging (Glaeske 2012, 102f.). Benzodiazepine weisen darüberhinaus sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine sehr geringe Verschreibungsquote durch Fachärzte auf (Vertheim et al. 2014, 84). Die physischen, psychischen, sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen der Benzodiazepinabhängigkeit sind immens.

Bei der Analyse des Verhaltens der am Arzneimittelmarkt beteiligten Gruppen (ÄrztInnen, Arzneimittelhersteller/Pharmaziekonzerne, Apotheken und PatientInnen) konnten spezifische Faktoren benannt werden, die sich zum Teil gegenseitig stark beeinflussen. Die Unübersichtlichkeit des Arzneimittelmarktes, fehlende Transparenz und Nutzung teilweise suggestiver Werbestrategien der Arzneimittelhersteller beeinflussen sowohl das Verschreibungsverhalten der Ärzteschaft, das Ausgabeverhalten der Apotheken, als auch die PatientInnen z.B. bezüglich des Verschreibungswunsches. Die ÄrztInnen werden nicht selten von abhängigen PatientInnen unter Druck gesetzt dem Wunsch nach einer Benzodiazepinverordnung zu entsprechen, was jedoch einer klaren Diagnosestellung oft im Wege steht, da eine BZD Behandlung in der Regel nur die Symptomatik bekämpft und damit eine Chronifizierung eher fördern kann (LÄK & LAK Baden Württemberg, 2008). Die Auswahl des richtigen BZD Wirkstoffes aus der Vielzahl von Präparaten mit unterschiedlichen Halbwertszeiten und diagnoseübergreifenden Indikationsgebieten macht es den ÄrztInnen oft nicht

leicht die richtige Behandlungsform, Dauer und Indikation zu finden. In diesem Zusammenhang ist natürlich der extreme Zeitdruck in den Arztpraxen als beeinflussender Faktor zu berücksichtigen (Holzbach 2014). Der heutige Patient ist sowohl von Printmedien und dem Internet beeinflusst, dass er häufig schon mit einem speziellen Behandlungswunsch zum Arzt geht. Die Kontrolle und Überprüfung vorliegender Verordnungen wird, insbesondere bei Älteren, nicht ordnungsgemäß beachtet (Wolter 2011, 244 f.). Die Medikamentenabhängigkeit wird in der Gesellschaft, im Gegensatz zu den meisten anderen Süchten, nicht so stark stigmatisiert, da sie häufig nicht mit missbräuchlichem Verhalten assoziiert wird, da in der Regel eine Verschreibung vom Arzt, also eine iatrogene Abhängigkeit, vorliegt (Glaeske 2012). Der vorherrschende Konkurrenz- und Zeitdruck ebenso wie die Anforderung nach Flexibilität und ständiger Leistungsbereitschaft des heutigen Zeitgeistes führen zu einem schnellen Beseitigungswunsch von Beschwerden, der einem Reparatüremfinden der PatientInnen gleichkommt (Schneider 2015, 169f.). Sollte der behandelnde Arzt dem Wunsch des Patienten nicht nachkommen, lässt sich oft ein Aufsuchen verschiedener Ärztinnen oder auch Apotheken durch die PatientInnen beobachtet mit dem Ziel, das begehrte Rezept zu bekommen. Doch auch die illegale Beschaffung über den Schwarzmarkt oder die Nutzung von Online Apotheken ist denkbar (Rath 2008, 220 f.; Lachenmeier, Böse & Löbell Behrends 2013, 133 f.).

4 Diskussion

Wie im Ergebnisteil bereits dargelegt zeigen epidemiologische Studien auffällige Veränderungen im Verbrauch der Arzneimittelgruppen aus dem Bereich der Psychopharmaka in den letzten Jahren. Dazu gehören vor allem Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquillizer/Hypnotika. Benzodiazepine sind in der ärztlichen Praxis noch immer unverzichtbar, es lässt sich aber eine kontinuierliche Abnahme der Verordnungshäufigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erkennen. Hier könnte eine Einsicht über die Risiken im Zusammenhang mit der Benzodiazepinbehandlung bei ÄrztInnen vermutete werden. Der gleichzeitige Anstieg der Verordnungshäufigkeit von niederpotenten Neuroleptika und vor allem sedierenden Antidepressiva deutet auf eine Substitution hin. Doch auch die dauer

hafte Anwendung von Neuroleptika und Antidepressiva sollte aufgrund der Fülle an Nebenwirkungen nicht als unkritisch betrachtet werden (Wolter 2011, 242). Damit gehören Antidepressiva mittlerweile zu der am stärksten wachsenden Gruppe in der Arzneimittelversorgung, da die Menge der verordneten Tagesdosierungen seit 1991 von 200 auf 600 Millionen anstieg. Auffällig ist, dass der Anstieg der Antidepressiva Verordnungen den Abfall der Verordnungsraten von Tranquilizern und Hypnotika nicht nur ausgleicht, sondern sogar zu einem potenziellen Anstieg des mit Psychopharmaka behandelten Personenkreises führt (Glaeke & Jahnsen 2006, 180). Die höchste Prävalenz hinsichtlich der Psychopharmaka Verordnungen ist in der Gruppe der älteren Menschen zu finden, bei der sich jedoch die niedrigsten Prävalenzwerte psychischer Störungen und Erkrankungen finden lässt (Jacobi et al. 2014, 82). Schon allein dieser Umstand weist auf den hohen Fehlgebrauch innerhalb der höheren Altersgruppen hin. Die Häufigkeit der Dauerbehandlung mit Benzodiazepinen ist in den letzten Jahren, insbesondere bei Frauen und älteren Menschen leicht gefallen, die generell zu der Gruppe gezählt werden denen Benzodiazepinen zum größeren Anteil verschrieben werden. Hingegen lassen sich in der Gruppe der Männer, als auch jüngeren Menschen (unter 45 Jahren) ebenso wie bei der Verordnung von Z Drugs keine abnehmende Tendenz feststellen (Vertheim et al. 2014, 5 f.).

Im Bereich der Schlafmittel konnte beobachtet werden, dass die Z Drugs (vor allem Zopiclon und Zolpidem) in der Praxis immer häufiger eingesetzt werden. Bei Markteinführung der Z Substanzen ging man zunächst davon aus, dass das Abhängigkeitspotential dieser Mittel deutlich unter dem der Benzodiazepine liegt. Mittlerweile liegen jedoch zahlreiche Studien vor, die den Z Drugs ein ähnlich hohes Risikoprofil wie den Benzodiazepinen zuschreibt. Beide Mittel sind für eine längerfristige und ununterbrochene Behandlung (selbst unter zwei Monate) mit einem sehr hohen Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung verbunden (Glaeske 2012, 99). Die WHO hat insbesondere den Wirkstoff Zolpidem schon frühzeitig mit dem Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko von Benzodiazepinen gleichgestellt. Dies erinnert stark an die Einführung der Benzodiazepine, die die Barbiturate ablösten. Auch die Benzodiazepine, die anfangs als sehr nebenwirkungsarm angesehen wurden, wurden zu nächst bezüglich ihres Risikoprofils unterschätzt. Dies wiederholte sich nun mit den Z Drugs (BÄK 2007, 25). Der Einfluss der Pharmaindustrie bezüglich der hohen Quote an Benzodiazepin Abhängigen, ist schon durch die mangelnde Transparenz und Aufklärung über Risiken

bei Markteinführung 1960, in Deutschland unumstritten. Neben suggestiven Werbestrategien weist Gerd Glaeske auf den Einfluss der absatz- und umsatzfördernden Tätigkeiten von etwa 16.000 PharmareferentInnen hin, die pro Jahr etwa 25 Millionen Verkaufsbesuchen in Arztpraxen und Apotheken machen (Glaeske 2012, 99).

Pharmavertreter haben einen erheblichen Umfang an Kontaktware (Gratis Medikamente) mit denen sie HausärztInnen versorgen, mit der Hoffnung, dass diese Mittel nach Weitergabe durch den Arzt an die PatientInnen, von diesen selbstständig wieder bei ihrem Arzt angefordert werden. Darüber hinaus werden den ÄrztInnen häufig sogar Geld- oder Sachleistungen für die Weitergabe dieser Medikamente in Aussicht gestellt. In vielen Fällen verlassen sich die ÄrztInnen allein auf die Informationen und Angaben der Hersteller bezüglich dieser Präsentmedikamente, ohne Prüfung und Einholung einer fachlichen Einschätzung von anderen Seiten (Pohlmann & Fraunhofer 2016, 138). Das noch geltende Verbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel gegenüber der Öffentlichkeit in Deutschland beschränkt die Werbung auf das Fachpublikum. Entwicklungen in den USA, wo direkte Werbung verschreibungspflichtiger Medikamente an KonsumentInnen gerichtet werden darf, zeigen welchen Einfluss es auf die Nachfrage hat, die sich im Hinblick auf Psychopharmaka in kürzester Zeit in den USA verdoppelt hat (Amendt 2013, 65). So werden in den USA bereits sedierende Psychopharmaka bei Kindern unter 3 Jahren angewendet (Herrmann 2013, 97). Die erhöhte Nachfrage führt bei den heutzutage sehr emanzipierten PatientInnen zu gezielten Verordnungswünschen und diese wiederum höchstwahrscheinlich zu noch mehr Druck auf die ÄrztInnen das begehrte Rezept auszustellen. Daher gilt die gezielte Nachfrage eines Patienten nach einem bestimmten psychotropen Medikament als suchtvächtig und sollte die Aufmerksamkeit des Arztes auf Vorliegen einer möglichen Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik erhöhen (Haasen & Holzbach 2011, 14). Darüber hinaus ist das Verschreiben eines schnellwirksamen Medikaments in Anbetracht überfüllter Arztpraxen, 36€ Honorar pro Patient im Quartal und einer Fünf Minuten Taktung sehr verlockend. Mit Benzodiazepinen kann beispielsweise die Schlafstörung, die als häufigste Indikation bei älteren Menschen angegeben wird, eines Patienten kurzfristig behoben werden, langfristig wären Methoden wie das Näherbringen von Entspannungsübungen, kognitive Verhaltenstherapie oder die Vermittlung von Regeln der Schlafhygiene zwar gesünder und ebenfalls erfolgsversprechend, aber mit einem höheren Zeit- und Kostenaufwand verbunden. Viele ÄrztInnen fordern ihre hausärztlichen KollegInnen aber auch vermehrt auf PatientInnen mit

psychischen Problematiken an die entsprechenden Fachärzte zu verweisen, bevor eine Verordnung von Psychopharmaka erfolgt. Rüdiger Holzbach weist in einem Interview darauf hin, dass Benzodiazepine generell nur zur Kurzzeitbehandlung zugelassen sind und eine Evidenz für Langzeitbehandlungen nicht besteht. Weiter bemerkt Holzbach: „Da Benzodiazepine ebenso wie Alkohol ihre Hauptwirkung über den GABA Rezeptor entfalten, könnte von den Kollegen genauso gut Alkohol als Therapeutikum für die psychische Erkrankung empfohlen werden! Der einzige Unterschied liegt darin, dass Benzodiazepine wesentlich schneller eine Abhängigkeit hervorrufen als Alkohol.“, so Holzbach (2014). Doch selbst wenn die Verordnungen von Seiten der Ärzteschaft hinsichtlich Benzodiazepinen sich strikt an Bestimmungen im Leitfaden der Bundesärztekammer (2007) bezüglich der Verordnungen von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential halten würden, macht die Sucht der PatientInnen erfinderisch. Es wurden mittlerweile eine Vielzahl von Beschaffungswegen Substanzabhängiger PatientInnen identifiziert, durch die es gelingt auch verschreibungspflichtiger Medikamente zu erhalten. Der Schwarzmarkt und die illegale Drogenszene werden vorwiegend von Menschen mit polytoxikomanen Einnahmeverhalten als Quelle genutzt oder aber von Abhängigen mit Vorliegen einer Hochdosisabhängigkeit. Es liegen Berichte von Abhängigen aus der Drogenszene vor, die darauf hinweisen, dass die dort gehandelten Medikamente hauptsächlich durch „großzügige“ ärztliche Verschreibungen gespeist wird. Dabei ist anzumerken, dass es sich hier nicht nur um Abhängige handelt, die Mittel in der Drogenszene verkaufen, sondern vor allem auch Rentner, die sich durch den illegalen Handel ihrer verschriebenen Mittel ihre Rente aufbessern. Eine weitere Möglichkeit an psychotrope Mittel, wie Benzodiazepine, zu gelangen stellt Beschaffung über Dritte dar, die jedoch noch weitestgehend unerforscht ist. Hier werden in der Regel Freunde oder Verwandte gebeten, sich das entsprechende Mittel verschreiben zu lassen und an sie weiterzureichen (DHS 2015a, 22). Seit Öffnung des Arzneimittelmarktes für Versand und Onlineapotheken im Jahr 2004 ist der Handel von Medikamente über das Internet stark angestiegen. Für den Endverbraucher ist oft nicht ersichtlich, ob es sich um eine seriöse Versandapotheke oder aber eine illegale Apotheke ohne Zulassung handelt. Professionell gestaltete Webseiten, Verwendung renommierter Versandhandelspartner und Zahlungssysteme als auch das Angebot einer „scheinbar seriösen“ ärztlichen Beratung die Ausstellung eines pro forma Rezeptes führen KonsumentInnen häufig in die Irre. Diese illegalen Apo

theiken sind in der Regel in Drittländern ansässig und verstoßen gegen eine Fülle von Rechtlichen Vorgaben und arzneimittelrechtliche Anforderungen wie Zulassungspflicht, Apothekenpflicht, Verschreibungspflicht, Kennzeichnungsvorgaben, Verbringungsverbot, Werbeverbot, sowie die Notwendigkeit einer Versandhandelserlaubnis (Lachenmeier, Bösel & Löbell Behrends 2013, 132f). Selbst für unerfahrene InternetnutzerInnen ist es kein Problem entsprechende Onlineapotheken zu finden und Bestellungen aufzugeben. Es reicht in der Regel eine einzige Anfrage über Google um auf Apotheken zu stoßen, die Benzodiazepine unter Umgehung der Rezeptpflicht veräußern. Der Versand solcher verschreibungspflichtiger Mittel erfolgt, beispielsweise durch den Verzicht von Schachteln und Blistern, in unauffälliger Form, sodass nur ein geringer Teil der Lieferungen vom Zoll erkannt werden (DHS 2015a, 23). Es fehlen derzeit noch geeignete Strukturen und Kontrollinstanzen um den Internethandel von Arzneimitteln zu überwachen und den Verbraucherschutz sicherzustellen (Lachenmeier, Böse & Löbell Behrends 2013, 133f). Doch auch die konventionellen Apotheken fallen immer noch durch Berichte bezüglich des Verkaufs von rezeptpflichtiger Mittel an Abhängige ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung auf. Apotheken, die durch solch ein Verkaufsverhalten auffällig werden machen sich strafbar und riskieren darüberhinaus ihre Approbation. Häufig sind PatientInnen in Deutschland jedoch gar nicht gezwungen auf illegale Beschaffungswege auszuweichen, da der Großteil (etwa 80 Prozent) die gewünschten Mittel mit Abhängigkeits- und Suchtpotential oft wiederholt von nur einer Ärztin/einem Arzt verordnet bekommen (DHS 2015a, 23). Das beobachtete Phänomen, das ÄrztInnen ihre gesetzlich krankenversicherten PatientInnen Mittel mit Abhängigkeitspotential vermehrt über Privatrezepte verordnet werden, ist besonders oft im Zusammenhang mit Benzodiazepinen zu beobachten. In der Literatur kann bisher nur über Motive und Ursachen spekuliert werden. Am Wahrscheinlichsten erscheint für viele Autoren der Grund, das die ÄrztInnen bei wiederholter Benzodiazepinverordnung Nachfragen seitens der Krankenkassen befürchten, da Rezepte im Rahmen der GKV von den Kassen eingesehen werden, die Privatrezepte dagegen aber in den Apotheken verbleiben oder dem Endverbraucher mitgeben werden (DHS 2015a, 22). Gerd Glaeske äußerte sich in einem Interview zum Thema der Veränderungen der Verordnungspraxis ebenfalls dahingehend, dass die Ausstellung eines Privatrezeptes der leichteste Weg ist, um Diskussionen mit den Kassen und einem drohenden Regress, bei nicht leitlinienkonformer Verordnung, zu umgehen. Weiter hebt Gerd

Glaeske dabei hervor „Im Grunde begegnen sich Arzt und Patient hier strategisch und entlasten sich gegenseitig“, denn auch von Seiten der PatientInnen wird die Verschreibung über ein Privatrezept bereitwillig angenommen. Bei vielen PatientInnen ist die Befürchtung Nachteile durch die andauernde Benzodiazepin Verschreibung seitens der Kasse zu erhalten größer, als der Widerwille für ihr begehrtes Mittel selbst zu zahlen. Die Ärzteschaft wird zunehmend aufgefordert mit dieser Verschreibungsproblematik offen umzugehen (Glaeske 2014). Auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) geht davon aus, dass diese Entwicklung klar auf einen Missbrauch der Benzodiazepine und Benzodiazepin Analoga, insbesondere bezüglich der Hypnotika hinweise, der durch diese Verordnungspraxis verschleiert werden soll und empfiehlt die dosisabhängigen Ausnahmeregelungen im Rahmen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung komplett zu streichen. Dementsprechend könnten diese Mittel, unabhängig von der Dosis und Packungsgröße nur noch auf Betäubungsmittelrezepte verordnet werden, was einen Rückgang der Verordnungen dieser Wirkstoffgruppe nach sich ziehen würde. Doch es gibt auch Gegenstimmen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde befürchte, dass sollte die Empfehlung der AkdÄ umgesetzt werden, eine Vielzahl von PatientInnen, vor allem PatientInnen mit psychischen Störungen in akuten Krankheitsstadien, die zur Zeit beste Therapie, nämlich die Behandlung mit Benzodiazepinen entzogen wird, ohne ähnlich wirksame und gut verträgliche Alternativen bereitzustellen (DGPPN, 2008). Weiterhin halten sie es für unangemessen aufgrund von Mutmaßungen über eine mögliche Zunahme von Missbrauch und Abhängigkeit, Eingriffe in die Verordnungsfähigkeit der Benzodiazepine vorzunehmen. Auch wenn die Verschleierung von Benzodiazepinabhängigkeit über Privatrezepte zunächst plausibel erscheint, weist die DGPPN klar darauf hin, dass diese Schlussfolgerung nicht zwingend richtig sein muss, da bisher keine gesicherten Daten dazu vorliegen (ebd.).

5 Fazit

Die dargelegten Ergebnisse und die vorangegangene Diskussion der Erkenntnisse verdeutlichen, dass der Missbrauch und vor allem die hohe Zahl der Benzodiazepin Abhängigen in Deutschland nicht nur auf einen ursächlichen Faktor zurückzuführen ist, sondern ein multifaktorielles Geschehen darstellt. Bei den Bedingungsfaktoren können

psychische, physische und soziale Faktoren der PatientInnen, problematisches Verschreibungsverhalten der Ärzteschaft oder auch ungenügende Aufmerksamkeit der Apotheken herangezogen werden. Die Pharmaindustrie für ihren Teil beeinflusst ÄrztInnen, Apotheken und PatientInnen beispielsweise über suggestive Werbemethoden und nehmen so erheblichen Einfluss auf das Verordnungsverhalten, Verordnungswünsche und Verkaufszahlen (BÄK 2016). Doch gerade bei der Markteinführung von Benzodiazepinen kann man von einem erheblichen Anteil des Herstellers an der Entwicklung der hohen Abhängigkeitsprävalenzen sprechen, da Risiken (Missbrauch und Abhängigkeit) von Seiten der Hersteller nicht kommuniziert wurden. Ähnliches wiederholte sich nun auch mit den Z Substanzen, deren Risiko anfangs ebenfalls unterschätzt wurde. Hinzu kommt die zunehmende Unübersichtlichkeit der Benzodiazepinderivate auf dem Arzneimittelmarkt, bei denen eine klare Abgrenzung zwischen Tranquilizer und Hypnotika oft nicht möglich ist und die Indikation der ÄrztInnen häufig aufgrund von unspezifischen Symptomen oder Alltagsbeschwerden wie Unruhe oder innere Anspannung erfolgt. Gesellschaftliche Faktoren wie zeitlicher Druck, Konkurrenzverhalten, hohe Leistungsanforderungen und Erfolgserwartungen, vor allem im Bildungs- und Arbeitssektor als auch die Zunahme von Befindlichkeitsstörungen in der Bevölkerung bestärken ebenso die Einnahme von bestimmten Arzneimitteln wie Benzodiazepinen zur Alltagsbewältigung und führen dann häufig zur Abhängigkeit (Herrmann 2013, 98). Der Zugang zu Benzodiazepinen ist für Betroffene in der Regel immernoch sehr leicht und gerade Personen mit einer bestehenden Abhängigkeit werden aufgrund des Suchtdrucks mitunter sehr kreativ bezüglich ihrer Beschaffungsmöglichkeiten. Es werden von den PatientInnen mitunter verschiedene ÄrztInnen aufgesucht, um an eine Wunschverordnung zu gelangen oder der Versuch in Apotheken Benzodiazepine ohne Rezept oder mit einer gefälschten Verordnung zu erhalten ist möglich. Der Schwarzmarkt bzw. die Drogenszene wird hauptsächlich von Drogenabhängigen mit polykomanen Einnahmeverhalten genutzt. Seit 2004 ist es durch Bestellungen von Benzodiazepinderivaten über illegale Versandapotheken nun noch leichter an das verschreibungspflichtige Mittel auf ohne Rezept zu gelangen (Lachenmeier, Böse & Löbell Berehnds 2013, 133 f.).

Ohne Zweifel ist die Prävalenz der Benzodiazepinabhängigkeit in der Bevölkerung immer noch sehr hoch und führt zu schwerwiegenden sozialen, gesundheitlichen und

ökonomischen Folgeschäden. Die Prävention der Benzodiazepin Abhängigkeit bedarf aufgrund der Fülle an bedingenden Faktoren auch eine fachübergreifende Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, die an der Herstellung, Verordnung oder Abgabe beteiligt sind. Nicht umsonst liegen mittlerweile für jede Berufsgruppe, die mit der Verordnung oder Abgabe von Benzodiazepinen zu tun hat, Leitlinien oder ein Leitfaden vor. Hier ist beispielsweise der Leitfaden für die ärztliche Praxis der Bundeärztekammer (2007) zum Thema „Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ zu nennen, ebenso wie der Leitfaden für die apothekerliche Praxis „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch“ der Bundesapothekerkammer (2011). Ebenso bestehen gesetzliche Vorschriften die den Umgang von Ärztlicher, Pharmazeutischer und Patientenseite reglementiert. Die Arzneimittelrichtlinie, die beispielsweise über die Aufklärung der PatientInnen oder Prüfung der Wirtschaftlichkeit und des Nutzens bei wiederholter Verordnung von ärztlicher Seite beinhaltet, ist dringend zu beachten (GBA, 2016a). Das Betäubungsmittelgesetz, dem bestimmte Benzodiazepinwirkstoffe ganz unterliegen oder welches zumindest die Dosierung im BtMG begrenzt ist ebenfalls von Ärztlicher und pharmazeutischer Seite von großer Wichtigkeit. Apotheken haben im Umgang mit Benzodiazepine zunächst die Apothekenbetriebsordnung zu berücksichtigen, aus der hervorgeht, dass das pharmazeutische Personal einem erkennbaren Arzneimittelgebrauch entgegenzutreten hat und bei Auffälligkeiten die Rücksprache mit den ÄrztInnen zu suchen. Informationsvermittlung und Aufklärung über Arzneimittelmissbrauch und –abhängigkeit zählen ebenso zum Aufgabenkreis der Apotheken (DHS 2015a, 161 ff.). Im Vergleich zu allen anderen Suchtstoffen sind Arzneimittel nur durch den Kontakt zu Experten, dass heißt durch ÄrztInnen und Apotheken zu erhalten. Demnach kommt beiden Berufsgruppen eine erhebliche Verantwortung bei der Verschreibung, Beratung, Empfehlung und Verkauf von psychotropen Arzneimitteln, wie auch Benzodiazepinen zu. Die Pharmahersteller müssten ebenso stärker in die Verantwortung genommen werden, auf bestimmte Risiken im Zusammenhang ihrer vermarkteten Mittel deutlich hinzuweisen. Die multifaktoriell entstandene Medikamentenabhängigkeit, kann demnach auch nur durch den Einsatz aller daran beteiligten Faktoren abgebaut werden. Daher ist auch die Werbung als Mittel für die teilweise suggestive Beeinflussung des öffentlichen Publikums stärker zu kontrollieren. Die Hochrisikogruppe der Älteren Menschen ist im Umgang mit Benzodiazepinen ganz besonders zu berücksichtigen, da sie zum einen den

größten persönlichen Schaden durch die Medikamentenabhängigkeit im Vergleich zu anderen KonsumentInnengruppen tragen und zum anderen, da sie zum am stärksten wachsenden Bevölkerungsanteil in Deutschland gehören. Die Medikamentenabhängigkeit im Alter wird also noch lange ein Thema bleiben und vermutlich immer größeren Stellenwert einnehmen. Hier müssen dringend zielgruppenorientierte Therapieangebote entwickelt werden, da die Daten der professionellen Suchthilfe in Deutschland aus Jahr 2010, dass die ältesten PatientInnen mit Alkohol oder Medikamentenabhängigkeit im Schnitt zwischen 24 und 45 Jahren liegen.

Literaturverzeichnis

Aktories, K., Förstermann, U., Hofmann, F.B. & Starke, K. (2009). Repetitorium. *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie*. Elsevier GmbH: München

Amendt, G. (2013). Risikoabwägung als subjektive Überlebensstrategie. Wie die Bereitschaft, Körper und Seele chemisch zu stimulieren, eine neue Drogenrealität schafft. In: Gaßmann, R., Merchlewicz, M, & Koeppe, A. (Hrsg.). *Hirndoping – Der große Schwindel*. 88-96. Weinheim, Basel: Beltz Juventa

BÄK (2016). Faktoren der Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/suchtmedizin/medikamentenabhaengigkeit/faktoren-der-entstehung/> [30.09.16]

BÄK (Hrsg.) (2007). *Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis*. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Köln

BAK (Hrsg.) (2011). *Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Leitfaden für die apothekerliche Praxis*. Berlin. Verfügbar unter: https://www.abda.de/fileadmin/assets/Pressetermine/2008/03_Symposium_AM-Missbrauch/Suchtleitfaden_2011_final.pdf [28.04.16]

Benkert, O., Hautzinger, M. & Graf-Morgenstern, M. (Hrsg.) (2016). *Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten*. Springer Verlag: Berlin Heidelberg.

Billioti de Gage, S., Moride, Y., Ducruet, T., Kurth, T., Veroux, H., Tournier, M., Pariente, A., Bégaud, B. (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159609/> [30.09.2016]

BMG (2016). *Sucht und Drogen*. Verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html> [30.09.16]

Carlsten, A. & Waern, M. (2009). Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly?. In: *BMC Geriatrics*
Verfügbar unter: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-9-20> [09.09.2016]

DHS (Hrsg.) (2015)a. *Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 5*. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_5_Medikamente.pdf [08.07.2016]

DHS (2014). *Medikamente. Basisinformationen*. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Basisinfo_Medikamente_01.pdf [11.05.2016]

DHS (Hrsg.) (2014). Benzodiazepine (Beruhigungs- und Schlafmittel). *Die Sucht und ihre Stoffe. Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe.*

Verfügbar unter:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/2014_Faltblatt_Benzodiazepine.pdf
[06.05.2016]

DHS (2015)b. Pressemitteilung. Jahrbuch Sucht 2015. Daten und Fakten. Berlin/Hamm

Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Presse/2015/2015-5-13_PM3_Daten_und_Fakten.pdf

DHS (2016). Pressemitteilung. Jahrbuch Sucht 2016. Daten und Fakten. Berlin/Hamm

Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/PM_Daten_und_Fakten.pdf
[12.08.2016]

DHS (2013). Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. Hamm.

Verfügbar unter: http://nls-online.de/home16/index.php/downloads/cat_view/5-informationen-zu-suchtmitteln-im-alter [22.07.2016]

DHS & Barmer GEK (2013). Alkohol, Medikamente, Tabak: Informationen für die Altenpflege.

Hamm/Berlin. Verfügbar unter:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Unabhaengig_im_Alter_Informationen_Altenpflege.pdf [22.07.2016]

Düsterwald, S. (2013). Facts Notfallmedizin. KVM – Der Medizinverlag Dr. Kolster Verlag GmbH:

Berlin

GBA (2016a). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von

Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL). Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1263/AM-RL_2016-08-18_iK-2016-09-30_AT-29-09-2016-B2.pdf

GBA (2016b). Anlage III. *Übersicht über Verordnungseinschränkungen und –ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften (§ 34 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 3 SGB V), Hinweise zur wirtschaftlichen Ordnungsweise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie Verordnungseinschränkungen und –ausschlüsse von sonstigen Produkten.*

Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-400/AM-RL-III_Verordnungserschraenkungen_2016-02-26.pdf [06.05.2016]

Glaeske, G. (2014). Sucht auf Privatrezept. Ein Interview mit dem Arzneimittelexperten Prof. Dr. Gerd Glaeske. Verfügbar unter:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Kampagnen/Interview_Glaeske.pdf [07.10.2016]

Glaeske, G. & Schulze, J. (2013). Der Einsatz von Benzodiazepinen bei Menschen mit einer

Demenzerkrankung. 132-141. In: Barmer GEK Arzneimittelreport 2013. Auswertungsergebnisse der Barmer GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2011 bis 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 20. Berlin. Verfügbar unter:
http://www.khbrisch.de/files/barmer_gek_arzneimittelreport_2013.pdf [06.09.2016]

Glaeske, G. & Schicktanz, C. (2011). Barmer GEK Arzneimittelreport 2011. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2009 bis 2010. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 8. Berlin. Verfügbar unter: http://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2011/110713_Kurzfassung.pdf [30.09.2016]

Glaeske, G. (2012). Medikamente 2010 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. 90-111. In: DHS (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2012. Pabst Science Publisher: Lengerich.

Glaeske G. & Schicktanz, C. (2013). Barmer GEK Arzneimittelreport 2013. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2011 bis 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 20. Berlin
Verfügbar unter: http://www.khbrisch.de/files/barmer_gek_arzneimittelreport_2013.pdf
[06.08.2016]

Glaeske G. (2012). Medikamentenabhängigkeit: Die verheimlichte Sucht. In: PiD – Psychotherapie im Dialog 2012. Sucht. 13(4): 39-43. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Glaeske, G. & Jahnsen, K. (2006). GEK-Arzneimittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 – 2005. St. Augustin: Asgard-Verlag

Gray, S. L., Dublin, S., Yu, O., Walker, R., Anderson, M. Hubbard, R. A., Crane, P. K., Larson, E. B. (2016). Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4737849/>
[30.09.2016]

Gross, W. (2016). Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Haasen, C. & Holzbach, R. (2011). Verordnung von Benzodiazepinen. In der Akutbehandlung unverzichtbare Medikamente / Langzeitkonsum kann abhängig machen. In: KVWL. Benzodiazepine. *Information & Beratung*. 8-15. Verfügbar unter:
<https://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/agavm/benzodiazepine.pdf> [03.10.2016]

Herrmann, H. (2013). Zweg obligate Augengläser oder: Zum augenfälligen Mangel an Ethik-Doping. In: Gaßmann, R., Merchlewicz, M. & Koeppe, A. (Hrsg.). Hirndoping – der große Schwindel. 97-108. Weinheim, Basel: Beltz Juventus

Holt, S., Schmiedl, S. & Thürmann, P. A. (2011). PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. Verfügbar unter: http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf [06.10.2016]

Holzbach, R. (2014). „Benzodiazepine machen schneller abhängig als Alkohol“. Ein Interview mit dem Psychiater und Psychotherapeuten Dr. Rüdiger Holzbach. Verfügbar unter:
http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Kampagnen/Interview_Holzbach.pdf [05.10.2016]

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittcehn, Z.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: Der Nervenarzt 2014. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag

Keller, S. (2015). Medikamentenabhängigkeit – die diskrete Sucht. Verfügbar unter:
<https://www.tk.de/tk/sucht/andere-suechte/medikamentenabhaengigkeit/35398> [01.10.2016]

Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz der Medikamenteneinnahme und medikamentenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. Verfügbar unter: http://esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2012_Medikamente-Kurzbericht.pdf [20.08.2016]

Kuhn, S. & Haasen, C. (2009). Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Hamburg Verfügbar unter: http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen_2009_Abschlussbericht_Sucht_im_Alter.pdf [22.07.2016]

KVB (2011). Arzneimittel im Blick Nr. 34/2011. *Der Einsatz von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei Schlafstörungen – Problematik und Alternativen –*. Verfügbar unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Verordnung/VO-aktuell/2011/KVB-110725-WIS-Benzodiazepinen-und-Z-Substanzen-bei-Schlafstoerungen-Arzneimittel-im-Blickpunkt-Ausgabe-34.pdf> [06.05.2016]

Lachenmeier, D. W. , Böse, W., Löbell-Behrends, S., Kohl-Himmelseher, M. & Marx, G. (2013). Das Internet als Bezugsquelle verschreibungspflichtiger Lifestyle-Medikamente ohne Rezept. In: Gaßmann, R., Merchlewicz, M. & Koeppe, A. (Hrsg.). Hirndoping – Der große Schwindel. 132-143. Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Landesärztekammer (LÄK) Baden-Württemberg & Landesapothekerkammer (LAK) Baden-Württemberg (2008). Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga. *Gemeinsamer Leitfaden der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg*. Stuttgart. Verfügbar unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/30ausschuesse/suchtmedizin/suchtmedizin/01benzodiazepine.pdf> [16.05.2016]

Laux, G. & Dietmaier, O. (2013). Psychopharmaka. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Lehmann, P. (2011). Spezielle Aspekte beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka. Verfügbar unter: <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/tips-zum-absetzen.pdf> [21.07.2016]

NLS (2013). Aktives Altern: Selbstbestimmt und Unabhängig bleiben! Basis-Informationen zu Suchtmitteln im Alter. Hannover. verfügbar unter: http://nls-online.de/home16/index.php/downloads/cat_view/5-informationen-zu-suchtmitteln-im-alter [22.07.2016]

Pohlmann, S. & Fraunhofer, A. (2016). Prävention von Medikationsfehlern im Alter. In: Pohlmann (Hrsg.). Prävention im Alter. 131-161. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Rath, M. (2008). Medikamentenliste. In: Tretter, F. (Hrsg.). Suchtmedizin kompakt. 192-194. Stuttgart: Schattauer GmbH

Siebenand, S. (2011). Betäubungsmittel. Rechte und Pflichten für die Apotheke. In: Pharmazeutische Zeitung 33/2011. Verfügbar unter: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=38989#> [07.10.2016]

Schneider, R. (2015). Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren

Sieberer, M. (2011). Verordnungen von Benzodiazepinen bei Alkoholabhängigkeit. In: Glaeske, G. & Schickanz, C. Bamer GEK Arzneimittelreport 2011. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2009 bis 2010. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 8. Verfügbar unter: http://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2011/110713_Kurzfassung.pdf [01.10.2016]

Steppan, M., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Jahresstatistik 2010 der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: DHS (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2012. 206-240. Lengerich: Pabst Science Publisher

van Vliet, P., van der Mast, R. C., van den Broek, M. Westendorp, R. G. J., de Craen A. J. M. (2008). Use of benzodiazepines, depressive symptoms and cognitive function in old age. In: International Journal of Geriatric Psychiatry. Band 24, Ausgabe 5, 500-508.

Verthein, U. & Reimer, J. (2014). Epidemiologie der Langzeitverschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in Deutschland – eine prospektive Analyse kassenärztlicher Verschreibungen über fünf Jahre. Abschlussbericht. Hamburg.

Verfügbar unter:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Forschungsberichte/Abschlussbericht_NARZ.pdf [11.06.16]

Eidstattliche Erklärung

Ich, Sabrina Wirzbicki, versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

