



Abhängigkeit von Schlafmitteln – Wie kann ich helfen? Teil 2

Dr. Rüdiger Holzbach

Chefarzt Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik,
Klinikum Hochsauerland

Dr. Ernst Pallenbach

Fachapotheker für Klinische Pharmazie,
Abrechnungszentrum Emmendingen

Übersicht

- Um was geht es?
- Relevanz für die allgemeinärztliche und internistische Praxis
- Benzodiazepine: Licht und Schatten
- Indikation zur Kurz- und Langzeittherapie
- Relevante Leitlinien
- **Epidemiologie und Hintergrund der Benzodiazepin-Abhängigkeit**
- **Diagnostik der Abhängigkeit**
- **Probleme der Langzeitverordnung**
- Rechtlicher Hintergrund
- GKV- und Privatverordnungen
- Abdosierung und Entzug: Vorgehen, Motivation, interdisziplinärer Ansatz
- Fallbeispiel: Vorteile für Ihren Patienten
- Links und Literatur

Arzneimittelabhängigkeit in Deutschland

Etwa 1,9 bis 2,3 MIO Arzneimittelabhängige, darunter 1,2 bis 1,6 MIO Benzodiazepin/Z-Substanzen-Abhängige¹

Unterversorgung im Hilfesystem^{2,3}

	Aktuelles
<small>Nervenarzt 2005 · 76:72–77 DOI 10.1007/s00115-004-1828-y Online publiziert: 10. Dezember 2004 © Springer Medizin Verlag 2004</small>	M. Soyka^{1,3} · S. Queri³ · H. Kufner² · S. Rösner² <small>¹ Psychiatrische Klinik und Poliklinik, Ludwig-Maximilians-Universität, München ² IFT Institut für Therapieforschung, München · ³ Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis, München</small>
	Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige?

- unter 10.000 in stationärer Entzugsbehandlung
- unter 500 wegen reiner Medikamentenabhängigkeit in Entwöhnungstherapie

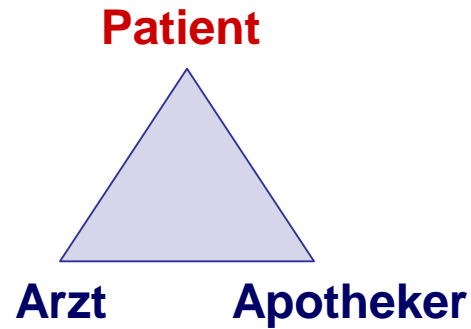
Daher: Sensibilisierung der heilberuflichen Verantwortung von Ärzten und Apothekern bei der Verordnung und der Abgabe von Arzneimitteln

1. Drogen- und Suchtbericht 2013, Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013), Epidemiologischer Suchtsurvey des BMG, Pabst et al., Sucht (2013)

2. Soyka, M., Queri, S., Kufner, H. et al. Nervenarzt (2005) 76: 72. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1828-y>

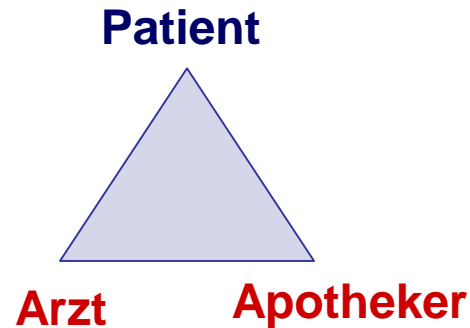
3. DHS / Glaeske 2010; Krankenhausstatistik 2010

Ursachen für die langfristige Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen



- Kein Problembewusstsein, kennt Problem und Gefahren nicht
- Eigenverantwortung?
- Ablehnung psychiatrischer Diagnosen
- Kosten stationärer psychiatrischer Intervention

Ursachen für die langfristige Verordnung und Abgabe



- Falsche Erwartung an die Langzeit-Wirksamkeit der Benzodiazepine und Z-Substanzen
- Niedrigdosis-Abhängigkeit wird nicht als Abhängigkeit gesehen.
- Übergang Kurzzeit – Langzeitgebrauch von Benzodiazepinen
- Z-Substanzen werden unkritisch gesehen.
- Genaue Vorgehensweise beim Entzug ist nicht bekannt.
- Belastung des Entzuges wird überschätzt, vor allem im Alter.
- Vorteile der Abstinenz werden unterschätzt.
- Praxisalltag (Zeitdruck)

Apotheker dürfen nicht therapieren, sollen aber Arzt und Patient beraten. Oftmals haben Apotheker eine hohe Hemmschwelle, sich „einzumischen“.

Übersicht

- Um was geht es?
- Relevanz für die allgemeinärztliche und internistische Praxis
- Benzodiazepine: Licht und Schatten
- Indikation zur Kurz- und Langzeittherapie
- Relevante Leitlinien
- Epidemiologie und Hintergrund der Benzodiazepin-Abhängigkeit
- Diagnostik der Abhängigkeit
- Probleme der Langzeitverordnung
- **Rechtlicher Hintergrund**
- **GKV- und Privatverordnungen**
- Abdosierung und Entzug: Vorgehen, Motivation, interdisziplinärer Ansatz
- Fallbeispiel: Vorteile für Ihren Patienten
- Links und Literatur

Arzneimittelabhängigkeit: Rechtlicher Hintergrund (1/4)

Was müssen Ärzte tun?

Grundsätzliche Pflichten

- Berufsordnung der Bundesärztekammer § 7 (Abs. 8)
„Ärztinnen und Ärzte dürfen einer missbräuchlichen Verwendung ihrer Verschreibung keinen Vorschub leisten.“
- Betäubungsmittelgesetz § 13 (Abs. 1)
„Betäubungsmittel dürfen nur von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten und nur dann verschrieben oder im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung einschließlich der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, wenn ihre Anwendung ... begründet ist.“



Arzneimittelabhängigkeit: Rechtlicher Hintergrund (2/4)

Benzodiazepine und Z-Substanzen nur zur Kurzzeittherapie

Hypnotika und Tranquillanzien können gemäß der aktuellen Arzneimittelrichtlinie für bis zu vier Wochen zulasten der GKV verordnet werden.

[Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA]

Die kontinuierliche Verordnung über einen längeren Zeitraum ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse.

Nur in begründeten Einzelfällen ist eine längere Verordnung möglich.



Arzneimittelabhängigkeit: Rechtlicher Hintergrund (3/4)

Verordnung auf Privatrezept – ein Ausweg?

Benzodiazepine und Z-Substanzen werden zunehmend auch für GKV-Versicherte auf Privatrezept verordnet.

Der Privatrezeptanteil von Benzodiazepinen lag 2012 – mit 87 % GKV-Versicherten in der Bevölkerung – bei 55,3 %.

Bei Z-Substanzen machte der Anteil von Privatverordnungen 49,5 % aus.



	1993	2004	2012
BZD GKV	11 Mio. Pck.	2,5 Mio. Pck.	0,9 Mio. Pck.
BZD Apo-Einkauf	12,7 Mio. Pck.	5,6 Mio. Pck.	2,0 Mio. Pck.
Z-Drugs GKV	2,1 Mio. Pck.	3,8 Mio. Pck.	4,0 Mio. Pck.
Z-Drugs Apo-Einkauf	2,2 Mio. Pck.	7,4 Mio. Pck.	7,9 Mio. Pck.
Apo-Einkauf Gesamt	14,9 Mio. Pck.	13,0 Mio. Pck.	9,9 Mio. Pck.

Hoffmann, Glaeske, Nervenarzt 2014

Arzneimittelabhängigkeit: Rechtlicher Hintergrund (4/4)

Privatrezepte an GKV-Versicherte

Die vermehrte Verordnung von Hypnotika auf Privatrezepten konterkariert die Bemühungen um einen sicheren Einsatz der Hypnotika.

Die kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe weist darauf hin, dass für Kassenpatienten keine Privatrezepte ausgestellt werden dürfen, wenn eine Indikation für die Verordnung von Hypnotika besteht:

"Besteht bei gesetzlich Versicherten eine Indikation zur Gabe der Medikamente, ist ein Ausweichen auf Privatrezept nicht zulässig ... Das zunehmend beobachtete Ausweichen auf Privatrezepte zur Vermeidung eines Arzneimittelregresses entbindet den Arzt nicht von seiner berufsrechtlichen Verantwortung."



Übersicht

- Um was geht es?
- Relevanz für die allgemeinärztliche und internistische Praxis
- Benzodiazepine: Licht und Schatten
- Indikation zur Kurz- und Langzeittherapie
- Relevante Leitlinien
- Epidemiologie und Hintergrund der Benzodiazepin-Abhängigkeit
- Diagnostik der Abhängigkeit
- Probleme der Langzeitverordnung
- Rechtlicher Hintergrund
- GKV- und Privatverordnungen
- **Abdosierung und Entzug: Vorgehen, Motivation, interdisziplinärer Ansatz**
- **Fallbeispiel: Vorteile für Ihren Patienten**
- Links und Literatur

Was tun im Fall einer bestehenden Abhängigkeit? (1/3)

- Bei der ambulanten Entzugsbehandlung wird empfohlen, auf eine Äquivalenzdosis eines mittellangwirksamen Benzodiazepins wie Oxazepam umzustellen und die Dosis in der Regel über mehrere Monate wöchentlich in kleinen Schritten zu reduzieren.
- Wichtig: Empathische Gesprächsführung! Ihr Patient darf nicht das Gefühl haben, Sie wollen ihm etwas wegnehmen.
- Erklären Sie das Vorgehen (Dosisreduktion über mehrere Wochen in kleinen Schritten) und stellen Sie eine Verbesserung der Lebensqualität (Gangsicherheit, verbesserte Schlafqualität und kognitive Fähigkeiten) in Aussicht.

Was tun im Fall einer bestehenden Abhängigkeit? (2/3)

- Nutzen Sie die Zusammenarbeit mit der Apotheke Ihres Patienten. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Modellprojekt zeigt: Zusätzliche pharmazeutische Beratung und Motivation Ihres Patienten erhöht die Erfolgchancen; drei Viertel der eingeschlossenen Patienten profitierten von der gemeinsamen Beratung.
- Im Falle eines Hochdosiskonsums (über Diazepam-Äquivalenzdosis von 20 mg) wird eine stationäre Aufnahme und eine zusätzliche Medikation mit Carbamazepin oder Valproinsäure empfohlen.

Was tun im Fall einer bestehenden Abhängigkeit? (3/3)

Mit einer graduierten, langsamen Abdosierung können schwere Entzugssymptome, die beim abrupten Absetzen auftreten, meist vermieden werden. Nachfolgend Ergebnisse bei stationären Entzügen.

Entzugssymptom	nein	ein wenig / ziemlich	Stark / sehr stark
Einschlafprobleme	5,6 %	45,1 %	49,3 %
Nächtliches Aufwachen	2,9 %	50,0 %	47,1 %
Unerholsamer Schlaf	6,2 %	55,4 %	37,5 %
Stimmungsschwankungen	8,5 %	57,8 %	33,8 %
Innere Unruhe	5,7 %	48,6 %	45,7 %
Körperliche Abgeschlagenheit	10,9 %	39,1 %	50,0 %
Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit	16,9 %	44,6 %	38,4 %

Der Abdosierungsplan: Äquivalenzdosen

Wirkstoff	Äquivalenz-dosis [mg]
Alprazolam	1,5
Bromazepam	6,0
Chlordiazepoxid	20,0
Clobazam	20,0
Clonazepam	2,0
Diazepam	10,0
Dikaliumclorazepat	20,0
Flunitrazepam	0,75
Flurazepam	30,0
Lorazepam	2,0
Lormetazepam	1,5
Midazolam	7,5
Nitrazepam	5,0
Oxazepam	30,0
Prazepam	20,0
Temazepam	20,0
Tetrazeepam	50,0
Triazolam	0,5
Zolpidem	20
Zopiclon	15

Spalte Äquivalenzdosis:

Die angegebene Menge entspricht in ihrer Wirkung 30 mg Oxazepam.

Rechenbeispiele:

- Aktuelle Einnahme:
½ Tablette Bromazepam 6 mg
Umstellung auf:
1,5 Tabletten Oxazepam 10 mg
- Aktuelle Einnahme:
1 Tablette Temazepam 20 mg
Umstellung auf:
3 Tabletten Oxazepam 10 mg
- Aktuelle Einnahme:
1 Tablette Zopiclon 7,5 mg
Umstellung auf:
1,5 Tabletten Oxazepam 10 mg

Alternative medikamentöse Unterstützung beim Abdosieren

Beim Entzug von einer Niedrigdosis-Abhängigkeit ist eine alternative Schlafmedikation nicht zwingend erforderlich!

Möglich ist jedoch beispielsweise die (vorübergehende) Verordnung von

- Antidepressiva wie Doxepin, Amitriptylin, Mirtazapin, Mianserin, Agomelatin
- Neuroleptika wie Promethazin oder Chlorprothixen

oder

die **Empfehlung** („grünes Rezept“) von pflanzlichen Sedativa auf der Basis von Baldrian, Hopfen, Zitronenmelisse, Lavendel oder Passionsblume.

Für viele apothekenpflichtige Phytopharmaka existiert eine hohe Evidenz.

Grundsätzlich muss jedoch eine ein- bis zweiwöchige Wirklatenz beachtet werden.

Tipps für einen besseren Schlaf

Vor dem Hinlegen

- Schlaf-Restriktion
- Entspannungstraining
- Nicht tagsüber Schlafen
- Schlafzimmer kühl und dunkel
- Keine körperlichen Anstrengungen vor dem Schlafengehen
- Keine aufputschenden Getränke abends – eventuell bereits nachmittags weglassen
- Keine schweren Mahlzeiten am Abend
- Wenn möglich „Bettschwere“ abwarten
- Zu-Bett-Geh-Ritual

Tipps für einen besseren Schlaf

Nach dem Hinlegen

- Entspannungstraining
- Feste Zeiten – insbesondere feste morgendliche Aufstehzeit
- Bett ausschließlich zum Schlafen aufsuchen
- Wecker / Uhren aus Sichtweite
- Wenn wieder wach: Liegen bleiben und sich sagen: „Der Körper holt sich den Schlaf den er braucht – auch nur so zu liegen erholt mich ...“
- Wenn Aufstehen: Licht gedämpft

Speziell bei Einschlafstörungen

Tagebuch schreiben

- wenn der Tag einen nicht loslässt ...

Stift und Zettel

- wenn sonst Ideen verloren gehen ...

Vierfeldertafel

- wenn Entscheidungen anstehen ...

Fallbeispiel: Patientin D. P., 82 Jahre

Anamnese	Hypertonie, Hypercholesterinämie, Osteoporose	
Hausärztliche Medikation	Torasemid 10	1-0-0-0
	Metoprolol 95	1-0-0-0
	Atorvastatin 10	0-0-1/2-0
	Valsartan 80	1-0-0-0
	Calcium + Vit. D3 (500mg/400I.E.)	0-0-1-0
	Diclofenac 100	1-0-0-0
	Bromazepam 6 mg	0-0-0-1/2 bis 1
Benzodiazepin-Einnahme	seit 30 Jahren	
Probleme	Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen	
Therapie	„Sanfte“ Ansprache von Frau P. durch Arzt und Apotheker, langsame Dosisreduktion („Ausschleichen“ über 22 Wochen) mit gelegentlichen Gesprächen in Praxis und Apotheke gegenseitige Information von Arzt und Apotheker	
Patientenführung	Nach Aufklärung hoch motivierte Patientin, Reduktion bis Karenz, geht nach erfolgreichem Entzug nach vielen Jahren erstmals wieder in öffentliches Schwimmbad	

Benzodiazepine und Z-Substanzen: Dosisreduktion im Alter



**Lohnt sich die Investition?
Lohnt sich der Aufwand?**

Dosisreduktion im Alter als erster Schritt

Vorteile für den Patienten

- Besserer Schlaf
- Tagsüber wacher (kein „hangover“)
- Bessere geistige und körperliche Leistungsfähigkeit
- mehr Gangsicherheit (verringerte Sturzgefahr)
- Wegfall der Rezeptgebühr / Kosten



Vorteile für Angehörige und Pflegedienst

- Patienten sind besser ansprechbar
- Patienten sind sicherer
- Weniger Störungen nachts

Übersicht

- Um was geht es?
- Relevanz für die allgemeinärztliche und internistische Praxis
- Benzodiazepine: Licht und Schatten
- Indikation zur Kurz- und Langzeittherapie
- Relevante Leitlinien
- Epidemiologie und Hintergrund der Benzodiazepin-Abhängigkeit
- Diagnostik der Abhängigkeit
- Probleme der Langzeitverordnung
- Rechtlicher Hintergrund
- GKV- und Privatverordnungen
- Abdosierung und Entzug: Vorgehen, Motivation, interdisziplinärer Ansatz
- Fallbeispiel: Vorteile für Ihren Patienten
- **Links und Literatur**

Links und Literatur (1/2)

- **AWMF S3-Leitlinie Medikamentebezogene Störungen**
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-025.html>
- **AWMF S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen**
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf
- **Dauertherapie mit Benzodiazepinen und verwandten Substanzen**
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/166997/Probleme-der-Dauertherapie-mit-Benzodiazepinen-und-verwandten-Substanzen>
- **Die stille Sucht – Missbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln**
<http://www.die-stille-sucht.de/autor.html>
- **Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit Leitfaden für die ärztliche Praxis**
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf
- **Leitfaden der Landesärztekammer und der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg zur Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga**
<http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/30ausschuesse/suchtmedizin/01benzodiazepine.pdf>

Links und Literatur (2/2)

- **Benzodiazepine und Z-Substanzen – Was tun bei Langzeitgebrauch?**
Holzbach, R., <https://www.allgemeinarzt-online.de/a/benzodiazepine-und-z-substanzen-was-tun-bei-langzeitgebrauch-1819734>
- **Benzodiazepin-Entzug: Betreuung durch Apotheker und Arzt**
<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=52289>
- **Lippstädter Benzo-Check zur Ermittlung der Abhängigkeit**
<https://klinikum-hochsauerland.de/kliniken-zentren/kliniken-in-arnsberg/psychiatrie/lippstaedter-benzo-check>
- **Infolyer für Patienten: Welche Risiken haben Schlaf- und Beruhigungsmittel?** <https://klinikum-hochsauerland.de/kliniken-zentren/kliniken-in-arnsberg/psychiatrie/downloads>
- **Der Benzodiazepinentzug und dessen Behandlung**
Holzbach, R., *Suchttherapie* 2006, 97–106
- **Aspekte der Arzneimitteltherapiesicherheit der Benzodiazepine und Z-Substanzen** Pallenbach, E., *Deutsche Apotheker Zeitung* 155, 4791 - 4796 (2015)
- **Problem der Dauertherapie mit Benzodiazepinen und verwandten Substanzen** Jahnsen, K. et al., *Deutsches Ärzteblatt* 112, 1 - 11 (2015)
- **Schlafhygiene (Patienteninfo)** https://www.abda.de/fileadmin/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Selbstmedikation/Patienteninformation_Schlafstoerungen_2010.pdf