«Smarter Medicine»: Empfehlungen der Top-5-Liste für den Spitalbereich

Benzodiazepine bei älteren Menschen

Dr. med. Rosaria Del Giorno[a], PD Dr. med. Alessandro Ceschi[b], Prof. Dr. med. Luca Gabutti[a]

[a] Département de Médecine, Hôpital Régional de Bellinzone, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona
[b] Clinique de pharmacologie et toxicologie cliniques, Institut de Sciences Pharmacologiques de la Suisse italienne, Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano

Klinische Studien zeigen, dass die Verschreibung von Benzodiazepinen mit steigendem Alter zunimmt und ausserhalb der anerkannten Indikationen erfolgt. Häufig ist dies unangemessen und schädlich. Die Folgen können sehr schwer sein und die Morbidität sowie Mortalität der Patienten beträchtlich erhöhen. Mithilfe multidisziplinärer Versorgungsstrategien können die Behandlungen wieder abgesetzt werden. Es bedarf grossangelegter Sensibilisierungskampagnen, um der Übermedikation in diesem Bereich, die sich zu einem realen volksgesundheitlichen Problem entwickelt hat, entgegenzuwirken.

Einleitung

Obgleich Benzodiazepine (BDZ) lediglich bei einer begrenzten Zahl psychiatrischer Störungen indiziert sind, gehören sie zu den bei älteren Menschen am häufigsten verschriebenen psychotropen Medikamenten [1]. Die Erstverschreibung kann während eines Spitalaufenthalts, aber auch durch Hausärzte erfolgen [1]. Der unangemessene, das heisst übermässige und/oder nicht indizierte Gebrauch dieser Medikamentenklasse ist so stark gestiegen und für derart viele Nebenwirkungen verantwortlich, dass die weltweiten Folgen als volksgesundheitliches Problem einzustufen sind [2].
Obgleich das Wissen des Pflegepersonals um die möglichen negativen Auswirkungen bei älteren Menschen beträchtlich zugenommen hat, ist nur ein Drittel der Benzodiazepinverschreibungen als angemessen einzustufen [3]. Unter anderem aus diesen Gründen empfiehlt die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin in ihrer Top-5-Liste der zu vermeidenden Interventionen im Spitalbereich [4]:

Empfehlung 5: Älteren Menschen als erste Wahl keine Benzodiazepine, andere Beruhigungsmittel oder Hypnotika gegen Schlaflosigkeit, Unruhe oder Delirium verabreichen und das Rezeptieren solcher Medikamente bei Spitalaustritt vermeiden.

Rosaria Del Giorno

Zu hohe Verschreibungszahlen

Natürlich ist dieses Problem nicht auf die Schweiz beschränkt, und obgleich zwischen den Ländern grosse Unterschiede bestehen, ist der unangemessene BZD-Gebrauch als weltweite volksgesundheitliche Herausforderung zu betrachten. Denn die Prävalenz der BDZ-Einnahme bei älteren Patienten beträgt 12–32% und kann, wenn psychiatrische Störungen vorliegen, sogar 57–59% erreichen [5, 6]. Diesbezüglich haben die Resultate einer von 1991–2009 durchgeführten britischen Studie ergeben, dass die Verschreibungen im Spital lediglich in einem Drittel der Fälle angemessen waren [3]. Bezüglich der Risikofaktoren wurde in der französischen Kohorte der EVA-Studie («Epidemiology of Vascular Aging») eine positive Assoziation zwischen dem Alter und der Verschreibung langwirksamer BDZ beobachtet [7]. Auch in einer in den USA durchgeführten Studie wurde gezeigt, dass die Rate der BDZ-Verschreibungen mit steigendem Alter zunimmt (20% in der Altersgruppe der 65–69-Jährigen und bis zu 30% in der Altersgruppe ab 85 Jahren) [8]. Diese Daten wurden durch die Resultate einer dänischen Studie bestätigt, in der man ebenfalls eine Zunahme des Verschreibungsrisikos bei über 85-Jährigen feststellte (OR 8,8; 95% KI [8,7–9,0] im Vergleich zu unter 55-Jährigen) [9].

Unangemessene Verschreibung und Abusus

Auch der BDZ-Abusus (d.h. die Einnahme zu hoher Dosen im Vergleich zur verschriebenen oder empfohlenen Menge) wurde in mehreren Studien untersucht. Beispielsweise war das Abususrisiko von BDZ mit schlaffördernder Wirkung in einer nationalen Kohortenstudie

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

in Luxemburg, insbesondere bei Frauen und älteren Menschen, erhöht (OR 215,85; 95% KI [133,75–348,35] in Bezug auf letztere) [10]. Selbst wenn kein Abusus vorkommt, werden BDZ von älteren Patienten häufig in zu hoher Dosierung und/oder zu lange eingenommen [11]. Damit nicht genug, stellen die in dieser Patientenklasse bestehende Polymedikation und die Komorbiditäten die Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung von Nebenwirkungen dar. Generell ist die Wahrscheinlichkeit für Nebenwirkungen bei älteren Menschen

Selbst wenn kein Abusus vorkommt, werden Benzodiazepine von älteren Patienten häufig in zu hoher Dosierung und/oder zu lange eingenommen.

unter anderem aufgrund des langsameren Stoffwechsels / der verzögerten Ausscheidung, des höheren Fettanteils und der wahrscheinlich stärkeren Empfindlichkeit der Rezeptoren erhöht [12]. Und schliesslich neigen ältere Menschen im Vergleich zu jungen Erwachsenen dazu, nicht verschreibungspflichtige Medikamente einzunehmen, wodurch das Risiko gefährlicher Medikamentenwechselwirkungen und unangemessener Behandlungen zunimmt [13].

Folgen für die Patienten

Die häufigsten Folgen einer unangemessenen BDZ-Einnahme sind Stürze mit oder ohne Frakturen, Delirium, (mitunter schwere) kognitive Störungen, Verkehrsunfälle, Atemnot, Abhängigkeit und Entzugssymptome [14, 15]. Nicht zu vergessen: paradoxe Reaktionen wie chronische Schlafstörungen, Angstzustände und Unruhe. Eine weitere gefürchtete Folge der Langzeitbehandlung ist der Anstieg des Risikos für Suizid und Suizidgedanken, welches bei diesen Patienten ohnehin bereits hoch ist [16].

Absetzen der Behandlung

Entgegen der landläufigen Meinung ist das Absetzen einer Langzeitbehandlung mit BDZ möglich. Es muss betont werden, dass das Risiko für verheerende Folgen bei einer Langzeitbehandlung höher ist als beim Absetzen der Medikation. Ein Grund für die Zurückhaltung beim Absetzen der Therapie ist unter anderem die Befürchtung, dies könne der Arzt-Patienten-Beziehung schaden. Nichtsdestotrotz sind das Absetzen beziehungsweise die Verringerung der BDZ-Dosis bei älteren Patienten nachweislich mit einer besseren psychischen Verfassung und einer besseren körperlichen Leistungsfähigkeit assoziiert. Daher sollte allen über 65-Jährigen, die über einen Monat BDZ eingenommen haben, ein strukturierter Absetzversuch vorgeschlagen werden. Mehrere Metaanalysen haben untersucht, wie man beim Absetzen einer unangemessenen BDZ-Verschreibung vorgehen sollte. So scheint ein multidisziplinärer Ansatz (mit Psychotherapie und Einbezug der Ärzte) effektiver zu sein als eine psychotherapeutische Behandlung allein [17]. Andere Studien schlagen ein Aufklärungsgespräch mit korrekten Informationen über die gefährlichen Folgen einer nicht indizierten Behandlung vor. Durch motivierende Gesprächsführung soll beim Patienten ein Bewusstsein für die Problematik geschaffen werden [18].

Dem Abususrisiko und der Gefahr inkorrekter Verschreibungen dieser Medikamentenklasse sollte in drei Stufen entgegengewirkt werden:

1. Durch Primärprävention: Feststellung der lokalen epidemiologischen Risikofaktoren, welche einen unangemessenen BDZ-Gebrauch begünstigen, Durchführung von Sensibilisierungskampagnen über die entsprechenden Folgen für Risikopersonen und Sensibilisierung von Spital- und Hausärzten bezüglich der unangemessenen Verschreibung von BDZ.
2. Durch Sekundärprävention: Sensibilisierungskampagnen für Ärzte, mit dem Ziel, diese Medikamentenklasse bei Patienten ohne geeignete Indikation abzusetzen.
3. Durch Tertiärprävention: sofortiges Absetzen bei den ersten Anzeichen von Nebenwirkungen oder (selbst leichten) psychiatrischen Symptomen.

In diesem Zusammenhang ist die dänische Drei-Stufen-Strategie von Interesse:

1. telefonische Verschreibungen vermeiden,
2. Einzelkonsultationen bei jeder Verschreibung und
3. systematische Verringerung der initial verschriebenen Dosis nach einmonatiger Behandlung [19].

Das Beispiel Tessin

In den letzten zwei Jahren wurde im öffentlichen Spitalnetz der italienischen Schweiz ein standardisiertes Computersystem zur kontinuierlichen Überwachung der BDZ-Verschreibungen bei Spitalein- und -austritt eingeführt und getestet. Aufgrund der ähnlichen Struktur der fünf Hauptspitäler des Spitalnetzes war eine vergleichende Analyse möglich. Diese ergab beträchtliche Unterschiede der BDZ-Neuverschreibungen zwischen den Spitälern (Abb. 1): Die OR des Spitals mit den häufigsten betrug im Vergleich zu dem mit den geringsten Verschreibungen 10,8 (95% KI: 9,1–12,8). Das Hauptziel des Projekts bestand darin, zu erkennen, dass die Verschreibungen subjektiv erfolgen und eine Änderung der Verschreibungsgewohnheiten erforderlich ist. Das Resultat der Sensibilisierungskampagne

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Luca Gabutti
Département de Médecine
Hôpital Régional
de Bellinzone
Ente Ospedaliero Cantonale
CH-6500 Bellinzona
Luca.Gabutti[at]eoc.ch

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

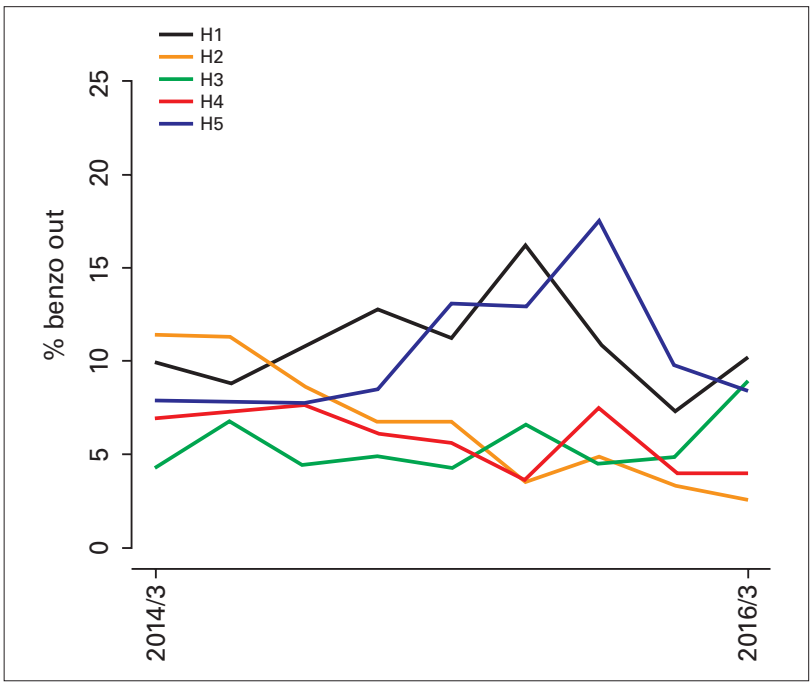

Abbildung 1: Überwachung der Benzodiazepin-Neuverschreibungen (Rate der bei Spitalaustritt behandelten Patienten, die bei Spitaleintritt nicht behandelt wurden) von März 2014 bis März 2016 in den medizinischen Abteilungen der fünf öffentlichen Hauptspitäler des Spitalnetzes der italienischen Schweiz (H1–H5) (N: 19,272).

wird überprüft, indem anhand der kontinuierlichen Überwachung analysiert wird, um wie viel Prozent die unangemessenen Verschreibungen zurückgehen.

Das Ziel ist klar: Jetzt liegt es an jedem einzelnen, zu handeln. Dabei ist die Beteiligung aller gefragt, um unangemessene Verschreibungen hinter sich zu lassen und fortan zu denjenigen zu gehören, die in einer vor Kurzem von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) durchgeführten Umfrage angaben, eine Prävalenz der BDZ-Einnahme bei Personen ab 65 Jahren von unter 5 pro 1000 Patienten erreichen zu wollen [20]. Der Weg ist geebnet, nun liegt es an Ihnen, ihn zu beschreiten.

Disclosure statement
Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur
Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.medicalforum.ch.

Dies ist der letzte Beitrag einer sechsteiligen Artikelserie zu «Smarter Medicine» im Swiss Medical Forum. Eine Parallelpublikation der Artikel erfolgt in der Revue Médicale Suisse.

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Literatur

1 Garrido MM, Prigerson HG, Penrod JD, Jones SC, Boockvar KS. Benzodiazepine and sedative-hypnotic use among older seriously ill veterans: choosing wisely? Clin Ther. 2014;36(11):1547–54.
2 Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med. 2003;163:2716–24.
3 Dell'osso B, Lader M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. Eur Psychiatry. 2011;28(1):7–20.
4 Bavamian S, Gabutti L, Kherad O, Rondoni N, Rutishauser J, et al. Smarter Medicine: Top-5-Liste für den Spitalbereich. Swiss Medical Forum. 2016;16(32):626–9.
5 Martinsson G, Fagerberg I, Wiklund-Gustin L, Lindholm C. Specialist prescribing of psychotropic drugs to older persons in Sweden –a register-based study of 188 024 older persons. BMC Psychiatry. 2012;12:197.
6 Preville M, Vasiliadis HM, Bosse C, Dionne PA, Voyer P, Brassard J, et al. Pattern of psychotropic drug use among older adults having a depression or an anxiety disorder: Results from the longitudinal ESA study. Can J Psychiatry. 2011;56:348–57.
7 Lechevallier-Michel N, Berr C, Fourrier-Réglat A. Incidence and characteristics of benzodiazepine use in an elderly cohort: the EVA study. Therapie. 2005;60(6):561–6.
8 Tu K, Mamdani MM, Hux JE, Tu JB. Progressive trends in the prevalence of benzodiazepine prescribing in older people in Ontario, Canada. J Am Geriatr Soc. 2001;49(10):1341–5.
9 Holm E, Fosbol E, Pedersen H, Jensen TB, Nielsen M, Weeke P, et al. Benzodiazepine use in Denmark 1997–2008. Eur Geriatr Med. 2012;3(5):299–303.
10 Cloos JM, Bocquet V, Rolland-Portal I, Koch P, Chouinard G. Hypnotics and triazolobenzodiazepines – best predictors of high dose benzodiazepine use: results from the Luxembourg national health insurance registry. Psychother Psychosom. 2015;84(5):273–83.
11 Zint K, Haefeli WE, Glynn RJ, et al. Impact of drug interactions, dosage, and duration of therapy on the risk of hip fracture associated with benzodiazepine use in older adults. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2010;19:1248–55.
12 Bourin M. The problems with the use of benzodiazepines in elderly patients. Encéphale. 2010;36(4):340–7.
13 Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry. 2014;204(2):98–107.
14 Cantopher T, Olivieri S, Cleave N, Edwards JG. Chronic benzo-diazepine dependence. A comparative study of abrupt withdrawal under propranolol cover versus gradual withdrawal. Br J -Psychiatry. 1990;156:406–11.
15 Gray S, Lai K, Larson E. Drug- induced cognition disorders in the elderly. Drug Safety. 1999;21:101–22.
16 Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K, Kurth T, Pariente A. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. BMJ. 2012;27:345.
17 Carlsten A, Waern M. Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly? BMC Geriatr. 2009;4;9:20.
18 Luijendijk HJ, Tiemeier H, Hofman A, Heeringa J, Stricker BH. Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: a longitudinal study. Br J Clin Pharmacol. 2008;65(4):593–9.
19 Jørgensen VRK. Benzodiazepine reduction in general practice. Are the elderly neglected? J Affect Disord. 2011;136(3):1216–21.
20. OECD Health Statistics 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html