

Benzodiazepine und Z-Drugs in der häuslichen Pflege

2019-5
Jg. 45
S. 25 - 29

Spitex-Organisationen betreuen mehrheitlich betagte KlientInnen, die oftmals an chronischen Erkrankungen leiden. In dieser PatientInnengruppe sind Schlafstörungen häufig. Deren mittel- bis langfristige Behandlung mit Benzodiazepinen oder benzodiazepinähnlichen Substanzen birgt nicht nur die Gefahr einer Abhängigkeit, sondern auch von Nebenwirkungen wie Stürzen und kognitiven Beeinträchtigungen. Eine Sensibilisierung für die Thematik in Fachkreisen sowie von PatientInnen und Angehörigen ist deshalb zentral für ein adäquates Management von Schlafproblemen und den damit einhergehenden Einsatz von Medikamenten.

CARLA MEYER-MASSETTI

Dr. phil. II, Spitalapotheckerin FPH, Fachexpertin Medikation, Spitex Stadt Luzern und Postdoctoral Researcher, Universität Basel, Klinische Pharmazie & Epidemiologie, Spitex Stadt Luzern, Brünigstrasse 20, CH-6005 Luzern, carla.meyer@spitex-luzern.ch, carla.meyer@unibas.ch

STEPHAN GISLER

Dipl. Pflegefachmann HF in Psychiatrie, CAS, Ambulante Psychiatrische Pflege, ensa Instruktor, Pflegeexperte Psychiatrie, Spitex Stadt Luzern, stephan.gisler@spitex-luzern.ch

«Die Klientin beklagt sich bei den Spitex-Einsätzen häufig über Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Erschöpfung. Die Klientin wird bei Spitex-Einsätzen zwischen 10 und 11 Uhr vormittags oft im Bett, Pyjama oder Morgenmantel angetroffen). Sie beschreibt ihre Befindlichkeit als motivationslos, betäubt, kraftlos, lustlos und motorisch verlangsamt. Die Klientin mag nicht essen, die Medikationseinnahme ist nicht immer gewährleistet».

(Eintrag Pflegebericht, Spitex Stadt Luzern)

Setting Home Care

Die Spitex Stadt Luzern betreut jährlich rund 2000 KlientInnen, Tendenz zunehmend, wobei ein Viertel durch Pflegefachpersonen beim Medikationsmanagement unterstützt wird. Die Klientel ist im Durchschnitt 77,7 Jahre alt, leidet in der Regel an mehreren chronischen Erkrankungen und nimmt im Mittel 7,5 (3–14) Medikamente fix sowie 1–5 Reserve-Medikamente auf ärztliche Verordnung ein (Meyer-Masseti et al. 2012).

Häufiges Thema bei der täglichen Betreuung betagter, chronisch kranker PatientInnen ist die Schlafqualität.

Schlafqualität in der Schweizer Bevölkerung

Dies bestätigt auch die Schweizerische Gesundheitsbefragung von 2012: Ein Viertel der Bevölkerung ab 15 Jahre gab an, unter Schlafstörungen zu leiden und 8 von 100 Personen nahmen Medikamente ein, um schlafen zu können.

Schlafstörungen, die sich insbesondere in der Form von mehrmaligem Erwachen in der Nacht äussern, betreffen Frauen mit 28 % öfter als Männer mit 20 %. 6 % der Schlafstörungen werden als pathologisch, 18 % als mittlerer Schweregrad eingestuft. Schlafstörungen nehmen ausserdem mit fortschreitendem Alter zu: Bei Personen ab 85 Jahren treten sie fast doppelt so häufig auf wie bei 15- bis 24-Jährigen (36 % gegenüber 19 %) (BFS 2015).

Für Betriebe, die Pflegedienstleistungen daheim anbieten, sind diese Daten besonders relevant: KlientInnen, die in der Schweiz von der Spitex betreut werden, waren im Jahr 2017 in 78 % der Fälle über 65 Jahre alt; 61 % waren weiblich (BFS 2018). Es ist also davon auszugehen, dass Schlafstörungen im Spitex-Setting besonders prävalent sind.

Beruhigungs- und Schlafmittel Epidemiologie

Die Einnahme von Beruhigungs- und Schlafmitteln nimmt entsprechend der Zunahme von Schlafstörungen mit fortschreitendem Alter ebenfalls deutlich zu und erreicht bei Personen ab 75 Jahren den Höchstwert von 23 % (BFS 2015).

Zu den Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die am häufigsten eingesetzt werden, gehören weltweit Benzodiazepine und Z-Drugs. Dies wurde ebenfalls in der CoRoIAR-Befragung für die Schweiz bestätigt: Unter den Personen mit Schlaf- oder Beruhigungsmittelgebrauch in den letzten 12 Monaten hatten 40,2 % angegeben, dass es sich um «ein Benzodiazepin oder ein den Benzodiazepinen ähnliches Medikament» handelte.¹

Die Mehrheit der Personen, die Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen, hat dafür eine ärztliche Verschreibung, wobei der Anteil mit dem Alter ebenfalls zunimmt (Suchtmonitoring Schweiz 2016).

Konkrete Zahlen zur Anwendungshäufigkeit von Benzodiazepinen und Z-Drugs bei Spitex-PatientInnen in der Schweiz existieren nicht. Bessere Daten

liegen zur Langzeitpflege vor: Auf Rang 14 und 15 der meistbezogenen Wirkstoffe in Pflegeheimen lagen im Jahr 2016 die beiden bei Schlafstörungen eingesetzten Wirkstoffe Lorazepam und Zolpidem. Eine von zehn PflegeheimbewohnerInnen hatte in diesem Jahr mind. einen Bezug von Zolpidem (ein Z-Drug), gar doppelt so viele einen Bezug von Lorazepam, einem mittellang wirksamen Benzodiazepin (Schneider et al. 2017).

Benzodiazepine

Bei Benzodiazepinen handelt es sich chemisch gesehen um polyzyklische organische Verbindungen, die zu den psychotropen Substanzen gehören. Allen gemeinsam ist eine ringförmige Struktur aus je einem Benzol- und einem Diazepinring.

Die Firma Hoffmann-La Roche brachte 1960 das erste Benzodiazepin, Chlordiazepoxid, auf den Markt. Dieses ist in der Schweiz in Kombinationspräparaten als sog. Psycholeptikum immer noch auf dem Markt erhältlich (in Librax®, Librocol® und Limbitrol®). 1960 wurde Diazepam, aktuell noch als Valium® im Handel, eingeführt. Auf dem Arzneimittelmarkt sind Benzodiazepine als rezeptpflichtige Medikamente verfügbar, die je nach ihren chemischen Eigenschaften als Beruhigungsmittel (Sedativa/Tranquilizer), Schlafmittel (Hypnotika), angstlösende Substanzen (Anxiolytika) oder Antiepileptika eingesetzt werden.

Es wird unterschieden zwischen kurzfristig (weniger als 6 Stunden), mittelfristig (6 bis 24 Stunden) und langfristig (mehr als 24 Stunden) wirksamen Benzodiazepinen. Bei älteren Menschen ist insbesondere zu beachten, dass sich die Wirkungsdauer durch einen verlangsamten Abbau verlängern kann.²

Z-Drugs

Z-Drugs wurden Ende der 1980er-Jahre entwickelt. Der Gruppenname ist darauf zurückzuführen, dass die Wirkstoffe mit dem Buchstaben Z beginnen (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon). Sie haben ein ähnliches Einsatzspektrum wie Benzodiazepine, unterscheiden sich aber chemisch. Das Ziel, kurzwirksame Schlafmittel mit

guter Verträglichkeit zur Verfügung zu haben, wurde nicht erreicht: Z-Drugs weisen ein mit den Benzodiazepinen vergleichbares Abhängigkeitspotenzial auf.

«Die Klientin hat folgende Medikation fix verordnet:

Temesta Tabl. 1mg –
Lorazepam 1-0-0,5-0
Zoldorm Filmtabl. 10mg –
Zolpidem 0-0-0-1

Zusätzliche Reservemedikation:

Temesta Tabl. –
Lorazepam max. 2x 1mg/Tag»
(Auszug aus einer Medikamentenliste, Spitex Stadt Luzern)

Potenziell inadäquate Anwendung

Benzodiazepine haben den Vorteil einer gesicherten Wirksamkeit bei der Behandlung von Unruhe, Angst und Schlafstörungen, weisen einen raschen Wirkungseintritt auf und dies bei relativ hoher therapeutischer Breite.

Problematisch beim Einsatz von Benzodiazepinen und Z-Drugs in der älteren Bevölkerung sind aber einerseits die unerwünschten Arzneimittelwirkungen (s. u.), die besonders stark bei langwirksamen Benzodiazepinen und bei Wirkstoffen mit aktiven Metaboliten zum Tragen kommen und andererseits die relativ rasche Entwicklung einer Abhängigkeit. Sie gelten deshalb als potenziell inadäquate Medikation (PIM).

Gemäss internationaler Fachliteratur enthalten PIMs Wirkstoffe, welche aufgrund der physiologischen Situation im Alter, wenn überhaupt, nur nach sorgfältiger Überprüfung von Nutzen und Risiko verordnet werden sollen.

In einer kürzlich publizierten Studie waren 2,2 % der für Spitex-KlientInnen verordneten Medikamente insgesamt potenziell ungeeignet (Meyer-Masseti et al. 2018). Der Helsana Arzneimittelreport deckte auf, dass 2016 sogar 79,1 % aller PflegeheimbewohnerInnen mit mind. einem PIM therapiert wurde (Schneider et al. 2017).

Im deutschsprachigen Raum findet zur Identifikation von PIMs insbesondere die PRISCUS®-Liste Anwendung (Holt et al. 2011). Medikamente mit Wir-

kungen aufs zentrale Nervensystem, die häufig auch sedierende Eigenschaften haben, sind darauf prominent vertreten. Generell abgeraten wird vom Einsatz langwirksamer Benzodiazepine. Bei älteren Menschen besteht neben einer erhöhten Sturzgefahr zusätzlich das Risiko einer Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens sowie des Auftretens psychiatrischer und paradoxer Reaktionen (Unruhe, Reizbarkeit, Aggressivität, Verknennung, Wut, Alpträume, Halluzinationen, Psychosen, unangemessenes Verhalten und andere Verhaltensstörungen). Die Empfehlung lautet, diese Medikamente fachgerecht abzusetzen.

Auf Chlordiazepoxid und Diazepam sollte aufgrund eines erhöhten Hüftfrakturrisikos ebenfalls generell verzichtet werden (Holt et al. 2011).

«Die Klientin wurde zum Teil als kognitiv eingeschränkt erlebt. So wirkt sie zu Beginn der Einsätze immer wieder zeitlich desorientiert, vergesslich in Bezug auf ihre Medikamente, in sich gekehrt. Die Klientin fragt mehrmals dasselbe, wirkt unkonzentriert und kann sich zum Teil nicht erinnern, was in den letzten Tagen war (Kurzzeitgedächtnis)».

(Auszug Pflegebericht, Spitex Stadt Luzern)

Fachgerechter Einsatz von Schlafmitteln

Ist eine medikamentöse Therapie notwendig, bestehen laut PRISCUS® (Holt et al. 2011) die folgenden Alternativen:

- Einsatz von kurz oder zumindest kürzer wirksamen Benzodiazepinen oder Z-Drugs bis zu einer definierten Maximaldosierung: Lorazepam (≤ 2 mg/d), Lormetazepam ($\leq 0,5$ mg/d), Brotizolam ($\leq 0,125$ mg/d), Zolpidem (≤ 5 mg/d), Zopiclon ($\leq 3,75$ mg/d), Zaleplon (≤ 5 mg/d)
- Opipramol
- Sedierende Antidepressiva (z. B. Mir tazapin) oder
- niederpotente Neuroleptika (z. B. Melperon, Pipamperon)

Überwachung unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Begleitet werden sollte der Einsatz von einer klinischen Kontrolle der Ver-

träglichkeit (insbesondere Kognition, Vigilanz (Tagesmüdigkeit, Benommenheit), regelmässige Sturzanamnese, Untersuchung der Gangsicherheit (inkl. Desorientierung), Reaktionsvermögen, Konzentrationsfähigkeit, Sehstörungen, Psychopathologie, Ataxie, Muskelrelaxation) sowie der Herz-Kreislauf-Funktion.

Explizit zu vermeiden ist der Einsatz von Benzodiazepinen und benzodiazepinähnlichen Substanzen bei Komorbiditäten wie Sturzneigung/Sturzgefährdung, Ateminsuffizienz, Substanzabhängigkeit bzw. entsprechender Gefährdung, Demenz und anderen hirnorganischen Erkrankungen (Holt et al. 2011).

Potenzielle Abhängigkeit

Ein besonderes Augenmerk ist zudem auf die Anwendungsdauer zu richten. Hier lautet die Empfehlung, auf eine Langzeitanwendung zu verzichten (Holt et al. 2011). Je nach Quelle wird eine Abhängigkeitsentwicklung bereits innerhalb von 2-4 Wochen einer regelmässigen Anwendung von Benzodiazepinen oder Z-Drugs beschrieben.

Suchtmonitoring Schweiz hat im Rahmen der CoRoLAR-Befragung 2016 ermittelt, dass bei Personen mit Einnahme von Schlaf- oder auch Beruhigungsmitteln während der letzten 30 Tage etwa die Hälfte angibt, diese seit mehr als einem Jahr fast täglich einzunehmen. Hochgerechnet auf die Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren bedeutet dies, dass eine geschätzte Zahl von 200 000 Personen (131 000 Frauen, 69 000 Männer) einen problematischen Konsum aufweisen. Die Analysen pro Altersgruppe zeigen, dass der Anteil mit problematischer Einnahme mit dem Alter zunimmt (Suchtmonitoring Schweiz 2016).

Der Helsana Arzneimittelreport kommt zu ähnlichen Schlüssen: Mehr als ein Zehntel aller PflegeheimbewohnerInnen (12,9 %) bezogen 2016 ein mittellang wirksames Benzodiazepin mind. drei Mal, bei der am häufigsten verordneten Z-Drug Zolpidem waren es 8,5 % (Schneider et al. 2017).

Niedrigdosis-Abhängigkeit

Im Spitex-Setting spielt insbesondere die Entwicklung einer sog. Niedrig-

dosis-Abhängigkeit eine Rolle. Diese liegt vor bei längerdauernder Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Drugs in verhältnismässig geringen Dosen, die kleiner sind als die Äquivalenzdosis von 20 mg Diazepam pro Tag (BAG 2019).³

Die PatientInnen sind sich oft einer potenziellen Sucht nicht bewusst, da bei gleichbleibender Dosis nicht zwingend ein Wirkverlust zu verzeichnen ist. Nichtsdestotrotz führt ein Absetzen in der Regel zu dem sog. Rebound-Effekt. Dieser kann sich als Schlaflosigkeit, Angst- und Unruhezustände, Zittern, Schwitzen und Muskelzuckungen oder im Extremfall mit Krampfanfällen und Psychosen bis hin zu Suizidgedanken äussern. Das Wiederauftreten von Symptomen, die ursprünglich zum Einsatz von Schlafmitteln veranlasst hatten, führt dann häufig dazu, dass das Medikament wiederum regelmässig angewendet wird.

Auswirkungen der Langzeit-Abhängigkeit

Bei betagten Menschen besteht bei Langzeitabhängigkeit eine besondere Gefahr für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, da ihr Gehirn häufig empfindlicher auf psychoaktive Substanzen reagiert. Zusätzlich zu Symptomen, die als unerwünschte Arzneimittelwirkungen auch bei kurzfristiger Gabe auftreten können, besteht die Gefahr einer verfrühten Demenzentwicklung sowie allgemein einer erhöhten Unfallgefahr durch eine psychomotorische Verlangsamung.

Dosisreduktion/Entzug

Im Hinblick auf diese potenziellen Probleme lohnt es sich aus Sicht der AutorInnen, auch eine Niedrigdosis-Abhängigkeit in der häuslichen Pflege proaktiv anzugehen. Der Wert einer gezielten Intervention konnte im Rahmen einer deutschen Studie belegt werden: PatientInnen mit einem regelmässigen Benzodiazepin-Bezug in der Apotheke wurden mit dem Einverständnis des Hausarztes hinsichtlich potenzieller Probleme bei langfristigem Benzodiazepin-Konsum sensibilisiert und zu einem langsamen Entzug motiviert. Insgesamt konnten 102 PatientInnen mit einem Durchschnittsalter von 71 Jahren in

das Modellprojekt eingeschlossen werden. Bei 46 % der PatientInnen konnte eine vollständige Abdosierung erreicht werden; bei 80 % der vollständig abdosierten PatientInnen war die Therapiesistierung auch nach drei Monaten noch vorhanden. Weitere 27 % der insgesamt 102 PatientInnen erreichten eine Dosisreduktion, die bei 75 % von ihnen nach drei Monaten gleichbleibend niedrig war und bei weiteren 20 % weiter reduziert werden konnte (ABDA 2013).

Zentral ist in allen gängigen Empfehlungen eine sehr langsame Dosisreduktion (Ahton 2002; Conklin & Farrell 2019).

«Auf der Medikationsliste der Klientin sind auch noch zwei antidepressiv wirksame Medikamente verordnet:

Fluctine Kaps. 20 mg –

Fluoxetin 1-0-0-0

Trittico ret. Tabl. –

Trazodon 0-0-0-1»4

(Auszug Pflegebericht, Spitex Stadt Luzern)

Wechselwirkungspotenzial

Gerade betagte PatientInnen werden aufgrund ihrer Multimorbidität häufig mit mehreren Medikamenten behandelt. Ein spezifisches Augenmerk ist deshalb auf potenzielle Wechselwirkungen mit Schlafmitteln zu richten.

Mischkonsum mit Alkohol ist ebenfalls problematisch, insbesondere die Sedierung wird dadurch verstärkt. Hinzu kommt, dass bei betagten Menschen der Alkohol in der Regel langsamer abgebaut wird.

Empfehlungen zum Umgang mit Benzodiazepinen und Z-Drugs in der häuslichen Pflege

Grundsätzlich gilt es, bei Empfehlungen zum Umgang mit Substanzproblemen Achtsamkeit walten zu lassen. Dabei sollten insbesondere das Moralisieren und das Bewerten des Verhaltens von Betroffenen unterlassen werden. Es gilt, die KlientInnen in ihrem häuslichen Umfeld zu unterstützen und ihre Lebensweise zu respektieren, auch wenn diese den Konsum von Substanzen beinhaltet, die potenziell schädlich sind.

Basierend auf den Praxiserfahrungen der AutorInnen mit dem Thema Benzodiazepine und Z-Drugs in der häuslichen Pflege sowie gemäss der aktuellen Fachliteratur sind folgende Empfehlungen zum Umgang mit diesen Wirkstoffen sinnvoll:

- Sensibilisierung von Fachpersonen für das Thema Niedrigdosis-Abhängigkeit von Benzodiazepinen und Z-Drugs
- Klare Indikation für die Verschreibung
- Anwendungsdauer so kurz wie möglich halten
- Dosis so gering wie möglich halten
- Beachtung der Kontraindikationen
- Potenzielle Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten/Alkohol berücksichtigen
- Bei Dosisreduktion oder geplantem Absetzen: langsam ausschleichen
- Gezielte, interprofessionelle Zusammenarbeit bei einer Reduktions- oder Entzugstherapie

Im respektvollen Umgang mit KlientInnen, die regelmässig Benzodiazepine und/oder Z-Drugs einnehmen, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden (Meyer 2013):

- Gezielte Aufklärung älterer Menschen zu den Gefahren der Schlafmittel-Abhängigkeit im Niedrigdosis-Bereich
- Früherkennung, Beobachtung und Dokumentation der Auffälligkeiten, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Benzodiazepinen und Z-Drugs stehen könnten (z. B. Gangunsicherheit, Verhaltensauffälligkeit, Gedächtnisstörungen) durch Bezugsperson und Pfl egeteam. Nach Möglichkeit Durchführen einer Intervention im Behandlungsteam.
- Die Bezugsperson führt ein Erstgespräch mit dem Klienten, der Klientin und spricht beobachtete Auffälligkeiten, sowie Verdacht/Gefahr einer Suchthematik an.

- Es wird ein methodenbasiertes Gespräch mit den KlientInnen geführt. Die Gespräche geben Einblick in die Situation und erfassen persönliche Ressourcen. Die Klientin, der Klient wird im Gespräch bezüglich einer gewünschten Verhaltensänderung und/oder Annahme von Hilfe unterstützt und motiviert
- Der Klient, die Klientin wird vom Pfl egeteam im Veränderungsprozess lösungsorientiert unterstützt. Dazu wird die Zusammenarbeit mit Dritten (Angehörige, Arzt/Ärztin, TherapeutIn etc.) gesucht, damit der Lösungsprozess auf Grundlage der Entscheidung des Klienten oder Klientin gefördert wird.
- Förderung eines risikoarmen Konsums, z. B. durch Reduktion des Mischkonsums mit Alkohol.
- Bei der Situationsanalyse und Entwicklung einer Lösung für die Klientin, den Klienten wird das Behandlungs- und Beziehungsnetz (Ressourcen) miteinbezogen.

Nützliche, praxisnahe Informationen für PatientInnen zum Thema «Sicherer Umgang mit Medikamenten» liefert das Leporello von Akzent Prävention und Suchttherapie.⁵

Fazit und Ausblick

Benzodiazepine und Z-Drugs werden vermutlich bei KlientInnen in der häuslichen Pflege häufig und über längere Zeiträume eingesetzt. Trotz ihrer erwiesenen Wirksamkeit bei kurzzeitigem Einsatz zur Behandlung von Schlafproblemen sind sie insbesondere bei betagten PatientInnen aufgrund ihrer unerwünschten Arzneimittelwirkungen und ihres Wechselwirkungspotenzials mit anderen zentralwirksamen Medikamenten problematisch.

Deshalb ist es wichtig, Fachpersonen für die Nachteile dieser Wirkstoffklassen zu sensibilisieren. Schulungsangebote diesbezüglich sind jedoch rar und sollten, auch im Hinblick auf die zu erwartende demographische Entwicklung, ausgebaut werden.

KlientInnen sollten nach Möglichkeit zu einer Medikamentenreduktion motiviert werden. Ist dies nicht möglich oder realistisch, sollte unter Einbezug vorhandener Ressourcen ein risikoarmes Verhalten angestrebt werden. Der Einbezug von interprofessionellen Partnern ausserhalb der häuslichen Pflege, beispielsweise aus der Suchthilfe oder der Altersversorgung, sollte in Betracht gezogen werden. Eine bessere Bekanntmachung und Vernetzung dieser Angebote ist erstrebenswert.

Literatur

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2013): Modellprojekt Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt. www.tinyurl.com/y27cep36, Zugriff 23.09.2019.
- Ashton, H. (2002): The Ashton Manual. Chapter II: How to withdraw from benzodiazepines after long-term use. Slow withdrawal schedules. New Castle University. The Institute of Neuroscience. www.tinyurl.com/y7a6hn9b, Zugriff 23.09.2019.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit/ECOPLAN (2019): Auslegeordnung zum problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente, Schlussbericht vom 15.08.2019. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, www.bag.admin.ch, Zugriff 17.09.2019.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2018): Spitex: Akut- und Übergangspflege nach Leistungserbringertyp. 15.11.2018.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2015): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 – Schlafstörungen in der Bevölkerung. 19.05.2015.
- Conklin, J./Farrell, B. (2019): Deprescribing Guidelines and Algorithms. Benzodiazepine Receptor Agonist (BZRA). Benzodiazepine Receptor Agonist deprescribing algorithm. www.tinyurl.com/y53mpwew, Zugriff 23.09.2019.



Holt, S./Schmiedl, S./Thürmann, P.A. (2011): PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. Stand 01.02.2011. www.tinyurl.com/btsajdf, Zugriff 16.09.2019.

Meyer-Masseti, C./Hofstetter, V./Hedinger-Grogg, B./Meier, C.R./Guglielmo, B.J. (2018): Medication-related problems during transfer from hospital to home care: Baseline data from Switzerland. *IJCP*.

Meyer-Masseti, C./Kaiser, E./Hedinger-Grogg, B./Luterbacher, S./Hersberger, K. (2012): Medikationssicherheit im Home Care Bereich – Identifikation von kritischen Prozessschritten. *Pflege* 2012 25(4): 261-269.

Meyer, C. (2013): Leitfaden «Suchtgefährdung im Alter – erkennen und handeln». Akzent Prävention und Suchttherapie. www.tinyurl.com/y564axmm, Zugriff 25.09.2019.

Schneider, R./Schur, N./Reinart, D./Schwenkglens, M./Meier, C.R. (2017): *Helsana Arzneimittelreport 2017*. Helsana Versicherungen AG, Schweiz.

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2016): Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Wien. www.tinyurl.com/y55b2bv4, Zugriff 15.10.2019.

Endnoten

¹ Vgl. dazu die Zahlen der CoRoLAR-Befragung von 2016: www.tinyurl.com/yxneshc7, Zugriff 15.10.2019.

² Eine kurze Übersichtstabelle findet sich z. B. in der «Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen» der Stadt Wien (Sucht- und Drogenkoordination 2016: 10f.).

³ Eine Zusammenstellung der Äquivalenzdosen findet sich bspw. auf der Homepage von www.praxis-suchtmedizin.ch:

⁴ Gemäss Arzneimittel-Kompendium (www.compendium.ch) gehören Schlaflosigkeit und Müdigkeit zu den häufigsten Nebenwirkungen der Behandlung mit Fuctine; Trittico kann die sedierende Wirkung von Schlafmitteln verstärken.

⁵ Das Leporello ist online zugänglich: www.tinyurl.com/y6cdfocj, Zugriff 15.10.2019.