



Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen



sucht und drogen
koordination wien

StadT + Wien
Wien ist anders.

Vorwort

Fotos: Daniela Klemencic



Liebe Leserin, lieber Leser,
das umfassende körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden aller Wienerinnen und Wiener ist ein zentrales Anliegen der Stadt Wien. Der bewusste und verantwortungsvolle

Umgang mit Medikamenten trägt dabei wesentlich zur individuellen physischen und psychischen Gesundheit bei.

Nach den Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind rund 140.000 Personen in Österreich von Beruhigungs- bzw. Schlafmitteln abhängig, wobei Frauen und ältere Menschen überdurchschnittlich oft betroffen sind. Das Problembewusstsein hinsichtlich der Verschreibung und des Gebrauches von Benzodiazepinen ist insgesamt als nicht ausreichend zu bezeichnen. Der verantwortungsvolle Umgang mit Benzodiazepinen, die – wenn falsch eingesetzt – ein hohes Abhängigkeitspotenzial bergen, erfordert eine strenge Indikationsstellung und die richtige Wahl hinsichtlich Dosis und Anwendungsdauer. Die vorliegende Broschüre soll helfen, dieses Problembewusstsein zu schärfen, und eine Unterstützung und Orientierungshilfe darstellen – für alle,

die in der täglichen Praxis eine fachgerechte Anwendung von Benzodiazepinen abzuwägen haben.

Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachbereichen sowie Expertinnen und Experten aus dem Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk haben diese Broschüre gemeinsam erarbeitet und ihre Zeit kostenlos zur Verfügung gestellt. Dafür möchten wir an dieser Stelle herzlich danken.

Michael Dressel, MA

Koordinator für Sucht- und
Drogenfragen der Stadt Wien
Geschäftsführer der Sucht-
und Drogenkoordination Wien

Dr. Hans Haltmayer

Beauftragter für Sucht- und
Drogenfragen der Stadt Wien

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Begrifflichkeit	6
3	Wirkungsweise von Benzodiazepinen, Substanzgruppen	8
4	Indikationsbereiche für Benzodiazepine	12
4.1	Alkoholentzug	12
4.2	Abhängigkeit von Benzodiazepinen im Rahmen einer Erhaltungstherapie mit Opioiden	14
4.3	Abhängigkeit von Benzodiazepinen	16
4.4	Stationärer Bereich	18
4.5	Schlafstörungen	20
4.6	Unruhezustände	22
4.7	Angstzustände – Angststörungen, Panikstörungen ...	24
4.8	Depressionen	26
4.9	Schizophrenie und psychotische Störungen	28
4.10	Akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung	30
4.11	Muskelrelaxans – Orthopädie	32
4.12	Epilepsie	34
4.13	Schwangerschaft	36
4.14	Kinder und Jugendliche	38
4.15	Geriatric	40
5	Behandlung der Abhängigkeit von Benzodiazepinen	42
6	Epidemiologie	43
	Literatur	44
	Redaktion und Text	45

1 Einleitung

Benzodiazepine sind hochwirksame Medikamente. Ihr Einsatz erfordert eine strenge Indikationsstellung sowie die Wahl der niedrigsten notwendigen Dosis und der kürzesten möglichen Anwendungsdauer. Finden diese Grundsätze keine Berücksichtigung, kann sich innerhalb weniger Wochen eine Abhängigkeit entwickeln. In den meisten Fällen geht der Abhängigkeit eine längere Phase der ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen voraus. Auch der ausschließliche Einsatz zur Symptomlinderung, ohne auf die bestehende Grundproblematik diagnostisch und therapeutisch einzugehen, fördert das Entstehen einer Abhängigkeitserkrankung.

Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachbereichen sowie Expertinnen und Experten aus dem Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk haben diese Broschüre als Orientierungshilfe für den fachgerechten und sinnvollen Einsatz von Benzodiazepinen entwickelt. Nach Indikationsbereichen geordnet, werden kurz und prägnant Lege-artis-Anwendungen, Kontraindikationen und Therapiealternativen dargestellt.

Ein Indikationenkompass mit grünen, orangen und roten Feldern zeigt auf einen Blick, ob die Verordnung von Benzodiazepinen in einem bestimmten Indikationsbereich möglich, riskant oder kontraindiziert ist. Diese Broschüre richtet sich an alle im Gesundheitswesen tätigen Personen und soll die Arbeit in der täglichen Praxis erleichtern.

2 Begrifflichkeit

Benzodiazepine stellen die am häufigsten missbrauchten Psychopharmaka dar, weltweit sind diese Mittel die mit Abstand am häufigsten verordneten Schlaf- und Beruhigungsmittel. Sie wirken rasch und effektiv bei der Behandlung von Unruhe, Angst und Schlafstörungen. Diese positiven Wirkungen verleiten jedoch zur Dauereinnahme und führen zu einer raschen Gewöhnung und ausgeprägten Entzugerscheinungen beim Absetzen. Benzodiazepine werden generell nicht zu häufig, sondern oft nur zu lange verordnet. Der Langzeitkonsum führt zu Wirkungsverlust oder auch zu einer Wirkumkehr. Auch stellen sich kognitive Störungen ein und das Sturzrisiko ist, vor allem bei älteren Personen, deutlich erhöht. Das Absetzen von Benzodiazepinen kann zu schweren, über Wochen andauernden Entzugssymptomen führen, ein Entzug sollte nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Sehr häufig finden wir bei der Benzodiazepinabhängigkeit eine sogenannte Niedrigdosisabhängigkeit. Hierbei werden nur geringe Dosen, oft ohne Dosissteigerung, über einen längeren Zeitraum genommen, ihr Absetzen führt jedoch zu Entzugssymptomen. Eine Hochdosisabhängigkeit tritt seltener auf, meist bei Mehrfachabhängigkeit.

- **Niedrigdosisabhängigkeit, „low-dose dependency“:**
oft keine Dosissteigerung, Entzugssymptome beim Absetzen
- **Hochdosisabhängigkeit, „high-dose dependency“:**
seltener, starke körperliche und psychische Abhängigkeit, Dosissteigerung, Persönlichkeitsveränderungen, schwere Entzugssymptome, schwieriger Entzug, starke Fixierung, Indikationserweiterung, Heimlichkeit, häufig wechselnde Ärztinnen und Ärzte, Rezeptfälschungen, meist bei Mehrfachabhängigkeit

3 Wirkungsweise von Benzodiazepinen, Substanzgruppen

Vorteile von Benzodiazepinen:

- Gesicherte Wirksamkeit
- Gute antiepileptische Wirkung
- Rascher Wirkungseintritt
- Hohe therapeutische Breite
- Möglichkeit einer parenteralen Gabe
- Möglichkeit der Kombination mit Neuroleptika

Nachteile von Benzodiazepinen:

- Hohes Suchtpotenzial, schwieriger Entzug
- Lange Halbwertszeit einzelner Metaboliten, dadurch schlechte Steuerbarkeit und Gefahr der Kumulation
- Toxisches Potenzial in Kombination mit Alkohol und anderen sedierenden Substanzen
- Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, zum Beispiel in Hinsicht auf Fahrtauglichkeit, Bedienen von Maschinen etc.

Prinzipiell wirken Benzodiazepine anxiolytisch, sedierend, schlafanstoßend, krampflosend und muskelrelaxierend. Zu beachten sind in der Behandlung die sehr unterschiedlichen Halbwertszeiten (HWZ) der verschiedenen Substanzen.

Je nach Wirkstoff und Verstoffwechslung dauert der Abbau einige Stunden bis zu mehreren Tagen.

Bei langer HWZ ergibt sich das Problem eines „Hangover“ bzw. einer Kumulation der Medikamentenwirkung. Bei kürzerer HWZ kann rascher ein Entzugssyndrom entstehen.

Cave: Bei rasch anflutenden Substanzen, vor allem bei Flunitrazepam, besteht ein deutlich erhöhtes Suchtrisiko, deshalb sollte die Gabe dieser Substanzen vermieden werden.

Ein weiteres Problem bei der Gabe von Benzodiazepinen stellen aktive Metaboliten im Abbau dar, die ihrerseits wieder unterschiedlich lang wirksam sind und so eine gute Steuerung der Medikation erschweren. Zu beachten ist, dass eine eingeschränkte Leberfunktion über die verzögerte Elimination der Benzodiazepine zu erhöhten Plasmaspiegeln führen kann – insbesondere bei Benzodiazepinen mit aktiven Metaboliten.

Tabelle 1: Benzodiazepine – Halbwertszeit und Metaboliten

Wirkstoff	Beispiele Handelsnamen* (Originatoren und jeweilige Generika)	HWZ in Stunden (h)	Zeit bis zur max. Plasma- konzentration in Stunden (h)	Pharma- kologisch wirksame/r Metabolit(en)
Alprazolam	Xanor® und Generika	12–15 h	1–2 h	Ja
Bromazepam	Lexotanil® und Generika	10–20 h	1–2 h	Ja
Clobazam	Frisium®	36–79 h	0,5–4 h	Ja
Clonazepam	Rivotril®	30–40 h	1–4 h	Nein
Diazepam	Gewacalm®-Tabletten, Psychopax-Tropfen® und Generika	1. Phase: 1 h, 2. Phase: 20–100 h	0,5–1 h	Ja
Flunitrazepam	Rohypnol®, Somnubene®	16–35 h	0,75–2 h	Ja
Lorazepam	Temesta®	12–16 h	1–2,5 h	Nein
Lormetazepam	Noctamid®	13,6 h	1,5 h	Nein
Nitrazepam	Mogadon®	30–40 h	38 min–2 h	Ja
Oxazepam	Anxiolit®, Praxiten®	8 h	forte: 2 h retard: 6 h	Nein
Triazolam	Halcion®	2,7 ± 0,5 h	1,5 ± 0,7 h	Nein
Zolpidem (Benzodiazepin- ähnlich)	Ivadal®, Zoldem®, Mondeal® und Generika	0,7–3,5 h	0,5–3 h	Nein

Anmerkungen

Weder Wirkstoff noch Metaboliten kumulieren. Die Entwicklung einer Toleranz wurde für die sedative Wirkung, nicht jedoch für die anxiolytische Wirkung von Alprazolam beobachtet. Bei älteren Personen kann eine verlängerte Halbwertszeit vorliegen (ca. 19 h). Bei eingeschränkter Leberfunktion ist die Halbwertszeit erhöht.

Bei älteren Personen kann die Halbwertszeit verlängert sein.

Gleichzeitiger Alkoholgenuss kann die Bioverfügbarkeit um 50 % erhöhen.

Nach wiederholten Dosen dreifach höhere Plasmakonzentrationen.

Bei wiederholter Dosierung akkumulieren Diazepam und Desmethyldiazepam; die therapeutische Wirkung, evtl. Nebenwirkungen und Entzugssymptome sind bei adipösen Personen prolongiert.

Wirksame Plasmakonzentrationen bereits nach 10–20 min! Wiederholte tägliche Gaben von Flunitrazepam führen zu einer mäßigen Kumulation im Plasma.

Die im Liquor gefundenen Lorazepam- und Konjugatkonzentrationen liegen deutlich niedriger als die gleichzeitigen Plasmakonzentrationen (im Mittel weniger als 5 % der jeweiligen Plasmaspiegel).

–

Bei täglicher Gabe kumuliert Nitrazepam deutlich, da es relativ langsam eliminiert wird. Die Halbwertszeit im Liquor cerebrospinalis beträgt etwa 68 h.

Auch bei mehrfacher Verabreichung an Probanden trat keine Wirkstoffakkumulation ein. Bei Nierenversagen wurde eine Halbwertszeit von 48 h gemessen. Leberfunktionsstörungen haben keinen Einfluss auf die Elimination. Die Gesamtclearance von Oxazepam bei Männern erwies sich als signifikant höher als jene bei Frauen.

Bei wiederholter Gabe kumulieren weder Triazolam noch seine Metaboliten.

Bei älteren Personen ist die Gesamtclearance vermindert, bei Kindern erhöht. Bei eingeschränkter Leberfunktion ist die Plasmakonzentration erhöht, die Eliminationshalbwertszeit verlängert (bis 10 h) und die Plasmaclearance deutlich vermindert. Bei Personen mit Niereninsuffizienz ist eine Dosisanpassung i. d. R. nicht erforderlich.

4 Indikationsbereiche für Benzodiazepine

4.1 Alkoholentzug

Im Rahmen der körperlichen Entzugsbehandlung einer Alkoholabhängigkeit sind Benzodiazepine nach wie vor erste Wahl, da sie gut wirksam bei der Linderung der Entzugsbeschwerden sind (v.a. Tremor, Hyperhidrosis, innere Unruhe und Insomnie) und auch einen gewissen antikonvulsiven Schutz bieten. Problematisch ist eine zu lange Verschreibung mit der Gefahr einer Benzodiazepinabhängigkeit.

Bei einer körperlichen Abhängigkeit sollte so früh wie möglich mit einer Entzugsbehandlung begonnen werden. Infrage kommen hier alle primär anxiolytisch wirksamen Benzodiazepine, die ein vegetatives Hyper-Arousal gut kupieren können. Sobald das Entzugssyndrom abgeklungen ist, üblicherweise nach 7 bis 14 Tagen, ist die Gabe der Benzodiazepine zu beenden, da diese selbst ein nicht unerhebliches Suchtpotenzial aufweisen. Zusätzlich empfiehlt es sich, zur Prophylaxe eines Entzugsanfalls vorübergehend Antiepileptika einzusetzen, vor allem dort, wo aufgrund der Vorgeschichte bzw. der Intensität des Entzugssyndroms ein Anfallsgeschehen wahrscheinlich ist. Nach Abklingen der Entzugssymptomatik ist möglichst bald mit der Behandlung eventueller komorbider Störungen zu beginnen, da sonst die Gefahr eines Rückfalls deutlich höher ist.

Zur Rückfallprophylaxe haben sich Anti-Craving-Substanzen wie Acamprosat und Naltrexon gut bewährt und sollten, zumindest über einige Monate, regelmäßig, d. h. täglich eingenommen werden.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- Benzodiazepine zur Entzugsbehandlung in ausschleichender Dosierung und mit rechtzeitigem Absetzen nach Abklingen der Entzugssymptome (7–14 Tage)
- Aus der Praxis: Oxazepam, Nitrazepam

RISKANT



- Verschreibung von Benzodiazepinen nach Abklingen der Entzugssymptome
- Verschreibung von Benzodiazepinen bei gleichzeitigem Alkoholkonsum

KONTRAINDIZIERT



- Abruptes Absetzen nach Entzugstherapie
- Verschreibung von Benzodiazepinen ohne Therapieplan
- Bei akuter Alkoholintoxikation

4.2 Abhängigkeit von Benzodiazepinen im Rahmen einer Erhaltungstherapie mit Opioiden¹

Die Verordnung von Benzodiazepinen ist im Einzelfall abzuwägen und nur dann indiziert, wenn die Therapieziele der Suchtbehandlung nachvollziehbar nicht auf andere Weise erreicht werden können.

Die Verschreibung muss stets an einen längerfristigen Therapieplan mit dokumentierter Zielüberprüfung (Reduktion, Konsumstabilisierung etc.) gekoppelt sein.

¹ Weiterführende Informationen sind der „Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden“ zu entnehmen. ▶ http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Drogen/Leitlinie_zum_Umgang_mit_dem_schaedlichen_Gebrauch_und_der_Abhaengigkeit_von_Benzodiazepinen_bei_Patientinnen_und_Patienten_in_Erhaltungstherapie_mit_Opioiden

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- Erhaltungstherapie und Benzodiazepinverordnung aus „einer Hand“
- Verordnung mittels „Auseinzelung“ in der Apotheke
- Nach Möglichkeit keine Dauertherapie
- Reduktion in langsamen Schritten nach klinischem Zustandsbild
- Langsam anflutende Substanzen wie z. B. Oxazepam, Diazepam, Clonazepam verschreiben

RISKANT



- Einnahme einer Tagesdosis, die über der Tagesmaximaldosis gemäß der Fachinformation liegt
- Gleichzeitige Verschreibung unterschiedlicher Benzodiazepine, inklusive Zolpidem

KONTRAINDIZIERT



- (Kurzfristige) Verschreibung ohne Therapieplan
- Rasch anflutende Substanzen wie z. B. Flunitrazepam
- Verordnung auf Privatrezept, wenn Kassenrezept möglich
- Verschreibung exzessiver Dosen

4.3 Abhängigkeit von Benzodiazepinen

Eine fachärztliche Abklärung ist anzuraten, da häufig eine andere psychische Störung zugrunde liegt (Angst, Depression, Suchterkrankung etc.).

Je früher eine therapeutische Intervention erfolgt, desto besser sind die Erfolgsaussichten.

Personen, die von Benzodiazepinen in therapeutischer Dosierung abhängig sind („Niedrigdosisabhängigkeit“), bleiben in der Regel symptomfrei, solange die Substanzeinnahme nicht unterbrochen wird. Vor einer Entzugsbehandlung soll eine Nutzen-Risiko-Abwägung getroffen werden.

„Hochdosisabhängige“ sind charakterisiert durch ihren hohen Benzodiazepinbedarf (in Verbindung mit Dosissteigerung) sowie auffälliges Verhalten bis hin zu Delinquenz, häufig tritt bei ihnen psychische Komorbidität auf.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- Schrittweise ambulante Dosisreduktion über Monate nach vorheriger Nutzen-Risiko-Abwägung
- Stationäre Entzugsbehandlung (ca. 3–6 Wochen)
- Beides unter Berücksichtigung einer gleichzeitigen Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen

RISKANT



- Im Niedrigdosisbereich längerfristige Verschreibung von Benzodiazepinen ohne regelmäßige Nutzen-Risiko-Abwägung

KONTRAINDIZIERT



- Weiterverordnung von Benzodiazepinen ohne Nutzen-Risiko-Abwägung bzw. Therapieplan
- Abruptes Absetzen der Benzodiazepine
- Verabreichung von Benzodiazepin-Antagonisten

4.4 Stationärer Bereich

Bei gegebener Indikation – wie Angst, Panik, starker Anspannung oder Erregung etc. – können Benzodiazepine bis zu einem Zeitraum von etwa 2 bis 3 Wochen gegeben werden.

Bei der Verschreibung von Benzodiazepinen sollen Substanzen aus der Gruppe der langsam anflutenden Benzodiazepine bevorzugt verwendet werden (Alprazolam, Oxazepam, Diazepam oder Clonazepam).

Keine Verschreibung ohne Behandlungsplan.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- Prämedikation bei Narkose
- Sedierung bei diagnostischen Maßnahmen
- Langzeitsedierung von Intensivpatientinnen und -patienten
- Erregungszustand (Trauma, Herzinfarkt etc.)
- Entzugstherapie (Teil- bzw. Vollentzug)
- Antikonvulsive Therapie (Grand mal, Tetanus)

RISKANT



- Schlafanstoßende Wirkung als „Bedarfsmedikation“
- Verschreibung über maximal 8 Wochen
- Längerfristige Verschreibung

KONTRAINDIZIERT



- Bei Intoxikationen mit zentral wirksamen Substanzen
- Bei Ateminsuffizienz
- Bei Schlafapnoe
- Bei Myasthenia gravis

4.5 Schlafstörungen

Schlafstörungen sind oft Folge von somatischen und psychischen Erkrankungen – zum Beispiel Depression, Psychose, Restless Legs. Eine ausführliche Anamnese und diagnostische Abklärung – bei Verdacht auf Schlafapnoesyndrom mit Schlaflabor – sind notwendig.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- Kurz dauernde Verschreibung von Benzodiazepinen bei vorhersehbaren belastenden Ereignissen, z. B. psychischen Krisen, Operationen, diagnostischen Eingriffen

Gut wirksame Alternativen zu Benzodiazepinen:

- Bei leichten Schlafstörungen Phytotherapeutika
- Trazodon (Trittico®) (**Cave: Manie**)
- Prothipendyl (Dominal®)
- Mianserin (Tolvon®, Mianserin Arc®) (**Cave: Manie**)
- Mirtazapin (Remeron® und Generika) (**Cave: Manie**)
- Antihistaminika, z. B. Diphenhydramin (Dibondrin®, Noctor®)
- Melatonin (Circadin®, zugelassen ab dem 55. Lebensjahr)

RISKANT



- Bei Einschlafstörung: Zolpidem, Triazolam
- Bei Durchschlafstörung: Lorazepam, Alprazolam, Oxazepam, Lormetazepam

Cave: mögliche paradoxe Wirkung, besonders bei geriatrischen Patientinnen und Patienten

KONTRAINDIZIERT



- Langzeitverordnungen von Benzodiazepinen
- Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit (z. B. Diazepam, Clonazepam, Flunitrazepam)

4.6 Unruhezustände

Unruhezustände sind oft Folge von psychischen und somatischen Erkrankungen (insbesondere Psychosen, Delir, Entzugssyndrom, Schmerzen, Restless Legs, akuter Belastung, Medikamentenüberdosierung). Eine ausführliche Anamnese und diagnostische Abklärung sind notwendig. Eine Medikation sollte im Rahmen einer multimodalen Behandlung zum Einsatz kommen.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS

**Akutbehandlung:**

- Alprazolam, Oxazepam, Lorazepam

Gut wirksame Alternativen zu Benzodiazepinen:

- Klinisch bewährt zur Langzeitbehandlung („off-label use“): Olanzapin (Zyprexa® und Generika), Quetiapin (Seroquel® und Generika), Trazodon (Trittico®)
- Prothipendyl (Dominal®), Chlorprothixen (Truxal®), Levomepromazin (Nozinan®), Hydroxycin (Atarax®) (nicht für geriatrische Patientinnen und Patienten)
- Phytotherapeutika bei leichten Unruhezuständen

RISKANT



—

KONTRAINDIZIERT



- Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit, z. B. Diazepam, Clonazepam, Flunitrazepam

4.7 Angstzustände – Angststörungen, Panikstörungen

Angstzustände sind oft Folge von psychischen und somatischen Erkrankungen und unterscheiden sich in der Akutbehandlung nicht wesentlich von Unruhezuständen.

Angststörungen und Panikstörungen bedürfen einer ausführlichen Anamnese, einer spezifischen Abklärung und einer längerfristigen multimodalen Behandlung (Psychotherapie, Entspannungstechniken etc.).

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



Akutbehandlung:

- einmalig in angstbehafteten Situationen (Alprazolam, Oxazepam, Lorazepam)

Gut wirksame Alternativen zu Benzodiazepinen:

- Prothipendyl (Dominal[®]), Chlorprothixen (Truxal[®]), Levomepromazin (Nozinan[®]), Hydroxycyn (Atarax[®]) (nicht für geriatrische PatientInnen)
- Längerfristige Behandlung: Antidepressiva
- Klinisch bewährt zur Langzeitbehandlung („off-label use“): Olanzapin (Zyprexa[®] und Generika), Quetiapin (Seroquel[®] und Generika), Trazodon (Trittico[®])

Bei generalisierter Angststörung

- Pregabalin (Lyrica[®], Pregabalin Krka[®]/Ratiopharm[®]/Sandoz[®])

RISKANT



- Kurzfristige Zusatzmedikation zur Überbrückung der Wirklatenz bei antidepressiver Neueinstellung (bis zu 3 Wochen), Alprazolam, Oxazepam

KONTRAINDIZIERT



- Behandlung der Angst- bzw. Panikstörung mit Benzodiazepinen ohne antidepressive Medikation

4.8 Depressionen

Patientinnen und Patienten mit Depressionen bedürfen einer ausführlichen Anamnese, einer spezifischen Abklärung und einer längerfristigen multimodalen Behandlung (Psychotherapie, Entspannungstechniken etc.). Bei einer Einstellung auf Antidepressiva ist zu berücksichtigen, dass die antriebssteigernde Wirkung vor der antidepressiven Wirkung eintritt und deshalb eine mögliche Suizidgefährdung beachtet werden muss.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- Bei Suizidgefährdung kurzfristige Zusatzmedikation zur Überbrückung der Wirklatenz bei Neueinstellung auf Antidepressiva (bis zu 3 Wochen), Alprazolam, Oxazepam
- Antidepressiva

RISKANT



- Zusatzmedikation bei quälender Unruhe bei einer Neueinstellung auf Antidepressiva (für max. 3 Wochen): Alprazolam, Oxazepam

KONTRAINDIZIERT



- Zur Behandlung der Schlafstörung bei Depression

4.9 Schizophrenie und psychotische Störungen

Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und psychotischen Störungen bedürfen einer psychiatrischen Abklärung sowie einer kontinuierlichen psychiatrischen Behandlung und Betreuung.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- Bei akuten Erregungszuständen Lorazepam (Temesta®), Diazepam (oral, i. m. oder i. v.) (Gewacalm®, Psychopax®)
- Neuroleptika

RISKANT



- Langzeitbehandlung bei chronischen psychotischen Ängsten und Unruhezuständen

KONTRAINDIZIERT



- Benzodiazepine ohne ausreichende Dosierung von hochpotenten Neuroleptika

4.10 Akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und Anpassungsstörung

Bei akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen sind eine ausführliche Anamnese und diagnostische Abklärung notwendig. Eine Medikation sollte im Rahmen einer multimodalen Behandlung zum Einsatz kommen.

Neben einer medizinischen Behandlung ist auch eine Krisenintervention indiziert, bei posttraumatischer Belastungsstörung eine spezifische Psychotherapie bzw. Traumatherapie.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



Akutbehandlung:

- Trazodon (Trittico®), Mianserin (Tolvon®), Hydroxyzin* (Atarax®), Diphenhydramin* (Dibondrin®)
- (* **Cave:** nicht für geriatrische Patientinnen und Patienten)

Langzeitbehandlung:

- Antidepressiva und atypische Neuroleptika Aripiprazol (Abilify® und Generika), Olanzapin (Zyprexa® und Generika), Quetiapin (Seroquel® und Generika)

RISKANT



- Prothipendyl (Dominal®), Tramadol (Tramal® und Generika) als wirksame Alternativen zu Benzodiazepinen

KONTRAINDIZIERT



- Akutbehandlung von Schlafstörungen und Unruhezuständen mit Benzodiazepinen (fördern die Gedächtniskonsolidierung in Bezug auf das Trauma)

4.11 Muskelrelaxans – Orthopädie

Benzodiazepine haben eine zentrale muskelrelaxierende Wirkung und werden daher auch gegen Muskelverspannungen eingesetzt.

Eine Indikation für einen kurzfristigen Einsatz besteht bei Lumbal- und Zervikalsyndrom sowie Tendomyosen im Bereich von Wirbelsäule, Schulter und Becken.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- Kurzfristiger Einsatz als unterstützende Zusatzmedikation, z. B. Diazepam (Gewacalm®)

RISKANT



—

KONTRAINDIZIERT



- Langfristverschreibung

4.12 Epilepsie

Beim Einsatz zur Epilepsitherapie sind die Behandlung des akuten Krampfanfalls, des Status epilepticus und die langfristige Anfallsprophylaxe bei länger bestehender Epilepsie zu unterscheiden.

Ein Status epilepticus macht eine intensivmedizinische Intervention erforderlich. Bei der Anwendung von Benzodiazepinen zur langfristigen Anfallsprophylaxe sind eine neurologische Abklärung und Behandlung notwendig.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- Bei akutem Krampfanfall
- Status epilepticus: präferenziell Lorazepam i. v. Wenn eine i. v. Gabe nicht möglich ist, können auch andere Applikationsformen gewählt werden.
- Anfallsprophylaxe: Zusatzmedikation bei nicht ausreichendem Ansprechen auf Antiepileptika

RISKANT



—

KONTRAINDIZIERT



- Behandlung der Epilepsie mit Benzodiazepinen ohne ausreichende antiepileptische Medikation

4.13 Schwangerschaft

Wenn Benzodiazepine in der Schwangerschaft gegeben werden müssen, so sollte die kleinstmögliche Dosis während der kürzestmöglichen Zeit angewendet werden, weil ein teratogenes Risiko nicht ausgeschlossen werden kann.

Bei benzodiazepinabhängigen Schwangeren ist ein spezifisches Vorgehen in einer auf Suchterkrankungen spezialisierten Institution dringend angeraten. In solchen Fällen dürfen Benzodiazepine nicht abrupt abgesetzt werden (**Cave: Entzugssymptome**).

Bei Schlafstörungen sind nichtmedikamentöse Behandlungen, gute Schlafhygiene und Entspannungstechniken zu empfehlen.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS 

- Bei zwingender Indikation hat Clonazepam (Rivotril®) das geringste Risikoprofil.

RISKANT **Wirksame Alternativen zu Benzodiazepinen:**

- Phytotherapeutika: Es liegen keine Untersuchungen zur Sicherheit der Anwendung in der Schwangerschaft und Stillperiode vor.

KONTRAINDIZIERT 

—

4.14 Kinder und Jugendliche

Die Anwendung von Benzodiazepinen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollte auf kurze Zeiträume beschränkt bleiben und in einer spezialisierten Institution oder kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis erfolgen.

Benzodiazepine werden von Kindern und Jugendlichen schneller metabolisiert, weshalb diese Gruppe von Patientinnen und Patienten teilweise geringere, aber dafür häufigere Dosen benötigt. Auch der geringere Körperfettanteil bei Kindern kann zu einer Verkürzung der Wirkdauer führen.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- Nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie

RISKANT



- Nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie

KONTRAINDIZIERT



- Längerfristige Verschreibung ohne regelmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Kontrollen

4.15 Geriatrie

Bei alten und hochbetagten Menschen kommt es generell zu einem erhöhten Risiko für das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen von Medikamenten.

Ein häufig reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand, Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie eine generelle Verminderung physiologischer und biochemischer Funktionsabläufe führen zu einer Veränderung von Pharmakodynamik und Pharmakokinetik. Bei Anwendung von Benzodiazepinen kommt es zu Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten und erhöhter Sturzgefahr (muskelrelaxierende Wirkung).

Unzureichende Kenntnisse in diesem Bereich aufgrund des Fehlens von Untersuchungen und der mangelhaften Studienlage steigern die Wahrscheinlichkeit einer nicht passenden Dosierung enorm (**Cave: Kumulation**).

Vor allem in dieser Altersgruppe ist häufig eine bereits lang bestehende Niedrigdosisabhängigkeit aufgrund von Mehrfachverschreibungen und oft unzureichender Indikationsüberprüfung durch die Ärztin oder den Arzt festzustellen. Auch im höheren Alter kann eine suchtspezifische Behandlung sinnvoll sein.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS

—



RISKANT

—



KONTRAINDIZIERT



- Langfristige Gabe ohne neuerliche Indikationsüberprüfung
- Einnahme von lang wirksamen und/oder stark muskelrelaxierenden Benzodiazepinen ohne zwingende Indikation, wie z. B. Diazepam (Gewacalm[®], Psychopax[®]), Clonazepam (Rivotril[®])

5 Behandlung der Abhängigkeit von Benzodiazepinen

Alle Benzodiazepine können bei längerfristiger Anwendung zu körperlicher und psychischer Abhängigkeit führen. Entzugssymptome beim Absetzen sind meist sehr ausgeprägt und können über Wochen bis Monate andauern. Typische Entzugssymptome sind Unruhezustände, Schlafstörungen, Muskelschmerzen, Zittern, Schwitzen, delirante Zustandsbilder, epileptische Entzugsanfälle sowie Angstzustände und depressive Verstimmungen. Aufgrund der Schwere der Entzugssymptomatik sollte eine ambulante Benzodiazepinreduktion langfristig, schrittweise und nur unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden. Zur zusätzlichen symptomatischen Behandlung von Schlafstörungen siehe ▶ Kapitel 4.5 und Unruhezuständen siehe ▶ Kapitel 4.6.

Um Entzugsanfällen vorzubeugen, kann eine antiepileptische Abschirmung erfolgen, die nach vollendetem Benzodiazepinentzug ausgeschlichen wird. Eine Entzugsbehandlung bei Hochdosisabhängigkeit sollte nur unter stationären Bedingungen durchgeführt werden, da dabei ausgeprägte körperliche Entzugssymptome zu erwarten sind. Zusätzlich müssen eine Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer Störungen erfolgen, ebenso wie das therapeutische Arbeiten an suchtauslösenden und suchterhaltenden Faktoren.

6 Epidemiologie

Bei den epidemiologischen Daten bezüglich der Abhängigkeits-erkrankungen bzw. Verschreibungen von Benzodiazepinen findet sich eine inkonsistente Datenlage. Die meisten Studien basieren auf Literaturrecherchen, der Auswertung von Rezept- und Verkaufsdaten und Bevölkerungsbefragungen. Bei Verschreibungen auf Kassenrezepten finden sich rund 60 bis 70% Frauen und ein hoher Anteil an über 60-Jährigen. Privatrezepte sind hierbei nicht erfasst und eine Benzodiazepinabhängigkeit ist bei älteren Menschen unterdiagnostiziert. Weitere Studien haben gezeigt, dass Benzodiazepine oft über lange Zeit verschrieben werden, häufig in Form von Privatrezepten. Das Bundesministerium für Gesundheit schätzt – unter großen Vorbehalten – für Österreich, dass rund 140 000 Personen von Beruhigungs- bzw. Schlafmitteln abhängig sind. Die Dunkelziffer könnte deutlich höher liegen.

Literatur

- AUSTRIA-CODEX FACHINFORMATION. Wien: Österreichische Apotheker-Verlagsgesellschaft m. b. H., 2016.
- Bandelow B, Heise CA, Banaschewski T, Rothenberger A. HANDBUCH PSYCHOPHARMAKA FÜR DAS KINDES- UND JUGENDALTER. Deutsche Bearbeitung der englischsprachigen Version von Bezchlibnyk-Butler KZ, Virani AS. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2006.
- Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. DRUGS IN PREGNACY AND LACTATION. Seventh Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2005.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. LEITLINIE ZUM UMGANG MIT DEM SCHÄDLICHEN GEBRAUCH UND DER ABHÄNGIGKEIT VON BENZODIAZEPINEN BEI PATIENTINNEN UND PATIENTEN IN ERHALTUNGSTHERAPIE MIT OPIOIDEN. 2012. http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/2/CH1040/CMS1346927354953/leitlinie_b.pdf
- Diener HC, Weimar C. LEITLINIEN FÜR DIAGNOSTIK UND THERAPIE IN DER NEUROLOGIE. Herausgegeben von der Kommission „Leitlinien“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Stuttgart: Thieme Verlag, 2012.
- Elsesser K, Sartory G. RATGEBER MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT. Information für Betroffene und Angehörige. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2005.
- Elsesser K, Sartory G. MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2005.
- Gysling E, Galeazzi R, Meyer UA. ARZNEIMITTELFragen IN DER SCHWANGERSCHAFT, Pharma-Kritik, 1998 (10).
- Schmitz M. 1X1 DER PSYCHOPHARMAKA. 4. Auflage. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 2003.
- Soyka M. MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT. Stuttgart: Schattauer, 2016.

Links

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Forschungsberichte/Abschlussbericht_NARZ.pdf

Redaktion und Text

- Dr.ⁱⁿ Barbara Degn**, Vizepräsidentin der Wiener Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (WIGAM), Wien
- Dr. Hans Haltmayer**, Beauftragter für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien
- Dr. Ewald Höld**, Ärztliche Leitung, Institut für Suchtdiagnostik, Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH
- OA Dr. Martin Kratochwil**, Leitung Fachdienst für Psychiatrische Gesundheit, Hanusch-Krankenhaus, Wien
- Dr. Klaus Kraushofer**, Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Geriatriezentrum Favoriten, Wien
- Prim. Dr. Roland Mader**, Vorstand der Abteilung III, Koordinator des Schwerpunktbereichs Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Anton-Proksch-Institut, Wien
- Dr. Walter North**, Ärztlicher Leiter, Verein Dialog, Wien
- Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger**, Vorstand der Abteilung II/Drogenabteilung, Anton-Proksch-Institut, Wien
- Dr. Gerhard Rechberger**, Ärztlicher Leiter IS Gudrunstraße, Verein Dialog, Wien
- Dr.ⁱⁿ Hermine Schmidhofer**, Leiterin Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsbereich, Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH
- Dr.ⁱⁿ Angelika Schütz**, Stv. Ärztliche Leitung, Ambulatorium Suchthilfe Wien gGmbH
- Dr.ⁱⁿ Doris Tschabitscher**, Fachbereichsleiterin, Abteilungsleitung-Stellvertreterin, Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, Fachbereich Aufsicht und Qualitätssicherung
- Mag.^a pharm. Andrea Vlasek**, Präsidentin der Landesgeschäftsstelle Wien der Österreichischen Apothekerkammer

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH

Für den Inhalt verantwortlich: Dr. Hans Haltmayer

Lektorat: Mag.^a Sabine Wawerda

Gestaltung: Franz R. Tettinger – tettinger.at

Titelfoto: stasique/fotolia

Hersteller: REMAprint Litteradruck

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Gedruckt auf ökologischem Papier aus der Mustermappe von „ÖkoKauf Wien“,
Cyclus Recycling Print, 250 g (Umschlag), 115 g (Kern)

1. Auflage

Stand: Juni 2016

Disclaimer

Die in dieser Broschüre enthaltenen Informationen dienen der Weiterbildung und wenden sich an ein medizinisches Fachpublikum. Sie beruhen auf mehrjährigen Erfahrungen aus der Praxis der Autorinnen und Autoren sowie gewissenhaften Recherchen in Fachmedien. Dennoch kann kein absoluter Anspruch auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität abgeleitet werden. Diese Broschüre kann weder eine Überprüfung des aktuellen medizinischen Erkenntnisstandes noch die Berücksichtigung der Fachinformation der eingesetzten Arzneimittel ersetzen. Soweit es sich um Empfehlungen handelt, kann diese Broschüre eine individuelle Diagnose und eine individuell verordnete Therapie ebenfalls nicht ersetzen. Trotz aller aufgewendeter Sorgfalt können die Autorinnen und Autoren sowie die Herausgeberin für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität keine Haftung übernehmen.

Wir sind an Ihren Erfahrungen interessiert. Gerne berücksichtigen wir Ihre Rückmeldungen bei einer Neuauflage.

www.sdw.wien



sucht und drogen
koordination wien

Stad**t**+Wien
Wien ist anders.