

Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen



Liebe Leser*in,

das körperliche, mentale und soziale Wohlbefinden aller in Wien lebenden Personen ist ein zentrales Anliegen der Stadt Wien. Der bewusste und verantwortungsvolle Umgang mit Medikamenten trägt dabei wesentlich zur individuellen physischen und psychischen Gesundheit bei.

Das Problembewusstsein hinsichtlich der Verschreibung und des Gebrauches von Benzodiazepinen ist insgesamt als unzureichend zu bezeichnen. Nach Schätzungen von Expert*innen sind 150.000 bis 200.000 Personen in Österreich von Medikamenten abhängig – es handelt sich damit um die dritthäufigste Suchterkrankung.

Der verantwortungsvolle Umgang bei der Verordnung von Benzodiazepinen ist in Hinblick auf das hohe Abhängigkeitspotential dieser psychopharmakologischen Arzneimittel unabdingbar. Bezugnehmend auf das Behandlungsziel bedarf es immer einer strengen Indikationsstellung, sowie einer gezielten Dosierung und Anwendungsdauer.

Die vorliegende Broschüre soll sensibilisieren und als Unterstützung und Orientierungshilfe dienen – für alle, die in der täglichen Praxis eine fachgerechte Anwendung von Benzodiazepinen abzuwägen haben.

Ärzt*innen aus verschiedenen Fachbereichen sowie Expert*innen 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.



Ewald Lochner, MA

Koordinator für
Psychiatrie, Sucht und
Drogenfragen der
Stadt Wien



**Dr.ⁱⁿ Regina
Walter-Philipp**

Ärztliche Leitung
der Suchthilfe Wien

IMPRESSUM:

Medieninhaber und Herausgeber: Sucht- und
Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH

Für den Inhalt verantwortlich: Dr.ⁱⁿ Regina
Walter-Philipp und Dr.ⁱⁿ Bettina Zechner

Gestaltung: Oskar Bischof

Verlags und Herstellungsort: Wien

Stand: Aktualisierte Neuauflage – Februar 2024

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Begrifflichkeit	7
3. Wirkungsweise von Benzodiazepinen, Substanzgruppen	8
4. Indikationsbereiche für Benzodiazepine	12
4.1 Schlafstörungen	12
4.2 Unruhezustände	14
4.3 Angstzustände – Angststörungen, Panikstörungen	16
4.4 Depressionen	18
4.5 Schizophrenie und psychotische Störungen	20
4.6 Akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)	22
4.7 Epilepsie	24
4.8 Alkoholentzug	26
5. Besonderheiten in der Verschreibung	28
5.1 Schwangerschaft	28
5.2 Kinder und Jugendliche	30
5.3 Geriatrie	32
6. Abhängigkeit von Benzodiazepinen.....	34
6.1 Abhängigkeit im Rahmen einer Erhaltungstherapie mit Opioiden	36

1. Einleitung

Benzodiazepine sind hochwirksame Medikamente. Ihr Einsatz erfordert eine strenge Indikationsstellung sowie die Wahl der niedrigsten erforderlichen Dosis und der kürzesten möglichen Anwendungsdauer. Voraussetzung für eine Verordnung sind ein Behandlungsplan und regelmäßige ärztliche Kontrollen. Mehrfachverschreibungen und die zeitgleiche Verordnung verschiedener Substanzgruppen sollen vermieden werden.

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.

Ärzt*innen aus verschiedenen Fachbereichen sowie Expert*innen 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

Weltweit gehören Benzodiazepine zu den am häufigsten missbräuchlich verwendeten psychopharmakologischen Medikamenten. Zugrunde liegt dieser nicht bestimmungsgemäßen Anwendung die rasche und effektive Wirkung bei der Behandlung von Unruhe, Angst und Schlafstörungen. Über mehrere Wochen eingenommen, führen Benzodiazepine zu einer Toleranzentwicklung und ausgeprägten Entzugerscheinungen beim abrupten Absetzen.

Benzodiazepine werden sowohl zu häufig, als auch oft zu lange verordnet. Der Wirkungsverlust zeigt die beginnende Abhängigkeit und führt zur erneuten Verschlechterung der ursprünglichen Symptomatik. Paradoxerweise kann es – über einen längeren Zeitraum eingenommen – auch zu einer Wirkumkehr kommen. Dann werden Ängste, Depressionen und Schlafstörungen durch die Einnahme von Benzodiazepinen verstärkt statt verringert. Zudem stellen sich bei dauerhafter Einnahme kognitive Störungen wie Vergesslichkeit und herabgesetzte Konzentrationsfähigkeit ein. Die Reaktionsfähigkeit reduziert sich und das Sturzrisiko nimmt vor allem bei älteren Personen zu.

Das abrupte Absetzen von Benzodiazepinen führt zu schweren, über Wochen andauernden Entzugssymptomen. Ein Entzug sollte daher immer unter ärztlicher Aufsicht erfolgen.

Bei einer Benzodiazepinabhängigkeit wird zwischen einer Niedrig- und einer Hochdosisabhängigkeit unterschieden. Auch bei ärztlich verordneter, niedriger Dosis entwickelt sich bei längerer Einnahme eine Abhängigkeit. Entzugerscheinungen zeigen sich bei der Niedrigdosisabhängigkeit häufig erst bei Absetzen der Medikation. Die Hochdosisabhängigkeit tritt oft bei mehrfach abhängigen Personen auf.

Hier wird die Dosis laufend gesteigert, da die erwünschte Wirkung nicht mehr eintritt.

Niedrigdosisabhängigkeit, „low-dose dependency“:

oft keine Dosissteigerung, Entzugssymptome beim Absetzen

Hochdosisabhängigkeit, „high-dose dependency“:

seltener, starke körperliche und psychische Abhängigkeit, laufende Dosissteigerung, Persönlichkeitsveränderungen, schwere Entzugssymptome, schwieriger Entzug, starke Fixierung, Indikationserweiterung, Heimlichkeit, häufig wechselnde Ärzt*innen, 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, z. B. in Hinsicht auf Fahrtauglichkeit, Bedienen von Maschinen etc.

Prinzipiell wirken Benzodiazepine anxiolytisch, sedierend, schlafanstoßend, krampflösend 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.

Benzodiazepine – Halbwertszeit und Metaboliten

Wirkstoff	Beispiele Handelsnamen* (Originatoren und jewei- lige Generika)	HWZ in Stunden (h)	Zeit bis zur max. Plasma- konzentration in Stunden (h)	Pharmakologisch wirksame/r Metabolit(en)
Alprazolam	Xanor® und Generika	12-15 h	1-2 h	Ja
Bromazepam	Lexotanil® und Generika	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	20-100h	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
Nitrazepam	Mogadon®	30-40 h	38 min-2 h	Ja
Oxazepam	Anxiolit®, Praxiten®	6-25h	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	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 Schlafstörungen

Schlafstörungen sind oft Folge von somatischen und psychischen Erkrankungen (z. B. Depression, Psychose, Restless Legs). Eine ausführliche Anamnese und diagnostische Abklärung – bei Verdacht auf Schlafapnoesyndrom mit Schlaflabor – sind notwendig. Bei nicht-organisch bedingten Schlafstörungen sind nicht-medikamentöse Behandlungsformen (z. B. Psychotherapie, Entspannungstechniken) anzudenken.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



- kurz dauernde Verschreibung (maximal 4 Wochen) von Benzodiazepinen und Z-Drugs (Zolpidem, Zoldem®)
 - bei Einschlaf- oder Durchschlafstörungen
 - bei vorhersehbaren belastenden Ereignissen, z. B. psychischen Krisen, Operationen, diagnostischen Eingriffen

Gut wirksame Alternativen zu Benzodiazepinen:

- bei leichten Schlafstörungen Phytotherapeutika
- Prothipendyl (Dominal®)
- **Cave: nicht für geriatrische Patient*innen**
- Trazodon (Trittico®)
- Mirtazapin (Mirtel® und Generika)
- Mianserin (Tolvon®)
- Antihistaminika, z. B. Diphenhydramin (Dibondrin®, Noctor®)
- Melatonin (Circadin®, zugelassen ab dem 55. Lebensjahr)

RISKANT



- -

KONTRAINDIZIERT



- Langzeitverordnungen von Benzodiazepinen und Z-Drugs (Zolpidem, Zoldem®)
- Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit (z. B. Diazepam, Clonazepam, Flunitrazepam)

4.2 Unruhezustände

Unruhezustände sind oft Folge von psychischen und somatischen Erkrankungen (insbesondere Psychosen, Delir, Entzugssyndrom, Schmerzen). 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®), Hydroxycyn (Atarax®)

Cave: nicht für geriatrische Patient*innen

- Phytotherapeutika bei leichten Unruhezuständen

RISKANT



- -

KONTRAINDIZIERT



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

4.3 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 fachärztlichen Abklärung und einer längerfristigen multimodalen Behandlung.

¹Bei Patient*innen mit einer Abhängigkeitserkrankung soll der Einsatz nur nach genauer Indikationsstellung erfolgen, da dieses Medikament häufig nicht bestimmungsgemäß bzw. missbräuchlich eingenommen wird.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



Akutbehandlung:

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

Gut wirksame Alternativen zu Benzodiazepinen:

- Prothipendyl (Dominal®), Chlorprothixen (Truxal®), Levomepromazin (Nozinan®), Hydroxycyn (Atarax®)

Cave: nicht für geriatrische Patient*innen

- längerfristige Behandlung: Antidepressiva
- klinisch bewährt zur Langzeitbehandlung („off-label use“): Quetiapin (Seroquel® und Generika), Trazodon (Trittico®)

Bei generalisierter Angststörung:

- Pregabalin¹ (Lyrica® und Generika)

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

4.4 Depressionen

Patient*innen mit Depressionen bedürfen einer ausführlichen Anamnese, einer spezifischen fachärztlichen Abklärung und einer längerfristigen multimodalen Behandlung. 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



- Antidepressiva
- bei Suizidgefährdung und/oder einer schweren depressiven Episode kurzfristige Zusatzmedikation zur Überbrückung der Wirklatenz bei Neueinstellung auf Antidepressiva (bis zu 3 Wochen): Alprazolam, Oxazepam

RISKANT



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

KONTRAINDIZIERT



- zur Behandlung der Schlafstörung bei Depression

4.5 Schizophrenie und psychotische Störungen

Patient*innen mit Schizophrenie und psychotischen Störungen bedürfen einer psychiatrischen Abklärung sowie einer kontinuierlichen psychiatrischen Behandlung und Betreuung.

Es ist zu beachten, dass eine sedierende Medikation eventuell die fachärztliche Begutachtung erschwert.

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

4.6 Akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Hier 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 Patient*innen**

Langzeitbehandlung:

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

RISKANT



- -

KONTRAINDIZIERT



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

4.7 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

4.8 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.

Grundsätzlich ist die Vermittlung der Patient*innen zu einer spezialisierten Einrichtung der Suchthilfe empfehlenswert, bspw. über das regionale Kompetenzzentrum der Suchthilfe Wien.

INDIKATIONENKOMPASS

LEGE ARTIS



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

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

5. Besonderheiten in der Verschreibung

5.1 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



- Verschreibung ohne zwingende Indikation

5.2 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 Patient*innen 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 Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

RISKANT



- -

KONTRAINDIZIERT



- längerfristige Verschreibung ohne regelmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Kontrollen

5.3 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 Ärzt*innen 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®)

6. Abhängigkeit von Benzodiazepinen

Alle Benzodiazepine können bei längerfristiger Anwendung zu körperlicher und psychischer Abhängigkeit führen. 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.

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 4.1 und Unruhezuständen siehe Kapitel 4.2.

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.

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

6.1 Abhängigkeit im Rahmen einer Erhaltungstherapie mit Opioiden

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.

Weiterführende Informationen sind der der „Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patient*innen in Erhaltungstherapie mit Opioiden“ zu entnehmen:



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 Privat Rezept, wenn Kassenrezept möglich
- Verschreibung exzessiver Dosen

Redaktion und Text

1. Auflage 2016

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

Aktualisierte Neuauflage 2024

Dr.ⁱⁿ Regina Walter-Philipp, Ärztliche Leiterin der Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH

Dr.ⁱⁿ Bettina Zechner, Stv. Ärztliche Leiterin, Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien

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 Autor*innen 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 Autor*innen 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.