

# **Benzodiazepine: verschiedene Settings, verschiedene Realitäten**

(Benzodiazépines : différents settings, différentes réalités)

Dr. med. George M. Riesen,  
Psychiater-Psychotherapeut FMH, Praxis für Suchtverhalten, Courlevon

## **Ein Einblick ins Arbeitspapier der Berner Fachgruppe Sucht und Benzodiazepine:**

### **„EIN BENZO BITTE!“ Eine Reflexionshilfe für den Praktiker**

Dr. med. **Bidisha Chatterjee**; FMH Innere Medizin, Amtsärztin Amt für Freiheitsentzug und Betreuung, Burgdorf; med. pract. Barbara Gugger; Oberärztin Zentrum Ambulante Suchtbehandlung des Contact Netz, Bern; Dr. med. **Carola Lübow**, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin Ambulatorium Südhang, Biel; Dr. med. **Esther Pauchard**; FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin, Suchtfachklinik Selhofen, Burgdorf; Dr. med. **Ingo Butzke**, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt Sucht und Psychose Fachklinik für Psychiatrie Psychiatriezentrum, Münsingen; Dr. med. **George M. Riesen**; FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Praxis für Suchtverhalten, Courlevon.

- 1 Einleitung: Was macht den Umgang mit Benzodiazepinen so schwierig?**
- 2 Verbreitete Vorstellungen über die Wirkungen der Substanzen der Benzodiazepingruppe**
- 3 Klinische Kategorisierungshilfen, absolute und relative Indikationen für Substanzen der Benzodiazepingruppe**
- 4 Erarbeiten des breiteren Verständnisses der Problematik anhand von konkreten klinischen Beispielen und Diskussion**

# 1 Einleitung: Was macht den Umgang mit Benzodiazepinen so schwierig?

Nachdem die Benzodiazepine die Barbiturate in der Klasse der Beruhigungsmittel abgelöst haben, wurde aufgrund der hohen Praxisrelevanz trotz spärlicher evidenzbasierter Datenlage vieles über Indikation und Kontraindikation geschrieben. Die Extrempositionen reichen von „Benzodiazepine sind überaus sinnvolle Medikamente, die man zur Erleichterung der Patienten abgeben darf“ bis zu „sind strikt verboten und sollten auf jeden Fall vermieden werden“.

Je nach Erfahrungsbereich und Perspektive der Autoren findet man Zwischenstufen und Varianten dieser Haltungen, was dem verordnenden Arzt im klinischen Alltag die Orientierung erschwert und zu Uneinigkeit und Unsicherheit führt.

Die Fachgruppe Benzodiazepine konstituiert sich aus Ärzten des Kantons Bern, die in verschiedener Funktion mit Suchtmittelabhängigen arbeiten und daher eine breite Erfahrung in der Verschreibungspraxis von Benzodiazepinen aufweisen. Eine Anfrage im Zusammenhang mit der Reglementierung der Verschreibung von Benzodiazepinen an Suchtmittelabhängige seitens Berner Kantonarztes gab den Anstoss, eine Arbeitsgruppe zu bilden, um die Erfahrungen zu vernetzen und auszutauschen. Aus dieser Kooperation ist der vorliegende klinische Leitfaden entstanden, der anhand von Fallvignetten die verschiedenen Perspektiven in der Behandlung mit Benzodiazepinen aufzeigen und praktische Tipps vermitteln soll.

Das Arzneimittelkompendium (compendium.ch, Version 08/2016) spricht hinsichtlich der Substanzklasse der Benzodiazepine von „**indiziert**“ bei engeren medizinischen Indikationen wie „**Behandlung von epileptischen Krampfanfällen und bei Fällen von Eklampsie in der Geburtshilfe**“ und von „**können eingesetzt werden**“ zur „**symptomatischen Behandlung von Angst- und Erregungszuständen und generell bei psychosozialen Belastungssituationen**“ mit dem für den Kliniker oft so schwierig zu befolgenden Nachsatz „*sie sollen so kurz wie möglich eingesetzt werden*“.

Auch im Kommentar von Lukas Straumann zu Alex Bänninger et al „The Life and Legacy of Valium Inventor Leo Sternbach, New York (Mc Graw-Hill) 2004.“ wird das Weiterbestehen des Dilemmas und der andauernden Kontroverse erwähnt, das sich seit der Einführung dieser Stoffklasse ergeben hat:

*„Besonders erfolgreich waren die von Sternbach entwickelten Tranquilizer aus der Stoffklasse der Benzodiazepine. Insbesondere Librium (1960) und Valium (1963) revolutionierten den Psychopharmaka-Markt und liessen bei Roche für Jahrzehnte die Kassen klingeln: Valium war von 1969 bis 1982 in den USA das meistverschriebene Medikament und gilt in der Pharmaindustrie noch heute als Inbegriff eines "Blockbusters". Die neue Generation der **angst-** und **krampflösenden** Tranquilizer bot nicht nur in der Psychiatrie neue therapeutische Möglichkeiten, sondern wurde in den fortschrittsgläubigen sechziger Jahren zunehmend auch von Hausärzten gegen den Alltagsstress verschrieben. Wegen ihres Missbrauchs- und Suchtpotentials gerieten Valium und seine Verwandten bald unter Beschuss und sind noch heute Gegenstand einer kritischen Debatte.“*

Wir sind uns einig, dass es bei der Behandlung mit Benzodiazepinen stets eine sorgfältige Evaluation der Therapie braucht.

Ein Beispiel aus einem anderen Behandlungsbereich zeigt, dass eine Symptombehandlung tückisch sein kann und die Motivation des Patienten für eine Ursachenabklärung schmälern kann:

*Ein Mann kommt spätnachts auf Drängen der Ehefrau wegen stärksten kolikartigen Schmerzen. Die Notfallabklärung ergibt die Diagnose Nephrolithiasis, eine intravenöse Analgesie wird verabreicht, der Patient ist bald beschwerdefrei und verlässt die Notfallstation. Eine weiterführende Abklärung, Behandlung und Therapie lehnt er ab, da er nach der Symptombehandlung keine Schmerzen mehr spürt und die Notwendigkeit nicht mehr nachvollziehen kann.*

Die Arbeit in der Fachgruppe hat bestätigt, wie schwer es ist, mit Hilfe der vorhandenen Kriterien eine möglichst allgemeingültige und klinisch nützliche Aussage zum Gebrauch der Substanzgruppe zu machen. Für uns Experten zeigt sich die dünne Evidenzdecke im klinischen Alltag darin, dass wir uns stark auf Erfahrungswissen abstützen müssen, das den Risiken subjektiver Überzeugungen unterliegt. Im Verlauf der eingehenden Diskussionen haben wir zwei Problemfälle identifiziert, die spezifisch für die Substanzklasse der Benzodiazepine sind. Einerseits sind die Begrifflichkeiten für die Wirkung der Benzodiazepine wenig nüchtern und sachlich, sondern erstaunlich verheissungsvoll bis hin zu magisch verklärt/verzerrt. Dabei scheinen der hohe Nachfragedruck, marktwirksames Marketing des einzigartigen Blockbusters und soziale Erwünschtheit zusammen auf die Wortwahl zu wirken. Andererseits erleben wir in der klinischen Situation einer relativen Indikation ungewöhnlich hohen Druck, Benzodiazepine einzusetzen. Zielgerichtete, weitergehende Überlegungen zur Indikation und längerfristigen Therapieplanung, können dann oft erst später erfolgen.

Wir haben das Beispiel einer rein symptomatischen Analgesie gewählt, weil wir bei der Verschreibung von Benzodiazepinen oft ähnliche Mechanismen beobachten. Der Patient ist entlastet wenn er nichts mehr spürt und hat anschliessend keine Motivation, sich mit dem Auslöser der Krise auseinander zu setzen.

Dennoch werden Benzodiazepine sehr häufig eingesetzt, sie gehören weltweit zu den meistverschriebenen Substanzen. Im klinisch-medizinischen Alltag aber auch im Suchtbereich wird der ganzen Problematik bei der Verschreibung der Benzodiazepine leider meist nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Das vorliegende Dokument soll dem Kliniker die Möglichkeit geben, anhand der unterschiedlichen beschriebenen Perspektiven und Fallvignetten einen eigenen Standpunkt finden zu können, die individuelle Herangehensweise zu überdenken und abzustimmen.. Wir hoffen, dabei den Kliniker im Dialog mit seinem Patienten beim Verschreibungsverhalten und bei der Aufklärung unterstützen zu können.

## 2 Verbreitete Vorstellungen über die Wirkungen der Substanzen der Benzodiazepingruppe

### Benzodiazepine als Anxiolytika

Der Begriff **Anxiolytika** (Angstauflöser) ist irreführend, suggeriert er doch, dass das Medikament die Angst- und Panikzustände in heilender Weise beeinflusst, also grundlegend und dauerhaft wegschmelzen lässt. Besser wäre der Begriff **Anxiosuppressiva**, da die gewünschte Wirkung bei einer Benzodiazepinmedikation nur situativ kurzfristig anhält und die Angst- und Panikzustände bei unmittelbar nachlassender Medikamentenwirkung erneut und oft verstärkt wieder auftreten, vor allem dann, wenn sich der Patient weiterhin in dem für ihn anxiogenen Setting befindet. Es Gemäss verhaltenstheoretischen Prinzipien kann der Patient durch die suppressive Wirkung des Benzodiazepins nicht lernen, mit der auslösenden Situation adäquat umzugehen.

Entsprechend wären die Anxiosuppressiva somit nur indiziert für Angstzustände, welche durch aussergewöhnliche, mit grosser Wahrscheinlichkeit für das Individuum nicht mehr repetitiv wiederkehrende Ereignisse ausgelöst werden. In der Realität des medizinisch-psychiatrischen Alltags diktiert oft die bedingt fehlende Akzeptanz und Unterstützung der Gesellschaft beim Aushalten und Zeigen von unangenehmen Gefühlen den Gebrauch der Anxiosuppressiva.

Entsprechend sind neue Kriterien für eine verantwortungsvolle Verschreibung gefragt, welche bewusst auch immer wieder die Möglichkeit einer Nichtverschreibung offen lassen, um dem Individuum die Chance auf ein Erleben ohne Benzodiazepine und damit ohne Emotionssuppression so weit zumutbar, offen zu halten.

### Benzodiazepine als Schlafmittel

Ähnlich wie der Begriff „Anxiolytika“ irreführend ist, suggeriert auch der Begriff **Schlafmittel** fälschlicherweise, dass mit einer Benzodiazepinmedikation ein Zustand des normalen, biologischen Schlafes herbeigeführt werden kann. Besser wäre, hier eher von einer Betäubungswirkung im weiteren Sinne zu sprechen, bewirken doch die Benzodiazepine im Grunde mehr ein Ruhigstellen, denn ein Herbeiführen des erholsamen, von Traumphasen begleiteten Schlafes. Entsprechend findet durch die Schlafmittelmedikation nicht eine Hinführung zu einem verbesserten Schlaf statt, sondern bei Absetzen der Medikation zeigen die Patienten in der Regel noch grössere Schlafprobleme als vor dem Medikationsbeginn und oft Nachholphasen von lebhaften, intensiven Träumen. Die für die Schlafindikation empfohlene kurzzeitige Anwendung kann oft bei der beschriebenen Medikamentenwirkung nicht eingehalten werden und der Patient hat zusätzlich zu seinem weiter bestehenden Schlafproblem noch ein Medikamentenabsetzproblem.

## **Benzodiazepine als Entzugsmedikation von Alkohol**

Benzodiazepine wirken vorzüglich als Entzugsmedikation von Alkohol. In den meisten Situationen sind Benzodiazepine in der Alkoholentzugsbehandlung anderen Substanzen (wie zB Clomethiazol) überlegen. Doch dies ist mit Vorsicht zu geniessen: Obwohl Benzodiazepine seit Jahrzehnten auch in somatischen Spitälern gerne für den Alkoholentzug eingesetzt werden, ist der längerfristige Outcome durch die meist repetitiven Benzodiazepinentzüge noch Gegenstand von Studien. Aus der subjektiven Warte des Alkoholabhängigen bieten die Benzodiazepine eine hochwirksame Alternativsubstanz, was ihm den irreführenden Eindruck vermitteln kann, sich von der Alkoholabhängigkeit einfach zu heilen oder zumindest die Sucht effizient kontrollieren zu können. Als Mittel der Wahl gemäss internationalen Standards werden Benzodiazepine im Alkoholentzug zur Reduktion des Risikos von epileptischen Anfällen und Delirien erfolgreich eingesetzt. Die Behandlung mit Benzodiazepinen hat jedoch auch einen weiteren Aspekt: Die Unterdrückung von Angstgefühlen und Anspannung, die der Patient schon von der Alkoholwirkung kennt, wird durch die Benzodiazepinbehandlung unverändert, bisweilen sogar noch wirksamer weitergeführt. Deshalb birgt der letzte Schritt des vollständigen Absetzens der Benzodiazepin-Medikation am Ende der Entzugsbehandlung in sich ein grosses Risiko und wird meist schlecht ertragen. Erst zu diesem Zeitpunkt, an dem der Entzug vermeintlich „vorbei“ ist, wird der Patient mit aversiven Gefühlen, belastenden Gedanken und innerer Unruhe konfrontiert. Hier besteht einerseits die Gefahr, dass der Patient rasch wieder in den als Erleichterung empfundenen Alkoholkonsum zurückfällt, andererseits aber auch, dass er an der entlastenden Benzodiazepin-Behandlung festhalten will und sich daraus eine neue Abhängigkeit entwickelt. Diese Gefahr besteht besonders bei ambulanten Alkoholentzügen, wo weniger engmaschige Überwachung möglich ist und somit Medikamente auf Vorrat ausgehändigt werden müssen. Im Idealfall wird diese Behandlungsform in Zusammenarbeit mit Suchtspezialisten durchgeführt.

## **Benzodiazepine als Substitutionsbehandlung und Entzugsmedikation von Benzodiazepinen selber**

Bei Vorliegen einer Benzodiazepinabhängigkeit dürfen Benzodiazepine nicht schlagartig abgesetzt werden, die Behandlung muss entweder im Sinne einer Substitution weitergeführt oder aber (im ambulanten oder stationären Rahmen) eine Entzugsbehandlung durchgeführt werden. Der Entzug sollte üblicherweise unter Berücksichtigung der Machbarkeit aufgrund der intra- und extrapersonellen Möglichkeiten des betroffenen Individuums durchgeführt werden. Der Übergang zu einer Behandlung im Sinne einer Substitution ist fliessend und ergibt sich häufig aus ungenügenden Ressourcen des Betroffenen, wobei auch bei der Substitution die Wahl der am besten geeigneten Substanz anhand von Kriterien wie Halbwertszeit und Wirkeintrittszeit (und nicht zwangsläufig gemäss den Vorlieben des Patienten) getroffen werden muss.



<p><b>Relative Indikation</b></p> <p><i>mit der Notwendigkeit, die Verschreibung im gegebenen Kontext aktiv zu reflektieren</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Situativ bei Krisen mit Angst, Panik, psychosozialen Belastungssituationen</b></li> <li>- <b>Dekompensationen bei Schizophrenie und Manie etc</b></li> <li>- <b>Prämedikation vor OP</b></li> <li>-</li> <li>- <b>Verschreibungen über längere Dauer ohne absolute Indikation:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Angstbehandlung</b></li> <li>- <b>Schlafmedikation</b></li> <li>- <b>Abhängigkeitserkrankung</b></li> <li>- <b>Substitutionsbehandlung mit BZD</b></li> <li>- <b>Palliative Situationen</b></li> </ul> </li> </ul>
---	---

### **Verschreibungsmodalitäten („WIE?“)**

Neben einer genauen Indikationsstellung und der Auswahl der möglichst zum Kontext passenden Substanz in geeigneter Dosierung sind auch folgende Aspekte zu berücksichtigen, die die Möglichkeit der Reflexion über die Verschreibung mit dem Patienten zusammen und damit die therapeutische Beziehung beeinflussen:

- Dauer der Verordnung limitieren ((Un-)Sinn eines Dauerrezeptes?)
- Vorsicht beim Umgang mit Reservemedikation (Vorteile der Vereinbarung einer Fixmedikation? Kann die effektiv eingenommene Dosis kontrolliert werden?)
- Behandlung nach besten Möglichkeiten begleiten (Pflicht zur aufklärenden Information des Patienten über kurz- und langfristige Wirkung, regelmässige Konsultationen vereinbaren, um Wirkung, Dosierung und Indikation einer Weiterführung zu besprechen).
- Kontrollmöglichkeiten der Einnahme als Möglichkeit zur Beziehungspflege nutzen (kleine Packungsgrößen verschreiben, Bezug und Abgabefrequenz transparent regeln, cave schleichende Dosissteigerung!)

### **Reflexionshilfen zur Verschreibung von BZD der Fachgruppe Sucht und Benzodiazepine**

- ***Kann ich eine Substanz mit einer längeren Anflutungszeit wählen?***
- ***Ist eine Substanzen mit längerer Halbwertszeit ausreichend?***
- ***Ist anstelle einer Reservemedikation auch eine fixe Dosierung denkbar?***
- ***Was bezwecke ich mit einem Dauerrezept bei einer Benzodiazepinverschreibung?***
- ***Wie kann ich dem Patienten unter Benzodiazepintherapie eine ausführliche Information, eine sorgfältige Evaluation der Therapie und ein regelmässiges Follow-Up bieten?***

#### **4 Erarbeiten des breiteren Verständnisses der Problematik anhand von konkreten klinischen Beispielen und Diskussion**

In der Folge hat die Fachgruppe Benzodiazepine klinische Beispiele und Situationen erarbeitet, und die verschiedene Erfahrungen und Meinungen dazu ausgetauscht. Die Beispiele dienen als weitere Hilfsmittel zur kritischen Reflexion für mögliche Haltungen bei Benzodiazepinverschreibungen in den verschiedenen klinischen Settings wie Spital, Ambulatorium, Hausarztpraxis etc.

Der Fachgruppe ist es wichtig, neben der primären Sorge, Patienten bei Behandlungen mit Benzodiazepinen ausführlich aufzuklären und zu informieren, einen regelmässigen Follow-Up aufrecht zu erhalten, vorallem auch den kollegialen und interdisziplinären Austausch weiterzuführen und das als Modell weiter zu empfehlen.