

Chronischer Stress oder auch akute Krisensituationen bedrücken und können überfordern. Wenn jemand wegen Symptomen wie Nervosität, Unruhe, Schlaflosigkeit oder Ängsten Hilfe bei einem Arzt oder einer Ärztin sucht, werden häufig benzodiazepinhaltige oder analoge Medikamente verschrieben. Wie wirken die chemisch hergestellten Benzodiazepine und ähnliche Stoffe? Welche Risiken bergen sie? Wo sollte die Prävention ansetzen? Welche Grundsätze gelten bei einem Entzug?



Schlaf- und Beruhigungsmittel

Informationen zu Wirkungen und Risiken von benzodiazepin-haltigen Medikamenten und Benzodiazepin-Analoga

Um 1960 wurde das erste benzodiazepinhaltige Medikament für die klinische Verwendung freigegeben. In der Folge wurden verschiedene weitere Wirkstoffe der Benzodiazepin-Gruppe synthetisiert. Alle diese Stoffe haben prinzipiell eine ähnliche Wirkung, ihr Wirkprofil ist allerdings unterschiedlich, vor allem im Hinblick auf die Wirkdauer. Sie werden hauptsächlich als Beruhigungsmittel (Tranquillizer) oder als Schlafmittel (Hypnotika) eingesetzt. Die Ende der 1980-er Jahre eingeführten Benzodiazepin-Analoga (Wirkstoffe Zolpidem und Zopiclon) sind chemisch gesehen keine Benzodiazepine, wirken aber sehr ähnlich und bergen weitgehend dieselben Risiken.

Einige in der Schweiz verfügbare Benzodiazepine, Benzodiazepin-Analoga und ihre ungefähre Wirkdauer

KURZ WIRKEND		MITTELLANG WIRKEND		LANG WIRKEND	
Wirkstoff	Produktnamen (Beispiele)	Wirkstoff	Produktnamen (Beispiele)	Wirkstoff	Produktnamen (Beispiele)
Midazolam	Dormicum®	Alprazolam	Xanax®	Clobazam	Urbanyl®
Oxazepam	Seresta® Anxiolit®	Bromazepam	Lexotanil®	Clonazepam	Rivotril®
Triazolam	Halcion®	Flunitrazepam	Rohypnol®	Clorazepat	Tranxilium®
Zolpidem (Benzodiazepin-Analagon)	Stilnox®	Lorazepam	Temesta®	Diazepam	Valium®
Zopiclon (Benzodiazepin-Analagon)	Imovane® Zopiclone Zentiva®	Lormetazepam	Noctamid® Loramet®	Flurazepam	Dalmadorm®
				Ketazolam	Solatran®
				Prazepam	Demetrin®



Rechtliche Bestimmungen

Benzodiazepine und die Benzodiazepin-Analoga Zolpidem und Zopiclon dürfen nur auf ärztliche Verschreibung abgegeben werden. Zolpidem ist in der Betäubungsmittelverzeichnisverordnung wie die Benzodiazepine als kontrollierte Substanz im Verzeichnis b gelistet. Benzodiazepine müssen in der Schweiz in den meisten Kantonen nicht auf den nummerierten Betäubungsmittel-Rezeptblöcken, sondern können mit einfachen Rezeptformularen verschrieben werden. Ausserhalb der registrierten Indikationen und Dosierungen unterliegen sie einer Meldepflicht an die kantonalen Behörden.

Die Bestimmungen sehen vor, dass die verschriebene Menge (die Menge, die ein/e Patient/in nach Hause nehmen kann), in der Regel nicht über den Bedarf für eine Behandlung während eines Monats hinausgehen darf. Wenn es die Umstände rechtfertigen, dürfen Ärztinnen und Ärzte eine Verschreibung für max. sechs Monate ausgeben.

Wer wegen Arzneimitteleinfluss nicht über die erforderliche körperliche und geistige Leistungsfähigkeit verfügt, gilt während dieser Zeit als fahrunfähig und darf kein Fahrzeug führen (Art. 31 SVG). Wer Medikamente einnimmt, muss mit seinem Arzt/seiner Ärztin darüber sprechen, ob resp. wann Fahrzeuge gelenkt werden dürfen.

Wichtigste Empfehlungen für die Verschreibung

Wie bei allen Medikamenten sollte die Verschreibung von Benzodiazepinen¹ nur erfolgen

- nach einer umfassenden medizinischen Untersuchung,
- nach einer sorgfältigen Diagnose,
- nach gewissenhaftem Abwägen der Vor- und Nachteile der potenziell einsetzbaren Medikamente und alternativer Therapiemöglichkeiten,
- mit einem Behandlungsplan (inkl. Absetzstrategie), den Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten gemeinsam festlegen,
- und mit klinischer Überwachung (Verlaufskontrolle).

Um Risiken zu minimieren, sollten Benzodiazepine nur in der kleinsten wirksamen Dosis und für die kürzest mögliche Dauer verschrieben werden. Die Risiken der Einnahme sollten mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden. Eine länger als 4 Wochen dauernde Verschreibung sollte nur ausnahmsweise und erst nach sorgfältigem Abwägen der Risiken und Vorteile erfolgen. Wenn Alternativen zu Benzodiazepinen nicht (genügend) helfen oder ungeeignet sind, kann eine längerfristige Behandlung eine Option sein. Eine längerfristige Verschreibung sollte so niedrig wie möglich dosiert sein, besser mit Unterbrechungen erfolgen und es sollten regelmässig Reduktionsversuche geplant werden. Verlängerungen von Verschreibungen sollten immer zwischen Ärzte-

schaft und Patientinnen/Patienten besprochen werden. Benzodiazepine sollten möglichst von nur *einem* Arzt/*einer* Ärztin verschrieben werden und nur von *einer* Apotheke abgegeben werden. Ärztinnen, Ärzte und Apotheken sollten Strategien für den Umgang mit Patientinnen und Patienten vorsehen, die in unangemessener Weise nach Benzodiazepinen verlangen.

Nicht oder nur mit grösster Vorsicht und unter Einbezug von Fachärztinnen/Fachärzten verschrieben werden sollten Benzodiazepine

- Schwangeren und Stillenden,
- Personen mit Substanzgebrauchsstörung (auch Alkoholgebrauchsstörung, ausser im Rahmen eines Alkoholzugs),
- Personen mit Erkrankungen, die durch Benzodiazepine verschlimmert werden können (z.B. Depression, Impulskontrollstörungen, chronisches Erschöpfungssyndrom, Fibromyalgie) und
- Personen, die Opiode einnehmen.

Besondere Vorsicht ist auch bei **älteren Personen** geboten (vgl. Abschnitt «Risiken und Nebenwirkungen»). Benzodiazepine sollten nicht an **Kinder** verschrieben werden – ausser u.U. bei der Behandlung von Epilepsie und Fieberkrämpfen.

¹ Die Benzodiazepin-Analoga Zolpidem und Zopiclon sind immer mitgemeint.

Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in der Schweiz

11% der schweizerischen Bevölkerung (14% der Frauen, 7.9% der Männer) ab 15 Jahren geben an, im Jahr vor der Befragung mindestens einmal ein Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen zu haben (repräsentative Befragung, CoRoLAR 2016). 7.4% geben an, in den 30 Tagen vor der Befragung ein solches Mittel eingenommen zu haben, wobei etwa die Hälfte von ihnen diese Medikamente fast täglich oder täglich einnimmt.

Mehr als 90% der über 45-Jährigen, die Benzodiazepine täglich einnehmen, tun dies über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten.

In der Schweiz gibt es also eine beträchtliche Anzahl Personen, die Schlaf- und Beruhigungsmittel über Zeiträume einnehmen, die weit über die empfohlene Dauer hinausgehen.

Frauen nehmen nach den Ergebnissen der CoRoLAR-Befragung häufiger Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein als Männer. Mögliche Ursachen dafür könnten ein geschlechtsspezifisches Verschreibungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten, unterschiedliche Strategien von Mann und Frau bei der Bewältigung von Krankheit und Belastung oder unterschiedliche Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe sein.

Die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln nimmt mit dem Alter zu, insbesondere ab 45 Jahren. Bei den 15- bis 19-Jährigen haben 1.8% in den 30 Tagen vor der Befragung ein solches Medikament eingenommen, bei den über 74-Jährigen sind es 18.4%. Der Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist bei älteren Menschen wahrscheinlich deswegen höher, weil sie durch Krankheiten stärker belastet sind und häufiger unter Schlafproblemen leiden. Allerdings sind Veränderungen des Schlafs im Alter oft normal, aber sie werden mitunter nicht akzeptiert, weil sie als Einschränkung der Lebensqualität erlebt werden.



Wirkungen und Einsatz

Benzodiazepine haben vier Eigenschaften, wegen derer sie in der medizinischen Behandlung eingesetzt werden: Sie können je nach Art angstlösend, sedierend (schlaffördernd), antikonvulsiv (gegen Krampfanfälle) und muskelentspannend wirken. Benzodiazepine werden u.a. bei Angstzuständen, Schlafstörungen, Alkoholentzug, bipolaren Störungen (manische Episode), Epilepsie oder zur Narkoseeinleitung eingesetzt. Die Benzodiazepin-Analoga Zolpidem und Zopiclon werden in erster Linie bei Schlafstörungen eingesetzt. Man unterteilt Benzodiazepine in kurz-, mittel- und langwirkende Mittel (vgl. Tabelle auf Seite 1). Abhängig von Wirkdauer und Wirkstärke werden manche Benzodiazepine eher als Anxiolytika («Tranquilizer», «Beruhigungsmittel»), andere eher als Hypnotika («Schlafmittel») eingesetzt.

Manche Personen nehmen Benzodiazepine mit dem Motiv der Berausung ein, sei es im Sinn eines Experimentier- oder Freizeitkonsums oder als Beikonsum (z.B. bei Personen, die von Alkohol, Heroin, Kokain und ähnlichen Substanzen abhängig sind).

Risiken, Nebenwirkungen

- Sedierung, Schläfrigkeit, Beeinträchtigung der Lernfähigkeit, psychomotorische Verlangsamung und eingeschränkte Merkfähigkeit gehören zu den Nebenwirkungen. Auch bei therapeutischen Dosierungen kann es über die angezielte Wirkdauer hinaus zu psychomotorischen und kognitiven Einschränkungen kommen. Solche Wirkungen sind z.B. auch am Folgetag möglich, wenn ein langwirkendes Benzodiazepin als Schlafmittel eingenommen wurde.
- Benzodiazepine schränken die Fahrfähigkeit ein. Das Risiko für Unfälle erhöht sich bei gleichzeitigem Alkoholkonsum um ein Vielfaches.
- Ein Mischkonsum mit anderen dämpfend wirkenden Substanzen wie etwa Alkohol birgt erhöhte Risiken und die Gefahr von tödlichen Überdosierungen.
- Paradoxe Wirkungen wie etwa Enthemmung, erhöhte Risikobereitschaft, Erregungszustände mit verstärkter Angst, Schlaflosigkeit, Rededrang etc. sind möglich.
- Benzodiazepine können eine Depression verursachen oder verschlimmern.
- Bei einer längerfristigen Einnahme oder beim Absetzen nach einer langfristigen Einnahme können Angstzustände auftreten.
- Benzodiazepine sind plazentagängig. Ob sie in der frühen Schwangerschaft zu Anomalien bei Föten führen können, ist umstritten. In

der späteren Schwangerschaft, während der Geburt und beim Stillen bestehen Risiken für den Fötus resp. den Säugling (z.B. Schläfrigkeit, Atemdepression, Trinkschwäche).

- Manche Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen Benzodiazepin-Einnahme und langfristigen kognitiven Einschränkungen sowie einem erhöhten Risiko für Demenz hin, andere Studien können keinen solchen Zusammenhang aufzeigen.

Benzodiazepine führen bei längerem Gebrauch zu einer Abhängigkeit. Für **Personen, die mehr als 65 Jahre alt sind**, bergen Benzodiazepine grössere Risiken als für jüngere Personen. Die Wirkdauer verlängert sich, da der Körper Medikamente langsamer abbaut. Ältere Personen reagieren zudem empfindlicher auf die das zentrale Nervensystem dämpfenden Wirkungen. Verwirrtheit, Amnesien, Pseudodemenz, Stürze und Knochenbrüche gehören zu den möglichen Folgen. Ein Absetzen oder eine Reduktion lohnen sich – auch für Personen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben. Beweglichkeit, Wachsamkeit, Kontinenz und Wohlbefinden können sich wesentlich verbessern.

Entzugerscheinungen, Absetzeffekt

Bei einem Absetzen oder Senken des Konsums von Benzodiazepinen können Entzugerscheinungen auftreten. Manche Personen können, auch wenn sie längere Zeit Benzodiazepine eingenommen haben, ohne Schwierigkeiten entziehen, andere haben damit erhebliche Probleme. Der Grund für diese individuellen Unterschiede ist unbekannt.

Mögliche Entzugssymptome sind z.B.: Angst, Schlafprobleme, Gereiztheit, Kopfschmerzen, erhöhte Empfindlichkeit auf Licht und Geräusche, Missempfindungen (z.B. Kribbeln), Tinnitus, Schwindel, Konzentrationsprobleme,

Wahrnehmungsverzerrungen. Plötzliches Absetzen kann u.U. zu Krampfanfällen führen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass Entzugerscheinungen auftreten, ist grösser bei längerfristiger Einnahme, bei höheren Dosierungen und bei lang wirkenden Benzodiazepinen.

Zu den milden Entzugerscheinungen gehört der so genannte Absetzeffekt («rebound»): Bei einem Absetzen von Benzodiazepinen ist, auch wenn sie nur kurze Zeit eingesetzt wurden, mit einem vorübergehenden Auftreten von Einschlaf- und Durchschlafproblemen, Angst-

gefühlen o.ä. zu rechnen. Solche Symptome ähneln oft stark den anfänglich behandelten Beschwerden und können zu einer Wiedereinnahme des Medikaments führen, insbesondere, wenn Patientinnen und Patienten über dieses Phänomen nicht informiert sind.





Für weitere Informationen
und Materialien:
www.suchtschweiz.ch

Substanzgebrauchsstörung und Abhängigkeit

Benzodiazepine führen bei längerem Gebrauch zu einer Abhängigkeit. Im Diagnosesystem für psychische Störungen (DSM5) wird dieser Begriff nicht mehr gebraucht, sondern nur noch jener der Substanzgebrauchsstörung. Man unterscheidet leichte, mittlere und schwere Gebrauchsstörungen, welche von einer Fachperson diagnostiziert werden können. Eine solche Gebrauchsstörung kann sich in kognitiven, verhal-

tensbezogenen und körperlichen Symptomen äussern, zum Beispiel:

- Probleme, den Konsum zu kontrollieren (z.B. erfolglose Kontrollversuche, Konsum in höherer Menge als geplant, starker Konsumdrang),
- fortgesetzter Gebrauch trotz bekannter negativer Auswirkungen
- Toleranzentwicklung (Kennzeichen Dosissteigerung) und Entzugssymptome

Prävention von problematischem Konsum

Präventionsmassnahmen sollten von Informationsangeboten für Patientinnen und Patienten über Empfehlungen für Fachpersonen, Früherkennung problematischen Konsums bis hin zu Vorschriften für Verschreibungen und Packungsgrössen oder zur Regulierung des Internetmarktes reichen.

Aufklärung und Sensibilisierung von Fachpersonen, aber auch der breiten Bevölkerung sind notwendig. Patientinnen und Patienten müssen realistische Erwartungen an eine Medikamenteneinnahme aufbauen und Risiken adäquat einschätzen können. Ärzten, Ärztinnen, Apothekerinnen, Apothekern und weiteren Personen des Gesundheitswesens kommt eine wichtige Rolle zu. Sie können durch angemessene Verschreibungspraktiken sowie Information von Patientinnen und Patienten viel zur Prävention beitragen. Die Kommunikation und Koordination zwischen den Fachpersonen, die Patientinnen und Patienten begleiten, könnte im Hinblick auf Früherkennung problematischen Konsums und die Begrenzung der Einnahmedauer eine wichtige Rolle spielen.

Es braucht eine kritische Auseinandersetzung mit der oft zu voreiligen Verschreibung von Beruhigungsmitteln und mit genderspezifischen Behandlungstendenzen. Wichtig ist auch eine

bewusste Berücksichtigung individueller Voraussetzungen (z.B. bei älteren Personen).

Bestimmte Benzodiazepine können für spezifische Situationen (insb. Narkosevorbereitung) und gesundheitliche Probleme (z.B. Alkoholentzug, Behandlung manischer Episoden, Epilepsie) geeignet sein. Bei **Schlafstörungen** hingegen sollten in erster Linie zugrundeliegende Ursachen behandelt werden und alternative Behandlungsmöglichkeiten zum Einsatz kommen. Psychologische und verhaltensorientierte Behandlungen etwa haben bei Schlafstörungen oft Erfolg. Auch bei **Angststörungen** haben sich psychologisch-verhaltenstherapeutische Massnahmen als wirksam erwiesen. Wenn eine medikamentöse Behandlung von Angstproblemen angezeigt ist, eignen sich u.U. bestimmte Antidepressiva. Benzodiazepine sollten nur dann, wenn andere Therapien versagen, eingesetzt werden.

Zu den Aufgaben von Ärztinnen, Ärzten und anderen Fachpersonen gehört auch, Patientinnen und Patienten darauf anzusprechen, dass das Risiko für Unfälle etwa beim Bedienen von Maschinen oder im Strassenverkehr steigt. Die Fahrfähigkeit kann in Frage gestellt sein (vgl. hierzu «Im Fokus: Alkohol, illegale Drogen und Medikamente im Strassenverkehr»).

Absetzen von Benzodiazepinen

Oft können schon relativ einfache Interventionen in Form von kurzen Gesprächen mit dem Arzt/der Ärztin und evtl. auch ein Info-Flyer zu einem Einnahmestopp oder einer -reduktion motivieren. Wichtig sind insbesondere Informationen über Risiken des Langzeitkonsums und konkrete Tipps zur Reduktion oder zum Absetzen (inkl. Informationen zum Absetzeffekt, vgl. Abschnitt weiter vorne).

Eine Veränderung der Dosierung sollte mit dem Arzt/der Ärztin besprochen werden. Die Entzugsstrategien variieren je nach Art der Abhängigkeit (therapeutische Dosierungen, höhere Dosierungen, multipler Substanzkonsum). Zudem sind Entzugssymptome individuell sehr unterschiedlich und müssen entsprechend behandelt werden. Je nach Halbwertszeit des Wirkstoffs treten sie ein, zwei Tage bis zu sieben Tage nach Absetzen auf.

Bei einer Einnahme von weniger als 4 Wochen ist ein Konsumstopp in der Regel ohne kontinuierliche Dosisreduktion möglich. Bei einer längeren Einnahme ist eine kontinuierliche Dosisreduktion («Ausschleichen») angezeigt. So lassen sich Entzugssymptome verhindern oder mildern. Zusätzlich können psychologische Therapien helfen. Die Kombination von «Ausschleichen» mit psychologischer Unterstützung scheint längerfristig wirksamer zu sein als alleiniges «Ausschleichen». In bestimmten Fällen können auch Medikamente einen Benzodiazepin-Ausstieg erleichtern. Wenn sich eine Abhängigkeit verfestigt hat, ist sie schwerer zu behandeln und kann sich u.U. lange hinziehen.