

Kurzumfrage zu Benzodiazepinen

- Wer von Ihnen behandelt Patienten, die unter Einfluss von Benzodiazepinen stehen?
- Wer von Ihnen verschreibt selber Benzodiazepine?
- Wer von hat auch schon Benzodiazepine an Menschen mit einer Suchtproblematik verschrieben?
- Mit welchem Adjektiv würden Sie Benzodiazepine beschreiben?





Benzodiazepine

zwischen

**therapeutischem Ideal
Gesetzgebung
und
Pragmatik:**

best practice 2014

Dr. med. Hans Gammeter

hans.gammeter@sg.ch



3 Hüte:

- Hausarzt / Stellenarzt

→ **Pragmatik**



- Kantonsarzt Stellvertreter

→ **Gesetzlicher Rahmen**



- FOSUMOS Mitbegründer

→ **therap. Ideal, ‚Wissenschaft‘,
bzw. best practice**

THEMEN

1. take home message
2. Benzodiazepine: Grundlagen
3. Pragmatik: Fallbeispiel
4. Gesetzgebung
5. Therapeutisches Ideal, Fachwissen
6. Empfehlungen: best practice 2014



THEMEN

1. take home message
2. Benzodiazepine: Grundlagen
3. Pragmatik: Fallbeispiel
4. Gesetzgebung
5. Therapeutisches Ideal, Fachwissen
6. Empfehlungen: best practice 2014





**Take
home message*



**Take
home message*



- „GOOD“ (seit 9.9.2014 LESS BAD?)
 - langsam anflutende Benzos bei einer Indikation und minimalem Missbrauchs-Risiko
- BAD
 - schnell anflutendes, kurzwirksames Benzo. Dafür gibt es ausser in der Anästhesie keine Indikation.
 - 10 Fr./Tablette auf der Gasse
- UGLY
 - Sirdalud: kein Benzo; sediert, Scheibe, in UP nicht nachweisbar



- „LESS BAD“ (seit 9.9.2014)



- „LESS BAD“ (seit 9.9.2014)



thebmj Research ▾ Education ▾ News & Views ▾ Campaigns

Research

Benzodiazepine use and risk of Alzheimer’s disease: case-control study

BMJ 2014 ; 349 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5205> (Published 09 September 2014)
 Cite this as: *BMJ* 2014;349:g5205

Article Related content Metrics Responses Peer review

Sophie Billioti de Gage, PhD student¹, Yola Moride, professor^{2,3}, Thierry Ducruet, researcher², Tobias Kurth, director of research^{4,5}, H el ene Verdoux, professor^{1,6}, Marie Tournier, associate professor^{1,6}, Antoine Pariente, associate professor¹, Bernard B egaud, professor¹

Author affiliations ▾

Correspondence to: S Billioti de Gage sophie.billioti-de-gage@u-bordeaux.fr

Accepted 4 August 2014



- „GOOD“ (seit 9.9.2014 LESS BAD?)
- langsam anflutende Benzos bei einer Indikation und minimalem Missbrauchs-Risiko



- **BAD**

- schnell anflutendes, kurzwirksames Benzo. Dafür gibt es ausser in der Anästhesie keine Indikation.
- Dormicum, Rohypnol, Stilnox: 10 Fr./Tablette auf der Gasse

- **UGLY**

- Sirdalud: kein Benzo; sediert, Scheibe, in UP nicht na



THEMEN

1. take home message
- 2. Benzodiazepine: Grundlagen**
3. Pragmatik: Fallbeispiel
4. Gesetzgebung
5. Therapeutisches Ideal, Fachwissen
6. Empfehlungen: best practice 2014



THEMEN

1. take home message
2. Benzodiazepine: Grundlagen

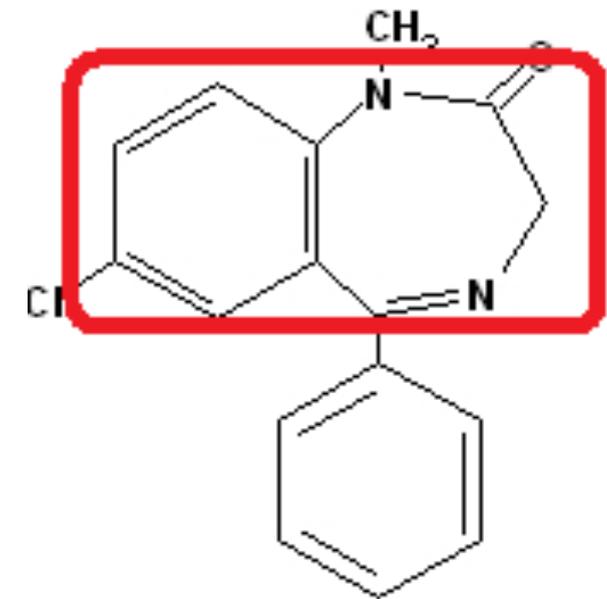


Ganz kurz: Benzo-Theorie Teil



Benzodiazepine als Medikament 1

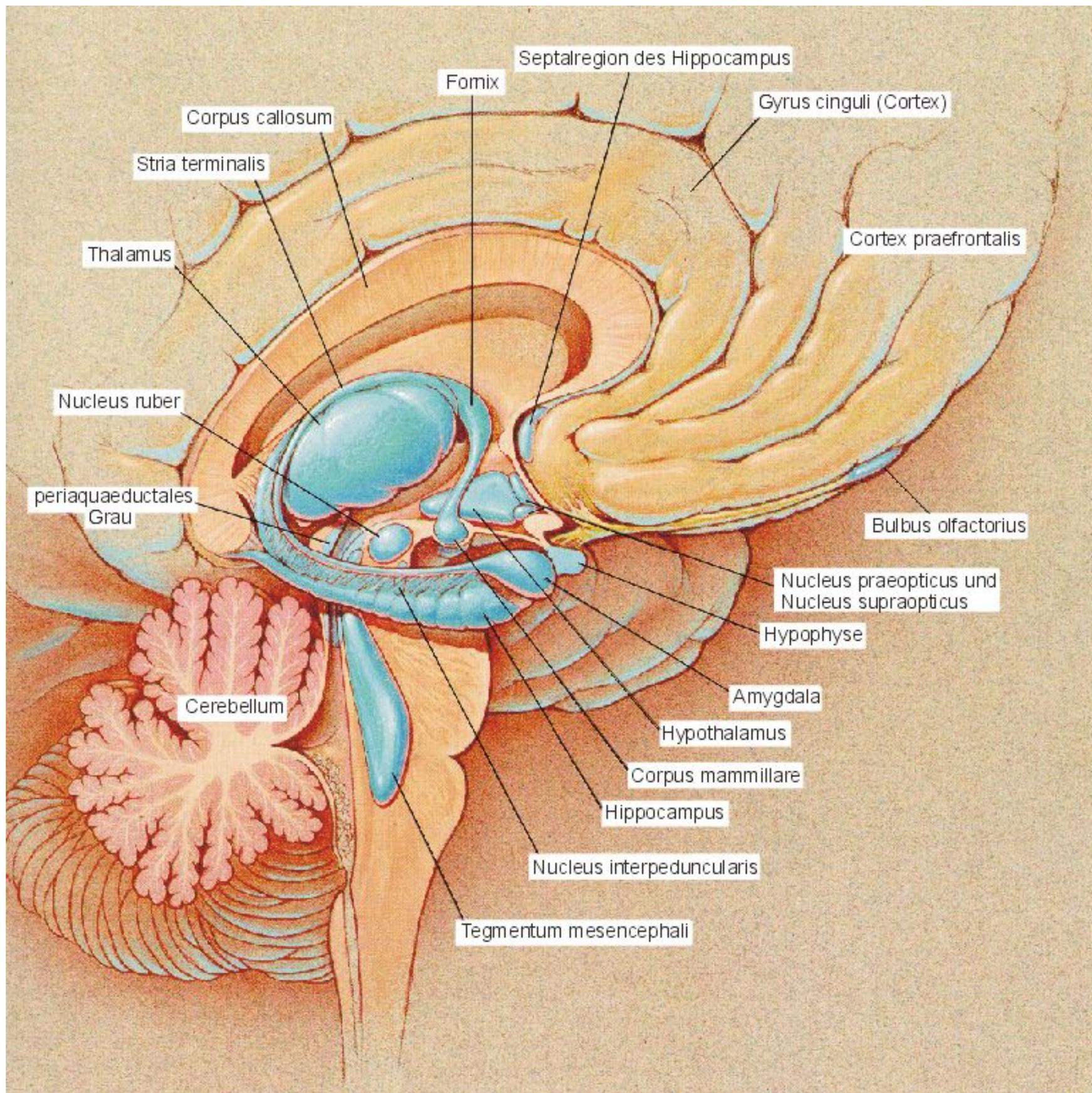
- 1960 erstes Präparat dieser Gruppe (Librium; Hoffmann-La Roche)
- Begriff: Tranquilizer / minor Tranquilizer
- ‚generic name‘ endet immer mit -pam (z.B. Diazepam)
- gleiches Grundgerüst -> passt in einen Rezeptor

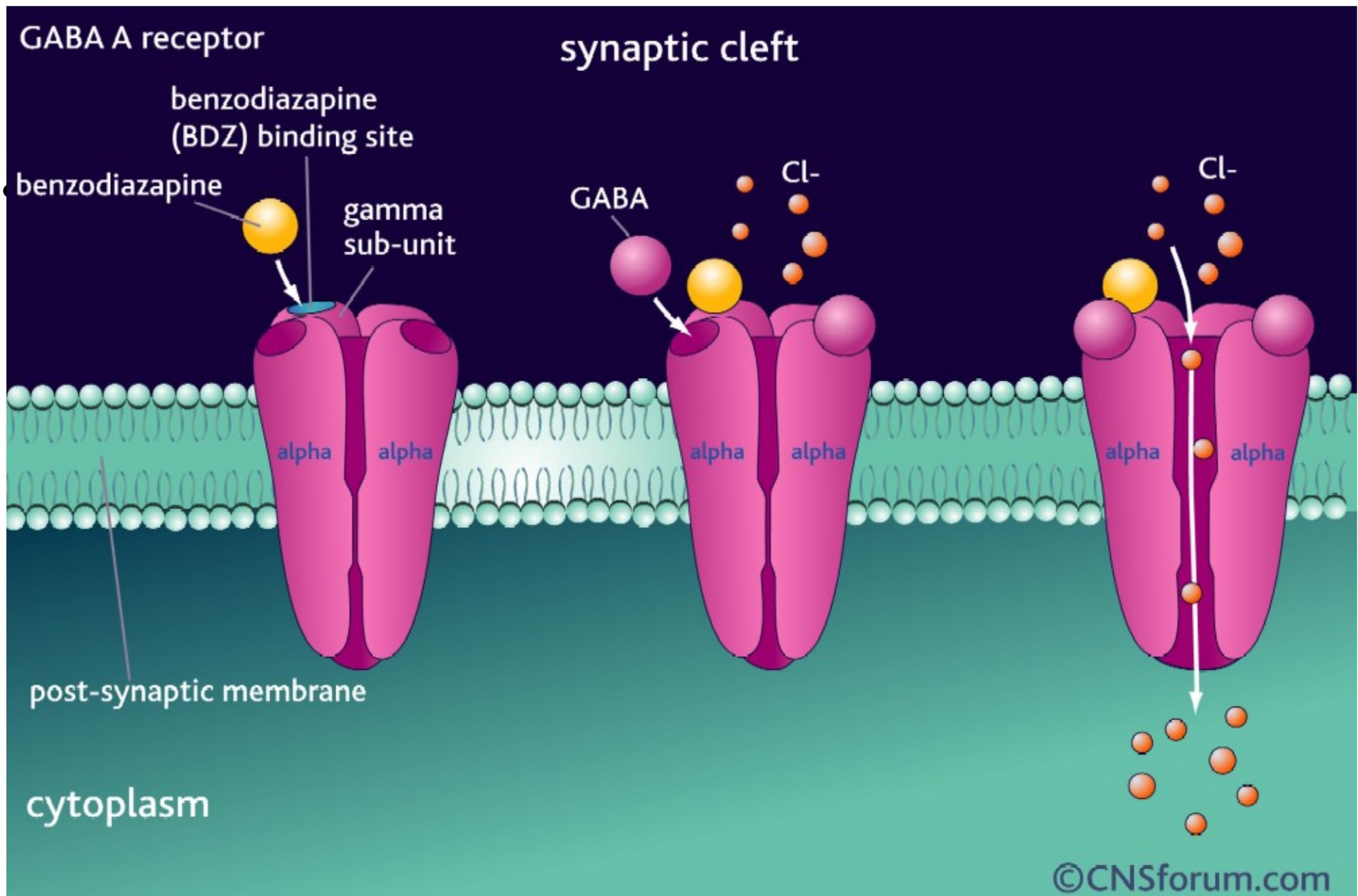


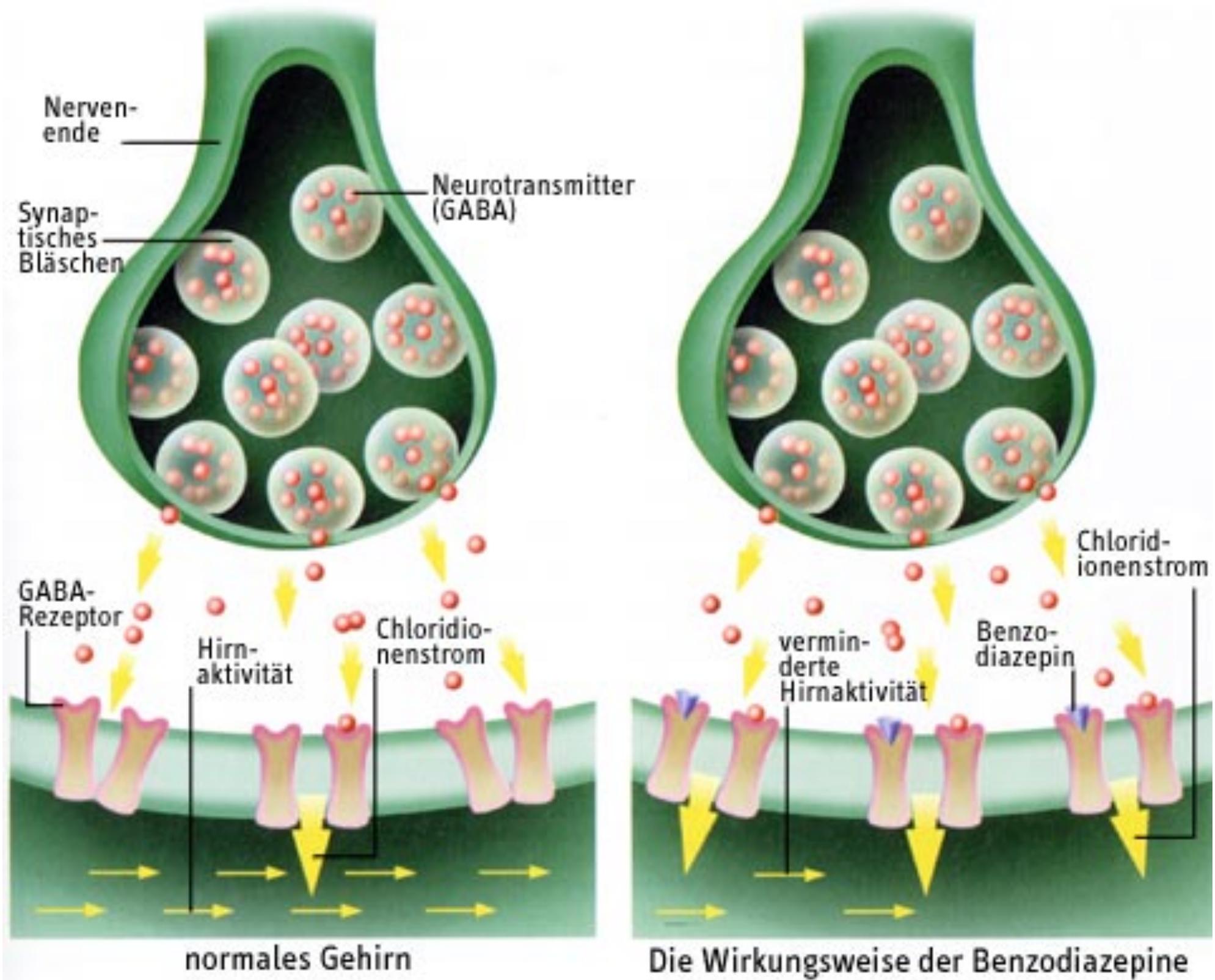
Benzodiazepine als Medikament 2: Wirkmechanismus

- Hauptwirkort der Benzodiazepine ist der GABA Rezeptor
- GABA ist der wichtigste dämpfend wirkende Neurotransmitter des zentralen Nervensystems
- Benzodiazepine erhöhen die Empfindlichkeit des Rezeptors für GABA









Benzodiazepine als Medikament 3: Wirkung

Benzodiazepine wirken im Allgemeinen

- anxiolytisch (angstlösend)
- antikonvulsiv (krampf lösend)
- muskelrelaxierend (muskelentspannend)
- sedativ (beruhigend und schlaffördernd)
- amnestisch (Erinnerung für die Zeit der Wirkdauer fehlt)
- leicht stimmungsaufhellend (jedoch kann eine depressive Grunderkrankung möglicherweise verstärkt werden)



Benzodiazepine als Medikament 4: häufige angewendet in der Praxis

- Notfallmittel beim epileptischen Anfall (i.v.)
- Narkosevorbereitung
- Muskelentspannung (Begleitmedikation bei ‚Hexenschuss‘)
- ‚Emotionaler Notfall‘: Beerdigung; Scheidungsverhandlung; Flugangst; Angst vor Zahnarzt; Prüfung (?)
- Suizidalität; Aggressivität (Strafvollzug)
- Begleitmedikation einer antidepressiven Behandlung, die selber erst nach 2-3 Wochen wirkt (v.a. bei Angst/Panik; Schlafstörung)
- Alkoholentzug (auch Vorbeugung Epi-Anfall/Delirium)
- aber auch: ‚happy pill‘; Schlaftablette -> low dose Abhängigkeit (Grosi mit 1/4 Dormicum seit Jahren)



THEMEN

1. take home message
2. Benzodiazepine: Grundlagen
- 3. Pragmatik: Fallbeispiel**
4. Gesetzgebung
5. Therapeutisches Ideal, Fachwissen
6. Empfehlungen: best practice 2014



Fallbeispiel

- G.W. *1962; 51 jährig



Fallbeispiel

Kurz Biographie

- Anlehre, lebte bis vor 9 Jahren in SG
- Seit Adoleszenz Suchtmittelkonsum 'alles'
- während Jahren v.a. Opiate, v.a. i.v.
- Methadon seit vielen Jahren, MSH 2; IV
- **Früher regelmässig Benzo Beikonsum**
- Umzug ins 'gesunde Toggenburg'
- Stabilisierung (Wohnung, Partnerschaft, Freizeit)
- Kein Beikonsum von H oder Benzos
- COPD nimmt zu; THC Verdampfer
- regelmässige Kontakte Suchtberatung, bei mir hält er etwa jeden 2. Termin ein, kommt ca. alle 2 Monate zu einem Gespräch oder bei Problemen.



Fallbeispiel

- G.W. *1962; 51 jährig
- Diagnosen:
 - Polytoxikomanie, Methadon SGB, Opioidabstinenz, kein Alkoholabusus
 - Anamnestisch Depression
 - COPD (chron. Bronchitis)
 - Nikotin / THC Abusus
 - St.n. HepB und HepC
- Medikation:
 - Methadon-HCl 1% 80 mg morgens (Abgabe 1x / Wo in Apotheke)
 - Surmontil 100mg 1 – 0 – 1 (Trimipramin, Tricycl. Antidepressivum, angstlösend, sedierend)
 - Surmontil 25mg 1 – 0 – 1
 - Symbicort 200/6 1 – 0 – 1 (Inhalationsmittel für chron. Bronchitis)
 - Spiriva in Reserve (Inhalationsmittel für chron. Bronchitis)



Fallbeispiel

2011

- 2011: Unfalltod des Bruders
- berichtet, dass er Temesta kaufe, Albträume, Antriebslosigkeit
- Gespräche, 2. Antidepressivum (Cipralex)
Temesta-Abgabe für ca. 2 Monate, dann problemlose Reduktion, nach 4 Monaten Cipralex Stop auf seinen Wunsch.
- Aktive Auseinandersetzung mit Todesfall. Durch Todesfall Erneuerung und Stärkung der innerfamiliären Banden. Er hat wieder eine 'Rolle' in der Familie.
In den Gesprächen danach ist der Todesfall kein Thema mehr.



Fallbeispiel

August 2013

- Berichtet, er **kaufe wieder Temesta** in SG
 - Konsum: 5 – 6 Tabl. / Woche, Einnahme morgens
 - Ursache: Antriebslosigkeit, keine Freude, Sehe im Traum oft Unfalltod des Bruders
 - keine neuen anderen Stressoren
-
- Sein Rückblick auf 2011: Cipralex habe nichts geholfen
 - Sein Plan: Temesta 5 Tabl. pro Woche für 2 – 3 Monate, Gespräche bei Suchtberatung, dann ausschleichen



Was würden Sie noch wissen wollen



Ihre Vorschläge zum Vorgehen?



Die Wahl des guten Benzos

- Hilfestellung → FOSUMOS Handbuch

Forum Suchtmedizin Ostschweiz **FOSUMOS**

Über Fosumos | Über uns | Regionale Gesprächsgruppen | Veranstaltungen | Angebote | Referate | Links | Kontakt | help@fosumos.ch

Aktuelle Seite: Home DE FR IT

Home - News

- Alkohol
- Cannabis
- Designerdrogen
- Heroin
- Kokain
- Medikamente
- Nikotin

Zuletzt aktualisiert am Freitag, 21. März 2014 11:59

News

21.03.14: Stellungnahme in der NZZ zum Thema Spielsucht von Carlo Caflisch, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich; Tazio Carlevaro, Directeur du Secteur psychiatrique du Tessin du Nord à la retraite, Bellinzona; Franz Eidenbenz, Zentrum für Spielsucht und andere Verhaltenssuchte, Zürich; Jörg Häfeli, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit; Robert Hämmig, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern; Claude Jeanrenaud, Professeur honoraire, Université de Neuchâtel; Olivier Simon, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne; Gerhard Wiesbeck, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.

28.02.14: Leberschädigungen und Substanzkonsum von L. Falcato, S. Graf und P. Bruggmann, arud Zürich, welcher die Wirkungen häufig konsumierter psychoaktiver und weiterer Substanzen auf die Leber und ihre Funktionen beleuchtet.

04.02.14: Artikel im Swiss Medical Weekly: Substitutionsbehandlung in der Untersuchungshaft - Fallstudie aus Genève (in englisch).

Suchen...

Wer ist online?

Aktuell sind 150 Gäste und keine Mitglieder online

- Kant. Regelungen
- Kantonsärzte
- Suchtfachstellen
- Strassenverkehrsämter
- Motivierende Gesprächsführung
- E-Learning
- Kurzintervention

Meine Überlegungen als Hausarzt

- Positiv: Patient macht Benzos zum Thema.
- Änderungsbereitschaft; Was ist sein Ziel?
- Es besteht eine Vertrauensbasis
- Therapeutische Freiheit
- Pat. und ich beurteilen frühere Erfahrung mit Antidepressiva verschieden. Warum?
- Was ist mein Ziel?
- Nicht medikamentöse Massnahmen
- Bekomme ich Bewilligung?
- Wird Benzodiazepin von KK bezahlt?



Konkretes Vorgehen / Begleitmassnahmen

- Würdigung; ernst nehmen
 - rasch Termin zu 3. mit Suchtberaterin
 - Pat. lehnt Vorschlag Psychotherapie ab
 - ab jetzt wieder alle 2 Wochen Suchtberatung
-
- Vereinbarung: Abgabe Temesta 5/ Woche; Mitgabe 1 Wo
 - Bewilligung eingeholt
 - bei 2. Termin wird Umstellung auf anderes Benzo* und Rückblick SSRI thematisiert werden
 - wäre eine langfristige Substitution falsch?

* vgl. [FOSUMOS Handbuch](#)



Die Wahl des guten Benzos

Handelsname (CH)	Wirkstoff	Dosierung	Max. Tagesdosis Kompendium	T max	Halbwertszeit	Aequivalenzdosen zu Valium 10mg	Kompendiumpreis pro Tablette (1 OP)	Gassenpreis
DORMICUM	Midazolam	7,5-15mg	15mg	1h	1,5-2,5h	7,5mg	15mg Tbl. (0.99.-)	5.-
STILNOX	Zolpidem	10mg	10mg	0,5-3h	3h	20mg	10mg Tbl. (0.74.-)	
ROHYPNOL	Flunitrazepam	0,5-1mg	2mg	0,75-2h	10-16h	1mg	1mg Tbl. (0.43.-)	5.-
XANAX	Alprazolam	0,5-4mg	6mg	1-2h	12-15h	1mg	2mg Tbl. (1.25.-)	
IMOVANE	Zopiclon	7,5mg	7,5mg	1,5-2h	5-6h	15mg	7,5mg Tbl. (0.73.-)	
TEMESTA	Lorazepam	1-6mg	7,5mg	1-2,5h	12-16h	2mg	2,5mg Tbl. (0.46.-)	
LEXOTANIL	Bromazepam	1,5-9mg	36mg	1-2h	15-28h	6mg	6mg Tbl. (0.43.-)	
SERESTA	Oxazepam	15-100mg	150mg	2-3h	7-11h	25mg	50mg Tbl. (0.85.-)	5.-
VALIUM	Diazepam	5-20mg	200mg	0,5-1,5h	24-80h	10mg	10mg Tbl. (0.47.-)	5.-
TRANXILIUM	Clorazepat	5-60mg	200mg	1-1,5h	25-60h	15mg	50mg Tbl. (1.91.-)	
URBANYL	Clobazam	15-60mg	120mg	1,5-2h	20-50h	20mg	10mg Tbl. (1.36.-)	
DEMETRIN	Prazepam	10-30mg	30mg	1-2h	50-80h	20mg	20mg Tbl. (0.88.-)	
SOLATRAN	Ketazolam	15-60mg	60mg	3h	2(52)h	30mg	45mg Tbl. (1.32.-)	
RIVOTRIL	Clonazepam	1-4mg	20mg	2-4h	20-60h	1mg	2mg Tbl. (0.35.-)	
XANAX ret	Alprazolam	0,5-4mg	6mg	5-11h	12-15h	1mg	3mg Ret Tbl. (1.51.-)	

Aktuelle Situation

- Umgestellt auf Rivotril, Dosis konnte reduziert werden
 - Rücksprache mit Apotheker
 - zuverlässig -> Abgabe wöchentlich in Apotheke
-
- Subjektiv zufrieden mit Lebenssituation
 - ‚Gestaltet‘ sein Leben selbstständig
 - ‚Freundin‘
 - Keine Albträume mehr; er möchte mit dieser Medikation weiterfahren



Aktuelle Medikation



		<input type="checkbox"/> Automatische Abgabe	<input type="checkbox"/> Wirkstoff anzeigen	<input type="checkbox"/> Nicht validieren					
Medikament	Beginn	MO	MI	AB	NA	Ei			
Dauermedikamente									
<input type="checkbox"/> CALCIMAGON D3 Forte Kautabl zitron	26.11.2013	1		1		...			
<input type="checkbox"/> Methadoni HCL 1 % PhH	24.01.2012	80				...			
<input type="checkbox"/> RIVOTRIL Tabl 0.5 mg 50 Stk	20.03.2014	0.5		0.5		...			
<input type="checkbox"/> SPIRIVA Inh Kaps 18 mcg	24.01.2012	1				...			
<input type="checkbox"/> SURMONTIL Tabl 100 mg	24.01.2012	1		1		...			
<input type="checkbox"/> SURMONTIL Tabl 25 mg	03.03.2014	1		1		...			
<input type="checkbox"/> SYMBICORT 200/6 Turbuhaler 120 Do	24.01.2012	1		1		...			



Fazit aus dem Fallbeispiel

1. Nicht die Substanz ist das Problem, sondern die Anwendung
2. Keine Indikation für kurzwirksame Benzos
3. Reine Repression ist nicht umsetzbar und medizinisch falsch
4. Wichtige Elemente eines Lösungsansatzes:
 1. Indikationsstellung; Behandlungsplan
 2. Substanzwahl / Dosis
 3. Bewilligung einholen
 4. Abgabeintervall
 5. Fortbildung aller involvierter Personen (MPA)





Benzodiazepine

zwischen

therapeutischem Ideal
Gesetzgebung
und

Pragmatik 

best practice 2014

Dr. med. Hans Gammeter

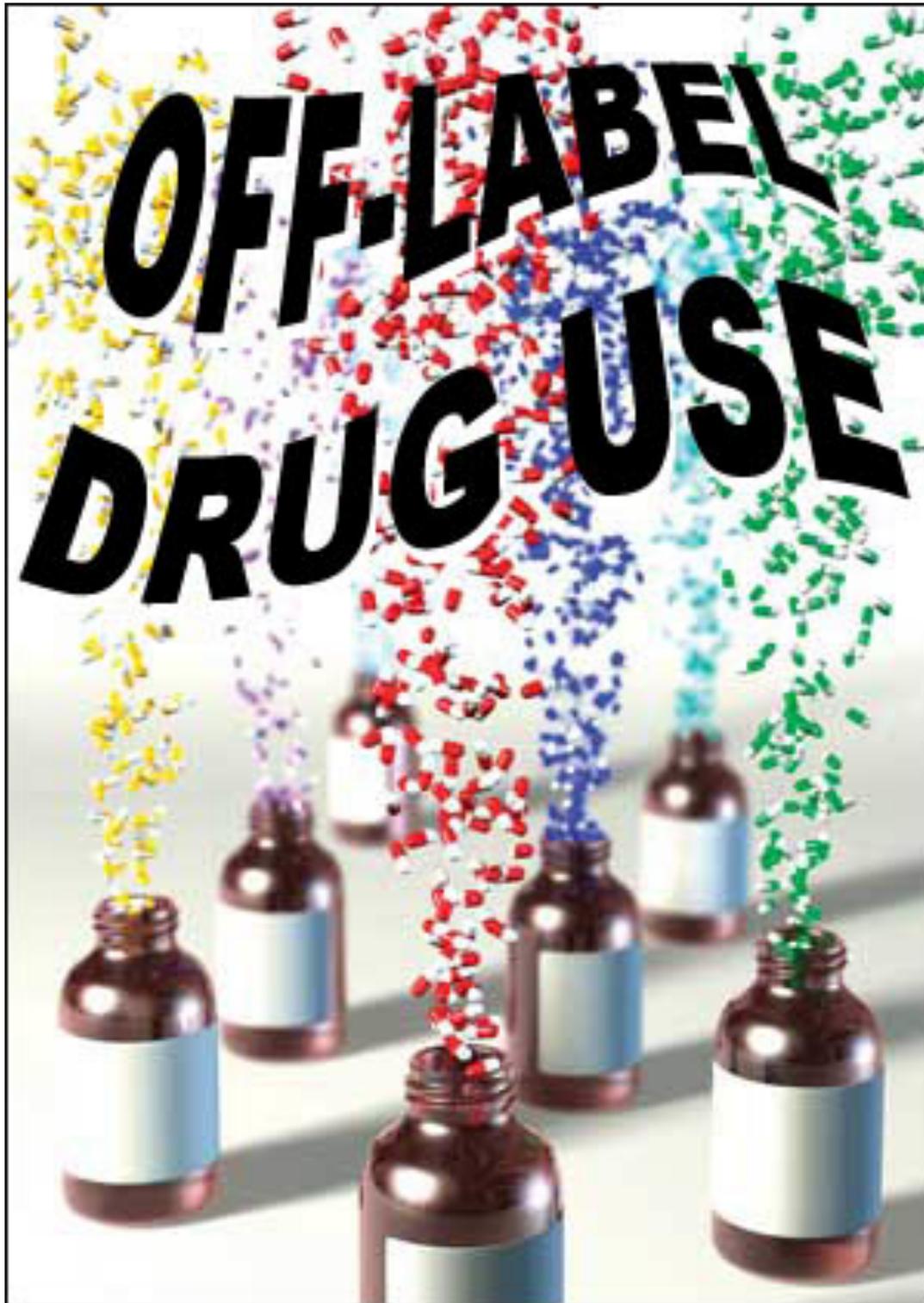
hans.gammeter@sg.ch

THEMEN

1. take home message
2. Benzodiazepine: Grundlagen
3. Pragmatik: Fallbeispiel
- 4. Gesetzgebung**
5. Therapeutisches Ideal, Fachwissen
6. Empfehlungen: best practice 2014



Benzodiazepine im Suchtbereich: meist off-label use



Benzodiazepine als Medikament : meist off-label use

- Kompendium

- **Indikation eingeschränkt valium:** Symptomatische Behandlung von Angst, Erregtheit und Spannung im Gefolge psychoneurotischer Zustände und vorübergehender situationsbedingter Störungen. Als Adjuvans zur Behandlung angstbetonter psychischer und organischer Störungen

- **Dosis eingeschränkt valium:** 5 – 20 mg / Tag orale Dosis

- **Therapiedauer eingeschränkt valium:** Die Behandlungsdauer sollte - einschliesslich der Ausschleichphase - nicht länger als **2-3 Monate** betragen.

- **Kontraindikation valium:** Valium soll bei Patienten mit einer **Abhängigkeit** von zentral dämpfenden Substanzen, **einschliesslich Alkohol, vermieden** werden.

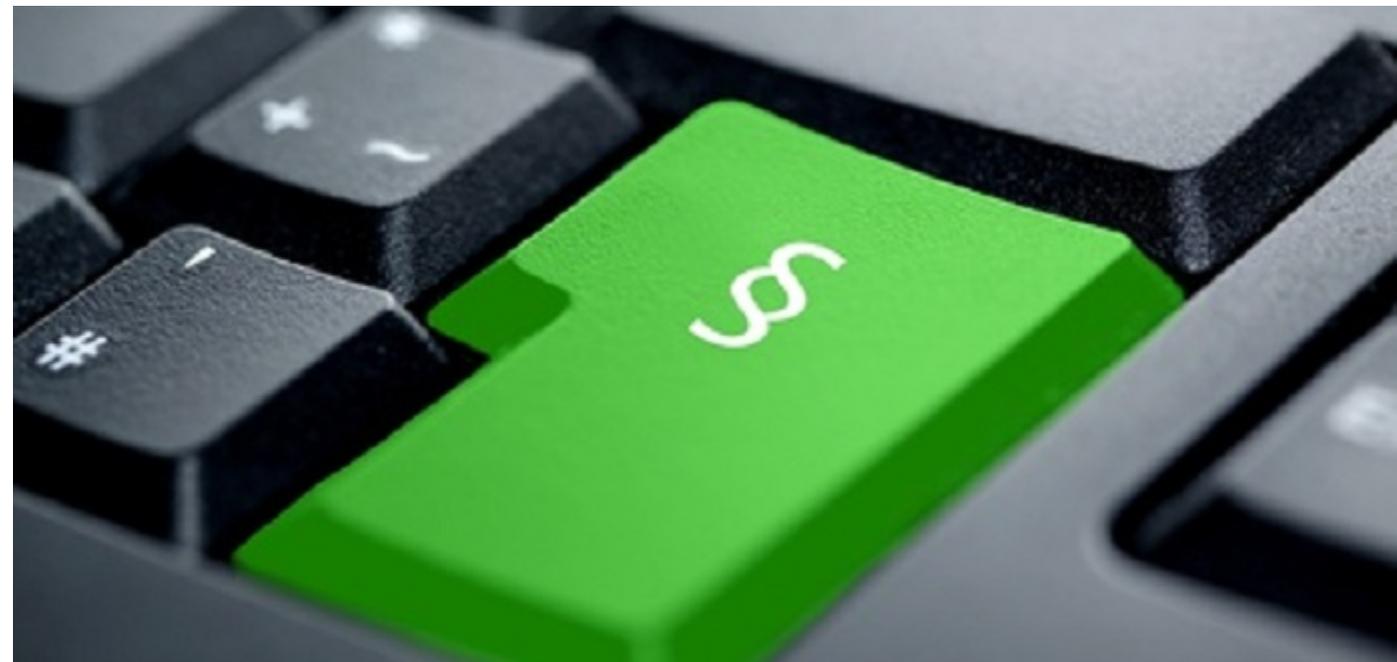


Revidiertes Betäubungsmittelgesetz (rev.BetmG)

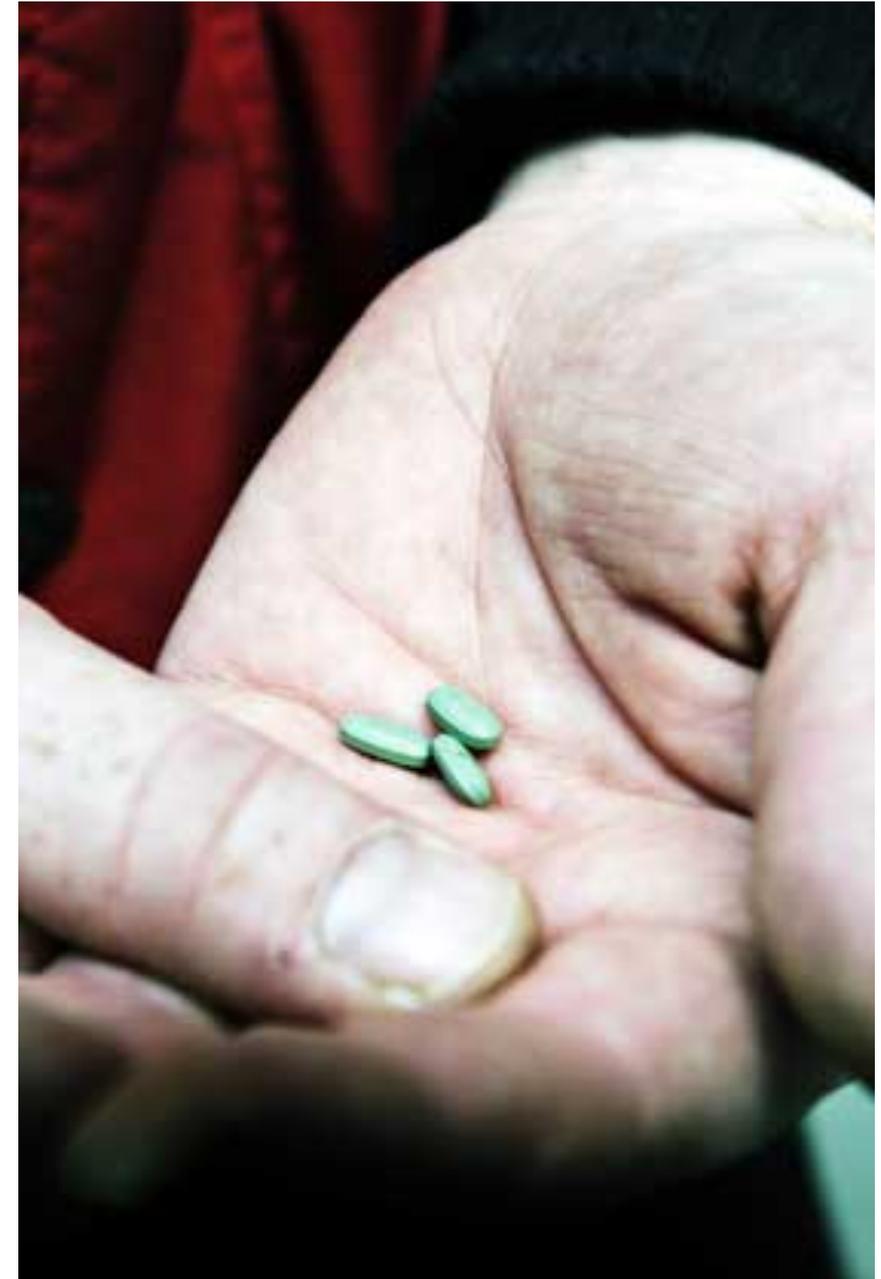
- alle psychotropen Substanzen mit off-label use sind meldepflichtig (im Kanton SG noch nicht umgesetzt)

bzw.

- im Rahmen von SGB bewilligungspflichtig (Meldung an Kantonsarzt)



Missbrauch

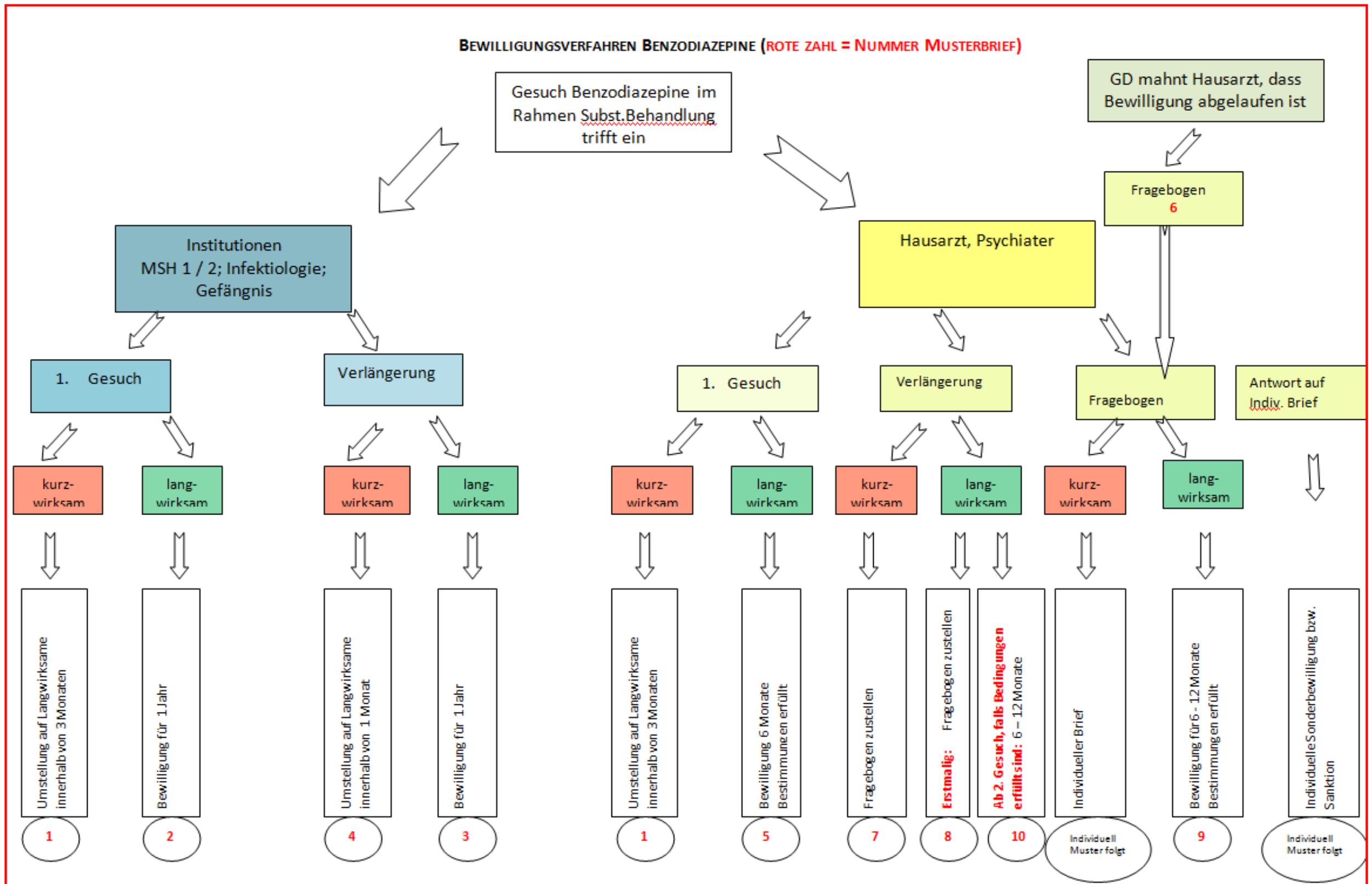


Die Sicht des Kantonsarztes

- Missbrauch verhindern
- Methoden:
 - Abgabe möglichst engmaschig (anfänglich tgl./ Apotheke?)
 - wenig 'attraktive' Substanz
 - langsam anflutende Substanz: z.B. Rivotril, Xanax ret.
 - Behandlungsvereinbarung: realistische Zielsetzung
- Bewilligung je nach Substanz
 - kurzwirksames Benzo -> 1 – 3 Monate
 - langwirksamens Benzo -> 6 Monate
- Verlängerungsgesuch: Fragebogen an Arzt
 - Abgabe? Indikation? 2. Meinung? Missbrauchsrisiko?
- Kann zu Langzeitbewilligung für 1 Jahr führen



Die Sicht des Kantonsarztes



THEMEN

1. take home message
2. Benzodiazepine: Grundlagen
3. Pragmatik: Fallbeispiel
4. Gesetzgebung
- 5. Therapeutisches Ideal, Fachwissen**
6. Empfehlungen: best practice 2014



Therapeutisches Ideal

Die beste
aller Welten

- Alle psychischen Störungen sind heilbar oder wenigstens deutlich beeinflussbar
- Sekundäre Folgeschäden lassen sich vermeiden (Armut, Einsamkeit, Traumata) bzw. korrigieren
- Es gibt genug Psychotherapeuten (und Anwälte)
- Pat. haben gute Compliance
- Pat. akzeptiert allfällige NW einer anderen medikamentösen Therapie (Antidepressiva, Neuroleptika)



Anke Ehlers

Post- traumatische Belastungs- störung



PTBS
unsichtbar verwundet

Zweitmeinung: Wo sind die Psychiater?

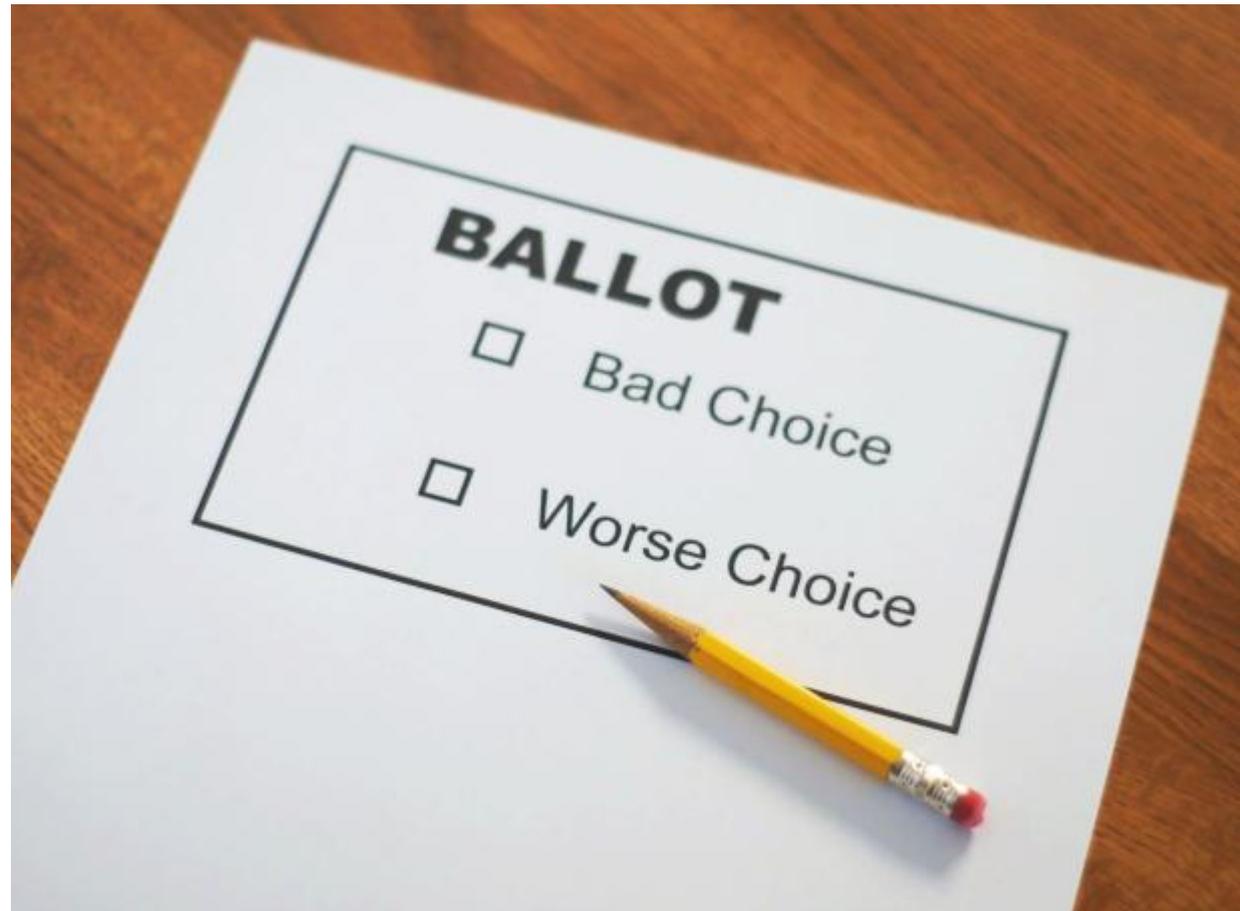
- Ziel:
20 – 30 ambulant tätige Psychiater,
die sich bereit erklären, Hausärzte
zu unterstützen
- Psych. Co-Morbiditäten (Doppeldiagnosen)
- Überprüfung / Anpassung Medikation
- ‚doctor holiday‘
- In Einzelfällen: längerdauernde Psychotherapie



Alternativen zu Benzos?



Benzos ev. das kleinere Übel



Benzos ev. das kleinere Übel



Erfahrungs-“Wissenschaft“

- "Wie auch im letzten Bericht beschrieben führten die länger wirksamen Benzodiazepine zu einer Stabilisierung bezüglich Alkoholkonsum. Der Abbau von Benzodiazepinen hätte mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Zunahme des Alkoholkonsums zur Folge, was für seine belastete Leber sicherlich schlechter wäre".
- Erfahrung MSH 1 / MSH 2: ca. 1/3 der PatientInnen haben zusätzlich ein Benzodiazepin -> deutliche Stabilisierung; z.T. erst jetzt Zusammenarbeit möglich



Die Sicht der „wissenschaftlichen“ Suchtmedizin

RESULTATE AUS DER BEGLEIT-EVALUATION DER METHADONBEHANDLUNGEN IM KANTON ZÜRICH

NR 18; Juli 2012

Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Benzodiazepine in Substitutionsbehandlungen

VON RUDOLF STOHLER, CARLOS NORDT, CARLO CAFLISCH, MICHAEL LIEBRENZ, MARCUS HERDENER, LUKAS BOESCH

Einleitung

Untersuchungen von opioidsubstituierten Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Ländern zeigen übereinstimmend, dass zwischen 18-55% regelmässig Benzodiazepine gebrauchen - zum Teil in grotesk hohen Dosierungen [1]. Die meisten Untersuchungen finden, dass ein Zusatzkonsum von Benzodiazepinen mit einem ungünstigeren Verlauf von Substitutionsbehandlungen assoziiert ist. Ob dieser Assoziation eine (teilweise) kausale Beziehung zugrunde liegt oder ob Patienten mit ausgeprägteren Pathologien häufiger zu Benzodiazepinen greifen, ist unklar. Beispielsweise hat eine Untersu-

Zwischen 1998 und 2011 ist eine Verschiebung des Anteils gelegentlichen Konsums zu häufigem Benzodiazepinekonsum festzustellen. Der Benzodiazepinekonsum ist zu Behandlungsbeginn und zu Behandlungsende höher als während der Substitutionsbehandlung. Wie bereits in einer früheren Forschungsmitteilung berichtet [2], ist der Benzodiazepinekonsum höher, je höher die tägliche Methadondosis ist.

Zudem ist der Benzodiazepinekonsum bei Behandlungen durch Niedergelassene höher als wenn die Behandlung in Institutionen erfolgt. Weiter ist der Benzodiazepinekonsum höher, je mehr vorgängige Substitutionsbehandlungen eine Person hatte.

zyklen. Die gesundheitlichen Auswirkungen immer wieder scheiternder Entzugsbehandlungen sind wenig untersucht; vermutet kann aber werden, dass sie nicht weniger schädlich sind als es eine Substitutionsbehandlung mit einem Benzodiazepin wäre, das in „vertretbarer“ Dosierung über eine lange Zeit verschrieben wird. So verglichen Weizman und Kollegen die Auswirkungen einer Entzugsbehandlung mit Clonazepam mit denjenigen einer Erhaltungsbehandlung mit der gleichen Substanz über ein Jahr in einer Gruppe methadonbehandelter Patientinnen und Patienten. 78% derjenigen in der „Substitutionsbehandlung“ waren in der Lage, keine weiteren Benzodiazepine zu gebrauchen und sich

Die Sicht der Schweiz. Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM

IV 7.6 Benzodiazepine BZD (inklusive Z-Substanzen)

Viele SGB-Patienten erhalten BZD verschrieben, in der Regel zur Behandlung von Ängsten, Schlafstörungen oder zur Substitution einer BZD-Abhängigkeit, im Sinne eines «Maintenance treatment» [1-3]. Die Verordnung erfolgt trotz der bekannten Risiken von kognitiven Beeinträchtigungen, insbesondere mnesticen Störungen, Unfällen, Überdosierungen und Abhängigkeit [3,4]. Nicht verschriebener BZD-Gebrauch ist ebenfalls häufig [5]. Er kann teils als Selbstmedikation verstanden werden [6,7] und kann mit der subjektiven Einschätzung adäquater Substitutionsdosierung im Zusammenhang stehen [8].

Eine relativ kleine Gruppe entwickelt eine schwere BZD-Abhängigkeit mit Einnahme von zum Teil grotesk hohen Dosen und entsprechend schweren kognitiven Beeinträchtigungen. Die Behandlung dieser Patienten stellt eine besondere Herausforderung dar [9].

Untersuchungen belegen, dass der BZD-Konsum mit einem ungünstigeren Verlauf der SGB assoziiert ist [3,4,12]. Der kausale Zusammenhang ist umstritten, da diese Patienten im Allgemeinen schwerer krank sind (tieferes soziales Niveau, häufiger polytoxikomanes Konsummuster, mehr und schwerere somatische und psychische komorbide Störungen) [3,10].

Der Abbau von BZD-Gebrauch erfolgt am besten mittels einer graduellen Dosisreduktion kombiniert mit psychotherapeutischer Unterstützung, für alternative pharmakologische Möglichkeiten gibt es kaum Evidenz [11]. Über den Langzeiteffekt stationärer BZD-Entzüge existiert nur eine kleine Studie, die keinen nachhaltigen Effekt auf den längerfristigen BZD-Beigebrauch zeigt [12]. Für BZD gebrauchende SGB-Patienten, die über lange Zeit keinen Erfolg mit der Reduktion ihres Konsums haben, wird ein Substitutionsansatz vorgeschlagen [9]. Letztere Empfehlung basiert auf theoretischen Überlegungen und einer sehr breiten klinischen Erfahrung von Zentren und niedergelassenen Ärzten, die hierfür meistens Benzodiazepine mit einer langen Halbwertszeit einsetzen. Klinische Studien zur Benzodiazepinsubstitution fehlen.

BZD und Zolpidem sind kontrollierte Substanzen des Verzeichnisses b der Betäubungsmittelverzeichnisverordnung (BetmVV-EDI, SR 812.121.11). Nach Artikel 2b & 3e Absatz 1 BetmG dürfen diese Substanzen für die Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen nur mit einer kantonalen Bewilligung verschrieben, abgegeben oder verabreicht werden. BZD wie auch Zolpidem können aber mit normalem Rezept verschrieben werden, ein Betäubungsmittelrezept ist nicht notwendig. Im Übrigen richtet sich das Bewilligungsverfahren nach den Bestimmungen der Betäubungsmittelkontrollverordnung (BetmKV, 812.121.1).



Schweizerische Eidgenossenschaft
 Confédération suisse
 Confederazione Svizzera
 Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

VKS

AMCS

Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz
 Association des médecins cantonaux de Suisse
 Associazione dei medici cantonali della Svizzera
 Associaziun dals medis chantunals da la Svizra
 Swiss Association of Cantonal Officers of Health

• S • S • A • M •

Swiss Society of Addiction Medicine
 Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin
 Société Suisse de Médecine de l'Addiction
 Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze

KAV / APC

KAV Kantonsapothekervereinigung
 APC Association des pharmaciens cantonaux

Leitgedanken: Praxis Benzodiazepine und ähnliche Medikamente¹



Leitgedanken:

Praxis Benzodiazepine und ähnliche Medikamente ("Z"-Medikamente)

Einem humanistischen und freiheitlichen **Menschenbild** verpflichtend, dürfen hilfreiche, wirksame und zweckmässige Substanzen - wegen dem Missbrauch durch eine kleine Gruppe - nicht verboten oder deren Einsatz eingeschränkt werden.

Benzodiazepine und ähnliche Medikamente müssen nach den Regeln ärztlichen Handelns und der pharmakologischen Wissenschaft eingesetzt werden.



Leitgedanken:

Praxis Benzodiazepine und ähnliche Medikamente ("Z"-Medikamente)

Benzodiazepine sind sichere, wirksame und hilfreiche Substanzen

Benzodiazepine sind sichere und **wirksame Substanzen mit wenig Nebenwirkungen und einer niedrigen Toxizität**. Sie sind seit vielen Jahren bekannt und werden von Spezialärzten und Ärzten aus der Grundversorgung erfolgreich eingesetzt und angewendet.

Benzodiazepine sind **hilfreiche Substanzen**. Für ihren Einsatz gibt es **klare Indikationen**. Sie sollen nur über **kurze Zeit** verschrieben werden. Auf dem Rezept sind die korrekte Einzeldosis und die maximale Tagesdosis anzugeben. Es sollen in der Regel nur **Kleinpackungen** verschrieben und abgegeben werden.



Leitgedanken:

Praxis Benzodiazepine und ähnliche Medikamente ("Z"-Medikamente)

Benzodiazepine werden nach den Regeln ärztlichen Handelns und den Regeln der pharmakologischen Wissenschaften eingesetzt

Der sorgfältige Einsatz von Benzodiazepinen erfolgt nach den üblichen Regeln mit denen Ärzte und Pharmazeuten arbeiten.

Einer Behandlung muss eine Abklärung, Diagnose und Indikationsstellung vorausgehen. Der Erfolg der Behandlung wird regelmässig überprüft.

Patienten werden über Wirkungen, Nebenwirkungen und das Missbrauchspotential aufgeklärt.



Leitgedanken:

Praxis Benzodiazepine und ähnliche Medikamente ("Z"-Medikamente)

Benzodiazepine können missbräuchlich konsumiert werden

Benzodiazepine haben ein Missbrauchspotential.

Bei Menschen die die Kontrolle über den Konsum der Benzodiazepine verlieren, ist eine erneute sorgfältige **Abklärung, Beurteilung und Indikationsstellung** angezeigt.

Sind zusätzliche psychische Probleme (**komorbide Störungen**) vorhanden, müssen diese **erkannt und adäquat behandelt** werden.

Die Dosisreduktion hat sorgfältig und nicht zu schnell zu erfolgen.



Leitgedanken:

Praxis Benzodiazepine und ähnliche Medikamente ("Z"-Medikamente)

Benzodiazepine sollen differenziert eingesetzt werden

Eine kleine Gruppe sind Hochdosiskonsumenten.

Hier ist das Einholen einer **Zweitmeinung** bei einer dazu spezialisierten Suchthilfeeinrichtung oder erfahrenen Fachperson angezeigt.

Für **kurz wirkende Benzodiazepine** gibt es in der **Allgemeinmedizin und der Psychiatrie nur sehr eingeschränkte Indikationen**. Diese haben durch die rasche Anflutung ein erhebliches Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential und führen zu Rebound-Phänomenen. **Auf kurz wirkende Benzodiazepine soll deshalb verzichtet werden.**

Die **Umstellung von kurzwirkenden auf langwirkende Benzodiazepine** und die kontrollierte Abgabe der Substanzen ist bei Substanzmissbrauch und -abhängigkeit in der Regel sinnvoll.

Bei der Behandlung von alten Menschen mit Benzodiazepinen, muss auf die Gefahr der Akkumulation geachtet werden. Hier sind Benzodiazepine mit mittlerer Wirkdauer angezeigt.



Leitgedanken:

Praxis Benzodiazepine und ähnliche Medikamente ("Z"-Medikamente)

Benzodiazepine unterliegen in Substitutionsbehandlungen besonderen Bestimmungen

Im **Kontext von substitutionsgestützten Behandlungen** mit Opioiden (Methadon, Buprenorphin, Morphin, Diaphin) regelt das Betäubungsmittelgesetz den Umgang mit Benzodiazepinen. Sie sind als Begleitmedikation einer substitutionsgestützten Behandlung **bewilligungspflichtig** (BetmG Art. 2 & Art. 3e, BetmKV Art. 46 Abs. 3 & Art. 48, BetmSV Art. 9) Die zuständigen kantonalen Behörden kontrollieren die Einhaltung dieser Vorgabe und können bei Bedarf disziplinarisch vorgehen.

Benzodiazepine sind bei der Behandlung ausserhalb der substitutionsgestützten Behandlung, **ohne anerkannte Indikation, meldepflichtig** (BetmG Art. 11 Abs. 1bis, BetmKV Art. 49).



Benzo und Demenz?



thebmj Research ▾ Education ▾ News & Views ▾ Campaigns

Research

Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study

BMJ 2014 ; 349 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5205> (Published 09 September 2014)
Cite this as: *BMJ* 2014;349:g5205

[Article](#) [Related content](#) [Metrics](#) [Responses](#) [Peer review](#)

Sophie Billioti de Gage, PhD student¹, Yola Moride, professor^{2,3}, Thierry Ducruet, researcher², Tobias Kurth, director of research^{4,5}, H el ene Verdoux, professor^{1,6}, Marie Tournier, associate professor^{1,6}, Antoine Pariente, associate professor¹, Bernard B egaud, professor¹

[Author affiliations ▾](#)

Correspondence to: S Billioti de Gage sophie.billioti-de-gage@u-bordeaux.fr

Accepted 4 August 2014

Benzo und Demenz?

FAZJOB.NET FAZSCHULE f t FAZ.NET F.A.Z.-E-PAPER F.A.S.-E-PAPER
HERAUSGEGEBEN VON WERNER D'INKA, BERTHOLD KOHLER, GÜNTHER NONNENM

Rosettas Kometen-Mission

Frankfurter Allgemeine Wissen
Mittwoch, 12. November 2014

POLITIK WIRTSCHAFT FINANZEN FEUILLETON SPORT GESELLSCHAFT STIL TECHNIK & MOTOR

Home > Wissen > Medizin > Benzodiazepine unter Demenz-Verdacht: Vergesslich durch Beruhigungsmittel?

Benzodiazepine unter Demenz-Verdacht
Vergesslich durch Beruhigungsmittel?

Sie werden millionenfach gegen Angst und innere Unruhe genommen: Benzodiazepine wie etwa Valium und Tavor. Jetzt haben Forscher plötzlich einen Zusammenhang zu Alzheimer entdeckt.

10.09.2014, von MARTINA LENZEN-SCHULTE



© DPA

Benzodiazepine viel zu lange sorglos verschrieben?



Handelsblatt Finanzen Unternehmen Politik Technologie Auto Meinung

IT + Telekommunikation Forschung + Medizin Energie + Umwelt

Frage der Woche Energie Gesundheit Nachgeforscht Fünf Fragen an... Start-up der W

ARTIKEL KOMMENTARE (2)

STUDIE

Benzodiazepine könnten Alzheimer-Risiko erhöhen

Das Risiko wächst mit der Dauer der Einnahme bestimmter Beruhigungsmittel. Das haben Forscher in eine herausgefunden. Um einen eindeutigen Zusammenhang zu bestätigen, sind aber weitere Untersuchungen



Menschliches Gehirn: Benzodiazepine könnten das Risiko an Alzheimer zu erkranken erhöhen.
Quelle: dpa

Das Techno
Eine Initiative von Handels

Fünf Fragen an



Gesundheit



ÄrzteZeitung

Home Politik & Gesellschaft Medizin Praxis & Wirtschaft Panorama Kongress

Krankheiten Fachbereiche Specials

Sie befinden sich hier: Home > Medizin > Krankheiten > Demenz

Ärzte Zeitung, 01.10.2014
Kommentieren (1) ★★★★★ Twitter 13

Erhöhtes Alzheimer-Risiko

Benzodiazepine unter Verdacht

Wer Benzodiazepine einnimmt, könnte damit sein Risiko für Alzheimer erhöhen. Neue Daten legen einen kausalen Zusammenhang nahe.

Von Beate Schumacher



Bei (früheren) Anwendern von Benzodiazepinen wird häufiger Alzheimer Demenz diagnostiziert.

Benzo und Demenz?



Peer reviewed independent non-profit publication
without advertising

- Home
- pharma-kritik
- infomed-screen
- 100 Drugs
- Bad Drug News
- telegramm
- Bes

BAD DRUG NEWS

Erhöhen Benzodiazepine das Alzheimer-Risiko?

Autor(in): Urspeter Masche

Datum: 1. Oktober 2014

Eine Fall-Kontroll-Studie aus Kanada kommt zum Schluss, dass die Einnahme von Benzodiazepinen mit einem erhöhten Risiko behaftet ist, an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken. Die Personen in der Fall-Gruppe – knapp 1800 Patienten und Patientinnen mit einer Alzheimer-Erkrankung – hatten in ihrem Leben signifikant häufiger Benzodiazepine verwendet als diejenigen der Kontroll-Gruppe («Odds Ratio» 1,51, 95% CI 1,36–1,69). Das Risiko korrelierte mit der kumulativen Dosis sowie mit der Halbwertszeit der eingesetzten Benzodiazepine.



THEMEN

1. take home message
2. Benzodiazepine: Grundlagen
3. Pragmatik: Fallbeispiel
4. Gesetzgebung
5. Therapeutisches Ideal, Fachwissen
- 6. Empfehlungen: best practice 2014**



Empfehlungen / best practice 2014

- Das Wichtigste bleibt die Beziehung
- Therapeutische Freiheit, v.a. in „palliativen“ Situationen
- Wenn möglich auf Benzos verzichten
- Indikationen für Dormicum gibt es nur in der Anästhesie
- Als Arzt ein ‚Benzo-Image‘ aufbauen und pflegen, Missbrauch verhindern
- Wenn Benzo „off-label“, dann:
 - Zweitmeinung; Ko-Morbidität?
 - Bewilligung im Rahmen von SGB, sonst Meldung
 - Kontrollierte Abgabe engmaschig
 - Langsam anflutende und langwirksame Benzos



Besten Dank



T

