
Soziale Probleme

Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle

19. Jahrgang, 2008, Heft 2

Soziologie psychischer Störungen

- Eine schwierige Beziehung – Psychische Störungen als Thema soziologischer Analysen
Axel Groenemeyer 113
- Die Bedeutung der Soziologie psychischer Gesundheit und Krankheit
im Zeitalter der biologischen Psychiatrie
Reinhold Kilian 136
- „Geisteskrankheit“ als hartnäckige Aushandlungsniederlage –
Die Unausweichlichkeit der Durchsetzung von Definitionen sozialer Realität
Michael Dellwing 150
- „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen – Eine Sucht wie jede andere?
Wichard Puls 172

Rechtfertigungen und Neutralisierungstechniken

- Die Rechtfertigung abweichenden Verhaltens von Heranwachsenden im sozialen Kontext
Steffen Zdun 194
- Rechtfertigungen und sexuelle Gewalt. Eine experimentelle Studie
Heiko Rauhut und Ivar Krumpal 219



CENTAURUS
Verlag & Media KG

ISSN 0939-608X

„Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen – Eine Sucht wie jede andere?

von Wichard Puls

Zusammenfassung

Während das Konzept der Benzodiazepinabhängigkeit (BZDA) zunächst naturwissenschaftlich fundiert wirkt und sich auf neurobiologische Modelle stützen kann, so zeigt eine historische Rekonstruktion, dass die Psychiatrie sich eher an einem Konstruktionsprozess beteiligt, der nur partiell den Kriterien der evidenzbasierten Medizin folgt und eher Tendenzen eines gesamtgesellschaftlichen Diskurses aufgreift. In der Perspektive der evidenzbasierten Medizin gibt es durchaus Indikationen, die unter bestimmten Bedingungen eine dauerhafte Behandlung mit BZD vertretbar erscheinen lassen. Diese Manipulation der „Seele“ ist aber weder bei der Bevölkerung noch in der Psychiatrie beliebt. Befürchtet wird – obwohl wissenschaftlich nicht bewiesen – eine dauerhafte Veränderung der Persönlichkeit und eine „Sucht“. Damit wird nicht in Frage gestellt, dass es eine BZDA geben kann; allerdings ist das Risiko abzuwägen gegen die Nebenwirkungen der Substanzen die in der Psychopharmakologie üblicherweise zur Anwendung kommen und es ist – ähnlich wie bei Opiaten – kein definitives Ausschlussargument für eine medizinische Verwendung. Es ist eine Tendenz zu konstatieren, auf die Verordnung von BZD generell zu verzichten, die nur partiell durch die evidenzbasierte Verwendung von alternativen Psychopharmaka (Antidepressiva) und durch eine Überschätzung der Psychotherapie eine vermeintliche Stützung erfährt. Diese Tendenz lässt sich dauerhaft in den Lehrbüchern der Psychopharmakologie verfolgen, obwohl es bis heute keine wirklich evidenzbasierten Studien hierzu gibt und macht deutlich, dass auch die Psychiatrie Strömungen gesellschaftlicher Tendenzen unterliegt mit zum Teil zweifelhaften Konsequenzen für die Behandlungsqualität.

1. Einleitung

Nicht viele menschliche Verhaltensweisen sind so mit Vorurteilen, vermeintlichem Wissen, Ängsten und Tabus behaftet wie das Suchtverhalten. Die Medien und auch ein Teil der populärwissenschaftlichen Literatur vermitteln neben fragwürdigen Informationen über diese Erkrankung zudem den Eindruck, dass immer mehr Menschen sich der von ihnen erlebten Reizüberflutung und Hektik des Alltags, der Sinnlosigkeit und Leere durch eine Flucht in den Rausch entziehen. Dieses Vermeidungsverhalten verbreite sich zunehmend auf zahlreiche Facetten des Lebens: neue Suchterkrankungen werden „entdeckt“ (z. B. stoffungebundene Süchte wie Arbeitssucht, Kaufsucht usw.), eingehend beschrieben und diskutiert (vgl. den kri-

tischen Überblick bei Gross 1992; Renn 1986). Der skizzierte Trend einer zunehmenden Ausweitung des Suchtkonzeptes auf neue Lebensbereiche kulminiert in der Behauptung, dass generell die unterschiedlichen Formen des Suchtverhaltens in einer „betäubten Gesellschaft“ zur Alltagsbewältigung verwendet werden und für viele Menschen inzwischen unverzichtbar geworden seien (vgl. Bode 1984; Korczak 1986). So findet sich in der populärwissenschaftlichen Literatur das Schlagwort von dem „Zeitalter der Sucht“, in dem sich die moderne (westliche) Gesellschaft angeblich befindet (Schaef 1994). Dabei wird oft der modernen Industriegesellschaft relativ undifferenziert ein „Suchtpotential“ zugeschrieben oder gleich von einer „Suchtgesellschaft“ gesprochen (vgl. die kritische Diskussion dieser These bei Renn 1986: 111).¹

Diesem öffentlichen Interesse entsprechend gibt es eine nicht mehr zu überblickende Fülle von Publikationen (populär-)wissenschaftlicher Art zu diesem Thema, die zum Teil eine intensivere Beschäftigung mit der Thematik eher erschweren als unterstützen. Die Quantität der Publikationen verdeckt, dass das gesicherte Wissen eher spärlich ist (vgl. Renn 1986). Ob dies auch für das Konzept der „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen gilt, einer besonderen Variante der Medikamentenabhängigkeit, soll hier diskutiert werden. Diese These wirkt zunächst befremdlich, denn es existiert ein relativ gut gesichertes neurobiologisches Erklärungsmodell.² Es wird angenommen, dass etwa 4-5 Prozent aller in Deutschland verordneten Arzneimittel ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial besitzen (Glaeske 2006). Die Risiken und Auswirkungen von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial wären demnach beträchtlich. Mit geschätzten 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen gäbe es in Deutschland ähnlich viele Medikamentenabhängige wie Alkoholabhängige, wenn diese Einschätzung zutreffend wäre (vgl. auch Glaeske 2008).

In diesem Beitrag soll das Konzept der „Medikamentenabhängigkeit“ kritisch beleuchtet werden, wobei sich die Diskussion auf die „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen (BZD) beschränkt. Im ersten Schritt wird das Konzept des Missbrauchs und der Abhängigkeit präzisiert. Im zweiten Schritt wird das Konzept auf den Bereich der Medikamentenabhängigkeit bzw. der „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen übertragen und skizziert, welche Probleme dabei entstehen. Zur Lösung dieses Problems wird die Position der „Leitlinien“ im Sinne der evidenzbasierten Medizin skizziert. Es wird dann betrachtet, wie sich diese Position in Lehrbüchern bzw. der Verwaltungspraxis niederschlägt und schließlich wird versucht, eine Art „Bilanz“ zu ziehen.

2. Definition des Missbrauchs und der Abhängigkeit

Da der Begriff der „Sucht“ jegliches krankhaft gesteigerte Bedürfnis oder übersteigerte Streben umfasst und deshalb definitorisch schwer zu fassen ist, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1964 beschlossen, auf den Begriff „Sucht“ im Zu-

sammenhang mit der Einnahme von chemischen Substanzen völlig zu verzichten und ihn durch den der „Abhängigkeit“ zu ersetzen.³ Eine begriffliche Klärung des Abhängigkeitskonzeptes findet sich z. B. im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)“ der American Psychiatric Association (deutsche Version: Saß et al. 1996), das – zumindest im wissenschaftlichen Bereich – inzwischen weltweit Anerkennung gefunden hat, während im klinischen Bereich eher die ICD-10 (International Classification of Diseases) bevorzugt wird. Allerdings haben sich die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung und die Weltgesundheitsorganisation während der Entstehungsprozesse von DSM-IV und ICD-10 um eine enge Abstimmung bemüht. Eine weitgehende – allerdings nicht vollständige – Kompatibilität ist dadurch gegeben (Saß et al. 1996: XI).⁴

Als deskriptives Manual bringt das DSM-IV dem Fachgebiet der Abhängigkeiten eine nachvollziehbare praxisrelevante, klare Gliederung und weist substanzunspezifische oder substanzfreie Verhaltensexzesse (die alltagsprachlich häufig als Sucht oder Abhängigkeit bezeichnet werden) an entsprechendem Ort als Essstörung, Störung der Impulskontrolle (pathologisches Spielen, Kleptomanie) bzw. Paraphilie („sexuelle Abhängigkeiten“) aus. Demnach ist Abhängigkeit immer gleichzusetzen mit Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen und von den genannten Verhaltensweisen abzugrenzen. Das DSM-IV (deutsche Version) definiert Substanzabhängigkeit folgendermaßen: Das Hauptmerkmal der *Substanzabhängigkeit* ist ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, die anzeigen, dass das Individuum den Substanzgebrauch trotz einschneidender substanzbezogener Probleme fortsetzt. Es liegt ein Muster wiederholter Substanzanwendung vor, das normalerweise zu Toleranzentwicklung, Entzugerscheinungen und dem unwiderstehlichen Drang („craving“) zur Drogeneinnahme führt (Saß et al. 1996: 223). Im DSM-IV werden insgesamt sieben Kriterien aufgeführt, von denen drei in einem 12-Monats-Zeitraum erfüllt sein müssen, um von einer Substanzabhängigkeit sprechen zu können: Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Einnahme der Substanz in großen Mengen oder länger als ursprünglich beabsichtigt, Unfähigkeit, den Konsum zu kontrollieren oder zu reduzieren, hoher Zeitaufwand bei der Beschaffung der Substanzen, Einschränkung sozialer oder beruflicher Aktivitäten und fortgesetzter Missbrauch trotz des Wissens um ein körperliches oder medizinisches Problem, das durch den Konsum verursacht oder verstärkt wird. Die Unterschiede zwischen den Diagnosekriterien im DSM-IV und im ICD-10 sind in Tabelle 1 wiedergegeben.

Demgegenüber wird *Substanzmissbrauch* als ein fehlangepasstes Muster von Substanzgebrauch definiert, „das sich in wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen infolge des wiederholten Substanzgebrauchs manifestiert. Diese können wiederholtes Versagen bei wichtigen Verpflichtungen, wiederholter Gebrauch auch in Situationen, in denen es zu körperlicher Gefährdung kommen kann, verschiedenste Probleme mit dem Gesetz und immer wieder auftretende soziale und zwischenmenschliche Probleme sein Diese Probleme müssen wiederholt

während derselben 12 Monatsperiode auftreten“ (ebd.: 228). Die Kriterien einer Substanzabhängigkeit dürfen zu keinem Zeitpunkt erfüllt gewesen sein.

Tabelle 1: *Vergleich der diagnostischen Kriterien für eine Abhängigkeit von Sedativa oder Hypnotika nach ICD-10 und nach DSM-IV*

	<i>ICD-10</i> Mindestens drei der Kriterien innerhalb von 12 Monaten für mindest. einen Monat	<i>DSM-IV</i> Mindestens drei Kriterien innerhalb von 12 Monaten
Zwang zur Einnahme	Ja	Nein
Toleranz	Ja	Ja
typische Entzugssymptome	Ja	Ja
Einnahme mehr oder länger als geplant	Nein	Ja
Kontrollverlust	Ja	Ja
viel Zeit für Beschaffung, Zufuhr ohne Erholung	Ja	Ja
Aufgabe von Aktivitäten	Nein	Ja
Fortgesetzter Konsum trotz Schaden	Ja	Ja

Quelle: Poser et al. 2006

In sozialwissenschaftlicher Sicht ist diese Definition bzw. sind die genannten Kriterien in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert: (1) Die Definition einer Abhängigkeit hat außer der medizinisch-psychologischen Dimension eine soziologische Komponente. Wenn z. B. die Nichterfüllung „wichtiger“ beruflicher oder sozialer Aktivitäten als Folge des Konsums zum Teil des Kriterienkatalogs gemacht wird, dann erfolgt bei dieser Definition ein Rückgriff auf das gesellschaftliche Wertesystem (vgl. Bode 1984; Dörner 1981; Renngli/Tanner 1994). Entsprechendes gilt für die diagnostischen Kriterien, die eher deskriptiv gehalten sind.

Die Kriterien sind trotzdem immer noch deutlich kulturabhängig und an den Konventionen der westeuropäischen und amerikanischen Diagnosevorstellungen orientiert. Der Prozess der Diagnose ist deshalb in nicht unerheblichem Maße normen- und situationsabhängig (vgl. Szasz 1978; Scheff 1980). Hierin unterscheidet sich das DSM-IV von der ICD-10, die grundsätzlich versucht, keine psychosozialen Kriterien bei der Erstellung der Diagnose zu verwenden (Saß et al. 1996: XII). Dies wird bei der ICD-10 damit begründet, dass es als weltweit anwendbares Kodierungssystem gegenüber kulturellen Besonderheiten invariant ist. (2) Problematisch war lange Zeit auch die empirische Absicherung der Klassifikationssysteme. Allerdings bemüht man sich zunehmend um eine empirische Fundierung, so dass die früher geäußerte Kritik heute nicht mehr in vollem Umfang zutrifft, dass diese diagnostischen Kriterien einen psychiatriepolitischen Kompromiss darstellen, „da aus allgemein- und psychiatriepolitischen Gründen kontroverse Standpunkte unter

Preisgabe von Klarheit und Logik in ein und dasselbe Diagnosesystem aufgenommen werden mussten“ (Kisker et al. 1987: 36). Trotz dieser Anstrengungen lassen sich diese Definitionen der „Abhängigkeit“ bzw. des „Missbrauchs“ auf die „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen nur partiell übertragen.

3. Zum Konzept der „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen

Während es Verläufe gibt, die den angeführten Kriterien exakt entsprechen, so liegt hier eine Besonderheit darin, dass es bei Benzodiazepinen auch eine Niedrigdosisabhängigkeit (*low-dose-dependency*) gibt, d. h. obwohl sich die Medikation im therapeutischen Bereich bewegt, kommt es trotzdem in manchen Fällen zu einer Toleranzentwicklung mit einhergehendem Wirkungsverlust bei der gewohnten Einnahmemenge sowie charakteristischen Entzugssymptomen bei einem Absetzen des Medikaments. Das Risiko erhöht sich mit der Dauer der Einnahme. Nach langjährigem Gebrauch entwickeln – wie die Autoren der Leitlinie meinen – vermutlich die Hälfte der Dauernutzer eine Abhängigkeit mit Entzugssyndrom (Poser et al. 2006). Liegen keine zusätzlichen Abhängigkeitssymptome vor, wird die Niedrigdosisabhängigkeit jedoch durch die gebräuchlichen diagnostischen Kriterien nicht erfasst, d. h. eine Toleranz, eine Einnahme mehr oder länger als geplant, Kontrollverlust, eine Ausdehnung der Zeit für Beschaffung, Zufuhr oder Erholung, eine Aufgabe von Aktivitäten und fortgesetzter Konsum trotz Schaden sind nicht zu erkennen. Ein Absetzen der Medikamente gelingt oft dennoch nicht, da die auftretenden Entzugserscheinungen als erneutes Auftreten der Ausgangsbeschwerden gedeutet werden und der Konsum wieder aufgenommen wird.

Das Problem besteht vereinfachend darin, dass trotz der „biologischen“ Abhängigkeit die psychosoziale Dimension der Abhängigkeit bzw. des Missbrauchs nicht erfüllt ist, d. h. es tritt in der Regel keine psychosoziale Dekompensation auf und es fehlt auch – wenigstens bei einem Teil der Patienten – die Tendenz zur Dosissteigerung. Die Rate der Patienten, die die Dosis erhöhen, lag einer amerikanischen Studie bei 2.440 Patienten nur bei 1,6 Prozent (Soumerai et al. 2003; vgl. Glaeske 2008: 91). Allerdings vermutet man in der typischen Trias aus affektiver Indifferenz, kognitiv-mnestischen Defiziten und körperlicher Schwäche das Risiko im Niedrigdosisbereich. Mit wachsender Lebenszeit-Dosis steigt das Ausmaß dieser Folgeerscheinungen. Dies stelle nach Ansicht der Autoren der Leitlinie das eigentliche Problem bei der Langzeiteinnahme dar. Die Hochdosisabhängigkeit beschleunigt diese Entwicklung nur (Holzbach 2006; Poser et al. 2006).⁵

Es sind deshalb ergänzend Kriterien formuliert worden, die vor allem die Diagnostik eines „problematischen Konsums“ von Sedativa/Hypnotika erleichtern sollen. Zu diesen indirekten Zeichen gehören: Medikamentenbeschaffung durch Dritte, Medikamentenbeschaffung durch Privatrezept bei gesetzlich Krankenversicherten, Rezeptfälschungen, Medikamentenerschleichungen und Medikamentendiebstähle, kritiklose Euphorie, dysphorisch-depressive Verstimmung als Medikations-

folge, Umschlag der Wirkung, d. h. Schlafmittel werden benötigt, um wacher zu werden, Wurstigkeit, Kritikverlust, affektive Nivellierung etc. als Medikationsfolge paradoxe Wirkung (motorische Erregung durch Sedativa/Hypnotika), Konzentrationsstörungen, Amnesien und Verwirrtheit, scheinbar unerklärliche, aber typische Intoxikationen, Appetitstörungen, eher im Sinne von Appetitmangel und Verwahrlosungszeichen mit mangelhafter Körperpflege (Poser et al. 2006).

Man kann offen lassen, ob diese Merkmale empirisch hilfreich oder eher fragwürdig für eine Diagnostik der „Medikamentenabhängigkeit“ sind. Erstaunlich ist, wie stark das an sich neurobiologische Konzept jetzt über psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten definiert wird, also anstelle einer biomedizinischen Untersuchung tritt die Erhebung abweichenden Verhaltens, das zum Teil delinquenten Charakter hat. Da diese Kriterien im Rahmen der Leitlinien zur „Medikamentenabhängigkeit“ formuliert worden sind, also letztlich Evidenzbasierung beanspruchen, sollen im Folgenden diese Leitlinien und ihre Entwicklung näher skizziert werden.

4. Das Konzept der Benzodiazepinabhängigkeit in der Perspektive der evidenzbasierten Medizin

Im Rahmen der Qualitätssicherung einer Behandlung ist das Konzept der Evidenzbasierten Medizin (EBM) bedeutsam. Es leitet sich vom englischen Wort „evidence“ (Nachweis, Beweis) ab und bezieht sich auf die Daten aus klinischen Studien, die eine Therapie erhärten oder widerlegen. „EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (Sackett et al. 1997). Evidenzbasierte Medizin fordert vom ärztlichen Personal nicht nur klinische Expertise, sondern auch die Kompetenz, sich die Ergebnisse guter wissenschaftlicher Forschung zu beschaffen, sie zu interpretieren und sie anzuwenden. Expertise ist ebenso bedeutsam in der Gesprächsführung mit dem Patienten und der Patientin, vor allem in der Abwägung möglicher Nutzen und Risiken der verschiedenen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Diese Position ist selbst wieder massiver Kritik ausgesetzt, auf die an dieser Stelle aber nicht näher eingegangen werden soll.⁶

Von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sind im Sinne dieser Konzeption Leitlinien zur „Medikamentenabhängigkeit“ (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/009 Entwicklungsstufe: 2 Sedativa-Hypnotika, Analgetika, Psychostimulantien) vorgelegt worden. Die Autoren formulieren das Ziel ihrer Leitlinien folgendermaßen (Poser et al. 2006): „Ziel dieser Leitlinien ist die Beschreibung des aktuellen Standes der Behandlung substanzbezogener Störungen auf der Basis einer wissenschaftlich begründeten, „evi-

denz“basierten Suchtmedizin. Die Durchführung einer „evidenz“basierten Behandlung bedeutet die Anwendung von bester verfügbarer externer klinischer „Evidenz“ aus systematischer Forschung in Kombination mit der individuellen Expertise des Therapeuten unter Berücksichtigung der Präferenz von Patienten in der konkreten Situation, d. h. der Zustimmung des informierten Patienten. Dabei ist mit individueller klinischer Expertise das Können und die Urteilskraft gemeint, die Ärzte durch ihre Erfahrung und klinische Praxis erwerben“ (Poser et al. 2006).

Die Absicherung der Leitlinien erfolgt durch entsprechende „Evidenzkriterien“ oder „Evidenzklassen“ in der Studienbewertung. Wenn diese nicht vorhanden waren oder eruiert werden konnten, dann wurde die klinische Erfahrung von Experten berücksichtigt und entsprechend gekennzeichnet. Die in die Leitlinien einbezogenen wissenschaftlichen Studien sind nach 4 „Evidenzstärken“ in „Evidenzklassen“ bewertet und in 3 Empfehlungsklassen umgesetzt worden (Tabellen 2 und 3):

Tabelle 2: *Studienbewertungen und Evidenzklassen* (Poser et al. 2006)

- Ia: Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien (RCTs).
- Ib: Evidenz aufgrund mindestens eines RCT.
- Ia: Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
- Ib: Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentelle Studie
- III: Evidenz aufgrund einer gut angelegten, nicht-experimentellen deskriptiven Studie (z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studien).
- IV: Evidenz aufgrund von Berichten / Meinungen von Expertengremien, Konsensuskonferenzen und oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten.

Tabelle 3: *Übersicht über die Bewertungsklassen* (Poser et al. 2006)

- A) Empfehlung ist belegt durch schlüssige Literatur von insgesamt guter Qualität, die mindestens einen RCT enthält (Evidenzklassen Ia, Ib)
- B) Empfehlung ist allgemein begründet durch gut durchgeführte nicht-randomisierte klinische Studien (Evidenzklassen IIa, IIb, III)
- C) Empfehlung ist belegt durch Berichte / Meinungen von Expertengremien, Konsensuskonferenzen und oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten; weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin (Evidenzklasse IV)

Generell sind auch die Autoren der Leitlinie davon überzeugt, dass Prävention hier von besonderer Bedeutung ist, d. h. die Langzeitverordnungen müssen deshalb ständig auf ihre Notwendigkeit überprüft werden, um die Entwicklung einer Abhängigkeit zu vermeiden und es sollten keine Dauerverschreibungen von Sedativa oder Hypnotika erfolgen, da diese sind nur sehr selten indiziert sind (Poser et al. 2006). In den Leitlinien wird auch das Problem des Entzugs bei therapeutischer

Dosierung von BZD („Niedrigdosisabhängigkeit“) diskutiert. Bemerkenswert ist das niedrige Niveau der Bewertungen, d. h. die Autoren müssen sich auf methodisch „schwache“ Studien stützen: *„Zunächst ist eine Nutzen-Risiko-Abwägung zu treffen, denn nicht jeder Patient mit einer Niedrigdosisabhängigkeit von Sedativa / Hypnotika muss entzogen werden (C). Bisher gibt es für diese Nutzen-Risiko-Abwägung keine allgemein akzeptierte Vorgehensweise, keinen Algorithmus zur Entscheidungsfindung. Kriterien, die zur Entscheidungsfindung herangezogen werden können, sind: Wirkverlust, Wirkumkehr, Gefahr für manifeste Folgeerscheinungen des Konsums, Behandelbarkeit der (vermuteten) psychischen Grundstörung. Alter der betroffenen Person, Veränderungsbereitschaft / -möglichkeit der betroffenen Person, Allgemeinverfassung der betroffenen Person. Bei BZD und Zolpidem/Zopiclon/Zaleplon kann wegen ihrer geringen Toxizität im Vergleich zu Alkohol in manchen Fällen eine Weiterbehandlung bis zum Lebensende möglich, wenn nicht ratsam sein Den Risiken, Leiden und Kosten des Entzuges ist der potentielle Nutzen der Medikamentenfreiheit gegenüberzustellen. Wenn die Behinderung durch die Sedativa-Hypnotika-Einnahme gering ist, dagegen aber ein langer, quälender und eventuell sogar gefährlicher Entzug zu erwarten ist, wird die Entscheidung möglicherweise zugunsten einer lebenslangen Weiterverabreichung des Sedativums/Hypnotikums fallen (C).“* (Poser et al. 2006).

Die Autoren äußern sich auch differenziert zu der Frage, bei welchen Indikationen eine Langzeitverordnung denkbar wäre. Eine solche „Langzeit-Substitution“ kann (1) vor allem bei Patienten und Patientinnen mit nur noch kurzer Lebenserwartung, z. B. bei Malignompatienten sinnvoll sein (Stufe C). (2) Auch für Patienten mit chronischen Angsterkrankungen werden BZD von einigen Forschern als Langzeitbehandlung z. B. der Panikstörung (in der Kombination mit kognitiver Therapie) empfohlen (Stufe B), da keine regelmäßige Einnahme notwendig ist, sondern nur, wenn eine Panikattacke auftritt. (3) Bei der sozialen Phobie und der generalisierten Angststörung wird eher abgeraten, andere Forscher hingegen sehen bei der sozialen Phobie neben kognitiver Therapie, SSRI, MAO-Hemmer eine Indikation unter anderem für das BZD Clonazepam (Stufe C). (4) Bei der generalisierten Angststörung ist eine Langzeitverordnung von BZD als ungünstig einzuschätzen (Stufe C). (5) Bei Patienten und Patientinnen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen (z. B. schizophrene und affektive Störungen) werden in den letzten Jahren zunehmend auch substanzbezogene Störungen diagnostiziert und ein hoher Einsatz von BZD registriert. Trotzdem könnte die Fortsetzung der BZD-Behandlung das kleinere Übel im Vergleich zu den Leiden des Entzuges und der Instabilität des BZD-freien Zustandes sein (Stufe C) (Poser et al. 2006).

Es gibt es also zumindest bei diesen Indikationen bzw. Fallkonstellationen keine eindeutige Empfehlung für oder gegen die Verwendung der BZD, wenn auch Tendenzen auf der Stufe C dokumentiert werden, d. h. in bestimmten Situationen ist demnach die Langzeitverordnung vertretbar, in manchen nicht. Nur bei den Panikstörungen sind die Empfehlungen für eine Langzeitbehandlung auf Stufe B.⁷

Es ist nun Gegenstand der Analyse, wie das psychiatrische System in einer solchen Situation verfährt, bei der die Evidenz niedrig ist und eine starke Unsicherheit besteht. Dabei soll zunächst die Darstellung des Problems in der medizinischen Fachliteratur beleuchtet werden, bevor die konkrete Verordnungspraxis betrachtet wird. Im Sinne der Leitlinien könnte man erwarten, dass die Autoren der Lehrbücher die folgenden Probleme skizzieren: a) Erwähnung der Abhängigkeitsproblematik bei BZD in therapeutischer Dosierung; b) Hinweis auf eine Nutzen-Risiko-Abwägung; c) Hinweis auf einen fehlenden Algorithmus zur Entscheidungsfindung bei Zielkonflikt und d) mögliche Indikationen für Langzeitverwendung. Wünschenswert wäre auch ein Hinweis auf die Studienlage bzw. Evidenzbasierung.

5. Die Darstellung der „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen in der medizinischen Fachliteratur

Man würde erwarten, dass in der Fachliteratur diese unklare Forschungssituation abgebildet wird. Um diese These zu untersuchen, wurden Lehrbücher der Psychopharmakologie und Psychiatrie exemplarisch gesichtet und historisch gruppiert, ohne dabei den Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu können. Über die Abhängigkeit von BZD wurde bereits im Jahr der Markteinführung dieser Substanzgruppe berichtet, wobei auf die große Ähnlichkeit zur damals häufigen Barbituratabhängigkeit hingewiesen wurde (Poser et al. 2006), so dass man die oben skizzierten Kriterien bei allen Darstellungen – d. h. auch den älteren – erwarten kann. Mit der Diskussion dieser vier Fragen ist allerdings keine Wertung verbunden, d. h. es geht um die Homogenität der Einschätzungen, nicht um die Frage welche der Positionen „richtig“ ist. Da die Studienlage nicht eindeutig ist, kann sich der Autor oder die Autorengruppe auch im Sinne der Richtlinien für unterschiedliche Optionen entscheiden; wichtig wäre nur, dass diese Fragen überhaupt diskutiert werden.

Diese Übersicht will keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und bildet eher Tendenzen ab, die in der jeweiligen Quelle noch einmal gesondert diskutiert werden könnten. Insgesamt zeigt sich bei der Durchsicht der Lehrbücher jedoch, dass die Autoren den Indikationsbereich der BZD immer weiter zugunsten der Neuroleptika (etwa bis 1996) und dann zugunsten der neuen Antidepressiva einengen. Manche Autoren wie z. B. Haase (1969) sehen in dieser Medikation – mit welchem Wirkstoff auch immer – nur eine „Scheinlösung“, „die vielfach an Stelle psychotherapeutischer Maßnahmen zur reinen Symptombehandlung eingesetzt wird“ (Haase 1969: 32). Bereits Degkwitz (1967) kritisiert diese Verordnungen und spricht davon, dass die Gefahr eines Missbrauchs keineswegs gebannt ist, wobei er sich allerdings nicht nur auf Benzodiazepine bezieht (Degkwitz 1967: 4 f.). Manche aktuellen Autoren begrenzen deshalb die Anwendung von BZD explizit und ohne Ausnahme auf einen kurzen Zeitraum (so z. B. Arolt/Reimer/Dilling 2007: 298 auf drei Wochen; vgl. Machleidt et al. 2004: 227).

Tabelle 4: Die Darstellung der „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen in der medizinischen Fachliteratur

Jahr	Autoren	Hinweis auf Abhängigkeitsproblematik bei BZD in therapeutischer Dosierung	Hinweis auf eine Nutzen-Risiko-Abwägung	Hinweis auf fehlenden Algorithmus zur Entscheidungsfindung bei Zielkonflikt	Hinweis auf Indikationen für eine Langzeitverwendung
1967	Degwitz	-	+	x	x
1967	Kähler	-	x	x	x
1969	Haase	-	0	+	x
1980	Benkert/Hippius	+	+	+	+
1982	Haase	+	0	x	x
1987	Finzen	+	+	+	+
1989	Möller/Kissling/Stoll/Wendt	+	+	+	+
1992	Laux	+	+	+	+
1992	Benkert/Hippius	+	+	+	x
1995	Heinrich/Klieser	+	+	-	x
1996	Benkert/Hippius	+	+	+	+
1996	Platz	+	+	-	-
1996	Möller/Schmauß	+	+	+	+
1998	Nissen/Fritze/Trot	+	+	+	+
1998	Benkert/Hippius	+	+	+	+
2004	Machleidt	+	-	-	x
2005	Benkert/Hippius	+	+	+	+
2007	Benkert/Hippius	+	+	+	+
2007	Arolt/Reimer/ Dilling	+	-	-	-
2009	Benkert/Hippius	+	+	+	+

Legende: + = Übereinstimmung mit den Leitlinien
 - = Abweichung von der Leitlinien
 0 = unklare oder eigenständige Position
 x = fehlende Diskussion des Thema

Auch die Richtlinien der Bundesärztekammer, die von Bühren et al. (2007) verfasst worden sind, formulieren diese Position folgendermaßen: „Auf die „4 K’s“ kommt es an: Klare Indikation, Korrekte Dosierung, Kurze Anwendung, Kein abruptes Absetzen“ (Bühren et al. 2007: 30). Diese Hinweise sind allerdings nur noch zum Teil im Sinne der evidenzbasierten Medizin, wie sie in den Leitlinien skizziert worden sind, denn es fehlen Hinweise auf eine Nutzen-Risiko-Abwägung, Hinweise auf einen fehlenden Algorithmus zur Entscheidungsfindung bei Zielkonflikten und mögliche Indikationen für Langzeitverwendung. Allerdings wenden sich diese Vorgaben nicht an Psychiater, sondern richten sich an alle behandelnden Mediziner und Medizinerinnen.

Auch wenn es sich bei den Lehrbüchern und den Richtlinien um didaktisch aufbereitetes Material handelt, so ist andererseits erstaunlich, dass man das Problem der „Niedrigdosisabhängigkeit“ in erster Linie durch zeitliche Begrenzungen lösen will. Wenn man berücksichtigt, dass sich diese Bewertungen – was z. B. Angstkrankungen angeht – auf dem Evidenzniveau C in der Leitlinie bewegen, d. h. „die Empfehlung ist belegt durch Berichte, Meinungen von Expertengremien, Konsen-

suskonferenzen und oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten und weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin“ (Poser et al. 2006), dann sind die Formulierungen von Arolt, Reimer und Dilling (2007), von Machleidt et al. (2004) oder von Bühren et al. (2007) doch erstaunlich.

Allerdings bleibt das Kompendium von Benkert und Hippus auch in der Auflage von dem Jahr 2009 bei der folgenden Formulierung, die im Sinne der Richtlinien als präzise zu bezeichnen ist: „Die Gesamtgabe sollte auf einen möglichst kurzen Zeitraum (4-6 Wochen) beschränkt werden. Die Indikation zu einer langfristigen Benzodiazepinverordnung sollte stets durch einen Psychiater gestellt werden, z. B. bei schweren Angsterkrankungen, die durch Antidepressiva und/oder zusätzliche psychotherapeutische Maßnahmen nicht gebessert wurden“ (Benkert/Hippus 2009: 339).

Die veränderte Bewertung der BZD wird von Shorter (2003) kritisch diskutiert. Zwar war bereits 1980 auch in den USA die „Valium-Manie“ vorbei, wie Shorter schreibt (2003: 475) und die Verordnungen sind dramatisch zurückgegangen, da die Gefahr der Abhängigkeit unstrittig war. „Bis zu diesem Zeitpunkt war kaum etwas an dieser Geschichte ‚unwissenschaftlich‘. Die Benzodiazepine waren ausgezeichnet zur Behandlung von Ängsten und leichten Depressionen geeignet, und wissenschaftlich geschulte Psychiater taten gut daran, sie ihren Patienten zu verschreiben“ (Shorter 2003: 475). Jetzt jedoch begann – wie Shorter meint – die Entwicklung unwissenschaftlich zu werden, „denn bei dem Versuch, sich neue Marktnischen zu erobern, begannen die Pharmakonzerne, die bekannten Krankheitskategorien einfach aufzublähen“ (ebd.). Als Beispiel führt er das BZD Alprazolam an, das sich angeblich besonders gut für die Behandlung von Panikerkrankungen handelt und das Antidepressivum „Prozac“, das erste Mittel einer neuen Generation von Antidepressiva (vgl. Kramer 1993), die in immer stärkerem Umfang als Alternative für die Benzodiazepine propagiert werden. Obwohl diese neuen Antidepressiva ohne Frage eine Wirksamkeit für sich beanspruchen können, so wird doch gelegentlich kritisiert, dass diese Wirkungen durch eine selektive Präsentation von Studienergebnissen überzeichnet wird, zumindest was die Wirksamkeit bei depressiven Erkrankungen betrifft. Das eher kritische „arznei-telegramm“ (2005) warf deshalb die Frage auf, ob die neuen Antidepressiva nicht lebensgefährliche Placebos seien könnten (arznei-telegramm 2006; 37: 1, vgl. die Kritik von Fritze et al. 2005) und erhielt anfänglich überraschenderweise Unterstützung von Müller-Oerlinghausen, dem Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. In einer eigenen Publikation hat Müller-Oerlinghausen darauf hingewiesen, dass Antidepressiva eine vergleichsweise niedrige Effektstärke besitzen; unspezifische Kontexteffekte spielen für das Endresultat eine wesentliche Rolle (Oeljeschläger/Müller-Oerlinghausen 2004).

Shorter (2003) hingegen sieht in „Prozac“ – dem ersten Medikament dieses neuen Typs – eine Verbindung zwischen Wissenschaft und Szientismus. Zwar stehe – so Shorter – die verbesserte Wirkung außer Frage, es sei jedoch zu konstatieren, „dass eine wissenschaftliche Disziplin wie die Psychiatrie einen populären phar-

makologischen Hedonismus nährte und Millionen von Menschen, die unter keinerlei psychischen Störungen litten, dieses Präparat unbedingt einnehmen wollten, weil es sie von der Last ihrer Befangenheiten befreite und ihnen ermöglichte, schlank zu bleiben“ (Shorter 2003: 483).

Insgesamt zeichnet sich jedoch – auch unter Bezug methodisch harter Studien – ein unklares Bild ab, ob Antidepressiva tatsächlich problemlos Benzodiazepine ersetzen können. Insofern ist die Einschätzung von Mohn und Plenter (2007) zutreffend, die im Rahmen einer Studie der Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen im Auftrag im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zu dem folgenden Ergebnis kommen: „Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist in Deutschland offenbar weder von einem fachlichen Konsens über medizinisch akzeptable Begründungen, noch von expliziten Regelungen zur Dokumentation und Finanzierung von Langzeitbehandlungen mit Benzodiazepinen auszugehen. Die Notwendigkeit einer differenzierten Sichtweise auf die jeweils individuellen Umstände der Langzeitverordnung ist dabei unbestritten. Bei den Überlegungen zu einem Entzug müssen Nutzen und Risiken individuell abgewogen werden“ (Mohn/Plenter 2007: 50), wobei allerdings offen bleibt, wie dies im Einzelfall erfolgen soll. Deshalb wird man gewisse Irritationen bei den behandelnden Ärzten erwarten dürfen, wenn eine derartige Komplexität in der Diskussion des Problems zu konstatieren ist. Im folgenden Abschnitt soll deshalb das Verordnungsverhalten der Ärzte betrachtet werden, d. h. das praktische Umgehen mit diesem Problem.

6. Veränderungen in der Verordnung und dem Gebrauch von Benzodiazepinen

Generell sind die Verordnungen von BDZ in der BRD deutlich zurückgegangen (Häussler et al. 2007), ähnlich wie Shorter dies für die USA skizziert hat. „Die Verordnung von benzodiazepinhaltigen Tranquillantien hat sich im Verlauf der letzten fünfzehn Jahre ungefähr halbiert, ähnlich wie bei den Hypnotika“ (Mohn/Plenter 2007: 17 f.).⁸ Allerdings wurde dieser Rückgang bis 1997 von einer Zunahme der Verordnungen von niedrig dosierten Neuroleptika begleitet. Diese Vorgehensweise führte zu Kontroversen, da Neuroleptika erhebliche Nebenwirkungen haben und auch bei niedrigen Dosierungen Einzelfälle von Bewegungsstörungen (Spätdyskinesien) beobachtet wurden.

Mit zunehmender Aufmerksamkeit für diese unerwünschten Nebenwirkungen der Neuroleptika gingen die Verordnungen entsprechender Mittel wieder zurück und dafür hat sich die Verschreibung von Antidepressiva seit 1994 mehr als verdoppelt. Ursache ist vermutlich nicht nur ein kompensatorisches Ersetzen von Benzodiazepinen (z. B. bei ängstlich gefärbten oder depressiven Störungen), sondern vermutlich auch eine Ausweitung des Indikationsspektrums sowie eine veränderte Diagnostik und damit einhergehend häufigere Behandlung von Depressionen (Mohn/Plenter 2007: 17 f.).

Die geschilderten Trends können einerseits als Beleg dafür gewertet werden, dass eine konsequente Aufklärung und Sensibilisierung der Laien- und Fachöffentlichkeit über Medikamentenwirkungen und Therapiealternativen Veränderungen des Verordnungsverhaltens zur Folge hat und deshalb davon auszugehen ist, dass die überwiegende Zahl der Ärzte bzw. Ärztinnen Benzodiazepine zunehmend verantwortungsvoll verwendet (Mohn/Plenter 2007: 17 f). Andererseits kann man jedoch in Anlehnung an Shorter (2003) die Entwicklung kritisch sehen und diese „Substitution“ durch Antidepressiva als Fehlentwicklung diskutieren.

Beide Deutungen lassen sich in Grenzen mit Hilfe von Verordnungsstudien überprüfen. Die Autoren der Leitlinie haben ja nicht nur generell für einen kritischen Einsatz der BZD plädiert, der der Grund für den Rückgang der Verordnungen sein könnte, sondern auch auf spezifische Probleme hingewiesen, die im Bereich der Angststörungen auftreten können. Für die hier diskutierte Fragestellung sind deshalb nur Studien bedeutsam, die eine Beziehung zwischen Indikation und medikamentöser Behandlung herstellen.

Melchinger, Schnabel und Wyns (1992) werteten in einer (allerdings nicht repräsentativen) Studie zur Verordnung von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial (Psychopharmaka, Analgetika, Hypnotika/Sedativa, Hustenmittel, Migränemittel sowie andere Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial) Verordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung aus und verglichen diese mit den bei der Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung vorliegenden Behandlungsscheinen. Damals bezogen sich 73,4 Prozent aller Verordnungen der untersuchten Medikamentengruppen auf Benzodiazepine und benzodiazepinhaltige Kombinationspräparate. Der Abgleich ließ erkennen, dass sich bei über einem Drittel der Patienten und Patientinnen mit Langzeitverordnungen dieser Medikamente unter den Behandlungsscheindiagnosen keine Hinweise auf Befindlichkeitsstörungen oder psychiatrische Krankheitsbilder fanden. Nur bei 20 Prozent aller Patienten mit Langzeitverordnungen wurden zusätzliche diagnostisch-therapeutische Beratungsgespräche oder psychotherapeutische Hilfen dokumentiert. Während damals offenbar eher großzügig verordnet wurde, so hat sich diese Praxis möglicherweise durch die veränderte Position der Lehrbücher modifiziert.

Bedeutsam sind die Daten aus einer Anfang 2000 publizierten hausärztlichen Stichtagsprävalenzstudie, in deren Rahmen 558 Hausärzte und über 17.000 beurteilte Patienten und Patientinnen („Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich“, GAD-P-Studie) befragt wurden. Es zeigte sich, dass die generalisierte Angststörung⁹ die häufigste Angsterkrankung im hausärztlichen Sektor darstellt. 5,3 Prozent aller zufällig ausgewählten Allgemeinartzpatienten und -patientinnen (Männer: 4,1 %, Frauen 6,2 %) an einem Stichtag erfüllten nach dieser Studie die Kriterien dieser Diagnose. Ferner werden in der GAD-P-Studie nach Ansicht der Autoren erhebliche Versorgungsmängel deutlich. Im Gegensatz zu depressiven Erkrankungen (64,3 % richtige diagnostische Erkennensrate) erhielten nur 34,4 Prozent aller Patienten und Patientinnen mit einer generalisierten Angststörung vom Hausarzt die richtige Diagnose. Korrespondierend mit dieser niedri-

gen Erkennensrate war der Befund, dass nur weniger als 10 Prozent aller Betroffenen eine adäquate Therapie, d. h. ein bestimmtes Antidepressivum oder eine Überweisung zum Facharzt, erhalten haben (Wittchen/Jacobi 2004)

Das Deutsche Ärzteblatt griff die Ergebnisse der Studie auf und referierte insbesondere das folgende Ergebnis der Studie ohne kritischen Kommentar (Bühning 2001): Weniger als die Hälfte der GAS-Patienten wurde laut dieser Studie adäquat behandelt. Von den Patienten und Patientinnen erhielten nur 9 bis 20 Prozent eine Verschreibung von Venlafaxin, einem neuen Antidepressivum, dem einzigen für diese Indikation vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassenen Medikament.¹⁰ In der Regel wurden die Patienten mit trizyklischen Antidepressiva (17-18 %) oder Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (20-28 %) behandelt, deren Wirksamkeit weniger gut dokumentiert ist. Ebenso häufig wurden Mittel mit fraglicher Wirksamkeit wie pflanzliche Präparate verordnet, beziehungsweise Medikamente wie Beruhigungsmittel und Neuroleptika, die nicht als Mittel der ersten Wahl gelten können. Zwar wurden immerhin 40 Prozent der Patienten psychotherapeutisch behandelt, jedoch nur ein Bruchteil mit dem nach Ansicht der Autoren geeigneten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren, das hier indiziert ist.¹¹

Diese Studie wurde methodisch einer scharfen Kritik unterzogen, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.¹² Im Lichte der hier entwickelten Betrachtung stellt sich eher die Frage, ob diese therapeutische Zurückhaltung nicht auch Ausdruck einer Verunsicherung der Ärzteschaft sein kann. In der Perspektive der evidenzbasierten Medizin besteht hinsichtlich der Wirkung zwischen Antidepressiva und Benzodiazepinen z. B. bei der generalisierten Angststörung vermutlich kein Unterschied, wohl aber hinsichtlich der Nebenwirkungen, „so dass für die Auswahl vor allem das Nebenwirkungsprofil entscheidend ist“ (Bandelow 2006: 13) und die Autoren der Leitlinie oder z. B. Benkert und Hippus deshalb hier möglicherweise vertretbare Indikationen sehen.

Da Benzodiazepine wegen des Abhängigkeitsrisikos jedoch nicht dauerhaft verordnet werden sollen, Antidepressiva jedoch ungünstige Nebenwirkungen aufweisen und die Responserate nur bei etwa 60 Prozent liegt, ist der Weg in die „Unterversorgung“ in gewisser Weise durchaus plausibel, wenn man nur auf die Zeitspanne von etwa drei bis sechs Wochen blickt, die allerdings durch die hier diskutierte Leitlinien nicht getragen würde. Es wird in den Lehrbüchern nur selten diskutiert, dass die Responserate der neuen Antidepressiva bei Angststörungen relativ gering ist (Gastpar 2006). Diese fehlende Diskussion wird von manchen Autoren ironisch als „medizinsoziologisches Problem“ gesehen. „Der Begriff einer therapieresistenten Angststörung“ ist bisher nicht geprägt worden, weshalb diese auch kein Thema ist“ (Gastpar 2006: 28). Es bleibt unklar, wie dieses Problem im konkreten Versorgungsalltag gelöst werden soll.

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Ziel der Analyse war es nicht, das Problem der Medikamentenabhängigkeit zu bagatellisieren, sondern unter Bezug auf die Leitlinie „Medikamentenabhängigkeit“ zu positionieren und dabei die Relation zwischen evidenzbasierten Positionen, Lehrbüchern und Verordnungsverhalten zu rekonstruieren. Dabei zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen gesichertem Wissen, Lehrbüchern und Verordnungspraxis eher schwach ist und bei dem hier diskutierten Problem eher eine Tendenz besteht, die „Langzeit-Substitution“ als Lösungsansatz völlig auszuschließen, was durch die Leitlinien in dieser Form nicht gesichert ist. Während in der Leitlinie bei manchen Indikationen keine eindeutigen Empfehlungen existieren, so spiegelt sich dieser Forschungsstand auf der Ebene der analysierten Lehrbücher nur zum Teil wieder. Die Verordnungspraxis der Ärzte und das Einnahmeverhalten der Bevölkerung folgen eher einer medikamentenkritischen Position, die in dieser Verordnung eine fragwürdige Medikalisierung sieht und die durch die Studienlage in diesem Problembereich nicht in dieser Eindeutigkeit gestützt wird. Möglicherweise lassen sich auch Hinweise auf eine Unterversorgung im Sinne dieser These deuten. Was kann jedoch die Ursache für diese Entwicklung sein?

Benkert, Keplinger und Sobota (1995) zeigten, dass die Psychotherapie von der Bevölkerung, unabhängig von der Diagnose, als Behandlungsmethode psychiatrischer Erkrankungen bevorzugt wird. Psychopharmaka werden generell abgelehnt, ob sie nun Abhängigkeit erzeugen oder nicht ist dabei von marginaler Bedeutung. Die Bevölkerung sieht in der Gabe von Psychopharmaka nicht eine ursächliche Behandlung, sondern lediglich eine zudeckende und lindernde Maßnahme, die – wenn überhaupt – nur vorübergehend oder vielleicht auch nur in Kombination mit beziehungsweise zur Unterstützung von Psychotherapie zum Einsatz kommen sollte. Die Mehrheit ist der Meinung, dass bei Psychopharmaka die Gefahr groß sei, von ihnen abhängig zu werden. 37 Prozent der Befragten glauben, dass alle Psychopharmaka generell süchtig machen, dass sie von Ärzten zu leichtfertig verschrieben werden und den Patienten nur ruhig stellen ohne wirklich zu heilen (ebd.: 108). „Sie erscheinen wie Heroin und Alkohol als Ursache und Ausdruck von Haltlosigkeit, Sucht, Verfall und sozialem Niedergang“ (ebd.: 105). Diese Einschätzung trifft zwar in dieser Form auf keines der modernen Psychopharmaka zu, aber man hat den Eindruck, dass diese Sichtweise der Bevölkerung auf die Behandlungen in der Psychiatrie nicht ohne Konsequenzen geblieben ist.¹³

Die hier vorgelegte Analyse zum Zusammenhang zwischen Studienlage, Lehrbuchpublikationen und Versorgungsmängeln bestätigt u. E. die Einschätzung Finzens (2000), „dass sich eine Kluft auftut zwischen etablierter medizinischer Lehrmeinung und öffentlicher Meinung. Das kann soweit gehen, dass medizinisches Wissen und allgemeines – gesellschaftliches – Wissen von Krankheit und Gesundheit nicht mehr miteinander in Einklang zu bringen sind“. Die Ursache für diese Diskrepanz liegt – wie Benkert (1995) meint – darin begründet, dass eine Therapieform auch eine Deutungskapazität besitzen muss und eine Problemlösekapazität

alleine nicht ausreichend ist (S. 131). Die Einnahme von Psychopharmaka habe man als einen „aktiven, selbstbestimmten Umgang mit der Krankheit zu begreifen, der nicht zum Verlust, sondern zur Wiedergewinnung von Selbstkontrolle führen kann“ (Benkert 1995: 131). Die biologische Psychiatrie müsse demnach diese Deutungskapazität gewinnen, wenn sie in der Bevölkerung Rückhalt finden will.

In diesem Zusammenhang könnte die Diskussion um die „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen eher geschadet als genützt haben, da sie zur einer Vermischung von realen Ängsten und übersteigerten Besorgnissen geführt hat. Dabei wurde ignoriert, „dass der Schlüssel zum Verständnis des Drogenproblems nicht in der Pharmakodynamik, in der toxikologischen Analysen von Stoffen liegt, sondern Ausdruck kultureller Definitionsmacht und sozialer Normalisierung ist“ (Renggli/Tanner 1994: 15 f.). Die Psychiatrie scheint zumindest auf diesem Sektor – entgegen unseren anfänglichen Vermutungen – dem gesamtgesellschaftlichen Prozess eher zu folgen als ihn zu steuern.

Bei diesen Entwicklungen spielt auch die Pharmaindustrie eine nicht unerhebliche Rolle, die – nachdem die BZD diskreditiert worden waren – ein Interesse an der Verbreitung der neuen Antidepressiva hatte, so dass Shorter hier – allerdings auch unter Einbezug der Vermarktung der Benzodiazepine – von einer Manipulation der psychiatrischen Diagnostik spricht (Shorter 2003: 477 f.). Man kann offen lassen, ob dieses sehr harte Urteil begründet ist, aber auffällig ist sicherlich, dass in dem Kräftefeld zwischen gesellschaftlichen Definitionen, pharmakologischen Entwicklungen und Versorgungspraxis die Position der evidenzbasierten Medizin eher von untergeordneter Bedeutung ist und die Entwicklung offenbar durch ein komplexes Zusammenwirken von diffusen Ängsten und Besorgnissen der Bevölkerung einerseits und wirtschaftlichen Interessen der pharmazeutischen Industrie andererseits bestimmt wird.

Anmerkungen

- 1 Renn (1986: 111) hat auf den bemerkenswerten Sachverhalt hingewiesen, dass „in diesem Bereich selbst dem naturwissenschaftlich Geschulten jede Annahme pseudosoziologischer Art einzuleuchten [scheint]“. Dies sei erstaunlich, „wenn man bedenkt, welche hohen Anforderungen an die Gültigkeit von Ergebnissen im eigenen Fach gestellt werden“.
- 2 Ursache ist neurobiologisch die Toleranzentwicklung gegenüber der Substanz, die allerdings nicht restlos geklärt ist (Köhler 2005: 76). Neben metabolischen Anpassungen sind Veränderungen am Wirkort, d. h. eine funktionelle Toleranz anzunehmen im Sinne einer so genannten „down-regulation“. Sie tritt allerdings bei Sedativa / Hypnotika seltener und später auf als bei anderen Suchtstoffen. Während sich Toleranz gegenüber sedierenden, hypnotischen und psychomotorischen Effekten recht schnell einstellt, ist umstritten, ob sich Toleranz allenfalls nach Jahren auch gegenüber anxiolytischen Effekten einstellt. Auch nach Jahren befinden sich die meisten Langzeitkonsumenten noch im Stadium der „Niedrigdosisabhängigkeit“; späte Toleranzentwicklung nach Jahren bis Jahrzehnten der Einnahme kommt vor, allerdings vermutlich nur bei 1,6 Prozent der Patienten (Soumerai et al. 2003).
- 3 Aus stilistischen Gründen wird im Rahmen dieser Untersuchung allerdings auch von „Sucht“ gesprochen.

- 4 Es gibt inzwischen eine revidierte Version (DSM-IV-TR), die aber die für die hier diskutierte Problematik keine Bedeutung besitzt, da sich das Konzept der Abhängigkeit nicht geändert hat (vgl. <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsmivtrcodes.htm>).
- 5 Es nicht Ziel dieses Beitrages, dieses Konzept hinsichtlich seiner empirische „Härte“ zu diskutieren. Die Befundlage zur „typischen Trias aus affektiver Indifferenz, kognitiv-mnestischen Defiziten und körperlicher Schwäche“ ist jedoch nicht so eindeutig wie man erwarten würde. Auch weiterhin besteht eine gewisse Uneinigkeit unter Experten betreffend psychischer Nebenwirkungen, die bei verordneter Abhängigkeit und dem mehrjährigen Anwenden von Benzodiazepinen entstehen können. Manche Autoren behaupten immer noch, dass die einzigen negativen Effekte bei chronischer Benzodiazepinanwendung gerade Abhängigkeit und eventuell Entzugerscheinungen beim Aussetzen der Präparate sind (vgl. den Überblick auf der anonymen Seite der Betroffenen: <http://www.benzodiazepines.cc> oder die differenzierte Darstellung des Forschungsstandes bei Elsesser 1996).
- 6 So hat z. B. Kriz (2007) darauf hingewiesen, dass „dieser nützliche Überblick über real durchgeführte Forschungen nach bestimmten Kriterien (...) nun aber auch ein nützliches Kriterium dafür sein kann, welche Methoden in der Praxis angewendet bzw. unterlassen werden sollten, hängt von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ab. Dazu zählt insbesondere die Frage, wie weit das Spektrum realer Behandlungen tatsächlich und hinreichend biasfrei im Spektrum dieser Forschung widerspiegelt wird. Und hier gibt es aufgrund von Interessenkonflikten erhebliche Zweifel“ (Kriz 2007).
- 7 Zu diesem Ergebnis kommt auch Glaeske (2008: 90), der allerdings aus dem Fehlen einer empirischen Evidenz den Schluss zieht, gänzlich auf diese Medikation zu verzichten.
- 8 Diese Einschätzung beruht auf den Verordnungsdaten des GKV-Arzneimittelindex des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Erfasst werden hier allerdings nur Verordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen, die in öffentlichen Apotheken eingelöst wurden. Der Arzneimittelverbrauch in Krankenhäusern, Verordnungen an Privatversicherte, Privatrezepte für gesetzlich Versicherte wird in diesen Daten nicht berücksichtigt (Mohn/Plenter 2007: 17 f.).
- 9 „Die Generalisierte Angststörung (früher auch klinisch unscharf »vegetative Dystonie« und »freiflottierende Angst« genannt) ist durch langandauernde (mindestens 6 Monate), exzessive Ängste, Sorgen und Anspannungsgefühle (Gefühl drohenden Unheils) gekennzeichnet, die sich in der Regel auf eine Vielzahl von Lebensumständen, Alltagssituationen und gewöhnliche Probleme beziehen. Betroffene haben keine Kontrolle mehr über die Dauer und Häufigkeit dieser Sorgen und Empfindungen. Dabei tritt ein charakteristisches und anhaltendes Muster von oft kurzzeitig wechselnden kognitiven, motorischen und vegetativen Symptomen auf, wobei ein erhöhtes Erregungsniveau in Körper und Psyche (Hyperarousal) dominiert (z. B. Schlafstörungen, nervöse Anspannungsgefühle, Reizbarkeit“ (Wittchen/Jacobi 2004).
- 10 Allerdings werden zahlreiche Medikamente im Rahmen des Off-Label-Use verordnet, so dass diese Interpretation der Studie etwas gewagt ist. Hierunter versteht man die Verordnung eines zugelassenen Fertigarzneimittels außerhalb des in der Zulassung beantragten und von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Gebrauchs im Hinblick auf Indikation, Dosierung etc. Weder im Arzneimittelgesetz (AMG) noch im Sozialgesetzbuch (SGB V) ist diese Vorgehensweise präzisiert. Für viele seltene Indikationen (z. B. ADS bei Erwachsenen) ist überhaupt kein zugelassenes Medikament verfügbar, und in Gebieten mit rasch voranschreitender Forschung hinkt der Zulassungsstatus der Präparate weit hinter den Therapiestandards her, so dass z. B. bei Benkert/Hippius (2009) Venlafaxin differenzierter bewertet wird und die These, dass es sich um das einzige Medikament bei dieser Erkrankung (GAS) handelt, das angewendet werden darf, ziemlich gewagt ist. Die behandelnden Ärzte haften allerdings, wenn sie ein anderes Medikament verordnen für die medizinische Richtigkeit dieser Behandlung beziehungsweise für eventuelle Nebenwirkungen, wie z. B. eine Abhängigkeit im Zuge einer Behandlung von BZD. Die ärztlichen Fachgesellschaften empfehlen deshalb, Off-Label-Verordnungen nur auf

Basis von gültigen Leitlinien, Empfehlungen oder von anerkannter wissenschaftlicher Literatur durchzuführen (vgl. vfa 2009).

Benkert und Hippus (2009: 327) halten bei GAS den Einsatz von Benzodiazepinen auch in der Langzeittherapie für wirksam bzw. vertretbar, wenn die Krankheitsgesichte und Persönlichkeitsmerkmale berücksichtigt werden. Auch diese Medikamente haben die Zulassungsdiagnose für „Angstzustände“. Die These, dass Venlafaxin das einzige Medikament sei, das für diese Indikation (GAS) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassen ist, ist zwar wörtlich zutreffend. Man muss aber berücksichtigen, dass bei Altzulassungen die Diagnose oft nicht hinreichend definiert ist oder nicht mit einer ICD-10-Diagnose in Einklang gebracht werden kann (Benkert & Hippus 2009: x), was bei den Benzodiazepinen der Fall ist, die eine unspezifische Zulassung für „Angstzustände“ erhalten haben.

- 11 Die GAS ist jedoch auch psychotherapeutisch schlechter zu behandeln als andere Angststörungen, wie Becker (2005) betont hat. „Die Studien zeigen, dass doch ein deutlicher Prozentsatz der Patienten nach Ende der Therapie noch immer – wenn auch abgeschwächt – unter diffusen Ängsten leidet“ (Becker 2005: 505). Es fehlen auch kontrollierte Studien, speziell für die hier favorisierte Therapieform (Becker 2005).
- 12 Hensler und Wiesemann (2003) schließen auch einen Zusammenhang zwischen Studienfinanzierung und Ergebnis nicht aus: „Im Hintergrund stehen hier die sehr gewinnträchtigen Medikamentengruppen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und AT-II-Antagonisten, deren vermehrter Gebrauch indirekt durch diese Studien gefördert werden und die vermutlich nicht zufällig auch im Programm der die Studien finanziell unterstützenden Firmen stehen“ (S. 584).
- 13 Eine realistische Abbildung der Risiken und Chancen von Arzneimitteln ist im Bewusstsein der Bevölkerung offensichtlich nicht gegeben, denn dann müssten insbesondere die Schmerzmittel besondere Besorgnis auslösen. Pirmohamed et al. (2004) werteten die Aufnahmedaten von 18.820 Patienten über 16 Jahre aus, die im Laufe eines halben Jahres in zwei Kliniken behandelt wurden und versuchten alle Fälle zu erkennen, in denen eine Arzneimittelnebenwirkung die definitive, wahrscheinliche oder mögliche Ursache der Klinikaufnahme war. Bei 1225 Patienten wurde dieser Zusammenhang gesehen, was einer Prävalenz von 6,5 Prozent entsprechen würde. Von diesen Aufnahmen war die überwiegende Mehrzahl durch Schmerzmittel bedingt, Antidepressiva spielten eine geringe Rolle (7,1 %), Benzodiazepine überhaupt keine.

Literatur

- Arolt, V./Reimer, C./Dilling, H., 2007: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Arznei-Telegramm, 2005: Antidepressiva: lebensgefährliche Placebos? *Internetquelle*: [http://www.arznei-telegramm.de/html/2005_05/0505045_01.html]. Stand 1.6.2009.
- Arznei-Telegramm, 2006: Antidepressiva: die Sicht von Fachgesellschaften. *Internetquelle*: [http://www.arznei-telegramm.de/zeit/0601_a.php3]. Stand 1.6.2009.
- Bandelow, B., 2006: Generalisierte Angststörung – medikamentöse Therapie. S. 10-21 in: Möller, H.-J./Müller, W.E. /Schmauß, M. (Hrsg.), Innovation und Wandel der antidepressiven Therapie in Deutschland. Stuttgart: Thieme.
- Becker, E.S., 2005: Generalisierte Angststörung. S. 499-506 in: Petermann, F./Reinecker, H. (Hrsg.), Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Benkert, O., 1995: Psychopharmaka. Medikamente. Wirkung. Risiken. München: Beck.
- Benkert, O./Hippus, H., 1980: Psychiatrische Pharmakotherapie. (3. Auflage). Heidelberg: Springer.

- Benkert, O./Hippius, H., 1992: Psychiatrische Pharmakotherapie. (5. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Benkert, O./Hippius, H., 1996: Psychiatrische Pharmakotherapie. (6. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Benkert, O./Hippius, H., 2005: Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. (5. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Benkert, O./Hippius, H., 2007: Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. (6. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Benkert, O./Hippius, H., 2009: Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. (7. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Benkert, O./Kepplinger, H.M./Sobota, K., 1995: Psychopharmaka im Widerstreit. Eine Studie zur Akzeptanz von Psychopharmaka – Bevölkerungsumfrage und Medienanalyse. Berlin: Springer.
- Bode, E., 1984: Soziale Gleichstellung und Sucht. S. 134-150 in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Sucht und Gesellschaft. Hamm: Hoheneck.
- Bühren, A./Flenker, I./Jacobowski, C./Kunstmann, W./Schwantes, U., 2007: Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis. (hrsg. von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln. *Internetquelle*: [<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf>]. Stand 1.6.2009.
- Bühning, P., 2001: Generalisierte Angsterkrankung: Versorgungsdefizite. Deutsches Ärzteblatt 98/28-29: A-1853/B-1565/C-1461. *Internetquelle*: [<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft/id=28003/p=>]. Stand 1.6.2009.
- Degkwitz, R., 1967: Leitfaden der Psychopharmakologie. Für Klinik und Praxis. Stuttgart: Thieme.
- Dörner, K., 1981: Diagnosen der Psychiatrie. Frankfurt/M.: Campus.
- Elsesser, K., 1996: Verhaltenstherapeutische Unterstützung des Benzodiazepin-Entzugs: Wirksamkeit des Symptomkontroll- und Angstbewältigungstrainings. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Finzen, A., 1987: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Finzen, A., 2000: Die Psychiatrie, die psychisch Kranken und die öffentliche Meinung. Beobachtungen zu einer gestörten Kommunikation. Soziale Psychiatrie 4: 4-6.
- Fritze, J./Aldenhoff, J./Bergmann, F./Maier, W./Möller, H.-J., 2005: Antidepressiva: Lebensgefährliche Placebos? Arznei-Telegramm: fahrlässiges Journal. *Internetquelle*: [http://www.bv-nervenarzt.de/main/img.php?SID/bild_id=1316]. Stand 1.6.2009.
- Gastpar, M., 2006: Medikamentöse Behandlung der Panikstörung S. 21-31 in: Möller, H.-J./Müller, W.E./Schmauß, M. (Hrsg.), Innovation und Wandel der antidepressiven Therapie in Deutschland. Stuttgart: Thieme.
- Glaeske, G., 2006: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. S. 87-103 in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht: Neuland.
- Glaeske, G., 2008: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. S. 73-105 in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland.
- Gross, W., 1992: Was ist das Süchtige an der Sucht? Geesthacht: Neuland.

- Haase, H.-J., 1969: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten. Oldenburg: Stalling.
- Haase, H.-J., 1982: Therapie mit Psychopharmaka und anderen seelisches Befinden beeinflussenden Medikamenten. (5., erweiterte und neubearbeitete Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Häussler, H./Hoer, A./Hempel, S./Storz, P., 2008: Arzneimittelatlas 2008. Der Arzneimittelverbrauch in der Gesetzlichen Krankenversicherung. München: Urban/Vogel.
- Heinrich, K./Klieser, E., 1995: Psychopharmaka in Klinik und Praxis. Stuttgart: Thieme.
- Hensler, S./Wiesemann, A., 2003. Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen oder: Der Versuch, die Prävalenz von Krankheiten und die medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit zu steigern? Zeitschrift für Allgemeine Medizin 79: 579-585. *Internetquelle*: [http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische_klinik/Abteilung_2/Sektion_Allgemeinmedizin/publikationen/Veroeffentlichungen/ZFA_PublikatHenslerWiesemann12_03.pdf]. Stand 1.6.2009.
- Holzbach, R., 2006: Der Benzodiazepinentzug und dessen Behandlung. Suchttherapie 7: 97 –106.
- Kähler, H.J., 1967: Störwirkungen von Psychopharmaka und Analgetika. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kisker, K.P./Freyberger, H./Rose, H.-K./Wulff, E., 1987: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Köhler, T., 2005: Biologische Grundlagen psychischer Störungen. (2. Auflage) Göttingen: Hogrefe.
- Korczak, D. (Hrsg.), 1986: Die betäubte Gesellschaft. Süchte: Ursachen – Formen – Therapien. Frankfurt/M.: Fischer.
- Kramer, P., 1993: Listening to Prozac. New York: Penguin Books.
- Kriz, J., 2006: Wie evident ist die Evidenzbasierung ? Zentrale Aspekte eines Vortrags auf der Klausurtagung der WAKS am 13. Februar 2007 in Münster. *Internetquelle*: [<http://www.waks.de/files/Kriz-WAKS-Vortrag-07.pdf>]. Stand 1.6.2009
- Laux G., 2002: Pharmakopsychiatrie. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Machleidt, W./Bauer, M./Lamprecht, F./Rohde-Dachser, C./Rose, H., 2004: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme
- Melchinger, H./Schnabel, R./Wyns, B., 1992: Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential. Baden-Baden: Nomos.
- Mohn, K./Plenter, C., 2007: Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen (sozial benachteiligte Frauen und ältere Menschen) durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit: Bewertung anhand aktueller Forschungsergebnisse und Beispielen aus der Praxis. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Hamm. *Internetquelle*: [http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/medikamente_dhs_expertise.pdf]. Stand 1.6.2009.
- Möller H.J./Kissling W./Stoll K.-D./Wendt G., 1989: Psychopharmakotherapie – Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Möller, H.-J./Schmauß, M., 1996: Arzneimitteltherapie in der Psychiatrie Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart.
- Müller-Oerlinghausen, B., 2005: Diskussion um Antidepressiva. Arznei-Telegramm 36/8. *Internetquelle*: [<http://www.arznei-telegramm.de/register/0508072.pdf>]. Stand 1.6.2009.

- Nissen, G./Fritze, J./Trott, G.-E. 1998: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: G. Fischer.
- Oeljeschläger, B./Müller-Oerlinghausen, B., 2004: Wege zur Optimierung der individuellen antidepressiven Therapie. Deutsches Ärzteblatt 101/19: A-1337/B-1107/C-1071. *Internetquelle*: [<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=41790>]. Stand 1.6.2009
- Pirmohamed, M./James, S./Meakin, S./Green, C./Scott, A.K./Walley, T.J./Farrar, K./Park, K./Breckenridge, A.M., 2004: Adverse Drug Reactions as Cause of Admission to Hospital: Prospective Analysis of 18.820 Patients. British Medical Journal 329: 15-19. *Internetquelle*: [<http://www.bmj.com/cgi/reprint/329/7456/15.pdf>]. Stand 1.6.2009
- Platz, W.E., 1996: Psychopharmaka bei psychiatrischen Erkrankungen (3., überarbeitete Auflage). Wiesbaden : Deutscher Universitäts Verlag.
- Poser W./Böning J./Holzbach R./Schmidt, L.G., 2006: Leitlinie „Medikamentenabhängigkeit. *Internetquelle*: [<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/076-009.htm>]. Stand 1.6.2009.
- Renggli, R./Tanner J., 1994: Das Drogenproblem. Geschichte, Erfahrungen, Therapiekonzepte. Berlin: Springer.
- Renn, H., 1986. Beiträge aus Epidemiologie und Soziologie zu einer Theorie von Mißbrauch und Abhängigkeit. S. 103-119 in: Feuerlein W. (Hrsg.), Theorie der Sucht. 6. Wissenschaftliches Symposium der DHS in Tutzing. Berlin: Springer.
- Sackett, D.L./Rosenberg, W.M./Gray, J.A./Haynes, R.B./Richardson, W.S., 1997: Was ist Evidenzbasierte Medizin und was nicht? Münchner Medizinische Wochenschrift 139/44:644-645. *Internetquelle*: [<http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/wasistebm>]. Stand 1.6.2009.
- Saß, H./Zaudig, M./Houben, I./Wittchen, H-U., 1996: Einführung zur deutschen Ausgabe: Zur Situation der operationalisierten Diagnostik in der deutschsprachigen Psychiatrie. S. IX-XXII in: American Psychiatric Association (Hrsg.), Deutsche Ausgabe: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-IV (übersetzt nach der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Göttingen: Hogrefe.
- Schaef, A.W., 1994: Im Zeitalter der Sucht. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.
- Scheff, T.J., 1980: Das Etikett „Geisteskrankheit“. Soziale Interaktion und psychische Störung. Frankfurt/M.: Fischer. [am. org. 1966: Being Mentally Ill. A Sociological Theory. New York: Harper & Row].
- Shorter, E., 2003: Die Geschichte der Psychiatrie. Hamburg: Rowohlt.
- Soumerai, S.B./Simoni-Wastila, L./Singer, C./Mah, C./Gao, X./Salzman, C./Ross-Degnan, D., 2003: Lack of Relationship Between Long-Term Use of Benzodiazepines and Escalation to High Dosages. Psychiatric Services 54: 1006-1011. *Internetquelle*: [<http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/54/7/1006>]. Stand 1.6.2009.
- Szasz, T.S., 1980: Recht, Freiheit und Psychiatrie. [am. org. 1963]. Frankfurt/M.: Fischer.
- vfa-Positionspapier 2009: Zulassungsüberschreitender Einsatz von Medikamenten bei schweren Erkrankungen. *Internetquelle*: [<http://www.vfa.de/de/politik/positionen/offlabeluse.html>]. Stand 1.6.2009.
- Wittchen, H.U./Jacobi, F., 2004: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (Heft 21: Angststörungen). *Internetquelle*: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gasts/p_aid=53236351/p_sprache=D]. Stand 1.6.2009.

“Low-Dose Dependency” on Benzodiazepine – An Addiction Like any Other?**Abstract**

While the concept of benzodiazepine dependency resulting from professionally prescribed doses (low-dose dependency) at first sight appears scientifically substantiated and to be based on neurobiological models, a historical reconstruction shows that psychiatric medicine is participating in a construction process which only partially follows the criteria of evidence-based medicine and tends more to be picking up on trends in a discourse in which the whole of society is involved. From the point of view of evidence-based medicine, there most certainly are indications which, under certain conditions, make long-term treatment with BZD appear a reasonable option. However, this manipulation of the “soul” is disliked both by the general public and the psychiatric profession. The fear is – though unbacked by any scientific proof – of permanent personality change and “addiction”. This is not to deny that BZD dependency can develop; however, it is necessary to weigh this risk against the side-effects of the substances commonly used in psychopharmacology and, as with opiates, it is no argument for definitively excluding medical use. A trend can be observed towards avoiding the prescription of BZD altogether, although this avoidance is only putatively and partially supported by the evidence-based use of alternative psychopharmacological products (antidepressants) and through over-estimation of the capabilities of psychotherapy. This trend can also be consistently traced in the psychopharmacology textbooks, although even today there are still no genuinely evidence-based studies on this issue; this is therefore a clear indication that also psychiatrics is subject to social currents and trends, with sometimes questionable consequences on the quality of the treatment.

PD Dr. Wichard Puls

*Institut für Soziologie
Universität Münster
Scharnhorststraße 121
48151 Münster*

puls@uni-muenster.de