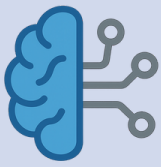


**Sie nimmt Lorazepam
seit acht Jahren.**

**Verschrieben. Täglich.
Vom Hausarzt.**

**Niemand hat das je als
Abhängigkeit
dokumentiert.**





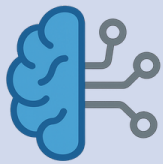
Benzodiazepin-Abhängigkeit lange unsichtbar

F13.2 entsteht im Wartezimmer – nicht auf der Straße.

- Verordnet bei Angst, Schlaf, Stress – initial berechtigt
- Toleranz entwickelt sich still, ohne dass jemand hinschaut
- Patient funktioniert – unauffällig, angepasst, „braucht es halt“
- Hausarzt verlängert, Psychiater übernimmt, niemand beendet

Merke: Iatrogene Abhängigkeit ist Abhängigkeit. Auch wenn sie verordnet wurde.





Der häufigste Denkfehler

„Sie ist doch nicht abhängig – sie nimmt es ja nur wie verschrieben.“ – Falsch.

- Toleranz: gleiche Dosis wirkt nicht mehr
- Entzugssymptome beim Weglassen
- Einnahme trotz Wunsch aufzuhören
- Psychische Abhängigkeit: „Ohne geht gar nichts“

Merke: Verschreibungspflichtig bedeutet nicht: abhängigkeitsfrei.





Klinische Einordnung

Benzodiazepin-Entzug (F13.3) ist lebensbedrohlich – wie Alkohol.

Zeitfenster:

- Kurzwirksame BZD (z. B. Lorazepam):

Entzug nach 12–24 h

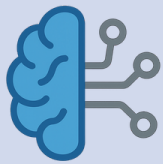
- Langwirksame BZD (z. B. Diazepam):

Entzug nach 24–72 h

Symptome: Angst, Zittern, Schwitzen, Krampf, Delir.

Merke: BZD-Entzug kann töten. Nie abrupt absetzen.





Differentialdiagnosen

- Schädlicher Gebrauch (F13.1): kein Kontrollverlust, keine Toleranz
- Angststörung (F41): Grunderkrankung – oder durch Entzug verstärkt?
- Alkoholabhängigkeit (F10.2): häufige Komorbidität, beide Entzüge gleichzeitig
- Schlafstörung (F51): Ursache oder Folge der BZD-Einnahme?

Merke: Angst im Entzug ist Entzugssymptom – keine neue Angststörung.





Diagnostik

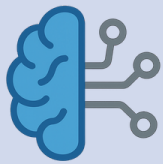
Drei Fragen – bei jeder Aufnahme:

1. Welche BZD, welche Dosis, wie lange?
2. Letzte Einnahme – wann genau?
3. Frühere Absetzversuche – was ist passiert?

Dazu: Medikamentenanamnese vollständig, Alkoholkonsum aktiv erfragen.

Merke: Die Medikamentenliste lügt nicht – wenn man sie liest.





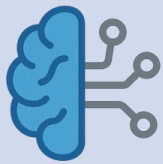
Therapie

Nie abrupt absetzen. Immer ausschleichen.

- Umstellung auf langwirksames BZD (Diazepam) – dann schrittweise Reduktion
- Reduktion max. 10% pro Woche – langsamer ist besser
- Psychotherapie parallel: kognitive Umstrukturierung, Angstbewältigung
- Bei Entzugsdelir: Intensivstation, i.v. Benzodiazepine

Merke: Wer zu schnell absetzt, scheitert. Wer zu langsam plant, fängt nie an.





Klinischer Fall

67-jährige Patientin. Lorazepam 2,5 mg/d seit 9 Jahren, vom Hausarzt.

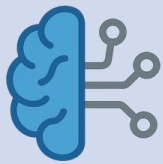
Aufnahme nach plötzlichem Absetzen durch neuen Hausarzt.

Tag 2: Tremor, Angst, Verwirrtheit. Tag 3: generalisierter Krampf.

Einordnung: Benzodiazepin-Abhängigkeit F13.2, Entzugskrampf F13.3.

Umstellung auf Diazepam, langsames Ausschleichen über 12 Wochen.





Die häufigsten Fehler

- ✗ BZD abrupt absetzen ohne Ausschleichplan
- ✗ Entzugsangst als neue Angststörung behandeln
- ✗ Komorbiden Alkoholkonsum nicht erfasst
- ✗ Kurzwirksames BZD weiter verordnet statt Umstellung
- ✗ Kein Psychotherapieangebot parallel zum Entzug





Take Home + Checkliste

- ✓ Nie abrupt absetzen – immer Ausschleichplan
- ✓ Umstellung auf Diazepam vor Reduktion
- ✓ Entzugsangst ≠ neue Angststörung
- ✓ Alkohol als Komorbidität aktiv erfragen
- ✓ Psychotherapie von Anfang an einplanen

Speichere diese Checkliste. Teile sie mit deinem Team.

Quellen: S3-LL Angststörungen (AWMF 051-028), NICE NG11, ICD-10 F13.2, WHO ICD-11 6C42.2





Deine Dokumentation

Vereinfacht. Rechtssicher. Effizient.

Moderne Lösung für psychiatrische
Dokumentation

- ✓ Zeitersparnis im klinischen Alltag
- ✓ ICD-10 konforme Textbausteine
- ✓ Rechtssichere Formulierungen
- ✓ Speziell für Assistenzärzte entwickelt

Psychiatrie Digital

www.psychiatrie-digital.com