



Therapie der Alkoholabhängigkeit – ambulante und tagesklinische Behandlung (Paradigmenwechsel III und IV)

Auf der Grundlage der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung
alkoholbezogener Störungen“ vom 28. Januar 2015

Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung
Samstag, 22.10.2016

Dr. Volker Kielstein
FA für Neurologie und
Psychiatrie/Psychotherapie - Suchtmedizin
Leitender Arzt und Geschäftsführer MVZ und Tagesklinik an der Sternbrücke
Magdeburg



Jährliche Versorgung von Alkoholkranken in Deutschland

- Stationäre Entwöhnung in Fachkliniken
Leitlinie 2015 **3,0% - 4,0 %**
- Lebenszeitprävalenz von stationärer Entwöhnung nach **Fachverband Sucht 2000:** **19% (NUR!)**
- **WIENBERG 2000**
- Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern 3,4% - 4,5%
- Kontakt zu Suchtberatungsstellen **6,0% - 8,0%**
- Kontakt zu Selbsthilfegruppen **4,8%**
- Behandlung im Allgemeinkrankenhaus 30,0%-35,0%
- Kontakt zu niedergelassenen Ärzten **75,0%-85,0%**



Paradigmenwechsel III

Ergänzung der therapeutischen
Rahmenbedingungen.

- Beratungsstellen (6-8%) → vertragsärztliche Versorgung (75-85%)
- Stationäre Entgiftung → ambulante Entgiftung
- Rehabilitation (3-4%/Jahr) → ambulante/tagesklinische Frühbehandlung
- Selbsthilfegruppen (4,8%) → psychiatrisch/psychotherapeutisch geleitete Gruppen



Suchtpatienten MVZ und Tagesklinik an der Sternbrücke im Jahr 2014

| | | |
|----------------------|-----|---|
| <u>Gesamt:</u> | | 1154 Patienten |
| Alkoholabhängigkeit | | 692 |
| Opiatabhängigkeit | 102 | |
| Cannabisabhängigkeit | 178 | } meist „Mischkonsumenten“ |
| Kokainabhängigkeit | 16 | |
| Crystalabhängigkeit | 95 | |
| Drogen Gesamt | | 391 (5,7 Drogenabhängige auf 10 Alkoholabhängige !) |
| Spielsucht | | 34 |
| Bulimie | | 21 |
| Anorexie | | 16 |



- **Opiatabhängigkeit:** meist Substitution
- **Cannabisabhängigkeit:** „Null-Bock“-Mentalität, „Schizophrenie“-Risiko 3-5 mal erhöht
- **Crystalabhängigkeit:** erst Verfolgungswahn, dann körperlicher Verfall



S3-Leitlinie

„Stand 28.01.2015“

S3-Leitlinie
“Screening, Diagnose und Behandlung
alkoholbezogener Störungen”

AWMF-Register Nr. 076-001

(Stand: 28.1.2015)

Publiziert bei:



Medizinische Behandlung der Alkoholabhängigkeit (Leitlinie 2015) (analog auch andere stoffgebundene Abhängigkeiten) I

1. Akutbehandlung: Entzug

1.1 Körperliche Entgiftung

ambulant /tagesklinisch, stationär, Dauer nach Schweregrad

1.2 Qualifizierter Entzug (QE)

Behandlung psychische und somatische Komorbidität, Abstinenzstabilisierung, psycho- und soziotherapeutische Interventionen zur Förderung der Änderungskompetenz, Motivierung zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen, **tagesklinisch** / stationär, Dauer etwa 21 Tage



„Qualifizierter Entzug“

- Schließt die Lücke zwischen Entgiftung und Entwöhnung
- Ausreichende Startbehandlung bei Patienten, bei denen noch keine Gefährdung oder Verminderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, ambulante vertragsärztliche Weiterbehandlung, z.B. Gruppentherapie
- Die Rentenversicherung ist nicht berechtigt, rehabilitationsfremde und rehabilitationsvorbereitende Leistungen zu finanzieren (Wiegand – Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover)



Medizinische Behandlung der Alkoholabhängigkeit (Leitlinie 2015) (analog auch andere stoffgebundene Abhängigkeiten) II

2. Postakutbehandlung

2.1 Ambulante oder teil-/stationäre Entwöhnung (Rehabilitation), Rehanachsorge

neu! 2.2 Vertragsärztliche Versorgung bzw. ambulante Psychotherapie (Gruppen-psychotherapie!) und ambulante oder stationäre psychiatrische Weiterbehandlung



Fortbildung für Hausärzte

MVZ und Tagesklinik
an der Sternbrücke Magdeburg
Psychiatrie, Psychotherapie, Suchtmedizin



Paradigmenwechsel in der Alkoholtherapie

Auf der Grundlage der S3-Leitlinie „Screening,
Diagnose und Behandlung alkoholbezogener
Störungen“ vom 28. Januar 2015

Dr. Volker Kielstein
FA für Neurologie und
Psychiatrie/Psychotherapie - Suchtmedizin
Leitender Arzt und Geschäftsführer MVZ und Tagesklinik an der Sternbrücke
Magdeburg

Hausärztetage 2015/16 in

- Aschersleben,
- Halberstadt,
- Halle,
- Magdeburg,
- Sangerhausen
- und Wittenberg

„Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ in der Praxis des niedergelassenen Arztes

Empfehlungen in Anlehnung an die S3-Leitlinie vom 28.01.2015

Dr. Volker Kielstein, Dr. Andreas Storch
Stand September 2015

Anamnese

Familienanamnese:

- Familiäre Häufung?

Sozialanamnese:

- Arbeitsplatzprobleme?
- Stress in der Partnerschaft, Trennungen?
- **Führerscheinverlust?**

Eigenanamnese:

- Spezifische Vorerkrankungen: Magen-Darm-Beschwerden, **Lebererkrankungen, Hypertonie, Gicht, Depressionen** (Suizidversuch?), Panik, **Krampfanfälle** in Verbindung mit Alkohol, **Delirium?**
- Lange AU-Zeiten?
- Nachlassen der Leistungsfähigkeit?

Suchtmittelanamnese:

- Nikotin (!), Drogen, Medikamente
- **Alkohol**
 - Seit wann gelegentlich alkoholische Getränke (wenigstens alle 4 Wochen), wieviel?
 - Irgendwann Zunahme (Häufigkeit / Menge)?
 - Seit wann wöchentlich oder (fast) täglich?
 - Seit wann Rauschtrinken? Wie oft?
 - Seit wann durch Alkohol Ärger in der Partnerschaft und / oder auf der Arbeit?
 - Abstinenzperioden und -erfahrungen?
 - Ambulante oder teil-/stationäre Behandlung wegen Alkoholproblematik? Wann? Wie oft?
 - **Wann letzter Alkoholkonsum? Menge?**

Reinalkoholmengen (RA) in Gramm

| <u>Bier</u> | | <u>Sekt:</u> | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 0,5 Liter | 20g | 0,7 Liter | 65g |
| 0,3 Liter | 12g | 0,1 Liter (Glas) | 10g |

| <u>Wein</u> | | <u>Schnaps:</u> | |
|----------------------|-----|------------------------|------|
| 0,7 Liter | 60g | 0,7 Liter | 220g |
| 0,1 Liter „Zehntel“ | 12g | 0,02 Liter „Kleiner“ | 6g |
| 0,2 Liter „Schoppen“ | 20g | 0,04 Liter „Doppelter“ | 12g |

Häufige alkoholbezogene Beschwerden

- Oft Aufwachen mit Kopfschmerzen, durstigem Gefühl
- Morgendliches Händezittern
- Unfähigkeit, sich zu konzentrieren (Lesen, Arbeit)
- Schwierigkeiten, sich zu erinnern
- Häufiges Händezittern, auch tagsüber
- Furchterregende Träume; jemals Halluzinationen?
- Oft trockene und belegte Zunge
- Husten über mind. 3 Mon.; oft schleimiger Auswurf
- Verletzung während einer Schlägerei

Häufige alkoholbezogene klinische Zeichen

Körper

- **Voralterung**, reduzierter Allgemeinzustand
- Hämatome, Abschürfungen, Verletzungsnarben
- Typischer Habitus: Bierbauch, Gynäkomastie; es gibt auch den abgemagerten Habitus!
- Typische Hautveränderungen: **Spider naevi**, livide Verfärbung der Akren, marmorierte Haut
- Vegetative Labilität: erhöhte Schweißneigung

Kopf

- Aufgedunsenes Gesicht, gerötet oder fahl
- **Gerötete Bindehäute** der Augen
- **Alkoholfahne** (zum Zeitpunkt der Untersuchung)
- **Teleangiektasien** (besonders Wangen; manchmal nur am Nasenflügel als frühes Zeichen)
- Rhinophym
- Belegte Zunge
- Odem des weichen Gaumens oder Rachens

Hände

- Tremor der Hände
- Palmarerythem
- Nikotinflecken zwischen Fingern

Abdomen

- Abdominale Druckempfindlichkeit (an irgendeiner Stelle)
- **Tastbare Lebervergrößerung**

Bewegungsfunktionen

- Gangunsicherheit, Schwierigkeiten beim "Liniengang"
- Unfähigkeit, sich allein aus der Kniebeuge zu erheben (außer Ältere)

Erhöhung Laborparameter

- **GGT (Gammaglutamyltranspeptidase)** (eignet sich auch zur Abstinenz- / Verlaufskontrolle)
- **ASAT (=SGOT); ALAT (=SGPT), MCV, CDT**

AUDIT-C-Fragebogen (s. Extrablatt)

„Alkoholproblem“: Männer > 5 Punkte; Frauen > 4 Punkte

Risikoarmer Konsum bei Gesunden

„**Trinkregel**“ (**Obergrenze**): 2-3 Tage/ Woche keinen Alkohol, Mann: pro Gelegenheit nicht mehr als 24g RA, Frau: Hälfte der angegebenen Trinkmengen.

Kein Alkohol in der Schwangerschaft!

Riskanter Konsum oberhalb o.g. Trinkregel

Rauschtrinken Männer >5; Frauen >4 Getränke/ Gelegenheit

Alkoholintoxikation (F10.0)

Schädlicher Gebrauch (F 10.1)

Erhöhter Konsum mit eingetretenen Schäden der psychischen oder physischen Gesundheit, alkoholbezogene Störungen über mindestens einen Monat oder mehrfach während 12 Monaten

Abhängigkeit (F 10.2)

Mindestens 3 Kriterien gleichzeitig im letzten Jahr:

- Starker Wunsch oder Zwang nach Alkohol (craving)
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Nachweis einer ungewöhnlich hohen Toleranz
- Fortschreitende Vernachlässigung and. Interessen
- Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Gesprächsstrategien bei Alkoholproblemen

Motivierende Gespräche sind wichtig in jeder Therapiephase!

- Ansprechen, ein ungeschicktes Gespräch besser als keines
- Rückmeldung von direkten Wahrnehmungen (Alkoholfahne, Untersuchungsergebnisse) und Fremdinformationen
- Empathie
- Schädlicher Konsum und Abhängigkeit sind als Krankheiten anerkannt (keine moralische Stigmatisierung!)
- Eigenverantwortung d. Patienten unterstützen
- Klare Ratschläge
- Darstellung der Behandlungsmöglichkeiten
- Vereinbarung einer (vorläufigen) Behandlungsstrategie
- Organisatorische Hilfestellung, z.B. Termin bei "Suchtmediziner" oder Beratungsstelle

Behandlung riskanter Konsum

"Minimal Intervention": einmalig 5 - 20 min mit Hinweis auf Trinkrisiken, Empfehlung Trinkmengenreduktion incl. trinkfreie Tage pro Woche. **Infomaterial**, Tabelle zum Alkoholgehalt von Getränken.

Behandlung schädlicher Konsum mit psychischen oder körperlichen Folgen

"Extended brief Intervention": mehrere Kontakte, Vermittlung von Untersuchungsergebnissen (z.B. Blutdruck, GGT) und Diagnose, Empfehlung Trinkmengenreduktion (s. u.), Trinkpause oder Abstinenz (z. B. bei Leberzirrhose, chron. Pankreatitis), **Infomaterial**.
Bei weiteren Konsultationen: Wiederholte Nachfragen, Kontrolle Laborparameter, Trinktagebuch zur Selbstkontrolle!, evtl. Einbeziehung des Partners.
Zusätzlich: Verhaltensalternativen, Hilfe zur Stressbewältigung (Konfliktlösung, Entspannungstherapie). Eventuell Überweisung zum Suchtmediziner (Ausschluss Alkoholabhängigkeit) oder Internisten (Ausschluss Folgekrankheiten).

Behandlung Alkoholabhängigkeit, noch keine Entzugserscheinungen

- Konsum mit hohem Risiko (>40g RA/d Frauen, >60gRA/d Männer), keine körperlichen Entzugserscheinungen: Abstinenz oder Trinkmengenreduktion (individuelle Zielfindung), ggf. medikamentöse Unterstützung (**Nalmefen**)
- Konsum mit sehr hohem Risiko (>60g RA/d Frauen, >100g RA/d Männer), keine körperlichen Entzugserscheinungen; Abstinenz, oder medikamentös gestützte Trinkmengenreduktion (**Nalmefen**) bis zum Beginn einer qualifizierten ambulanten, tagesklinischen oder stationären Behandlung
- Wenn stabile Trinkmengenreduktion nicht gelingt, Abstinenzempfehlung
- Bei Fehlschlägen der Abstinenzversuche Trinkmengenreduktion in Erwägung ziehen - Trinkmengenreduktion oft Brücke zur Abstinenz
- Unabhängig vom Grad der Alkoholabhängigkeit: Abstinenzempfehlung bei Krankheiten, die sich unter Alkohol verschlimmern (z. B. Leberschäden, Bauchspeicheldrüsenentzündung, hoher Blutdruck), bei Einnahme bestimmter Medikamente, in der Schwangerschaft

Behandlung Alkoholabhängigkeit mit Entzugserscheinungen

Entzugsbehandlung

1. Ambulante körperliche Entgiftung

Bewährte Regeln:

- Tägliche **Wiedervorstellung** für 10-14 Tage, dabei **tgl. Einzelkonsultationen, und/oder „Entgiftungsgruppe“**
- 5-7 Tage **Carbamazepin** (unretardiert, a 200 mg) 1-1-2 Tbl., dann innerhalb von 3-4 Tagen abbauen
- Bei allergischen Reaktionen auf Carbamazepin **Oxycarbamazepin** 300mg 1-1-2 oder **Valproat** 150 mg 1-1-2, **nicht bei (möglicher) Schwangerschaft**
- Bei stärkerer Unruhe (bes. abends / nachts) z.B. 1-2 Tbl. **Tiaprid** (a 100 mg) oder Doxepin 25mg z. N.
- **Thiamin** (50-100 mg /Tag) bei schwerem Entzug
- Mindestens 1,5 -2 l **Flüssigkeit trinken**
- Medikamente immer nur für einen Tag mitgeben
- Einbeziehung der **Bezugsperson**
- Patient nachts nicht allein lassen (besonders bei stärkeren Entzugserscheinungen)
- Telefonnummer des **ärztl. Notdienstes** mitgeben
- **Fahrtuntüchtigkeit** während der Entgiftung beachten (schriftlich bestätigen lassen!)

Kontraindikation:

- Schwere Entzugserscheinungen
- Schwere Entzüge, epileptische Anfälle, Delirien oder Psychosen in der Vorgeschichte
- Schlechter Allgemeinzustand
- Ernsthaftes körperl. Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus, Frakturen, Pneumonie)
- Schwere psychische Störungen
- Täglich sehr große Mengen Alkohol (Achtung: Frauen, schon bei geringeren Mengen gefährdet!)
- Einnahme größerer Tabletten-Mengen: Polytoxikomanie
- Fehlende soziale Unterstützung
- Unfähigkeit des Patienten, Abstinenz unter ambulanten Bedingungen zu erreichen
- Gescheiterte vorangegangene ambulante Entgiftungsversuche

60 % - 80% der Alkoholabhängigen einer Arztpraxis sind für eine ambulante körperliche Entgiftung geeignet!

2. Stationäre körperliche Entgiftung

bei Kontraindikationen für ambulante Entgiftung und Fehlen von ambulanten Entgiftungsmöglichkeiten

3. Teil-/stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung:

Suchtmedizinische Akutbehandlung die über die körperliche Entgiftung hinausgeht, Behandlung der psychischen und somatischen Komorbidität, Abstinenzstabilisierung, psycho- und soziotherapeutische Interventionen zur Förderung der Änderungskompetenz, Motivation zur Inanspruchnahme

Behandlung nach Entzugsbehandlung

1. Weitere hausärztliche Betreuung, ggf. Suchtschwerpunktpraxis, ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Einzel- bzw. Gruppentherapie,

plus Abstinenz unterstützende Medikamente

• **Naltrexon** tägl. 1 Tbl. für ¼ – ½ Jahr, auch länger, bei guter Wirksamkeit Reduktion auf ½ Tbl. tgl. möglich
Cave: Naltrexon-Nachweiskarte zum Personalausweis (**Opiantagonist** – Berücksichtigung bei Narkosen!)
Empfehlung: zu Beginn 1 Woche testen (Responder?)

• **Nalmefen**: 1 Tbl. an Tagen, an denen der Patient das Risiko verspürt, Alkohol zu trinken.
„Pille anstatt, davor, dabei, danach, oder für längere Zeit“ (bis zu 6 Monaten)

• **Acamprosat**: 3x2 Tbl./Tag über 12 Monate (< 60 kg 2-1-1),

plus Therapie von Begleiterkrankungen

2. Ambulante oder teil-/stationäre Entwöhnung (Rehabilitation), Beantragung beim Rentenversicherungsträger

3. Betreuung Suchtberatungsstelle

4. Selbsthilfegruppe

Rückfall (gehört zur Alkoholkrankheit!)

Kurzer Rückfall (lapse):

- Meist noch keine Entzugserscheinungen zu erwarten
- Beruhigendes Gespräch, Empfehlung ambulante Therapiegruppe/Selbsthilfegruppe
- Auslösende Faktoren? Verbesserung Konfliktlösungsverhalten, eventuell Entspannungstherapie

Längerer Rückfall (relapse):

- Ambulante/stationäre Entgiftung, teil-/stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung
- S. o. (Behandlung nach Entzugsbehandlung)

CASE Management

Die lokalen Behandlungsstrukturen für Suchtpatienten sind unterschiedlich. Die Lotsenfunktion durch diese Strukturen sollte übernommen werden durch Arzt mit Suchtschwerpunkt, Hausarzt, Facharzt, PIA oder Fallmanagement der Krankenkassen

Sie haben Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum? Sprechen Sie Ihren Hausarzt oder ihren behandelnden Facharzt an. Von einigen Ärzten ist bekannt, dass sie sich schwerpunktmäßig mit der Alkoholproblematik befassen. Darüber hinaus bieten Suchtberatungsstellen zur Klärung Ihrer Fragen Beratungsgespräche an.

Manchmal tritt ein erhöhter Alkoholkonsum in Kombination mit seelischen Problemen auf, z.B. mit Depressionen, Panik- und Angststörung. Experten für Sucht und psychische Störungen sind insbesondere Nervenärzte und Psychiater.

Bei Alkoholabhängigkeit, Alkoholentzugserscheinungen und Alkoholfolgeerkrankungen (z.B. Leberzirrhose, Bauchspeicheldrüsenerkrankung, hoher Blutdruck, Alkoholvergiftung) ist eine weiterführende Behandlung in Praxen mit Suchtschwerpunkt oder in tagesklinischen und stationären Spezialeinrichtungen sinnvoll.

Es gibt jetzt neue Behandlungsmöglichkeiten!

Viele Menschen sind bei dem Wunsch nach einem veränderten Konsumverhalten nicht sofort für das Ziel der Abstinenz (Nullkonsum) zu gewinnen.

Sie sind aber bereit, ihren Alkoholkonsum deutlich zu reduzieren, um dadurch psychische und körperliche Schäden durch den Alkohol zu vermeiden.

Neue Therapieoptionen sind:

- Kontrolliertes, also maßvolles Trinken in einer Übergangszeit bis zum Beginn einer Therapie oder bei geeigneten Personen als „Dauerlösung“
- Unterstützung durch (kurzfristige) Einnahme von Medikamenten

Neue Medikamente bremsen den Drang, unkontrolliert Alkohol zu trinken. Sie können helfen, ganz oder teilweise auf Alkohol zu verzichten. Zusätzlich zu einer solchen Therapie ist die Unterstützung durch den Hausarzt anzuraten.

Eine Reduktion des Alkoholkonsums kann

- ambulant, also zu Hause im gewohnten Umfeld umgesetzt werden (ohne Fehlzeiten im Beruf aufgrund eines Klinikaufenthaltes zu befürchten),
- den aktuellen Gesundheitszustand verbessern,
- das Risiko für Krankheiten senken, die durch Alkoholkonsum entstehen,
- sich günstig auf den Verlauf anderer psychischer Störungen auswirken
- für Patienten ein wertvoller Zwischenschritt sein, um sich für die weitere Behandlung auf dem Weg zur Abstinenz zu motivieren.

www.arztuche.kvsa.de

Herausgeber:

Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen in der Praxis des niedergelassenen Arztes“ in Sachsen – Anhalt

Leitung: Dr. Volker Kielstein

Trinken mit Verstand



Alkoholgenuss in Gesellschaft, als Ausdruck von Gemütlichkeit oder zur Entspannung ist so sehr Teil unserer „Wohlfühlkultur“, dass es heute unmöglich ist, das Zellgift Alkohol aus dem allgemeinen Leben zu verbannen.

Es gibt aber keinen risikofreien Alkoholgebrauch, man kann lediglich die Grenzen „risikoarmen“ Trinkens angeben.



Trinkregel

Für einen gesunden erwachsenen Mann gilt als Obergrenze: pro Gelegenheit nicht mehr als 24g Reinalkohol (RA), für Frauen liegt die Grenze bei der Hälfte. (Die Trinkmengentabelle zur Berechnung von RA in alkoholischen Getränken s. diese Spalte unten.)

Wer täglich trinkt, läuft Gefahr, immer größere Alkoholmengen zu benötigen, um die angenehme Alkoholwirkung zu erleben. Deshalb ist es sinnvoll, in der Woche wenigstens 2-3 Tage keinen Alkohol zu trinken.

Ab einer Menge von täglich 20g RA für Frauen und 40g RA für Männer ist mit einer Störung des natürlichen Schlafablaufs, nach mehreren Jahren mit hohem Blutdruck, einer Steigerung des Brustkrebsrisikos bei Frauen, mit einer Verdopplung des Schlaganfallrisikos bei Männern und mit Problemen des sozialen Zusammenlebens zu rechnen.

Bei der Abschätzung „risikoarmer“ Trinkmengen ist es wichtig zu wissen, wie viel Gramm RA in alkoholischen Getränken enthalten sind:

| | | | |
|-----------------|-----|-------------------|------|
| <u>Bier:</u> | | <u>Sekt:</u> | |
| 0,5l | 20g | 0,7l | 65g |
| 0,3l | 12g | 0,1l (Glas) | 10g |
| <u>Wein:</u> | | <u>Schnaps:</u> | |
| 0,7l | 60g | 0,7l | 220g |
| 0,1l „Zehntel“ | 12g | 0,02l „Kleiner“ | 6g |
| 0,2l „Schoppen“ | 20g | 0,04l „Doppelter“ | 12g |

In der Bevölkerung wird sehr oft der Alkoholgehalt des Bieres unterschätzt: „Ich trinke am Sonnabend doch nur 6 halbe Liter“, für viele nichts besonderes. Sechs halbe Liter haben 120g RA, das ist mehr als eine halbe Flasche Schnaps (110g RA)! Bei einer halben Flasche Schnaps denken die meisten Leute, dass das zu viel ist.

Unterschätzt wird auch der Schnaps: „Ich trinke ja nur 3 Schnäpse am Abend“. Ein „kleiner“ Schnaps hat 6g RA, den trinkt aber keiner, wenn, dann wird ein „Doppelter“ (12g RA) bestellt und das, was die Leute am Abend in ihren großvolumigen Kognacschwenker gießen, ist oft ein „Vierfacher“. 3 Schnäpse können also 18, 36 oder 72g RA bedeuten!

Bei leichtfertigem Umgang mit Alkohol kann sich aus einem

- **risikoarmen Konsum** ein
- **risikanter Konsum** (noch keine dauerhaften körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen)

- ein **schädlicher Gebrauch** mit bereits eingetretenen körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen und schließlich
- eine **Alkoholabhängigkeit** mit einer verminderten Kontrolle über den Alkohol, starker Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen und ernsthaften alkoholbedingten Folgekrankheiten entwickeln.

Die Übergänge sind oft unbemerkt und fließend. Die Einhaltung risikoarmer Trinkmengen (s. o.) bewahrt zuverlässig vor einer solchen Entwicklung.

Alkohol sollte in der Schwangerschaft, bei der Einnahme bestimmter Medikamente, bei bestimmten Erkrankungen und im Straßenverkehr (Punktabstinenz!) ganz gemieden werden.

Die **nachfolgenden 3 Fragen** helfen Ihnen, Ihren Alkoholkonsum einzuschätzen. Mehr als 5 Punkte (Männer) oder 4 Punkte (Frauen) sind ein Hinweis, dass Sie ein riskantes, schädliches oder abhängiges Trinkverhalten haben.

AUDIT C

Ein Glas Alkohol (12 g RA) entspricht etwa:

0,33 Liter Bier;

0,15 Liter Wein oder Sekt;

0,04 Liter Spirituosen

| Punkte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------------------|--|---|---|---|
| Wie oft trinken Sie Alkohol? | Nie <input type="checkbox"/> | etwa 1 mal pro Monat <input type="checkbox"/> | 2-4 mal pro Monat <input type="checkbox"/> | 2-3 mal pro Woche <input type="checkbox"/> | 4 mal oder häufiger pro Woche <input type="checkbox"/> |
| Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise? | 1 oder 2 <input type="checkbox"/> | 3 oder 4 <input type="checkbox"/> | 5 oder 6 <input type="checkbox"/> | 7 oder 8 <input type="checkbox"/> | 10 oder mehr <input type="checkbox"/> |
| Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag 6 oder mehr alkoholische Getränke getrunken? | Nie <input type="checkbox"/> | seltener als 1 mal pro Monat <input type="checkbox"/> | 1 mal pro Monat <input type="checkbox"/> | 1 mal pro Woche <input type="checkbox"/> | täglich oder fast täglich <input type="checkbox"/> |

Gesamtpunktwert (Summe der erreichten Punkte pro Frage)

„Alkoholproblem“: Männer >5 Punkte; Frauen >4 Punkte



Empfehlungen Leitlinie 2015

- **Niedrigschwellige wohnortnahe** Zugangswege zu qualifizierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen,
- **Zeitnahe** personenorientierte und passgenaue Hilfen
- **Sektorenübergreifende Behandlungsansätze** i. S. eines kombinierten und schwellenlosen Übergangs zwischen **ambulant, teilstationärer** und **stationärer medizinischer Behandlung**
- Realisierung eines **trägerübergreifenden** Schnittstellenmanagements
- Z. B. Verträge über **Integrierte Versorgung**



Kriterien für eine erfolgreiche Behandlung

Forschungsgruppe „Psychosoziale Therapie bei Alkoholabhängigkeit“ Ostberlin, 1986
Leitung: Dr. Volker Kielstein

- **Sofort**behandlung *
- **Intensive** Behandlung *
- **Wohnortnahe** Behandlung
- **Nahtlose** Behandlung *
- **Langfristige ambulante** Behandlung *
- **Gruppenbehandlung** *
- Einbeziehung des **sozialen Umfeldes**
(Partner, Betrieb) *



MVZ an der Sternbrücke

Psychiatrie-Psychotherapie-Suchtmedizin

- **Erstgespräch für Suchtkranke** innerhalb einer Woche
- **Ambulante körperliche Entgiftung:** Medikamente + „Entgiftungsgruppe“ in **80% der Fälle**
- Nervenärztliche Betreuung der tagesklinischen Patienten
- Substitutionsbehandlung
- **Krisenintervention** und sonstige ambulante Maßnahmen bei Suchtkranken (**Doppeldiagnosen!**)
- Nach Abschluss der Tagesklinik **langfristige Gruppentherapie 1x/Woche** nach der Arbeitszeit, insgesamt **8 Gruppen**



Tagesklinik an der Sternbrücke - Abhängigkeitserkrankungen -

- 35 Therapieplätze
- Behandlungsdauer 5-6 Wochen
- Indikation: Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Spielsucht, Anorexie, Bulimie
- 1 Angehörigengruppe (wöchentlich)
- Wöchentlicher Konsiliardienst in allen Krankenhäusern von Magdeburg und Umgebung für Suchtkranke
- Betriebliches Gesundheitsmanagement, Managementschulungen (Suchterkrankungen, psychische Störungen)



Tagesklinik (TK) an der Sternbrücke

Statistisch gesicherte Ergebnisse bei Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen

- **Rückfälle** während der TK-Behandlung, mit Rückfällen wird therapeutisch gearbeitet, 25%
- **Abbruch der TK-Behandlung** 12%
- **1 Jahres-Remission nach TK (Erstbehandlung)** und nachfolgender ambulanter Gruppentherapie 65%
- **1 Jahres-Remission nach TK (Zweitbehandlung)** und nachfolgender ambulanter Gruppentherapie 80%
- **Weitervermittlung in stationäre Rehabilitation** 10%

Die Vorteile der tagesklinischen Behandlung für Klienten mit Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatischen Störungen

Die Tagesklinik wird von Patienten bevorzugt, die gute Gründe haben, nicht mehrere Monate ihre Umgebung zu verlassen weil:

- **Familiäre Rücksichten** genommen werden müssen,
- Die **Arbeitssituation** eine längere Abwesenheit nicht zulässt,
- Sich gerade eine **Partnerschaft** anbahnt,
- Sie zu der Überzeugung gelangt sind, dass sie ihre Probleme im **tagesklinischen Setting** bewältigen können.



Die Tagesklinik ist

- **Leicht erreichbar** (Gemeindenähe, geringere Stigmatisierung durch die Krankheit, keine Wartezeiten);
- Tägliche Arbeit mit **lebensnahen Konflikten**,
- Gute **Einflussmöglichkeiten** des Patienten und des therapeutischen Teams auf das **soziale Umfeld**,
- Die therapeutischen Veränderungen setzen sich kontinuierlich in der privaten Situation fort,
- Gute Möglichkeiten für Regelungen im beruflichen und sozialen Bereich,
- **Kostengünstiges Behandlungsangebot** (30 – 40 % der vollstationären Kosten).



Tagesklinik aus Patientensicht

Die Patienten schätzen die Kombination von Therapie, Stützung am Tag, Realitätsbezug am Abend und am Wochenende.

Von Anfang an erleben sie, dass sie am **Therapieerfolg durch eigene Leistung** beteiligt sind.

Sie verschaffen sich die narzisstische Gratifikation, dass sie zu denen gehören, die **noch nicht ins Krankenhaus** müssen.



Therapieergebnisse Freie Heilfürsorge Sachsen – Anhalt (1 Jahr)

1. Tagesklinische Behandlung

65% Rückfallfreiheit und dienstliche Unauffälligkeit

2. Tagesklinische Behandlung

82% Rückfallfreiheit und dienstliche Unauffälligkeit



Stufenprogramm des Polizeiärztlichen Dienstes

- | | |
|---------------------|--|
| 1. Suchtbehandlung: | Tagesklinik |
| 2. Suchtbehandlung: | Tagesklinik oder stationäre Rehabilitation |
| 3. Suchtbehandlung: | stationäre Rehabilitation |



| stationäre Langzeit- therapie (Zemlin et al. 1999) | stationäre/ambulante Therapie (Mann und Batra 1993) | stationäre/ambulante Therapie (Mann et al. 1996) |
|--|---|--|
| stationäre Entwöhnungs- Behandlung 6 Monate | 6 Wochen stationär 1 Jahr ambulant | 6 Wochen stationär 1 Jahr ambulant |
| 1 Jahr | 1 Jahr | 1 Jahr |
| 3.060 | 790 | 212 |
| 60% | 68% | 67% |

psychoneuro 2004; 30 (1)



Mißerfolgsindex bei tagesklinisch behandelten Alkoholabhängigen

➔ **Diskriminanzanalyse prognostisch ungünstiger Patientenmerkmale
(Herbst K. IFT) :**

| | |
|--|---|
| * schlechter Allgemeinzustand | 5 |
| * häufiger Arbeitsplatzwechsel | 3 |
| * morgendliches Trinken länger als 2 Jahre | 3 |
| * Trinken der Kollegen während der Arbeit | 2 |
| * geschieden | 2 |
| * frühere Verurteilung | 2 |
| * BENTON unterdurchschnittlich | 2 |
| * Beruf unterhalb Facharbeiterniveau | 1 |

Grenzwert 10 Punkte

Fehlerquote bei Prädikation des Mißerfolgs 15 %



Aus Vortrag ICAA
Weltkongress 1990
Berlin, Reichstag
Dr. Volker Kielstein



Indikationskriterien für verschiedene Formen der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen

| Ambulante Therapie | Tagesklinik | Stationäre Therapie |
|--|-------------|---|
| soziale Stabilität Fähigkeit, Behandlungsvertrag einzuhalten Abstinenzfähigkeit Bewährung in außerstationärer Therapie mittelschwere Gesundheitsstörungen hoher sozioökon. Status | ← 80 % → | soziale Instabilität Vertragsschwierigkeiten Abstinenzunfähigkeit Versagen in außerstationärer Therapie schwere Gesundheitsstörungen niedriger sozioökon. Status |





Nr. O-17 / Donnerstag, 30. April 1992

GESUNDHEITSPOLITIK

Ärzte & Zeitung 15

Probleme in der ambulanten Nachsorge Alkoholabhängiger gab es auch zu DDR-Zeiten / Sachsen-Anhalt unterstützte Aufbau eines Therapiezentrum

Kielstein ist überzeugt: Tagesklinische Alkoholtherapie hat Vorteile

Magdeburg (dpa/sa). Menschen, die zu Dr. Volker Kielstein kommen, sind seelisch und körperlich am Ende. Gewohnheiten, ungelöste Konfliktsituationen sowie Ärger in Beruf und Familie ließen sie zur Flasche greifen – bis Teufel Alkohol sie nicht mehr losließ. „Der Prozeß, die eigene Sucht zu erkennen, ist für viele Patienten ein schwerer Weg“, sagt Dr. Kielstein, der nach der Wende als erster Ostdeutscher seine eigene Tagesklinik leitet.

Oberstes Prinzip seiner Arbeit ist der Wille der Betroffenen, die Sucht zu besiegen, es sei wie bei einem

Vertrag, bei Nichteinhalten der Bedingungen kämen Abmahnungen und dann die Kündigung.

Sein Domizil ist eine alte Villa im Magdeburger Stadtzentrum. Noch versperren Baugerüste den für die Kranken ohnehin beschwerlichen Weg in die Klinik. Obwohl der Ausbau die Arbeit erschwere, sei es noch besser als zu DDR-Zeiten.

Alkoholstüchtige hätten nicht in das Bild einer sozialistischen Gesellschaft gepaßt, entsprechend gering sei die Unterstützung des Staates gewesen. Nach einer Bekanntschaft mit den anonymen Alkoholikern

gründete Dr. Kielstein nach eigenen Angaben bereits 1972 eine der ersten Alkoholikergruppen der DDR.

1978 habe er als erster ostdeutscher Arzt Alkoholstüchtige tagesklinisch nachbehandelt, berichtet er im Gespräch. „Schwierig war die vor allem die Nachsorge, denn Selbsthilfegruppen waren in der DDR verboten“, erinnert sich Dr. Kielstein. Unter seiner formalen Obhut hätten neben ihm auch „trockene Alkoholiker“ zahlreiche kleinere Gruppen geleitet.

Auf Sucht-Weltkongressen in Dresden und Warschau habe er erst-

malig Kontakt mit westlichen Kollegen aufnehmen können, um zu erfahren „wie weit sind die anderen“. An „Republikflucht“ habe er zwar gedacht, jedoch fehlte die Gelegenheit. „Ich war kein Reisekader, durfte 1989 das erste Mal in den Westen“, bekennt er. Mut brauchte er, um sich nach der Wende frei niederzulassen und eine private Tagesklinik zu gründen. Das Land Sachsen-Anhalt habe ihn finanziell unterstützt, jedoch gebe es noch zahlreiche Schwierigkeiten mit den Kostenträgern, für die eine Therapie in einer Tagesklinik, in die die Alko-

holiker morgens kommen und abends nach Hause gehen, bisher kein Thema war. „Die Kostenträger verkanteten bisher einfach die Vorzüge einer tagesklinischen Alkoholikertherapie“, meint Dr. Kielstein.

Die Vorzüge liegen für die 30 bis 35 zu gleicher Zeit behandelten alkoholkranken Männer und Frauen auf der Hand. „Ich fühle mich nicht so eingesperrt, wie bei einer stationären Entziehung“, sagt einer. Die Möglichkeit, rückfällig zu werden, sei zwar größer, die Patienten machten sich jedoch immer untereinander Mut, doch durchzuhalten.



Paradigmenwechsel IV

Körperliche Entgiftung:

Nicht nur stationär, sondern auch
ambulant/tagesklinisch möglich.



Entzugerscheinungen:

- Tremor der vorgehaltenen Hände, der Zunge oder der Augenlider
- Schwitzen
- Übelkeit, Würgen oder Erbrechen
- Tachykardie oder Hypertonie
- Psychomotorische Unruhe
- Kopfschmerzen
- Krankheitsgefühl oder Schwäche
- Vorübergehende optische, taktile oder akustische Halluzination
- Krampfanfälle (Grand mal)



80% der Alkohol-/Drogenabhängigen einer Praxis
mit Suchtschwerpunkt sind für eine ambulante
körperliche Entgiftung geeignet.



BEWÄHRTE REGELN:

- **Tägliche Wiedervorstellung** für 10-14 Tage, dabei tgl. Einzelkonsultationen und „Entgiftungsgruppe“
- **5-7 Tage Carbamazepin** (unretardiert, a 200 mg) 1-1-2 Tbl., dann innerhalb von 3-4 Tagen abbauen
- Bei allergischen Reaktionen (Hautjucken, Hautrötung) **Oxcarbamazepin (Timox)** 300mg 1-1-2 oder **Valproat** 150 mg 1-1-2, nicht bei (möglicher) Schwangerschaft
- Bei stärkerer Unruhe (bes. abends / nachts) z.B. 1-2 Tbl. **Tiaprid** (a 100 mg)
- Thiamin (50-100 mg /Tag) bei schwerem Entzug
- Mindestens 1,5 -2 l Flüssigkeit trinken
- **Medikamente immer nur für einen Tag mitgeben**
- **Einbeziehung der Bezugsperson**, Patient nachts nicht allein lassen (besonders bei stärkeren Entzugserscheinungen)
- **Telefonnummer des ärztl. Notdienstes** mitgeben
- **Fahruntüchtigkeit** während der Entgiftung beachten (schriftlich bestätigen lassen!)



Kontraindikation:

- **Schwere Entzugserscheinungen**
- Schwere Entzüge, **epileptische Anfälle**, **Delirien** oder **Psychosen** in der Vorgeschichte
- **Schlechter Allgemeinzustand**
- **Ernsthafte körperl. Krankheiten** (z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus, Frakturen, Pneumonie)
- Schwere psychische Störungen
- Täglich sehr **große Mengen Alkohol** (Achtung: Frauen, schon bei geringeren Mengen gefährdet!)
- Einnahme größerer Tabletten-Mengen; Polytoxikomanie
- Unfähigkeit des Patienten, Abstinenz unter ambulanten Bedingungen zu erreichen
- **Gescheiterte vorangegangene ambulante Entgiftungsversuche** 80% der Alkoholabhängigen einer Arztpraxis sind für eine ambulante körperliche Entgiftung geeignet!



Warnende Hinweise Verschreibung von Clomethiazol (Distraneurin®)

„Es entsteht innerhalb kurzer Zeit eine ausgeprägte, körperliche Abhängigkeit mit dem Risiko, des vollentwickelten Entzugsdelirs einschließlich zerebraler Krämpfe. Es bildet sich außerdem eine besonders hartnäckige, schwer zu behandelnde psychische Abhängigkeit.“

Literatur:

1. Andritsch F, Reimer F.: Distraneurin. Kein Therapeutikum der Alkoholabhängigkeit. Med Klein 1976; 71:717 – 718
2. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Strenge Indikationsstellung für Clomethiazol. Deutsches Ärzteblatt 1977; 74: 1902 [Heft 30]
3. Bauer a: Die medikamentös gesteuerte Sucht. I. Arzneim – Forsch 1970; 20: 864 –865
4. Lundquist G: Acta Psychiat Scand 1966; 192: 203
5. Reilly TM: Physiological Dependence on, and Symptoms of Withdrawl from, Chloromethiazol. Brit J Psychiat 1976; 128: 375 - 378



Merkblatt für neue Patienten !

Patienten, die Finlepsin, Tegretal, Timonil oder Valporat zur ambulanten Entgiftung einnehmen, haben Folgendes unbedingt zu beachten:

- **Sie sind fahruntüchtig**, d.h. Sie dürfen kein Fahrzeug führen

Meiden Sie auf jeden Fall:

- Nicht verordnete Medikamente
- Bohnenkaffee
- Schwarzen Tee
- Cola und
- Selbstverständlich auch andere alkohol- oder koffeinhaltige Getränke
- Vermeiden Sie erhöhte körperliche Belastungen !

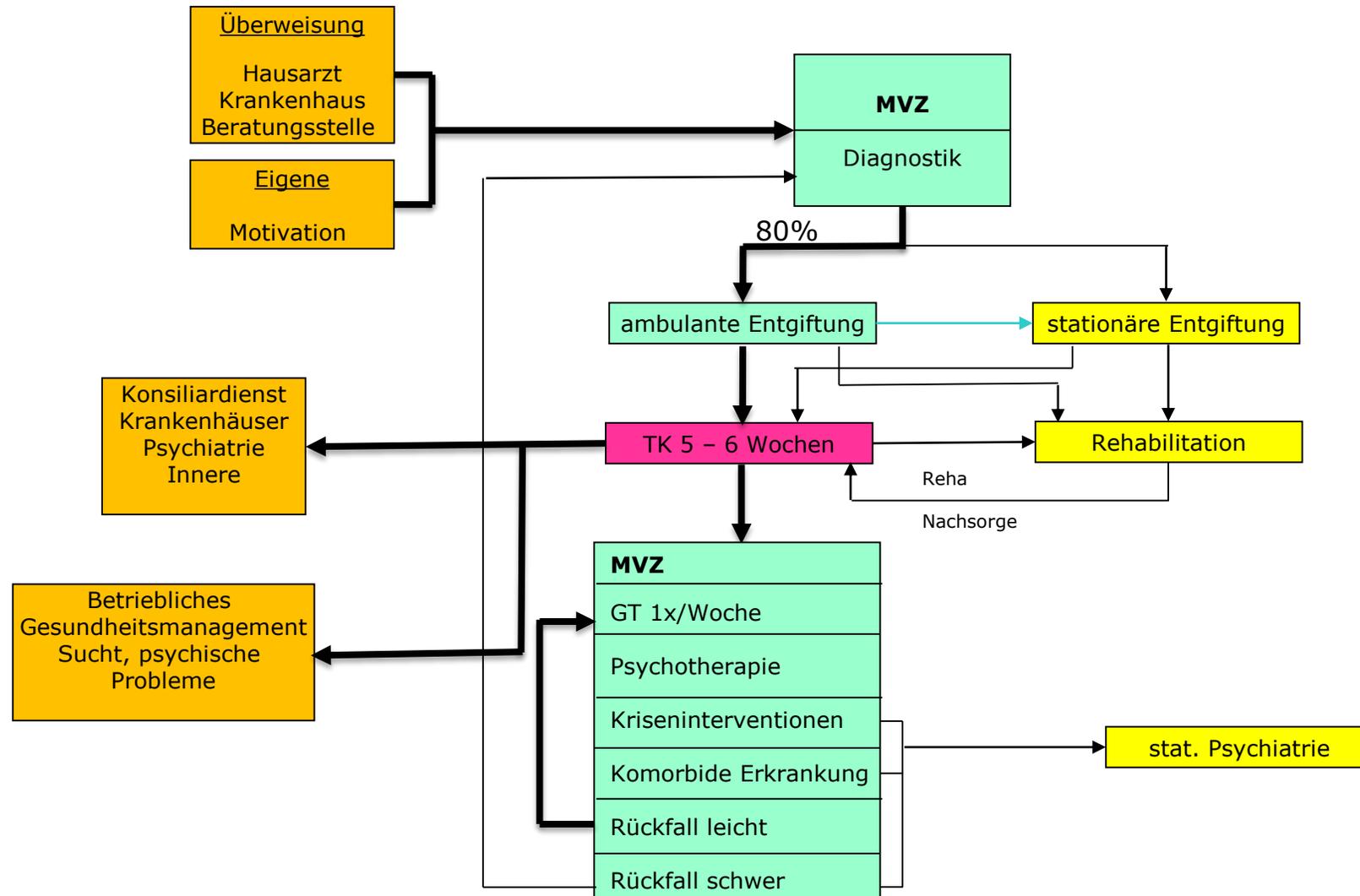
Zur Kenntnis genommen:

Datum:

Unterschrift:



Behandlungspfad MVZ und TK an der Sternbrücke Magdeburger Modell





Paradigmenwechsel I

Körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigungen müssen von Abhängigkeitssyndrom unterschieden werden. Das macht den Blick frei für die erheblichen Folgen schädlichen Alkoholgebrauchs.

Aufklärung = ärztliche Basisaufgabe



Paradigmenwechsel II

Trinkmengenreduktion ist nicht nur eine Option für Patienten, die noch nicht abhängig sind, sondern auch für Patienten mit mäßiger Abhängigkeit oder auch als Zwischenschritt zur Abstinenz.

Medikamentöse Unterstützung mit **Nalmefen (Selincro)**.



Paradigmenwechsel III

Ergänzung der **therapeutischen Rahmenbedingungen**:

- **Früherkennung und Intervention in der haus/fachärztlichen Praxis**
- **„qualifizierter Entzug“** als Akutbehandlung (Finanzierung KK!): Komorbidität, stabilisiert Abstinenz, fördert Änderungskompetenz und die Motivation zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen
- **Tageskliniken** für **qualifizierten Entzug** und für **Rehabilitationsbehandlung** geeignet
- **Suchtkranke** benötigen **nur Rehabilitation bei verminderter oder drohender Erwerbsunfähigkeit**
- **Haus-/Fachärzte** spielen eine große Rolle bei der langfristigen **Postakutbehandlung** von Suchtkranken, ggf. **Medikamente zur Reduktion des Trinkdruckes z. B. Nalmefen (Selincro) oder Naltrexon (Adepend).**

Ambulant psychiatrische oder psychotherapeutische Einzel- bzw. Gruppentherapie.



Paradigmenwechsel IV

Die körperliche Entgiftung kann unter Berücksichtigung von Regeln und Kontraindikationen bei einem großen Teil der Patienten ambulant durchgeführt werden.



Paradigmenwechsel V

Rückfälle kommen bei Suchterkrankungen vor, sie sind meist ausgelöst durch Stress. Bei grundsätzlich motivierten Patienten besteht kein Grund, die Behandlung abubrechen.

Moralisierende, schuldzuweisende und dramatisierende Interventionen (großer „abstinence violation“ Effekt-MARLATT) fördern den Therapieerfolg nicht.

Eher führen eine sorgfältige Analyse der Rückfalldynamik, sachliches Management, klare Anweisungen, emotionale Entlastung und medikamentöse Unterstützung zum Erfolg.