



# Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena

Fachkrankenhaus für Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie

## Dr. med. K. Schoett

Mitglied im Vorstand der DGS

Vorsitzende des Suchtausschusses der LÄK Thüringen

Chefärztin der Abt. für Suchtmedizin des ÖHK Mühlhausen/Thüringen

k.schoett@oehk.de

**Neue S3-Leitlinie im Alkoholbereich.  
Gibt es einen Paradigmenwechsel?**

# Gliederung des Vortrags

- 1. Wozu braucht es eine S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen?**
- 2. Was beinhaltet die neue S3-Leitlinie?**
  - a.) Screening und Diagnose**
  - b.) Kurzintervention**
  - c.) Körperliche Entgiftung**
  - d.) Qualifizierte Entzugsbehandlung**
  - e.) Pharmakotherapie**
  - f.) Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung**
- 3. Bedeutet dies einen Paradigmenwechsel?**

# Krankwerden durch Alkoholkonsum in Deutschland?

**Anerkennung als Krankheit** erst 1968, bei Privatversicherungen bis heute oft nicht

Die Deutschen gehören zu den führenden Nationen weltweit: Alkohol- und Tabakkonsum bedingen hierzulande zusammen **20 % des Risikos für die Gesamtheit aller Erkrankungen** bei Männern (Plass et al. 2014). Wirksame verhältnispräventive Maßnahmen fehlen bisher.

In Deutschland gibt es ca. **1,9 Millionen Alkoholabhängige** und rund 1,6 Millionen Menschen mit „schädlichem Gebrauch“ von Alkohol (Pabst et al. 2013).

Täglich sind rund 200 **Todesfälle** durch zu hohen Alkoholkonsum zu beklagen, jährlich liegt die Zahl bei 74.000 (Gärtner et al. 2013).

Die **Kosten** liegen mit mindestens 30 Milliarden Euro pro Jahr auch im europäischen Vergleich an der Spitze aller durch psychische Störungen verursachten Kosten (Effertz & Mann 2013).

# Behandlungen von Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol pro Jahr

Art der Behandlung / Intervention	Häufigkeit	Referenz
Krankenhausbehandlungen im Jahre 2012 (vollstationär) <ul style="list-style-type: none"> <li>- wegen psychischer oder Verhaltensstörung durch Alkohol (alle ICD-10 F10-Diagnosen)</li> <li>- wegen Intoxikation (ICD-10 F10.0)</li> </ul>	345 034  121 595	Statistisches Bundesamt 2012
Entgiftungs-/Entzugsbehandlungen in somatischen Kliniken <ul style="list-style-type: none"> <li>- insgesamt</li> <li>- als qualifizierter Entzug DRG (V40Z)</li> </ul>	Ca. 160 000 Ca. 7 000	Statistisches Bundesamt 2012
Behandlungen in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen (je nach Erhebung)	200 000 bis 270 000	Längle (2012)
Maßregelvollzug nach § 64 StGB (Stichtag 31.03.2013)	1 144	Statistisches Bundesamt 2014b
stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (v. a. Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken für Suchtkranke) durch die gesetzliche Rentenversicherung als Leistungsträger (die DRV ist in 85% der Fälle Leistungsträger)	Ca. 30 000	DRV-Bund 2013 Bachmeier et al. 2013

# Versorgung von Menschen mit Alkoholbezogenen Störungen – Defizite beim Angebot

„Schädlicher Gebrauch“ war bislang kaum Anlass für Beratung oder Behandlung. Abhängigen wird traditionell eine Therapie mit körperlicher Entgiftung, qualifizierter Entzugsbehandlung und medizinischer Rehabilitation angeboten. Dabei ist die lebenslange Abstinenz von Alkohol das allgemein anerkannte Therapieziel.

## Nutzung von Hilfeangeboten (lt. Wienberg 2002):

- Rehabilitationsbehandlungen: 3-4 % der Alkoholabhängigen (ca. 35.000) / Jahr
- Suchtmedizinischen Abteilungen der Psychiatrischen Kliniken: 200.000 / Jahr
- Somatische Abteilungen der Krankenhäuser: mehr als 335.000 Patienten / Jahr
- Niedergelassener Arzt: sieht pro Jahr etwa 70-80 % der Betroffenen wg. diverse Symptome

# Versorgung von Menschen mit Alkoholbezogenen Störungen – Defizite bei der Nachfrage

Viele Betroffene sind unsicher und schrecken gerade zu Beginn einer Abhängigkeit vor dem Aufsuchen einer Beratung und Behandlung zurück.

- In den USA war knapp die Hälfte der Personen mit behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen trotz eigener Einsicht in die Notwendigkeit (noch) nicht bereit, vollständig auf Alkoholkonsum zu verzichten (SAMHSA 2013).
- Auch die Reduktion der Trinkmengen ist als zumindest intermediäres Therapieziel für Alkoholabhängige anzuerkennen (englische Therapieleitlinie NICE 2011), ein Standpunkt, den auch die European Medicines Agency vertritt (EMA 2011).

S3-Leitlinie „Alkohol“ stimmt dieser Auffassung zu: Die damit verbundene Senkung der Eingangsschwellen soll deutlich mehr Menschen in eine Beratung und Behandlung führen als bisher.

Könnte die Inanspruchnahme von psycho- und pharmakotherap. Angeboten von bisher 10 % auf 40 % der Betroffenen erhöht werden, ließen sich nach einer aktuellen Modellrechnung pro Jahr rund 2 000 Menschenleben in Deutschland retten (Rehm et al. 2014)

## S3-Leitlinie: Screening und Diagnose

In Deutschland liegen die Grenzwerte für einen „risikoarmen Alkoholkonsum“ bei bis zu 24 g Reinalkohol pro Tag für Männer (z.B. zwei Gläser Bier à 0,3l) und bis zu 12g Reinalkohol für Frauen (Seitz, Bühringer & Mann 2008). Der Begriff „risikoarm“ impliziert, dass es keinen risikofreien Alkoholkonsum gibt. **20 gr Alkohol = 0,5 l Bier = 0,2 l Wein = 0,06 l Schnaps**

**Rauschtrinken („binge drinking“):** Einnahme von großen Alkoholmengen innerhalb von kurzer Zeit - bei Männern fünf oder mehr Getränke (Standarddrinks) bei einer Gelegenheit (SAMSHA, 2006), bei Frauen vier oder mehr Getränken (Standarddrinks) bei einer Gelegenheit.

**Screening mittels AUDIT (bei Cut-off von 5 P. für Männer bzw. 4 P. für Frauen). Auch Kurzform möglich, Hauptsache, es wird überhaupt gescreent, in jedem Setting. (Soll-Empf.)**

### **Nachweis Alkoholkonsum:**

- Akut mittels BAK, AAT und ETG im Urin
- Chronisch mittels MCV, GGT und CDT als Kombination, ev. ergänzt noch durch ALAT + ASAT

**Diagnostische Einschätzung** mittels Klassifikationsschemata von ICD bzw. DSM

# AUDIT-C Screening Test zur Selbstbeurteilung

Wie oft trinken Sie Alkohol?	Nie	0 Punkte
	1 x im Monat oder seltener	1
	2 bis 4 x im Monat	2
	2 bis 3 x pro Woche	3
	4 x pro Woche oder öfter	4
Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?  (1 Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier / 0,25 l Wein / 0,02 l Spirituosen)	1 – 2 Gläser pro Tag	0
	3 – 4 Gläser pro Tag	1
	5 – 6 Gläser pro Tag	2
	7 – 9 Gläser pro Tag	3
	10 oder mehr Gläser pro Tag	4
Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?	Nie	0
	Seltener als 1 x im Monat	1
	Jeden Monat	2
	Jede Woche	3
	(fast) jeden Tag	4

**Ab 5 P. (bzw. bei Frauen 4 P.) = erhöhtes Risiko für alkoholbezogene Störungen!**



## **S3-Leitlinie: Kurzintervention**

**Kurzinterventionen sind ein Weg, Menschen mit problematischem Alkoholkonsum in nicht-spezialisierten Settings zu einer Trinkmengenreduktion oder ggf. zur Abstinenz zu motivieren.** Sie dauern bis zu 60 Minuten bei bis zu fünf Sitzungen.

Die Interventionen zielen auf eine Verringerung des Alkoholkonsums und alkoholassoziierter Probleme und integrieren u.a.: 1.) personalisiertes Feedback, 2.) individuelle Zielfindung sowie 3.) konkrete Ratschläge. Sie können durch schriftliches Infomaterial ergänzt werden oder auch computergestützt dargeboten werden. Unerwünschte Wirkungen bestehen nicht.

Bei Riskantem Konsum gilt das Nutzen-Risikoverhältnis als positiv und die Umsetzbarkeit in der Versorgung möglich. (A)

Bei Rausch-Trinken sind die Ergebnisse heterogen. (B)

Bei Abhängigkeit ebenfalls inkonsistente Befunde, können angeboten werden (0).

In der primärmedizinischen Versorgung sollen Kurzinterventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums angeboten werden. (A)

## **S3-Leitlinie: körperliche Entgiftung**

Eine körperliche Entgiftung **umfasst die Behandlung von Alkoholintoxikationen mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von Alkoholentzugssymptomen**, wie sie bei einem relevanten Anteil der alkoholabhängigen Patienten auftreten können. Ziel ist die Sicherstellung der Vitalfunktionen und die Vermeidung von Komplikationen sowie die Reduzierung / Linderung von Entzugserscheinungen.

Eine **symptomorientierte Behandlung** des Alkoholentzuges anstatt eines fixen Dosierschemas sollte dann angeboten werden, wenn

- 1.) ein engmaschiges Assessment und Symptomkontrolle unmittelbar bei Behandlungsbeginn und während des gesamten Verlaufes sichergestellt sind und
- 2.) das Personal adäquat in Assessment und Überwachung eines Alkoholentzugs geschult ist, z.B. in der Zuhilfenahme eines standardisierten Beurteilungsinstrumentes (KKP)

Die **Dauer der Behandlung** sollte sich individuell an der Schwere der Entzugserscheinungen und der körperlichen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen orientieren. (KKP)

Da eine **körperliche Entgiftung allein** keine hinreichende Therapie der Suchterkrankung darstellt, sollen weitere suchtmmedizinische Hilfen vorgehalten bzw. vermittelt werden. (KKP)

## S3-Leitlinie: körperliche Entgiftung

### Eine stationäre Behandlung in Form einer körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung soll angeboten werden

- 1.) bei einem Risiko eines alkoholbedingten Entzugsanfalles und/oder Entzugsdelirs und/oder
- 2.) bei Vorliegen von gesundheitlichen bzw. psychosozialen Rahmenbedingungen, unter denen Alkoholabstinenz im ambulanten Setting nicht erreichbar erscheint
- 3.) (zu erwartende) schwere Entzugssymptome,
- 4.) schwere und multiple somatische oder psychische Begleit- oder Folgeerkrankungen,
- 5.) Suizidalität,
- 6.) fehlende soziale Unterstützung,
- 7.) Misserfolg bei ambulanter Entgiftung

Alkoholabhängige, die sich keinem Alkoholentzug unterziehen wollen, sollten **informiert** werden über

- 1.) Risiken der nicht überwachten plötzlichen Trinkmengenreduktion oder eines Trinkstopps, wie z.B. Entzugskomplikationen und deren Behandlungsmöglichkeiten.
- 2.) alternative Hilfeangebote

**Ziel einer Entzugsbehandlung** ist das komplikationslose „Freiwerden“ vom Suchtmittel (Abstinenz). Die Aufrechterhaltung einer Abstinenz stellt eine eigene Herausforderung dar und profitiert in der Regel deutlich von einer Post-Akutbehandlung.

## **S3-Leitlinie: Qualifizierte Entzugsbehandlung**

**Suchtpsychiatrische / -medizinische Akutbehandlung, die über die körperliche Entgiftung hinausgeht:** Behandlung der Intoxikations- und Entzugssymptome

- + Diagnostik/Behandlung der psych. und somat. Begleit- und Folgeerkrankungen
- + psycho- und soziotherap. sowie psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft, -kompetenz und Stabilisierung der Abstinenz (incl. Vermittlung in das regionale Hilfesystem, in soziale oder medizinische Rehabilitation).

Es sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) statt einer reinen körperlichen Entgiftung **angeboten** werden, auch bei Ambivalenz zu weiterführenden Maßnahmen.

**Zur Erhöhung der Effektivität sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Regel 21 Behandlungstage umfassen, ggf. auch länger.**

## S3-Leitlinie: Pharmakotherapie

Eine medikamentengestützte Alkoholentzugsbehandlung ist einer Nichtbehandlung bezüglich der Schwere der auftretenden Entzugssymptome und der Häufigkeit von Entzugskomplikationen überlegen.

**Benzodiazepine:** reduzieren effektiv die Schwere und Häufigkeit von Alkoholentzugssymptomen sowie die Häufigkeit schwerer Entzugskomplikationen wie Delire und Entzugskrampfanfälle. Benzodiazepine sollen zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden. (A) Bei Delirien Kombination mit Antipsychotika (z.B. Haldol) empfohlen.

**Clomethiazol** reduziert effektiv die Schwere und Häufigkeit von Alkoholentzugssymptomen sowie die Häufigkeit schwerer Entzugskomplikationen wie Delir und Entzugskrampfanfälle, sollte unter stationären Bedingungen zur Behandlung eingesetzt werden. (B)  
Nicht ambulant zugelassen! Nicht mit Benzos kombinieren! Missbrauchspotential beachten!

**Antikonvulsiva** sollten zur Verhinderung von Alkoholentzugskrampfanfällen eingesetzt werden, zugelassen ist nur Carbamazepin. Einsatz bei Anfällen in der Vorgeschichte. (B)  
Außerdem können Carbamazepin, Valproinsäure, Gabapentin und Oxcarbazepin zur Therapie leicht- bis mittelgradiger Alkoholentzugssyndrome eingesetzt werden (0)

## **S3-Leitlinie: Pharmakotherapie**

**Neuroleptika wie Haloperidol** werden beim akuten Alkoholdelir mit Wahn- oder Halluzinationen empfohlen, sollen aber aufgrund der fehlenden eigenen Wirkung auf vegetative Entzugssymptome mit z.B. Benzodiazepinen oder Clomethiazol kombiniert werden. (B)

**Beta-Blocker und Clonidin** eignen sich nicht zu einer Monotherapie des Alkoholentzugssyndroms, können aber in Ergänzung zu Benzodiazepinen oder Clomethiazol zur Behandlung von vegetativen Alkoholentzugssymptomen eingesetzt werden. (0)

**Baclofen** sollte aufgrund der derzeitigen Studienlage nicht für die Behandlung des Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden. (0)

**GHB** sollte aufgrund der Nutzen-Risiko-Bewertung nicht für die Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden. (B)

**Alkohol** soll nicht für eine medizinisch überwachte Alkoholentzugsbehandlung eingesetzt werden. (KKP)

## S3-Leitlinie: Pharmakotherapie

Medikamente mit prokonvulsiven und anticholinergen Wirkungen wie **niederpotente Neuroleptika und trizyklische Antidepressiva** sollten im Alkoholentzug vermieden werden. (KKP)

**Tiapridex** kann in Kombination mit einem Antikonvulsivum zur Behandlung leichter bis mittelschwerer Alkoholentzugssymptome eingesetzt werden. (0)

Im Alkoholentzug sollte zur Prophylaxe der Wernicke Enzephalopathie **Thiamin** gegeben werden (bei parenteraler Glucosegabe auch iv. kombinieren). (KKP)

Bei **Schwangerschaften** sollten im Alkoholentzug bevorzugt Benzodiazepine eingesetzt werden. Dies sollte innerhalb eines stationären und interdisziplinären Settings erfolgen (KKP)

Bei **Lebererkrankungen mit Einschränkung der Leberfunktion** werden Benzodiazepine mit kürzerer Halbwertszeit und geringer Verstoffwechslung in der Leber (z.B. Oxazepam, Lorazepam) empfohlen, zur Anfallsprophylaxe dann Gabapentin oder Levetiracetam. (KKP)

## **S3-Leitlinie: Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung**

Nach Entgiftung/qualifiziertem Entzug soll eine **nahtlose Postakutbehandlung** angeboten werden (A), die z.B. in einer der genannten Formen erfolgen kann:

- ambulante, ganztägig ambulante bzw. teilstationäre oder stationäre Entwöhnung
- Adaptionsbehandlung
- medikamentöse Rückfallprophylaxe
- vertragsärztliche Versorgung
- ambulante Psychotherapie
- ambulante oder stationäre psychiatrische Weiterbehandlung
- soziotherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängige
- Angebote der Eingliederungshilfe und niedrigschwellige Hilfeangebote
- Beratungsangebote
- Maßnahmen der Arbeitsförderung und beruflichen Rehabilitation

Bei postakuten Interventionsformen ist **Abstinenz** bei Alkoholabhängigkeitssyndrom primäres Therapieziel. **Ist die Erreichung von Abstinenz z.Z. nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden. (A)**



## **S3-Leitlinie: Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung**

**Bei höherem Lebensalter** soll eine Postakutbehandlung (einschließlich Entwöhnung) der alkoholbezogenen Störung mit Hinweis auf die überdurchschnittlich günstige Prognose angeboten werden. (KKP)

Zur nachhaltigen Abstinenzstabilisierung und Rückfallprävention soll nach der Postakutbehandlung (einschließlich Entwöhnung) nahtlos eine aufeinander abgestimmte, individuell angepasste suchtbezogene Versorgung von **mindestens 1 Jahr** angeboten werden. Dabei handelt es sich um eine Komplexbehandlung durch ein multiprofessionelles Team. (KKP)

**Im Rahmen der Postakutbehandlung sollen angeboten werden:** Motivationale Interventionen, (kognitive) Verhaltenstherapie, Kontingenzmanagement, Angehörigenarbeit, Paartherapie. Eventuell auch psychodynamische Kurzzeittherapie, angeleitete Patientengruppen, neurokognitives Training

## **S3-Leitlinie: Pharmakotherapie und Postakutbehandlung**

Nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken sollte bei Alkoholabhängigkeit in der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Entwöhnung eine pharmakotherapeutische Behandlung mit **Acamprosat oder Naltrexon** im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes angeboten werden. (B)

Nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken kann bei Alkoholabhängigkeit in der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Entwöhnung eine pharmakotherapeutische Behandlung mit **Disulfiram** im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes angeboten werden, wenn andere zugelassene Therapieformen nicht zum Erfolg geführt haben. Disulfiram ist für diese Indikation in Deutschland nicht mehr zugelassen. (0)

Wenn das Ziel die Trinkmengenreduktion ist, kann nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken bei Alkoholabhängigkeit in der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Entwöhnung eine pharmakotherapeutische Behandlung mit **Nalmefen** im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes angeboten werden. (KKP)

# Bedeutet dies alles einen Paradigmenwechsel?

- Enormes Verbesserungspotenzial sieht die Leitlinie in der **Früherkennung und Frühintervention**, die in Deutschland dringend flächendeckend zu etablieren sind.
- Die Ergebnisse der Behandlung sind deutlich besser, wenn Behandler und Patient gesundheitsbezogene Entscheidungen gemeinsam treffen („**shared decision-making**“).
- **Psychotherapie wirkt**, nachgewiesen z.B. bei Project MATCH (1726 TN), wobei Verhaltenstherapie, soziales Kompetenztraining und Streßbewältigungsstrategien jeweils eine deutliche Trinkmengenreduktion ergaben ohne Präferenz eines Armes.
- Gedanke der Trinkmengenreduktion reiht sich ein in ein **neues Verständnis im Umgang mit den Pat.**, die ernstgenommen werden wollen auf Augenhöhe und nicht als erstes verdammt werden für ihren Wunsch, etwas zu trinken
- **Nalmefenstudie:** Allein durch das Nachdenken und die Entscheidung, an der Studie teilzunehmen, halbierten die TN bereits ihre Trinkmenge um fast 50%. Der dann folgende Medikamenteneffekt erscheint eher gering. Ist als eine mögliche Therapieoption anzubieten. In der Studie gehörte auch PSB mit dazu, die nun bei der allgemeinen Verordnung nicht mehr abgefragt wird.