

Suchtmedizin für Pflege und Begleitung

Basis-Kurs



Alkoholbezogene Störungen

Tobias Wustmann

12.06.2024

 OSTDEUTSCHE
ARBEITSGEMEINSCHAFT
SUCHTMEDIZIN



Ψ DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DG|SUCHT

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung
und Suchttherapie e.V.

Karl Mann · Eva Hoch
Anil Batra *Hrsg.*

S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen

 Springer

Nervenarzt 2016 · 87:4–5
DOI 10.1007/s00115-015-0029-1
Online publiziert: 15. Dezember 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015



CrossMark

K. Mann¹ · A. Batra²

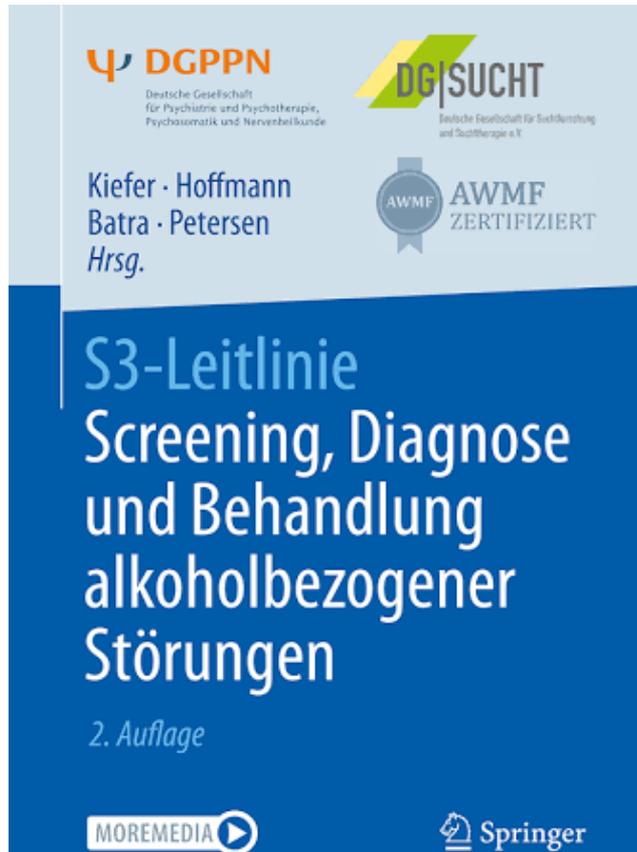
¹ Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim, Deutschland

² Sektion Suchtforschung und Suchttherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

S3-Leitlinien zu alkohol- und tabakbezogenen Störungen



Aktualisierte S3-Leitlinie 2021



Lernziele

Alkoholbezogene Störungen verstehen

- Diagnostische Kriterien
- Krankheits- und Therapiephasen
- Therapiemethoden
- Medikamente in der Behandlung der verschiedenen Therapiephasen
- Begleit- und Folgeerkrankungen



Übersicht Teil A

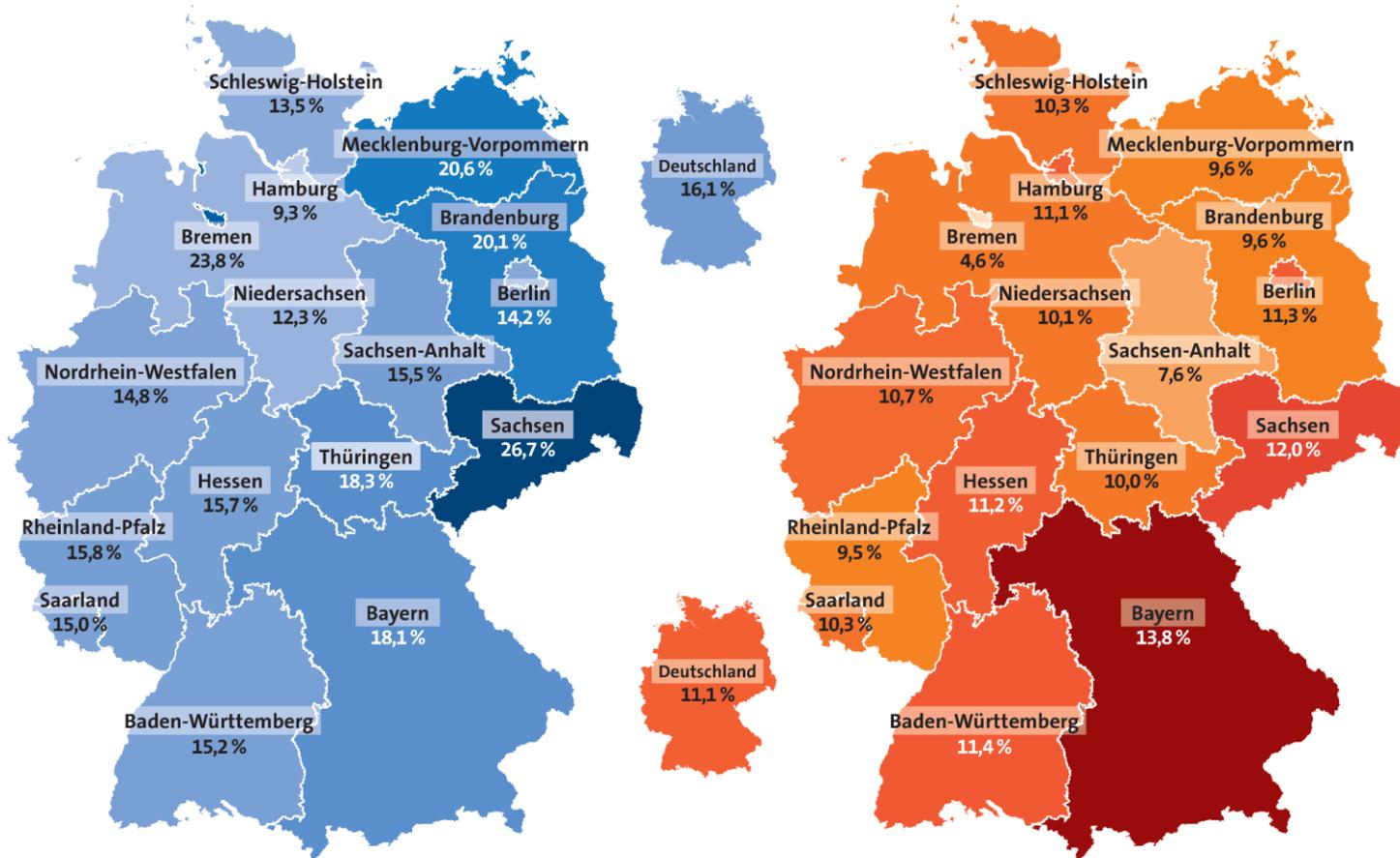
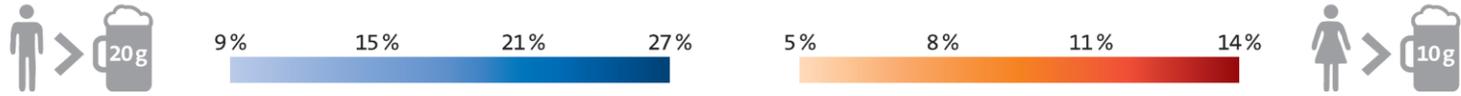
1. Epidemiologie und Ätiopathogenese
2. Definitionen und diagnostische Kriterien
3. Erster klinischer Eindruck - Symptomatologie
4. Labordiagnostik
5. Tests, Screeningverfahren, Fragebögen
6. Folgeerkrankungen und Komorbiditäten



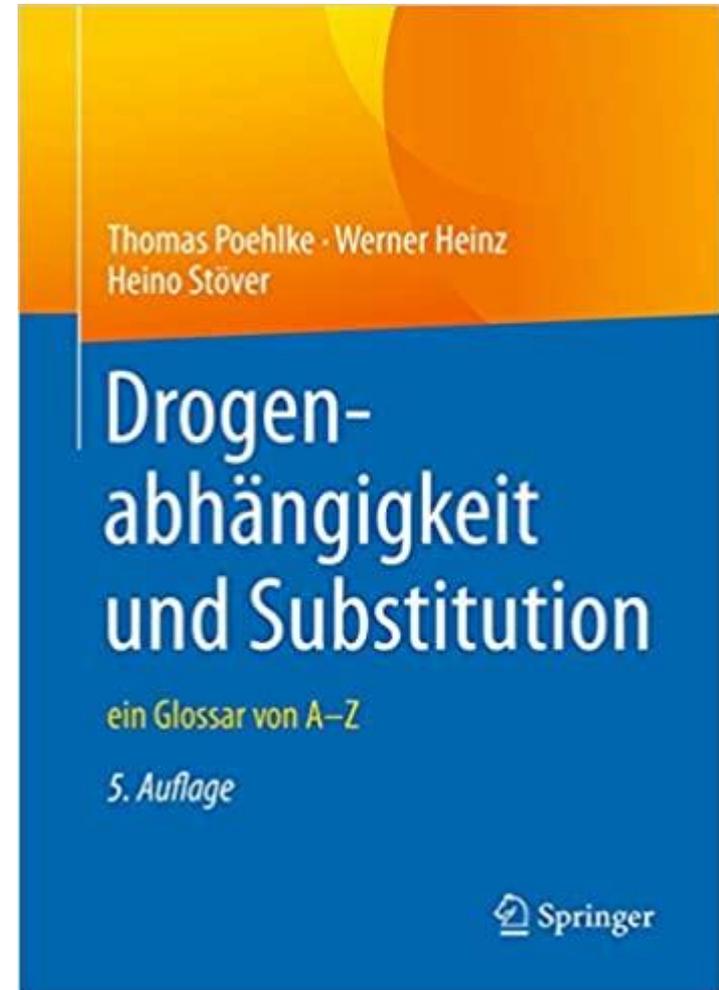
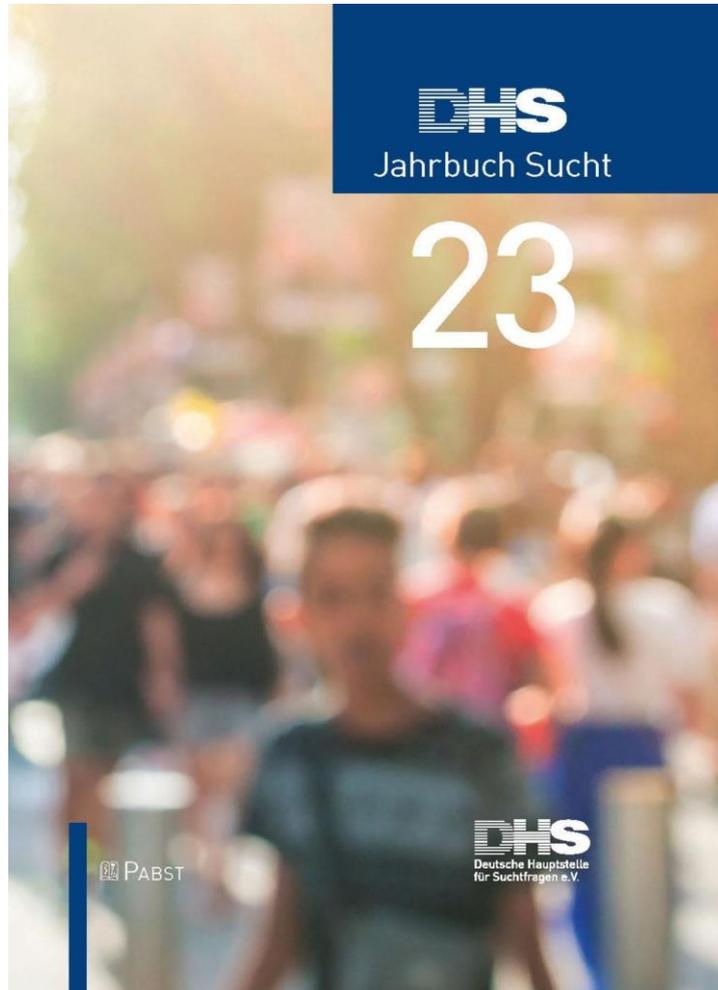
1. Epidemiologie und Ätiopathogenese







Riskanter Alkoholkonsum bei Männern (> 20 g Reinalkohol/Tag) und Frauen (> 10 g Reinalkohol/Tag), nach Bundesländern | Daten: GEDA 2019/2020



Einige Zahlen ...

- 9,5 Mio. Menschen konsumieren Alkohol in *riskanter* Form
- 1,6 Mio. Menschen leiden an einer *Alkoholabhängigkeit*
- in Bezug auf den durch Substanzkonsum hervorgerufenen gesundheitlichen Schaden belegt Alkohol Platz 1
- in Deutschland sterben pro Jahr über 40.000 Menschen vorzeitig an den Folgen ihres Alkoholkonsums
- mit pro-Kopf-Konsum von 10 l reinen Alkohols pro Jahr
Deutschland im internationalen Vergleich im oberen Zehntel



„Pandemie fördert die Sucht“?

Übersicht

Notfall Rettungsmed
<https://doi.org/10.1007/s10049-022-01031-x>
Angenommen: 24. März 2022

© Der/die Autor(en) 2022



Entwicklung des Alkoholkonsums zu Beginn und während der ersten Wellen der SARS-CoV-2-Pandemie: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche

Beatrice Thielmann · Irina Böckelmann · Heiko Schumann

Bereich Arbeitsmedizin, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel der Arbeit: Es ist bekannt, dass der Alkoholkonsum und -missbrauch sowie alkoholinduzierte Probleme in wirtschaftlich schwierigen Zeiten zunehmen – was frühere SARS-Studien belegen. Das Review untersucht weltweite Veränderungen des Alkoholkonsums unter dem Einfluss der aktuellen SARS-CoV-2-Pandemie.

Material und Methoden: Es wurden die Datenbanken PubMed, Ovid, Cochrane Library, Scopus, PsycINFO und Web of Science mit Stichtag 11.01.2022 verwendet. Es fand sich eine initiale Trefferzahl von 791 Publikationen. Nach Lesen von Titel und Abstract kamen noch 62 Texte infrage. Nach Sichtung des Volltexts wurden 40 Studien in dieses Review einbezogen.

Ergebnisse: Studienergebnisse lagen aus Nord- und Südamerika, Europa, Asien und Ozeanien vor. Es zeigte sich sowohl ein Anstieg als auch eine Reduktion des Alkoholkonsums. Studien, die über mehrere Wellen der Pandemie untersuchten, fanden einen Alkoholanstieg in Relation zur Dauer der Pandemie. Das Binge-Drinking spielte dabei eine große Rolle. Es gab sehr große regionale Unterschiede beim Anstieg des Alkoholkonsums: von ca. 10% der Befragten auf > 45%. In den meisten Studien war der Alkoholkonsum bei 40–50% der Befragten etwa gleich und bei 30–40% verringerte er sich.

Diskussion: Weitere Studienverläufe unter anhaltender Pandemie sind wichtig. Da die untersuchte Bevölkerung überwiegend im berufstätigen Alter war, erscheinen betriebliche Präventionsmaßnahmen bei erhöhter Stressbelastung für einen Teil der Befragten mit erhöhtem Alkoholkonsum als sinnvoll.

Schlüsselwörter

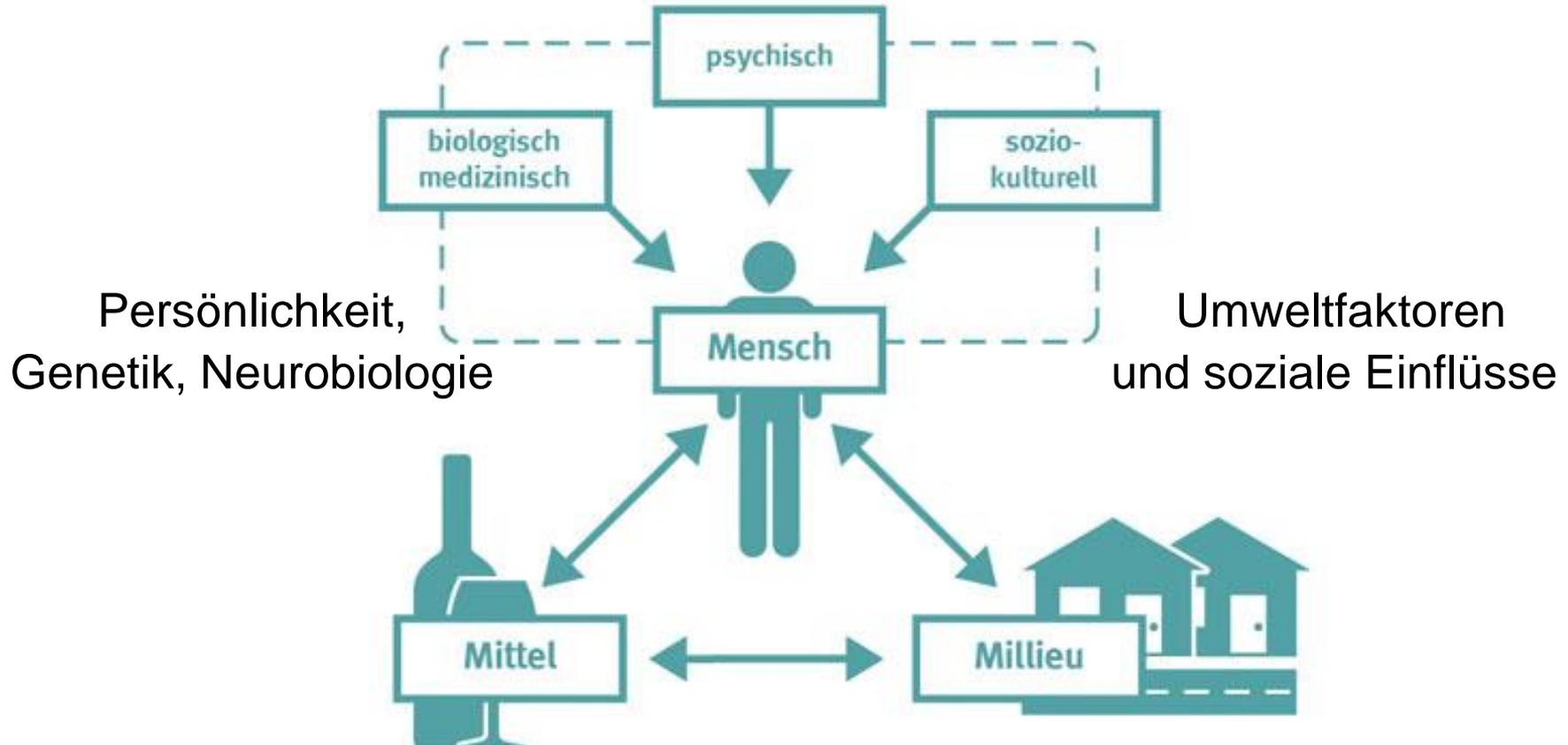
Spirituose · Trinkverhalten · Pandemie · Gesundheitliche Risiken · Prävention

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s10049-022-01031-x>) enthält eine Übersicht der Artikel zum Thema Alkoholkonsum in Pandemiezeiten.

Biopsychosoziales Modell

Positive und negative Wirkungen einer Substanz



2. Definitionen und diagnostische Kriterien



Riskanter Konsum

Frauen: > 12 g reiner Alkohol/d

Männer: > 24 g reiner Alkohol/d

> 5 Trinktage/Woche



Menge an reinem Alkohol pro Getränk

Bier

0,25 l (5 Vol.-%)



enthält 10 g reinen Alkohol

Bier-Mix

0,33 l (2,4–5 Vol.-%)



enthält 6–13 g reinen Alkohol

Glas Sekt

0,1 l (11 Vol.-%)



enthält 9 g reinen Alkohol

Glas Wein

0,1 l (11 Vol.-%)



enthält 9 g reinen Alkohol

Longdrink

0,2 l (4 cl Wodka)
(38 Vol.-%)



enthält 12 g reinen Alkohol

Shot Wodka

4 cl (38 Vol.-%)



enthält 12 g reinen Alkohol



Rauschtrinken („binge drinking“)

- risikoreiche Konsumform
- Einnahme von großen Alkoholmengen in kurzer Zeit



- 1 Standardgetränk = 1 Bier (330 ml)
= 1 Glas Spirituosen (40 ml)
= 1 Glas Wein/Sekt (140 ml)
= 1 Glas Likör/Aperitif (70 ml)



Schädlicher Gebrauch nach ICD-10

- A. Deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist für die körperlichen oder psychischen Schäden, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann.
- B. Die Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden.
- C. Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten 12 Monaten auf.
- D. Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung bedingt durch dieselbe Substanz zum gleichen Zeitpunkt nicht zu.



Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10

Während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden:

1. starker Wunsch oder Zwang, Substanz zu konsumieren
2. verminderte Kontrollfähigkeit
3. körperliches Entzugssyndrom
4. Nachweis einer Toleranz, Dosissteigerung
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen zugunsten des Substanzkonsums
6. anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen



Substanzgebrauchsstörung nach DSM-5

Mindestens zwei Merkmale müssen innerhalb eines Jahres vorhanden sein (2-3: mild, 4-5: moderat, >5: schwer):

1. wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen führt
2. wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung charakterisiert durch Dosissteigerung
5. Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum
6. Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant
7. anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
8. hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz
9. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Konsums
10. fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme
11. Craving (starkes Verlangen nach der Substanz)



Der Nervenarzt

Übersichten

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-021-01071-7>

Angenommen: 23. Dezember 2020

© Der/die Autor(en) 2021



Andreas Heinz^{1,2} · Melissa Gül Halil¹ · Stefan Gutwinski^{1,2} · Anne Beck¹ · Shuyan Liu¹

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Bonhoefferweg 3, Berlin, Deutschland

²Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Berlin, Deutschland

ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit

→ bisherige 6 Kriterien der ICD-10 werden zu 3 Doppelkriterien, die jeweils 2 Aspekte umfassen; pro Paar muss 1 Aspekt bzw. 1 Symptom erfüllt sein; nur 2 der 3 Kriterien müssen erfüllt sein



Störungen durch Alkohol nach ICD-11

6C40.0 Episode durch schädlichen Gebrauch von A.

6C40.1 Schädliches Verhaltensmuster bei Gebrauch von A.

6C40.2 Alkoholabhängigkeit

6C40.3 Alkoholintoxikation

6C40.4 Alkoholentzug

6C40.5 Alkoholinduziertes Delir

6C40.6 Psychotische Störung durch A.

6C40.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch A. (affektive Störung, Angststörung, amnestische Störung, Demenz)



Subklassifikation nach Konsummuster

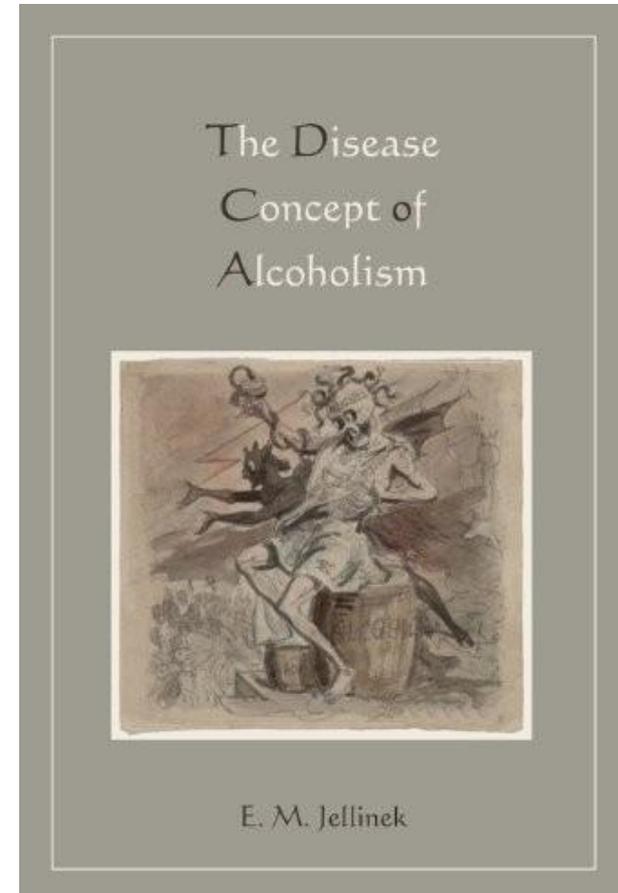
Alpha-Trinker (Problemtrinker)

Beta-Trinker (Gelegenheitstrinker)

Gamma-Trinker (Suchttrinker)

Delta-Trinker (Spiegeltrinker)

Epsilon-Trinker (Quartalssäufer)



3. Erster klinischer Eindruck - Symptomatologie



Alkoholintoxikation

- gerötete Fazies
- Foetor alcoholicus
- verwaschene Sprache
- Ataxie, Gangunsicherheit, andere neurologische Symptome
- verminderter oder gesteigerter Antrieb
- Enthemmung, Kritikminderung
- bei schweren Intoxikationen: Bewusstseinsstörungen, Koma
- Psychose



Pathologischer Rausch

- bei nur gering bis mäßiger Alkoholisierung auftretende, ungewöhnliche Rauschzustände, die klinisch durch aggressive Erregungszustände, Sinnestäuschungen oder paranoide Denkinhalte gekennzeichnet sind
- begünstigt durch verminderte Alkoholtoleranz (z.B. nach SHT oder Enzephalitits) oder durch alkoholtoxische Hirnschädigung
- spielt vor allem aus forensischer Sicht eine große Rolle



Alkoholentzugssyndrom I

- Tremor (Hände, Zunge, Augenlider)
- Hyperhidrosis
- innere und psychomotorische Unruhe
- allgemeines Unwohlsein und Schwäche
- Appetitmangel, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle
- Tachykardie
- Schlafstörungen
- Ataxie, Nystagmus, Grand-mal-Anfälle
- Angst, Reizbarkeit, depressive Verstimmungen



Alkoholentzugssyndrom II

- häufigste neuropsychiatrische Störung bei Alkoholabhängigkeit, für die Diagnosestellung keineswegs obligat
- beginnt sehr rasch nach Beginn der Abstinenz, bei schweren Trinkern noch während der Alkoholisierung
- klingt typischerweise innerhalb weniger Tage bis längstens einer Woche ab
- epileptische Anfälle treten fast ausschließlich innerhalb der ersten 24 h, längstens 48 h nach Abstinenzbeginn auf



Alkoholentzugsdelir (Delirium tremens) I

- klassischer Prototyp einer exogenen Psychose
- Leitsymptome Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Angst, kognitive Defizite und (meist optisch-szenische, selten auch akustische) Halluzinationen
- Unruhe, häufig nachts verstärkt, Reizbarkeit; gesteigerte Aktivität des autonomen Nervensystems mit Tachykardie, Hyperthermie, Hyperhidrosis; epileptische Anfälle
- Gefahr von Elektrolyt-, Herz- und Kreislaufentgleisungen
- Beginn typischerweise 1 - 5 Tage nach letztem Alkoholkonsum



Alkoholentzugsdelir (Delirium tremens) II

typische Komplikationen:

- Kreislaufschock und -versagen
- Hypertonus
- Herzrhythmusstörungen
- bakterielle Entzündungen (Pneumonie, Sepsis)
- Leberschäden
- Niereninsuffizienz
- Pankreatitis
- Rhabdomyolyse



4. Labordiagnostik



Screening alkoholassoziierter Laborparameter

- GGTP
- ALAT
- ASAT
- MCV
- CDT

indirekte Zustandsmarker

→ hiermit nur Hinweise auf Alkoholproblem, Identifikation von riskantem Konsum, schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit nur nach Klärung im Gespräch möglich



Screening alkoholassoziierter Laborparameter

- Ethanol
- EtG
- EtS
- PEth

} direkte Zustandsmarker

→ direkte Zustandsmarker nach Aufnahme von Alkohol positiv, indirekte Zustandsmarker zeigen evtl. bereits eingetretene Organschäden an



Ethanol

- Atemalkohol: spontane Überprüfung möglich, Angaben in mg/l
- Blutalkohol: lange Tradition, erfolgt unter strengen Richtlinien der forensischen Toxikologie, BAK besitzt vor Gericht hohe Beweiskraft
- eine AAK von 0,25 mg/l wird juristisch gewertet wie eine BAK von 0,5 ‰ (g/KG)

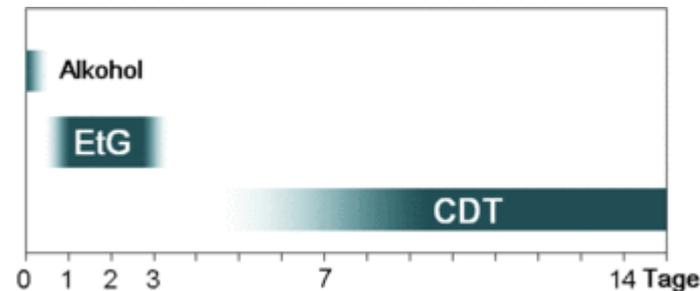
Gramm Alkohol

- Promille =
$$\frac{\text{Gramm Alkohol}}{\text{Gewicht mal } 0,8 \text{ (Frauen } 0,7\text{)}}$$



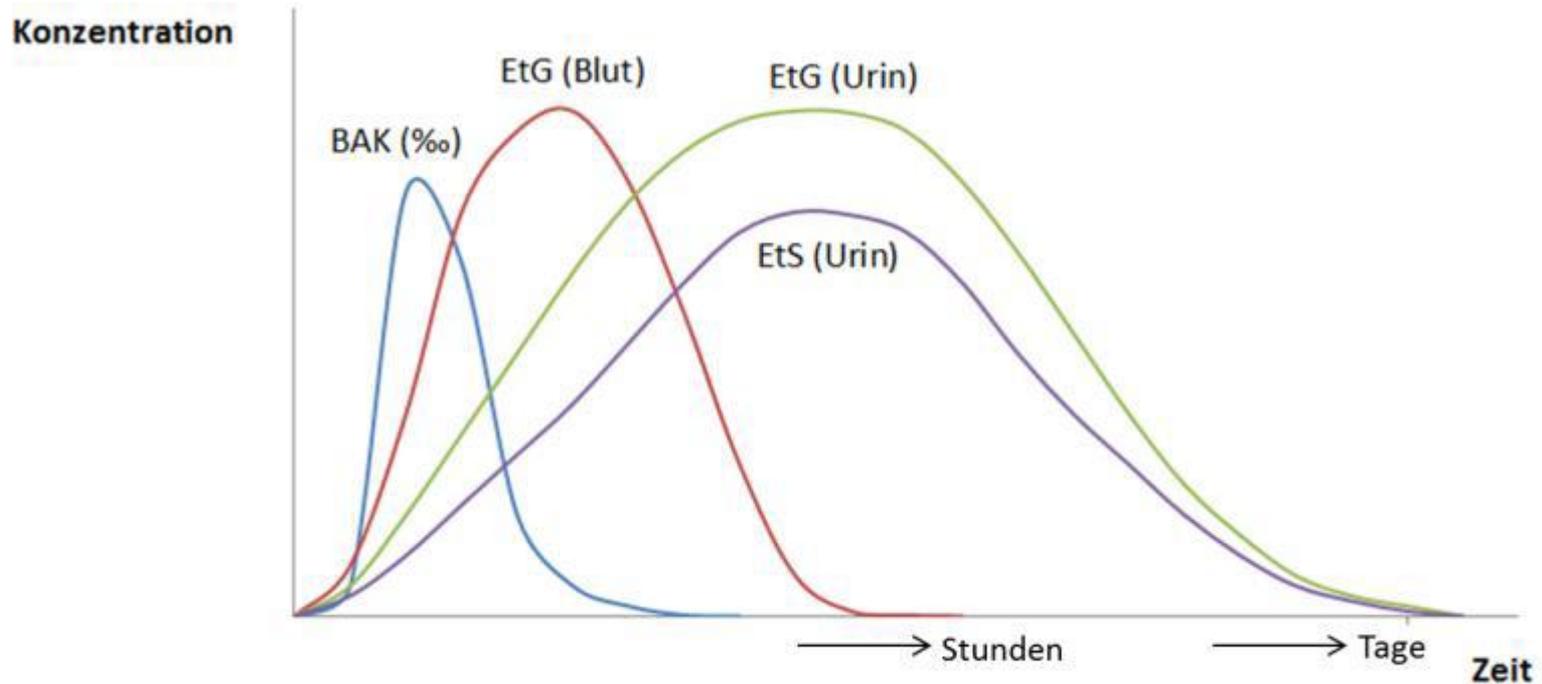
Ethylglucuronid (EtG)

- Phase-II-Metabolit von Ethanol
- als Biomarker für einen vorausgegangenen Alkoholkonsum bis zu 4 Tage nach Konsum im Urin (UEtG) nachweisbar
- HEtG mit sehr hoher Sensitivität und Spezifität
- findet Anwendung bei der Überprüfung der Fahrtüchtigkeit



Ethylsulfat (EtS)

- wie Ethanol und EtG Nachweis eine akuten Alkoholkonsums



Phosphatidylethanol (PEth)

- zum Nachweis eines chronischen Alkoholkonsums
- Halbwertszeit im menschlichen Blut etwa 4 Tage
- im Blut von Alkoholabhängigen bis zu 3 Wochen nach letztem Konsum nachweisbar

Marker des Alkoholmißbrauchs

Phosphatidylethanol, (LC/MS-MS)	POSITIV	umol/l	(< 0.050)
PEth (16:0/18:1)-Messwert:	0.636	umol/l	
PEth < 0.050 umol/l: Alkoholabstinenz bzw. sporadischer Konsum			
PEth 0.050 - 0.30 umol/l: gelegentlicher, mäßiger Alkoholkonsum ("social drinking")			
PEth > 0.30 umol/l: regel- bzw. gewohnheitsmäßiger Alkoholkonsum ("riskful drinking")			



5. Tests, Screeningverfahren, Fragebögen



Selbstbeurteilung: CAGE-Test

- Cut down:** Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?
- Annoyed:** Haben Sie sich schon einmal geärgert, weil ihr Trinkverhalten von anderen kritisiert wurde?
- Guilty:** Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?
- Eye Opener:** Haben Sie jemals morgens Alkohol getrunken, um die Nerven zu beruhigen oder einen Kater loszuwerden?

Positiv, wenn > 2 Fragen mit „ja“ beantwortet werden!



Screening: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

a) Wie oft trinken Sie Alkohol?

- Nie Etwa 1 mal pro Monat 2-4 mal pro Monat 2-3 mal pro Woche 4 mal oder öfter pro Woche

b) Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?

- 1 oder 2 3 oder 4 5 oder 6 7 oder 8 10 oder mehr

c) Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?

- nie seltener als 1 Mal pro Monat 1 Mal pro Monat 1 Mal pro Woche täglich oder fast täglich

Kurzversion AUDIT-C: Score > 4 bei Frauen
und > 5 bei Männern V.a. Alkoholkonsumstörung



Retrospektive Erfassung: TLFB

Anleitung zum Ausfüllen des Kalenders „Zeitleiste zum Alkoholgebrauch“

Damit wir Ihre Trinkgewohnheiten einschätzen können, müssen wir uns ein Bild davon machen, wie viel Alkohol Sie in den vergangenen ____ Tagen konsumiert haben. Hierfür möchten wir Sie bitten, den beigegefügt Kalender auszufüllen.

- ✓ Das Ausfüllen des Kalenders ist nicht schwierig!
- ✓ Versuchen Sie, Ihre Angaben so genau wie möglich zu machen.
- ✓ Wir verstehen, dass Sie sich möglicherweise nicht genau erinnern. Das ist IN ORDNUNG.
- ✓ **WAS EINZUTRAGEN IST**
 - Sie sollten für **jeden Tag** eine Zahl in den Kalender eintragen.
 - An Tagen, an denen Sie nicht getrunken haben, tragen Sie bitte eine „0“ ein.
 - An Tagen, an denen Sie getrunken haben, tragen Sie bitte die Gesamtzahl der alkoholischen Getränke ein, die Sie konsumiert haben.
 - Wir möchten, dass Sie die Getränke, die Sie konsumiert haben, als Standard-Getränkeeinheiten in den Kalender eintragen. Wenn Sie *zum Beispiel* 6 Bier getrunken haben, tragen Sie für diesen Tag die Zahl 6 ein. Wenn Sie an einem Tag zwei oder mehrere verschiedene alkoholische Getränke zu sich genommen haben, wie z. B. 2 Bier und 3 Gläser Wein, sollten Sie für diesen Tag die Zahl 5 eintragen.
Es ist wichtig, dass für jeden Tag etwas eingetragen wird, selbst wenn es eine „0“ ist.



Erfassung der Funktionalität des Konsums

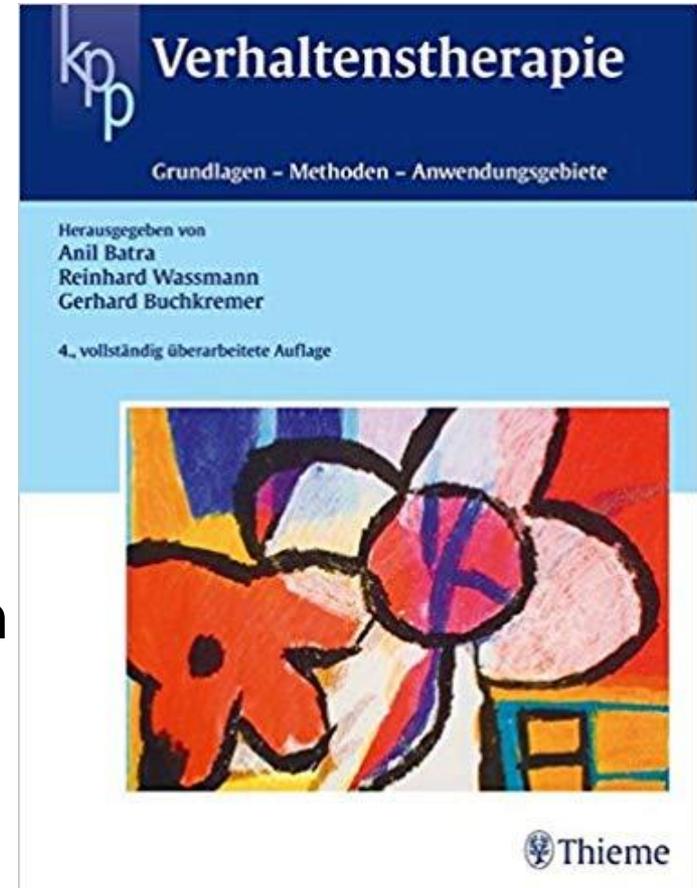
➤ **aus dem Konsum resultierende direkte**

(Geschmack, Genuss, soziale Kontaktaufnahme, Steigerung der emotionalen Befindlichkeit)

und indirekte

(Vermeidung von aversiv erlebten Emotionen, Verdeckung innerer Konflikte)

Verstärkung



Weitere Fragebogenverfahren

- Severity of Alcohol Dependence Questionnaire
- Short Alcohol Dependence Data
- Alcohol Dependence Scale
- Severity Scale of Alcohol Dependence

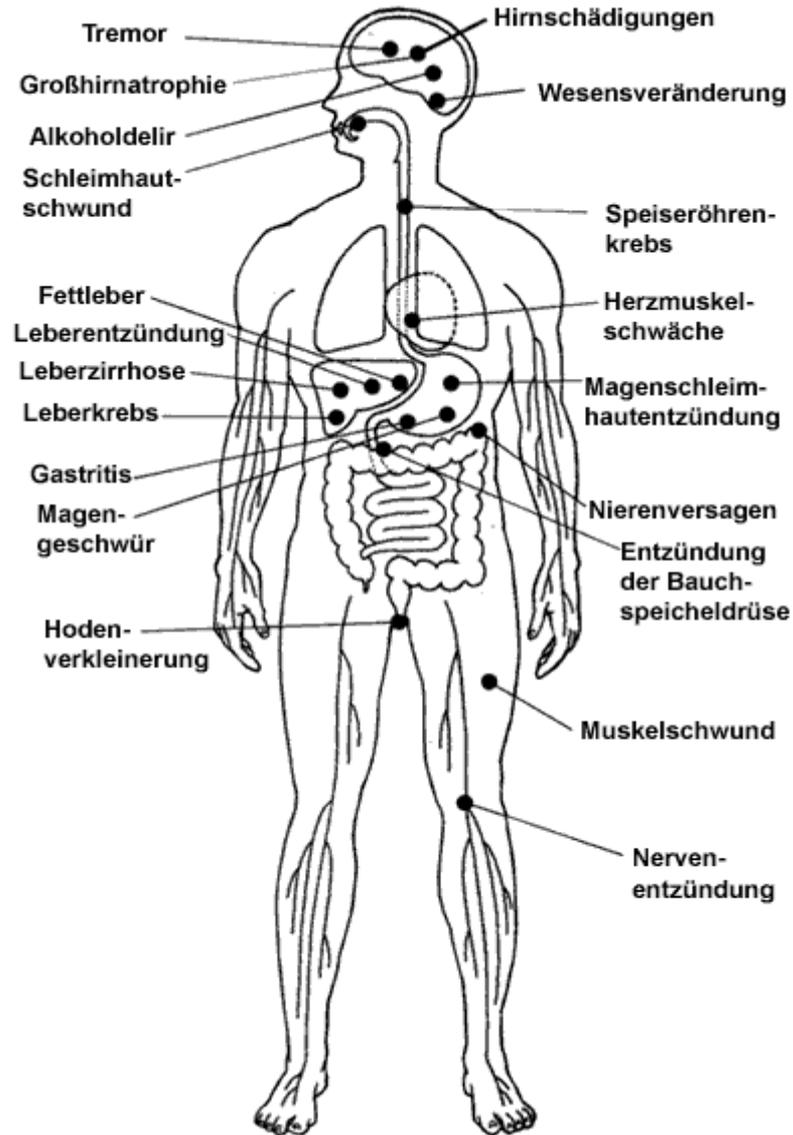
→ dimensionale Erfassung der Schwere des Konsums möglich



6. Folgeerkrankungen und Komorbiditäten



Somatische Komplikationen und Komorbidität



- Polyneuropathie
- Delirium tremens
- Krampfanfälle
- Leberzirrhose
- akute und chronische Pankreatitis
- Karzinome



Gesundheitsschäden durch Alkoholkonsum

Ausschließlich durch Alkohol verursachte Erkrankungen

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

- akute Intoxikation (Rausch)
- schädlicher Gebrauch
- Abhängigkeitssyndrom
- Entzugssyndrom
- psychische Störungen

Nervensystem

- Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
- Alkohol-Polyneuropathie

Herz-Kreislaufsystem

- alkoholische Kardiomyopathie

Schwangerschaft/Nachkommen

- Alkohol-Embryopathie
- Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Alkohol
- Schädigung des Fetus/Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter

Weitere Krankheiten

- alkoholinduziertes Pseudo-Cushing-Syndrom
- Niazinmangel (alkoholbedingte Pellagra)
- Alkoholmyopathie
- Vergiftungen durch Alkohol

Verdauungssystem

- Alkoholgastritis
- alkoholische Leberkrankheit (Fettleber, Leberfibrose, Alkoholhepatitis, Leberzirrhose) ♀ > ♂
- alkoholinduzierte Pankreatitis ♀ > ♂

Erhöhtes Erkrankungsrisiko durch Alkoholkonsum

Krebs

- Mund/Rachen
- Kehlkopf
- Speiseröhre
- Darm
- Leber
- Brust (Frauen)
- Magen*
- Bauchspeicheldrüse*

Herz-Kreislaufsystem

- Bluthochdruck ♀ > ♂
- ischämische Herzkrankheit ♀ > ♂
- Herzinsuffizienz ♀ > ♂
- Schlaganfall ♀ > ♂

Stoffwechsel

- Typ-2-Diabetes

Nervensystem

- Alzheimer und andere Demenzen
- Depression
- Krampfanfälle/Epilepsie

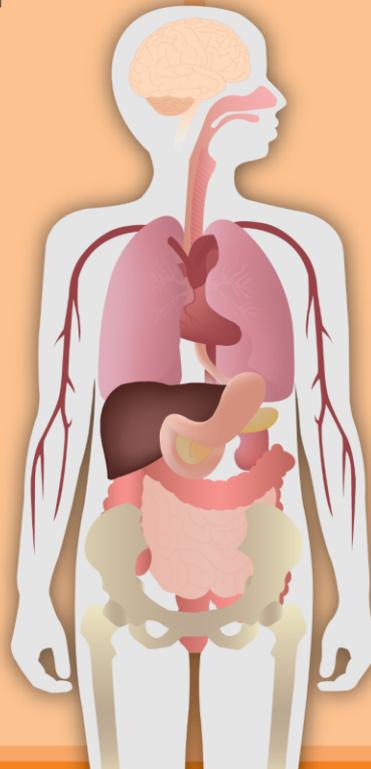
Infektionskrankheiten

- Tuberkulose
- HIV/AIDS ♀ > ♂
- Lungenentzündung

Unfälle

Verletzungen

*kausaler Zusammenhang möglich, v. a. bei hohem Konsum



Alkoholinduzierte psychotische Störungen

- Alkoholhalluzinose
- Eifersuchtswahn



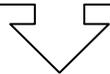
Hirnorganische Störungen

- Alkohol bedingtes amnestisches Syndrom (ICD-10: F10.6)
- Alkoholdemenz (ICD-10: F10.73)

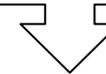




Wernicke-Enzephalopathie



Korsakow-Psychose



Wernicke-Korsakow-Syndrom



Wernicke-Enzephalopathie (akute Form)



Symptomtrias

- Bewusstseinsstörung
- Augenbewegungsstörungen
- Ataxie



Korsakow-Syndrom (chronische Form)

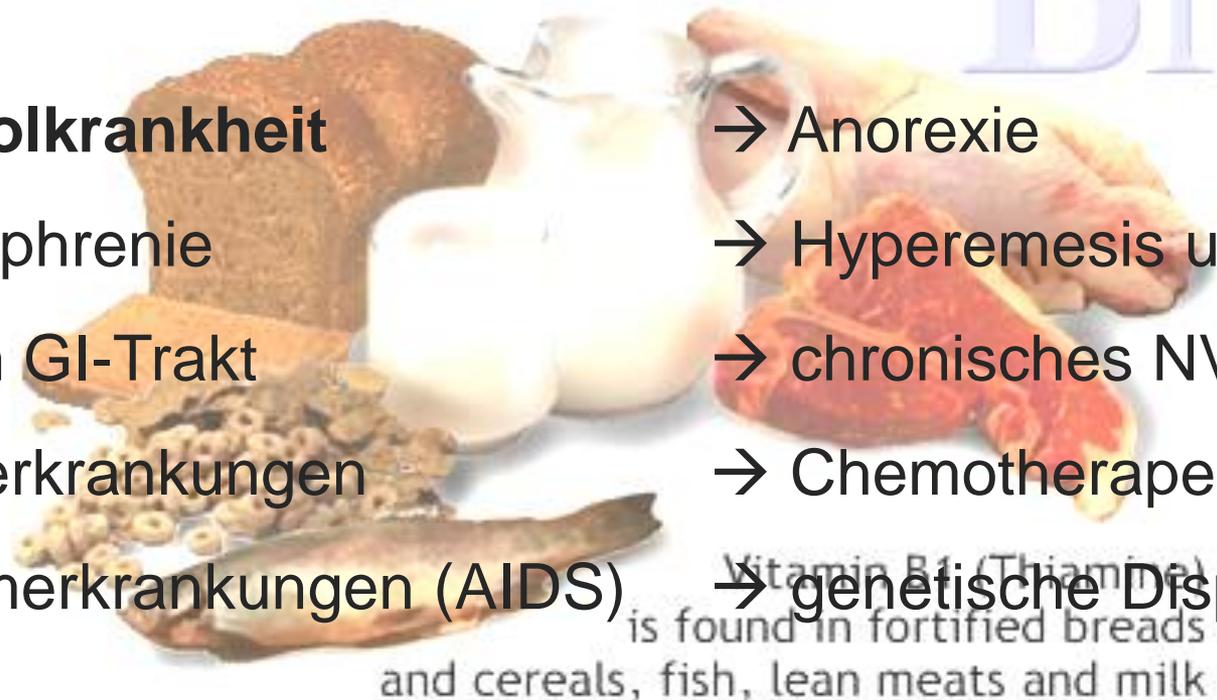


- Gedächtnisstörungen
- Konfabulationen
- andere kognitive Funktionen
meist erhalten



Ursachen: Vitamin B1-Mangel durch ...

potenziell jede **Malnutrition** bei:

- 
- **Alkoholkrankheit**
 - Schizophrenie
 - OP am GI-Trakt
 - Krebserkrankungen
 - Systemerkrankungen (AIDS)
 - Anorexie
 - Hyperemesis und Diarrhoe
 - chronisches NV
 - Chemotherapeutika
 - genetische Disposition

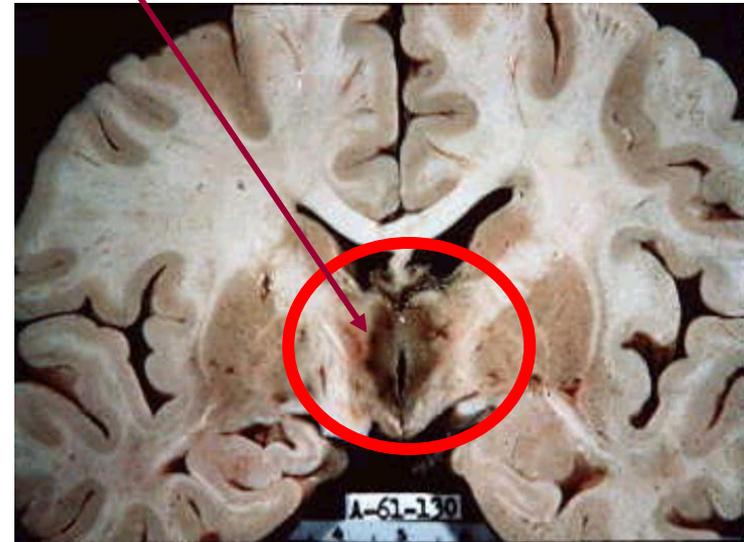
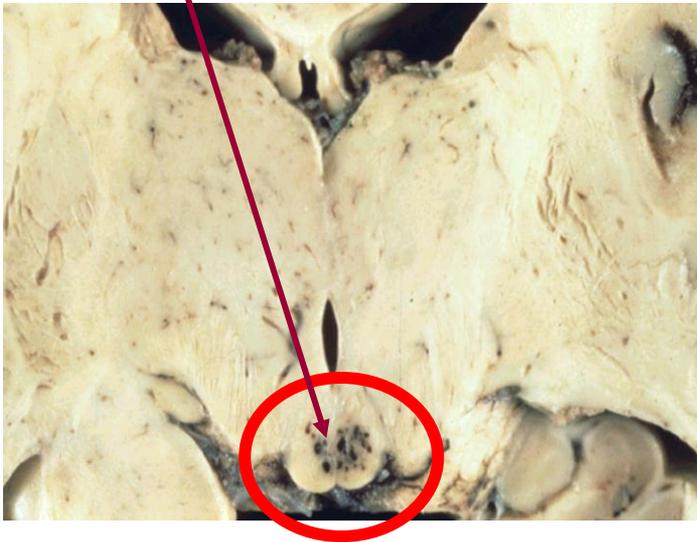
Vitamin B1 (Thiamin)
is found in fortified breads
and cereals, fish, lean meats and milk



Ursachen: Morphologische Veränderungen

→ Schrumpfung und punktförmige Hämorrhagien
(Pseudoencephalitis haemorrhagica superior)

→ Corpora mamillaria → periventrikulär um den 3. Ventrikel



Therapie: Wernicke-Enzephalopathie = Notfall

→ sofortige Krankenhausbehandlung mit Substitution von Thiamin, Elektrolyten und anderen B-Vitaminen



Komorbide psychiatrische Störungen

- Depression
- Bipolar affektive Störungen
- Schizophrenie
- Angsterkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen
- ...



Alkohol als Beikonsum während Substitution

- fast jeder vierte (22,5%) mit erhöhtem Alkoholkonsum
- bei früherem i.v.-Konsum vorgeschädigte Leber (HBV, HCV)
- gleichzeitiger Konsum von Alkohol verstärkt atemdepressive Wirkung von Opioiden wie Methadon und Levomethadon und kann lebensbedrohlich sein
- Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit zusätzlich zur Opioidabhängigkeit muss spezifisch behandelt werden



Übersicht Teil B

1. Akuttherapie alkoholbezogener Störungen
2. Kurzinterventionen
3. Allgemeines zur Entzugsbehandlung der Alkoholabhängigkeit
4. Pharmaka zur Entzugsbehandlung
5. Psychotherapie alkoholbezogener Störungen
6. Rehabilitation bei alkoholbezogenen Störungen



1. Akuttherapie alkoholbezogener Störungen



Versorgungsstrukturen

- Beginn der Behandlung oft beim Hausarzt oder im nicht-ärztlichen Bereich (z.B. bei Suchtberatungsstellen oder in Selbsthilfegruppen)
- anders als bei anderen psychischen Störungen spielen in der Versorgung von Suchterkrankungen nichtärztliche Therapeuten und Versorgungsstrukturen sehr große Rolle



Therapieziele bei Alkoholabhängigkeit

- nicht mehr nur am alleinigen Ideal der vollständigen Heilung orientiert
- sondern die Tatsache berücksichtigend, dass die Alkoholabhängigkeit in den meisten Fällen chronisch-rezidivierend verläuft
- Überleben und Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen im Vordergrund (harm reduction)



Hierarchie der Therapieziele

- Sicherung des Überlebens
- Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen
- Förderung von Krankheitseinsicht und Motivation zur Veränderung
- Aufbau alkoholfreier Phasen
- Verbesserung der psychosozialen Situation
- dauerhafte Abstinenz
- angemessene Lebensqualität



Herstellung der Abstinenzmotivation

Motivierende Gesprächsführung

Merkmale

- empathische Grundhaltung mit Verzicht auf Konfrontation
- Förderung der Diskrepanzwahrnehmung und Veränderungsbereitschaft
- Aufbau von Vertrauen in die Selbstwirksamkeit
- Vereinbarung von gemeinsam erarbeiteten Behandlungszielen

Techniken

offene Fragen ohne Wertung, reflektierendes Zuhören, positive Rückmeldung, strukturierende Zusammenfassung



Behandlungsbeginn

- am Anfang muss die Diagnosestellung stehen
- verständliche Erklärung von Diagnose und Therapiemöglichkeiten
- Frühintervention vor Entzugsbehandlung mit primärem Ziel der kritischen Betrachtung des eigenen Alkoholkonsums und Unterstützung der Veränderungsbereitschaft



Trinkmengenreduktion

- Alkoholabstinenz als Therapieziel zwar Idealnorm, entspricht aber oft nicht der Problemlage, ist u.U. sogar demotivierend
- Trinkmengenreduktion als Therapieoption bei hohem Konsum
- ambulant
- „stepped care“: zunächst ohne, später mit medikamentöser Unterstützung mit Nalmefen



Körperliche Entgiftung

- Behandlung von Alkoholintoxikationen mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder Alkoholentzugssymptomen
- Ziele: Sicherstellung der Vitalfunktionen, Vermeidung von Komplikationen (z.B. epileptische Anfälle, Delirium tremens), Reduzierung von Entzugssymptomen



Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE)

- suchtpsychiatrische bzw. suchtmmedizinische Akutbehandlung, die über die körperliche Entgiftung hinausgeht
- beinhaltet Behandlung der Intoxikations- und Entzugssymptome, Diagnostik und Behandlung psychischer und somatischer Begleit- und Folgeerkrankungen, psycho- und soziotherapeutische Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft, Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen



2. Kurzinterventionen



Kurzinterventionen

- wenig aufwendig
- von Allgemein- oder Fachärzten durchführbar
- (ohne Festlegung einer Untergrenze) Dauer von bis max. 60 min bei bis max. 5 Sitzungen
- Inhalte: Hinweis auf Risiken des Alkoholkonsums bzw. vermehrten Trinkens, Empfehlung der Verminderung der Trinkmenge und von trinkfreien Tagen mit Ziel Verringerung des Konsums und assoziierter Probleme



Bei täglichem Konsum ...

- umfassendere Maßnahmen notwendig
- wiederholte Nachfrage nach Veränderung des Trinkverhaltens und Kontrolle bzw. Rückmeldung über alkoholassoziierte(r) Laborparameter
- neben Diagnosevermittlung Hilfe und Rat hinsichtlich Trinkmengenreduktion, Trinkpausen, Abstinenz
- Vermittlung von Selbsthilfemanualen und Trinktagebüchern sowie Verhaltensalternativen zum Trinkverhalten



3. Allgemeines zur Entzugsbehandlung der Alkoholabhängigkeit



Grundsätzliche Behandlungsoptionen

Entgiftung/Entzug

- 2-4wöchliche vollstationäre Entgiftung und Motivation zur Entwöhnung, psychiatrische Klinik (QE)
- vollstationär Allgemeinkrankenhaus
- Suchttagesklinik
- Suchtambulanz/suchtmedizinische Spezialpraxis
- Hausarztpraxis

Entwöhnung

- Suchttagesklinik (4-12 Wochen)
- Suchtberatungsstellen (ambulant, 8-16 Wochen)
- Psychologen, Suchtfachberater (ambulant, Zeitdauer variabel)
- vollstationär Suchtfachklinik (Langzeittherapie, 8-16 Wochen)

Nachsorge

- Hausarztpraxis
- Suchtambulanz/suchtmedizinische Spezialpraxis
- Suchtberatungsstellen
- Psychologen, Suchtfachberater



Ambulante Entzugsbehandlung

- kann erfolgreich durchgeführt werden bei fehlenden Hinweisen auf drohende Entzugskomplikationen
- Komplikationen zu erwarten bei positiver Anamnese für Entzugssymptome, Entzugskrämpfe, Delirien, „Spiegeltrinkern“, polytoxikomanen Patienten, psychiatrischer und/oder somatischer Komorbidität sowie sozialer Instabilität
- ärztlich begleitete Trinkmengenreduktion
- Patienten werden täglich ambulant gesehen



Stationäre Entzugsbehandlung

„Qualifizierte Entzugsbehandlung“

- Diagnostik und Behandlung der Entzugssymptome
(Distraneurin alle 2-4 h 2 Kps. bis max. 24 Kps./d oder Benzodiazepine, z.B. Diazepam 10-20 mg alle 2 h)
- Diagnostik und Behandlung der körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen
- therapeutische Maßnahmen zur Motivationsbildung bezüglich Abstinenz und Veränderung im Verhalten und in der Lebensführung



Teilstationäre Entzugsbehandlung

- an den stationären Entzug angelehntes Programm zur Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionsfähigkeit und zur Unterstützung der Abstinenzmotivation
- für die Tagesklinik geeignet insbesondere Patienten, bei denen der Chronifizierungsprozess der Abhängigkeit noch nicht so weit fortgeschritten ist, die sozial integriert sind und über ausreichend Bewältigungsressourcen verfügen
- nach Beendigung des körperlichen Entzugs bei protrahiertem Entzugssyndrom mit Depression, Angst oder länger anhaltender vegetativer Dysregulation

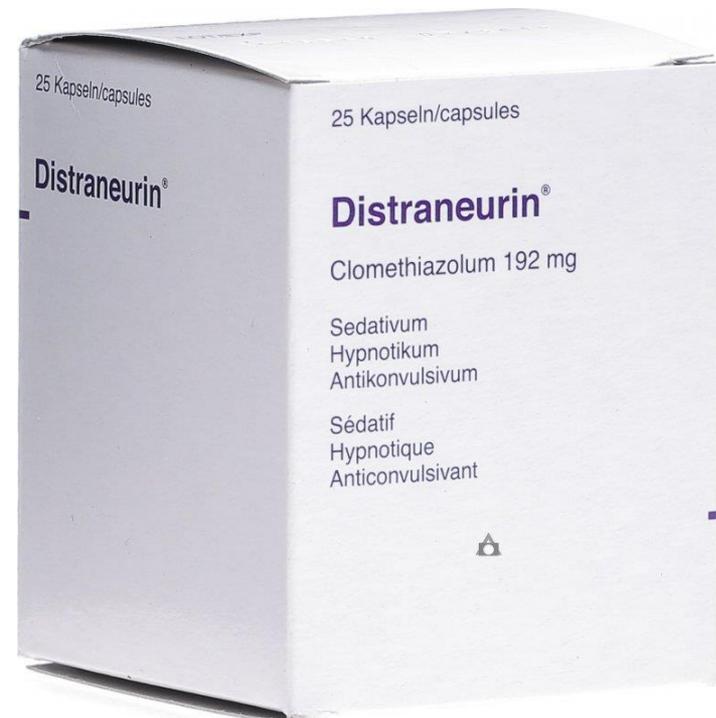
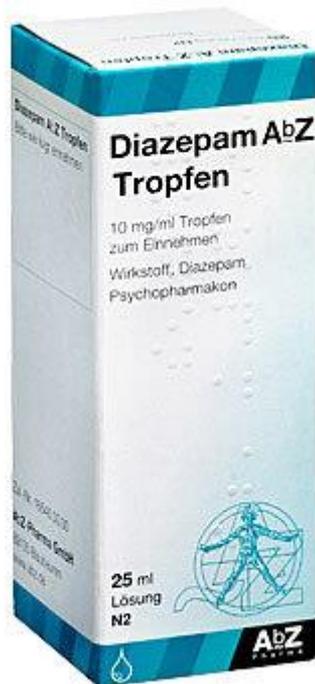


4. Pharmaka zur Entzugsbehandlung



Pharmaka zur Alkoholentzugsbehandlung

- Benzodiazepine und Clomethiazol als Mittel der Wahl
- Clomethiazol nur stationär



Messung der Entzugssymptomatik: AESB

Symptomadaptierter Alkoholentzug mit Clomethiazol

1. Blutdruck					
Alter	Bis 30 Jahre		31-50 Jahre		über 50 Jahre
0	bis 120/80		bis 130/85		bis 140/90
1	bis 135/90		bis 145/95		bis 155/100
2	bis 150/95		bis 160/100		bis 170/105
3	bis 160/100		bis 170/105		bis 180/110
4	bis 160/100		über 170/105		über 180/110
2. Ruhepuls					
0 = <92/min		1 = 92-103/min		2 = 104-115/min	
				3 = 116-127/min	
				4 = >128/min	
3. Tremor					
0 = kein Tremor		1 = Fingertremor bei ausgestreckten Fingern		2 = Händetremor bei ausgestreckten Armen	
				3 = deutlicher Ruhetremor von Fingern und Händen	
				4 = schwerer Ruhetremor von Armen und Beinen	
4. Schwitzen					
0 = kein Schwitzen		1 = warme, feuchte Hände		2 = umschriebene Schweißperlen	
				3 = ganzer Körper feucht	
				4 = massives Schwitzen	
5. Übelkeit/ Erbrechen / Durchfall					
1 = keine Übelkeit		2 = mäßige Übelkeit			3 = schwere Übelkeit
6. Ängstlichkeit / Nervosität					
1 = keine Ängstlichkeit oder Nervosität		2 = leichte Ängstlichkeit oder Nervosität		3 = mäßige Ängstlichkeit oder Nervosität	
				4 = schwere Ängstlichkeit oder Nervosität	
				5 = massive Ängstlichkeit oder Nervosität/ Panik	
7. Psychomotorische Unruhe					
0 = ruhige, unauffällige Bewegung		1 = Zappeligkeit, leichte Unruhe		2 = mäßige Bewegungsunruhe	
				3 = dauernde Bewegungsunruhe	
				4 = massive Unruhe und Erregtheit	
8. Orientierung					
0 = voll orientiert		1 = zur Zeit unscharf orientiert, sonst orientiert		2 = zur Zeit nicht orientiert, sonst orientiert	
				3 = zur Person orientiert, zu Ort/Zeit teilweise orientiert	
				4 = zur Person orientiert, zu Ort/Zeit nicht orientiert	
				5 = vollständig desorientiert	
9. Trugwahrnehmung / Halluzinationen					
0 = keine		1 = Wahrnehmungsverschärfung		2 = vorübergehende Verknennung	
				3 = fluktuierende Halluzination	
				4 = länger andauernde Halluzination	
				5 = ständige Halluzination	
10. Krampfanfall					
1 = keiner		2 = erster Anfall		3 = ein Anfall zuvor	
				4 = ≥ zwei Anfälle zuvor	

Die Dosierung des Clomethiazols erfolgt nach dem AESB (Alkoholentzugssymptombogen),

Überwachungsintervalle:

Tag 1 - 4:	2h-Intervall
Tag 5:	3 h-Intervall
Tag 6:	4 h-Intervall
Tag 7:	6 h- Intervall
Tag 8:	8 h- Intervall
Tag 9:	12h-Intervall

Zu den Überwachungszeitpunkten Erfassung des AESB, bei...

0 – 4 Punkten:	Keine Kapsel Clomethiazol
5 – 7 Punkte:	1 Kapsel Clomethiazol
8 – 10 Punkte:	2 Kapseln Clomethiazol
≥ 11 Punkte:	3 Kapseln Clomethiazol

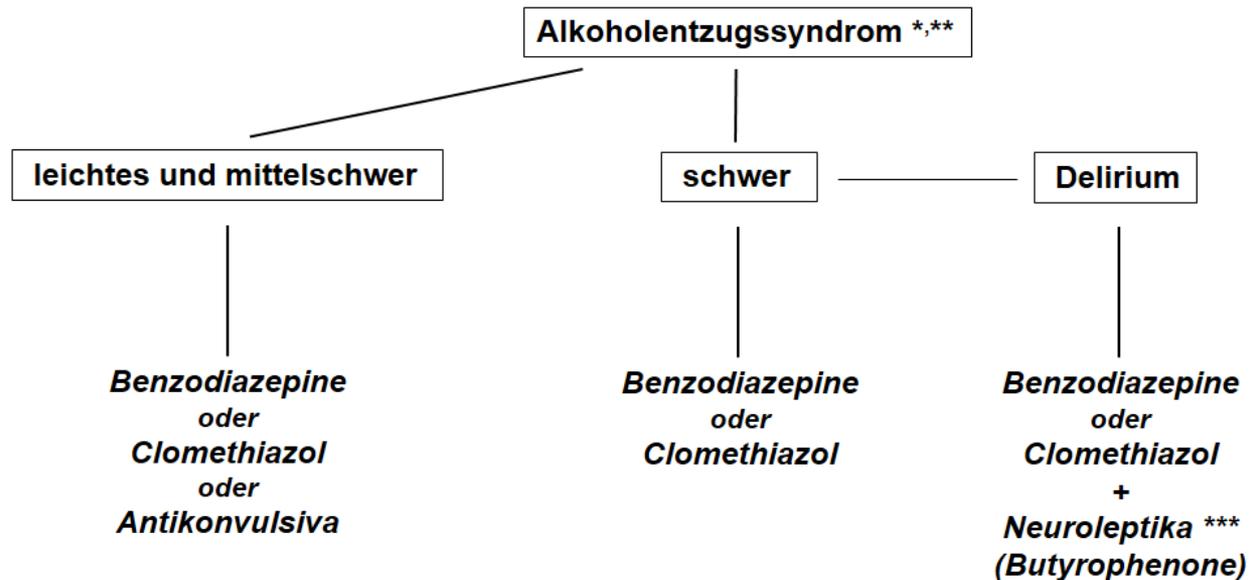


Anitkonvulsiva zur Alkoholentzugsbehandlung

- Verhinderung von Krampfanfällen
- Behandlung des leichten bis mittelgradigen Entzugssyndroms



Versorgungsalgorithmus Entzugsbehandlung



- * Kopplung an Thiamin-Substitution, Elektrolyt- und Flüssigkeitsausgleich
- ** bei epileptischen Anfällen in der Vorgeschichte können Antikonvulsiva mit Clomethiazol oder Benzodiazepinen kombiniert werden
- *** bei Wahn und/oder Halluzinationen



Nalmefen zur Trinkmengenreduktion

- seit 2014 in Deutschland erstattungsfähig
- zur Behandlung von Alkoholabhängigen mit hohem Konsum zugelassen
- Modulation des Opioidsystems (anti-hedonistisch, aversive Reize)



5. Psychotherapie alkoholbezogener Störungen



Psychotherapeutische Verfahren

- motivationale Interventionen
- kognitive Verhaltenstherapie
- soziales Kompetenztraining
- Paar- und Familientherapie
- Angehörigenarbeit
- ...



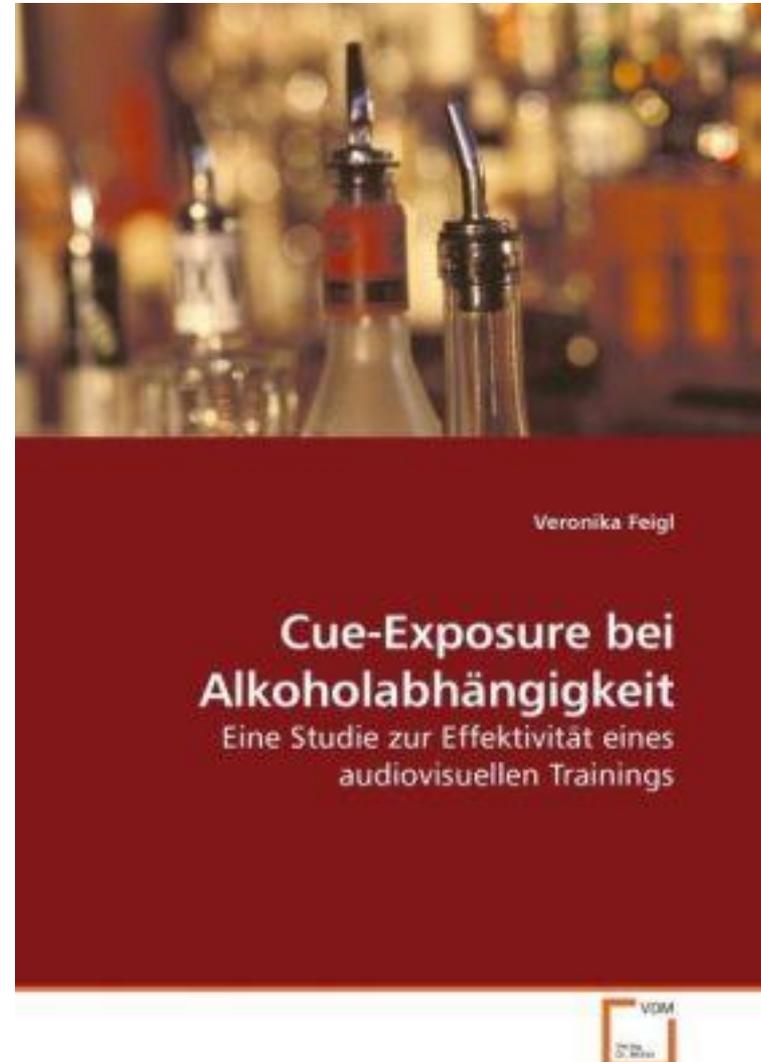
Psychotherapie

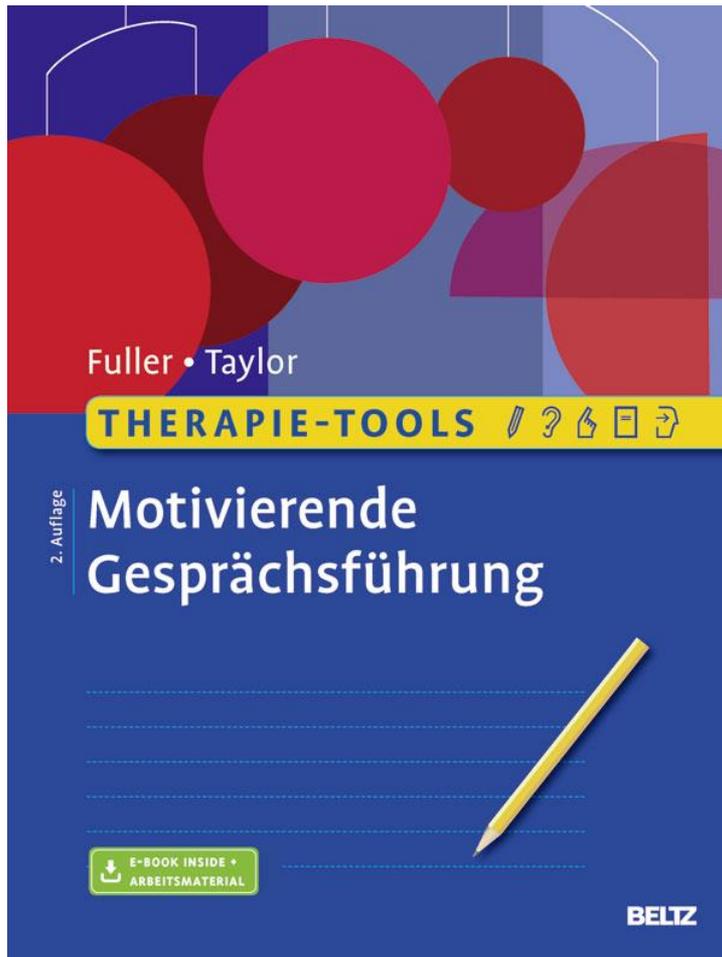
- in fast jedem Stadium einer Abhängigkeit wichtig und erfolgversprechend
- gute Wirksamkeitsnachweise für die heute gängigen Verfahren



Psychotherapie

- Methoden zur Bearbeitung von Schlüsselreizen





Sucht: Risiken – Formen – Interventionen

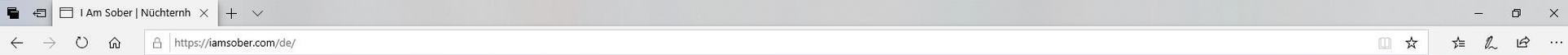
Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie
Hrsg. von O. Bilke-Hentsch, E. Gouzoulis-Mayfrank und M. Klein

Thomas Schnell

Verhaltenstherapie der Sucht

Kohlhammer





 I Am Sober

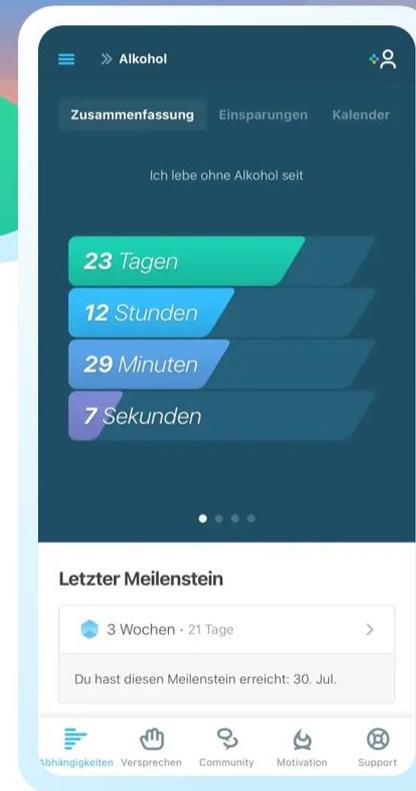
App herunterladen



Verfolgen deine Nüchternheit in einer Community, die versteht, was du durchmachst.

Entwickle täglich neue Gewohnheiten und lerne von anderen, die diese Veränderungen bereits leben.

Die App erhalten





ONLINE SELBSTHILFE ALKOHOL

Ein Angebot der AOK Nordost
und der salus kliniken



gefördert aus Mitteln des

MASGF



LOGIN

WIE FUNKTIONIERT ES?

IST ES FÜR MICH GEEIGNET?

WARUM MITMACHEN?

TIPPS

ANMELDEN

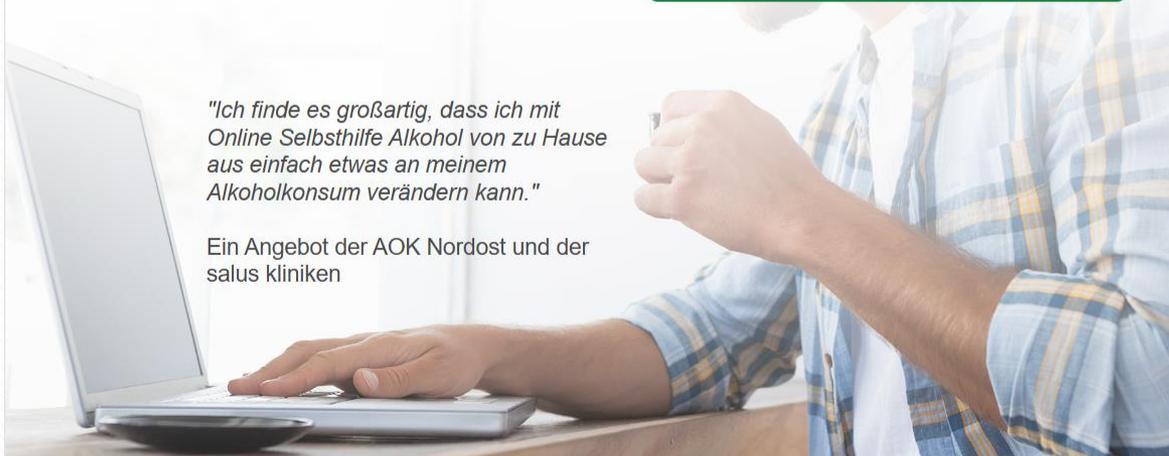
**Ihren Alkoholkonsum reduzieren
oder lieber ganz aufhören?**

MACHEN SIE DEN SELBSTTEST

NUR 2 MINUTEN

*"Ich finde es großartig, dass ich mit
Online Selbsthilfe Alkohol von zu Hause
aus einfach etwas an meinem
Alkoholkonsum verändern kann."*

Ein Angebot der AOK Nordost und der
salus kliniken



Hilfe



6. Rehabilitation bei alkoholbezogenen Störungen



Rehabilitation (Rückfallprophylaxe)

Stationäre Entwöhnungsbehandlung („Langzeittherapie“)

- zumeist 4-6 Monate lange stationäre Therapie in Suchtfachkliniken
- Kostenträger: Rentenversicherung
- Empfehlung bei gravierenden Störungen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich, wenn keine ausreichende Unterstützung im sozialen Umfeld, keine berufliche Integration, keine stabile Wohnsituation, bei wiederholten Rückfällen während der Postakutbehandlung



Pharmaka zur Aufrechterhaltung der Abstinenz

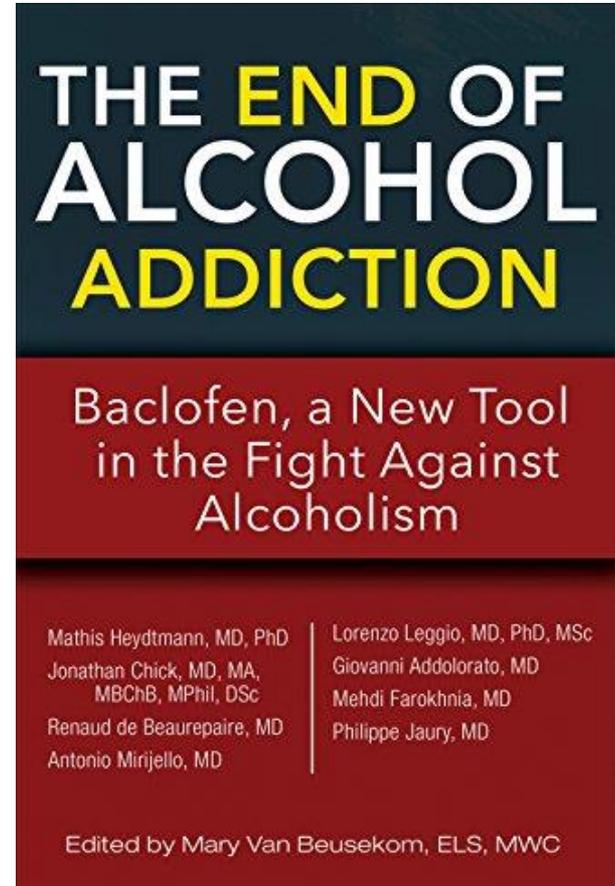
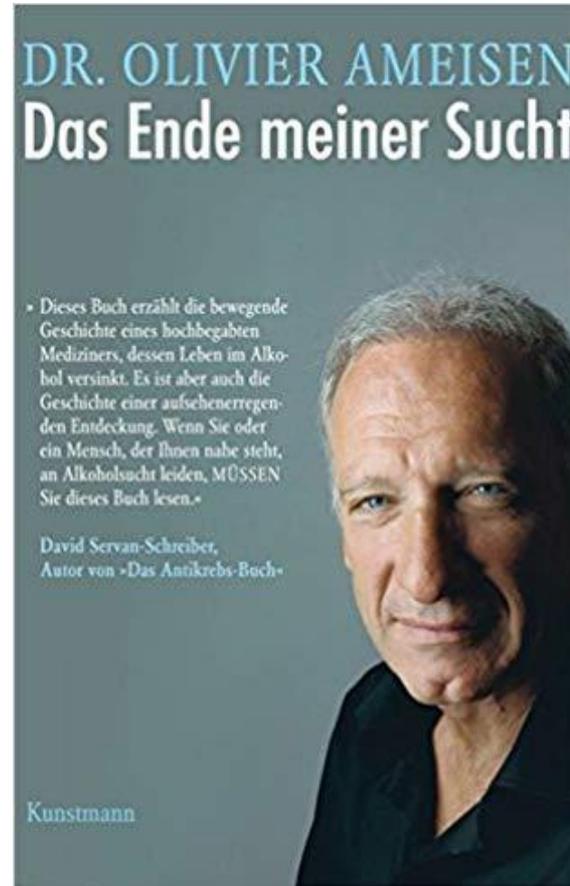
→ Acamprosat



→ Naltrexon



Pharmaka zur Aufrechterhaltung der Abstinenz



Schwerpunktthema 2024 - Aktio... x +

https://www.aktionswoche-alkohol.de/schwerpunktthema-2024/

Home Suche Kontakt Impressum Datenschutz Barrierefreiheit English

Die Aktionswoche Für Veranstaltende Hintergrund Alkohol Rat & Hilfe **Schwerpunktthema 2024** Quiz Presse

08. JUNI – 16. JUNI
AKTIONSWOCHEN
ALKOHOL 2024

www.aktionswoche-alkohol.de

Sie sind hier: [Home](#) → [Schwerpunktthema 2024](#)

- Die Aktionswoche
- Für Veranstaltende
- Hintergrund Alkohol
- Rat & Hilfe
- Schwerpunktthema 2024**
- Angehörige
- Arbeitsplatz
- Straßenverkehr
- Gewalt
- Quiz
- Presse

Auswirkungen des Alkoholkonsums auf Dritte

Alkohol ist in Deutschland fast allgegenwärtig: In Restaurants, Kneipen, Gaststätten und Clubs, bei Sportveranstaltungen, auf Festivals, Stadtfesten, Empfängen, in der Werbung ... Und auch bei privaten Anlässen wie Familienfeiern und Treffen im Freundeskreis wird häufig Alkohol getrunken. Die damit verbundenen Risiken werden jedoch meist verdrängt oder nicht wahrgenommen. Auch die sozialen Folgen bleiben oft unbeachtet.

Mit zahlreichen Veranstaltungen und Aktionen richtet sich die Aktionswoche Alkohol an eine breite Öffentlichkeit in ganz Deutschland. Sie zielt darauf ab, alle Menschen, die Alkohol trinken, über die damit verbundenen Risiken sowie mögliche Folgen zu informieren. Und sie regt an, über den eigenen Alkoholkonsum nachzudenken. In der Regel findet die Aktionswoche Alkohol unter dem Motto „**Alkohol? Weniger ist besser!**“ alle zwei Jahre statt. Dabei rückt die bundesweite Präventionskampagne jeweils einen wechselnden thematischen Schwerpunkt ins Blickfeld.

Unter der zentralen Fragestellung „**Wem schadet dein Drink?**“ stellt die Aktionswoche Alkohol vom 08. bis 16. Juni 2024 die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf Dritte in den Fokus. Denn: Alkohol schädigt nicht nur die, die ihn trinken. Alkoholkonsum wirkt sich auch auf das soziale Umfeld und die Gesellschaft insgesamt aus. Betroffene finden sich in nahezu allen Lebensbereichen, beispielsweise in der Familie, am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr oder bei Freizeitaktivitäten.

Mitmachen lohnt sich! Jetzt noch Veranstaltungen für die AWA 2024 anmelden

22.05.2024 | Last Minute für die Aktionswoche Alkohol 2024 anmelden? – Kein Problem! Auch Kurzentschlossene sind herzlich eingeladen, sich mit einer Veranstaltung...

[Weiterlesen](#)

Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention exklusiv über die AWA bestellbar

13.05.2024 | Für die Aktionswoche Alkohol bieten wir einen Restpostenbestand der „Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe“ an.

[Weiterlesen](#)

In einem Monat startet die AWA 2024!

08.05.2024 | Sie möchten noch eine Veranstaltung organisieren? Kein Problem! - Wir zeigen Ihnen wie's geht!