



S 3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“

AWMF-Register Nr. 076-001

Stand; 28.2.2016




Dr. med. Erhard Schäfer

- 1973 Lehre als Krankenpfleger
- 1976-1978 Abitur auf Abendschule
- 1978-1980 Grundwehrdienst
- 1980-1985 Medizinstudium Leipzig Erfurt
- 1985-1989 Facharztausbildung Sömmerda
- 1990 Hausarzt in Erfurt
- Zusatzqualifikationen: Suchtmedizin, Geriatrie, Palliativmedizin
- Verheiratet 4 Kinder



Wie kann in der ärztlichen Sprechstunde Frühdiagnostik und Frühintervention implementiert werden?

- Problemfelder 1. Alkoholabhängigkeits Syndrom wird nicht als Krankheit vom Arzt wahrgenommen oder verdrängt.
- Problemfeld 2. Der Patient findet seinen Konsum als normal.
- Problemfeld 3. Zeit in der Hausärztlichen Praxis



Frühdiagnostik in der niedergelassenen Praxis

- der Niedergelassene Arzt sieht pro Jahr ca. 70-80 % der Betroffenen Patienten meist aber mit anderen Symptomen (Leitlinie Seite 9)
- Das wahrnehmen der Symptome und die gezielte Alkoholanamnese sind schwierig und von Arzt zu Arzt sehr unterschiedlich
- Frage: Es gibt bei der Vorsorgeuntersuchung den Hautkrebsscreening könnte man nicht analog auch einen Suchtscreening einführen ?

Frühdiagnostik

1. Der Patient betritt das Sprechzimmer –was nehme ich wahr
2. Erheben der Anamnese
3. Vertrauensvolle Atmosphäre
4. Was erwartet der Patient vom Arzt

Hauptproblem aus meiner Sicht ist das Krankheitsverständnis „Alkoholkrankheit als Krankheit anzuerkennen“

Frage Wie kann das Krankheitsverständnis verbessert werden?



Das Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10, F10.2) Leitlinie Seite 6

- 1.) Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- 2.) Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft).
- 3.) Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, nachgewiesen durch alkoholspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder nahe verwandten Substanz, um Alkoholentzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden

➤ 4.) Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz.

5.) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten der Alkoholeinnahme. Es wird viel Zeit verwandt, Alkohol zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.

6.) Fortdauernder Alkoholgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Mindestens 3 Punkte müssen erfüllt sein.




ICD 10 Klassifikation

- **Akute Intoxikation F10.0**
- **Schädlicher Alkoholgebrauch F10.1**
- **Das Alkoholabhängigkeitssyndrom F10.2**
- **Das Alkoholentzugssyndrom F10.3**



Leitlinie Seite 11

- Zum Nachweis von akutem Alkoholkonsum sollen Zustandsmarker (EtOH in der Atemluft und im Blut, EtG und EtS im Urin) in verschiedenen Kontexten (Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden.
- Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b
- GesamtAbstimmung: 100%

- 
- Wenn chronischer Alkoholkonsum nachgewiesen werden soll, soll eine geeignete Kombination von indirekten Zustandsmarkern (z.B. GGT&MCV&CDT, Antilla Index, Alc Index) zur Erhöhung der Sensitivität und Spezifität in verschiedenen Kontexten (Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden.*
 - Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a
 - Gesamtabstimmung: 100%
 - **A**



Leitlinie

- Zur Diagnosestellung von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch sollen validierte Instrumente eingesetzt werden, welche die Kriterien der aktuellen Klassifikationsschemata der International Classification of Diseases (ICD) abbilden.
- Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar
- Literatur: (125, 126)
- Gesamtabstimmung: 100%
- **KKP**



Screening

- ▶ Wenn ein Screening auf chronischen Alkoholkonsum erfolgt, sollte der AUDIT und eine geeignete Kombination von indirekten Zustandsmarkern eingesetzt werden.
- ▶ Empfehlungsgrad A




Diagnostik

- Direkte Zustandsmarker: Ethanol, Ethylglukuronid (EtG), Ethylsulfat (EtS) sowie Phosphatidylethanol (Peth)
- Indirekte Zusatzmarker: Gamma-GT, ALAT, ASAT, MCV, Carbonhydrat-Defizientes Transferrin (CDT) ..
- Wir stellen die Diagnose nicht aufgrund von Laborwerten

Frage: Was ist in der Routineparaxis sinnvoll und was ist wirtschaftlich?



Therapie in der Hausarztpraxis



Therapie in der Hausarztpraxis


Leitlinie Seite 43 3.3.1

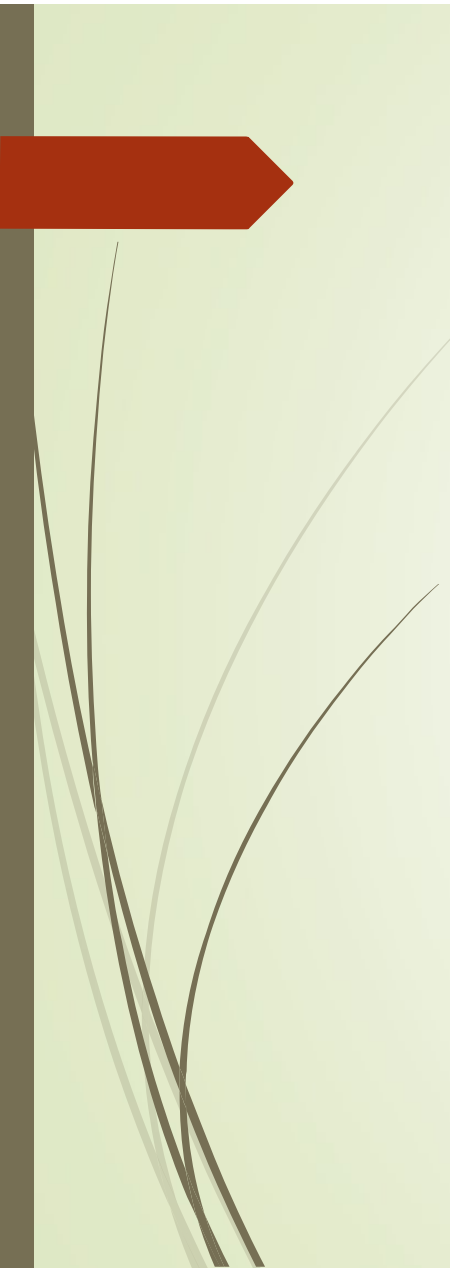
- Unter Kurzinterventionen werden Interventionen verstanden, die eine Dauer bis 60 Minuten bei bis zu fünf Sitzungen nicht überschreiten. Die Interventionen zielen auf eine Verringerung des Alkoholkonsums und alkoholassoziierter Probleme und integrieren u.a.: 1.) personalisiertes Feedback, 2.) individuelle Zielfindung sowie 3.) konkrete Ratschläge. Sie können durch schriftliches Infomaterial ergänzt werden oder auch computergestützt dargeboten

■ Frage: Ist eine extra Gebühren Nummer sinnvoll?

Therapie

- ▶ Eine stationäre Behandlung in Form einer körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung sollte angeboten werden bei alkoholabhängigen Personen und Personen mit schädlichem Gebrauch, wenn mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt ist:
- ▶ 1.) (zu erwartende) schwere Entzugssymptome,
- ▶ 2.) schwere und multiple somatische oder psychische Begleit- oder Folgeerkrankungen,
- ▶ 3.) Suizidalität,
- ▶ 4.) fehlende soziale Unterstützung,
- ▶ 5.) Misserfolg bei ambulanter Entgiftung
- ▶ Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar
- ▶ Gesamtabstimmung: 94,7%
- ▶ **KKP**
- ▶ **3.2.3.6**

- 
- Eine ambulante Entzugsbehandlung (körperliche Entgiftung oder qualifizierte Entzugsbehandlung) kann angeboten werden, wenn keine schweren Entzugssymptome oder –komplikationen zu erwarten sind, eine hohe Adhärenz und ein unterstützendes soziales Umfeld bestehen.
 - Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar
 - Gesamtabstimmung: 100%
 - **KKP**
 - **3.2.3.7**



Abhängiger Konsum von Alkohol führt in der Mehrzahl der Patienten bei Absetzen des Alkoholkonsums zu erheblichen, klinisch relevanten und häufig auch gefährlichen Entzugsserscheinungen. Art und Ausprägung können von Person zu Person sehr stark differieren. Die pharmakologische Behandlung kann zur akuten Kupierung von Entzugsserscheinungen, zur Vermeidung akuter erheblicher und teilweise für den Patienten gefährlicher Komplikationen, aber auch zur langfristigen Verhinderung einer möglichen Zunahme an Komplikationen aufgrund unbehandelter Entzugssyndrome erfolgen.



Wirksamkeit einer Pharmakotherapie

Eine medikamentengestützte Alkoholentzugsbehandlung ist einer Nichtbehandlung bezüglich der Schwere der auftretenden Entzugssymptome und der Häufigkeit von Entzugskomplikationen überlegen. Eine Pharmakotherapie des Alkoholentzugssyndroms soll daher unter Berücksichtigung von Entzugsschwere und Entzugskomplikationen erfolgen.

Empfehlungsgrad: A,



Wirksamkeit Benzodiazepine

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.

► Empfehlungsgrad: **A**, LoE: 1a



Wirksamkeit von Antikonvulsiva bei Alkoholentzug

- ▶ Carbamazepin, Valproinsäure, Gabapentin und Oxcarbazepin können zur Therapie leicht- bis mittelgradiger Alkoholentzugssyndrome eingesetzt werden
- ▶ Empfehlungsgrad: **O**, LoE: III



Wirksamkeit Clomethiazol

Clomethiazol reduziert effektiv die Schwere und Häufigkeit von Alkoholentzugssymptomen sowie die Häufigkeit schwerer Entzugskomplikationen wie Delir und Entzugskrampfanfälle. Clomethiazol sollte unter stationären Bedingungen zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden.

► Empfehlungsgrad: **B**, LoE: 1



Neuroleptika

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.

► Empfehlungsgrad: **B**,



Beta-Blocker und Clonidin

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.


► Empfehlungsgrad: **O**,



Tiapridex

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

➤ Empfehlungsgrad: **O**,



Nachsorgemaßnahmen Suchthilfesystem

- Zusammenarbeit ist wichtig !!
- Kennen der Ansprechpartner

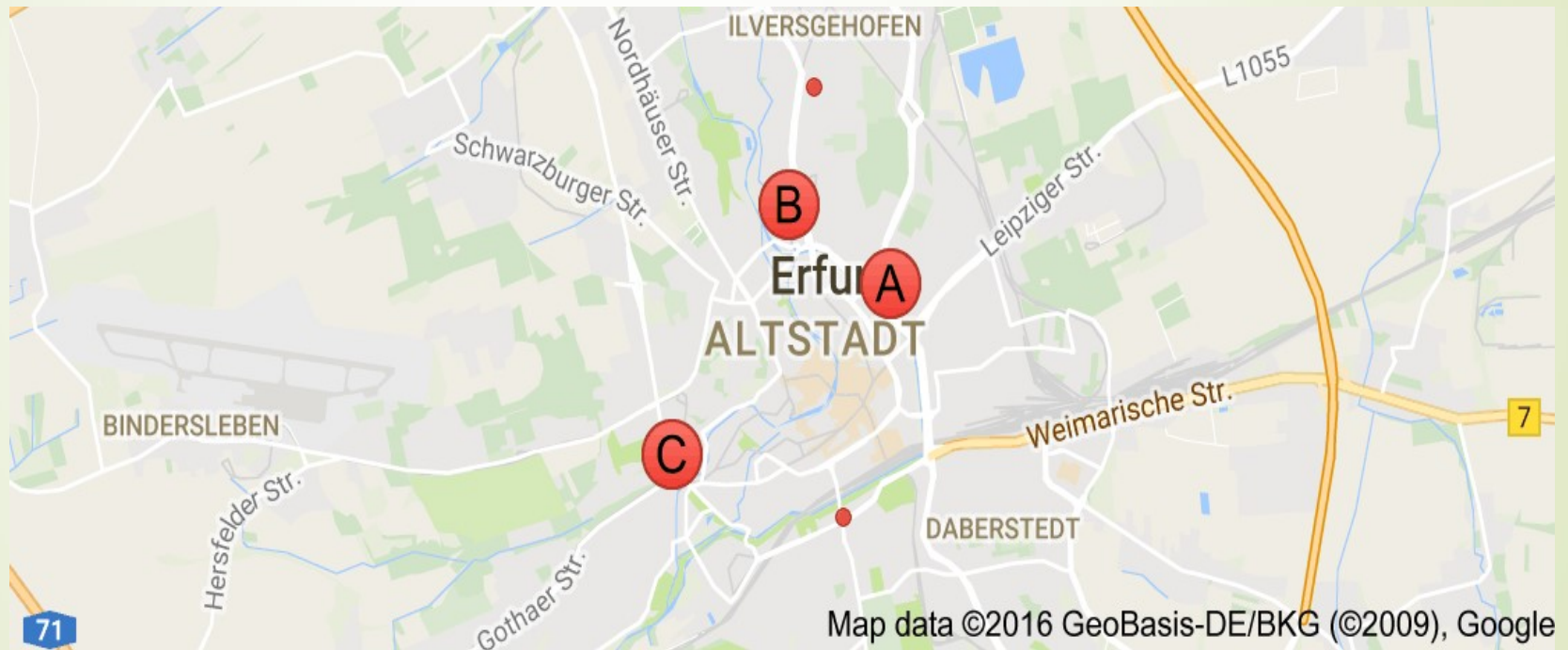


Wo bekomme ich Ansprechpartner

- Wegweiser Psychiatrie- und Suchtkrankenhilfe der Stadt Erfurt
- **Thüringer Suchtwegweiser**

Suchthilfe in Erfurt

SiT-Suchthilfe in Thüringen gGmbH





Suchthilfe-Zentrum S13 Erfurt

- Einzel- und Gruppengespräche
- Nachsorgetherapie
- Beratung bei Führerscheininverlust
- Sucht-Akupunktur
- Raucherentwöhnung
- Motivationsgruppe
- Selbsthilfegruppen
- Selbsthilfecafe



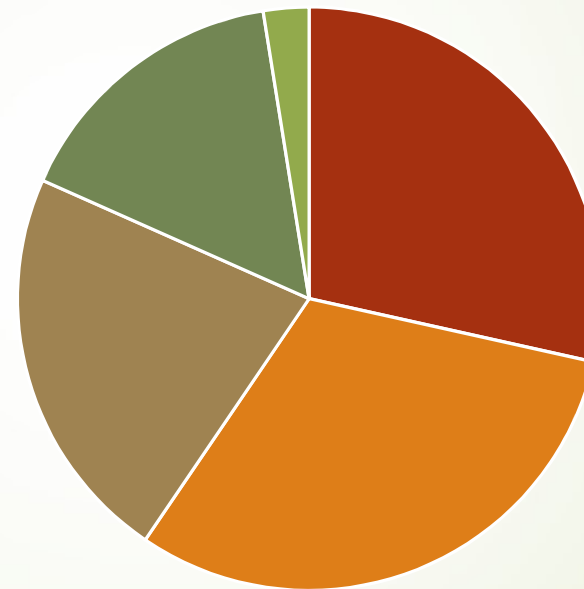
Ev. Stadtmission und Gemeindedienst Erfurt gGmbH. Suchtberatung

- Beratung zu Hilfsmöglichkeiten in Form von vertraulichen Einzelgesprächen
- Vermittlung in weiterführende Hilfen (z.B. Entgiftungs- bzw. Entwöhnungsbehandlung)
- Nachsorge im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung
- Aufsuchende Suchtarbeit (Hausbesuche, Sprechstunde im Helios-Klinikum Erfurt, Gesprächsangebot in der Notübernachtung für Männer)
- Streetwork in der Stadt Erfurt
- Online-Beratung (anonym) : www.evangelische-beratung.info/suchtberatung-ef
- Beratung bei Führerscheinverlust
- Gruppenangebot für Angehörige
- Treffpunkt für Selbsthilfegruppen



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Auswertung Patienten mit F10.2 vom 1.1.2016 bis 20.8.2016



■ Abstinent ■ täglich Alkohol ■ nicht täglich Alkohol ■ nicht bekannt ■ verstorben



Laborkosten

➤	Gamma GT	0,25€ (EBM)	2,33€ (GOÄ)
➤	ASAT	0,25€	2,33€
➤	ALAT	0,25€	2,33€
➤	MCV	0,50€	3,50€
➤	Alkoholspiegel		8,74€
➤	CDT		33,22€
➤	EtG		52,46€
➤	EtS		52,46€

Standarddrink

1 STANDARD DRINK = 13.6GRAMS OF ALCOHOL=

Wine	Spirite	Beer
 <p data-bbox="360 1129 616 1198">5 oz/142 ml of wine (12% alcohol)</p>	<p data-bbox="689 927 752 1002">or</p>  <p data-bbox="792 1129 1077 1198">1.5 oz/43 ml of spirits (40% alcohol)</p>	<p data-bbox="1137 927 1200 1002">or</p>  <p data-bbox="1263 1129 1525 1230">12 oz/341 ml of regular strength beer (5% alcohol)</p>

Higher alcohol beers and coolers have more alcohol than one standard drink.



Begriffsbestimmung

- Risikoarmer Konsum
- Riskanter Konsum
- Rauschtrinken
- Akute Intoxikation
- Schädlicher Alkoholgebrauch
- Alkoholabhängigkeitssyndrom
- Alkoholentzugssyndrom