



## Ambulante und tagesklinische Behandlungskonzepte

---

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

Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung  
Freitag, 26.10.2018

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%**



## Fazit:

---

90% aller Alkoholkranken haben aktuell keinen Kontakt zum Suchthilfesystem, verelenden weiter und verursachen wegen Grundkrankheit und Folgekrankheiten erhebliche Kosten.

Tobias Effertz 2016: 58 Mrd.  
Krankenkosten/Jahr durch Alkohol

# Konsequenzen

---

Ergänzung der therapeutischen  
Rahmenbedingungen.

- Beratungsstellen (6-8%) → vertragsärztliche Versorgung (75-85%)
- Stationäre Entgiftung → ambulante Entgiftung (bei 80% möglich)
- Rehabilitation (3-4%/Jahr) → ambulante/tagesklinische  
Akut- und Frühbehandlung, auch zur  
Vorbereitung auf Rehabilitation
- Selbsthilfegruppen (4,8%) → psychiatrisch/psychotherapeutisch  
geleitete Gruppen

## Suchtpatienten MVZ und Tagesklinik an der Sternbrücke im Jahr 2014

---

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

## Suchtpatienten MVZ und Tagesklinik an der Sternbrücke im Jahr 2016

---

<u>Gesamt:</u>		<b>1366</b> Patienten
Alkoholabhängigkeit		<b>712</b>
Opiatabhängigkeit	96	
Cannabisabhängigkeit	255	} meist „Mischkonsumenten“
Kokainabhängigkeit	49	
Crystalabhängigkeit	174	
Drogen Gesamt		<b>574</b> (8 Drogenabhängige auf 10 Alkoholabhängige !)
Spielsucht		41
Bulimie		14
Anorexie		16

## Suchtpatienten MVZ und Tagesklinik an der Sternbrücke im Jahr 2017

---

<u>Gesamt:</u>		<b>1485</b> Patienten
Alkoholabhängigkeit		<b>733</b>
Opiatabhängigkeit	91	
Cannabisabhängigkeit	323	} meist „Mischkonsumenten“
Kokainabhängigkeit	54	
Crystalabhängigkeit	221	
Drogen Gesamt		<b>689</b> (9,4 Drogenabhängige auf 10 Alkoholabhängige !)
Spielsucht		37
Bulimie		14
Anorexie		12

# 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:



# 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) \*

# Hauptkriterien für erfolgreiche Behandlung

---

Kanadische Studie 1978 (n = fast 2000  
Alkoholabhängige)

- Gruppenbehandlung
- Länge der Behandlung

# Medizinische Behandlung Alkoholabhängigkeit – babilonisches Sprachgewirr

---

**Entziehung, Entzug, Entgiftung, qualifizierte Entgiftung, Entwöhnung, Rehabilitation u. s. w.**

Praktische Bedeutung: keine verpflichtende Kostenübernahme für „Entziehungsmaßnahmen“ durch die PKV, aber Verpflichtung zur Kostenübernahme bei Behandlung Alkoholfolgekrankheiten, z. B. „Entzugssyndrom“ → **körperliche Entgiftung**



# Klassifikation medizinische Behandlung der Alkoholabhängigkeit (Leitlinie 2015)

---

## 1. Akutbehandlung: Entzug

### 1.1 Körperliche Entgiftung

### 1.2 Qualifizierter Entzug (QE)

## 2. Postakutbehandlung

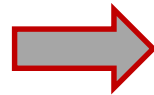
### 2.1 Ambulante oder teil-/stationäre Entwöhnung (Rehabilitation), Rehanachsorge

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

# Klassifikation medizinische Behandlung der Alkoholabhängigkeit (Leitlinie 2015)

---

## 1. Akutbehandlung: Entzug



### 1.1 Körperliche Entgiftung

### 1.2 Qualifizierter Entzug (QE)

## 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



# 1.1 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) **Oxycarbamazepin (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) oder 1-2 Tbl. **Doxepin** (a 25 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 Psychiast 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:



---

# Exkurs körperliche Entgiftung von Methamphetamin (Crystal)

## Zunahme von Crystal-Konsumenten im MVZ/TK an der Sternbrücke

---

2009	→	1
2012	→	9
2014	→	95
2015	→	137
2016	→	174
2017	→	221



Stichprobe Crystal (n=54)  
01.09.2013 – 31.08.2014,

---

21 Frauen, 33 Männer

23 fast ausschließlich Crystal

31 Crystal und Haschisch, Speed,  
Kokain u. a. (polytoxikomanes  
Muster)





## Stichprobe Crystal n=54 körperliche Entgiftung

---

- **12** „kalte“ Entgiftung allein
- **38** ambulante Entgiftung über 10 – 14 Tage: täglich 1 ½ Stunden  
Gruppentherapie, Medikamente gegen Entzugerscheinungen:  
Carbamazepin / Valproat 1-1-2 pro/die  
Doxepin 25 – 50 mg z. N.
- **3** stationäre Entgiftung

## Stichprobe Crystal n=54

---


71%

ambulante  
Entgiftungen planmäßig  
abgeschlossen

29%

Abbruch nach 1 -3 Kontakten

Wer länger dabei ist, schließt die  
ambulante Entgiftung auch ab.

- 
- 
- Das Problem ist weniger die Entgiftung, sondern die Aufrechterhaltung der Abstinenz
  - psychische Abhängigkeit >> körperliche Abhängigkeit

# Klassifikation medizinische Behandlung der Alkoholabhängigkeit (Leitlinie 2015)

---

## 1. Akutbehandlung: Entzug

### 1.1 Körperliche Entgiftung

### 1.2 Qualifizierter Entzug (QE)

## 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



## 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 25-30 Therapietage / stationär etwa 21 Tage**

# QE

---

- 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
- Als Akutbehandlung Kostenzuständigkeit der Krankenkasse
- Rechtliche Grundlage für die Tagesklinik an der Sternbrücke



## MVZ an der Sternbrücke

### Psychiatrie-Psychotherapie-Suchtmedizin

2 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/Suchtmedizin

1 Fachärztin für Psychotherapie und psychosomatische Medizin

3 suchtmedizinisch versierte Arzthelferinnen

---

- **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 und psychosomatische Störungen -

2 Diplompsychologen

2 Sozialarbeiterinnen mit therapeutischer Zusatzausbildung

---


- **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 am Arbeitsplatz



# Therapieplan

Zeitraum	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<b>09.00 – 10.30</b>	<b>Gruppen- therapie</b>	<b>Gruppen- therapie</b>	<b>Gruppen- therapie</b>	<b>Gruppen- therapie</b>	<b>Gruppen- therapie</b>
	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
11.15 – 12.30	<b>Hausgruppe</b> 11.00 -12.00 Herr Müller	<b>Musik- therapie</b>	<b>Arbeitstherapie</b> <b>Beschäftigung</b>	<b>Maltherapie</b>	<b>Körper-/ Bewegungs- therapie</b>
	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag
13.00 – 14.30	<b>Körper- und</b> <b>Bewegungs- therapie</b> (ab 12.30)	*	<b>Arbeitstherapie</b> <b>Beschäftigung</b>	*	<b>Exkursion</b>
16.00 – 17.30		<i>Nachsorge 1</i>			
18.00 – 19.30		<i>Nachsorge 2</i>			
17.30 – 19.00				<i>Angehörigen- Gruppe</i> Herr Müller	

Erklärung: \* = zur Verfügung der Gruppenleiter für Einzelgespräche, Tests etc.



## 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.

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 %**

Tagesklinik an der Sternbrücke  
Dr. Kielstein GmbH  
Abhängigkeitskrankungen und psychosomatische Störungen



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



# Wirksamkeitsfaktoren MVZ und Tagesklinik an der Sternbrücke

---

- Multiprofessionelles Team
- Psychiatrisch / psychotherapeutische, suchtmmedizinische Kompetenz
- Gruppentherapeutischer Schwerpunkt
- Vernetzt mit anderen medizinischen Einrichtungen, betrieblichem Gesundheitsmanagement und einem Institut für Arbeitsvermittlung
- Kurze Wartezeiten (2-5 Tage, auch sofort)
- Immer und langfristig erreichbar
- Manchmal auch „letzte Instanz“



# Klassifikation medizinische Behandlung der Alkoholabhängigkeit (Leitlinie 2015)

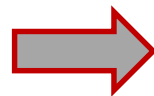
---

## 1. Akutbehandlung: Entzug

### 1.1 Körperliche Entgiftung

### 1.2 Qualifizierter Entzug (QE)

## 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

# Klassifikation medizinische Behandlung der Alkoholabhängigkeit (Leitlinie 2015)

---

## 1. Akutbehandlung: Entzug

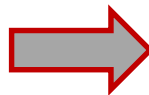
### 1.1 Körperliche Entgiftung

### 1.2 Qualifizierter Entzug (QE)

## 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

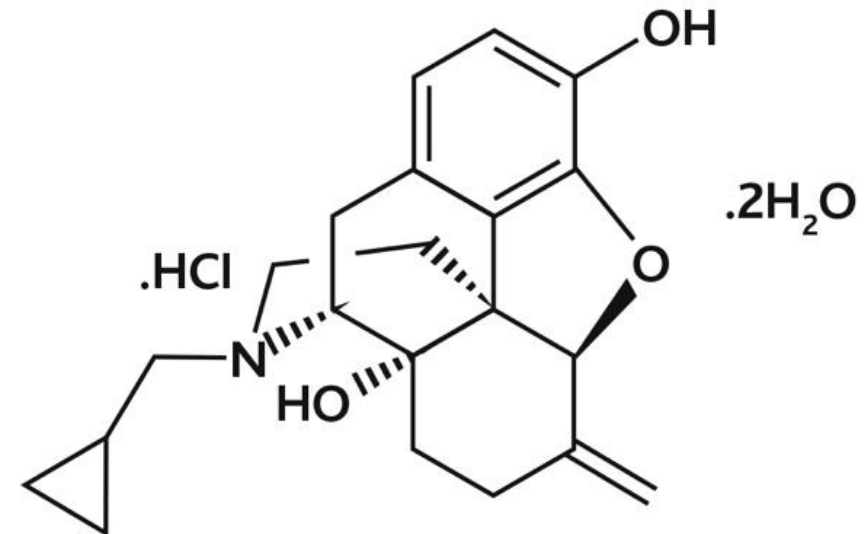
# Nalmefen (Selincro)

## Bindungseigenschaften:

- bindet an  $\mu$ -,  $\kappa$ -, und  $\delta$ -Opioidrezeptoren
- Antagonist an  $\mu$ - und  $\delta$ -Rezeptoren
- partieller Agonist an  $\kappa$ -Rezeptoren

## Pharmakokinetik und Stoffwechsel:

- **schnelle Resorption** mit  $T_{\max}$  0,5–3,0 Stunden
- mittlere Halbwertszeit ( $t_{1/2}$ ) ca. 13 Stunden
- schnelle und umfassende Metabolisierung
- keine klin. relevanten WW mit Medikamenten zu erwarten, die über CYP450-Enzyme metabolisiert werden
- **hohe Rezeptorbelegung (94–100 %)** innerhalb von 3 Stunden und ebenfalls nach **26 Stunden** (83–100 %) → **Reduktion Trinkverlangen** durch Blockade der „belohnenden“ Alkoholeffekte



# Dosierungsregime

---

Einnahme „nach Bedarf“ (as needed dosing)

- 1 Tablette an Tagen, an denen der Patient das Risiko verspürt, Alkohol zu trinken
- 1–2 h vor dem Alkoholkonsum oder sofort nach Beginn

**„Pille anstatt, davor, dabei, danach, oder für längere Zeit“ (bis zu 6 Monaten)**

= Verhinderung, Verzögerung, Abschwächung  
Verkürzung des Alkoholkonsums

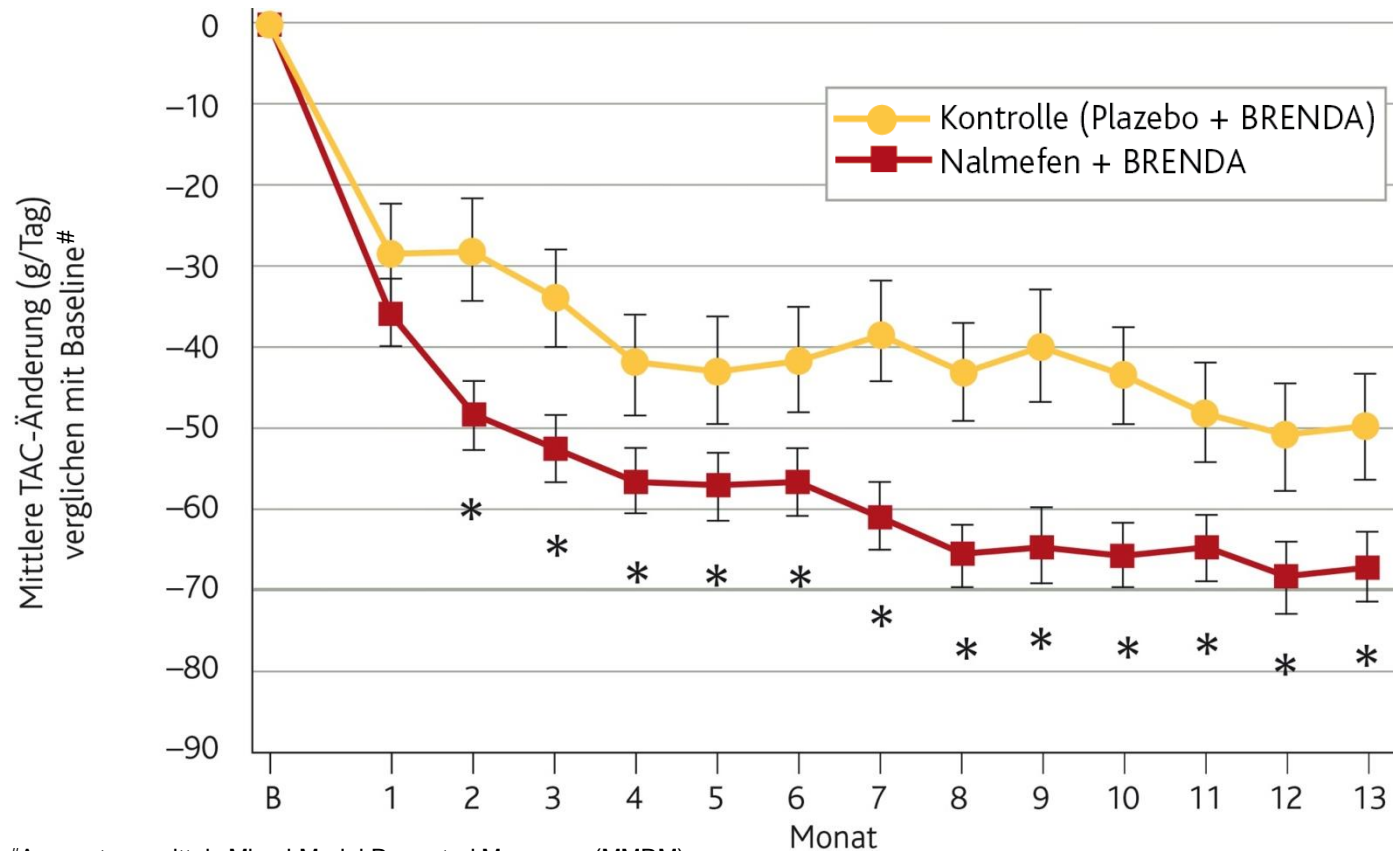
Mann K et al. Biol Psychiatry 2013; 73: 706–13

Gual A et al. Eur Neuropsychopharmacol 2013; 23: 1432–42

van den Brink W et al. Long-term Efficacy, Tolerability, and Safety of Nalmefene As-needed in Alcohol-Dependence: A Randomised, Double-blind, Placebo-controlled Study. Poster, Alcohol Clin Exp Res 2012; 36: 247A

# SENSE: Reduktion des Gesamtalkoholkonsums (TAC) [g Alkohol/Tag]

Zielpopulation gemäß Zulassung



#Auswertung mittels Mixed Model Repeated Measures (MMRM)

\*Ergebnisse statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ); B: Baseline; TAC: Total Alcohol Consumption

# Zulassung Nalmefen (Selincro®)

---

## 4. KLINISCHE ANGABEN

### 4.1 Anwendungsgebiete

Selincro wird zur Reduktion des Alkoholkonsums bei erwachsenen Patienten mit Alkoholabhängigkeit angewendet, deren Alkoholkonsum sich auf einem hohen Risikoniveau befindet (DRL: drinking risk level) [siehe Abschnitt 5.1], bei denen keine körperlichen Entzugserscheinungen vorliegen und für die keine sofortige Entgiftung erforderlich ist.

Selincro sollte nur in Verbindung mit kontinuierlicher psychosozialer Unterstützung, die auf Therapieadhärenz und eine Reduktion des Alkoholkonsums zielt, verschrieben werden.

Die Behandlung mit Selincro sollte nur bei Patienten eingeleitet werden, deren Alkoholkonsum sich 2 Wochen nach einer initialen Untersuchung weiterhin auf einem hohen Risikoniveau befindet.



#### **Indikation:**

**Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholabhängigen Patienten in der Entwöhnungsphase, begleitend zu psycho- und sozialtherapeutischen Maßnahmen.**

**Beginn der Therapie unmittelbar nach der Entgiftung.**

#### **Dosierung:**

- Patienten über 60 kg Gewicht:  
3 x 2 Tabletten
- Patienten unter 60 kg Gewicht:  
4 Tabletten (2 - 1 - 1)

#### **Behandlungsdauer:**

**1 Jahr**

„Diagnose und Therapie der Alkoholkrankheit“  
Lipha Arzneimittel GmbH 1997



## Blockade der $\mu$ -Rezeptoren (Andockstellen für Opiate)

---

**Naltrexon (Adepend)** Empfehlung: zu Beginn 1 Woche testen (Responder?), tägl. 1 Tbl. für  $\frac{1}{4}$  –  $\frac{1}{2}$  Jahr, auch länger, bei guter Wirksamkeit Reduktion auf  $\frac{1}{2}$  Tbl. tgl. möglich

**Cave:** Naltrexon-Nachweiskarte zum Personalausweis (**Opiatantagonist** – Berücksichtigung bei Narkosen!)

Wirksamkeit oft auch bei anderen Störungen der Impulskontrolle, z. B. fremd- und selbstaggressives Verhalten



# Vertragsärztliche Versorgung - Hausarzt

---

- Körperliche Diagnostik/Labor
- Verdachtsdiagnosen
- Überweisung zu Vertragsarzt mit suchtmmedizinische Kompetenz / Beratungsstelle, ggf. Einweisung stat. Akutbehandlung
- Verlaufskontrolle

# Vertragsärztliche Versorgung - Suchtmedizin

---

- Diagnostik/Labor
- Diagnosen
- Ggf. ambulante Entgiftung
- Ambulante Weiterbegleitung während/nach suchtmedizinischer Intensivbehandlung (TK, stat. Akutbehandlung, Rehabilitation)
- Ggf. langfristige Gruppenbetreuung zur „Wiedereingliederung psychisch Kranker“ (EBM-Nr. 21221)

## „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 Oktober 2018

### 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

Bier		Sekt:	
0,5 Liter	20g	0,7 Liter	65g
0,3 Liter	12g	0,1 Liter (Glas)	10g

Wein		Schnaps:	
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, (1/2 Liter Bier = 20g RA, 1/2 Flasche Wein = 30 g 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

## Therapieziele

### Risikanter/schädlicher Alkoholkonsum

- Einhaltung risikoarmer Trinkmuster oder Abstinenz
- Vermeidung bzw. Beseitigung von Begleiterkrankungen

### 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 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, ggf. 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 der Alkoholabhängigkeit

- 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 Fehlschlagen der Abstinenzversuche Trinkmengenreduktion in Erwägung ziehen
- 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

## 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
- **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
- 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 weiterführender Hilfen, Dauer etwa 21 Behandlungstage

## Behandlung nach Entgiftung/qualifizierter Entzugsbehandlung

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

**plus** Abstinenz unterstützende Medikamente

- **Naltrexon** tgl. ½ Tbl. für ¼ – ½ Jahr, auch länger, bei unzureichender Wirksamkeit Erhöhung auf 1 Tbl. tgl. **Cave:** Naltrexon-Nachweiskarte zum Personalausweis (**Opiatantagonist** – 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, Alkoholentzugsercheinungen 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:

- Trinkmengenreduktion 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.arztsuche.kvsa.de](http://www.arztsuche.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	0,7 l	65g
0,3l	12g	0,1 l (Glas)	10g
<u>Wein:</u>		<u>Schnaps:</u>	
0,7l	60g	0,7 l	220g
0,1 l „Zehntel“	12g	0,02 l „Kleiner“	6g
0,2 l „Schoppen“	20g	0,04 l „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

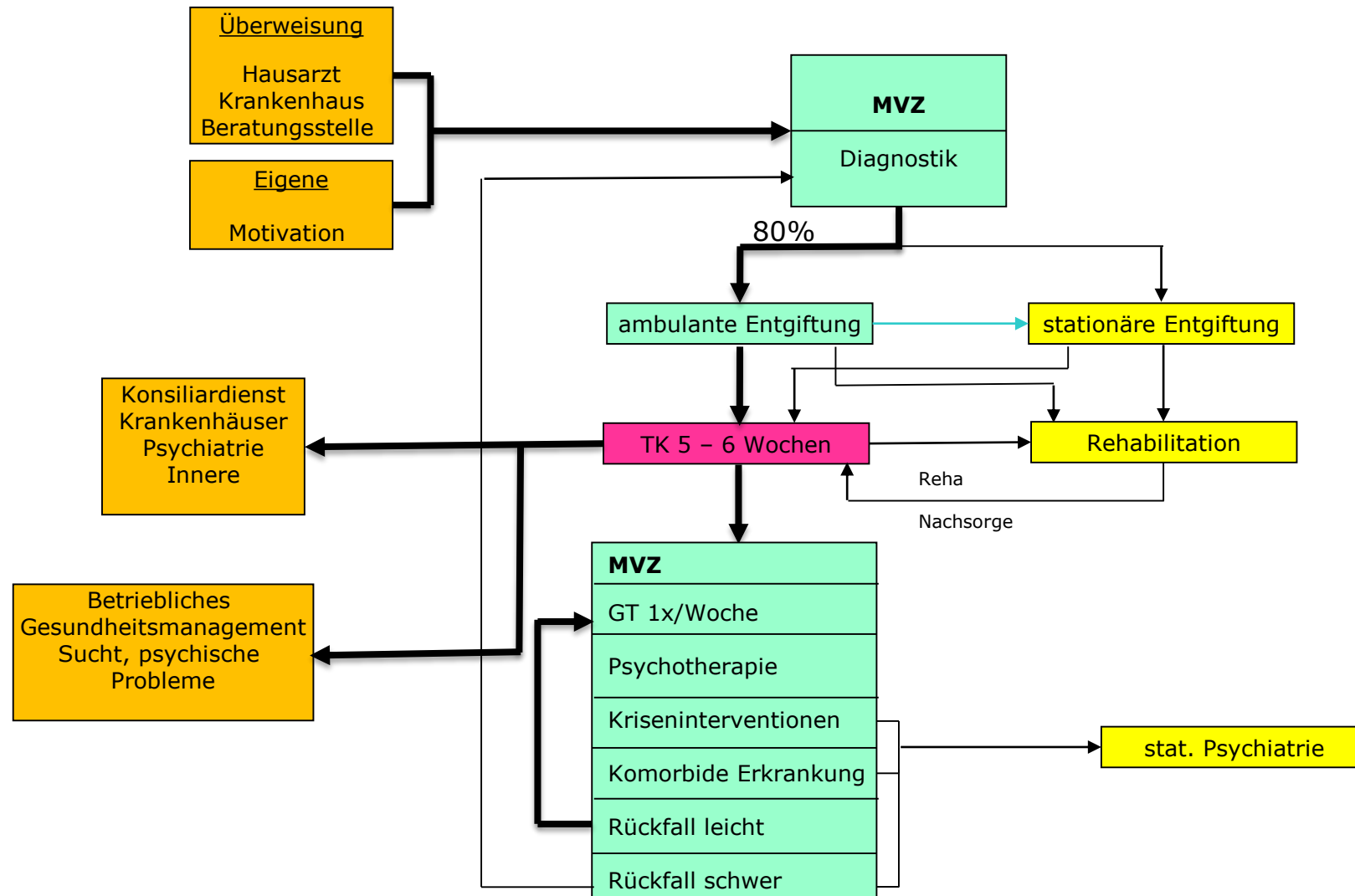
## Abstinenzstabilisierung nach Tagesklinik durch weiterführende ambulante psychiatrische Gruppentherapie (1x/Woche)

---

Dauer der Gruppennachbehandlung (in Monaten)	Erfolg (Anzahl der Patienten)	Misserfolg (Anzahl der Patienten)
0 – 2	13	14
-6	10	2
- 12	20	

V. Kielstein, ICAA Weltkongress Budapest 1984

# Behandlungspfad MVZ und TK an der Sternbrücke Magdeburger Modell





# Zusammenfassung

---

Ergänzung der **therapeutischen Rahmenbedingungen:**

- **Früherkennung und Intervention in der haus/fachärztlichen Praxis**
- **Ambulante körperliche Entgiftung**, am besten durch suchtmmedizinisch qualifizierte ambulante Ärzte
- **„qualifizierter Entzug“** als Akutbehandlung, Behandlung Komorbidität, stabilisiert Abstinenz, fördert Änderungskompetenz und die Motivation zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen
- **Tageskliniken** für **qualifizierten Entzug** und für **Rehabilitationsbehandlung** geeignet
- **Suchtkranke** benötigen **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).**

**Ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Einzel- bzw. Gruppentherapie z. B. nach qualifiziertem Entzug.**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

---



Sternbrücke in Magdeburg