

# Mitteilungen aus der Bundeskonferenz Deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

Verantwortlich für diese Rubrik: Gerhard Längle, Tübingen/Bad Schussenried; Thomas Pollmächer, Ingolstadt

## Vorbemerkung

Die Empfehlungen zur qualifizierten ambulanten Alkoholentzugsbehandlung entstammen einer Arbeitsgruppe des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz, die von Frau Dr. Richter und Herrn PD Dr. Reymann ausgearbeitet und dem Suchtausschuss sowie dem Vorstand der BDK zur Prüfung vorgelegt wurden. Vorläufige Versionen wurden sowohl in der Tagung des Suchtausschusses im Januar 2012 als auch, abschließend, während der Tagung im Januar 2013 mit Experten aus dem ganzen Bundesgebiet diskutiert. Die Anregungen aus den jeweiligen Diskussionsrunden wurden in den Text eingearbeitet.

Ziel dieses Textes ist es, den vor Ort Verantwortlichen eine *orientierende Handreichung* zu geben, mit der sie ihr Handeln im Einzelfall abgleichen können.

Die Empfehlungen sollen darüber hinaus einen Beitrag dazu leisten, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ verstärkt auch im Bereich der Behandlung Alkoholabhängiger zum Tragen kommen kann.

## Empfehlungen zur qualifizierten ambulanten Alkoholentzugsbehandlung

Während die stationäre Alkoholentzugsbehandlung weitgehend etabliert ist (z. B. [1–3]), liegen zum ambulanten Setting für diesen Bereich in Deutschland lediglich Ergebnisse divergierender Einzelprojekte vor [4, 5].

Unabhängig davon, ob die Entzugsbehandlung in der Praxis von niedergelassenen Ärzten, angeschlossen an eine Beratungsstelle, innerhalb einer suchtpsychiatrischen Institutsambulanz oder in anderen Institutionen erfolgt, sollten im Interesse der Behandelten qualitative Mindeststandards eingehalten werden, die im Folgenden vorgeschlagen werden.

### A) Der Zugang

Die ambulante Alkoholentzugsbehandlung sollte ins regionale Suchthilfesystem

eingebunden sein, sodass aus den verschiedenen Teilen des Suchthilfesystems heraus niederschwellige Zuweisungen erfolgen können.

### B) Die Indikation

Eine qualifizierte ambulante Alkoholentzugsbehandlung ist grundsätzlich geeignet für absprachefähige, sozial integrierte alkoholabhängige Patienten mit aktuellem Konsum. Es sollte sich mindestens eine Person aus dem sozialen Nahfeld explizit bereiterklären, die Behandlungsmaßnahme aktiv zu unterstützen und in den ersten Tagen vor Ort zu sein, um bei Entzugskomplikationen tätig zu werden. Es sollten keine aktuellen schweren körperlichen oder psychischen Komorbiditäten bestehen. Der infrage kommende Patient sollte abstinentmotiviert sein und die Bereitschaft erklären, beim Auftreten schwerwiegender Entzugserscheinungen oder Entzugskomplikationen sich in stationäre Behandlung zu begeben.

### C) Kontraindikationen

Um eine Gefährdung des Patienten zu vermeiden, sollten die folgenden Kontraindikationen für eine ambulante Alkoholentzugsbehandlung einzelfallbezogen geprüft und abgewogen werden:

- ▶ Schwere somatische Komorbidität, die Entzugskomplikationen erwarten lässt (schlecht eingestellter Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung, arterieller Hypertonus, gastrointestinale Erkrankungen mit Erbrechen oder Durchfall, Niereninsuffizienz, dekompensierte Leberzirrhose, zerebrale Krampfanfälle in der Anamnese usw.).
- ▶ Schwere psychiatrische Komorbidität, die Komplikationen erwarten lässt (insbesondere Psychosen, delirante Symptomatik, Suizidalität).
- ▶ Einnahme von anderen Suchtmitteln (mit Ausnahme von schädlichem Koffeinkonsum und von Tabakerkrankungen), oder andere süchtige Verhaltensweisen (Essstörung, Spielsucht etc.).
- ▶ Gescheiterte ambulante Entzugsversuche in der Anamnese oder Entzüge mit erheblichen Komplikationen (Delir,

Krampfanfälle, vegetativen Entgleisungen usw.).

- ▶ Zu geringe Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten im ambulanten Setting.
- ▶ Zu geringe Absprachefähigkeit für das ambulante Setting.
- ▶ Sehr hohe Alkoholisierung, da hier nach Absetzen des Alkohols ein hohes Risiko für ein Delir und/oder Krampfanfälle besteht.

### D) Aufnahmeuntersuchung

Vor Beginn eines ambulanten qualifizierten Alkoholentzugs wird in einem vertieften Anamnesegespräch, durch Erhebung des körperlichen und psychischen Befundes, eine Sozialanamnese sowie durch technische Untersuchungen die Indikation zu dieser Maßnahme und das Fehlen gravierender Kontraindikationen ärztlich bestätigt.

Die technischen Untersuchungen vor Beginn des ambulanten Alkoholentzugs umfassen zumindest

- ▶ die Bestimmung des aktuellen Alkoholisierungsgrads, z. B. anhand der Untersuchung der Atemluft
- ▶ die Bestimmung von kleinem Blutbild, GOT, GPT, Gamma-GT, Serum-Natrium, Kalium, Kalzium, Kreatinin und CDT
- ▶ eine Urinuntersuchung auf Benzodiazepine, ggf. zusätzlich auf Cannabinoide, Opiate, Amphetamine, Kokain und Ethylglukuronid.

Die Durchführung eines EKG ist im Einzelfall zu prüfen.

### E) Durchführung

Die qualifizierte ambulante Alkoholentzugsbehandlung umfasst stets somatotherapeutische, psychotherapeutisch-motivationale, medikamentöse und soziotherapeutische Interventionen. Nonverbale Therapien wie Sport-, Musik- und Ergotherapie sowie Entspannungsverfahren können ergänzend eingesetzt werden.

Ein wesentliches Ziel ist es, dass der Patient zu Beginn der Entzugsbehandlung den Alkoholkonsum vollständig einstellt. Gelingt ihm dies nicht, ist eine Überwachung bis zur Erreichung der Abstinenz

erforderlich. Kommt es im Verlauf der ambulanten Entzugsbehandlung zu erneutem Alkoholkonsum, muss geklärt werden, ob eine ambulante Weiterbehandlung sinnvoll ist. Gegebenenfalls kann der Wechsel in stationäre Behandlung erforderlich sein, insbesondere, wenn nicht selbstständig sofortige Abstinenz wieder hergestellt werden kann.

Eine Prophylaxe mit Vitamin B<sub>1</sub> oral ist zu prüfen. Wenn eine medikamentöse Entzugsbehandlung erforderlich ist, wird vorzugsweise ein Benzodiazepin eingesetzt. Alternative medikamentöse Strategien sind sorgfältig zu prüfen.

Bei jeder Vorstellung erfolgt eine Kontrolle auf aktuelle Alkoholisierung und/oder die Untersuchung des Urins auf Ethylglukuronid.

### E1) Die Einleitungsphase

Der Patient sowie der ihn begleitende Angehörige werden über mögliche Entzugskomplikationen sowie über dann notwendige Maßnahmen informiert. Erscheint der Patient ohne Alkoholisierung zur ersten Behandlung, erfolgen Puls- und Blutdruckmessung, um einen medikamentösen Behandlungsbedarf abzuschätzen. Von aktuell alkoholisierten Patienten kann verlangt werden, dass sie während des Alkoholabbaus in der Einrichtung verbleiben. Es werden mit ihm Strategien zur Abstinenzhaltung besprochen und die Maßnahmen bei ggf. auftretender starker vegetativer Entzugssymptomatik.

Wenn eine medikamentöse Entzugsbehandlung erforderlich ist, wird diese mit dem Patienten besprochen. Bei gravierender Entzugssymptomatik und bei medikationsbedürftigem Entzugssyndrom trotz Restalkoholisierung sollte der Patient nach der ersten Dosis der Entzugsmedikation überwacht und ggf. nachmediziert werden. Vor dem Verlassen der Einrichtung erhält er die noch ausstehende Tagesdosis ausgehändigt. Eine einmalige Reservemedikation als selbstständige Interventionsmöglichkeit und die Erstdosis für den kommenden Tag können bei Notwendigkeit ebenfalls mitgegeben werden. Der Patient wird dann darüber aufgeklärt, dass er bei Einnahme der Reservemedikation mit dem Arzt Kontakt aufnehmen sollte.

Der Patient sollte in den ersten 5 aufeinanderfolgenden Tagen des Entzugs und

bei Komplikationen oder bei protrahiertem Verlauf der Entzugssymptomatik auch darüber hinaus kalendertäglich ärztlich gesehen werden. Sofern eine Entzugsmedikation besteht, sollte deren Dosis zumindest in den ersten 5 aufeinanderfolgenden Kalendertagen täglich an den individuellen Verlauf angepasst werden.

Der Patient und der Angehörige sind darüber aufzuklären, dass im akuten Entzug und solange Entzugsmedikation eingenommen wird, nicht aktiv am Straßenverkehr teilgenommen werden darf. Er wird darüber informiert, dass er weder schnelllaufende Maschinen betätigen noch Gerüste besteigen darf und dass er für die Dauer der Maßnahme arbeitsunfähig ist.

### E2) Die Durchführungsphase

Frühestens 5 Tage nach Beginn der Entzugsbehandlung können die Intervalle der Vorstellung des Patienten in der Institution verlängert werden. Die ggf. eingesetzte medikamentöse Entzugsbehandlung wird schrittweise (alle 2–3 Tage) reduziert und körperliche Begleiterkrankungen oder psychovegetative Störungen (Schlafstörungen, Bluthochdruck, u.Ä.) behandeln.

Neben den täglichen Kurzkontakten sollen psychotherapeutische Interventionen stattfinden, um die hinter der Sucht stehenden Probleme zu bearbeiten. Daneben sollten gemeinsam mit dem Patienten mit wichtigen Bezugspersonen Ängste, Erwartungen und ggf. Ärgernisse bearbeitet werden. Hierbei sind auch etwaige abstinenzfördernde Verhaltensweisen der Angehörigen zu thematisieren. Parallel sollte eine Sozialberatung beginnen. Gegebenenfalls können hierzu Termine mit dem Sozialdienst/der Beratungsstelle vereinbart werden, die helfen sollen, die aktuelle Problemlage zu analysieren und Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

### E3) Die Stabilisierungsphase

Nach Gabe der letzten Medikation ist das Entzugsmedikament noch über Tage im Körper nachweisbar. Der Patient kann auch in diesem Zeitraum noch Entzugssymptome aufweisen. Der Patient macht für mindestens eine Woche nach der letzten Dosis in dieser Phase die Erfahrung, dass er ohne Medikation und ohne Alkohol weiterhin den hilfreichen Kontakt zur behandelnden Institution und dem dorti-

gen Team hat. Motivationale, psychotherapeutische und sozialtherapeutische Interventionen sind in dieser Phase besonders wichtig. Dabei werden die im Verlauf der qualifizierten Entzugsbehandlung verabreiteten individuellen Perspektiven, wie z.B. der Wiedereinstieg in den Beruf, der Ausbau ehrenamtlicher Aktivität, der Einstieg in medizinische Rehabilitation Sucht, ein Beginn oder die Festigung der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen, die Kontaktaufnahme mit einer Suchtberatungsstelle, die Planung anstehender elektiver somatomedizinischer Eingriffe usw. durch das Team der Institution gezielt motivational unterstützt. Eine Medikation zum Beispiel mit Acamprosat oder mit Naltrexon kann angeboten und ggf. eingeleitet werden.

### F) Erfolgsparameter

Klinische Alkoholfreiheit, ein negativer EtG- und/oder ein fallender CDT-Befund mindestens eine Woche über die letzte Vergabe der Entzugsmedikation hinaus sind Kriterien für einen erfolgreichen Behandlungsabschluss. Hinzu treten das Erreichen von individuell verabreiteten Behandlungszielen wie zum Beispiel der Übergang in elektive somato- oder psychotherapeutische Behandlung, die Vermittlung in medizinische Rehabilitation Sucht oder die Überwindung konkreter Teilhabestörungen.

Für die Arbeitsgruppe Sucht und den Vorstand der BDK

Prof. Dr. G. Längle

### Literatur

- 1 Stetter F, Mann K. Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Nervenarzt* 1997; 68: 574–581
- 2 Mundle G, Banger M, Mugele B et al. Akutbehandlung Alkohol. *SUCHT* 2003; 49: 147–167
- 3 Reymann G, Preisung M. Rahmenkonzept für die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen in Nordrhein-Westfalen. *Versicherungsmedizin* 2003; 55: 27–32
- 4 Collins MN, Bums T, van den Berk PAH et al. A structured program of outpatient alcohol detoxification. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 871–874
- 5 Soyka M, Horak M, Morhart V et al. Modellprojekt „Qualifizierte ambulante Entgiftung“. *Nervenarzt* 2001; 72: 565–569