



Von der Diagnose zur (Kurz-)Intervention - Handlungsmöglichkeiten im ärztlichen Berufsalltag mit praktischen Übungen

Dr. med. Stephan Fuchs

06. Juni 2024



Hausärztinnen- und
Hausärzteverband



- Hausarzt / Facharzt für Allgemeinmedizin, Suchtmedizin. Grundversorgung, Notfallmedizin, Palliativmedizin
- Verkehrsmedizinische Begutachtung
- Vertragsarzt in einer Landarztpraxis
- Akademische Lehrpraxis des Instituts für Allgemeinmedizin
- Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Interessenkonflikte

- Ich erkläre, dass keine Interessenskonflikte bzgl. des Fortbildungsthemas bestehen.
- Patienten mit Suchterkrankungen erzeugen etwa 7-8% meines Quartalsumsatzes

Agenda

- 1 Allgemeines zum Alkohol in der Hausarztpraxis
- 2 Diagnostische Möglichkeiten
- 3 Therapeutische Möglichkeiten
- 4 Fragen



Alkohol in der Hausarztpraxis

Wie könn(t)en wir damit umgehen?



Wirkung des Alkohols

- euphorisierend
- depressiv
- enthemmt
- somnolent

FAZIT: Mit dem Alkohol wird häufig eine andere Krankheit „selbst behandelt“

- Angsterkrankung
- Depression
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Reduktion des Selbstwertgefühls
- ADHS



Ausgangslage in der Hausarztpraxis

- Alkoholgenuss und Alkoholkonsum werden von unserer Gesellschaft weitgehend akzeptiert
- Gesundheitliche und sozialen Folgen sind den Menschen bekannt
- WHO: 18,1 % der Menschen haben einen riskanten Konsum (jeder 5. Patient in der Sprechstunde?)
- 3,1% der Menschen haben eine Abhängigkeit (jeder 30. Patient in der Sprechstunde?)
- 2000 – 3000 Neugeborene mit Alkoholembryopathie / Jahr

- **74.000 Tote** durch Alkohol pro Jahr
- **30.000.000.000 € Gesamtkosten** pro Jahr (= teuerste psych. Erkrankung in D.)



Ausgangslage in der Hausarztpraxis

Wie fallen diese Patienten auf?

- Erhöhte Laborwerte für Leber und Gallenwege-Laborwerte oder MCV auf
- Pat ist ohne Termin in der Sprechstunde und fragt nach Beratung
- Aggressives, forderndes und provozierendes Auftreten in der Arztpraxis
- Stellen sich mit einem Kurzbrief aus der Notaufnahme oder der stationären Akutbehandlung vor
- Kommen auf externen Druck mit der Bitte um Beratung (Führerschein, Arbeitgeber, Lebenspartner)
- Konkretes Nachfragen / Screening im Rahmen des Check-up 35 (Gesundheitsvorsorge)
- Zunahme der Gesundheitsstörungen => stat. Behandlung => Einzug ins Pflegeheim



Was können wir alles in der Hausarztpraxis tun?

- Screeningmaßnahmen
 - Motivierungsmaßnahmen
 - Früherkennungsmaßnahmen
 - Körperliche Entgiftung (ambulant, Tagesklinik, stationär)
 - Qualifizierte Entzugsbehandlung (ambulant, Tagesklinik, stationär)
 - Suchtspezifische Beratung
 - Kurzinterventionen
 - Postakute Behandlung
 - Medizinische Rehabilitation (ambulant, Tagesklinik, stationär)
- ➔ Und das alles neben dem Kerngeschäft in der Hausarztpraxis 😊



Definition – Was ist was

Genuss:

vereinzelter, gelegentlicher Konsum

Missbrauch:

Alkoholkonsum wird für zusätzliche Effekte genutzt:
zum Einschlafen, zur Schmerztherapie

Riskanter Konsum:

häufig, aber nicht täglicher Konsum

Abhängigkeit:

starker Wunsch / Zwang zum Konsum

verminderte Kontrolle bzgl. Beginn, Menge, Beendigung

Entzugssyndrom bei Reduktion / Beendigung des Konsums

Toleranzentwicklung

Vernachlässigung anderer Vergnügen

Anhaltender Konsum trotz Nachweis von Schäden



Die Aufgaben eines Hausarztes könnten sein:

- Immer wieder motivierend und wertschätzend das Gespräch suchen
- Sorge um den Gesundheitszustand aktiv kommunizieren
→ Folgen des Alkohols behandeln (z. B. Polyneuropathie, Schuppenflechte, Hochblutdruck)
- Angebot für ein Beratungsgespräch machen, wenn für den Patienten der richtige Zeitpunkt ist
- Patienten aktiv wieder einbestellen, um das Gespräch zu suchen



Die Aufgaben eines Hausarztes könnten sein:

- Motivieren zum Substanzänderung („harter“ Alkohol → Bier, Sekt, Wein, Mixgetränke)
- Unterstützung in der Reduktion der Trinkmenge (Wochenweise kontrolliertes runter dosieren)
- Patienten ermutigen, zusätzliche externe Hilfe anzunehmen
- Motivation eine Bezugsperson zum nächsten Gespräch mitzubringen
- Motivation zur Abstinenz



Die Kommunikation im Sprechzimmer 😊

- Offen, ruhig, entspannt, ohne Zeitdruck
- Arzt zeigt Interesse am Patienten und Engagement (Symbol der Wertschätzung)
- Keine Vorwürfe, Schuldzuweisungen und Angriffe
- Patient steht im Mittelpunkt
- Bezugspersonen aufklären und motivierende Tipps an die Hand geben → Bezugspersonen stark machen
- Im Gespräch hinarbeiten auf die gewünschten, zukünftigen Veränderungen
- Ressourcen und Patientenseitige Motivation aufgreifen und stärken
- Partnerschaftskonflikte und / oder Redebedarf zur Suchtberatungsstellen oder Psychotherapeuten auslagern
- Feste Kontrolltermine vereinbaren



Die Kommunikation im Sprechzimmer 😊

- Klare, offene Kommunikation der Alkoholabhängigkeit
- Deutliche Ratschläge und Empfehlungen geben
- Ursachen und Erklärungen klar kommunizieren
- Stärken des Patienten erarbeiten
- Kompetenzen stärken
- Ziele klar formulieren
- Konfrontationen vermeiden
- Beweisführung vermeiden
- Geduld aufbringen
- Empathie zeigen
- Zuversicht zu den Fähigkeiten des Patienten zeigen



Fallbeispiel: Frau Thorwald

- 35 Jahre alt
- Täglich 1-2 Flaschen Wein oder Sekt
- Arbeitet als Verkäuferin in einer großen Lebensmittelkette
- Berichtet von einem zunehmenden Konsum
- Kommt alleine in die Sprechstunde
- Braucht eine Arbeitsunfähigkeit

Begleitkonzept

- Tägliches Vorstellen i.d. Sprechstunde oder
- Telefonischer Kontakt
- Familienmitglied als „Treuänder“
- Kommt vor, während und nach der Entgiftung mit Treuänder in die Sprechstunde
- 24/7 erreichbar für Rückfragen

Wirksamkeit Pharmakotherapie unter Berücksichtigung der Entzugsschwere

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. (LoE: 1a)

A

Fallbeispiel: Herr Zeh

- **Hat wieder angefangen zu trinken**
- **Früher ambulanter Entgiftung mit Doxepin 50-0-50mg gescheitert**
- **War vor etwa 2 Jahren zur stationären Entgiftung mit einem schweren Delir**
- **Danach trocken für 6 Monate**
- **Hat sein drittes Kind bekommen**
- **Zahlreiche Konflikte mit der Ex-Partnerin wegen den 2 gemeinsamen Kindern (leben beim Patienten)**

Begleitkonzept

- Tägliches Vorstellen i.d. Sprechstunde oder
- Telefonischer Kontakt
- Familienmitglied als „Treuänder“
- Kommt vor, während und nach der Entgiftung mit Treuänder in die Sprechstunde
- 24/7 erreichbar für Rückfragen

Wirksamkeit Pharmakotherapie für (mittel)schwere Alkoholentzugssyndrome

Schwere und mittelschwere Alkoholentzugssyndrome sollen pharmakologisch behandelt werden. (LoE: 1a)

A

Fallbeispiel: Herr Rippa

- 45 Jahre alt
- Seit 6 Jahren in Privatinsolvenz
- Hat Job wegen der Arbeit verloren
- Probleme mit der Ehefrau
- Chef hat ihn entlassen
- Seine Motivation: möchte wieder ein Pferd, möchte seinen Job zurück
- 16 x stat. Entgiftung in 24 Monaten (davon 12 x in den letzten 6 Monaten)

Begleitkonzept

- Tägliches Vorstellen i.d. Sprechstunde oder
- Telefonischer Kontakt
- Familienmitglied als „Treuänder“
- Kommt vor, während und nach der Entgiftung mit Treuänder in die Sprechstunde
- 24/7 erreichbar für Rückfragen

Wirksamkeit Benzodiazepine

Benzodiazepine reduzieren effektiv die Schwere und Häufigkeit von Alkoholentzugssymptomen sowie die Häufigkeit schwerer Entzugskomplikationen wie Delirien und Entzugskrampfanfälle. Benzodiazepine sollen zur Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms zeitlich limitiert eingesetzt werden. (LoE: 1a)

A

Diagnostik



Hausärztinnen- und
Hausärzteverband



Möglicher Pfad

Screening und Patientenfindung

Screening über klinische Laborwerte oder Fragebogen →
Auffälligkeit → Anamnesegespräch → Diagnostik →
Gesprächsangebot → Beratung zu Therapieangeboten

Ansprechen des Alkoholkonsums:

Beziehungsaufnahme



Diagnostik:

Diagnosestellung



Intervention:

- ▶ bei risikoarmem Alkoholkonsum
- ▶ bei riskantem Alkoholkonsum
- ▶ bei schädlichem Alkoholkonsum
- ▶ bei Alkoholabhängigkeit

Datum:

Name:

Stempel:

AUDIT-C

1. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Nie | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 x im Monat oder weniger | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> 2 – 4 x im Monat | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 2 – 4 x in der Woche | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 4 x oder mehr die Woche | 4 Punkte |

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? Ein alkoholisches Getränk (= Standardgetränk) entspricht z.B. ca. 3 dl Bier (5 Vol.%), 1dl Wein oder Sekt (12,5 Vol.%), 2 cl Schnaps (55 Vol.%) oder 4 cl Likör (30 Vol.%).

- | | |
|---------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 1 oder 2 | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 3 oder 4 | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> 5 oder 6 | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 7 - 9 | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 10 oder mehr | 4 Punkte |

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol (= Standardgetränk) bei einer Gelegenheit?

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Nie | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Weniger als einmal im Monat | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> Einmal im Monat | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Einmal in der Woche | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Täglich oder fast täglich | 4 Punkte |

Total Punkte

Getränkart und Menge	Alkohol-Gehalt
Export- oder Pilsbier (ca. 5 Vol.%):	
1 Flasche zu 0,5	ca. 20g
1 Flasche zu 0,33	ca. 13g
1 dl Wein (12,5 Vol.%)	ca. 10g
1 Flasche Wein (0,75l) bis 12,5 Vol.%	ca. 55-75g
1 Flasche Wein (0,75l) bis 15 Vol.%	ca. 75-90g
1 Flasche Wein (0,75l) bis 18,5 Vol.%	ca. 90-110g
1 l Korn (32 Vol.%)	ca. 250-260g
1 l Weinbrand (38-40 Vol.%)	ca. 300-320g
1 l Whisky (43 Vol.%)	ca. 340-350g
2 cl = 0,02 l = 20 ml	ca. 7-8g
Obstbrände und Liköre sehr variabel	

Diagnostik – Fragebogen für die Sprechstunde I

Spüren Sie (häufig) einen starken Drang, eine Art unbezwingbares Verlangen, Alkohol zu trinken?

Ja Nein

Kommt es vor, dass Sie nicht mehr aufhören können zu trinken, wenn Sie einmal begonnen haben?

Ja Nein

Trinken Sie manchmal morgens, um eine bestehende Übelkeit oder das Zittern (z. B. Ihrer Hände) zu lindern?

Ja Nein

Brauchen Sie zunehmend mehr Alkohol, bevor Sie eine bestimmte (die gewünschte) Wirkung erzielen?

Ja Nein

Ändern Sie Tagespläne, um Alkohol trinken zu können bzw. richten Sie den Tag so ein, dass Sie regelmäßig Alkohol konsumieren können?

Ja Nein

Trinken Sie, obwohl Sie spüren, dass der Alkoholkonsum zu schädlichen körperlichen, psychischen oder sozialen Folgen führt?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kosten-Nutzen-Analyse

Meine Vorteile des Konsums:

(z.B. Alkohol hilft mir zu entspannen)

Meine Nachteile des Konsums:

(z.B. ich ruiniere meine Gesundheit)

Diagnostik – Fragebogen für die Sprechstunde IIb

Meine Nachteile einer Veränderung:

(z.B. keinen Rausch mehr)

Meine Vorteile einer Veränderung:

(z.B. Verbesserung der beruflichen Situation)

Diagnostik – Fragebogen für die Sprechstunde III

Trinktagebuch

	Uhrzeit Beginn des Alkoholkonsums	Art des alkoholischen Getränks	Anzahl der getrunkenen Gläser	Ort Zu Hause, im Lokal usw.	Anwesende Personen	Anlass/Grund für den Alkoholkonsum	Für die Zeit vom _____ bis zum _____
Mo.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Di.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Mi.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Do.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Fr.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	

Diagnostik – Fragebogen für die Sprechstunde IV

1. Alkoholbezogene Probleme

im Beruf oder Straßenverkehr

»Gab es jemals in Ihrem Berufsleben eine Situation, in der Sie (direkt oder indirekt) wegen Ihres Alkoholtrinkens angesprochen wurden (Kollegen, Chef) oder Unannehmlichkeiten hatten?« »Wurden Sie schon mal mit Alkohol am Steuer erlappt? (Führerscheinentzug)«

2. Fragestellung zum Item »maximale Trinkmenge pro 24 Stunden im letzten halben Jahr«

»Was war Ihre »Spitzenleistung« beim Alkoholkonsum im letzten halben Jahr? Damit ist diejenige Menge Alkohol gemeint, die Sie unter optimalen Umständen (Wochenende, Freizeit, gutes Essen, Wohlbefinden, vielleicht Urlaub) getrunken haben, und Sie zwar kräftig beschwipst, aber nicht völlig betrunken waren (kein »Filmriss«). Es handelt sich wirklich um Ihre ganz individuelle »Spitzenleistung« und nicht um Ihren gewöhnlichen Konsum.« Zur Ermittlung von Trinkmengen und der Grenzwerte verschiedener Konsummuster

3. Trinkstil

»Wie würden Sie Ihren Trinkstil beschreiben?

- Neigen Sie dazu, häufiger (regelmäßiger) geringe Mengen zu trinken (1 bis 3 Glas bzw. 10–30 g reiner Alkohol), oder
- trinken Sie regelmäßig geringe Mengen Alkohol, gelegentlich aber auch mehr, sodass Sie einen leichten Rausch bekommen, oder
- neigen Sie dazu, seltener (unregelmäßig) zu trinken dann aber kräftiger bis zum leichten oder mittleren Rausch?«

Die Bejahung der letzten Möglichkeit gilt als rauschbetonter Trinkstil.

4. »Brechreflex«

»Fast jeder trinkt mal einen über den Durst. Einige müssen dann brechen, andere nicht. Wie ist das eigentlich bei Ihnen?«

Wichtig sind hier Fragen nach den ersten Bekanntschaften mit Alkohol (alkoholnaive Phase), weil viele Personen vergessen, dass sie einmal nach Alkohol erbrechen mussten.

5. Rötung/abnorme Gesichtsvaskularisation

Auffällig trockene und gerötete Haut der Gesichtsoberfläche, durchzogen von einem dichten Gefäßnetz erweiterter Kapillaren mit unregelmäßiger Rötung des Gesichts, an Nasenflügeln und Wangen betont. Rating-Skala: 1 = nicht vorhanden, 2 = geringe Ausprägung, 3 = mäßige Ausprägung, 4 = starke Ausprägung. 1 und 2 wird als »Merkmal nicht vorhanden« bewertet, 3 und 4 als »Merkmal vorhanden«.

6. Betreuungs- oder Vorstellungsgrund ist alkoholbezogen

Auch bei indirekten Zeichen ist hier eine positive Bewertung dieser Frage vorzunehmen: differenzialdiagnostische Erwägungen des überweisenden Arztes, Hinweise aus Patientenunterlagen wie »Lebervergrößerung«, »erhöhte Leberwerte«, »Psychovegetativer Erschöpfungszustand bei erhöhten Leberwerten« sowie Foetor alcoholicus zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung.

Der ScreeT-9-Test

CAGE-Fragen

Cut Down Drinking

Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?

Ja Nein

Annoyance

Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?

Ja Nein

Guilty

Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?

Ja Nein

Eye Opener

Haben Sie jemals morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?

Ja Nein

Diagnostik – Fragebogen für die Sprechstunde VI

Als Mann sollten Sie maximal 2 Gläser Alkohol pro Tag
und an mindestens 2 Tagen pro Woche keinen Alkohol trinken.

Als Frau sollten Sie maximal 1 Glas Alkohol pro Tag
und an mindestens 2 Tagen pro Woche keinen Alkohol trinken.

An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol? **Tage pro Woche**

*Was trinken Sie
in der Regel?* **Art des alk.
Getränks**

Wie viel trinken Sie, wenn Sie Alkohol trinken? **Anzahl Gläser**

Seit wann trinken Sie Alkohol in den angegebenen Mengen?

*Männliche Patienten: Wie häufig trinken Sie mehr als etwa
3 Flaschen Bier (0,5l) oder eine 0,7-Liter-Flasche Wein?*

*Weibliche Patienten: Wie häufig trinken Sie mehr als etwa
2 kleine Flaschen Bier (0,33l) oder 2 Gläser Wein?*

Häufigkeit

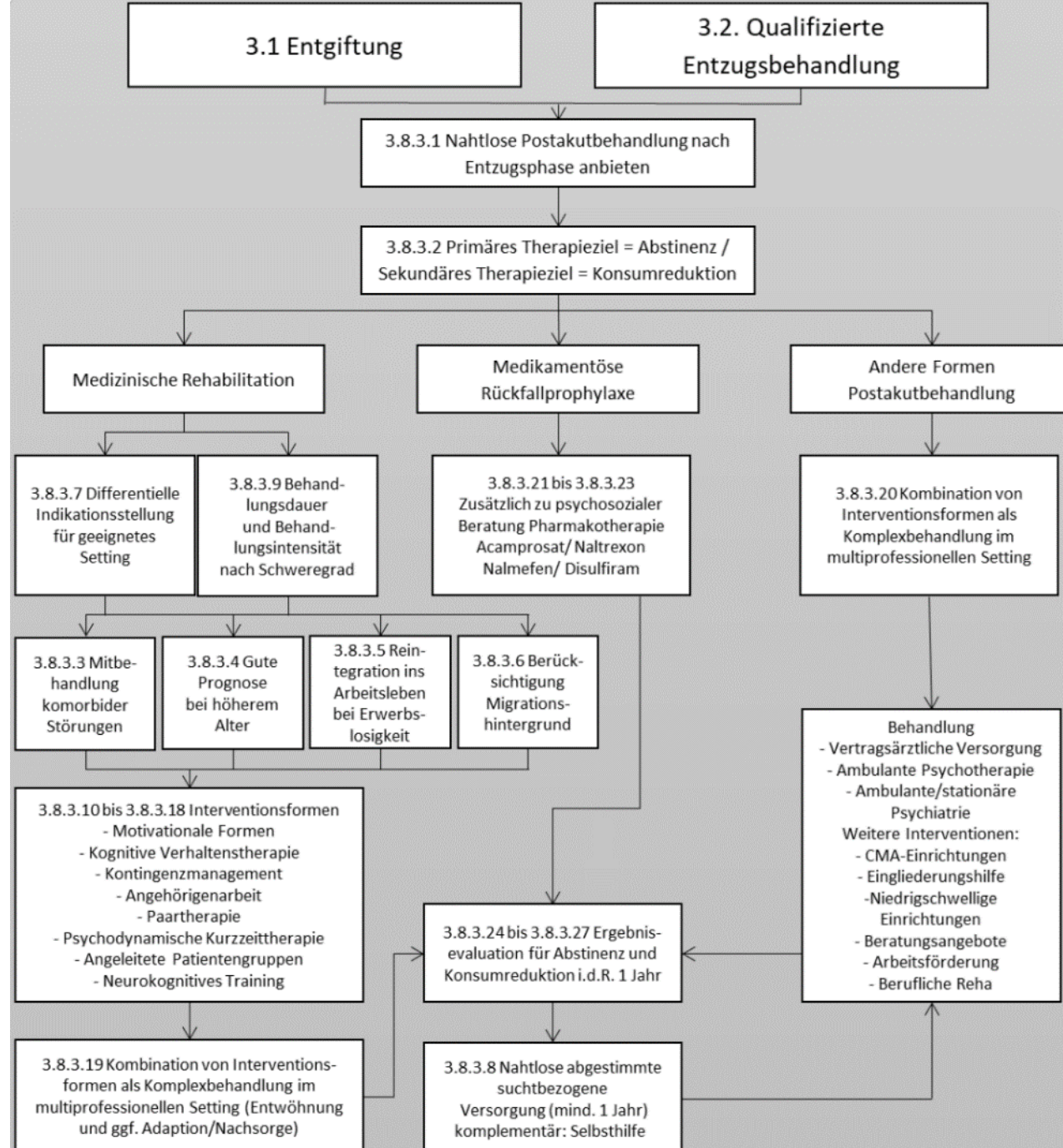
*Welches war die größte Menge, die Sie bei
einem Trinkanlass im letzten Monat getrunken haben?*

Behandlungsmöglichkeiten in der Hausarztpraxis



Hausärztinnen- und
Hausärzteverband





Von der Diagnose zur (Kurz-)Intervention - Handlungsmöglichkeiten im ärztlichen Berufsalltag mit praktischen Übungen

Kurzinterventionen in der Hausarztpraxis

- Ziel: Trinkmengenreduktion **oder**
Alkoholabstinenz
- Dauer: 60 Minuten **oder**
5 Sitzungen
- Soll in jedem Setting möglich sein (Hausarztpraxis, Notaufnahme, ...)

Kurzinterventionen in der Hausarztpraxis

Was könnte erreicht werden:

- Verringerung des Alkoholkonsum
- Verringerung alkoholassoziierter Probleme
- Personalisiertes Feedback
- Individuelle Zielfindung
- Konkrete Ratschläge

Unterstützung durch:

- Schriftliches Infomaterial
- Online, APP, DIGA

Soll in jedem Setting möglich sein (Hausarztpraxis, Notaufnahme, ...)

Wo sollen Kurzinterventionen eingesetzt werden?

- Medizinischen Einrichtungen (Hausarztpraxen, Notaufnahmen, ...)
- Psychotherapeutischen Einrichtungen (Psychotherapeutische Praxen, Ergotherapiepraxen, ...)
- Psychosozialen Einrichtungen (Drogenberatungsstellen, Sozialarbeiter, Schulsozialarbeiter, ...)

→ Sie sollen allen Patienten mit einem riskanten Konsum und Abhängigkeiten angeboten werden

3.2.3 Schlüsselempfehlungen

3.2.3.1 Wirksamkeit und Indikation

Alkoholbezogene Störungen sollen behandelt werden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: -

Gesamtabstimmung: 100%

3.2.3.2 Risiko für Entzugskomplikationen

Bei PatientInnen mit einem Risiko für die Entwicklung von Entzugssymptomen oder einem individuellen Risiko für Entzugskomplikationen wie Krampfanfällen bzw. deliranten Symptomen soll eine Entzugsbehandlung durchgeführt werden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: -

Gesamtabstimmung: 96,6%

3.2.3.3 Behandlungskomponenten

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

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

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: -

Gesamtabstimmung: 95,8%

3.2.3.7 Indikationen für ambulanten Entzug

Eine ambulante Entgiftung oder Entzugsbehandlung sollte nur angeboten werden durch ÄrztInnen mit:

1. ausreichenden Kenntnissen in der Alkoholentgiftung und
2. der Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen, inkl. Verhaltensbeobachtung und
3. organisatorischer Sicherstellung einer 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes

Empfehlungsgrad B, LoE: 3

Gesamtabstimmung: 100%

Literatur: APA (2006), NICE (2010), VA/DoD (2009)

3.1.3.8 Primärmedizinische Versorgung

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

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

Gesamtabstimmung: 96,9%

Literatur: Barata (2017), Biroscak (2019), Davey (2015), Diestelkamp (2016), Elzerbi (2017), Joseph (2014), Kaner (2018), Landy (2016), McQueen (2011), NICE (2010), McGinnes (2016), Platt (2016), Samson (2019), Yuma-Guerrero (2012)

Pharmakotherapie

3.4.3.1 Wirksamkeit Pharmakotherapie unter Berücksichtigung der Entzugsschwere

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, LoE: 1a

Gesamtabstimmung: 100%

Literatur: Amato (2011), APA (2006), Mayo-Smith (1997), NICE (2010), Ntais (2005), VA/DoD (2009)

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: -

Gesamtabstimmung: 95,8%

3.2.3.7 Indikationen für ambulanten Entzug

Eine ambulante Entgiftung oder Entzugsbehandlung sollte nur angeboten werden durch ÄrztInnen mit:

1. ausreichenden Kenntnissen in der Alkoholentgiftung und
2. der Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen, inkl. Verhaltensbeobachtung und
3. organisatorischer Sicherstellung einer 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes

Empfehlungsgrad B, LoE: 3

Gesamtabstimmung: 100%

Literatur: APA (2006), NICE (2010), VA/DoD (2009)

3.4.3.3 Wirksamkeit Pharmakotherapie für (mittel)schwere Alkoholentzugssyndrome

Schwere und mittelschwere Alkoholentzugssyndrome sollen pharmakologisch behandelt werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

Gesamtabstimmung: 100%

Literatur: Amato (2011), APA (2006), Mayo-Smith (1997), NICE (2010), VA/DoD (2009)

3.4.3.4 Wirksamkeit Benzodiazepine

Benzodiazepine reduzieren effektiv die Schwere und Häufigkeit von Alkoholentzugssymptomen sowie die Häufigkeit schwerer Entzugskomplikationen wie Delirien und Entzugskrampfanfälle. Benzodiazepine sollen zur Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms zeitlich limitiert eingesetzt werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

Gesamtabstimmung: 100%

Literatur: Amato (2010), Amato (2011), Mayo-Smith (1997), NICE (2010), Ntais (2005)

3.4.3.9 Wirksamkeit Antikonvulsiva bei Krampfanfällen*

Antikonvulsiva sollten bei erhöhtem Risiko für das Auftreten von Alkoholentzugskrampfanfällen eingesetzt werden.

Empfehlungsgrad: B, LoE: 1

Gesamtabstimmung: 96,3%

Literatur: AWMF 076/001 (2001)

*Diese Empfehlung gilt nur bei spezifischer Indikationsstellung (siehe Hintergrundtext 3.4.6.4 Antikonvulsiva).

3.4.3.10 Wirksamkeit von Antikonvulsiva bei Alkoholentzug

Antikonvulsiva können zur Therapie leicht- bis mittelgradiger Alkoholentzugssyndrome eingesetzt werden.

Empfehlungsgrad: 0, LoE: 3

Gesamtabstimmung: 100%

Literatur: Anton (2009), APA (2006), Bonnet (2009a), Croissant (2009), Malcolm (2007), Mariani (2006), Mason (2009), Mayo-Smith (1997), Minozzi (2010), Myrick (2007), Myrick (2009), NICE (2010), Schik (2005), VA/DoD (2009)

3.8.3.17 Komplexbehandlung

Bei Alkoholabhängigkeit **soll eine Komplexbehandlung angeboten** werden, die eine Kombination von verschiedenen Interventionen umfasst und durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt wird, z.B. ambulante, ganztags ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation oder in Kombination dieser Leistungsformen.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: -

Gesamtabstimmung: 100%

Literatur: NICE (2011), Deutsche Rentenversicherung (2016), Deutsche Rentenversicherung (2010), Geyer (2003), Litt (2009), Neto (2008), Schmidt (2008), Anton (2006), Reid (2005), Vogelgesang (2011)

3.8.3.18 Pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat/ Naltrexon

In der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Rehabilitation sollte bei Alkoholabhängigkeit eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B, LoE: 1a

Gesamtabstimmung: 85,0%

Literatur: NICE (2011), Department of Health and Human Services (2009), APA (2006), Anton (2006), Rösner (2010a), Rösner (2010b), Litten (2012), Farren (2009)

Steuern und koordinieren der Nachbetreuung

- Drogenberatungsstelle
- Ergotherapie
- Ambulante Psychotherapie
- Medikamentöse Nachbetreuung
- Schuldenberatung anstoßen
- Medizinische Rehabilitation planen
- Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben anbieten



Externe telefonische Unterstützungsangebote

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220 | 51109 Köln

Postfach 91 01 51 | 51071 Köln

Tel.: 0221 8992-0 | Fax: 0221 89923 00

www.bzga.de

BZgA-Info-Telefon: 0221 892031

Mo. – Do.: 10 bis 22 Uhr

Fr. – So.: 10 bis 18 Uhr

Das BZgA-Info-Telefon beantwortet Fragen zur Suchtvorbeugung. Bei Alkohol- oder anderen Abhängigkeitsproblemen bietet das BZgA-Info-Telefon eine erste persönliche Beratung. Ratsuchenden werden geeignete lokale Hilfs- und Beratungsangebote genannt.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Westernwall 4 | 59065 Hamm

Postfach 13 69 | 59003 Hamm

Tel.: 02381 9015-0 | Fax: 02381 9015-30

info@dhs.de, www.dhs.de

Fachverband Sucht e. V. (FVS)

Walramstr. 3, 53175 Bonn

Tel.: 0228 261555 | Fax: 0228 215885

sucht@sucht.de | www.sucht.de

Die **Telefonseelsorge** bietet kostenlose und anonyme Beratung rund um die Uhr und kann geeignete Beratungsstellen nennen:

Tel.: 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222

Erreichbar auch per E-Mail und Chat

www.telefonseelsorge.de

Externe PRÄSENZ Unterstützungsangebote

Freundeskreis der Suchtkrankenhilfe Bundesverband e. V.

Kurt-Schumacher-Str. 2 | 34117 Kassel
Tel.: 0561 780413 | Fax: 0561 711282
mail@freundeskreise-sucht.de
www.freundeskreise-sucht.de

Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e. V.

Julius-Vogel-Straße 44 | 44149 Dortmund
Tel.: 0231 5864132 | Fax: 0231 5864133
bke@blaues-kreuz.org, www.blaues-kreuz.org

Blaues Kreuz in Deutschland e. V.

Freiligrathstr. 27 | 42289 Wuppertal
Tel.: 0202 62003-0 | Fax: 0202 62003-81
bkd@blaues-kreuz.de | www.blaues-kreuz.de

Guttempler in Deutschland

Adenauerallee 45 | 20097 Hamburg
Tel.: 040 245880 | Fax: 040 241430
info@guttempler.de | www.guttempler.de

Kreuzbund e. V.

Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für
Suchtkranke und deren Angehörige
Postfach 1867 | 59008 Hamm
Tel.: 02381 67272-0 oder 01805 410450
(0,14 €/min a. d. Festnetz,
andere Mobilfunkpreise möglich)
Fax: 02381 67272-33
info@kreuzbund.de | www.kreuzbund.de

Selbsthilfe Sucht in der Arbeiterwohlfahrt Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

Blücherstr. 62–63 | 10961 Berlin
Tel.: 030 26309-157 | Fax: 030 26309-32 /-157
hedi.boss@awo.org | www.awo.org

Externe Online Unterstützungsangebote

Diese Verbände halten auf Ihren Internetseiten Online-Adressverzeichnisse von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Sie bereit:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

www.bzga.de/Service/Beratungsstellen

www.kenn-dein-limit.de/Beratungsstellen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

www.dhs.de/Einrichtungen

Fachverband Sucht e. V. (FVS)

www.sucht.de/Einrichtungen/Behandlung





Erste DiGA zur Reduzierung übermäßigen Alkoholkonsums wird verschreibungsfähig

Hamburg, Germany, Montag 10 Mai 2021
10.00 CEST


Die von GAIA entwickelte digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) vorvida®, ist letzte Woche in das DiGA-Verzeichnis und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen worden. Sie kann somit ab sofort von Ärzten und Psychotherapeuten auf Rezept verordnet werden. Das nachgewiesene wirksame Online-Programm unterstützt Patienten dabei, ihren schädlichen Alkoholkonsum zu reduzieren und ihre Alkoholabhängigkeit in den Griff zu bekommen.



In Deutschland konsumieren über 6 Millionen Erwachsene Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Mehr als die Hälfte davon haben eine alkoholbezogene Störung in Form von Missbrauch oder Abhängigkeit.* Das verursacht nicht nur erhebliche gesundheitliche, sondern auch soziale und ökonomische Probleme. „vorvida wird schon länger in verschiedenen Versorgungsprojekten eingesetzt. Die Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlungsraten sind enorm hoch. Wir freuen uns daher, dass wir nun noch mehr Menschen dabei unterstützen können, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren und gesünder zu leben.“, so Dr. Mario Weiss, CEO der GAIA AG.


Das [DiGA-Verzeichnis](#) besteht seit Oktober 2019. Es beinhaltet zum jetzigen Zeitpunkt fünf Produkte, die nach einem aufwendigen Prüfungsverfahren dauerhaft zugelassen

← ↻ 🏠 🔒 https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00868

 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Geben Sie Ihren Suchbegriff ein... 🔍

🏠 > DiGA-Verzeichnis > vorvida



vorvida

GAIA AG, Deutschland | gaia-group.com/de/

✔ Dauerhaft aufgenommen ?


Informationen für Fachkreise

vorvida ist eine digitale Gesundheitsanwendung für Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit, die mindestens 18 Jahre alt sind.

vorvida verfolgt das Ziel, diese Patienten beim Management ihres gesundheitsschädlichen Trinkverhaltens zu unterstützen und die Trinkmenge zu reduzieren. Das Programm soll in Ergänzung zu einer sonst üblichen Behandlung (zum Beispiel beim Haus- oder Facharzt) eingesetzt werden.

vorvida basiert auf etablierten psychotherapeutischen Ansätzen und Verfahren insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT).

vorvida ist zur Eigenanwendung durch den Patienten für 180 Tage bestimmt. Die Wirksamkeit von vorvida wurde in einer klinischen Studie untersucht und in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift veröffentlicht. An dieser Studie nahmen 608 Patienten mit schädlichem oder gefährlichem Alkoholgebrauch (Abhängigkeitssyndrom) teil. In dieser Studie zeigte sich, dass bei Patienten, die zusätzlich zu einer sonst üblichen Behandlung vorvida nutzten, der Alkoholkonsum deutlich stärker abgenommen hatte als bei Patienten, die nur eine sonst übliche Behandlung erhielten. Die Verordnungsdauer von vorvida beträgt 90 Tage. Zur Stabilisierung der Effekte ist eine Nutzung für 180 Tage empfohlen.

Plattformen	Anzuwenden bei
 Webanwendung	F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
Mehr erfahren	F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

Von der Diagnose zur (Kurz-)Intervention - Handlungsmöglichkeiten im ärztlichen Berufsalltag mit praktischen Übungen

1 Hauptkriterium

Nachweis des Absetzens oder Reduzierens der Substanz, nach wiederholtem und meist lang anhaltendem Konsum in hoher Dosierung oder auch nur nach Konsum großer Mengen.

ODER

Symptome und Anzeichen, die den bekannten Merkmalen eines Entzugssyndroms der betreffenden Substanz entsprechen.

ODER

Nicht durch eine vom Substanzgebrauch unabhängige körperliche Krankheit zu erklären und nicht besser auf eine andere psychische oder Verhaltensstörung zurückzuführen.

Und 3 Nebenkriterien

1. Tremor der vorgehaltenen Hände, der Zunge oder der Augenlider
2. Schwitzen
3. Übelkeit, Würgen oder Erbrechen
4. Tachykardie oder Hypertonie
5. psychomotorische Unruhe
6. Kopfschmerzen
7. Insomnie
8. Krankheitsgefühl oder Schwäche
9. vorübergehende optische, taktile oder akustische Halluzinationen oder Illusionen
10. Krampfanfälle (Grand mal).

Der Rückfall

- Rückfälle sind normale Ereignisse
- Aufgabe des Patienten:
 - _ nicht in diesem Stadium verharren
 - _ sondern erneut in den Kreislauf der Veränderung einzutreten
- Der Berater:
 - _ hilft durch Ermutigung zur Erneuerung des gefassten Entschlusses
 - _ hilft zur erneuten Umsetzung in Änderungsaktivitäten

Fazit: Rückschläge und Rückfälle → immer wieder neu: Verhaltensänderung in der Absichtsphase

Rückfallmanagement

- Sofortiges Verlassen am Ort des Alkoholkonsums
- Schützende Umgebung aufsuchen
- Nüchtern werden
- Freunde / Bezugspersonen anrufen
- Professionelle Hilfe aufsuchen (Arzt, Notaufnahme, Suchtberatungsstelle, ...)

Rückfallprävention I

- In den ersten Tagen und Wochen besonders wichtig
- Lebenspartner mit dazu holen
- Rückfallsituationen besprechen
- „Fluchtverhalten“ besprechen
- Auslösende Lebensmittel besprechen => Suchtgedächtnis

Tabelle: Versteckter Alkohol in Lebensmitteln

Lebensmittel	Beispiele	Möglicher Alkoholzusatz
Süßwaren		
Speiseeis	Schokoladen- und Liköreis	Likör (z.B. Amaretto), Branntwein (z.B. Calvados, Cognac, Rum), Weißwein
Süßigkeiten	Cremeschnitten, Schokoriegel, Rum-Trauben-Schokolade, Pralinen, Ostereier, Weingummi	Likör, Branntwein, Obstbrand (z.B. Kirschwasser)
Konfitüren, Kompott	Zwetschgen-, Sauerkirsch- und Marillenkönfitüre	Branntwein (z.B. Whisky, Rum), Obstbrand (z.B. Kirschwasser)
Süßspeisen	Rote Grütze, Apfelkompott	Rotwein, Weißwein, Branntwein (z.B. Rum), Likör (z.B. Amaretto, Eierlikör)
Fertigprodukte		
Suppen und Soßen	Ochsenchwanz-, Zwiebel- und Fischsuppe, Bratensoße	Rotwein, Weißwein, Branntwein (z.B. Cognac), Likörwein (z.B. Sherry), Madeira
Fleischgerichte	Hühnerfrikassee, Wildgerichte, Königsberger Klopse	Branntweinessig, Weinessig, Weißwein, Rotwein
Fischgerichte	Fischragout, Muscheln, Fischfilet, Forelle blau	Branntweinessig, Weißwein
Gemüse	Weinsauerkraut, Rotkohl	Branntweinessig, Weinessig, Rotwein
Käsegerichte	Käsefondue	Weißwein, Obstbrand (z.B. Kirschwasser)
Backwaren		
Kuchen und Kleingebäck	Schwarzwälder Kirschtorte, Herrentorte, Eierlikörkuchen, Rotweinkuchen, Krapfen	Branntwein (z.B. Rum), Obstbrand (z.B. Kirschwasser), Liköre aller Art, Rotwein, Weißwein

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Hausärztinnen- und
Hausärzteverband





Hausärztinnen- und
Hausärzteverband