

---

**HFH**  
**Hausärztliche Fortbildung Hamburg**

---

**„Kann es sein, dass Sie (zu)viel trinken?“**

**Das Problem Alkohol:  
Interventionsmöglichkeiten  
in der Hausarztpraxis**



**Prof. Dr. Christian Haasen**

**FA Psychiatrie & Suchtmedizin**

**Bereichsleiter Aus-,Fort- & Weiterbildung  
der Ärztekammer Hamburg**

**ÄRZTEKAMMER  
HAMBURG**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

# Alkoholkonsum in Deutschland

(DHS Jahrbuch Sucht 2021)

---

- Hochkonsumland: 10L Jahr/Person  
(2000: 12L, 1990: 13L, 1970: 14L)
- Fast jede 5. Person im Risikobereich:
  - 1,5 Millionen Alkoholabhängige
  - 3 Millionen schädlicher Alkoholkonsum
  - 10 Millionen risikoreicher Konsum
- Mehr als 70.000 sterben jährlich vorzeitig aufgrund von Alkoholkonsum
- Hohe Krankheitslast  
(global burden of diseases)



# Themen

---

- Haltung
- Zugang
- Diagnostik
- Behandlung
- Nachsorge



# Themen

---

- **Haltung**
- Zugang
- Diagnostik
- Behandlung
- Nachsorge



# Über Alkoholiker...

---

„Wir haben eine gewisse Anzahl von Ihnen aufgenommen, aber wir sollten es nicht tun. Sie **können nicht geheilt werden**. Unter allen Kranken sind sie die **am wenigsten angenehmen**. Der Psychiater braucht viel Zeit und Beherrschung, um Gleichmut zu bewahren gegenüber einer derartigen **Mischung von Eitelkeit, Charakterschwäche, Lügen und Widerstand.**“

Direktor Dr. C. W. Pelmann  
Rheinische Provinzial-Irrenanstalt zu Grafenberg, 1883



# Suchtkranke ...

---

- ... bleiben **ungeliebte Patient:innen**
- Warum?
  - „kann man eh nichts machen“
  - Compliance-Probleme
  - Abstinenz als Voraussetzung für Behandlung
  - Verhaltensproblem, Charakterschwäche, Dissozialität bis Kriminalität, Lügen
  - „verstehe nichts davon“

# Sucht als Krankheit

---

- Alkoholkonsum zunächst Risikofaktor ohne Leidensdruck (wie bei Hypertonus)
  - Funktion hinterfragen: nur Genuss?
    - „Selbstmedikation“ (Stressabbau, Enthemmung bei sozialen Kontakten, usw.)
- Bei Krankheit (Abhängigkeit): wie chronische Krankheit betrachten (Vergleich: Diabetes Typ 2)
  - Erwartung Abstinenz:
    - Alkohol = Süßigkeiten

# Missbrauch (Abusus)

---

- Begriff ist eher moralisierend, impliziert einen richtigen und einen falschen Gebrauch
- eher US-amerikanischer Begriff
- DSM: Soziale Folgen des Konsums (Probleme am Arbeitsplatz, in der Familie, mit der Polizei) als Kriterium
- Besser: Schädlicher Gebrauch von... (nach ICD-10: F10.1)







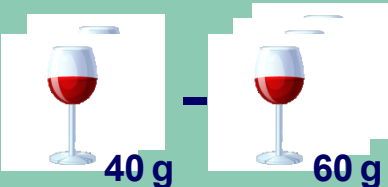





# Risiko des Alkoholkonsums


---

- Es gibt keinen risikofreien Alkoholkonsum!
- Studien über z.B. kardioprotektiven Effekt von Alkohol:
  - Zielparameter hinterfragen
  - Finanzierung der Studien
- Es gibt kein „Alkohol-HDL“



# Risikoklassen laut WHO Kriterien

Risikoklasse	Männer	Frauen
Niedrig	bis  40 g	bis  20 g
Mittel	 40 g – 60 g	 20 g – 40 g
Hoch	 50 g – 90 g	 30 g – 50 g
Sehr Hoch	 > 100 g	 > 60 g

  
= 200 ml = 20 g  
reiner Alkohol



# Eigenen Konsum hinterfragen:

---



©ROGER WWW.KARIKATUR-CARTOON.DE

# Themen

---

- Haltung
- **Zugang**
- Diagnostik
- Behandlung
- Nachsorge



# Alkoholabhängigkeit – die unterbehandelte Krankheit

---

Unbehandelte Erkrankungen:

- Depression: ca. 40%
- Angststörung: ca. 60%
- **Alkoholabhängigkeit: ca. 90%**



# Ziel: Früherkennung

---

- Günther Wienberg (1992) *Die Vergessene Mehrheit – Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen.*
- Nur 8% der Alkoholabhängigen sind in einer Behandlung, aber 80% sind im Laufe des Jahres beim Arzt
- Daher: Schwerpunkt legen auf unversorgte Mehrheit durch frühere Erkennung v.a. durch Hausärzte



# Warum nicht erkannt?

---

- Sozial integriert (Arbeit, Familie)
- Keine Folgeschäden
- Nicht auffällig geworden  
(z.B. Führerscheinverlust)
  
- Durchschnittliche Zeit bis zu Beginn einer Behandlung: 10 Jahre!



# Themen

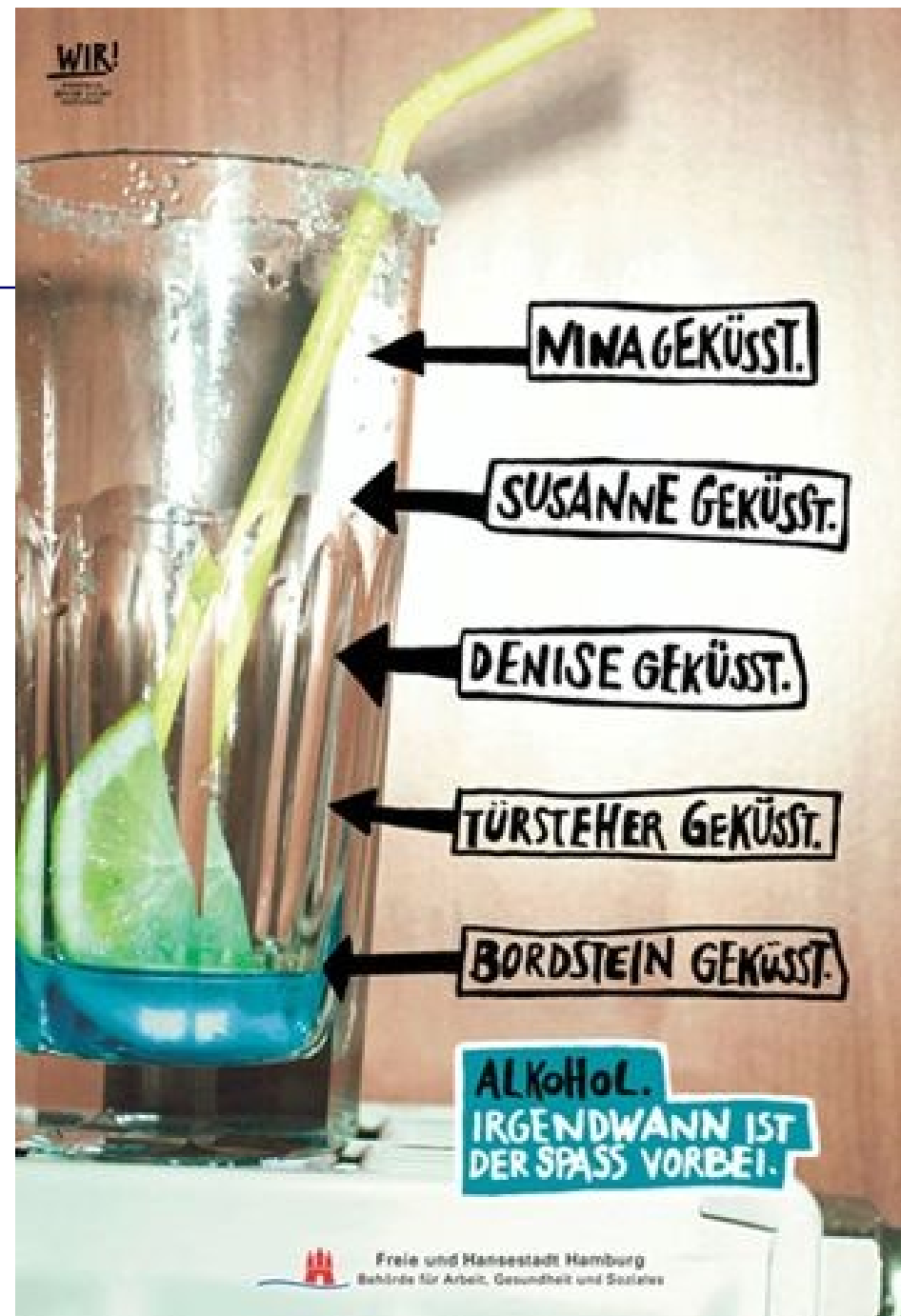
---

- Haltung
- Zugang
- **Diagnostik**
- Behandlung
- Nachsorge





# Ab wann beginnt die Sucht?



# Kriterien der Abhängigkeit

---

1. Entzugerscheinungen
2. Toleranzentwicklung
3. Verminderte Kontrollfähigkeit
4. Starkes Verlangen (Gier, Craving, „Suchtdruck“)
5. Vernachlässigung anderer Interessen
6. Konsum trotz gesundheitlicher Schäden



# Kriterium 1

---

## Entzugssyndrom

- Definition der diagnostischen Einheit „Entzugssyndrom“ (F10.3)
- Wird in der allgemeinen Bevölkerung aber auch unter den meisten Ärzt:innen als entscheidendes Kriterium der Abhängigkeit gesehen
- Entscheidendes Kriterium für die Akutbehandlung

# Kriterium 2

---

## Nachweis der Toleranz

- Fehlender Cut-off: ab wann sprechen wir von Toleranz?
- Alkohol: Toleranz eigentlich vorhanden auch bei Menschen ohne Suchtstörung

# Kriterium 3

---

## Verlust der Kontrollfähigkeit

- Merkmal bei Menschen vor der Entwicklung einer Abhängigkeit: Jugendliche experimentieren mit Alkohol um die Grenze zu finden
- Bei Menschen mit Abhängigkeit: Konsummengenangabe ist gewünschte Konsummenge, nicht real konsumierte Menge – Diskrepanz = Kontrollverlust

# Kriterium 4

---

Starker Wunsch oder Zwang zu konsumieren

- Craving = Starkes Verlangen (Suchtdruck ungünstiger Begriff)
- Bindeglied zu Verhaltenssüchten

# Labor

---

- Leberwerte: GOT, GPT, Gamma-GT
  - Viele Alkoholabhängige haben normale Leberwerte!
- Blutbild: MCV (Hinweis für chronischer Alkoholkonsum)
- Alkoholmarker: CDT
- Ethylglucoronid im Urin oder Blut
  - Bis 2-3 Tage nach Konsum erkennbar
- Haaranalysen



# Selbsttests Alkohol

---

- AUDIT (alcohol use disorder identification test) – WHO
- CAGE – 4 Fragen in einer Minute
  - **C**ut down: Wunsch nach Alkoholreduktion
  - **A**nnoy: geärgert über Kritik wegen Alkoholkonsum
  - **G**uilt: Schuldgefühle wegen Alkohol
  - **E**ye-opener: morgendlicher Alkohol



# Wichtige Fragen zum Konsum

---

- Wie viel trinken Sie durchschnittlich pro Tag?

Besser:

- Wie viel trinken Sie an einem Tag, wenn es mal richtig viel geworden ist? (Wie viel vertragen Sie?)

# Wichtige Fragen zur Abstinenz

---

- Wann haben Sie das letzte Mal zwei (drei...) Tage hintereinander nichts getrunken?
- Was hat Ihnen dabei geholfen, nichts zu trinken?

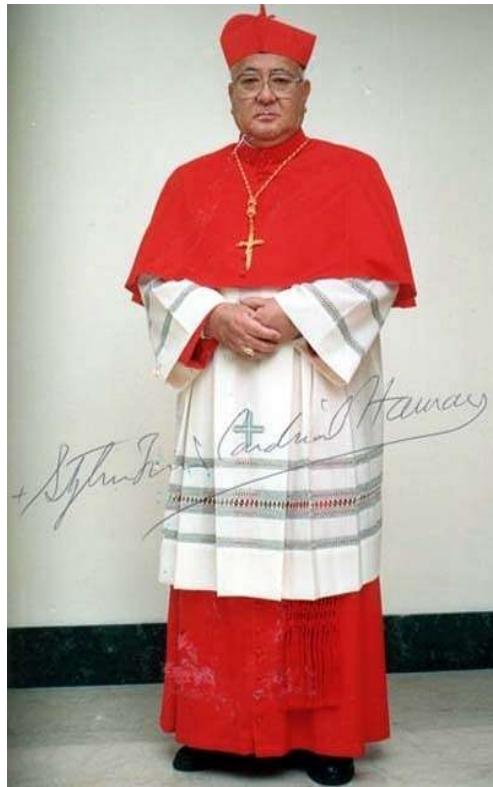
# Themen

---

- Haltung
- Zugang
- Diagnostik
- **Behandlung**
- Nachsorge

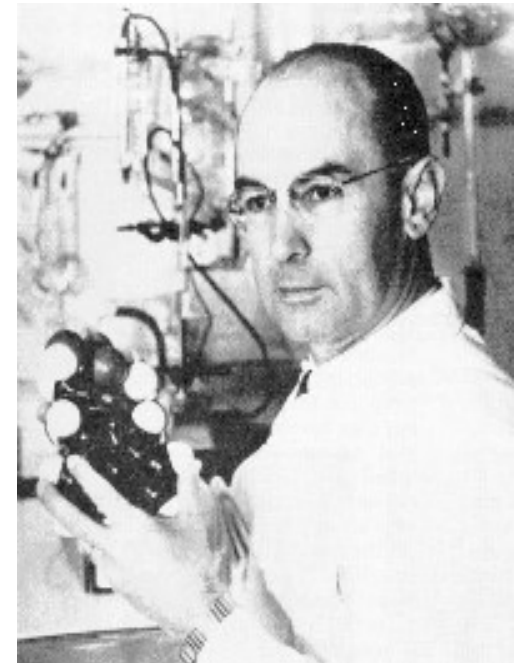


# Wohin entwickelt sich die Suchttherapie?



Eminenz based

Richtung



Evidence based

# Effekte der Behandlung

Cochrane Database of systematic Reviews

---

- Wie effektiv ist die Behandlung der Alkoholabhängigkeit?
- „wird doch eh wieder rückfällig“
- Effekte der Behandlung auf 1-Jahres-Rückfallrisiko:
  - „nur“ körperlicher Entzug: 2% Abstinenz
  - Qualifizierte Entzugsbehandlung: 10%
  - Zusätzl. Selbsthilfegruppe: +10%
  - Zusätzl. Entwöhnungsbehandlung: +10%
  - Zusätzl. Anticravingmedikation: +10%
- Prognose abhängig von Länge und Beginn der Alkoholabhängigkeit

# Transtheoretisches Modell (TTM)

Prochaska & diClemente

---

- Stadien der Verhaltensänderung („Stages of Change“):
  - Absichtslosigkeit („Precontemplation“)
  - Absichtsbildung („Contemplation“)
  - Vorbereitung („Preparation“)
  - Handlung („Action“)
  - Aufrechterhaltung („Maintenance“)
  - Abschluss („Termination“)



# Entzug / Entgiftung

---

- Stationäre Behandlung:
  - Niedrigschwellige Aufnahme
  - Verschiedene Medikamente in der Behandlung
  - Qualifizierter Entzug: multimodal & multiprofessionell, Schwerpunkt Motivationsarbeit
- Ambulante Behandlung:
  - Möglichkeit einer Entzugsbehandlung für Menschen mit weniger schwerer Alkoholabhängigkeit
  - ... oder wenn stationäre Behandlung nicht gewünscht wird



# Wann ist ambulanter Entzug kontraindiziert?

AWMF Leitlinie

---

- Anamnestisch schwere Entzugserscheinungen:
  - Epileptischer Anfall
  - Entzugsdelir
  
- Relative Kontraindikation:
  - Alleinwohnend (keine Begleitperson)
  - Konsum großer Mengen Alkohol (z.B. mehr als 1 Fl. Korn/Tag)





# Indikation für ambulanten Entzug

AWMF Leitlinie

---

- Nur anbieten wenn
  - Kenntnisse über Methoden der Entzugsbehandlung
  - Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen
  - Organisatorische Sicherstellung einer 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes



# Welche Substanz für ambulanten Entzug?

AWMF Leitlinie

---

- Clomethiazol soll nur stationär eingesetzt werden
  - Risiko der Atemwegsverschleimung
- Benzodiazepine Mittel der Wahl
- Welches Benzodiazepin? Vorteile mit Oxazepam:
  - gute Schlafförderung, gut titrierbar (10mg Tabletten)
  - Sicherstes Benzodiazepin bei Überdosierung (Buckley et al. 1995)  
→ große therapeutische Breite
  - Langsam anflutend, fehlende initial euphorisierende Wirkung → geringeres Risiko schädlichen Konsums als Diazepam, Alprazolam oder Lorazepam
  - Geringeres Verteilungsvolumen als Diazepam, fehlende aktive Metabolite → seltener Kumulation; auch bei Leberfunktionsstörung und älteren Patienten verabreichbar
  - mittellange Halbwertzeit (HWZ) von 5-6 h → Kompromiss zwischen Rebound-Effekten und Kumulation



# Praktisches Vorgehen beim ambulanten Entzug (1)

---

- Beginn möglichst am Anfang der Woche
- Täglicher Kontakt die ersten 3 Tage
- Baseline Messung:  
Puls, RR, ggf. AAK
- Rp Oxazepam 10mg N2 (20 St.)
- Empfehlung: alle 2 Std. bei Entzügigkeit 1 Tbl., bis Patient schläft; falls schon nach 1 Std. nicht auszuhalten, zusätzliche Tbl.
- Notfalltelefonnummern
- Begleitperson instruieren

# Praktisches Vorgehen beim ambulanten Entzug (2)

---

- An Tag 2 erneute Messung Puls & RR, Befindlichkeit in Bezug auf Entzugssymptome erfragen
- Anzahl der Tbl. in letzten 24h errechnen, Entzugsschema erarbeiten
- Wenn wenig entzünftig: schnelleres Schema (tgl. 20mg weniger)
- Wenn sehr entzünftig: Tag 2 Dosis halten oder nur wenig minimieren, dann erst reduzieren

# Praktisches Vorgehen beim ambulanten Entzug (3)

---

- Tag 3: erneute Messung Puls & RR, Befindlichkeit in Bezug auf Entzugssymptome erfragen
- Falls Tag 1+2 sehr milde Symptome, kann Kontakt Tag 3 telefonisch erfolgen
- Beginn der motivierenden Gespräche für die Zeit ohne Alkohol
- Kontakte Tag 5 und/oder 7 planen, ggf. telefonisch

# Themen

---

- Haltung
- Zugang
- Diagnostik
- Behandlung
- **Nachsorge**



# Nachsorge

---

- Bei Abstinenz
  - Positive Verstärker: was hat geholfen?
  - Risikosituation: gab es Verlangen? In welcher Situation?
- Bei Rückfall
  - „Rückfall ist Teil der Sucht“:  
Rückfallanalyse



# Kontrolliertes Trinken?

---

- Bei Abhängigkeit
  - Generell nicht sinnvoll (Illusion)
  - Suchtgedächtnis: kontrolliertes Trinken führt zurück zu abhängigem Trinken
  - Aber: bei Menschen, die nicht aufhören können/wollen – Risikominimierung!
- Bei riskantem Alkoholkonsum
  - Sinnvolle Strategie (mäßiger Konsum an nicht mehr als 3 Tagen / Woche)





# Reduktion als Therapieoption

---

- Reduktion des Alkohol-Konsums ist ein wichtiges Ziel!
  - es schließt Abstinenz nicht aus
  - öffnet Therapie auch für „Abstinenz-Unwillige“
  - denn es gilt: Die Behandlung ist das Ziel!



jedoch: Abstinenz ist – und bleibt – das ideale Therapieziel!



# Pharmakotherapie der Rückfallprophylaxe

---

## ○ Aversivum: **Disulfiram**

- In Deutschland nicht mehr zugelassen
- In Einzelfällen über internationale Apotheke möglich

## ○ Glutamatantagonist: **Acamprosat**

- Behandlungseffekt moderat bei Abstinenzlänge, kein Effekt bei Reduktion schwerer Trinktage (Cochrane)

## ○ Opiatantagonisten: **Naltrexon & Nalmefene**

- Behandlungseffekt moderat bei Abstinenzlänge und bei Reduktion schwerer Trinktage (Cochrane)

## ○ GABA-Agonist: **Baclofen**

- Behandlungseffekt minimal über Plazeboniveau (Cochrane), aber bei hochmotivierten Patienten sehr sinnvoll



# Zusammenfassung: sinnvolle Interventionen sind möglich!

---

- Haltung kritisch überdenken
- Unbehandelte früher erkennen
- Fragen zu Konsumgewohnheiten neu überlegen
- Motivationslage zu Verhaltensänderungen eruieren
- Ambulanten Entzug wagen
- Nachsorge kreativ gestalten
- Ergebnis: zufriedene Patient:innengruppe...



**Kontakt: Prof. Christian Haasen**  
**Akademie-leitung@aekhh.de**