

Der ambulante Alkoholentzug

Thomas Meyer

Quellen

- Meyer, T., Stohler, R.. Der ambulante Alkoholentzug. Praxis 2005; 94: 1555-1560
- Wetterling T, Veltrup C. Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Springer 1997, S.103
- www.forel-klinik.ch/fachbereich/referate

Zielhierarchie

Sicherung des Überlebens

Behandlung von Begleit- und Folgekrankheiten

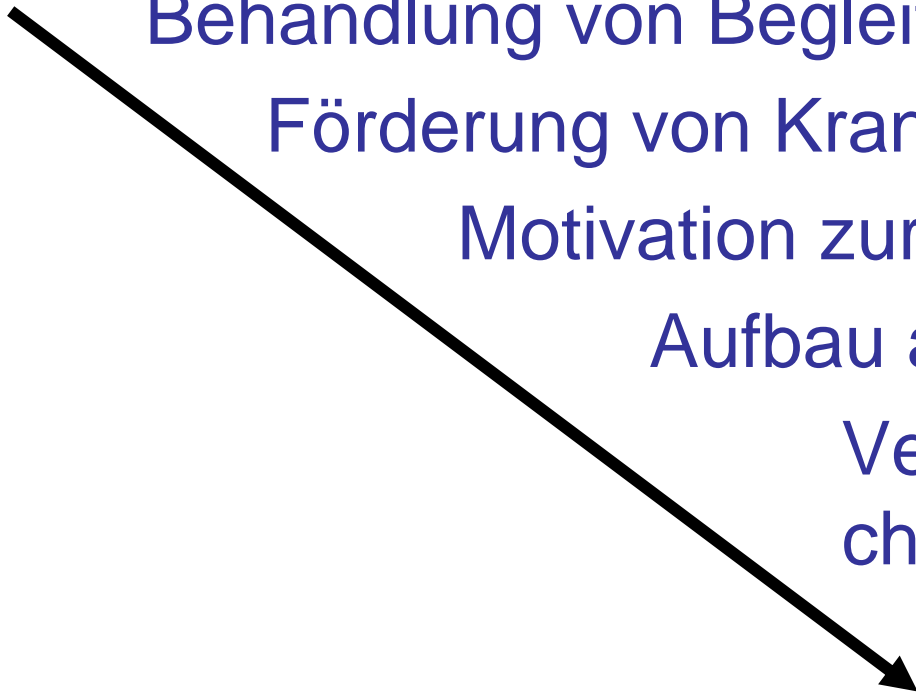
Förderung von Krankheitseinsicht

Motivation zur Veränderung

Aufbau alkoholfreier Phasen

Verbesserung der psychosozialen Situation

Dauerhafte Abstinenz



Facit

- Abstinenz ist nicht ausschliessliches Ziel suchtmedizinischer Behandlungen.
- Abstinenz ist nach heutiger Auffassung vorwiegend ein methodisch-therapeutisches Element („*abstinenzgestützte Therapie*“)

Ziele des ambulanten Entzugs

- „Entgiftung“
- Rückfallverhinderung im postalkoholischen Entzug
- Motivation zu weiterführenden Massnahmen („Entwöhnung“)

Voraussetzungen für den ambulanten Entzug

- Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit
- Bereitschaft zur Einhaltung des Therapieplans
- Ordentlicher Allgemeinzustand
- Stabiles und stützendes soziales Umfeld, ev. mit Bezugsperson, die in die Behandlung miteinbezogen werden kann.

Risikoeinschätzung (→ambulanter oder stationärer Entzug) (LARS-Skala)

| | | | |
|----|--|--------------|--|
| 1. | Anzahl der stationären Entgiftungsbehandlungen mit medikamentöser Behandlung in der Vorgeschichte | (Anzahl) | |
| 2. | Anzahl der ambulanten Entgiftungsbehandlungen mit medikamentöser Behandlung in der Vorgeschichte | (Anzahl) | |
| 3. | Zahl der Entzugsdelire in der Vorgeschichte | (Anzahl) | |
| 4. | Zahl bisheriger Krampfanfälle im Entzug | (Anzahl) | |
| 5. | Gleichzeitiger Missbrauch von <ul style="list-style-type: none"> •Benzodiazepinen •Barbituraten •Clomethiazol | Ja=1, nein=0 | |
| 6. | Regelmässiger Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen | Ja=1, nein=0 | |

Risikoeinschätzung (→ambulanter oder stationärer Entzug) (LARS-Skala)

| | | | |
|-----|--|--------------|--|
| 7. | Spiegeltrinker, v.a. in den letzten 4 Wochen | Ja=1, nein=0 | |
| 8. | Häufige Schlafstörungen in der letzten Woche | Ja=1, nein=0 | |
| 9. | Häufige Alpträume in der letzten Woche | Ja=1, nein=0 | |
| 10. | Unregelmässige Ernährung in der letzten Woche (überwiegend alkoholische Getränke, kaum feste Nahrung) | Ja=1, nein=0 | |
| 11. | Mehrfaches Erbrechen in der letzten Woche | Ja=1, nein=0 | |
| 12. | Aktueller Alkoholspiegel in Promille Trotz Alkoholkonsum (> 1 Promille) • Zittern • Erhöhte Schweissneigung • Pulsfrequenz > 100 | | |
| | | Ja=1, nein=0 | |
| | | Ja=1, nein=0 | |
| | | Ja=1, nein=0 | |

Risikoeinschätzung (→ambulanter oder stationärer Entzug) (LARS-Skala)

| | | | |
|-----|--|--------------|--|
| 13. | Krampfanfall unmittelbar vor oder während Untersuchung •Polyneuropathie •Ataxie | Ja=1, nein=0 | |
| | | Ja=1, nein=0 | |
| | | Ja=1, nein=0 | |
| 14. | Elektrolytstörungen •Natrium < 136 mmol/l •Kalium < 3,6 mmol/l •Kalzium < 2,2 mmol/l •Chlorid < 96 mmol/l | | |
| | | Ja=1, nein=0 | |
| | | Ja=1, nein=0 | |
| | | Ja=1, nein=0 | |
| | | Ja=1, nein=0 | |

Take home messages

- Der ambulante Alkoholentzug ist ein „heisses Geschäft“.
- Eine sorgfältige Anamneseerhebung, gründliche klinische Untersuchung und gute KG-Dokumentation ist deshalb notwendig.
- Die LARS-Skala erfüllt evidence based medicine-Kriterien

Anfangsdiagnostik

- Sorgfältige Anamneseerhebung
- Körperliche Untersuchung (auch neurologische Aspekte miteinbeziehen)
- Standardisierte Alkoholismusdiagnostik (z.B. MALT oder Audit)
- Risikoeinschätzung des ambulanten Entzugs (z.B. LARS-Skala)
- Rating der Entzugerscheinungen (z.B. AES-Skala)
- EKG
- Drogenscreening (inkl. Benzodiazepine)
- Labor: Glucose, Amylase, γ -GT, Na, K, Cl, rotes BB (MCV), Quick, ev. CDT

Entzugssymptome

Alkohol-Entzugssyndrom-Skala (AES-Skala) (1)

Vegetative Symptomatik

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------|----------|---|---------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Pulsfrequenz | <100 | 101 – 110 | 111 – 120 | 120 | Herz-rhythmus-störung |
| Diastolischer Blutdruck | <95 | 95 – 100 | 100 – 105 | <105 | |
| Temperatur | <37,0 | <37,5 | <38,0 | >38,0 | |
| Atemfrequenz | <20 | 20 – 24 | >24 | | |
| Schwitzen | Kein | Leicht (feuchte Hände) | Deutlich (Stirn + Gesicht) | Massiv profuses Schwitzen | |
| Tremor | Kein | Leicht (Arm vorhalten + Finger spreizen) | Deutlich (Finger + Spreizen) | Schwer (spontan) | |

Teilscore vegetative Symptomatik:

Entzugssymptome

Alkohol-Entzugssyndrom-Skala (AES-Skala) (2)

Psychische Symptomatik

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Psychomotor. Unruhe | Keine | Nesteln | Wälzen | Will im Bett aufstehen | erregt |
| Kontakt | Kann kurzem Gespräch folgen | Leicht ablenkbar (Geräusche) | Schweift andauernd ab | Geordnetes Gespräch unmöglich | |
| Orientierung (Zeit, Ort, Person) | Voll orientiert | Eine Qualität gestört | Zwei gestört | Alle gestört | |
| Halluzinationen (optisch, akk., taktil) | Keine | Suggestibel (liest von leerem Blatt) | Eine Qualität (z.B. optisch) | Zwei Qualitäten (opt. + taktil) | Alle Qualität. / 5. Szen. Halluz. |
| Angst | Keine | Leicht (auf Befragen) | Stark | | |

Teilscore psychische Störungen:

Gesamtscore $S = P + V$ (i.d.R. bei mehr als 5 Punkten medikamentöse Therapie)

Take home message

- Ein tägliches Rating der Entzugssymptome (mit AES) ist für die Anpassung der Medikation unerlässlich

Verlaufsdagnostik (täglich)

- Kurzes Gespräch (u.a. zur Einschätzung von Suizidalität und von Craving)
- Rating der Entzugerscheinungen (AES) zu Anpassung einer ev. Medikation
- Atemluftkontrolle

Verlaufsdagnostik (nach einer Woche)

- Rating der Entzugsserscheinungen (zu diesem Zeitpunkt i.d.R. ohne Medikation)
- Atemluftkontrolle
- γ -GT
- Kontrolle der pathologische Werte der Anfangsdagnostik, ev. Mit CDT

Das Entzugssyndrom

| | | |
|--|----------------|---|
| Akuter Alkoholentzug (Früher oder milder Entzug) | 0-48 Stunden | <ul style="list-style-type: none">–Milde Agitation–Angst–Anorexie–Insomnie–Psychomotorische Unruhe–Zittern–Krampfanfälle |
| Später oder schwerer Entzug | 24-150 Stunden | <ul style="list-style-type: none">–Extreme Hyperaktivität–Verwirrtheit–Desorientiertheit–Gestörte Sinneswahrnehmung |
| Post-Alkoholentzug | 3-12 Wochen | <ul style="list-style-type: none">–Angst, Depression, Ermüdung–Reizbarkeit, Feindseligkeit–Schlafstörungen, Alpträume–Schwitzen, Zittern, Herzklopfen, Verstopf.–Kopfschmerzen, Schwindel |

Voraussetzungen zur Durchführung des ambulanten Entzugs (1)

- Genügend Zeitreserven, die es dem Hausarzt erlauben, den Patienten in der ersten Woche bei Bedarf auch täglich zu sehen
- Möglichkeit, therapeutische Gespräche zu führen. Gespräche dienen einerseits dem gegenseitigen Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient. Sie sollen andererseits auch stets der Motivation des Patienten zur Einleitung weiterführender Massnahmen dienen. In der Praxis bewähren sich dabei die Grundprinzipien des Motivational Interviewing (Miller und Rollnik, 1999)

Voraussetzungen zur Durchführung des ambulanten Entzugs (2)

- Möglichkeit zu Hausbesuchen für den Fall, dass sich der Allgemeinzustand des Patienten so drastisch verschlechtert, dass dieser sich nicht mehr in die Praxis begeben kann
- Kontakt des Hausarztes zu einer verlässlichen Bezugsperson des Patienten. Diese Bezugsperson sollte über die getroffenen Abmachungen, insbesondere die Medikation und die Konsultationstermine, informiert sein. Sie sollte eine minimale Überwachung, v.a. nachts, gewährleisten können
- Die oben beschriebenen Screening-Instrumente (LARS, MALT, AES) sollten vorhanden sein

Voraussetzungen zur Durchführung des ambulanten Entzugs (3)

- Die Möglichkeit von Atemluftkontrollen muss gegeben sein. Wo ein entsprechendes Gerät in der Praxis nicht vorhanden ist, muss die Zusammenarbeit mit einer regionalen Fachberatungsstelle gesucht werden
- Das geplante Procedere sollte wenn immer möglich schriftlich festgehalten werden und der Patient sollte sich mit Unterschrift zur Einhaltung der Vereinbarungen bereit erklären
- Es bewährt sich, mit dem Alkoholentzug zu Wochenbeginn anzufangen. Damit kann eine Häufung von Komplikationen und Notfalleinsätzen am Wochenende vermieden werden

Entzugsmedikation

| | Anti-epileptisch | Sedierend | Atemdepressiv | Antidelirant | Vegetativregulierend |
|-----------------------|------------------|-----------|---------------|--------------|----------------------|
| Tiaprid | Nein | Nein | Nein | Ja | Ja |
| Carbamazepin | Ja | (Ja) | Nein | Ja | Nein |
| Benzodiazepine | Ja | Ja | Ja | (Ja) | Nein |
| Clomethiazol | Ja | Ja | Ja | Ja | (Nein) |
| Haloperidol | Epileptogen | Nein | (Ja) | (Ja) | Nein |

Entzugsmedikation

- Einsatz von Clomethiazol im ambulanten Entzug obsolet
 - Geringe therapeutische Breite
 - NW: bronchiale Hypersekretion + Atemdepression
 - Additiver Effekt bei Alkoholbeikonsum
- Erste Wahl: Benzodiazepine (wichtig: strikte Dosisreduktion gemäss Rating der Entzugerscheinungen)
- Hochdosierte Vitamin-B-Substitution meist unerlässlich (cave: Wernicke, Korsakow, Pellagra, Perniciosa, Marchiafava-Bignami-Syndrom)

Zusammenfassung

- Ambulanter Entzug bei sauberer Indikation sinnvoll und kostengünstig
- Beachtung der skizzierten Rahmenbedingungen notwendig und sinnvoll
- Weiterbetreuung des Pat. in der Post-Entzugs-Phase notwendig
- Miteinbezug von regionalen Alkoholberatungsstellen meist sinnvoll