

Informationen in der hausärztlichen Praxis

Der ambulante Alkoholentzug in der hausärztlichen Praxis

(modifiziert nach Thomas Meyer[1])

Warum ein Alkoholentzug beim Hausarzt?

- Die grosse Mehrheit der Alkoholentzüge findet ohne jede medizinische Betreuung statt, nur eine kleine Minderheit ist vital gefährdet und auf eine medikamentöse Unterstützung oder gar stationäre Behandlung angewiesen.
- In vielen Versorgungsgebieten haben nur ca. 10 – 20% aller von Alkoholismus betroffenen Personen Kontakt mit suchtspezifischen Einrichtungen, jedoch über 80% mit ihrem Hausarzt.
- Der Alkoholentzug durch den Hausarzt gilt als niederschwelligstes Angebot für einen Einstieg jeder Art nachhaltiger Therapie alkoholbezogener Störungen.

Phasen und Symptome des Alkoholentzugssyndroms

Phase	Dauer	Symptome
Akuter Alkoholentzug, früher oder milder Entzug	0-48 Stunden	Milde Agitation, Angst, Anorexie, Insomnie, Psychomotorische Unruhe, Zittern, Krampfanfälle
Später oder schwerer Entzug	24-150 Stunden	Extreme Hyperaktivität, Verwirrtheit, Desorientiertheit, gestörte Sinneswahrnehmung
Post-Alkoholentzug	3-12 Wochen	Angst, Depression, Ermüdung, Reizbarkeit, Feindseligkeit, erhöhte Stressanfälligkeit, Schlafstörungen, Alpträume, Schwitzen, Zittern, Herzklopfen, Verstopfung, Kopfschmerzen, Schwindel. Psychische Symptomatik persistiert oft länger als die vegetativen Symptome

Parallel zu der durch den Entzug des Alkohols verursachten Symptomatik spielen auch noch die (vorbestehenden) Symptome protrahierter Intoxikations-Effekte des Alkohols während der Zeit des Entzuges eine wesentliche Rolle:

- Ängstlich-depressive Symptome bilden sich als psychopathologische Symptome oft erst zwischen dem 10. und 24. Tag nach Trinkende deutlich zurück.
- Wochen nach Entzug zeigen Alkoholranke noch erhebliche Veränderungen der Schlafarchitektur.
- Kognitive Leistungsminderungen sind noch nach Wochen und Monaten nachweisbar.
- Die Normalisierung pathologischer Laborparameter dauert nach Trinkende 2-5 Wochen.
- Zirka 2 Wochen nach Alkoholentzug beginnt sich ein erhöhter systolischer Blutdruck zu normalisieren.
- Noch 3 Wochen nach Entzug besteht eine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse.
- Auch Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse sind noch nach 3 Wochen vorhanden.
- Der Glucosestoffwechsel im Hirn bessert sich erst 16-30 Tage nach Konsumstop.

Voraussetzungen und Kontraindikationen für den ambulanten Entzug

Grundvoraussetzung für einen Entzug in der hausärztlichen Praxis ist eine tragfähige Eigenmotivation des Patienten für eine zumindest vorübergehende Abstinenz und die nachhaltige Einschätzung des Arztes, dass mit dem Alkoholproblem eine interventionsbedürftige medizinische Störung vorliegt.

Voraussetzungen auf Seiten des Patienten

Voraussetzungen für den ambulanten Entzug	Kontraindikationen für den ambulanten Entzug
<ul style="list-style-type: none"> - Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit - Bereitschaft zur Einhaltung von Absprachen - Ordentlicher Allgemeinzustand - Stabiles und stützendes soziales Umfeld, ev. mit Bezugsperson, die in die Behandlung miteinbezogen werden kann 	<ul style="list-style-type: none"> - Zu erwartendes schweres Entzugssyndrom (z.B. anamnestisch bekannter Krampfanfall und/oder Delir) - Akute körperliche Erkrankung, v.a. wenn sie mit dem Risiko von Elektrolytentgleisungen verbunden ist (speziell bei schwerem Erbrechen) - Bereits vorliegende schwere Entzugssymptome, ev. mit prädeliranten Symptomen, bzw. floride Psychosen - Begleitmedikation mit krampfschwellensenkenden Medikamenten wie Trizyklika und Neuroleptika - Suizidalität (kann im Entzug dramatisch zunehmen) - Schwere kognitive Defizite - Schwangerschaft

Relative Kontraindikation – gescheiterte frühere Versuche eines ambulanten Entzuges

Voraussetzungen und Rahmenbedingungen auf Seiten des Arztes

- Ausreichend Zeitreserven (die es dem Hausarzt in seltenen Fällen erlauben würden, den Patienten in der ersten Woche bei Bedarf auch bis zu täglich zu sehen)
- Entweder die Möglichkeit zu Hausbesuchen (falls sich der Allgemeinzustand des Patienten so verschlechtert, dass dieser nicht mehr die Praxis aufsuchen wird) oder besser eine trilaterale Absprache für eine Hospitalisation bei Komplikationen
- In Absprache mit dem Patienten wenn möglich Kontakt des Hausarztes zu einer verlässlichen Bezugsperson (die minimale Motivation bezüglich Medikation und Konsultationsterminen und minimale Überwachung v.a. nachts übernehmen könnte)
- Die Möglichkeit von Atemluftkontrollen sollte gegeben sein, wo nötig in Zusammenarbeit mit einer regionalen Alkohol-Fachberatungsstelle
- Das geplante Procedere sollte wenn 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 (Vermeidung von Notfalleinsätzen am Wochenende).

Die Möglichkeit, therapeutische Gespräche zu führen, wäre wünschenswert (Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient, Motivation des Patienten zur Einleitung weiterführender Massnahmen), beispielsweise nach den Grundprinzipien des Motivational Interviewing[2] (Konfrontations-Verzicht, Zuversichts-Förderung, einvernehmliche Therapiezielvereinbarung).

Wegen des hohen Zeitaufwandes, der den Rahmen der hausärztlichen Praxis oft sprengt, aber auch wegen der hohen Bedeutung der Motivationsarbeit, die durch spezielle Kenntnisse erleichtert wird, und wegen der häufig multidisziplinären Fragestellung ist es erleichternd, wenn mit Fachberatungs- (Alkoholberatungs-)stellen entsprechende Kooperationen vereinbart werden, beispielsweise zur Übernahme von Teilaufgaben wie Motivationsarbeit oder sozialarbeiterische Betreuung.

Die Durchführung des ambulanten Entzugs

Diagnostik

Anfangsdiagnostik

- Hinreichende Anamneseerhebung für Indikationsstellung und Ausschluss der Kontraindikationen
- Körperliche Untersuchung zum Ausschluss komplizierender somatischer oder psychischer Erkrankungen einschliesslich RR und Gewicht
- Labor: BB (Hb, Leukozyten, Thrombozyten, MCV), Quick, Kreatinin, Na, K, Cl, Glucose, Transaminasen, Gamma-GT, Amylase, ev. CDT Hyaluronat (als Fibrose-Marker)
- EKG bei Verdacht auf kardiologische Symptomatik
- Drogenscreening kann bei Verdacht helfen, Erfolgsaussichten und Entzugssymptomatik abzuschätzen
- (Standardisierte Alkoholismusdiagnostik - z.B. Münchner Alkoholismus-Test MALT[3]. Zur Risikoeinschätzung des ambulanten Entzugs z.B. LARS[4]-Skala. Zum Rating der Entzugerscheinungen z.B. AES-Skala[5] - kann bei vorhandenen Ressourcen hilfreich sein)

Verlaufskontrolle (im Abstand von 3-4 Tagen, bei Bedarf in seltenen Fällen auch täglich)

- Klinisches Rating der Entzugerscheinungen zur Anpassung einer ev. Medikation (ev. LARS)
- Atemluftkontrolle (motivational und zur Überprüfung der Indikation der Intervention)
- Verlaufskontrolle (nach einer Woche)
- Klinisches Rating der Entzugerscheinungen, zu diesem Zeitpunkt i.d.R. ohne Medikation
- Atemluftkontrolle
- Ggf. Labor-Kontrolle risiko-bezogener pathologischer Werte der Anfangsdiagnostik. Bei Zweifel an der Abstinenz des Patienten: ETG (Ethylglucuronid[6], Alkoholmetabolit im Urin, soll 12-50 Stunden nach Alkoholkonsum positiv sein).

Mittelfristige Verlaufskontrolle (i.d.R. nach ca.1 Monat)

- Transaminasen, Gamma-GT, CDT, MCV.

Medikation

Der medikamentösen Behandlung sind in der hausärztlichen Praxis engere Grenzen gesetzt als im stationären Rahmen (geringere Compliance, geringere Überwachungsmöglichkeiten, höheres Risiko für intermittierenden Alkoholkonsum, schwächeres Abgabemanagement).

Keine Pharmaka sind erforderlich bei milden Formen der Abhängigkeit, z.B. bei Patienten, die keine Entzugssymptome schildern oder zeigen, weder trinken, um Entzugssymptome zu vermeiden, oder die weniger als 120 g Alkohol (Männer) bzw. 80 g (Frauen) pro Tag trinken. Den Patienten sollte mitgeteilt werden, dass sie sich ohne Medikation kurzzeitig ängstlich und nervös fühlen und für einige wenige Tage Schlafstörungen haben werden (SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) The Management of alcohol dependence in primary care. Draft 1.6/19.April 2002).

Bei Patienten mit relevanten körperlichen Erkrankungen sollten Pharmaka allerdings auch bei milden bis moderaten Entzugssyndromen eingesetzt werden (Mayo--Smith MF, Cushman P, Hill AJ, Jara G, Kasser C, Kraus M, Nauts D, Saitz R, Smith JW, Sullivan J, Thiessen N (1997) Pharmacological Management of Alcohol withdrawal. A metaanalysis and evidence-based practice guideline. JAMA:1-25).

Wirkungsspektrum der im Alkoholentzug hauptsächlich eingesetzten Medikamente^[7]

	Anti-epileptisch	Sedierend	Atem-depressiv	Antidelirant	Vegetativ regulierend
Carbamazepin	Ja	(Ja)	Nein	Ja	Nein
Diazepam	Ja	Ja	Ja	(Ja)	Nein
Lorazepam	Ja	Ja	Ja	(Ja)	Nein

Als Medikamente der ersten Wahl für den ambulanten Entzug gelten die Benzodiazepine. Bei Beeinträchtigung der Leberfunktion ist das Lorazepam dem Diazepam vorzuziehen. Übliche Anfangsdosierungen bei zu erwartender merklicher Entzugssymptomatik liegen bei maximal 4x5mg Diazepam oder 4x1mg Lorazepam, mit ausschleichendem Schema innerhalb 4(-6) Tagen. Trotz der grossen therapeutischen Breite sollte es im ambulanten Rahmen kaum notwendig werden, die vom Hersteller empfohlenen maximalen Tagesdosen zu überschreiten – bei so hohem Medikationsbedarf ist primär an eine Fortsetzung der Therapie im stationären Rahmen zu denken. Dem Abhängigkeitsrisiko der Benzodiazepine kann durch eine tägliche Dosisanpassung und ggf. Abgabe von Tagesportionen weitgehend begegnet werden. In einigen Fällen kann es durchaus auch angezeigt sein, dass der Patient die Dosierung bei vorgegebener Maximaldosierung selbständig und je nach Entzugerscheinungen selbständig bestimmt (gute Compliance, bekannte Vorgeschichte).

Carbamazepin findet (in unretardierter Form) ebenfalls als Entzugsmedikament Verwendung, wobei aber seine Wirksamkeit bei schweren Entzugssyndromen und beim Delir unzureichend sein kann. Positiv ist das fehlende Abhängigkeitspotential und der von Lebererkrankungen unabhängige Metabolismus.

Negativ könnte eine Carbamazepin-induzierte Leukozytopenie auf (auch alkohol-bedingt) infektionsgefährdete Patienten wirken. Häufig Kombination mit Tiapridal.

Clomethiazol ist im ambulanten Einsatz obsolet[8][9] (therapeutische Breite, Nebenwirkungen - bronchiale Hypersekretion, d.h. absolute Kontraindikation bei Patienten mit COPD, Atemdepression additiv mit Alkohol, Abhängigkeitspotential) und sollte nicht mehr im ambulanten Entzug zum Einsatz kommen.

Alkoholabhängige Patienten zeigen oft ein Vitamin-B-Defizit und gleichzeitig einen erhöhten Bedarf. Dies kann in der Entzugssituation zu dramatischen neurologischen Folgestörungen (Wernicke-Hirnschädigung, Korsakow-Psychose) führen. Deshalb ist eine hochdosierte Vitamin-B1/B6-Substitution in der Entzugssituation und Wochen darüber hinaus grundsätzlich zu empfehlen[10].

Quellenverweise

- [1] Gekürzte Fassung von: Meyer, T., Stohler, R. (2005), Der ambulante Alkoholentzug, Praxis 2005; 94: 1555-1560, Verlag Huber, Hogrefe AG, Bern
- [2] Miller WR, Rollnick, S. Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus; 1999.
- [3] Feuerlein W, Küfner H, Ringer Ch, Anthons K. Münchner Alkoholismustest MALT. Weinheim: Manual Beltz; 1979.
- [4] Wetterling T. Lübecker-Alkoholentzugs-Risiko-Skala (LARS). Lübeck: Medizinische Universität; 1994.
- [5] Wetterling T, Kanitz R, Besters B, Spei G. Skala zur Erfassung des Schweregrades eines Alkoholentzugssyndroms (AES-Scale) – Erste klinische Erfahrungen. Sucht (Sonderband 1) 1995: 41-3.
- [6] Wurst F-M. New and Upcoming Markers of Alcohol Consumption. Darmstadt: Steinkopf; 2001.
- [7] Scherle, T, Croissant, B, Heinz, A, Mann, K. Ambulante Alkoholentgiftung. Nervenarzt, 2003;74: 219-25.
- [8] Scherle, T, Croissant, B, Heinz, A, Mann, K. Ambulante Alkoholentgiftung. Nervenarzt, 2003;74: 219-25.
- [9] Soyka M. Die Alkoholkrankheit – Diagnostik und Therapie. Weinheim: Chapman & Hall; 1995.
- [10] Day E, Bentham P, Callaghan R, Kuruvilla T, George S. Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse. Cochrane Database Syst Rev. 2004;CD004033.