

ALKOHOL UND NIKOTIN

Neue Leitlinien 2015

Anfang des Jahres wurden die S3-Leitlinien zu Diagnose und Behandlung von schädlichem und abhängigem Alkohol- und Tabakkonsum aktualisiert. Beim Alkoholmissbrauch wird die Frühintervention betont und erstmals auch die Risikoreduktion als Alternative zur Abstinenz genannt.

Alkohol- und Tabakabhängigkeit sind die häufigsten Suchterkrankungen in Deutschland. Jedes Jahr sterben etwa 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs und 110.000 Todesfälle sind auf das Rauchen zurückzuführen.

Folgen des Missbrauchs von Alkohol und Tabak

- Alkoholabhängige verlieren durchschnittlich rund 15-20 Jahre ihrer Lebenserwartung, starke Raucher etwa 10 Jahre.
- In Deutschland gibt es ca. 1,9 Millionen Alkoholabhängige und rund 1,6 Millionen Menschen mit „schädlichem Gebrauch“.
- Etwa 14,7 Millionen Frauen und Männer rauchen.
- Etwa 10% der Alkoholabhängigen erhalten pro Jahr eine spezifische Therapie.
- Weniger als 15% der aufhörwilligen Raucher nutzen professionelle Hilfsangebote.

ALKOHOL

Alkoholbezogene Störungen, insbesondere riskanter Alkoholkonsum, der noch nicht zu körperlichen Folgeerkrankungen geführt hat, wird häufig viel zu spät erkannt. Kurzinterventionen im Stadium des riskanten Konsums z.B. in der hausärztlichen Praxis, beim Psychiater oder auch im Rahmen der betriebsärztlichen Versorgung, können eine Abhängigkeitsentwicklung verhindern. Aufgrund der guten Evidenzlage für die frühzeitige Intervention empfehlen die Leitlinien:

- Regelmäßiges Screening des Konsumverhaltens
- Sicherung der Diagnose durch eine vertiefende Anamnese und entsprechende Laborparameter
- Kurzintervention bei riskantem oder schädlichem Konsum.

Beim Rauchtrinken („Quartalssäufer“) ist die Studienlage zur Kurzintervention im Vergleich zum riskanten Alkoholkonsum nicht so gut. Die Leitlinie spricht hier von „sollte angeboten werden“. Zur Kurzintervention bei Alkohol-abhängigen gibt es ebenfalls wenig Studien.

ENTZUG

Patienten mit gesicherter Abhängigkeit sollte eine Behandlung angeboten werden, die klassischerweise in mehreren Phasen erfolgt: Qualifizierte Entzugsbehandlung und Motivationsphase, nahtlose Weitervermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme oder andere angezeigte Behandlungsstellen (Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe, Psychotherapie etc.). An der Therapie ist ein multidisziplinäres Team beteiligt. Empfohlene Therapiedauer mindestens ein Jahr. Oberstes Therapieziel ist die Abstinenz.

Qualifizierte Entzugsbehandlung heißt akute Entgiftung mit anschließender Psychotherapie. Die Entgiftung sollte stationär erfolgen, wenn das Risiko eines alkoholbedingten Entzugsanfalls oder -delirs besteht. Alle anderen Patienten können im Prinzip ambulant entzogen werden.

Empfohlene Medikamente in der Akutphase sind vor allem Benzodiazepine und Clomethiazol. Bei deliranten Symptomen (Halluzinationen, Wahn, Agitation) können Benzodiazepine mit Antipsychotika (vor allem Haloperidol und Butyrophenon) kombiniert werden. Alkohol sollte nicht zur Linderung des akuten Entzugs eingesetzt werden. Psychiatrische Komorbiditäten sollten gleich während

der Alkoholentwöhnung mitzubehandelt werden. Bei der Psychotherapie stehen motivationale Verfahren sowie die kognitive Verhaltenstherapie im Vordergrund.

SCHADEN VERMINDERN

Die Abstinenz ist und bleibt das oberste Therapieziel. Wenn eine Abstinenz allerdings nicht möglich ist oder wenn ein schädlicher oder riskanter Konsum vorliegt, weicht die Leitlinie erstmals vom Abstinenzideal ab. In diesen Situationen könne auch die Reduktion der Trinkmenge als Therapieziel im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden. Zur medikamentösen Unterstützung können im klinischen Setting Acamprosat und Naltrexon eingesetzt werden. Im ambulanten Bereich kann das Anticraving-Medikament Namelfen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans die Reduktion der Trinkmenge unterstützen.

NIKOTINSUCHT

Schädliches Rauchen ist keine schlechte Gewohnheit, sondern eine der Alkoholabhängigkeit vergleichbare Sucht. Der komplette Verzicht aufs Rauchen hat daher in der neuen Leitlinie zum Tabakkonsum oberste Priorität. Kurzintervention, verhaltenstherapeutische Maßnahmen und ein Nikotinersatz sind die ersten Maßnahmen der Wahl. Hypnotherapie und Akupunktur werden wegen fehlender valider Daten nicht empfohlen ebenso wenig wie die E-Zigarette.

Weitere Informationen siehe

<http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien/>

Dr. Ramona Pauli, München