

Soteriaklinik Leipzig GmbH
Ärztlicher Direktor
Morawitzstraße 4
04289 Leipzig

Ärzteblatt Sachsen
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Leipzig, am 04.02.1999

**Beilage ÄBS 1/99,
Fortbildung „Arzt und Recht“
Alkoholismus zwischen Diagnose und
Therapie**

Der Beitrag von Frau Kollegin Murad „Alkoholismus zwischen Diagnose und Therapie“ enthält viele wichtige Beschreibungen und wichtige Hinweise. Zuzustimmen ist, wenn sie beschreibt: „Zu den Basisaufgaben jedes Hausarztes muß ein Mindeststandard eines suchtmmedizinischen Angebotes gehören, da er Anlaufpartner in allen Situationen ist und die Weichen sofort stellen kann.“ Untersuchungen haben aufgezeigt, daß 70 % der Abhängigkranken keinen Kontakt zu professionellen Suchtbehandlungseinrichtungen (Beratungsstellen, Fachkliniken) haben, aber in regelmäßiger Betreuung beim Hausarzt sind. Dies bestätigt die Notwendigkeit eines suchtmmedizinischen Angebotes durch den Hausarzt.

Aus der Sicht eines mit der Behandlung von Abhängigkranken jahrelang beschäftigten Arztes sind einige Aspekte zu ergänzen, einige deutlich zu kritisieren, da sie objektiv falsch sind.

Wichtig scheint mir, darauf zu verweisen, daß die Beschreibung des Alkoholikers, die hier vorgelegt wird, das Spätbild eines

Abhängigkranken charakterisiert, das kaum diagnostische Probleme bereitet. Schwieriger und für den Patienten von größter Bedeutung ist, möglichst früh die Alkoholabhängigkeit zu erkennen und zu benennen; und hier darf man sich eben nicht durch sozialen Status oder fehlende Facies alkoholika täuschen lassen.

- Ergänzenswert scheint mir der Hinweis, daß Gamma-GT, MCV und CDT nicht zur Diagnostik kurzfristiger **Rückfälle** geeignet sind, da sie sich laborchemisch eben nicht abbilden.
- Der Hinweis, daß die Deutschen eine Spitzenposition im Gebrauch von Alkohol einnehmen, ist nicht richtig. 1994 lagen Luxemburg, Frankreich, Portugal und Ungarn vor Deutschland, betreffend Liter Alkohol pro Kopf der Bevölkerung.
- Der Epsilon-Trinker ist kein abstinenter Gamma-Trinker. Sofern er abstinenter lebt, ist er definitionsgemäß nicht rückfällig; und eher umgekehrt: viele Gamma-Trinker haben in ihrer Vorphase ein Epsilon - Quartalstrinkmuster.
- Keinesfalls zugestimmt werden kann der Kollegin, „Ko-Abhängigkeitsprobleme“ überhaupt mit Beruhigungsmitteln zu behandeln. Nicht selten sehen wir in stationären Einrichtungen diese mißglückten Behandlungsversuche mit dem Ergebnis, daß der Ehemann alkoholkrank ist, die Ehefrau medikamentenabhängig geworden ist. Deshalb ist die medikamentöse Behandlung mit Anxiolytika kontraindiziert.
- Der ambulanten Verwendung von Clo-

methiazol kann nicht zugestimmt werden („deshalb ist es nur im Ausnahmefall ambulant zu verordnen“). Es besteht eine klare **Kontraindikation** für die ambulante Vergabe von Clomethiazol. Die Notwendigkeit der Behandlung mit diesem Medikament ist eine Indikation zur stationären Behandlung. Begründungen: Definitionsgemäß ist die Compliance des Patienten bezüglich Suchtstoffen außerordentlich problematisch, das Suchtpotential dieser Stoffe ist erheblich! Die meisten Distraneurinabhängigkeiten sind anamnestisch dem Versuch der „ambulanten Entgiftung mit Clomethiazol“ geschuldet!

- Carbamazepin kann **nicht** als Anti-Craving-Substanz eingesetzt werden, da es eine solche Wirkung nicht besitzt.
- Die Sterblichkeitsrate des Alkoholdelirs wird von der Kollegin zwischen 1 und 8 % benannt. Die Entgiftungsstation der Soteria Klinik hat bei fast 2000 Entgiftungsbehandlungen, darunter zahlreichen Delirbehandlungen, bisher keinen einzigen Todesfall in diesem Zusammenhang zu beklagen. Ein weiterer Grund, möglichst frühzeitig eine stationäre Entgiftungsbehandlung einzuleiten, um die Mortalitätsrate so gering wie möglich zu halten.

Insgesamt ist nach unserer Erfahrung von ambulanten Entgiftungsversuchen abzuraten. Sie zu begleiten, weil der Patient stationäre Behandlung ablehnt, ist tragisches Geschick des behandelnden Arztes, kann aber nicht „zur Indikation“ stilisiert wer-

den. Zu überprüfen ist immer wieder, wie sinnvoll auf der Grundlage von akuter Selbst-/Fremdgefährdung im Einzelfall auch eine Maßnahme gemäß PsychKG sein kann. Wenn wir davon ausgehen müssen, daß bei Abhängigen die Steuerung bezüglich des Suchtmittels eingeschränkt, gegebenenfalls auch aufgehoben ist, kann der Gedanke, im Falle akuter Selbst- oder Fremdgefährdung diese selbstzerstörerische Entwicklung gegebenenfalls mit Zwangsmaßnahmen zu unterbrechen, **nicht gegen** das Interesse des Patienten sein.

Zur medikamentösen Behandlungsdimension gibt es Kritisches zu sagen: Über die Wirksamkeit von Acamprosat sind die Akten nicht geschlossen, wir sehen immer wieder die Vergabe dieses Medikamentes unter dem Gesichtspunkt „ut aliquid fiat“. Eine psychotherapeutische Begleitung, die diesen Namen verdient, findet selten statt und ist oft bei der mangelnden Compliance der Patienten auch nicht möglich. Dann auf den Anti-Craving-Effekt allein zu setzen, gibt nicht einmal der Beipackzettel des Medikamentes her.

Ganz und gar zu widersprechen ist dem Einsatz von Diazepam (!) bei Abhängigkranken in Kombination mit Acamprosat. Ob mit oder ohne Kombination: Diazepam-Einsatz bei Alkoholabhängigen ist der Einstieg zur Abhängigkeit von Pille zu Pille; im stationären Bereich sehen wir dann eine polyvalente Abhängigkeit (Alkohol- **und** Medikamentenabhängigkeit). Grundsätzlich ist bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen an eine neu-

ro-physiologische Analyse zu denken: besser ein überschwelliger Reiz, der zu einem Effekt führt, (also zum Beispiel stationäre Rehabilitation) als zu viele unterschwellige Reize (hier: Therapieversuche), die nur zur Habituation, genauer gesagt: zur Verlängerung des Krankheitsbildes führen.

Hier hat der Hausarzt in der Tat eine wichtige und wegweisende Aufgabe und Funktion.

Soteriaklinik Leipzig GmbH
Dr. med. M. Wernado
Arzt für Psychiatrie
Psychotherapie
Sozialmedizin
Ärztlicher Direktor

Dr. Irmgard Murad
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Bergmannstraße 1
08280 Aue

Herrn Prof. Dr. med. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärztblatt Sachsen“
Sächsische Landesärztekammer
PF 10 04 65
01074 Dresden

Aue, am 23.02.1999

Sehr geehrter Herr Professor,

anbei meine Erwiderung auf die Stellungnahme von Herrn Dr. M. Wernado, Leipzig, zu meinem Referat in der Fortbildungsreihe Arzt und Recht „Alkoholismus zwischen Diagnostik und Therapie“.

Sicher sieht manches beim Hausarzt anders als in der Klinik aus. Jedenfalls geht die Forderung „alles stationär“ an einigen Realitäten vorbei, als da sind: eng begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen und soziale Gründe des Patienten (Arbeitsplatzverlust). Außerdem ist die stationäre Therapie auch nicht für jeden Patienten nötig, die gelungenen ambulanten Behandlungen beweisen es. Aber diese bemerkt der Kliniker überhaupt nicht.

Mit meinen Ausführungen sollen die Ärzte, vor allem die Hausärzte für das Thema Alkoholismus sensibilisiert werden. Wie Sie selbst bemerken, haben 70 % der Abhängigen keinen Kontakt zu professionellen Suchtbehandlungseinrichtungen, aber der Hausarzt wird fast täglich mit Alkoholkranken konfrontiert. Nur wenn die

Diagnostik und Therapie bereits auf der Ebene Hausarzt beginnt, wird das Problem Alkohol wie auch in naher Zukunft Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit einigermaßen überschaubar werden.

Zur Richtigstellung der einzelnen Punkte:
1. Abstinenzkontrolle durch Laborparameter:

Die Gamma-GT normalisiert sich relativ rasch, wenn der Patient mit dem Trinken aufhört. MCV dokumentiert die Trinkgewohnheiten der letzten Wochen. CDT ist der Marker für Alkoholkonsum in den letzten Tagen. (Hepatolog. Kolloquium „Alkohol und Leber“, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, München 1998)

2. Bei einem internationalen Vergleich von 50 Ländern der Welt hatte das vereinigte Deutschland 1991 die „Weltspitzenposition“ mit 12,0 l Reinalkohol pro Kopf inne. (Junge, B.: Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '94. Neuland-Verlag, Geesthacht 1993, S. 81-99)

3. Der Epsilon-Typ wird als eine Form des Gamma-Alkoholikers diskutiert. Lange Abstinenzphasen sind durch starke Selbstkontrolle möglich, mit gewisser Regelmäßigkeit wird in den Gamma-Trinkstil zurückgefallen. (F. Daturi: periodisch-exzessiver Alkoholabusus. Kassenarzt 5, 1998, S. 47-48)

4. Zur Ko-Abhängigkeit: In meinem Artikel habe ich klar erwähnt, daß die Betroffenen eben nicht nur mit Beruhigungsmitteln behandelt werden dürfen, so daß eine entsprechende Therapie eingeleitet werden muß. Die Gefahr der Medikamentenabhängigkeit ist jedem Hausarzt bewußt, meist nehmen die Angehörigen aber diese Mittel in Selbstmedikation ein.

5. Es wird in der hausärztlichen Arbeit immer Grenzfälle geben, bei denen wegen der besonderen Situation des Patienten der Hausarzt in der Pflicht ist, über die gewohnten Risiken hinaus zu behandeln.

Zur ambulanten Entgiftung: Clomethiazol ist zur ambulanten Entgiftung kontraindiziert, es wird aber in **Ausnahmefällen** von erfahrenen Ärzten ambulant eingesetzt. (D. Färber, R. Tölle: Warnende Hinweise zur Verschreibung von Clomethiazol (Distraneurin), Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 5, S. A-237 - A-243).

6. Carbamazepin ist keine Anti-Craving-

Substanz. Es eignet sich sehr gut für den Entzug sowie für eine längerfristige Behandlung nach der akuten Phase. Patienten berichten, daß sie unter Carbamazepin-Therapie kein Alkohol-Craving verspüren. Außerdem unterdrückt es die Krampfbereitschaft beim Alkoholentzugssyndrom. (Bericht von Dr. Albrecht Ulmer (Stuttgart) auf dem 6. Suchtmedizinischen Kongreß der DGDS, Hamburg)

7. In der Literatur wird eine Sterblichkeitsrate des Alkoholdelirs von 1 bis 8 % angegeben. Es spricht für die gute Behandlung von Herrn Dr. Wernado, wenn in seinem Krankengut bisher kein Todesfall eingetreten ist.

8. Als Hausärzte haben wir leider sehr oft das tragische Geschick, die Alkoholkranken zu begleiten, eben weil diese Patienten nicht hochmotiviert sind und nicht freiwillig in eine Entgiftung oder Entwöhnungsbehandlung einwilligen. Wieso entlassen stationäre Einrichtungen die Gefährdeten auf deren Wunsch unmittelbar nach der Ausnüchterung? In jeder Praxis sind sogenannte „Drehtürpatienten“ bekannt. Wo bleibt da die Kompetenz und Konsequenz in der Anwendung des PsychKG? Gerade diese Patienten bleiben letztendlich am Hausarzt hängen.

Maßnahmen gemäß PsychKG sind nur in äußersten Notfällen erforderlich. Wird eine Therapie unter Zwang, ohne die freiwillige Entscheidung des Patienten durchgeführt, hat sie kaum dauerhaften Erfolg.

9. Acamprosat - Therapie: Zur Unterstützung der Aufrechterhaltung der Abstinenz beim alkoholabhängigen Patienten mit dem Hinweis - die Behandlung mit „Campral“TM ist nur angezeigt im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes, das auch begleitende psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen einschließt. Diese Maßnahmen kann durchaus auch ein ausgebildeter Hausarzt erbringen.

Acamprosat kann mit Diazepam kombiniert werden, es besteht also keine Kontraindikation. Diazepam wird bei Suchtkranken nur im Notfall, zum Beispiel im nächtlichen Hausbesuch, injiziert, von einer Dauertherapie ist nicht die Rede. Eine Sucht darf nicht eine andere ablösen.

10. Auch der „überschwellige“ Reiz einer stationären Rehabilitation bewahrt nicht vor Rückfällen. In der Literatur wird

beschrieben, daß die Hälfte bis zwei Drittel der Patienten rückfällig werden. Deshalb ist jeder neue Therapieversuch es wert, einer zu sein und kann mit einem Therapieerfolg enden.

Mein Vorschlag an die Redaktion Ärzteblatt Sachsen:

Herr Dr. Wernado möchte gebeten werden, uns eine hausärztliche Arbeitsmethodik vorzuschlagen, zum Beispiel Kriterien der Früherkennung des Alkoholismus, Einweisungskriterien und die hausärztlichen Maßnahmen nach einer stationären Behandlung.

Außerdem möchte er über seine Ergebnisse in der Langzeitbehandlung, über die Abbruch- und Rückfallquoten nach stationärer Behandlung und die 5-Jahres-Heilungsrate berichten.

Der Zweck meines Referates und Artikels - die Diskussion über das Alkoholproblem zu entfachen - ist voll erfüllt worden. Ich würde mir wünschen, daß Ärzte, die Erfahrung bei der Behandlung Alkoholkranker gesammelt haben, voll in die Diskussion einsteigen würden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Irmgard Murad
