

# Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit

Anne Koopmann



Da bei alkoholabhängigen Patienten psychiatrische und somatische Folgeerkrankungen auftreten, kommt nach der Akutbehandlung in Form einer qualifizierten Entzugsbehandlung der Postakutbehandlung inklusive einer psycho-, sozio- und pharmakotherapeutischen Rückfallprophylaxe zur dauerhaften Aufrechterhaltung der Abstinenz eine wichtige Rolle zu. Dieser Beitrag zeigt die therapeutischen Bausteine der Rückfallprophylaxe.

## Epidemiologie

Alkoholbezogene Störungen (Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit) zeigen von allen substanzbezogenen Störungen nach den tabakbezogenen Störungen die zweithöchste Prävalenz. In Deutschland liegt bei 2,8% aller 19- bis 64-Jährigen ein schädlicher Alkoholgebrauch vor; 3,1% sind alkoholabhängig [1]. Von den Betroffenen befinden sich trotz des gut ausgebauten Suchthilfesystems in Deutschland nur 10–16% in einer spezifischen suchtmedizinischen Behandlung [2]. Damit zählen die alkoholbezogenen Störungen zu den psychischen Erkrankungen mit der größten Behandlungslücke, das heißt dem größten Anteil an Patienten, die keine diagnosespezifische Therapie erhalten.

Betrachtet man Katamnesedaten nach einer körperlichen Entgiftung im Vergleich zu denen nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung, wie in der S3-Leitlinie alkoholbezogener Störungen empfohlen [3], zeigen Patienten nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung zwar deutlich höhere Abstinenzraten als nach einer reinen körperlichen Entgiftung, die Rückfallrate ist aber auch nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung noch hoch [4–6]. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, in die Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit alle vorhandenen evidenzbasierten Therapieoptionen einschließlich einer psycho-, sozio- und pharmakotherapeutischen Rückfallprophylaxe einzubeziehen. Diese sollen im Folgenden detailliert dargestellt werden.

## Allgemeine Zielsetzungen der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation hat das Ziel des Erhalts, der Verbesserung oder der Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des alkoholabhängigen Patienten und dient der Förderung der Teilhabe am

Arbeitsleben und in der Gesellschaft [7]. Finanziert wird die medizinische Rehabilitation in der Regel von den Rentenversicherungsträgern und nur in Ausnahmefällen von der Krankenversicherung, nämlich immer dann, wenn der Betroffene entweder bereits berentet ist oder aufgrund einer zu kurzen Versicherungszeit noch keine Ansprüche auf Leistungen der Rentenversicherung hat.

### Merke

**Die medizinische Rehabilitation bezeichnet man im Suchtbereich allgemein als Entwöhnungsbehandlung oder Langzeittherapie.**

Langzeittherapien können als voll- oder teilstationäre Behandlungen in spezifischen Fachkliniken oder als ambulante Entwöhnungsbehandlungen in psychosozialen Beratungsstellen durchgeführt werden.

Vor Antritt einer Entwöhnungsbehandlung ist die Beantragung der Behandlungsmaßnahme bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger bzw. der zuständigen Krankenkasse notwendig. Ein solcher Genehmigungsprozess dauert in der Regel mehrere Wochen, was in der Praxis häufig damit verbunden ist, dass Patienten nach Abschluss einer Akutbehandlung vor Beginn der Rehabilitationsbehandlung ins häusliche Umfeld entlassen werden müssen, ohne eine begleitende suchtspezifische Behandlung zur Aufrechterhaltung der Abstinenz zu erhalten. Um dies zu vermeiden, wurde in den vergangenen Jahren die Möglichkeit geschaffen, die Entwöhnungsbehandlung im Rahmen eines Nahtlosverfahrens zu beantragen (Details siehe unter vollstationäre Entwöhnungsbehandlung).

## Vollstationäre Entwöhnungsbehandlung

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung richtet sich vor allem an Patienten mit schwerwiegenden körperlichen, psychischen oder sozialen Problemen; an Patienten, deren soziales Umfeld keine ausreichende Unterstützung bietet, die beruflich nicht integriert sind, bei denen keine stabile Wohnsituation gegeben ist oder wiederholte Rückfälle während ambulanten oder teilstationären Entwöhnungsbehandlungen aufgetreten sind [8].

### Merke

**Stationäre Langzeittherapien dauern in der Regel 12 Wochen.**

Wie oben erwähnt, gibt es die Möglichkeit, den Beantragungsprozess für eine vollstationäre Entwöhnungsbehandlung im Rahmen eines Nahtlosverfahrens zu beschleunigen. Wird bei einem Patienten eine Entwöhnungsbehandlung per Nahtlosverfahren beantragt, so muss dieser Patient direkt aus einer Akutbehandlung (körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung) in die Entwöhnungsbehandlung überführt werden. Um dies ohne Verzögerungen möglich zu machen, werden die per Nahtlosverfahren gestellten Anträge bei den Rentenversicherungsträgern bevorzugt bearbeitet. Ist der Kostenträger einer Entwöhnungsbehandlung die Krankenkasse, so kann keine Beantragung per Nahtlosverfahren erfolgen.

### PRAXISTIPP

Das Nahtlosverfahren sollte vor allem bei Patienten mit einer sehr hohen Rückfallgefahr genutzt werden, also bei Patienten, die unter sehr schwierigen sozialen Verhältnissen leben, z. B. wohnsitzlos sind, oder bei Patienten mit einer sehr hohen täglichen Trinkmenge und schweren somatischen Konsumschäden wie z. B. einer Leberzirrhose.

## Therapiebausteine

Wichtige Therapiebausteine der stationären Entwöhnungsbehandlung stellen Gruppentherapien und wöchentliche Einzelgespräche mit einem Bezugstherapeuten dar. Hier kommen meist Techniken wie Rückfallanalysen, Rollenspiele zur Rückfallprophylaxe, soziales Kompetenztraining sowie achtsamkeitsbasierte und stressreduzierende Therapien zum Einsatz. Darüber hinaus spielen im Umgang mit Rückfällen bzw. anderem therapieschädigenden Verhaltensweisen während der Behandlung Maßnahmen des Kontingenzmanagements eine wichtige Rolle.

Neben der Arbeit mit dem Betroffenen selbst, ist auch die Arbeit mit den Angehörigen bzw. Bezugspersonen des Patienten im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung z. B. in Angehörigenworkshops von zentraler Bedeutung, da das Umfeld der Patienten von schweren psychischen und sozialen Folgen betroffen sein kann. Außerdem treten häufig durch Alkohol verursachte interaktionelle Probleme auf, die im Rahmen von therapeutischen Einzelgesprächen und therapeutisch moderierten Angehörigengesprächen zu bearbeiten sind. Mit Unterstützung des Sozialdienstes werden sozialtherapeutische Aspekte der Erkrankung, wie eine Stabilisierung der Wohnsituation sowie eine Rückkehr in die Erwerbstätigkeit Bestandteil der Behandlung.

Zentrale Ziele einer stationären Langzeitentwöhnungsbehandlung sind die Aktivierung der persönlichen Ressourcen und Bewältigungsfähigkeiten der Patienten. Darüber hinaus erfolgt die Analyse von Verhaltensmustern und Gewohnheiten, die zur Aufrechterhaltung des Alkoholkonsums beigetragen haben hinsichtlich der Bedingungsfaktoren.

## Die wichtigsten zur Anwendung kommenden Techniken

### Strategien zum Aufbau von Selbstkontrolle

Mithilfe von Strategien zur Selbstkontrolle und zum Selbstmanagement soll Patienten ein höheres Maß an Reflexionsfähigkeit über ihren Konsum von Alkohol vermittelt werden. Wichtige Maßnahmen sind zum Beispiel:

- die Selbstdokumentation des Alkoholkonsums in Form eines Tagebuchs
- der Abschluss von Verhaltensverträgen
- die Einübung von Verhaltensweisen, die unvereinbar mit dem Alkoholkonsum sind
- die Selbstbelohnung beim Erreichen von Zielen

### Rückfallprophylaxe und -management

Basierend auf dem sozial-kognitiven Rückfallmodell von Marlatt und Gordon [9] kommen in Rückfallpräventionsprogrammen verschiedene bewährte Strategien kombiniert miteinander zur Anwendung. Dies zielt darauf ab, den Betroffenen für rückfallkritische Situationen zu sensibilisieren und ihm Bewältigungsstrategien zum Umgang mit diesen Situationen zu vermitteln. Dabei wird auch der Umgang mit Rückfällen thematisiert; zudem werden Strategien zur Beendigung des Rückfalls erarbeitet.

### Soziales Kompetenztraining

Das vorrangige Ziel des sozialen Kompetenztrainings ist das erfolgreiche Einüben von funktionalem Verhalten in der zwischenmenschlichen Interaktion. Hierdurch soll zum einen eine Reduktion oder Vermeidung unangenehmer Gefühle, die durch zwischenmensch-

liche Kontakte ausgelöst und die durch den Konsum von Alkohol erträglich werden, erreicht werden. Zum anderen sollen so weitere Verstärkungsmöglichkeiten geschaffen werden, beispielsweise durch den Aufbau oder die Erweiterung positiver abstinenzorientierter sozialer Kontakte. Darüber hinaus sollen Kompetenzen zur Ablehnung einer Einladung zu einem alkoholischen Getränk aufgebaut werden.

#### PRAXISTIPP

Das soziale Kompetenztraining wird in der Regel als Gruppentherapie durchgeführt, es besteht aber die Möglichkeit, Elemente hiervon auch in der Einzeltherapie zu nutzen

Neben der Vermittlung von theoretischen Grundlagen zu Fähigkeiten in der sozialen Interaktion liegt das Hauptaugenmerk des sozialen Kompetenztrainings auf übenden Verfahren wie Rollenspielen. Diese können die Patienten in der Gruppe unter einander anwenden oder zunächst mit einem Therapeuten als „Spielpartner“ üben.

#### Stressbewältigungstraining

Das Stressbewältigungstraining beinhaltet neben kognitiven Therapieelementen zur Veränderung eigener Erwartungen und Attributionen vor allem konkret übende Verfahren, wie

- autogenes Training,
- achtsamkeitsbasierte Verfahren oder
- die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen.

Diese Verfahren dienen also primär der „Reaktionskontrolle“. Interventionen der „Situationskontrolle“ zielen darauf ab, eine Veränderung stressauslösender Bedingungen zu erarbeiten, sowie auf das Erlernen von Zeitmanagement- und/oder von Problemlösungsstrategien.

#### Paar- und familientherapeutische Interventionen

Bei vielen alkoholabhängigen Patienten kann es als Folge des erhöhten Alkoholkonsums zu Spannungen und Konflikten in Beziehungen und/oder im Familiensystem kommen. Diese können aber Ursache und aufrechterhaltende Bedingung eines erhöhten Alkoholkonsums sein.

Verhaltenstherapeutische Paar- und Familieninterventionen dienen dazu, dysfunktionale Interaktionsmuster aufzudecken und Möglichkeiten einer alternativen Beziehungsgestaltung zu erarbeiten. Sinnvoll erscheint hierbei eine Kombination der verhaltenstherapeutischen Techniken mit weiteren Techniken aus anderen Therapiesystemen, insbesondere der systemischen

Therapie. Ein solcher Behandlungsansatz setzt jedoch voraus, dass die Angehörigen bzw. wichtigen Bezugspersonen des Patienten bereit sind, aktiv im Therapieprozess mitzuwirken.

#### Alkoholexpositionstraining

Das Ziel des Alkoholexpositionstrainings besteht darin, die bei alkoholabhängigen Patienten in entsprechenden individuellen Auslösesituationen bestehenden Konditionierungs- bzw. Sensitivierungsprozesse zu modulieren, damit sie zukünftig keinen Rückfall verursachen. So sollen Patienten lernen, kritische Situationen für einen Rückfall zu identifizieren, die zu erhöhtem Verlangen nach Alkohol führen, und Bewältigungsstrategien zum Umgang mit Alkoholverlangen in diesen individuellen rückfallkritischen Situationen einzuüben. Hierbei müssen die individuellen Situationen meist mehrfach wiederholt geübt werden.

#### Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung

Die teilstationäre (tagesklinische) Entwöhnungsbehandlung richtet sich vor allem an Patienten, die zwar auch körperliche, psychische oder soziale Probleme haben, deren soziales Umfeld allerdings ausreichend intakt ist, sodass eine komplette Distanzierung vom sozialen Umfeld, wie sie im Rahmen einer vollstationären Entwöhnungsbehandlung gegeben ist, nicht notwendig ist. Wichtig hier ist vor allem eine stabile Wohnsituation, da die Therapie nur an 5–6 Tagen (abhängig von der durchführenden Einrichtung) von morgens bis in den späten Nachmittag dauert und die Patienten die restlichen Zeiten in ihrem privaten Umfeld verbringen.

#### Cave

**Teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen sind wegen der fehlenden stabilen Wohnsituation nicht geeignet für wohnsitzlose Patienten.**

Sie richten sich im Gegensatz zu ambulanten Entwöhnungsbehandlungen (siehe unten) gerade auch gezielt an arbeitslose Patienten, die durch die wohnortnahe Therapie die Therapiezeit gezielt nutzen können, um eine berufliche Perspektiven zu entwerfen [8].

#### Merke

**Wie die stationären Langzeittherapien dauern die teilstationären Therapien in der Regel 12 Wochen.**

Der Beantragungsprozess verläuft nach den gleichen Regeln wie bei der vollstationären Entwöhnungsbehandlung; auch hier ist eine Beantragung in Form eines Nahtlosverfahrens möglich. Auch die therapeutischen Inhalte und Schwerpunkte einer teilstationären Entwöhnungsbehandlung gleichen denen einer vollstationären Therapie, weshalb an dieser Stelle auf eine erneu-

te detaillierte Beschreibung der therapeutischen Inhalte und Schwerpunkte verzichtet wird.

Für geeignete Patienten hat die teilstationäre Langzeitentwöhnungsbehandlung den Vorteil, dass sie die erlernten therapeutischen Strategien bereits während der Behandlung in ihrem eigenen Alltag anwenden können bzw. müssen. Dies führt dazu, dass diese Strategien zeitnah auf Praktikabilität im Alltag des Patienten geprüft werden können und im Erarbeitungsprozess ggf. direkt modifiziert werden können in Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team der behandelnden Klinik.

#### Merke

**Aufgrund der größeren Alltagsnähe im Vergleich zur vollstationären Entwöhnungsbehandlung besteht bei teilstationären Maßnahmen eine größere Gefahr für Rückfälle.**

Sollten Rückfälle so schwerwiegend sein, dass eine medizinisch gestützte Entgiftung notwendig werden sollte, muss eine teilstationäre Langzeitentwöhnungsbehandlung ggf. kurzfristig für eine Akutbehandlung unterbrochen werden. Sollte sich keine Stabilität zur Fortsetzung der teilstationären Rehabilitationsbehandlung herstellen lassen, kann die teilstationäre in Abstimmung mit dem zuständigen Kostenträger (Rentenversicherungsträger bzw. Krankenkasse) in eine stationäre Langzeitentwöhnungsbehandlung umgewandelt werden.

Gerade auch bei Komplikationen im Behandlungsverlauf ist es wichtig, gemeinsam mit dem Patienten die zentralen Ziele der teilstationären Langzeitentwöhnungsbehandlung, die Aktivierung der persönlichen Ressourcen und Bewältigungsfähigkeiten der Patienten sowie die Analyse von Verhaltensmustern und Gewohnheiten, die zur Aufrechterhaltung des Alkoholkonsums beigetragen haben, zu berücksichtigen.

## Ambulante Entwöhnungsbehandlung

Die ambulante Entwöhnungsbehandlung richtet sich vor allem an Patienten, die sozial gut integriert sind und keine bis geringe körperliche Erkrankungen bzw. Funktionseinschränkungen haben. Sie beinhaltet in der Regel 1–2 einzel- bzw. gruppentherapeutische Sitzungen pro Woche. Darüber hinaus bewegen sich die Patienten in ihrem normalen Alltag im persönlichen Umfeld. Die primäre Zielgruppe für diese Art der Therapie sind daher Patienten, die eine feste Tagesstruktur haben, also in der Regel berufstätige Patienten.

#### Cave

**Patienten mit einer fehlenden Tagesstruktur sollte keine ambulante Entwöhnungsbehandlung angeboten werden.**

Die ambulanten Entwöhnungsbehandlungen werden von den ortsansässigen Suchtberatungsstellen am Wohnort des Patienten durch suchttherapeutisch geschulte Sozialpädagogen und Psychologen durchgeführt.

#### Merke

**Die Dauer einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung beträgt zumeist 6–12 Monate.**

Der Beantragungsprozess und die Kostenträger entsprechen denen der stationären bzw. teilstationären Entwöhnungsbehandlung mit der Ausnahme, dass hier keine Beantragung im Nahtlosverfahren möglich ist.

Die angewandten therapeutischen Techniken entsprechen den oben bei der stationären Entwöhnungsbehandlung dargestellten Techniken. Neben der therapeutischen Arbeit mit dem Betroffenen selbst in Einzel- und Gruppentherapien kommt auch in diesem therapeutischen Setting aus den oben geschilderten Gründen der Angehörigenarbeit eine wichtige Rolle zu.

Von allen 3 möglichen Settings, die für die Entwöhnungsbehandlung gewählt werden können, bietet die ambulante Entwöhnungsbehandlung die größte Alltagsnähe und ermöglicht damit natürlich sehr stark die Strategie der Problemaktualisierung im therapeutischen Prozess zu nutzen. So können Patienten anhand von realen Situationen in ihrem privaten oder beruflichen Umfeld die erarbeiteten Strategien hinsichtlich ihrer Funktionalität und Praktikabilität testen. Wie schon bei der teilstationären Entwöhnungsbehandlung, führt die größere Alltagsnähe auch bei der ambulanten Entwöhnungsbehandlung zu einer größeren Rückfallgefahr. Der Umgang mit Rückfällen erfolgt hierbei, wie im Abschnitt der teilstationären Entwöhnungsbehandlung beschrieben. Sollte sich durch die Akutbehandlung keine ausreichende Stabilisierung des Patienten erreichen lassen, kann diese mit Zustimmung des zuständigen Kostenträgers (Rentenversicherungsträger oder Krankenkasse) in eine teil- oder vollstationäre Entwöhnungsbehandlung überführt werden.

#### Merke

**Hinsichtlich der Zielsetzung unterscheidet sich die ambulante Entwöhnungsbehandlung nicht von der stationären bzw. teilstationären Behandlung.**

Über die Kriterien zur Wahl des Therapiesettings informiert ► **Tab. 1.**

► **Tab. 1** Entscheidungshilfen für die Auswahl des Therapiesettings für die Entwöhnungsbehandlung.

	<b>Stationäre Entwöhnungsbehandlung</b>	<b>Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung</b>	<b>Ambulante Entwöhnungsbehandlung</b>
Schwere der Alkoholabhängigkeit	Langjährige Alkoholabhängigkeit hohe Tagestrinkmengen kurze Abstinenzzeiten nach Therapien wiederholte Rückfälle	Langjährige Alkoholabhängigkeit mittlere Tagestrinkmengen längere Abstinenzphasen nach einer Therapie	Frühere Stadien der Alkoholabhängigkeit relativ geringe Trinkmengen längere Abstinenzzeit nach vorangegangenen Therapien
Somatische Folgeerkrankungen	schwere somatische Folgeerkrankungen	leichte/keine somatische Folgeerkrankungen	leichte/keine somatische Folgeerkrankungen
Psychische Begleiterkrankungen	schwere psychische Begleiterkrankungen	leichte/keine psychische Begleiterkrankungen	leichte/keine psychische Begleiterkrankungen
Wohnsituation	auch bei Wohnsitzlosigkeit möglich	fester Wohnsitz Voraussetzung	fester Wohnsitz Voraussetzung
Soziales Umfeld	instabiles soziales Umfeld, Distanzierung notwendig	stabiles soziales Umfeld, keine Distanzierung notwendig	stabiles soziales Umfeld, keine Distanzierung notwendig
Tagestruktur/berufliche Situation	keine Tagesstruktur vorhanden/ Arbeitslosigkeit	keine Tagesstruktur vorhanden/ Arbeitslosigkeit	regelmäßige Arbeitstätigkeit vorhanden

#### FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Die ambulante, teil- oder vollstationäre Entwöhnungsbehandlung bildet ein zentrales Therapieelement der Postakutbehandlung der Alkoholabhängigkeit. Kostenträger hierfür ist in der Regel der Rentenversicherungsträger und nur in Ausnahmefällen die Krankenversicherung des Patienten.

## Adaption

Die Adaption („Anpassung“) ist eine Phase, die sich nach einer stationären (oder selten auch ambulanten) Entwöhnungsbehandlung anschließen kann. Diese Behandlungsphase dient, wenn notwendig, der Unterstützung der Wiedereingliederung des Patienten in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt. Der Patient lebt während dieser Behandlungsphase in einer sogenannten Adaptionseinrichtung. Der Kostenträger der Adaption ist, wie bei der vorangehenden Entwöhnungsbehandlung, entweder der Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse.

## Postakutbehandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Neben der medizinischen Rehabilitation, die zumeist über die Rentenversicherungsträger finanziert wird, kommt der ambulanten Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems eine wichtige Rolle in der Postakutbehandlung bei Alkoholabhängigkeit zu. Hieran sind neben niedergelassenen Hausärzten und Fachärzten verschiedener Fachrichtungen

#### FALLBEISPIEL

Alexander M. ist ein 56 Jahre alter Patient mit einer seit 30 Jahren bestehenden Alkoholabhängigkeit, der bereits wiederholt stationäre Entgiftungen und qualifizierte Entzugsbehandlungen absolviert hat. Im Anschluss an die Therapien konnte der Patient bisher nur kurze Abstinenzzeiten erreichen. Aufgrund des Alkoholkonsums kam es vor 15 Jahren zu der Trennung von seiner Ehefrau. Vor 10 Jahren hat Herr M. seine Arbeitsstelle als Lagerist verloren aufgrund vieler alkoholbedingter unentschuldigter Fehlzeiten. Seither ist der Patient arbeitslos. Durch den übermäßigen Alkoholkonsum kümmerte sich der Patient nicht mehr um seine Termine beim Jobcenter und zahlte auch nicht mehr regelmäßig seine Miete, daher verlor er vor 5 Jahren seine Wohnung. Seither ist Herr M. wohnsitzlos und lebt mit anderen Wohnsitzlosen gemeinsam in einer Grünanlage einer deutschen Großstadt. Seit Beginn der Wohnsitzlosigkeit hat sich seine tägliche Trinkmenge auf 2l Wodka gesteigert, Trinkbeginn ist bereits morgens direkt nach dem Aufstehen. In den ersten Jahren der Wohnsitzlosigkeit lehnte der Patient eine psychosoziale Betreuung durch die Streetworkerin der zuständigen Suchtberatungsstelle kategorisch ab. Seit einigen Monaten, seitdem eine neue Mitarbeiterin zuständig ist, hat er regelmäßig Kontakt zu der Streetworkerin und diese konnte ihn durch eine intensive Motivationsarbeit zu einer erneuten qualifizierten Entzugsbehandlung motivieren. Während dieser Behandlung kann der Patient zu der Durchführung einer erneuten stationären Langzeitentwöhnungsbehandlung motiviert werden. Diese wird in Kooperation zwischen dem Sozialdienst der zuständigen psychiatrischen Klinik, der Streetworkerin und der Suchtberatungsstelle im Nahtlosverfahren beantragt, wodurch Herr M. direkt aus der qualifizierten Entzugsbehandlung in die Weiterbehandlung in eine suchtmmedizinische Fachklinik zur medizinischen Rehabilitation verlegt werden kann.

auch die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) an Kliniken beteiligt.

### Postakutbehandlung in der hausärztlichen Praxis

Die Hausärzte sind im Normalfall die Behandler, welche den individuellen Erkrankungs- und Behandlungsverlauf eines Patienten im Längsschnitt sowie die psychosoziale Situation des Betroffenen am besten kennen. Deshalb kommt ihnen gerade in der Postakutbehandlung eine sehr wichtige Rolle zukommt. Nach der Entlassung aus der klinischen Akutbehandlung werden die Patienten beim Hausarzt sowohl zur Behandlung von somatischen und psychischen Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit als auch zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit selbst vorgestellt. Durch das oft über viele Jahre gewachsene Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem Hausarzt werden belastende psychosoziale Faktoren sowie körperliche und psychische Folgen des Alkoholkonsums oft zunächst dem Hausarzt offenbart.

So stellt er die Indikation für eine fachärztliche Abklärung und Weiterbehandlung spezifischer Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit und unterstützt den Patienten bei der Organisation der Behandlung. Gleichzeitig erhält er von allen mitbehandelnden Fachärzten die Behandlungsempfehlungen, wodurch ihm die Aufgabe der Koordination und Abstimmung der einzelnen Behandlungsschritte zukommt. Darüber hinaus ist es die Aufgabe des Hausarztes während des Behandlungsprozesses darauf zu achten, die Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit und das damit verbundene Rückfallrisiko nicht aus den Augen zu verlieren.

#### Merke

Dem Hausarzt kommt eine Art „Gate-keeper“- bzw. „Casemanager“-Funktion in der postakuten Behandlung des Patienten im vertragsärztlichen Versorgungssystem zu.

### Fachärztliche Postakutbehandlung

In der Regel führen akute oder chronische somatische oder psychische Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit zu einer Vorstellung des Patienten bei einem niedergelassenen Facharzt. Hierbei können Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen gleichzeitig bzw. nacheinander in die Postakutbehandlung eines individuellen Patienten involviert sein, die Schwerpunkte liegen allerdings im internistischen sowie psychiatrisch-neurologischen Fachgebiet. Neben der spezifischen leitliniengerechten Behandlung der Folgeerkrankung sollte auch während der fachärztlichen Konsultation immer wieder der Verlauf der Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit vor allem in Hinblick auf (drohende) Rückfälle thematisiert werden und bei Problemen spe-

zifische Hilfestellungen angeboten werden oder eine Vermittlung an die zuständigen Stellen im Suchthilfesystem erfolgen.

### Postakutbehandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Neben einer Postakutbehandlung bei niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie kann die psychiatrisch-suchtmedizinische Behandlung von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit auch in psychiatrischen Institutsambulanzen, sogenannten PIAs erfolgen. Das besondere Augenmerk bei dieser Behandlung liegt neben den unmittelbaren Symptomen der Alkoholabhängigkeit auf der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Folgeerkrankungen wie depressiven Syndromen, Angsterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Die Behandlungsangebote von PIAs richten sich dabei primär an schwer betroffene Patienten oft mit einer oder mehreren psychiatrischen Folgeerkrankungen, da sie aufgrund der relativ kurzen Wartezeiten auf einen Behandlungstermin von den Patienten als niederschwelliger empfunden werden als die Behandlung bei niedergelassenen Fachärzten. Ein weiterer Vorteil der PIA in der Behandlung von schwerstabhängigen Patienten ist deren sehr gute Vernetzung mit den anderen Einrichtungen des Suchthilfenetzwerks, was die Weitervermittlung in andere Behandlungs- und Betreuungsangebote erleichtert.

#### PRAXISTIPP

Das zweite wichtige Therapieelement der Postakutbehandlung der Alkoholabhängigkeit bildet die Behandlung bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtungen sowie in psychiatrischen Institutsambulanzen.

### Antragspsychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeuten

Eine psychotherapeutische Behandlung von alkoholabhängigen Patienten kann in der Postakutphase sowohl zur Therapie der Alkoholabhängigkeit als auch hinsichtlich psychiatrischer Begleit- und Folgeerkrankungen wie Angststörungen und depressiven Syndromen indiziert sein. Die Eingangsvoraussetzung für die Beantragung und Genehmigung einer solchen Therapie ist allerdings die Abstinenz des Patienten zu Therapiebeginn. Diese muss anhand eines dem Antrag beigefügten ärztlichen Befundberichts belegt werden. Kann die Abstinenz vor Beginn der Therapie nicht erreicht werden, so kann in Ausnahmefällen auch bei noch konsumierenden Patienten eine Psychotherapie beantragt werden, es muss dann allerdings sichergestellt und

nachgewiesen werden, dass der Patient spätestens nach Ablauf der 10. Therapiestunde gegebenenfalls mit ärztlich/medizinischer Unterstützung eine Abstinenz erreicht hat. Sollte dies nicht der Fall sein, so darf die Behandlung nicht fortgesetzt werden.

#### Merke

**Eingangsvoraussetzung für die Beantragung ist die Abstinenz oder bald zu erwartende Abstinenz der Patienten.**

Sollte es während einer laufenden ambulanten Antragspsychotherapie bei einem Patienten zu einem Rückfall mit Alkohol kommen, so muss die Behandlung nicht zwingend abgebrochen werden, vielmehr sollte der Rückfall psychotherapeutisch mit dem Patienten aufgearbeitet werden auch hinsichtlich Auslösefaktoren und Konsequenzen des Rückfalls. Außerdem muss der Patient unterstützt werden, mit ärztlich/medizinischer Hilfe den Rückfall zu beenden.

## Psychosoziale Beratungsstellen (Suchtberatungsstellen)

Das Aufgabenportfolio von Suchtberatungsstellen ist sehr vielfältig. So beinhaltet es die niedrigschwellige Beratung, die Diagnostik sowie die Motivation zu weiterführenden Behandlungen (Vermittlung in Entzugsbehandlungen; Beantragung von Entwöhnungsbehandlungen). Darüber hinaus führen die Suchtberatungsstellen selbst ambulante Langzeitentwöhnungsbehandlungen durch und halten Angebote zur Tagesstrukturierung wie Tagesstätten für Abhängigkeitserkrankte vor. Außerdem betreuen sie oft Nachsorge-wohngemeinschaften, in die Patienten im Anschluss an eine stationäre Langzeitentwöhnungsbehandlung in ihrem Heimatort ziehen können. Sie kümmern sich im Rahmen von „zugehender Sozialarbeit“ auch um wohnsitzlose Abhängigkeitserkrankte und helfen diesen, in Therapie zu gelangen und wieder im Sozialsystem Fuß zu fassen. Ein weiterer Schwerpunkt von Suchtberatungsstellen liegt in der Betreuung von suchtkranken Eltern (und deren Kindern) sowie Schwangeren. Außerdem beteiligen sich Suchtberatungsstellen an Suchtpräventionsangeboten oft mit regionalem Bezug.

Einige Beratungsstellen bieten darüber hinaus spezielle Therapieangebote an, wie z. B. Gruppenangebote zum reduzierten Trinken (Details siehe unten).

Suchtberatungsstellen stellen somit oft das Bindeglied zwischen den Behandlungsphasen dar und sind sowohl mit Einrichtungen der Akutversorgung, der Suchtrehabilitation und der Selbsthilfe eng vernetzt.

## Selbsthilfe

Wie bei anderen psychischen und somatischen Erkrankungen dienen Selbsthilfegruppen für alkoholabhängige Patienten vor allem dem Austausch mit anderen Betroffenen, dem Aufbau von (suchtmittelabstinenten) Sozialkontakten und der Hilfe bei Alltagsproblemen. Außerdem können sie eine Abstinenzmotivation schaffen und aufrechterhalten.

#### Merke

**Selbsthilfegruppen sind von allen Angeboten in der Alkoholbehandlung, vom Erstkontakt bis zur Rückfallprophylaxe, die niederschwelligsten Angebote.**

Neben Selbsthilfegruppen für die Betroffenen selbst gibt es mittlerweile auch eine Vielzahl von Angebote für Angehörige von alkoholabhängigen Patienten. Auch hier liegt der Schwerpunkt auf dem Austausch über Probleme, die sich im Alltag aus der Erkrankung des Patienten (für sein Umfeld) ergeben und der Erarbeitung von Strategien im Umgang damit.

## Rückfallprophylaktische Pharmakotherapie

Präklinische und klinische Daten zeigen, dass Veränderungen im mesolimbisch-mesokortikalen Belohnungssystem, stressassoziierten Mechanismen sowie Dysfunktionen der exekutiven Kontrolle bei der Aufrechterhaltung des Alkoholkonsums im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit eine wichtige Rolle zukommt. Diese Systeme stellen somit relevante Angriffspunkte für rückfallprophylaktisch wirksame Medikamente dar. Heute kommen in der pharmakologischen Rückfallprophylaxe Medikamente aus verschiedenen Substanzklassen zum Einsatz (s. ► **Tab. 2**):

- der Glutamatmodulator Acamprosat,
- die Opioidantagonisten Naltrexon und Nalmefen, die beide (auch) trinkmengenreduzierende Wirkungen haben
- das alkoholaversiv wirksame Disulfiram [10]

Für Substanzen mit Wirkung auf das cholinerge, dopaminerge und serotonerge System konnten bisher keine replizierbaren abstinenzhaltenden Effekte gezeigt werden [11, 12]. Daher spricht die aktuell geltende S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ explizit eine Nichtempfehlung zum Einsatz von selektiven Serotonin Re-Uptake-Inhibitoren (SSRI) in der medikamentösen Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit aus [3]. Darüber hinaus konnte eine Metaanalyse von 13 randomisiert kontrollierten Studien (RCT) von Kishi et al. [13] eine grundsätzlich fehlende Wirksamkeit von Antipsychotika in der Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit zeigen.

► **Tab. 2** Übersicht über rückfallprophylaktische Medikamente.

	<b>Acamprosat</b>	<b>Disulfiram</b>	<b>Naltrexon</b>	<b>Nalmefen</b>
Wirkmechanismus	NMDA-Rezeptormodulator	Selektive und irreversible Hemmung der Alkoholdehydrogenase	$\mu$ - und $\delta$ -Opioidrezeptorantagonist	Selektiver $\mu$ - und $\delta$ -Opioidrezeptorantagonist mit partieller agonistischer Aktivität am $\kappa$ -Rezeptor
Indikation	Abstinenzaufrichterhaltung	Abstinenzaufrichterhaltung	→ Abstinenzaufrichterhaltung → Trinkmengenreduktion	Trinkmengenreduktion; „as-needed“
Kontraindikationen	→ Nierensuffizienz → Überempfindlichkeit gegenüber Acamprosat	→ schwere Leberfunktionsstörungen, Leberzirrhose → schwere psychiatrische Komorbiditäten → Suizidalität → schwere Impulskontrollstörungen → Überempfindlichkeit gegen Disulfiram → schwere kardiovaskuläre Erkrankungen	→ Medikation mit opioidhaltigen Medikamenten → bestehende Opiatsubstitution → Überempfindlichkeit gegenüber Naltrexon → Leberzirrhose	→ Medikation mit opioidhaltigen Medikamenten → bestehende Opiatsubstitution → Überempfindlichkeit gegenüber Nalmefen
Dosierung	→ Gewicht > 60 kg 3 × 666 mg/Tag; → Gewicht < 60 kg 2 × 333 mg + 1 × 666 mg/Tag	500 mg 3 ×/Woche	50–100 mg/Tag	bei Bedarf: 18 mg max 1 ×/Tag
Dosierungsschema	3 × tägliche Gabe	3 ×/Woche (Mo, Mi, Fr; supervidierte Vergabe)	1 × tägliche Gabe	bei Bedarf in Risikosituationen
Therapiekosten (ca.)	3,10 Euro Tagestherapiekosten	0,30–0,50 Euro Tagestherapiekosten	4,60 Euro Tagestherapiekosten	5,80 Euro täglich oder ca. 2,90 Euro bei einer Einnahme alle 2 Tage

## Acamprosat

Acamprosat wirkt vermutlich als NMDA-Rezeptormodulator und ist für die Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit zugelassen. Metaanalytische Daten belegen die Wirksamkeit in der Aufrechterhaltung der Abstinenz; nicht jedoch nach einem Trinkrückfall die Rückkehr in die Abstinenz [10]. In der Dauertherapie sollte Acamprosat bei Patienten 2- bis 3-mal täglich verabreicht werden (bei Patienten mit einem Gewicht > 60 kg 3 × 666 mg; bei Patienten mit einem Gewicht < 60 kg 2 × 333 mg + 1 × 666 mg) [10].

### — Cave

**Die Notwendigkeit der 2- bis 3-mal täglichen Acamprosat-Gabe erfordert eine hohe Einnahmecompliance des Patienten.**

Eine medikamentöse rückfallprophylaktische Therapie mit Acamprosat sollte für mindestens 3–6 Monate nach Beginn der Abstinenz erfolgen, in Einzelfällen kann auch eine längere Einnahme für bis zu 12 Monaten sinnvoll sein.

Kontraindiziert ist eine Therapie mit Acamprosat bei Nierensuffizienz (Serumkreatinin > 120  $\mu$ mol/l). Außerdem darf eine Behandlung mit Acamprosat bei bekannten Überempfindlichkeitsreaktionen gegen den Wirkstoff nicht erfolgen [10].

Die Therapiekosten betragen bei Einnahme von 3 × 666 mg (2 Tabletten a 333 mg) pro Tag ca. 3,10 Euro. Die Kosten werden von der Krankenkasse nach ärztlicher Verordnung übernommen.

### — Cave

**Die Therapie mit Acamprosat ist kontraindiziert bei Niereninsuffizienz.**

## Naltrexon

Naltrexon wirkt als  $\mu$ - und  $\delta$ -Opioidrezeptorantagonist und ist in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit zur Reduktion des Rückfallrisikos, als unterstützende Behandlung in der Abstinenz und zur Minderung des Verlangens nach Alkohol zugelassen. Seine Wirksamkeit wird in Metaanalysen positiv bewertet. Da Naltrexon außer rückfallprophylaktischen auch trinkmengenre-

duzierende Eigenschaften hat, kann es im Gegensatz zu Acamprosat auch im Rahmen von nicht primär abstinentenorientierten Therapieansätzen zur Unterstützung einer Trinkmengenreduktion eingesetzt werden [10, 16]. In der Dauertherapie beträgt die tägliche Standarddosis 50 mg einmal täglich [10]. Eine medikamentöse rückfallprophylaktische Therapie mit Naltrexon sollte für mindestens 3–6 Monate nach Beginn der Abstinenz erfolgen, in Einzelfällen kann auch eine längere Einnahme für bis zu 12 Monaten sinnvoll sein.

Kontraindiziert ist eine Therapie mit Naltrexon bei einer zusätzlich bestehenden Medikation mit opioidhaltigen Medikamenten (z. B. mit opioidhaltigen Schmerzmitteln oder bei einer bestehenden Opioidsubstitution), da sonst durch die Gabe von Naltrexon aufgrund dessen antagonistischer Wirkung an den zentralen Opioidrezeptoren ein Entzugssyndrom ausgelöst werden kann. Außerdem darf eine Behandlung mit Naltrexon bei einer Leberzirrhose sowie bei bekannten Überempfindlichkeitsreaktionen gegen Naltrexon nicht erfolgen [10].

Die Therapiekosten betragen bei Einnahme von 50 mg pro Tag ca. 4,60 Euro. Die Kosten werden von der Krankenkasse nach ärztlicher Verordnung übernommen. Die Wirksamkeit von Naltrexon konnte auch für Patienten mit einer psychiatrischen Komorbidität wie einer Depression oder einer posttraumatischen Belastungsstörung nachgewiesen werden [17].

### Nalmefen

Nalmefen wirkt als selektiver Opioidrezeptorligand mit antagonistischer Aktivität am  $\mu$ - und  $\delta$ -Rezeptor und mit partieller agonistischer Aktivität am  $\kappa$ -Rezeptor trinkmengenreduzierend bei Alkoholabhängigkeit [18, 19]. Ob die Wirkung am  $\kappa$ -Rezeptor (und die mögliche Reduktion anxiogener, anhedoner Symptome) darüber hinaus einen klinisch relevanten Zusatznutzen vermittelt, ist offen. Zugelassen ist Nalmefen zur Reduktion des Alkoholkonsums bei erwachsenen Patienten mit Alkoholabhängigkeit, deren Alkoholkonsum „sich auf einem hohen Risikoniveau befindet“ ( $>60$  g/d für Männer;  $>40$  g/d für Frauen), bei denen aber keine körperlichen Entzugserscheinungen vorliegen und die keiner sofortigen Entgiftung bedürfen. Es besteht keine Zulassung als Medikation zur Aufrechterhaltung der Abstinenz. Die Hepatotoxizität von Nalmefen ist im Vergleich zu Naltrexon geringer.

Entsprechend der Indikation eignet sich Nalmefen für eine „As-needed“-Behandlung; d. h. für eine bedarfsmäßige Einnahme an Tagen, an denen ein (hoher) Alkoholkonsum erwartet wird [10].

Die Therapiekosten betragen bei Einnahme von einer Tablette (18 mg) pro Tag ca. 5,80 Euro; bei einer Einnahme an jedem 2. Tag, wie dies in den Zulassungsstudien durchschnittlich erfolgte, ca. 2,90 Euro. Laut Stellungnahme des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) kann die Kostenübernahme für eine Behandlung mit Nalmefen durch die gesetzliche Krankenversicherung zur Unterstützung der Reduktion des Alkoholkonsums bei alkoholkranken Patienten, die auf eine Abstinenztherapie hingeführt werden, bis zu 3, in Ausnahmefällen bis zu 6 Monaten erfolgen.

### WECHSELWIRKUNG

Naltrexon oder Nalmefen dürfen keinesfalls in Kombination mit opioidhaltigen Medikamenten oder bei einer bestehenden Opioidsubstitution in der Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit angewandt werden, da hierdurch ein schweres Opiatentzugssyndrom ausgelöst werden kann.

### Disulfiram

Das alkoholaversiv wirksame Disulfiram wird nach spezieller Indikationsstellung vor allem in der medikamentösen Rückfallprophylaxe bei schwerstabhängigen Patienten angewandt [14, 15]. Die alkoholaversive Wirkung entsteht durch eine selektive und irreversible Hemmung des hepatischen Alkoholabbaus auf der Stufe des Acetaldehyds. Konsumieren die Patienten während einer Therapie mit Disulfiram Alkohol, so kommt es zu einer Anreicherung des toxischen Acetaldehyds, was die typischen Symptome der Aversivreaktion auslöst [10].

Bei einer leichten bis mittelschweren Aversivreaktion kommt es bereits bei einem Konsum von 3 g reinem Alkohol (75 ml Bier) innerhalb weniger Minuten zu folgenden Symptomen:

- Gefäßerweiterung
- Flush
- Blutdruckabfall, kompensatorisch Anstieg der Herzfrequenz
- Kopfschmerzen
- Schwitzen

Bei einer schweren Aversivreaktion können folgende Symptome auftreten:

- massive Gefäßerweiterung
- Schwindel
- Übelkeit/Erbrechen
- Herzrhythmusstörungen/Myokardinfarkt
- Tod

Die Therapie mit Disulfiram sollte als supervidierte Vergabe erfolgen d. h. die Verabreichung sollte im Rahmen einer Spezialsprechstunde unter ärztlicher Aufsicht nach vorheriger Atemalkoholkontrolle durchgeführt werden (z. B. 3×/Woche 500 mg).

#### PRAXISTIPP

Aufgrund der potenziell lebensbedrohlichen Komplikationen bei Trinkzwischenfällen und dem organisatorischen und personellen Aufwand bei der Vergabe stellt Disulfiram keine Standardtherapie dar, sondern richtet sich an schwerstabhängige Patienten, bei denen andere rückfallprophylaktische Therapiemaßnahmen wie Entwöhnungsbehandlungen und Therapieversuche mit anderen zugelassenen rückfallprophylaktischen Medikamenten keinen (längerfristigen) Erfolg erbracht haben.

Kontraindiziert ist eine Therapie mit Disulfiram bei:

- Patienten mit schweren Leberfunktionsstörungen (GGT > 3-facher Normwert, Leberzirrhose),
- Patienten mit schweren psychiatrischen Komorbiditäten wie schweren affektiven oder psychotischen Störungen,
- suizidalen Patienten oder
- Patienten mit einer schweren Impulskontrollstörung

Außerdem darf eine Behandlung mit Disulfiram bei bekannten Überempfindlichkeitsreaktionen gegen Disulfiram sowie bei vorbekannten schweren kardiovaskulären Erkrankungen wie Myokardinfarkt und Apoplex nicht erfolgen [10].

Die Verschreibung von Disulfiram stellt aktuell in Deutschland einen Off-Label-Use dar, da die Herstellerfirma die Zulassung 2013 zurückgegeben hat. Die europäische Zulassung besteht jedoch weiterhin, sodass Disulfiram aus dem europäischen Ausland importiert werden kann. Die Kosten für das Medikament muss der Patient in der Regel selbst tragen (Tagestherapiekosten zwischen 0,30 und 0,50 Euro). Einige Krankenkassen übernehmen nach individueller Beantragung im Einzelfall aber auch die Therapiekosten.

#### Cave

**Disulfiram darf bei schweren kardiovaskulären Erkrankungen sowie bei Leberzirrhose nicht verordnet werden.**

## Neue pharmakologische Ansätze in der Rückfallprohylaxe

**Topiramate** konnte in mehreren RCT an Alkoholabhängigen eine gegenüber Placebo überlegene Wirkung im Hinblick auf eine Trinkmengenreduktion zeigen, die Gabe kann jedoch mit kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen [10].

Als GABA<sub>B</sub>-Rezeptoragonist könnte außerdem **Baclofen (Lioresal)** rückfallprophylaktische Eigenschaften besitzen. Die Datenlage der RCT hierzu ist uneinheitlich. Zusammenfassend weist sie eher auf trinkmengenreduzierende Effekte als auf abstinenzhaltende Effekte hin [10]. Als Zusatztherapie bei kognitiver Verhaltenstherapie war der 5-HT<sub>3</sub>-Rezeptorantagonist **Ondansetron** (z. B. Zofran; 2×4 mg/d) in einer großen RCT bei Alkoholabhängigen mit frühem Beginn einer Placebobehandlung überlegen [10].

Trotz der teilweise positiven Studienergebnisse für Topiramate, Baclofen und Ondansetron in der medikamentösen Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Patienten spricht die aktuell geltende S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wie für die SSRI (siehe oben) auch für diese Substanzen eine Nichtempfehlung zum Einsatz in der medikamentösen Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit aus [3].

Neben dem Einsatz neuer pharmakologischer Strategien können, um den klinischen Effekt einer rückfallprophylaktischen Medikation zu verbessern, Kombinationsbehandlungen mit Substanzen mit einem unterschiedlichen pharmakologischen Profil erfolgen. Die Studienlage zur Effektivität einer solchen Kombinationsbehandlung ist jedoch noch begrenzt. Für die Kombination von Acamprosat plus Naltrexon sowie für Acamprosat plus Disulfiram, Naltrexon plus Topiramate und Naltrexon plus Ondansetron liegen positive Daten vor [10].

## FALLBEISPIEL

Johannes T. ist 47 Jahre alt und leidet seit dem 22. Lebensjahr an einer Alkoholabhängigkeit. In den letzten 15 Jahren konnte der Patient trotz der Durchführung von wiederholten qualifizierten Entzugstherapien, 3 stationären Entwöhnungsbehandlungen sowie mehrfachen medikamentösen rückfallprophylaktischen Therapieversuchen mit Naltrexon und Acamprosat und der regelmäßigen Teilnahme an Selbsthilfegruppen im häuslichen Rahmen keine längeren Abstinenzzeiten erreichen. Nun stellte sich der Patient in einer suchtmmedizinischen Spezialambulanz vor zu einer Beratung hinsichtlich weiterer Therapiemöglichkeiten. Nach Erhebung der Anamnese und der bisher durchgeführten Therapien sowie einer somatischen Diagnostik mittels Laboruntersuchung (v. a. Leberretentionsparameter) und

Abdomensonografie klärte der behandelnde Psychiater den Patienten nach Ausschluss von Kontraindikationen über den Wirkmechanismus der Aversivprophylaxe mit Disulfiram sowie die Rahmenbedingungen der supervidierten Disulfiramvergabe auf. Außerdem wurde Herr T. sowohl mündlich als auch schriftlich über den Off-Label-Use des Medikaments aufgeklärt. Er begann bereits am Folgetage mit der ambulanten Einstellung auf Disulfiram und konnte durch die regelmäßige Teilnahme an der supervidierten Vergabe in der Folgezeit eine zusammenhängende Abstinenzzeit von 18 Monaten erreichen. In dieser Zeit nahm der Patient erstmals wieder seit mehr als 10 Jahren eine Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt an.

## Reduzierter Konsum

Für viele alkoholabhängige Patienten ist nicht die Abstinenz, sondern ein reduzierter Konsum das primäre Therapieziel bei Antritt einer suchtmmedizinischen Behandlung [20]. Das Vorhalten von Therapieangeboten, die auf eine Konsumreduktion abzielen, kann dazu beitragen, mehr Betroffene in eine suchtspezifische Behandlung zu bringen. Daten einer niederländischen Studie zeigen, dass von den in die Untersuchung eingeschlossenen alkoholabhängigen Patienten über einen Zeitraum von 36 Monaten 51,3% einen risikoarmen und 22,1% der Patienten einen moderaten Alkoholkonsum aufrechterhalten konnten, ohne in frühere Trinkmuster zurückzufallen [21].

Der reduzierte Konsum kann unterteilt werden in

- den selbstkontrollierten reduzierten Konsum, bei dem der Patient selbst lernt, seinen Konsum zu kontrollieren und
- den fremdkontrollierten, reduzierten Konsum, bei dem Dritte für den Patienten den Konsum kontrollieren, wie z. B. Mitarbeiter einer therapeutischen Wohneinrichtung oder eines Pflegeheims.

Die primären Ziele des selbstkontrollierten und des fremdkontrollierten reduzierten Konsums sind die Reduktion akuter und chronischer somatischer und psychischer Schädigungen durch eine Alkoholintoxikation. Darüber hinaus zielt eine Trinkmengenreduktion auch darauf ab, soziale und juristische Folgen der akuten und chronischen Alkoholintoxikation zu minimieren. Ebenso kann basierend auf metaanalytischen Auswertungen mehrerer großer Studien klar eine Senkung des Mortalitätsrisikos durch eine Trinkmengenreduktion im Vergleich zu einem unkontrollierten Konsum belegt werden [22].

### Merke

**Die Auswahl der geeigneten Patienten beeinflusst zu einem hohen Maße die Erfolgsaussichten des reduzierten kontrollierten Konsums.**

Wichtige Indikatoren, welche die Erfolgsaussichten des kontrollierten, reduzierten Konsums beeinflussen, sind die folgenden Faktoren [23]:

- **Schwere der alkoholbezogenen Störung:** Verhaltenstherapeutische Programme zur Trinkmengenreduktion scheinen bei Patienten mit einer leichter ausgeprägten Alkoholabhängigkeit besser wirksam zu sein als bei schwer abhängigen Patienten.
- **Motivationslage der betroffenen Patienten:** Der bestmögliche Therapieerfolg ist dann zu erwarten, wenn der gewählte Therapieweg mit dem Patientenwunsch übereinstimmt.
- **Beachtung von medizinischen und sozialen Kontraindikationen** für einen kontrollierten Konsum, wie z. B. eine bestehende Schwangerschaft, die Einnahme von Medikamenten, die nicht mit Alkohol kombiniert werden dürfen, eine schwere Leberschädigung oder eine schwere Delinquenz.
- **Therapeutische Vorerfahrung des Patienten:** Patienten, die bereits mehrfach gescheiterte Trinkmengenreduktionsversuche hinter sich haben, sollte man nicht nochmals ein therapeutisches Angebot zur Trinkmengenreduktion machen. Hier sollte eher ein abstinenzorientiertes Angebot gemacht werden.
- **Berücksichtigung der örtlichen Verfügbarkeit des gewählten Therapieangebots:** Es ist nicht sinnvoll, den Patienten in ein Trinkmengenreduktionsprogramm zu vermitteln, im Rahmen dessen er eine sehr lange Anfahrt zu den Therapiesitzungen in Kauf nehmen muss. Dies wird im Alltag zu einer schlechten Compliance des Patienten während der Therapie führen.

**FALLBEISPIEL**

Anna D., 47 Jahre stellt sich erstmals in der Suchtambulanz einer Universitätsklinik vor, weil sie sich Sorgen um das Ausmaß ihres Alkoholkonsums macht. Seit ca. 2 Jahren trinkt die Patientin täglich nach Feierabend ca. 1 l Wein. Begonnen hatte sie den täglichen Konsum während einer sehr anstrengenden beruflichen Phase. Damals hatte der Konsum der Patientin geholfen, abzuschalten und die beruflichen Probleme nach Feierabend zu vergessen. Zunächst hatte der Konsum hierbei ca. 0,25–0,5 l Wein/Tag betragen, sich dann aber schnell auf 1 l/Tag gesteigert. Negative Konsequenzen durch den Konsum oder körperliche Folgen sind bisher noch nicht aufgetreten. Die Patientin hat allerdings sehr große Angst, dass dies in Zukunft passieren könnte. Daher wünscht sie sich nun therapeutische Unterstützung bei einer Verringerung der täglichen Trinkmenge und beim Etablieren von 1–2 konsumfreien Tagen pro Woche. Im Rahmen des Diagnostikprozesses zeigt sich, dass die Patientin 3 der 6 ICD-10 Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllt, formal also die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit gestellt werden muss.

Im Gespräch wird deutlich, dass sich Frau D. aktuell kein komplett abstinentes Leben vorstellen kann, aber eine deutliche Reduktion der täglichen Konsummenge und mehrere konsumfreie Tage pro Woche erreichen möchte. Mit ihrem Therapeuten vereinbart sie daher, dass sie beginnt, ihren Konsum in einem Trinktagebuch festzuhalten und gleichzeitig Auslöser für den Konsum zu analysieren.

Als ersten Schritt zur Reduktion des Konsums vereinbart Frau D. daher mit ihrem Therapeuten, dass sie sich zukünftig wöchentlich in der Suchtambulanz vorstellt und in diesen Terminen individuelle Wochenziele zur Konsumreduktion vereinbart werden. Diese soll die Patientin mithilfe eines Trinktagebuchs selbstständig überwachen. Zusätzlich wird ein Therapieversuch mit Nalmefen als „As-needed“-Medikation für Risikosituationen mit einer hohen Gefahr für einen übermäßigen Alkoholkonsum vereinbart. Außerdem erarbeitet sie gemeinsam mit ihrem Therapeuten als alternative Strategie zum Stressabbau den Beginn von autogenem Training. Durch diese Maßnahmen kann Frau D. ihren täglichen Konsum auf 0,25–0,5 l Wein reduzieren und schafft es, am Wochenende ganz auf Alkohol zu verzichten.

Inhaltlich fokussieren die gruppen- und einzeltherapeutischen Programme zur Trinkmengenreduktion im Rahmen des selbstkontrollierten Konsums auf folgende Themen:

- therapeutische Auseinandersetzung mit dem Kontrollverlust einem Kernsymptom der Alkoholabhängigkeit
- Führen eines Trinktagebuchs
- regelmäßiges Setzen von Wochenzielen bezüglich des Ausmaßes der Konsumreduktion
- Erlernen von Alternativstrategien im Umgang mit Stress und zur Belohnung bei Erfolgen

**Fazit**

Ambulante, teilstationäre bzw. stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen („Langzeittherapie“) sowie der Besuch von komplementären Angeboten wie psychosozialen Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Tagesstätten für Abhängigkeitserkrankte bilden den Schwerpunkt der Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit. Ein weiteres wichtiges Standbein zur Aufrechterhaltung einer dauerhaften Abstinenz besteht in der Anwendung von Maßnahmen der psycho-, sozio- und pharmakotherapeutischen Rückfallprophylaxe.

Für Betroffene, bei denen ein Abstinenzziel kurzfristig nicht erreicht werden kann, sind in den letzten Jahren Angebote zur Trinkmengenreduktion etabliert worden.

Gemeinsam ist allen Angeboten der Rückfallprophylaxe, dass sie das Ziel verfolgen, die Entstehung von somatischen und psychischen Folgeerkrankungen zu minimieren, Morbidität und Mortalität zu reduzieren sowie die Lebensqualität und Teilhabe der betroffenen Patienten am gesellschaftlichen Leben zu verbessern.

## KERNAUSSAGEN

- Die medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) kann ambulant, teil- und vollstationär durchgeführt werden.
- Kostenträger der medizinischen Rehabilitation sind normalerweise die Rentenversicherungsträger, nur in Ausnahmefällen die Krankenkassen.
- An der vertragsärztlichen Postakutbehandlung sind sowohl Hausärzte als auch Fachärzte verschiedener Fachrichtungen und psychiatrische Institutsambulanzen beteiligt.
- Neben medizinischen Facheinrichtungen sind in die Postakutbehandlung auch komplementäre Einrichtungen wie Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen eingebunden.
- In der medikamentösen Rückfallprophylaxe kommen der Glutamatmodulator Acamprosat, die Opioidantagonisten Naltrexon und Nalmefen, die beide (auch) trinkmengenreduzierende Wirkungen haben, sowie das alkoholaversiv wirksame Disulfiram zum Einsatz.
- Die Trinkmengenreduktion kann im Sinne eines „Harm-Reduction“-Einsatzes ein sinnvolles alternatives Therapieziel in der Rückfallprophylaxe sein, wenn Patienten keine vollständige Abstinenz erreichen können oder wollen.

## Interessenkonflikt

### Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

### Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Autorinnen/Autoren



### Anne Koopmann

PD Dr. med. 2000–2007 Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg. 2007–2008 Assistenzärztin an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Elisabethenstift in Darmstadt. 2008–20013 Assistenzärztin an der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim. Seit 2014 Oberärztin an der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

## Korrespondenzadresse

### PD Dr. med. Anne Koopmann

Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Quadrat J5  
68159 Mannheim  
anne.koopmann@zi-mannheim.de

## Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Anne Koopmann, Mannheim.

## Literatur

- [1] Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN et al. Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 577–584
- [2] Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. European Addiction Reserach 2015; 21: 262–272
- [3] AWMF. Mann K, Hoch E, Batra A. S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. 2016: Im Internet: (Stand 20.03.2020) [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001k\\_S3\\_Alkohol\\_2016-02-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001k_S3_Alkohol_2016-02-abgelaufen.pdf)
- [4] Driessen M, Veltrup C, Junghanns K et al. [Cost-efficacy analysis of clinically evaluated therapeutic programs. An expanded withdrawal therapy in alcohol dependence]. Nervenarzt 1999; 70: 463–470
- [5] Lange W, Veltrup C, Driessen M. Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung: Kurz-, mittel- und langfristige Katamnesen. Sucht 1999; 45: 235–244
- [6] Loeber S, Kiefer F, Wagner F et al. [Treatment outcome after inpatient alcohol withdrawal: impact of motivational interventions: a comparative study]. Nervenarzt 2009; 80: 1085–1092
- [7] Missel P, Koch A, Arens J et al. Entwöhnungsbehandlung und andere Formen der Postakutbehandlung. In: Mann K et al, Hrsg. S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ 2006
- [8] Geyer D, Beutel M, Funke W et al. Postakutbehandlung. In: Schmidt LG, Falkai P, Gaebel W, Hrsg. Evidenzbasierte Suchtmedizin – Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2006: 52–89
- [9] Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention. New York: Guilford; 1995
- [10] Kiefer F, Benkert O. Medikamente zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und abhängigem Verhalten. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie Heidelberg: Springer; 2018
- [11] Spanagel R, Kiefer F. Drugs for relapse prevention of alcoholism: ten years of progress. Trends in Pharmacological Sciences 2008; 29: 109–115

- [12] Spanagel R, Vengeliene V, Jandeleit B et al. Acamprosate produces its anti-relapse effects via calci-um. *Neuropsychopharmacology* 2014; 39: 783–791
- [13] Kishi T, Sevy S, Chekuri R et al. Antipsychotics for primary alcohol dependence: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. *Clin Psychiatry* 2013; 74: e642–654
- [14] Kiefer F, Mann K. Evidenzbasierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt* 2007; 78: 1321–1331
- [15] Ehrenreich H, Mangholz A, Schmitt M et al. OLITA: an alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247: 51–54
- [16] Soyka M. Nalmefene for the treatment of alcohol use disorders: recent data and clinical potential. *Expert Opin Pharmacother* 2016; 17: 619–626
- [17] Foa EB, Yuskov DA, McLean CP et al. Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. *JAMA* 2013; 310: 488
- [18] Mann K, Aubin H-J, Charlet K et al. Can reduced drinking be a viable goal for alcohol dependent patients? *World Psychiatry* 2017; 16: 325–326
- [19] Barrio P, Ortega L, Guardia J et al. Who receives nalmefene and how does it work in the real world? A single-arm, phase IV study of nalmefene in alcohol dependent outpatients: Baseline and 1-Month Results *Clin Drug Investig* 2018; 38: 147–155
- [20] van Amsterdam J, van den Brink W. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J Psychopharmacol* 2013; 27: 987–997
- [21] Tuithof M, tenHave M, van den Brink W et al. Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence* 2014; 140: 85–91
- [22] Roerecke M, Gual A, Rehm J. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analyses. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: e1181–e1189
- [23] Bischof G, Lange N, Rumpf HJ et al. Stellungnahme Dachgesellschaft Sucht: Reduziertes Trinken und Schadensminderung bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen. *Sucht* 2019; 65: 115–134

## Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0982-0730>  
PSYCH up2date 2020; 14: 307–322  
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 2194-8895

## Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Den genauen Einsendeschluss finden Sie unter <https://cme.thieme.de>. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/CXDLWH4> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests.

VNR 2760512020158725198



### Frage 1

Welche Aussage zur vollstationären Entwöhnungsbehandlung trifft zu

- A Vollstationäre Entwöhnungsbehandlungen richten sich ausschließlich an wohnsitzlose Patienten.
- B Vollstationäre Entwöhnungsbehandlungen werden in spezifischen Fachkliniken durchgeführt.
- C Vollstationäre Entwöhnungsbehandlungen werden immer von der Krankenkasse finanziert.
- D Vollstationäre Entwöhnungsbehandlungen dauern 8 Wochen.
- E Paar- und familientherapeutische Interventionen können kein Bestandteil von vollstationären Langzeitentwöhnungsbehandlungen sein.

### Frage 2

Welche Aussage zu der teilstationären Entwöhnungsbehandlung trifft nicht zu?

- A Teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen können im Nahtlosverfahren beantragt werden.
- B Teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen haben eine größere Alltagsnähe als vollstationäre Entwöhnungsbehandlungen.
- C Der Kostenträger für teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen kann sowohl die Krankenkasse als auch der Rentenversicherungsträger sein.
- D Teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen eignen sich besonders für wohnsitzlose Patienten.
- E Während einer teilstationären Langzeitentwöhnungsbehandlung können verhaltenstherapeutische Techniken in Einzel- und Gruppentherapien zum Einsatz kommen.

### Frage 3

Welche Aussage zu ambulanten Entwöhnungsbehandlungen trifft zu?

- A Ambulante Entwöhnungsbehandlungen erfolgen in spezifischen Fachkliniken.
- B Ambulante Entwöhnungsbehandlungen können per Nahtlosverfahren beantragt werden.
- C Aus einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung ist nie ein Übergang in eine vollstationäre Entwöhnungsbehandlung möglich.
- D Ambulante Entwöhnungsbehandlungen richten sich vorwiegend an Patienten mit einer bestehenden Tagesstruktur.
- E Rückfälle sind während der ambulanten Entwöhnungsbehandlung seltener als während der stationären Entwöhnungsbehandlung.

### Frage 4

Welche Aussage zu Entwöhnungsbehandlungen trifft zu?

- A Der Übergang aus einer Akutbehandlung in eine Entwöhnungsbehandlung ist grundsätzlich nahtlos.
- B Die Beantragung einer Langzeitentwöhnungsbehandlung erfolgt in der Regel in Kooperation mit einer Suchtberatungsstelle.
- C Die Adaption ist zwingender Bestandteil einer Langzeitentwöhnungsbehandlung.
- D Bei Rentnern ist der Rentenversicherungsträger der Kostenträger für eine Langzeitentwöhnungsbehandlung.
- E Eine spezifische Beantragung einer Langzeitentwöhnungsbehandlung ist nicht notwendig.

### Frage 5

Welche Aussage zu Acamprosat trifft zu?

- A Acamprosat wirkt rückfallprophylaktisch über die Opiatrezeptoren.
- B Acamprosat wird einmal täglich verabreicht.
- C Acamprosat wird gewichtsadaptiert dosiert.
- D Acamprosat hat die höchsten Tagestherapiekosten von allen rückfallprophylaktischen Medikamenten.
- E Acamprosat wirkt trinkmengenreduzierend.

## Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

### Frage 6

Welche Aussage zu Disulfiram trifft nicht zu?

- A Die Kosten für Disulfiram werden von allen Krankenkassen übernommen.
- B Disulfiram wird auch als Aversivtherapie bezeichnet.
- C Disulfiram sollte im Rahmen einer supervidierten Vergabe verabreicht werden.
- D Disulfiram darf bei Leberzirrhose nicht eingenommen werden.
- E Disulfiram darf bei schweren kardiovaskulären Erkrankungen nicht gegeben werden.

### Frage 7

Welche Aussage zu Naltrexon trifft zu?

- A Naltrexon kann nicht über Kassenrezept verschrieben werden.
- B Naltrexon muss mehrmals am Tag verabreicht werden.
- C Die Standarddosis von Naltrexon beträgt mindestens 150 mg/die.
- D Naltrexon hat ausschließlich abstinentzsichernde Wirkungen.
- E Naltrexon darf nicht mit opiathaltigen Medikamenten kombiniert werden.

### Frage 8

Welches Kriterium spielt keine Rolle bei der Entscheidung, ob man einem Patienten ein Trinkmengenreduktionsprogramm empfehlen sollte?

- A Der Wunsch des Patienten nach einer trinkmengenreduzierenden Therapie.
- B Die örtliche Verfügbarkeit eines Therapieangebots zur Trinkmengenreduktion.
- C Der Wunsch der Krankenkasse nach einer abstinentzorientierten Therapie.
- D Somatische oder psychische Kontraindikationen für eine trinkmengenreduzierende Therapie.
- E Therapeutische Vorerfahrungen des Patienten mit abstinentzorientierten und trinkmengenreduzierenden Therapieprogrammen.

### Frage 9

Welche Funktionen haben Selbsthilfegruppen nicht?

- A Behandlung
- B Austausch mit anderen Betroffenen
- C Hilfe bei Alltagsproblemen
- D Aufbau von nichtkonsumierenden Sozialkontakten
- E Motivation zur Therapie nach einem Rückfall

### Frage 10

Welche Aufgaben haben Suchtberatungsstellen nicht?

- A Durchführung von ambulanten Rehabilitationsbehandlungen
- B Beantragung von Entwöhnungsbehandlungen
- C Aufsuchende Sozialarbeit bei wohnsitzlosen alkoholabhängigen Patienten
- D Suchtprävention
- E Durchführung von epidemiologischen Erhebungen zur Ermittlung der örtlichen Prävalenz von Suchterkrankungen