



KLINKEN ESSEN-MITTE



CHARITÉ CAMPUS MITTE

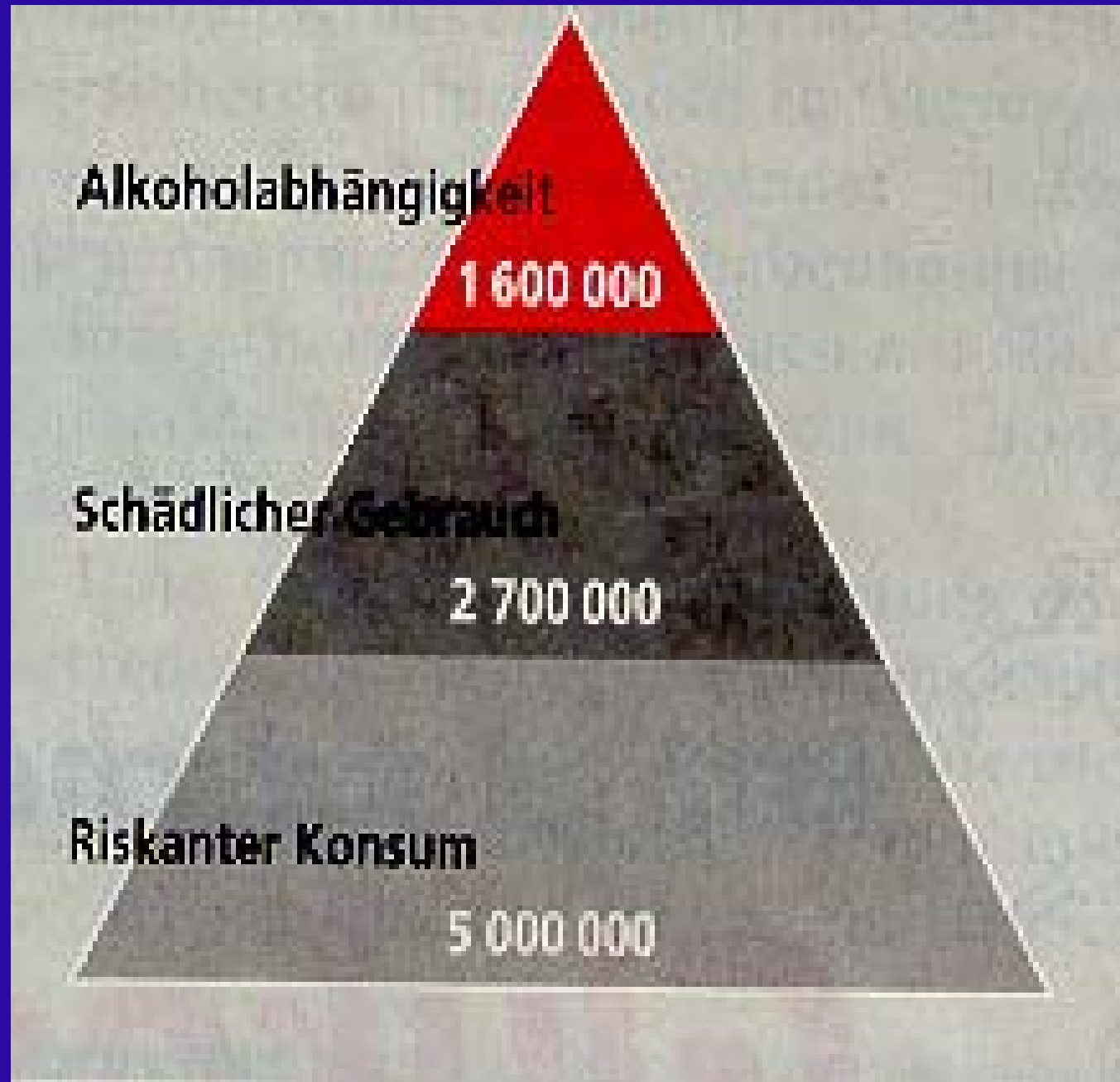
Alkohol und andere: Therapiekonzepte und –perspektiven in der Suchtbehandlung – Argumente wider die Resignation

¹Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin
Kliniken Essen – Mitte

² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité – Campus – Mitte, Universitätsmedizin Berlin

Übersicht

- Eckdaten
- Disposition und Neurobiologie
- Pharmakotherapie akuter
Alkoholentzug
- Rückfallprophylaxe
- Versorgungsmodelle



Ursachen für die durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre (Alter 15-44; gesamt)

	Both sexes, 15–44-year-olds	% total
1	Unipolar depressive disorders	16.4
2	Alcohol use disorders	5.5
3	Schizophrenia	4.9
4	Iron-deficiency anaemia	4.9
5	Bipolar affective disorder	4.7
6	Hearing loss, adult onset	3.8
7	HIV/AIDS	2.8
8	Chronic obstructive pulmonary disease	2.4
9	Osteoarthritis	2.3
10	Road traffic accidents	2.3
11	Panic disorder	2.2
12	Obstructed labour	2.1
13	Chlamydia	2.0
14	Falls	1.9
15	Asthma	1.9
16	Drug use disorders	1.8
17	Abortion	1.6
18	Migraine	1.6
19	Obsessive–compulsive disorder	1.4
20	Maternal sepsis	1.2



Todesfälle

- zugrundeliegende Faktoren -

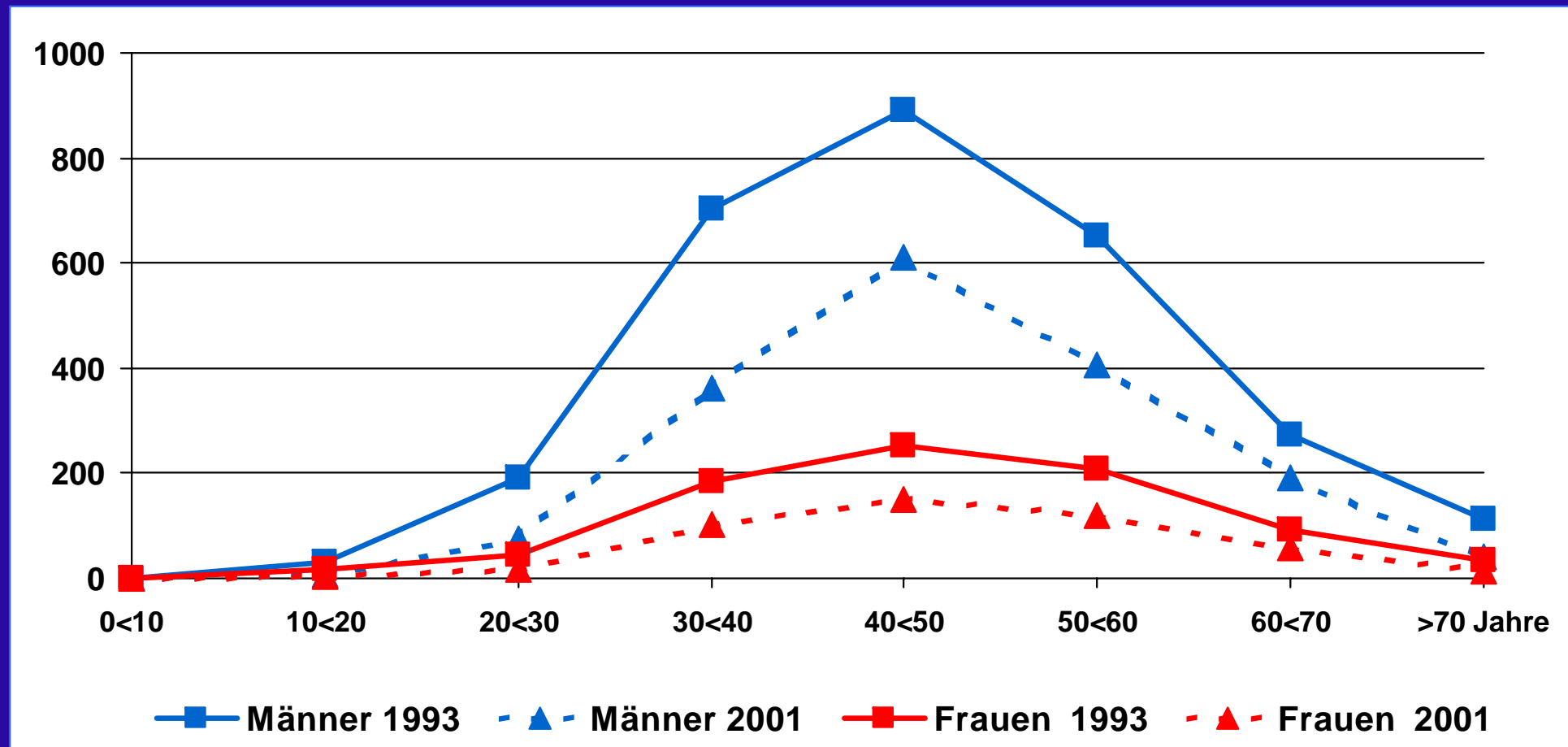
Table 2. Actual Causes of Death in the United States in 1990 and 2000

Actual Cause	No. (%) in 1990*	No. (%) in 2000
Tobacco ←	400 000 (19)	435 000 (18.1)
Poor diet and physical inactivity	300 000 (14)	400 000 (16.6)
Alcohol consumption ←	100 000 (5)	85 000 (3.5)
Microbial agents	90 000 (4)	75 000 (3.1)
Toxic agents	60 000 (3)	55 000 (2.3)
Motor vehicle	25 000 (1)	43 000 (1.8)
Firearms	35 000 (2)	29 000 (1.2)
Sexual behavior	30 000 (1)	20 000 (0.8)
Illicit drug use ←	20 000 (<1)	17 000 (0.7)
Total	1 060 000 (50)	1 159 000 (48.2)

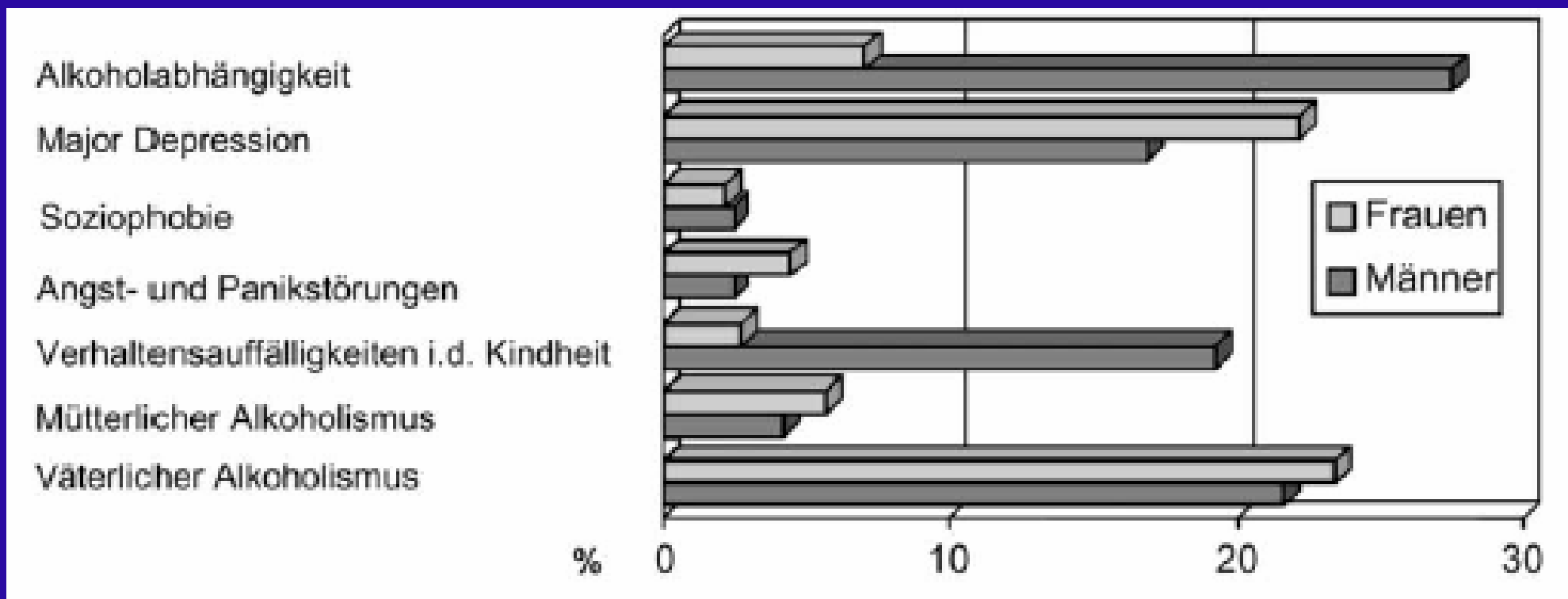
*Data are from McGinnis and Foege.¹ The percentages are for all deaths.

Prävalenz stationärer Aufnahmen in Berlin

Alkoholismus (303 ICD 9), 1993 und (F10.2 ICD 10) 2001, Fälle je 100 000 EW.
nach Alter und Geschlecht

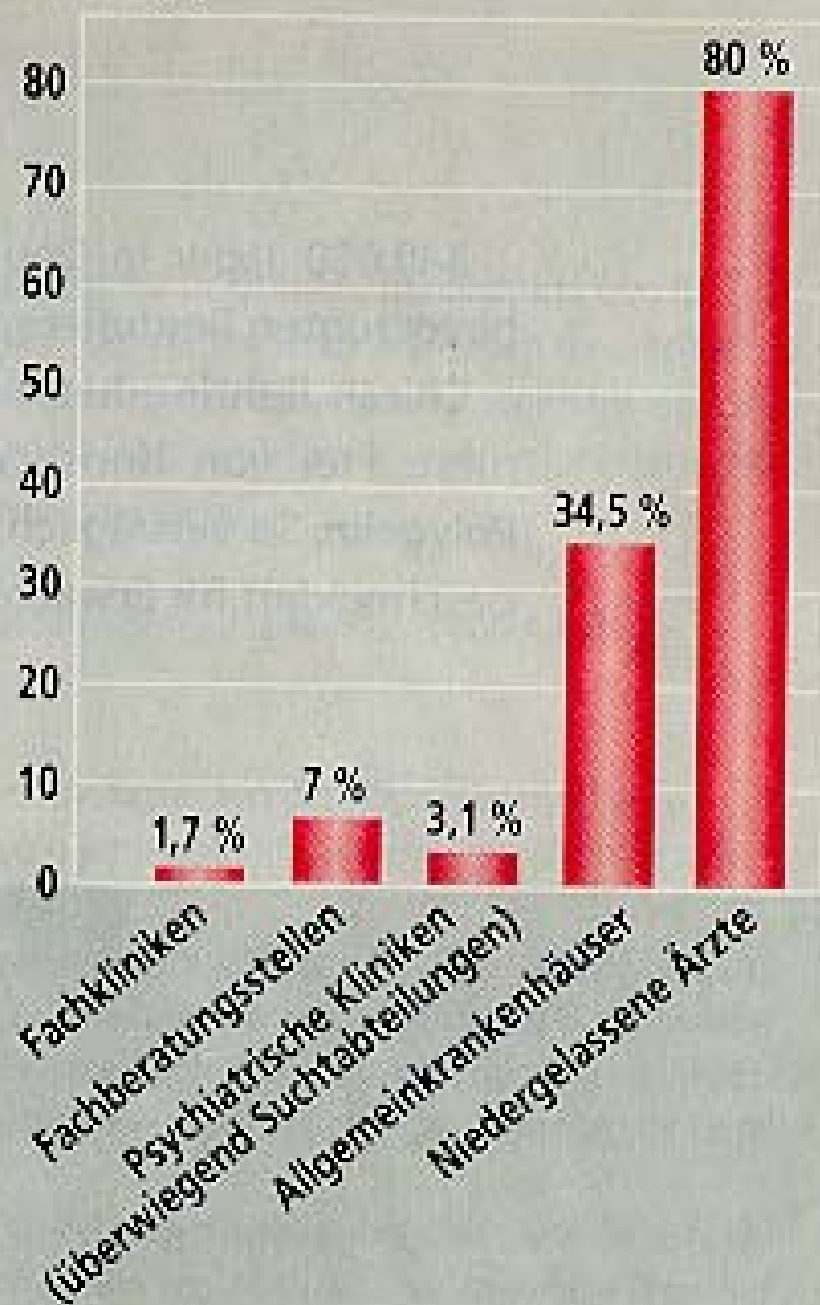


Komorbidität – Psychische Störungen



Wo sind die Patienten?

Anteil (%)



**Disposition
zur
Alkoholabhängigkeit**

Genetische Determinierung der Alkoholabhängigkeit

- 50-70% genetisch determiniert
30-50% durch Umweltfaktoren bestimmt
- Kopplungsanalysen bisher erfolglos bezüglich des Auffindens von Genen, die für die Alkoholabhängigkeit insgesamt verantwortlich sein könnten
- Genetische Faktoren eher für einzelne Anteile eines Krankheitsbildes verantwortlich
- daher Endophänotypen wichtig (z.B. Metabolisierung, P300, Ängstlichkeit, Niederspannungs-EEG etc.)

Disponierende Faktoren

- Verminderte Empfindlichkeit gegenüber den negativen Wirkungen des Alkohols
= GABAerge und serotonerge Dysfunktion?
(*Heinz et al., 1998; Schuckit et al., 1999*)
- Erhöhte angenehme Wirkungen des Alkoholkonsums durch erhöhte mu-Opiatrezeptoren? (*Cowen & Lawrence, 1999*)
- Antisoziale Persönlichkeit (*Hesselbrock et al., 1985; Cadoret et al., 1995*)
- erhöhte Aktivität der Alkoholdehydrogenase

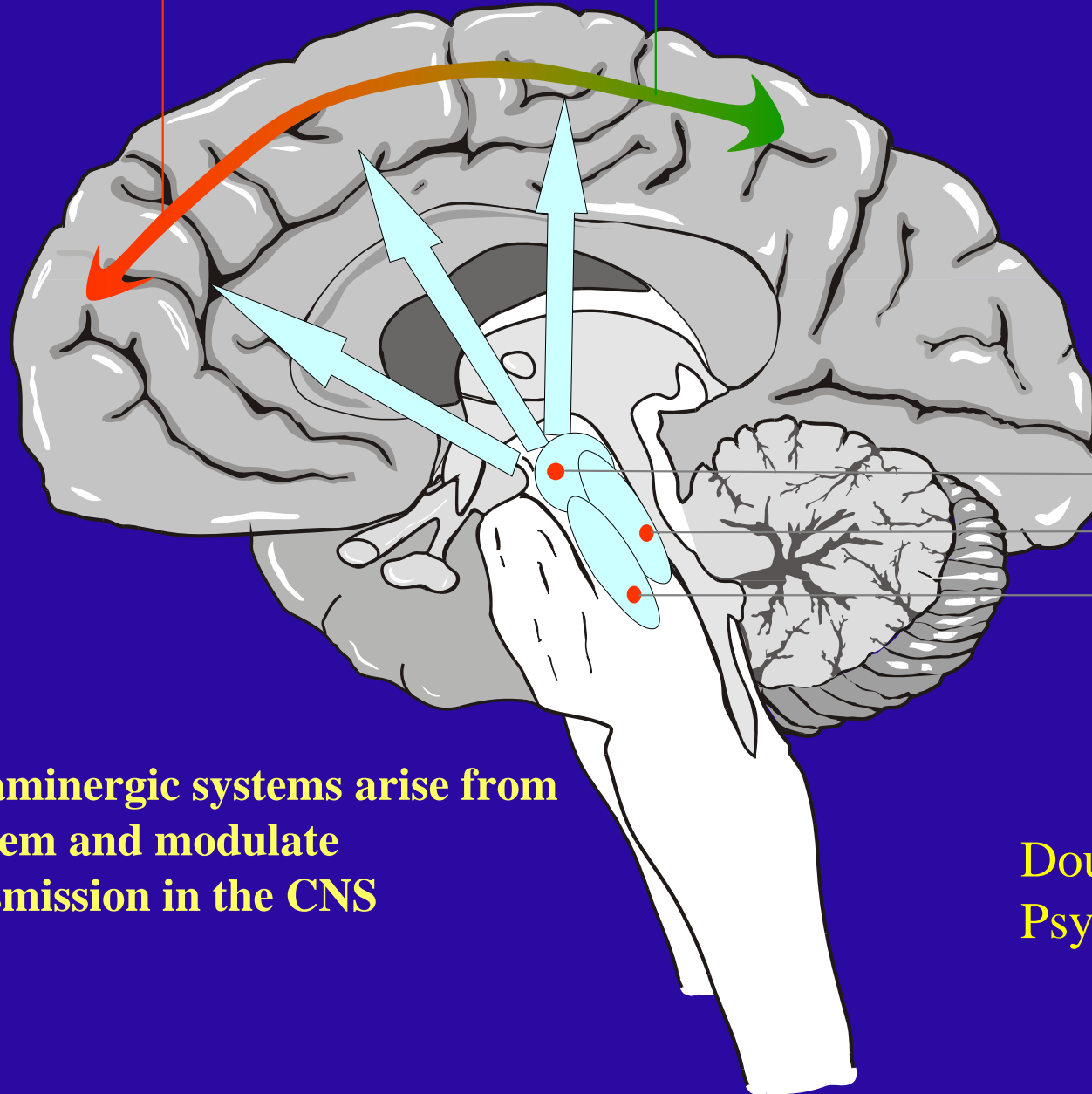
Genetische Prädisposition als Riskofaktor: Folgen und Ansätze für Prävention

- erhöhte Alkoholtoleranz (keine negativen Auswirkungen beim ersten Konsum wie Ataxie, Sedierung,...)
- Erkrankungsalter oft vor dem 25. Lebensjahr
- schwererer Verlauf
- Psychiatrische Komorbiditäten?

Neurobiologie

Glutamate stimulates

GABA inhibits



Substantia nigra (DA)
Locus coeruleus (NA)
Raphekerne (5-HT)

The monoaminergic systems arise from the brainstem and modulate neurotransmission in the CNS

Doudet et al., Am. J. Psychiatr. 1995

Toleranzentwicklung & Entzugssymptomatik

Biochemisches Modell des Suchtverhaltens: Toleranz und Sensitivierung

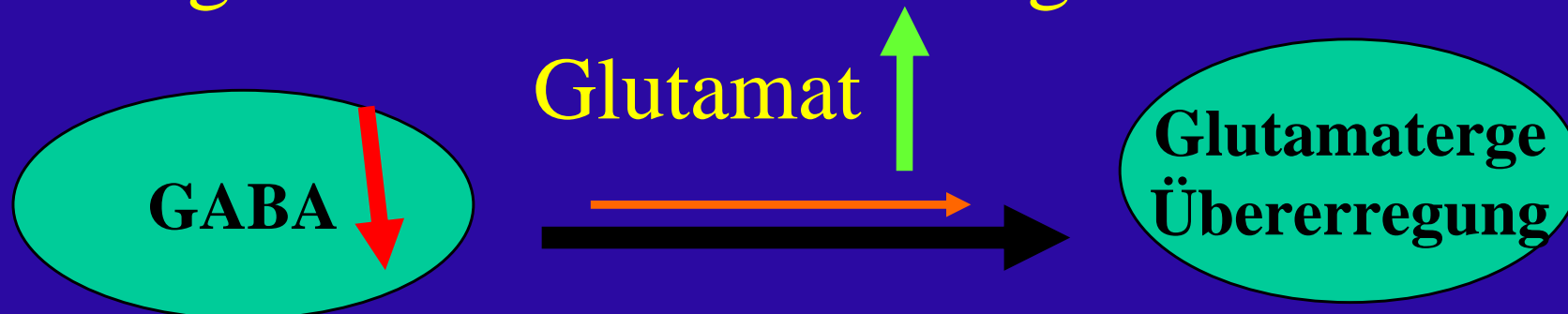
- Alkohol bindet und aktiviert GABA_A Rezeptor
 ↓ „down-Regulation“ der Rezeptoren
- Alkohol blockiert die Übertragung am glutamatergen
 NMDA-Rezeptor
 ↑ „up-Regulation“ der Rezeptoren

Sensitivierung der Glutamatergen Neurotransmission

Alkoholkonsum



Entzug/Konditionierter Entzug



Weitere Neurotransmitter bei Alkoholabhängigen

Belohnungssystem
Suchtdruck (Craving)

Stress, Stimmung
Toleranz
Entzugerscheinungen

Opioidsystem
Dopaminerges System

HPA-Achse
Serotonin
Glutamaterges System
GABAerges System

Konditionierter Entzug

- Alcohol-assoziierte Erlebnisse „cues“ (Erinnerungen, Bilder,..) können akuten Veränderungen in der Homöostase (Gleichgewicht) bewirken (neuroadaptation) (*Wikler et al., Am. J. Psychiatr. 1948*)
- Wenn dann kein Alkohol konsumiert wird, entstehen bei ca. 30% aller Alkoholiker Entzugerscheinungen (*Heinz et al., Alcohol. Alc. 2003*)
- Der konditionierte Entzug entsteht wahrscheinlich am ehesten unter Stress und ist möglicherweise responsiv zur Acamprosat-Medikation (*Verheul et al., Alcohol. Alc. 1999*)

„Kindling-Phänomen“

- Die Empfindlichkeit des Gehirns bezüglich Veränderungen in der Neurotransmitter-Homöostase (Gleichgewicht) werden bei jedem unkontrollierten und unbehandelten Entzugssyndrom immer stärker
- Damit wird eine glutamaterge Überregung und oxidativer Stress auch intensiver
- Risiko für Entzugskomplikationen wie epileptische Anfälle oder Neuronaler Zelltod steigt

Hypothese: konsequente Verhinderung von Entzugerscheinungen, z.B. durch Medikation?

Therapie der Alkoholabhängigkeit:

„State of the Art“
und
Neue Trends

4 Schritte der Alkoholtherapie

Kontaktphase

```
graph TD; A[Kontaktphase] --> B[Qualifizierter Entzug]; B --> C[Entwöhnung/ Langzeittherapie]; C --> D[Rückfallprophylaxe];
```

**Qualifizierter
Entzug**

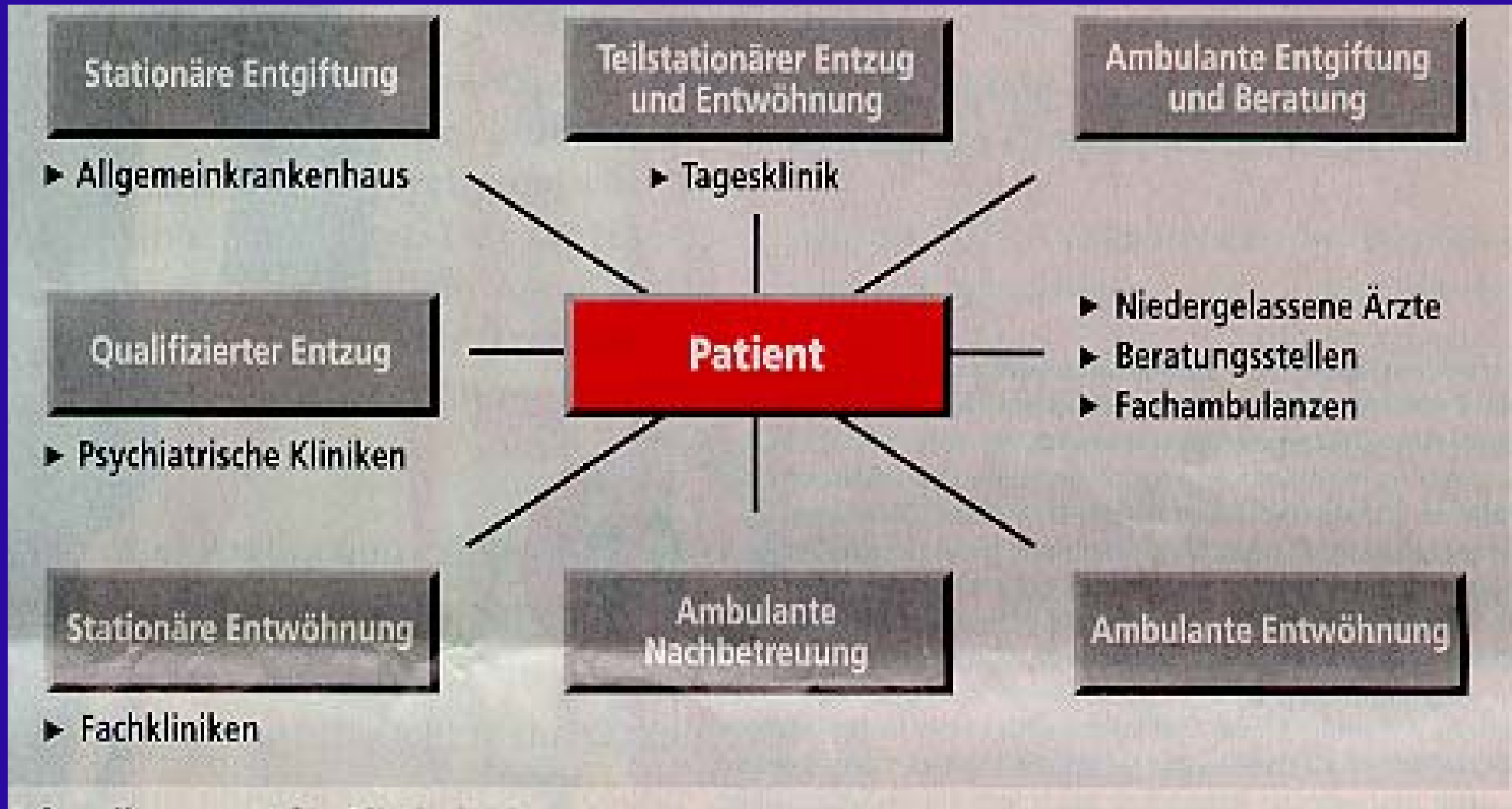
**Entwöhnung/
Langzeittherapie**

**Rückfall-
prophylaxe**

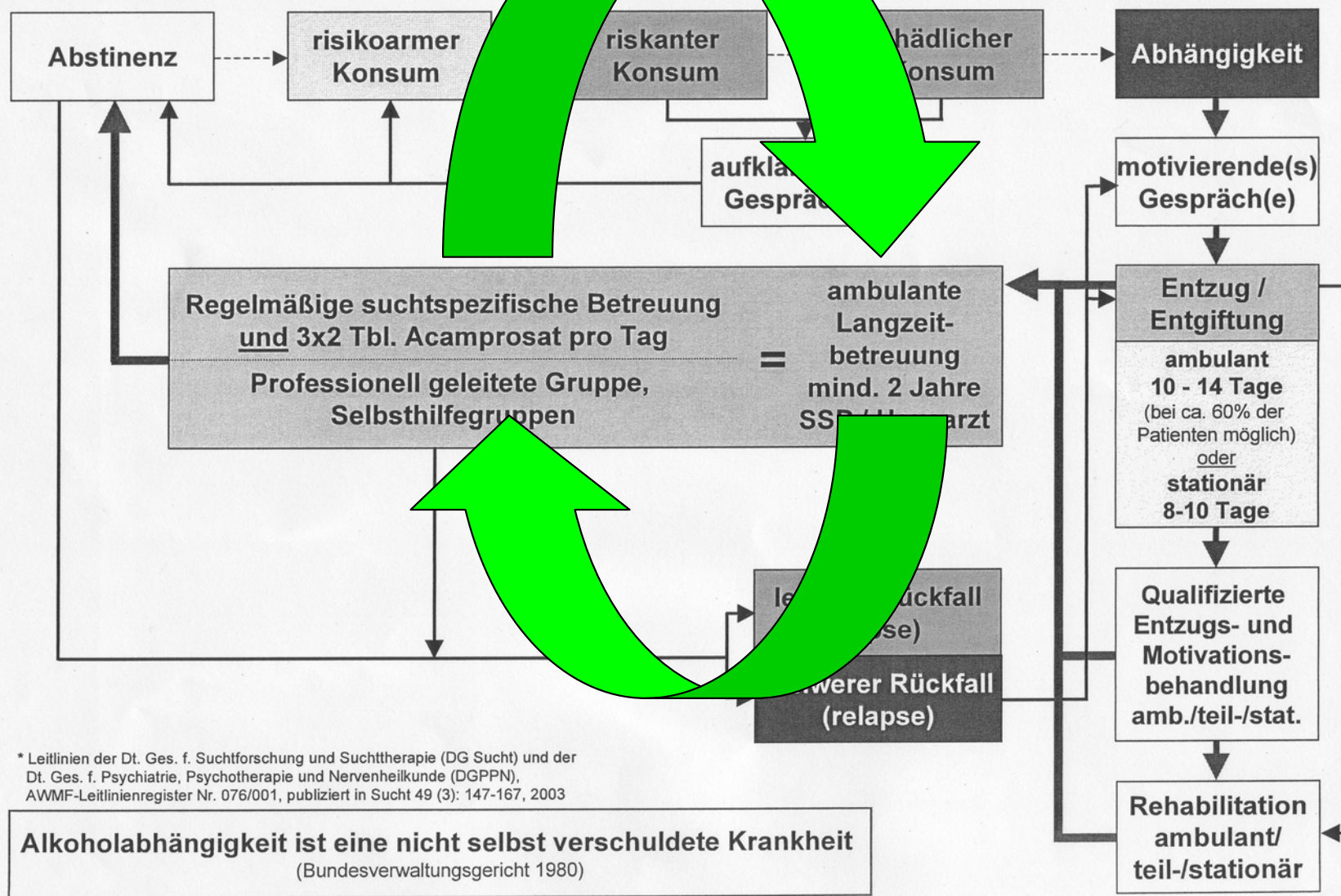
Alkoholabhängigkeit: Therapieziele

- **Abstinenz**
- **Motivation**
- **Krankheitseinsicht**
- **Verbesserung der psycho-sozialen Situation**
- **Verhinderung organischer Folgeschäden**
- **Reduzierung der Trinkmengen und Trinkphasen**
- **„Harm Reduction“ (Schadensbegrenzung)**

Therapeutische Angebote



Schädlicher Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeit
 - Diagnose und Therapie in der Praxis
 Empfehlungen des SSP e.V. auf der Basis



* Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), AWMF-Leitlinienregister Nr. 076/001, publiziert in Sucht 49 (3): 147-167, 2003

Alkoholabhängigkeit ist eine nicht selbst verschuldete Krankheit
 (Bundesverwaltungsgericht 1980)

Qualifizierter Alkoholentzug

- Behandlung körperlicher Entzugsserscheinungen durch pharmakologische und nicht-pharmakologische Interventionen
- Die Patienten nehmen am qualifizierten Entzugsprogramm teil mit den Zielen der Entgiftung, des Erkennens der Abhängigkeit, der Motivationsförderung, der sozialen Stabilisierung und Vorbereitung auf eine ambulante Weiterbehandlung. Ebenso werden die Patienten mit Suchtprogrammen und Selbsthilfegruppen in Verbindung gebracht.

Evidenzen in der medikamentösen Therapie des akuten Alkoholentzugssyndromes

- Härtegrad Ia:
 - Benzodiazepine (Diazepam, Chlordiazepoxid u.a.)
- Härtegrad Ib:
 - Clomethiazol (mehrere Studien, doppelt blind und Placebo kontrolliert)
 - Kombination Carbamazepin mit Tiaprid
- Zusatzmedikation:
 - β -Blocker, Clonidin, Carbamazepin, Neuroleptika

Besonderheiten beim ambulanten Alkoholentzug mit Benzodiazepinen oder Clomethiazol

- Intoxikationsgefahr, insbesondere bei gleichzeitiger Alkoholfuhr
- Gefahr der Atem- und Kreislaufsuppression
- Suchtgefahr
- Benzodiazepine teilweise mit langer HWZ oder schlechte Steuerbarkeit

Neue Antikonvulsiva für die Therapie des Alkoholentzugssyndromes?

- Lamotrigin
- Gabapentin
- Topiramamat
- Oxcarbazepin
- Levetiracetam
-

Antiepileptika in der Therapie der Alkoholabhängigkeit: Mögliche Vorteile?

- Kein Abhängigkeitspotenzial
- Kein Missbrauchspotenzial
- „Anti-Kindling“ (reduzierte Empfindlichkeit für Entzugskrampfanfälle bzw. zerebrale Erregbarkeit)
- Sichere ambulante Anwendbarkeit
- Keine „1 Promille Grenze“

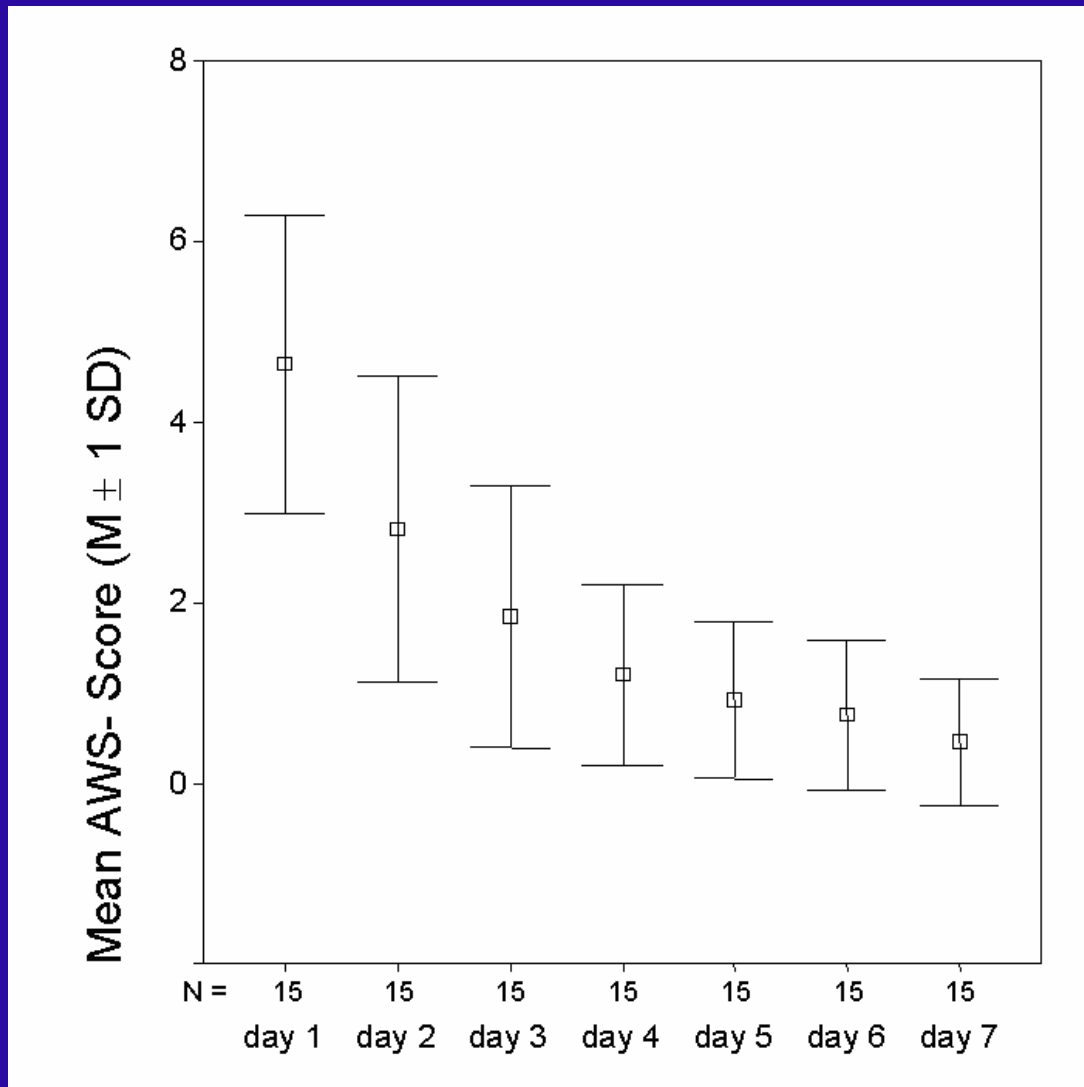
Ältere Antiepileptika wie Carbamazepin und Valproat im Alkoholentzug

- Beste Wirksamkeit monotherapeutisch bei GM-Anfällen
- **Cave: Nebenwirkungsprofil**
 - **Valproat:** Enzephalopathie, Lebertoxizität, Pankreatitis, etc.
 - **Carbamazepin:** Kleinhirnsymptome, Hyponatriämie, Allergien, Lebertoxizität, Medikamenteninteraktionen

Levetiracetam (KEPPRA®)

- gute antikonvulsive Eigenschaften
- gute Steuerbarkeit
- schnelle Aufsättigung möglich
- große therapeutische Breite
- Hinweise für Wirkung gegen Tremor
- keine Spiegelmessung erforderlich
- keine Enzyminduktion
- Ausscheidung renal
- keine Hepatotoxizität
- keine KI bei „typischen“
Alkoholfolgeerkrankungen

Levetiracetam for the treatment of alcohol withdrawal syndrome: an open, prospective trial



**AES-Werte
im Verlauf
- stationäre
Entzüge
(n=15) -**

Eingesetzte Ko-Medikation

	durchschn. Tagesdosis Tag 1-3	durchschn. Tagesdosis Tag 4-7	Gesamtdosis pro Pat. (7 Tage)	Range
Diazepam (mg) (n=4)	2,5 (SD 2,15)	4,7 (SD 7,0)	26,3 (SD 30,9)	10-75
Clonidin (µg) (n=5)	85,0 (SD 57,6)	22,5 (SD 33,5)	345,0 (SD 293,4)	75-825

Sicherheit und Wirksamkeit von Levetiracetam (Keppra®) für die Behandlung des stationären Alkoholentzugsyndroms

Kurzbezeichnung: **Keppra 1**
EudraCT-Nummer: 2005-001486-33

2. Version
Datum: 3.6.2005

**Leiter der klinischen Prüfung (LKP) und Auftraggeber (Sponsor):
Priv.-Doz. Dr. med. M. Schäfer
Vertreter des LKP: Dr. med. Ch.Richter**

Oxcarbazepine versus carbamazepine in the treatment of alcohol withdrawal.

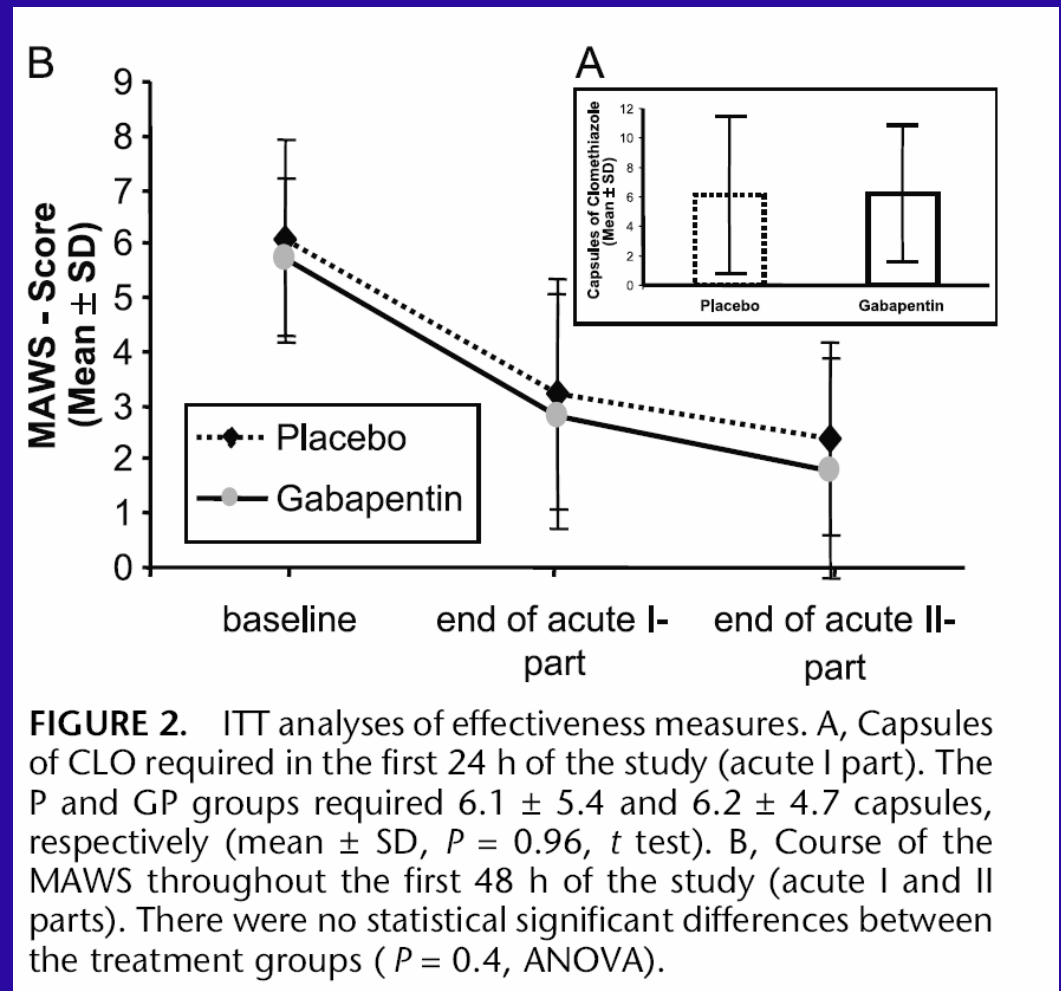
- Einfach blinde randomisierte Pilotstudie.
- Ziel: Wirksamkeit und Verträglichkeit von Oxcarbazepin vs. Carbamazepin
- 29 Patienten während einer akuten Alkoholentzugsbehandlung

Ergebnisse:

- Keine Unterschiede bezüglich alkohol-assoziierten und soziodemographischen Daten
- Signifikanter Abfall der Alkoholentzugssymptome
- Signifikant weniger Suchtdruck („craving for alcohol“) als bei Carbamazepin
- keine Unterschiede bezüglich subjektiv empfundener NW, Normalisierung vegetativer Entzugerscheinungen und Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit

Gabapentin als add-on im Alkoholentzug

- keine Unterschiede zu Placebo



Entzugssyndrombehandlung - Alkohol

AK	Evidenz*	Wirksamkeit	Verträglichkeit	Sicherheit
Clomethiazol orale Gabe, nur stationär	Ia	+++	++	++
Benzodiazepine	Ia	+++	++	++
Carbamazepin	Ia	++	+	++
Oxcarbazepin	IIa	++	+(+)	++
Valproat	Ib	+(+)	++	++
Gabapentin	Ib	(+)	+++	+++
Levetiracetam	IV	+(+)	+++	+++

*in Anlehnung an das Leitlinienmanual der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) und der AWMF (Helou et al 2000) nach 4 Evidenzstärken bewertet:

- Ia - Vorliegen von einer Metaanalyse oder von mindestens 2 gut kontrollierten, randomisierten Studien
- Ib - Vorliegen von mindestens einer gut kontrollierten, randomisierten Studie
- IIa - Vorliegen von mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie (Fallkontroll- oder Kohortenstudie)
- IIb - Vorliegen von mindestens einer Therapieverlaufsstudie, quasi experimentell und gut angelegt
- III - Vorliegen von mindestens einer gut angelegten deskriptiven Studie (Vergleichsstudie, Kohortenstudie)
- IV - Vorliegen einer Kasuistik oder Expertenmeinung bzw. eines Review-Artikels ohne quantitative Datenanalyse

Rückfallprophylaxe

Medikamentöse Rückfallprophylaxe

Medikamentöser Versuch, das Alkoholverlangen („Craving“) zu reduzieren und somit

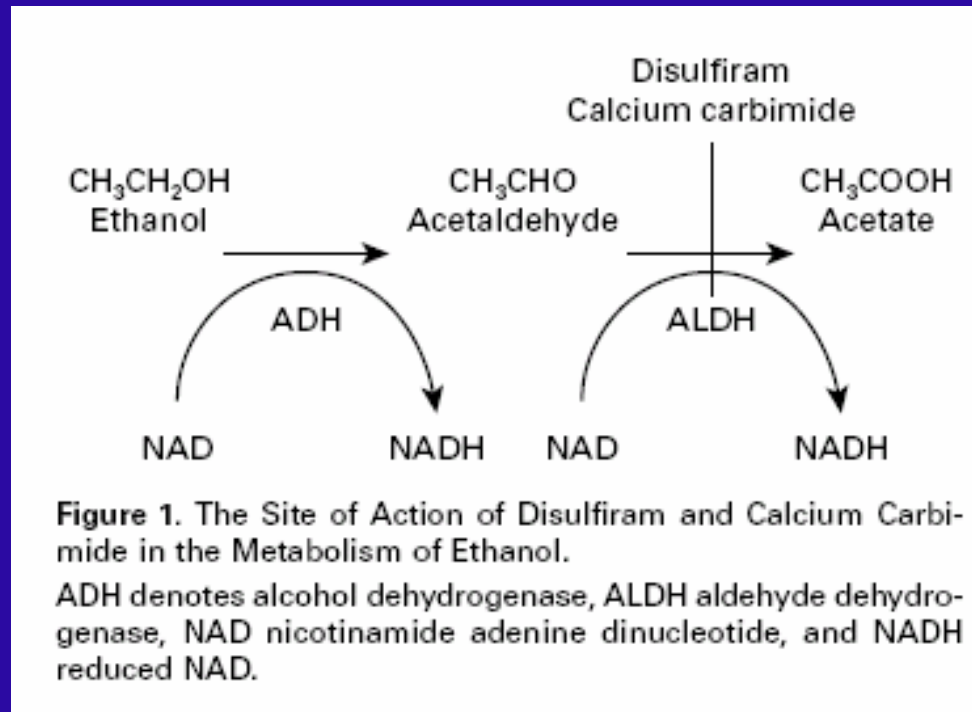
- das Rückfallrisiko
- die Rückfallschwere
 - die Häufigkeit
- die Dauer von Trinkphasen

zu verringern

Mögliche Substanzen

- **Disulfiram (Antabus)**
- **Neuroleptika**
- **SSRI**
- **Acamprosate**
- **Naltrexon**
- **Antiepileptika**
- **(Cannabisrezeptorantagonisten)**

Disulfiram: Aversive Therapie



- Gabe z.B. alle 2-3 Tage
- bis 0,5g/Tag
- ca. 1-2g/Woche

Wer und wann?: - Motivierte Patienten mit eigenem Wunsch
- in Intensivrückfallschutzprogrammen

Kontrollierte Studien SSRI

Study	Alcohol/ Subtype ^b	Medication	Craving	Results ^a Relapse	PDD ^c
Sellars et al, 1994 ⁵⁶	AD (mild)	Ondansetron	NR	NR	+
Janiri et al, 1996 ⁵⁷	AD	Fluoxetine	NR	NR	+
Tiihonen et al, 1996 ⁵⁹	AD	Citalopram	NR	NR	NR
Malec et al, 1996 ⁶⁰	AD	Buspirone	0	NR	0
Kranzler et al, 1996 ⁶¹	AD/Type A	Fluoxetine	NR	0	0
	AD/Type B		NR	0	-
Fawcett et al, 2000 ⁶²	AD	Buspirone	NR	0	0
Pettinatti et al, 2000 ⁶³	AD/Type A	Sertraline	NR	0	+
	AD/Type B		NR	0	0
Johnson et al, 2000 ⁶⁴	AD/Early Onset	Ondansetron	NR	NR	+
	AD/Late Onset		NR	NR	0

^aNR = not reported, (+) = significant difference favoring medication, (-) = significant difference favoring the placebo arm, (0) = no difference

^bAD = alcohol dependence; Type A = later onset, fewer childhood risk factors, severe dependence, fewer alcohol-related problems, less psychopathological dysfunction; Type B = childhood risk factors, familial alcoholism, early onset of alcohol-related problems, greater severity of dependence; Early Onset = age of onset of alcohol problems < 25 years; Late Onset = age of onset of alcohol problems > 25 years⁶⁶

^cPercent drinking days, defined as cumulative days abstinent or percent days abstinent

Alkohol-Rückfallprevention mit antidepressiven Medikamenten: Studien bei komorbider Angst und affektiven Störungen

Table 4. Double-blind placebo-controlled trials for patients with co-morbid anxiety and mood disorders

Study	Psychiatric Diagnosis ^b	Medication	Results ^a	
			Drinking	Psychiatric Symptoms
Dorus et al, 1989 ⁶⁹	MD/AD	Lithium	0	0
	AD		0	0
Fawcett et al, 1989 ⁶⁸	MD/AD	Lithium	0	0
	AD			
Malcolm et al, 1992 ⁷⁰	GAD/AD	Buspirone	0	0
Tollefson et al, 1992 ⁷¹	GAD/AD	Buspirone	+	+
Kranzler, 1994 ⁷²	GAD/AD	Buspirone	+	+
Mason et al, 1996 ⁷³	AD (28 with secondary depression)	Desipramine	+	+
McGrath, 1996 ⁷⁴	MD/AD	Imipramine	0	+
Cornelius et al, 1997 ⁵⁴	MD/AD	Fluoxetine	+	+

^a(0) = no difference, (+) = significant difference favoring medication

^bMD = major depression, AD = alcohol dependence, GAD = generalized anxiety disorder

Neuroleptika

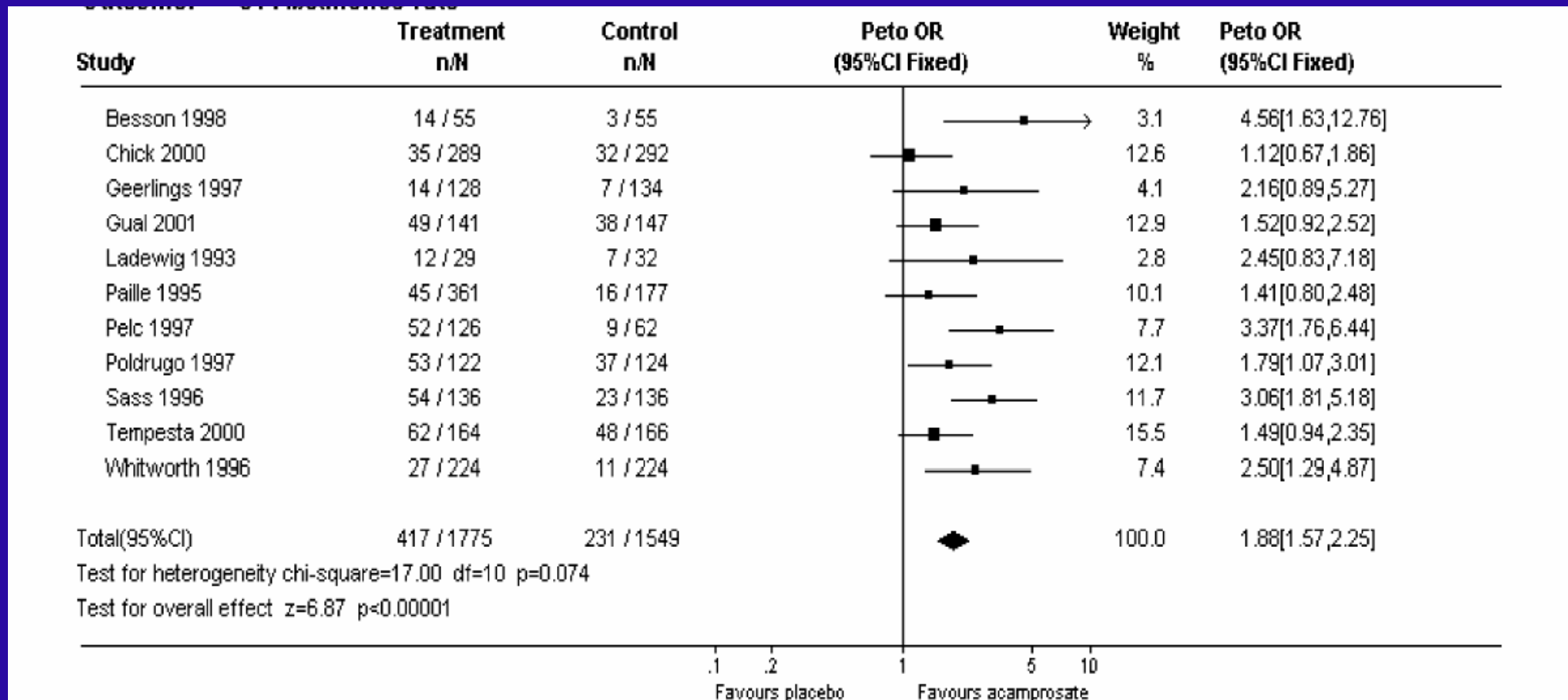
- **Keine überzeugende Wirkung**
- Dopamin-Rezeptor-Antagonisten:
- Nebenwirkungen
- Anhedonie, Blockade von angenehmen Gefühlen („Belohnungssystem“)

Acamprosat

- **Campral[®]**
- Glutamat-Rezeptor-Antagonist?
Modulator?

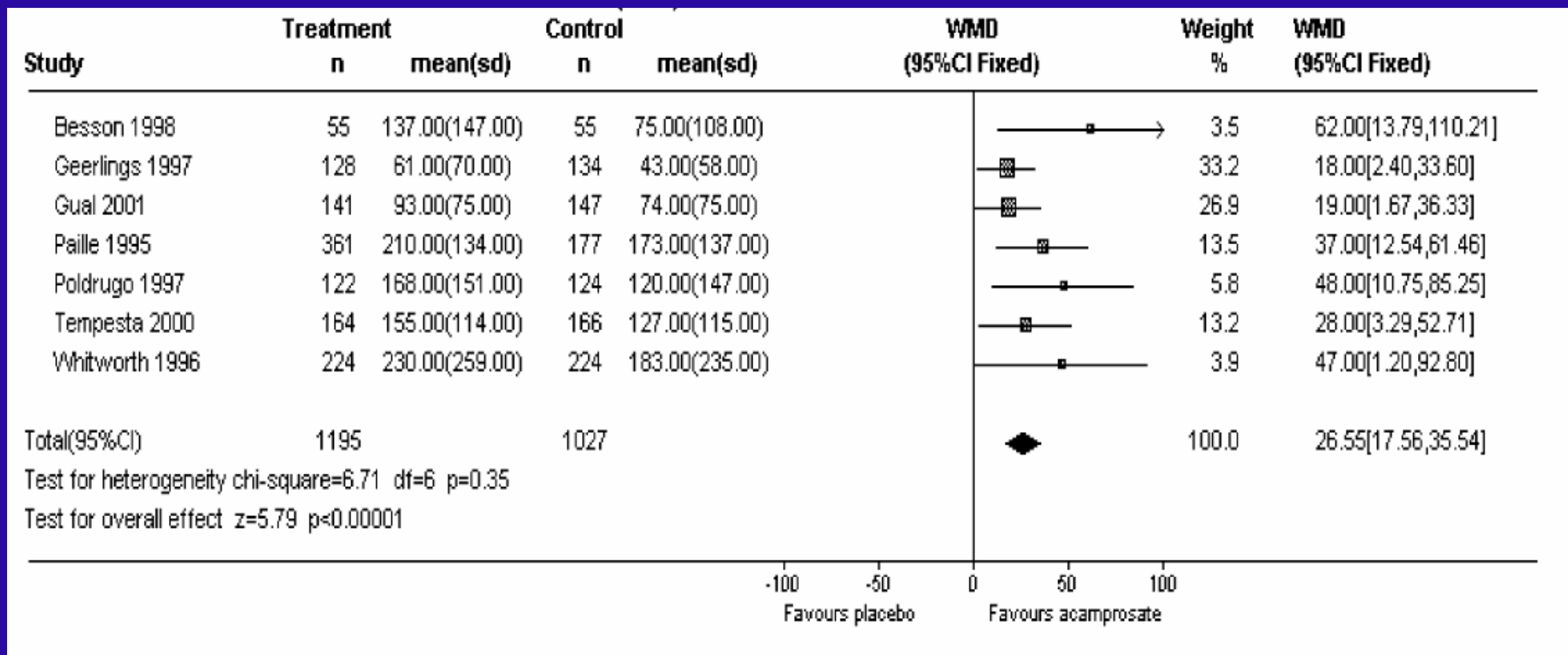
Abstinenzrate Acamprosat vs. Placebo (Meta-Analyse)

- höhere Abstinenzraten bei Acamprosat



Dauer der Abstinenz Acamprosat vs. Placebo (Meta-Analyse)

- Längere Abstinenz bei Acamprosat

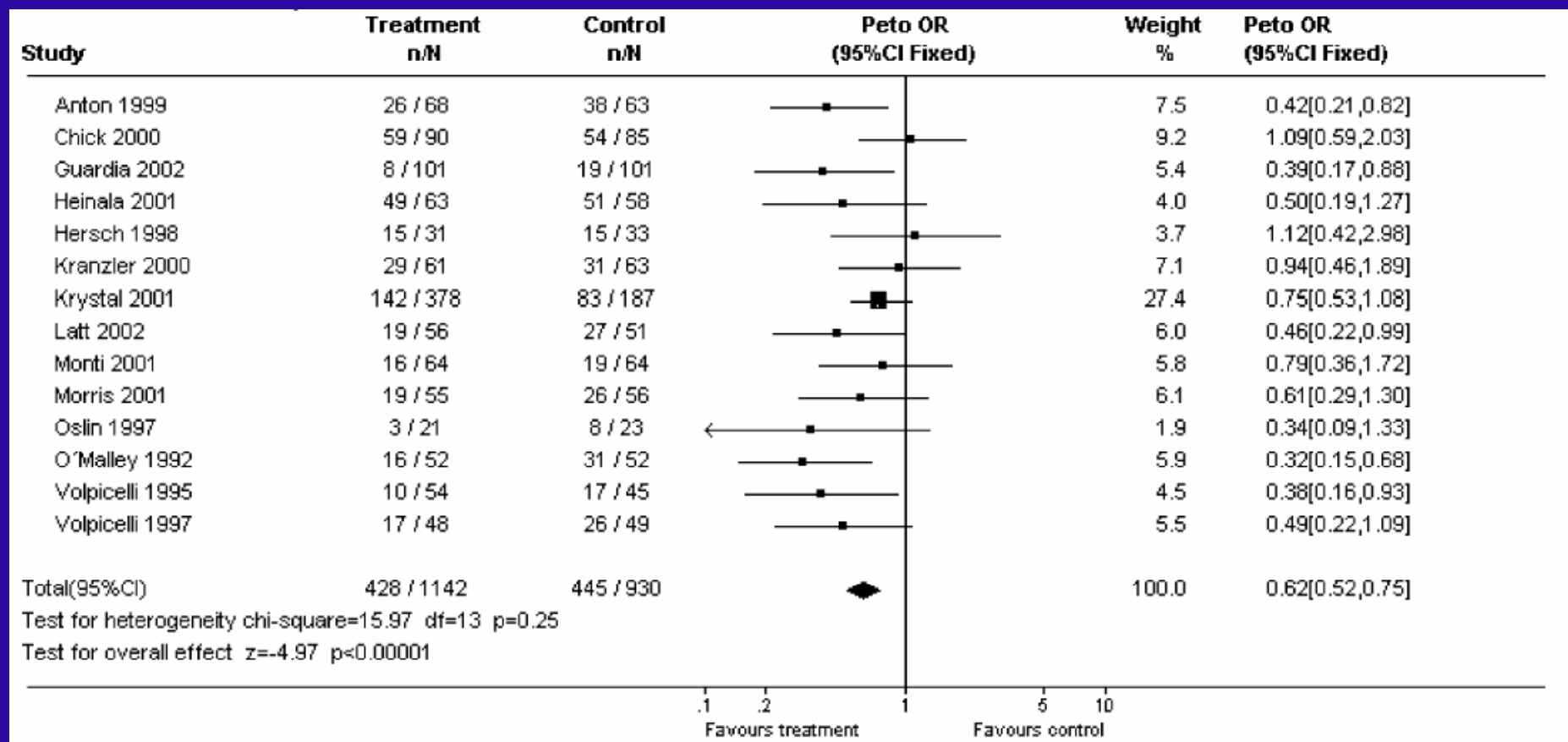


Naltrexon

- Naltrexone (Revia[®], Nemexin[®])
 - μ -opioid-receptor-antagonist

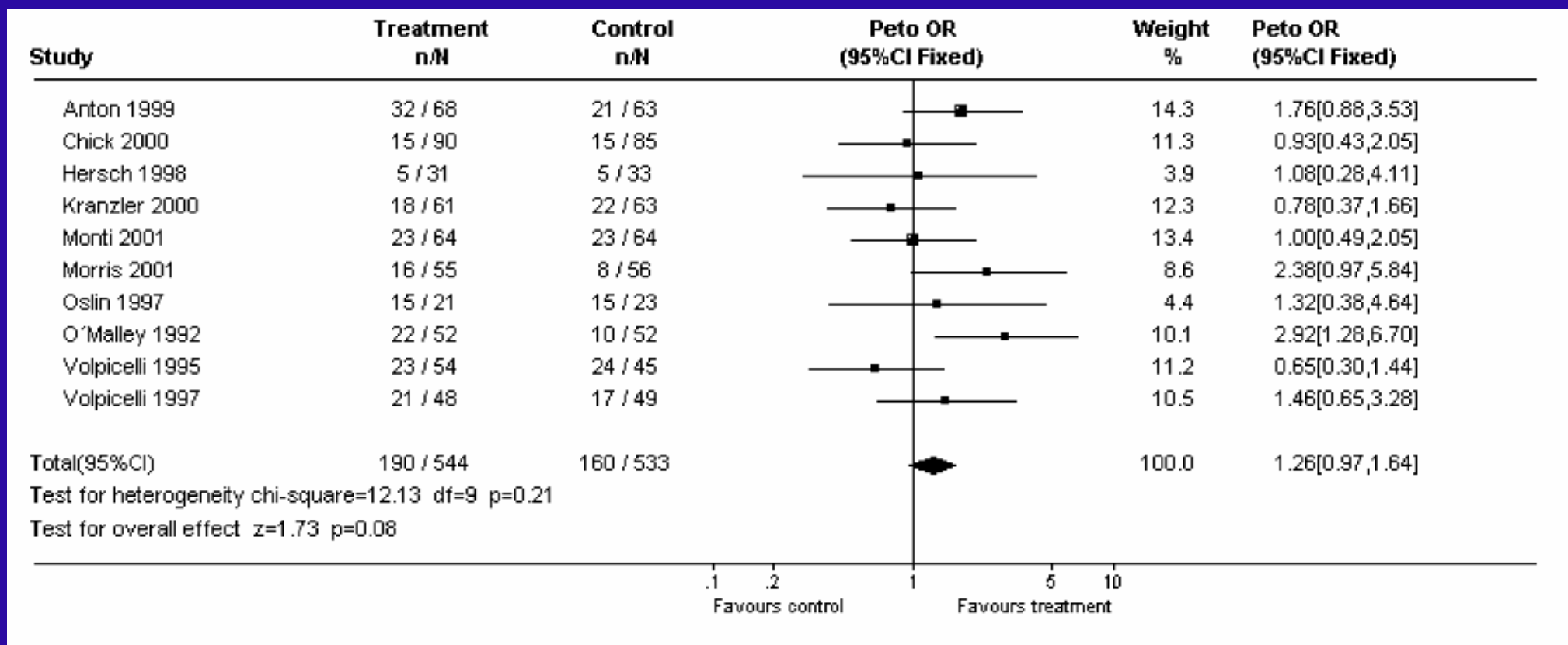
Relapse-Rate Naltrexon vs. Placebo (Meta-Analyse von Kurzzeitstudien)

- Naltrexon hat niedrigere Relapseraten



Abstinenzraten Naltrexon vs. Placebo (Meta-Analyse von Kurzzeitstudien)

- Naltrexon hat höhere Abstinenzraten



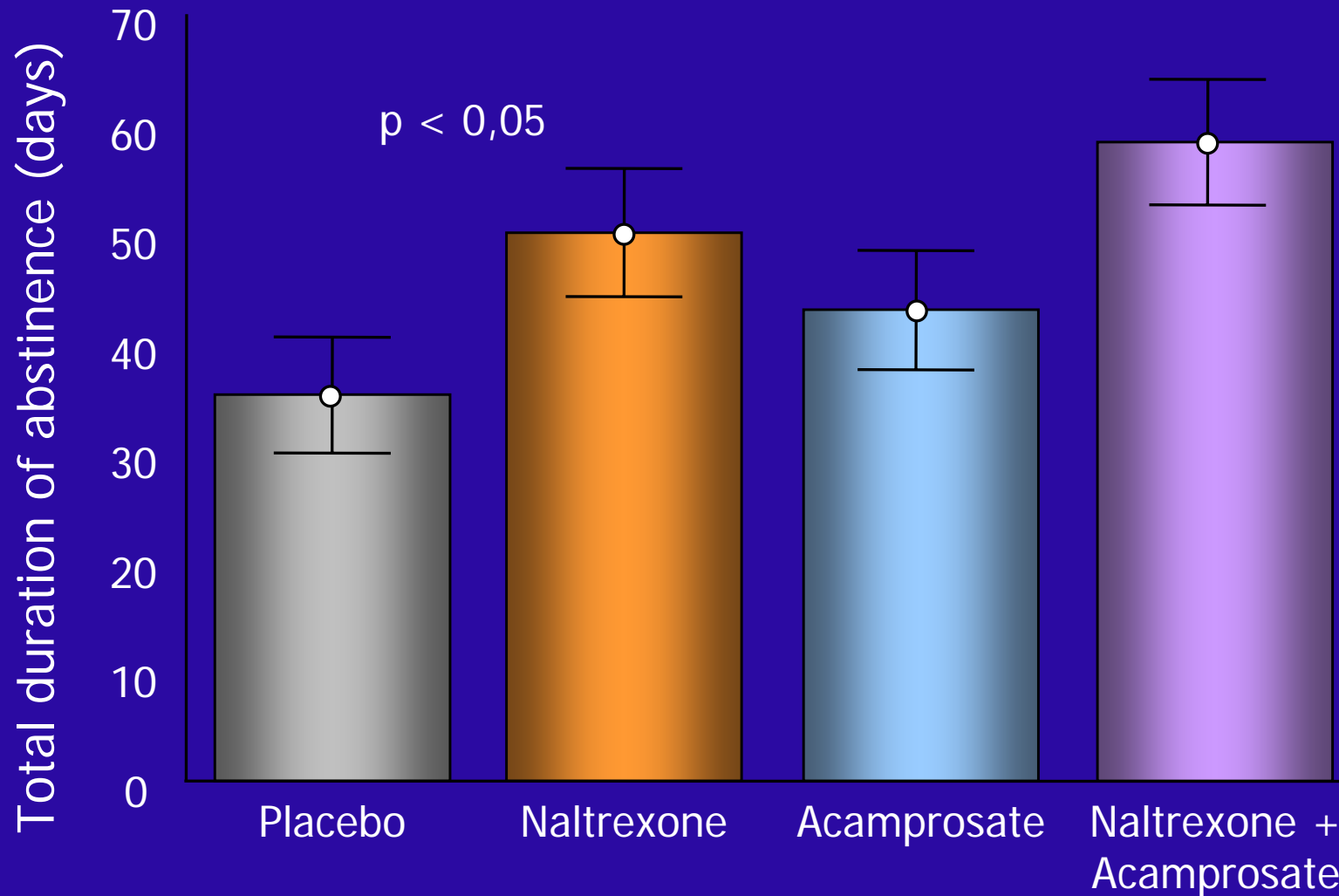
Was bewirkt eine Kombinationstherapie?

A) Acamprosat plus Naltrexon

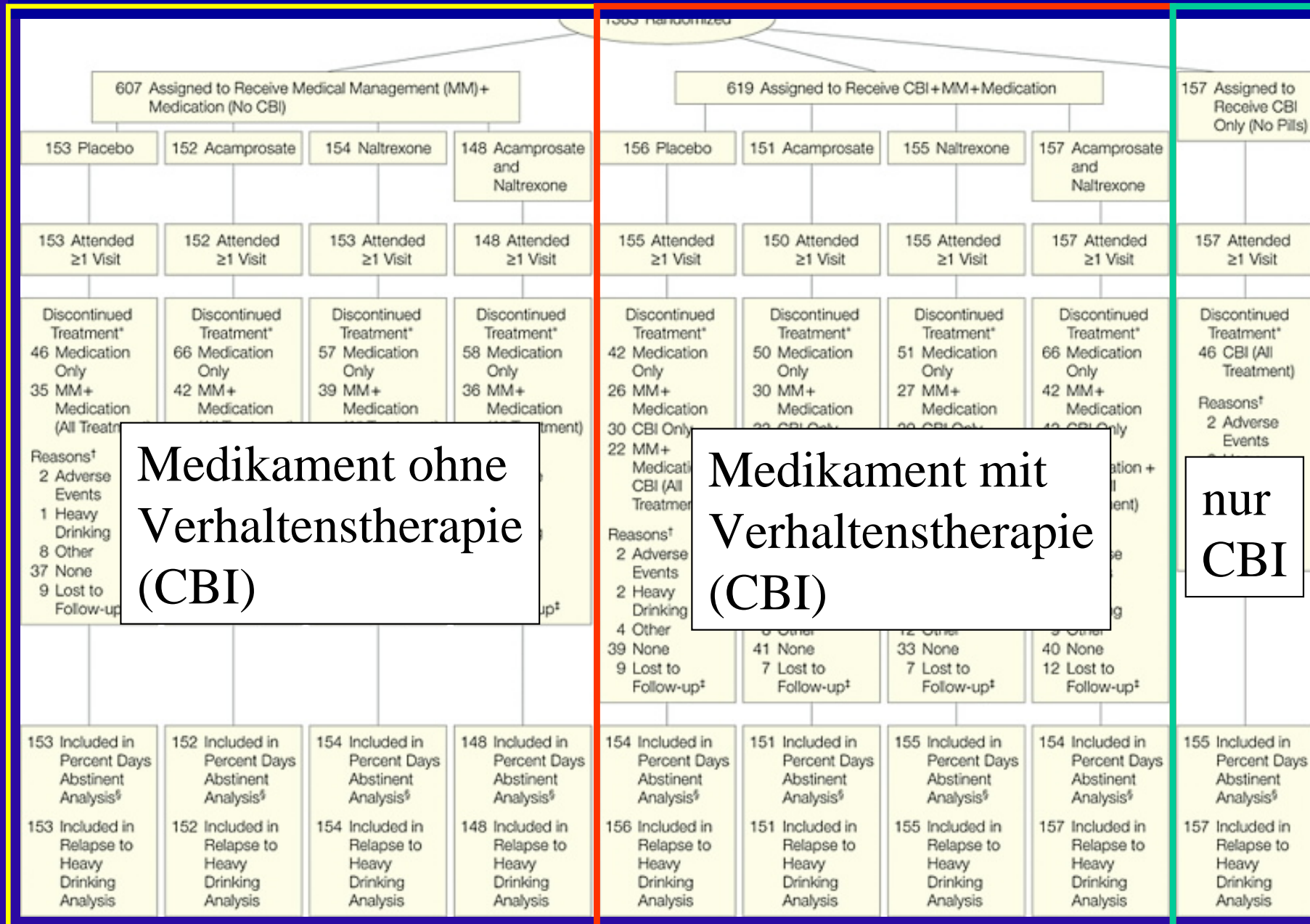
**B) Acamprosat, Naltrexon und/oder
Verhaltenstherapie**

Abstinenzzeit in Tagen

(bei 80 Tagen Studiendauer)



COMBINE-Trial



Medikament ohne Verhaltenstherapie (CBI)

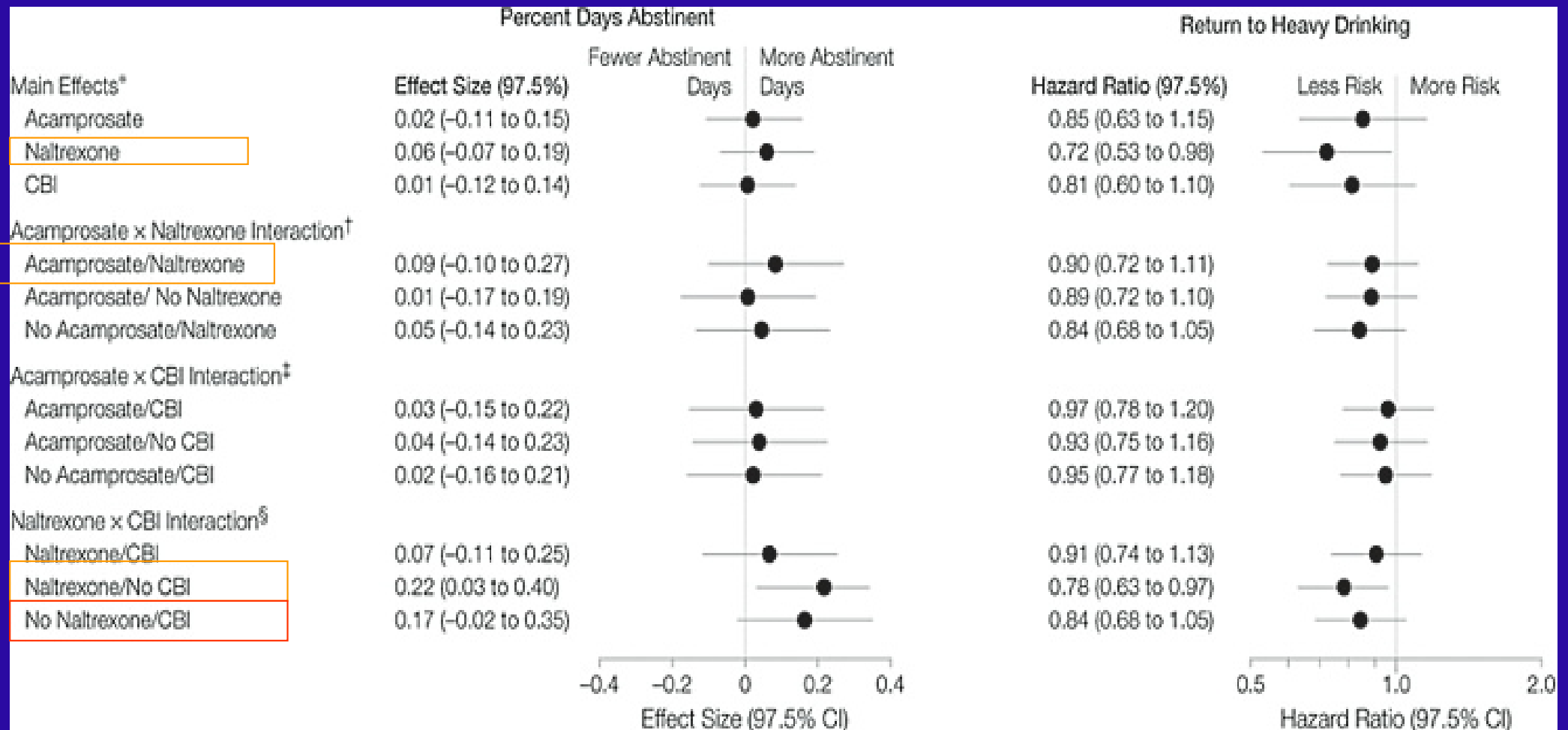
Medikament mit Verhaltenstherapie (CBI)

nur CBI

„COMBINE Studie“

➤ alle Gruppen zeigten eine signifikante Zunahme der alkoholfreien (abstinenten) Tage in den 16 Wochen von ca. 25 vor der Behandlung zu 73 während der Behandlung

Nur für Naltrexon (oder CBI) konnte ein besserer Effekt auf die Zahl der abstinenten Tage und Rückfallrate („Heavy Drinks“) gezeigt werden



Keine signifikanten Unterschiede in den Katamnesedaten 1 Jahr nach Behandlungsende

Table 9. One-Year Posttreatment Drinking Outcomes

Drinking Outcomes*	No. (N = 1383)†	Medical Management (No CBI)				CBI + Medical Management				CBI Only
		Placebo (n = 153)	Naltrexone (n = 154)	Acamprosate (n = 152)	Naltrexone + Acamprosate (n = 148)	Placebo (n = 156)	Naltrexone (n = 155)	Acamprosate (n = 151)	Naltrexone + Acamprosate (n = 157)	No Pills (n = 157)
Percent days abstinent, mean (SD)‡	1274	59.4 (32.42)	68.1 (31.49)	62.7 (31.47)	64.4 (31.71)	67.5 (32.87)	66.0 (31.44)	64.2 (31.47)	68.6 (31.70)	60.9 (32.64)
Return to heavy drinking, No. of events (%)§	1383	129 (84.3)	121 (78.6)	123 (80.9)	122 (82.4)	126 (80.8)	122 (78.7)	117 (77.5)	123 (78.3)	136 (86.6)
Good clinical outcome, No. of events (%)	1033	43 (37.7)	55 (48.2)	52 (44.4)	49 (45.8)	57 (47.1)	60 (50.4)	58 (48.7)	55 (48.7)	47 (46.8)

Abbreviation: CBI, combined behavioral intervention.

*All drinking measures are adjusted for baseline drinking.

†A total of 1383 patients were randomized. Other numbers represent all patients who have data available for analysis.

‡Percent days abstinent is computed monthly for the treatment period. At least 5 days of data per month were required to compute percent days abstinent; otherwise, it was considered missing.

§A heavy drinking day is defined as ≥ 4 drinks/d for women and ≥ 5 drinks/d for men.

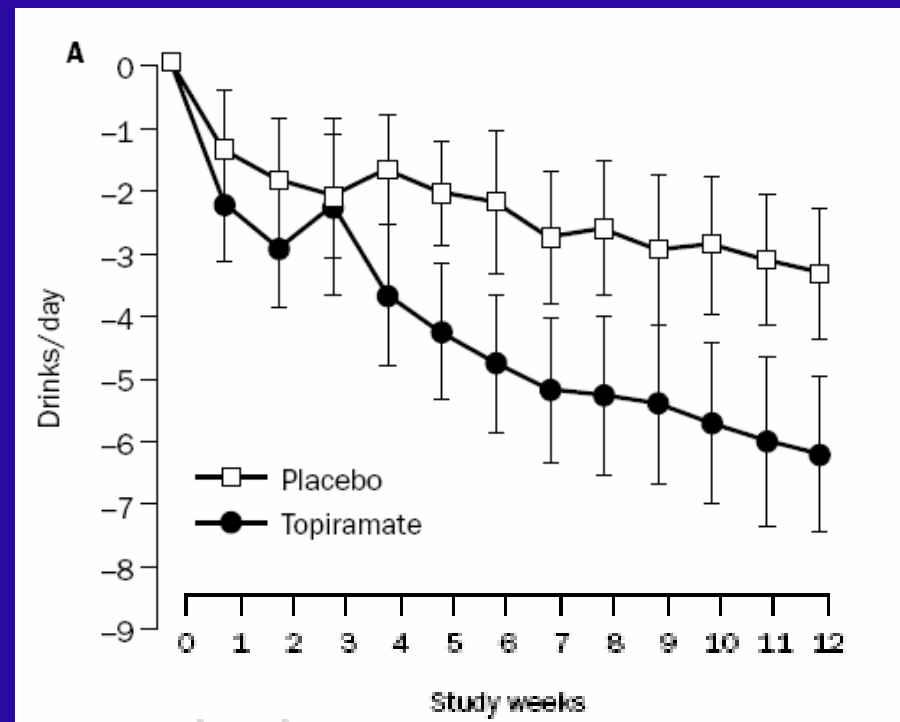
||See "Methods" section for definition. The good clinical outcome at end of follow-up is derived from the assessment period covering the last 16 weeks of the study.

Fazit „Combine Studie“

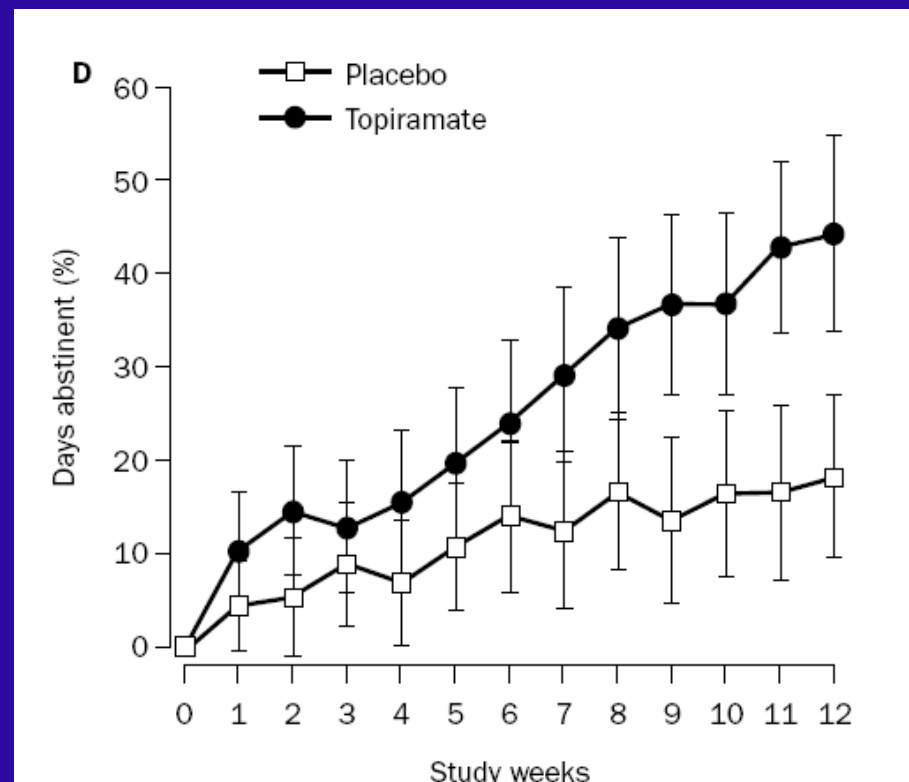
- Jede Art der Bemühung führte zu einer verbesserten Situation ! (auch Placebo plus spezifische Betreuung im Suchthilfesystem)
- Plazebogabe war jeweils besser als keine „Pillen“
- Acamprosat hatte keinen signifikanten Effekt über Plazebo oder unspezifische therapeutische Interventionen.
- Naltrexon oder CBI alleine oder Naltrexon plus CBI führten zu signifikant besseren „Outcome“ Daten.

Antiepileptika in der Rückfallprophylaxe ?

Topiramamat – Reduktion der Trinkmenge



Topiramate – Erhöhung der Anzahl abstinenter Tage



Therapieansprechen und Behandlungsansätze: Metaanalyse

Effektstärken bei:

- Verhaltenstherapie	.73
- Gemeindenahe Verstärkung	.59
- Motivational Interviewing	.26
- Bibliothherapie	.19

Therapieansprechen und Behandlungsansätze: Metaanalyse

Negative Verfahren:

- Erzieherische Einsichtsförderung
- Konfrontation
- Entspannungsverfahren
- Unspezifische Beratung
- forcierter Suchtgruppenbesuch

Therapieansprechen und Langzeitprognose

- **32- 48% Abstinenz nach 3-6 Wochen Behandlung auf Suchtstation (Erhebung nach 6-28 Monaten)**
- **60-68% Abstinenz nach stationärer (plus ambulanter Reha) von 6-12 Monaten (Erhebung nach 1 Jahr)**
- **30% Abstinenz allgemein bei Erhebung nach 48 Monaten**

Neue ambulante Versorgungsmodelle?

Das Berliner Modell

- Direktvertrag zwischen Charité und DAK
- Individualisierter interdisziplinärer qualifizierter tagesklinischer Alkoholentzug
- übergreifender und interdisziplinären Ansatz zur Versorgung (Diagnostik, Motivation, Therapie, Betreuung) von Patienten mit Alkoholproblemen

Hier dreht sich alles um Sie!
Innovative medizinische Dienstleistungen der DAK

- Zahlreiche weitere Verträge zur 'Integrierten Versorgung' für passgenaue Therapien
- DAK-Gesundheitsprogramme (DMP) für eine bessere Lebensqualität: Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK). In Vorbereitung sind Programme zu Diabetes mellitus Typ 1, Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Der Hausarzt als Lotse für eine optimale Behandlung: DAK-Hausarztmodell in Hessen und Nordwürttemberg. In anderen Regionen in Vorbereitung.

DAK-Medizinexperten beantworten Ihre Fragen zu unseren innovativen Dienstleistungen

DAKGesundheit*direkt*

01801 325 326

(zum Ortstarif – 24 Stunden täglich)

Informationen im Internet finden Sie unter www.dak.de

DAK tut gut.

AT 72 IV 007



Integrierte Versorgung

Alkoholentzug mit ärztlicher und psycholo- gischer Betreuung

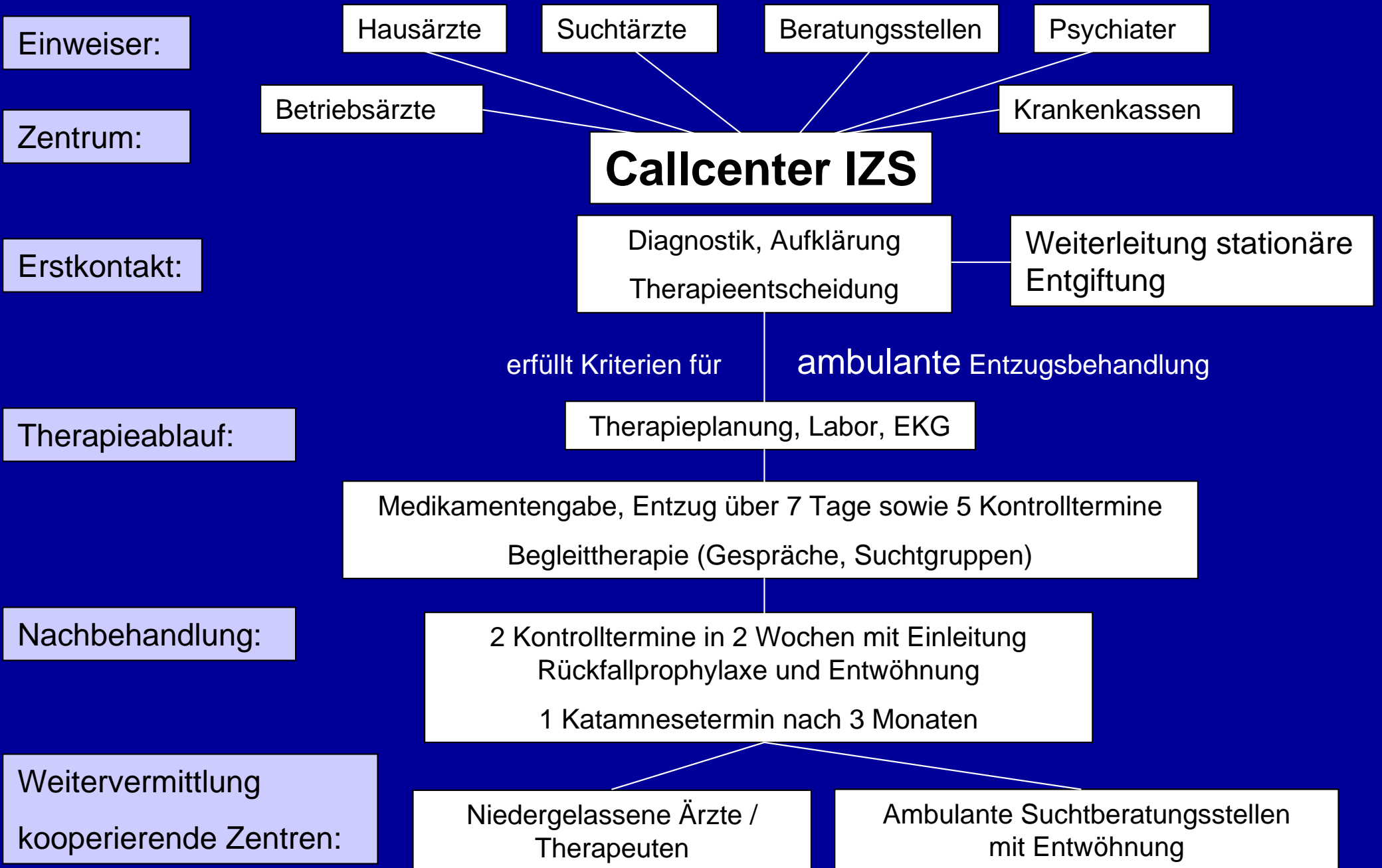
Ihre Partner für Qualität.



dak-mehr-leistung

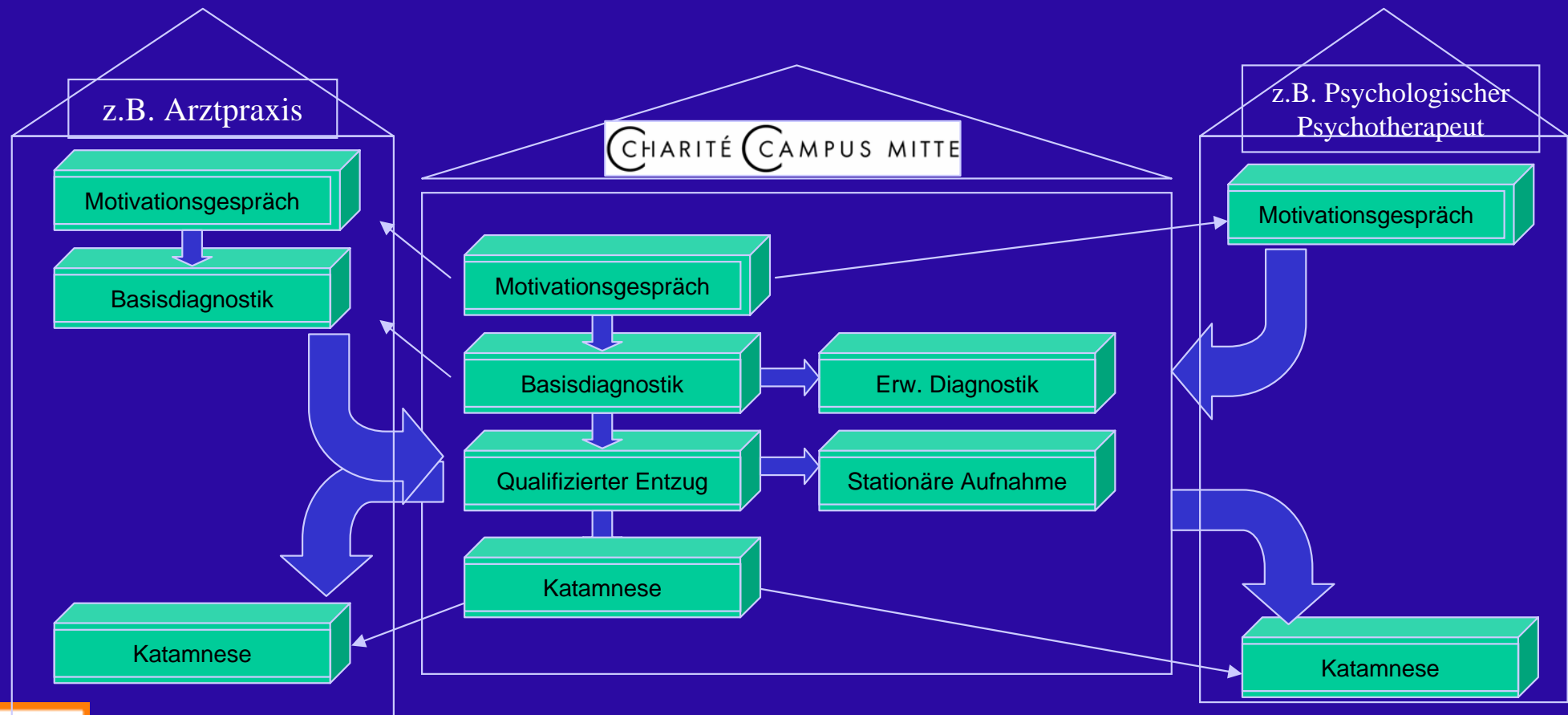
Ziele

- Schaffung und Sicherstellung eines qualifizierten Angebotes zum ambulanten Entzug
- Schaffung eines Angebotes einer umfassenden interdisziplinären Diagnostik und Therapie alkoholassoziierter Krankheiten
- Kostenersparnis durch Verlagerung von nicht notwendigen stationären Entzügen in den ambulanten Entzug
- Kostenersparnis durch Verringerung von Fehltagen und Krankschreibungen

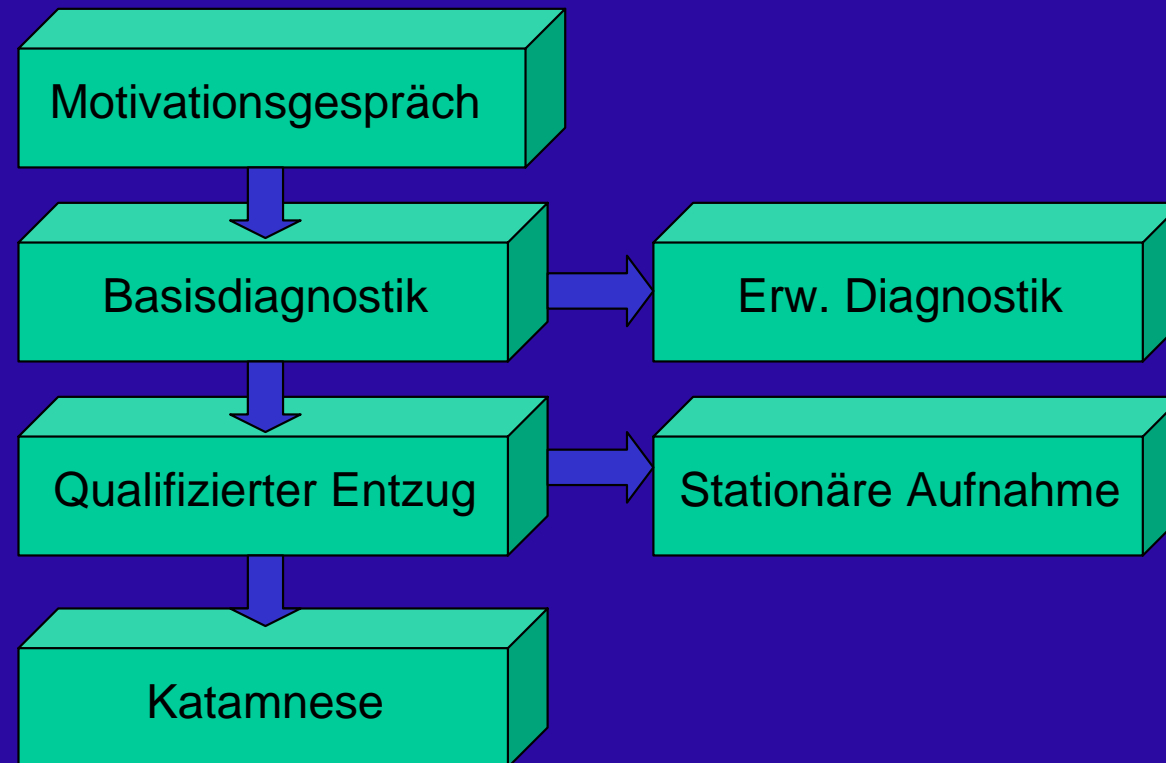


Das Berliner Modell

- Stationär-ambulante Zusammenarbeit



Abrechnung durch Module



Fazit

- Genetische und neurobiologische Faktoren beeinflussen die Disposition, die Suchtentwicklung, Entzugerscheinungen und Rückfallgefährdung
- Die Suchttherapie muß im Suchthilfesystem stattfinden (siehe COMBINE-Studie)
- Pharmakotherapeutisch werden derzeit Antiepileptika und Anticravingsubstanzen geprüft
- Der Bedarf an interdisziplinären ambulanten Behandlungsmodellen ist groß
- Interdisziplinäre Konzepte sind auch für die Behandlung häufiger psychiatrischer und somatischer Komorbiditäten notwendig
- Eine Suchttherapie muß langfristig angelegt sein („langer Atem“), Rückfälle sind einzuplanen

