

Felix Jülich

Auszubildender Notfallsanitäter, Notfallbildungszentrum Eifel-Rur gGmbH

Kontakt: juelich.felix@web.de

Präklinisches Management von Entzugssyndromen: Herausforderungen bei Alkoholabhängigen und geriatrischen Schmerzmittelpatienten

Großstädte sind Schauplätze eines stetigen demografischen Wandels. Die wachsende Anzahl älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie die hohe Prävalenz von Alkoholabhängigkeit stellen den Rettungsdienst vor besondere Herausforderungen. In den letzten Jahren sind die Einsätze für entzückige Patienten stark gestiegen. Trotz der Häufigkeit werden sie oft nicht ernst genommen, was die präklinische Versorgung erschwert und das Risiko für Komplikationen erhöht.

Entzugssyndrome sind eine zentrale Herausforderung in der präklinischen Notfallmedizin, insbesondere bei zwei besonders gefährdeten Patientengruppen: alkoholabhängigen Personen und geriatrischen Patienten mit langjähriger Schmerzmitteltherapie. Beide Gruppen zeigen spezifische Entzugserscheinungen, die eine gezielte präklinische Diagnostik und Therapie erfordern. Unbehandelte oder unzureichend adressierte Entzugssymptome können schwerwiegende Komplikationen nach sich ziehen, einschließlich Delirien, Krampfanfällen und kardiovaskulären Notfällen. Dieser Beitrag beleuchtet die Besonderheiten und therapeutischen Ansätze im präklinischen Umfeld und stellt praxisnahe Lösungsstrategien vor.

Entzugssyndrom bei Alkoholabhängigkeit

Der Alkoholentzug kann potenziell lebensbedrohliche Folgen haben. Besonders gefürchtet ist das Delirium tremens, das sich durch Desorientierung, Halluzinationen, vegetative Instabilität und Krampfanfälle äußert. Eine frühzeitige Diagnose mithilfe von Anamnese, klinischer Einschätzung und gegebenenfalls dem CIWA-Score ist essenziell.

Präklinisch sollte eine symptomorientierte Therapie mit Benzodiazepinen (z. B. Diazepam, Lorazepam oder Clonazepam) erfolgen, um

Krampfanfälle und Erregungszustände zu vermeiden. Clonazepam (Rivotril) bietet dabei den Vorteil einer langen Halbwertszeit, wodurch eine stabilere Wirkung erzielt und das Risiko eines Rebound-Effekts reduziert werden kann. Die Gabe sollte intravenös oder, falls erforderlich, sublingual erfolgen. Eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter ist notwendig, um kardiovaskuläre oder neurologische Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Ergänzend können intravenöse Flüssigkeitsgaben sowie Elektrolytausgleich sinnvoll sein, da viele dieser Patienten dehydriert sind und Elektrolytstörungen aufweisen. Darüber hinaus kann Clomethiazol in spezialisierten Settings eine alternative Behandlungsoption darstellen, erfordert jedoch eine sorgfältige Dosierung und Überwachung.

Eine besondere Herausforderung in der präklinischen Versorgung alkohol-abhängiger Patienten besteht in der häufig schwierigen Anamneseerhebung. Patienten können aufgrund kognitiver Einschränkungen, akuter Intoxikation oder sozialer Faktoren nicht in der Lage sein, verlässliche Informationen über ihren Alkohol- und Gesundheitsstatus zu geben.

Entzugssyndrom bei geriatrischen Schmerzmittelpatienten

Geriatrische Patienten, die über einen langen Zeitraum opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen haben, können ein Entzugssyndrom entwickeln, das sich durch vegetative Symptome (Tachykardie, Hypertonie, Schwitzen), gastrointestinale Beschwerden sowie psychische Auffälligkeiten wie Angstzustände und depressive Verstimmungen manifestiert.

Die präklinische Therapie erfordert besondere Vorsicht, da die altersbedingte Veränderung der metabolischen und renalen Clearance das

Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen erhöht. Eine behutsame symptomatische Therapie mit niedrig dosierten Benzodiazepinen oder Clonidin sowie eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sind essenziell. Darüber hinaus sollten alternative Schmerztherapien in Betracht gezogen werden, beispielsweise der Einsatz nicht-opioider Analgetika oder nicht-medikamentöser Methoden wie Physiotherapie und psychologische Interventionen.

Ein weiteres Problem besteht in der häufigen Polypharmazie dieser Patienten. Wechselwirkungen zwischen Medikamenten können den Entzug verstärken oder unerwartete Nebenwirkungen hervorrufen. Daher ist eine differenzierte Betrachtung des gesamten Medikationsplans notwendig. Zusätzlich sind geriatrische Patienten anfälliger für Delirien, was den diagnostischen und therapeutischen Ansatz weiter erschwert.

Vergleich und therapeutische Implikationen

Beide Entzugssyndrome weisen sowohl Ähnlichkeiten als auch wesentliche Unterschiede auf. Während der Alkoholentzug primär neurologische und psychotische Symptome hervorruft, stehen bei geriatrischen Schmerzmittelpatienten eher vegetative und gastrointestinale Beschwerden im Vordergrund. In beiden Fällen sind eine strukturierte Anamnese, differenziertes Monitoring sowie eine individuell angepasste Therapie entscheidend.

Ein weiterer kritischer Punkt ist die Notwendigkeit eines interdisziplinären Ansatzes. Die präklinische Versorgung dieser Patienten sollte nicht isoliert betrachtet werden, sondern eine enge Abstimmung mit Notaufnahmen, internistischen und psychiatrischen Fachabteilungen beinhalten. Eine koordinierte Übernahme in spezialisierte Einrichtungen, beispielsweise Suchtkliniken oder geriatrische Abteilungen, kann das Outcome erheblich verbessern.

Fazit

Das präklinische Management von Entzugssyndromen erfordert ein tiefgehendes Verständnis der pathophysiologischen Mechanismen sowie eine auf die jeweilige Patientengruppe abgestimmte Therapie. Eine frühzeitige Identifikation und eine symptomorientierte Behandlung tragen entscheidend dazu bei, schwerwiegende Komplikationen zu vermeiden und die Übergabe in eine geeignete medizinische Einrichtung zu optimieren.

Zukünftig sollten standardisierte Algorithmen für das präklinische Management von Entzugssyndromen weiterentwickelt werden, um eine noch gezieltere und sicherere Versorgung dieser Patienten zu gewährleisten. Die Schulung von Rettungskräften und Notärzten hinsichtlich der Differenzialdiagnose und Therapieoptionen von Entzugssyndromen könnte einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Patientenversorgung leisten.

Aktuelle Statistiken verdeutlichen die Dringlichkeit eines effektiven präklinischen Managements von Entzugssyndromen:

- **Alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte:** Im Jahr 2017 wurden in Deutschland über 300.000 Patienten aufgrund von Alkoholmissbrauch stationär behandelt.
- **Medikamentenabhängigkeit:** Schätzungen zufolge sind in Deutschland fast zwei Millionen Menschen medikamentenabhängig, wobei insbesondere ältere Menschen betroffen sind.

Diese Zahlen unterstreichen die Notwendigkeit spezialisierter präklinischer Strategien für das Management von Entzugssyndromen in diesen Patientengruppen.

Quellen:

S2k-Leitlinie "Notfallpsychiatrie"

https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/f3a343551a8377beaed060e05d40734d71683710/038-0231_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf

S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"

https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-0011_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf

S1-Leitlinie "Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir"

https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-0061-S1_Delir-und-Verwirrheitszustaende-Alkoholentzugsdelir_2022-01.pdf

Leitfaden "Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit" der Bundesärztekammer

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf

Fachartikel "Präklinisches Management von Alkoholentzugsdelir"

<https://www.springermedizin.de/delir/notfallmedizin/welche-entscheidungs-und-beurteilungshilfen-koennen-notfallsanit/27235268>

<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/neurologie/news-archiv/artikel/wie-veraendert-alkohol-das-gehirn-und-was-kann-die-entzugstherapie-unterstuetzen/>

<https://www.polizei-dein-partner.de/infos-fuer/senioren/detailansicht-senioren/artikel/medikamentenabhaengigkeit-die-schleichende-sucht.html>