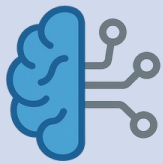


**Er trinkt seit 20 Jahren.
Jeder weiß es.**

Keiner spricht es an.

**Und auf Station wird er
zum dritten Mal wegen
„Gastritis“ behandelt.**





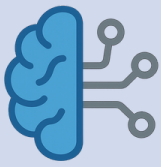
Alkoholabhängigkeit selten direkt benannt

Alkoholabhängigkeit (**F10.2**) bleibt auf Station oft unsichtbar.

- Patienten verschweigen den Konsum aktiv
- Teams fragen nicht direkt – aus Scham oder Zeitmangel
- Entzug wird als „Unruhe“ oder „Schlafstörung“ dokumentiert
- Die eigentliche Diagnose steht nicht im Entlassungsbrief

Merke: Was nicht benannt wird, wird nicht behandelt.





Der häufigste Denkfehler

„Der will ja gar nicht aufhören.“ – Falsch.

- Kontrollverlust ist neurobiologisch, nicht moralisch
- Craving ist keine Willensschwäche
- Rückfall gehört zum Krankheitsverlauf
- Motivationsarbeit ist Behandlung – nicht Vorbedingung

Merke: Abhängigkeit ist eine Erkrankung. Behandle sie wie eine.





Was die ICD-11 künftig ändern wird

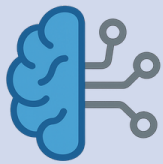
F10.2 wird unter **6C40.2** als „Alcohol dependence“ geführt.

Künftig: klarere Schweregradspezifikation, Remissionsstatus kodierbar.

Die ICD-11 ist im DACH-Raum noch nicht eingeführt.

Merke: Remission wird künftig explizit dokumentierbar – ein wichtiger Schritt.



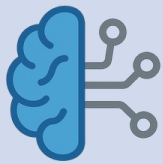


Differentialdiagnosen

- Schädlicher Gebrauch (**F10.1**): kein Kontrollverlust, keine Toleranz
- Alkoholentzugssyndrom (F10.3): akut, potenziell lebensbedrohlich
- Delir tremens (**F10.4**): medizinischer Notfall
- Komorbide Depression/Angst: häufig, bidirektional

Merke: Erst Entzugssicherung – dann alles andere.





Diagnostik

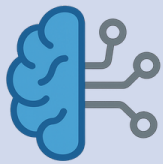
Drei Schritte bei jeder Aufnahme:

1. AUDIT-C oder CAGE – strukturiert fragen, nicht raten
2. Entzugsrisiko einschätzen: CIWA-Ar bei Verdacht
3. Labor: GGT, MCV, CDT, Leberwerte, BB

Dazu: Fremdanamnese, Vormedikation, Krampfanamnese.

Merke: Kein Screening = kein Befund.
Kein Befund = keine Behandlung.





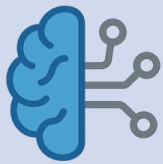
Therapie

Entzug zuerst – sicher und strukturiert.

- Benzodiazepine (z. B. Diazepam)
symptomorientiert nach CIWA
- Thiamin 300 mg i.v. vor Glukose – immer
- Motivierende Gesprächsführung parallel zum Entzug
- Anschlussbehandlung frühzeitig organisieren

Merke: Thiamin vor Glukose – dieser Fehler macht blind. Wörtlich.





Klinischer Fall

52-jähriger Bauingenieur. Dritte Aufnahme in zwei Jahren.

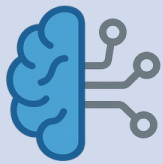
Aufnahmegrund: „Magenprobleme“. GGT 480. Zittern seit heute früh.

CIWA-Ar: 18 Punkte. Krampfanamnese positiv.

Thiamin i.v., Diazepam nach Schema, Suchtmedizin konsultiert.

Einordnung: Alkoholabhängigkeit F10.2, Entzugssyndrom F10.3.





Die häufigsten Fehler

- ✗ Alkoholkonsum nicht aktiv erfragt
- ✗ Thiamin nicht vor Glukose gegeben
- ✗ Entzugsrisiko unterschätzt – kein CIWA
- ✗ Krampfanamnese nicht dokumentiert
- ✗ Entlassung ohne Anschlussbehandlung





Take Home + Checkliste

- ✓ Immer aktiv nach Konsum fragen – AUDIT-C nutzen
- ✓ Thiamin 300 mg i.v. vor jeder Glukosegabe
- ✓ CIWA-Ar bei Entzugsverdacht – nicht klinisch schätzen
- ✓ Komorbide Depression und Angst mitbehandeln
- ✓ Anschlussbehandlung vor Entlassung organisieren
- ✓ Speichere diese Checkliste. Teile sie mit deinem Team.

Quellen: S3-LL Alkoholbezogene Störungen (AWMF 076-001), ICD-10 F10.2, WHO ICD-11 6C40.2





Deine Dokumentation

Vereinfacht. Rechtssicher. Effizient.

Moderne Lösung für psychiatrische
Dokumentation

- ✓ Zeitersparnis im klinischen Alltag
- ✓ ICD-10 konforme Textbausteine
- ✓ Rechtssichere Formulierungen
- ✓ Speziell für Assistenzärzte entwickelt

Psychiatrie Digital

www.psychiatrie-digital.com