Behandlungspfad vegetatives Alkoholentzugssyndrom

Entscheidungshilfe für die Akutbehandlung, modifiziert nach Hartung und Bschor (2010).

SCHRITT 1 · ANFALLSPROPHYLAXE UND ENTZUGSBEHANDLUNG

Epileptischer Anfall aktuell oder in einem früheren Entzug?

JA

Carbamazepin ret. 400-0-400 mg; bei Kontraindikation **Valproat ret.** 20–30 mg/kg KG (nicht bei Frauen im gebärfähigen Alter ohne Schwangerschaftsverhütungsprogramm, nicht bei Leberinsuffizienz)

NEIN

Epileptischer Anfall aktuell?

JA

Diazepam-Reduktionsschema, beginnend mit 10 mg alle 8 h

NEIN

Delir aktuell?

JA → Diazepam-Reduktionsschema (links); NEIN → weiter

Asthma, COPD oder Clomethiazol-Unverträglichkeit?

JA

Oxazepam nach Entzugsscore, max. 10 mg alle 4 h

NEIN

Clomethiazol nach Entzugsscore, max. 2 × 192 mg alle 2 h

SCHRITT 2 · DELIRANTE SYMPTOMATIK

Delirante Symptomatik aktuell oder in einem früheren Entzug?

JA, aktuell

zusätzlich **Haloperidol** 5-0-5 mg (EKG/QTc-Kontrolle)

JA, früher

zusätzlich **Haloperidol** 2-0-3 mg (EKG/QTc-Kontrolle)

SCHRITT 3 · THIAMIN (VITAMIN B1) – IMMER VOR GLUKOSEGABE

Vollbild einer Wernicke-Enzephalopathie?

Verwirrtheit oder Vigilanzminderung, Ataxie, Ophthalmoplegie oder Nystagmus

JA

SOFORT Thiamin 3 × 300–500 mg i.v. (Kurzinfusion über 30 min) für mindestens 3–5 Tage; bei Besserung 1 × 300–500 mg/d i.v. für weitere 3–5 Tage, dann 100–300 mg/d p.o.; **Magnesium** ausgleichen; zusätzlich **Nicotinamid** 200-0-0 mg

NEIN

Verdacht auf Thiaminmangel?

Delir, mnestische oder Orientierungsstörungen, Bewusstseinsminderung, Ataxie, Augenbewegungsstörungen, Hypothermie bei arterieller Hypotonie, Hypoglykämie, Mangelernährung

bei Verdacht: **Thiamin** 1 × 250–300 mg/d i.v./i.m. für 3–5 Tage, dann 100–300 mg/d p.o.; ohne Verdacht routinemäßig 100–300 mg/d p.o. während des Entzugs; zusätzlich **Nicotinamid** 200-0-0 mg

SCHRITT 4 · MAKROZYTÄRE ANÄMIE

MCV > 100 fl und MCH > 34 pg sowie Erythrozyten, Hb oder Hkt erniedrigt?

zusätzlich **Folsäure** 5-0-0 mg und **Cyanocobalamin (Vitamin B12)** 1000 µg i.v./i.m. zweimal pro Woche

HINWEIS

Thiamindosierung 2026 aktualisiert nach EFNS-Leitlinie (Galvin et al. 2010: mindestens 3 × 200 mg i.v.), Royal College of Physicians (Thomson et al. 2002: 3 × 500 mg i.v.) und ESPEN-Leitlinie Mikronährstoffe (Berger et al. 2022). Maßgeblich sind außerdem die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (AWMF 076-001, 2021), die Fachinformationen und die Rote-Hand-Briefe zu Valproat (2018, 2024). Bei manifester Wernicke-Enzephalopathie nicht unterdosieren: Die orale Resorption ist im Entzug unsicher. Dosierungen im Einzelfall an Alter, Leberfunktion und Komorbidität anpassen.

© Elsner 2014, modifiziert nach Hartung/Bschor 2010; überarbeitet 2026.

© Dr. Mark Elsner · www.avd-psychiatrie.de · Arbeitshilfe ohne Gewähr; maßgeblich sind Gesetzestext, Fachinformation und Leitlinien.