

S3-Leitlinie
**„Screening, Diagnose und Behandlung
alkoholbezogener Störungen“**

AWMF-Register Nr. 076-001

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und
Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT)

Kurzfassung

(Aktualisierte Version 2020)

Impressum

Herausgeber

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT)

Träger und Federführung



Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und
Psychotherapie, Psycho-
somatik und Nerven-
heilkunde (DGPPN)



Deutsche Gesellschaft für
Suchtforschung und
Suchttherapie e.V. (DG
SUCHT)



Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit (ZI),
Medizinische Fakultät
Mannheim, Universität
Heidelberg



Universitätsklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie,
Universität Tübingen

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Falk Kiefer, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Koordination und Methoden

Sabine Hoffmann M.A, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Dr. Kay Uwe Petersen, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen

Redaktionsteam

Sabine Hoffmann, Daniela Tananska, Isabel Ardern (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg)

Mitglieder der Steuergruppe der Leitlinienentwicklung:

Prof. Dr. Falk Kiefer (Dt. Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie, DG-Sucht)

Prof. Dr. Anil Batra (Dt. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN)

Prof. Dr. Ina Kopp (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF)

Sabine Hoffmann (Methodikerin), **Dr. Kay Petersen** (Methodiker)

AutorInnen der entsprechenden Leitlinienkapitel ((alphabetische Reichenfolge, an der Aktualisierung beteiligte AutorInnen fett gedruckt):

Klaus Amann, Julia Arens, **Erika Baum**, Martin Beutel, Oliver Bilke-Hentsch, **Gallus Bischof** (Ltg.), **Udo Bonnet**, Jan Malte Bumb, **Ralf Demmel**, **Silke Diestelkamp**, **Patric Driessen**, **Isabel Englert**, **Ursula Fennen**, **Jennis Freyer-Adam**, **Ulrich Frischknecht**, **Heribert Fleischmann**, **Wilma Funke** (Ltg.), **Dieter Geyer**, **Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank**, **Arthur Günthner**, **Renate Hannak-Zeltner**, **Barbara Hansen**, **Rita Hansjürgens**, Ursula Havemann-Reinecke, **Derik Hermann**, Eva Hoch, **Werner Höhl**, **Susann Hößelbarth**, **Kristin Hupfer**, Bettina Jäpel, **Julia Jückstock**, **Marianne Klein**, Andreas Koch, Joachim Köhler, **Michael Köhnke**, **Anne Koopmann**, **Dietmar Kramer**, **Oliver Kreh**, Georg Kremer, **Monika Krönes**, **Timo Krüger**, Gerhard Längle, **Nikolaus Lange**, **Bodo Lieb**, **Johannes Lindenmeyer** (Ltg.), **Mathias Luderer**, Karl Mann, Peter Missel, **Sebastian Mueller** (Ltg.), **Michael Müller-Mohnssen**, **Corinna Nels-Lindemann**, **Tim Neumann**, **Oliver Pogarell**, **Thomas Polak**, **Ulrich W. Preuss** (Ltg.), **Olaf Reis**, **Gerhard Reymann**, Monika Ridinger, **Hans-Jürgen Rumpf**, Peter-Michael Sack, **Ingo Schäfer**, **Martin Schäfer** (Ltg.), Norbert Scherbaum, Welf Schroeder, **Ariane Schulte**, Manfred Singer, **Michael Soyka**, Claudia Spies, **Rainer Thomasius** (Ltg.), Natasha Thon, **Clemens Veltrup** (Ltg.), **Monika Vogelgesang**, **Irmgard Vogt**, **Marc Walter**, **Tillmann Weber**, Georg Weil, **Wolfgang Weinmann**, **Volker Weissinger** (Ltg.), Bernd Wessel, **Tina Wessels**, Arnold Wiczorek, Klaudia Winkler, Nadja Wirth, **Norbert Wodarz** (Ltg.), **Dirk Wolter**, **Friedrich M. Wurst** (Ltg.)

Die Vollversion, der Methoden-Report, der Tabellenband und Anlagen befinden sich in der Langversion der S3-Leitlinie. Sollten Diskrepanzen zwischen dieser Kurzversion und der Langversion auftreten, gilt die originale Langversion: “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen” im AWMF-Register Nr. 076-001

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Definitionen	5
1.1 ZIELE DER LEITLINIE	6
1.2 ZIELGRUPPEN UND VERSORGUNGSBEREICH	7
1.3 BEGRIFFE UND DEFINITIONEN	8
2. Screening und Diagnostik von Intoxikation, riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch	11
3. Behandlung von riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch	12
3.1 KURZINTERVENTIONEN	12
3.2 KÖRPERLICHE ENTGIFTUNG	14
3.3 QUALIFIZIERTE ENTZUGSBEHANDLUNG	16
3.4 ARZNEIMITTEL ZUR ENTZUGSBEHANDLUNG	17
3.5 KÖRPERLICHE KOMPLIKATIONEN UND KOMORBIDITÄT	20
3.6 KOMORBIDE PSYCHISCHE STÖRUNGEN	22
3.7 ALTERS- UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE POPULATIONEN	27
3.8 MEDIZINISCHE REHABILITATION UND ANDERE FORMEN DER POSTAKUTBEHANDLUNG	31
4. Versorgungsorganisation	37
5. Literaturverzeichnis	37

1. Einleitung und Definitionen

Falk Kiefer, Sabine Hoffmann, Karl Mann, Eva Hoch

Der Konsum von Alkohol, Tabak und Medikamenten ist in unserer Gesellschaft allgegenwärtig und wird weitgehend akzeptiert, auch wenn dieser mit einer Vielzahl von gesundheitlichen und sozialen Folgen verbunden ist. In Deutschland trinkt jeder Einwohner/ jede Einwohnerin über 15 Jahre im Durchschnitt 11 Liter reinen Alkohol pro Jahr (John & Hanke, 2018). In Anlehnung an den Richtwerten der WHO konsumieren 18,1% der deutschen Erwachsenen Alkohol in riskanten Mengen. Nach dem klinischen Diagnostikinstrument *DSM-IV* erfüllten 2,8% der erwachsenen Bevölkerung die Kriterien für schädlichen Alkoholkonsum und 3,1% die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit (Atzendorf et al., 2019).

Die *International Classification of Diseases (ICD-10)* listet allein mehr als 40 Diagnosen auf, die in einem vollständigen kausalen Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum stehen (Rehm et al., 2017). Zudem ist Alkohol an einer Vielzahl weiterer Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen und Stoffwechselerkrankungen, Unfällen und Verletzungen ursächlich beteiligt (Rehm et al., 2017). Täglich sind rund 200 Todesfälle durch zu hohen Alkoholkonsum zu beklagen, jährlich liegt die Zahl bei 74.000 (Gaertner et al., 2013). Die Kosten mit mindestens 30 Milliarden Euro pro Jahr liegen auch im europäischen Vergleich an der Spitze aller durch psychische Störungen verursachten Kosten (Effertz & Mann, 2013).

Für die Behandlung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen (schädlicher Konsum, sowie Abhängigkeitserkrankung) gibt es im deutschen Gesundheits- und Hilfesystem eine Vielzahl von Angeboten. Allerdings fehlt es oft an der nötigen Abstimmung, zum Beispiel zwischen den Bereichen der Akutmedizin und der Rehabilitation. Ebenso bestehen erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit SuchtpatientInnen und Wissenslücken bzgl. der Chancen einer modernen Suchttherapie.

Hier sieht die Leitliniengruppe ein erhebliches Optimierungspotential in Lehre und Ausbildung zum Beispiel von ÄrztInnen und PsychologInnen. Die privaten Krankenkassen schließen Leistungen für PatientInnen mit einer Suchterkrankung außerhalb der Akutversorgung weiterhin aus, obwohl Alkoholabhängigkeit seit 1968 auch juristisch als Krankheit anerkannt ist. Damit ist die Situation für Personen mit Alkoholabhängigkeit immerhin besser als für Menschen mit Tabakabhängigkeit, bei denen weiterhin von einem „Lifestyle Problem“ ausgegangen wird, für dessen Behandlung die Krankenkassen generell nicht zuständig sind.

Durch Fortschritte in der *Public Health Forschung* können die Konsequenzen des Alkoholkonsums in der Bevölkerung inzwischen sehr genau beziffert werden. So wurde bereits vor einigen Jahren in der Zeitschrift *The Lancet* nachgewiesen, dass regelmäßiger Alkoholkonsum zu den wichtigsten

vermeidbaren Gesundheitsrisiken gehört (Lim et al., 2012). Die *Global Burden of Disease Study* der WHO ermittelte für 2010 die Hauptrisiken für die Entstehung von Krankheiten: Demnach nimmt in Deutschland der Alkoholkonsum bei Männern den fünften Platz ein (Plass et al., 2014). Deutschland gehört diesbezüglich zu den führenden Nationen weltweit, denn Alkohol- und Tabakkonsum zusammen bedingen hierzulande 20% des Risikos für die Gesamtheit aller Erkrankungen. Da wirksame verhältnispräventive Maßnahmen, wie zum Beispiel eine Erhöhung der Alkoholsteuer oder ein konsequentes Werbeverbot, anders als in anderen europäischen Ländern hierzulande nicht hinreichend umgesetzt werden (Adams & Effertz, 2011), ist auch in Zukunft mit einem erheblichen Beitrag des Alkoholkonsums für die globale Krankheitslast in unserem Lande zu rechnen. Hinzu kommt, dass Alkoholkonsum in Abhängigkeit von der zunehmenden Trinkmenge mit einem erhöhten Risiko für andere psychische und physische Krankheiten einhergeht. Die *International Classification of Diseases* (ICD-10) listet allein mehr als 40 Diagnosen auf, die in einem vollständigen kausalen Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum stehen (Rehm et al., 2017). Zudem ist Alkohol an einer Vielzahl weiterer Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen und Stoffwechselerkrankungen, Unfällen und Verletzungen ursächlich beteiligt (Rehm et al., 2017). Täglich sind rund 200 Todesfälle durch zu hohen Alkoholkonsum zu beklagen, jährlich liegt die Zahl bei 74.000 (Gaertner et al., 2013). Die Kosten mit mindestens 30 Milliarden Euro pro Jahr liegen auch im europäischen Vergleich an der Spitze aller durch psychische Störungen verursachten Kosten (Effertz & Mann, 2013). Dabei könnten nach einer Modellrechnung knapp 2000 Leben im Jahr gerettet werden, würden die psycho- und pharmakotherapeutischen Angebote statt der rund 10% wie bisher 40% der Betroffenen erreichen (Rehm et al. 2014).

Diesem Ziel dient die Erarbeitung dieser S3-Leitlinie zum Screening, der Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen. Die aktualisierten und konsentierten Empfehlungen basieren auf einer systematischen Literaturrecherche. Zur Verabschiedung der Handlungsempfehlungen wurde ein formales Konsensverfahren gewählt.

1.1 ZIELE DER LEITLINIE

Die vorliegende Behandlungsleitlinie gibt Empfehlungen zu Screening, Diagnose und Behandlung von Menschen mit riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch (Definitionen siehe Kapitel 1.2). Es soll eine systematisch entwickelte Entscheidungsgrundlage für alle behandelnden und betreuenden Berufsgruppen, Betroffenen und deren Angehörige geschaffen werden. Leitlinie dient auch zur Information von Erkrankten und ihren Angehörigen. Durch die Empfehlungen soll die Qualität der Behandlung und Betreuung von Erkrankten und Angehörigen verbessert und die Anwendung wirksamer und hilfreicher Verfahren soll gestärkt werden. Die Leitlinie stellt jedoch keine verbindlichen

Regeln im Sinne von Richtlinien auf. Die Behandlung eines Patienten ist immer ein individueller Prozess, bei dem die Behandelnden den Rahmen der Leitlinie als Grundlage nehmen, aber die Schritte in Diagnostik und Therapie an den einzelnen Betroffenen ausrichten sollen.

1.2 ZIELGRUPPEN UND VERSORGUNGSBEREICH

Die vorliegende Leitlinie soll als Entscheidungsgrundlage bzw. Handlungshilfe für folgende Personenkreise dienen:

- Erwachsene Menschen mit riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholkonsum, spezifische PatientInnengruppen mit besonderen Bedürfnissen (Kinder und Jugendliche, Frauen und Schwangere, ältere Menschen), Betroffene mit komorbiden somatischen und psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen und Störungen und deren Angehörige.
- Professionell Tätige (wie PsychiaterInnen, ärztliche PsychotherapeutInnen und AllgemeinärztInnen, psychologische PsychotherapeutInnen und andere PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, Pflegepersonal, ErgotherapeutInnen, Personal in anderen Einrichtungen, gesetzliche BetreuerInnen und andere Personen, die im Hilfesystem tätig sind).
- Andere Personen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen anbieten oder organisieren.

Riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum sollte möglichst frühzeitig erkannt und behandelt werden. Deshalb bezieht die Leitlinie ein breites Spektrum an Settings und Versorgungsbereichen ein. Screenings, Motivierungs- und Frühinterventionsmaßnahmen können beispielsweise in der medizinischen Grundversorgung (Allgemeinarztpraxen, Allgemeinkrankenhäusern und Notfallambulanzen) sowie in den Bereichen Arbeitsplatz oder Ausbildung (Schulen, Universitäten) eingesetzt werden. Darüber hinaus existiert ein differenziertes Versorgungssystem für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen mit einer Vielzahl von Angeboten. Die körperliche Entgiftung und die qualifizierte Entzugsbehandlung werden in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen angeboten. Suchtspezifische Beratung, Kurzintervention und postakute Behandlung inklusive medizinischer Rehabilitation werden insbesondere in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen der Suchtpsychiatrie und im Suchthilfesystem angeboten. Darüber hinaus gibt es Schnittstellen zu vielfältigen weiteren Hilfesystemen mit anderen Schwerpunkten in der Aufgabenstellung (z.B. Jugendhilfe, Altenhilfe, Wohnungslosenhilfe, diverse Arbeitslosenhilfen, Selbsthilfe).

1.3 BEGRIFFE UND DEFINITIONEN

Durch akuten oder chronischen Alkoholgebrauch können zahlreiche organmedizinische, psychische und soziale Schädigungen entstehen, sowohl bei den individuell Konsumierenden als auch bei anderen Personen. Zur Einschätzung dieses Risikos können, basierend auf neueren epidemiologischen Untersuchungen und in Anlehnung an die nationalen und internationalen Diagnostikinstrumente, verschiedene Konsumklassen definiert werden.

Screening und Case-Finding

Die Identifizierung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen erfolgt mittels Screening und Case Finding und wird bei entsprechender Auffälligkeit um eine anschließende Diagnostik ergänzt um individualisierte Hilfsmaßnahmen einzuleiten. Screening auf alkoholbezogene Störungen erfolgt idealerweise anhand von Befragungsinstrumenten oder klinischen Markern (z.B. Blutwerte) bei der Gesamtheit einer Population (z.B. bei allen behandelten PatientInnen) in einem festgelegten zeitlichen Rhythmus oder in einem bestimmten Setting. Case Finding findet statt, wenn sich im Lauf einer Untersuchung klinische, psychische oder soziale Hinweise auf das Vorliegen einer alkoholbezogenen Störung ergeben und dadurch zu Screening und Diagnostik führen (Lid et al., 2015; Freedy et al., 2011).

Risikoarmer Konsum

Der Begriff *risikoarm* impliziert, dass es keinen risikofreien Alkoholkonsum gibt. In Deutschland folgen die Grenzwerte für risikoarmen Alkoholkonsum den Vorgaben der WHO und liegen bei bis zu 24g Reinalkohol pro Tag für Männer (z.B. zwei Gläser Bier à 0,3l) und bis zu 12g Reinalkohol für Frauen (z.B. ein Glas Bier à 0,3l) und mindestens zwei abstinenten Tagen pro Woche (Seitz et al., 2008; Burger et al., 2004). Das Erkrankungsrisiko ist intraindividuell verschieden und hängt von der genetischen Prädisposition, sowie zusätzlich von sozialen und existenten Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck) ab (Singer et al., 2011).

Riskanter Alkoholkonsum

Mit der Menge des konsumierten Alkohols steigt das Risiko für alkoholbedingte Folgeschäden. Die Tagesgrenzwerte für einen riskanten Alkoholkonsum wurden – in Anlehnung an die Vorgaben der WHO – bei über 24g Reinalkohol für Männer und mehr als 12g Reinalkohol für Frauen festgelegt (Seitz et al., 2008). Diese konsumbezogenen Grenzwerte gelten ausschließlich für gesunde Erwachsene, nicht für Kinder und Jugendliche, schwangere Frauen, ältere Menschen (>65 Jahre) oder Personen mit einer körperlichen Erkrankung.

Rauschtrinken („binge drinking“)

Als risikoreiche Konsumform gilt die Einnahme von großen Alkoholmengen innerhalb von kurzer Zeit. Bei Männern wird als *Rauschtrinken* (engl. *binge drinking*) bezeichnet, wenn fünf oder mehr Getränke (Standarddrinks) bei einer Gelegenheit konsumiert werden (SAMHSA, 2006). Bei Frauen liegt die

entsprechende Konsumgrenze bei vier oder mehr Getränken (Standarddrinks) bei einer Gelegenheit. Epidemiologische Daten weisen darauf hin, dass der Anteil unter den Männern (42,8%) deutlich höher ist als der unter den Frauen (24,6%) (Seitz et al., 2019).

Akute Intoxikation (ICD-10, F10.0)

Nach dem *Internationalen Klassifikationssystem Psychischer Störungen* (ICD-10; Dilling et al., 2015) ist unter einer *akuten Intoxikation* bzw. einem akuten Rausch ein vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol zu verstehen. Es kommt zu Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen, der Wahrnehmung, des Affekts, des Verhaltens oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Diagnose soll nur dann als Hauptdiagnose gestellt werden, wenn zum Zeitpunkt der Intoxikation keine längerdauernden Probleme mit Alkohol bestehen.

Schädlicher Alkoholgebrauch (ICD-10, F10.1)

Wenn durch Alkoholkonsum eine nachweisliche Folgeschädigung der psychischen oder physischen Gesundheit der konsumierenden Person aufgetreten ist, kann ebenfalls nach dem *ICD-10* (Dilling et al., 2015) ein *schädlicher Alkoholgebrauch* diagnostiziert werden. Schädliches Verhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig verschiedene negative soziale Folgeerscheinungen. Eine *akute Intoxikation* oder ein *Kater* (engl. *Hangover*) beweisen allein noch nicht den Gesundheitsschaden, der für die Diagnose erforderlich ist. Das Konsummuster sollte entweder seit mindestens einem Monat bestehen oder in den letzten zwölf Monaten wiederholt aufgetreten sein. Liegt ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10, F10.2) vor, ist ein *schädlicher Alkoholgebrauch* nicht zu diagnostizieren.

Das Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10, F10.2)

Zur Diagnose eines *Alkoholabhängigkeitssyndroms* nach *ICD-10* müssen mindestens drei der folgenden sechs Kriterien während des letzten Jahres gleichzeitig erfüllt gewesen sein:

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
2. Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft).
3. Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn Alkoholkonsum reduziert oder abgesetzt wird, nachgewiesen durch alkoholspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Alkoholentzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen von Alkohol.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten der Alkoholeinnahme. Es wird viel Zeit verwandt, Alkohol zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Fortdauernder Alkoholgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums.

Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Ein eingeeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol wird ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben.

Das Alkoholentzugssyndrom (ICD-10, F10.3)

Bei dem Entzugssyndrom handelt es sich um einen Symptomkomplex von unterschiedlicher Zusammensetzung und wechselndem Schweregrad. Es entsteht bei relativem oder absolutem Entzug von Alkohol, der wiederholt und zumeist über einen längeren Zeitraum und in hoher Dosierung konsumiert worden ist. Das Alkoholentzugssyndrom soll dann als Hauptdiagnose diagnostiziert werden, wenn es Grund für die gegenwärtige Konsultation ist und wenn das Erscheinungsbild so schwer ist, dass es eine besondere medizinische Behandlung erfordert. Das Alkoholentzugssyndrom ist vor allem durch Zittern, Unruhe, Schwitzen, Schlafstörungen und Kreislaufprobleme geprägt. Häufige Merkmale sind auch psychische Störungen (z.B. Angst, Depressionen, Schlafstörungen). Es kann durch Krampfanfälle (ICD-10: F10.31) oder ein Delir (ICD-10: F10.4) mit (ICD-10: F10.41) oder ohne Krampfanfälle (ICD-10: F10.40) kompliziert werden.

Die Alkoholkonsumstörung (DSM-5)

In der fünften Version des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5;* American Psychiatric Association [APA], 2015) wird erstmalig die Diagnose der *Alkoholkonsumstörung* beschrieben. Hierbei wird nicht mehr, wie im *DSM-IV*, zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit unterschieden. Bei Auftreten von zwei oder mehr von elf genannten klinischen Merkmalen innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums gelten die Kriterien für diese Störung als erfüllt. Die Schwere der Symptomatik lässt sich auf einem Kontinuum spezifizieren (Vorliegen von 2 bis 3 Kriterien: mild; Vorliegen von 4 bis 5 Kriterien: moderat; Vorliegen von mehr als 6 Kriterien: schwer).

Änderungen in der neuen Klassifikation der (ICD-11, WHO 2019)

Die World Health Assembly verabschiedete im Mai 2019 die 11. Version der *International Classification of Diseases (ICD-11)*. Diese wird ab 2022 gelten und weicht bei den Alkoholkapiteln in einigen Punkten von der *ICD-10* ab, behält aber die Dichotomie Abhängigkeit vs. schädlicher Gebrauch bei. Darin folgt die *ICD-11* nicht der oben skizzierten *DSM-5*. Für die Behandlung von Personen mit einer alkoholbezogenen Störung in Deutschland ist dies bedeutsam, da die Anerkennung von *Alkoholismus* als Krankheit an das Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose gebunden ist. Die Kosten der Behandlung einer Alkoholkonsumstörung mit nur 2 oder 3 Kriterien nach *DSM-5* könnten u.U. von den Krankenkassen nicht übernommen werden.

2. Screening und Diagnostik von Intoxikation, riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch

Friedrich M. Wurst, Erika Baum, Gallus Bischof, Eva Hoch, Karl Mann, Tim Neumann, Oliver Pogarell, Hans-Jürgen Rumpf, Ulrich W. Preuss, Claudia Spies, Natasha Thon, Wolfgang Weinmann, Falk Kiefer, Sabine Hoffmann

Alkoholbezogene Störungen sind in der Bevölkerung zahlreich vorhanden und werden gleichzeitig häufig unterdiagnostiziert. Im Sinne eines frühzeitigen Screenings bzw. einer Früherkennung, exakten Diagnosestellung, Schweregradeinschätzung, Verlaufs- und Prognosebeurteilung und Therapie alkoholbezogener Störungen und um Folgeerkrankungen zu vermeiden, können sowohl Fragebögen als auch Zustandsmarker einzeln und in Kombination hilfreich sein. Auch aus der Public-Health-Perspektive sind hier verstärkte Aktivitäten und konsequente Vorgehensweisen zu empfehlen. Im Folgenden wird Alkoholkonsum während der letzten Stunden und Tage als akut, während der letzten Wochen und Monate als chronisch verstanden. Allgemein kann zwischen Zustands- und Verlaufsmarkern (*state* und *trait* Markern) unterschieden werden. Die hier zu berücksichtigenden Zustandsmarker werden in direkte (die nach Aufnahme von Alkohol positiv sind) und indirekte (die bspw. Organschäden anzeigen) unterschieden.

Schlüsselempfehlungen	
Screening mit einem Fragebogenverfahren	
Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit sollen Fragebogenverfahren eingesetzt werden. (LoE: 1a)	A
Screeninginstrument AUDIT	
Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit soll der <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT) eingesetzt werden. (LoE: 1a)	A
Screeninginstrument AUDIT-C	
Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit soll die Kurzform des <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> , der AUDIT-C, eingesetzt werden, wenn der AUDIT zu aufwendig ist.	KKP
AUDIT und AUDIT-C zum Screening in allen Settings	
Zum Screening/ Case Finding sollten AUDIT oder AUDIT-C allen PatientInnen in allen medizinischen und psychosozialen Settings angeboten werden.	KKP
Zustandsmarker zum Nachweis von akutem Alkoholkonsum	
Zum Nachweis von akutem Alkoholkonsum sollen Zustandsmarker (EtOH in der Atemluft und im Blut, EtG und EtS im Urin) in verschiedenen Kontexten (Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden. (LoE: 1b)	A
Zustandsmarker zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum	
Zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum sollte ein geeigneter Zustandsmarker (PEth im Blut oder EtG und/oder EtPa in Haaren) in verschiedenen Kontexten (stationäre Aufnahme,	B

Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden. (LoE: 1b)	
Screening von Schwangeren a) Alle Schwangeren sollen dahingehend beraten werden, dass jeglicher Alkoholkonsum in der gesamten Schwangerschaft und Stillzeit schädlich für das Ungeborene ist. b) Zum Nachweis von Alkoholkonsum bei Schwangeren sollen falls maternale Proben untersucht werden EtG (Urin) und/ oder FAEEs (Haar) und/ oder besonders PEth (Blut) eingesetzt werden. Wenn ein neonatales Screening erfolgen soll, sollen FAEEs und/oder EtG im Mekonium untersucht werden. Fragebogen weisen hier eine unzureichende Sensitivität auf. (LoE: 2a)	A
Kombination von indirekten Zustandsmarkern Wenn chronischer Alkoholkonsum nachgewiesen werden soll, soll eine geeignete Kombination von indirekten Zustandsmarkern (z.B. GGT&MCV&CDT, Antilla Index, Alc Index) zur Erhöhung der Sensitivität und Spezifität in verschiedenen Kontexten (Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden. (LoE: 1a)	A
Kombination von AUDIT und indirekten Zustandsmarkern Wenn ein Screening auf chronischen Alkoholkonsum erfolgt, sollte der AUDIT und eine geeignete Kombination von indirekten Zustandsmarkern eingesetzt werden. (LoE: 1b)	A
Erhebung der Trinkmenge Wenn Alkoholkonsum erhoben werden soll, dann sollen Verfahren zur Ermittlung eines Menge-Frequenz-Indexes (getrennte Fragen zur Häufigkeit und Menge des üblichen Konsums) sowie Häufigkeit und Menge höheren Alkoholkonsums oder tageweise rückblickende Anamnesen (Timeline-Followback) eingesetzt werden.	KKP
Diagnosestellung Zur Diagnosestellung von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch sollen validierte Instrumente eingesetzt werden, welche die Kriterien der aktuellen Klassifikationsschemata der <i>International Classification of Diseases</i> (ICD) abbilden.	KKP

3. Behandlung von riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch

3.1 KURZINTERVENTIONEN

Gallus Bischof, Ralf Demmel, Jennis Freyer-Adam, Renate Hannak-Zeltner, Eva Hoch, Kristin Hupfer, Georg Kremer, Karl Mann, Tim Neumann, Hans-Jürgen Rumpf, Nadja Wirth, Sabine Hoffmann, Falk Kiefer

Kurzinterventionen sind ein Weg, Menschen mit problematischem Alkoholkonsum in nicht-spezialisierten Settings zu einer Trinkmengenreduktion oder ggf. zur Abstinenz zu motivieren. Unter Kurzinterventionen werden gewöhnlich Interventionen verstanden, die eine Dauer bis 60 Minuten bei bis zu fünf Sitzungen nicht überschreiten (Kaner et al., 2018). Die Interventionen zielen auf eine Verringerung des Alkoholkonsums und alkoholassoziierter Probleme und integrieren u.a. 1) personalisiertes Feedback, 2) individuelle Zielfindung sowie 3) konkrete Ratschläge. Sie können durch

schriftliches Infomaterial ergänzt oder auch computergestützt dargeboten werden.

Kurzinterventionen sind insbesondere im Bereich der medizinischen Basisversorgung untersucht worden. Die beste Evidenz ist für den Bereich der primärärztlichen ambulanten Versorgung vorhanden. Hier sind bei weitem die meisten Studien durchgeführt worden. Etwas schwächer ist die Datenlage für den Bereich der Allgemeinkrankhäuser. Weniger gut untersucht sind Kurzinterventionen in Betrieben. Die meisten Studien haben Stichproben mit riskant konsumierenden Personen untersucht und hier gute Evidenz bereitstellen können. Deutlich seltener sind Befunde zu Kurzintervention bei alkoholabhängigen Personen. Informationen zu Kurzintervention bei rauschtrinkenden Populationen finden sich am häufigsten im Setting der Notfallambulanz sowie in studentischen Populationen. Daten zu geschlechtsspezifischen Effekten finden sich in einer ganzen Reihe von Studien und Übersichtsarbeiten. Relativ selten ist untersucht worden, ob psychiatrische Komorbidität einen Einfluss auf die Wirksamkeit von Kurzinterventionen hat, es liegen jedoch bereits Übersichtsarbeiten vor. Explizite Erwähnungen von fehlender Wirksamkeit oder unerwünschten Effekten finden sich kaum.

Schlüsselempfehlungen	
Allgemeine Wirksamkeit von Kurzinterventionen Kurzinterventionen zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum sollen im Rahmen der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung umgesetzt werden. (LoE: 1a)	A
Riskanter Konsum Kurzinterventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums sollen bei riskant Alkohol Konsumierenden angeboten werden. (LoE: 1a)	A
Rauschtrinken Kurzintervention zur Reduktion des Rauschtrinkens sollten für Rauschtrinker angeboten werden. (LoE: 1a)	B
Abhängigkeit Kurzinterventionen können bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit angeboten werden. (LoE: 1a)	O
Geschlecht Kurzinterventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums sollen unabhängig vom Geschlecht angeboten werden. (LoE: 1a)	A
Ältere Menschen Kurzinterventionen sollen auch bei älteren Menschen (>65 Jahre) mit problematischem oder riskantem Alkoholkonsum angeboten werden. (LoE: 1a)	A
Komorbidität Kurzinterventionen sollen bei PatientInnen, die unter Affektiven Störungen, Angststörungen oder Psychosen leiden, zur Reduktion eines riskanten oder problematischen Alkoholkonsums durchgeführt werden. (LoE: 1a)	A
Primärmedizinische Versorgung	A

In der primärmedizinischen Versorgung sollen Kurzinterventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums angeboten werden. (LoE: 1a)	
Arbeitsplatz Kurzintervention am Arbeitsplatz kann zur Reduzierung von schädlichem Konsum und zur Minimierung von Folgen des Alkoholkonsums durch qualifiziertes Personal angeboten werden.	KKP

3.2 KÖRPERLICHE ENTGIFTUNG

Ulrich W. Preuss, Udo Bonnet, Derik Hermann, Ursula Fennen, Eva Hoch, Timo Krüger, Karl Mann, Thomas Polak, Gerhard Reymann, Clemens Veltrup, Martin Schäfer, Welf Schröder, Bernd Wessel, Arnold Wiczorek, Norbert Wodarz, Sabine Hoffmann, Falk Kiefer

Im deutschsprachigen Raum werden für eine Entzugsbehandlung von Alkohol unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet, die jeweils spezifische Besonderheiten der durchgeführten Behandlung beinhalten. Dabei handelt es sich insbesondere um die nachfolgend näher erläuterte *körperliche Entgiftung* und die sogenannte *qualifizierte Entzugsbehandlung*. Als wesentliches Abgrenzungsmerkmal ist anzusehen, dass sich die *körperliche Entgiftung* auf die Behandlung einer Komplikation der Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit beschränkt, nämlich die Alkoholintoxikation bzw. den Alkoholentzug, wohingegen dies nur ein Aspekt der *Qualifizierten Entzugsbehandlung* darstellt. Zwingend zielen hier wesentliche Behandlungsbausteine auf die eigentliche Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit ab. Der Begriff *Entzugsbehandlung* wird im vorliegenden Leitlinienkapitel übergreifend für alle Formen der Behandlung einer Alkoholintoxikation/ -entzuges verwendet, schließt also sowohl die körperliche Entgiftung als auch den qualifizierten Entzug ein.

Tabelle 2: Definition „Körperlichen Entgiftung“ und „Qualifizierte Entzugsbehandlung“

Körperliche Entgiftung	Eine körperliche Entgiftung umfasst die Behandlung der Alkoholintoxikation mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von Alkoholentzugs-symptomen, wie sie bei einem relevanten Anteil der PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit auftreten können. Ziel ist die Sicherstellung der Vitalfunktionen und die Vermeidung von Komplikationen (z.B. epileptische Anfälle oder Delirium tremens) sowie die Reduzierung/ Linderung von Entzugserscheinungen.
Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE)	Suchtpsychiatrische bzw. suchtmmedizinische Akutbehandlung, die über die körperliche Entgiftung hinausgeht. Grundsätzlich erfolgt eine Behandlung der Intoxikations- und Entzugssymptome und eine Diagnostik und Behandlung der psychischen und somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen. Essentiell für eine qualifizierte Entzugsbehandlung sind psycho- und soziotherapeutische sowie weitere psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft und der Änderungskompetenz (z.B. Stabilisierung der Abstinenz). Im Rahmen der QE soll die Bereitschaft zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen gesteigert und entsprechende Kontakte in das regionale Hilfesystem gebahnt werden (z.B. Selbsthilfe, Psychotherapie, Soziale Arbeit). Bei entsprechender Indikation erfolgt die Vermittlung in spezifische Behandlungsangebote, wie z.B. in die soziale oder medizinische Rehabilitation. Aufgrund der o.a. multidisziplinär zu erbringenden Behandlungsleistungen und zur suffizienten Differenzialdiagnostik und Behandlung psychischer und somatischer Folge- und Begleiterkrankungen ist die Dauer einer qualifizierten Entzugsbehandlung länger als bei einer körperlichen Entgiftung.

Für die Erstellung der Schlüsselempfehlungen konnte auf die zur Verfügung stehenden Quelleitlinien zurückgegriffen werden. Eine ergänzende systematische Literaturrecherche war nur für den Bereich *Qualifizierter Entzug* notwendig. Der sogenannte *Qualifizierte Entzug* bildet sich in den Quelleitlinien nur unzureichend ab, da er im Rahmen der Struktur des deutschen Versorgungssystems eine Besonderheit darstellt. Die zugehörige systematische Literaturrecherche ergab jedoch keine auf die Struktur des deutschen Versorgungssystems übertragbare Literaturstelle. Die unabhängig von der systematischen Literaturrecherche vorliegenden, in der Regel deutschsprachigen Studien wurden bei der Erstellung der Klinischen Konsenspunkte berücksichtigt.

Schlüsselempfehlungen	
Wirksamkeit und Indikation Alkoholbezogene Störungen sollen behandelt werden.	KKP
Risiko für Entzugskomplikationen Bei PatientInnen mit einem Risiko für die Entwicklung von Entzugssymptomen oder einem individuellen Risiko für Entzugskomplikationen wie Krampfanfällen bzw. deliranten Symptomen soll eine Entzugsbehandlung durchgeführt werden.	KKP
Behandlungskomponenten Eine symptomorientierte Behandlung des Alkoholentzuges anstatt eines fixen Dosierschemas sollte dann angeboten werden, wenn 1.) ein engmaschiges Assessment und Symptomkontrolle unmittelbar bei Behandlungsbeginn und während des gesamten Verlaufes sichergestellt sind und 2.) das Personal adäquat in Assessment und Überwachung eines Alkoholentzugs geschult ist, z.B. in der Zuhilfenahme eines standardisierten Beurteilungsinstrumentes	KKP
Behandlungssetting Eine stationäre Behandlung in Form einer körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung soll angeboten werden 1. bei einem Risiko eines alkoholbedingten Entzugsanfalles und/ oder Entzugsdelirs und/ oder 2. bei Vorliegen von gesundheitlichen bzw. psychosozialen Rahmenbedingungen, unter denen Alkoholabstinenz im ambulanten Setting nicht erreichbar erscheint. (LoE: 2)	A
Indikationen für ein stationäres Behandlungssetting Eine stationäre Behandlung in Form einer körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung sollte angeboten werden bei alkoholabhängigen Personen und Personen mit schädlichem Gebrauch, wenn mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt ist: 1. (zu erwartende) schwere Entzugssymptome 2. schwere und multiple somatische oder psychische Begleit- oder Folgeerkrankungen 3. Suizidalität 4. fehlende soziale Unterstützung 5. Misserfolg bei ambulanter Entgiftung 6. Schwangerschaft	KKP
Ambulantes oder teilstationäres Behandlungssetting Eine ambulante oder teilstationäre Entzugsbehandlung (körperliche Entgiftung oder qualifizierte Entzugsbehandlung) kann angeboten werden, wenn keine schweren Entzugssymptome oder -komplikationen zu erwarten sind, eine hohe Adhärenz und ein unterstützendes soziales Umfeld bestehen.	KKP

Indikationen für ambulanten Entzug Eine ambulante Entgiftung oder Entzugsbehandlung sollte nur angeboten werden durch ÄrztInnen mit: <ol style="list-style-type: none"> 1. ausreichenden Kenntnissen in der Alkoholentgiftung und 2. der Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen, inkl. Verhaltensbeobachtung und 3. organisatorischer Sicherstellung einer 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes (LoE: 3) 	B
Behandlungsdauer Die Dauer der Behandlung sollte sich individuell an der Schwere der Entzugserscheinungen und der körperlichen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen orientieren.	KKP
Risiken bei Nichtbehandlung Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, die sich keinem Alkoholentzug unterziehen wollen, sollten informiert werden über <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiken der nicht überwachten plötzlichen Trinkmengenreduktion oder eines Trinkstopps, (z.B. Entzugskomplikationen und deren Behandlungsmöglichkeiten) und 2. alternative Hilfeangebote 	KKP
Weiterbehandlung bei nicht ausreichender Wirksamkeit einer körperlichen Entgiftung Da eine körperliche Entgiftung alleine keine hinreichende Therapie der Suchterkrankung darstellt, sollen weitere suchtmmedizinische/-therapeutische Hilfen vorgehalten und angeboten bzw. im Anschluss möglichst nahtlos vermittelt werden.	KKP

3.3 QUALIFIZIERTE ENTZUGSBEHANDLUNG

Norbert Wodarz, Martin Schäfer, Ulrich W. Preuss, Udo Bonnet, Derik Hermann, Ursula Fennen, Eva Hoch, Timo Krüger, Karl Mann, Thomas Polak, Gerhard Reymann, Welf Schröder, Clemens Veltrup, Bernd Wessel, Arnold Wiczorek, Sabine Hoffmann, Falk Kiefer

Die sogenannte „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ bildet sich in den Quelleitlinien nur unzureichend ab, da diese Behandlungsform aufgrund der Struktur des deutschen Versorgungssystems eine Besonderheit darstellt. Eine QE erfolgt üblicherweise an der Schnittstelle zwischen Behandlung einer Komplikation (Alkoholentzugssyndrom) und der Behandlung der eigentlichen Grunderkrankung, der Alkoholabhängigkeit. Die deutsche Besonderheit entsteht an der Schnittstelle einer geteilten Zuständigkeit der Kostenträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, vgl. 3.3.5.1).

Schlüsselempfehlungen	
Wirksamkeit Es sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) statt einer körperlichen Entgiftung angeboten werden.	KKP
Indikation Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) soll angeboten werden, wenn der/die PatientIn weiterführenden Behandlungsmaßnahmen ambivalent gegenübersteht.	KKP
Dauer Zur Verbesserung des Behandlungserfolgs sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Regel 21 Behandlungstage umfassen. Unter Beachtung von 3.2.3.8 kann individuell auch eine	KKP

längere Behandlungsdauer notwendig werden.*

*Empfehlung bezieht sich auf Behandlung von Erwachsenen. Zur Besonderheiten für Kinder und Jugendlichen siehe Kapitel 3.7.1.

3.4 ARZNEIMITTEL ZUR ENTZUGSBEHANDLUNG

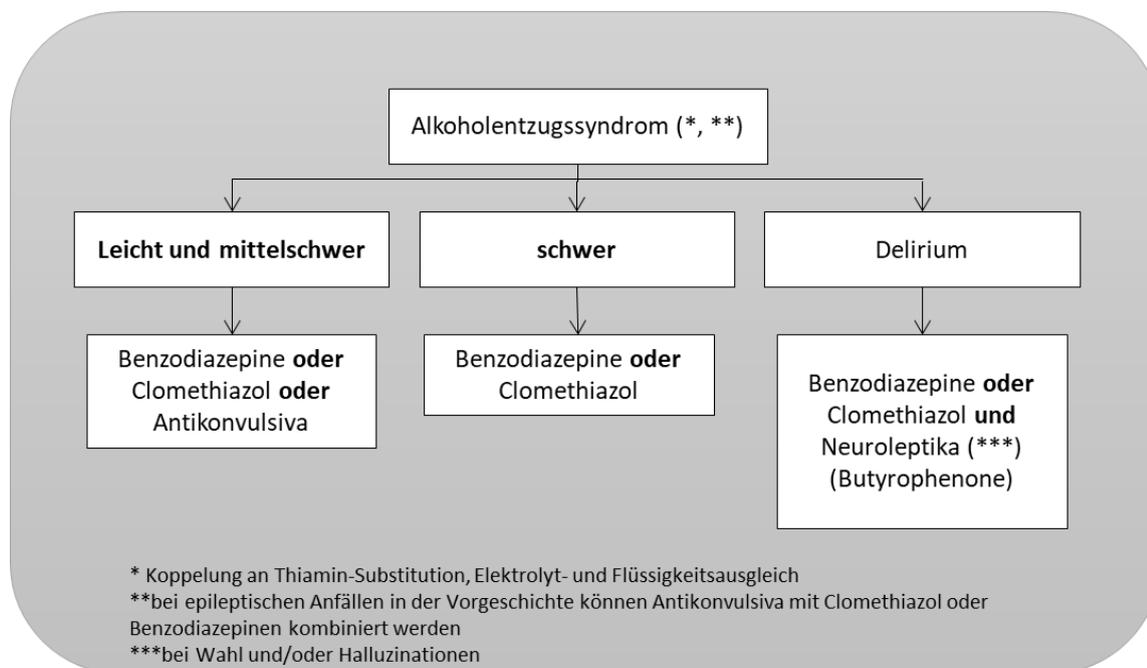
Martin Schäfer, Norbert Wodarz, Ulrich W. Preuss, Udo Bonnet, Derik Hermann, Ursula Fennen, Eva Hoch, Timo Krüger, Karl Mann, Thomas Polak, Gerhard Reymann, Welf Schröder, Clemens Veltrup, Bernd Wessel, Arnold Wiczorek, Sabine Hoffmann, Falk Kiefer

Abhängiger Konsum von Alkohol führt in der Mehrzahl der PatientInnen bei Absetzen des Alkoholkonsums zu erheblichen, klinisch relevanten und auch gefährlichen Entzugsserscheinungen (siehe Kapitel 3.2). Art und Ausprägung können von Person zu Person sehr stark differieren. Die pharmakologische Behandlung kann zur akuten Kupierung von Entzugsserscheinungen, zur Vermeidung akuter erheblicher und teilweise für den PatientInnen gefährlicher Komplikationen, aber auch zur langfristigen Verhinderung einer möglichen Zunahme an Komplikationen aufgrund unbehandelter Entzugssyndrome erfolgen.

Schlüsselempfehlungen	
Pharmakotherapie	
Wirksamkeit Pharmakotherapie unter Berücksichtigung der Entzugsschwere Eine medikamentengestützte Alkoholentzugsbehandlung ist einer Nichtbehandlung bezüglich der Schwere der auftretenden Entzugssymptome und der Häufigkeit von Entzugskomplikationen überlegen. Eine Pharmakotherapie des Alkoholentzugssyndroms soll daher unter Berücksichtigung von Entzugsschwere und Entzugskomplikationen erfolgen. (LoE: 1a)	A
Wirksamkeit Pharmakotherapie für leichte Alkoholentzugssyndrome Leichte Alkoholentzugssyndrome können pharmakologisch behandelt werden. (LoE: 1a)	O
Wirksamkeit Pharmakotherapie für (mittel)schwere Alkoholentzugssyndrome Schwere und mittelschwere Alkoholentzugssyndrome sollen pharmakologisch behandelt werden. (LoE: 1a)	A
Wirksamkeit Benzodiazepine Benzodiazepine reduzieren effektiv die Schwere und Häufigkeit von Alkoholentzugssymptomen sowie die Häufigkeit schwerer Entzugskomplikationen wie Delirien und Entzugskrampfanfälle. Benzodiazepine sollen zur Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms zeitlich limitiert eingesetzt werden. (LoE: 1a)	A
Wirksamkeit Benzodiazepine Delir Für die Behandlung deliranter Syndrome mit Halluzinationen, Wahn oder Agitation sollten Benzodiazepine mit Antipsychotika (insbesondere Butyrophenone, wie Haloperidol) kombiniert werden. (LoE: 4)	B
Wirksamkeit Clomethiazol Clomethiazol reduziert effektiv die Schwere und Häufigkeit von Alkoholentzugssymptomen sowie die Häufigkeit schwerer Entzugskomplikationen wie Delirien und Entzugskrampfanfälle. Clomethiazol sollte unter stationären Bedingungen zur Behandlung des	B

Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden. (LoE: 1)	
Wirksamkeit Clomethiazol im Delir Für die Behandlung deliranter Syndrome mit Halluzinationen, Wahnsymptome und Agitation sollte Clomethiazol mit Antipsychotika (insbesondere Butyrophenone, wie Haloperidol) kombiniert werden. (LoE: 1)	B
Hinweise unerwünschte Wirksamkeit Clomethiazol Clomethiazol soll wegen des Abhängigkeits- oder Missbrauchspotenzials und einer geringen therapeutischen Breite nicht im ambulanten Alkoholentzug eingesetzt und in keinem Fall mit Benzodiazepinen kombiniert werden. Clomethiazol ist nicht für die ambulante Behandlung des Alkoholentzugssyndroms zugelassen.	KKP
Wirksamkeit Antikonvulsiva bei Krampfanfällen* Antikonvulsiva sollten bei erhöhtem Risiko für das Auftreten von Alkoholentzugskrämpfanfällen eingesetzt werden. (LoE: 1) *Diese Empfehlung gilt nur bei spezifischer Indikationsstellung (siehe Hintergrundtext Langfassung).	B
Wirksamkeit von Antikonvulsiva bei Alkoholentzug Antikonvulsiva können zur Therapie leicht- bis mittelgradiger Alkoholentzugssyndrome eingesetzt werden. (LoE: 3)	0
Antipsychotika Antipsychotika wie Haloperidol werden beim akuten Alkoholdelir mit Wahn- oder Halluzinationen empfohlen, sollen aber aufgrund der fehlenden eigenen Wirkung auf vegetative Entzugssymptome mit z.B. Benzodiazepinen oder Clomethiazol kombiniert werden. (LoE: 2)	B
Beta-Blocker und Clonidin Beta-Blocker und Clonidin eignen sich nicht zu einer Monotherapie des Alkoholentzugssyndroms, können aber in Ergänzung zu Benzodiazepinen oder Clomethiazol zur Behandlung von vegetativen Alkoholentzugssymptomen eingesetzt werden. (LoE: 4)	0
Baclofen Baclofen sollte aufgrund der derzeitigen Studienlage nicht für die Behandlung des Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden. (LoE: 1b)	0
Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) GHB sollte aufgrund der Nutzen-Schaden-Bewertung nicht für die Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden. (LoE: 1a)	B
Alkohol als Medikament Alkohol soll nicht für eine medizinisch überwachte Alkoholentzugsbehandlung eingesetzt werden.	KKP
Andere Medikamente Medikamente mit prokonvulsiven und anticholinergen Wirkungen wie niederpotente Antipsychotika und trizyklische Antidepressiva sollten nicht zur Behandlung von Alkoholentzugssymptomen eingesetzt werden.	KKP
Tiapridex Tiapridex kann in Kombination mit einem Antikonvulsivum zur Behandlung leichter bis mittelschwerer Alkoholentzugssymptome eingesetzt werden. (LoE: 3)	0
Thiamin zur Wernicke Enzephalopathie Prophylaxe Im Alkoholentzug sollte zur Prophylaxe der Wernicke Enzephalopathie Thiamin, ggf. in	KKP

Kombination mit Magnesium, gegeben werden.	
<p>Thiamin bei parenterale Glukosegabe</p> <p>Wenn bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit eine parenterale Glukosegabe erfolgt, soll diese mit einer parenteralen Thiamin-Applikation kombiniert werden.</p>	KKP
Differenzielle Indikation	
<p>Schwangerschaft</p> <p>Bei Notwendigkeit einer pharmakotherapeutischen Entzugsbehandlung in der Schwangerschaft sollten im Alkoholentzug bevorzugt Benzodiazepine innerhalb eines stationären und interdisziplinären Settings eingesetzt werden.</p>	KKP
<p>Eingeschränkter Allgemeinzustand, eingeschränkte Nierenfunktion und/oder höheres Alter</p> <p>Bei älteren PatientInnen oder bei PatientInnen mit schlechtem Allgemeinzustand, eingeschränkter Lungen-, oder Nierenfunktion wird je nach Entzugsschwere der Einsatz von Benzodiazepinen mit mittellanger Halbwertszeit sowie eine niedrigere Dosierung und eine symptomorientierte Gabe zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms empfohlen. In diesen Fällen können bei Entzugs-syndromen auch Antiepileptika als Monotherapie oder symptomorientiert in Kombination z.B. mit Tiapridex oder Clonidin eingesetzt werden.</p>	KKP
<p>Eingeschränkte Leberfunktion: Benzodiazepine</p> <p>Bei Lebererkrankungen mit Einschränkung der Leberfunktion werden Benzodiazepine mit kürzerer Halbwertszeit und geringer Verstoffwechslung in der Leber (z.B. Oxazepam, Lorazepam) empfohlen.</p>	KKP
<p>Eingeschränkte Leberfunktion: Antiepileptika</p> <p>Bei eingeschränkter Leberfunktion können zur Anfallsbehandlung oder Prophylaxe aufgrund der renalen Ausscheidung und fehlenden Hepatotoxizität, Gabapentin oder Levetiracetam eingesetzt werden.</p>	KKP
<p>Mischintoxikation und Polyvalenter Substanzkonsum</p> <p>Bei Verdacht auf Mischintoxikation oder multiplen Substanzmissbrauch sollte vor Einleitung einer spezifischen Pharmakotherapie des Alkoholentzugssyndroms und/ oder Erregungszuständen eine stationäre Verlaufsbeobachtung, gegebenenfalls ergänzt um ein handelsübliches Screening nach Benzodiazepinen, Opiaten und weiteren Drogen im Urin erfolgen.</p>	KKP

Abbildung 1: Versorgungsalgorithmus zur Pharmakotherapie des akuten Alkoholentzugssyndroms

3.5 KÖRPERLICHE KOMPLIKATIONEN UND KOMORBIDITÄT

Sebastian Mueller, Michael Köhnke, Gallus Bischof, Monika Krönes, Martin Beutel, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Ursula Havemann-Reinecke, Eva Hoch, Karl Mann, Ulrich W.Preuß, Tillmann Weber, Georg Weil, Ingo Schäfer, Manfred Singer, Sabine Hoffmann, Falk Kiefer

Exzessiver Alkoholkonsum kann zahlreiche somatische Erkrankungen auslösen, nach WHO bis zu 200 verschiedene. Alkohol ist für 6% aller und für über 25% der Todesfälle in der Altersgruppe 20-39 Jahre verantwortlich (World Health Organization, 2015). Gerke et al. (1997) fanden, dass bei 29% der Männer und 9% der Frauen, die wegen einer somatischen Erkrankung in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesen wurden, eine alkoholassoziierte Erkrankung vorlag. Besonders häufig wurden neben Verletzungen und Frakturen Delirium tremens, Krampfanfälle, Leberzirrhose und Polyneuropathien diagnostiziert. Die alkoholbedingte Pankreatitis ist mit 20-25% eine häufige Ursache einer Pankreatitis, die mit einer Inzidenz von 4,5-35 auf 100.000 Einwohner zwar selten ist, aber mit einer hohen Mortalität einhergeht (Vege et al., 2007; Yang et al., 2008). Die Häufigkeit von Leberzirrhosen in einer Bevölkerung korreliert mit dem Alkoholkonsum pro Kopf (Ramstedt, 2001). Eine französische Studie führt ein Drittel aller Leberzirrhosen auf Alkoholkonsum zurück (Roulot et al., 2011). Schädlicher Konsum oder Abhängigkeit von Alkohol ist darüber hinaus die überwiegende prädisponierende Ursache für die chronische Pankreatitis im Erwachsenenalter mit (je nach Studienlage) 50–84% (Hoffmeister et al., 2012). Es ist davon auszugehen, dass 32-67% aller Personen mit einer Alkoholabhängigkeit die Symptome einer peripheren Polyneuropathie aufweisen (Monforte et al., 1995; Ammendola et al., 2000). Frauen scheinen dabei für die toxischen Effekte des Alkohols

vulnerabler zu sein.

Schlüsselempfehlungen	
<p>Körperliche Erkrankungen und alkoholbezogene Störungen</p> <p>Bei PatientInnen mit alkoholassozierten somatischen Folgeerkrankungen sollte eine diagnostische Abklärung möglicher weiterer alkoholassoziierter Folgeerkrankungen durchgeführt werden. (LoE: 2)</p>	B
<p>Screening bei Lebererkrankungen</p> <p>PatientInnen, bei denen eine Lebererkrankung festgestellt wird, sollen auf eine alkoholbezogene Störung untersucht werden.</p>	KKP
<p>Alkoholbedingte Lebererkrankung und Abstinenz</p> <p>Beim Auftreten einer alkoholbedingten Lebererkrankung soll Alkoholabstinenz angestrebt werden. (LoE: 1b)</p>	A
<p>Früherkennung von Leberkrankheiten bei alkoholbezogenen Störungen</p> <p>Für die Früherkennung von Lebererkrankungen bei alkoholbezogenen Störungen sollen Klinik, Labor, Elastographie und Ultraschalluntersuchung gemeinsam herangezogen werden.</p>	KKP
<p>Diagnostik bei alkoholbedingten Lebererkrankungen</p> <p>Ausmaß und ggf. Fortschreiten einer Fibrose soll primär mittels non-invasiver Methoden (Elastographie) untersucht werden; in besonderen Fällen mittels Leberbiopsie. (LoE: 1b)</p>	A
<p>Steatohepatitis</p> <p>Bei einer klinischen oder laborchemischen Verschlechterung bei PatientInnen mit einer alkoholbedingten Lebererkrankung soll auch eine alkoholische Hepatitis in Erwägung gezogen werden.</p>	KKP
<p>Alkoholinduzierte akute Pankreatitis</p> <p>Bei einer alkoholinduzierten Pankreatitis soll nicht nur die Entzündung des Organs mit ihren Komplikationen behandelt werden, sondern auch die zugrundeliegende alkoholbezogene Störung.</p>	KKP
<p>Alkoholkonsum bei chronischer Pankreatitis</p> <p>Alkoholkonsum soll bei chronischer Pankreatitis grundsätzlich gemieden werden. (LoE: 2b)</p>	A
<p>Screening bei Polyneuropathien</p> <p>PatientInnen, bei denen eine periphere Polyneuropathie diagnostiziert wird, sollten daraufhin untersucht werden, ob eine alkoholbezogene Störung vorliegt.</p>	KKP
<p>Alkoholassozierte Polyneuropathie und Abstinenz</p> <p>Beim Auftreten einer alkoholassozierten Polyneuropathie soll Alkoholabstinenz angestrebt werden. (LoE: 1b)</p>	A
<p>Früherkennung von alkoholassozierten Polyneuropathien</p> <p>Für die Früherkennung von alkoholassozierten Polyneuropathien sollen Klinik und Labor gemeinsam herangezogen werden.</p>	KKP
<p>Gabe von B Vitaminen bei alkoholassoziierter Polyneuropathie</p> <p>Bei einem nachgewiesenen Mangel an B Vitaminen sollte die Substitution des jeweiligen B-Vitamins (unter Berücksichtigung einer möglichen dosisabhängigen Neurotoxizität von Vitamin B6 bei einer langfristigen Gabe von $\geq 50\text{mg/d}$) durchgeführt werden. (LoE: 2b)</p>	B

Analgetische medikamentöse Behandlung der alkoholassoziierten Polyneuropathie	
Zur analgetischen Therapie bei alkoholassoziierten PNP sollten Medikamente mit eigenem Suchtpotential möglichst vermieden werden. (LoE: 1b)	B

3.6 KOMORBIDE PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Ulrich W. Preuß, Martin Beutel, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Ursula Havemann-Reinecke, Eva Hoch, Anne Koopmann, Johannes Lindenmeyer, Mathias Luderer, Karl Mann, Michael Müller-Mohnssen, Thomas Polak, Ingo Schäfer, Manfred Singer, Monika Vogelgesang, Marc Walter, Tillmann Weber, Georg Weil, Sabine Hoffmann, Falk Kiefer

Der Konsum von Alkohol kann zahlreiche psychische Folgeerkrankungen (mit-)verursachen. Art und Ausprägung können von Person zu Person sehr stark differieren. Neben der Diagnose der Alkoholkonsumstörung ist deshalb eine Erfassung komorbider psychischer Erkrankungen wichtig.

3.6.1 PSYCHISCHE STÖRUNGEN ALLGEMEIN

Schlüsselempfehlungen	
Diagnostik bei PatientInnen mit psychischen Störungen	
Der AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) soll zum Screening auf alkoholbezogene Störungen bei psychischen Störungen eingesetzt werden. (LoE: 1b)	A
Intensität der Intervention bei alkoholbezogenen Störungen und komorbiden psychischen Erkrankungen	
Eine intensivere Intervention sollte bei Personen mit komorbiden psychischen Störungen vorgesehen werden, da die Betroffenen üblicherweise schwerer gesundheitlich beeinträchtigt sind und eine ungünstigere Prognose aufweisen, als Personen mit einer einzelnen Erkrankung. (LoE: 1)	B
Behandlungssetting bei psychischen Störungen und Alkoholabhängigkeit	
PatientInnen mit komorbiden psychischen Erkrankungen und alkoholbezogenen Störungen sollte eine stationäre Behandlung für beide Störungsbilder angeboten werden.	KKP
Integrierte/ Gleichzeitige Therapie bei komorbiden psychischen und alkoholbezogenen Störungen	
Bei PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit und einer komorbiden psychischen Störung sollte die Behandlung für die beiden Störungen integriert in einem Setting bzw. durch ein Therapeutenteam erfolgen. Wenn das nicht möglich ist, sollte eine Koordination der Behandlung (z.B. durch Case Management) gewährleistet sein.	KKP

3.6.2 SCHIZOPHRENIE

Schlüsselempfehlungen	
Leitliniengerechte Behandlung von Schizophrenie bei Alkoholkonsumstörung	
Bei PatientInnen mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/ psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.	A

(LoE: 1a)	
MI und KVT zur Behandlung von Schizophrenie bei Alkoholkonsumstörung Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und Psychose sollen neben der Psychose bezogenen Behandlung motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit KVT angeboten werden. (LoE: 1a)	A
Leitliniengerechte Pharmakotherapie zur Behandlung von Schizophrenie bei Alkoholkonsumstörung Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und einer Schizophrenie sollen die Psychotherapie bzw. psychosoziale Behandlung mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie kombiniert werden.	KKP
Medikamentöse antipsychotische Behandlung von Schizophrenie bei Alkoholkonsumstörung PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und Schizophrenie sollen leitliniengerecht medikamentös antipsychotisch behandelt werden. Präferentiell sollten Präparate mit möglichst wenig anticholinergen und extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen in dieser PatientInnengruppe zur Anwendung kommen. (LoE: 1a)	A
Gleichzeitige medikamentöse Behandlung von Schizophrenie und Alkoholkonsumstörung Bei PatientInnen mit Alkoholkonsumerkrankungen und Psychose sollten die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten für die Suchtkomponente in Kombination mit der antipsychotischen Medikation angeboten werden.	KKP
Naltrexon zur Behandlung der Alkoholkonsumstörung bei komorbider Schizophrenie Bei einer komorbiden schizophrener Psychose sollte unter den medikamentösen Möglichkeiten für die Rückfallprophylaxe der alkoholbezogenen Störung Naltrexon der Vorzug gegeben werden.	KKP

3.6.3 DEPRESSION

Schlüsselempfehlungen	
Diagnostik von Depression bei alkoholbezogenen Störungen Die Diagnose komorbider psychischer Störungen (Depressionen) sollen bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit frühestens nach dem Abklingen von Intoxikations- oder Entzugssymptomen gestellt und auf ihre Behandlungsindikation überprüft werden. Für die Behandlungsindikation kann die Unterscheidung zwischen unabhängiger und induzierter Depression hilfreich sein. (LoE: 2)	A
Psychotherapie bei alkoholbezogenen Störungen und Depression Kognitive Verhaltenstherapie und motivationale Gesprächsführung sollen als Behandlungsverfahren bei Personen mit komorbiden psychischen Störungen (Depressionen) zur Besserung des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik angeboten werden. Zu anderen Psychotherapieverfahren ist die Datenlage unklar. (LoE: 1a)	A
Antidepressiva bei Depression und alkoholbezogenen Störungen Antidepressiva sollen PatientInnen bei Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Depression und alkoholbezogenen Störungen zur Besserung der depressiven Symptomatik angeboten werden. (LoE: 1a)	A
SSRI bei Depression und Alkoholbezogenen Störungen	A

Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer sollen bei komorbiden Personen nicht als alleinige Therapie zur Reduktion des Alkoholkonsums eingesetzt werden. (LoE: 1a)	
Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie bei Depression und alkoholbezogenen Störungen Die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie mit einem Antidepressivum sollte bei der Behandlung komorbider alkoholbezogener Störungen und bei Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Depressionen angeboten werden. (LoE: 1b)	B
Unzureichende Wirkung von Einzeltherapien bei Depression und alkoholbezogenen Störungen Bei unzureichender Wirkung einzelner Psycho- und Pharmako-Therapieverfahren können KVT, SSRI und Naltrexon kombiniert werden (Depression und Alkoholabhängigkeit).	KKP
Digitale Interventionen bei komorbiden Depressionen Qualitätsgesicherte digitale Interventionen können ergänzend im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zur Behandlung der komorbiden Depression und der alkoholbezogenen Störung angeboten werden. (LoE: 1a)	B

3.6.4 BIPOLARE STÖRUNGEN

Schlüsselempfehlungen	
Leitliniengetreue medikamentöse Behandlung bipolarer Erkrankungen Vor Beginn einer Psychotherapie/ suchtspezifischen Therapie soll bei PatientInnen mit medikamentenbezogenen Störungen und komorbider bipolarer Erkrankung eine Stabilisierung der affektiven Symptome gemäß der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen“ erfolgen.	KKP
Psychotherapie bei Bipolaren Störungen und alkoholbezogenen Störungen Die kognitive Verhaltenstherapie kann als zusätzliches Verfahren zu phasenprophylaktischer Medikation zur Besserung von affektiven Symptomen und Trinkverhalten bei komorbiden PatientInnen (bipolare Erkrankung und alkoholbezogenen Störungen) angeboten werden. (LoE: 2b)	B
Medikamentöse Therapie bei Bipolaren Störung und Alkoholabhängigkeit Eine zusätzliche Medikation mit Valproat (bei Lithiumtherapie) kann bei komorbiden PatientInnen (Alkoholabhängigkeit und bipolare Störung) angeboten werden, um Abstinenzchancen zu bessern oder bei Nichterreichen das Konsumverhalten zu verbessern (unter Beachtung der Kontraindikation bei Frauen im gebärfähigen Alter). (LoE: 2b)	B

3.6.5 ANGSTSTÖRUNGEN

Schlüsselempfehlung	
Psychotherapeutische Verfahren bei Angststörungen Zur Reduktion von Symptomen der Angststörung sollen betroffene PatientInnen mit störungsspezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden. (LoE: 1a)	A

3.6.6 POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS)

Schlüsselempfehlungen	
<p>Komorbidity PTBS – alkoholbezogene Störung: Gleichzeitige Behandlung</p> <p>PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und komorbider PTBS sollte eine integrierte psychotherapeutische Behandlung angeboten werden, die sowohl PTBS-, als auch alkoholbezogene Interventionen beinhaltet.</p>	KKP
<p>Komorbidity PTBS – alkoholbezogene Störung: PTBS-spezifische KVT-Ansätze</p> <p>Zur Reduktion von PTBS-Symptomen sollen PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen, die diese Komorbidity aufweisen, mit PTBS-spezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden. (LoE: 1b)</p>	A
<p>Komorbidity PTBS – alkoholbezogene Störung: Nicht-traumafokussierte integrative KVT-Programme</p> <p>Nicht-traumafokussierte integrative KVT-Programme zur Behandlung von PTBS und alkoholbezogenen Störungen sollen angeboten werden. (LoE: 1b)</p>	A
<p>Komorbidity PTBS – alkoholbezogene Störung: Traumafokussierte Interventionen</p> <p>Traumafokussierte Interventionen sollen angeboten werden, wenn in Bezug auf fortgesetzten Alkoholkonsum eine ausreichende Verhaltenskontrolle besteht oder Abstinenz erreicht wurde. (LoE: 1b)</p>	A

3.6.7 AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/ HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (ADHS)

Schlüsselempfehlungen	
<p>Screening auf ADHS bei alkoholbezogener Störung</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit alkoholbezogener Störung sollte ein Screening auf ADHS durchgeführt werden. Ein positives Screening-Ergebnis bedeutet nicht, dass eine ADHS-Diagnose vorliegt. Ein positives Screening-Ergebnis (oder ein klinischer Verdacht) bedürfen weiterer diagnostischer Abklärung. (LoE: 2)</p>	B
<p>Diagnose der ADHS bei alkoholbezogener Störung</p> <p>Die Diagnostik einer ADHS kann vor Erreichen der Abstinenz begonnen werden (insb. Fremdanamnesen und Kindheitsanamnese).</p> <p>Die endgültige Diagnose (nach ICD, unter Berücksichtigung der Kriterien für Erwachsene nach DSM) sollte nach Abschluss der (medikamentösen) Entzugsbehandlung gestellt werden.</p>	KKP
<p>Behandlung der ADHS bei alkoholbezogener Störung: Grundlagen</p> <p>Die Behandlung der ADHS soll zusätzlich zu einer psycho- und/ oder pharmakotherapeutischen Behandlung der alkoholbezogenen Störung (sowie der ggf. weiteren psychischen Störungen) erfolgen.</p>	KKP
<p>Behandlung der ADHS bei alkoholbezogener Störung: Medikation</p> <p>Wenn die Entscheidung für eine medikamentöse Behandlung gefallen ist, soll der Behandler unter Beachtung der jeweiligen Kontraindikationen bei PatientInnen mit ADHS und alkoholbezogener Störung langwirksame Stimulanzien oder alternativ Atomoxetin oder Guanfacin wählen. (LoE: 1a)</p>	A

Behandlung der ADHS bei alkoholbezogener Störung: Qualifikation zur medikamentösen Behandlung Die medikamentöse Behandlung der ADHS soll durch einen Spezialisten mit Kenntnissen in der Behandlung von ADHS und Sucht erfolgen.	KKP
Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung der ADHS bei alkoholbezogener Störung Aufgrund von möglichen Nebenwirkungen sollen kardiale Vorerkrankungen sowie familiäre Belastungen für kardiovaskuläre Erkrankungen beachtet werden.	KKP

3.6.8 PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Schlüsselempfehlungen	
Screening und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen sollte bei Hinweisen auf eine Persönlichkeitsstörung die Diagnose systematisch abgeklärt werden. Dazu wird ein Screening mit einem Persönlichkeits-Screeningfragebogen durchgeführt. Bei positivem Screening sollte die Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung mit einem entsprechenden strukturierten klinischen Interview erfolgen.	KKP
Behandlung Komorbidität Persönlichkeitsstörung – alkoholbezogene Störung Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und Persönlichkeitsstörung soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/ psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.	KKP
Komorbidität Persönlichkeitsstörung – alkoholbezogene Störung: Psychotherapeutische Behandlung Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und Persönlichkeitsstörung sollen motivationale Interventionen in Kombination mit evidenzbasierten störungsspezifischen Psychotherapien für (Borderline-)Persönlichkeitsstörungen (DBT, Schematherapie, TFP, MBT) angeboten werden. (LoE: 1a)	A
Komorbidität Persönlichkeitsstörung – alkoholbezogene Störung: Pharmakologische Behandlung Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und einer Persönlichkeitsstörung kann die Psychotherapie mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie kombiniert werden.	KKP
Komorbidität Persönlichkeitsstörung – alkoholbezogene Störung: Kombinierte Behandlung Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und Persönlichkeitsstörung können die pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten für die Suchtkomponente in Kombination mit der psychotherapeutischen Behandlung angeboten werden.	KKP
Komorbidität Persönlichkeitsstörung – alkoholbezogene Störung: Integriertes Behandlungsangebot Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und einer Persönlichkeitsstörung sollte die Behandlung für die beiden Störungen integriert in einem Therapieangebot und in einem Setting erfolgen.	KKP

3.6.9 NIKOTIN

Schlüsselempfehlungen	
Komorbidität Tabakabhängigkeit PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und einem gleichzeitig bestehenden Tabakkonsum soll eine Beratung und Unterstützung zum Rauchstopp angeboten werden.	KKP
Therapie der Tabakabhängigkeit bei alkoholabhängigen PatientInnen PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und einem gleichzeitig bestehenden Tabakkonsum sollen zur Unterstützung des Rauchstopps die gleichen therapeutischen Interventionen angeboten werden wie rauchenden Personen ohne alkoholbezogene Störungen. (LoE: 1b)	A
Zeitpunkt der Tabakentwöhnung Der Behandlungszeitpunkt zur Unterstützung des Rauchstopps sollte bei PatientInnen mit alkohol-bezogenen Störungen unter Berücksichtigung des Verlaufs der Alkoholtherapie individuell mit dem Patienten/ der Patientin abgestimmt werden. (LoE: 1b)	B

3.6.10 ILLEGALE DROGEN

Schlüsselempfehlung	
Alkohol- und illegaler Drogenkonsum Personen mit einer alkoholbezogenen Störung und einer komorbiden Substanzkonsumstörung soll ein Therapieangebot zur integrierten Behandlung beider Beschwerdebilder gemacht werden. (LoE: 2b)	O

3.7 ALTERS- UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE POPULATIONEN

Rainer Thomasius, Dieter Geyer, Irmgard Vogt, Oliver Bilke-Hentsch, Gallus Bischof, Silke Diestelkamp, Renate Hannak-Zeltner, Eva Hoch, Susann Höbelbarth, Julia Jückstock, Marianne Klein, Dietmar Kramer, Bodo Lieb, Karl Mann, Olaf Reis, Peter-Michael Sack, Norbert Scherbaum, Klaudia Winkler, Dirk Wolter, Falk Kiefer, Sabine Hoffmann

Für die Behandlung von alkoholbezogenen Störungen in alters- und geschlechtsspezifischen Populationen können besondere Behandlungsempfehlungen gelten. Dies hat für jede Population unterschiedliche Gründe: Während bei Kindern und Jugendlichen die Berücksichtigung der Entwicklungsperspektive sowie der Einfluss der Herkunftsfamilie wichtig ist, sind bei älteren PatientInnen Veränderungen im Stoffwechsel sowie dem erhöhten Auftreten von körperlichen Komorbiditäten und kognitiven Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen. Bei Frauen, und insbesondere bei Schwangeren, geht es darum, dass für die Behandlung die passenden Verfahren und die passenden Settings gefunden werden.

3.7.1 KINDER UND JUGENDLICHE

Schlüsselempfehlungen	
Kurzinterventionen Kurzinterventionen sollten bei Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden. (LoE: 1a)	B
Motivational Interviewing als Kurzintervention am Krankenbett für Jugendlichen nach akuter Alkoholintoxikation Jugendlichen kann nach einer akuten Alkoholintoxikation Motivational Interviewing als Kurzintervention am Krankenbett angeboten werden. (LoE: 1a)	O
Kognitive Verhaltenstherapie Kognitive Verhaltenstherapie soll in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden. (LoE: 1a)	A
Familienbasierte Therapieformen Multisystemische Therapie (MST), Familienkurztherapie, Funktionale Familientherapie sowie Ressourcenorientierte Familientherapie können zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden. (LoE: 1a)	O
Multidimensionale Familientherapie Multidimensionale Familientherapie sollte in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden. (LoE: 1a)	B
Integrative Familien- und Kognitiv-Behaviorale Therapie Integrative Familien- und Kognitiv-Behaviorale Therapie sollte in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden. (LoE: 1a)	B
Einbezug von Familienangehörigen und relevanten Bezugspersonen in die Behandlung In die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen sollen Familienangehörige und relevante Bezugspersonen einbezogen werden. (LoE: 1a)	A
Stationäre Therapie Es sollen stationäre Therapien für Kinder und Jugendliche mit Alkoholentzugssyndrom angeboten werden, in der somatische Beschwerden berücksichtigt und psychosoziale Unterstützung angeboten werden.	KKP
Erziehungshilfe Erziehungshilfe für Familien von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen kann als Bestandteil des Behandlungsplans angeboten werden.	KKP
Psychosoziale Maßnahmen Für Kinder und Jugendliche mit alkoholbezogenen Störungen sollten Psychotherapie und psychosoziale Therapien (z. B. Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Sport- und Bewegungs-therapie, Freizeitpädagogik, Ergotherapie) angeboten werden.	KKP
Klinikschnule Während der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen sollte die Möglichkeit eines Klinikschulbesuchs bestehen.	KKP
Medikamentöse Therapie bei ADHS Bei Indikation für eine Methylphenidat-Behandlung eines ADHS sollten bei gleichzeitig bestehender alkoholbezogener Störung die Indikation besonders kritisch hinterfragt und eine	KKP

Medikation zurückhaltend geplant und überwacht werden.	
<p>Die Wahl des Settings</p> <p>Die Wahl eines Settings für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen sollte vor dem Hintergrund folgender Fragen abgewogen werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Besteht Bedarf an der Bereitstellung einer geschützten Umgebung? 2. Wie stark ist die Motivation des/ der Jugendlichen und seiner/ ihrer Familie, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen? 3. Wie ausgeprägt ist der Bedarf nach Struktur und klaren Grenzen? 4. Gibt es zusätzliche medizinische oder psychische Symptomatiken und entsprechende Risiken? 5. Sind spezifische Behandlungssettings für Jugendliche verfügbar? 6. Gibt es Vorlieben für Behandlungen in bestimmten Settings sowie Behandlungsmisserfolge in der Vergangenheit in einem weniger restriktiven/ intensiven Setting? (LoE: 4) 	B
<p>Individuelle Behandlungspläne</p> <p>In der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen und komorbiden psychischen Störungen sollten individuelle Therapiepläne eingesetzt werden, die auf die Konstellation von alkoholbezogener Störung, komorbider Erkrankung und sozialer Belastung abgestimmt sind.</p>	KKP

3.7.2 SCHWANGERE/ FRAUEN AB 18 JAHREN / FRAUEN ALS ANGEHÖRIGE

Schlüsselempfehlungen	
Schwangerschaft	
<p>Kurzinterventionen in der Schwangerschaft</p> <p>Schwangeren Frauen, die Alkohol konsumieren, soll eine Kurzintervention angeboten werden.</p>	KKP
<p>Qualifizierte Entzugsbehandlung und Weitervermittlung in die Postakutbehandlung (medizinische Rehabilitation) in der Schwangerschaft</p> <p>Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen soll ein Qualifizierter Entzug und eine Vermittlung in weitergehende Suchtbehandlung angeboten werden.</p>	KKP
<p>Psychotherapeutische Interventionen in der Schwangerschaft</p> <p>Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen psychotherapeutische Interventionen angeboten werden.</p>	KKP
<p>Schadensminderungsmaßnahmen und Psychosoziale Interventionen in der Schwangerschaft</p> <p>Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen Schadensminderungsmaßnahmen und psychosoziale Interventionen angeboten werden.</p>	KKP
<p>Hausbesuche während und nach der Schwangerschaft</p> <p>Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollten - wenn verfügbar - Hausbesuche durch Angehörige von Fachberufen im Sozial- und/oder Gesundheitswesen (z.B. Fachkräfte der Sozialen Arbeit, der Pflegeberufe) angeboten werden. (LoE: 2b)</p>	B
Medikamentöse Behandlung von Schwangeren	
<p>Prophylaxe neurologische Probleme</p> <p>Cholin (Vitamin B4) zur Prophylaxe neurologischer Probleme des Neugeborenen kann während der Schwangerschaft angewendet werden. (LoE: 2a)</p>	0

Behandlung von Entzugssymptomen Benzodiazepine können zur Behandlung akuter Entzugssymptome bei Schwangeren eingesetzt werden. (LoE: 2c)	0
Frauen ab 18 Jahren	
Kurzinterventionen (siehe Kapitel 3.1)	
Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) Frauen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und alkoholbezogenen Störungen soll eine Behandlung beider Störungen angeboten werden. Diese sollte integriert in einem Setting angeboten werden. (LoE: 1a)	A
Integrierte Behandlung bei Gewalttätigkeiten in (Paar-)Beziehungen Frauen mit alkoholbezogenen Störungen, die in gewalttätigen Partnerschaften leben, sollte eine integrierte Behandlung der Alkoholstörung sowie der Paarproblematik in einem Therapieangebot angeboten werden. (LoE: 1b)	B
Kognitive Paartherapie Frauen mit alkoholbezogenen Störungen kann eine kognitive Paartherapie angeboten werden.	0
Therapieangebote nur für Frauen Frauen mit alkoholbezogenen Störungen kann eine Behandlung in einer Einrichtung nur für Frauen angeboten werden. (LoE: 1b)	0
Frauen als Angehörige Frauen als Angehörige von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen sollten wirksamkeitsgeprüfte psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden.	KKP

3.7.3 ÄLTERE MENSCHEN

Schlüsselempfehlungen	
Psychotherapie	
Generelle Behandlungsempfehlung Psychotherapeutische, psychosoziale und pharmakotherapeutische Behandlungen, die bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründet sind, sollen auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.	KKP
Kurzinterventionen Schlüsselempfehlung zum Einsatz von Kurzinterventionen (siehe Kapitel 3.1).	
Berücksichtigung somatischer und psychischer Komorbidität Die somatische und psychische Komorbidität soll in der Planung und Durchführung von Interventionen und Behandlungen bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen berücksichtigt werden.	KKP
Altersspezifische Anpassung der Behandlung In der Behandlung älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen können altersspezifische Anpassungen vorgenommen werden. (LoE: 5)	0

Ältere pflegebedürftige Personen	
Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die auf Pflege (im Sinne des SGB XI Soziale Pflegeversicherung oder Behandlungspflege gemäß SGB V) angewiesen sind, sollten störungsspezifische Interventionen angeboten werden.	KKP
Psychosoziale Therapie	
Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens	
In der Behandlung älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen können Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) eingesetzt werden.	KKP
Medikamentöse Therapie	
Entzugsmedikation	
Schlüsselempfehlung(en) zu Einsatz von Medikamenten in der Entzugstherapie älterer Personen mit alkoholbezogenen Problemen (siehe Kapitel 3.4).	
Medikamente zur Rehabilitation und Trinkmengenreduktion	
Zum Einsatz von Arzneimitteln in der med. Rehabilitationsbehandlung oder als „harm reduction“ bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen (siehe Kapitel 3.8).	
Differenzielle Indikation	
Setting der Entzugsbehandlung	
Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen kann niederschwellig eine stationäre Entzugsbehandlung angeboten werden. (LoE: 5)	0
Primärärztliche Behandlung	
Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen sollen in der primärmedizinischen Versorgung auf Veränderung ihres Alkoholkonsums und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zielende Interventionen angeboten werden. (LoE: 1b)	A

3.8 MEDIZINISCHE REHABILITATION UND ANDERE FORMEN DER POSTAKUTBEHANDLUNG

Wilma Funke*, Johannes Lindenmeyer*, Julia Arens, Jan Malte Bumb, Patric Driessen, Isabel Englert, Heribert Fleischmann, Barbara Hansen, Eva Hoch, Werner Höhl, Andreas Koch, Joachim Köhler, Michael Köhnke, Oliver Kreh, Nikolaus Lange, Karl Mann, Peter Missel, Corinna Nels-Lindemann, Ulrich W. Preuss, Gerhard Reymann, Monika Ridinger, Ariane Schulte, Michael Soyka, Tina Wessels, Clemens Veltrup, Sabine Hoffman, Falk Kiefer

*) Geteilte Erstautorenschaft

Nach einer Entgiftung bzw. einem qualifizierten Entzug soll entsprechend dem Versorgungsalgorithmus (siehe Kap. 3.8.7) eine nahtlose Postakutbehandlung angeboten werden. Diese Postakutbehandlung kann entweder als ambulante, ganztägig ambulante bzw. teilstationäre oder stationäre Rehabilitationsbehandlung (inklusive einer Adaptionsbehandlung als letzte Phase der medizinischen Rehabilitation), als medikamentöse Rückfallprophylaxe oder in anderen Formen erfolgen. Andere Formen der Postakutbehandlung umfassen u.a. die vertragsärztliche Versorgung bzw. ambulante Psychotherapie und die ambulante oder stationäre psychiatrische Weiterbehandlung. Weitere Formen

postakuter Interventionen sind Angebote von Einrichtungen, insbesondere soziotherapeutische Einrichtungen für Menschen mit einer Abhängigkeit, die chronisch mehrfach geschädigt sind (CMA), Angebote der Eingliederungshilfe, niedrigschwellige Hilfeangebote, Beratungsangebote sowie Maßnahmen der Arbeitsförderung und beruflichen Rehabilitation.

Postakutbehandlungen bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit erfolgen meist als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation mit den Zielsetzungen Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions-, Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Person mit einer Abhängigkeitserkrankung und zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden überwiegend im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung unter dieser Zielsetzung durchgeführt. Die Rehabilitationsziele sind nur unter der Voraussetzung zu erreichen, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahme (Rehabilitationsbehandlung) gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren.

3.8.1 POSTAKUTBEHANDLUNG ALLGEMEIN

Schlüsselempfehlungen	
Generelle Wirksamkeit Postakute Interventionsformen sollen PatientInnen im Anschluss an die Entzugsphase als nahtlose weiterführende Behandlung angeboten werden. Dabei stellt die Abstinenz bei abhängigem Konsum die übergeordnete Zielsetzung dar.	KKP
Therapieziele Bei der Postakutbehandlung ist Abstinenz bei Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) primäres Therapieziel. Ist die Erreichung von Abstinenz z.Z. nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden. (LoE: 1a)	A
Bedingungen	
Komorbidität Komorbidität (psychisch) soll in der Postakutbehandlung in einem integrierten Ansatz berücksichtigt und mitbehandelt werden.	KKP
Alter Bei höherem Lebensalter soll eine Postakutbehandlung der alkoholbezogenen Störung mit Hinweis auf die überdurchschnittlich günstige Prognose angeboten werden. Bei niedrigerem Alter (14-18 Jahre) soll eine Postakutbehandlung angeboten werden.	KKP
Teilhabe einschränkungen Bei bestehender Erwerbslosigkeit sollten bevorzugt Settings angeboten werden, die auch eine Reintegration ins Arbeitsleben fördern. Bei vorhandenem oder drohendem Aktivitätsverlust oder fehlender Tages- und/ oder Wochenstruktur sollten Settings angeboten werden, die Betroffene darin unterstützen,	KKP

Aktivitäten und sinnvolle Alltagsbetätigung selbstbestimmt (wieder) ausüben zu können. Bei Gefährdung des Arbeitsplatzes sollten Beratungs- und Coaching-Settings angeboten werden, die einem Arbeitsplatzverlust vorbeugen (z. B. Job Coaching und/ oder andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).	
Migrationshintergrund Bei MigrantInnen soll in der Postakutbehandlung der Migrationshintergrund berücksichtigt werden.	KKP
Setting Es soll eine differentielle Indikationsstellung für die Postakutbehandlung in den unterschiedlichen Settings (ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationär, stationär) im Einzelfall erfolgen.	KKP
Vernetzung der Angebote Zur nachhaltigen Sicherung des Erfolges der Postakutbehandlung soll sich nahtlos eine aufeinander abgestimmte Versorgung über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten erstrecken. Das Behandlungsangebot soll dabei individuell und passgenau sein, neben suchttherapeutischen ggf. psychotherapeutische sowie psychiatrische Interventionen umfassen und je nach indiziertem Setting durchgeführt werden.	KKP
Behandlungsdauer Die Dauer und Intensität der Postakutbehandlung sollen sich individuell an der Schwere, der Komorbidität, den vorhandenen teilhabeorientierten Einschränkungen und den Folgen orientieren.	KKP
Ergebnismaße	
Evaluation Für die Ergebnisevaluation bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen sollen Maße zum Konsumverhalten, zur Teilhabe (gesellschaftlich und beruflich), zur Morbidität und Mortalität, zur Lebensqualität und zur Lebenszufriedenheit berücksichtigt werden.	KKP
Zielorientierung Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Abstinenz, soll als primäres Ergebnismaß die katamnestische Erfolgsquote hinsichtlich der Abstinenz herangezogen werden. Ist das Ziel die Konsumreduktion, sollen als primäre Ergebnismaße Trinktage und Trinkmenge herangezogen werden, wobei abstinenten Personen gesondert anzugeben sind.	KKP
Evaluationszeitraum Für die Ergebnisevaluation bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen soll regelhaft ein Zeitraum von einem Jahr nach Beendigung der Behandlung berücksichtigt werden.	KKP

3.8.2 PSYCHOTHERAPIE ALKOHOLBEZOGENER STÖRUNGEN

Psychotherapeutische Interventionen sind in fast jedem Stadium einer Abhängigkeit wichtig und erfolgsversprechend. Das gilt zum Beispiel für die Motivationsförderung u.a. in der ärztlichen Praxis, der qualifizierten Entzugsbehandlung oder als Teil der Komplexbehandlung in der Entwöhnung, bzw. als eigenständige ambulante Behandlung im Postakutstadium. Dennoch soll zur besseren Übersichtlichkeit das Thema der Psychotherapie hier zusammengefasst und kompakt behandelt

werden. Eine ausführliche Darstellung aller evidenzbasierten, psychotherapeutischen Verfahren und die Behandlungsempfehlungen sind in der Langfassung der S3-Leitlinie zu finden.

Schlüsselempfehlungen	
Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionskomponenten	
Motivationale Interventionsformen Motivationale Interventionsformen sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1a)	A
Verhaltenstherapie Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie sowie Kontingenzmanagement sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1b)	A
Angehörigenarbeit Angehörigenarbeit soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1b)	A
Paartherapie Paartherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1b)	A
Psychodynamische Kurzzeittherapie Psychodynamische Kurzzeittherapie kann im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1b)	O
PatientInnengruppen Angeleitete PatientInnengruppen sollten im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 2b)	B
Cognitive Bias Modification Cognitive Bias Modification sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1b)	B
Komplexbehandlung Bei Alkoholabhängigkeit soll eine Komplexbehandlung angeboten werden, die eine Kombination von verschiedenen Interventionen umfasst und durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt wird, z.B. ambulante, ganztags ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation oder in Kombination dieser Leistungsformen.	KKP
Künstlerische Therapien Künstlerische Therapien wie die Kunst-, Musik-, Tanz- und Bewegungs-, Theater- und Dramatherapie können im Rahmen der Postakutbehandlung bei komorbiden Störungen angeboten werden.	KKP
Musiktherapie Rezeptive und/ oder aktive Musiktherapie kann im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 2b)	O

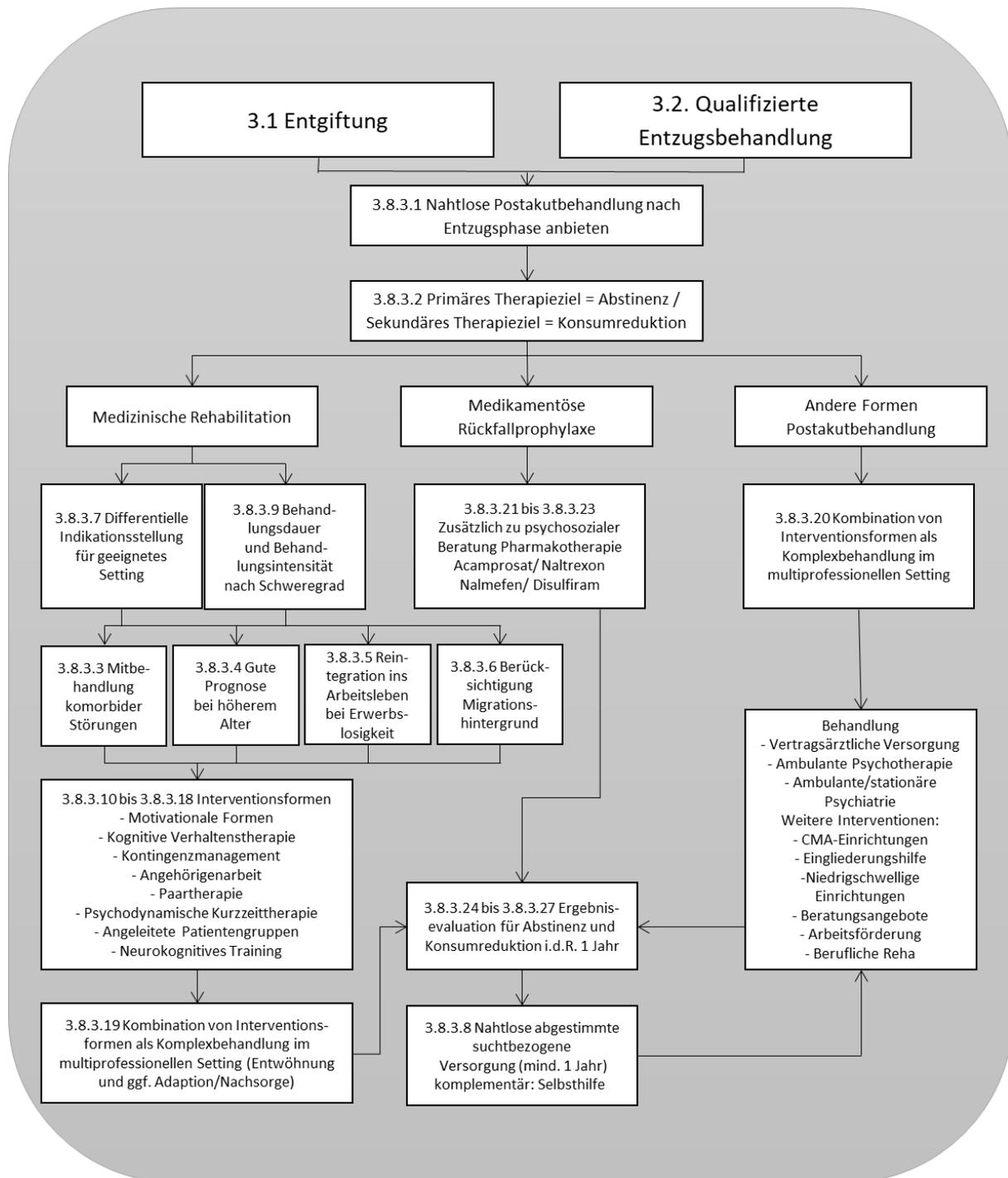
3.8.3 PHARMAKOTHERAPIE IN DER POSTAKUTBEHANDLUNG

In der NICE-Leitlinie (2011) wurde die Effektivität von verschiedenen Arzneimitteln in der Entwöhnungstherapie von alkoholabhängigen Patienten (Ausschluss von leichter Abhängigkeitsstörung aufgrund mangelnder Studienzahl) getestet. Wie in anderen Kapiteln wurden

die NICE-Empfehlungen geprüft und weitgehend übernommen. Die Zulassungsstudien zu Nalmefen wurden erst nach der Veröffentlichung der NICE Guidelines und nach dem Schluss der systematischen eigenen Recherche (Ende publiziert. Sie werden daher dem Regelwerk der AWMF folgend als KKP bewertet.

Schlüsselempfehlungen	
Pharmakotherapeutische Interventionsformen	
Pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat/ Naltrexon In der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Rehabilitation sollte bei Alkoholabhängigkeit eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden. (LoE: 1a)	B
Pharmakotherapeutische Behandlung mit Disulfiram In der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Rehabilitation kann eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Disulfiram im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden, wenn andere zugelassene Therapieformen nicht zum Erfolg geführt haben. Disulfiram ist für diese Indikation in Deutschland nicht mehr zugelassen. (LoE: 1b)	0
Pharmakotherapeutische Behandlung mit Nalmefen In der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Rehabilitation kann bei Alkoholabhängigkeit eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Nalmefen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden. (LoE: 1b)	0

Abbildung 6: Versorgungsalgorithmus für den Bereich der Postakutbehandlung



4. Versorgungsorganisation

Das Kapitel „Versorgungsorganisation“ befindet sich ausschließlich in der Langversion

5. Literaturverzeichnis

Adams, M., & Effertz, T. (2011). Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), *Alkohol, Tabak und Folgeerkrankungen* (pp. 57-61). Thieme Verlag, Stuttgart.

Ammendola, A., Gemini, D., Iannaccone, S., Argenzio, F., Ciccone, G., Ammendola, E., ... & Bravaccio, F. (2000). Gender and peripheral neuropathy in chronic alcoholism: A clinical-electroneurographic study. *Alcohol and alcoholism*, 35(4), 368-371.

Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N. N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines: An estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(35-36), 577-584.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & World Health Organization. (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien (Hrsg. von H. Dilling, W. Mombour und MH Schmidt. 10. Auflage, Hogrefe.

Effertz, T., & Mann, K. (2013). The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 23(7), 742-748.

Freedy, J. R., & Ryan, K. (2011). Alcohol use screening and case finding: screening tools, clinical clues, and making the diagnosis. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 38(1), 91-103.

Gaertner, B., Meyer, C., John, U., & Freyer-Adam, J. (2013). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2013*, (pp. 36- 66).

Gerke, P., Hapke, U., Rumpf, H. J., & John, U. (1997). Alcohol-related diseases in general hospital patients. *Alcohol and alcoholism*, 32(2), 179-184.

Hoffmeister, A., Mayerle, J., Beglinger, C., Büchler, M. W., Bufler, P., Dathe, K., ... & Klar, E. (2012). S3-Consensus guidelines on definition, etiology, diagnosis and medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS). *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 50(11), 1176-1224.

John, U., & Hanke, M. (2018). Trends des Tabak- und Alkoholkonsums über 65 Jahre in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 80(02), 160-171.

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., ... & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).

Lid, T. G., Nesvåg, S., & Meland, E. (2015). When general practitioners talk about alcohol: Exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(2), 153-158.

Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... & Aryee, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224-2260.

Monforte, R., Estruch, R., Valls-Solé, J., Nicolás, J., Villalta, J., & Urbano-Marquez, A. (1995). Autonomic and peripheral neuropathies in patients with chronic alcoholism: a dose-related toxic effect of alcohol. *Archives of neurology*, 52(1), 45-51.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. NICE

Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H., & Krämer, A. (2014). Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111, 629-638.

Ramstedt, M. (2001). Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96(1s1), 19-33.

Rehm, J., Gmel Sr, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S., Imtiaz, S., Popova, S., ... & Shield, K. D. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*, 112(6), 968-1001.

Rehm, J., Rehm, M., Shield, K. D., Gmel, G., Frick, U., & Mann, K. (2014). Reduzierung alkoholbedingter Mortalität durch Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Sucht*, 60(2), 93-105.

Roulot, D., Costes, J. L., Buyck, J. F., Warzocha, U., Gambier, N., Czernichow, S., ... & Beaugrand, M. (2011). Transient elastography as a screening tool for liver fibrosis and cirrhosis in a community-based population aged over 45 years. *Gut*, 60(7), 977-984.

Seitz, H. K., Bühringer, G., & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. *Jahrbuch Sucht*, 7, 205-209.

Seitz, H. K., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T., & Kraus, L. (2019) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(35-36), 585-591.

Singer, M. V., Batra, A., & Mann, K. (Eds.). (2011). *Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen: 87 Tabellen*. Georg Thieme Verlag.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2013). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-46, HHS (Publication No. (SMA) 13-4795).

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHnationalfindingresults2012/NSDUHnationalfindingresults2012/NSDUHresults2012.pdf>

Vege, S. S., Yadav, D., & Chari, S. T. (2007). Pancreatitis. In N. J. Talley, G. R. Locke III, & Y. A. Saito (Hrsg.) *GI Epidemiology*. Hoboken, NJ: Blackwell Publishing.

Yang, A. L., Vadavkar, S., Singh, G., & Omary, M. B. (2008). Epidemiology of alcohol-related liver and pancreatic disease in the United States. *Archives of internal medicine*, 168(6), 649-656.

22.01.2025: Gültigkeit der Leitlinie nach inhaltlicher Überprüfung durch das Leitliniensekretariat verlängert bis 31.12.2025

Versions-Nummer: 3.1

Erstveröffentlichung: 02/2003

Überarbeitung von: 01/2021

Nächste Überprüfung geplant: 12/2024

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online