

Falk Kiefer · Sabine Hoffmann
Kay Uwe Petersen · Anil Batra
Hrsg.

S3-Leitlinie

Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen

2. Auflage

MOREMEDIA



Springer

S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
e.V. (DG-SUCHT)

S3-Leitlinie

Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen

Langfassung

2. Aufl. 2022

publiziert bei



Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT)

Träger und Federführung

 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	 Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg	 UNIVERSITÄTS KLINIKUM TÜBINGEN
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (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)

Federführende Fachgesellschaften

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

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

Bitte wie folgt zitieren:

Federführende Fachgesellschaften:

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

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

Titel der Leitlinie: **“Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen”**

Auflage/Version Datum: Dezember 2020

Verfügbar unter: Link zur Seite der Leitlinie bei der AWMF:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>

Was gibt es Neues?

Alle Kapitel wurden hinsichtlich neuer Forschungsergebnisse und Literatur überprüft und überarbeitet. Viele Empfehlungen wurden aktualisiert. Neu aufgenommen wurden Empfehlungen zur somatischen Komorbidität „Polyneuropathien“ und zur psychischen Komorbidität „Persönlichkeitsstörung“. Ebenso wurden Empfehlungen zu digitalen Angeboten und zur Versorgung von Schwangeren mit alkoholbezogenen Störungen entwickelt.

Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick:

- Empfehlungen zu Screening und Diagnostik alkoholbezogener Störungen
- Generelle Behandlungsempfehlungen für Personen mit alkoholbezogener Störungen
- Empfehlungen für verschiedene Gruppen der Gesellschaft
- Empfehlungen für die deutsche Versorgungslandschaft

Ergänzendes Material finden Sie unter <https://link.springer.com> nach Eingabe der ISBN unter dem Kapitel 2.

ISBN 978-3-662-63676-3 ISBN 978-3-662-63677-0 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-63677-0>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© DGPPN 2016, 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/ Lektorat: Katrin Lenhart

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Weitere Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen zur Vertretung von PatientInnen und Angehörigen der Konsensusgruppe (alphabetisch)

			
Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e.V.	Arbeitskreis der Chef-Ärzte und Chefärztinnen von Kliniken für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis e.V.	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
			
Bundesärztekammer	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien	Bundesdirektorenkonferenz Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.

			
Bundespsychotherapeutenkammer	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
			
Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin e.V.	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung e.V.
			
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Deutsche Gesellschaft für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.
			
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention e.V.	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
			
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	Deutsche Rentenversicherung Bund	Deutsche Suchtstiftung	Deutsche Suchtmedizinische Gesellschaft e.V.

			
Deutscher Bundesverband der Cheförzinnen und Cheförzte von Suchtfachkliniken e.V.	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.
			
Fachverband Sucht e.V.	Guttempler in Deutschland (nicht stimmberechtigt)		

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** (Lt.), **Udo Bonnet**, **Jan Malte Bumb**, **Ralf Demmel**, **Silke Diestelkamp**, **Patric Driessen**, **Isabel Englert**, **Ursula Fennen**, **Jennis Freyer-Adam**, **Ulrich Frischknecht**, **Heribert Fleischmann**, **Wilma Funke** (Lt.), **Dieter Geyer**, **Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank**, **Arthur Günthner**, **Renate Hannak-Zeltner**, **Barbara Hansen**, **Rita Hansjürgens**, **Ursula Havemann-Reinecke**, **Derik Hermann**, **Eva Hoch**, **Werner Höhl**, **Susann Höbelbarth**, **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** (Lt.), **Mathias Luderer**, **Karl Mann**, **Peter Missel**, **Sebastian Mueller** (Lt.), **Michael Müller-Mohnssen**, **Corinna Nels-Lindemann**, **Tim Neumann**, **Oliver Pogarell**, **Thomas Polak**, **Ulrich W. Preuss** (Lt.), **Olaf Reis**, **Gerhard Reymann**, **Monika Ridinger**, **Hans-Jürgen Rumpf**, **Peter-Michael Sack**, **Ingo Schäfer**, **Martin Schäfer** (Lt.), **Norbert Scherbaum**, **Welf Schroe-**

der, **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 Wieczorek, Klaudia Winkler, Nadja Wirth, **Norbert Wodarz** (Ltg.), **Dirk Wolter**, **Friedrich M. Wurst** (Ltg.)

Geltungsbereich und Zweck

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 % 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-Kreislauferkrankungen 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 PsychotherapeutInnen.

Zielsetzung und Fragestellung

Die vorliegende Behandlungsleitlinie gibt Empfehlungen zu Screening, Diagnose und Behandlung von Menschen mit riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch (Definitionen siehe Abschn. 1.2 der Leitlinie). Es soll eine systematisch entwickelte Ent-

scheidungsgrundlage 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.

Versorgungsbereich

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), Screening und Diagnostik im allgemeinmedizinischen, psychiatrischen und notfallmedizinischen Setting. Behandlung von Betroffenen in stationären und ambulanten Einrichtungen, sowie in speziellen Einrichtungen der Suchthilfe. Medizinische Rehabilitation mit verschiedenen Interventionskomponenten und individueller Zielsetzung in der Postakut-Phase.

Den Besonderheiten des deutschen Versorgungssystems ist ein eigenes Kapitel gewidmet.

PatientInnenzielgruppe und AdressatInnen

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.

Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie

Zur vorliegenden Leitlinie wurde ein Leitlinienreport mit separatem Tabellenband verfasst. Ebenso liegt eine Kurzfassung der Leitlinie vor, welche ausschließlich die Empfehlungen und wichtige Inhalte zusammenfasst. Der Bericht des externen Gutachters über den Umgang mit Interessenskonflikten wird beigelegt.

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>

Vorwort

Die Behandlung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die ein abgestimmtes Vorgehen verschiedenster medizinischer und nicht-medizinischer Berufsgruppen erfordert. Die Aktualisierung der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen“ entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung e. V. (DG-Sucht). Darüber hinaus war es ein fachlich interdisziplinäres Zusammenwirken des Koordinationsteams, acht AutorInnengruppen und der Konsensusgruppe. Auf Grundlage der ersten S3-Leitlinie wurden alle Themen und Fragestellung hinsichtlich ihrer Aktualität geprüft, neue Themenbereiche aufgenommen und systematische Recherchen der wissenschaftlichen Literatur der Jahre 2013 bis 2019 durchgeführt.

Die überarbeitete Leitlinie erfüllt erneut die höchsten Qualitätskriterien (Stufe 3) der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF). Der Einfluss potentieller Interessenskonflikte wurde von Anfang an erfasst, mit großer Sorgfalt geprüft und durch mehrere protektive Faktoren minimiert.

Wir danken den Fachgesellschaften und Institutionen für ihre (finanzielle) Unterstützung der Leitlinienarbeit. Über 50 Delegierte und ExpertInnen arbeiteten ehrenamtlich an der Leitlinie mit.

An dieser Stelle möchten wir von Herzen unseren Dank aussprechen: Allen Mitgliedern der Steuergruppe, den Arbeitsgruppenleiterinnen und -leitern und allen Expertinnen und Experten, den VertreterInnen und Vorständen der Fachgesellschaften und der Berufs-, PatientInnen- und Angehörigenverbänden, sowie allen im Hintergrund arbeitenden studentischen Hilfskräften, SekretärInnen und wissenschaftlichen MitarbeiterInnen.

Unser besonderer Dank geht an Frau Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF, Marburg) für die wissenschaftliche Begleitung der Leitlinienarbeit und die Moderation des Konsensustreffens und an Herrn Prof. Gerhard Bühringer für die Bewertung der Interessenskonflikte.

Das Vorgehen, die Methodik, der Umgang mit Interessenskonflikten sowie alle beteiligten Personen und Institutionen sind im Leitlinienreport (mit separatem Tabellenband und Bewertung der Interessenskonflikte) beschrieben. Ebenso liegt eine deutsche und eine englische Kurzfassung der Leitlinie vor, welche ausschließlich die Empfehlungen und

wichtigsten Inhalte zusammenfassen. Alle Dokumente sind auf der Homepage der AWMF zu finden:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>

Mannheim/Tübingen
Frühling 2021

Falk Kiefer
Sabine Hoffmann
Anil Batra
Kay Uwe Petersen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Definitionen.....	1
	Falk Kiefer, Sabine Hoffmann, Karl Mann und Eva Hoch	
2	Screening und Diagnostik von Intoxikation, riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch.....	11
	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 und Sabine Hoffmann	
3	Behandlung von riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch.....	51
	Falk Kiefer, Sabine Hoffmann, Julia Arens, Martin Beutel, Oliver Bilke- Hentsch, Gallus Bischof, Udo Bonnet, Jan Malte Bumb, Ralf Demmel, Silke Diestelkamp, Patric Driessen, Isabel Englert, Ursula Fennen, Heribert Fleischmann, Jennis Freyer-Adam, Wilma Funke Dieter Geyer, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Renate Hannak-Zeltner, Barbara Hansen, Ursula Havemann-Reinecke, Derik Hermann, Eva Hoch, Werner Höhl, Susann Hößelbarth, Kristin Hupfer, Julia Jückstock, Marianne Klein, Andreas Koch, Joachim Köhler, Michael Köhnke, Anne Koopmann, Oliver Kreh, Monika Krönes, Dietmar Kramer, Georg Kremer, Timo Krüger, Nikolaus Lange, Bodo Lieb, Johannes Lindenmeyer, Mathias Luderer, Karl Mann, Peter Missel, Sebastian Mueller, Michael Müller-Mohnssen, Corinna Nels-Lindemann, Tim Neumann, Thomas Polak, Ulrich W. Preuss, Olaf Reis, Gerhard Reymann, Monika Ridinger, Hans-Jürgen Rumpf, Peter-Michael Sack, Ingo Schäfer, Martin Schäfer, Norbert Scherbaum, Ariane Schulte, Welf Schroeder, Manfred Singer, Michael Soyka, Rainer Thomasius, Clemens Veltrup, Monika Vogelgesang, Irmgard Vogt, Marc Walter, Tillmann Weber, Georg Weil, Bernd Wessel, Tina Wessels, Klaudia Winkler, Nadja Wirth, Arnold Wieczorek, Norbert Wodarz und Dirk Wolter	

4 Versorgungsorganisation 357
Volker Weissinger, Clemens Veltrup, Klaus Amann, Erika Baum, Gallus
Bischof, Heribert Fleischmann, Ulrich Frischknecht, Arthur Günthner, Rita
Hansjürgens, Werner Höhl, Bettina Jäpel, Gerhard Längle, Michael
Müller-Mohnssen, Ariane Schulte, Rainer Thomasius, Irmgard Vogt, Tina
Wessels, Falk Kiefer und Sabine Hoffmann

Anhang..... 395

Abbildungsverzeichnis

Abb. 3.1 Algorithmus zur Pharmakotherapie des akuten
Alkoholentzugssyndroms. 105

Abb. 3.2 Versorgungsalgorithmus bei körperlichen Komplikationen
und Komorbidität. 120

Abb. 3.3 Verbesserungen des Alkoholkonsumverhaltens aus der
Metaanalyse von Riper et al. (2014) 140

Abb. 3.4 Versorgungsalgorithmus „Alkoholbezogene Störung
und Depression“. 154

Abb. 3.5 Versorgungsalgorithmus „Alkoholbezogene Störung
und Bipolare Störung“. 163

Abb. 3.6 Flow Chart zu den Empfehlungen für die Postakutbehandlung 301

Abb. 4.1 Versorgungsanlässe 363

Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1 Einflussfaktoren auf Ethanolmetabolite. 26

Tab. 3.1 Definition „Körperlichen Entgiftung“ und „Qualifizierte
Entzugsbehandlung“ 68

Tab. 3.2 Definition der „Abstinenz“ 75

Tab. 4.1 Behandlungen von PatientInnen mit psychischen und
Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F10) pro Jahr 364

Tab. 4.2 Versorgungsstrukturen für Menschen mit
alkoholbezogenen Störungen. 373

Tab. 4.3 Versorgungsstrukturen für Menschen mit
alkoholbezogenen Störungen. 374

Tab. 4.4 Versorgungsstrukturen für Menschen mit
alkoholbezogenen Störungen. 375



Einleitung und Definitionen

1

Falk Kiefer, Sabine Hoffmann, Karl Mann und Eva Hoch

Inhaltsverzeichnis

1.1 Ziel, Prozess und Beteiligte der S3-Leitlinienentwicklung	4
1.2 Begriffe und Definitionen	6
Literatur	9

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). Die Empfehlungen für risikoarmen Alkoholkonsum der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO), welche auch die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) unterstützt, liegen bei weniger als 24 g reinen Alkohol für Männer und 12 g reinen Alkohol für Frauen pro Tag. Dies entspricht zwei bzw. einem Standardgetränk/en (z. B. ein kleines Glas Bier) (Kalinowski & Humphreys, 2016). In Analogie zu diesen Richtwerten konsumieren 18,1 % der deutschen

F. Kiefer (✉) · S. Hoffmann · K. Mann
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland
e-mail: falk.kiefer@zi-mannheim.de; sabine.hoffmann@zi-mannheim.de;
karl.mann@zi-mannheim.de

E. Hoch
Ludwigs-Maximilians-Universität München, München, Deutschland
e-mail: eva.hoch@med.uni-muenchen.de

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).

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-Kreislaufenerkrankungen 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).

Diese Tendenzen und Erscheinungen spiegeln sich auch im Krankenhausalltag und in den Belegungszahlen wider. Mit etwa 330.000 stationären Behandlungen im Jahr 2015 waren alkoholbedingte Störungen (ICD-10: F10-Diagnose) die zweithäufigste *ICD-10* Diagnose bei allen PatientInnen, die in deutschen Krankenhäusern behandelt wurden (DESTATIS, 2017). Der Mortalitäts- und Morbiditätsfaktor in der Bevölkerung durch Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ist mit 392.000 bzw. 557.000 verlorenen Lebensjahren erheblich (Kraus et al., 2011).

Anders als andere weit verbreitete und chronische psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen), wird die Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung oft nicht als behandlungsbedürftig angesehen. Gleichzeitig neigen Betroffene – krankheitsbedingt – dazu, ihren Alkoholkonsum zu bagatellisieren oder zu verleugnen. Diese Tatsachen zusammen mit geringer Veränderungs- und Therapiemotivation, besonders zu Beginn der Erkrankung, erschwert den Zugang und die Behandlung von Betroffenen. Häufig konzentriert sich die ärztliche Behandlung auf vorhandene Begleit- und Folgeerkrankungen. Die ursächliche Suchterkrankung wird oft nicht erkannt, falsch diagnostiziert und in der Folge nicht adäquat behandelt.

Während der „schädliche Gebrauch“ bislang kaum Anlass für Beratung oder Behandlung war, wird den Personen mit einer Abhängigkeit traditionell eine Therapie mit körperlicher Entgiftung, qualifizierter Entzugsbehandlung und medizinischer Rehabilitation angeboten. Dabei ist die lebenslange Abstinenz von Alkohol das allgemein anerkannte Therapieziel. Allerdings werden die Rehabilitationsbehandlungen nur von 3–4 % der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit (ca. 35.000) pro Jahr in Anspruch genommen (Wienberg, 2002): In den suchtmmedizinischen Abteilungen der psychiatrischen Kliniken werden etwa 200.000 Fälle mit Alkoholdiagnose pro Jahr behandelt. Dagegen finden sich in den somatischen Abteilungen der Krankenhäuser rund 1,6 Millionen PatientInnen mit einer ihren Beschwerden zugrundeliegenden Alkoholproblematik (vgl. Kap. 4). Der niedergelassene Arzt/die niedergelassene Ärztin sieht pro Jahr etwa 70–80 % der Betroffenen, in der Regel allerdings mit einer sehr breit gefächerten Symptomatik (Wienberg, 2002). In Klinik und Praxis wird die ursächliche Suchterkrankung leider oft übersehen oder nicht adäquat behandelt. Dies ist umso dramatischer, wenn man bedenkt, dass nach einer Modellrechnung knapp 2.000 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).

Die genannte Unterversorgung geht allerdings nur zum Teil auf die oben schon angesprochenen Defizite auf der Angebotsseite zurück. Viele Betroffene sind unsicher und schrecken gerade zu Beginn einer Abhängigkeit vor dem Aufsuchen einer Beratung und Behandlung zurück. In einer empirischen Untersuchung in den USA war knapp die Hälfte der Personen mit behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen trotz eigener Einsicht in die Notwendigkeit (noch) nicht bereit, vollständig auf Alkoholkonsum zu verzichten (SAMHSA, 2013). Vor diesem Hintergrund kam die international stark beachtete englische Therapieleitlinie (NICE, 2011) zu dem Schluss, auch die Reduktion der Trinkmengen

als zumindest intermediäres Therapieziel für PatientInnen mit einer Alkoholabhängigkeit anzuerkennen, ein Standpunkt den auch die *European Medicines Agency* vertritt (EMA, 2010). Auch die vorliegende Leitlinie schließt sich dieser Empfehlung an und die AutorInnen hoffen, dass dieser niedrigschwelligere Zugang deutlich mehr Menschen in eine Beratung und Behandlung führt als bisher.

Es gibt also weiterhin wichtige Gründe für eine systematische Verbesserung der Beratung und Behandlung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in Deutschland (Mann, 2002). Wir haben uns für den aufwändigsten Weg entschieden und aufbauend auf der bisherigen *S3-Leitlinie* (Mann et al., 2015) erneut eine umfassende Prüfung der vorhandenen Evidenzen der englisch- und deutschsprachigen Literatur durchgeführt und im Konsens aller beteiligten Personen (inklusive der Betroffenen und ihren Angehörigen) und Organisationen die Empfehlungen aktualisiert. Den größten Verbesserungsbedarf sehen wir in der Etablierung flächendeckender Früherkennung und Frühintervention. Dies wird gestützt durch erste Ergebnisse der IMPELA-Studie zur Implementierung der *S3-Leitlinie Alkohol* (Frischknecht et al., 2020, 2021). Nur 3 % der Personen mit riskantem Alkoholkonsum in der Modellregion Bremen wurden in einer allgemeinmedizinischen Praxis gescreent. Von den Personen mit schwerer Alkoholkonsumstörung, für die ein stationärer Entzug erforderlich ist, erhielten nur 14 % eine stationäre Entzugsbehandlung (Manthey et al., 2020).

Die aktualisierte Leitlinie soll daran anknüpfen, weitere Grundlagen schaffen und Handelnde, PatientInnen und Angehörige sowie Kostenträger weiter für das Thema sensibilisieren.

1.1 Ziel, Prozess und Beteiligte der S3-Leitlinienentwicklung

Die vorliegende Behandlungsleitlinie gibt Empfehlungen zu Screening, Diagnose und Behandlung von Menschen mit riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch (Definitionen siehe Abschn. 1.2). Die Kapitel befassen sich mit den Themen *Screening und Diagnostik, Kurzintervention, Körperliche Entgiftung, Qualifizierte Entzugsbehandlung, Pharmakotherapie im Entzug, Medizinische Rehabilitation und andere Formen der Postakutbehandlung* sowie die *Versorgungsorganisation* von betroffenen Menschen im Alter von 18 bis 65 Jahren.

Darüber hinaus werden Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Menschen höheren Alters, sowie für Frauen ab 18 Jahren und Schwangere formuliert und es wird auf die Behandlung von Menschen mit komorbiden körperlichen und psychischen Erkrankungen eingegangen.

Die erste *S3-Leitlinie* wurde von November 2010 bis Oktober 2014 im Rahmen der *Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften* (AWMF) entwickelt (Mann et al., 2016). Von Januar 2019 bis Dezember 2020 fand die Aktualisierung der

Leitlinie statt. Die aktualisierte Version der *S3-Leitlinie* behält ihre Gültigkeit bis zum Dezember 2025.

Die Federführung der Leitlinienarbeit lag bei den beiden AWMF-Fachgesellschaften, der *Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.* (DG-Sucht) und der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.* (DGPPN), sowie dem *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim* und der *Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen*. Die Vertretenden von 33 Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Gesundheitsorganisationen sowie über 50 ausgewiesene Suchtexpertinnen und -experten befassten sich mit der Überarbeitung der Leitlinie und verabschiedeten die überarbeiteten Behandlungsempfehlungen. Die intensive Beteiligung zahlreicher Selbsthilfe- und Angehörigenverbände an der Entwicklung der Leitlinie war besonders wertvoll, da Studien vor allem aus dem englischen Sprachraum zeigen, dass die Ergebnisse der Behandlung deutlich besser sind, wenn Behandelnde und PatientIn gesundheitsbezogene Entscheidungen gemeinsam treffen („shared decision-making“). Die Grundlage für die bestmögliche individuelle Behandlungsoption ist die umfassende Aufklärung des Patienten/der Patientin basierend auf der aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz und der klinischen Erfahrung des Behandelnden. So gründen der Prozess der Entscheidungsfindung und damit auch die Behandlung auf einer Zusammenführung von Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Forschung sowie den Wünschen und Präferenzen der PatientInnen.

In die Empfehlungen der *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* gingen explizit Erkenntnisse über Wirksamkeit, Nicht-Wirksamkeit und Risiken bzw. unerwünschte Nebenwirkungen von Interventionen ein. Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind diese insbesondere für die Pharmakotherapie gut dokumentiert. Im Bereich der nicht-medikamentösen Behandlungen, beispielsweise der psychotherapeutischen Angebote, ist die Anzahl der Studien jedoch noch sehr gering bis gar nicht vorhanden. Ähnliches gilt für die Besonderheiten im deutschen Versorgungssystem wie die *Qualifizierte Entzugsbehandlung*. Damit wurde ein wichtiges Forschungsdesiderat benannt. Auch die Erkenntnisse über Nutzen und Risiken eines Arzneimittels außerhalb der von den Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete sind begrenzt. Aus diesem Grund wird in der Leitlinie auf den so genannten Off-Label-Use mit den entsprechenden Zulassungsbestimmungen eines Arzneimittels auf Grundlage der Informationen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hingewiesen.

Der wissenschaftliche Kenntnisstand im Bereich der alkoholbezogenen Störungen ist immens und wächst rapide. Dennoch sind in einigen Versorgungsbereichen Lücken in der Literatur zu finden. An diesen Stellen greift die Leitlinie auf das Wissen und die klinische Erfahrung der beteiligten ExpertInnen zurück und formuliert Empfehlungen mit Klinischem Konsenspunkt (KKP). In Anlehnung daran sind in der Leitlinie für jedes Themengebiet spezifische Forschungsfragen für künftige Untersuchungen formuliert.

Wir hoffen, dass möglichst viele Behandelnde, Betroffene und ihre Familien bei der Auswahl des hilfreichsten Behandlungsansatzes von den evidenz- und konsensbasierten Behandlungsempfehlungen profitieren und die erfolgversprechendsten Interventionen nutzen können.

1.2 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 & Ryan, 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 24 g Reinalkohol pro Tag für Männer (z. B. zwei Gläser Bier à 0,3 l) und bis zu 12 g Reinalkohol für Frauen (z. B. ein Glas Bier à 0,3 l) und mindestens zwei abstinente Tage 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 24 g Reinalkohol für Männer und mehr als 12 g Reinalkohol für Frauen festgelegt (Seitz et al., 2008). Diese konsumbezogenen Grenzwerte gelten ausschließlich für gesunde Erwachsene, nicht für Kinder und Jugendliche,

schwängere 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, 2013). 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. *Hang-over*) 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 eingeengtes 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 Abhängig-

keit 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.

Literatur

- 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* (S. 57–61). Thieme.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5* (deutsche Ausgabe von P. Falkai, Hrsg.). Hogrefe.
- 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.
- Burger, M., Brönstrup, A., & Pietrzik, K. (2004). Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: A systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine*, 39(1), 111–127.
- DESTATIS. (2017). „ICD-10 Diagnosen vollstationär behandelter Krankenhauspatienten in 2015.“ desta-tis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Diagnosen.html.
- 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, M. H. Schmidt), 10. Aufl. 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.
- European Medicines Agency (EMA). (2010). Annual report 2010 (Adopted by the management board June 28, 2011), (EMA/306870/2011). https://www.ema.europa.eu/en/documents/annual-report/annual-report-european-medicines-agency-2010_en.pdf. Zugriffen am 01.07.2020.
- Freed, 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.
- Frischknecht, U., Hoffmann, S., Steinhauser, A., Lindemann, C., Buchholz, A., Manthey, J., Schulte, B., Rehm, J., Kraus, L., Verthein, U., Reimer, J. & Kiefer, F. (2020). Screening auf problematischen Alkoholkonsum – Erhebung zur Umsetzung der S3-Leitlinienempfehlungen in der transdisziplinären Versorgung einer Modellregion. *Das Gesundheitswesen*.
- Frischknecht, U., Hoffmann, S., Steinhauser, A., Lindemann, C., Buchholz, A., Manthey, J., Schulte, B., Rehm, J., Kraus, L., Verthein, U., Reimer, J. & Kiefer, F. (2021). Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen – Versorgerbefragung zur Erarbeitung von Strategien der Leitlinienimplementierung. *Suchttherapie*.
- 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*. Pabst. (S. 36–66).

- John, U., & Hanke, M. (2018). Trends des Tabak- und Alkoholkonsums über 65 Jahre in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 80(02), 160–171.
- Kalinowski, A., & Humphreys, K. (2016). Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction*, 111(7), 1293–1298.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A., & Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *Sucht*, 57(2), 119–129.
- 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., et al. (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.
- Mann, K. (2002). Serie-Alkoholismus: Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99(10), 632–644.
- Mann, K., Hoch, E., & Batra, A. (2015). *S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Springer.
- Mann, K., Hoch, E., Batra, A., Bonnet, U., Günthner, A., Reymann, G., et al. (2016). Leitlinienorientierte Behandlung alkoholbezogener Störungen. *Der Nervenarzt*, 87(1), 13–25.
- Manthey, J., Lindemann, C., Verthein, U., Frischknecht, U., Kraus, L., Reimer, J., et al. (2020). Versorgung von Personen mit riskantem Alkoholkonsum und schwerer Alkoholkonsumstörung in Bremen: Bedarfsgerecht und leitlinienkonform? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 63(1), 122–130.
- National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain), National Institute for Health, & Clinical Excellence (Great Britain). (2011). *Alcohol use disorders: The NICE guideline on the diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (No. 115)*. RCPsych Publications.
- 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.
- 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.
- Rehm, J., Gmel, G. E., Sr., Gmel, G., Hasan, O. S., Imtiaz, S., Popova, S., et al. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction*, 112(6), 968–1001.
- 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.
- 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>.
- Wienberg, G. (2002). Systems of care for persons with alcohol problems in Germany – an analysis from a public health perspective. In K. Mann (Hrsg.), *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen* (S. 17–46). Pabst.

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

2

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, und Sabine Hoffmann

F. M. Wurst
Universität Basel, Basel, Switzerland

E. Baum
Universität Marburg, Marburg, Deutschland

G. Bischof · H.-J. Rumpf
Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

E. Hoch · K. Mann · F. Kiefer (✉)
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland
e-mail: falk.kiefer@zi-mannheim.de

T. Neumann · C. Spies
Charité Berlin, Berlin, Deutschland

O. Pogarell
Ludwigs-Maximilians Universität München, München, Deutschland

U.W. Preuss
Universität Halle-Wittenberg, Wittenberg, Deutschland

N. Thon
Caritas Traunstein, Traunstein, Deutschland

W. Weinmann
Universität Bern, Bern, Switzerland

S. Hoffmann
Mannheim, Deutschland
e-mail: sabine.hoffmann@zi-mannheim.de

Ergänzende Information Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, das berechtigten Benutzern zur Verfügung steht. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63677-0_2

Inhaltsverzeichnis

2.1	Einleitung	13
2.1.1	Definition akuter und chronischer Alkoholkonsum	13
2.1.2	Definitionen von Zustandsmarkern für Alkoholkonsum	13
2.2	Klinische Fragestellungen	13
2.3	Schlüsselempfehlungen	14
2.3.1	Screening mit einem Fragebogenverfahren	14
2.3.2	Screeninginstrument AUDIT	14
2.3.3	Screeninginstrument AUDIT-C	14
2.3.4	AUDIT und AUDIT-C zum Screening in allen Settings	14
2.3.5	Zustandsmarker zum Nachweis von akutem Alkoholkonsum	15
2.3.6	Zustandsmarker zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum	15
2.3.7	Screening von Schwangeren	15
2.3.8	Kombination von indirekten Zustandsmarkern	16
2.3.9	Kombination von AUDIT und indirekten Zustandsmarkern	16
2.3.10	Erhebung der Trinkmenge	16
2.3.11	Diagnosestellung	17
2.4	Hintergrund der Evidenz	17
2.5	Darstellung der Evidenz	18
2.5.1	Genereller Einsatz von Fragebögen als Screening	18
2.5.2	Empfehlung eines Screening-Fragebogens	18
2.5.3	Empfehlung eines kürzeren Screening-Verfahrens	19
2.5.4	Screening aller PatientInnen in verschiedenen Settings	19
2.5.5	Nachweis von akutem Alkoholkonsum	20
2.5.6	Nachweis von chronischem Alkoholkonsum	21
2.5.7	Kombination indirekter Zustandsmarker zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum	27
2.5.8	Kombination des AUDIT mit Zustandsmarkern für Alkoholkonsum	32
2.5.9	Erfassung des Alkoholkonsums	33
2.5.10	Die Diagnostik von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch	33
2.6	Von der Evidenz zu den Empfehlungen	35
2.6.1	Genereller Einsatz von Fragebögen als Screening	35
2.6.2	Empfehlung eines Screening-Fragebogens	35
2.6.3	Empfehlung eines kürzeren Screeningverfahrens	35
2.6.4	Screening aller PatientInnen in verschiedenen Settings	36
2.6.5	Nachweis von akutem Alkoholkonsum	36
2.6.6	Nachweis von chronischem Alkoholkonsum	37
2.6.7	Kombination indirekter Zustandsmarker zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum	37
2.6.8	Kombination des AUDIT mit Zustandsmarkern für Alkoholkonsum	37
2.6.9	Erfassung des Alkoholkonsums	38
2.6.10	Die Diagnostik von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch	38
	Literatur	39