

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

Aktualisierung 2021 – Kurzfassung

Falk Kiefer^{1,2}, Anil Batra³, Gallus Bischof⁴, Wilma Funke⁵, Johannes Lindenmeyer⁶, Sebastian Mueller⁷, Ulrich W. Preuss⁸, Martin Schäfer⁹, Rainer Thomasius¹⁰, Clemens Veltrup¹¹, Volker Weissinger¹², Norbert Wodarz¹³, Friedrich M. Wurst¹⁴, Leitliniengruppe AUD¹⁵, Sabine Hoffmann¹

¹ Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

² Lehrstuhl für Suchtforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

³ Sektion Suchtmedizin des Universitätsklinikums Tübingen, Tübingen

⁴ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität zu Lübeck

⁵ MEDIAN Klinik Wied

⁶ salus klinik Lindow

⁷ Zentrum für Alkoholforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

⁸ Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herborn

⁹ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin, Ev. Kliniken Essen-Mitte

¹⁰ Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

¹¹ Fachklinik Freudenhof-Ruhleben

¹² Fachverband Sucht e.V.

¹³ Zentrum für Suchtmedizin, Universität Regensburg

¹⁴ Universität Basel

¹⁵ siehe Danksagung

Zusammenfassung: *Zielsetzung:* Alkoholkonsum ist in Deutschland mit erheblichen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen assoziiert. Neben der Prävention spielen die Früherkennung und differentielle Behandlung von Betroffenen eine bedeutende Rolle. Die Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ bildet die Grundlage für die Versorgung betroffener Personen. Die regelmäßigen Updates implementieren evidenzbasiert den aktuellen Forschungsstand von Literatur und klinischer Expertise. *Methodik:* Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) wurde die S3-Leitlinie Alkohol von 2019–2020 in acht Arbeitsgruppen überarbeitet. Am strukturierten Konsensprozess zur Beratung der Empfehlungen beteiligten sich 35 Fachgesellschaften. Potentielle Interessenskonflikte wurden im Vorfeld erfragt, dokumentiert und in der Abstimmung der Empfehlungen berücksichtigt.: Die Leitlinie gibt Empfehlungen zu Screening und Kurzintervention für verschiedene Personengruppen, sowie zur Behandlung von Betroffenen in der akuten und postakuten Phase des Entzugs. Besondere Bedeutung kommt der Behandlung von komorbiden somatischen und psychischen Störungen zu. Außerdem wurden Empfehlungen für bestimmte Personengruppen (z. B. Kinder und Jugendliche, Schwangere) ausgesprochen und auf die deutsche Versorgungslandschaft adaptiert.

Schlüsselwörter: Leitlinie, Alkohol, Alkoholbezogene Störungen

German Guideline for Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol-Related Disorders, Update 2021

Abstract: *Objective:* Alcohol consumption in Germany is associated with considerable health- and economic consequences. In addition to prevention, the early detection and differential treatment of those affected play an important role. The guideline „Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol-Related Disorders“ forms the basis of this care for people suffering from alcohol-related disorders. Regular updates integrate the current state of research evidence and clinical expertise. *Methods:* Under the auspices of the German Society for Psychiatry, Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN) and the German Society for Addiction Research and Addiction Therapy e.V. (DG-Sucht), the 2019–2020 S3 guideline on alcohol was revised by eight working groups. Thirty-five professional societies participated in a structured consensus process to deliberate the recommendations. Potential conflicts of interest were examined in advance, documented, and taken into account during the voting on the recommendations. *Results:* The guideline provides recommendations on screening and brief interventions for different groups of people, as well as on treatment of individuals in the acute and post-acute phases of withdrawal. Special emphasis is placed on the treatment of comorbid somatic and psychological disorders. In addition, recommendations for specific groups of people (e.g., children and adolescents, pregnant women) have been made and adapted to the German care landscape.

Keywords: Guideline, Alcohol, Alcohol Use Disorder, AUD

Einführung

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).

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. 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).

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.

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.

Ziele der Leitlinie

Die vorliegende Behandlungsleitlinie umfasst aktuelle, evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen zu Screening, Diagnose und Behandlung von Menschen mit riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch, sie soll die Versorgung der Betroffenen und die Lebensqualität aller Beteiligten verbessern und letztlich Leben retten (Hoch, Batra & Mann, 2012). Es soll eine systematisch entwickelte Entscheidungsgrundlage für alle behandelnden und betreuenden Berufsgruppen, Betroffenen und deren Angehörige geschaffen werden, die aber auch zur Information von Erkrankten und ihren Angehörigen dient. 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.

Zielgruppen

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,

nen, 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

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 (Allgemeinmedizinischepraxen, 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).

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 alkoholbe-

zogene 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 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 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 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, 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 vorüberge-

hendes 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 eingegengtes 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.

Methodik

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 Leitlinie 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). Darüberhinaus war es ein fachlich interdisziplinäres Zusammenwirken des Koordinationsteams, acht AutorInnengruppen und der Konsensusgruppe. Die redaktionelle Überarbeitung wurde vom Koordinationsteam übernommen. Die Moderation der Konsensuskonferenz übernahm Prof. Dr. Ina Kopp (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF).

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Falk Kiefer, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg.

Koordination und Methodik

Sabine Hoffmann, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg.

Dr. Kay Petersen war beratend bei den methodischen Aufgaben tätig.

Steuergruppe

Der Steuergruppe oblag die fachliche Begleitung der AutorInnengruppen, der Konsensusgruppe, der Recherche, Auswahl und Bewertung der Evidenz, der Ausarbeitung der Leitlinienkapitel, der Formulierung und Evidenzbasierung von Empfehlungen sowie der Erfassung und Bewertung von Interessenskonflikten. Sie setzte sich aus folgenden Personen zusammen:

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)

AutorInnengruppe

(in alphabetischer 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 Hanaak-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.)

Redaktion und Endlayout

Sabine Hoffmann, Isabel Ardern, Daniela Tananska

Konsensusgruppe

Das wichtigste Ziel bei der Zusammensetzung der Konsensusgruppe war die repräsentative Auswahl und Beteiligung ihrer Mitglieder für den Adressatenkreis der Leitlinie. Die an der Erstellung der Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie auch PatientInnen- und Angehörigenorganisationen wurden durch die Koordinatoren kontaktiert und gebeten, sich an der Aktualisierung zu beteiligen und einen Mandatsträger/eine Mandatsträgerin (pro Organisation ein Vertreter/eine Vertreterin und ein Stellvertreter/ eine Stellvertrete-

rin) in die Konsensgruppe zu entsenden (Tab. 1). Darüber hinaus wurde auch bisher nicht beteiligten Fachgesellschaften und (Berufs-)Verbänden die Möglichkeit gegeben, sich bei der Aktualisierung einzubringen. Eine Nominierung war bis Mitte 2020 möglich. Die Beteiligung von verschiedenen PatientInnen-, Angehörigen- und Selbsthilfverbänden an der Leitlinienentwicklung war ein besonderes Anliegen.

Methodisches Vorgehen

Im Zuge der Aktualisierung der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wurde ein iterativer, hierarchischer Rechercheprozess durchgeführt (AWMF, 2018). Im ersten Schritt wurden Inhalte und Umfang der Leitlinie definiert und die bereits existierenden, für die Versorgung relevanten, klinischen Fragen bewertet, um neue Themen ergänzt und für die Durchführung von Literaturrecherche entsprechend operationalisiert. In einem zweiten Schritt wurde eine systematische Recherche nach bereits vorhandenen nationalen wie internationalen Leitlinien durchgeführt und ihre Evidenz und Relevanz für die Aktualisierung bewertet. In einem dritten Schritt schloss sich eine systematische Recherche nach aggregierter Evidenz anhand von Metaanalysen und systematische Reviews an. Diese aktuellen Übersichtsarbeiten lieferten eine gute Zusammenfassung der Literatur und wurden kritisch im Hinblick auf ihre Qualität bewertet. Für neu hinzugekommene Fragestellungen wurde eine systematische de-novo Recherche durchgeführt. Die genaue methodische Vorgehensweise und die Suchalgorithmen sind im Leitlinienreport beschrieben. Für Schlüsselempfehlungen, bei denen weder die (inter-)nationalen Leitlinien noch die systematische Literaturrecherche eine Evidenz generieren konnten, wurden klinische Konsenspunkte (KKP) vergeben.

Bewertung der Evidenz

Die Vergabe der Empfehlungsgrade unter Berücksichtigung der Evidenzgrade erfolgte nach den Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL). Für jede einzelne Empfehlung konnte zwischen drei Empfehlungsgraden unterschieden werden, deren unterschiedliche Qualität bzw. Härte durch die Formulierung „soll“, „sollte“ und „kann“ bzw. die Bewertung „A“, „B“ und „O“ ausgedrückt wird (Tab. 2). Zusätzlich wurden Behandlungsempfehlungen ausgesprochen, die der guten klinischen Praxis entsprechen und den ExpertInnenkonsens widerspiegeln (Klinischer Konsenspunkt, KKP). Diesen klinischen Empfehlungen liegt keine systematische Literaturrecherche zugrunde. Die Graduierung der Empfehlungen basiert auf der identifizierten Evidenz, der klinischen Expertise, den PatientInnenpräferenzen

Tabelle 1. Mitglieder der Konsensusgruppe (in alphabetischer Reihenfolge)

Fachgesellschaft/ Organisation		Vertreter/ Stellvertreter
DGGG/ AGG	Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.	Julia Jückstock
ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Timo Krüger
BAS	Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis e.V.	Oliver Pogarell
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen	Inge Neiser, Johanna Thünker
BÄK	Bundesärztekammer	Norbert Wodarz
BAG KJPP	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Marianne Klein
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien	Patric Driessen, Undine Uhlig
BDK	Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.	Ulrich Preuss
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer	Tina Wessels, Beate Mühlroth
BUSS	Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.	Clemens Veltrup, Michael Köhnke
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Erika Baum
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.	Tim Neumann
DGAUM	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.	Kristin Hupfer
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	Thomas Polak
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.	Dirk Wolter
DGK	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung e.V.	Rainer Hambrecht, Harm Wienbergen
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Rainer Thomasius
DGMKG	Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.	Monika Krönes
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.	Susanne Grundke, Anne Schmitt
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	Anil Batra
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.	Stefan Mühlig
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.	Michael Köhnke
DG-SAS	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention e.V.	Rita Hansjürgens, Ulrike Dickenhorst
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung e.V.	Falk Kiefer
DG SPS	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.	Gallus Bischof, Oliver Kreh, Nikolaus Lange, Michael Müller-Mohnssen
DGV	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Irmgard Vogt, Renate Hannak-Zeltner
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen	Heribert Fleischmann, Barbara Hansen
DRV	Deutsche Rentenversicherung	Ariane Schulte, Tanja Trefzer
DS	Deutsche Suchtstiftung	Jens Reimer
DSF	Deutsche Suchtmedizinische Gesellschaft e.V.	Dieter Geyer
DBCS	Deutscher Bundessverband der Chefärztinnen und Chefarzte von Suchtfachkliniken e.V.	Isabel Englert
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	Luisa Brings, Werner Höhl
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Corinna Nels-Lindemann
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.	Ingo Schäfer
FVS	Fachverband Sucht	Volker Weissinger, Wilma Funke, Johannes Lindenmeyer, Monika Vogelgesang

zen und schließt damit auch bewusst subjektiv wertende Elemente mit ein (Abb. 1).

Bei der Diskussion und Vergabe der Empfehlungsgrade konnten in Anlehnung an die GRADE („Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation“) (GRADE, 2004) auch weitere Aspekte berücksichtigt werden (Abb. 1). Während mit der Darlegung der Qualität der Evidenz (Evidenzstärke) die Belastbarkeit der Studienergebnisse und damit das Ausmaß an Sicherheit bzw. Unsicherheit des Wissens ausgedrückt wird, ist die Darlegung der Empfehlungsgrade Ausdruck des Ergebnisses mit der Abwägung erwünschter oder unerwünschter Konsequenzen (AWMF & ÄZQ, 2012). Somit können Evidenz- und Empfehlungsstärken in begründeten Fällen voneinander abweichen. Diese Begründung wurde ggf. im Hintergrundtext der Empfehlungen dokumentiert.

Strukturierte Konsensfindung

Alle Schlüsseempfehlungen und Empfehlungsgrade dieser Leitlinie wurden zunächst von der Steuergruppe und den Methodikern inhaltlich und methodisch geprüft und ggf. von den AutorInnengruppen überarbeitet (siehe Tab. 3). Es erfolgten zwei digitale Abstimmungsrunden mit Hilfe des Umfragesystems EVASYS. Nach der ersten Runde wurden die Empfehlungen anhand der Kommentare der Delegierten überarbeitet. In der zweiten Runde wurden nur die Empfehlungen zur Abstimmung vorgelegt, welche überarbeitet wurden bzw. in der ersten Runde noch keine 95 % Zustimmung erhalten hatten. Die Entwürfe der Leitlinienkapitel und der Leitlinienreport lagen den Delegierten bei Abstimmung vor.

Am 1. Juli 2020 fand eine digitale Konsensuskonferenz statt. Entwürfe der Kapitel, Schlüsseempfehlungen, Me-

Tabelle 2. Grade der Empfehlung (modifiziert nach NVL)

A	„Soll“-Empfehlung	Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia, Ib, Ic).
B	„Sollte“-Empfehlung	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen IIa, IIb, IIc) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
0	„Kann“-Empfehlung	Evidenzkategorie III, IV und V. Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder IIc. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP	„Klinischer Konsenspunkt“	Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

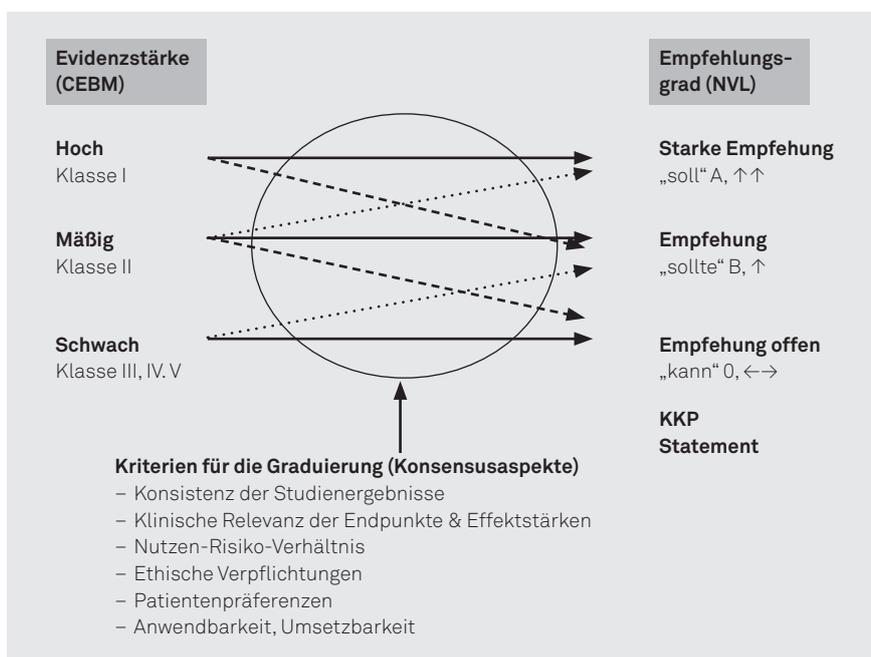


Abbildung 1. Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012)

thodenreporte und Evidenztabellen wurden allen MandatsträgerInnen der Fachgesellschaften zugesandt.

Alle Empfehlungen wurden im Rahmen der Konsensuskonferenz vorgestellt, diskutiert und abgestimmt. Um mögliche Quellen systematischer Verzerrung zu erkennen und zu vermeiden, erfolgte die strukturierte Konsensfindung unter der Anleitung einer externen, neutralen und in den Methoden der strukturierten Konsensfindung geschulten Moderatorin der AWMF. Da dieser Prozess in einem großen Gremium erfolgte wurde ein „Nominaler Gruppenprozess“ in mehreren Stufen durchgeführt

1. Vorstellung der Hintergrundinformationen, Studien, Methodik und Schlüsselempfehlungen durch die Autorengruppen,
2. Gelegenheit zu Nachfragen bezüglich der Schlüsselempfehlungen, Evidenzgrade und Empfehlungsstärke,
3. Registrierung der Stellungnahmen und Alternativvorschläge im Einzelumlaufverfahren durch eine unabhängige Moderatorin,
4. Vorabstimmung aller Empfehlungen sowie der Alternativen,
5. Diskussion der Aspekte, die in der Vorabstimmung keinen Konsens erhielten,
6. Endgültige Abstimmung, Feststellung von Konsens oder begründetem Dissens.

Umgang mit Interessenskonflikten

Zu Beginn der Aktualisierung der Leitlinie wurden alle Mitwirkenden aufgefordert, ihre direkten und indirekten Interessen der letzten drei Jahre anhand des AWMF-Formblattes gegenüber dem Leitlinienkoordinator schriftlich zu deklarieren. Die Fremdbewertung der Interessen erfolgte durch Prof. Dr. G. Bühringer (TU Dresden) (siehe Beitrag in dieser Ausgabe). Die vorhandenen Interessenskonflikte wurden in „gering“, „moderat“ und „hoch“ eingestuft. Gleichzeitig wurde der thematische Bezug der Interessenskonflikte zu den Schlüsselempfehlungen geprüft, um die Stimmhaltung der Delegierten mit Interessenskonflikten zu gewährleisten. Abschließend wurden die Ergebnisse in der Leitliniengruppe diskutiert und bewertet. Die Inhalte der Erklärungen und die Ergebnisse der Diskussion zum Umgang mit sekundären Interessen wurden in der Konsen-

suskonferenz offen dargelegt. Es fand eine Abstimmung mit allen Delegierten statt. Die Stimmen der Personen mit Interessenskonflikten wurden im Anschluss herausgerechnet. In der aktualisierten Version der Leitlinie sind nur die nach Interessenskonflikten bereinigten Ergebnisse aufgeführt. Die Konsensstärke der einzelnen Schlüsselempfehlungen ändert sich bei Einbezug der Personen mit Interessenskonflikten nicht.

Als protektive Faktoren, die einer Verzerrung durch Interessenskonflikte entgegenwirken, können die systematische Evidenzaufbereitung, die pluralistische Zusammensetzung der Leitlinie, die strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation und die Diskussion der Interessenerklärungen und Management der Interessenskonflikte zu Beginn der Konsensuskonferenz gewertet werden. Weitere Informationen zum Umgang mit den Interessenskonflikten, die Interessenskonflikte selbst, sowie der Bericht von Prof. Bühringer sind auf den Internetseiten der AWMF abrufbar.

Ergebnisse

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

Alkoholbezogene Störungen sind in der Bevölkerung zahlreich vorhanden und werden gleichzeitig häufig unterdiagnostiziert. Im Sinne eines frühzeitigen Screenings bzw. einer Früherkennung, exakter 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.

Tabelle 3. Die Feststellung der Konsensusstärke basierte auf der „Klassifikation der Konsensusstärke“ der AWMF (2012)

„Starker Konsens“	Zustimmung von >95 % der Teilnehmenden
„Konsens“	Zustimmung von >75–95 % der Teilnehmenden
„Mehrheitliche Zustimmung“	Zustimmung von >50–75 % der Teilnehmenden
„Kein Konsens“	Zustimmung von <50 % der Teilnehmenden

Empfehlungen		
1.1	Screening mit einem Fragebogenverfahren Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit sollen Fragebogenverfahren eingesetzt werden. (LoE: 1a)	A

1.2	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	1.9	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
1.3	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	1.10	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
1.4	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	1.11	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
1.5	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			
1.6	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, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden. (LoE: 1b)	B			
1.7	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 Meconium untersucht werden. Fragebogen weisen hier eine unzureichende Sensitivität auf. (LoE: 2a)	A			
1.8	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			

Behandlung von riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch

Kurzinterventionen

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 Allgemeinkrankenhäuser. 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 Übersichtsar-

beiten. 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.

Empfehlungen		
2.1	Allgemeine Wirksamkeit von Kurzinterventionen Kurzinterventionen zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum sollen im Rahmen der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung umgesetzt werden. (LoE: 1a)	A
2.2	Riskanter Konsum Kurzinterventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums sollen bei riskantem Alkoholkonsum angeboten werden. (LoE: 1a)	A
2.3	Rauschtrinken Kurzintervention zur Reduktion des Rauschtrinkens sollten für Rauschtrinker angeboten werden. (LoE: 1a)	B
2.4	Abhängigkeit Kurzinterventionen können bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit angeboten werden. (LoE: 1a)	O
2.5	Geschlecht Kurzinterventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums sollen unabhängig vom Geschlecht angeboten werden. (LoE: 1a)	A
2.6	Ältere Menschen Kurzinterventionen sollen auch bei älteren Menschen (>65 Jahre) mit problematischem oder riskantem Alkoholkonsum angeboten werden. (LoE: 1a)	A
2.7	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
2.8	Primärmedizinische Versorgung In der primärmedizinischen Versorgung sollen Kurzinterventionen zur Reduktion problematischer Alkoholkonsums angeboten werden. (LoE: 1a)	A
2.9	Arbeitsplatz Kurzintervention am Arbeitsplatz kann zur Reduzierung von schädlichem Konsum und zur Minimierung von Folgen des Alkoholkonsums durch qualifiziertes Personal angeboten werden.	KKP

Körperliche Entgiftung

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 einen 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/s Alkoholintoxikation/-entzuges verwendet, schließt also sowohl die körperliche Entgiftung als auch den qualifizierten Entzug ein.

Körperliche Entgiftung	Eine körperliche Entgiftung umfasst die Behandlung der Alkoholintoxikation mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von Alkoholentzugssymptomen, 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 Quelleleitlinien zurückgegriffen werden. Eine ergänzende systematische Literaturrecherche war nur für den Bereich *Qualifizierter Entzug* notwendig. Der sogenannte *Qualifizierte Entzug* bildet sich in den Quelleleitlinien 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.

Empfehlungen		
3.1	Wirksamkeit und Indikation Alkoholbezogene Störungen sollen behandelt werden.	KKP
3.2	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
3.3	Behandlungskomponenten Eine symptomorientierte Behandlung des Alkoholentzuges anstatt eines fixen Dosierschemas sollte dann angeboten werden, wenn 1.) ein engmaschiges Assessment und eine Symptomkontrolle unmittelbar bei Behandlungsbeginn und während des gesamten Verlaufes sichergestellt sind und 2.) das Personal adäquat in Assessment und Überwachung eines Alkoholentzuges geschult ist, z. B. in der Zuhilfenahme eines standardisierten Beurteilungsinstrumentes	KKP
3.4	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

3.5	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 eines 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
3.6	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
3.7	Indikationen für ambulanten Entzug Eine ambulante Entgiftung oder Entzugsbehandlung sollte nur angeboten werden durch 1. ÄrztInnen mit 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
3.8	Behandlungsdauer Die Dauer der Behandlung sollte sich individuell an der Schwere der Entzugserscheinungen und der körperlichen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen orientieren.	KKP
3.9	Risiken bei Nichtbehandlung Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, die sich keinem Alkoholentzug unterziehen wollen, sollten informiert werden über 1. Risiken der nicht überwachten plötzlichen Trinkmengenreduktion oder eines Trinkstopps, (z. B. Entzugskomplikationen und deren Behandlungsmöglichkeiten) und 2. alternative Hilfeangebote	KKP
3.10	Weiterbehandlung bei nicht ausreichender Wirksamkeit einer körperlichen Entgiftung Da eine körperliche Entgiftung alleine keine hinreichende Therapie der Suchterkrankung darstellt, sollen weitere suchtmittelmedizinische/-therapeutische Hilfen vorgehalten und angeboten bzw. im Anschluss möglichst nahtlos vermittelt werden.	KKP

Qualifizierte Entzugsbehandlung

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).

Empfehlungen		
4.1	Wirksamkeit Es sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) statt einer körperlichen Entgiftung angeboten werden.	KKP
4.2	Indikation Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) soll angeboten werden, wenn der/die PatientIn weiterführenden Behandlungsmaßnahmen ambivalent gegenübersteht.	KKP
4.3	Dauer Zur Verbesserung des Behandlungserfolgs sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Regel 21 Behandlungstage umfassen. Für eine individuell längere Behandlungsdauer siehe Langfassung der Leitlinie. (Empfehlung bezieht sich auf Behandlung von Erwachsenen)	KKP

Arzneimittel zur Entzugsbehandlung

Abhängiger Konsum von Alkohol führt in der Mehrzahl der PatientInnen bei Absetzen des Alkoholkonsums zu erheblichen, klinisch relevanten und auch gefährlichen Entzugsserscheinungen. 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.

Empfehlungen		
Pharmakotherapie		
5.1	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
5.2	Wirksamkeit Pharmakotherapie für leichte Alkoholentzugssyndrome Leichte Alkoholentzugssyndrome können pharmakologisch behandelt werden. (LoE: 1a)	0
5.3	Wirksamkeit Pharmakotherapie für (mittel) schwere Alkoholentzugssyndrome Schwere und mittelschwere Alkoholentzugssyndrome sollen pharmakologisch behandelt werden. (LoE: 1a)	A
5.4	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
5.5	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
5.6	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 Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden. (LoE: 1)	B
5.7	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

5.8	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	5.18	Thiamin zur Wernicke Enzephalopathie Prophylaxe Im Alkoholentzug sollte zur Prophylaxe der Wernicke Enzephalopathie Thiamin, ggf. in Kombination mit Magnesium, gegeben werden.	KKP
5.9	Wirksamkeit Antikonvulsiva bei Krampfanfällen Antikonvulsiva sollten bei erhöhtem Risiko für das Auftreten von Alkoholentzugskrampfanfällen eingesetzt werden. (LoE: 1)	B	5.19	Thiamin bei parenteraler Glukosegabe Wenn bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit eine parenterale Glukosegabe erfolgt, soll diese mit einer parenteralen Thiamin-Applikation kombiniert werden.	KKP
5.10	Wirksamkeit von Antikonvulsiva bei Alkoholentzug Antikonvulsiva können zur Therapie leicht- bis mittelgradiger Alkoholentzugssyndrome eingesetzt werden. (LoE: 3)	0	Differenzielle Indikation		
5.11	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	5.20	Schwangerschaft Bei Notwendigkeit einer pharmakotherapeutischen Entzugsbehandlung in der Schwangerschaft sollten im Alkoholentzug bevorzugt Benzodiazepine innerhalb eines stationären und interdisziplinären Settings eingesetzt werden.	KKP
5.12	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	5.21	Eingeschränkter Allgemeinzustand, eingeschränkte Nierenfunktion und/oder höheres Alter 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 Entzugssyndromen auch Antiepileptika als Monotherapie oder symptomorientiert in Kombination z.B. mit Tiapridex oder Clonidin eingesetzt werden.	KKP
5.13	Baclofen Baclofen sollte aufgrund der derzeitigen Studienlage nicht für die Behandlung des Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden. (LoE: 1a+b)	0	5.22	Eingeschränkte Leberfunktion: Benzodiazepine Bei Lebererkrankungen mit Einschränkung der Leberfunktion werden Benzodiazepine mit kürzerer Halbwertszeit und geringer Verstoffwechslung in der Leber (z.B. Oxazepam, Lorazepam) empfohlen.	KKP
5.14	Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) GHB sollte aufgrund der Nutzen-Schaden-Bewertung nicht für die Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden. (LoE: 1a)	B	5.23	Eingeschränkte Leberfunktion: Antiepileptika Bei eingeschränkter Leberfunktion können zur Anfallsbehandlung oder Prophylaxe aufgrund der renalen Ausscheidung und fehlenden Hepatotoxizität, Gabapentin oder Levetiracetam eingesetzt werden.	KKP
5.15	Alkohol als Medikament Alkohol soll nicht für eine medizinisch überwachte Alkoholentzugsbehandlung eingesetzt werden.	KKP	5.24	Mischintoxikation und Polyvalenter Substanzkonsum Bei Verdacht auf Mischintoxikation oder multiplem 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.	KKP
5.16	Andere Medikamente Medikamente mit prokonvulsiven und anticholinergen Wirkungen wie niederpotente Antipsychotika und trizyklische Antidepressiva sollten nicht zur Behandlung von Alkoholentzugssymptomen eingesetzt werden.	KKP			
5.17	Tiapridex Tiapridex kann in Kombination mit einem Antikonvulsivum zur Behandlung leichter bis mittelschwerer Alkoholentzugssymptome eingesetzt werden. (LoE: 3)	0			

Körperliche Komplikationen und Komorbidität

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.

Empfehlungen		
6.1	Körperliche Erkrankungen und alkoholbezogene Störungen Bei PatientInnen mit alkoholassoziierten somatischen Folgeerkrankungen sollte eine diagnostische Abklärung möglicher weiterer alkoholassoziiertes Folgeerkrankungen durchgeführt werden. (LoE: 2)	B
6.2	Screening bei Lebererkrankungen PatientInnen, bei denen eine Lebererkrankung festgestellt wird, sollen auf eine alkoholbezogene Störung untersucht werden.	KKP
6.3	Alkoholbedingte Lebererkrankung und Abstinenz Beim Auftreten einer alkoholbedingten Lebererkrankung soll Alkoholabstinenz angestrebt werden. (LoE: 1b)	A
6.4	Früherkennung von Leberkrankheiten bei alkoholbezogenen Störungen Für die Früherkennung von Lebererkrankungen bei alkoholbezogenen Störungen sollen Klinik, Labor, Elastographie und Ultraschalluntersuchung gemeinsam herangezogen werden.	KKP

6.5	Diagnostik bei alkoholbedingten Lebererkrankungen Ausmaß und ggf. Fortschreiten einer Fibrose soll primär mittels non-invasiver Methoden (Elastographie) untersucht werden; in besonderen Fällen mittels Leberbiopsie. (LoE: 1b)	A
6.6	Steatohepatitis Bei einer klinischen oder laborchemischen Verschlechterung bei PatientInnen mit einer alkoholbedingten Lebererkrankung soll auch eine alkoholische Hepatitis in Erwägung gezogen werden.	KKP
6.7	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis Bei einer alkoholinduzierten Pankreatitis soll nicht nur die Entzündung des Organs mit ihren Komplikationen behandelt werden, sondern auch die zugrundeliegende alkoholbezogene Störung.	KKP
6.8	Alkoholkonsum bei chronischer Pankreatitis Alkoholkonsum soll bei chronischer Pankreatitis grundsätzlich gemieden werden. (LoE: 2b)	A
6.9	Screening bei Polyneuropathien PatientInnen, bei denen eine periphere Polyneuropathie diagnostiziert wird, sollten daraufhin untersucht werden, ob eine alkoholbezogene Störung vorliegt.	KKP
6.10	Alkoholassoziierte Polyneuropathie und Abstinenz Beim Auftreten einer alkoholassoziierten Polyneuropathie soll Alkoholabstinenz angestrebt werden. (LoE: 1b)	A
6.11	Früherkennung von alkoholassoziierten Polyneuropathien Für die Früherkennung von alkoholassoziierten Polyneuropathien sollen Klinik und Labor gemeinsam herangezogen werden.	KKP
6.12	Gabe von B-Vitaminen bei alkoholassoziiierter Polyneuropathie 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 ≥50 mg/d) durchgeführt werden. (LoE: 2b)	B
6.13	Analgetische medikamentöse Behandlung der alkoholassoziierten Polyneuropathie Zur analgetischen Therapie bei alkoholassoziierten PNP sollten Medikamente mit eigenem Suchtpotential möglichst vermieden werden. (LoE: 1b)	B

Komorbidie psychische Störungen

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.

Psychische Störungen (allgemein)

Empfehlungen		
7.1	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
7.2	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
7.3	Behandlungssetting bei psychischen Störungen und Alkoholabhängigkeit PatientInnen mit komorbiden psychischen Erkrankungen und alkoholbezogenen Störungen sollte eine stationäre Behandlung für beide Störungsbilder angeboten werden.	KKP
7.4	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 TherapeutInnenteam erfolgen. Wenn das nicht möglich ist, sollte eine Koordination der Behandlung (z. B. durch Case Management) gewährleistet sein.	KKP

Schizophrenie

Empfehlungen		
8.1	Leitliniengerechte Behandlung von Schizophrenie bei Alkoholkonsumstörung Bei PatientInnen mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/ psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden. (LoE: 1a)	A
8.2	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

8.3	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
8.4	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
8.5	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
8.6	Naltrexon zur Behandlung der Alkoholkonsumstörung bei komorbider Schizophrenie Bei einer komorbiden schizophrenen Psychose sollte unter den medikamentösen Möglichkeiten für die Rückfallprophylaxe der alkoholbezogenen Störung Naltrexon der Vorzug gegeben werden.	KKP

Depression

Empfehlungen		
9.1	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
9.2	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

9.3	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
9.4	SSRI bei Depression und Alkoholbezogenen Störungen Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer sollen bei komorbiden Personen nicht als alleinige Therapie zur Reduktion des Alkoholkonsums eingesetzt werden. (LoE: 1a)	A
9.5	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
9.6	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
9.7	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

Bipolare Störungen

Empfehlungen		
10.1	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
10.2	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

10.3	Medikamentöse Therapie bei Bipolaren Störungen 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 des Konsumverhalten zu verbessern (unter Beachtung der Kontraindikation bei Frauen im gebärfähigen Alter). (LoE: 2b)	B
------	---	---

Angststörungen

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

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

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

Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Empfehlungen		
13.1	Screening auf ADHS bei alkoholbezogener Störung 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)	B
13.2	Diagnose der ADHS bei alkoholbezogener Störung Die Diagnostik einer ADHS kann vor Erreichen der Abstinenz begonnen werden (insb. Fremdanamnesen und Kindheitsanamnese). Die endgültige Diagnose (nach ICD, unter Berücksichtigung der Kriterien für Erwachsene nach DSM) sollte nach Abschluss der (medikamentösen) Entzugsbehandlung gestellt werden.	KKP
13.3	Behandlung der ADHS bei alkoholbezogener Störung: Grundlagen Die Behandlung der ADHS soll zusätzlich zu einer psycho- und/ oder pharmakotherapeutischen Behandlung der alkoholbezogenen Störung (sowie der ggf. weiteren psychischen Störungen) erfolgen.	KKP
13.4	Behandlung der ADHS bei alkoholbezogener Störung: Medikation 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)	A
13.5	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
13.6	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

Persönlichkeitsstörungen

Empfehlungen		
14.1	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
14.2	Behandlung Komorbidität Persönlichkeitsstörung – alkoholbezogene Störung Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und Persönlichkeitsstörung soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/ psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.	KKP
14.3	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
14.4	Komorbidität Persönlichkeitsstörung – alkoholbezogene Störung: Pharmakologische Behandlung Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und einer Persönlichkeitsstörung kann die Psychotherapie mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie kombiniert werden.	KKP
14.5	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
14.6	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

Nikotin

Empfehlungen		
15.1	Komorbidität Tabakabhängigkeit PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und einem gleichzeitig bestehenden Tabakkonsum soll eine Beratung und Unterstützung zum Rauchstopp angeboten werden.	KKP
15.2	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
15.3	Zeitpunkt der Tabakentwöhnung Der Behandlungszeitpunkt zur Unterstützung des Rauchstopps sollte bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen unter Berücksichtigung des Verlaufs der Alkoholtherapie individuell mit dem Patienten/ der Patientin abgestimmt werden. (LoE: 1b)	B

Illegale Drogen

Empfehlung		
16.1	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)	0

Alters- und geschlechtsspezifische Populationen

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.

Kinder und Jugendliche

Empfehlungen		
17.1	Kurzinterventionen Kurzinterventionen sollten bei Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden. (LoE: 1a)	B
17.2	Motivational Interviewing als Kurzintervention am Krankenbett für Jugendliche nach akuter Alkoholintoxikation Jugendlichen kann nach einer akuten Alkoholintoxikation Motivational Interviewing als Kurzintervention am Krankenbett angeboten werden. (LoE: 1a)	0
17.3	Kognitive Verhaltenstherapie Kognitive Verhaltenstherapie soll in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden. (LoE: 1a)	A
17.4	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)	0
17.5	Multidimensionale Familientherapie Multidimensionale Familientherapie sollte in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden. (LoE: 1a)	B
17.6	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
17.7	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
17.8	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
17.9	Erziehungshilfe Erziehungshilfe für Familien von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen kann als Bestandteil des Behandlungsplans angeboten werden.	KKP

17.10	Psychosoziale Maßnahmen Für Kinder und Jugendliche mit alkoholbezogenen Störungen sollten Psychotherapie und psychosoziale Therapien (z. B. Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Sport- und Bewegungstherapie, Freizeitpädagogik, Ergotherapie) angeboten werden.	KKP	18.2	Qualifizierte Entzugsbehandlung und Weitervermittlung in die Postakutbehandlung (medizinische Rehabilitation) in der Schwangerschaft Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen soll ein Qualifizierter Entzug und eine Vermittlung in weitergehende Suchtbehandlung angeboten werden.	KKP
17.11	Klinikscheule Während der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen sollte die Möglichkeit eines Klinikschulbesuchs bestehen.	KKP	18.3	Psychotherapeutische Interventionen in der Schwangerschaft Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen psychotherapeutische Interventionen angeboten werden.	KKP
17.12	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 Medikation zurückhaltend geplant und überwacht werden.	KKP	18.4	Schadensminderungsmaßnahmen und psychosoziale Interventionen in der Schwangerschaft Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen Schadensminderungsmaßnahmen und psychosoziale Interventionen angeboten werden.	KKP
17.13	Die Wahl des Settings Die Wahl eines Settings für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen sollte vor dem Hintergrund folgender Fragen abgewogen werden: 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	18.5	Hausbesuche während und nach der Schwangerschaft 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) Medikamentöse Behandlung von Schwangeren	KKP
17.14	Individuelle Behandlungspläne 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.	KKP	18.6	Prophylaxe neurologischer Probleme Cholin (Vitamin B4) zur Prophylaxe neurologischer Probleme des Neugeborenen kann während der Schwangerschaft angewendet werden. (LoE: 2a)	0
			18.7	Behandlung von Entzugssymptomen Benzodiazepine können zur Behandlung akuter Entzugssymptome bei Schwangeren eingesetzt werden. (LoE: 2c) Frauen ab 18 Jahren	0
			18.8	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
			18.9	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
			18.10	Kognitive Paartherapie Frauen mit alkoholbezogenen Störungen kann eine kognitive Paartherapie angeboten werden.	0
<i>Schwangere/ Frauen ab 18 Jahren/ Frauen als Angehörige</i>					
Empfehlungen					
Schwangerschaft					
18.1	Kurzinterventionen in der Schwangerschaft Schwangeren Frauen, die Alkohol konsumieren, soll eine Kurzintervention angeboten werden.	KKP			

18.11	Therapieangebote nur für Frauen Frauen mit alkoholbezogenen Störungen kann eine Behandlung in einer Einrichtung nur für Frauen angeboten werden. (LoE: 1b)	0
18.12	Frauen als Angehörige Frauen als Angehörige von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen sollten wirksamkeitsgeprüfte psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden.	KKP

Ältere Menschen

Empfehlungen		
Psychotherapie		
19.1	Generelle Behandlungsempfehlung Psychotherapeutische, psychosoziale und pharmakotherapeutische Behandlungen, die bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründet sind, sollen auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.	KKP
19.2	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
19.3	Altersspezifische Anpassung der Behandlung In der Behandlung älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen können altersspezifische Anpassungen vorgenommen werden. (LoE: 5)	0
19.4	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		
19.5	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
Differenzielle Indikation		
19.6	Setting der Entzugsbehandlung Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen kann niederschwellig eine stationäre Entzugsbehandlung angeboten werden. (LoE: 5)	0

19.7	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
------	--	---

Medizinische Rehabilitation und andere Formen der Postakutbehandlung

Nach einer Entgiftung bzw. einem qualifizierten Entzug soll entsprechend dem Versorgungsalgorithmus 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 an 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.

Postakutbehandlung (allgemein)

Empfehlungen		
20.1	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
20.2	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		
20.3	Komorbidität Komorbidität (psychisch) soll in der Postakutbehandlung in einem integrierten Ansatz berücksichtigt und mitbehandelt werden.	KKP
20.4	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
20.5	Teilhabeeinschränkungen 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, 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).	KKP
20.6	Migrationshintergrund Bei MigrantInnen soll in der Postakutbehandlung der Migrationshintergrund berücksichtigt werden.	KKP
20.7	Setting Es soll eine differentielle Indikationsstellung für die Postakutbehandlung in den unterschiedlichen Settings (ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationär, stationär) im Einzelfall erfolgen.	KKP

20.8	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
20.9	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		
20.10	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
20.11	Zielorientierung Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Abstinenz, soll als primäres Ergebnismaß die katamnestiche 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
20.12	Evaluationszeitraum Für die Ergebnisevaluation bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen soll regelhaft ein Zeitraum von einem Jahr nach Beendigung der Behandlung berücksichtigt werden.	KKP

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.

Empfehlungen		
21.1	Motivationale Interventionsformen Motivationale Interventionsformen sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1a)	A
21.2	Verhaltenstherapie Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie sowie Kontingenzmanagement sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1b)	A
21.3	Angehörigenarbeit Angehörigenarbeit soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1b)	A
21.4	Paartherapie Paartherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1b)	A
21.5	Psychodynamische Kurzzeittherapie Psychodynamische Kurzzeittherapie kann im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1b)	0
21.6	PatientInnengruppen Angeleitete PatientInnengruppen sollten im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 2b)	B
21.7	Cognitive Bias Modification Cognitive Bias Modification sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 1b)	B
21.8	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
21.9	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
21.10	Musiktherapie Rezeptive und/ oder aktive Musiktherapie kann im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. (LoE: 2b)	0

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 Veröf-

fentlichung der NICE Guidelines und nach dem Abschluss der systematischen eigenen Recherche publiziert. Sie werden daher dem Regelwerk der AWMF folgend als KKP bewertet.

Empfehlungen		
22.1	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
22.2	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
22.3	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

Versorgungsorganisation

Den Besonderheiten der deutschen Versorgungslandschaft für Betroffene von alkoholbezogenen Störungen wird in einem eigenen Kapitel Rechnung getragen. An dieser Stelle werden nur die Kernpunkte für die Implementierung dargestellt und eigene Empfehlungen dieses Kapitels wie die hausärztliche Versorgung und die Selbsthilfe aufgeführt.

Kernpunkte der Implementierung

- Das Problembewusstsein und die Aufmerksamkeit aller in den verschiedenen Versorgungssektoren Tätigen (z. B. niedergelassene ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Krankenhaus-, Pflegepersonal) für alkoholbezogene Störungen systematisch zu erhöhen
- hausärztliche Qualitätszirkel regelmäßig für Fortbildungen zur Versorgung von Personen mit einer Suchterkrankung zu nutzen
- Konsil- und Liaisondienste an somatischen Krankenhäusern systematisch auszubauen

- Maßnahmen zur Identifizierung von Risikopersonen in allen Einrichtungen durchzuführen. Dabei ist der Einsatz von geeigneten Instrumenten (AUDIT/ AUDIT-C) zu empfehlen.
- niedrigschwellige wohnortnahe Zugangswege zu qualifizierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen vorzuhalten und zeitnah personenzentrierte und passgenaue Hilfen für Menschen mit einer alkoholbezogenen Störung und für Angehörige zur Verfügung zu stellen
- sektorübergreifende Behandlungsansätze im Sinne eines kombinierten und schwellenlosen Überganges zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung weiterzuentwickeln
- die Nahtlosigkeit der Leistungserbringung durch die Realisierung eines trägerübergreifenden Schnittstellenmanagements und das systematische Zusammenwirken der beteiligten Leistungsträger und -erbringer (z.B. im Rahmen von Suchthilfe-Netzwerken) zu gewährleisten
- die kontinuierliche Betreuung von Betroffenen sicherzustellen
- die Effektivität der Behandlungsansätze kontinuierlich auf Basis festgelegter Dokumentations- und Auswertungsstandards zu überprüfen.

Hausärztliche Versorgung

Empfehlungen		
23.1	Rolle des Hausarztes Die zentrale Rolle des Hausarztes/ der Hausärztin und der ärztlichen Notdienste in der Erkennung, Behandlung und Begleitung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen und Angehörigen soll gestärkt werden	KKP
23.2	Diagnostik durch den Hausarzt Wenn der Hausarzt/ die Hausärztin erstmals Hinweise auf eine alkoholbezogene Störung feststellt (u.a. mittels AUDIT-C), soll eine weiterführende Diagnostik erfolgen und Maßnahmen zur Abstinenz oder zur Trinkmengenreduktion unter engmaschigen Kontakten angeboten werden. Zugleich soll über weiterführende Angebote informiert und diese sollen gegebenenfalls vermittelt werden	KKP

Selbsthilfegruppen

Die Suchtselbsthilfe ist ein wichtiger Pfeiler der Suchthilfe. Gemeinschaftliche Selbsthilfe (Borgetto, 2015) in Selbsthilfegruppen ist als eine eigene Form und Kultur informeller Hilfe für Betroffene und deren Angehörige gesellschaftlich anerkannt. „Selbsthilfe kann als Handlungsform angesehen werden, bei der eine oder mehrere Personen eine andere oder mehrere andere Personen dabei (wechselseitig) unterstützen, (...) eine Mängellage zu

überwinden, ein Problem zu lösen oder zu bewältigen oder ein Ziel zu erreichen“ (Borgetto, 2013). Selbsthilfegruppen sind Zusammenschlüsse von Betroffenen für Betroffene. Als „ExpertInnen in eigener Sache“ geben Selbsthilfeaktive ihre Erfahrungen und ihr Wissen an andere weiter, die in ähnlicher Weise betroffen sind. Sie unterstützen Betroffene, ihre verbliebenen Ressourcen zu nutzen und aktiv mit ihrer Erkrankung umzugehen. In Deutschland gibt es verschiedene Suchtselbsthilfe-Verbände, in denen eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen für Menschen mit einer alkoholbezogenen Störung wie auch für deren Angehörige, zusammengeschlossen sind.

Suchtselbsthilfe versteht sich als eigenständiges Unterstützungssystem. Es wird genutzt vor, während, nach oder auch anstatt von therapeutischen oder beratenden Maßnahmen. Die Vernetzung der Selbsthilfe mit professionellen Angeboten der Beratung und Behandlung ist von hoher Relevanz.

Empfehlungen		
24.1	Selbsthilfegruppen als Möglichkeit der Unterstützung Der regelmäßige und langfristige Besuch von Selbsthilfegruppen soll in allen Phasen der Beratung und Behandlung sowie in allen Settings, in denen Menschen mit alkoholbezogenen Störungen um Hilfe nachsuchen, empfohlen werden	KKP
24.2	Selbsthilfe begleitend zu kurativen und rehabilitativen Behandlungen Der Besuch von Selbsthilfegruppen soll in kurativen und rehabilitativen Behandlungen empfohlen bzw. unterstützt werden, z.B. durch Kontaktaufnahme zu Gruppen, durch Vermittlung von Adressen und Abgabe von Info-Materialien.	KKP
24.3	Selbsthilfe für Angehörige Angehörige sollen in allen Phasen der Versorgung und Behandlung, insbesondere bereits bei der Kontaktaufnahme zu den verschiedenen Hilfesystemen, auf Selbsthilfegruppen für Angehörige und Betroffene hingewiesen werden.	KKP

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* (pp. 57–61). Thieme Verlag: Stuttgart.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5 (deutsche Ausgabe von P. Falkai, Hrsg.). Hogrefe Verlag.
- Ammendola, A., Gemini, D., Iannaccone, S., Argenzio, F., Ciccone, G., Ammendola, E. et al. (2000). Gender and peripheral neuropathy in chronic alcoholism: A clinical–electroneurographic study. *Alcohol and alcoholism*, 35(4), 368–371.

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Version 2.4., 2018. <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2008). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006 + Domäne 8.
- 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.
- Borgetto, B. (2013). Wirkungen gemeinschaftlicher Selbsthilfe bei Suchterkrankungen. *SuchtMagazin*, 4, 20–24.
- Borgetto, B. (2015). Institutionalisierung von sozialen Bewegungen – das Beispiel Gesundheitsselbsthilfe. In *Gesundheitsselbsthilfe im Wandel* (pp. 51–66). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- 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.
- 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.
- GRADE working group. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 328(7454), 1490–1498.
- Hoch, E., Batra, A., & Mann, K. (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinien für substanzbezogene Störungen: Ein Kooperationsprojekt der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie eV und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde eV. *SUCHT*, 58(2), 97–107.
- Hoffmeister, A., Mayerle, J., Beglinger, C., Büchler, M.W., Bufler, P., Dath, K. et al. (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. et al. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD004148.
- 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.
- 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. et al. (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. et al. (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., Vadhavkar, 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.

Danksagung

Für ihre engagierte Mitarbeit an der diesem Artikel zugrundeliegenden ausführlicheren Version der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ danken wir allen beteiligten Fachgesellschaften; insbesondere aber allen Delegierten und ExpertInnen, sowie den Mitgliedern der Leitliniengruppe AUD (in alphabetischer Reihenfolge): Klaus Amann, Julia Arens, Erika Baum, Martin Beutel, Oliver Bilke-Hentsch, Gallus Bischof, Udo Bonnet, Jan Malte Bumb, Ralf Demmel, Silke Diestelkamp, Patric Driessen, Isabel Englert, Ursula Fennen, Jennis Freyer-Adam, Ulrich Frischknecht, Heribert

Fleischmann, Wilma Funke, 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, Mathias Luderer, Karl Mann, Peter Missel, Sebastian Mueller, Michael Müller-Mohnssen, Corinna Nels-Lindemann, Tim Neumann, Oliver Pogarell, Thomas Polak, Ulrich W. Preuss, Olaf Reis, Gerhard Reymann, Monika Ridinger, Hans-Jürgen Rumpf, Peter-Michael Sack, Ingo Schäfer, Martin Schäfer, Norbert Scherbaum, Welf Schroeder, Ariane Schulte, Manfred Singer, Michael Soyka, Claudia Spies, Rainer Thomasius, Natasha Thon, Clemens Veltrup, Monika Vogelgesang, Irmgard Vogt, Marc Walter, Tillmann Weber, Georg Weil, Wolfgang Weinmann, Volker Weissinger, Bernd Wessel, Tina Wessels, Arnold Wieczorek, Klaudia Winkler, Nadja Wirth, Norbert Wodarz, Dirk Wolter, Friedrich M. Wurst

Erklärungen zu konkurrierenden Interessen

Batra, Anil (Stellv. Ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum Tübingen, Mitglied der Steuergruppe)

Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: DG-Sucht, DG-Suchtmedizin, DGPPN
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten: Curriculum Verhaltenstherapie für Ärzte in Weiterbildung zum Psychiater/ Psychotherapeuten

Bischof, Gallus (Psychologischer Psychotherapeut, Universität zu Lübeck, AG-Leitung Kurzintervention)

Berater-/ Gutachtertätigkeit: Div. Zeitschriften, Wiley Publishers, Tryg-Foundation (DK), Cancer Research UK; Mitarbeit Wissenschaftlicher Beirat: Advisory Board: Journal „Psychology of Addictive Behaviors“ (American Psychological Association), Mitherausgeber Suchttherapie, Editor BMC Family Practice (Springer)
Vortrags-/ Schulungstätigkeit: Workshops und Vorträge für Suchthilfeeinrichtungen, Ausbildungsinstitute, Deutsche Psychologenakademie, GK Quest; Forschungsvorhaben: BMG, DRV-Nord; Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (Vorsitz), Addiction and the Family International Network (Vorsitz), International Network on Brief Interventions for Alcohol and other Drugs (Vorstand), DG-Sucht, Motivational Interviewing Network of Trainers, Psychotherapeutenkammer

Funke, Wilma (Leitende Psychologin, Median Kliniken Wied, AG-Leitung Postakutbehandlung)

Vortrags-/ Schulungstätigkeit: Ausbildung Psychologischer und Ärztlicher PsychotherapeutInnen in verschiedenen Instituten; Autoren/ Co-Autorenschaft: wissenschaftliche Beiträge und im Rahmen von Vorstandstätigkeiten bei Fachgesellschaften; Mitgliedschaft/ Funktion in Interessensverbänden: Fachverband Sucht (stellv. Vorsitzende)

Hoffmann, Sabine (Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Methodikerin der Leitlinie)

Forschungsvorhaben: Baden-Württemberg Stiftung

Kiefer, Falk (Ärztlicher Direktor, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Wissenschaftliche Leitung der Leitlinie)

Berater-/Gutachtertätigkeit: Indivior; Mitarbeit Wissenschaftlicher Beirat: Oberberg Stiftung
Vortrags-/Schulungstätigkeit: Amomed Pharma GmbH, Desitin, Roche Diabetes, Pfizer, Otuska Pharma; Autoren/

Co-Autorenschaft: Lundbeck; Forschungsvorhaben: EU, BMBF, DFG, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, BMG, Hessische Landesstelle für Suchtfragen, DGPPN, Oberbergstiftung
Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: DG-Sucht (Vizepräsident), DGPPN, EPA (Co-Chair Section of Addictive Behaviours), Deutsche Suchtstiftung (Vorstand)

Lindenmeyer, Johannes ((ehemaliger) Direktor salus klinik Lindow, AG-Leitung Postakut)

Vortrags-/ Schulungstätigkeit: Berufsunfähigkeitsversicherung, MA-Schulung zur Suchtprävention, Seminare an Ausbildungsinstituten für VT; Autoren/Co-Autorenschaft: verschiedene verhaltenstherapeutischer Therapiemanuale; Forschungsvorhaben: IFT-Nord, DRV-Nord
Eigentümerinteressen: salus klinik Hürth (Geschäftsanteile), Institut für Verhaltenstherapie Berlin (Gesellschafter); Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: DG-Sucht (Vorstand), Suchtakademie Berlin-Brandenburg (Vorstand); Federführende Beteiligung an Fortbildungen/ Ausbildungsinstituten: salus institut für Verhaltenstherapie Masterstudiengang Suchthilfe

Mueller, Sebastian (Direktor, Zentrum für Alkoholforschung, Leitender Oberarzt, Salem KH Heidelberg, Zentrum für Alkoholforschung; AG-Leitung Körperliche Komorbiditäten)

Berater-/ Gutachtertätigkeit: DSMB Affimune, NASH Chairman; Mitarbeit Wissenschaftlicher Beirat: Adial Advisory Board; Vortrags-/Schulungstätigkeit: DGVS, EASL; Autoren/ Co-Autorenschaft: div. Fachpublikationen; Forschungsvorhaben: Affimune; Mitgliedschaft/ Funktion in Interessensverbänden: DGVS, EASL, ESBRA (Präsident)

Preuss, Ulrich W. (Ärztlicher Direktor, Vitos Klinik Psychiatrie und Psychotherapie Herborn)

AG-Leitung Körperliche Entgiftung und Qualifizierter Entzug, AG-Leitung Psychische Komorbiditäten)

Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: DG-Suchtmedizin, DG-Sucht;
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten: Im Rahmen der Weiterbildungsberechtigung Psychiatrie und Psychotherapie

Schäfer, Martin (Chefarzt, Evang. Kliniken Essen Mitte, AG Körperliche Entgiftung und Qualifizierter Entzug)

Mitarbeit Wissenschaftlicher Beirat: Hexal; Vortrags-/Schulungstätigkeit: Forum medizinische Fortbildung (FormF), Hexal, Gilead, Servier, Janssen-Cilag; Forschungsvorhaben: BMBF; Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: DGBS (Vorstand), Essener Bündnis gegen Depression (Vorstand) LLPP e.V. (Vorstand), DGPPN, DG-Suchtmedizin, DGB, AGNP, ACKPA, BDK; Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten: Tagungspräsident der Jahrestagungen der DGBS, Wissenschaftlicher Beirat Interdisziplinärer Suchtkongress München

Thomasius, Rainer (Ärztlicher Leiter, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kinder- und Jugendalter, UKE Hamburg; AG-Leitung Besondere Personengruppen)

Berater-/Gutachtertätigkeit: BMG; Mitarbeit Wissenschaftlicher Beirat: Deprexis; Vortrags-/Schulungstätigkeit: Suchtkongress, DZSKJ-Curriculum, BZgA; Forschungsvorhaben: BMBF, BMG, FHH, EU (CHAFAEA, DG Justice); Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: DG-Sucht (Präsident), Gem. Suchtkommission KJPP (Vorsitz); Federführende Beteiligung an Fortbildungen/ Ausbildungsinstituten: DZSKJ-Curriculum, DGKJP-Curriculum Suchtstörungen

Veltrup, Clemens (Ltd. Therapeut Fachklinik Freudenhalm-Ruhleben, Geschäftsbereichsleiter Suchthilfe, Landesverein für Innere Mission SH; AG-Leitung Versorgungsorganisation)

Mitarbeit Wissenschaftlicher Beirat: Tübinger Suchttherapietage; Vortrags-/Schulungstätigkeit: Psychotherapieinstitute, Kliniken, Selbsthilfegruppen; Mitgliedschaft/ Funktion in Interessensverbänden: DG-Sucht; Federführende Beteiligung an Fortbildungen/ Ausbildungsinstituten: Dozententätigkeit bei verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsinstituten, Ärztekammern

Weissing, Volker (Geschäftsführer Fachverband Sucht, AG-Leitung Versorgungsorganisation)

Mitarbeit Wissenschaftlicher Beirat: Rehapro; Autoren/Co-Autoren: Artikel Bundesgesundheitsblatt, SUCHT; Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: Fachverband Sucht (Geschäftsführer)

Wodarz, Norbert (Chefarzt, Zentrum für Suchtmedizin, Stv. Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg)

Mitarbeit Wissenschaftlicher Beirat: Mundipharma, Indivior; Vortrags-/Schulungstätigkeit: Mundipharma, Janssen cilag; Forschungsvorhaben: Bayer, Staatsministerium für Gesundheit und Pflege; Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (Vorstand), Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (Koordinierungsgremium), Bayer, Landesärztekammer, DGPPN, Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz, Bundesärztekammer (Mitglied im

Ausschuss Sucht und Drogen), DHS (Wissenschaftliches Kuratorium)

Wurst, Friedrich M. (Senior researcher, Universität Basel, AG-Leitung Screening)

Berater-/Gutachtertätigkeit: Mediagnost GmbH Reutlingen; Forschungsvorhaben: BMG, EU Projekte; Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: DGPPN, ÖGPP, EAPH, EUFAS (Vorstand), OG Sucht (Vorstand), SSAM, Gesellschaft zur Erforschung nichtstoffgebundener Abhängigkeiten; Federführende Beteiligung an Fortbildungen/ Ausbildungsinstituten: Novembertagung der AG Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus (Leitung), Deutscher Suchtkongress (Leitungsrat), Kongress der EAPH (Leitungsgremium)

Förderung

Open-Access-Veröffentlichung ermöglicht durch Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Mannheim.

Prof. Dr. Falk Kiefer

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
Quadrat J5
68159 Mannheim
Deutschland

falk.kiefer@zi-mannheim.de