

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

AWMF-Register Nr. 076-001

(Stand: 28.02.2016)

Impressum

Herausgeber

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
(AWMF)

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

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

Träger und Federführung



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



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



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



Universitätsklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie,
Universität Tübingen

Wissenschaftliche Leitung

- Prof. Dr. Karl Mann, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
- Prof. Dr. Anil Batra, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universität Tübingen

Koordination und Methoden

- Dr. Eva Hoch, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Redaktionsteam

Prof. Dr. Karl Mann, Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Eva Hoch, PD Dr. Gerhard Reymann,
Prof. Dr. Gernot Lorenz, Dr. Kay Uwe Petersen

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



Aktion Psychisch Kranke (AKP)



Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP)



Arbeitskreis der Chefarztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)



Bayerische Akademie für Suchtfragen e.V.



Berufsverband Deutscher Psychiater (BFDP)



Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)



Berufsverband für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)



Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG)



Bundesärztekammer (BÄK)



Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)



Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)



Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe (BUSS)



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)



Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)



Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)



Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)



Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e.V. (DGNTF)



Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)



Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (dgpm)



Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)



Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS)



Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)



Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)



Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (dg-sps)

Deutscher Bundesverband der Chefärztinnen und Chefarzte der Fachkliniken für Suchterkrankungen (DBCS e.V.)



Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)



Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)



Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)

Deutsche Suchtmedizinische Fachgesellschaft (DSMG)



Deutsche Vereinigung
für Soziale Arbeit im
Gesundheitswesen
(DVSG)



Blaues Kreuz in
Deutschland



Blaues Kreuz in der
Evangelischen Kirche



Freundeskreise für
Suchtkrankenhilfe -
Bundesverband e.V.)



Fachverband Sucht
(FVS)



Guttempler in
Deutschland (IOGT)



Norddeutscher
Suchtforschungsverbund
(NSF)



Österreichische
Gesellschaft für
Psychiatrie und
Psychotherapie (ÖGPP)

Österreichische
Gesellschaft für
Suchtforschung
und Suchttherapie
(ÖGS)

Schweizer
Gesellschaft für
Psychiatrie und
Psychotherapie
(SGPP)



Schweizer Gesellschaft für
Suchtmedizin (SSAM)



Stiftung für
Biomedizinische
Alkoholforschung

Tübinger Förderverein
für abstinente
Alkoholranke e.V.
(TÜF)



Verband Deutscher
Betriebs- und
Werksärzte e.V.

Verband Deutscher
Betriebs- und
Werksärzte (VDBW)

**Mitglieder der Konsensgruppe, die nicht aktiv an den Konsensrunden
teilgenommen haben:**



Bundesverband der Elternkreise
suchtgefährdeter und
suchtkranker Söhne und Töchter
e.V. (BVEK)



Deutscher Fachverband
Verhaltenstherapie (DVT)



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT e.V.

Deutsche Gesellschaft für
Pflegerwissenschaften (DGP)

Mitglieder der Steuergruppe der Leitlinienentwicklung:

- Prof. Dr. Karl Mann, Leiter der Steuergruppe (Dt. Gesellschaft für Suchtforschung und –therapie, DG-Sucht)
- Prof. Dr. Anil Batra, Co-Leiter (Dt. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN)
- Prof. Dr. Gerhard Bühringer (Dt. Gesellschaft für Psychologie, DGPs)
- Prof. Dr. Michael Klein (Dt. Gesellschaft für Suchtpsychologie, DGSPS)
- Prof. Dr. Jens Reimer (Dt. Gesellschaft für Suchtmedizin, DGS)
- PD Dr. Gerhard Reymann (Dt. Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie, DGPM, Bundesdirektorenkonferenz, BDK)
- Prof. Dr. Rainer Thomasius (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V., BAG; Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., BKJPP; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., DGKJP)
- Dr. Eva Hoch (Methodikerin), Dr. Kay Uwe Petersen (Methodiker)

Autoren der entsprechenden Leitlinienkapitel (alphabetische Reihenfolge)

Dr. Klaus Amann, Dipl. Psych. Julia Arens, Dr. Martin Beutel (Ltg.), Dr. Oliver Bilke-Hentsch, Dr. Gallus Bischof, Prof. Dr. Udo Bonnet, PD Dr. Ralf Demmel, Dr. Heribert Fleischmann, PD Dr. Jennis Freyer-Adam, Prof. Dr. Wilma Funke, Dr. Dieter Geyer, Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Dr. Arthur Günthner (Ltg.), Dr. Ursula Havemann-Reinecke, Prof. Dr. Derik Hermann, Dr. Eva Hoch, Dr. Bettina Jäpel, Dr. Andreas Koch (Ltg.), Dr. Joachim Köhler, Dr. Georg Kremer, Dipl. Psych. Nikolaus Lange, Prof. Dr. Gerhard Längle, Dr. Bodo Lieb, PD Dr. Johannes Lindenmeyer, Prof. Dr. Karl Mann, Dipl. Psych. Peter Missel (Ltg.), PD Dr. Tim Neumann, Prof. Dr. Ulrich W. Preuss (Ltg.), Dr. Olaf Reis, PD Dr. Gerhard Reymann, PD Dr. Monika Ridinger, PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf (Ltg.), Dr. Peter-Michael Sack, PD Dr. Ingo Schäfer, Prof. Dr. Martin Schäfer (Ltg.), Prof. Dr. Norbert Scherbaum, Dr. Welf Schröder, Prof. Dr. Manfred V. Singer, Prof. Dr. Michael Soyka, Prof. Dr. Claudia Spies, Dipl. Psych. Julian Stappenbeck, Prof. Dr. Rainer Thomasius (Ltg.), Mag. Natasha Thon, Dr. Clemens Veltrup, Prof. Dr. Irmgard Vogt, PD Dr. Tilmann Weber, Herr Georg Weil, Dr. Volker Weissinger, Dr. Bernd Wessel, Dr. Arnold Wieczorek, Prof. Dr. Klaudia Winkler, Dipl. Soz. Päd. Nadja Wirth, Prof. Dr. Norbert Wodarz (Ltg.), Dr. Dirk Wolter, Prof. Dr. Friedrich M. Wurst (Ltg.)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Begriffsdefinitionen	1
2. Screening und Diagnostik von Intoxikation, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch	9
3. Behandlung von schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch	43
3.1 Kurzinterventionen	43
3.2 Körperliche Entgiftung	63
3.3 Qualifizierte Entzugsbehandlung	75
3.4 Arzneimittel zur Entzugsbehandlung	80
3.5 Körperliche Komplikationen und Komorbidität	113
3.6 Komorbide psychische Störungen	130
3.7 Alters- und geschlechtsspezifische Populationen: Kinder und Jugendliche, Frauen und Schwangere, Ältere Menschen	224
3.8 Entwöhnungsbehandlung und andere Formen der Postakutbehandlung	288
4. Versorgungsorganisation	334

Anlagen

- Sonderkapitel
 1. Korrespondenz mit Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Vertretern von Patienten und Angehörigen
 2. Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Audit Lübeck
- Audit Münster

Zusätzliche Materialien

- Leitlinienreport
- Tabellenband

1. Einleitung und Begriffsdefinitionen

Karl Mann, Eva Hoch

1.1 Wozu eine S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen?

Die Angebote für eine Behandlung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen (schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit) sind in Deutschland breit gefächert. Allerdings fehlt es oft an der nötigen Abstimmung, zum Beispiel zwischen den Bereichen der Akutmedizin und der Rehabilitation. Es bestehen erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit Suchtpatienten. Hinzu kommen Wissenslücken bzgl. der Chancen einer modernen Suchttherapie. Eine Grundlage hierfür ist ein eklatantes Defizit in Lehre und Ausbildung zum Beispiel von Medizinern und Psychologen. Therapeutischer Nihilismus ist weit verbreitet und wird mit jedem rückfälligen Patienten scheinbar bestätigt. Vielfach wird bezweifelt, dass Alkoholabhängigkeit überhaupt eine Krankheit ist und zu Lasten von Krankenkassen behandelt werden sollte. Die privaten Krankenkassen schließen Leistungen für Suchtkranke weiterhin aus. Nur als Folge einer höchstrichterlichen Rechtsprechung wurde Alkoholabhängigkeit 1968 als Krankheit anerkannt. Damit ist die Situation für Alkoholabhängige besser als für Tabakabhängige, wo weiterhin von einem „Lifestyle Problem“ ausgegangen wird, für dessen Behandlung die Krankenkassen generell nicht zuständig sind.

Das alles müsste die Gesellschaft auch weiterhin wenig kümmern, wenn nicht durch Fortschritte in der „Public Health Forschung“ die Konsequenzen des Alkoholkonsums in der Bevölkerung inzwischen sehr genau beziffert werden könnten. So wurde kürzlich in der renommierten Zeitschrift „The Lancet“ nachgewiesen, dass regelmäßiger Alkoholkonsum zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken gehört (Lim et al. 2012). Die „Global Burden of Disease Study“ der Weltgesundheitsorganisation ermittelte für 2010 die Hauptrisiken für die Entstehung von Krankheiten: danach nimmt in Deutschland der Alkoholkonsum bei Männern den fünften Platz ein (Plass et al. 2014). Wir gehören diesbezüglich zu den führenden Nationen weltweit, denn Alkohol- und Tabakkonsum zusammen bedingen hierzulande 20% des Risikos für die Gesamtheit aller Erkrankungen (Männer). Da wirksame verhältnispräventive Maßnahmen, wie zum Beispiel eine Erhöhung der Alkoholsteuer oder ein konsequentes Werbeverbot, anders als in anderen europäischen Ländern hierzulande nicht umgesetzt werden (Adams & Effertz 2011), ist auch in Zukunft mit einem erheblichen Beitrag des Alkoholkonsums für die globale Krankheitslast in unserem Lande zu rechnen. In Deutschland gibt es ca. 1,9 Millionen Alkoholabhängige und rund 1,6 Millionen Menschen mit „schädlichem Gebrauch“ von Alkohol (Pabst et al. 2013). Täglich sind rund 200

Todesfälle durch zu hohen Alkoholkonsum zu beklagen, jährlich liegt die Zahl bei 74.000 (Gärtner 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). Die alkoholbedingten Folgekrankheiten sind durch vielfache Studien belegt (Singer, Batra & Mann 2011). Praktisch alle Organsysteme werden betroffen, wobei viele neue Befunde die kanzerogene Wirkung des Alkohols belegen (Seitz & Müller 2011). Während der „schädliche Gebrauch“ bislang kaum Anlass für Beratung oder Behandlung war, wird den Abhängigen traditionell eine Therapie mit körperlicher Entgiftung, qualifizierter Entzugsbehandlung und medizinischer Rehabilitation angeboten. Dabei ist die lebenslange Abstinenz von Alkohol das allgemein anerkannte Therapieziel. Allerdings werden die Rehabilitationsbehandlungen nur von 3-4% der Alkoholabhängigen (ca. 35.000) pro Jahr in Anspruch genommen (Wienberg 2002): In den suchtmmedizinischen Abteilungen der Psychiatrischen Kliniken werden etwa 200.000 „Fälle“ mit Alkoholdiagnose pro Jahr behandelt. Dagegen finden sich in den somatischen Abteilungen der Krankenhäuser rund 1,6 Millionen Patienten mit einer ihren Beschwerden zugrunde liegenden Alkoholproblematik (Günthner et al., Kapitel 4 der Leitlinie). Der niedergelassene Arzt sieht pro Jahr etwa 70-80% der Betroffenen, in der Regel allerdings mit einer sehr breit gefächerten Symptomatik (Wienberg 2002). In Klinik und Praxis wird die ursächliche Suchterkrankung leider oft übersehen oder nicht adäquat behandelt.

Die genannte Unterversorgung geht allerdings nur zum Teil auf die oben schon angesprochenen Defizite auf der Angebotsseite zurück. Viele Betroffene sind unsicher und schrecken gerade zu Beginn einer Abhängigkeit vor dem Aufsuchen einer Beratung und Behandlung zurück. In einer empirischen Untersuchung in den USA war knapp die Hälfte der Personen mit Behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen trotz eigener Einsicht in die Notwendigkeit (noch) nicht bereit, vollständig auf Alkoholkonsum zu verzichten (SAMHSA 2013). Vor diesem Hintergrund kam die international stark beachtete englische Therapieleitlinie (NICE 2011) zu dem Schluss, auch die Reduktion der Trinkmengen als zumindest intermediäres Therapieziel für Alkoholabhängige anzuerkennen, ein Standpunkt den auch die European Medicines Agency vertritt (EMA 2011). Nach intensiver Diskussion schloss sich die Konsensusgruppe der S3-Leitlinie „Alkohol“ einstimmig diesem Vorschlag an. Wir hoffen, dass die damit verbundene Senkung der Eingangsschwellen deutlich mehr Menschen in eine Beratung und Behandlung führt als bisher. Könnte die Inanspruchnahme von psycho- und pharmakotherapeutischen Angeboten von bisher 10% auf 40% der Betroffenen erhöht werden, ließen sich nach einer aktuellen Modellrechnung pro Jahr rund 2000 Menschenleben in Deutschland retten (Rehm et al. 2014).

Es gibt also weiterhin wichtige Gründe für eine systematische Verbesserung der Beratung und Behandlung von Menschen mit Alkoholbedingten Störungen in Deutschland (Mann 2002). Wir haben uns für den aufwändigsten Weg entschieden, nämlich eine umfassende Prüfung der vorhandenen Evidenzen der englisch- und deutschsprachigen Literatur mit einer im Konsens aller beteiligten Personen (inklusive der Betroffenen und ihren Angehörigen) und Organisationen formulierten Empfehlung. Wollten wir einen Punkt mit enormem Verbesserungspotenzial herausgreifen, wäre dies: „vermehrte Anstrengungen in Früherkennung und Frühintervention“. Sie müssten in Deutschland flächendeckend etabliert werden. Die Grundlage hierfür soll die vorliegende S3-Leitlinie schaffen.

1.2 Ziel, Prozess und Beteiligte der S3-Leitlinienentwicklung

Die vorliegende Behandlungsleitlinie gibt Empfehlungen zu Screening, Diagnose und Behandlung von Menschen mit riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch (Definitionen siehe unten). In den Kapiteln adressiert sie die Themen „Screening und Diagnose“, „Kurzintervention“, „körperliche Entgiftung“, „qualifizierte Entzugsbehandlung“, „Pharmakotherapie“, „Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung“ sowie die „Versorgungsorganisation“ von betroffenen Menschen im Alter von 18 bis 65 Jahren. Darüber hinaus werden Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Menschen höheren Alters, Frauen und Schwangere sowie Menschen mit komorbiden körperlichen und psychischen Erkrankungen formuliert.

Diese S3-Leitlinie wurde von November 2010 bis Oktober 2014 im Rahmen der „Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften“ (AWMF) entwickelt. Sie ist bis Oktober 2019 gültig. Die Federführung der Leitlinienarbeit lag bei zwei AWMF-Fachgesellschaften, der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.“ (DG-Sucht) und der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.“ (DGPPN), sowie dem „Zentralinstitut für Seelische Gesundheit“, Mannheim, und der „Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie“, Tübingen. In kollegialer Zusammenarbeit widmeten sich Vertreter von 48 Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Gesundheitsorganisationen sowie über 60 ausgewiesene Suchtexpertinnen und -experten der Ausarbeitung, Diskussion und Verabschiedung aller vorliegenden Behandlungsempfehlungen. Die intensive Beteiligung zahlreicher Selbsthilfe- und Angehörigenverbände an der Leitlinienentwicklung war besonders wertvoll, da Studien vor allem aus dem englischen Sprachraum zeigen, dass die Ergebnisse der Behandlung deutlich besser sind, wenn Behandler und Patient gesundheitsbezogene Entscheidungen gemeinsam treffen („shared decision-making“).

Dabei soll der Patient bestmöglich über Behandlungsoptionen aufgeklärt werden. Basierend auf der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz und der klinischen Erfahrung des Behandlers werden die individuellen Wünsche und Präferenzen des Patienten in den Entscheidungsfindungsprozess eingebracht.

In die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Alkohol“ gingen explizit Erkenntnisse über Wirksamkeit, Nicht-Wirksamkeit und Risiken bzw. unerwünschte Nebenwirkungen von Interventionen ein. Sie sind aufgrund gesetzlicher Bestimmungen für die Pharmakotherapie gut dokumentiert, fehlen aber in der Regel für viele nicht-medikamentöse Behandlungen, beispielsweise psychotherapeutische Angebote. Damit wurde ein wichtiges Forschungsdesiderat benannt. Auch die Erkenntnisse über Nutzen und Risiken eines Arzneimittels außerhalb der von den Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete sind begrenzt. Aus diesem Grund wird in der Leitlinie auf den so genannten "Off-Label-Use" mit den entsprechenden Zulassungsbestimmungen eines Arzneimittels hingewiesen.

Der wissenschaftliche Kenntnisstand im Bereich der alkoholbezogenen Störungen ist immens und wächst rapide. Trotzdem konnten in erstaunlich vielen Versorgungsbereichen Lücken in der Literatur aufgedeckt werden. An diesen Stellen greift die Leitlinie auf das Wissen und die klinische Erfahrung der beteiligten Experten zurück [Klinische Konsenspunkte (KKP)]. In der Leitlinie werden ebenfalls spezifische Forschungsfragen für künftige Untersuchungen formuliert.

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

1.3 Begriffe und Definitionen

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

Risikoarmer Konsum

In Deutschland liegen die Grenzwerte für einen „risikoarmen Alkoholkonsum“ bei bis zu 24 g Reinalkohol pro Tag für Männer (z.B. zwei Gläser Bier à 0,3l) und bis zu 12g Reinalkohol für

Frauen (z.B. ein Glas Bier à 0,3l) (Seitz, Bühringer & Mann 2008). Der Begriff „risikoarm“ impliziert, dass es keinen risikofreien Alkoholkonsum gibt. Das Erkrankungsrisiko ist intraindividuell verschieden und hängt von der genetischen Prädisposition und sowie zusätzlich existenten Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck) ab (Singer, Batra & Mann 2011).

Riskanter Alkoholkonsum

Das Risiko für alkoholbedingte Folgeschäden steigt mit der Menge des konsumierten Alkohols. Die Tagesgrenzwerte für einen „riskanten Alkoholkonsum“ wurden bei über 24 g Reinalkohol und mehr als 12 g Reinalkohol für Frauen festgelegt (Seitz, Bühringer & Mann 2008). Diese alkoholbezogenen Grenzwerte gelten nicht für Kinder und Jugendliche, schwangere Frauen oder Menschen mit einer körperlichen Erkrankung, sondern ausschließlich für gesunde Erwachsene.

Rauschtrinken („binge drinking“)

Als risikoreiche Konsumform gilt die Einnahme von großen Alkoholmengen innerhalb von kurzer Zeit. Bei Männern wird als „Rauschtrinken“ („binge drinking“) bezeichnet, wenn fünf oder mehr Getränke (Standarddrinks) bei einer Gelegenheit konsumiert werden (SAMSHA, 2006). Bei Frauen liegt die entsprechende Konsumgrenze bei vier oder mehr Getränken (Standarddrinks) bei einer Gelegenheit. Epidemiologische Daten zeigen, dass der Anteil der Rauschtrinker unter den Männern (28,4%) doppelt so hoch ist wie der unter den Frauen (12,9%) (Kraus et al. 2011).

Akute Intoxikation (ICD-10, F10.0)

Nach dem Internationalen Klassifikationssystem Psychischer Störungen (ICD-10; Dilling et al. 2014) ist unter einer „akuten Intoxikation“ bzw. einem akuten Rausch ein vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol zu verstehen. Es kommt zu Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen, der Wahrnehmung, des Affekts, des Verhaltens oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Diagnose soll nur dann als Hauptdiagnose gestellt werden, wenn zum Zeitpunkt der Intoxikation keine längerdauernden Probleme mit Alkohol bestehen.

Schädlicher Alkoholgebrauch (ICD-10, F10.1)

Wenn durch Alkoholgebrauch eine nachweisliche Folgeschädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten aufgetreten ist, kann ebenfalls nach dem Internationalen Klassifikationssystem Psychischer Störungen (ICD-10; Dilling et al. 2014) ein „schädlicher Alkoholgebrauch“ diagnostiziert werden. Schädliches Verhalten wird häufig von

anderen kritisiert und hat auch oft unterschiedliche negative soziale Folgen. Eine „akute Intoxikation“ oder ein „Kater“ („Hangover“) beweisen allein noch nicht den Gesundheitsschaden, der für die Diagnose erforderlich ist. 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“ müssen mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres gemeinsam 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 die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, nachgewiesen durch alkoholspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder nahe verwandten Substanz, um Alkoholentzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
- 4.) Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz.
- 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 eingeeignetes 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

Im neuen DSM-5 (APA 2013) wird die Diagnose einer „Alkoholkonsumstörung“ beschrieben. Bei Auftreten von zwei oder mehr klinischen Merkmalen innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums gilt 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).

1.4 Literatur

1. Adams M & Effertz T. Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In: Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg). Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart und New York: Thieme Verlag 2011; 57-62.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2013.
3. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien (9. Auflage). Bern: Huber 2014.
4. Effertz T, Mann K. The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction. Eur Neuropsychopharmacol 2013; 23: 742-748.
5. EMA (European Medicines Agency). Annual report 2010 (adopted by the management board June 28, 2011). EMA/306870/2011.
6. Gaertner et al. Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. Jahrbuch Sucht 2013; 36-66.
7. Kraus L et al. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. Sucht 2011; 57 (2): 119-129.
8. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and riskfactor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet 2012; 380: 2224-2260.
9. Mann K. Serie-Alkoholismus: Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. Dtsch Ärztebl 2002; 99(10): A-632-644.

10. NICE. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG 115). National Institute for Health and Clinical Excellence 2011.
11. Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 2013; 59(6): 321-331.
12. Plass D, Vos T, Hornberg C, Scheidt-Nave C, Zeeb H, Krämer A. Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland: Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 629-638.
13. Rehm J, Rehm MX, Shield KD, Gmel G, Frick U, Mann K. Reduzierung alkoholbedingter Mortalität durch Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Sucht* 2014; 60(2): 93-105.
14. Seitz HK, Bühringer G, Mann K. Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, editor. *Jahrbuch Sucht* 2008. Geesthacht: Neuland; 2008; 205-209.
15. Seitz HK & Müller S. Alkohol und Karzinogenese. In: Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg.): *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart und New York: Thieme Verlag 2011; 242-254.
16. Singer M, Batra A, Mann K (Hrsg.) *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart und New York: Thieme Verlag 2011.
17. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2005 National Survey of Drug Use and Health: National Findings. Rockville, Md.: SAMHSA – Federal Government Agency 2006.
18. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 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. Rockville, MD: SAMHSA – Federal Government Agency 2013.
19. Wienberg G. Systems of care for persons with alcohol problems in Germany – an analysis from a public health perspective. In: Mann K (Hrsg). *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*. Lengerich: Pabst 2002; 17-46

2 Screening und Diagnostik von Intoxikation, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch

Friedrich M. Wurst, Natasha Thon, Ulrich W. Preuss, Tim Neumann, Claudia Spies, Hans-Jürgen Rumpf, Karl Mann, Eva Hoch

2.1 Screeningverfahren

2.1.1 Einleitung

Alkoholbezogene Störungen sind häufig und werden gleichzeitig häufig unterdiagnostiziert. Im Sinne eines frühzeitigen Screenings bzw. Früherkennung, einer exakten Diagnosestellung, Schweregradeinschätzung, Verlaufs- und Prognosebeurteilung und Therapie alkoholbezogener Störungen und um Folgeerkrankungen zu vermeiden, können sowohl Fragebögen als auch Zustandsmarker einzeln und in Kombination hilfreich sein. Aus einer Public-Health-Perspektive sind Screenings von Patienten im Alter von 14 bis 70 Jahren in der medizinischen Versorgung initial bei Erstkontakt und fortlaufend alle ein bis zwei Jahre zu empfehlen.

2.1.1.1 Definition akuter und chronischer Alkoholkonsum

Im Folgenden wird Alkoholkonsum während der letzten Stunden und Tage als akut, während der letzten Wochen und Monate als chronisch verstanden.

2.1.1.2 Definitionen von Zustandsmarkern für Alkoholkonsum

Allgemein kann zwischen Zustands- (state-) und Verlaufsmarkern (trait-marker) unterschieden werden. Die hier zu berücksichtigenden Zustandsmarker werden in direkte – die nach Aufnahme von Alkohol positiv sind - und indirekte – die bspw. Organschäden anzeigen - unterschieden.

Direkte Zustandsmarker: Ethanol, Ethylglukuronid (EtG), Ethylsulfat (EtS), Phosphatidylethanol (PEth).

Indirekte Zustandsmarker: Gamma-Glutamyl Transferase (GGT), Alanin-Amino Transferase (ALAT/ALT), Aspartat-Amino Transferase (ASAT/AST), mittleres korpuskuläres Volumen der Erythrozyten (MCV), Carbohydrat-Defizientes Transferrin (CDT), etc.

2.1.1.3 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Screening-Instrumente sind jeweils am besten geeignet, um mit einer möglichst hohen Sensitivität (chronischer Alkoholkonsum) und Spezifität (akuter Alkoholkonsum, Abstinenz-Kontrolle) in unterschiedlich klinischem Umfeld (z.B. Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) Alkoholkonsum nachzuweisen?

2 Screening und Diagnostik

- 2.) Welche alkoholanamnестischen Inhalte, diagnostischen Instrumente oder Verfahren sind notwendig für die Diagnosestellung eines schädlichen oder abhängigen Alkoholkonsums?

2.1.2 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
2.1.2.1	<p>Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit sollen Fragebogenverfahren eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a Literatur: nach systematischer Recherche (62, 86, 90) Gesamtabstimmung: 93,3%</p>	A
2.1.2.2	<p>Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit soll der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)** eingesetzt werden.*</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a Literatur: nach systematischer Recherche (43, 90) Gesamtabstimmung: 93,3%</p>	A
2.1.2.3	<p>Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit soll die Kurzform des Alcohol Use Disorders Identification Test*, der AUDIT-C, eingesetzt werden, wenn der AUDIT zu aufwendig ist.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Literatur: (15, 31, 34, 102) Gesamtabstimmung: 89,7%</p>	KKP

*Im finalen Abstimmungsprozess haben 45 von 46 Fachgesellschaften der Empfehlung zugestimmt. Keine Zustimmung erfolgte von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Die Erläuterungen dazu finden sich im Sonderkapitel „Schriftwechsel mit den Fachgesellschaften“ ab Seite 17 (siehe Anlage).

** Fragebogen AUDIT siehe Anlage

2 Screening und Diagnostik

2.1.2.4	<p>Zum Screening sollen AUDIT oder AUDIT-C allen Patienten in allen Settings angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Literatur: (43, 90)</p> <p>Gesamtabstimmung: 89,3%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
2.1.2.5	<p>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.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b Literatur: nach systematischer Recherche (27, 29, 36, 42, 43)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
2.1.2.6	<p>Zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum sollte ein geeigneter Zustandsmarker (EtG in Haaren und PEth im Blut) in verschiedenen Kontexten (stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1b Literatur: nach systematischer Recherche (6, 48, 59, 67, 78, 92, 130)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96,1%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>

2 Screening und Diagnostik

2.1.2.7	<p>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.*</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a Literatur: nach systematischer Recherche (32, 57, 99, 121, 123) Gesamtabstimmung: 100%</p>	A
2.1.2.8	<p>Wenn ein Screening auf chronischen Alkoholkonsum erfolgt, sollte der AUDIT und eine geeignete Kombination von indirekten Zustandsmarkern eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b Literatur: nach systematischer Recherche (24, 57, 130) Gesamtabstimmung: 95,2%</p>	A
2.1.2.9	<p>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.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Literatur: (48, 109, 110) Gesamtabstimmung: 95,2%</p>	KKP

2.1.2.10	<p>Zur Diagnosestellung von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch sollen validierte Instrumente eingesetzt werden, welche die Kriterien der aktuellen Klassifikationsschemata der International Classification of Diseases (ICD) abbilden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Literatur: (125, 126)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

*Im finalen Abstimmungsprozess haben 45 von 46 Fachgesellschaften der Empfehlung zugestimmt. Keine Zustimmung erfolgte von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Die Erläuterungen dazu finden sich im Sonderkapitel „Schriftwechsel mit den Fachgesellschaften“ ab Seite 17 (siehe Anlage).

2.1.3 Hintergrund der Evidenz

Für die Beurteilung der Evidenz wurde gemäß dem Beschluss der Steuergruppe für Biomarker, die in anderen Leitlinien zum Teil wenig Erwähnung finden, eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Für Screening- und Diagnose-Instrumente wurde auf systematisch recherchierte Quell-Leitlinien (Leitlinien-Adaptation) zurückgegriffen und gegebenenfalls eine unsystematische, selektive Recherche zusätzlich durchgeführt. Die LoE wurden entsprechend den Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (Mai 2001), Kriterien für Diagnosestudien, vergeben. Zur Validität von Screening-Verfahren mittels Fragebögen besteht eine breite Datenbasis. Ebenso besteht eine Vielzahl von verschiedenen Instrumenten. Ein besonders häufig untersuchtes Verfahren ist der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor et al. 2001) sowie seine Kurzformen (z.B. AUDIT-C). Die Daten stammen aus verschiedenen Settings, spezifische Vergleiche der Validität und Reliabilität in verschiedenen Anwendungsbereichen finden sich nicht. Hinsichtlich des Einsatzes von Biomarkern fanden sich von den ausgesuchten Quelleitlinien in den Australian Guidelines (Haber et al. 2009) und den NICE Guideline PH 24 (2010) evidenzbasierte Aussagen zu traditionellen und neuen Biomarkern. Systematische Reviews liegen nicht vor, wohl aber eine Vielzahl von Kohorten-Studien (LoE 1b). Die vorgelegten Untersuchungen umfassen zwar nicht alle denkbaren Settings, die Ergebnisse können jedoch für andere Kontexte abgeleitet werden. Zur Diagnostik alkoholbezogener Störung und der Erfassung wesentlicher begleitender Merkmale ist eine große Fülle von Verfahren anzutreffen. Die Basis der Evidenz zeigt jedoch ebenfalls eine große Varianz.

2 Screening und Diagnostik

2.1.4 Darstellung der Evidenz

2.1.4.1 Genereller Einsatz von Fragebögen als Screening

Der Einsatz von direkten Screening-Fragebögen wird in Qualleitlinien empfohlen (NICE 2010, NICE 2011). Insgesamt können solche Verfahren eine hohe Sensitivität und Spezifität erreichen. Zudem sind sie kostengünstig. Der direkte Vergleich von Fragebogenverfahren und Biomarkern der Routinediagnostik wie GGT, MCV oder CDT zeigt zudem eine Überlegenheit der Erfassung über Selbstaussagen mittels Fragebogen (Aertgeerts et al. 2001, Beresford et al. 1990, Bernadt et al. 1982, Neumann et al. 2009).

2.1.4.2 Empfehlung eines Screening-Fragebogens

Die am besten untersuchten Verfahren stellen der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) und seine Kurzform AUDIT-C dar (Barbor et al. 2001, Berner et al. 2007, Reinert & Allen 2002 u. 2007). Insbesondere spricht für ihren Einsatz, dass sie auch in jüngeren Populationen (Knight et al. 2003, Rumpf et al. 2013) sowie bei Älteren valide und reliabel sind (Berner et al. 2007, Gomez et al. 2006, Dawson et al. 2005). Das gilt für andere Verfahren wie z.B. den CAGE nicht. Der AUDIT wird in mehreren Leitlinien als Screening-Verfahren empfohlen (Haber et al. 2009, Jackson et al. 2010, NICE 2011) (Fragebogen siehe Anlage).

Hinsichtlich der Cut-off Werte ist zu betonen, dass die entsprechenden Empfehlungen häufig von den vorgeschlagenen acht Punkten abweichen (vgl. Reinert and Allen 2007) und spezifisch für das jeweilige Land validiert werden müssen. Studien aus Deutschland belegen mehrfach, dass ein allgemeiner Cut-off von fünf zu empfehlen ist (Rumpf et al. 2002, Bischof et al. 2007, Dybek et al. 2006); bei Verwendung geschlechtsspezifischer Werte kann dieser auf vier für Frauen gesenkt werden (Dybek et al. 2006). Die Befunde fanden sich stabil sowohl für Daten aus der Allgemeinbevölkerung wie auch aus Hausarztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. Sie fanden sich auch stabil für die Störungsbilder riskanter Konsum, schädlicher/missbräuchlicher Konsum und Abhängigkeit. Die Daten aus der Allgemeinbevölkerung legen eine Erhöhung auf sechs Punkte bei der Identifizierung nahe, falls eine höhere Spezifität gewünscht ist (Rumpf et al. 2002). Eine Studie aus dem Setting der Notfallambulanz fand für den AUDIT (Neumann et al. 2004) mit einem Cut-off von acht bei Männern und fünf bei Frauen die Identifizierung von Missbrauch und Abhängigkeit. Hier war jedoch riskanter Konsum nicht eingeschlossen. Es bleibt festzuhalten, dass eine Absenkung beim AUDIT für Deutschland notwendig erscheint. Die größte Evidenz spricht für fünf bei Männern, für Frauen kann jeweils eine Absenkung auf vier Punkte sinnvoll sein (Dybek et al. 2006). Bei Jugendlichen zeigt eine Studie in Schulen für den AUDIT, dass ein höhere Cut-off von sechs oder sieben Punkten angemessen sein kann (Rumpf et al. 2013).

2 Screening und Diagnostik

Die Wahl des Cut-offs hängt auch immer mit der entsprechenden Zielsetzung zusammen und ob entsprechend eher eine hohe Spezifität oder eine hohe Sensitivität gefordert wird. Es werden unterschiedliche Versionen des AUDIT mit leichten sprachlichen Differenzen in Deutschland bei der Übersetzung verwendet. Die Version aus Lübeck ist gut validiert und Grundlage der Mehrzahl der obigen Evidenz (Fragebogen AUDIT/Version Lübeck siehe Anlage).

2.1.4.3 Empfehlung eines kürzeren Screening-Verfahrens

In Settings, wo es zeitlich Limitierungen gibt, wird oft nach einem besonders kurzen Verfahren verlangt. Dies gilt z.B. für den Bereich der Hausarztpraxen. Es besteht eine Reihe von Kurzformen des AUDIT (Reinert & Allen 2007), wobei der AUDIT-C besonders gut untersucht ist. Nach der NICE-Leitlinie sind die Befunde in systematischen Reviews zum AUDIT-C gemischt (NICE 2011). In Studien aus dem deutschsprachigen Raum erwies sich das Verfahren jedoch dem AUDIT als gleichwertig (Rumpf et al. 2002, Bischof et al. 2007, Dybek et al. 2006). Für den AUDIT-C gilt die gleiche allgemeine Cut-off Empfehlung wie beim AUDIT von fünf Punkten, eine Absenkung auf vier Punkte bei Frauen kann empfohlen werden.

2.1.4.4 Screening aller Patienten in verschiedenen Settings

Generell ist Screening auf riskanten Alkoholkonsum oder schädlichen Konsum von Alkohol und Alkoholabhängigkeit in Settings sinnvoll, in denen proaktiv auf Patienten zugegangen wird. Das betrifft häufig Frühinterventionsmaßnahmen in Settings der medizinischen Grundversorgung. Der überwiegende Teil dieser Studien stammt daher aus Allgemeinarztpraxen, Allgemeinkrankenhäusern und Notfallambulanzen. Hinzu kommen die Bereiche Arbeitsplatz oder Ausbildung (Schulen, Universitäten). Wenige Screening-Befunde liegen aus klinischen Suchtbehandlungssettings vor. Hier besteht in der Regel auch kein Bedarf, da durch die Kontaktaufnahme kein erster Screening-Test mehr notwendig ist. Die Daten aus den unterschiedlichen Settings belegen sehr breit die gute Validität und Reliabilität des AUDIT und des AUDIT-C (z.B. Reinert & Allen 2007). Studien, die spezifisch nach Unterschieden in der psychometrischen Güte in Abhängigkeit des Settings gesucht haben, liegen nicht vor. Somit kann schlussgefolgert werden, dass der Einsatz von AUDIT und AUDIT-C in allen Bereichen empfohlen wird. Voraussetzung ist, dass die Patienten dazu kognitiv in der Lage sind, und dass ein Screening generell sinnvoll ist. Das ist vor allem im Sinne der Frühentdeckung gegeben.

2 Screening und Diagnostik

2.1.4.5 Nachweis von akutem Alkoholkonsum

Direkte Zustandsmarker für Alkoholkonsum: Ethanol und Metabolite

Neben indirekten Zustandsmarkern haben in den letzten beiden Dekaden zunehmend direkte Ethanolmetabolite - direkte Stoffwechselprodukte von Alkohol, die positiv sind, wenn Alkohol konsumiert wurde - Beachtung gefunden. Es handelt sich um Biomarker mit hoher Sensitivität und Spezifität, die ein komplementäres Zeitfenster abdecken. Auf Grund ihrer Eigenschaften eröffnen sie neue Perspektiven in Prävention, interdisziplinärer Kooperation, Diagnose und Therapie alkoholbezogener Störungen und sind in vielen Bereichen wie unter anderem Fahreignungsbegutachtung bereits etabliert.

Aktueller Alkoholkonsum

Aktueller Alkoholkonsum kann am einfachsten durch den Nachweis von Ethylalkohol in Atemluft, Blut oder Urin erfolgen (Haber et al. 2009, Gullberg 2011, Csipke 2007, Cowan 2010). Eine sehr gute Korrelation zwischen Blutalkohol und Atemluftalkohol konnte bestätigt werden ($r=0.938$, $p<.0001$, Cowan et al. 2010). Geschlecht, Exhalationstemperatur, Exhalationsvolumen hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Ergebnis der Alkoholbestimmung in der Atemluft (Cowan et al. 2010, Gullberg et al. 2011). Limitierend ist bei in der klinischen Routine zugänglichen Proben (Blut, Atemluft) die in Abhängigkeit von der Alkoholisierung auf Stunden begrenzte Nachweisdauer. Der längerfristige Nachweis von Ethylalkohol im Urin erlaubt für sich genommen keinen Rückschluss auf das Ausmaß der Alkoholisierung. Ethanolmetabolite wie Ethylglukuronid (EtG) und Ethylsulfat (EtS) im Serum und Urin erlauben den längerfristigen Nachweis für kürzlichen Alkoholkonsum für die Dauer von Tagen (DRV 2010, APA 2013, Helander et al. 2008). Die Thematik der unintentionalen Alkoholaufnahme beispielsweise durch "alkoholfreie" Getränke (Bier, Wein), Obstsaften, Desinfektionsmittel, Nahrungsmittel (z.B. Sauerkraut, Marzipan, Tiramisu), alkoholhaltige Mundspüllösungen wurde untersucht (Thierauf et al. 2009, Høiseth et al. 2010a u. 2010b, Reisfield et al. 2011, Musshoff et al. 2010). Als Cut-off zur Sicherstellung einer Totalabstinenz wird ein Wert von 0.1mg/L EtG im Urin empfohlen (Musshoff et al. 2010, Thierauf et al. 2009). Da PatientInnen in abstinenzorientierten Programmen Ethanol auch in kleinsten Mengen meiden sollten, müssen sie über solche versteckte Vorkommen aufgeklärt werden, um zu verhindern, dass sie unwissentlich Alkohol aufnehmen. Ein differentieller Cut-off von 0.1 mg/L in Fällen einer anzustrebenden Totalabstinenz und 1.0 mg/L, wenn Aufnahme kleinster Alkoholmengen toleriert wird, wurde daher aus Praktikabilitätsgründen vorgeschlagen (Thierauf et al. 2009). Darüber hinaus wird empfohlen eine Urinprobe 24 Stunden nach der in Frage kommenden unintentionalen Aufnahme zu untersuchen. Hier sind keine Werte oberhalb des Cut-offs von 0.1mg/L EtG und EtS zu erwarten (Musshoff et al. 2010).

2 Screening und Diagnostik

Monitoring zur Abstinenzkontrolle

Das Monitoring der Abstinenz hat in verschiedenen Settings hohe Relevanz. Für (Atem-) Alkohol, EtG und EtS konnte dies in verschiedenen Studien gezeigt werden (z.B. Wurst et al. 1999, 2003). Erim et al. (2007) zeigten in einer Untersuchung mit Lebertransplantations-Kandidaten mit alkoholischer Leberkrankheit, dass einer von 127 Atem-Alkohol-Tests positiv war, während 24 positive Urin EtG Befunde erhoben wurden.

In einer doppel blinden, randomisierten Studie mit Acamprosat vs. Placebo wurde von Dahl et al. (2011a, b) EtG zum Abstinenz-Screening bei 56 Patienten eingesetzt. Während am Tag 0 72% der Patienten UEtG/UEtS positiv waren, waren es am Tag 22 30% in der Acamprosat Gruppe und 33% in der Placebo Gruppe. Die selbst berichtete Angabe des Alkoholkonsums zeigte eine gute Korrelation mit den EtG ($r=0.662$) und EtS ($r=0.716$) Befunden. Mutschler et al. (2010) untersuchten die Bedeutung von EtG zur Verbesserung der Abstinenzkontrolle und Sicherheit bei 51 Patienten in supervidierte Disulfiram Behandlung. Während sämtliche regelmäßig durchgeführte Atemalkoholtests negativ waren, waren drei der 51 Patienten positiv für UEtG, wovon zwei als Rückfälle bestätigt werden konnten.

Exemplarisch für „Workplace Drug Testing“ sei eine Untersuchung von 1852 Urinproben bei 328 Personen in einem „Military Substance Abuse Program“ genannt. Hier fanden Lande et al. (2011) 17% UEtG positive Befunde bei Aufnahme in das Programm und konnten eine statistisch signifikante Abnahme bei EtG – Werten über den Verlauf von zwei Jahren zeigen. Neben der genannten Literatur findet sich starke Evidenz in weiteren Veröffentlichungen, die diese Settings betreffen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass EtG im Urin und wenn möglich auch EtS zum Abstinenz-Monitoring eingesetzt werden soll.

2.1.4.6 Nachweis von chronischem Alkoholkonsum

Zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum hat sich die Bestimmung von EtG in Haaren sowie Phosphatidylethanol (PEth) in Vollblut bewährt. Das Zeitfenster für Aussagen über einen zurückliegenden Alkoholkonsum ist bei der Bestimmung in Haaren größer als bei Blut oder Urin. Aufgrund des Kopfhhaar-Längenwachstums von ca. 1 cm pro Monat lassen sich je nach Länge Aussagen über den Alkoholkonsum während der entsprechenden Zeit vor der Haarentnahme machen. Die Bestimmung EtG in Haaren erlaubt es, zwischen chronisch-exzessivem und moderatem Alkoholkonsum sowie Abstinenz bzw. sehr geringem Alkoholkonsum zu unterscheiden. In einem Konsensus der Society of Hair Testing (SOHT, 2009) wird eine EtG Konzentration über 30 pg/mg Haare als ein eindeutiger Beweis für exzessiven und regelmäßigen Alkoholkonsum (> 60 g Alkohol pro Tag) interpretiert. Eine Konzentration von mehr als sieben pg/mg wird als starker Hinweis auf einen regelmäßigen Alkoholkonsum angesehen (SOHT 2009). In einer Kohortenstudie von Høiseth et al (2009a

2 Screening und Diagnostik

und b), die HEtG und indirekte Biomarker verglichen, war die Sensitivität von %CDT 64%, AST 67%, ALT 67%, GGT 93% und 94% für HEtG. Während keine Korrelation zwischen berichteter aufgenommener Alkoholmenge und %CDT, AST, ALT und GGT bestand, fand sich eine signifikante Korrelation mit HEtG (Høiseth et al. 2009). Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen von Politi et al. (2006). Morini et al. (2009) fanden für HEtG eine ähnliche Spezifität wie für %CDT, bei einer selbstberichteten Alkoholkonsummenge von 60g/Tag oder mehr, jedoch eine doppelt so hohe Sensitivität für HEtG. Zusammenfassend findet sich für HEtG eine sehr hohe Sensitivität und Spezifität sowie – im Gegensatz zu indirekten Zustandsmarkern – eine gute Korrelation mit der berichteten aufgenommenen Alkoholmenge. Phosphatidylethanol zeigte sich gegenüber %CDT, GGT, MCV etc. hinsichtlich der Untersuchung von chronischem Alkoholkonsum in verschiedenen Studien entweder gleichwertig (Kip et al. 2008) oder deutlich überlegen (Aradottir et al. 2006, Hartmann et al. 2007, Wurst et al. 2010). In einer Untersuchung (Aradottir et al. 2006) bei 144 ambulanten und stationären PatientInnen mit einer alkoholbezogenen Störungen gemäß DSM IV und ICD 10 wurde eine Sensitivität für PEth von 99%, für %CDT von 77%, für GGT von 74% und MCV von 40% gefunden. Die beste Kombination von indirekten Zustandsmarkern war %CDT plus GGT mit einer Sensitivität von 94%. Zusätzlich konnte, anders als bei den indirekten Zustandsmarkern, eine Korrelation zwischen PEth-Werten und Alkoholaufnahme gefunden werden (Aradottir et al. 2006). In einer Kohortenstudie, die Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit (ICD 10, F10.25) mit abstinenten alkoholabhängigen PatientInnen verglich, fanden Hartmann et al. (2007) in einer ROC curve analysis beim Vergleich von PEth, MCV, GGT und CDT die höchste Sensitivität (94.5%) und Spezifität (100%) für PEth. In einer Kohortenstudie (Wurst et al. 2010) bei 57 PatientInnen mit einer Alkoholabhängigkeit nach ICD 10 (F10.25) fanden sich ähnlich gute Ergebnisse: Sensitivität für PEth 100%, 73% für GGT, 69% für CDT und 40% für MCV. Es bestanden keine Geschlechtsunterschiede (Wurst et al. 2010).

Settings

- 1.) Notfall-Medizin: Eine Studie (Kip et al. 2008) bei 74 männlichen Patienten mit negativem Blutalkohol, die sich in der Notaufnahme vorstellten, wurde zusätzlich PEth in Vollblut, EtG in Serum und Urin sowie %CDT, GGT und MCV bestimmt. Von den Biomarkern zeigte die höchste Korrelation mit der selbst berichteten täglichen Alkoholaufnahme UEtG und PEth > %CDT > GGT > MCV. 25% der Patienten mit AUDIT – Werten unter dem Cut-off 8 waren positiv für PEth und EtG im Urin. Von den Patienten, die Abstinenz während der letzten 12 Monate berichteten hatten, waren 38,5% für UEtG und/oder PEth.

2 Screening und Diagnostik

- 2.) Schwangere: Bei einer Untersuchung (Wurst et al., 2008) von 109 schwangeren Frauen am Ende des zweiten Trimenons (6. Monat) hatten 91,3% berichtet, während der Schwangerschaft keinen Alkohol konsumiert zu haben. Keine der untersuchten Personen war positiv im AUDIT (definiert als Score > 5). Hinsichtlich der Urinproben wurde eine EtG Positive ermittelt. Diese Probandin gab im AUDIT Fragebogen an, während der Schwangerschaft ein- bis zweimal pro Monat Alkohol zu konsumieren. In der Haaranalyse fanden sich 19 Fälle positiv für Alkoholkonsum: 16 für HEtG und 3 für Fettsäureethylestern in Haaren (HFAEE). 12 der 16 EtG positiven Haarproben mit Werten zwischen 7 und 25 pg/mg entsprachen einem Trinkverhalten von 20 bis 40g Ethanol pro Tag. vier Fälle mit HEtG über 25 pg/mg korrespondieren mit einem täglichen Alkoholkonsum von über 60 g. Bei gemeinsamer Anwendung von AUDIT und direkten Ethanolmetaboliten wurden insgesamt 26 Frauen (25,2%) als Alkoholkonsumentinnen identifiziert.

Aktuelle oder in der systematischen Recherche nicht aufgefundene Ergebnisse

- 1.) Schwangere: Untersuchungen an fetalem Material beziehen sich derzeit insbesondere auf Mekonium als kumulativen Indikator für Alkoholkonsum. Die derzeit größte publizierte Untersuchung (Pichini et al. 2012) bei 607 Mekonium-Proben ergab über die Bestimmung von FSEE und EtG bei 7,9% der untersuchten Proben Hinweise auf maternalen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Geringer maternaler Ausbildungsstand sowie jüngeres Alter der Mutter waren mit Biomarker-Werten über den Cut-off assoziiert (Übersichtsarbeit siehe bei Joya et al. 2012).
- 2.) Patienten in opioid-gestützter Therapie: Zwei Kohortenstudien aus dem Jahr 2011 (Dahl et al. 2011, Wurst et al. 2011) untersuchten den zusätzlichen Nutzen des Einsatzes von EtG und EtS im Urin sowie EtG in Haaren bei Patienten in opioid-gestützter Behandlung. Dahl et al (2011) fanden bei 50% der Patienten keinen Hinweis auf kürzlichen Alkoholkonsum und konnten die Nützlichkeit von UEtG und UEtS in Fällen, die keinen Alkoholkonsum berichtet hatten, belegen. Bei 54 Patienten in Heroin-gestützter Behandlung fanden Wurst et al. 18 Patienten oberhalb des Cut-offs im AUDIT. 26 Patienten waren UEtG und 29 UEtS positiv. HEtG identifizierte 20 zusätzliche Fälle mit einem Konsum von mehr als 20g Alkohol pro Tag, die durch den AUDIT nicht identifiziert wurden.
- 3.) Anwendbarkeit und Praktikabilität in verschiedenen Settings: Limitiert ist der Einsatz dieser Biomarker allerdings dadurch, dass eine flächendeckende Messung dieser Parameter (z.B. in Haaren) noch nicht zur Verfügung steht und erst etabliert werden müsste. Dies verhindert derzeit den Einsatz in einigen, wenn auch nicht allen klinischen

und nicht-klinischen Settings, z.B. zur Evaluation der Abstinenz vor Organtransplantationen.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für das Spektrum vom kurzfristigen Konsumereignis kleiner Mengen bis zum längerfristigen Konsumereignis großer Mengen Alkohol jeweils ein geeigneter Ethanolmetabolit für den Konsumnachweis zur Verfügung steht. Ethanolmetabolite unterliegen insgesamt weniger Einflüssen als indirekte Zustandsmarker für Alkoholkonsum. Diese sind in Tabelle 1 dargestellt. Eine adäquate Analytik und Präanalytik sind Voraussetzung für zuverlässige Ergebnisse. Der Einsatz chromatografischer Methoden hat sich zur Bestimmung von Ethanolmetaboliten bewährt und muss besonders bei Fragestellungen, die von forensischer Relevanz sind, als Standard angesehen werden. Für EtG steht ein kommerzieller Testkit zur Verfügung, der jedoch am ehesten zum Screening geeignet erscheint. Die Laborergebnisse bedürfen immer einer klinischen Interpretation. Für EtG wird beispielsweise ein differentieller Cutoff von 0.1 mg/L in Fällen einer anzustrebenden Totalabstinenz und 1.0 mg/L, wenn Aufnahme kleinster Alkoholmengen toleriert wird, aus Praktikabilitätsgründen vorgeschlagen (Thierauf 2009). Nach Möglichkeit sollte im Hinblick auf Unterschiede in Bildung und Abbau Ethylglucuronid gemeinsam mit Ethylsulfat bestimmt werden. Als Biomarker für kumulative Alkoholaufnahme über einen Zeitraum für beispielsweise 3 Monaten kann Ethylglucuronid in Haaren empfohlen werden. Richtlinien zur Interpretation liegen von der „Society of Hair Testing“ vor (2009). Während sehr niedrig positive Werte von EtG und EtS im Urin mit unintentionaler Alkoholaufnahme vereinbar sind, ist bei Phosphatidylethanol nach derzeitiger Kenntnis davon auszugehen, dass eine Alkoholisierung von mehr als 0.5 Promille erreicht wurde (Gnann et al. 2012). Der Einsatz getrockneter Bluttropfen erscheint hinsichtlich Probengewinnung, Lagerung, Versand und Infektionsrisiko vielversprechend (Faller et al. 2011).

Tabelle 1: Einflussfaktoren auf Ethanolmetabolite (Thon et al. 2013)

Direkter Biomarker	Einflussfaktor	Beeinflussung	Referenz
UEtG	E.coli, C. sordelli	Verminderung	Baranowski et al. 2008, Helander et al. 2008;
	E. coli, dried urine spots	Kein Einfluss	Redondo et al. 2012
	Schweregrad der Lebererkrankung Rauchen, BMI, Körperwasser	Keine Beeinflussung	Wurst et al. 2004, Stewart et al. 2013
	Verminderte Nierenfunktion	Verlängerte Nachweiszeit	Wurst et al. 2004, Høiseth et al. 2010a,b
	Chloralhydrat	Falsch positiv	Arndt et al. 2009
UEtS	Verminderte Nierenfunktion	Verlängerte Nachweiszeit	Høiseth et al. 2011a,b
	Closed bottle test (OECD 301 D) Manometric Respiratory Test (MRT)	28 Tage stabil Abbau nach 6 Tagen	Halter et al. 2009
HFAEEs	Aggressive alkalische Haarmittel	Falsch Negative	Hartwig et al. 2003
	Ethanol-haltige Haarmittel	Falsch Positive	
PEth	Lebererkrankungen	Keine Beeinflussung	Stewart et al. 2009
	Hypertension	Keine Beeinflussung	
	In vitro Formation Lagerung von Ethanol haltigen Blutproben bei a) RT und -20 ° C b) Kühlschrantemperatur, -80 ° C	Erhöhung Kein Einfluss	Aradottir et al. 2006
HEtG	Ethanol-haltige Haarmittel Haarfarbe, Melaningehalt Alter, Geschlecht, BMI	keine Beeinflussung	Ferreira et al. 2012, Kharbouche et al. 2010, Kulaga et al. 2009, Appenzeller et al. 2007
	EtG-haltige Haarmittel (n=1)	Erhöhung	Sporkert et al. 2012
	Verminderte Nierenfunktion	Erhöhung	Høiseth et al. 2009a,b
	Dauerwelle, Bleichung	Falsch Negative	Yegles et al. 2004, Morini et al. 2010

2.1.4.7 Kombination indirekter Zustandsmarker zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum

Indirekte Zustandsmarker für Alkoholkonsum

Eine Reihe von Biomarkern ist seit vielen Jahren in Verwendung, die chronischen Alkoholkonsum feststellen können. Darunter zählen die Gamma-Glutamyl-Transferase, die Alanin-Amino-Transferase (ALAT), die Aspartat-Amino-Transferase (ASAT) das mittlere korpuskuläre Volumen (Erythrozyten) MCV sowie das Carbohydrat-Defiziente Transferrin (CDT) (Conigrave et al. 2003, Hannuksela et al. 2007). Die Serum GGT, ein Leberenzym, ist bei ca. 60-80% der alkoholabhängigen Personen erhöht (Conigrave et al. 2002). Für das Überschreiten der Normwerte (nach Szasz 4-18 U/l bei Frauen, 6-28 U/l bei Männern) ist eine chronische, tägliche Alkoholfuhr über mindestens vier bis sechs Wochen notwendig. Eine kurzzeitige, auch höhere Alkoholbelastung führt dagegen zu keiner Erhöhung (Haffner et al. 1988). Allerdings zeigten Anton et. al. (1998), dass die Trinkintensität einen größeren Einfluss auf die γ -GT hat als die Trinkfrequenz. Unter vollständiger Alkoholabstinenz tritt innerhalb von drei Wochen bis 60 Tagen eine Normalisierung ein (Haffner et al. 1988). Die Sensitivität der γ -GT schwankt in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Körpergewicht zwischen 35 und 85% (von Herbay & Strohmeyer 1994). Weitere Studien konnten einen Zusammenhang zwischen Übergewicht mit einem BMI > 25 und einer Erhöhung der γ -GT nachweisen (Puukka et al. 2006). Der γ -GT-Spiegel kann neben einem Alkoholmissbrauch auch durch zahlreiche andere Ursachen, z. B. Einwirkung von Medikamenten und Noxen, Adipositas, Diabetes, cholestatische oder entzündliche Lebererkrankungen, erhöht werden. Dementsprechend ist die Spezifität mit 63-85% als allenfalls befriedigend einzuordnen, so dass die γ -GT trotz ihrer Praktikabilität als alleiniger Indikator bei chronischem Alkoholabusus und bereits bestehenden Lebererkrankungen nicht geeignet ist (Cushman et al. 1984, Neumann & Spies 2003). Stibler und Kjellin (1976) fanden bei der Untersuchung von Liquor und Serum alkoholabhängiger Patienten erstmals abnorme Isoformen mit deutlich erhöhten pH-Werten über 5,65 und konnten dies letztlich auf eine geringere Anzahl gebundener Sialinsäurereste zurückführen. In weiteren Untersuchungen wurde eine genauere Differenzierung in Mono-, Di- und Asialotransferrin möglich und alle abnormen Isoformen unter der Bezeichnung des CDT zusammengefasst (Stibler et al. 1986, Helander 2003). Transferrin ist das wichtigste Eisentransportmolekül des Menschen, seine Synthese und Glykolysierung findet in den Hepatozyten statt. Unter Berücksichtigung der Eisenbeladung sowie Anzahl und Aufbau der Kohlenhydratketten lassen sich verschiedene Isoformen unterscheiden. Zum Nachweis von CDT stehen eine Vielzahl an Methoden und entsprechenden Referenzbereichen zur Verfügung. Als Referenzstandard gilt bislang die Bestimmung des CDT mittels HPLC, darüber hinaus kommen in der Routinemessung verschiedene Enzym-Immunoassays zur Anwendung (Jeppsson et al. 1993, Helander et al.

2001a, Helander 2003). Für Bestätigungsanalysen wird zudem die Immun-Elektrophorese eingesetzt (Hackler et al. 2000), eine direkte CDT-Nachweismethode mittels spezifischer Antikörper befindet sich noch in der Entwicklung (Helander 2003, Kraul et al. 2004). CDT weist eine ähnlich Sensitivität wie GGT, aber eine höhere Spezifität auf (Scouller et al. 2000). CDT Ergebnisse können in Abhängigkeit von der Qualität der Messmethode deutlich variieren (die üblicherweise verwendete Methode ist weniger sensitiv als der Originaltest) und weisen möglicherweise deshalb keine höhere Sensitivität auf als GGT Ergebnisse (Scouller et al. 2000). In bisherigen Untersuchungen konnte keine übereinstimmende Meinung hinsichtlich der Korrelation zwischen CDT-Konzentration im Serum und den aufgenommenen Alkoholmengen gefasst werden. Während Allen et. al (1994) zeigten, dass bei täglichem Konsum von 60-80 g Alkohol über mindestens 7 Tage eine Erhöhung des CDT auftritt, widerlegen andere Studien diese Ergebnisse (Lesch et al. 1996, Oslin et al. 1998, Salmela et al. 1994). Darüber hinaus finden sich insbesondere hinsichtlich der Effekte von moderatem Trinken (< 40 g Alkohol/d) widersprüchliche Ergebnisse (Sillanaukee et al. 2003). Unter den verschiedenen konventionellen Alkoholmarkern wird CDT gegenwärtig als nützlichster und aussagekräftigster Indikator eingeordnet (Bortolotti et al. 2006). Die Angaben zu Sensitivität und Spezifität variieren allerdings in den zahlreichen Studien, nicht zuletzt weil eine methodische Standardisierung bislang fehlt und die Heterogenität der Testpopulationen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Alkoholkonsum, Abstinenzdauer vor Serumentnahme sowie bereits bestehender Lebererkrankungen einen Vergleich mit anderen Markern erschwert. In selektierten, klinischen Patientengruppen wurden mit verschiedenen Testmethoden Spezifitäten zwischen 90% und 100% bei hohen Sensitivitäten (50-90%) nachgewiesen (Stibler 1991, Kwok-Gain et al. 1990, Stowell et al. 1997). In der WHO/ISBRA-Studie lag die Sensitivität von CDT mit etwa 60% bei Männern leicht unter der γ -GT, bei den weiblichen Patienten erreichte die Sensitivität nur 29% (Conigrave et al. 2002). Falsch-positive CDT-Erhöhungen können bei biliären Zirrhosen, Autoimmunhepatitiden, genetisch bedingten Transferrin-Varianten oder dem autosomal rezessiv vererbten CDG- Syndrom auftreten (Stibler 1991, Helander et al. 2001b). Die meisten Patienten mit Lebererkrankungen haben jedoch unauffällige CDT-Werte, so dass die Spezifität, insbesondere im Vergleich zu den übrigen Statemarkern, als unerreicht hoch und mit mindestens 90% angegeben wird. Ein Einfluss von Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Gewicht und Rauchen auf den CDT-Wert wurde ebenfalls nicht berichtet (Bergström & Helander 2008a u. 2008b). Damit eignet sich das CDT vor allem zum Nachweis eines chronischen Alkoholkonsums und kann zur Erkennung von verändertem Trinkverhalten bei diesem Patientenkollektiv beitragen (Burke et al. 1998, Whitfield et al. 1998). Durch die Halbwertszeit von 14 Tagen mit entsprechender Normalisierung der CDT- Werte bei Alkoholkarenz lassen sich

deshalb auch Aussagen zu Trinkrückfällen in der Postakutphase nach Entgiftung treffen (Stibler 1991, Salaspuro 1999).

Serum-Transaminasen (ASAT/ALAT)

Sowohl die Erhöhung der Aspartat-Aminotransferase (ASAT) als auch der Anstieg der Alanin-Aminotransferase (ALAT) im Serum sind als unspezifische Zeichen einer hepatozellulären Schädigung einzuordnen. Während die ASAT neben der Leber auch in Skelett- und Herzmuskulatur produziert wird, stellt die ALAT ein Leber-spezifisches Enzym dar. Dementsprechend deutet die Erhöhung der ALAT praktisch immer auf eine Lebererkrankung (Verfettung, Tumor, Metastasen, Zirrhose, Cholangitis) hin. Außerdem muss bei Bestimmung der ASAT zwischen der alkoholsensiblen, mitochondrialen (m-ASAT) und der zytoplasmatischen Isoform (c-ASAT) differenziert werden. Rückschlüsse auf eine Alkohol induzierte Leberschädigung können über einen erhöhten Quotienten aus m-ASAT/c-ASAT gezogen werden. Erhöhte ASAT-Werte wurden bei alkoholabhängigen Patienten in 39-47% der Fälle beobachtet (Helander & Tabakoff 1997). Allerdings fanden sich in der WHO/ISBRA-Study nur eine Sensitivität der ASAT von 23% bzw. 45% (Frauen vs. Männer) (Conigrave et al. 2002). Die toxische Wirkung von Ethanol auf Mitochondrien führt zu einer stärkeren Freisetzung von ASAT im Vergleich zu ALAT. Deshalb lässt sich durch Bestimmung des de-Ritis-Quotienten (ASAT/ALAT) die Alkoholspezifität beider Biomarker erhöhen – ein Quotient über eins oder sogar zwei bietet dann wichtige Anhaltspunkte für eine aethyltoxische Ätiologie (Niemelä 2002, Rosman & Lieber 1994). Insgesamt sind Sensitivität und Spezifität beider Enzyme als Indikatoren für Alkoholabusus als variabel einzustufen, so dass die Interpretation einer erhöhten Serumaktivität hauptsächlich im Kontext mit anderen Leberwerten (Bilirubin, alkalische Phosphatase, γ -GT) sinnvoll erscheint. Ebenfalls ist eine Abhängigkeit von weiteren moderierenden Faktoren, wie das Gewicht in mehreren Stichproben berichtet worden (Breitling et al. 2011, Reif et al. 2005, Ruhl & Everhart 2005).

Mittleres korpuskuläres Erythrozytenvolumen (MCV)

Die Bestimmung des MCV ist häufig Teil von Standarduntersuchungen, eine Erhöhung findet sich bei 4% in der Allgemeinbevölkerung und bei 40-60% der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (Wymer & Becker 1990, Morgan et al. 1981). Koivisto et al. (2006) konnten deutliche Anhaltspunkte auf einen ausgeprägten dosisabhängigen Zusammenhang zwischen dem MCV und der Intensität des Alkoholkonsums nachweisen. Eine Erhöhung des MCV ist vor allem bei lang andauerndem Alkoholkonsum zu erwarten, dagegen normalisieren sich die Werte nur langsam unter Abstinenz in einem Zeitraum von zwei bis vier Monaten. Im Vergleich zur γ -GT zeigt sich die Sensitivität des MCV im Screening zum Nachweis eines Alkoholmissbrauchs zumindest beim männlichen Geschlecht unterlegen. Bei der Interpretation erhöhter MCV-Werte müssen zudem weitere Ursachen,

wie Vitamin B12- oder Folsäuremangel, nichtalkoholische Lebererkrankungen, Retikulozytose und hämatologische Erkrankungen berücksichtigt werden. Die ursächlichen Mechanismen der Ethanol induzierten MCV-Erhöhung sind bislang unklar, diskutiert werden jedoch eine direkte hämatotoxische Schädigung bzw. Interaktionen von Ethanol und seinen Metaboliten, speziell Azetaldehyd, mit der Erythrozytenmembran (Niemelä 2007).

Kombination von Zustandsmarkern für Alkoholkonsum

Um die z.T. nur ausreichende Sensitivität und Spezifität einzelner Marker zum Screening und Monitoring chronischen Alkoholkonsums weiter zu verbessern und den Einfluss von moderierenden Faktoren zu reduzieren, wurden die wichtigsten Biomarker in verschiedenen Untersuchungen in unterschiedlichen Kombinationen untersucht. Die am besten untersuchten Kombinationen umfassen die Biomarker CDT, γ -GT und MCV.

Kombination von GGT und CDT

In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass die kombinierte Anwendung von γ -GT und CDT in einer höheren Sensitivität und Spezifität im Vergleich zur Anwendung nur einer der beiden Marker resultiert (Hietala et al. 2006, Chen et al. 2003). Sillanaukee et al. (2001) wiesen an 257 Alkoholikern und 362 Gelegenheitstrinkern eine Sensitivität und Spezifität für γ -CDT von 75% bzw. 93% nach. Das sogenannte γ -CDT wird dabei entsprechend einer mathematischen Formel [γ -CDT = $0.8 \ln(\gamma\text{-GT}) + 1.3 \ln(\text{CDT})$] errechnet. Im Vergleich mit CDT und γ -GT allein, ASAT, ALAT oder MCV zeigte die logarithmische Umwandlung von γ -GT und CDT den besten prädiktiven Wert zur Differenzierung zwischen Alkoholikern und Gelegenheitstrinkern (Hannuksela et al. 2007). Die Werte für die γ -CDT korrelieren dabei vor allem mit der aktuellen Trinkmenge und zwar unabhängig davon, ob schwere Alkoholabhängige mit abstinenten oder moderaten Trinkern verglichen werden (Hietala et al. 2006). Die γ -CDT kann darüber hinaus zur Abstinenzkontrolle genutzt werden, wobei sich bei andauernder Abstinenz die Werte innerhalb von 2-3 Wochen normalisieren. Unter Berücksichtigung von Kosteneffektivität und einfacher Handhabung erscheint die γ -CDT für die klinische Routinearbeit ein geeigneter Indikator. Die Kombination beider Marker wurde auch bei stationär behandelten Patienten in verschiedenen Settings untersucht (Übersicht bei Miller et al. 2006). In 104 obdachlosen Personen wurde für die Kombination von GGT und %CDT (Antilla Index: $AI = 0.8 \ln(GT) + 1.3 \ln(\%CDT)$) die beste Korrelation mit dem selbst berichteten Alkoholkonsum sowie eine Sensitivität von 63% und eine Spezifität von 94% gefunden. Für GGT und %CDT alleine betragen die Sensitivitäten und Spezifitäten 39 und 96% sowie 45 und 93% (Thiesen & Hesse 2010). Hock et al. (2005) fanden die größte Area Under the Curve (0.97) sowie die beste Sensitivität (95%) und Spezifität (88,1%) bei einer Untersuchung mit 101 alkoholabhängigen Patienten und einer Kontrollgruppe von n= 115 für die Kombination aus %CDT, logGGT und MCV. Bei einer Kohorten-Studie mit 177 alkoholabhängigen PatientInnen und einer Kontrollgruppe mit 181 Personen fanden Rinck et

al. (2007) für Männer die höchste Sensitivität (98,6%) und Spezifität (86,4%) bei einer Kombination von MCV, CDT, GGT, Homocystein und Folat. Bei Frauen wurde die beste Sensitivität (94,1%) und Spezifität (96%) für die Kombination von MCV und CDT gefunden. Die CDT und GGT wurden alleine und in Kombination auch bei Patienten mit der Diagnose einer psychischen Störung eingesetzt (de Beaurepaire et al. 2007).

Alc-Index

Durch Kombination von Methanol, Aceton/Isopropanol, γ -GT und CDT in einer logistischen Regressionsformel entwickelten Brinkmann et al. (2000) den sogenannten „Alc-Index“ zur Differenzierung zwischen Alkoholikern und Nichttrinkern. Grundlage ihrer Untersuchungen war dabei die Hypothese, dass jeder dieser Alkoholmarker für sich allein Überlappungen in seinen Werten bei der Unterscheidung von Kollektiven mit keinem oder geringen Alkoholkonsum und Alkoholikern aufweist. Im Ergebnis wurde ein Alc-Index von 1,7 als Schwellenwert definiert, der für die Differenzierung von Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern eine Spezifität von 100% bei ca. 93% Sensitivität erreichte. Vorteil des Alc-Index stellt die Tatsache dar, dass letztlich nur einer statt vier Schwellenwerte für jeden einzelnen Marker zugrunde gelegt werden muss, wodurch letztlich auch falsche Schlussfolgerungen bei Erhöhung eines isolierten Markers verhindert werden können.

Andere Kombinationen

Eine Studie an 100 Alkoholabhängigen vs. 70 Kontrollpersonen untersuchte Sensitivität, Spezifität sowie positiven und negativen Prädiktiven Wert einer Reihe von Alkoholkonsummarkern, inklusive Blutfettwerten wie Gesamtcholesterol (TC), LDL, HDL, APOA1, APOB sowie Lebermarkern wie GGT und ASAT (Vaswani & Rao-Ravindra 2005). Eine Reihe von Sensitivitätswerten (LDL-C 94,6%, TC, VLDL-C, LDL/HDL-C, APOA1, APOA1/APOB Sensitivität > 80%,) und Spezifitätsmarkern (LDL-C Spezifität 46%, alle anderen Marker und Markerkombinationen, Spezifität zwischen 25 und 45,8%). ASAT und GGT wiesen eine Sensitivität von 75,5% bzw. 74,2% und Spezifität von 88% bzw. 100% auf. Eine Diskriminanzanalyse konnte 84,5% der Fälle unter Verwendung von TC, APOB sowie LDL/HDL und 89,1% unter Verwendung von ASAT und GGT unterscheiden. Bei einer Kohortenstudie mit 177 alkoholabhängigen PatientInnen und einer Kontrollgruppe mit 181 Personen fanden Rinck et al. (2007) für Männer die höchste Sensitivität 98,6% und Spezifität 86,4% bei einer Kombination von MCV, CDT, GGT, Homocystein und Folat. Bei Frauen wurde die beste Sensitivität (94,1%) und Spezifität (96%) für die Kombination von MCV und CDT gefunden

2.1.4.8 Kombination des AUDIT mit Zustandsmarkern für Alkoholkonsum

Die bisherigen Studien zu einer Kombination von Fragebögen und indirekten Biomarkern sind spärlich. In einer Kohortenstudie an ambulant behandelten („primary care“) Patienten

wurde der AUDIT (Fragebogen siehe Anlage) zusammen mit GGT, CDT und ASAT eingesetzt. Unterschiedliche Konsummuster wurden berücksichtigt, der wöchentliche und monatliche „Binge“ Konsum, riskantes und abhängiges Trinken. Der AUDIT wies im Vergleich zu GGT, CDT und ASAT eine signifikant höhere Sensitivität, Spezifität und positiven prädiktiven Wert auf (Coulton et al. 2006). Bei einer Studie an Alkoholabhängigen (n=101), im Vergleich zu sozialen Trinkern (n=115), wurde bei 46 Patienten mit unspezifischen GGT Erhöhungen sowie 20 Personen mit Hepatitis und 51 Personen der AUDIT, GGT, %CDT, MCV erfasst (Hock et al 2005).

CDT wies im Vergleich über die Gruppen eine Sensitivität (Alkoholabhängige) von 73,3% auf, im Vergleich zu GGT (71,3%) und MCV (64,4%). In einer multivariaten Analyse (Spezifität 95%) führte eine Kombination zu einer erhöhten Sensitivität für die Werte von CDT und GGT (83,3%) sowie CDT, GGT und MCV (88,1%). Somit kann aufgrund der eingeschränkten Datenlage keine Empfehlung zur kombinierten Verwendung des AUDIT mit traditionellen Biomarkern gegeben werden. Bei einer Untersuchung (Wurst et al. 2008) von 109 schwangeren Frauen am Ende des zweiten Trimenons (6. Monat) hatten 91,3% berichtet während der Schwangerschaft keinen Alkohol konsumiert zu haben. Bei 16 Personen lag gemäß Haaranalyse ein deutliches Underreporting hinsichtlich der selbstberichteten Trinkmenge und -häufigkeit vor, sodass der Nutzen des zusätzlichen Einsatzes von HETG bei negativem AUDIT Screening gezeigt werden konnte. Daher kann auf Grund dieser Kohortenstudie (LoE: 1b) eine Empfehlung für die kombinierte Verwendung von direkten Zustandsmarkern und AUDIT gegeben werden.

2.1.4.9 Erfassung des Alkoholkonsums

Um den Alkoholkonsum abzubilden, der Auskunft darüber gibt, ob eine Person unterhalb oder oberhalb der Grenzen für risikoarmen Konsum liegt, oder wie hoch insgesamt das Ausmaß des Trinkens ist, wird in der Regel ein Frequenz-Menge-Index gebildet, der über getrennte Fragen Häufigkeit des Trinkens und die Menge für einen typischen Tag erhebt (vgl. Sobell & Sobell 2003). Verbessert wird die Güte durch eine weitere Dimension, die Variabilität, indem nach dem Konsum am Wochenende oder nach höherem Konsum als üblich und dessen Häufigkeit gefragt wird (Greenfield & Kerr 2008; Sobell & Sobell 2003). Um Rauschtrinken erfassen zu können, wird nach besonders hohem Konsum und dessen Häufigkeit gefragt. Es erfolgt jeweils eine Umrechnung der angegebenen Trinkmengen in Gramm reinen Alkohols. Ein anderes bewährtes Verfahren ist rückblickend über einen Zeitraum von z.B. einer oder mehrerer Wochen rückwärts den Konsum für jeden Tag mit der Timeline Followback Methode zu erheben (TLFB) (Sobell & Sobell 1985). Zahlreiche zuverlässige Formen für die Erfassung von Menge, Frequenz, Variabilität und Exzess liegen vor.

2.1.4.10 Die Diagnostik von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch

Die Diagnostik von Alkoholabhängigkeit und schädlichem Gebrauch bzw. Alkoholgebrauchsstörungen erfolgt in der Regel über die Klassifikationsschemata von ICD oder DSM. Zum derzeitigen Stand sind dies ICD-10 (Dilling et al. 1994) und DSM-5 (APA 2013). Die jeweiligen Kriterien werden entweder über Checklisten erfragt oder mittels teil- oder vollstrukturierter Interviews erhoben. Die Checklisten gewähren eine Berücksichtigung der jeweiligen Kriterien, aber bieten keine Gewähr für die Güte, in welcher Weise diese erfragt werden. Für erfahrene Kliniker sind validierte und strukturierte Interviews wie das „Strukturierte Klinisches Interview für DSM-IV“ (SKID) (Wittchen et al. 1997) geeignet, derzeit liegt noch keine Version für DSM-5 vor. Für andere Personen mit weniger klinischer Erfahrung werden vollstrukturierte Interviews empfohlen. Hier ist die deutsche Version des „Composite International Diagnostic Interviews“ ein valides und reliables Verfahren (M-CIDI; Wittchen et al. 1995). Ein relativ einfaches Vorgehen, um die Schwere der Abhängigkeit zu messen, ist, die Anzahl der erfüllten Kriterien aufzusummieren. In der Entwicklung von DSM-5 wurden Befunde zur Dimensionalität der Abhängigkeitskriterien (z.B. Borges et al. 2010) als Grundlage genommen, um in der neuen Klassifikation Schweregradeinteilungen aufzunehmen (APA 2013). Über diese einfache Form der Erfassung der Schwere hinaus existiert eine Reihe von Fragebogenverfahren. Beispiele hierfür sind der „Severity of Alcohol Dependence Questionnaire“ (Stockwell et al. 1983) oder der Fragebogen „Short Alcohol Dependence Data“ (Davidson & Raistrick 1986) und die „Alcohol Dependence Scale“ (ADS) (Stockwell et al. 1983). Eine deutsche Entwicklung basiert auf diesen drei Instrumenten: die „Severity Scale of Alcohol Dependence“ (SESA), (John et al. 2003). Ein anderes Verfahren kombiniert Fragebögen mit einem Interview und bezieht sich auch auf weitere Substanzen: die „Substance Dependence Severity Scale“ (SDSS) (Miele et al. 2000). Die Verfahren zeigen gute psychometrische Qualitäten.

2.1.5 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

2.1.5.1 Genereller Einsatz von Fragebögen als Screening

Auf Basis der sehr breiten Evidenz zur Wirksamkeit von Fragebogenverfahren, die sowohl aus anderen Leitlinien als auch aus der Fülle an Studien und systematischen Reviews vorliegt, kann eine klare Soll-Empfehlung bei dem LoE 1a vergeben werden.

2.1.5.2 Empfehlung eines Screening-Fragebogens

Die umfangreichste Datenbasis liegt für den AUDIT (Fragebogen siehe Anlage) vor, so dass die Australische Leitlinie hier auch eine klare Empfehlung ausspricht (Haber et al. 2009). Die Empfehlung anderer Leitlinien spricht in jedem Fall auch für dieses Verfahren. Zum Teil werden auch alternative Verfahren genannt (NICE 2010). Für den AUDIT spricht weiterhin

seine breite Validität in unterschiedlichen Populationen. Es erfolgt eine Soll-Empfehlung mit dem LoE 1a. Es wird der Cut-off von fünf Punkten für den deutschsprachigen Raum empfohlen, der durch eine Reihe guter Studien belegt ist. Eine Absenkung auf vier kann für Frauen empfohlen werden.

2.1.5.3 Empfehlung eines kürzeren Screenigverfahrens

In der NICE-Leitlinie gelten die Befunde zu Kurzformen des AUDIT als gemischt (NICE 2010). Besonders die deutschsprachigen Daten sind für diese nationale Leitlinie von hoher Bedeutung, so dass sie in den Vordergrund gestellt wurden. Da hier nicht auf Leitlinien zurückgegriffen wird und keine systematische Recherche erfolgte, wird die Empfehlung als KKP formuliert. Es wird der Cut-off von fünf Punkten für den deutschsprachigen Raum empfohlen, der durch eine Reihe guter Studien belegt ist. Eine Absenkung auf vier kann für Frauen empfohlen werden.

2.1.5.4 Screening aller Patienten in verschiedenen Settings

In anderen Leitlinien wird nicht auf die generelle Frage der Validität von Screenig-Verfahren in Abhängigkeit des Settings eingegangen. Für einzelne Settings werden zum Teil andere Empfehlungen ausgesprochen, das gilt für das Notfallsetting in der NICE-Leitlinie (NICE 2011). Auf Basis eines KKP wird der generelle Einsatz von Screening-Fragebögen in allen Settings und bei allen Patienten als Soll-Empfehlung formuliert. Die breite Implementierung und das Anstreben eines systematischen Screenings werden in anderen Leitlinien empfohlen (NICE 2010, Haber et al. 2009). Hinzu kommt, dass auf Basis eines breiten bevölkerungsbezogenen Public-Health-Ansatzes die Forderung, dass jeder Patient in allen Settings gescreent werden sollte, unerlässlich erscheint. Diese wird als KKP formuliert und gestützt durch eine breite Evidenz der Wirksamkeit von Kurzinterventionen, wofür für das Screening die Ausgangsbasis darstellt. Leitlinien empfehlen eine weite Implementierung von Screening-Maßnahmen (Haber et al. 2009). Diese sollten integraler Bestandteil der Routine sein (NICE 2010). Generell kommen alle Populationen in Fragen, in denen eine relevante Prävalenz von problematischem Alkoholkonsum vorliegt. In der medizinischen Basisversorgung betrifft dies in etwa die Gruppe der 14 bis 70jährigen. Sinnvoll ist ein Screening aller neuen Patienten, eine Evidenz hinsichtlich weiterer Intervalle von Screenings im Verlauf liegt keine Evidenz vor, aber alle ein bis zwei Jahre erscheint angemessen und kann risikostratifiziert häufiger erfolgen (Sondervotum der DEGAM zu erwarten).

2.1.5.5 Nachweis von akutem Alkoholkonsum

Die infrage kommenden Quelleitlinien (Haber et al. 2009, NICE 2010, NICE 2011, APA 2013) empfehlen insbesondere die Ermittlung der Blutalkoholkonzentration aus der Atemluft sowie die Messung im Blut. Der Einsatz von Ethylglukuronid im Urin wird von American Psychiatric Association (APA) und Deutsche Rentenversicherung (DRV) Leitlinien zum Nachweis von akutem Alkoholkonsum empfohlen. Da die Leitlinien zum Teil Jahre zurück datieren und es hier weitere Entwicklungen gab, wurde eine systematische Recherche der Literatur durchgeführt. Auf Grundlage der starken Evidenz (1b) wird eine starke („Soll“-) Empfehlung (A) abgeleitet.

2.1.5.6 Nachweis von chronischem Alkoholkonsum

Die in der NICE Guideline CG 115 (2011) unter Verweis auf eine einzige Literaturstelle von 2006 eingeforderte Evidenz ist inzwischen durch eine Vielzahl von Studien aus der systematischen Literaturrecherche mit LoE 1b vorgelegt worden. Es handelt sich um gut charakterisierte Kohorten-Studien mit validiertem Referenzstandard. Auf Grundlage der starken Evidenz (1b) wird eine starke („Soll“-) Empfehlung (A) abgeleitet.

2.1.5.7 Kombination indirekter Zustandsmarker zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum

Zusammenfassend sind (indirekte) biologische Marker wie ALAT, ASAT, GGT, CDT und MCV mit ausreichender bis guter Sensitivität und Spezifität geeignet, Screening und Monitoring chronischen Alkoholkonsums festzustellen, sollen aber nicht als Einzelwerte verwendet werden (Haber et al. 2009: IA, Empfehlungsstärke A; NICE Guidelines). Werden die o.g. Werte kombiniert, führt dies zu einer erhöhten Sensitivität und Spezifität beim Screening und Monitoring chronischen Alkoholkonsums (LoE Ib). Daher soll eine Kombination dieser Werte (z.B. GGT, MCV und CDT) zum Screening und Monitoring chronischen Alkoholkonsums eingesetzt werden (Empfehlungsstärke A).

2.1.5.8 Kombination des AUDIT mit Zustandsmarkern für Alkoholkonsum

Der AUDIT ist einzelnen indirekten Zustandsmarkern beim Screening und Monitoring hinsichtlich Sensitivität und Spezifität überlegen und soll auch zur Erfassung chronischen Alkoholkonsums verwendet werden (Haber et al. 2009). In der australischen Leitlinie wird allerdings nicht erläutert, auf welcher Datengrundlage diese Empfehlung abgeleitet wurden. Aus bisherigen Untersuchungen, die den AUDIT zusammen mit indirekten Zustandsmarkern erfasste (z.B. Hock et al. 2005, Coulton et al. 2006), liegen keine Erkenntnisse vor, dass die Kombination des AUDITs mit diesen Biomarkern in einer Verbesserung der Sensitivität, Spezifität oder des negativen und positiven prädiktiven Wertes resultieren würde. Somit kann

eine kombinierte Verwendung (Fragebogen und eine Kombination indirekter Biomarker) derzeit aus den publizierten Daten nicht direkt abgeleitet werden. Pragmatisch empfiehlt sich jedoch das Vorgehen, zunächst das niedrigschwelligere Verfahren (AUDIT) einzusetzen und den Fragebogen ggf. mit einer geeigneten Kombination indirekter Markern zur Erfassung des hohen chronischen Alkoholkonsums zu kombinieren (z.B. CDT und GGT; KKP), um den Konsum mehrdimensional (mittels Serumwerten und Fragebogen) zu erfassen.

Für die Kombination direkter Marker mit dem AUDIT gibt es Hinweise aus einer Studie (Wurst et al. 2008, LoE 1b), in der berichtet wird, dass die Haaranalyse auf EtG dem AUDIT überlegen sein kann, und zumindest der gemeinsame Einsatz von Fragebogen und indirekten Markern empfohlen werden kann.

2.1.5.9 Erfassung des Alkoholkonsums

Es wurde für die Erfassung des Alkoholkonsums keine eigenständige Recherche durchgeführt und es kann bei den Empfehlungen auch nicht einheitlich auf eine andere Leitlinie zurückgegriffen werden. Daher erfolgt ein KKP.

2.1.5.10 Die Diagnostik von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch

Die Klassifikationsschemata von DSM und ICD gelten als allgemeiner Standard der Diagnostik alkoholbezogener Störungen. Die Erhebung der Kriterien ist nach vorliegender Evidenz durch halb- oder vollstrukturierte Interviews valide und reliabel. Hierzu liegen Studien vor. Eine eigene Recherche wurde nicht durchgeführt. Es wird ein KKP vergeben. Insbesondere die Daten, welche zu dem dimensionalen Ansatz im DSM-5 (APA 2013) geführt haben, belegen die Güte eines Ansatzes, bei dem die Anzahl der erfüllten Kriterien als Basis für eine Schwereeinschätzung genutzt wird. Da keine eigenständige Recherche erfolgte, wird ein KKP bestimmt. Aus der Fülle weiterer möglicher Verfahren wird keines ausgewählt. Dieses lassen die fehlende Recherche und die zur Verfügung stehenden Daten nicht zu.

2.1.6 Literatur

1. Allen JP, Litten RZ, Anton RF, Cross GM. Carbohydrate deficient transferrin as a measure of immoderate drinking: remaining issues. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 799-812.
2. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice* 2001; 51: 172-173.
3. American Psychiatric Association (APA) (Ed.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.

4. Anton RF, Stout RL, Roberts JS, Allen JP. The effect of drinking intensity and frequency on serum carbohydrate-transferrin and gamma-glutamyl transferase levels in outpatient alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22: 1456-62.
5. Appenzeller BM, Schuman M, Yegles M et al. Ethyl glucuronide concentration in hair is not influenced by pigmentation. *Alcohol Alcohol* 2007; 42: 326-7.
6. Aradottir S, Asanovska G, Gjerss S, Hansson P, Alling C. Phosphatidylethanol (PEth) concentrations in blood are correlated to reported alcohol intake in alcohol-dependent patients. *Alcohol and alcoholism* 2006; 41(4): 431-7.
7. Arndt T, Gierten B, Güssregen B, Werle A, Grüner J. False-positive ethyl glucuronide immunoassay screening associated with chloral hydrate medication as confirmed by LC-MS/MS and self-medication. *Forensic science international* 2009; 184(1-3): e27-9.
8. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care*. Second edition. Geneva: World Health Organization, 2001.
9. Baranowski S, Serr A, Thierauf A. In vitro study of bacterial degradation of ethyl glucuronide and ethyl sulfate. *Int J Leg Med* 2008; 122: 389-93.
10. Beresford TP, Blow FC, Hill E, Lucey MR. Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. *Lancet* 1990; 336: 482-485.
11. Bergström JP, Helander A. HPLC evaluation of clinical and pharmacological factors reported to cause false-positive carbohydrate-deficient transferrin (CDT) levels. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry* 2008a; 389(1-2): 164-6.
12. Bergström JP, Helander A. Influence of alcohol use, ethnicity, age, gender, BMI and smoking on the serum transferrin glycoform pattern: implications for use of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) as alcohol biomarker. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry* 2008b; 388(1-2): 59-67.
13. Bernadt MW, Mumford J, Taylor C, Smith B, Murray RM. Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. *The Lancet* 1982; 2: 325-329.
14. Berner MM, Kriston L, Bentele M, Harter M. The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis. *J Stud Alcohol Drugs* 2007; 68: 461-473.
15. Bischof G, Reinhardt S, Grothues J, Meyer C, John U, Rumpf HJ. Development and evaluation of a screening instrument for alcohol-use disorders and at-risk drinking: The Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care (BASIC). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2007; 68: 607-614.

16. Borges G, Ye Y, Bond J, Cherpitel CJ, Cremonte M, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G, Rubio-Stipec M. The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross-national perspective. *Addiction* 2010; 105: 240-254.
17. Bortolotti F, De Paoli G, Tagliaro F. Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) as a marker of alcohol abuse: a critical review of the literature 2001-2005. *Journal of chromatography. B, Analytical technologies in the biomedical and life sciences* 2006; 841(1-2): 96-109.
18. Breitling LP, Arndt V, Drath C, Brenner H. Liver enzymes: interaction analysis of smoking with alcohol consumption or BMI, comparing AST and ALT to γ -GT. *PLoS one* 2011; 6(11): e27951.
19. Brinkmann B, Köhler H, Banaschak S, Berg A, Eikelmann B, West A, Heinecke A. ROC analysis of alcoholism markers – 100 % specificity. *Int J Legal Med* 2000; 113: 293-99.
20. Burke V, Puddey IB, Rakic V, Swanson NR, Dimmit SB, Beilin LJ, Ching S, Beilby JP. Carbohydrate-deficient transferrin as a marker of change in alcohol intake in men drinking 20 to 60 g of alcohol per day. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22: 1973-80.
21. Chen J, Conigrave KM, Macaskill P, Whitfield JB, Irwig L. Combining carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase to increase diagnostic accuracy for problem drinking. *Alcohol Alcohol* 2003; 38: 574-82.
22. Conigrave KM, Davies P, Haber P, Whitfield JB. Traditional markers of excessive alcohol use. *Addiction* 2003; 98 (Suppl 2): 31-43.
23. Conigrave KM, Degenhardt LJ, Whitfield B et al. On behalf of the WHO/ISBRA study on biological state and trait markers of alcohol use and dependence investigators. CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: The WHO/ISBRA collaborative project. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 332-339.
24. Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S, Peters T, Stepwise Research Team. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2006; 332 (7540): 511-7.
25. Cowan JM, Burris JM, Hughes JR, Cunningham MP. The relationship of normal body temperature, end-expired breath temperature, and BAC/BrAC ratio in 98 physically fit human test subjects. *Journal of analytical toxicology* 2010; 34(5): 238-42.
26. Cushman P, Jacobson G, Barboriak JJ, Anderson AJ. Biochemical markers for alcoholism: sensitivity problems. *Alcohol Clin Exp Res* 1984; 8: 245-57.
27. Csipke E, Touquet R, Patel T, Franklin J, Brown A, Holloway P, Batrick N, Crawford MJ. Use of blood alcohol concentration in resuscitation room patients. *Emerg Med J*. 2007; 24(8): 535-8.

28. Dahl H, Hammarberg A, Franck J, Helander A. Urinary ethyl glucuronide and ethyl sulfate testing for recent drinking in alcohol-dependent outpatients treated with acamprosate or placebo. *Alcohol and alcoholism* 2011a; 46(5): 553-7.
29. Dahl H, Voltaire Carlsson A, Hillgren K, Helander A. Urinary ethyl glucuronide and ethyl sulfate testing for detection of recent drinking in an outpatient treatment program for alcohol and drug dependence. *Alcohol and alcoholism* 2011b; 46(3): 278-82.
30. Davidson R, Raistrick D. The validity of the short alcohol dependence data (SADD) questionnaire - A short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence *British Journal of Addiction* 1986; 81: 217-222.
31. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 2005; 29: 844-854.
32. de Beaupaire R, Lukasiewicz M, Beauverie P, Castéra S, Dagherne O, Espaze R, Falissard B, Giroult P, Houery M, Mahuzier G, Matheron I, Niel P, Padovani P, Poisson N, Richier JP, Rocher J, Ruetsh O, Touzeau D, Visinoni A, Molimard R. Comparison of self-reports and biological measures for alcohol, tobacco, and illicit drugs consumption in psychiatric inpatients. *European Psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists* 2007; 22(8): 540-8.
33. Deutsche Rentenversicherung. Leitlinien zur Sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen, 2010.
34. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Eds.). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Forschungskriterien*. Bern, Huber 1994.
35. Dybek I, Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Meyer C, Hapke U, John U, Broocks A, Hohagen F, Rumpf HJ. The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *J Stud Alcohol* 2006; 67: 473-481.
36. Erim Y, Böttcher M, Dahmen U, Beck O, Broelsch CE, Helander A. Urinary ethyl glucuronide testing detects alcohol consumption in alcoholic liver disease patients awaiting liver transplantation. *Liver Transpl* 2007; 13(5): 757-61.
37. Faller A, Richter B, Kluge M et al. LC-MS/MS analysis of phosphatidylethanol in dried blood spots versus conventional blood specimens. *Anal Bioanal Chem* 2011; 401(4): 1163-6.
38. Ferreira LM, Binz T, Yegles M. The influence of ethanol containing cosmetics on ethyl glucuronide concentration in hair. *Forensic Sci Int* 2012; 218: 123 – 125.

39. Gnann H, Weinmann W, Thierauf A. Formation of Phosphatidylethanol and Its Subsequent Elimination During an Extensive Drinking Experiment Over 5 Days. *Alcohol Clin Exp Res* 2012; 36(9): 1507-11.
40. Gomez A, Conde A, Santana JM, Jorin A, Serrano IM, Medina R. The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging Ment Health* 2006; 10: 558-561.
41. Greenfield TK, Kerr WC. Alcohol measurement methodology in epidemiology: recent advances and opportunities. *Addiction* 2008; 103: 1082-1099.
42. Gullberg RG, Polissar NL. Factors contributing to the variability observed in duplicate forensic breath alcohol measurement. *Journal of breath research* 2011; 5(1):016004.
43. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. Guidelines for the treatment of alcohol problems Australian Government Department of Health and Ageing, Sydney. 2009
44. Hackler R, Arndt T, Helwig-Rolig A, Kropf J, Steinmetz A, Schaefer JR. Investigation by isoelectric focusing of the initial carbohydrate-deficient transferrin (CDT) and non-CDT transferrin isoform fractionation step involved in determination of CDT by the ChronAlcol.D. Assay. *Clin Chem* 2000; 46: 483-92.
45. Haffner HT, Krämer M, Zink P. Veränderungen der Leberenzymwerte im Verlauf einer 36stündigen Alkoholbelastung. *Blutalkohol* 1988; 25: 116-26.
46. Halter CC, Laengin A, Al-Ahmad A et al. Assessment of the stability of the ethanol metabolite ethyl sulfate in standardised degradation tests. *Forensic Sci Int* 2009; 186(1-3): 52-5.
47. Hannuksela ML, Liisanantti MK, Nissinen AE et al. Biochemical markers of alcoholism. *Clin Chem Lab Med* 2007; 45: 953–961.
48. Hartmann S, Aradottir S, Graf M, Wiesbeck G, Lesch O, Ramskogler K, Wolfersdorf M; Alling C, Wurst FM. Phosphatidylethanol as a sensitive and specific biomarker: comparison with gamma-glutamyl transpeptidase, mean corpuscular volume and carbohydrate-deficient transferrin. *Addiction biology* 2007; 12(1): 81-4.
49. Hartwig S, Auwärter V, Pragst F. Effect of hair care and hair cosmetics on the concentrations of fatty acid ethyl esters in hair as markers of chronically elevated alcohol consumption. *Forensic Sci Int* 2003; 131: 90-97.
50. Helander A, Böttcher M, Fehr C, Dahmen N, Beck O. Detection times for urinary ethyl glucuronide and ethyl sulfate in heavy drinkers during alcohol detoxification. *Alcohol and alcoholism* 2008; 44(1): 55-61.
51. Helander A. Carbohydrate-deficient transferrin (CDT): Adding sensitivity and specificity to alcohol abuse testing. *Dade Behring Journal* 2003; 13-15.

52. Helander A, Eriksson G, Stibler H, Jeppsson JO. Interference of transferrin isoform types with carbohydrate-deficient transferrin quantification in the identification of alcohol abuse. *Clin Chem* 2001b; 47: 1225-33.
53. Helander A, Fors M, Zakrisson B. Study of Axis-Shield new %CDT immunoassay for quantification of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in serum. *Alcohol Alcohol* 2001a; 36: 406-12.
54. Helander A, Tabakoff B. Biochemical markers of alcohol use and abuse: experiences from the Pilot Study of the WHO/ISBRA Collaborative Project on state and trait markers of alcohol. *International Society for Biomedical Research on Alcoholism. Alcohol Alcohol* 1997; 32: 133-44.
55. Herbay A von, Strohmeyer G. Die erhöhte γ -GT (γ -Glutamyltransferase). *Dtsch Med Wschr* 1994; 119: 1041-44.
56. Hietala J, Koivisto H, Anttila P, Niemelä O. Comparison of the combined marker GGT-CDT and the conventional laboratory markers of alcohol abuse in heavy drinkers, moderate drinkers and abstainers. *Alcohol Alcohol* 2006; 41: 528-33.
57. Hock B1, Schwarz M, Domke I, Grunert VP, Wuertemberger M, Schiemann U, Horster S, Limmer C, Stecker G, Soyka M. Validity of carbohydrate-deficient transferrin (%CDT), gamma-glutamyltransferase (gamma-GT) and mean corpuscular erythrocyte volume (MCV) as biomarkers for chronic alcohol abuse: a study in patients with alcohol dependence and liver disorders of non-alcoholic and alcoholic origin. *Addiction*. 2005 Oct; 100(10): 1477-86.
58. Høiseth G, Morini L, Poletini A, Christophersen AS, Johnsen L, Karinen R, Mørland J. Serum/whole blood concentration ratio for ethylglucuronide and ethyl sulfate. *Journal of analytical toxicology* 2009a; 33(4): 208-11.
59. Høiseth G, Morini L, Poletini A, Christophersen A, Mørland J. Ethyl glucuronide in hair compared with traditional alcohol biomarkers--a pilot study of heavy drinkers referred to an alcohol detoxification unit. *Alcoholism, clinical and experimental research* 2009b; 33(5): 812-6.
60. Høiseth G, Yttredal B, Karinen R, Gjerde H, Mørland J, Christophersen A. Ethyl glucuronide concentrations in oral fluid, blood, and urine after volunteers drank 0.5 and 1.0 g/kg doses of ethanol. *Journal of analytical toxicology* 2010a; 34(6): 319-24.
61. Høiseth G, Yttredal B, Karinen R, Gjerde H, Christophersen A. Levels of ethyl glucuronide and ethyl sulfate in oral fluid, blood, and urine after use of mouthwash and ingestion of nonalcoholic wine. *Journal of analytical toxicology* 2010b; 34(2): 84-8.
62. Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier P, Goyder E, Chilcott J, Payne N. Screening and brief interventions for prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people. *SchARR*, Scheffield, 2010.

63. Jeppsson JO, Kristensson H, Fimiani C. Carbohydrate-deficient transferrin quantified by HPLC to determine heavy consumption of alcohol. *Clin Chem* 1993; 39, 2: 115-20.
64. John U, Hapke U, Rumpf HJ. A new measure of the alcohol dependence syndrome: the severity scale of alcohol dependence. *Eur Addict Res* 2003; 9: 87-93.
65. Joya X, Friguls B, Ortigosa S et al. Determination of maternal-fetal biomarkers of prenatal exposure to ethanol: A review. *J Pharm Biomed Anal* 2012; 69: 209-22.
66. Kharbouche H, Steiner N, Morelato M, et al. Influence of ethanol dose and pigmentation on the incorporation of ethyl glucuronide into rat hair. *Alcohol* 2010; 44(6): 507-14.
67. Kip MJ, Spies CD, Neumann T, Nachbar Y, Alling C, Aradottir S, Weinmann W, Wurst FM. The usefulness of direct ethanol metabolites in assessing alcohol intake in nonintoxicated male patients in an emergency room setting. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2008; 32(7): 1284-91.
68. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 67-73.
69. Koivisto H, Hietala J, Anttila P, Parkkila S, Niemelä O. Long-term ethanol consumption and macrocytosis: diagnostic and pathogenic implications. *J Lab Clin Med* 2006; 147: 191-96.
70. Kraul D, Hackler R, Althaus H. A Novel Particle-Enhanced Assay for the Immunonephelometric Determination of Carbohydrate-Deficient Transferrin (CDT). *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(Suppl): 34A.
71. Kulaga V, Velazquez-Armenta Y, Aleksa K et al. The effect of hair pigment on the incorporation of fatty acid ethyl esters (FSEE). *Alcohol Alcohol* 2009; 44: 287-92.
72. Kwoh-Gain I, Fletcher LM, Price J, Powell LW, Halliday JW. Desialyated transferrin and mitochondrial aspartate aminotransferase compared as laboratory markers of excessive alcohol consumption. *Clin Chem* 1990; 36: 841-45.
73. Lande RG, Marin B, Chang AS. Clinical application of ethyl glucuronide testing in the U.S. Army. *Journal of addictive diseases* 2011; 30(1): 39-44.
74. Lesch OM, Walter H, Antal J, Heggli DE, Kovacz A, Leitner A, Neumeister A, Stumpf I, Sundrehagen E, Kasper S. Carbohydrate-deficient transferrin as a marker of alcohol intake: a study with healthy subjects. *Alcohol Alcohol* 1996; 31: 265-71.
75. Miele, G.M., Carpenter, K.M., Cockerham, M.S., Trautman, K.D., Blaine, J., Hasin, D.S., 2000. Concurrent and predictive validity of the Substance Dependence Severity Scale (SDSS). *Drug and Alcohol Dependence* 59, 77-88.

76. Miller PM, Spies C, Neumann T, Javors MA, Hoyumpa AM, Roache J, Webb A; Kashi M, Sharkey FE, Anton RF, Egan BM, Basile J, Nguyen S, Fleming MF, Dillie, KS. Alcohol biomarker screening in medical and surgical settings. *Alcoholism, clinical and experimental research* 2006; 30(2): 185-93.
77. Morgan MY, Camilo ME, Luck W, Sherlock S, Hoffbrand AV. Macrocytosis in alcohol-related liver disease: its value for screening. *Clin Lab Haematol* 1981; 3: 35-44.
78. Morini L, Politi L, Acito S, Groppi A, Poletti A. Comparison of ethyl glucuronide in hair with carbohydrate-deficient transferrin in serum as markers of chronic high levels of alcohol consumption. *Forensic science international* 2009; 188(1-3): 140-3.
79. Morini L, Zucchella A, Poletti A, et al. Effect of bleaching on ethyl glucuronide in hair: an in vitro experiment. *Forensic Sci Int* 2010; 198: 23-7.
80. Musshoff F, Albermann E, Madea B. Ethyl glucuronide and ethyl sulfate in urine after consumption of various beverages and foods--misleading results? *International journal of legal medicine* 2010; 124(6): 623-30.
81. Mutschler J, Grosshans M, Koopmann A, Mann K, Kiefer F, Hermann D. Urinary ethylglucuronide assessment in patients treated with disulfiram: a tool to improve verification of abstinence and safety. *Clinical neuropharmacology* 2010; 33(6): 285-7.
82. Neumann T, Spies C. Use of biomarkers for alcohol use disorders in clinical practice. *Addiction* 2003; 98 (Suppl 2): 81-91.
83. Neumann T, Gentilello LM, Neuner B, Weiss-Gerlach E, Schürmann H, Schröder T, Müller C, Haas NP, Spies CD. Screening trauma patients with the alcohol use disorders identification test and biomarkers of alcohol use. *Alcoholism, clinical and experimental research* 2009; 33(6): 970-6.
84. Neumann T, Neuner B, Gentilello LM, Weiss-Gerlach E, Mentz H, Rettig JS, Schroder T, Wauer H, Muller C, Schutz M, Mann K, Siebert G, Dettling M, Muller JM, Kox WJ, Spies CD. Gender differences in the performance of a computerized version of the Alcohol Use Disorders Identification Test in subcritically injured patients who are admitted to the emergency department. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research* 2004; 28(11): 1693-1701.
85. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking - public health guidance (PH 24). National Institute for Health and Clinical Excellence 2010.
86. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG 115). National Institute for Health and Clinical Excellence 2011.

87. Niemelä O (2002) Serum diagnosis of alcoholic liver disease and markers of ethanol intake. In: Shermann DIN, Preedy V, Watson RR (editors): Ethanol and the liver. 1 ed. New York and London: Taylor and Francis: 411-49.
88. Niemelä O. Biomarkers in alcoholism. *Clin Chim Acta* 2007; 377: 39–49.
89. Oslin DW, Pettinati HM, Luck G, Semwanga A, Cnaan A, O'Brien CP. Clinical correlations with carbohydrate-deficient transferrin levels in women with alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22:1981-85.
90. Pavlic M, Grubwieser P, Libiseller K, Rabl W. Elimination rates of breath alcohol. *Forensic science international* 2007; 171(1): 16-21.
91. Pichini S, Marchei E, Vagnarelli F et al. Assessment of prenatal exposure to ethanol by meconium analysis: results of an Italian multicenter study. *Alcohol Clin Exp Res* 2012; 36(3): 417-24.
92. Politi L, Morini L, Leone F, Poletini A. Ethyl glucuronide in hair: Is it a reliable marker of chronic high levels of alcohol consumption? *Addiction* 2006; 101(10): 1408-12.
93. Puukka K, Hietala J, Koivisto H, Anttila P, Bloigu R, Niemelä O. Additive effects of moderate drinking and obesity on serum gamma-glutamyl transferase. *Am J Clin Nutr* 2006b; 83: 1351-54.
94. Redondo AH, Körber C, König S et al. Inhibition of bacterial degradation of EtG by collection as dried urine spots (DUS). *Anal Bioanal Chem* 2012; 402(7): 2417-24.
95. Reif A, Fallgatter AJ, Schmidtke A. Carbohydrate-deficient transferrin parallels disease severity in anorexia nervosa. *Psychiatry research* 2005; 137(1-2): 143-6.
96. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 272-279.
97. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 185-199.
98. Reisfield GM, Goldberger BA, Pesce AJ, Crews BO, Wilson GR, Teitelbaum SA, Bertholf RL. Ethyl glucuronide, ethyl sulfate, and ethanol in urine after intensive exposure to high ethanol content mouthwash. *Journal of analytical toxicology* 2011; 35(5): 264-8.
99. Rinck D, Frieling H, Freitag A, Hillemacher T, Bayerlein K, Kornhuber J, Bleich S. Combinations of carbohydrate-deficient transferrin, mean corpuscular erythrocyte volume, gamma-glutamyltransferase, homocysteine and folate increase the significance of biological markers in alcohol dependent patients. *Drug and alcohol dependence* 2007; 89(1): 60-5.
100. Rosman AS, Lieber CS. Diagnostic and utility of laboratory tests in alcoholic liver disease. *Clin Chem* 1994; 40: 1641-51.

101. Ruhl CE, Everhart JE. Joint effects of body weight and alcohol on elevated serum alanine aminotransferase in the United States population. *Clinical gastroenterology and hepatology :the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* 2005;3(12): 1260-8.
102. Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol and Alcoholism* 2002; 37: 261-268.
103. Rumpf HJ, Wohlert T, Freyer-Adam J, Grothues J, Bischof G. Screening Questionnaires for Problem Drinking in Adolescents: Performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. *European Addiction Research* 2013; 19: 121-127.
104. Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol* 1999; 19: 261-71.
105. Salmela KS, Laitinen K, Nyström M, Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin during 3 weeks' heavy alcohol consumption. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 228-30.
106. Scouller K1, Conigrave KM, Macaskill P, Irwig L, Whitfield JB. Should we use carbohydrate-deficient transferrin instead of gamma-glutamyltransferase for detecting problem drinkers? A systematic review and metaanalysis. *Clin Chem.* 2000 Dec; 46(12): 1894-902.
107. Sillanaukee P, Olsson U. Improved diagnostic classification of alcohol abusers by combining carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase. *Clin Chem* 2001a; 47: 681-85.
108. Sillanaukee P, van der Gaag MS, Sierksma A, Hendriks HF, Strid N, Pönniö M, Nikkari ST. Effect of type of alcoholic beverages on carbohydrate-deficient transferrin, sialic acid and liver enzymes. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 57-60.
109. Sobell LC, Sobell MB. *Alcohol Timeline Followback User'S Manual*. Toronto: Addiction Research Foundation 1985.
110. Sobell LC, Sobell MB. Assessment of Drinking Behavior. In: Allen, J.P., Wilson, V.B. (Eds.), *Assessing Alcohol Problems A Guide for Clinicians and Researchers* Second Edition. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2003.
111. Society of Hair Testing (2009) Consensus of the Society of Hair Testing on hair testing for chronic excessive alcohol consumption (http://soht.org/pdf/Consensus_EtG_2009.pdf, Zugriff am 22.Juli 2013).
112. Sporkert F, Kharbouche H, Augsburger MP et al. Positive EtG findings in hair as a result of a cosmetic treatment. *Forensic Sci Int* 2012; 218(1-3): 97-100.
113. Stewart SH, Koch DG, Burgess DM et al. Sensitivity and Specificity of Urinary Ethyl Glucuronide and Ethyl Sulfate in Liver Disease Patients. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013; 37(1): 150-5.

114. Stewart SH, Reuben A, Brzezinski WA et al. Preliminary evaluation of phosphatidylethanol and alcohol consumption in patients with liver disease and hypertension. *Alcohol Alcohol* 2009; 44(5): 464-7.
115. Stibler H. Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed. *Clin Chem* 1991; 37: 2029-37.
116. Stibler H, Borg S, Joustra M. Micro anion exchange chromatography of carbohydrate-deficient transferrin in serum in relation to alcohol consumption (Swedish Patent 8400587-5). *Alcohol Clin Exp Res* 1986; 10: 535-44.
117. Stibler H, Kjellin KG. Isoelectric focusing and electrophoresis of the CSF proteins in tremor of different origins. *J Neurol Sci* 1976; 30: 269-85.
118. Stockwell HA, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: Its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction* 1983; 78: 145-155.
119. Stowell LI, Fawcett JP, Brooke M, Robinson GM, Stanton WR. Comparison of two commercial test kits for quantification of serum carbohydrate-deficient transferrin. *Alcohol Alcohol* 1997; 32: 507-16.
120. Szasz G. *Methods of Enzymatic Analysis*, 2nd English ed. New York; Academic Press Ind. 1974:717.
121. Thierauf A, Halter CC, Rana S, Auwaerter V, Wohlfarth A, Wurst FM, Weinmann W. Urine tested positive for ethyl glucuronide after trace amounts of ethanol. *Addiction* 2009; 104(12): 2007-12.
122. Thiesen H, Hesse M. Biological markers of problem drinking in homeless patients. *Addictive behaviors* 2010; 5(3): 260-2.
123. Thon N, Weinmann W, Yegles M, Preuss U, Wurst FM. Direkte Ethanolmetaboliten als Biomarker für Alkoholkonsum: Grundlagen und Anwendungen. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2013; 81(9): 493-502.
124. Vaswani M, Rao RV. Biochemical measures in the diagnosis of alcohol dependence using discriminant analysis. *Indian journal of medical sciences* 2005; 59(10): 423-30.
125. Whitfield JB, Fletcher LM, Murphy TL, Powell LW, Halliday J, Heath AC, Martin NG (1998) Smoking, obesity and hypertension alter the dose-response curve and test sensitivity of carbohydrate-deficient transferrin as a marker of alcohol intake. *Clin Chem* 44: 2480-89.
126. Wittchen HU, Beloch E, Garczynski E, Holly A, Lachner G, Perkonig A, Vodermaier A, Vossen A, Wunderlich U, Zieglgänsberger S. *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Version 2.2.* München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, 1995.
127. Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M. *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen.* Göttingen: Hogrefe, 1997.

128. Wurst FM, Kempster C et al. Ethyl glucuronide – a marker of alcohol consumption and a relapse marker with clinical and forensic implications. *Alcohol Alcohol* 1999; 34: 71–77.
129. Wurst FM, Thon N, Yegles M et al. Optimizing heroin-assisted treatment (HAT): assessment of the contribution of direct ethanol metabolites in identifying hazardous and harmful alcohol use. *Drug Alcohol Depend* 2011; 115 (1): 57–61.
130. Wurst FM, Vogel R, Jachau K et al. Ethyl glucuronide detects recent alcohol use in forensic psychiatric inpatients. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 471–476.
131. Wurst FM, Kelso E, Weinmann W, Pragst F, Yegles M, Sundström Poromaa I. Measurement of direct ethanol metabolites suggests higher rate of alcohol use among pregnant women than found with the AUDIT--a pilot study in a population-based sample of Swedish women. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008; 198(4): 407-409.
132. Wurst FM, Thon N, Aradottir S, Hartmann S, Wiesbeck GA, Lesch O, Skala K, Wolfersdorf M, Weinmann W, Alling C. Phosphatidylethanol: normalization during detoxification, gender aspects and correlation with other biomarkers and self-reports. *Addiction biology* 2010; 15(1): 88-95.
133. Wurst FM, Wiesbeck GA, Metzger JW et al on behalf of the WHO/ISBRA study on biological state and trait markers of alcohol use and dependence. On sensitivity, specificity and the influence of various parameters on ethyl glucuronide levels in urine – Results from the WHO/ISBRA Study. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28: 1220-1228.
134. Wymer A, Becker DM. Recognition and evaluation of red blood cell macrocytosis in the primary care setting. *J Gen Intern Med* 1990; 5: 192-97.
135. Yegles M, Labarthe A, Auwärter V et al. Comparison of ethyl glucuronide and fatty acid ethyl ester concentrations in hair of alcoholics, social drinkers and teetotallers. *Forensic Sci Int* 2004; 145: 67-73.

3 **Behandlung von schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch**

3.1 **Kurzinterventionen**

Hans-Jürgen Rumpf, Gallus Bischof, Ralf Demmel, Jennis Freyer-Adam, Georg Kremer, Tim Neumann, Nadja Wirth, Karl Mann, Eva Hoch

3.1.1 **Einleitung**

Kurzinterventionen sind ein Weg, Menschen mit problematischem Alkoholkonsum in nicht-spezialisierten Settings zu einer Trinkmengenreduktion oder ggf. zur Abstinenz zu motivieren. Unter Kurzinterventionen werden Interventionen verstanden, die eine Dauer bis 60 Minuten bei bis zu fünf Sitzungen nicht überschreiten. 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 werden oder auch computergestützt dargeboten werden.

3.1.2 **Klinische Fragestellungen**

- 1.) Bei welchen Störungsbildern (riskanter Konsum, Rauschtrinken, Alkoholabhängigkeit), Subgruppen (Gender, Alter, Komorbidität) und Settings (Arbeitsplatz, primärmedizinische Versorgung) ist im kontrollierten Vergleich von einer Wirksamkeit verschiedener Kurzinterventionen auszugehen?
- 2.) Für welche Verfahren ist, ebenfalls im kontrollierten Vergleich, eine fehlende oder sogar unerwünschte Wirksamkeit belegt?

3.1.3 **Schlüsselempfehlungen**

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
3.1.3.1	<p>Allgemeine Wirksamkeit von Kurzinterventionen</p> <p>Kurzinterventionen sind wirksam zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum und sollen flächendeckend umgesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1, 9, 21, 37, 40, 46, 51, 55)</p> <p>Gesamtabstimmung: 84,8%</p>	A

3.1.3.2	<p>Riskanter Konsum</p> <p>Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums ist für riskant Alkohol Konsumierende am deutlichsten nachgewiesen. Daher sollen Kurzinterventionen bei dieser Gruppe angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1, 9, 21, 37, 40, 46, 51, 55)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
3.1.3.3	<p>Rauschtrinken</p> <p>Kurzintervention kann zu einer Reduktion von Rauschtrinken führen. Daher sollten entsprechende Interventionen für Rauschtrinker angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (7, 8, 11, 12, 15, 17, 18, 20, 22, 25, 32-34, 36, 42, 43, 57, 58, 65, 73, 75)</p> <p>Gesamtabstimmung: 93,9%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>
3.1.3.4	<p>Abhängigkeit</p> <p>Befunde hinsichtlich der Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Hinblick auf die Reduzierung des Alkoholkonsums bei Abhängigen sind widersprüchlich und nicht sicher durch die Literatur belegt. Kurzinterventionen können Alkoholabhängigen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O; LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (6, 10, 14, 16, 24, 26, 29, 37, 44, 50, 53, 66-68, 72)</p> <p>Gesamtabstimmung: 93,9%</p>	<p style="text-align: center;">O</p>

3.1.3.5	<p>Geschlecht</p> <p>Die Wirksamkeitsbelege für Kurzinterventionen unterscheiden sich nicht zwischen Männern und Frauen. Sie sollen daher unabhängig vom Geschlecht angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (4, 5, 9, 37, 39, 40, 62, 75)</p> <p>Gesamtabstimmung: 87,1%</p>	A
3.1.3.6	<p>Ältere Menschen</p> <p>Kurzinterventionen sollen auch bei älteren Menschen (im Alter von über 65 Jahren) mit Alkoholproblemen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (27, 28, 30, 48, 52, 61)</p> <p>Gesamtabstimmung: 87,1%</p>	KKP
3.1.3.7	<p>Komorbidität</p> <p>Es liegen wenige Studien vor, in denen aber insgesamt eher eine Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei komorbiden Störungen angenommen wird. Kurzinterventionen können auch Patienten mit komorbiden Störungen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (2, 3, 41)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
3.1.3.8	<p>Primärmedizinische Versorgung</p> <p>In der primärmedizinischen Versorgung sollen Kurzinterventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (9, 37, 40, 47)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	A

3.1.3.9	<p>Arbeitsplatz</p> <p>Eine Kurzintervention ist wahrscheinlich wirksam, aber nicht schlüssig und sicher durch die Literatur belegt. Sie kann empfohlen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Literatur: (32, 35, 37, 59, 60, 74)</p> <p>Gesamtabstimmung: 91,7%</p>	KKP
3.1.3.10	<p>Fehlende Wirksamkeit</p> <p>Evidenz für fehlende Wirkung einzelner Kurzinterventionsformen ist nicht belegt. Die weitaus überwiegende Zahl der Studien weist Wirksamkeit aus, so dass der Einsatz der üblichen Formen von Kurzinterventionen empfohlen werden kann. Fehlende Wirksamkeit in einzelnen Subgruppen oder einzelnen Settings werden jeweils dort beschrieben.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Literatur: (37, 40)</p> <p>Gesamtabstimmung: 88,9%</p>	KKP
3.1.3.11	<p>Unerwünschte Wirkung</p> <p>Kurzintervention zur Reduktion des Alkoholkonsums zeigt keine unerwünschten Wirkungen. Sie kann umgesetzt werden</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Literatur: (9, 37, 55)</p> <p>Gesamtabstimmung: 94,4%</p>	KKP

3.1.4 Hintergrund der Evidenz

Kurzinterventionen sind insbesondere im Bereich der medizinischen Basisversorgung untersucht worden. Die beste Evidenz ist für den Bereich der primärärztlichen ambulanten Versorgung vorhanden. Hier sind bei weitem die meisten Studien durchgeführt worden. Etwas schwächer ist die Datenlage für den Bereich der Allgemeinkrankhäuser.

Vergleichsweise wenig untersucht sind Kurzinterventionen in Betrieben. Die meisten Studien haben Stichproben mit riskant konsumierenden Personen untersucht und hier gute Evidenz bereitstellen können. Etwas seltener sind Befunde zu alkoholabhängigen Personen.

Informationen zu Kurzintervention bei rauschtrinkenden Populationen finden sich am häufigsten im Setting der Notfallambulanz sowie in studentischen Populationen. Daten zu geschlechtsspezifischen Effekten finden sich in einer ganzen Reihe von Studien und Übersichtsarbeiten. Relativ selten ist untersucht worden, ob psychische 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.

3.1.5 Darstellung der Evidenz

3.1.5.1 Allgemeine Wirksamkeit

Aus vier Cochrane Reviews (LoE 1a) zu spezifischen Interventionsformen, Settings bzw. Zielpopulationen ist sicher ableitbar, dass Kurzinterventionen im Allgemeinen wirksam sind (Kaner et al. 2007, McQueen et al. 2009, Moreira et al. 2009, Smedslund et al. 2011). Unter diesen systematischen Reviews befindet sich keiner, der die Effektivität von Kurzinterventionen zur Reduktion ungesunden Alkoholkonsums im Allgemeinen, d.h. unabhängig von Interventionsform, Setting und Zielpopulation, untersucht. Jedoch bestätigen drei weitere aktuelle systematische Reviews ebenfalls die allgemeine Wirksamkeit (Khadjesari et al. 2011, Lundahl & Burke 2009, Rooke et al. 2010). Zwei dieser Reviews bestätigen zudem die Wirksamkeit computergestützter Kurzinterventionen, welche in den oben genannten Cochrane Reviews nicht enthalten sind. Die NICE-Guidelines (NICE 2010) empfehlen entsprechend, dass professionelle Mitarbeiter in „Erziehungsverantwortung“ flächendeckend Kurzinterventionen durchführen. Die Leitlinie belegt dies mit einer Fülle an Studien (Jackson et al. 2010). Es wurde aufgrund der klaren Grundlage aus den systematisch recherchierten Quell-Leitlinien (Leitlinien-Adaptation) und Reviews der Cochrane Library keine zusätzliche systematische Literaturrecherche nach randomisiert-kontrollierten Studien in PubMed durchgeführt. In Subpopulationen kann es jedoch Abweichungen von dieser Gesamteinschätzung geben.

3.1.5.2 Riskanter Konsum

Die meisten Studien zu Kurzintervention wurden mit Personen durchgeführt, die in riskanter Weise Alkohol konsumieren. Dabei wurde riskanter Alkoholkonsum unterschiedlich definiert, aber häufig mit mehr als 20 g (Frauen) oder 30 g (Männer) durchschnittlich pro Tag festgelegt (British Medical Association 1995). In Deutschland wurde der Schwellenwert auf 12g (Frauen) und 24g (Männer) abgesenkt (Seitz et al. 2008). Die Wirksamkeit von

Kurzinterventionen wird für die Gruppe der riskanten Konsumenten sowohl in anderen Leitlinien (Jackson et al. 2010) als auch in einer Reihe von Reviews und Metaanalysen bestätigt (z. B. Bertholet et al. 2005, Kaner et al. 2007, Moyer et al. 2002). Es gilt somit auch die oben für die allgemeine Wirksamkeit von Kurzinterventionen vorliegende Evidenz. Eine eigene Literaturrecherche wurde nicht durchgeführt, da die Evidenz als gut und aktuell angesehen werden kann.

3.1.5.3 Rauschtrinken

Die Lage zur Evidenz von Kurzinterventionen bei Rauschtrinken ist auf Grundlage anderer Leitlinien und systematischer Reviews unklar. Rauschtrinken wird unterschiedlich definiert, aber häufig als 4/5 (Frauen/Männer) oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit. Die Evidenz zur Kurzintervention bei Notfallpatienten, unter denen viele Rauschtrinken betreiben, wird im Hintergrundbericht (Jackson et al. 2010) zur NICE-Guideline (NICE 2010) sowie in systematischen Reviews (D'Onofrio & Degutis 2002, Havard et al. 2008, Nilsen et al. 2008) als limitiert bzw. gemischt eingeschätzt. Aufgrund der insgesamt unklaren Datenlage wurde eine neue systematische Recherche durchgeführt, in der 22 Studien und zwei systematische Reviews seit 2005 gefunden wurden, die die Suchbegriffe ‚Binge‘ trinken und ‚Kurzintervention‘ (bzw. Synonyme) enthielten. Die Studienlage zeichnete sich durch eine beträchtliche Heterogenität hinsichtlich Setting, Definition von Rauschtrinken, Nachverfolgungszeitraum, der angewandte Intervention bzw. Behandlung der Kontrollgruppe bzw. der Qualität. 12 Studien betrafen Studenten, drei Notfalleinrichtungen und drei Allgemeinarztpatienten. Bei den sieben Studien, die Rauschtrinker untersuchten, fand sich bei vier Studien (Borsari & Carey 2005, Feldstein & Forcehimes 2007, Rubio et al. 2010, Walters et al. 2007) mindestens ein Effekt der Intervention, bei drei Studien (Ekman et al. 2011, Juarez et al. 2006, Neighbors et al. 2010) nicht. Bei den Studien, die auch nicht rauschtrinkende, aber riskant trinkende Patientengruppen mit untersuchten, fand sich viermal (Domas et al. 2011, Hagger et al. 2011, Noknoy et al. 2006, Wood et al. 2007) mindestens ein positives Ergebnis auf das Rauschtrinken, aber neunmal (Beich et al. 2007, Bernstein et al. 2010, Blow et al. 2006, Ceperich & Ingersoll 2011, Daepfen et al. 2011, D'Onofrio et al. 2008, Hagger et al. 2012, Ingersoll et al. 2005, Kypri et al. 2009) nicht. Khadjesari berichtet in seinem systematischen Review über fünf Studien (848 Studenten insgesamt), die einen Rückschluss zur Wirksamkeit von computerbasierten Intervention erlauben und bei denen die Häufigkeit von Rauschtrinken sich tendenziell reduzierte und gering im Vergleich zu den Kontrollen zurückging (Khadjesari et al. 2011). Es zeigen sich insgesamt keine einheitlichen Befunde, wobei die Untersuchungen, die neben Rauschtrinken weitere Kriterien (riskanter Konsum oder positives Screening-Ergebnis) beim Einschluss verwenden, schwer zu

beurteilen sind. Insgesamt wird von einer Wirksamkeit bei jedoch heterogener Studienlage ausgegangen.

3.1.5.4 Abhängigkeit

Die Mehrzahl der Guidelines trifft keine Aussagen zur spezifischen Wirksamkeit bei Abhängigkeit. Die NICE-Guideline CG 115 (NICE 2011), welche sich auf alkoholbezogene Störungen fokussiert (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit) empfiehlt hinsichtlich sämtlicher psychotherapeutischer Interventionen einen Umfang von einer wöchentlichen Sitzung über einen Zeitraum von 12 Wochen. Die der NICE-Guideline PH 24 (NICE 2010) zugrundeliegende Literaturübersicht (Jackson et al. 2010) kommt zu dem Ergebnis, dass kein schlüssiger Zusammenhang zwischen der Schwere einer Alkoholproblematik und der Wirksamkeit von Kurzinterventionen bestehe, schränkt aber gleichzeitig ein, dass die in der Analyse eingeschlossenen systematischen Reviews Patienten mit identifizierter Alkoholabhängigkeit ausgeschlossen haben. Die NICE Guideline PH 24 empfiehlt für proaktive Interventionen bei Abhängigen lediglich die Überweisung in weitergehende Hilfeangebote.

Für die Erarbeitung der S3-Leitlinie wurde eine erneute Literaturrecherche durchgeführt, in welcher neben der direkten Wirksamkeit bei Abhängigkeit auch der Zusammenhang zwischen Wirksamkeit und Schwere der Problematik abgebildet werden sollte. Zusätzlich zu den Suchergebnissen wurde eine relevante Studie dem Literaturverzeichnis der gefundenen Überblicksartikel entnommen. Die in den gefundenen Publikationen erwähnten Befunde sind uneinheitlich. Einer in Überblicksarbeiten und neueren Studien gefundenen fehlenden Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Alkoholabhängigen bzw. Personen mit schwerer Alkoholproblematik im Bereich der medizinischen Basisversorgung (Bazargan-Hejazi et al. 2005, Bischof et al. 2008, Saitz et al. 2007, Saitz 2010, Vasilaki et al. 2006) stehen neuere Wirksamkeitsnachweise von Kurzinterventionen auch bei Abhängigen (Cobain et al. 2011, Field & Caetano 2010, Liu et al. 2011) gegenüber. Studienergebnisse, die Hinweise auf subgruppenspezifische Effekte von Kurzinterventionen in der medizinischen Basisversorgung ergaben, sind ebenfalls uneindeutig: so wurde die Wirksamkeit in einer Studie lediglich bei Männern (Brown et al. 2007), in einer anderen lediglich bei jüngeren Abhängigen und Frauen (Saitz et al. 2009) nachgewiesen.

Studien außerhalb der medizinischen Basisversorgung ergaben positive Effekte bei Personen mit Alkoholabhängigkeit bzw. schweren Alkoholproblemen, die sich in psychiatrischer Behandlung befanden (Nagel et al. 2009) bzw. eine vergleichbare Effektivität als umfangreichere Behandlung bei homo- und bisexuellen Männern mit Alkoholproblemen (Morgenstern et al. 2007). Fehlende Wirksamkeit von Kurzinterventionen wurde gefundenen bei behandelten Drogenabhängigen mit komorbider Alkoholproblematik (Feldman et al.

2011) sowie bei selbstselegierten Armeeanwärtlern mit schwereren Alkoholproblemen (Gaume et al. 2011). Zusammenfassend kann die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei schwereren Alkoholproblemen bzw. Alkoholabhängigkeit derzeit nicht als gesichert gelten, weitere Untersuchungen sind notwendig. Dennoch können Kurzinterventionen bei Alkoholabhängigen aus pragmatischen Gründen eine sinnvolle Maßnahme sein, wenn andere und aufwändigere Interventionen abgelehnt werden.

3.1.5.5 Geschlecht

Die NICE-Leitlinie kommt zu dem Schluss, dass Kurzinterventionen bei Männer und Frauen gleichermaßen wirksam sind (Jackson et al. 2010). Die Aussage wird von sieben systematischen Reviews gestützt (Ballesteros et al. 2004a, Ballesteros et al. 2004b, Bertholet et al. 2005, Kahan et al. 1995, Kaner et al. 2007, Poikolainen 1999, Whitlock et al. 2004). Das Cochrane-Review von Kaner et al. (2007) kommt bei den gepoolten Daten zwar zu dem Schluss, dass nur bei Männern eine gesicherte Wirksamkeit vorliegt, fügt aber an, dass die Datenbasis hierfür vergleichsweise schwach war und eine relativ kleine Gruppe bei den Frauen für die Analyse zur Verfügung stand, so dass die mangelnde Signifikanz unter anderem auch hierauf zurückführbar sein mag. Einzelne Befunde legen z.T. eine Überlegenheit der Wirksamkeit bei Frauen nahe (Reinhardt et al. 2008). Eine Übersichtsarbeit, die sich spezifisch dem Unterschied der Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Frauen und Männern gewidmet hat, findet keine Unterschiede (Ballesteros et al. 2004b). Eine neue Recherche wurde nicht durchgeführt.

3.1.5.6 Ältere Menschen

Die Mehrheit der Kurzinterventionsstudien in den vorliegenden Guidelines und Reviews bezieht sich auf Erwachsene bis max. 70 Jahre. Einige wenige Aussagen beziehen sich explizit auf das höhere Alter. In den Cochrane Reviews wird dazu eine Studie von Fleming et al. mehrfach genannt (Fleming et al. 1999). In dieser Studie findet sich ein positiver Effekt von Kurzinterventionen für die Gruppe der älteren Menschen. Weitere randomisierte kontrollierte Studien (Fink et al. 2005, Gordon et al. 2003, Moore et al. 2011, Mundt et al. 2005, Oslin et al. 2006) belegen einen positiven Effekt von Kurzinterventionen bei älteren Menschen (>65), der mit dem von jüngeren Menschen vergleichbar ist. Die Studien weisen Homogenität auf. Eine neue Recherche wurde nicht durchgeführt.

3.1.5.7 Komorbidität

Relativ wenige Studien haben sich mit der Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei psychischer Komorbidität beschäftigt. Ein systematisches Review fand insgesamt acht Studien mit gleichzeitig bestehender Depression oder Angststörung. Die durchgeführten

Interventionen gingen zum Teil deutlich über das Ausmaß von Kurzinterventionen hinaus. Lediglich drei enthielten Kurzinterventionen, zwei davon verglichen diese mit einer aufwändigeren Intervention und eine gegen eine Kontrollgruppe (Information). In diesen drei Studien wurde eine Wirksamkeit für die Intervention gefunden. Eine zweite systematische Übersicht kommt zu ähnlichen Befunden hinsichtlich komorbider psychotischer Störungen (Baker et al. 2012). Eine weitere Übersichtsarbeit, die sowohl somatische als auch psychische Komorbidität im Focus hatte, fand acht Studien zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei substanzbezogenen Störungen und gleichzeitig bestehenden psychischen Störungen (Kaner et al. 2011). Fünf der Studien bezogen Patienten ein, die entweder nur alkoholbezogene Störungen oder auch gleichzeitig weitere substanzbezogene Störungen aufwiesen. Zwei dieser Studien wiesen eine Wirksamkeit auf. Die Evidenz war eingeschränkt, da in den Kontrollgruppen häufig auch positive Veränderungen beobachtet wurden. In einem weiteren RCT, der nicht Bestandteil der obigen Übersichtsarbeiten war, zeigte sich ein ähnlicher Befund: Patienten mit komorbider Angststörung oder Depression reduzierten stärker als die nicht komorbide Gruppe, allerdings auch in der Kontrollgruppe, so dass keine Signifikanz gefunden werden konnte (Grothues et al. 2008). Weiterhin ist anzuführen, dass die Studien häufig aus psychiatrischen Settings stammen. Es wurde keine neue Recherche durchgeführt.

3.1.5.8 Primärmedizinische Versorgung

Die Befundlage zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen in der primärmedizinischen Versorgung ist eindeutig bezüglich ihrer Durchführung in der Allgemeinarztpraxis (Kaner et al. 2007) und wird von verschiedenen Quellleitlinien stark empfohlen (z. B. Jackson et al. 2010). Die Befundlage am Allgemeinkrankenhaus ist seit einem neueren Cochrane-Review ebenfalls vielversprechend (McQueen et al. 2011). Während jedoch längerfristige Effekte hinsichtlich reduzierten Konsums in Allgemeinarztpraxen nachgewiesen sind, beschränken sich die Belege für die Wirksamkeit von Kurzintervention am Allgemeinkrankenhaus bislang auf kurz- und mittelfristige Alkoholkonsumreduktion. Es wurde keine Notwendigkeit gesehen, eine neue Recherche durchzuführen.

3.1.5.9 Arbeitsplatz

Die Evidenz zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen am Arbeitsplatz ist deutlich limitiert. Es steht eine systematische Übersichtsarbeit zur Verfügung, die auch in der NICE-Leitlinie erwähnt wird (Jackson et al. 2010). In der Leitlinie wird folgender Schluss gezogen: "A systematic review of brief interventions for alcohol misuse in the workplace presented limited and inconclusive findings for the effectiveness of interventions in this setting" (Jackson et al. 2010, S. 18). Die Übersichtsarbeit von Webb et al. (Webb et al. 2009) identifizierte zehn

Studien zu Kurzinterventionen im Arbeitsplatzsetting bei problematischem Alkoholkonsum, davon vier randomisierte Kontrollgruppenstudien. Die Autoren bemängeln die insgesamt geringe methodische Güte der Arbeiten, wobei häufig ein Selektionsbias wahrscheinlich war. In sieben Studien konnte ein Rückgang von Alkoholkonsum oder alkoholbezogenen negativen Folgen beobachtet werden, zusammen genommen neun Studien wiesen insgesamt einen positiven Befund auf. Ohne eine systematische Suche zu starten, sind der Arbeitsgruppe der vorliegenden Leitlinie drei weitere Arbeiten bekannt, die nach dem Review erschienen sind. In der ersten und methodisch recht guten Studie reduzierten sowohl Interventions- als auch Kontrollgruppe den Konsum deutlich, ein signifikanter Effekt der Kurzintervention konnte nicht nachgewiesen werden (Hermansson et al. 2010). Die Autoren vermuten, dass bereits das Assessment einen Effekt gehabt haben mag. In einer weiteren Studie mit kleiner Fallzahl führte die Kurzintervention zu einer Konsumreduktion (Osilla et al. 2008) und Erhöhung der Arbeitsproduktivität, nicht jedoch zu geringeren Fehlzeiten (Osilla et al. 2010). Eine Intervention auf Basis einer mentalen Simulation erzielte nach einem Monat eine Trinkmengenreduktion, aber keinen Rückgang des Rauschtrinkens (Hagger et al. 2011). Für diese Fragestellung wurde keine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

3.1.5.10 Fehlende Wirksamkeit

Die Literatur zu Kurzinterventionen weist in einer Vielzahl von Studien eine Wirksamkeit auf (Bertholet et al. 2005, Kaner et al. 2007, Moyer et al. 2002), wobei unterschiedliche Formen von Kurzinterventionen durchgeführt wurden. Sowohl sehr kurze (ein ärztlicher Ratschlag im zeitlichen Umfang von nicht mehr als fünf Minuten) als auch mehrmalige Kurzinterventionen (bis zu fünf Sitzungen von jeweils bis zu 60 Minuten) haben sich als wirksam bei bestimmten Zielgruppen und Settings erwiesen. Eine grundsätzliche fehlende Wirksamkeit wird in keiner der vorliegenden Leitlinien nachgewiesen. Gehäufte fehlende Wirksamkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe bei spezifischen Interventionsformen ist nicht bekannt. Vereinzelt Befunde, dass Komponenten von Kurzintervention besondere Wirksamkeit aufweisen, wie z.B. die Fertigkeiten in Motivational Interviewing des Beraters (Daepfen et al. 2010), lassen nicht den Umkehrschluss zu, dass andere Interventionen nicht wirken. Zur Frage der Dosis-Wirkungs-Beziehung (zeitliches Ausmaß der Kurzinterventionen) liegen heterogene Ergebnisse vor (Kaner et al. 2007, Poikolainen 1999). Es wurde keine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

3.1.5.11 Unerwünschte Wirkungen

Unerwünschte Wirkungen von Kurzinterventionen werden weder in den Quelleitlinien zu Kurzinterventionen (American Psychiatric Association 2006, Department of Veteran Affairs 2009, NICE 2010) noch in den Cochrane-Reviews (Kaner et al. 2007, McQueen et al. 2009,

Moreira et al. 2009, Smedslund et al. 2011) thematisiert. In einer Metaanalyse von 2005 zur Wirksamkeit von Alkoholkurzinterventionen in der medizinischen Grundversorgung wird berichtet: „None of the studies reported negative effects of BAI“(Brief Alcohol Intervention) (Bertholet et al. 2005, S. 988). Eine zusätzliche Literaturrecherche wurde nicht durchgeführt, gegenteilige Befunde sind vermutlich nicht zu erwarten.

3.1.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

3.1.6.1 Allgemeine Wirksamkeit von Kurzinterventionen

Die Studienergebnisse sind auf der Ebene systematischer Reviews konsistent, die Endpunkte und Effektstärken sind klinisch relevant, das Nutzen-Risikoverhältnis ist positiv und die Umsetzbarkeit in der Versorgung möglich. Auf Grundlage der starken Evidenz (1a) wird eine starke („Soll“-) Empfehlung (A) abgeleitet.

3.1.6.2 Riskanter Konsum

Es gilt auch hier, dass die Studienergebnisse auf Ebene systematischer Reviews konsistent ist und die Endpunkte und Effektstärken klinisch relevant sind, das Nutzen-Risikoverhältnis ist positiv und die Umsetzbarkeit in der Versorgung möglich. Auf Grundlage der starken Evidenz (1a) wird eine starke („Soll“-) Empfehlung (A) abgeleitet.

3.1.6.3 Rauschtrinken

Die Studienlage ist nicht eindeutig, weswegen eine neue Recherche durchgeführt wurde. Die Befunde dieser Recherche sind ebenfalls nicht homogen und weisen insgesamt auf eine mögliche Wirkung von Kurzinterventionen für Rauschtrinker hin. Viele Studien mit Wirksamkeitsnachweisen stammen aus dem Bereich studentischer Populationen, im Setting der Notfallambulanzen sind die Resultate eher gemischt. Unter Berücksichtigung eines positiven Nutzen-Risikoverhältnisses und der Umsetzbarkeit in die Praxis werden Kurzinterventionen empfohlen. Aufgrund der heterogenen Befundlage bei zum Teil sehr guten Studien (1a) wird eine Sollte-Empfehlung (B) abgeleitet.

3.1.6.4 Abhängigkeit

Die Studienergebnisse sind auf Ebene systematischer Reviews inkonsistent. Während einige neuere Studien positive Befunde aufweisen, erlaubt die Fülle der negativen Befunde zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen keine starke Empfehlung, auch wenn das Niveau einzelner Studien hoch ist (1a). Das Nutzen-Risikoverhältnis ist positiv und die Umsetzbarkeit in der Versorgung möglich. Es erfolgt für Alkoholabhängige derzeit lediglich die Ableitung einer „Kann“-Empfehlung (O).

3.1.6.5 Geschlecht

Die in der NICE-Guideline zusammengefasste Evidenz (Jackson et al. 2010) auf der Basis mehrerer Übersichtsarbeiten spricht für eine klare Empfehlung, dass Kurzinterventionen sowohl bei Männern als auch bei Frauen durchgeführt werden sollten, da eine Wirksamkeit als evident angenommen werden kann (1a). Die Endpunkte und Effektstärken sind klinisch relevant, das Nutzen-Risikoverhältnis ist positiv und die Umsetzbarkeit in der Versorgung möglich. Es handelt sich um eine Soll-Empfehlung (A).

3.1.6.6 Ältere Menschen

Dieser Empfehlung liegen mehrere methodisch gute RCT's (1b) zugrunde, darunter auch eine aktuelle mit großer Stichprobe (Moore et al. 2011), eine systematische Recherche wurde nicht durchgeführt. Die durchgängig positiven Schlussfolgerungen aller einbezogenen Studien würden einen Empfehlungsgrad „A“ zulassen. Die Endpunkte und Effektstärken sind klinisch relevant, das Nutzen-Risikoverhältnis ist positiv und die Umsetzbarkeit in der Versorgung möglich. Da keine systematische Recherche durchgeführt wurde, wird ein Klinischer Konsenspunkt bestimmt.

3.1.6.7 Komorbidität

Die Datenlage ermöglicht keine starke Empfehlung. Es liegen insgesamt nur wenige Studien zu diesem Thema vor, wenn auch bereits drei systematische Reviews durchgeführt wurden. Die Reviews hatten jeweils einen breiten Fokus, so dass die Studien, welche tatsächlich klassische Kurzintervention bei alkoholbezogenen Störungen gegen eine Kontrollgruppe prüften, ausgesprochen selten waren. Das Nutzen-Risikoverhältnis kann als positiv vermutet werden und die Umsetzbarkeit in der Versorgung ist möglich. Ein Ausschluss komorbider Personen von Kurzinterventionen scheint nicht sinnvoll und wird durch die vorhandenen Daten auch nicht gerechtfertigt. Aus diesen Gründen würde eine Sollte-Empfehlung (B) ausgesprochen werden. Da keine systematische Recherche durchgeführt wurde, wird ein Klinischer Konsenspunkt bestimmt.

3.1.6.8 Primärmedizinische Versorgung

Die Studienergebnisse sind auf Ebene systematischer Reviews konsistent, die Endpunkte und Effektstärken sind klinisch relevant, das Nutzen-Risikoverhältnis ist positiv und die Umsetzbarkeit in der Versorgung möglich. Auf Grundlage der starken Evidenz (1a) wird eine starke („Soll“-) Empfehlung (A) abgeleitet.

3.1.6.9 Arbeitsplatz

Zusammengenommen weisen einige Studien auf einen möglichen Effekt von Kurzinterventionen am Arbeitsplatz hin, allerdings ist die Evidenz durch die Qualität der Studien deutlich eingeschränkt und die Befunde sind uneinheitlich. Dafür spricht, dass eine nach der Übersichtsarbeit erschienene Arbeit mit relativ hoher methodischer Qualität keine Effekte finden konnte. Ein eindeutiges und schlüssiges Fazit kann nicht gezogen werden. Auch die NICE Guideline kommt zu diesem Ergebnis (Jackson et al. 2010). Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Wirksamkeit von Kurzinterventionen aus anderen Bereichen ohne weiteres auf das Setting des Arbeitsplatzes übertragen werden kann. Spezifika, wie z.B. die Sorge des Bekanntwerdens von Alkoholproblemen oder die Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes, könnten zu Leugnungstendenzen Anlass geben oder einen Einfluss auf die Wirksamkeit haben. Das Nutzen-Risikoverhältnis ist als positiv zu vermuten und die Umsetzbarkeit in der Versorgung ist möglich. Aufgrund der unklaren Befunde und der Spezifika des Settings würde eine Kann-Empfehlung ausgesprochen werden (O). Da aber keine systematische Recherche durchgeführt wurde, wird ein Klinischer Konsenspunkt bestimmt.

3.1.6.10 Fehlende Wirksamkeit

Die Literatur enthält keine klaren Hinweise auf eine fehlende Wirksamkeit von spezifischen Formen der Kurzintervention. Bei der Beurteilung ist auch zu berücksichtigen, dass durch den Publikationsbias Studien mit negativen Befunden seltener veröffentlicht werden. Der Wert einer eigenständigen Literaturrecherche wäre daher vermutlich gering. Aus diesen Gründen wird von einer generellen Wirksamkeit der häufig genutzten Kurzinterventionen ausgegangen. Dazu gehören z.B. Feedback, Ratschlag, Motivational Interviewing und computerbasierte Interventionen. Der Einsatz dieser und ähnlicher Verfahren wird empfohlen. Es handelt sich um eine Soll-Empfehlung (A). Da aber keine systematische Recherche durchgeführt wurde, wird ein Klinischer Konsenspunkt bestimmt.

3.1.6.11 Unerwünschte Wirkung

Das Nutzen-Risikoverhältnis ist eindeutig positiv. Da es in Studien mit LoE 1a durchweg keine Hinweise auf unerwünschte Wirkungen von Alkoholkurzinterventionen gibt, könnte eine starke „Soll-„ Empfehlung (A) abgeleitet werden. Das bedeutet, Kurzinterventionen können durchgeführt werden, ohne dass unerwünschte Wirkungen zu befürchten sind. Da keine systematische Recherche durchgeführt wurde, wird ein Klinischer Konsenspunkt bestimmt.

3.1.7 Versorgungsalgorithmus

Kurzinterventionen sollen proaktiv im Rahmen von Frühintervention als ein erster Schritt in der Versorgung erfolgen und flächendeckend in der primärmedizinischen Versorgung umgesetzt werden. Weitere Orte für Kurzinterventionen sind Einrichtungen mit hoher Kontaktdichte zur Zielpopulation, wie z.B. Behörden oder Schulen. Weitere Hinweise zur Evidenz von Kurzinterventionen im Setting von Schulen finden sich im Kapitel zu alters- und geschlechtsspezifischen Populationen.

3.1.8 Empfehlungen für künftige Forschung

- 1.) Wirksamkeit von Kurzinterventionen oder erweiterten Interventionen bei Alkoholabhängigen
- 2.) Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Rauschtrinken
- 3.) Wirksamkeit von Kurzinterventionen am Arbeitsplatz
- 4.) Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei komorbiden psychischen Störungen
- 5.) Wirksamkeit von Strategien zur Implementierung von Kurzinterventionen in unterschiedlichen Settings

3.1.9 Literatur

1. American Psychiatric Association. Practice Guideline: Treatment of Patients with Substance Use Disorders. 2006.
2. Baker AL, Hiles SA, Thornton LK, Hides L, Lubman DI. A systematic review of psychological interventions for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2012a Oct; 126(4): 243-55.
3. Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI. Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012b Aug; 139(3): 217-29.
4. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004a Apr; 28(4): 608-18.
5. Ballesteros J, Gonzalez-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction.* 2004b Jan; 99(1): 103-8.
6. Bazargan-Hejazi S, Bing E, Bazargan M, Der-Martirosian C, Hardin E, Bernstein JA, et al. Evaluation of a Brief Intervention in an inner-city Emergency department. *Ann Emerg Med.* 2005; 46: 67-76.

7. Beich A, Gannik D, Saelan H, Thorsen T. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice--a pragmatic controlled trial. *Alcohol Alcohol*. 2007 Nov-Dec; 42(6): 593-603.
8. Bernstein J, Heeren T, Edward E, Dorfman D, Bliss C, Winter M, et al. A brief motivational interview in a pediatric emergency department, plus 10-day telephone follow-up, increases attempts to quit drinking among youth and young adults who screen positive for problematic drinking. *Acad Emerg Med*. 2010 Aug; 17(8): 890-902.
9. Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2005 May 9; 165(9): 986-95.
10. Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Meyer C, John U, Rumpf H-J. Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol-related disorders: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2008; 93: 244-51.
11. Blow FC, Barry KL, Walton MA, Maio RF, Chermack ST, Bingham CR, et al. The efficacy of two brief intervention strategies among injured, at-risk drinkers in the emergency department: impact of tailored messaging and brief advice. *J Stud Alcohol*. 2006 Jul; 67(4): 568-78.
12. Borsari B, Carey KB. Two brief alcohol interventions for mandated college students. *Psychol Addict Behav*. 2005 Sep; 19(3): 296-302.
13. British Medical Association. Guidelines on sensible drinking. London: British Medical Association; 1995.
14. Brown RL, Saunders LA, Bobula JA, Mundt MP, Koch PE. Randomized-controlled trial of a telephone and mail intervention for alcohol use disorders: Three-month drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007; 31: 1372-9.
15. Ceperich SD, Ingersoll KS. Motivational interviewing + feedback intervention to reduce alcohol-exposed pregnancy risk among college binge drinkers: determinants and patterns of response. *J Behav Med*. 2011 Oct; 34(5): 381-95.
16. Cobain K, Owens L, Kolamunnage-Dona R, Fitzgerald R, Gilmore IT, Pirmohamed M. Brief Intervention in dependent drinkers: A comparative prospective analysis in two hospitals. *Alcohol Alcoholism* 2011.
17. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2002 Jun; 9(6): 627-38.
18. D'Onofrio G, Pantalon MV, Degutis LC, Fiellin DA, Busch SH, Chawarski MC, et al. Brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2008 Jun; 51(6): 742-50 e2.

19. Daeppen JB, Bertholet N, Gaume J. What process research tells us about brief intervention efficacy. *Drug and Alcohol Review*. [Review]. 2010 Nov; 29(6): 612-6.
20. Daeppen JB, Bertholet N, Gaume J, Fortini C, Faouzi M, Gmel G. Efficacy of brief motivational intervention in reducing binge drinking in young men: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Jan 1; 113(1): 69-75.
21. Department of Veteran Affairs. *Clinical Practice Guideline: Management of Substance Use Disorders*. 2009.
22. Doumas DM, Workman C, Smith D, Navarro A. Reducing high-risk drinking in mandated college students: evaluation of two personalized normative feedback interventions. *J Subst Abuse Treat* 2011 Jun; 40(4): 376-85.
23. Ekman DS, Andersson A, Nilsen P, Stahlbrandt H, Johansson AL, Bendtsen P. Electronic screening and brief intervention for risky drinking in Swedish university students--a randomized controlled trial. *Addict Behav* 2011 Jun; 36(6): 654-9.
24. Feldman N, Chatton A, Khan R, Khazaal Y, Zullino D. Alcohol-related brief intervention in patients treated for opiate or cocaine dependence: a randomized controlled study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2011; 6:n.A.
25. Feldstein SW, Forcehimes AA. Motivational interviewing with underage college drinkers: a preliminary look at the role of empathy and alliance. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007; 33(5): 737-46.
26. Field CA, Caetano R. The effectiveness of brief intervention among injured patients with alcohol dependence: who benefits from brief interventions? *Drug and Alcohol Dependence* 2010; 111: 13-20.
27. Fink A, Elliott MN, Tsai M, Beck JC. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc* 2005 Nov; 53(11): 1937-43.
28. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract* 1999 May; 48(5): 378-84.
29. Gaume J, Gmel G, Faouzi M, Bertholet N, Daeppen JB. Is brief motivational interviewing effective in reducing alcohol use among young men voluntarily receiving it? A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2011; 35: 1822-30.
30. Gordon AJ, Conigliaro J, Maisto SA, McNeil M, Kraemer KL, Kelley ME. Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. *Subst Use Misuse* 2003 Jun; 38(8): 1017-35.
31. Grothues JM, Bischof G, Reinhardt S, Meyer C, John U, Rumpf HJ. Effectiveness of brief alcohol interventions for general practice patients with problematic drinking

- behavior and comorbid anxiety or depressive disorders. *Drug Alcohol Depend* 2008 Apr 1; 94(1-3): 214-20.
32. Hagger MS, Lonsdale A, Chatzisarantis NL. Effectiveness of a brief intervention using mental simulations in reducing alcohol consumption in corporate employees. *Psychol Health Med* 2011 Aug; 16(4): 375-92.
 33. Hagger MS, Lonsdale A, Chatzisarantis NL. A theory-based intervention to reduce alcohol drinking in excess of guideline limits among undergraduate students. *Br J Health Psychol* 2012 Feb; 17(1): 18-43.
 34. Havard A, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R. Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction* 2008 Mar; 103(3): 368-76; discussion 77-8.
 35. Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Ronnberg S. Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-Year Randomized Controlled Study. *Alcohol and Alcoholism* 2010 May-Jun; 45(3): 252-7.
 36. Ingersoll KS, Ceperich SD, Nettleman MD, Karanda K, Brocksen S, Johnson BA. Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *J Subst Abuse Treat* 2005 Oct; 29(3): 173-80.
 37. Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier M, et al. Screening and Brief Interventions for Prevention and Early Identification of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People. Sheffield: University of Sheffield, School of Health and related Research SchARR; 2010.
 38. Juarez P, Walters ST, Daugherty M, Radi C. A randomized trial of motivational interviewing and feedback with heavy drinking college students. *J Drug Educ* 2006; 36(3): 233-46.
 39. Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 152:851-9.
 40. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(2):CD004148.
 41. Kaner EFS, Brown N, Jackson K. A systematic review of the impact of brief interventions on substance use and co-morbid physical and mental health conditions. *Mental Health and Substance Use* 2011. 2012 09/20; 4(1): 38-61.
 42. Khadjesari Z, Murray E, Hewitt C, Hartley S, Godfrey C. Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review. *Addiction* 2011 Feb; 106(2): 267-82.

43. Kypri K, Hallett J, Howat P, McManus A, Maycock B, Bowe S, et al. Randomized controlled trial of proactive web-based alcohol screening and brief intervention for university students. *Arch Intern Med* 2009 Sep 14; 169(16): 1508-14.
44. Liu SI, Wu SI, Chen SC, Huang HC, Sun FJ, Fang CK, et al. Randomized controlled trial of a brief intervention for unhealthy alcohol use in hospitalized Taiwanese men. *Addiction* 2011; 106: 928-40.
45. Lundahl B, Burke BL. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol* 2009 Nov; 65(11): 1232-45.
46. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(3): CD005191.
47. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev* 2011(8): CD005191.
48. Moore AA, Blow FC, Hoffing M, Welgreen S, Davis JW, Lin JC, et al. Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addiction* 2011 Jan; 106(1): 111-20.
49. Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 (3): CD006748.
50. Morgenstern J, Irwin TW, Wainberg ML, Parsons J, Muench F, Bux DAJ, et al. A randomized controlled trial of goal choice interventions for alcohol use disorders among men who have sex with men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007; 75: 72-84.
51. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002; 97: 279-92.
52. Mundt MP, French MT, Roebuck MC, Manwell LB, Barry KL. Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *J Stud Alcohol* 2005 May; 66(3): 389-94.
53. Nagel T, Robinson G, Condon J, Trauer T. Approach to treatment of mental illness and substance dependence in remote Indigenous communities: results of a mixed methods study. *The Australian journal of rural health* 2009; 17: 174-82.
54. Neighbors C, Lewis MA, Atkins DC, Jensen MM, Walter T, Fossos N, et al. Efficacy of web-based personalized normative feedback: a two-year randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2010 Dec; 78(6): 898-911.

55. NICE. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking - public health guidance (PH 24). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2010.
56. NICE. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG 115). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2011.
57. Nilsen P, Baird J, Mello MJ, Nirenberg T, Woolard R, Bendtsen P, et al. A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *J Subst Abuse Treat* 2008 Sep; 35(2): 184-201.
58. Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J. RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. *Alcohol Alcohol* 2006 May-Jun; 45(3): 263-70.
59. Osilla KC, dela Cruz E, Miles JNV, Zellmer S, Warkins K, Larimer ME, et al. Exploring productivity outcomes from a brief intervention for at-risk drinking in an employee assistance program. *Addictive Behaviors* 2010 Mar; 35(3): 194-200.
60. Osilla KC, Zellmer SP, Larimer ME, Neighbors C, Marlatt GA. A brief intervention for at-risk drinking in an employee assistance program. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2008 Jan; 69(1): 14-20.
61. Oslin DW, Grantham S, Coakley E, Maxwell J, Miles K, Ware J, et al. PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. *Psychiatr Serv* 2006 Jul; 57(7): 954-8.
62. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine* 1999; 28: 503-9.
63. Reinhardt S, Bischof G, Grothues J, John U, Meyer C, Rumpf HJ. Gender Differences in the Efficacy of Brief Interventions with a Stepped Care Approach in General Practice Patients with Alcohol-Related Disorders. *Alcohol Alcohol* 2008 Feb 9.
64. Rooke S, Thorsteinsson E, Karpin A, Copeland J, Allsop D. Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction* 2010 Aug; 105(8): 1381-90.
65. Rubio G, Jimenez-Arriero MA, Martinez I, Ponce G, Palomo T. Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *Am J Med* 2010 Jan; 123(1): 72-8.
66. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and Alcohol Review* 2010; 29(6): 631-40.

67. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Dukes K, Kraemer KL, et al. Some medical inpatients with unhealthy alcohol use may benefit from brief interventions. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research* 2009; 33(6):269 A-A.
68. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Freedner N, Dukes K, et al. Brief Intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2007; 146:167-76.
69. Seitz HK, Bühringer G, Mann K. Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, editor. *Jahrbuch Sucht* 2008. Geesthacht: Neuland; 2008: 205-9.
70. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(5).
71. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of Motivational Interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism* 2006; 41(3): 328-35.
72. Walters ST, Vader AM, Harris TR. A controlled trial of web-based feedback for heavy drinking college students. *Prev Sci*. 2007 Mar; 8(1): 83-8.
73. Webb G, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R, Havard A. A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction* 2009 Mar; 104(3): 365-77.
74. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counselling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004 Apr 6; 140(7): 557-68.
75. Wood MD, Capone C, Laforge R, Erickson DJ, Brand NH. Brief motivational intervention and alcohol expectancy challenge with heavy drinking college students: a randomized factorial study. *Addict Behav* 2007 Nov; 32(11): 2509-28.

3.2 Körperliche Entgiftung

Martin Schäfer*, Norbert Wodarz*, Udo Bonnet, Derik Hermann, Welf Schröder, Gerhard Reymann, Clemens Veltrup, Bernd Wessel, Arnold Wieczorek, Karl Mann, Eva Hoch

* Geteilte Erstautorenschaft

3.2.1 Einleitung

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 sogenannten „qualifizierte Entzugsbehandlung“. Als wesentliches Abgrenzungsmerkmal ist anzusehen, dass sich die „körperliche Entgiftung“ auf die Behandlung einer Komplikation der Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit beschränkt, nämlich die Alkoholintoxikation bzw. den Alkoholentzug, wohingegen dies nur ein Aspekt der „qualifizierten Entzugsbehandlung“ darstellt. Zwingend zielen hier wesentliche Behandlungsbausteine auf die eigentliche Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit ab. Der Begriff „Entzugsbehandlung“ wird im vorliegenden Leitlinienkapitel übergreifend für alle Formen der Behandlung einer Alkoholintoxikation/-entzuges verwendet, schließt also sowohl die körperliche Entgiftung, als auch den qualifizierten Entzug ein.

Tabelle 1: Definition der „körperlichen Entgiftung“ und der „qualifizierten Entzugsbehandlung“

Körperliche Entgiftung	Eine körperliche Entgiftung umfasst die Behandlung von Alkoholintoxikationen mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von Alkoholentzugssymptomen, wie sie bei einem relevanten Anteil der alkoholabhängigen Patienten 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	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

	<p>soziotherapeutische sowie psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft, der Änderungskompetenz und der Stabilisierung der Abstinenz. Im Rahmen der QE soll die Motivation 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.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.2.2 Klinische Fragestellungen

- 1.) Bei welchen Patientengruppen (schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit) ist die Durchführung einer körperlichen Entgiftung wirksam und indiziert?
- 2.) Inwieweit hängt die Effektivität der körperlichen Entgiftung von folgenden Faktoren ab:
 - Behandlungskomponenten
 - Behandlungsort (ambulant, stationär, internistisch, psychiatrisch, Akutklinik, Rehaklinik)
 - Behandlungsdauer?
- 3.) Welche Risiken zeigen sich bei einer Behandlung ohne körperliche Entgiftung im Vergleich zu einer Behandlung mit körperlicher Entgiftung?
- 4.) Gibt es auch Hinweise auf eine fehlende oder sogar unerwünschte Wirksamkeit der körperlichen Entgiftung?

3.2.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
3.2.3.1	<p>Wirksamkeit und Indikation</p> <p>Alkoholbezogene Störungen sollen behandelt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 94,7%</p>	KKP

3.2.3.2	<p>Bei Patienten mit einem Risiko für die Entwicklung von Entzugssymptomen oder einem individuellen Risiko für Entzugskomplikationen wie Krampfanfällen bzw. deliranten Symptomen soll eine Entzugsbehandlung durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.2.3.3	<p>Behandlungskomponenten</p> <p>Eine symptomorientierte Behandlung des Alkoholentzuges anstatt eines fixen Dosierschemas sollte dann angeboten werden, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) ein engmaschiges Assessment und Symptomkontrolle unmittelbar bei Behandlungsbeginn und während des gesamten Verlaufes sichergestellt sind und 2.) das Personal adäquat in Assessment und Überwachung eines Alkoholentzuges geschult ist, z.B. in der Zuhilfenahme eines standardisierten Beurteilungsinstrumentes <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 94,7%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.2.3.4	<p>Behandlungsort</p> <p>Eine stationäre Behandlung in Form einer körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung soll angeboten werden</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Empfehlungsgrad A, LoE: II</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (5;22;65)</p> <p>Gesamtabstimmung: 94,7%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>

<p>3.2.3.5</p>	<p>Eine stationäre Behandlung in Form einer körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung sollte angeboten werden bei alkoholabhängigen Personen und Personen mit schädlichem Gebrauch, wenn mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt ist:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 94,7%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
<p>3.2.3.6</p>	<p>Eine ambulante 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.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
<p>3.2.3.7</p>	<p>Eine ambulante Entgiftung sollte nur angeboten werden durch Ärzte mit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) ausreichenden Kenntnissen in der Alkoholentgiftung und 2.) der Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen, inkl. Verhaltensbeobachtung und 3.) organisatorischer Sicherstellung einer 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes <p>Empfehlungsgrad B, LoE: III</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (5;22;65)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>

3.2.3.8	Behandlungsdauer Die Dauer der Behandlung sollte sich individuell an der Schwere der Entzugserscheinungen und der körperlichen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen orientieren. Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Gesamtabstimmung: 100%	KKP
3.2.3.9	Risiken bei Nichtbehandlung Alkoholabhängige, die sich keinem Alkoholentzug unterziehen wollen, sollten informiert werden über 1.) Risiken der nicht überwachten plötzlichen Trinkmengenreduktion oder eines Trinkstopps, wie z.B. Entzugskomplikationen und deren Behandlungsmöglichkeiten. 2.) alternative Hilfeangebote Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Gesamtabstimmung: 100%	KKP
3.2.3.10	Unerwünschte Wirksamkeit der körperlichen Entgiftung Da eine körperliche Entgiftung alleine keine hinreichende Therapie der Suchterkrankung darstellt, sollen weitere suchtmedizinische Hilfen vorgehalten bzw. vermittelt werden. Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Gesamtabstimmung: 100%	KKP

3.2.4 Hintergrund der Evidenz

Für die Erstellung der Schlüsselempfehlungen konnte auf die zur Verfügung stehenden Quelleitlinien zurückgegriffen werden. Eine ergänzende systematische Literaturrecherche war nur für den Bereich „qualifizierter Entzug“ notwendig. Der sogenannte „qualifizierte Entzug“ bildet sich in den Quelleitlinien nur unzureichend ab, da er im Rahmen der Struktur des deutschen Versorgungssystems eine Besonderheit darstellt. Die zugehörige systematische Literaturrecherche ergab jedoch keine auf die Struktur des deutschen Versorgungssystems übertragbare Literaturstelle. Die unabhängig von der systematischen

Literaturrecherche vorliegenden, in der Regel deutschsprachigen Studien wurden bei der Erstellung der Klinischen Konsenspunkte berücksichtigt.

3.2.5. Darstellung der Evidenz

3.2.5.1 Wirksamkeit und Indikation

Eine medikamentös unterstützte Entzugsbehandlung ist indiziert und wirksam bei Patienten mit einem Risiko für die Entwicklung von Entzugssymptomen und einem individuellen Risiko für Entzugskomplikationen wie Entzugsanfällen bzw. Delirien. Die höhere Wirksamkeit bzw. Notwendigkeit der Entzugsbehandlung gegenüber einer Nichtbehandlung hängt u.a. von der Ausprägung und der Intensität des Alkoholkonsums ab, dem Zeitpunkt der letzten Einnahme, dem Ausmaß der Abhängigkeit, der Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung schwerer Entzugskomplikationen, dem Vorliegen psychischer und/oder somatischer Begleiterkrankungen. Bei schädlichem Gebrauch kann eine Entzugsbehandlung erfolgen, wenn eine (gesicherte) Alkoholabstinenz notwendig erscheint, z.B. bei drohenden somatischen, psychischen oder sozialen Folgen durch fortgesetzten Alkoholkonsum. Die S2-Leitlinien „Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ und „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ kommen zur Empfehlung, dass eine Behandlung bei Alkoholabhängigkeit effektiver ist als eine Nicht-Behandlung (AWMF 2001, Fleischmann 2002, Hox et al. 1998, Miller et al. 2002, Mirin 1995).

3.2.5.2 Behandlungskomponenten, Behandlungssetting, Behandlungsdauer

Ein vegetatives Alkoholentzugssyndrom beginnt in der Regel sechs bis acht Stunden nach Beendigung oder substantieller Reduktion des bisherigen Alkoholkonsums. Die Symptomatik kann u.a. bestehen aus: allgemeiner Hyperaktivität, erhöhter Ängstlichkeit, Tremor, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, erhöhtem Sympathikotonus (Tachykardie, erhöhter Blutdruck, subfebrile Temperaturen). Der Peak der vegetativen Entzugssymptomatik ist in der Regel nach 10 – 30 Stunden erreicht und lässt nach 40 – 50 Stunden meist sukzessive nach. Vermutlich weniger als 5% der Patienten entwickeln schwere Entzugssymptome mit generalisierten Entzugsanfällen bzw. einem Entzugsdelir (APA 2006, Ciraulo & Shader 1991, NICE 2010, Shaw et al. 1998). Entzugsanfälle treten typischerweise in den ersten 12 – 48 Stunden des Entzuges auf, sehr selten später. Bei verbesserter Diagnostik und Behandlung ist heute von einer Mortalitätsrate von 1% bei einem Entzugsdelir auszugehen ist (Ciraulo & Shader 1991, Shaw et al. 1998). Grundsätzlich erhöht jedoch das Vorliegen einer begleitenden somatischen Erkrankung das Risiko für das Auftreten eines schweren Entzugssyndroms (Ferguson et al. 1996, Feuerlein et al. 1994, Schuckit et al. 1995). Bei ca. 2/3 der Patienten mit mildem Entzugssyndrom scheint eine Behandlung mit engmaschiger Überwachung und therapeutischer Unterstützung und Rückversicherung als

Behandlungsmaßnahme ausreichend zu sein (Whitfield et al. 1978), allerdings ist die Effektivität einer solchen unterstützenden Behandlung im Vergleich zu Pharmakotherapie nicht gut untersucht (Naranjo et al. 1983, Shaw et al. 1981). Inwieweit eine konsequente Entgiftung und Verhinderung schwerer Entzugssymptome und Entzugskomplikationen auch Spätfolgen verhindern oder reduzieren kann, ist bisher noch unzureichend untersucht. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit von Krampfanfällen im Entzug mit der Häufigkeit früher durchgemachter Entgiftungen zunimmt (Booth & Blow 1993, Brown et al. 1988, Duka et al. 2002, Lechtenberg & Worner 1991, Lechtenberg & Worner 1992, NICE 2010, Schuckit et al. 1995, Wojnar et al. 1999). Daher bedürfen Patienten mit mehrfachen Entzügen einer intensiveren Behandlung (Malcolm et al. 2002). Es zeigte sich jedoch keine Zunahme des Risikos eines Delirium tremens mit der Häufigkeit von Entzügen (Ferguson et al. 1996, NICE 2011). Ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Delirium tremens besteht bei der Vorgeschichte eines früheren Entzugsanfalles und/oder eines früher durchgemachten Entzugsdelirs, einer Überaktivität des autonomen Nervensystems trotz mehr als 1 Promille Blutalkohols (NICE 2010, Palmstierna 2001). Es liegen keine Untersuchungen vor, die die Vor- und Nachteile einer ungeplanten mit einer geplanten Entzugsbehandlung verglichen hätten. Die niedrighschwellige Notaufnahme ist unverzichtbar bei plötzlich einsetzenden Entzugserscheinungen und Entzugskomplikationen. Die geplante Aufnahme hat Vorteile in der meist höheren Behandlungsmotivation, die auch häufiger zu einer gezielten Weiterleitung in eine Anschlussbehandlung, z.B. einer Entwöhnungsbehandlung führen kann.

Eine symptom-gesteuerte Entzugsbehandlung führt im Vergleich zu einem festen Dosierschema zu einem signifikant niedrigeren Medikationsverbrauch und einer kürzeren Behandlungsdauer, ohne dabei eine Zunahme der Entzugsschwere oder von Entzugskomplikationen, wie Anfall oder Delir, zu beobachten. Dabei scheint der Unterschied umso größer zu sein, je höher der initiale Entzugsscore, z.B. CIWA-Ar war (Daepfen et al. 2002, NICE 2010, Saitz et al. 1994, Weaver et al. 2006). Auch wurden keine signifikanten Unterschiede in der Wahrnehmung subjektiver Gesundheitsprobleme beobachtet (Daepfen et al. 2002, NICE 2010, Saitz et al. 1994). Die vorliegende Evidenz stammt ausschließlich aus spezialisierten Behandlungseinrichtungen. Eine fachgerechte Anwendung der symptom-gesteuerten Behandlung erfordert die notwendigen Kenntnisse im Assessment des Schweregrades und der engmaschigen Überwachung eines Entzugssyndroms. Für ein reliables Assessment empfiehlt sich die Orientierung an evaluierten Beurteilungsinstrumenten eines Alkoholentzuges, wie z.B. der Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar: Sullivan et al. 1989)) oder der Alkohol-Entzugssyndrom-Skala (AES: Wetterling & Veltrup 1997). Gerade die engmaschige Überwachung ist für einen symptom-gesteuerten Entzug über den gesamten

Behandlungszeitraum unabdingbar, schränkt daher auch dessen Umsetzung außerhalb eines stationären Behandlungssettings auf ausgewählte Fälle ein (NICE 2010).

Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen (N pro Behandlungsarm = 51 – 92) keine ausreichende Power aufwiesen zum Nachweis eines Unterschiedes im Auftreten der unter Behandlung relativ seltenen Entzugsanfälle bzw. –delir zwischen einer symptom-gesteuerten und einer Behandlung mit einem festen Dosierschema. Zu einer vergleichbaren Einschätzung kommt das VA/DoD (Department of Defense 2009). Die NICE-Guidelines kommen zu dem Schluss, dass die Datenlage für eine eindeutige/generelle Empfehlung nicht ausreicht, in welchem Setting behandelt werden sollte (NICE 2010). Die Durchführung einer Entzugsbehandlung bedarf einer regelmäßigen ärztlichen Begleitung. Bei im Vordergrund stehenden, schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen sollte die Behandlung vorzugsweise in den entsprechenden somatischen Fachabteilungen erfolgen, beim Vorliegen (komorbider) psychischer und Verhaltensstörungen in psychiatrischen Abteilungen und Kliniken. Bei potentiell lebensbedrohlichem Verlauf eines Entzugs wie Delirien, kardialen, pulmonalen und/oder anderen Komplikationen sollte die Behandlung in dafür geeigneten stationären Einheiten erfolgen, z.B. mit der Möglichkeit zur Intensivüberwachung und -behandlung. Für die Dauer der Behandlung kann ein stationäres Setting die Wiederaufnahme eines Alkoholkonsums (Abstinenzunterbrechung) effektiver verhindern sowie Entzugskomplikationen effektiver vermeiden bzw. behandeln.

Tabelle 2: Definition der „Abstinenz“

Definition:	Lat. abstinere: sich enthalten, fernhalten
Abstinenz	<p>Ziel ist das Einstellen jeglichen Alkoholkonsums aus eigenem Entschluss. Eine konkrete Zeitdauer ist damit nicht verknüpft. Eine Trinkmengenreduktion kann ein Zwischenschritt zur Abstinenz sein. Häufig liegen gesundheitliche bzw. psychosoziale Probleme vor, die eine Alkoholabstinenz erforderlich machen können (z.B. notwendige Lebertransplantation) bzw. das Erreichen einer solchen erheblich erschweren können (z.B. trinkendes Umfeld).</p> <p>Ziel einer Entzugsbehandlung ist das komplikationslose „Freiwerden“ vom Suchtmittel (Abstinenz). Die Aufrechterhaltung einer Abstinenz stellt eine eigene Herausforderung dar und profitiert in der Regel deutlich von den therapeutischen Hilfen einer Post-Akutbehandlung.</p>

Die NICE-Guidelines empfehlen in einem Expertenkonsens eine stationäre Entzugsbehandlung bei:

- 1.) Menschen mit Alkoholentzugserscheinungen die als Risikogruppe für Komplikationen wie Entzugskrampfanfälle oder Delirien eingestuft werden
- 2.) Menschen mit Alkoholentzugserscheinungen unter 16 Jahren. Neben der Behandlung körperlicher Entzugserscheinungen sollten psychosoziale Maßnahmen erfolgen.
- 3.) Menschen in reduziertem Allgemeinzustand, mit kognitiven Einbußen, mit multiplen Komorbiditäten, fehlender sozialer Unterstützung, mit unzureichenden Fähigkeiten zur Mitarbeit und Jugendliche sowie junge Erwachsenen
- 4.) Menschen mit Alkoholentzugserscheinungen und schweren Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine ambulante Behandlung in Frage stellen, z. B. deutlich reduzierter Allgemeinzustand, kognitive Einbußen, akute Psychose, chronische psychotische Prozesse (substanzinduziert oder anderer Genese), fremdgefährdendes Verhalten oder erhebliche psychische oder körperliche Komorbidität, inkl. Suizidalität, die im ambulanten Setting nicht ausreichend mitbehandelt werden können (vgl. hierzu auch S3-Behandlungsleitlinie „Suizidalität“),
- 5.) Menschen in einem den Behandlungserfolg behindernden Umfeld (beispielsweise bei massiven familiären Konflikten, destruktiven Partnerbeziehungen oder bei instabiler Wohnsituation).

Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, die aktuell nicht stationär behandelt werden wollen oder können, sollten über ihre Gefährdung aufgeklärt werden, wenn sie eigenständig ohne therapeutische Unterstützung den Alkoholkonsum plötzlich beenden. Sie sollten über lokale Möglichkeiten der Alkoholbehandlung informiert werden (NICE 2010, Ntais 2005).

Abgesehen von der Anamnese von Entzugskomplikationen, wie generalisierter Anfall oder Delir, liegt bislang wenig sichere Evidenz zur Beurteilung vor, wie schwer ein Alkoholentzug voraussichtlich verlaufen wird. Somit unterliegt die individuelle Einschätzung unter Berücksichtigung bisheriger Entzugsverläufe, der Dauer und Menge des Alkoholkonsums ohne längere Unterbrechung und dem somato-psychischen Allgemeinzustand einiger Unsicherheit. Ambulante Entzugsbehandlungen sollten daher organisatorisch eine 24h erreichbare/zugängliche Versorgungsstruktur vorhalten, z.B. Absprache mit dem allgemeinen Notdienst bzw. die kurzfristige Möglichkeit einer stationären Aufnahme bei Komplikationen beinhalten. Eine ambulante Entzugsbehandlung kann erfolgreich sein, wenn eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist und der Patient 1.) über die zur Inanspruchnahme der Behandlung notwendige physische und psychische Belastbarkeit verfügt, 2.) ein soziales Umfeld mit stabilisierender/unterstützender Funktion hat, 3.) über eine stabile Wohnsituation verfügt und 4.) gute Compliance aufweist bzw. ausreichende

Adhärenz besteht. Eine ambulante Entzugsbehandlung ist nicht angezeigt: 1.) Bei schweren Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine ambulante Behandlung in Frage stellen, z. B. akute Intoxikation, akute Psychose, chronische psychotische Prozesse (substanzinduziert oder anderer Genese), akute Suizidalität, fremdgefährdendes Verhalten oder erhebliche psychische oder körperliche Komorbidität, die im ambulanten Setting nicht ausreichend mitbehandelt werden können oder 2.) wenn ein den Behandlungserfolg behinderndes Umfeld (beispielsweise bei massiven familiären Konflikten, destruktiven Partnerbeziehungen oder bei instabiler Wohnsituation) besteht.

Besonders im ambulanten oder teilstationären Setting sollten die durchführenden Ärzte über ausreichende Kenntnisse und praktische Erfahrung in der Alkoholentzugsbehandlung verfügen. Dazu gehört auch Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen, insbesondere das Erkennen und Einordnen von Intoxikations- und Entzugssymptomen und den pharmakotherapeutischen Umgang mit Entzugskomplikationen. Unabdingbar sind die Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen, inkl. Verhaltensbeobachtung und die organisatorische Sicherstellung einer 24h-Erreichbarkeit eines Notfalldienstes, insbesondere eine kurzfristige Verfügbarkeit stationärer Weiterbehandlung bei Auftreten schwerer Entzugsverläufe bzw. -komplikationen. Im deutschen Versorgungssystem sollten hier die eventuell hinzugezogenen Notdienste (z.B. Kassenärztlicher Notdienst, Notärzte) über die Durchführung ambulanter Alkoholentzüge informiert sein (APA 2006, Dept of Defense 2009, NICE 2010). Bislang liegt keine ausreichende Evidenz vor, nach der sich klare Indikationskriterien für eine ausschließlich teilstationär durchgeführte Entzugsbehandlung herausarbeiten ließen. Derzeit würde man die teilstationäre Behandlung eher im Sinne einer ganztägig ambulanten Entzugsbehandlung einordnen.

Die NICE-Guidelines empfehlen als Expertenkonsens eine individuelle Behandlungsdauer, die sich an die Schwere der Entzugssymptome orientieren soll. Auch relevant für die Dauer einer (qualifizierten) Entzugsbehandlung ist die Schwere somatischer und psychischer Begleit- oder Folgeerkrankungen, da es hier zu einer wechselseitigen Verstärkung kommen kann bzw. eine valide Diagnostik und Therapie der Begleiterkrankungen erst nach Abschluss des Entzuges ermöglicht wird. Für die Behandlung von chronisch mehrfach beeinträchtigt Alkoholabhängigen (CMA) konnten die besten Ergebnisse nach einer individuell angepassten Behandlungsdauer von 2-6 Monaten erzielt werden, wonach unter Berücksichtigung ökonomischer Interessen der Kostenträger ein "therapeutisches Zeitfenster" von 30-60 Tagen optimal zu sein scheint (Fleischmann 2002).

3.2.5.3 Risiken

Es bestehen Risiken bei einer nicht überwachten plötzlichen Trinkmengenreduktion/-stopp, insbesondere durch die Möglichkeit des Auftretens von Entzugskomplikationen. Daher sollten Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, die aktuell keine Entzugsbehandlung durchführen wollen oder können, über die Risiken einer plötzlichen Trinkmengenreduktion aufgeklärt werden. Sie sollten auch über Möglichkeiten der Alkoholbehandlung informiert werden. Diese Informationen sollten möglichst an die regionalen Gegebenheiten des Betroffenen angepasst sein und sollten vor allem niedrigschwellige Angebote umfassen, z.B. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, niedergelassene Ärzte etc. Der Empfehlungsgrad entspricht am ehesten einem Expertenkonsens (NICE 2010, Ntais et al. 2005).

3.2.5.4 Fehlende/unerwünschte Wirksamkeit

Eine Beschränkung der Behandlung von Suchterkrankungen auf die rein somatische Ebene („körperliche Entgiftung“) dient allein der Verhinderung von Komplikationen („Harm reduction“). In diesen Leitlinien wurde bewusst vermieden, von einer „Entzugsbehandlung“ oder „Alkoholentzugsbehandlung“ zu sprechen, da die körperliche Entgiftung von den Rahmenbedingungen nicht ausreichend eine therapeutische Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik beinhaltet. Die körperliche Entgiftung alleine ist NICHT als Behandlung der eigentlich zu Grunde liegenden Suchterkrankung anzusehen, da sie als alleiniger Behandlungsansatz in der Regel nicht in der Lage ist, die Ursachen des Suchtverhaltens anzugehen und den Verlauf einer Suchterkrankung nachhaltig positiv zu beeinflussen. Suchtkranke weisen überdurchschnittlich häufig zusätzliche behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen als Folgeerkrankung oder komorbide Störung auf (z.B. depressive Syndrome, Persönlichkeitsstörungen, hirnorganische Beeinträchtigungen, etc.), die eine fachpsychiatrische Diagnostik und Behandlung erfordern und ebenfalls in einer Entgiftungsbehandlung nicht ausreichend berücksichtigt werden. Vorausgegangene Entgiftungsbehandlungen sollen zu einem langsameren Abklingen der Entzugssymptomatik beitragen (Malcolm et al. 2000, NICE 2010). Das Auftreten schwerer Entzugssymptome (definiert als: Benötigen von mehr als 600mg Chlordiazepoxid-Äquivalent an Benzodiazepinen) war in einer Studie mit der Durchführung von mehr als zwei Entgiftungsbehandlungen assoziiert (OR 2.6) (Kraemer et al. 2003, NICE 2010). Es zeigte sich jedoch kein Zusammenhang zwischen der Anzahl vorheriger Entgiftungsbehandlungen und dem CIWA-Ar Score bei Aufnahme (Malcolm et al. 2000, NICE 2010), dem Schweregrad des Alkoholentzuges insgesamt (NICE 2010, Wetterling et al. 2001) oder dem Auftreten schwerer Entzugssymptome, wie Delirium tremens, Halluzinationen oder Alkoholdemenz (Booth & Blow 1993, NICE 2010).

3.2.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Die Schlüsselempfehlungen lassen sich in der Regel direkt aus der vorliegenden Evidenz ableiten. Wo dies nicht zwangsläufig möglich war, insbesondere bei einer Diskrepanz zwischen Expertenmeinung und vorliegender Evidenz (meist niedrig) entschied sich die Autorengruppe für die Verwendung eines Klinischen Konsenspunktes.

3.2.7 Empfehlungen für künftige Forschung

- 1.) Wirksamkeit von Behandlungskomponenten (z.B. Einfluss spezialisierter Einrichtungen der Psychiatrie und Suchtmedizin vs. Allgemeinkrankenhäusern)
- 2.) Optimale Behandlungsdauer (eventuell stellt die Behandlungsdauer an sich bereits eine der relevant wirksamen Behandlungskomponenten dar)
- 3.) Behandlungsbedarf von besonderen Untergruppen (z.B. chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige).
- 4.) Studien zu teilstationären und ambulanten Entzugsbehandlung (für wen geeignet, in welchem Setting, mit welcher Behandlung/Medikation, Sicherheitsaspekte, Kosten-Nutzen-Aspekte).
- 5.) Langzeitkomplikationen bei Nichtbehandlung
- 6.) Mögliche protektive Effekte einer konsequenten medikamentösen Therapie (z.B. zur Vermeidung von Kindling-Effekten, Alkoholdemenzen, etc.)

3.3 Qualifizierte Entzugsbehandlung

Martin Schäfer*, Norbert Wodarz*, Udo Bonnet, Derik Hermann, Welf Schröder, Gerhard Reymann, Clemens Veltrup, Bernd Wessel, Arnold Wieczorek, Eva Hoch, Karl Mann

*) Geteilte Erstautorenschaft

3.3.1 Einleitung

Eine Klärung des Begriffs der qualifizierten Entzugsbehandlung wurde im vorherigen Kapitel 3.2 vorgenommen

3.3.2 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Wirksamkeit (z.B. Abstinenzrate, Abstinenzzeit, Rückfälle, Vermittlung in Langzeittherapie, stationäre Wiederaufnahme) zeigt eine qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) im kontrollierten Vergleich mit einer körperlichen Entgiftung bei verschiedenen Patientengruppen?
- 2.) Welche Wirksamkeit (z.B. langfristige Abstinenz, Trinkmengenreduktion) zeigt eine qualifizierte Entzugsbehandlung im kontrollierten Vergleich mit Langzeittherapien (stationär, ambulant, etc.) bei verschiedenen Patientengruppen?
- 3.) Gibt es auch Hinweise auf eine fehlende oder sogar unerwünschte Wirksamkeit der qualifizierten Entzugsbehandlung?

3.3.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
3.3.3.1	<p>Wirksamkeit</p> <p>Es sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) statt einer reinen körperlichen Entgiftung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
3.3.3.2	<p>Indikation</p> <p>Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) soll angeboten werden, wenn der Patient weiterführenden Behandlungsmaßnahmen ambivalent gegenübersteht.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP

3.3.3.3	Dauer Zur Erhöhung der Effektivität sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Regel 21 Behandlungstage umfassen. Unter Beachtung von 3.1.3.2.6 kann individuell auch eine längere Behandlungsdauer notwendig werden. Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Gesamtabstimmung: 100%	KKP
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

3.3.4 Hintergrund der Evidenz

Die sogenannte „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ bildet sich in den Quelleitlinien nur unzureichend ab, da diese Behandlungsform aufgrund der Struktur des deutschen Versorgungssystems eine Besonderheit darstellt. Eine QE erfolgt üblicherweise an der Schnittstelle zwischen Behandlung einer Komplikation (Alkoholentzugssyndrom) und der Behandlung der eigentlichen Grunderkrankung, der Alkoholabhängigkeit. Die deutsche Besonderheit entsteht an der Schnittstelle einer geteilten Zuständigkeit der Kostenträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, vgl. 3.3.5.1). Es erfolgte zusätzliche eine systematische Literaturrecherche, welche jedoch nur eine potentiell relevante Literaturstelle erbrachte. Diese konnte u.a. aufgrund der fehlenden Übertragbarkeit auf die Struktur des deutschen Versorgungssystems nicht verwendet werden. Die unabhängig von der systematischen Literaturrecherche vorliegenden, in der Regel deutschsprachigen Studien wurden bei der Erstellung der Klinischen Konsenspunkte berücksichtigt.

3.3.5 Darstellung der Evidenz

3.3.5.1 Wirksamkeit

In Deutschland hat sich ein differenziertes Suchthilfesystem entwickelt, welches sich deutlich von dem Versorgungsangebot anderer Länder unterscheidet. Vor dem Hintergrund der bestehenden Sozialgesetzgebung gibt es eine Trennung der Leistungsträgerschaft bei der Akut- und Postakutbehandlung. Während für die erste Leistungsform (z.B. körperliche Entgiftung, Qualifizierte Entzugsbehandlung) die Krankenversicherungen die Kosten übernehmen, ist für die Maßnahmen der Postakutbehandlung (Rehabilitation) bei Erwerbstätigen i. d. R. die Rentenversicherung zuständig. Dies führt im Bereich der Entgiftungsbehandlung zur unbefriedigenden Situation, dass die von Leistungsträgerseite häufig gewünschte Beschränkung auf die Akutbehandlung des körperlichen Entzugssyndroms weder eine ausreichende Behandlung der häufig länger als die körperlichen Symptome anhaltenden psychischen Entzugssymptome, wie Suchtdruck,

Irritabilität, Konzentrationsstörung, innere Unruhe („Nervosität“), Dysphorie, Affektlabilität, Angst und Schlafstörungen, gestattet, noch die Mitbehandlung der eigentlich zugrundeliegenden Erkrankung, nämlich der Alkoholabhängigkeit. Ferner drohen die in ihrer Motivationslage oft ambivalenten Patienten der Akutbehandlung auf dem Weg in weiterführende Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen an den zum Teil erheblichen administrativen Hürden und Wartezeiten zu scheitern. Hieraus ist in Deutschland das Konzept der qualifizierten Entzugsbehandlung entstanden, um eine stabilere weiterreichende Therapiemotivation entwickeln zu können und die bestehenden Schnittstellenhürden zu reduzieren.

3.3.5.2 Indikation

Es gibt einige Hinweise auf eine bessere Wirksamkeit einer qualifizierten Entzugsbehandlung in Bezug auf Abstinenzrate, Abstinenzzeit, Rückfälle und Vermittlung in Langzeittherapie im Vergleich zu einer reinen körperlichen Entgiftung, ohne dass dazu bislang kontrollierte Studien mit hohem Evidenzniveau vorliegen würden. So finden sich in der internationalen Literatur für diese Fragestellung kaum verwertbare Untersuchungen. Die bislang vorliegende Evidenz stammt meist aus Fallserien und Fall-Kontroll-Studien. Danach liegen erste Hinweise auf eine bessere Wirksamkeit einer QE im Vergleich zu einer reinen körperlichen Entgiftung vor. So wiesen Patienten nach einem QE eine höhere Abstinenzrate (Driessen et al. 1999, Lange et al. 1999, Loeber et al. 2009), eine höhere Rate von Vermittlungen in eine weiterführende Therapie, z.B. Postakutbehandlung (Rehabilitation) (Stetter & Mann 1997), einen besseren Therapieerfolg einer nachfolgenden Rehabilitationsbehandlung (Bauer & Hasenöhr 2000) und eine reduzierte Wiederaufnahmerate auf (Reker et al. 2004).

3.3.5.3 Dauer

Trotz der im Vergleich längeren Behandlungsdauer, war die QE bereits für die Kostenträger der Akutbehandlung kosteneffizient (Driessen et al. 1999). Unabhängig davon konnte gezeigt werden, dass sich eine längere Behandlungsdauer positiv auf den Behandlungserfolg auswirkt (Übersicht bei Sonntag & Künzel 2000) und u.a. die Wiederaufnahmerate reduziert (Wodarz et al. 2007). Auch in der Empfehlungsvereinbarung NRW zum qualifizierten Entzug bildet sich die o.a. Evidenz ab: „Die Behandlungsdauer bemisst sich nach dem akuten Alkoholentzugssyndrom, der (häufig mehrere Wochen andauernden) Restitution neuropsychologischer und kognitiver Fähigkeiten und der emotionalen Stabilität sowie den komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen. Zudem muss die Behandlungsdauer den häufig auftretenden psychosozialen Krisensituationen Rechnung tragen. Für eine bei Behandlungsbeginn eingeräumte Behandlungsdauer von drei bis vier

Wochen ist für die qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen die Wirksamkeit und Kosteneffizienz wissenschaftlich nachgewiesen. Die Behandlungsdauer der Q.E. beträgt in der Regel bis zu drei Wochen, bei kompliziertem Verlauf der Detoxifikationsphase und in besonders gelagerten und begründeten Einzelfällen kann sie bis zu sechs Wochen dauern. Es gibt Hinweise, dass QE auch ambulant und teilstationär durchführbar ist (Hintz et al. 2005, Reymann & Danziger 2001). Diese kann auch als Fortführung einer stationären Entgiftung erfolgen. Bei aktuell trinkenden alkoholabhängigen Patienten erscheint eine ambulante oder teilstationäre QE möglich, falls ein unterstützendes soziales Umfeld vorliegt und keine psychischen oder körperlichen Risikofaktoren (wie internistischen Risikofaktoren oder Begleiterkrankungen, Entzugskomplikationen wie z.B. Entzugsanfälle oder delirante Syndrome in der Vorgeschichte) vorliegen. Eine einzeltherapeutische Intervention erscheint ähnlich erfolgreich wie ein gruppentherapeutisches Programm (John et al. 2000). Bislang liegen nur unzureichende Daten zur Wirksamkeit bei speziellen Patientengruppen vor, wie z.B. Schwangeren, Senioren oder Frauen. Bei Alkoholabhängigen aus diesen Gruppen sollte jedoch ebenfalls das vorrangige Ziel die Vermeidung von Folgeschäden sein, unabhängig von Alter oder Geschlecht, mit schneller Anbindung an das Suchthilfesystem zur Sicherstellung erforderlicher Behandlungsmaßnahmen. Eine Vermittlung in eine QE sollte baldmöglichst erfolgen, spätestens jedoch, wenn sich Angebote wie Beratung durch Haus- oder Facharzt oder Suchtberatungsstelle oder sogar körperliche Entgiftung(en) als unzureichend wirksam erweisen. Bislang liegen keine kontrollierten Untersuchungen vor, die die Wirksamkeit einer QE mit längerdauernden Behandlungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation („Entwöhnungsbehandlung“) verglichen hätten. Es gibt derzeit keine Hinweise darauf, dass eine qualifizierte QE nicht mindestens genauso wirksam ist wie eine körperliche Entgiftung oder ggf. sogar unerwünschte Wirkungen haben könnte.

3.3.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Es lag keine Evidenz aus den verfügbaren Quellleitlinien und auch nicht aus der ergänzenden systematischen Literaturrecherche vor. Die Schlüsselempfehlungen wurden daher als Klinische Konsenspunkte formuliert und basieren auf der verfügbaren deutschsprachigen Literatur, die in der Regel nicht über das Vorgehen der systematischen Literaturrecherche erfasst wurde.

3.3.7 Forschungsbedarf

- 1.) Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit und Kosteneffizienz der Qualifizierten Entzugsbehandlung
- 2.) Nationale Studien zur Überprüfung der Effektivität von Behandlungskomponenten und Therapieinhalten (Trennung der Kostenträgerzuständigkeit für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung)
- 3.) Aufgrund der Bedeutung alkoholbezogener Störungen als chronische Erkrankung mit erheblichen Folgeerkrankungen und der volkswirtschaftlichen Bedeutung wird empfohlen, die Forschung über mögliche Interventionen breit anzulegen und alle Elemente des medizinisch-therapeutischen und rehabilitativen Versorgungssystems einzubeziehen.

3.4 Arzneimittel zur Entzugsbehandlung

Martin Schäfer*, Norbert Wodarz*, Udo Bonnet, Derik Hermann, Welf Schröder, Gerhard Reymann, Clemens Veltrup, Bernd Wessel, Arnold Wieczorek, Eva Hoch, Karl Mann

*) Geteilte Erstautorenschaft

3.4.1 Einleitung

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

3.4.2 Klinische Fragestellungen

1. Welche Wirksamkeit (positive, fehlende, unerwünschte) zeigen Arzneimittel im kontrollierten Vergleich, wenn sie bei verschiedenen Patientengruppen (z.B. mit Teilaspekten des Entzuges wie Hypertonus, Tremor, Schlafstörungen, Unruhe / mit speziellen Komplikationen wie Entzugskrampfanfällen, Delir / mit Polytoxikomanie) in verschiedenen Settings (z.B. Intensivmedizin) eingesetzt werden?
2. Welche Hinweise auf eine differentielle Indikation gibt es (z.B. bei akuter Alkoholintoxikation, Mischintoxikation, Erregungszuständen, eingeschränkter Leberfunktion, eingeschränkter Nierenfunktion, eingeschränkter Lungenfunktion, chronisch mehrfach Abhängigen, stark reduziertem Allgemeinzustand; Schwangerschaft)?

3.4.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
	Pharmakotherapie	
3.4.3.1	<p>Wirksamkeit Pharmakotherapie</p> <p>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.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (3;5;22;55;65;67)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	A
3.4.3.2	<p>Wirksamkeit Pharmakotherapie</p> <p>Leichte Alkoholentzugssyndrome können pharmakologisch behandelt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	O
3.4.3.3	<p>Wirksamkeit Pharmakotherapie</p> <p>Schwere und mittelschwere Alkoholentzugssyndrome sollen pharmakologisch behandelt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (3;5;22;55;65)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%]</p>	A

3.4.3.4	<p>Wirksamkeit Benzodiazepine</p> <p>Benzodiazepine reduzieren effektiv die Schwere und Häufigkeit von Alkoholentzugssymptomen sowie die Häufigkeit schwerer Entzugskomplikationen wie Delire und Entzugskrampfanfälle. Benzodiazepine sollen zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (3;4;55;65;67)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
3.4.3.5	<p>Wirksamkeit Benzodiazepine Delir</p> <p>Für die Behandlung deliranter Syndrome mit Halluzinationen, Wahn oder Agitation sollten Benzodiazepine mit Antipsychotika (insbesondere Butyrophenone, wie Haloperidol) kombiniert werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 4</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1;5;21;55)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>
3.4.3.6	<p>Wirksamkeit Clomethiazol</p> <p>Clomethiazol reduziert effektiv die Schwere und Häufigkeit von Alkoholentzugssymptomen sowie die Häufigkeit schwerer Entzugskomplikationen wie Delir und Entzugskrampfanfälle. Clomethiazol sollte unter stationären Bedingungen zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>

3.4.3.7	<p>Wirksamkeit Clomethiazol im Delir</p> <p>Für die Behandlung deliranter Syndrome mit Halluzinationen, Wahnsymptome und Agitation sollte Clomethiazol mit Antipsychotika (insbesondere Butyrophenone, wie Haloperidol) kombiniert werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%]</p>	<p style="text-align: center;">B</p>
3.4.3.8	<p>Hinweise unerwünschte Wirksamkeit Clomethiazol</p> <p>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.</p> <p>Clomethiazol ist nicht für die ambulante Behandlung des Alkoholentzugssyndroms zugelassen.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.4.3.9	<p>Wirksamkeit Antikonvulsiva bei Krampfanfällen^{*,**}</p> <p>Antikonvulsiva sollten zur Verhinderung von Alkoholentzugskrämpfanfällen eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: I</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 83,3%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>

*Diese Empfehlung gilt nur bei spezifischer Indikationsstellung (siehe Hintergrundtext 3.4.6.4 Antikonvulsiva).

**Im finalen Abstimmungsprozess haben 45 von 46 Fachgesellschaften der Empfehlung zugestimmt. Keine Zustimmung erfolgte von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Die Erläuterungen dazu finden sich im Sonderkapitel „Schriftwechsel mit den Fachgesellschaften“ ab Seite 17 (siehe Anlage).

3.4.3.10	<p>Wirksamkeit von Antikonvulsiva bei Alkoholentzug</p> <p>Carbamazepin, Valproinsäure, Gabapentin und Oxcarbazepin können zur Therapie leicht- bis mittelgradiger Alkoholentzugssyndrome eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: III</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (5;6;12;17;22;50;52;54;55;58;62;63;65;78)</p> <p>Gesamtabstimmung: 76,5%</p>	<p style="text-align: center;">O</p>
3.4.3.11	<p>Neuroleptika</p> <p>Neuroleptika 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.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 2</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 94,1%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>
3.4.3.12	<p>Beta-Blocker und Clonidin</p> <p>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.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 4</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (5;22;65)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%]</p>	<p style="text-align: center;">O</p>

3.4.3.13	<p>Baclofen</p> <p>Baclofen sollte aufgrund der derzeitigen Studienlage nicht für die Behandlung des Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (2;45)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">O</p>
3.4.3.14	<p>Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB)</p> <p>GHB sollte aufgrund der Nutzen-Risiko-Bewertung nicht für die Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1a</p> <p>Literatur: (43)</p> <p>Gesamtabstimmung: 78,6%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>
3.4.3.15	<p>Alkohol als Medikament</p> <p>Alkohol soll nicht für eine medizinisch überwachte Alkoholentzugsbehandlung eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (5;22;65)</p> <p>Gesamtabstimmung: 92,3%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.4.3.16	<p>Andere Medikamente</p> <p>Medikamente mit prokonvulsiven und anticholinergen Wirkungen wie niederpotente Neuroleptika und trizyklische Antidepressiva sollten im Alkoholentzug vermieden werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 92,9%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>

3.4.3.17	<p>Tiapridex</p> <p>Tiapridex kann in Kombination mit einem Antikonvulsivum zur Behandlung leichter bis mittelschwerer Alkoholentzugssymptome eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 3</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1;47;53;60;87;88)</p> <p>Gesamtabstimmung: 85,7%</p>	O
3.4.3.18	<p>Thiamin zur Wernicke Enzephalopathie Prophylaxe</p> <p>Im Alkoholentzug sollte zur Prophylaxe der Wernicke Enzephalopathie Thiamin gegeben werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (20;30;92)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
3.4.3.19	<p>Thiamin bei parenterale Glukosegabe</p> <p>Wenn bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit eine parenterale Glukosegabe erfolgt soll diese mit einer parenteralen Thiamin-Applikation kombiniert werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (56;68)</p> <p>Gesamtabstimmung: 93,8%</p>	KKP
Differentielle Indikation		
3.4.3.20	<p>Schwangerschaft</p> <p>Bei Schwangerschaften sollten im Alkoholentzug bevorzugt Benzodiazepine eingesetzt werden. Dieses sollte innerhalb eines stationären und interdisziplinären Settings erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP

3.4.3.21	<p>Eingeschränkter Allgemeinzustand, eingeschränkte Nierenfunktion und/oder höheres Alter</p> <p>Bei schlechtem Allgemeinzustand, älteren Patienten, 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.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 90,9%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.4.3.22	<p>Eingeschränkte Leberfunktion: Benzodiazepine</p> <p>Bei Lebererkrankungen mit Einschränkung der Leberfunktion werden Benzodiazepine mit kürzerer Halbwertszeit und geringer Verstoffwechslung in der Leber (z.B. Oxazepam, Lorazepam) empfohlen.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (5;22;65)</p> <p>Gesamtabstimmung: 70%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.4.3.23	<p>Eingeschränkte Leberfunktion: Antiepileptika</p> <p>Bei eingeschränkter Leberfunktion können zur Anfallsbehandlung oder Prophylaxe aufgrund der renalen Ausscheidung und fehlenden Hepatotoxizität Gabapentin oder Levetiracetam eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (12;52;60-63;73;74)</p> <p>Gesamtabstimmung: 88,9%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>

3.4.3.24	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. Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Gesamtabstimmung: 100%	KKP
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

3.4.4 Hintergrund der Evidenz

3.4.4.1 Pharmakotherapie

Das Alkoholentzugssyndrom (AES, vgl. 3.2.1, Tab. 1) ist vorübergehender Natur und besitzt neben biologischen auch psychologische Komponenten (z.B. über Konditionierung und Erwartung), allerdings ist die Gewichtung der psychologischen Komponenten bei der Symptombildung und -modulation noch nicht hinreichend geklärt. Die volle Ausprägung wird nach Beendigung des Alkoholkonsums oder starker Reduktion innerhalb von 48 Stunden erreicht. Während die meisten körperlichen Symptome in der Regel nach weiteren vier bis fünf Tagen abklingen bilden sich psychische Symptome oft erst über Wochen zurück. Beim einfachen Alkoholentzugssyndrom dominieren Symptome wie Blutdruckerhöhung, Tachykardie, Hyperhidrosis, Tremor, Muskelkrämpfe, Magenbeschwerden, Übelkeit/Erbrechen, Diarrhö, Kopf- und Rückenschmerzen zusammen mit psychomotorischer Unruhe, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Angst und Konzentrationsstörungen (Lerner & Fallon 1985, Victor & Adams 1953). Das schwere Entzugssyndrom wird kompliziert durch das Auftreten deliranter Zustände, epileptischer Anfälle, Herzrhythmusstörungen, hypertensiver Krisen, Elektrolytstörungen, Hypothermie/Hyperthermie oder Rhabdomyolysen (Hillborn et al. 2003, Schukit et al. 1995, Soyka 1995, Williams & McBride 1998). Die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines schweren Entzugssyndroms vervierfacht sich von 7,3% auf 32%, wenn bereits Entzüge in der Anamnese zu finden sind (Shaw 1995). Weitere Risikofaktoren für die Entwicklung von schweren Entzugskomplikationen sind starke Entzugserscheinungen bei Aufnahme, Benzodiazepin- bzw. Substanzmissbrauch, vorausgegangene schwere Entzüge, Delirien in der Vorgeschichte, Entzugskrampfanfälle in der Vorgeschichte, hohe Alkoholtrinkmenge und

hoher Blutalkohol, erhöhtes CDT (carbohydrate-deficient transferrin), somatische Komorbidität, Leberwerterhöhungen und Elektrolytverschiebungen (Kraemer et al. 2003, Schuckit et al. 1995). Prinzipiell lässt sich aber das Auftreten entzugsbedingter Komplikationen nicht sicher vorhersagen, so dass es auch bei vermeintlich leichtem Entzugssyndrom aufgrund niedriger Tagesalkoholmengen zu Entzugskomplikationen wie epileptischen Anfällen oder Delirien kommen kann. Die Pharmakotherapie soll in erster Linie vermeiden, dass epileptische Anfälle oder Delirien im Entzug auftreten (Hillborn et al. 2003, Mayo-Smith 1997). Es ist bekannt, dass die Häufigkeit solcher Ereignisse mit der Anzahl und Schwere der Alkoholentzugssyndrome steigt (Übersicht bei Bonnet et al. 2009, Hillborn et al. 2003, Mayo-Smith 1997, Williams & McBride 1998). Hieraus leitet sich ab, dass die pharmakologische Entzugssyndrom-Behandlung ab einer gewissen Syndromschwere empfohlen wird (Mayo-Smith 1997). International wird hauptsächlich die CIWA-Ar-Skala (91) zur Bestimmung der Symptomschwere herangezogen. Hiernach kann das AES in ein leichtes (≤ 8 Punkte), mittelschweres (9-14 Punkte) und schweres (≥ 15 Punkte) eingeteilt werden (55;91).

3.4.4.2 Benzodiazepine

Benzodiazepine werden weltweit in der stationären Entzugsbehandlung am häufigsten zur Kupierung von Entzugssymptomen und zur Prävention von deliranten Zuständen sowie Entzugskrampfanfällen eingesetzt. Für die Wirksamkeit der Benzodiazepine im Alkoholentzugssyndrom konnte auf mehrere systematische Reviews, davon alleine drei Cochrane-Analysen mit Vergleichen zu Placebo, Benzodiazepine untereinander, zu Anikonvulsiva und zu anderen Substanzen zurückgegriffen werden (Amato et al. 2011, Amato et al. 2010, Bonnet et al. 2009, Mayo-Smith 1997, Ntais et al. 2005). Zudem gab es in mehreren Leitlinien gut verwendbare Analysen und Aussagen (ASMF 2001, APA 2006, Dept of Def 2009, NICE 2010). Benzodiazepine reduzieren demnach effektiv die Schwere und Häufigkeit von Symptomen des Alkoholentzugssyndroms (Tremor, Unruhe, Schlafstörungen, Hypertonus, etc.) sowie die Häufigkeit schwererer Entzugskomplikationen wie Delire und Entzugskrampfanfälle. Am häufigsten wurden Chlordiazepoxid, Diazepam, Lorazepam und Oxazepam untersucht (Amato et al. 2010 u. 2011). Trotz der sehr guten Datenlage weisen die eingeschlossenen Studien fast durchgehend methodische Mängel auf. Es handelt sich fast immer um kleinere Studien, die trotz niedriger Fallzahl gelegentlich noch einen 3. oder 4. Arm verglichen. In der Erforschung des akuten Alkoholentzugssyndroms gibt es wenig Placebo-kontrollierte Studien, wobei gemäß Cochrane Analysen ein eindeutiger Vorteil der Behandlung mit Benzodiazepinen hauptsächlich in der Verhinderung von Entzugskrampfanfällen zu sehen ist. Eine Placebogruppe erscheint heutzutage aus ethischen Gründen in Studien zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms aufgrund der

möglichen schweren Komplikationen und der erheblichen subjektiven Symptombelastung der Patienten nur noch schwer realisierbar. Umgekehrt tragen der schnelle spontane Abfall der Entzugssymptome innerhalb der ersten 72 Stunden und der häufige Ausschluss schwerkranker Patienten mit vorbekannten Delirien und Entzugskrampfanfällen in vielen Studien möglicherweise zu nicht signifikanten Unterschieden zwischen der Placebo- und Verumgruppe bei. Die fehlende wissenschaftliche Evidenz für weitere positive Effekte einer Benzodiazepin-Behandlung gegen Alkoholentzugssymptome widerspricht daher den umfangreichen klinischen Erfahrungen weltweit mit diesen Substanzen in der Behandlung der akuten Alkoholentzugssymptome.

3.4.4.3 Clomethiazol

Clomethiazol ist im deutschsprachigen Raum neben Benzodiazepinen ein Mittel der ersten Wahl zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms und des Alkoholentzugsdelirs. Durch den fehlenden globalen Einsatz sind Vergleichsstudien deutlich seltener als bei Benzodiazepinen. 2005 wurde die Zulassung von Clomethiazol wegen des Abhängigkeits- oder Missbrauchspotenzials und einer geringen therapeutischen Breite im Fall von Mischintoxikationen mit Alkohol auf „kontrollierte stationäre Bedingungen“ eingeschränkt. Zudem soll Clomethiazol nicht mit Benzodiazepinen kombiniert werden. Es existieren keine eigenen Metaanalysen zu Clomethiazol, das in den bestehenden Metaanalysen zumeist unter den antikonvulsiven Substanzen aufgeführt wurde (Amato et al. 2010 u. 2011, Ntais et al. 2005). Eine deutsche Übersichtsarbeit stellt die Datenlage und Evidenz als vergleichbar mit der der Benzodiazepine dar (Bonnet et al. 2009). Es finden sich aufgrund der relativ selektiven Verwendung im deutschsprachigen Raum auch nur in der deutschen S2-Leitlinie und in der englischen NICE Leitlinie weitergehende Aussagen zu Clomethiazol (AWMF 2001).

3.4.4.4 Antikonvulsiva

Zur Bewertung der Evidenz wurde auf die Aus- und Bewertung vorhandener Studien in drei aktuelleren systematischen Reviews mit Metaanalysen, einem deutschsprachigen systematischen Review und auf drei englischsprachige sowie eine deutschsprachige Leitlinie zurückgegriffen (AWMF 2001). Zusätzlich wurden im durchgeführten systematischen Literatur-Update weitere Studien zu verschiedenen Antikonvulsiva gefunden und bewertet. Insgesamt hatte dieses im Rahmen der analysierten Datenlage zwar einen leichten Einfluss auf die Formulierung der Schlüsselempfehlungen und vor allem des Hintergrundtextes, führte aber noch nicht zu zusätzlichen differenzierten Empfehlung weiterer einzelner Substanzen gegenüber den bisherigen Leitlinien. Dabei ist zu betonen, dass verschiedene Substanzen aus der Gruppe der Antikonvulsiva in den letzten Jahren bezüglich Ihrer

Wirksamkeit in der Therapie des Alkoholentzugssyndroms und zur Verhinderung von Entzugskrampanfällen zunehmend hypothesengeleitet mit hochwertigen Studiendesigns, allerdings häufig noch niedrigen Fallzahlen, untersucht wurden. Dabei zeigten sich bisher sehr differenzielle Bilder bezüglich der Wirksamkeit unterschiedlicher Substanzen auf das Alkoholentzugssyndrom oder die Anwendbarkeit zur Behandlung oder Verhinderung entzugsbedingter Krampfanfälle, so dass die Antikonvulsiva nicht wie die Benzodiazepine als Gruppe, sondern einzeln bewertet werden sollten. Hieraus ergeben sich Ansätze für differenzierte Einsatzgebiete, die aber noch intensiver Hypothesengeleitet untersucht und bestätigt werden müssen. Derzeit lässt die Studienlage allerdings immer noch keine klare Empfehlung zu einem differenzierten Einsatz verschiedener Antikonvulsiva zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms zu. Unter den Antikonvulsiva hat nur Carbamazepin eine Zulassung zur Anfallsverhütung beim Alkoholentzugssyndrom. Bezüglich des praktischen Einsatzes können Antikonvulsiva beim Alkoholentzugssyndrom initial höher als zur Behandlung von Epilepsien eindosiert werden, z.B. 3-4x200 mg Carbamazepin, 2-3 x 300 mg Oxcarbazepin, 2x 500-1000mg Valproat, 4x300-400 Gabapentin oder auch 2 x 1000mg Levetiracetam in den ersten 24 Stunden. Je nach klinischer Situation kann nach ca. drei bis sieben Tagen (bei Komplikationen auch später) eine schrittweise Abdosierung erfolgen. Bei Blutbildveränderungen (Leukopenie, Thrombozytämie oder Panzytopenie), mehr als dreifach erhöhten Leberwerten oder Hyponatriämie werden Carbamazepin, Oxcarbazepin und Valproat nicht empfohlen. Gabapentin wird nicht bei Pankreatitis empfohlen. Bei epileptischen Anfällen in der Vorgeschichte kann die Alkoholentzugssyndrom-Behandlung bestehend aus Clomethiazol oder Benzodiazepinen mit Antikonvulsiva kombiniert werden (weniger sinnvoll bei länger wirksamen Benzodiazepinen, s.u.).

3.4.4.5 Differentielle Indikationen

Bisher gibt es keine hypothesengeleiteten methodisch verwertbare Studien zur Alkoholentzugsbehandlung bei Schwangeren, bei Patienten mit somatischen Komorbiditäten, älteren Patienten, Leber- oder Nierenfunktionseinschränkungen, kognitiven Störungen oder Enzephalopathien. Die Empfehlungen ergeben sich daher weitgehend aus den analysierten Quelleitlinien, allgemeiner pharmakologischer Daten und der klinischen Erfahrung im Rahmen des Expertenkonsens (AWMF 2001). Bei der Schwangerschaft konnten ein systematisches Review und eine Leitlinie in die Evidenzbewertung einbezogen werden (Smith et al. 2009, SOGC 2010).

3.4.5 Darstellung der Evidenz

3.4.5.1 Pharmakotherapie

Mehrere Leitlinien, Cochrane Analysen und Übersichtsarbeiten beschäftigten sich mit der Frage der Wirksamkeit und Notwendigkeit einer Pharmakotherapie des Alkoholentzugssyndroms zur Behandlung bzw. Verhinderung von Entzugserscheinungen und Entzugskomplikationen (AWMF 2001). Die Medikamenten gestützte Entzugsbehandlung verhindert effektiver alkoholentzugsbedingte Komplikationen als eine Placebo- oder Nichtbehandlung (Amato et al. 2011, APA 2006, Bonnet et al. 2009, Dept. of Def. 2009, Mayo-Smith 1997, NICE 2010, Ntais et al. 2005). Die pharmakologische Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms reduziert effektiv Häufigkeit und Schwere von Entzugssymptomen wie Hypertonus, Unruhe, Tremor, Schlafstörungen sowie schwere Komplikationen wie hypertone Krisen, epileptische Anfälle und Alkoholentzugsdelirien. Eine Pharmakotherapie des akuten Alkoholentzugssyndroms soll in Abhängigkeit von der zu erwartenden bzw. bei Behandlungsbeginn bereits eingetretenen Entzugsschwere und Entzugskomplikationen, insbesondere Entzugskrampfanfälle und -delirien erfolgen. Sie sollte sich aber auch an weiteren Kofaktoren, wie Alter, Allgemeinzustand und somatischen sowie psychischen Komorbiditäten orientieren. Entzugssyndrome ab einer mittelschweren Ausprägung sollten medikamentös behandelt werden (APA 2006, Dept. of Def. 2009, Mayo-Smith 1997, NICE 2010). Bei leichten Entzugserscheinungen wird ein individuelles Vorgehen empfohlen, wobei auch hier eine pharmakologische Begleitbehandlung aufgrund verschiedener Überlegungen und Befunde sinnvoll erscheinen kann. Faktoren, die für eine niedrighwellige pharmakologische Behandlung leichter Entzugserscheinungen sprechen sind: 1.) Es gibt keine zuverlässigen Prädiktoren, aufgrund derer sicher schwere Komplikationen ausgeschlossen werden können; 2.) Durch Reduktion der vegetativen und psychischen Entzugserscheinungen wird die subjektive Symptombelastung für den Patienten gesenkt; 3.) Durch pharmakologische Verhinderung von Entzugserscheinungen kann evtl. ein „Kindling-Phänomen“ positiv beeinflusst werden. Als „Kindling-Phänomen“ bezeichnet man dabei eine zunehmende Wahrscheinlichkeit bzw. Vulnerabilität für schwere Komplikationen wie Entzugskrampfanfälle in Abhängigkeit von der Anzahl von bereits durchgemachten Entzügen (Becker 1998, Duka et al. 2003 & 2004, Gonzalez et al. 2001). Inwieweit eine konsequente Pharmakotherapie auch bei leichteren Entzugserscheinungen aufgrund der Reduktion der Hyperexzitation des zentralen Nervensystems das „Kindling-Phänomen“ reduzieren kann ist noch nicht ausreichend geklärt. Begleitende Elektrolytstörungen und Dehydrierungen können ebenfalls epileptische und delirante Zustände begünstigen und sollten deshalb ausgeglichen werden. Da Alkoholranke dazu neigen, Vitamin-Mangelzustände zu entwickeln, wird zur Vermeidung einer Wernicke-

Enzephalopathie die Vit.-B1-Substitution empfohlen (Mayo-Smith 1997; Williams & McBride 1998).

3.4.5.2 Benzodiazepine

Gemäß der analysierten Quelleitlinien reduziert eine medikamentöse Therapie des Alkoholentzugssyndroms mit Benzodiazepinen gegenüber der Behandlung mit Placebo signifikant die Schwere der Entzugssymptome, die Inzidenz von Delirien (risk reduction, 4.9 cases of delirium per 100 patients treated, $P=0.04$) sowie von Entzugskrampfanfällen (risk reduction, 7.7 seizures per 100 patients treated; $P=0.003$) (Evidenzlevel: IA, (Mayo-Smith 1997, Ntais et al. 2005)). Benzodiazepine zeigen gegenüber Placebo keine Unterschiede bezüglich ihrer Wirksamkeit auf andere Alkoholentzugssymptome, des Therapieerfolgs, der Mortalität, allgemeiner und schwerer Nebenwirkungen, Abbruchraten aufgrund von Nebenwirkungen, des Alkoholentzugsdelirs, der Reduktion der Entzugsschwere nach 48 Stunden (gemessen mit CIWA-Ar) sowie CIWA-Ar Veränderungen am Ende der Therapie im Vergleich zur Therapiebeginn (Evidenz:1++, (NICE 2010).

Epileptische Entzugskrampfanfälle: Eine medikamentöse Therapie mit Benzodiazepinen reduziert gegenüber der Behandlung mit Placebo signifikant die Häufigkeit von Entzugskrampfanfällen (risk reduction, 7.7 seizures per 100 patients treated; $P=0.003$. In einer Metaanalyse über 3 Studien mit Chlordiazepoxid ($N=2$) und Lorazepam ($N=1$) waren die Benzodiazepine der Placebo-Behandlung signifikant überlegen (RR: 0.16 [95% CI: 0.04 to 0.69] $p=0.01$; Evidenz: 1++) (Mayo-Smith 1997; NICE 2010; Ntais et al. 2005).

Alkoholentzugsdelir: Benzodiazepine wie Diazepam, Lorazepam, Oxazepam, Chlordiazepoxid sind wirksam in der Behandlung des akuten Alkoholentzugsdelirs. Für die alleinige Behandlung eines ausgeprägten Delirs mit Benzodiazepinen fehlt allerdings eine ausreichende Evidenz (AWMF 2001). Für die Behandlung deliranter Syndrome mit Halluzinationen, Wahnsymptome und Agitation wird daher eher eine Kombination von Antipsychotika (z.B. Haloperidol) zusammen mit Benzodiazepinen (z.B. Diazepam 5- 20 mg alle 2-4 Stunden) empfohlen (AWMF 2001). Die akute Gabe sollte oral oder intramuskulär erfolgen. Es existieren mehrere systematische Reviews mit Meta-Analysen zur medikamentösen Therapie des Alkoholentzugssyndroms mit Benzodiazepinen (Amato et al. 2010 & 2011, Bonnet et al. 2009, Mayo-Smith 1997, Ntais et al. 2005).

Ein Cochrane Review analysierte alle randomisierten kontrollierten Studien zu Benzodiazepinen im akuten Alkoholentzug bis 2009 (Amato et al. 2010). Fokussiert wurde auf Wirksamkeit, Sicherheit sowie eine "Risiko-Nutzen" Bewertung im Vergleich zu Placebo oder anderen Substanzen. Eingeschlossen wurden alle Patientengruppen unabhängig vom Alter, Herkunft oder Behandlungssetting (stationär oder ambulant). Insgesamt wurden 64 Studien mit 4309 Teilnehmern in die Auswertung eingeschlossen. Dabei bewerteten die

Autoren unabhängig von den eigentlichen primären Zielkriterien der Studien und der einzelnen Power einer Studie die Wirkung auf Entzugskrampfanfälle, auf Delire und falls möglich auf die Schwere des Entzuges gemessen an der CIWA-Ar Skala. Insgesamt zeigte sich für Benzodiazepine eine Überlegenheit bei der Behandlung des Alkoholentzugssyndroms insbesondere bei der Verhinderung von Entzugskrampfanfällen gegenüber Placebo. Zudem zeigte sich eine Überlegenheit gegenüber anderen im Alkoholentzug verwendeten Substanzen. Im Detail ergab sich aus drei Studien mit 324 Teilnehmern eine Überlegenheit von Benzodiazepinen gegenüber Placebo im Alkoholentzug für die Verhinderung von Entzugskrampfanfällen, nicht aber für andere Zielkriterien [RR 0.16 (0.04 - 0.69)]. Der Vergleich von Benzodiazepinen mit „anderen Substanzen“ ergab einen Trend zugunsten der Benzodiazepine bezüglich des Auftretens von Entzugskrampfanfällen und Delirien, Nebenwirkungen, schweren bedrohlichen Ereignissen und Therapieabbrüchen. Unter den Benzodiazepinen war Chlordiazepoxid tendenziell besser als die anderen Substanzen, wobei sich statistisch kein signifikanter Unterschied zeigte. Die Kombination einer anderen Substanz mit Benzodiazepinen zeigte für die Regelbehandlung innerhalb der Studien keine Vorteile (Amato et al. 2010).

3.4.5.3 Clomethiazol

Im Vergleich zu Benzodiazepinen hat Clomethiazol eine vergleichbare Effektivität in der Verhinderung entzugsbedingter epileptischer Anfälle (AWMF 2001). Clomethiazol ist auch wirksam bei der Behandlung des Alkoholentzugsdelirs (Evidenz: A/Ia). Nur ein einziges systematisches Cochrane Review stellt Studien mit Clomethiazol getrennt von anderen Substanzen dar, machte allerdings keine klare Aussage zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms mit Clomethiazol im Vergleich zu Placebo (Ntais et al. 2005). Im Vergleich zur Behandlung mit Benzodiazepinen unterscheidet sich Clomethiazol nicht bezüglich der Wirksamkeit auf Entzugssymptome, Mortalität, Nebenwirkungshäufigkeit und schweren Komplikationen sowie Abbrüchen aufgrund von Nebenwirkungen (Evidenz Level 1++). Aufgrund der möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen sollte die Anwendung von Clomethiazol allerdings auch bei einer stationären Alkoholentzugsbehandlung unter engmaschiger ärztlicher Kontrolle erfolgen. Ein aktuelles systematisches Cochrane Review verglich die Wirkung von Benzodiazepinen mit der Wirkung anderer Substanzen auf Alkoholentzugssyndrome und Komplikationen (Amato et al. 2010). Eine systematische Subanalyse zu Clomethiazol findet sich allerdings nicht. In einem weiteren Cochrane Review wurde Clomethiazol in der Gruppe der Antiepileptika eingeordnet (McGuire et al. 2006). Hier wurden soweit möglich Subanalysen für Clomethiazol versus Placebo oder Benzodiazepine durchgeführt. Im Vergleich zu Placebo fanden sich keine Unterschiede bezüglich der Abbruchrate. Im Vergleich zu Benzodiazepinen fanden sich keine Unterschiede bezüglich

Entzugskrampfanfällen, Nebenwirkungen, schwerwiegenden Ereignissen, Therapieabbrüchen insgesamt und Therapieabbrüchen aufgrund von Nebenwirkungen.

3.4.5.4 Antikonvulsiva

Ein aktuelles Cochrane Review analysierte speziell den Einsatz von Antikonvulsiva beim Alkoholentzugssyndrom, wobei verschiedenste antikonvulsiv wirkende Substanzen hier als gemeinsame Gruppe untersucht wurden (Minozzi et al. 2010). Antikonvulsiva und Benzodiazepine unterschieden sich hiernach nicht bezüglich der Häufigkeit von Alkoholentzugskrampfanfällen (1a, A). Für Antikonvulsiva als Substanzgruppe oder Phenytoin im Speziellen (vier Studien) konnte für die Therapie des Alkoholentzugssyndroms keine ausreichende eigene Wirksamkeit belegt werden (1a, A). Carbamazepin unterschied sich nicht von Benzodiazepinen bezüglich der Delir-Häufigkeit, zeigt aber bezüglich der Entzugssymptome am Therapieende Vorteile (1a, A). In einer weiteren systematischen Übersicht und Meta-Analyse unterschieden sich Benzodiazepine und Antikonvulsiva nicht bezüglich der Häufigkeit von Alkoholentzugskrampfanfälle (LoE: 1a, A), Alkoholentzugsdelirien (LoE: 1a, A) und nicht bezüglich der Werte der CIWA-Entzugsskala nach 48 Stunden oder am Behandlungsende (LoE:1a, A) (Amato et al. 2010).

Antikonvulsiva und Benzodiazepine zeigen eine ähnliche Effektivität in der Behandlung und der Prävention epileptischer Anfälle im Alkoholentzug. Auch leichte bis mittelmäßige Entzugssyndrome können durch Antikonvulsiva reduziert werden. Allerdings ist die Evidenz relativ schwach und kleine heterogene Studien führten in den Metaanalysen zumeist zu keinen eindeutigen Aussagen (APA 2006, Malcolm et al. 2001, Polycarpou et al. 2005). Carbamazepin und Valproinsäure können gemäß der Quelleitlinien zur Monotherapie bei leichten bis mäßigen Entzugssyndromen eingesetzt werden [B], insbesondere bei Patienten bei denen Benzodiazepine oder Clomethiazol nicht eingesetzt werden sollen (z.B. aufgrund von Kontraindikationen, Mischintoxikationen, Allergie, etc.) [B] (Evidenz: I Fair Subst B). Eine präventive Wirksamkeit bezüglich der Entwicklung eines Alkoholdelirs konnte bisher für Carbamazepin oder andere Antikonvulsiva nicht gezeigt werden. Daher wird Carbamazepin ebenso wie z.B. Valproinsäure nicht als Monotherapie im Falle von schweren Alkoholentzugssyndromen oder bei erhöhtem Risiko für Delirien empfohlen (Mayo-Smith 1997). Im Vergleich zu Benzodiazepinen fanden sich bei der Behandlung des Alkoholentzugssyndroms mit Carbamazepin allerdings keine signifikanten Unterschiede bezüglich ihrer Wirksamkeit auf Alkoholentzugssymptome, Mortalität, allgemeine Nebenwirkungen, Abbruchraten aufgrund von Nebenwirkungen, des Alkoholentzugsdelirs, der Reduktion der Entzugsschwere nach 48 Stunden (gemessen mit CIWA-Ar) sowie der CIWA-Ar Veränderungen am Ende der Therapie im Vergleich zur Therapiebeginn (NICE

2010). Im Vergleich zur Placebobehandlung fehlt für die Behandlung mit Carbamazepin allerdings eine ausreichende Evidenz.

In einer einfach verblindeten dreiarmligen Studie bezüglich einer tagesklinischen Behandlung mit Pregabalin bis 450mg/Tag war diese mindestens ebenso effektiv wie die Behandlung mit Lorazepam (bis 10mg/Tag), aber bezüglich der Symptomkontrolle/-reduktion einer Behandlung mit Tiaprid (800mg/Tag) überlegen (Martinotti et al. 2010). Eine offene randomisierte 5-armige Placebo-kontrollierte Studie zeigte, dass verschiedene antiglutamaterge Substanzen mit zwei Antikonvulsiva (Lamotrigin 4 x 25mg/Tag, Topiramate 4 x 25mg vs. Memantine 3 x 10mg) vergleichbar wie Diazepam (3 x 10mg) und stärker als Placebo Alkoholentzugssymptome reduzieren konnten (Krupitsky et al. 2007). Eine Aussage zur Wirksamkeit kann derzeit aufgrund der vorliegenden Daten nicht gemacht werden. Aufgrund möglicher schwerer Komplikationen bei schneller Aufdosierung erscheint jedoch die Gabe von Lamotrigin zur akuten Behandlung von Alkoholentzugssymptomen als nicht empfehlenswert. Levetiracetam zeigte in einer methodisch hochwertigen prospektiven, randomisierten doppelblinden Studie mit ausreichender Fallzahl zusätzlich zu einer symptomgetriggerten Gabe von Diazepam keine eigenen Effekte auf die Reduktion von Alkoholentzugssyndromen (Richter et al. 2010). Zonisamid zeigte in einer offenen Pilotstudie (mittlere Dosierung von 525 mg/Tag in den ersten 7 Tagen) gegenüber Diazepam (mittlere Dosierung 41.2 mg/Tag) eine zumindest vergleichbare Wirkung auf die Reduktion von Alkoholentzugssymptomen mit insgesamt weniger Nebenwirkungen (Rubio et al. 2010). Nach drei Wochen zeigte die Zonisamid Gruppe weniger Entzugssymptome und weniger Craving. In einer Placebo-kontrollierten randomisierten Pilotstudie mit Oxcarbazepin wurde kein signifikanter Unterschied bezüglich des Verbrauchs von Clomethiazol als Notfallmedikation gegenüber der Placebo-Gruppe gesehen (Koethe et al. 2007, Schick et al. 2005). Somit war hier kein eigener Effekt auf die Entzugssymptome anzunehmen. In einer kleineren Vergleichsstudie war Oxcarbazepin Carbamazepin in der stationären Entzugsbehandlung leicht überlegen (Schick et al. 2005). Bei der stationären Behandlung mit Oxcarbazepin plus Tiapridex zeigte sich in einer kontrollierten randomisierten Studie kein Unterschied gegenüber Clomethiazol bezüglich der Wirksamkeit im Alkoholentzug, wobei mehr Patienten ohne Nebenwirkungen blieben und diese Therapie als Alternative evtl. für tagesklinische oder ambulante Alkoholtherapie diskutiert wurde (Croissant et al. 2009). Hieraus ergibt sich bisher für Oxcarbazepin keine ausreichende Evidenz für einen signifikanten eigenen Effekt auf Alkoholentzugssymptome.

In einer prospektiv kontrollierten doppelblinden Studie war eine Hochdosistherapie mit Gabapentin (1200mg/Tag = 3 x 400mg) zumindest gleich effektiv wie die Behandlung mit Lorazepam (4-6mg/Tag = 3 x 2mg) beim ambulanten Alkoholentzug über vier Tage und Lorazepam überlegen bezüglich Trinkrückfällen, Reduktion von Craving, Ängsten und

Sedierung als Nebenwirkung. Dosierungen von 600mg pro Tag waren unwirksam und mit vermehrten Komplikationen verbunden (Myrick et al. 2009). Eine einwöchige Behandlung mit Gabapentin (1200mg/Tag) konnte zudem in einer präklinischen „Proof of Concept“ Studie bei Alkoholikern gegenüber einer Placebo-behandelten Kontrollgruppe Craving-Symptome reduzieren und die Schlafqualität verbessern Mason et al. 2009.

3.4.5.5 Andere Substanzen

Außer den Kernsubstanzen zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms und Komplikationen gibt es weitere Substanzen, die sich zur Behandlung einzelner Entzugssymptome eignen, in der klinischen Praxis auch etabliert sind, zumeist aber nicht zur monotherapeutischen Behandlung geeignet sind. Diese Substanzen gilt es spezifisch einzusetzen. Die Evidenzbewertung bezog sich bei diesen einzelnen Substanzen auf eine jeweils sehr unterschiedliche Datenlage. Bei Haloperidol, Beta-Blockern, Clonidin, Alkohol und andere Substanzen wurde weitgehend auf die Literaturbewertung innerhalb vorhandener Leitlinien zurückgegriffen bzw. ein Expertenkonsens formuliert (AWMF 2001). Innerhalb vorhandener systematischer Reviews sind die Substanzen teilweise unter der Rubrik „andere Substanzen“ subsumiert ohne dass hier individuelle Vergleichsanalysen zu Benzodiazepinen oder Antiepileptika zur Verfügung stehen (Amato et al. 2010, Minozzi et al. 2010, Ntais et al. 2005). Für Baclofen und GHB konnte jeweils auf ein vorhandenes aktuelles systematisches Review mit Metaanalyse zurückgegriffen werden (Leone et al. 2010, Liu et al. 2013). Neben den genannten Medikamenten ist bei der Behandlung des Alkoholentzugssyndroms zudem auf weitere begleitende Maßnahmen zu achten, die allerdings nicht als Schlüsselempfehlungen aufgeführt wurden, sondern auf die kurz hier im Hintergrundtext hingewiesen werden soll. So sollte bei der Behandlung des Alkoholentzugssyndroms begleitend eine Thiamin-Substitution erfolgen, um der Entwicklung einer Wernicke-Enzephalopathie vorzugreifen. Gerade ein parenteraler Ausgleich von alkoholbezogenen Hypoglykämien sollte mit einer Thiamin-Substitution kombiniert werden, da hier das Risiko der Entwicklung einer Wernicke-Enzephalopathie besonders erhöht erscheint. Defizite im Elektrolyt-Haushalt (v.a. Na⁺, K⁺, Mg⁺⁺, Ca⁺⁺) sollten ausgeglichen werden, um der Entwicklung von Herzrhythmusstörungen, Entzugsanfällen oder –delirien vorzubeugen.

Baclofen im Alkoholentzug: Ein systematisches Cochrane Review zu Baclofen mit einem aktuellen update im akuten Alkoholentzug fand letztendlich nur eine prospektive kontrollierte (allerdings nur einfach verblindete) Studie aus Italien mit 37 Teilnehmern, die die Einschlusskriterien erfüllte (Addolorato et al. 2006, Liu et al. 2013). Verglichen wurde Baclofen vs. Diazepam. Baclofen wirkte an Tag 2 und 3 schwächer, insgesamt aber gleich gut auf den CIWA-AR Score. Ebenfalls gab es keine Unterschiede bezüglich der Parameter Agitation und Ängste.

Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) im Alkoholentzug: Ein systematisches Cochrane Review untersuchte bis Ende 2008 publizierte Studien zu GHB im Alkoholentzug (Leone et al. 2010). Von 17 Studien insgesamt bei Alkoholabhängigen wurden 11 Studien in Italien durchgeführt. Eine Studie verglich 50mg GHB vs. Placebo im akuten Alkoholentzug (n=23). GHB war bezüglich der Reduktion von Entzugssymptomen der Placebo-Behandlung überlegen. Es traten in der GHB behandelten Gruppen allerdings auch mehr unerwünschte Nebenwirkungen auf (v.a. Schwindel). Im Vergleich 50mg GHB vs. Clomethiazol erbrachten eine Studie mit 21 Teilnehmern einen Vorteil von GHB bezüglich der Reduktion von Entzugssymptomen. In einer zweiten Studie (n=98) die 100mg GHB testete, war Clomethiazol GHB bezüglich der auftretenden Nebenwirkungen überlegen. Unter GHB Medikation zeigte sich gegenüber Placebo eine stärkere Abnahme der Entzugserscheinungen in den ersten 24 Stunden. Allerdings entwickelten 63% Schwindel als Nebenwirkung. Keine klaren Unterschiede wurden zwischen GHB (50mg) und Diazepam gesehen, bei allerdings leichter Überlegenheit bezüglich der Tremor Behandlung. Keine Wirkungsunterschiede bestanden zwischen GHB (100mg) und Clomethiazol, bei allerdings gehäuften NW mit GHB. GHB 50mg unterschied sich bezüglich der Wirksamkeit nicht von GHB100mg.

3.4.5.6 Differentielle Indikation

Schwangerschaft: Ein systematisches Review konnte keine methodisch ausreichende Studie zur pharmakologischen Behandlung einer Alkoholabhängigkeit während einer Schwangerschaft finden (Smith et al. 2009). Prospektiv kontrollierte pharmakologische Alkoholentzugsstudien bei schwangeren alkoholabhängigen Patienten waren aus ethischen und methodischen Gründen nicht zu erwarten. Es ergab sich allerdings aus allgemeinen Aspekten der Medikamentensicherheit eine Empfehlung zur Anwendung von Benzodiazepinen aufgrund der hohen Sicherheit bezüglich möglicher Fehlbildungen und Kanzerogenität und der gut zu kontrollierenden möglichen Komplikationen beim Kind bei längerer Einnahme der Substanz (Smith et al. 2009, SOGC 2010).

Somatische Komorbidität: Für Benzodiazepine, Clomethiazol, Antikonvulsiva oder auch andere Entzugsmedikamente existiert keine ausreichende Datenlage zum Einsatz bei Komorbiditäten, älteren Patienten, Leberfunktionseinschränkungen, kognitiven Störungen oder z.B. einer Enzephalopathie NICE 2010. Bei Patienten im schlechten Allgemeinzustand sollte sich die Behandlung des Alkoholentzugssyndroms nach den ermittelten somatischen Begleiterkrankungen richten. Die Behandlung bei relevanter somatischer Komorbidität, kognitiven Störungen oder eingeschränkter Nieren-, Leber- oder Lungenfunktion sollte durch entsprechend erfahrene Ärzte erfolgen (Dept. of Def. 2009, NICE 2010). Patienten mit dekompensierter Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung sollten im Alkoholentzug

interdisziplinär betreut werden (5, D/0) (APA 2006, Mayo-Smith 1997). Bevorzugt beim Einsatz von Benzodiazepinen sollten Substanzen mit mittellanger Halbwertszeit eingesetzt werden, die nur eine geringe Verstoffwechslung über die Leber und keine aktiven Metaboliten aufweisen (Dept. of Def. 2009, NICE 2010). Kurzhypnotika wie z.B. Midazolam (Plasmahalbwertszeit (HWZ): 1,5-2,5 h) oder Triazolam (HWZ: 1,5-4,6 h) werden nicht empfohlen. Vielmehr sollen eher mittellang wirksame Benzodiazepine wie z.B. Oxazepam (HWZ: 5-15 h) oder Lorazepam (HWZ: 12-16 h) bzw. länger wirksame Benzodiazepine wie z.B. Clonazepam (HWZ: 30-40 h) oder Diazepam (HWZ: 24- 48 h, Metabolit Nor-Diazepam mit HWZ: 50-90 h) eingesetzt werden. Die länger wirksamen Benzodiazepine bergen eher die Gefahr der sukzessiven Überdosierung durch Akkumulation als die mittellang wirksamen Benzodiazepine. Bei somatischen Komorbiditäten, bei organisch-psychischen Störungen und bei älteren Patienten sollte die möglichst niedrigste individuelle Dosierung von Benzodiazepinen symptom-getriggert erfolgen. Lorazepam hat den Vorteil der möglichen parenteralen Gabe (APA 2006, Bird & Makela 1994, D'Onofrio et al. 1999). Bei Patienten mit relevanten körperlichen Erkrankungen (z.B. kardiologische Erkrankungen, eingeschränkter Lungenfunktion, erhöhtem Schlaganfallrisiko, Hypertonus) sollten Pharmaka allerdings auch bei milden bis moderaten Entzugssyndromen eingesetzt werden, um die Entwicklung schwerer Entzugssyndrome und zusätzlicher Entzugskomplikationen zu vermeiden (Empfehlungsgrad/Evidenz: C/IV; (AWMF 2001)). Der stationäre Einsatz von Clomethiazol bei schweren Komorbiditäten sollte unter Beachtung der Kontraindikationen individuell, symptom-getriggert mit möglichst niedriger Dosierung erfolgen (C/D; 0) (AWMF 2001). Bei Patienten mit Leberfunktionsstörungen, kognitiven Störungen, Lungenerkrankungen (COPD, etc.) sowie schlechtem Allgemeinzustand kann zur Anfallsprophylaxe Levetiracetam oder Gabapentin aufgrund der fehlenden Lebertoxizität, Atemsuppression und Beeinträchtigung kognitiver Funktionen frühzeitig eingesetzt werden. Auch wenn diese Medikamente in randomisierten kontrollierten Studien keine klare eigene Wirkung auf Entzugserscheinungen zeigen konnten, so ist die gute Verträglichkeit und die fehlende Hepatotoxizität im Allgemeinen ausreichend belegt (Bonnet et al. 2003 u. 2009a u. 2009b u. 2010; Myrick et al. 2009, Richter et al. 2010, Richter et al. 2012). Insbesondere Carbamazepin kann mit Ausnahme von Patienten mit Leberfunktionsstörungen bei leichten bis mittelgradigen Entzugssyndromen eine sinnvolle Alternative für den Versuch einer Monotherapie darstellen aufgrund der Wirksamkeit auf vegetative Entzugssymptome (AWMF 2001). Bei alleinigen Leberfunktionsstörungen sind unter den Benzodiazepinen Substanzen mit kürzerer Halbwertszeit zu bevorzugen. Clomethiazol wird zwar renal ausgeschieden, allerdings vorab in der Leber metabolisiert, so dass es bei eingeschränkter Leberfunktion zu einer Verlängerung der Halbwertszeit kommt (statt 3-6 Std > 8 Std.). Im Falle einer Polytoxikomanie mit Opiat und/oder Benzodiazepin- und Alkoholabhängigkeit sollte die

Entzugsbehandlung vom Grundprinzip nicht anders als beim reinen Alkoholentzug erfolgen. Empfohlen wird, erst den Alkoholentzug durchzuführen (z.B. unter Beibehaltung der Benzodiazepine ggfs. in Kombination mit einem Antiepileptikum) und dann erst den eigentlichen Drogen- bzw. Medikamentenentzug durchzuführen, wenn dieser zu pharmakologisch anders beeinflussbaren Symptomen führt (z.B. Opiatentzugssyndrom, Benzodiazepine, Schmerzmittel, etc.).

3.4.6 Von der Evidenz zur Empfehlung

3.4.6.1 Pharmakotherapie

Der generelle Nutzen einer Pharmakotherapie gegenüber einer Nicht- bzw. Placebobehandlung ist ausreichend durch eine Vielzahl von Studien und durch aktuelle Metaanalysen belegt, wobei sich die stärksten Effekte auf die Verhinderung schwerwiegender Komplikationen insbesondere entzugsbedingter epileptischer Krampfanfälle beziehen. Eine pharmakologische Behandlung bei leichten Entzügen kann aber ebenfalls aus obengenannten klinischen Gesichtspunkten empfohlen werden. Da hier aber noch weitere hypothesengeleitete Untersuchungen notwendig sind, ist bei leichten Entzugserscheinungen ein individuelles Vorgehen zu empfehlen, was bezüglich der Notwendigkeit einer Pharmakotherapie zu einem dementsprechend abgeschwächten Empfehlungsgrad geführt hat.

3.4.6.2 Benzodiazepine

Die Gesamtdatenlage beim Alkoholentzug stellt sich für Benzodiazepine von allen möglichen Substanzen am umfangreichsten dar, so dass die Bewertung in den analysierten Leitlinien auch insgesamt mit den höchsten Evidenzgraden erfolgt. Benzodiazepine reduzieren demnach effektiv die Schwere und Häufigkeit von Alkoholentzugssymptomen sowie die Häufigkeit schwererer Entzugskomplikationen wie Delire und Entzugskrämpfanfälle. Einzelne Substanzen aus der Gruppe der Benzodiazepine zeigen keine Unterschiede bezüglich ihrer Wirksamkeit auf Alkoholentzugssymptome und Komplikationen, dem Therapieerfolg sowie dem Auftreten von Nebenwirkungen. Benzodiazepine zeigen unter Beachtung von Kontraindikationen im Vergleich zu Placebo keine Unterschiede bezüglich der Mortalität, dem Auftreten von Nebenwirkungen sowie dem frühzeitigen Therapieabbruch aufgrund von unerwünschten Nebenwirkungen. Trotzdem ist zu betonen, dass viele der in die Metaanalysen einbezogenen Einzelstudien keine gute methodische Qualität aufweisen. Bessere Studien wären wünschenswert. Mit einer erheblichen Verbesserung der Datenlage ist aber nicht unbedingt zu rechnen, was aus den unveränderten Aussagen der Metaanalysen der letzten 15 Jahre deutlich wird (Amato et al. 2010 u. 2011, Mayo-Smith 1997, Ntais et al. 2005).

3.4.6.3 Clomethiazol

Die sehr gute Wirksamkeit von Clomethiazol im Alkoholentzug ist in der Literatur zwar belegt, aber es fehlt im Vergleich zu den Benzodiazepinen eine hochwertige systematische Übersicht bzw. eine Hypothesen-geleitete Meta-Analyse zu Clomethiazol und damit verbunden eine eindeutige Bewertung der Wirksamkeit gegenüber Placebo sowie anderen Substanzen. Die Referenzleitlinien aus dem englischsprachigen Raum verzichteten in den Abschlussempfehlungen auf eine genaue Einschätzung der Evidenz. Daher erfolgt hier im Vergleich mit den Benzodiazepinen trotz vorhandener Studien, hoher Evidenz und umfangreicher klinischer Erfahrung gegenüber den Benzodiazepinen eine leichte Abstufung des Empfehlungsgrades. Allerdings führt das nicht zu einer Abstufung gegenüber den Benzodiazepinen im Sinne einer Therapie der zweiten Wahl, sondern wird klinisch als gleichwertig wirksam angesehen.

3.4.6.4 Antikonvulsiva

Aufgrund der bisherigen Datenlage sollten Antikonvulsiva vor allem dann zur Anfallsprophylaxe angewendet werden, wenn Krampfanfälle in der Biografie eines Patienten bekannt sind oder andere Risiken für Krampfanfälle vorliegen. Die unterschiedlichen Ansätze und Resultate von zumeist Einzelstudien mit häufig geringer Fallzahl erlauben ansonsten für die einzelnen in ihrer Wirkweise sehr verschiedenen Antikonvulsiva noch keine differenzierten abschließenden Bewertungen und Empfehlungen. Die Studien aus dem systematischen Literaturupdate konnten daher die Schlüsselempfehlungen noch nicht weitergehend beeinflussen, obwohl für einige Substanzen wie Oxcarbazepin, Levetiracetam und Gabapentin zunehmend hochwertige Studiendaten zu verzeichnen waren. Jedoch konnte anhand der vorhandenen Daten auch die antikonvulsive Potenz der einzelnen Substanzen im Alkoholentzug nicht sicher bewertet werden. Als Gesamtgruppe zeigte sich für die Antikonvulsiva in den Cochrane Analysen bezüglich Entzugskrampfanfällen kein Unterschied zu Benzodiazepinen, was zwar zu einem hohen Evidenzgrad, wegen der Heterogenität und fehlenden Placebo-kontrollierten Studien jedoch im Empfehlungsgrad zu Abstufungen führte. Die bisher nicht in ausreichend großen randomisierten kontrollierten Studien dargestellte Wirksamkeit der Antiepileptika auf vegetative Entzugssymptome und der daher notwendige Einsatz einer Zusatzmedikation führte ebenfalls zur Abstufung des Empfehlungsgrades. Aktuell besitzt zudem noch kein Antikonvulsivum eine Zulassung für die Behandlung des vegetativen Entzugssyndroms. Gerade bei schweren somatischen Komorbiditäten sowie schweren Entzugskomplikationen wie Krampfanfällen trotz akuter Intoxikationen kann der Einsatz einiger Antikonvulsiva im Einzelfall aus klinischer Sicht jedoch eine wichtige Alternative mit weniger Verträglichkeitsrisiken und toxischen Risiken als mit

Benzodiazepinen oder Clomethiazol darstellen. Weitere differenzierte zulassungsrelevante Studien wären hier wünschenswert.

3.4.6.5 Andere Substanzen

Gemäß der analysierten Quelleitlinien eignen sich Beta-Blocker und Clonidin aufgrund der fehlenden antikonvulsiven und antideliranten Wirkung nicht zu einer Monotherapie des Alkoholentzugssyndroms, können aber in Ergänzung zu Benzodiazepinen oder Antikonvulsiva eingesetzt werden. Beta Blocker und Clonidin reduzieren die Entzugsschwere, v.a. die erhöhte Erregbarkeit des autonomen Nervensystems (e.g. Tremor, Tachykardie, hypertone Blutdruckwerte) (Evidenzgrad: C bis D) (APA 2006, Dept. of Def. 2009, Gross 1982, Robinson et al. 1989, Wilkins et al. 1983, Zilm et al. 1975). Tiapridex hat sich in Ergänzung mit Antikonvulsiva (aufgrund der fehlenden eigenen antiepileptischen Potenz) vor allem im ambulanten Alkoholentzug als wirksam und sicher zur Behandlung vegetativ-motorischer Entzugssymptome erwiesen (AWMF 2001, Lucht et al. 2003, Martinotti et al. 2010, Muller et al. 2011, Soyka et al. 2002 & 2006). Neuroleptika wie Haloperidol werden beim Alkoholdelir mit Wahn- oder Halluzinationen empfohlen und müssen aufgrund der fehlenden eigenen Wirkung auf vegetative Entzugssymptome mit z.B. Benzodiazepinen kombiniert werden. Delirsymptome (Halluzinationen, Wahnsymptome oder Agitation) können durch die Kombination von Antipsychotika vom Butyrophenon-Typ (z.B. Haloperidol) mit Benzodiazepinen behandelt werden. Dabei sollte Haloperidol in einer Dosis von 0,5-2 mg oral, i.m. oder i.v. alle zwei Stunden solange notwendig verabreicht werden, wobei die Gesamtdosis meist unter 10 mg pro 24 Stunden, in einigen Fällen aber auch mehr (10-40 mg/Tag und darüber) betragen kann (APA 2006, DeBellis et al. 2005, NICE 2011). Der Einsatz für Alkohol oral oder intravenös wird durch die Literatur nicht unterstützt und wird daher für eine medizinisch überwachte Alkoholentzugsbehandlung nicht empfohlen (Dept. of Def. 2009). Eine Wernicke-Enzephalopathie (WE, Trias: Bewusstseinstörung/Verwirrtheit, Ataxie, komplexe Augenmotilitätsstörung) gehört zu den schweren Komplikationen eines Thiamin- (Vitamin B1) Mangels und tritt im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit gehäuft auf (Galvin et al. 2010, Thomson et al. 2012). Thiamin ist in hohen Dosen (täglich 3 x 250-500 mg i.v. über 30 min in jeweils 50-100 ml Ringer oder 0,9% NaCl-Lsg.) wirksam in der Akut-Behandlung der WE (Thomson et al. 2012). Ein Cochrane Review von 2008 bei Alkoholikern fand allerdings nicht mehr als zwei Studien, von denen nur eine Studie eine adäquate Dosierung enthielt (Day et al. 2004). Die Autoren schätzen demnach die Datenlage von Thiamin bezüglich der Wirksamkeit zur Prävention und Therapie der WE als schwach bzw. unzureichend ein bezüglich Dosis, Häufigkeit der Gabe und Darreichungsform. Gerade beim Alkoholentzug bleiben die Kernsymptome der WE oft unerkannt, was zu schwerwiegenden bis letalen Folgen führen kann. Deshalb sollte die Behandlung des Alkoholentzugssyndroms

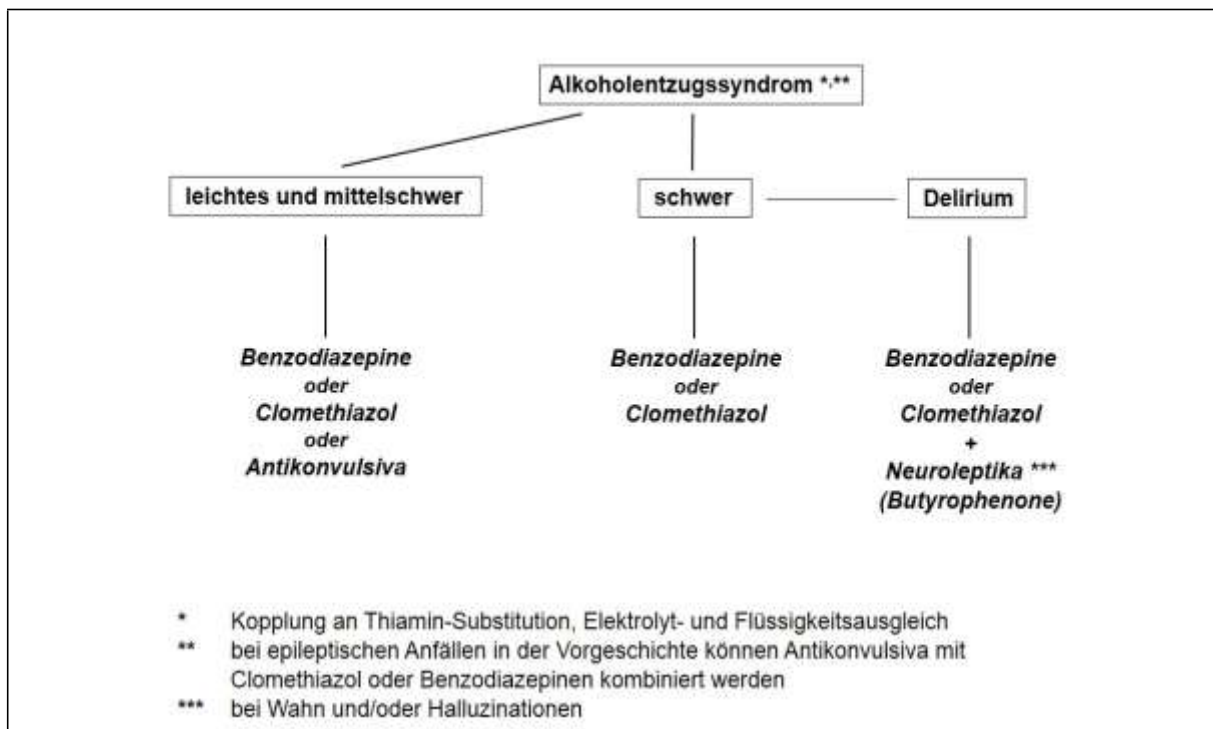
an eine vorübergehende Substitution mit Thiamin gekoppelt sein (z.B. täglich 2x100 mg oral über 7-14 Tage. Bei Bewusstlosigkeit, Schluckstörungen oder Erbrechen initial parenteral i.m. oder i.v. Cave: Allergischer Schock bei der ersten i.v.-Gabe). Insbesondere sollten Alkoholranke mit offensichtlicher oder anzunehmender Mangelernährung und Malabsorption mit Thiamin substituiert werden. Bei Alkoholkranken sollten Glukosegaben (z.B. zum Ausgleich von Hypoglykämien oder zur Behandlung der alkoholischen Ketoazidose (McGuire et al. 2006)) immer mit einer parenteralen Thiamin-Applikation kombiniert werden, um das durch die Glukosegaben stark erhöhte Risiko zur Entwicklung einer WE zu reduzieren (Osiezagha et al. 2013). Dabei sollte die Thiamingabe schon vor oder spätestens mit der Glucosegabe erfolgen (Galvin et al. 2010, Sechi & Serra 2007).

Baclofen im Alkoholentzug: Derzeit ergibt sich keine ausreichende Evidenz für den Einsatz von Baclofen zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms. Unklar ist bisher auch die Auswirkung der möglichen Senkung der konvulsiven Krampfschwelle. Baclofen ist nicht zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms oder der Alkoholabhängigkeit zugelassen. Weitere Forschung erscheint notwendig.

Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) im Alkoholentzug: Trotz eines gewissen Wirkungsnachweises kann kein Wirkvorteil und keine ausreichende Nutzen-Risikorelation bei der Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms gesehen werden. Als ernsthafte Probleme gelten die häufigen Nebenwirkungen wie Schwindel und Müdigkeit sowie der Missbrauch und eine mögliche Abhängigkeitsentwicklung. GHB ist zudem nicht zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms oder der Alkoholabhängigkeit zugelassen. Im Gegensatz zu Clomethiazol, das einen ähnlichen Wirkmechanismus aufweist, ist GHB bisher nur im experimentellen Setting eingesetzt worden. Da hier alternative, gut etablierte Substanzen zur Verfügung stehen, sollte GHB aufgrund der hohen Nebenwirkungsraten, des Missbrauchs- und des Abhängigkeitsrisikos derzeit nicht außerhalb kontrollierter klinischer Studien im akuten Alkoholentzug eingesetzt werden.

3.4.7 Versorgungsalgorithmus

Abbildung 1: Algorithmus zur Pharmakotherapie des akuten Alkoholentzugssyndroms



3.4.8 Empfehlung für künftige Forschung

- 1.) Während die Benzodiazepine sehr gut untersucht sind, bleiben trotzdem Fragen zu spezifischen Vorteilen oder Nachteilen verschiedener Benzodiazepine bei spezifischen Patientengruppen offen.
- 2.) Gerade bei Patienten mit schweren somatischen Komorbiditäten oder anderen Gruppen wie ältere Patienten oder auch Kinder und Jugendliche kann die vermeintlich beste Therapie aktuell oft nur aus klinischen Gesichtspunkten, nicht aber aus kontrollierten Studien abgeleitet werden. Das fehlende „wirtschaftliche“ Interesse an der Weiterentwicklung der pharmakologischen Akutbehandlung macht die „neutrale“ öffentliche geförderte Forschung besonders wichtig.
- 3.) Ansätze wie Antiepileptika oder andere Substanzen mit geringem oder fehlendem Suchtpotenzial und mit besonders gutem Sicherheitsprofil bei somatischen Komorbiditäten sollten in Bezug auf Risikogruppen und Konzepte in der teilstationären und ambulanten Entzugsbehandlung weiterverfolgt werden.
- 4.) Zudem fehlen weiterhin ausreichend wirksame pharmakologische und psychosoziale Strategien, um Rückfälle gerade in der Postakutphase durch hohen Suchtdruck nach Ausschleichen der Pharmakotherapie zur Entzugsbehandlung zu verhindern.

3.4.9 Literatur

1. AWMF - S2 Leitlinie „Akutbehandlung Alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Leitlinien Register Nr. 076/001; 2001.
2. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Agabio R, Caputo F, Capristo E et al. Baclofen in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a comparative study vs diazepam. *Am J Med* 2006 March; 119(3): 276-8.
3. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (6):CD008537.
4. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (3):CD005063.
5. American Psychiatric Association, USA. *Treatment of Patients with Substance Use Disorders*. 2006.
6. Anton RF, Myrick H, Baros AM, Latham PK, Randall PK, Wright TM et al. Efficacy of a combination of flumazenil and gabapentin in the treatment of alcohol dependence: relationship to alcohol withdrawal symptoms. *J Clin Psychopharmacol* 2009 August; 29(4): 334-42.
7. Bauer I, Hasenöhr G. Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht* 2000; 46: 250-9.
8. Becker HC. Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World* 1998; 22(1):25-33.
9. Bird RD, Makela EH. Alcohol withdrawal: what is the benzodiazepine of choice? *Ann Pharmacother* 1994 January; 28(1): 67-71.
10. Bonnet U, Banger M, Leweke FM, Specka M, Müller BW, Hashemi T et al. Treatment of acute alcohol withdrawal with gabapentin: results from a controlled two-center trial. *J Clin Psychopharmacol* 2003 October; 23(5): 514-9.
11. Bonnet U, Hamzavi-Abedi R, Specka M, Wiltfang J, Lieb B, Scherbaum N. An open trial of gabapentin in acute alcohol withdrawal using an oral loading protocol. *Alcohol Alcohol* 2010 March; 45(2): 143-5.
12. Bonnet U, Schafer M, Richter C, Milkereit J, Wiltfang J, Scherbaum N et al. [Anticonvulsants in the treatment of alcoholism]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009a April; 77(4): 192-202.
13. Bonnet U, Specka M, Hamzavi AR, Wiltfang J, Scherbaum N. Severe protracted alcohol withdrawal syndrome: prevalence and pharmacological treatment at an inpatient detoxification unit--a naturalistic study. *Pharmacopsychiatry* 2009b March; 42(2): 76-8.

14. Booth BM, Blow FC. The kindling hypothesis: further evidence from a U.S. national study of alcoholic men. *Alcohol* 1993 September; 28(5): 593-8.
15. Brown ME, Anton RF, Malcolm R, Ballenger JC. Alcohol detoxification and withdrawal seizures: clinical support for a kindling hypothesis. *Biol Psychiatry* 1988 March 1; 23(5): 507-14.
16. Ciraulo D, Shader R. *Clinical Manual of Chemical Dependence*. American Psychiatric Press; 1991.
17. Croissant B, Loeber S, Diehl A, Nakovics H, Wagner F, Kiefer F et al. Oxcarbazepine in combination with Tiaprid in inpatient alcohol-withdrawal--a RCT. *Pharmacopsychiatry* 2009 September; 42(5): 175-81.
18. D'Onofrio G, Rathlev NK, Ulrich AS, Fish SS, Freedland ES. Lorazepam for the prevention of recurrent seizures related to alcohol. *N Engl J Med* 1999 March 25; 340(12): 915-9.
19. Daepfen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. *Arch Intern Med* 2002 May 27; 162(10): 1117-21.
20. Day E, Bentham P, Callaghan R, Kuruvilla T, George S. Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1):CD004033.
21. DeBellis R, Smith BS, Choi S, Malloy M. Management of delirium tremens. *J Intensive Care Med* 2005 May; 20(3): 164-73.
22. Department of Defense, Federal Government Agency Department of Veterans Affairs and Veterans Health Administration, USA. VA/DoD clinical practice guideline for management of substance use disorders (SUD). 2009.
23. Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H. [Cost-efficacy analysis of clinically evaluated therapeutic programs. An expanded withdrawal therapy in alcohol dependence]. *Nervenarzt* 1999 May; 70(5): 463-70.
24. Duka T, Gentry J, Malcolm R, Ripley TL, Borlikova G, Stephens DN et al. Consequences of multiple withdrawals from alcohol. *Alcohol Clin Exp Res* 2004 February; 28(2): 233-46.
25. Duka T, Townshend JM, Collier K, Stephens DN. Kindling of withdrawal: a study of craving and anxiety after multiple detoxifications in alcoholic inpatients. *Alcohol Clin Exp Res* 2002 June; 26(6): 785-95.
26. Duka T, Townshend JM, Collier K, Stephens DN. Impairment in cognitive functions after multiple detoxifications in alcoholic inpatients. *Alcohol Clin Exp Res* 2003 October; 27(10): 1563-72.

27. Ferguson JA, Suelzer CJ, Eckert GJ, Zhou XH, Dittus RS. Risk factors for delirium tremens development. *J Gen Intern Med* 1996 July; 11(7): 410-4.
28. Feuerlein W, Kufner H, Flohrschutz T. Mortality in alcoholic patients given inpatient treatment. *Addiction* 1994 July; 89(7): 841-9.
29. Fleischmann H. Positionspapier "Krankenhausbehandlung Alkoholabhängiger - Qualifizierte Entzugsbehandlung". *Sucht* 2002; (48): 462-75.
30. Galvin R, Brathen G, Ivashynka A, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol* 2010 December; 17(12): 1408-18.
31. Gonzalez LP, Veatch LM, Ticku MK, Becker HC. Alcohol withdrawal kindling: mechanisms and implications for treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2001 May; 25(5 Suppl ISBRA): 197S-201S.
32. Gross GA. The use of propranolol as a method to manage acute alcohol detoxification. *J Am Osteopath Assoc* 1982 November; 82(3): 206-7.
33. Hillbom M, Pieninkeroinen I, Leone M. Seizures in alcohol-dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs* 2003; 17(14): 1013-30.
34. Hintz T, Schmidt G, Reuter-Merklein A, Nakovics H, Mann K. Qualifizierter ambulanter Alkoholentzug. *Deutsches Ärzteblatt*, editor. 10-6-2005. - unpublished work
35. Hox J, Gilg G, Klugkist I. Treatment of alcohol and drug dependency. Meta-analysis. Final report. *Beleids Onderzoek en Advies UN*, editor. 1998. - unpublished work
36. John U, Veltrup C, Driessen M, Wetterling T, Dilling H. Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen. Freiburg: Lambertus; 2000.
37. Koethe D, Juelicher A, Nolden BM, Braunwarth WD, Klosterkötter J, Niklewski G et al. Oxcarbazepine--efficacy and tolerability during treatment of alcohol withdrawal: a double-blind, randomized, placebo-controlled multicenter pilot study. *Alcohol Clin Exp Res* 2007 July; 31(7): 1188-94.
38. Kraemer KL, Mayo-Smith MF, Calkins DR. Independent clinical correlates of severe alcohol withdrawal. *Subst Abuse* 2003 December; 24(4): 197-209.
39. Krupitsky EM, Rudenko AA, Burakov AM, Slavina TY, Grinenko AA, Pittman B et al. Antiglutamatergic strategies for ethanol detoxification: comparison with placebo and diazepam. *Alcohol Clin Exp Res* 2007 April; 31(4): 604-11.
40. Lange W, Veltrup C, Driessen M. Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung: Kurz-, mittel- und langfristige Katamnesen. *Sucht* 1999; (45): 235-44.
41. Lechtenberg R, Worner TM. Relative kindling effect of detoxification and non-detoxification admissions in alcoholics. *Alcohol Alcohol* 1991; 26(2): 221-5.
42. Lechtenberg R, Worner TM. Total ethanol consumption as a seizure risk factor in alcoholics. *Acta Neurol Scand* 1992 February; 85(2): 90-4.

43. Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, Brambilla R, Faggiano F. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (2):CD006266.
44. Lerner WD, Fallon HJ. The alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med* 1985 October 10; 313(15): 951-2.
45. Liu J, Wang LN. Baclofen for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2:CD008502.
46. Loeber S, Kiefer F, Wagner F, Mann K, Croissant B. [Treatment outcome after inpatient alcohol withdrawal: impact of motivational interventions: a comparative study]. *Nervenarzt* 2009 September; 80(9): 1085-92.
47. Lucht M, Kuehn KU, Armbruster J, Abraham G, Gaensicke M, Barnow S et al. Alcohol withdrawal treatment in intoxicated vs non-intoxicated patients: a controlled open-label study with tiapride/carbamazepine, clomethiazole and diazepam. *Alcohol Alcohol* 2003 March; 38(2): 168-75.
48. Malcolm R, Myrick H, Brady KT, Ballenger JC. Update on anticonvulsants for the treatment of alcohol withdrawal. *Am J Addict* 2001; 10 Suppl:16-23.
49. Malcolm R, Myrick H, Roberts J, Wang W, Anton RF, Ballenger JC. The effects of carbamazepine and lorazepam on single versus multiple previous alcohol withdrawals in an outpatient randomized trial. *J Gen Intern Med* 2002 May; 17(5): 349-55.
50. Malcolm R, Myrick LH, Veatch LM, Boyle E, Randall PK. Self-reported sleep, sleepiness, and repeated alcohol withdrawals: a randomized, double blind, controlled comparison of lorazepam vs gabapentin. *J Clin Sleep Med* 2007 February 15; 3(1): 24-32.
51. Malcolm R, Roberts JS, Wang W, Myrick H, Anton RF. Multiple previous detoxifications are associated with less responsive treatment and heavier drinking during an index outpatient detoxification. *Alcohol* 2000 November; 22(3): 159-64.
52. Mariani JJ, Rosenthal RN, Tross S, Singh P, Anand OP. A randomized, open-label, controlled trial of gabapentin and phenobarbital in the treatment of alcohol withdrawal. *Am J Addict* 2006 January; 15(1): 76-84.
53. Martinotti G, di Nicola M, Frustaci A, Romanelli R, Tedeschi D, Guglielmo R et al. Pregabalin, tiapride and lorazepam in alcohol withdrawal syndrome: a multi-centre, randomized, single-blind comparison trial. *Addiction* 2010 February; 105(2): 288-99.
54. Mason BJ, Light JM, Williams LD, Drobos DJ. Proof-of-concept human laboratory study for protracted abstinence in alcohol dependence: effects of gabapentin. *Addict Biol* 2009 January; 14(1): 73-83.
55. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. *American Society of Addiction Medicine*

- Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. JAMA 1997 July 9; 278(2): 144-51.
56. McGuire LC, Cruickshank AM, Munro PT. Alcoholic ketoacidosis. Emerg Med J 2006 June; 23(6): 417-20.
 57. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction 2002 March; 97(3): 265-77.
 58. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2010; (3):CD005064.
 59. Mirin S. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1995 November; 152(11 Suppl): 1-59.
 60. Müller CA, Schäfer M, Banas R, Heimann HM, Volkmar K, Forg A et al. A combination of levetiracetam and tiapride for outpatient alcohol detoxification: a case series. J Addict Med 2011 June; 5(2): 153-6.
 61. Müller CA, Schäfer M, Schneider S, Heimann HM, Hinzpeter A, Volkmar K et al. Efficacy and safety of levetiracetam for outpatient alcohol detoxification. Pharmacopsychiatry 2010 July; 43(5): 184-9.
 62. Myrick H, Anton R, Voronin K, Wang W, Henderson S. A double-blind evaluation of gabapentin on alcohol effects and drinking in a clinical laboratory paradigm. Alcohol Clin Exp Res 2007 February; 31(2): 221-7.
 63. Myrick H, Malcolm R, Randall PK, Boyle E, Anton RF, Becker HC et al. A double-blind trial of gabapentin versus lorazepam in the treatment of alcohol withdrawal. Alcohol Clin Exp Res 2009 September; 33(9): 1582-8.
 64. Naranjo CA, Sellers EM, Chater K, Iversen P, Roach C, Sykora K. Nonpharmacologic intervention in acute alcohol withdrawal. Clin Pharmacol Ther 1983 August; 34(2): 214-9.
 65. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) U. Alcohol-use disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications (CG100). 2010.
 66. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), UK. Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115). 2011. - Generic
 67. Ntais C, Pakos E, Kyzas P, Ioannidis JP. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2005; (3): CD005063.
 68. Osiezagha K, Ali S, Freeman C, Barker NC, Jabeen S, Maitra S et al. Thiamine deficiency and delirium. Innov Clin Neurosci 2013 April; 10(4): 26-32.

69. Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatr Serv* 2001 June; 52(6): 820-3.
70. Polycarpou A, Papanikolaou P, Ioannidis JP, Contopoulos-Ioannidis DG. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD005064.
71. Reker T, Richter D, Batz B, Luedtke U, Koritsch HD, Reymann G. [Short-term effects of acute inpatient treatment of alcoholics. A prospective, multicenter evaluation study]. *Nervenarzt* 2004 March; 75(3): 234-41.
72. Reymann G, Danziger HJ. Replacing the last week of a motivational inpatient alcohol withdrawal programme by a day-clinic setting. *Eur Addict Res* 2001 July; 7(2): 56-60.
73. Richter C, Effenberger S, Bschor T, Bonnet U, Haasen C, Preuss UW et al. Efficacy and safety of levetiracetam for the prevention of alcohol relapse in recently detoxified alcohol-dependent patients: a randomized trial. *J Clin Psychopharmacol* 2012 August; 32(4): 558-62.
74. Richter C, Hinzpeter A, Schmidt F, Kienast T, Preuss UW, Plenge T et al. Levetiracetam for the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a multicenter, prospective, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 2010 December; 30(6): 720-5.
75. Robinson BJ, Robinson GM, Maling TJ, Johnson RH. Is clonidine useful in the treatment of alcohol withdrawal? *Alcohol Clin Exp Res* 1989 February; 13(1): 95-8.
76. Rubio G, Lopez-Munoz F, Ponce G, Pascual JM, Martinez-Gras I, Ferre F et al. Zonisamide versus diazepam in the treatment of alcohol withdrawal syndrome. *Pharmacopsychiatry* 2010 November; 43(7): 257-62.
77. Saitz R, Mayo-Smith MF, Roberts MS, Redmond HA, Bernard DR, Calkins DR. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. *JAMA* 1994 August 17; 272(7): 519-23.
78. Schik G, Wedegaertner FR, Liersch J, Hoy L, Emrich HM, Schneider U. Oxcarbazepine versus carbamazepine in the treatment of alcohol withdrawal. *Addict Biol* 2005 September; 10(3): 283-8.
79. Schuckit MA, Tipp JE, Reich T, Hesselbrock VM, Bucholz KK. The histories of withdrawal convulsions and delirium tremens in 1648 alcohol dependent subjects. *Addiction* 1995 October; 90(10): 1335-47.
80. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol* 2007 May; 6(5): 442-55.
81. Shaw GK. Detoxification: the use of benzodiazepines. *Alcohol Alcohol* 1995 November; 30(6): 765-70.

82. Shaw GK, Waller S, Latham CJ, Dunn G, Thomson AD. The detoxification experience of alcoholic in-patients and predictors of outcome. *Alcohol Alcohol* 1998 May; 33(3): 291-303.
83. Shaw JM, Kolesar GS, Sellers EM, Kaplan HL, Sandor P. Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal. I. Assessment and effectiveness of supportive care. *J Clin Psychopharmacol* 1981 November; 1(6): 382-9.
84. Smith EJ, Lui S, Terplan M. Pharmacologic interventions for pregnant women enrolled in alcohol treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3): CD007361.
85. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada - Medical Specialty Society, Canada. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guideline. 2010.
86. Sonntag D, Künzel J. Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht* 2000; (46): 89-176.
87. Soyka M, Morhart-Klute V, Horak M. A combination of carbamazepine/tiaprider in outpatient alcohol detoxification. Results from an open clinical study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002 October; 252(5): 197-200.
88. Soyka M, Schmidt F, Schmidt P. Efficacy and safety of outpatient alcohol detoxification with a combination of tiaprider/carbamazepine: additional evidence. *Pharmacopsychiatry* 2006 January; 39(1): 30-4.
89. Soyka M. Die Alkoholkrankheit, Diagnose und Therapie. 1995. London, Chapman and Hall. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
90. Stetter F, Mann K. [Dependency outcome of alcohol-dependent patients after inpatient detoxification and motivation treatment]. *Nervenarzt* 1997 July; 68(7): 574-81.
91. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict* 1989 November; 84(11): 1353-7.
92. Thomson AD, Cook CC, Touquet R, Henry JA. The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and Emergency Department. *Alcohol Alcohol* 2002 November; 37(6): 513-21.
93. Thomson AD, Guerrini I, Marshall EJ. The evolution and treatment of Korsakoff's syndrome: out of sight, out of mind? *Neuropsychol Rev* 2012 June; 22(2): 81-92.
94. VICTOR M, ADAMS RD. The effect of alcohol on the nervous system. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis* 1953; 32: 526-73.
95. Weaver MF, Hoffman HJ, Johnson RE, Mauck K. Alcohol withdrawal pharmacotherapy for inpatients with medical comorbidity. *J Addict Dis* 2006; 25(2): 17-24.
96. Wetterling T, Veltrup C. Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Springer Verlag Berlin; 1997.

97. Wetterling T, Driessen M, Kanitz RD, Junghanns K. The severity of alcohol withdrawal is not age dependent. *Alcohol Alcohol* 2001 January; 36(1): 75-8.
98. Whitfield CL, Thompson G, Lamb A, Spencer V, Pfeifer M, Browning-Ferrando M. Detoxification of 1,024 alcoholic patients without psychoactive drugs. *JAMA* 1978 April 3; 239(14): 1409-10.
99. Wilkins AJ, Jenkins WJ, Steiner JA. Efficacy of clonidine in treatment of alcohol withdrawal state. *Psychopharmacology (Berl)* 1983; 81(1): 78-80.
100. Williams D, McBride AJ. The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review. *Alcohol Alcohol* 1998 March; 33(2): 103-15.
101. Wodarz N, Binder H, Johann M, Spießl H. Reducing duration of inpatient treatment results in a higher readmission rate of alcohol addicted patients. *Psychiatrische Praxis* 2007; (34): 55-6.
102. Wojnar M, Bizon Z, Wasilewski D. Assessment of the role of kindling in the pathogenesis of alcohol withdrawal seizures and delirium tremens. *Alcohol Clin Exp Res* 1999 February; 23(2): 204-8.
103. Zilm DH, Sellers EM, MacLeod SM, Degani N. Letter: Propranolol effect on tremor in alcoholic withdrawal. *Ann Intern Med* 1975 August; 83(2): 234-6.

3.5 Körperliche Komplikationen und Komorbidität

Martin Beutel, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Ursula Havemann-Reinecke, Ulrich W. Preuß, Tilmann Weber, Georg Weil, Ingo Schäfer, Manfred Singer, Karl Mann, Eva Hoch

3.5.1 Einleitung

Exzessiver Alkoholkonsum kann zahlreiche somatische Erkrankungen auslösen. Es gibt kaum ein Organ oder Organsystem, welches nicht geschädigt werden kann (Ashley et al. 1977). 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 und Leberzirrhose diagnostiziert. 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 mit je nach Studienlage 50–84% im Erwachsenenalter (Hoffmeister et al. 2012).

3.5.2 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Bedeutung haben körperliche Erkrankungen (z.B. der Leber, Bauchspeicheldrüse) für das Management einer Alkoholstörung?
- 2.) Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?

3.5.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlung	Empfehlungsgrad
3.5.3.1	<p>Körperliche Erkrankungen und alkoholbezogene Störungen</p> <p>Bei Patienten mit alkoholassoziierten somatischen Folgeerkrankungen sollte eine diagnostische Abklärung möglicher weiterer alkoholassoziiertes Folgeerkrankungen durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 2</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (8, 9,17)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	B

3.5.3.2	<p>Screening bei Lebererkrankungen</p> <p>Patienten, bei denen eine Lebererkrankung festgestellt wird, sollen auf eine alkoholbezogene Störung untersucht werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (9, 50)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p>KKP</p>
3.5.3.3	<p>Alkoholbedingte Lebererkrankung und Abstinenz</p> <p>Beim Auftreten einer alkoholbedingten Lebererkrankung soll Alkoholabstinenz angestrebt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (5, 9,13, 48)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96%</p>	<p>A</p>
3.5.3.4	<p>Früherkennung von Leberkrankheiten bei alkoholbezogenen Störungen</p> <p>Für die Früherkennung von Lebererkrankungen bei alkoholbezogenen Störungen sollen Klinik, Labor und Ultraschalluntersuchung gemeinsam herangezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (37)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p>KKP</p>
3.5.3.5	<p>Diagnostik bei alkoholbedingten Lebererkrankungen</p> <p>Ausmaß und ggf. Fortschreiten einer Fibrose soll primär mittels non-invasiver Methoden (Elastographie) untersucht werden; in besonderen Fällen mittels Leberbiopsie.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (23)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96%</p>	<p>A</p>

3.5.3.6	<p>Steatohepatitis</p> <p>Bei einer klinischen oder laborchemischen Verschlechterung bei Patienten mit einer alkoholbedingten Lebererkrankung soll eine Steatohepatitis in Erwägung gezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (43, 36)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p>KKP</p>
3.5.3.7	<p>Alkoholinduzierte akute Pankreatitis</p> <p>Bei einer alkoholinduzierten Pankreatitis soll nicht nur die Entzündung des Organs mit ihren Komplikationen behandelt werden, sondern auch die zugrundeliegende alkoholbezogene Störung.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (42)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p>KKP</p>
3.5.3.8	<p>Alkoholkonsum bei chronischer Pankreatitis</p> <p>Alkoholkonsum soll bei chronischer Pankreatitis grundsätzlich gemieden werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 2b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (42)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p>A</p>

3.5.4 Hintergrund der Evidenz

Es wurde eine Leitlinien-Adaptation der ausgewählten und methodisch bewerteten Quell-Leitlinien durchgeführt. Für die Themen Alkohol und Lebererkrankung ("alcohol addiction, liver disease, abstinence, humans") sowie Alkohol und Pankreaserkrankung ("alcohol addiction, pancreatitis, abstinence, humans") wurde am 14.07.2013 je eine selektive Medline-Recherche durchgeführt. Es wurden 277 bzw. 31 Literaturstellen gefunden, von denen 18 bzw. acht relevant waren. Eine neue systematische Literatur-Recherche nach randomisiert-kontrollierten Studien in PubMed wurde für die die Empfehlungen dieses Kapitels der Leitlinien nicht durchgeführt.

Die European Association for the Study of the Liver hat 2012 die "Clinical Practise Guidelines on the Management of Alcoholic Liver Disease" publiziert. Diese Leitlinie gibt im Wesentlichen den Konsensus Stand einer europäischen Konferenz in Athen 2010 wieder. Leider sind darin die Entstehung und die dabei verwendeten Regeln nicht so klar beschrieben, dass sie als Quell-Leitlinie verwendet werden kann (DELBI-Score < 0,6). Die EASL-Guideline beschränkt sich inhaltlich auf die gastroenterologische Behandlung der alkoholbedingten Lebererkrankung. Das Management der zugrundeliegenden alkoholbezogenen Störung wird nicht behandelt. Es erscheint daher notwendig, in dieser Leitlinie den Aspekt der Alkoholtherapie hervorzuheben.

Die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) hat 2012 die „S3-Leitlinie Chronische Pankreatitis: Definition, Ätiologie, Diagnostik, konservative, interventionell endoskopische und operative Therapie der chronischen Pankreatitis“ erstellt (Hoffmeister et al. 2012)(AWMF Registernummer 021 – 003). In ihr sind Empfehlungen für Definition, Ätiologie, Diagnostik und Therapie der chronischen Pankreatitis ausführlich dargestellt, hierauf sei ausdrücklich verwiesen. Zusätzlich erscheint es notwendig, auf die Behandlung der alkoholbezogenen Störung zu verweisen, die – wie die genannte Leitlinie betont – eine häufige Ursache der chronischen Pankreatitis ist. Gerade angesichts der Notwendigkeit, auf Alkoholkonsum zu verzichten, soll Patienten mit alkoholbezogener Störung eine Therapie der Grunderkrankung angeboten werden.

Bei der Behandlung der alkoholbezogenen Störung und den alkoholassoziierten körperlichen Organerkrankungen sind prinzipiell zwei unterschiedliche diagnostische Wege zu beschreiten: Einmal wird von der alkoholbezogenen Störung ausgehend nach prognostisch relevanten organischen Folgestörungen (z.B. Hepatitis, Leberzirrhose, Leberkarzinom, chronische Pankreatitis etc.) zu suchen sein. Andererseits wird bei Leber-, Herz-, Pankreaserkrankungen etc. eine alkoholische Genese zu bestätigen bzw. auszuschließen sein. Wird bei organischen Erkrankungen eine alkoholbezogene Störung festgestellt, sind sowohl die spezifischen organischen Krankheitssymptome als auch die alkoholbezogene Störung selbst zu behandeln. Wird zunächst die alkoholbezogene Störung

diagnostiziert, sind zusätzlich die körperlichen Komplikationen zu behandeln. Die Prognose wird einmal von der fortgeschrittenen Folgekrankheit und zum anderen von der Alkoholabstinenz abhängen.

Die oben dargestellten Verläufe entsprechen der praktischen und klinischen Erfahrung. Sie sind allerdings nur in wenigen Studien für einige alkoholbezogene Erkrankungen untersucht worden.

3.5.5 Darstellung der Evidenz

Empfehlung 3.5.3.1: Das Organ, welches an häufigsten von einer alkoholassozierten Folgeerkrankung betroffen ist, ist die Leber, sei es in Form einer Fettleber, Hepatitis oder Zirrhose mit einem hepatozellulärem Carcinom als möglicher Spätfolge. Die Mortalität der Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung und einer Leberzirrhose ist höher als in der Allgemeinbevölkerung (Cargiulo 2007). Beim Auftreten einer alkoholischen Leberzirrhose sollten auch die anderen Organsysteme untersucht werden, die durch Alkohol häufig geschädigt werden (z.B. Herz, Nervensystem, Pankreas) bzw. als Komplikation der Leberzirrhose mitbetroffen sein können (z.B. Oesophagusvarizen). Hepatocelluläre Carcinome treten bei Leberzirrhose gehäuft auf und daher sollte nach ihnen gesucht werden. Eine Metaanalyse (Corrao et al. 2004) untersuchte die epidemiologische Literatur zu den somatischen Folgeschäden des Alkoholkonsums. Von 561 ursprünglich gefundenen Studien erfüllten 156 Untersuchungen über insgesamt 116.702 Patienten die Qualitätsanforderungen der Studie. Eine starke Risikoerhöhung durch Alkoholkonsum wurde gefunden für Karzinome von Mundhöhle, Oesophagus und Larynx, Bluthochdruck, Leberzirrhose, chronischer Pankreatitis, Unfälle und Gewalt. Weniger direkte Zusammenhänge wurden gefunden für Tumore von Colon, Rektum, Leber und Brust. Wenn ein somatischer Folgeschaden durch Alkohol auftritt, bestehen häufig weitere Schäden (Gossop et al. 2007).

Empfehlung 3.5.3.2: Es gibt eine deutliche Korrelation zwischen Alkoholkonsum und dem Auftreten einer Leberzirrhose (Corrao 1998, Rehm 2010, Thomson 2008, Welch 2008). Deshalb soll bei Untersuchungen wegen einer Lebererkrankung routinemäßig ein Screening auf eine alkoholbezogene Störung durchgeführt werden. Dafür ist der AUDIT-Test (Gual et al. 2002, Saunders et al. 1993) (Fragebogen siehe Anlage) geeignet, ggf. in einer ersten Stufe der AUDIT-C mit 3 Fragen zum Alkoholkonsum (Bush et al. 1998). Zur Diagnostik der alkoholbezogenen Störung siehe Kapitel 2 dieser Leitlinie.

Empfehlung 3.5.3.3: Zwei große Metaanalysen belegen den Zusammenhang von Alkoholkonsum und Leberzirrhose (Corrao et al. 1998, Rehm et al. 2010). Für die Langzeitprognose einer alkoholbedingten Lebererkrankung (sei es Fettleber, Hepatitis oder Zirrhose) ist die Alkoholabstinenz von entscheidender Bedeutung (Addolorato et al. 2007, Buechler et al. 2009; Garbutt 2010, Latvala et al. 2005, Moussavian et al. 1985, Nei et al.

1983, Rojdmarm & Brismar 2001). Zur Therapie der alkoholbezogenen Störung s. Kapitel 3.3, 3.4. und 3.8 dieser Leitlinie.

Ein wichtiger Parameter für den Schweregrad einer chronischen Lebererkrankung ist die Elastizität der Leber. Diese kann mit Hilfe der Elastographie untersucht werden.

Alkoholabstinenz bessert die Fibrose (Gelsi et al. 2011, Trabut et al. 2012). Auch die Leberhistologie wird unter Abstinenz besser (Nei et al. 1983), ebenso die Leberfunktion (Garbutt 2010, Menon et al. 1995, Moussavian et al. 1985).

Empfehlung 3.5.3.4: Lebererkrankungen sind eine häufige Folge von alkoholbezogenen Störungen. Deshalb soll bei der Behandlung einer alkoholbezogenen Störung grundsätzlich nach einer Folgeerkrankung der Leber gesucht werden. Dazu sind Klinik, Labor und Ultraschalluntersuchung geeignet. Im Routine-Labor werden häufig GGT, GOT, GPT und MCV untersucht. Bezogen auf einen täglichen Alkoholkonsum von >50 g Alkohol hat GGT eine hohe Sensitivität (73%) und eine Spezifität von 75%; MCV eine hohe Spezifität (85%) und eine Sensitivität von 52% (Hock 2005). In einer Studie mit 502 Patienten mit chronischem Alkoholkonsum >50g/Tag konnte gezeigt werden, dass ein erhöhtes CDT eine Sensitivität von 69% und eine Spezifität von 92% zur Identifizierung eines erhöhten Alkoholkonsums besitzt (Bell et al. 1994).

Empfehlung 3.5.3.5: Für die Entwicklung einer Leberzirrhose ist das Ausmaß der Fibrose entscheidend (Galambos & Shapira 1973, Marbet et al. 1987, Naveau et al. 2009; Pares et al. 1986). Der Goldstandard für die Diagnose einer alkoholischen Lebererkrankung ist die Leberbiopsie (Raynard et al. 2002). Es handelt sich jedoch um eine invasive Untersuchung, die mit einem Risiko für den Patienten belastet ist. Ein nichtinvasives Verfahren ist die Elastographie, die in den meisten Fällen ausreichend ist, um das Ausmaß der Fibrosierung zu untersuchen (Janssens et al. 2010). Sie ist jedoch gastroenterologischen Zentren vorbehalten (Gelsi et al. 2011, Trabut et al. 2012). Andere Ursachen einer Lebererkrankung (z.B. Virushepatitis) können mit serologischen und laborchemischen Untersuchungen mit ausreichender Sicherheit ausgeschlossen werden. Bei besonderen Fragestellungen, z.B. Autoimmunerkrankungen oder Speicherkrankheiten ist die Leberbiopsie weiterhin die Methode der Wahl.

Empfehlung 3.5.3.6: Patienten mit einer alkoholbedingten Steatohepatitis haben ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Leberzirrhose. Es konnte gezeigt werden, dass das Risiko umso größer ist, je länger die Steatohepatitis besteht (Mathurin et al. 2007). Eine Steatohepatitis tritt in suchtmedizinischen Zentren nicht selten auf, wird aber nicht immer erkannt. 15-30% aller Alkoholiker weisen eine Steatohepatitis auf (Mandayam et al. 2004). Bei einer ausbleibenden Besserung oder gar Verschlechterung der Transaminasen unter Abstinenz während einer Suchttherapie ist eine Steatohepatitis in Erwägung zu ziehen. Das Fortschreiten der Lebererkrankung ist entscheidend vom weiteren Alkoholkonsum abhängig.

Alkoholabstinenz ist die wichtigste Maßnahme, um eine Verschlechterung zu verhindern (Pares et al. 1986). In der Studie von Pares et al. (1986) konnte gezeigt werden, dass sich eine Steatohepatitis im Rahmen von mehreren Monaten bis einem Jahr nach Abstinenz zurückbilden kann. Dies gilt auch für eine Besserung der Fibrose, wenn noch keine Zirrhose vorliegt (Pares et al. 1986). Wenn bei einer Steatohepatitis INR und Bilirubin erhöht sind, steigt der Maddrey discriminant function (DF) an und es kann eine eindeutige Indikation für eine Therapie mit Glucocorticoiden bestehen. Der Maddrey Score oder „Maddrey Discriminant function“ dient der Bestimmung der Schwere und der Mortalitätsrate bei Patienten mit alkoholischer Hepatitis und stratifiziert sie bezüglich einer Behandlung mit Glucocorticoiden. Seine Berechnung erfolgt folgendermaßen: $DF = (4.6 \times [\text{prothrombin time (sec)} - \text{control prothrombin time (sec)}]) + (\text{serum bilirubin}/17.1)$. Patienten mit einem $DF \geq 32$ haben eine höhere Kurzzeit-Mortalität und könnten von einer Glucocorticoid-Behandlung profitieren (Imperiale & McCullough 1990, Maddrey et al. 1978). Die Wirksamkeit anderer spezifischer Medikamente konnte bisher nicht nachgewiesen werden. U. a. zur Klärung der Glucocorticoid-Indikation ist ein entsprechendes Konsil und/oder eine Verlegung in eine gastroenterologische Abteilung zu erwägen.

Empfehlung 3.5.3.7: Eine typische Komplikation der Alkoholkrankheit ist die chronische Pankreatitis. Sie kann sich klinisch unter dem Bild einer akuten Pankreatitis oder als chronische Erkrankung mit akuten klinischen Exazerbationen oder rezidivierenden abdominellen Schmerzen manifestieren. Im Krankheitsverlauf wird Pankreasparenchym durch fibrotisches Bindegewebe ersetzt. Klinisch steht der Schmerz im Vordergrund. Der Abbau von Parenchym-Gewebe führt zu einer endokrinen und exokrinen Pankreasinsuffizienz mit Malassimilation/Malabsorption und Störung des Glucose-Stoffwechsels. Typische Komplikationen sind Pseudozysten, Pankreasgangstenosen und Gefäßkomplikationen. (Garcia-Pugés et al. 1986, Hayakawa et al. 1989, Hoffmeister et al. 2012, Kondo et al. 1981, Maejima et al. 1996, Nordback et al. 2009, Pelli et al. 2008, Pelli et al. 2009, Singer et al. 2009, Strum 1995, Tsujimoto et al. 2008). „Alkohol kann als gesicherte Ursache für eine chronische Pankreatitis angesehen werden“ (Hoffmeister et al. 2012, Statement 2-1-1). Bei Erwachsenen ist Alkoholkonsum der wichtigste Risikofaktor und die häufigste Ursache, die „Inzidenz der chronischen Pankreatitis steigt in Abhängigkeit vom Alkoholkonsum der Bevölkerung“ (Hoffmeister et al. 2012). Eine chronische Pankreatitis ist mit einer erheblichen Letalität belastet: bei einer mittleren Beobachtungszeit von 6,3 – 9,8 Jahren mit 12,8 – 19,8 % (Ammann et al. 1984, Lankisch et al. 1993, Miyake et al. 1987). Alkoholkonsum trotz chronischer Pankreatitis verkürzt die Lebenserwartung signifikant. „Fortgesetzter Alkoholabusus hat mit einer Hazard Ratio von 1,6, Rauchen mit einer HR von 1,4, eine Leberzirrhose mit einer HR von 2,5 einen negativen Einfluss auf die Prognose der Erkrankung (Lowenfels et al. 1994)“ (Hoffmeister et al. 2012). Bis auf die Studie von

Nordback und Mitarbeitern (2009) konnten wir keine Studie finden, in der suchttherapeutische Verfahren zur Behandlung der zugrunde liegenden Alkoholkrankheit bei Patienten mit alkoholischer Pankreatitis publiziert worden sind. Solche werden auch nicht in der aktuellen S3 Leitlinie „Chronische Pankreatitis“ (Hoffmeister et al. 2012) erwähnt.

Empfehlung 3.5.3.8. „Es gibt retrospektive Fall-Kontrollstudien mit größerer Fallzahl, die einen kausalen Zusammenhang eines Alkoholabusus und einer chronischen Pankreatitis nahelegen (Durbec & Sarles 1978, Johnson & Hosking 1991, Lin et al. 2001, Maruyama & Otsuki 2007, Sarles et al. 1979, Stigendal & Olsson 1984, Talamini et al. 1999). Levy und Mitarbeiter konnten 1995 in einer Studie aus Marseille einen logarithmischen Zusammenhang zwischen dem relativen Risiko, an einer Pankreatitis zu erkranken, und der Menge an konsumiertem Alkohol und Protein belegen (Levy et al. 1995). Als Risiko für die Entwicklung einer chronischen Pankreatitis wird von einem Minimum von 80 g Alkohol pro Tag über einen Zeitraum von 6 – 12 Jahren ausgegangen“ (Hoffmeister et al. 2012). In der aktuellen Literatur-Recherche zeigte lediglich eine Follow-up-Studie (Pelli et al. 2009) keinen Effekt der Alkoholabstinenz auf das Fortschreiten einer Pankreatitis. Sechs andere Studien von vergleichbarer Qualität konnten eine signifikante Verbesserung der Symptomatik durch Alkoholabstinenz nachweisen (García-Pugés et al. 1986, Hayakawa et al. 1989, Kondo et al. 1981, Maejima et al. 1996, Pelli et al. 2008, Strum 1995).

Ein weiterer wesentlicher Risikofaktor für das Fortschreiten, jedoch möglicherweise nicht für das Entstehen einer Pankreatitis ist das Rauchen. „Patienten mit chronischer Pankreatitis, die rauchen, soll dringend empfohlen werden, sich einem Nikotinentwöhnungsprogramm zu unterziehen, da Zigarettenrauchen die Progression der Erkrankung beschleunigt. [Evidenzgrad 3b, Empfehlungsgrad A, starker Konsens]“ (Hoffmeister et al. 2012, Statement 2-1.2).

Patienten mit einer alkoholbedingten Pankreatitis bedürfen im Verlauf der Erkrankung häufig des Rats verschiedener Experten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausarzt, Gastroenterologen, Chirurgen, Radiologen, Psychiatern und Suchttherapeuten kann daher zur adäquaten Behandlung der Patienten im Verlauf der Erkrankung erforderlich werden. Die Vorstellung im spezifischen Suchthilfesystem (siehe Kapitel 4 dieser Leitlinie) sollte möglichst bei Stellung der Diagnose erfolgen. Sie ist sowohl aus medizinischen als auch aus ökonomischen Gründen sinnvoll.

3.5.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Von der Evidenz zur Empfehlung 3.5.3.1: Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und zahlreichen somatischen Folgeerkrankungen ist gut belegt, z.B. in der Metaanalyse von Corrao et al. (2004). Dass beim Auftreten einer alkoholbedingten somatischen Krankheit auch nach anderen Folgeerkrankungen gesucht werden sollte, ist

klinische Erfahrung und von der Pathogenese her zu erwarten. Wir haben jedoch nur eine Studie gefunden (Gossop et al. 2007), in der dieser Frage ausdrücklich nachgegangen wurde. Häufig besteht mehr als nur eine alkoholbedingte Gesundheitsstörung. Diese Studie ist von der Untersuchungsmethode und der Patientenzahl her überzeugend, die Patientenauswahl ist jedoch nicht klar nachzuvollziehen. Der LoE der Studie von Gossop wird deshalb mit 3 a bewertet. Aufgrund des sehr gut belegten Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und somatischen Erkrankungen sehen wir die Empfehlungsstärke B als angemessen.

Von der Evidenz zur Empfehlung 3.5.312: Wenn ein Drittel aller Leberzirrhosen alkoholbedingt sind (Roulot et al. 2011), ist es sinnvoll, auch Patienten, die sich primär wegen einer Lebererkrankung in Behandlung begeben, auf das Bestehen einer alkoholbezogenen Störung zu screenen. Aus ethischen Gründen verbieten sich Studien, die den Langzeitverlauf mit und ohne weitergehende Diagnostik vergleichen. Die Empfehlung wird im klinischen Konsens beschlossen (KKP).

Von der Evidenz zur Empfehlung 3.5.3.3: Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Lebererkrankung ist gut belegt. Dass die alkoholbedingte Lebererkrankung sich unter Alkoholabstinenz bessert, wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen, sowohl was die Histologie (Nei et al. 1983) als auch die Leberfunktion (Garbutt 2010, Menon et al. 1995, Moussavia et al. 1985) angeht. Aufgrund der vorliegenden Evidenz wird der LoE mit 1b bewertet und die Empfehlungsstärke A vergeben.

Von der Evidenz zur Empfehlung 3.5.3.4: Aus praktischen und ökonomischen Gründen sind für die Diagnose einer alkoholbezogenen Störung diejenigen Untersuchungsverfahren vorzuziehen, die ohnehin in der Routine eingesetzt werden (s. Kapitel 2 dieser Leitlinie). Sensitivität und Spezifität der laborchemischen und apparativen Diagnostik sind gut belegt. Die Ultraschalluntersuchung der Leber ist ein non-invasives Verfahren, das weit verbreitet und kostengünstig zur Verfügung steht. Weitere bildgebende Verfahren wie CT oder MRT haben eine bessere Aussage, sind jedoch für Screeningzwecke zu aufwändig (Menon et al. 1995). Da es hierzu keine vergleichenden Untersuchungen gibt, wird diese Empfehlung im Konsens ausgesprochen (KKP).

Von der Evidenz zur Empfehlung 3.5.3.5: Auch wenn die Komplikationsrate bei Leberbiopsien nicht groß ist, handelt es sich doch um ein invasives Verfahren. Deshalb ist die nicht-invasive Elastographie zur routinemäßigen Beurteilung von Ausmaß und ggf. Verlauf der Fibrose vorzuziehen, zumal sie in Verbindung mit Laborparametern heute gut validiert ist. Die Untersuchung von Janssens et al. (2010) validiert die Elastographie im Vergleich zur Leberbiopsie. LoE 1b, Empfehlungsstärke A.

Von der Evidenz zur Empfehlung 3.5.3.6: Eine Steatohepatitis zeigt sich in erster Linie durch ausbleibende Besserung oder Verschlechterung der Transaminasen unter Abstinenz.

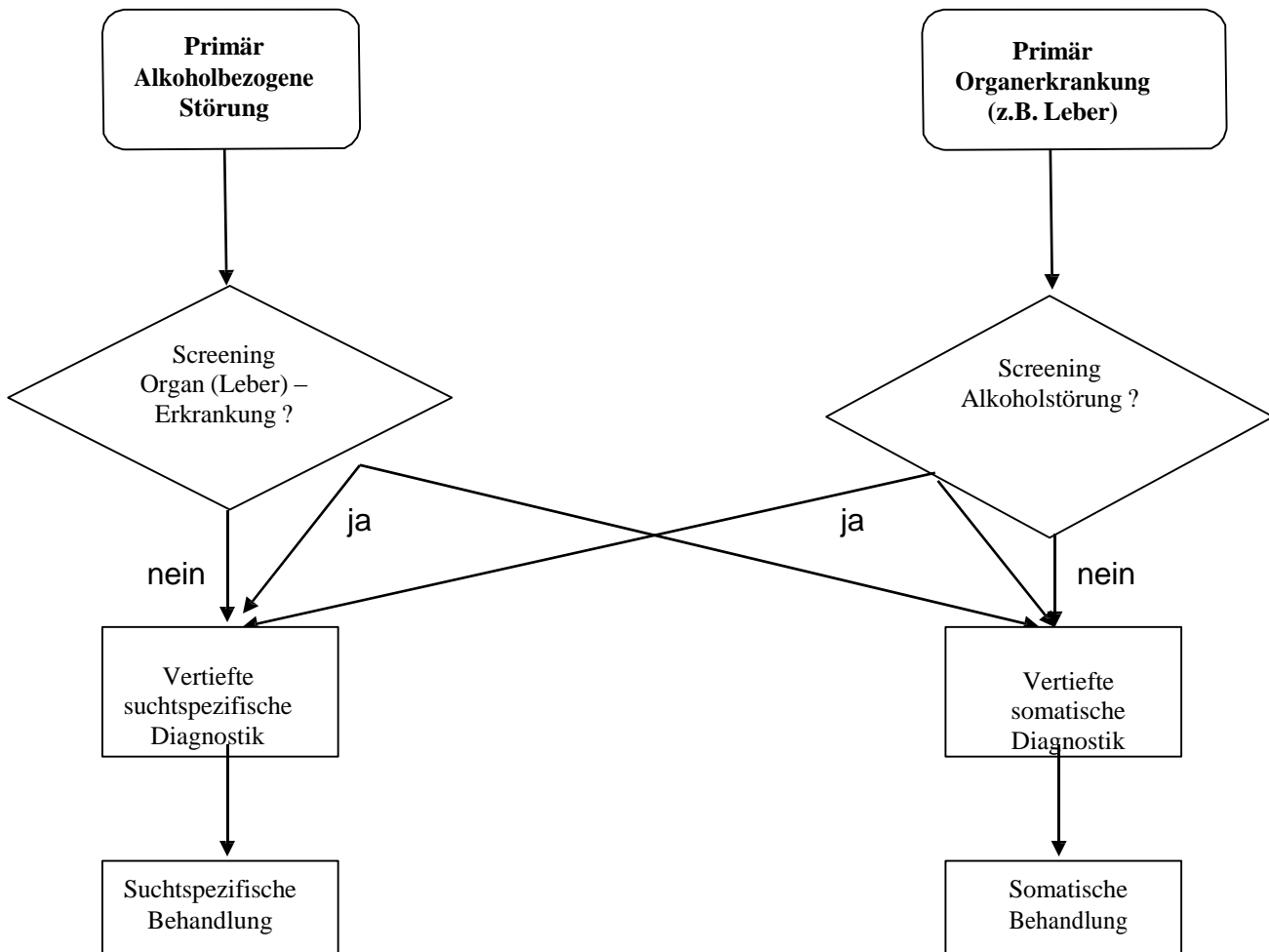
Wenn eine Steatohepatitis besteht, sollte rechtzeitig gastroenterologischer Rat eingeholt werden. Eine medikamentöse Behandlung sollte grundsätzlich in einem spezialisierten Zentrum durchgeführt werden. Je länger die Steatohepatitis andauert, desto mehr Folgeschäden entstehen (Mathurin et al. 2007). Vergleichende Untersuchungen über verschiedene Vorgehensweisen beim Auftreten einer Steatohepatitis liegen nicht vor, deshalb kann die Empfehlung nur im klinischen Konsens gegeben werden (LoE 5, KKP).

Von der Evidenz zur Empfehlung 3.5.3.7: Dass Alkoholkonsum in industrialisierten Ländern die häufigste Ursache für eine chronische Pankreatitis beim Erwachsenen ist, ist gut belegt. Deshalb sollte Patienten mit alkoholbedingter chronischer Pankreatitis eine Therapie der Grunderkrankung angeboten werden. Lediglich die Studie von Nordback et al. (2009) untersucht den Effekt einer auf Abstinenz ausgerichteten Intervention. Von 129 Patienten, die erstmalig wegen einer akuten Pankreatitis aufgenommen wurden, erhielten 59 eine wiederholte abstinenzorientierte Beratung durch eine Krankenschwester (Interventionsgruppe), während 61 Patienten initial einmalig abstinenzorientiert beraten wurden (Kontrollgruppe). In der Interventionsgruppe traten weniger Rezidive der Pankreatitis bei einer geringeren Zahl von Patienten auf. Größere Untersuchungen wären notwendig, um zu belastbareren Ergebnissen zu kommen. Da diese nicht vorliegen, wird diese Empfehlung im klinischen Konsens gegeben (KKP).

Von der Evidenz zur Empfehlung 3.5.3.8: Die Empfehlung wird wörtlich aus der S3-Leitlinie „Chronische Pankreatitis“ übernommen (Hoffmeister et al. 2012, Statement 9-2-8). Die schädliche Wirkung eines fortgesetzten Alkoholkonsums ist in zahlreichen Studien gut belegt.

3.5.7 Versorgungsalgorithmus

Aufgrund der engen Verknüpfung der alkoholbezogenen Störung als Grunderkrankung und der Erkrankung von Leber und Pankreas erscheint es sinnvoll, grundsätzlich von beiden Fachgebieten her die jeweils andere Erkrankung mit zu bedenken und aktiv danach zu suchen, wie es im folgenden Versorgungsalgorithmus dargestellt ist.



3.5.8 Forschungsthemen

- 1.) Langzeitwirkung der Alkoholentwöhnungstherapie auf den Verlauf der chronischen Pankreatitis
- 2.) Bestimmung von Rauchen als unabhängiger Risikofaktor für die chronische Pankreatitis

3.5.9 Literatur

1. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Vonghia L, Mirijello A, Abenavoli L, D'Angelo C, Caputo F, Zambon A, Haber PS, Gasbarrini G. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. *Lancet* 2007; 370(9603): 1915-22.
2. Ammann RW, Akovbiantz A, Largiader F, Schueler G. Course and outcome of chronic pancreatitis. Longitudinal study of a mixed medical-surgical series of 245 patients. *Gastroenterology* 1984; 86(5 Pt 1): 820-8.
3. Ashley MJ, Olin JS, le Riche WH, Kornaczewski A, Schmidt W, Rankin JG. Morbidity in alcoholics. Evidence for accelerated development of physical disease in women. *Arch Intern Med* 1977; 137(7): 883-887.
4. Bell H, Tallaksen CM, Try K, Haug E. Carbohydrate-deficient transferrin and other markers of high alcohol consumption: a study of 502 patients admitted consecutively to a medical department. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 1103-8.
5. Buechler C, Schaffler A, Johann M, Neumeier M, Kohl P, Weiss T, Wodarz N, Kiefer P, Hellerbrand C. Elevated adiponectin serum levels in patients with chronic alcohol abuse rapidly decline during alcohol withdrawal. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24(4): 558-563.
6. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MS, Fihn SD, Bradley KA The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1789-1795.
7. Cargiulo T. Understanding the health impact of alcohol dependence. *Am J Health Syst Pharm* 2007; 64(5 Suppl 3): S5-11.
8. Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon, C. La Vecchia. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine* 2004; 38: 613-619.
9. Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon, and P. Torchio. Meta-analysis of alcohol intake in relation to risk of liver cirrhosis. *Alcohol Alcohol* 1998; 33: 381-92.
10. Durbec JP, Sarles H. Multicenter survey of the etiology of pancreatic diseases. Relationship between the relative risk of developing chronic pancreatitis and alcohol, protein and lipid consumption. *Digestion* 1978; 18(5-6): 337-350.

11. EASL clinical practical guidelines: management of alcoholic liver disease. *J Hepatol* 2012; 57(2): 399-420.
12. Galambos JT, Shapira R. Natural history of alcoholic hepatitis. *J Clin Invest* 1973; 52: 2952-2962.
13. Garbutt JC. Efficacy and tolerability of naltrexone in the management of alcohol dependence. *Curr Pharm Des* 2010; 16(19): 2091-2097.
14. Garcia-Pugés AM, Navarro S, Ros E, Elena M, Ballesta A, Aused R, Vilar-Bonet J. Reversibility of exocrine pancreatic failure in chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1986; 91(1): 17-24.
15. Gelsi E, Dainese R, Truchi R, Marine-Barjoan E, Anty R, Autuori M, Burrioni S, Vanbiervliet G, Evesque L, Cherikh F, Tran A. Effect of detoxification on liver stiffness assessed by Fibroscan(R) in alcoholic patients. *Alcohol Clin Exp Res* 2011; 35(3): 566-570.
16. Gerke P, Hapke U, Rumpf HJ, John U. Alcohol-related diseases in general hospital patients. *Alcohol Alcohol*. 1997; 32(2): 179-184.
17. Gossop M, Neto D, Radovanovic M, Batra A, Toteva S, Musalek M, Skutle A, Goos C. Physical health problems among patients seeking treatment for alcohol use disorders: a study in six European cities. *Addiction Biology* 2007; 12, 190–196.
18. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002; 37: 591-6.
19. Hayakawa T, Kondo T, Shibata T, Sugimoto Y, Kitagawa M. Chronic alcoholism and evolution of pain and prognosis in chronic pancreatitis. *Dig Dis Sci* 1989; 34(1): 33-38.
20. Hock B, Schwarz M, Domke I, Grunert VP, Wuertemberger M, Schiemann U, Horster S, Limmer C, Stecker G, Soyka M. Validity of carbohydrate-deficient transferrin (%CDT), gamma-glutamyltransferase (gamma-GT) and mean corpuscular erythrocyte volume (MCV) as biomarkers for chronic alcohol abuse: a study in patients with alcohol dependence and liver disorders of non-alcoholic and alcoholic origin. *Addiction* 2005; 100: 1477-86.
21. Hoffmeister A, Mayerle J, Beglinger C, Buchler MW, Bufler P, Dathe K, Folsch UR, Friess H, Izbicki J, Kahl S, Klar E, Keller J, Knoefel WT, Layer P, Loehr M, Meier R, Riemann JF, Runzi M, Schmid RM, Schreyer A, Tribl B, Werner J, Witt H, Mossner J, Lerch MM. [S3-Consensus guidelines on definition, etiology, diagnosis and medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS)]. *Z Gastroenterol* 2012; 50(11): 1176-1224.

22. Imperiale TF, McCullough AJ. Do corticosteroids reduce mortality from alcoholic hepatitis? A meta-analysis of the randomized trials. *Ann Intern Med* 1990; 113(4): 299-307.
23. Janssens F, de Suray N, Piessevaux H, Horsmans Y, de Timary P, Starkel P. Can transient elastography replace liver histology for determination of advanced fibrosis in alcoholic patients: a real-life study. *J Clin Gastroenterol* 2010; 44: 575-82.
24. Johnson CD, Hosking S. National statistics for diet, alcohol consumption, and chronic pancreatitis in England and Wales, 1960-88. *Gut* 1991; 32(11): 1401-1405.
25. Kondo T, Hayakawa T, Noda A, Ito K, Yamazaki Y, Iinuma Y, Okumura N, Sakakibara A, Mizuno R, Naruse S. Follow-up study of chronic pancreatitis. *Gastroenterol Jpn* 1981; 16(1): 46-53.
26. Lankisch PG, Lohr-Happe A, Otto J, Creutzfeldt W. Natural course in chronic pancreatitis. Pain, exocrine and endocrine pancreatic insufficiency and prognosis of the disease. *Digestion* 1993; 54(3): 148-155.
27. Latvala J, Hietala J, Koivisto H, Jarvi K, Anttila P, Niemela O. Immune Responses to Ethanol Metabolites and Cytokine Profiles Differentiate Alcoholics with or without Liver Disease. *Am J Gastroenterol* 2005; 100(6): 1303-1310.
28. Levy P, Mathurin P, Roqueplo A, Rueff B, Bernades P. A multidimensional case-control study of dietary, alcohol, and tobacco habits in alcoholic men with chronic pancreatitis. *Pancreas* 1995; 10(3): 231-238.
29. Lin Y, Tamakoshi A, Hayakawa T, Ogawa M, Ohno Y. Associations of alcohol drinking and nutrient intake with chronic pancreatitis: findings from a case-control study in Japan. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(9): 2622-2627.
30. Lowenfels AB, Maisonneuve P, Cavallini G, Ammann RW, Lankisch PG, Andersen JR, DiMagno EP, Andren-Sandberg A, Domellof L, Di Francesco V, et al. Prognosis of chronic pancreatitis: an international multicenter study. International Pancreatitis Study Group. *Am J Gastroenterol* 1994; 89(9): 1467-1471.
31. Maddrey WC, Boitnott JK, Bedine MS, Weber FL, Jr., Mezey E, White RI, Jr. Corticosteroid therapy of alcoholic hepatitis. *Gastroenterology* 1978; 75(2): 193-199.
32. Maejima S, Kawa S, Hasebe O, Homma T. The relationship between drinking status and serial changes of pancreatographic findings in patients with suspected early chronic alcoholic pancreatitis. *Pancreas* 1996; 13(2): 209-14.
33. Mandayam S, Jamal MM, Morgan TR. Epidemiology of alcoholic liver disease. *Semin Liver Dis* 2004; Aug 24(3):217-32.
34. Marbet UA, Bianchi L, Meury U, Stalder GA. Long-term histological evaluation of the natural history and prognostic factors of alcoholic liver disease. *J Hepatol* 1987; 4: 364-72.

35. Maruyama K, Otsuki M. Incidence of alcoholic pancreatitis in Japanese alcoholics: survey of male sobriety association members in Japan. *Pancreas* 2007; 34(1): 63-65.
36. Mathurin P, Beuzin F, Louvet A, Carrie-Ganne N, Balian A, Trinchet JC, Dalsoglio D, Prevot S, Naveau S. Fibrosis progression occurs in a subgroup of heavy drinkers with typical histological features. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25: 1047-54.
37. Menon DK, Harris M, Sargentoni J, Taylor-Robinson SD, Cox IJ, Morgan MY. In vivo hepatic ³¹P magnetic resonance spectroscopy in chronic alcohol abusers. *Gastroenterology* 1995; 108(3): 776-788.
38. Miyake H, Harada H, Kunichika K, Ochi K, Kimura I. Clinical course and prognosis of chronic pancreatitis. *Pancreas* 1987; 2(4): 378-385.
39. Moussavian SN, Becker RC, Piepmeyer JL, Mezey E, Bozian RC. Serum gamma-glutamyl transpeptidase and chronic alcoholism. Influence of alcohol ingestion and liver disease. *Dig Dis Sci* 1985; 30(3): 211-214.
40. Naveau S, Gaude G, Asnacios A, Agostini H, Abella A, Barri-Ova N, Dauvois B, Prevot S, Ngo Y, Munteanu M, Balian A, Njike-Nakseu M, Perlemuter G, Poynard T. Diagnostic and prognostic values of noninvasive biomarkers of fibrosis in patients with alcoholic liver disease. *Hepatology* 2009; 49: 97-105.
41. Nei J, Matsuda Y, Takada A. Chronic hepatitis induced by alcohol. *Dig Dis Sci* 1983; 28(3): 207-215.
42. Nordback I, Pelli H, Lappalainen-Lehto R, Jarvinen S, Raty S, Sand J. The recurrence of acute alcohol-associated pancreatitis can be reduced: a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2009; 136(3): 848-855.
43. Pares A, Caballeria J, Bruguera M, Torres M, Rodes J. Histological course of alcoholic hepatitis. Influence of abstinence, sex and extent of hepatic damage. *J Hepatol* 1986; 2: 33-42.
44. Pelli H, Lappalainen-Lehto R, Piironen A, Sand J, Nordback I. Risk factors for recurrent acute alcohol-associated pancreatitis: a prospective analysis. *Scand J Gastroenterol* 2008; 43(5): 614-621.
45. Pelli H, Lappalainen-Lehto R, Piironen A, Jarvinen S, Sand J, Nordback I. Pancreatic damage after the first episode of acute alcoholic pancreatitis and its association with the later recurrence rate. *Pancreatol* 2009; 9(3): 245-251.
46. Ramstedt M. Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction* 2001; 96 Suppl 1: S19-33.
47. Raynard B, Balian A, Fallik D, Capron F, Bedossa P, Chaput JC, Naveau S. Risk factors of fibrosis in alcohol-induced liver disease. *Hepatology* 2002; 35(3): 635-638.

48. Rehm, J., B. Taylor, S. Mohapatra, H. Irving, D. Baliunas, J. Patra, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev* 2010; 29: 437-45.
49. Rojdmarm S, Brismar K. Decreased IGF-I bioavailability after ethanol abuse in alcoholics: partial restitution after short-term abstinence. *J Endocrinol Invest* 2001; 24(7): 476-82.
50. Roulot D, Costes JL, Buyck JF, Warzocha U, Gambier N, Czernichow S, Le Clesiau H, Beaugrand M. Transient elastography as a screening tool for liver fibrosis and cirrhosis in a community-based population aged over 45 years. *Gut* 2011; 60(7): 977-984.
51. Sarles H, Cros RC, Bidart JM. A multicenter inquiry into the etiology of pancreatic diseases. *Digestion* 1979; 19(2): 110-125.
52. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. *Addiction* 1993; 88:791-804.
53. Singer MV, Pfutzer RH, Kiefer F. Striving for abstinence in alcoholic pancreatitis: act of humanity, economic necessity, or flogging a dead horse after all? *Gastroenterology* 2009; 136(3): 757-760.
54. Stigendal L, Olsson R. Alcohol consumption pattern and serum lipids in alcoholic cirrhosis and pancreatitis. A comparative study. *Scand J Gastroenterol* 1984; 19(5): 582-587.
55. Strum WB. Abstinence in alcoholic chronic pancreatitis. Effect on pain and outcome. *J Clin Gastroenterol* 1995; 20(1): 37-41.
56. Talamini G, Bassi C, Falconi M, Sartori N, Salvia R, Rigo L, Castagnini A, Di Francesco V, Frulloni L, Bovo P, Vaona B, Angelini G, Vantini I, Cavallini G, Pederzoli P. Alcohol and smoking as risk factors in chronic pancreatitis and pancreatic cancer. *Dig Dis Sci* 1999; 44(7): 1303-1311.
57. Thomson SJ, Westlake S, Rahman TM, Cowan ML, Majeed A, Maxwell JD, Kang J-Y. Chronic liver disease--an increasing problem: a study of hospital admission and mortality rates in England, 1979-2005, with particular reference to alcoholic liver disease. *Alcohol Alcohol* 2008; 43: 416-22.
58. Trabut JB, Thepot V, Nalpas B, Lavielle B, Coscanea S, Corouge M, Vallet-Pichard A, Fontaine H, Mallet V, Sogni P, Pol S. Rapid decline of liver stiffness following alcohol withdrawal in heavy drinkers. *Alcohol Clin Exp Res* 2012; 36(8): 1407-1411.
59. Tsujimoto T, Kawaratani H, Yoshiji H, Uemura M, Fukui H. Recent developments in the treatment of alcoholic chronic pancreatitis. *Curr Drug Abuse Rev* 2008; 1(2): 197-202.

60. Welch, C., D. Harrison, A. Short, and K. Rowan. The increasing burden of alcoholic liver disease on United Kingdom critical care units: secondary analysis of a high quality clinical database. *J Health Serv Res Policy* 2008; 13 Suppl 2: 40-4.

3.6 Komorbide psychische Störungen

3.6.1 Psychische Störungen allgemein

Ulrich W. Preuß, Martin Beutel, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Ursula Havemann-Reinecke, Tilmann Weber, Georg Weil, Ingo Schäfer, Manfred Singer, Karl Mann, Eva Hoch

3.6.1.1 Einleitung

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

3.6.1.2 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Bedeutung haben psychische Störungen (z.B. Schizophrenie, Depression, bipolare affektive Störung, Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, ADHS, Essstörungen, Nikotinabhängigkeit, andere Substanzstörungen oder Persönlichkeitsstörungen) für das Management einer Alkoholstörung?
- 2.) Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?

3.6.1.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
3.6.1.3.1	<p>Diagnostik bei Patienten mit psychischen Störungen</p> <p>Der AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test*) soll zum Screening auf alkoholbezogene Störungen bei psychischen Störungen eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (5)</p> <p>Gesamtabstimmung: 93,3%</p>	A

*AUDIT-Fragebogen siehe Anlage

<p>3.6.1.3.2</p>	<p>Intensität der Intervention bei Alkoholabhängigkeit und Depression</p> <p>Eine intensivere Intervention sollte bei Personen mit komorbiden depressiven Störungen vorgesehen werden, da die Betroffenen üblicherweise schwerer gesundheitlich betroffen sind und eine ungünstigere Prognose aufweisen, als Personen mit einer einzelnen Erkrankung</p> <p>Empfehlungsgrad: B , LoE: 1</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (5)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96,6%</p>	<p>B</p>
<p>3.6.1.3.3</p>	<p>Behandlungssetting bei psychischen Störungen und Alkoholabhängigkeit</p> <p>Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen und alkoholbezogenen Störungen kann eine stationäre Behandlung für beide Störungsbilder angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (5)</p> <p>Gesamtabstimmung: 83,3%</p>	<p>KKP</p>
<p>3.6.1.3.4</p>	<p>Integrierte/Gleichzeitige Therapie bei Depression und alkoholbezogenen Störungen</p> <p>Bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und einer komorbiden Störung sollte die Behandlung für die beiden Störungen integriert in einem Setting bzw. durch ein Therapeutenteam erfolgen. Wenn das nicht möglich ist, sollte eine Koordination der Behandlung, z.B. durch Case Management, gewährleistet sein.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (5, 6)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96,4%</p>	<p>KKP</p>

3.6.1.4 Hintergrund der Evidenz

Chronischer und hochdosierter Alkoholkonsum ist mit einer Reihe verschiedener psychischer komorbider Erkrankungen assoziiert, insbesondere affektiven Störungen, aber auch Psychosen, Angsterkrankungen (Weaver et al. 2003). Alkoholabhängige mit psychischer Komorbidität weisen darüber hinaus eine Reihe von neuropsychologischen Leistungseinschränkungen auf, die, falls unzureichend diagnostiziert, zu suboptimalen Therapien und Behandlungsergebnissen führen (Evert & Oscar-Berman 1995, Weaver et al. 2003). Eine besondere Herausforderung ist für den Kliniker neben der Diagnose auch die Behandlung von komorbiden Störungen, zumal deren Symptome die direkte Folge des exzessiven Konsums sein können und mit Abstinenz von selbst abklingen (Brown et al. 1995) oder unter Konsum inapparent sind und erst mit der Abstinenz auftreten können. Wie beim Screening der Alkoholkonsumstörung ohne Komorbidität ist der AUDIT (Fragebogen siehe Anlage) auch bei Personen mit einer komorbiden psychischen Störung geeignet, Alkoholkonsummuster zu identifizieren (Cassidy et al. 2008, Dawson et al. 2005, Haber et al. 2009).

Aus den Quelleitlinien liegen Aussagen vor, die sich sowohl zur Indikation für das Behandlungssetting (NICE 2011a) als auch zur Intensität der Behandlung äußern (Haber et al. 2009). Weitere Daten aus systematischen Übersichten, Meta-Analysen oder Einzelstudien finden sich hingegen nicht.

3.6.1.5 Darstellung der Evidenz

Setting allgemein: Die britischen Quelleitlinien empfehlen eine stationäre Behandlung bei komorbiden Patienten (NICE 2011a). Die Australischen Leitlinien empfehlen darüber hinaus auch eine „integrierte psychosoziale Behandlung bei komorbiden Personen“ allgemein (LoE 4) sowie „intensivere Interventionen bei komorbiden Patienten“, da diese mehr beeinträchtigt sind und eine ungünstigere Prognose haben, also solche Personen, die eine einzelne Störung aufweisen (LoE 1). Die Daten zu dieser Empfehlung stammen aus einer Reihe von Studien, die innerhalb des australischen Gesundheitssystems über verschiedene Setting-Bedingungen (ambulant, stationär, Notfallambulanz) durchgeführt wurden und daher keine generelle settingspezifische Aussage für das deutsche Gesundheitssystem erlauben (Degenhardt et al. 2000, Hoolahan et al. 2006, Indig et al. 2007). Im Übrigen verweisen die NICE Leitlinien (2011a) beim Vorliegen einer der Alkoholabhängigkeit mit komorbiden Achse I Störung auf komplementäre Leitlinien zur Behandlung der jeweils spezifischen psychischen Störung: Depression: NICE (2009), Angststörung: NICE (2011c) und NICE (2004), Psychosen: NICE (2011b).

3.6.1.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Abgeleitet aus der Quell-Leitlinie soll der AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) (Fragebogen siehe Anlage) zum Screening bei Patienten mit psychischen Störungen eingesetzt werden (LoE 1b; Empfehlungsgrad A). Bezüglich Setting und Intensität empfiehlt die Quelleitlinie allgemein eine stationäre Therapie bei komorbiden Patienten (NICE 2011a, LoE: KKP, A). Ebenfalls wird eine intensivere Behandlung bei komorbiden Patienten allgemein abgeleitet (Haber et al. 2009, LoE 1, Empfehlungsgrad B).

3.6.1.7 Verweis auf Leitlinien anderer psychischer Störungen

Für Deutschland sind folgende Leitlinien zur Behandlung komorbider Störungen relevant: „S3-Leitlinien Depression“ und „S3-Leitlinie bipolare Störungen“, „S3-Leitlinien Schizophrenie“ (aktuell in Überarbeitung) sowie die „S3-Leitlinie Angststörungen“. Dies gilt insbesondere dann, wenn bei den betroffenen Patienten keine alkoholbezogene Störung neben der psychischen Erkrankung festgestellt werden kann oder nur riskante Konsummuster vorliegen.

3.6.1.8 Literatur

1. Brown S A, Inaba RK, Gillin J C, Schuckit MA, Stewart MA, Irwin MR. Alcoholism and affective disorder: Clinical course and depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 45–52.
2. Cassidy, CM, N Schmitz and A Malla. Validation of the alcohol use disorders identification test and the drug abuse screening test in first episode psychosis. *Can J Psychiatry* 2008; 53(1): 26-33.
3. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res* May 2005; 29(5): 844-54.
4. Degenhardt, L, Hall W, Teesson M et al. Alcohol use disorders in Australia: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-being 2000. Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre.
5. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf.
6. DGPPN e.V. S3 Leitlinien Angststörungen, in Überarbeitung.
7. Evert, D. L., & Oscar-Berman, M. Alcohol-related cognitive impairments: an overview of how alcoholism may affect the workings of the brain. *Alcohol Health & Research World* 1995; 19: 89–96.

8. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopathko O. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Commonwealth of Australia 2009.
9. Hoolahan, B, Kelly B, Stain HJ et al. Co-morbid drug and alcohol and mental health issues in a rural New South Wales Area Health Service. *Aust J Rural Health* 2006; 14(4): 148-153.
10. Indig, D, Eyeson-Annan M, Copeland J et al. The effects of alcohol consumption, psychological distress and smoking status on emergency department presentations in New South Wales, Australia. *BMC Public Health* 2007; 7(147): 46.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Anxiety: Management of Anxiety (Panic Disorder, with or without Agoraphobia, and Generalised Anxiety Disorder) in Adults in Primary, Secondary and Community Care. Clinical Guideline 22. London 2004.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults. Clinical Guideline 90. London 2009.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115). London 2011a.
14. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People. Clinical Guideline 120. London 2011b.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder (With or Without Agoraphobia) in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care. Clinical Guideline 113. London 2011c.
16. Weaver, T., Madden, P., Charles, V., et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 304–313.

3.6.2 Schizophrenie

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (für die Gesamtgruppe der Autoren, siehe 3.6.1)

3.6.2.1 Einleitung

Die Komorbidität von Alkoholkonsumstörungen mit Psychosen ist überzufällig hoch. Die Störungen beeinflussen sich gegenseitig negativ, so dass die Komorbidität bei der Behandlungsplanung beachtet werden muss.

3.6.2.2 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Bedeutung haben Psychosen für das Management einer Alkoholstörung?
- 2.) Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?

3.6.2.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlung	Empfehlungsgrad
3.6.2.3.1	<p>Behandlung Komorbidität Schizophrenie - Alkoholkonsumstörung</p> <p>Bei Patienten mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (38)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	A

3.6.2.3.2	<p>Behandlung Komorbidität Schizophrenie - Alkoholkonsumstörung</p> <p>Bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und Psychose sollen motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit KVT angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (5)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
3.6.2.3.3	<p>Behandlung Komorbidität Schizophrenie - Alkoholkonsumstörung</p> <p>Bei Patienten mit Alkoholismus und einer Schizophrenie sollen die Psychotherapie bzw. psychosoziale Behandlung mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie kombiniert werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 97%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.6.2.3.4	<p>Behandlung Komorbidität Schizophrenie - Alkoholkonsumstörung</p> <p>Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und Schizophrenie sollen leitliniengerecht medikamentös antipsychotisch behandelt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (15, 38)</p> <p>Gesamtabstimmung: 93%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>

3.6.2.3.5	<p>Behandlung Komorbidität Schizophrenie - Alkoholkonsumstörung</p> <p>Bei Patienten mit Alkoholkonsumerkrankungen und Psychose können die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten für die Suchtkomponente in Kombination mit der antipsychotischen Medikation angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (6, 39, 42)</p> <p>Gesamtabstimmung: 77%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.6.2.3.6	<p>Behandlung Komorbidität Schizophrenie - Alkoholkonsumstörung</p> <p>Bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und einer psychotischen Störung sollte die Behandlung für die beiden Störungen integriert in einem Therapieangebot erfolgen. Wenn das nicht möglich ist, sollte eine Koordination der Behandlung, z.B. durch Case Management, gewährleistet sein</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (15, 17)</p> <p>Gesamtabstimmung: 86%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>

3.6.2.4 Hintergrund der Evidenz

Die Komorbidität von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis mit Abhängigkeits-Erkrankungen ist hoch. Nach der amerikanischen Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) der 80er Jahre entwickelten etwa die Hälfte der Patienten mit Psychose im Laufe ihres Lebens eine Substanzkonsumstörung und etwa ein Drittel der Patienten mit Psychose hatten eine komorbide Alkoholkonsumerkrankung (OR: 3,3); umgekehrt hatten fast 4% der Patienten mit Alkoholkonsumerkrankung eine Psychose (OR: 3,3) (Regier et al. 1990).

Spätere große epidemiologische Untersuchungen in Australien ergaben eine deutlich steigende Tendenz: Während Ende der 90er Jahre die Life-time Komorbidität mit Alkoholkonsum-Erkrankung unter Patienten mit Psychose 28% betrug, war sie im Jahr 2010 auf 51% angestiegen (Kavanagh et al. 2004, Moore et al. 2012).

Generell ist der klinische Verlauf bei Patienten mit der Komorbidität Psychose und Abhängigkeitserkrankungen schwer, die Compliance ist relativ schwach, die Frequenz von Rückfällen und stationären Behandlungen ist hoch und die langfristige Prognose ist weniger günstig im Vergleich zu Patienten mit nur einer Störung (Gouzoulis-Mayfrank 2010). Dabei lässt die Studienlage keine sichere Differenzierung zwischen Alkohol und anderen legalen oder illegalen Substanzen zu; die klinische Erfahrung spricht dafür, dass die ungünstige Prognose nicht nur für Drogen-, sondern auch für Alkoholkonsumstörungen gilt.

3.6.2.5 Darstellung der Evidenz

3.6.2.5.1 Psychotherapie

Psychotherapeutische Ansätze, die generell für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen etabliert sind, kommen auch bei Patienten mit komorbiden psychischen Störungen in Frage. Die NICE Leitlinie für Patienten mit Psychose und Substanzkonsumstörungen aus dem Jahr 2011 berücksichtigt 13 RCTs und weitere sechs kontrollierte Studien zu Motivationaler Gesprächsführung (MI), Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT), MI kombiniert mit KVT, Kontingenzmanagement und gruppentherapeutischen Verfahren, und sie berichtete Vorteile von MI und Kontingenzmanagement (je 2 RCTs und eine kontrollierte Studie) im Vergleich zu einer Standardbehandlung (NICE 2011: 168-185). Die NICE Leitlinie schließt mit der Empfehlung, dass Patienten mit Psychose und Substanzkonsumstörungen evidenzbasierte Interventionen/Programme für beide Störungen erhalten sollen; d.h. sie sollen nicht wegen ihrer Psychose von der Psychotherapie ausgeschlossen werden. Wegen methodischer Schwächen der Studien einschl. kleiner Gruppengrößen wird jedoch keine differenzielle Empfehlung für bestimmte psychotherapeutische Interventionen ausgesprochen (NICE 2011: 187-189). Bei der Psychotherapie sollten die therapeutischen Techniken auf die eingeschränkten kognitiven Ressourcen, die oft schwierigen sozialen Verhältnisse und die überwiegend niedrige Veränderungsmotivation der komorbiden Patientengruppe angepasst und modifiziert werden (NICE 2011).

Eine Cochrane Analyse aus dem Jahr 2008 mit Daten aus 25 RCTs bei Patienten mit „severe mental illness“ (SMI: Schizophrenie, Bipolare Störung, schwere depressive Störung) und Substanzkonsumstörungen ergab keine eindeutige Überlegenheit einer bestimmten Therapieform bei komorbiden Patienten, aber es wurden (begrenzte) Hinweise für die

Effektivität von MI und möglicherweise auch von MI in Kombination mit KVT berichtet (Cleary et al. 2008 und 2010; Horsfall et al. 2009, LoE 1a).

Eine systematische, qualitative Metaanalyse aus dem Jahr 2008 bei Patienten mit SMI und Substanzkonsumstörungen ergab, dass Behandlungsprogramme, die Psychoedukation und MI alleine oder in Kombination mit KVT und/oder Familieninterventionen anboten, erfolgreicher waren als andere Programme (Drake et al. 2008, LoE 1a; berücksichtigt wurden hier 22 RCTs und 23 quasi-experimentelle, kontrollierte Studien ohne randomisierte Gruppenzuordnung).

Speziell zu der Komorbidität Psychose und Alkoholkonsumstörung wurde im Jahr 2012 ein systematisches Review publiziert, das 7 RCTs aus den Jahren 2002 bis 2010 zu manualisierten psychotherapeutischen Interventionen identifizierte und analysierte (Baker et al. 2012, LoE 1a). Bei einer unter den sieben Studien wurden nur Patienten mit Alkoholkonsumstörung eingeschlossen (Graeber et al. 2003); bei den verbleibenden sechs Studien wurden Patienten mit verschiedenen Substanzkonsumstörungen eingeschlossen und es wurden sekundäre Analysen mit den Daten der Untergruppe von Patienten mit Alkoholkonsumstörung durchgeführt (Baker et al. 2002a u. 2002b u. 2006; Martino et al. 2006, Kemp et al. 2007, Craig et al. 2008, Barrowclough et al. 2010). Die psychotherapeutischen Interventionen bestanden entweder aus MI (Baker et al. 2002a u. 2002b; Graeber et al. 2003, Martino et al. 2006), oder aus einer Kombination von MI und KVT (Baker et al. 2006, Kemp et al. 2007, Craig et al. 2008, Barrowclough et al. 2010).

Zwei Studien, bei denen die Intervention aus lediglich einer oder zwei MI-Sitzungen bestand, ergaben keinen Vorteil im Vergleich zur Kontrollbedingung (Baker et al. 2002a & 2002b; Martino et al. 2006). Das RCT von Graeber et al. (2003), bei dem nur Patienten mit Alkoholkonsumstörung eingeschlossen waren, und bei dem die Intervention aus drei MI-Sitzungen bestand, zeigte Vorteile der MI verglichen mit der Kontrollbedingung (drei psychoedukative Sitzungen) hinsichtlich des Trinkverhaltens über den Follow-up Zeitraum von 4, 8 und 24 Wochen (LoE 1b). Bei den verbleibenden vier Studien, die eine Kombination von MI und KVT gegen eine Standardbehandlung im ambulanten Setting untersuchten, war die Intervention z.T. umschrieben (Kemp et al. 2007: 4-6 Sitzungen, Baker et al. 2006: 10 Sitzungen) und z.T. wurde sie über einen längeren Zeitraum durchgeführt (Barrowclough et al. 2010: 12 Monate, Craig et al. 2008: 18 Monate). Zwei dieser Studien ergaben Vorteile der Intervention aus MI und KVT verglichen mit der Standardbehandlung hinsichtlich des Trinkverhaltens (Kemp et al. 2007, LoE IIb [allerdings sehr kleine Studie mit n=19]; Barrowclough et al. 2010, LoE 2b). Bei den verbleibenden zwei Studien wurde kein Vorteil hinsichtlich des Trinkverhaltens berichtet, aber es gab Vorteile hinsichtlich der psychischen Symptomatik im Verlauf (Baker et al. 2006, Craig et al. 2008).

Die größte und methodisch anspruchsvollste unter den oben zitierten Studien aus der Metaanalyse von Baker et al. (2012) ist die Studie von Barrowclough und Mitarbeitern aus dem Jahr 2010; hierbei wurde bei 327 Patienten mit Psychose und Abhängigkeits-Erkrankungen eine Intervention aus MI und KVT in Einzelsitzungen über einen Zeitraum von 12 Monaten mit einer Standardbehandlung verglichen. In der Gruppe mit MI und KVT kam es zur Reduktion der Konsummengen, die jedoch für die Gesamtgruppe der Patienten bei der Nachuntersuchung ein Jahr nach Beendigung der Studie nicht mehr anhielt. Bei der Untergruppe der Alkoholabhängigen (n=142) war der Effekt stärker und er war auch noch ein Jahr nach Beendigung der Therapie noch nachweisbar (Barrowclough et al. 2010, LoE 2b). Baker et al. (2012) zeigten in ihrer Metaanalyse, dass auch die Standardtherapien zu Reduktionen des Alkoholkonsums führten, und sie berichteten einige methodische Schwächen der analysierten Studien. Wegen der Heterogenität der Studien sahen sie sich nicht in der Lage, eine Gesamt-Effektstärke zu kalkulieren. Die Metaanalyse schließt mit der Empfehlung, dass Patienten mit Psychose und Alkoholkonsumstörungen zunächst kürzere MI-Interventionen erhalten sollten, und dass bei Nicht-Ansprechen und/oder bei komplexer Symptomatik eine intensivere/längere KVT-Intervention angeboten werden soll (LoE 1a).

3.6.2.5.2 Pharmakotherapie

Antipsychotika: Die Leitlinie für eine antipsychotische Pharmakotherapie bei Patienten mit Schizophrenie (DGPPN 2006) gilt grundsätzlich auch für Patienten mit komorbider Alkoholkonsumstörung. Aus der Literatur ergeben sich Hinweise, dass bei Patienten mit Psychose und komorbiden Substanzkonsumstörungen atypische Antipsychotika den typischen Neuroleptika der 1. Generation generell vorzuziehen sind; dies nicht nur, weil sie eine bessere Wirksamkeit bei Negativsymptomen und ein günstigeres Nebenwirkungsprofil haben, sondern auch weil sie hinsichtlich des Suchtdruckes und des Konsumverhaltens Vorteile bieten können (Gouzoulis-Mayfrank 2010). Laut DGPPN-Leitlinie (2006) sollte somit den Atypika der Vorzug gegeben werden (Empfehlung Nr. 137, Empfehlungsgrad C).

In qualitativen Literaturreviews wird insbesondere Clozapin empfohlen, da mehrere offene, retrospektive und prospektive Studien Reduktionen der Konsummengen von Alkohol oder Drogen nach Einstellung/Umstellung auf das Medikament zeigten (Green et al. 2008; Machielsen & de Haan 2009, LoE 4). Bei dem bislang einzigen, kleinen RCT mit n=31 Patienten mit Schizophrenie und Cannabiskonsumstörung erfolgte randomisiert entweder eine Umstellung von der früheren antipsychotischen Medikation auf Clozapin oder die frühere antipsychotische Medikation wurde weitergegeben (Brunette et al. 2011); in der Follow-up Periode von drei Monaten kam es unter Clozapin zur Reduktion des

Cannabiskonsums, allerdings zeigte eine exploratorische Analyse, dass der begleitende Alkoholkonsum nach Umstellung auf Clozapin nicht abnahm (Brunette et al. 2011, LoE 2b).

Hinsichtlich der neueren atypischen Antipsychotika der 2. Generation ist die Literatur nicht konklusiv (Petrakis et al. 2006a, LoE 4; Green et al. 2008, LoE 5; Wobrock & Soyka 2008, LoE 1a; Machielsen & de Haan 2009, LoE 5; Zhornitsky et al. 2010, LoE 1a). Möglicherweise gibt es Unterschiede zwischen den neueren atypischen Antipsychotika, sichere Aussagen können aber zum jetzigen Zeitpunkt nicht getroffen werden: So wirkten in einer offenen, naturalistischen Studie Clozapin und das pharmakologisch ähnliche Olanzapin besser gegen Craving als Risperidon (Machielsen et al. 2012, LoE 3b), und in einer kleinen randomisierten Studie wirkte Olanzapin besser als Risperidon (Akerle et al. 2007, LoE 2b), aber in einer anderen randomisierten Studie wirkten Olanzapin und Risperidon ähnlich gut gegen Craving (van Nimwegen et al. 2008, LoE 1b).

Aufgrund der häufig instabilen Compliance von Patienten mit Psychose und Substanzkonsum-Störungen sind antipsychotische Depotmedikationen grundsätzlich eine gute Option. Bislang liegt eine relativ große (n=115), randomisierte Studie mit Risperidon-Depot vs. Zuclopenthixol-Depot bei Patienten mit Psychose und komorbiden Substanzkonsumstörungen mit einem hohen Anteil an Alkoholkonsumstörungen (88%) vor. Die Studie zeigte einen Vorteil von Risperidon hinsichtlich psychotischer Symptomatik und Ausmaß des Konsums (Rubio et al. 2006, LoE 2b), es wurde jedoch keine gesonderte Analyse hinsichtlich des Alkoholkonsums vorgelegt. Als Alternative kommt möglicherweise Flupenthixol-Depot infrage, das nach klinischer Erfahrung im Vergleich zu anderen typischen Neuroleptika relativ gut verträglich ist und ein partiell atypisches Profil aufweist. Eine kleine, offene Pilotstudie mit 27 Patienten mit Psychose und Alkoholabhängigkeit zeigte eine deutliche Reduktion der Trinkmengen in der Follow-up Zeit von 6 Monaten nach Einstellung auf Flupenthixol-Depot (Soyka et al. 2003, LoE 4).

Resümierend ist die Datenlage zu der antipsychotischen Medikation für komorbide Patienten mit Alkoholismus und Psychose spärlich und die Evidenzlage ist schwach, zumal fast alle Studienkollektive aus Patienten mit Psychose und Substanzkonsum-Störungen, aber nicht spezifisch Alkoholkonsumstörungen bestehen (Ausnahme: Soyka et al. 2003, LoE 4).

Kombinierte Behandlung mit Antipsychotika und Rückfallprophylaktika: Zu der Kombinationsbehandlung von Suchttherapeutika und Antipsychotika liegen keine Evidenzen aus den Qualleitlinien und Metaanalysen/systematischen Übersichtsarbeiten vor. Aus Einzelstudien liegt eine begrenzte Evidenz für **Naltrexon** vor. In einem kleinen placebo-kontrollierten RCT bei Psychose-Patienten wurde gezeigt, dass Naltrexon zusammen mit Antipsychotika zu einer vorübergehenden Zunahme der Negativsymptome führte, ansonsten

aber gut vertragen wurde (Sernyak et al. 1998). Es folgte eine offene Studie mit 72 Patienten mit Alkoholismus und affektiver Störung oder Psychose. Diese zeigte, dass die Medikation bei etwa 10% der Patienten wegen Übelkeit abgesetzt werden musste, dass aber über 80% der Patienten ihre Trinkmengen unter Naltrexon um mindestens 75% reduzieren konnten (Maxwell & Shindermann 2000). Schließlich wurde eine randomisierte Doppelblindstudie mit 31 Patienten mit Schizophrenie und Alkoholismus publiziert, bei der ambulant über 12 Wochen Naltrexon oder Placebo als add-on zur neuroleptischen Medikation und bei laufender KBT gegeben wurde: Bei dieser Untersuchung hatten die Patienten der Naltrexon-Gruppe im Verlauf weniger Trinktage, weniger schwere Trinktage und weniger Suchtdruck und es wurden keine Gruppenunterschiede hinsichtlich psychotischer Symptome und Nebenwirkungen der Medikation berichtet (Petrakis et al. 2004, LoE Ib). Die gleiche Arbeitsgruppe führte eine zweite, mehrarmige randomisierte Studie mit 244 ambulanten Patienten mit Alkoholismus und einer weiteren Achse-I Störung durch und konnte den Befund von weniger Trinktagen und weniger Suchtdruck unter Naltrexon im Vergleich zu Placebo bestätigen; allerdings hatten weniger als 10% der Patienten in diesem Kollektiv eine Schizophrenie oder schizoaffektive Störung (Petrakis et al. 2005 u. 2006a). Eine weitere kleine, offene, nicht-kontrollierte Studie (Batki et al. 2007) ergab eine Wirksamkeit von Naltrexon bei Psychose-Patienten mit Alkoholismus, selbst wenn keine begleitende Psychotherapie/psychosoziale Behandlung angeboten wurde. Bei dieser Studie kam es darüber hinaus zu einer Besserung der psychotischen Symptomatik während der 8-wöchigen follow-up Zeit (Batki et al. 2007, LoE IV).

Positive Erfahrungen bei alkoholabhängigen Patienten mit komorbiden psychischen Störungen wurden auch hinsichtlich **Disulfiram** zunächst in Form von Kasuistiken, in einer kleineren, offenen Studie und bei einer retrospektiven Aktenauswertung berichtet (Kofoed et al. 1986, Brenner et al. 1994, Mueser et al. 2003.) Zuletzt wurden bei der oben erwähnten mehrarmigen randomisierten Studie von Petrakis und Mitarbeitern (2005) über den Verlauf von 12 Wochen nicht nur unter Naltrexon, sondern auch unter Disulfiram weniger Trinktage und weniger Suchtdruck im Vergleich zu Placebo berichtet. Auch hier gilt jedoch die Einschränkung, dass nur ein geringer Anteil des Studienkollektivs eine Schizophrenie oder schizoaffektive Störung hatte (Petrakis et al. 2005 u. 2006a). Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass Disulfiram eine sehr gute Compliance vom Patienten erfordert, mit dem Risiko einer schweren Unverträglichkeitsreaktion bei Konsum von hohen Alkoholmengen behaftet ist und bei akuter psychotischer Symptomatik nicht eingesetzt werden sollte.

Schließlich liegt eine randomisiert-placebo-kontrollierte Pilotstudie mit **Acamposat** bei 23 Patienten mit Psychose und schwerem Alkoholismus vor. Während der 12-wöchigen Studiendauer kam es in beiden Gruppen zu einer Reduktion der Trinkmengen, ohne dass bei

diesem kleinen Kollektiv ein Vorteil von Acamprosat gezeigt werden konnte. Die Substanz wurde gut vertragen und hatte keine negativen Auswirkungen auf die Kognition (Ralevski et al. 2011, LoE 2b).

Kombinierte Behandlung mit Antipsychotika und Antidepressiva / Mood

Stabilizers: Depressive Symptome und Stimmungsschwankungen sind häufig bei Patienten mit Psychosen und begleitenden Substanzkonsumstörungen und sie können das Konsumverhalten ungünstig beeinflussen. Folglich kann eine begleitende Behandlung mit Antidepressiva/Mood Stabilizers sinnvoll sein. Allerdings ist die Datenlage hierzu nahezu inexistent. Aus den 90er Jahren liegen einzelne Studien zu trizyklischen Antidepressiva vor, die positive Effekte hinsichtlich eines Stimulanzienkonsums bei Psychose-Patienten hatten (Wobrock & Soyka 2008). Bei einer kleinen Fallsammlung von 3 therapieresistenten Patienten mit Psychose und Alkoholismus wurde ein positiver Effekt von Lamotrigin als add-on zu Clozapin auf Suchtdruck und Trinkmengen berichtet (Kalyoncu et al. 2005, LoE 4).

3.6.2.5.3 Kombination Pharmakotherapie und Psychotherapie

Es liegen keine Studien vor, die explizit die Frage nach einer Kombination von Psychotherapie mit der Pharmakotherapie bei Patienten mit Alkoholismus und einer psychotischen Störung untersuchen.

3.6.2.5.4 Reihenfolge und Organisation der Behandlung (sequentiell vs. parallel vs. integriert)

Patienten mit Psychose und Abhängigkeitserkrankungen werden häufig nach dem sequentiellen oder parallelen Modell behandelt (z.B. zunächst Stabilisierung der psychotischen Symptomatik, dann Suchtrehabilitation; oder psychiatrische Behandlung bei einem Arzt und gleichzeitig Anbindung an eine Suchtberatungsstelle oder Selbsthilfegruppe). Nach klinischer Erfahrung leidet dann die Therapie häufig unter den Schnittstellenproblemen und den traditionell divergenten Philosophien der beiden Behandlungssysteme. Diese Probleme können dazu beitragen, dass die Compliance der Patienten leidet und sie „durch die Maschen“ der Versorgungssysteme fallen. Aufgrund dieser Erfahrungen wurde ab Ende der 80er Jahre zunächst in den USA ein integrierter Behandlungsansatz für Menschen mit „severe mental illness“ (SMI: Schizophrenie, Bipolare Störung, schwere depressive Störung) und Substanzkonsumstörungen entwickelt und propagiert, d.h. die Behandlung wird in einem Setting durch einen Therapeuten bzw. ein Therapeutenteam durchgeführt, das Erfahrungen und Kompetenzen in der Behandlung beide Störungen aufweist.

Die bereits oben zitierte NICE Leitlinie für Patienten mit Psychose und Substanzkonsumstörungen aus dem Jahr 2011 berücksichtigte zu der Frage der integrierten Behandlung 4 RCTs (Drake et al. 1998, Chandler & Spicer 2006, Essock et al. 2006, Morse et al. 2006) und weitere drei gut angelegte, kontrollierte, nicht-randomisierte Studien (Drake et al. 1997, Ho et al. 1999, Mangrum et al. 2006). Lediglich bei den 3 letzteren Studien mit Kollektiven von 158 bis 216 Patienten konnten Vorteile des integrierten Behandlungsansatzes nachgewiesen werden. Aufgrund der negativen Ergebnisse der RCTs kommt die NICE Leitlinie zum Ergebnis, dass die integrierte Behandlungsorganisation nicht zwingend zu bevorzugen sei. Es wird lediglich empfohlen, dass Patienten mit Psychose und Abhängigkeits-Erkrankungen eine Behandlung für beide Störungen erhalten sollen (NICE 2011: 127-141).

In Übereinstimmung mit der NICE Leitlinie zweifelt auch die bereits oben zitierte Cochrane Analyse aus dem Jahr 2008 die bessere Wirksamkeit von integrierten Therapieansätzen bei der Komorbidität Psychose und Abhängigkeitserkrankungen an (Cleary et al. 2008 u. 2010; Horsfall et al. 2009, LoE 1a). Für die Beantwortung dieser Frage wurden 5 RCTs herangezogen (Burnam et al. 1995, Drake et al. 1998, Chandler & Spicer 2006, Essock et al. 2006, Morse et al. 2006), bei denen eine soziotherapeutische Behandlung mit aufsuchenden Elementen (Assertive Community Treatment: ACT) integriert durch ein Team (Experimentalbedingung), oder durch verschiedene Dienste (Kontrollbedingung) angeboten wurde. Eine Überlegenheit des integrierten Ansatzes konnte nicht nachgewiesen werden. Bei der Bewertung dieses Ergebnisses sollte allerdings berücksichtigt werden, dass diese Studien mit einer Ausnahme (Chandler & Spicer 2006) keine psychotherapeutischen Interventionen anboten. Es ist erwähnenswert, dass die gleiche Cochrane Analyse (begrenzte) Hinweise für die Effektivität von MI alleine oder in Kombination mit KVT fand, wobei diese psychotherapeutischen Interventionen in einem integrierten Behandlungsprogramm angeboten wurden (Cleary et al. 2008, vgl. unter Darstellung der Evidenz zur Psychotherapie).

Im Gegensatz zu der NICE Leitlinie (2011) und der Cochrane Analyse (Cleary et al. 2008) kommen Drake und Mitarbeiter in einem systematischen, qualitativen Literaturreview zum Ergebnis, dass der integrierte Behandlungsansatz für Patienten mit Psychose und Abhängigkeits-Erkrankungen vorteilhaft sei (Drake et al. 2008, LoE 2a; berücksichtigt sind 22 RCTs und 23 quasi-experimentelle, kontrollierte Studien). Die Autoren stellen fest, dass erfolgreiche Behandlungsprogramme überwiegend ambulant, langfristig orientiert, niederschwellig und motivationsbasiert sind und häufig aufsuchende Elemente aufweisen. Inhaltlich verbinden die erfolgreichen Programme Pharmakotherapie mit Psychoedukation und motivationalen Interventionen, und manche Programme integrieren zusätzlich verhaltenstherapeutische Elemente und Familieninterventionen. Drake und Mitarbeiter kommen zum

Ergebnis, dass etwa $\frac{3}{4}$ der Patienten mittel- und langfristig von solchen Programmen profitieren (Drake et al. 2008, LoE 2a).

Speziell bei der Komorbidität Psychose und Alkoholkonsumstörung liegt keine Studie zu der Frage des integrierten Behandlungsansatzes vor. Bei einem großen RCT mit 429 Patienten mit Substanzkonsumstörungen und „severe mental illness“ (SMI) hatten fast $\frac{3}{4}$ der Patienten einen Alkoholismus und fast 30% hatten eine Schizophrenie. Es wurde eine intensive integrierte stationäre Therapie mit MI, Psychoedukation, Angehörigen-Psychoedukation und Gruppentherapien, mit einer kurzen stationären Standardtherapie verglichen (Herman et al. 2000). In der Nachbeobachtungszeit von 2 Monaten zeigte sich in der Experimentalgruppe eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums und eine höhere Motivation zur Abstinenz, Besuch von Selbsthilfegruppen und familiäre Unterstützung (Evidenz 2b). Einschränkend muss erwähnt werden, dass diese Studie trotz randomisierten Designs und großen Kollektivs erhebliche methodische Probleme aufweist, weswegen sie aus der Cochrane Analyse von Cleary et al. (2008, 2010) ausgeschlossen wurde

3.6.2.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

3.6.2.6.1 Psychotherapie

Aus der Quelleitlinie von NICE (2011) wird die Empfehlung übernommen, dass Patienten mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose psychotherapeutisch/psychosoziale Behandlungsangebote für beide Störungen erhalten sollen (Empfehlungsgrad A). Grundlage hierfür ist die ausgezeichnete Evidenz (Quelleitlinien, Metaanalysen, systematische Reviews), dass eine Reihe von psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen sowohl bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen als auch bei der Behandlung von Psychosen wirksam ist. Die Evidenzlage zu den einzelnen Psychotherapieverfahren ist schmal, so dass wenig konkrete Empfehlungen gemacht werden können. Immerhin ergibt sich aus den vorliegenden Metaanalysen und systematischen Reviews, insbesondere aus Baker et al. (2012), dass motivationale Interventionen bei Patienten mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose auf jeden Fall angeboten werden sollen; ggf. sollen sie mit verhaltenstherapeutischen Elementen kombiniert werden (LoE: 1a, Empfehlungsgrad A).

3.6.2.6.2 Kombination Pharmakotherapie und Psychotherapie

Zur Kombinationsbehandlung Pharmakotherapie und Psychotherapie liegt keine direkte Evidenz aus Quellleitlinien, Metaanalysen oder Reviews vor. Eine wirksame und möglichst nebenwirkungsarme Pharmakotherapie ist die Basis der Behandlung von Patienten mit Psychose, ob ohne oder mit komorbider Substanzkonsumstörung. Darüber hinaus sollen Patienten mit Psychose und komorbider Alkoholkonsumstörung psychotherapeutische Angebote erhalten. Daraus ergibt sich, dass die Psychotherapie bzw. psychosoziale Behandlung nach Möglichkeit immer in Kombination mit einer Pharmakotherapie angeboten werden soll (KKP).

3.6.2.6.3 Pharmakotherapie

Antipsychotika: Die antipsychotische Pharmakotherapie bei Menschen mit Psychose und Alkoholkonsumstörungen richtet sich nach der Leitlinie für die Behandlung von Patienten mit Schizophrenie (DGPPN 2006). Somit sollen Patienten mit Psychose und Alkoholkonsumstörungen - wie andere Psychose-Patienten – leitliniengerecht medikamentös antipsychotisch behandelt werden (Empfehlungsgrad A). Hierzu ist die Empfehlung gleichlautend wie die Empfehlung der NICE (2011), die somit übernommen wird. Ein Vorteil atypischer Antipsychotika gegenüber den älteren, klassischen Neuroleptika kann aus theoretisch-pharmakologischen Erwägungen angenommen werden und entspricht häufig der klinischen Erfahrung, er lässt sich jedoch bei insgesamt schmaler Evidenzlage nicht sicher belegen. Auch für Antipsychotika in Depotform muss die Evidenz als nicht ausreichend bewertet werden. Somit können konkrete Empfehlungen für bestimmte Antipsychotika nicht abgeleitet werden.

Suchttherapeutika: Die Evidenzlage zur Wirksamkeit von zusätzlich zu Antipsychotika verabreichten Rückfallprophylaktika zur Besserung des pathologischen Alkoholkonsum-Verhaltens ist sehr schmal (lediglich ein positives RCT zu Naltrexon mit kleinem sample von n=31, LoE 1b). Somit können Rückfallprophylaktika als add-on zu der antipsychotischen Medikation angeboten werden (KKP), eine weitergehende Empfehlung kann jedoch nicht abgeleitet werden.

Antidepressiva und Mood Stabilizers: Zur Kombinationsbehandlung Antipsychotika und Antidepressiva oder Mood Stabilizers bei Patienten mit Psychose und Alkoholkonsumstörungen liegt keine Evidenz aus Quellleitlinien, Metaanalysen oder Reviews vor. Lediglich eine kleine Fallserie spricht für eine mögliche günstige Wirkung von Lamotrigin als add-on zu Clozapin (LoE IV). Eine Empfehlung kann daraus nicht abgeleitet werden.

3.6.2.6.4 Reihenfolge und Organisation der Behandlung (sequentiell vs. parallel vs. integriert)

Laut der Quelleitlinie (NICE 2011) und einer Cochrane Analyse (Cleary et al. 2008) lässt sich eine Überlegenheit des integrierten Behandlungsansatzes für Patienten mit Psychose und Alkoholkonsumstörung nicht eindeutig belegen. Es finden sich zwar in der Literatur Hinweise auf Vorteile integrierter Behandlungsprogramme (NICE 2011, Review von Drake et al. 2008), aufgrund methodischer Probleme und der Heterogenität der Studien sind jedoch sichere Aussagen nicht möglich. Dennoch wird auf der Grundlage der klinischen Erfahrung und gemäß der GCP Empfehlung der Leitlinie Schizophrenie der DGPPN (2006) und der Empfehlung von Drake et al. (2008) eine integrierte Behandlung beider Störungen empfohlen. Wenn das nicht möglich ist, sollte eine Koordination der Behandlung, z.B. durch Case Management, gewährleistet sein (KKP).

3.6.2.7 Empfehlungen für künftige Forschung

- 1.) Die Evidenz zu integrierten Behandlungsprogrammen mit störungsorientierter Psychotherapie für Patienten mit Alkoholkonsumstörungen und einer komorbiden psychotischen Störung ist begrenzt. Hier sollten weitere randomisierte Studien erfolgen.
- 2.) Die Evidenz zur Wirksamkeit und Verträglichkeit verschiedener atypischer Antipsychotika bei Patienten mit Alkoholkonsumstörungen und einer komorbiden psychotischen Störung ist begrenzt. Hier sollten weitere randomisierte Studien erfolgen.

3.6.2.8 Literatur

1. Akerele, E, Levin, FR. Comparison of olanzapine to risperidone in substance-abusing individuals with schizophrenia. *Am J Addict* 2007; 16: 260-268.
2. Baker A, Bucci S, Lewin TJ, Kay-Lambkin F, Constable PM, Carr VJ. Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 439-448.
3. Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R et al. Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002a; 106(3): 233-240.
4. Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R et al. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction* 2002b; 97(10): 1329-1337.
5. Baker AL, Hiles SA, Thornton LK, Hides L, Lubman DI. A systematic review of psychological interventions for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 126[4]: 243-255.

6. Barrowclough, C, Haddock, G, Wykes, T, Beardmore, R, Conrod, P, Craig, T, Davies, L, Dunn, G, Eisner, E, Lewis, S, Moring, J, Steel, C, Tarrier, N Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 341: c6325.
7. Batki, SL, Dimmock, JA, Wade, M, Gately, PW, Cornell, M, Maisto, SA, Carey, KB, Ploutz-Snyder, R Monitored naltrexone without counseling for alcohol abuse/dependence in schizophrenia-spectrum disorders. *Am J Addict* 2007; 16: 253-259.
8. Brenner, LM, Karper, LP, Krystal, JH Short-term use of disulfiram with clozapine. *J Clin Psychopharmacol* 1994; 14: 213-215.
9. Brunette MF, Dawson R, O'Keefe CD, Narasimhan M, Noordsy DL, Wojcik JD et al. A randomized trial of clozapine vs. other antipsychotics for cannabis use disorder in patients with schizophrenia. *J Dual Diagnosis* 2011; 7(1-2): 50-63.
10. Burnam MA, Morton SC, McGlynn EA, Petersen LP, Stecher BM, Hayes C et al. An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Addict Dis* 1995; 14(4): 111-134.
11. Chandler DW, Spicer G. Integrated treatment for jail recidivists with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Community Ment Health J* 2006; 42(4): 405-425.
12. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Schizophrenia Bulletin* 2008; 34: 226-228.
13. Cleary M, Hunt GE, Matheson SL, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Editorial Group: Cochrane Schizophrenia Group, The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, 2010.
14. Craig TK, Johnson S, McCrone P, Afuwape S, Hughes E, Gournay K et al. Integrated care for co-occurring disorders: psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. *Psychiatr Serv* 2008; 59(3): 276-282.
15. DGPPN. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Schizophrenie. Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2006: 43-109
16. Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K et al. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68(2): 201-215.
17. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2008; 34(1): 123-138.

18. Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, McHugo GJ. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(5): 298-305.
19. Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Covell NH, McHugo GJ, Frisman LK et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2006; 57(2): 185-196.
20. Gouzoulis-Mayfrank E. Komorbidität von Psychose und Sucht. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 2010; 4: 81-95.
21. Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. *Community Mental Health Journal* 2003; 39(3): 189–202.
22. Green, AI, Noordsy, DL, Brunette, MF, O'Keefe, C. Substance abuse and schizophrenia: pharmacotherapeutic intervention. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34: 61-71.
23. Herman SE, Frank KA, Mowbray CT, Ribisl K, Davidson WS, BootsMiller B, Jordan L, Greenfield AL, Loveland D, LukeDA. Longitudinal effects of integrated treatment on alcohol use for persons with serious mental illness and substance use disorders. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 2000; 27(3): 286–302..
24. Ho AP, Tsuang JW, Liberman RP, Wang R, Wilkins JN, Eckman TA et al. Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *Am J Psychiatry* 1999; 156(11): 1765-1770.
25. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17(1): 24-34.
26. Kalyoncu A, Mirsal H, Pektas O, Unsalan N, Tan D, Beyazyurek M. Use of lamotrigine to augment clozapine in patients with resistant schizophrenia and comorbid alcohol dependence: a potent anti-craving effect? *J Psychopharmacol* 2005; 19(3): 301-305.
27. Kavanagh, DJ, Waghorn, G, Jenner, L, Chant, DC, Carr, V, Evans, M, Hemnan, H, Jablensky, A, McGrath, JJ. Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr Res* 2004; 66: 115-124.
28. Kemp R, Harris A, Vurel E, Sitharthan T. Stop Using Stuff: trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems. *Australas Psychiatry* 2007; 15(6): 490-493.
29. Kofoed, L, Kania, J, Walsh, T, Atkinson, RM Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 867-872.

30. Machielsen, M, Beduin, AS, Dekker, N, Kahn, RS, Linszen, DH, van, OJ, Wiersma, D, Bruggeman, R, Cahn, W, de, HL, Krabbendam, L, Myin-Germeys, I. Differences in craving for cannabis between schizophrenia patients using risperidone, olanzapine or clozapine. *J Psychopharmacol* 2012; 26: 189-195.
31. Machielsen, MW, de Haan L. Differences in efficacy on substance abuse between risperidone and clozapine supports the importance of differential modulation of dopaminergic neurotransmission. *Psychopharmacol Bull* 2009; 42: 40-52.
32. Mangrum LF, Spence RT, Lopez M. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30(1): 79-84.
33. Martino S, Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction* 2006; 101(10): 1479-1492.
34. Maxwell, S, Shinderman, MS Use of naltrexone in the treatment of alcohol use disorders in patients with concomitant major mental illness. *J Addict Dis* 2000; 19: 61-69.
35. Moore, E, Mancuso, SG, Slade, T, Galletly, C, Castle, DJ. The impact of alcohol and illicit drugs on people with psychosis: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46: 864-878.
36. Morse GA, Calsyn RJ, Dean KW, Helminiak TW, Wolff N, Drake RE et al. Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community Ment Health J* 2006; 42(4): 377-404.
37. Mueser KT, Noordsy DL, Fox L, Wolfe R. Disulfiram treatment for alcoholism in severe mental illness. *Am J Addict* 2003; 12[3]: 242-252.
38. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis with coexisting substance misuse: Assessment and Management in adults and young people. Clinical Guideline 120. NICE (ed), London 2011.
39. Petrakis IL, O'Malley S, Rounsaville B et al. Naltrexone augmentation of neuroleptic treatment in alcohol abusing patients with schizophrenia. *Psychopharmacology* 2004; 172: 291-297.
40. Petrakis IL, Poling J, Levinson C et al. Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid psychiatric disorders. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1128-1137.
41. Petrakis, IL, Leslie, D, Finney, JW, Rosenheck, R. Atypical antipsychotic medication and substance use-related outcomes in the treatment of schizophrenia. *Am J Addict* 2006a; 15: 44-49.

42. Petrakis, IL, Nich, C, Ralevski, E Psychotic spectrum disorders and alcohol abuse: a review of pharmacotherapeutic strategies and a report on the effectiveness of naltrexone and disulfiram. *Schizophr Bull* 2006; 32: 644-654.
43. Ralevski, E, O'Brien, E, Jane, JS, Dean, E, Dwan, R, Petrakis, I Effects of acamprostate on cognition in a treatment study of patients with schizophrenia spectrum disorders and comorbid alcohol dependence. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199: 499-505.
44. Regier, DA, Farmer, ME, Rae, DS, Locke, BZ, Keith, SJ, Judd, LL, Goodwin, FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511-2518.
45. Rubio, G, Martinez, I, Ponce, G, Jimenez-Arriero, MA, Lopez-Munoz, F, Alamo, C. Long-acting injectable risperidone compared with zuclopenthixol in the treatment of schizophrenia with substance abuse comorbidity. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 531-539.
46. Sernyak, MJ, Glazer, WM, Heninger, GR, Charney, DS, Woods, SW, Petrakis, IL, Krystal, JH, Price, LH Naltrexone augmentation of neuroleptics in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 1998; 18: 248-251.
47. Soyka, M, Aichmuller, C, Bardeleben, U, Beneke, M, Glaser, T, Hornung-Knobel, S, Wegner, U. Flupenthixol in relapse prevention in schizophrenics with comorbid alcoholism: results from an open clinical study. *Eur Addict Res* 2003; 9: 65-72.
48. van Nimwegen, LJ, de, HL, van Beveren, NJ, van der Helm, M, van den Brink, W, Linszen, D. Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial. *Can J Psychiatry* 2008; 53: 400-405.
49. Wobrock T, Soyka M. Pharmacotherapy of schizophrenia with comorbid substance use disorder--reviewing the evidence and clinical recommendations. *Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32(6): 1375-1385.
50. Zhornitsky S, Rizkallah E, Pampoulova T, Chiasson JP, Stip E, Rompre PP et al. Anti-psychotic agents for the treatment of substance use disorders in patients with and without comorbid psychosis. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30(4): 417-424.

3.6.3 Depression

Ulrich W. Preuss (für die Gesamtgruppe der Autoren, siehe 3.6.1)

Die Komorbidität von Alkoholkonsumstörungen mit affektiven Störungen wie der Depression ist überzufällig hoch. Die Störungen beeinflussen sich gegenseitig bezüglich ihres Verlaufes negativ, so dass die Komorbidität bei der Diagnose und Behandlungsplanung beachtet werden muss.

3.6.3.1 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Bedeutung haben Depressionen für das Management einer Alkoholstörung?
- 2.) Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?

3.6.3.2 Schlüsselempfehlungen:

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
3.6.3.2.1	<p>Diagnostik von Depression bei alkoholbezogenen Störungen</p> <p>Komorbide psychische Störungen (Depressionen) sollen bei Alkoholabhängigen 3-4 Wochen nach dem Entzug auf ihre Behandlungsindikation überprüft werden</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 2</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (9, 26)</p> <p>Gesamtabstimmung: 92,6%</p>	A

3.6.3.2.2	<p>Psychotherapie bei alkoholbezogenen Störungen und Depression</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie sollte als Behandlungsverfahren bei Personen mit komorbiden psychischen Störungen (Depressionen) zur Besserung des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik angeboten werden. Zu anderen Psychotherapieverfahren kann aufgrund unzureichender Daten keine Empfehlung ausgesprochen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 2b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (2, 3, 9, 14, 33)</p> <p>Gesamtabstimmung: 95,8%</p>	B
3.6.3.2.3	<p>Antidepressiva bei Depression und alkoholbezogenen Störungen</p> <p>Antidepressiva sollen Patienten bei Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Depression und alkoholbezogenen Störungen zur Besserung der depressiven Symptomatik angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (9, 13, 25, 26, 34, 35)</p> <p>Gesamtabstimmung: 88,9%</p>	A
3.6.3.2.4	<p>SSRI bei Depression und Alkoholbezogenen Störungen:</p> <p>Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer sollen bei komorbiden Personen nicht als alleinige Therapie zur Reduktion des Alkoholkonsums eingesetzt werden</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (9, 13, 34)</p> <p>Gesamtabstimmung: 92,6%</p>	A

3.6.3.2.5	<p>Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie bei Depression und alkoholbezogenen Störungen</p> <p>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.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (23, 24, 29)</p> <p>Gesamtabstimmung: 92,3%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>
3.6.3.2.6	<p>Unzureichende Wirkung von Einzeltherapien bei Depression und alkoholbezogenen Störungen</p> <p>Bei unzureichender Wirkung einzelner Psycho- und Pharmako-Therapieverfahren können KVT, SSRI und Naltrexon kombiniert werden (Depression und Alkoholabhängigkeit)</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (30)</p> <p>Gesamtabstimmung: 80%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>

3.6.3.3 Hintergrund der Evidenz

Zur Bedeutung der Komorbidität von Alkoholkonsumstörungen und Depressionen liegen zahlreiche Übersichten vor. Aus der Literaturrecherche werden fünf Meta-Analysen sowie systematische Reviews in die Bewertung für diese Frage mit einbezogen. Auch die Quilleitlinien (NICE 2011, Haber et al. 2009) äußern sich zu der Bedeutung der Komorbidität und den möglichen Konsequenzen für den Zeitpunkt der Diagnosestellung.

3.6.3.3.1 Psychotherapie

Die Quilleitlinie aus Australien (Haber et al. 2009) berichtet Evidenz zur Kurzintervention bei komorbiden Patienten, die auf einer Kohortenstudie beruht (Grothues et al. 2008). Von den vorhandenen fünf Meta-Analysen und systematischen Reviews berücksichtigen drei spezifisch die Psychotherapie bei komorbiden Personen. Allerdings werden in zwei dieser

Artikel nur Einzelstudien bewertet (Tiet & Mausbach 2007, Iovieno et al. 2011), der verbleibende Artikel bewertet komorbide Depressionen und Angststörungen als „internalisierende“ Störungen zusammen (Hobbs et al. 2011). Darüber hinaus liegen Evidenzen aus vier randomisierten und kontrollierten Einzelstudien vor (durch systematische Literaturrecherche eingebracht), von denen drei die CBT (kognitive Verhaltenstherapie) und eine kleinere Untersuchung die IPT (interpersonelle Therapie) sowie ST (supportive Therapie) evaluieren.

3.6.3.3.2 Pharmakotherapie

Sowohl aus einer der Quelleitlinien (Haber et al. 2009) als auch aus den fünf Meta-Analysen bzw. systematischen Reviews liegen Evidenzen bzw. Wirksamkeitsnachweise zur antidepressiven Pharmakotherapie bei komorbiden Patienten vor. Diese werden durch neun RCTs ergänzt, die durch eine systematische Literaturrecherche identifiziert wurden.

3.6.3.3.3 Andere Medikamente und pharmakologische Kombinationstherapie

Keine Erkenntnisse zur Evidenz bzw. Wirksamkeit anderer psychopharmakologischer Substanzgruppen außerhalb der Antidepressiva liegen aus Quelleitlinien und Meta-Analysen vor. In die Auswertung wurden daher Ergebnisse von vier RCT-Einzelstudien einbezogen, die über die systematische Literaturrecherche gewonnen wurden.

3.6.3.3.4 Pharmakotherapie in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren

Für die Kombinationsbehandlung von Psycho- und Pharmakotherapie liegt keine Evidenz aus den Quelleitlinien vor. Vorangegangene Metaanalysen, wie die von Tiet & Mausbach (2007), stellten die Wirksamkeit von Kombinationen der Pharmako- und Psychotherapien und deren Effektstärke für Einzelstudien dar, allerdings wird keine ES über alle Studien mit einer Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie berechnet.

Nur die Metaanalyse von Iovieno et al. (2011) berücksichtigte in einer Meta-Regression die mögliche Wechselwirkung von pharmakologischer und kombiniert psychologischer Therapie auf das Therapieergebnis. Die beiden Meta-Analysen und fünf RCTs (aus der Literaturrecherche) wurden in die Wirksamkeits- und Evidenzbeurteilung einbezogen.

3.6.3.3.5 Behandlungssequenz und Setting

Aus den Quelleitlinien liegen Evidenzen vor, die sich sowohl zur Indikation für das Behandlungssetting (NICE 2011) als auch zu einer integrierten Behandlung äußern (Haber et al. 2009). Darüber hinaus liegen aus zwei Meta-Analysen Wirksamkeitsangaben zur integrierten Behandlung vor. Beide wurden bei der Evidenzbeurteilung berücksichtigt.

3.6.3.4 Darstellung der Evidenz

3.6.3.4.1 Kurzinterventionen bei Depression und Alkoholabhängigkeit

Ein aktueller Cochrane Review hatte auf die hohe Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei erhöhtem Alkoholkonsum in der Allgemeinarztpraxis hingewiesen (Kaner et al. 2007).

Allerdings wurden komorbide depressive Störungen nicht berücksichtigt. Grothues et al. (2008) untersuchten die Wirksamkeit von Kurzinterventionen in der Allgemeinpraxis an Personen mit einer komorbiden Angst- oder Depressionserkrankung. Allerdings konnte kein Einfluss der Kurzintervention auf das Trinkverhalten bei komorbiden Personen (Alkoholabhängigkeit und psychische Störung) gefunden werden (Haber et al. 2009, Evidenz: 3)

3.6.3.4.2 Psychotherapieformen bei Depression und Alkoholabhängigkeit (-konsumstörungen, Literaturrecherche)

Meta-Analysen wie die von Tiet & Mausbach (2007) berichten über die Wirksamkeit von Einzelstudien zur Psychotherapie, stellen aber keine Evidenz zu psychotherapeutischen Interventionen insgesamt bei komorbiden Personen dar. Die Quelleitlinie (Haber et al. 2009) empfiehlt den Einsatz von psychotherapeutischen Verfahren, insbesondere die kognitive Therapie (CBT), die interpersonelle Therapie (IPT) und die supportive Therapie (ST), nachdem sich psychotherapeutische Verfahren als wirksam erwiesen haben, affektive Störungen und Angsterkrankungen bei Abhängigen bessern zu können (Haber et al. 2009, LoE 1b). Vorangegangene Metaanalysen, wie die von Tiet & Mausbach (2007), stellten die Evidenz zur Wirksamkeit von Psychotherapien und deren Effektstärke für Einzelstudien dar, allerdings wird keine ES für alle Studien mit Psychotherapie berechnet.

Evidenz aus Einzelstudien: Insgesamt liegen vier kontrollierte Studien zur Psychotherapie bei komorbiden Patienten vor, von denen drei Studien die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) gegen eine Kontrollbedingung sowie eine Studien die interpersonelle Therapie (IPT) mit der supportiven Therapie (ST) verglich. Die Evidenz spezifischer psychotherapeutischer Strategien bei der Behandlung komorbider Alkoholkonsumstörungen und Depressionen ist insgesamt spärlich. Eine initiale Studie verglich CBT mit Entspannungstraining (RT) in einem nichtrandomisierten Design. Beide Gruppen (n = 19 CBT, n = 16 RT, 29% berichteten über eine antidepressive Medikation) erhielten zudem eine „abstinenzorientierte Therapie“. Der Studienzeitraum betrug sechs Monate, die Haltequote war mit n=32 (92%) hoch, bei allerdings sehr geringer Anzahl an eingeschlossenen Personen. Die CBT hatte bei komorbiden Alkoholkranken (mit Depression, hier BDI > 9 Punkte) eine bessere Wirkung als die Vergleichsbedingung (RT), wobei sowohl signifikante Wirkungen auf die Depression als auch die Trinkmenge, aber nicht die Abstinenz nachweisbar waren (Brown et al. 1997, Evidenz 3b, ES: HAMD 0.69; Abstinente Tage

ES 0.59 (ns), alk. Getränke/Tag ES 0.71). Diese Studie wird als Einzige in einer Quelleitlinie (Haber et al. 2009) erwähnt. Eine nachfolgende randomisierte Therapiestudie der gleichen Arbeitsgruppe verglich erneut die Kognitive Verhaltenstherapie (CBT, n=81) mit einer Kontrollbedingung („relaxation training control“, RTC, n = 84)(Brown et al. 2011, Evidenz 1b). Rund ein Drittel der Studienteilnehmer waren Frauen, die Haltequote war erneut mit über 90% sehr hoch (Evidenz 1b). Follow-up Untersuchungen erfolgten nach sechs Wochen sowie drei, sechs und zwölf Monaten. Nur nach sechs Wochen Follow-up zeigten sich depressive Symptome in der Selbsterfassung (Beck Depressions-Inventar) der CBT Gruppe gebessert im Vergleich zu Patienten mit RCT. Alle anderen primären Ergebnisvariablen unterschieden sich nicht über alle Zeitpunkte (z.B. Trinkmenge, Fremdrating der Depression). Die Durchführung der CBT mittels Therapeuten (CBT/MI) oder computerbasiert (CAC) vs. einer „personenzentrierten Therapie“ (PCT) als Kontrollbedingung wurde an 274 depressiven und alkoholabhängigen Personen über einen Zeitraum von drei Monaten in einem randomisierten Design überprüft (Kay-Lambkin et al. 2011). Für die Studie wurden ambulante Patienten über Zeitungsanzeigen geworben, etwa 57% der Teilnehmer waren männlich. Verglichen mit den beiden CBT-Gruppen zeigte die PCT signifikant geringere Besserungsraten bei depressiven Symptomen und der Abstinenz sowie der 50%igen Reduktion des Alkoholkonsums nach drei Monaten. Die computer-basierte Therapie war mindestens gleichwertig im Vergleich zur Therapeuten-KVT, mit sogar besseren Ergebnissen hinsichtlich Abstinenz und 50%iger Alkoholreduktion (Abstinenz: CAC 13%, CBT: 8%, RCT 6%; ES CAC vs. RCT: 0.46; ES CBT vs. RCT:0.16; 50% Konsumreduktion CAC: 45%, CBT: 41%, RCT: 17%; ES CAC vs. RCT: 0.76; ES CBT vs. RCT: 0.67, jeweils nach drei Monaten). Keine Depression nach drei Monaten (Keine Depression, gemessen BDI II: CAC 19%, CBT 16%, RCT: 10%; ES CAC vs. RCT: 0.41; ES CBT vs. RCT: 0.29) stand in signifikantem Zusammenhang der Rate der Abstinenz oder der Konsumreduktion von Alkohol. Andererseits war die Änderung des Alkoholkonsums durch den Cannabiskonsum und das Ausmaß depressiver Symptome beeinflusst (Evidenz 2b, 69% Follow-up Completer Rate).

Die einzige RCT, die die Behandlung komorbider Patienten mittels weiterer psychotherapeutischer Verfahren untersuchte, verglich ein Verfahren der interpersonellen Therapie (IPT) mit supportiver Therapie (BSP, Markowitz et al. 2008). 26 ambulante Patienten (IPT n = 14, 11♂ vs. ST N = 12, 7♂) wurden für einen Therapiezeitraum von 16 Wochen auf die beiden Therapiegruppen randomisiert. Insgesamt beendeten 69% der Teilnehmer die Studie, bei einer niedrigen zweistelligen Zahl an überhaupt in die Studie eingeschlossenen komorbiden Personen. Wirkungen mit moderaten Effektstärken konnten für die Besserung der Depression innerhalb der Gruppen (ES IPT HAMD 1.15, BDI 1.38, Cornell Depression Rating Scale 1.03; BSP: 0.77, 0.64, 0.69) und des Konsumverhaltens

(ES Prozent der abstinenten Tage im letzten Monat: IPT 0.21, LOCF 0.10; BSP 0.54 und 0.52) nachgewiesen werden. Allerdings besserte sich im Gruppenvergleich die Depression nur in der Selbstwahrnehmung (zugunsten der IPT, $p = 0.02$), während die ebenfalls eingesetzten Fremdratings (HAMD, CDRS) diesen Unterschied nicht abbildeten. Größte Limitation dieser Untersuchung ist das Fehlen einer Vergleichsgruppe ohne Therapie oder „treatment as usual“ (TAU).

3.6.3.4.3 Antidepressiva

Die Quelleitlinie (Haber et al. 2009) weist mit dem Empfehlungsgrad eines klinischen Konsenspunkt darauf hin, dass Antidepressiva helfen, depressive Symptome bei Personen mit Alkoholkonsumstörungen und Depressionen zu bessern. Es gibt jedoch nur geringe Hinweise darauf, dass der Alkoholkonsum reduziert wird, wenn nicht ein umfassendes psychosoziales Therapieprogramm unterstützend etabliert wird.

Metanalysen und systematische Reviews: Nunes und Levin (2005) berichten in ihrer Meta-Analyse, dass über die eingeschlossenen Studien hinweg eine antidepressive Therapie mittels Psychopharmaka eine moderate Wirkung auf die affektiven Symptome, nicht aber auf das Trinkverhalten oder die Rückfälligkeit hatte (Evidenz 1a). In diese Meta-Analyse wurden insgesamt 14 doppelblinde und randomisierte Studien mit insgesamt 848 Patienten eingeschlossen. Die standardisierte und gepoolte Effektstärke für die Mittelwerte des HAMD (Hamilton Depression Rating Scale) betragen 0.38 (95% CI 0.18-0.58). Allerdings konnte keine Wirkung auf das Konsumverhalten festgestellt werden (0.25, 95% CI 0.08-0.42). Jedoch wurden in dieser Metaanalyse die Studien mit Alkohol- vs. anderen Substanzmittelkonsumstörungen nicht separat ausgewertet.

Eine weitere systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse von Torrens et al. (2005) kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Von den neun eingeschlossenen RCTs zur Behandlung komorbider Patienten (Depression und Alkoholkonsumstörungen) zeigte sich eine Besserung der Depression in vier Studien mit SSRIs (Overall OR = 1.85, 95% CI: 0.73-4.68, ES: 0.34) und in drei Studien mit anderen Antidepressiva (Overall OR = 4.15, 95% CI: 1.35-12.75, ES: 0.78). Widersprüchlich sind hingegen die Ergebnisse hinsichtlich des Alkoholkonsums. Keine Besserung des Konsumverhaltens konnte bei drei Studien mit SSRIs (Overall OR = 0.93, 95% CI: 0.45-1.91, ES:-0.04) gefunden werden. Hingegen belegen die drei Studien mit anderen Antidepressiva (Overall OR = 1.99, 95% CI: 0.78 – 5.08; ES: 0.38) eine Besserung. Tiet & Mausbach hingegen wiesen in ihrer Metaanalyse darauf hin, dass Behandlungsformen, die jeweils bei Depressionen und bei Alkohol- und Substanzmittelkonsumstörungen wirksam sind, auch bei komorbiden Patienten helfen können. Zu diesem Zweck wurden 36 randomisierte Studien in die Auswertung eingeschlossen. Zwar werden für die Einzelstudien jeweils Effektstärken für psychische Symptome und Konsumverhalten angegeben, allerdings

werden keine Gesamt-ES über verschiedene Antidepressiva – Untergruppen oder Psychotherapiestudien berechnet (Tiet & Mausbach 2007).

In einer neueren Metaanalyse (Iovieno et al. 2011) wurden insgesamt 11 Studien in die Auswertung einbezogen. Therapie mit Antidepressiva war demnach signifikant wirksamer als Placebo-Behandlung (Responseraten Depression: 57.8% vs. 47.1%; risk ratio of response RRR 1.33; p: 0.021, ES: 0.24), allerdings war dieser Effekt nicht für SSRI nachweisbar (Response 59.3% andere Antidepressiva vs. 51.1% SSRI; RRR 1.16; p 0.26, ES:0.17). Ebenfalls ergab sich kein Wirksamkeitsunterschied bei Patienten mit und ohne Alkoholkonsumstörung oder durch die Kombination von Medikation und Psychotherapie (Meta-Regressions-Koeffizient -0.049, p=.531, Evidenz 1a). Die Autoren weisen auf den Mangel an Studien für Verträglichkeit von Pharmaka bei dieser Indikation hin.

Die Evidenz aus Metaanalysen weist auf die Wirksamkeit von Antidepressiva bei depressiven Symptomen komorbider Patienten hin. Allerdings findet sich in der erheblichen Mehrzahl der Untersuchungen kein Hinweis auf eine Besserung des Konsumverhaltens oder der Abstinenzraten. Zwischen den verschiedenen pharmakologischen Subgruppen von Antidepressiva sind die trizyklischen Antidepressiva möglicherweise besser wirksam, als die SSRI. Ebenfalls fraglich ist die Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie (Iovieno et al. 2011; Evidenz 1a).

Einzelstudien zu trizyklischen Antidepressiva: Zwei randomisierte und kontrollierte Studien wurden in den 90er Jahren zur pharmakologischen Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva bei komorbider Alkoholabhängigkeit (AD) und majoren Depression (MD, DSM III R) publiziert. McGrath et al (1996, Evidenz 2b) verglichen bei 36 Patienten **Imipramin** bis 300mg/d + Rückfallprophylaxe (RP) mit Placebo + RP (33 Patienten) über einen Zeitraum von 12 Wochen (Haltequote insgesamt 51%). Die depressiven Symptome (HAMD) besserten sich unter Verum signifikant (ES 0.40), nicht aber das Alkoholkonsummuster (% Tage getrunken ES 0.08; % Tage stark getrunken ES -0.26, Anzahl Getränke/d: ES 0.26). Eine niedrigere Rate an Patienten beendete die Therapie in der Verumgruppe wg. mutmaßlicher Nebenwirkungen).

Ein weiteres trizyklisches Antidepressivum (TCA), **Desipramin** (bis 200mg), wurde bei 15 Patienten mit AD und MD gegen Placebo erneut über 12 Wochen miteinander verglichen. Erneut zeigte sich eine signifikante Besserung der Depression (HAMD, ES 0.93), jedoch keine Wirkung auf das Trinkverhalten (Tage bis zum Rückfall: ES 0.65) (Mason et al. 1996; Evidenz 2b). Die Mehrheit der Patienten in der Verum-Gruppe wünschte eine antidepressive Medikation auch nach der Studienzeit aufgrund der guten Wirksamkeit.

Eine weitere Studie verglich die beiden Antidepressiva **Mirtazapin** (M: n=24) und **Amitriptylin** (A: n=20) bei 44 komorbiden Patienten über 56 Tage (Altintoprak et al. 2008; 2b), von denen n = 36 (81%) die Studie beendete. Beide Substanzen verbesserten

depressive Symptome (HAMD M: 24.0 ± 4.4 auf 5.4 , ES: 0.944; A: 23.7 ± 4.8 auf 4.5 , ES: 0.94) und Craving (CRA Craving Score M: 170.7 ± 26.0 auf 97.3 ± 40.6 ; ES: 0.73; A: 157.7 ± 29.4 auf 99.9 ± 40.2 , ES 0.63) während der Studienperiode signifikant. Kein Unterschied konnte jedoch zwischen beiden Medikamenten hinsichtlich der Zielvariablen festgestellt werden.

Hinsichtlich Nebenwirkungen wiesen Studienteilnehmer in der Verum-Gruppe signifikant häufiger Tremor, Verstopfung, verminderte Libido und orthostatische Dysregulation auf.

3.6.3.4.4 Evidenz zu selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern

Eine initiale Studie aus den 90er Jahren konnte eine Teilremission der affektiven Symptome beobachten (Kranzler et al. 1995, Evidenz 1b), aber keine Wirkung auf das Trinkverhalten.

Eine weitere Untersuchung berücksichtigte neben depressiven Symptomen auch suizidales Verhalten bei komorbiden Alkoholabhängigen (AD und MD, DSM IIR). 51 Patienten wurden mit **Fluoxetin** (25mg/d) vs. Placebo über 12 Wochen behandelt und evaluiert (Cornelius et al. 1997; Evidenz 1b, Haltequote über 90%). Sowohl Trinkverhalten (Anzahl Getränke ES 0.76, Anzahl Trinktage ES 0.57, Anzahl Getränke pro Trinktag ES 0.68, Anzahl Tage starken Trinkens ES 0.81, Anzahl der Wochen bis zum starken Konsum ES 0.73) als auch depressive Symptome (HAMD ES: 0.57) besserten sich unter Verum-Behandlung. Bei den Personen unter Fluoxetin fand sich eine geringere Rate an suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen (Evidenz: 1b). Die Medikation wurde überwiegend „gut vertragen“.

Jeweils 18 komorbide Patienten wurden auf eine Behandlung mit **Sertralin** (100mg/d) oder Placebo randomisiert (Roy et al. 1998) und sechs Wochen untersucht. Während keine Auswertung zum Konsumverhalten vorliegt, zeigten sich eine signifikante Besserung des Selbst- und Fremdratings depressiver Symptome (HAMD ES: 1.06, BDI ES 0.76, 2b). Eine nachfolgende Studie konnte diese Ergebnisse nicht bestätigen. Sertralin in Dosierungen bis 200mg (n=12) wurde in einer randomisierten Studie vs. Placebo (n=17) über 14 Wochen überprüft (Pettinati et al. 2001). Weder war eine Wirkung auf das Konsumverhalten (% Trinktage ES -0.36) noch auf das Selbst- oder Fremdrating der depressiven Symptome (HAMD ES: -0.21, BDI ES -0.20, IIb) nachweisbar. Folgestudien zeigten ähnliche Ergebnisse. In einer doppelblinden, randomisierten Studie mit 83 Patienten mit einer flexiblen Dosis von **Sertralin** (50-150mg/d) vs. Placebo konnte am Studienende kein signifikanter Unterschied weder in der affektiven Symptomatik noch hinsichtlich der Rückfälligkeit gesehen werden (Gual et al. 2003, Evidenz 1b). Die Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Nebenwirkungen.

328 komorbide depressive Patienten wurden in einer zahlenmäßig größeren Studie (Kranzler et al. 2006) mit **Sertralin** (bis zu 200mg) oder Placebo behandelt. In dieser Studie besserten sich weder affektive Symptome noch das Trinkverhalten in beiden Gruppen (1b):

(ES HAMD Depression -0.025). Nebenwirkungsprofile, bis auf Verstopfung, unterschieden sich nicht zwischen Verum und Placebo.

Die Studien von Kranzler et al. (1995), Cornelius et al. (1997), Gual et al. (2003) und Kranzler et al. (2006) werden in einer Quellleitlinie erwähnt (Haber et al. 2009). Insgesamt sprechen 3/5 kontrollierten Studien für den Einsatz von SSRIs zur Behandlung der Depression bei AD. Nur 1/5 Studien belegen hingegen die Besserung des Konsumverhaltens von Alkohol unter Antidepressiva bei Komorbidität (Evidenz 1a, Empfehlungsstärke A). Die Nebenwirkungsprofile unterschieden sich in der Mehrzahl der Studien und Symptome nicht signifikant zwischen SSRIs und Placebo.

3.6.3.4.5 Medikamente aus anderen Substanzklassen

In den Einzelstudien wurden Medikamente aus verschiedenen pharmakologischen Klassen zur Behandlung komorbider Personen untersucht.

Lithium in Dosierungen von 600-1200mg (n=89) wurde gegen Placebo (n=82) in einer randomisierten, doppelblinden Studie bei komorbiden Personen über 12 Wochen geprüft (Dorus et al. 1989, Evidenz 1b). Es konnte weder ein positiver Effekt auf die Depression (ES BDI: 0.24) noch das Trinkverhalten (ES Trinktage in den letzten 4 Wochen: 0.29) gefunden werden.

Einen Vergleich von **Memantine** (M, 20mg), einem NMDA Rezeptor-modulierendem Medikament sowie **ES-Citalopram** (E, 20mg) in einem randomisierten Studiendesign unternahm eine finnische Forschergruppe (Muhonen et al 2008) über einen Zeitraum von insgesamt 6 Monaten. Beide Substanzen besserten gegenüber der Eingangsuntersuchung die depressiven Symptome. Depressive Symptome, erfasst mit dem MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) und der BDI (Beck's Depression Inventar) besserten sich in der M-Gruppe von 25.8±4.4 auf 12.7±7.0 bzw. 27.7±8.4 auf 15.3±11.1 (F: 138.04, p< 0.001, ES: 0.76 bzw 0.53) sowie in der E-Gruppe von MADRS 26.8±4.1 auf 11.5±6.6 sowie BDI 27.6±6.8 auf 14.3±11.8 (f: 25.77, p<0.001, ES: 0.81 bzw. 0.57). Kein Unterschied ergab sich zwischen den Medikationsgruppen. Auch hinsichtlich der Alkoholabstinenz nach 1-3 Monaten (M: 43,6%, E: 45,0%) und nach bis zu 12 Monaten (M: 12,1%, E: 12,5%) konnte kein Unterschied zwischen den Behandlungsarmen gefunden werden. Allerdings war die Abbrecherquote bei den zu Beginn der Studie nicht-abstinenten Studienteilnehmern mit 47% hoch. Insgesamt beendeten 72,5% der Teilnehmer die Studie regulär (ES Vergleich 1-3 Monate vs. Baseline: -0.20 und -0.20; Vergleich 12 Monate vs. Baseline: -0.85 und -0.59). Limitation dieser Studie ist das Fehlen einer Placebo-Vergleichsgruppe.

In einer randomisierten, placebo-kontrollierten Studie wurden Alkoholabhängige mit (n=56) oder ohne (n=111) „klinisch signifikante“ Depression mit **Naltrexon** (NTX, 50mg/d)

oder **Accamprosat** (A, 1998mg/d) über 12 Wochen behandelt (Morley et al 2006). Signifikante Behandlungseffekte zeigten sich für Abstinenz unter NTX vs. Placebo ($p=0.01$) und NTX vs. A ($p=0.03$) bei den Personen ohne Depression. Keine Wirksamkeit von Acamprosat konnte gefunden werden. (ES Gruppe ohne Depression: 0.64).

Eine weitere Studie untersuchte 254 Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit und anderen Achse I Störungen und randomisierte diese Personen auf vier Gruppen (**Naltrexon** (NTX), Placebo (P), **Disulfiram** (D), **NTX und D**) (Petrakis et al. 2006, IB, 82% Haltequote in der Gruppe mit Depression). 139 Teilnehmer (54,7%) erfüllten die Kriterien einer MDD. Craving war bei Personen mit Depression unter D niedriger als unter NTX (OCDS Werte D vs. P, Eingangsuntersuchung 12.9 ± 9.9 , Posttreatment: 5.7 ± 5.4 , $p < 0.001$; D vs. NTX: Eingangsuntersuchung 12.5 ± 7.4 , Posttreatment: 5.6 ± 6.3). Bei den Personen mit Depressionen konnte ebenfalls eine signifikante Besserung der depressiven Symptome beobachtet werden (HAMD D vs. NTX Eingang: 10.67 ± 5.6 , Ausgang: 7.76 ± 5.15 ; D vs. P: 10.32 ± 5.97 auf 7.46 ± 5.81 , NTX: 10.47 ± 5.54 auf 6.34 ± 6.16). Die Besserung der Depression war bei der Gruppe NTX + D am besten (ES 0.71). 135 von 139 (97%) komorbiden Patienten beendeten die Studie regulär (Evidenz Ib). Hinsichtlich des Trinkverhaltens (Trinktage, Tage konsekutiver Abstinenz) zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen.

Eine Kombination von Naltrexon (50mg/d) vs. Placebo und Sertralin (100mg/d) sowie supportiver Therapie (jeweils $n = 37$) wurde in einer 12 wöchigen Studie bei komorbiden Patienten überprüft (Oslin 2005). Allerdings zeigte sich auch in dieser Studie kein signifikanter Effekt auf die Depression (ES HAMD < 10 Punkte: -0.01) oder die Abstinenz von starkem Trinken (ES -0.10). Allerdings wurden in dieser Studie Personen im Alter über 55 Jahren untersucht.

Zusammenfassung: Insgesamt zeigte sich in den vorgestellten Studien keine Wirkung von Lithium (1/1 auf Depression und Abhängigkeit 2b). Eine Studie wies auf mögliche Wirkungen von Memantine und Es-Citalopram bei Depression und Abstinenz hin (1/1 2b). Naltrexon zeigte in einer RCT keine Wirkung bei klinisch relevanter Depression (2b). Wirksam bei der Besserung der Depression bei komorbiden Personen (Depression und Alkoholabhängigkeit) war eine Kombination von Naltrexon und Disulfiram (2b, Empfehlungsstärke) sowie in der gleichen Studie Craving bei komorbider Depression mit Disulfiram (1/1 Studie).

3.6.3.4.6 Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie

Aus der Meta-Analyse von Iovieno et al. (2011) wurde die Interaktion zwischen Psychotherapie mit und ohne Pharmakotherapie in einer Meta-Regression dargestellt. Dabei

zeigte sich kein statistischer Unterschied zwischen Studien, die Antidepressiva alleine vs. Antidepressiva und gleichzeitige Psychotherapie einsetzten ($p = 0.53$) (Iovieno et al. 2011). Eine Reihe von Einzelstudien unternahm den Versuch, in kontrollierten Studien die Wirksamkeit einer kombinierten Behandlung (Psychotherapie und Pharmakotherapie) zu prüfen.

Fluoxetin (vs. Placebo) in Kombination mit einem **Rückfalltraining** wurde als eine der ersten Kombinationsbehandlungen in einem randomisierten und kontrollierten Design bezüglich Rückfälligkeit der Alkoholabhängigkeit überprüft (Kranzler et al. 1995, Evidenz 1b). Beide Gruppen zeigten reduziertes Trinkverhalten. Wie aber auch in den meisten weiter o.g. Studien mit Antidepressiva, ergab sich zwar eine Besserung der affektiven Symptome unter Verum, aber kein signifikanter Unterschied im Trinkverhalten.

Eine kontrollierte Studie prüfte die Wirksamkeit von **Sertralin vs. Placebo mit kognitiver Gruppentherapie** (Deas et al. 2000). In der 12 wöchigen Studie bei einer geringen Zahl von 10 Jugendlichen mit (primärer) Depression und eine Alkoholkonsumstörung (Evidenz 2b) zeigten beide Untersuchungsgruppen signifikante Wirkungen hinsichtlich Affektivität (HAMD in beiden Gruppen -9.8 Punkte) und Konsumverhalten (signifikante Reduktion im Prozentsatz der Trinktage und Getränke pro Tag), allerdings keine Unterschiede zwischen den Gruppen. In ähnlicher Weise setzten Moak et al. (2003, Evidenz 2a) Sertralin oder Placebo sowie kognitive Therapie (CBT) bei komorbiden Alkoholabhängigen ein. Zwar berichteten Teilnehmer der Verum-Gruppe über weniger depressive Symptome und weniger alkoholische Getränke pro Tag, andere Unterschiede fanden sich jedoch nicht zwischen den Gruppen. Frauen unter Sertralin wiesen weniger depressive Symptome auf. Außerdem war ein Rückgang der depressiven Symptome mit vermindertem Alkoholkonsum assoziiert. Signifikante Wirkungen auf die Depression wurden bei Frauen (ES HAMD 0.78, BDI 1.09), aber nicht bei Männern gefunden (ES HAMD 0.01). Eine signifikante Wirkung konnte auch auf die Anzahl der Getränke pro Tag beobachtet werden (ES 0.50), während alle anderen Konsumeigenschaften nicht signifikant beeinflusst wurden (Zeit bis zum ersten schweren Rückfall ES 0.10, ES Prozent der abstinenten Tage: 0.02). Rund 70% der Teilnehmer beendeten die Studie regulär.

Eine aktuelle Studie verglich eine integrierte kognitive Gruppentherapie (**IKG**) vs. Zwölf-Stufen Therapie (**ZST**), zusätzlich zu einer pharmakologischen Basistherapie, die meist aus **Antidepressiva** bestand (Lydecker et al. 2010). In die Untersuchung wurden 204 Patienten eingeschlossen und über einen Zeitraum von 24 Wochen therapiert sowie über 12 Monate nachverfolgt (Haltequote 89% IKG, 81% ZST). Die Rate der Personen, die nach 6 und 12 Monaten nicht mehr alkoholabhängig waren, unterschieden sich signifikant zwischen den beiden Gruppen, mit Vorteilen für die IKG (6M ES: 0.32, 12M ES: 0.53). Während sich

innerhalb der Behandlungsgruppen depressive Symptome über den Beobachtungszeitraum besserten, zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen (Evidenz 2b).

SSRI und Naltrexon wurden in einer umfangreicheren Studie an komorbiden Patienten eingesetzt (Pettinati et al. 2010). 170 Patienten mit MD und AD wurden in die Studie eingeschlossen und über 14 Wochen auf 4 Gruppen randomisiert: **Sertralin** (200mg/d, n=40), **Naltrexon** (100mg/d), **Kombination** aus Sertraline und Naltrexon (n=42) sowie doppelter Placebo (n=39). Alle Gruppen erhielten eine kognitive Verhaltenstherapie (CBT). Die Gruppe mit der pharmakologischen Kombinationsbehandlung hatte eine höhere Rate an Alkoholabstinenz (53,7%) und eine längere Zeit bis zum Rückfall zu „schwerem Trinken“ (Median 98 Tage) im Vergleich zu Naltrexon (Abstinenz 21,3%, Zeit: 29 Tage) oder Sertralin (Abstinenz 23,1%, Zeit: 23 Tage) alleine oder Placebo (Abstinenz 23,1%, Zeit: 23 Tage). Die Rate an Depressionsfreiheit („no depression“) lag in der Kombinationsgruppe bei 83,3% und war gegenüber den anderen Therapiegruppen signifikant besser (NTX: 68,8%, Sertralin: 48,1%, P: 56,0%). Evidenz: 2a, (HAMD ES: 0.44, „time relapse to heavy drinking“: ES 0.54; „Not depressed“: OR 3.6, ES: 0.28; „abstinence“ OR 3.7, ES: 0.40, alle Vergleiche Kombinationstherapie vs. alle anderen Gruppen). Die Drop-out Rate war in der Studie mit nahezu 40% hoch.

Zusammenfassung: Somit ergeben sich in 3/3 Studien eine Besserung von affektiven Beschwerden und Konsumverhalten, wobei in den 2/3 Studien, die kognitive Verhaltenstherapie und Medikation kombinierten, eine Wirkung auf beide Erkrankungen nachgewiesen werden konnte (Evidenz 1b, Empfehlungsstärke B), während eine Studie unter Kombinationsbehandlung eine Wirkung auf die Alkoholabhängigkeit und jeweils therapiegruppenspezifisch, nicht aber im Gruppenvergleich, auf die Affektivität zeigte. Die Wirkungen auf Depressivität und Konsumverhalten sind möglicherweise geschlechtsspezifisch (Frauen signifikante Wirkung auf Affektivität, Männer signifikante Wirkung auf Konsumverhalten, Evidenz 2b, Empfehlungsstärke B). Allerdings zeigen sich keine Unterschiede in der Kombination mit einem Antidepressivum vs. Placebo. Dies wird durch die jüngst publizierte Metaanalyse (Iovieno et al. 2011) bestätigt (Evidenz 1a). In dieser Metaanalyse (Metaregression) konnte kein Effekt einer kombinierten Pharmako- und Psychotherapie auf Depressivität vs. Antidepressiva alleine nachgewiesen werden. Eine initiale Studie mit Naltrexon und Sertralin (beide Gruppen erhielten eine supportive Therapie) konnte keine signifikante Besserung der Affektivität und des Konsumverhaltens bei über 55-jährigen Personen feststellen (Evidenz 2b). Eine nachfolgende Studie mit größerer Stichprobe über alle Altersgruppen behandelte alle Patienten mit kognitiver Verhaltenstherapie. In einem zweiten Schritt wurden die Studienteilnehmer über verschiedene medikamentöse Behandlungsstrategien randomisiert (Placebo, Sertralin, Naltrexon und Naltrexon + Sertralin). Es wurden in der Auswertung die Behandlung mit NTX

+ Sertralin vs. alle anderen Gruppen verglichen. Die Kombination von Sertralin und NTX zeigte eine signifikante Wirkung auf die Depression (Besserung HAMD: ES 0.44, keine Depression am Ende der Behandlung OR 3.6) und das Trinkverhalten (Abstinenz während der Behandlung OR 3.7; ES: 0.40, Zeit bis zum Rückfall in schweres Trinken ES: 0.54) (Pettinati et al. 2010, 1/1, Evidenz IIb)

3.6.3.4.7 Behandlungssetting und –sequenz

Die britischen Qualleitlinien empfehlen eine stationäre Behandlung bei komorbiden Patienten (NICE 2011). Die Australischen Leitlinien empfehlen darüber hinaus auch ein „integrierte psychosoziale Behandlung bei komorbiden Personen“ allgemein (LoE 4). Diese Empfehlung wird durch einen systematischen Review gestützt, der empfiehlt, dass komorbide psychische Erkrankungen und Alkoholkonsumstörungen möglichst parallel mittels evidenzbasierter Behandlungsansätze behandelt werden sollen (Horsefall et al. 2009). Allerdings weisen die Autoren auf die uneinheitliche Studienlage und heterogene Ergebnisse hin. Insbesondere psychische Syndrome, die sich nach 3-4 Wochen fortgesetzter Abstinenz nicht gebessert haben, sollen nach den entsprechenden klinischen Leitlinien der entsprechenden Störung therapiert werden (Australien LoE 1b). Geringer ist die Evidenz, in welcher Form eine integrierte Behandlung beider Störungen durchgeführt werden soll (Tiet & Mausbach 2007; Hesse 2009). Die jüngste Meta-Analyse von Hesse (2009) schloss insgesamt fünf RCT für die Integrierte Behandlung von Angst oder Depression bei Substanzmittelkonsumstörungen, darunter zwei Studien bei Alkoholabhängigen (mit komorbiden Angststörungen und Depression). Diese berichtet über einen signifikanten Effekt der integrierten Behandlung auf die Depression (4 Studien, $Z = 3.18$, $p < 0.001$) bei allerdings signifikanter Heterogenität der Studien (Chi-Quadrat: 7.6; $p = 0.04$; $I^2 = 61\%$). In den Studien ist die Rate von Personen mit Antidepressiva-Behandlung beispielsweise sehr variabel (0-97%), außerdem wird bei der Beurteilung der Besserung der depressiven Symptome in der Meta-Analyse nicht zwischen Alkohol- und anderen Substanzmittelkonsumstörungen unterschieden. Ebenfalls wird die Besserung des pathologischen Konsumverhaltens nicht zwischen Alkohol- vs. andere Substanzmittelabhängigkeiten aufgeschlüsselt. Die Tage der Abstinenz sind in der Behandlungsgruppe signifikant häufiger ($Z = 2.03$, $p = 0.04$) bei nicht-signifikanter Heterogenität der Studien (Chi-Quadrat: 2.40; $p = 0.30$; $I^2 = 17\%$, LoE 2A).

3.6.3.5 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

3.6.3.5.1 Auswirkungen auf die jeweils andere Störung, Psychotherapie

Komorbide Störungen haben eine ungünstige Wirkung auf die jeweils andere Störung (Evidenz 1a). Komorbide Patienten mit Alkoholabhängigkeit und Depressionen weisen größere Beeinträchtigungen und eine geringere Therapie-Response auf. Abgeleitet aus der

Quelleleitlinie sollten komorbide Depressionen erst 3 - 4 Wochen nach einer Entzugstherapie diagnostisch eingeordnet werden (Haber et al. 2009, Empfehlungsstärke B).

Die Evidenz aus den Quelleleitlinien legt nahe, dass Kurzintervention bei komorbiden Patienten möglicherweise nicht wirksam ist (Evidenzgrad 3). Die Quelleleitlinien (Haber et al. 2009) empfehlen darüber hinaus den Einsatz der kognitiven Therapie, der Verhaltenstherapie und der supportiven Therapie (Evidenz 3, Empfehlungsgrad B)

Die Evidenz wird aus einzelnen RCTs gestützt. Zusammenfassend gibt es aus der Mehrzahl der vorhandenen Studien (Evidenzgrad 2b und 3) Hinweise, dass die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) bei komorbiden Personen mit Depression und Alkoholkonsumstörungen wirksam ist. Die Wirksamkeit ist belegbar sowohl für depressive Symptome als auch für das Trinkverhalten (Evidenz 2b, Empfehlungsstärke B).

Demgegenüber konnte eine randomisierte Studie, mit allerdings geringer Fallzahl und ohne Vergleichsgruppe mit TAU, die Wirkung von interpersoneller Psychotherapie wie auch supportiver Psychotherapie auf depressive Symptome und Konsumverhalten zeigen. Eine Behandlungsempfehlung für andere Psychotherapieverfahren kann aufgrund eingeschränkter Datenlage nicht abgeleitet werden.

3.6.3.5.2 Antidepressiva

Von insgesamt drei durchgeführten, kontrollierten Studien sprechen alle drei für den Einsatz von TCAs zur Behandlung der Depression bei alkoholbezogenen Störungen. Allerdings konnte nur eine dieser Studien eine Besserung des Alkoholkonsumverhaltens bzw. Cravings unter TCAs belegen (LoE 2b). Damit sollten, unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen, TCAs zur Behandlung depressiver Symptome bei komorbiden Personen eingesetzt werden (Empfehlungsgrad B). Evidenz aus einer Quelleleitlinie (Haber et al. 2009), Meta-Analysen, Reviews und Einzelstudien stützten die Evidenz. Demnach werden SSRI wie auch andere TCAs nicht als alleiniger Therapieansatz zur Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit empfohlen (LoE 1a, Empfehlungsstärke A). Antidepressiva sind aber bei der Behandlung depressiver Symptome bei Alkoholabhängigen wirksam (LoE 1a, Empfehlungsstärke A). Möglicherweise ist die Wirksamkeit von SSRI gegenüber anderen Antidepressiva zur Behandlung affektiver Symptome bei komorbiden Patienten geringer (LoE 1a). Das Nebenwirkungsprofil ist häufig nicht von Placebo unterscheidbar (LoE 2b). Insgesamt sollen Antidepressiva beider Substanzklassen zur Behandlung von Personen mit komorbiden alkoholbezogenen Störungen und Depressionen mit mittelgradiger bis schwerer Ausprägung zur Behandlung der depressiven Symptomatik angeboten werden (LoE 1a, Empfehlungsstärke A).

3.6.3.5.3 Medikamente anderer Substanzklassen

Es gibt eine Reihe von weiteren Pharmaka aus verschiedenen Substanzklassen (Memantine (depressive Symptome, Trinkverhalten), Naltrexon (Trinkverhalten), Disulfiram (Craving und Depressive Symptome)), die in der Behandlung des Alkoholkonsumverhaltens und komorbider Depressionen bei komorbiden Personen eingesetzt werden können. Die Daten aus Einzelstudien sind aber bisher nicht ausreichend für eine Behandlungsempfehlung.

3.6.3.5.4 Kombination Psycho- und Pharmakotherapie

Während die Evidenz aus Quelleitlinien und Meta-Analysen keine Ableitung einer Evidenz erlaubt, weisen Einzelstudien unterschiedlicher Qualität auf die mögliche Wirksamkeit von Kombinationstherapien hin. Dabei belegen die bisherigen Studien vor allem die Wirksamkeit der kognitiven Therapie. Eine Kombination von CBT und AD sollte bei insgesamt heterogenen Studienergebnissen angeboten werden (LoE 1b, Empfehlungsstärke B). Weiterhin wurde eine Wirkung sowohl auf Trinkverhalten als auch Antidepressiva durch Kombination von CBT, Antidepressivum (SSRI) und Naltrexon (NTX) berichtet und kann den Patienten ebenfalls angeboten werden, insbesondere dann, wenn die oben genannten Therapieverfahren keine ausreichende Wirkung zeigen (Empfehlungsgrad: KKP).

3.6.3.5.5 Behandlungssetting und -sequenz

Neben der Empfehlung beide Störungsbilder zu behandeln, sind die Ergebnisse hinsichtlich eines Vergleichs von integrierter vs. sequentieller Behandlung widersprüchlich. Zusammenfassend wird bei insgesamt ausreichender Evidenz aus Metaanalysen und Einzelstudien bei widersprüchlichem Gesamtergebnis über ein günstiges Outcome für die Patienten berichtet. Die bisherigen Wirksamkeitsnachweisen und Evidenzen erlauben aber keine ausreichende Evidenzbeurteilung. Dennoch sollte eine gemeinsame/ integrierte Behandlungsform für diese komorbiden Patienten angeboten werden (Empfehlungsgrad: KKP).

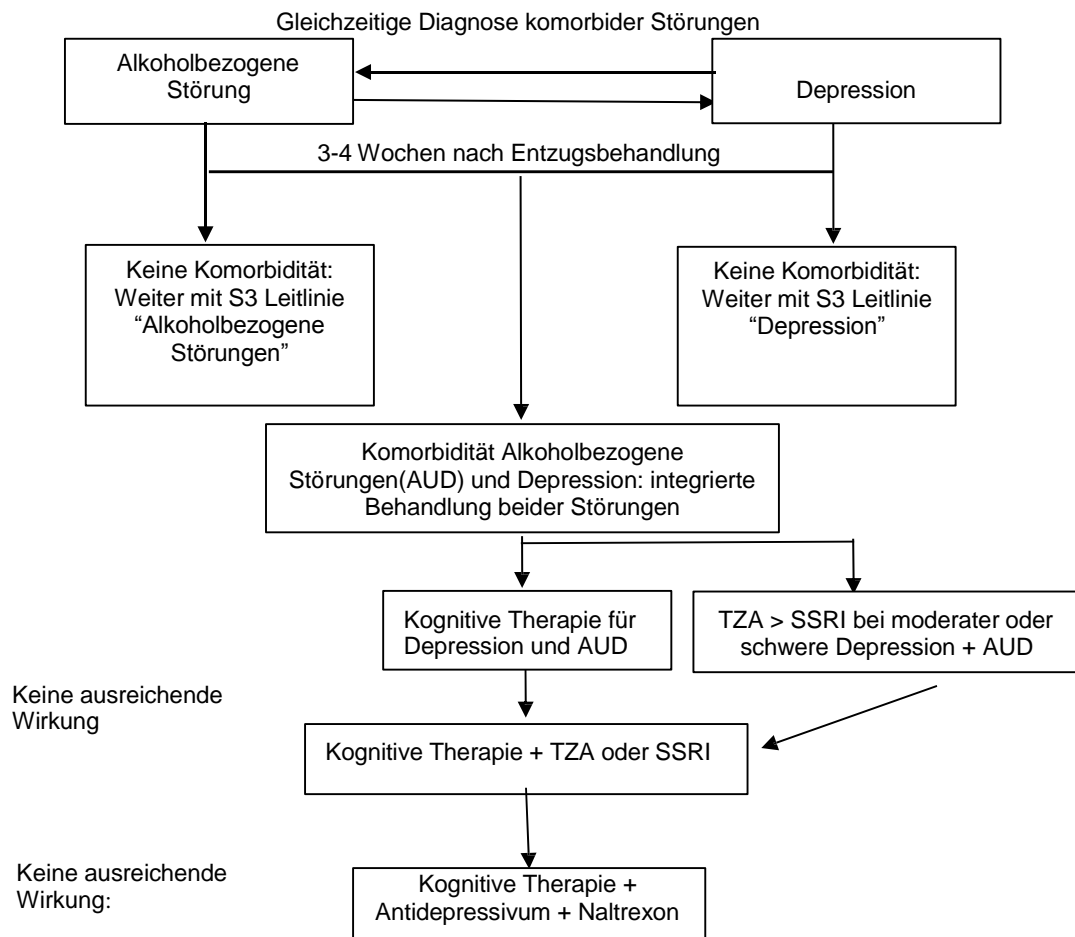
3.6.3.6 Versorgungsalgorithmus Komorbidität Depression und Alkoholabhängigkeit

Aus den vorhandenen Quelleitlinien, Meta-Analysen und Einzelstudien geht nicht hervor, in welcher Reihenfolge und Kombination die verschiedenen Therapieansätze angeboten werden sollen. Ausgehend von der Empfehlung, dass eine parallele bzw. integrierte Behandlung angeboten werden soll, ist die erste Stufe des im Folgenden vorgeschlagenen Versorgungsalgorithmus zunächst das Angebot einer einzelnen Therapiemethode (z.B. Psychotherapie mit wirksamen Verfahren) oder antidepressive Pharmakotherapie, die bei mangelnder Wirksamkeit im nächsten Schritt kombiniert werden kann. Als weitere Stufe kann

der Einsatz von Rückfallprophylaktika der Alkoholabhängigkeit oder wirksamer Medikamente anderer Substanzgruppen geprüft werden (s. Abb.1 Flow-Chart).

Abbildung 1

Flow Chart: Diagnose und Behandlung komorbider Alkoholbezogener Störungen (AUD) und Depressionen



3.6.3.7 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- 1.) Ab welchem Zeitpunkt nach einem Entzug ist die Behandlung mit Antidepressiva und/oder KVT oder eine Kombination von AD und Rückfallprophylaktika bei komorbiden Patienten mit einer günstigen Prognose beider Erkrankungen verbunden? Wie lange ist eine solche Behandlung empfehlenswert?
- 2.) Welche manualisierte integrierte Behandlungsstrategie ist mit oder ohne (antidepressive) Medikation wirksam?

3.6.3.8 Literatur

1. Altintoprak AE, Zorlu N, Coskunol H, Akdeniz F, Kitapcioglu G. Effectiveness and tolerability of mirtazapine and amitriptyline in alcoholic patients with co-morbid depressive disorder: a randomized, double-blind study. *Hum Psychopharmacol* 2008; 23(4): 313-319.
2. Brown RA, Ramsey SE, Kahler CW, Palm KM, Monti PM, Abrams D, Dubreuil M, Gordon A, Miller IW. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for depression versus relaxation training for alcohol-dependent individuals with elevated depressive symptoms. *J Stud Alcohol Drugs* 2011; 72(2): 286-296.
3. Brown R, Evans D, Miller I et al. Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65(5): 715-726.
4. Cornelius JR, Salloum IM, Ehler JG et al. Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(8): 700-705.
5. Deas D, Randall CL, Roberts JS et al. A double-blind, placebo controlled trial of sertraline in depressed adolescent alcoholics: a pilot study. *Hum Psychopharmacol* 2000; 15: 461-469.
6. Dorus W, Ostrow DG, Anton R, Cushman P, Collins JF, Schaefer M, et al. Lithium treatment of depressed and nondepressed alcoholics. *JAMA* 1989; 262: 1646–1652.
7. Grothues J, Bischof G, Reinhardt S et al. Effectiveness of brief alcohol interventions for general practice patients with problematic drinking behavior and comorbid anxiety or depressive disorders. *Drug Alcohol Depend* 2008; 94(1-3): 214-220.
8. Gual A, Balcells M, Torres M et al. Sertraline for the prevention of relapse in detoxicated alcohol dependent patients with a comorbid depressive disorder: A randomized controlled trial. *Alcohol Alcohol* 2003; 38: 619-625.
9. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O: Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. Commonwealth of Australia 2009.
10. Hesse M. Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry* 2009; 20: 9: 6.

11. Hobbs JD, Kushner MG, Lee SS, Reardon SM, Maurer EW. Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict* 2011; 20: 319-329.
12. Horsefall J, Cleary M, Hunt GE et al. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17(1): 24-34.
13. Iovieno N, Tedeschini E, Bentley KH, Evins AE, Papakostas GI. Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorders: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(8): 1144-1151.
14. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Syst Rev* 2007.
15. Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Kelly B, Lewin TJ. Clinician-assisted computerised versus therapist-delivered treatment for depressive and addictive disorders: a randomised controlled trial. *Med J Aust* 2011; 195(3): 44-50.
16. Kranzler H, Bureson J, Korner P et al. Placebo-controlled trial of fluoxetine as an adjunct to relapse prevention in alcoholics. *Am J Psychiatry* 1995; 152(3): 391-397.
17. Kranzler HR, Mueller T, Cornelius J et al. Sertraline treatment of co-occurring alcohol dependence and major depression. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26(1): 13-20.
18. Lydecker KP, Tate SR, Cummins KM, McQuaid J, Granholm E, Brown SA. Clinical outcomes of an integrated treatment for depression and substance use disorders. *Psychol Addict Behav* 2010; 24(3): 453-465.
19. Markowitz JC, Kocsis JH, Christos P, Bleiberg K, Carlin A. Pilot study of interpersonal psychotherapy versus supportive psychotherapy for dysthymic patients with secondary alcohol abuse or dependence. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196(6): 468-474.
20. Mason B, Kocsis J, Ritvo E et al. A double-blind, placebo-controlled trial of desipramine for primary alcohol dependence stratified on the presence or absence of major depression. *JAMA* 1996; 275(10): 761-767.
21. McGrath PJ, Nunes EV, Stewart JW, Goldman D, Agosti V, O'Carroll K, Quitkin FM. Imipramine treatment of alcoholics with primary depression: A placebo-controlled clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 1996 Mar; 53(3): 232-240.
22. Moak DH, Anton RF, Latham PK et al. Sertraline and cognitive behavioural therapy for depressed alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23(6): 553-562.
23. Morley KC, Teesson M, Reid SC, Sannibale C, Thomson C, Phung N, Weltman M, Bell JR, Richardson K, Haber PS. Naltrexone versus acamprosate in the treatment of

- alcohol dependence: A multi-centre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction* 2006 Oct; 101(10): 1451-1462.
24. Muhonen LH, Lönnqvist J, Juva K, Alho H. Double-blind, randomized comparison of memantine and escitalopram for the treatment of major depressive disorder comorbid with alcohol dependence. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(3): 392-399.
 25. Nunes EV, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA* 2004 Apr 21; 291(15): 1887-1896.
 26. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115). London 2011.
 27. Oslin DW. Treatment of late-life depression complicated by alcohol dependence. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(6): 491-500.
 28. Petrakis IL, Poling J, Levinson C, et al. Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid post-traumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2006; 60(7): 777-783.
 29. Petrakis I, Ralevski E, Nich C, Levinson C, Carroll K, Poling J, Rounsaville B; VA VISN I MIRECC Study Group. Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and current depression. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27(2): 160-165.
 30. Pettinati HM, Oslin DW, Kampman KM, Dundon WD, Xie H, Gallis TL, Dackis CA, O'Brien CP. A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010; 167(6): 668-675.
 31. Pettinati HM, Volpicelli JR, Luck G, Kranzler HR, Rukstalis MR, Caan A. Double-blind clinical trial of sertraline treatment for alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21(2): 143-153.
 32. Roy A. Placebo-controlled study of sertraline in depressed recently abstinent alcoholics. *Biol Psychiatry* 1998 Oct 1; 44(7): 633-7
 33. Terra MB, Barros HMT, Stein AT et al. Does co-occurring social phobia interfere with alcoholism treatment adherence and relapse? *J Subst Abuse Treat* 2006; 31(4): 403-409.
 34. Tiet QQ and Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 513-536.
 35. Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farré M., Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78(1): 1-22.

3.6.4 Bipolare Störungen

Ulrich W. Preuss (für die Gesamtgruppe der Autoren, siehe 3.6.1)

3.6.4.1 Einleitung

Betroffene mit einer Bipolar-I-Störung (mindestens eine Episode einer Depression und einer Manie) weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mindestens 3-mal so häufig eine gravierendere Alkoholkonsumstörung (Alkoholabhängigkeit oder schädlicher Gebrauch, AUD) auf. Generell lagen die Häufigkeiten von AUD bei bipolaren Patienten verschiedener Stichproben in der großen Spannweite von 6% bis 69%, wobei die meisten Studien allerdings über Raten von etwa 30% und mehr berichteten (Cassidy et al. 2001, Preuss 2008). Eine neuere epidemiologische Studie ist die in den USA Anfang des letzten Jahrzehnts durchgeführte NESARC Studie (Grant et al. 2005), die über eine Häufigkeit von AUD (DSM IV) bei Bipolar-I-Störungen von 23,6% über die letzten 12 Monate und 58% in der Lebenszeit berichtete. Im umgekehrten Fall, also bei der Komorbidität von BAS bei AUD, sind die Raten niedriger. Affektive Störungen (Depression und bipolar-affektive Störungen) bei AUD konnten bei 13,4% der Alkoholabhängigen erfragt werden. Der National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler et al. 1997) fand bei 6,5% der alkoholabhängigen Männer und 10,6% der Frauen mindestens eine Alkohol- und Substanzmittelkonsumstörung

3.6.4.2 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Bedeutung haben bipolare Erkrankungen für das Management einer Alkoholstörung?
- 2.) Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?

3.6.4.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
3.6.4.3.1	<p>Psychotherapie bei Bipolaren Störungen und alkoholbezogenen Störungen</p> <p>Die kognitive Verhaltenstherapie kann als zusätzliches Verfahren zu phasenprophylaktischer Medikation zur Besserung von affektiven Symptomen und Trinkverhalten bei komorbiden Patienten (bipolare Erkrankung und alkoholbezogenen Störungen) angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 2b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (6, 7, 8, 23)</p> <p>Gesamtabstimmung: 89,3%</p>	B
3.6.4.3.2	<p>Medikamentöse Therapie bei Bipolaren Störung und Alkoholabhängigkeit</p> <p>Eine zusätzliche Medikation mit Valproat (bei Lithiumtherapie) kann bei komorbiden Patienten (Alkoholabhängigkeit und bipolare Störung) angeboten werden, um das Konsumverhalten bessern.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: IIB</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (18)</p> <p>Gesamtabstimmung: 76,7%</p>	B

3.6.4.4 Hintergrund der Evidenz

Die Quelleitlinien behandeln die Evidenz zur Komorbidität von bipolaren Störungen und Alkoholabhängigkeit nicht. Eine Reihe von Übersichten beschäftigt sich mit der Bedeutung sowie den Auswirkungen der Komorbidität auf das jeweils andere Störungsbild (zwei Studien wurden über Literaturrecherche eingeschlossen).

3.6.4.4.1 Psychotherapie

Erkenntnisse und Evidenzbeurteilungen liegen aus den Quelleitlinien nicht vor. Ebenfalls finden sich keine Wirksamkeitsangaben aus Meta-Analysen oder systematischen Reviews. Kontrollierte Studien zur alleinigen Psychotherapie bei komorbiden Personen mit BAS und AUD alleine liegen nicht vor. Eine kontrollierte Studie beschäftigt sich mit Gruppenpsychotherapie vs. Drogenberatung bei Alkohol- und Substanzmittelkonsumstörungen, die mehrheitlich eine kombinierte Konsumstörung aufwiesen. Darüber hinaus liegen Erkenntnisse aus einer prospektiven Kohortenstudie bei komorbiden Personen vor. Beide Studien, die über die Literaturrecherche gewonnen wurden, wurden in die Beurteilung eingeschlossen.

3.6.4.4.2 Pharmakotherapie (Einzelsubstanzen und Kombinationen von Pharmaka)

Die Quelleitlinien erwähnen keine Evidenz zur Pharmakotherapie bei komorbiden bipolaren Erkrankungen und Alkoholkonsumstörungen. Bisherige Metaanalysen und systematische Reviews stellen entweder die Studien dar (Cerullo & Strakowski 2007) oder berechnen für einzelne Studien Effektstärken (Tiet & Mausbach 2007). Effektstärken oder Heterogenitätsmaße zur Pharmakotherapie insgesamt bei komorbiden Patienten liegen nicht vor. Insgesamt wurden fünf Einzelstudien aus der Literaturrecherche eingeschlossen. Drei dieser Studien sind aktuelleren Datums als die Übersicht und Metaanalyse.

3.6.4.4.3 Kombination Rückfallprophylaktika Alkohol und Pharmakotherapie

Wie bei den anderen Behandlungsstrategien liegt zu der Kombinationsbehandlung keine Wirksamkeitsbeurteilung aus Meta-Analysen (bis auf Darstellung einer Einzelstudie) oder Evidenz aus den Quelleitlinien vor. Zur Beurteilung werden zwei randomisierte Studien herangezogen, die zwei Rückfallprophylaktika als add-on in einem randomisierten Design prüften.

3.6.4.4.4 Behandlungssetting und Behandlungssequenz

Wie bei komorbiden depressiven Störungen liegen allgemeine Empfehlungen zum Setting oder der integrierten Behandlung aus den Quelleitlinien vor (Nice 2011, Haber et al. 2009). Erkenntnisse zu einer integrierten Behandlung liegen aus einer Kohortenstudie (ohne Vergleichsgruppe mit sequenzieller Behandlung) vor (gewonnen aus der Literaturrecherche). Meta-Analysen oder systematische Reviews erwähnen keine Wirksamkeit von integrierter Behandlung oder Besonderheiten zum Behandlungssetting.

3.6.4.5 Darstellung der Evidenz

3.6.4.5.1 Auswirkung auf die jeweils andere Störung

Das gleichzeitige Bestehen von bipolaren affektiven Störungen (BAS) und AUD hat signifikante Konsequenzen für beide Erkrankungen. Zahlreiche Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine komorbide AUD den klinischen Verlauf einer BAS ungünstig beeinflussen kann (Übersicht siehe Preuss 2008, Sonne & Brady 2002). So kommt es bei komorbiden Personen mit BAS und AUD zu einem früheren Beginn der BAS, häufiger zu Rehospitalisierungen wegen Rückfällen, zu einem häufigeren Auftreten von Rapid Cycling (mehr als vier affektive Episoden innerhalb eines Jahres) und gemischten Zuständen (depressive und manische Symptome zeitgleich), die beide als schwerer und schwieriger zu behandelnde Formen der BAS gelten. Außerdem waren die Betroffenen häufiger männlich, hatten noch zusätzliche psychische Störungen, wiesen eine geringere Compliance und, insbesondere bei Personen mit einer AUD, eine signifikant höhere Rate an suizidalem Verhalten auf. Damit ist wie bei anderen komorbiden AUD und psychischen Erkrankungen eine ungünstigere Prognose und Krankheitsverlauf anzunehmen.

3.6.4.5.2 Psychotherapie

Eine randomisierte und kontrollierte Studie verglich eine Integrierte Gruppentherapie (IGT) mit Gruppendrogenberatung (Group Drug Counselling - GDC) über einen Zeitraum von 20 Monaten mit einer Nachbeobachtung nach drei Monaten (Weiss et al. 2007, Evidenz 2b). 62 komorbide Patienten (bipolare Störung und Alkoholabhängigkeit) wurden in die Studie eingeschlossen, von denen alle mehr als zwei Wochen stabil auf ein Phasenprophylaktikum eingestellt waren. Die Patienten wurden auf die Therapiegruppen randomisiert (jeweils $n = 31$). Bei Personen mit einer Alkoholkonsumstörung war die IGT hinsichtlich der Tage des Alkoholkonsums/Monat (4.4 ± 7.2) besser als die Vergleichsgruppe (6.5 ± 7.4), auch in der Nachbeobachtungszeit (4.5 ± 7.2 vs. 7.8 ± 9.3). Ebenfalls wies die Untersuchungsgruppe weniger Tage der Intoxikation ($z: -2.34; p < 0.01$) auf. Eine Besserung der affektiven Symptome (HAMD and Young-Mania-Rating Scale) konnte allerdings im Gruppenvergleich nicht beobachtet werden. Außerdem wurde in der Auswertung nicht zwischen komorbiden Personen mit einer Alkohol- oder anderen Substanzmittelkonsumstörungen unterschieden. Eine Kohortenstudie an 232 komorbiden Patienten (Alkoholkonsumstörung + Depression; $n = 130$; bipolarer Störung $n = 102$) wurden mit einem intensivem verhaltenstherapeutischen Programm 4 Wochen stationär behandelt (Farren et al. 2008, Evidenz 3). Die Ergebnisse nach drei und sechs Monaten Nachbeobachtung ergaben eine signifikante Reduktion des Konsums von Alkohol in beiden Gruppen. Mehr als die Hälfte der depressiven und $\frac{3}{4}$ der bipolaren Studiensteilnehmer wurden mit Antidepressiva oder Phasenprophylaktika

behandelt. Insgesamt konnte eine hohe Quote von rund 93% der Patienten prospektiv nachuntersucht werden.

Zusammenfassung: In Kombination mit Phasenprophylaktika kann eine kognitive Verhaltenstherapie sowohl zu Besserung der affektiven Symptome, als auch zur Compliance und Besserung des Trinkverhaltens beitragen (Evidenz IIb, Empfehlung 0). Spezifische Wirkungen auf Personen mit einer Alkoholabhängigkeit und einer gleichzeitig bestehenden, bipolaren Störung sind hingegen noch nicht ausreichend untersucht.

3.6.4.5.3 Pharmakotherapie

In einer doppelblinden, placebokontrollierten Studie wurden 59 bipolare Personen mit einer komorbiden BAS und AUD über 24 Wochen untersucht (1b) (Salloum et al. 2005). Von den 59 Personen, die in die Studie eingeschlossen wurden, beendeten allerdings nur 20 die Studie (Haltequote 33.8%). Zusätzlich zu einer „Standardtherapie“ mit Lithium und wöchentlicher Beratung („Counseling“) wurden die Studienteilnehmer auf eine Add-on Therapie mit Valproat vs. Placebo randomisiert. Während sich die Personen in der Valproatgruppe vs. Placebo signifikant hinsichtlich der „schweren Trinktage“ (44%) vs. Placebo (68%, ES: 0.46), der Anzahl der Getränke pro Trinktag (V: 5.6 ± 8.9 vs. P: 10.2 ± 10.8 , ES: 0.64) und dem Zeitraum bis zum Rückfall zu schwerem Trinken (V: 93 ± 74 Tage vs. 62 ± 61 Tage ES: 0.45) unterschieden, konnte keine (zusätzliche) Wirkung auf affektive Symptome im Vergleich beider Gruppen gefunden werden (Manie ES -0.04, Depression ES: 0.05).

Eine komorbide Kohorte, die vorwiegend Diagnosen von affektiven Störungen und Alkohol- sowie Substanzmittelkonsumstörungen aufwies, wurde über drei Monate mit „typischen“ und „atypischen“ Antipsychotika in einem naturalistischen Ansatz behandelt (Petraakis et al. 2006). Allerdings konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der affektiven Symptome oder des Konsumverhaltens gefunden werden (Evidenz 3).

Quetiapin wurde in den folgenden Jahren in Placebo-kontrollierten Designs geprüft. Brown et al. (2008) setzten in einer randomisierten und kontrollierten Studie zusätzlich zu einer medikamentösen Basistherapie mit verschiedenen Phasenprophylaktika Quetiapin bis 600mg vs. Placebo bei 102 bipolaren und alkoholkranken Patienten über 12 Wochen ein. Signifikante Wirkung zeigte sich zwischen den Gruppen nur in der Besserung der depressiven Symptome (HAMD ES: 0.41), allerdings nicht hinsichtlich des Konsumverhaltens oder manischer Symptome. Eine Folgestudie (Stedman et al. 2010) konnte allerdings an einer größeren Zahl von Patienten (n=362, strikteren Einschlusskriterien (Bipolar I Patienten) und Design (Basismedikation: Lithium oder Valproat) mit Quetiapin in flexibler Dosierung von 300 bis 800mg/d vs. Placebo weder eine Wirkung auf das Trinkverhalten noch die

Affektivität (Manie oder Depression) nachweisen. Die Studiendauer betrug 12 Wochen.

Lithium und Divalproex vs. Lithium und Placebo wurden bei komorbiden Personen mit Bipolar I/II, Alkoholabhängigkeit und „rapid cycling“ verglichen (Kemp et al. 2009). Das Design sah eine 14-tägige Stabilisierungsphase (n =149) und eine anschließende zufällige Zuteilung vor. Nur 31 Personen konnten nach der Stabilisierung in die beiden Gruppen randomisiert werden (21%), von denen nur 3/16 in der Lithiumgruppe (19%) und 5/15 in der Kombinationsgruppe die Studie beendeten (33%). Ähnlich ernüchternd sind auch die Ergebnisse, die keine zusätzliche Wirkung der Kombination auf die affektiven Symptome bei dieser speziellen Stichprobe (erfasst mit HAMD und YMRS) feststellen konnte. Von den 19 Personen, die zu Studienbeginn eine Abhängigkeit aufwiesen, erfüllten n=11 die Kriterien nach der Stabilisierungsphase nicht mehr oder erlangten eine frühe Remission der Abhängigkeit nach 6 Monaten Behandlung mit einem der Phasenprophylaktika. Über alle Substanzkonsumstörungen hinweg ergaben sich für die Gruppe mit Lithium und Valproat signifikante Besserungen im Addiction Severity Index (p 0.005) und der Tage des Alkoholkonsums während der Stabilisierungsphase (p 0.001). (Evidenz 2b, Empfehlungsstärke O).

Zusammenfassung: Valproat wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie als add-on Medikation bei komorbiden Patienten geprüft und zeigte eine signifikante Verbesserung des Trinkverhaltens, aber keine Wirkung auf die Affektivität (Salloum et al. 2005, LoE 2b, Empfehlungsgrad B). Zwei randomisierte kontrollierte Studien prüften Quetiapine als add-on Medikation zu einem Phasenprophylaktikum vs. Placebo. Während die erste Studie noch signifikante Wirkungen auf die Affektivität (Depression) (Brown et al. 2008), aber nicht das Trinkverhalten zeigte, waren diese Wirkungen auf Affektivität oder Trinkverhalten in der zweiten, zahlenmäßig umfangreicheren und strikter designten Studie (Stedman et al. 2010) nicht nachweisbar. Ebenfalls zeigte ein Vergleich von Lithium + Valproat (Divalproex) vs. Lithium + Placebo keinen Vorteil für der Kombination für die affektiven Symptome. In dieser Studie mit niedriger Haltequote liegt für den Zeitraum nach der Randomisierung zudem kein Vergleich hinsichtlich der Änderung des Konsumverhaltens vor (n = 3 vs. n = 5, Evidenz 2b, Empfehlungsstärke O).

3.6.4.5.4 Kombination Rückfallprophylaktika Alkohol und Pharmakotherapie

Naltrexon (NTX), das in der Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit einen nachgewiesenen Effekt hat, wurde wiederum in bisher drei Studien bei BAS und Alkoholkonsumstörung untersucht. Initiale Studien bei komorbiden Patienten mit NTX alleine oder in Kombination mit Disulfiram berichteten über eine günstige Wirkung auf eine Reihe von Eigenschaften wie die konsumierte Alkoholmenge sowie affektive Symptome, Craving

und die Zahl der Konsumtage (Brown et al. 2006, Evidenz 3). Von der letzteren Forschungsgruppe wurde Naltrexon erneut hinsichtlich der Wirksamkeit bei komorbiden Personen untersucht. 50 BAS- und AUD-Personen wurden mit einer Dosis von 50mg/d (als Add-on) oder Placebo über 12 Wochen untersucht. Allerdings wurden in dieser Studie die Wirkungen auf Trinktage, Craving und Leberenzym Spiegel zwischen den Behandlungsgruppen nur als statistischer Trend festgestellt, während sich auf die Depression oder Manie keine Wirkung zeigte. Unabhängig von den Behandlungsgruppen fanden sich allerdings signifikante Besserung von Depression und Trinkverhalten im Verlauf (Brown et al. 2009, Evidenz 2b.). Accamprosat als Add-on Medikation zur bipolaren Phasenprophylaxe wurde bei 33 komorbiden Patienten vs. Placebo eingesetzt (Tolliver et al. 2012). Die Studiendauer betrug acht Wochen mit einer Abschlußevaluation nach weiteren 4 Wochen. Allerdings konnte keine Wirksamkeit auf das Konsumverhalten nachgewiesen werden (ES % Tage abstinent: 0.22; Tage Abstinent: 0.21; Tage schweres Trinken 0.36; OCDS: 0.50). Der klinische Eindruck, gemessen mit dem Global Clinical Impression Scale, zeigte eine Besserung in den Wochen 7-8 (Eingang A: 3.7 (0.9), Abschluss: 2.4 (1.1) vs. P: 3.8 (0.9), 3.8 (0.9), Gesamt ES: 1.17). Während sich depressive und manische Symptome (MADRS ES: 0.33, YMRS ES: 0.06) gegenüber dem Studienbeginn signifikant besserten, zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen (LoE 1b).

Zusammenfassung: Bisher wurden mit zwei Rückfallprophylaktika der Alkoholabhängigkeit in Kombination mit Phasenprophylaktika Studien an komorbiden Personen durchgeführt. In beiden Studien konnten keine signifikanten Wirkungen auf das Trinkverhalten gefunden werden. Eine Kombination dieser Medikamente kann daher bisher nicht empfohlen werden (LoE 1b).

3.6.4.5.5 Behandlungssetting und –sequenz

Ähnlich wie bei depressiven Störungen ist für bipolare Erkrankungen und Alkoholkonsumstörungen eine möglichst parallele Behandlung mittels evidenzbasierter Behandlungsansätze empfehlenswert, da für beide Störungsbilder effektive Behandlungsstrategien bekannt sind (Horsefall et al. 2009).

Wie auch bei Depressionen und anderen komorbiden psychischen Erkrankungen gibt es auch für die bipolare Störung Hinweise aus den Quelleitlinien, dass eine stationäre Behandlung für Alkoholabhängigkeit nicht nur mit moderatem bis schwerem Alkoholentzug und dessen Komplikationen, sondern auch komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen indiziert sind (NICE Quelleitlinie 2011; Pettinati et al. 1993, Evidenz KKP; Farren et al. 2008, Evidenz 3). Eine prospektive Kohortenstudie an mehr als 76 komorbiden Patienten (bipolare Erkrankung, Alkoholabhängigkeit) (Farren & McElroy, 2008 u. 2010) führte eine integrierte Behandlung von komorbiden Patienten durch und konnte nach drei

sowie sechs Monaten und zwei Jahren eine signifikante Besserung der Abstinenz und der affektiven Symptome belegen (Evidenz 3).

3.6.4.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

3.6.4.6.1 Auswirkung auf die jeweils andere Störung

Aus den Einzelstudien und systematischen Übersichten geht hervor, dass die Rate an Komorbidität von Alkoholkonsumstörungen bei bipolaren Patienten hoch ist (Evidenz 2a). Die Quelleitlinien erwähnen die Komorbidität von bipolaren Störungen und Alkoholabhängigkeit nicht. Bei kombiniertem Auftreten beeinflussen sich Alkoholkonsumstörungen und bipolare Störungen jeweils gegenseitig ungünstig (Evidenz 2a).

3.6.4.6.2 Psychotherapie:

Evidenz aus den Quelleitlinien liegt nicht vor. Ausgehend von einer kontrollierten Studie (Evidenz 2b), die vorwiegend an Substanzmittelabhängigen durchgeführt wurde und einer Kohortenstudie (Evidenz 3) sollte eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden, um die bipolare Störung und die Alkoholkonsumstörung zu behandeln (Empfehlungsstärke B).

3.6.4.6.3 Psycho- und Pharmakotherapie

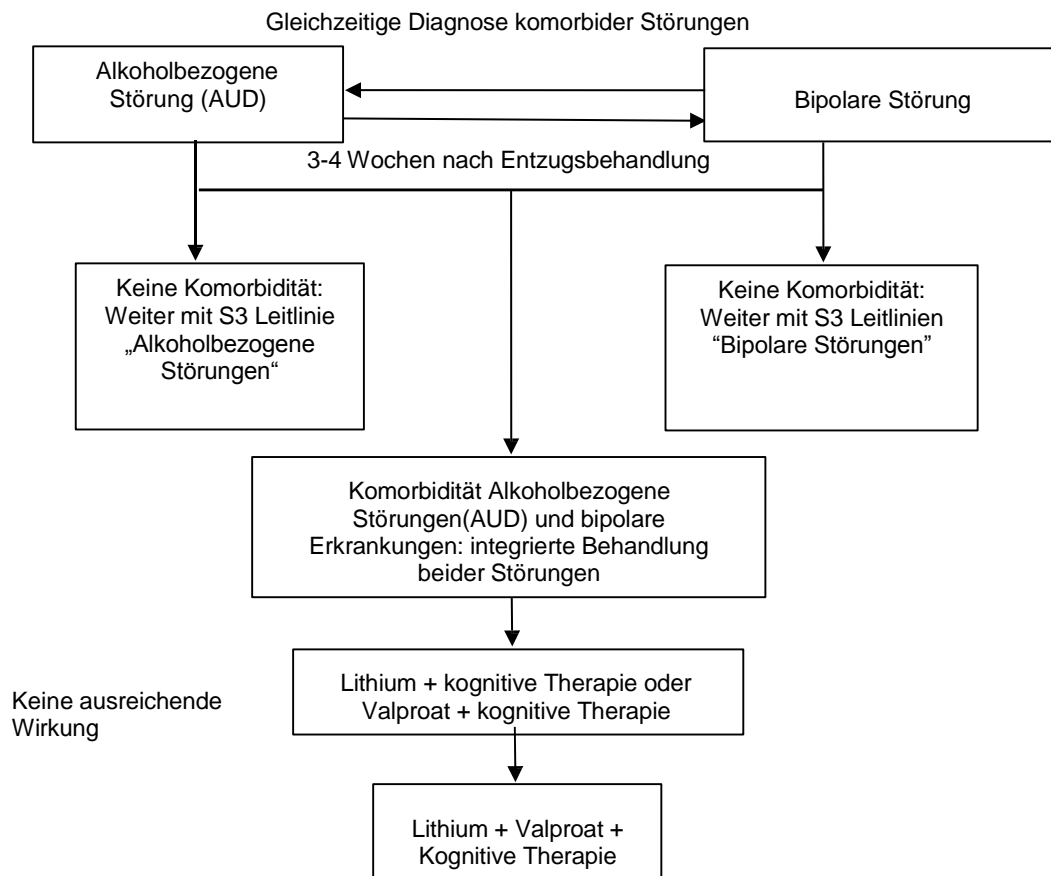
Evidenz aus Quelleitlinien liegt nicht vor. Aus einer Einzelstudie und einer Meta-Analyse, die diese Einzelstudie berücksichtigte, liegt jedoch Evidenz vor. Komorbiden Patienten kann eine pharmakologische add-on Behandlung mit Valproat angeboten werden (Evidenz 2b, Empfehlungsstärke O). Weitere Einzelstudien konnten bisher keinen Wirknachweis von anderen Pharmaka erbringen (Evidenz 2b). Ebenfalls liegt bisher nur aus einer Kohortenstudie der Hinweis vor, dass eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie bei komorbiden Patienten wirksam ist (Evidenz 3). Damit kann eine solche Kombinationstherapie komorbiden Patienten angeboten werden.

3.6.4.6.4 Behandlungssetting und -sequenz

Allgemein empfiehlt die britische Quelleitlinie beide Störungsbilder stationär zu behandeln (KKP, A). Ebenfalls empfiehlt die Australische Leitlinie, dass eine integrierte (psychosoziale) Behandlung angeboten werden sollte (LoE 4, Empfehlungsgrad B). Diese Empfehlung wird durch eine aktuelle und prospektive Kohortenstudie gestützt (LoE 3). Abgeleitet aus den Quell-Leitlinien (NICE 2011,) soll eine stationäre Behandlung bei komorbiden psychischen Störungen und Alkoholkonsumstörungen angeboten werden (KKP, O). Ebenfalls sollte komorbiden Personen eine integrierte/gleichzeitige Behandlung angeboten werden (LoE 3, Empfehlungsgrad B). Diese Empfehlungen wurden für komorbide bipolare Erkrankungen und Alkoholkonsumstörungen übernommen.

3.6.4.7 Versorgungsalgorithmus

Aus den vorhandenen Quelleitlinien, Meta-Analysen und Einzelstudien geht nicht hervor, in welcher Reihenfolge und Kombination die verschiedenen Therapieansätze angeboten werden sollen. Grundlage aller Wirksamkeitsstudien bei komorbiden bipolaren Erkrankungen und der Alkoholabhängigkeit ist die Einstellung der Betroffenen auf ein Phasenprophylaktikum. Parallel zu den Vorschlägen zur Behandlungsstrategie bei komorbiden depressiven Erkrankungen soll auch bei komorbiden bipolaren Erkrankungen eine gleichzeitige/integrierte Therapie angeboten werden. Eine Kombination aus kognitiver (Verhaltens-)Therapie und Phasenprophylaktikum ist empfehlenswert. Darüber hinaus kann in einem weiteren Schritt eine Kombination mit Valproat angeboten werden (s. Abb. 2 Flow-Chart).

Abbildung 2**Flow Chart: Diagnose und Behandlung komorbider Alkoholbezogener Störungen (AUD) und bipolarer Erkrankungen****3.6.4.8 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- 1.) Haben andere Antipsychotika als Quetiapin als Add-on Therapie bei komorbiden (bipolaren und alkoholabhängigen) Patienten eine Wirkung auf affektive Symptome und Trinkverhalten gleichzeitig?
- 2.) Ist eine integrierte Behandlung in einem direkten Vergleich mit einer sequentiellen Behandlung beider Störungen überlegen?

3.6.4.9 Literatur

1. Brown ES, Beard L, Dobbs L, Rush AJ. Naltrexone in patients with bipolar disorder and alcohol dependence. *Depress Anxiety*. 2006; 23(8): 492-495.
2. Brown ES, Carmody TJ, Schmitz JM, Caetano R, Adinoff B, Swann AC, John Rush A. A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study of naltrexone in outpatients with bipolar disorder and alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2009; 33(11): 1863-1869.
3. Brown ES, Garza M, Carmody TJ. A randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial of quetiapine in outpatients with bipolar disorder and alcohol use disorders. *J Clin Psychiatry* 2008 May; 69(5): 701-705.
4. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2001 Aug; 3(4): 181-188.
5. Cerullo MA, Strakowski SM. The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007; 2: 29.
6. Farren CK, McElroy S. Treatment response of bipolar and unipolar alcoholics to an inpatient dual diagnosis program. *Journal of Affective Disorders* 2008; 106(3): 265-272.
7. Farren CK, McElroy S. Predictive factors for relapse after an integrated inpatient treatment programme for unipolar depressed and bipolar alcoholics. *Alcohol Alcohol* 2010; 45(6): 527-533.
8. Farren CK, Snee L, McElroy S. Gender differences in outcome at 2-year follow-up of treated bipolar and depressed alcoholics. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011;;72(5): 872-880.
9. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Huang B. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2005 Oct; 66(10): 1205-1215.
10. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O: Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. Commonwealth of Australia 2009.
11. Horsefall J, Cleary M, Hunt GE et al. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17(1): 24-34.
12. Kemp DE, Gao K, Ganocy SJ, Elhaj O, Bilali SR, Conroy C, Findling RL, Calabrese JR. A 6-month, double-blind, maintenance trial of lithium monotherapy versus the combination of lithium and divalproex for rapid-cycling bipolar disorder and Co-occurring substance abuse or dependence. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(1): 113-121.
13. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes , EshlemanS, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in

- the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 199 Jan; 51(1): 8-19
14. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National Clinical Practice Guideline 115. National Collaborating Centre for Mental Health and The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2011.
 15. Petrakis IL, Leslie D, Finney JW, Rosenheck R. Atypical antipsychotic medication and substance use-related outcomes in the treatment of schizophrenia. *Am J Addict* 2006; 15(1): 44-49.
 16. Pettinati HM, Meyers K, Jensen JM, Kaplan F, Evans BD. Inpatient vs outpatient treatment for substance dependence revisited. *Psychiatr Q* 1993; 64(2): 173-182.
 17. Preuss UW. Abhängigkeitserkrankungen und Psychosen: Erkenntnisse und Kontroversen in Vorbereitung auf neue Klassifikationssysteme. *Die Psychiatrie* 2008; 2: 61-68
 18. Salloum, IM, Cornelius JR, Daley DC et al. Efficacy of Valproate Maintenance in Patients With Bipolar Disorder and Alcoholism: A Double-blind Placebo-Controlled Study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(1): 37-45.
 19. Sonne SC, Brady KT. Bipolar disorder and alcoholism. *Alcohol Research and Health* 2002; 26(2): 103-108
 20. Stedman M, Pettinati HM, Brown ES, Kotz M, Calabrese JR, Raines S. A double-blind, placebo-controlled study with quetiapine as adjunct therapy with lithium or divalproex in bipolar I patients with coexisting alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2010; 34(10): 1822-1831.
 21. Tiet QQ & Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 513–536.
 22. Tolliver BK, Desantis SM, Brown DG, Prisciandaro JJ, Brady KT. A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of acamprosate in alcohol-dependent individuals with bipolar disorder: a preliminary report. *Bipolar Disord* 2012 Feb; 14(1): 54-63.
 23. Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, Greenfield SF, Najavits LM, Daley DC, Doreau HR, Hennen JA. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 100-107.

3.6.5 Angststörungen

Ingo Schäfer (für die Gesamtgruppe der Autoren, siehe 3.6.1)

3.6.5.1 Einleitung

Bei alkoholabhängigen Patienten in Behandlung findet sich eine Punktprävalenz von Angststörungen, wie der sozialen Phobie, der Agoraphobie, der Panikstörung und der generalisierten Angststörung, von 33% bis 42% (Grant et al. 2004, Schneider et al. 2001, Weaver et al. 2003). Angstsyndrome sind bei komorbider Alkoholabhängigkeit mit einem schlechteren Ansprechen auf therapeutische Angebote (Bradizza et al. 2006, Mason & Leher 2010) und höheren Rückfallraten assoziiert (Driessen et al. 2001).

3.6.5.2 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Bedeutung haben Angststörungen für das Management einer Alkoholstörung?
- 2.) Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?

3.6.5.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
	Psychotherapeutische Verfahren	
3.6.5.3.1	Beide Störungen sollten vorzugsweise integriert behandelt werden. Sollte dies nicht möglich sein, sollten Behandlungselemente für beide Störungen angemessen koordiniert werden. Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Gesamtabstimmung: 100%	KPP
3.6.5.3.2	Zur Reduktion von Symptomen der Angststörung sollen betroffene Patienten mit störungsspezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden. Empfehlungsgrad A, LoE: 1a Literatur: nach systematischer Recherche (4, 8) Gesamtabstimmung: 100%	A

3.6.5.4 Hintergrund der Evidenz

Bestimmte Angststörungen, wie die Soziale Phobie und die Agoraphobie, sollen dem Beginn der Alkoholproblematik zeitlich eher voraus gehen und betroffene Patienten zeigen Erwartungen an die Alkoholeffekte, die sich auf ihre Angstproblematik beziehen (Morris et al. 2005). Andere Studien weisen darauf hin, dass alkoholbezogene Störungen auch das Auftreten von Angstsyndromen begünstigen und dass zwischen beiden Störungen wechselseitige Zusammenhänge im Zeitverlauf bestehen können (Kushner et al. 2000). Verschiedene Untersuchungen konnten etwa in Bezug auf die Soziale Phobie zeigen, dass Patienten mit dieser Komorbidität eine stärker ausgeprägte Abhängigkeitssymptomatik und mehr zusätzliche depressive Symptome aufweisen (z.B. Thomas et al. 1999). Insgesamt sind Angstsyndrome mit einem schlechteren Ansprechen auf therapeutische Angebote (Bradizza et al. 2006, Mason & Lehert 2010) und höheren Rückfallraten assoziiert (Driessen et al. 2001). Obwohl die Behandlung von Angststörungen bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit in der Literatur sehr häufig diskutiert wurde (Kushner et al. 2000), liegen vielen Studien methodische Standards zugrunde, die keine zuverlässige Bewertung der Effekte zulassen.

3.6.5.5 Darstellung der Evidenz

Von Hobbs et al. (2011, LoE 1a) wurde eine Meta-Analyse vorgelegt, in der sowohl Studien zur Psychotherapie als auch zur Pharmakotherapie berücksichtigt wurden. Dabei wurde das Konstrukt der „internalisierenden Störungen“ zugrunde gelegt und deshalb sowohl Studien zur komorbiden Depression als auch zu Angststörungen berücksichtigt. Alle Stichproben mussten eine aktuelle alkoholbezogene Störung aufweisen, sich aktuell in Suchtbehandlung befinden und eine komorbide Angststörung (außer einfacher Phobie, PTBS und Zwangsstörung) und/oder Depressive Störung nach DSM-IV aufweisen. Weiter musste die Katamnese innerhalb des ersten Jahres nach Behandlungsende stattgefunden haben und es mussten ausreichende Informationen vorliegen, um Effektstärken in Bezug auf die internalisierende Symptomatik und die Alkoholproblematik zu berechnen. Über die 15 eingeschlossenen Studien hinweg fand sich eine gepoolte Effektstärke von $d=0.66$ für die KVT und eine Effektstärke von $d=0.24$ für pharmakologische Therapien. Weiter fanden sich in Studien zur Behandlung von Angststörungen eine höhere Effektstärke ($d=0.52$) als in Studien zur Depression ($d=0.21$). In Bezug auf alkoholbezogene Störungen fanden sich in Studien mit hohen vs. niedrigen Effektstärken in Bezug auf die internalisierenden Störungen lediglich auf Trendlevel ($p=.09$) bessere Effekte.

In einer qualitativ hochwertigen Studie von Schadé et al. (2005; LoE 1b) wurden $N=98$ Personen mit unterschiedlichen Angststörungen (Panikstörung mit bzw. ohne Agoraphobie, Agoraphobie, Soziale Phobie) nach Entzugsbehandlung im ambulanten Setting randomisiert

mit einer integrativen KVT-Intervention oder einer Standard-Alkoholtherapie behandelt. 32 Wochen nach Behandlungsbeginn zeigte sich die KVT-Intervention überlegen in Bezug auf die Reduktion der Angstsymptomatik (z.B. Fear Questionnaire total score $M=.21.9$ vs. $M=32.7$, $p<.001$), aber nicht die Rückfallrate (Rückfall im Follow-up-Zeitraum in der Gruppe mit integrativer KVT-Intervention: $OR=0.7$, $95\%CI=0.30-1.65$). In einer Post-hoc Analyse der Daten der Interventionsgruppe fand sich, dass der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit keinen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse der Angststörung hatte (Schadé et al. 2007, LoE 2b).

Weiter liegt eine randomisierte kontrollierte Studie von Thomas et al. (2008; LoE 2b) zur Behandlung der komorbiden sozialen Phobie bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen vor. Darin wurden $N=42$ Personen, die beide Störungen aufwiesen, aus der Allgemeinbevölkerung rekrutiert. Die Behandlung wurde primär aufgrund der sozialen Phobie aufgesucht, alkoholbezogene Störungen mussten sich in einem frühen Stadium befinden (z.B. bislang kein Entzug oder andere Behandlungen). Die Studienteilnehmer erhielten über 16 Wochen Paroxetin in einer Zieldosierung von 60 mg/Tag. Eine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung fand nicht statt. Bei Studienende zeigten sich stärkere Effekte in der Interventionsgruppe in Bezug auf die sozialen Ängste (Liebowitz Social Anxiety Scale in der Paroxetin-Gruppe 53% vs. 32% in der Placebo-Gruppe; $p = 0.02$), nicht jedoch in Bezug auf Trinkmenge und -tage.

3.6.5.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Die Schlüsselempfehlung 3.6.5.3.1 beruht auf einem Expertenkonsens (KPP). Die Schlüsselempfehlung 3.6.5.3.2 stützt sich auf die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche im Rahmen der Leitlinienerstellung. Dabei konnte eine Metaanalyse über Studien bei „internalisierenden Störungen“ und ein RCT hoher Qualität bei Patienten mit Angststörungen (LoE 1b) identifiziert werden.

3.6.5.7 Empfehlungen für künftige Forschung

Aufgrund der sehr geringen Anzahl methodisch hochwertiger Studien zur Psycho- und/oder Pharmakotherapie von komorbiden Angststörungen bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit sind weitere entsprechende Untersuchungen dringend notwendig.

3.6.5.8 Literatur

1. Bradizza CM, Satiwicz PR, Paas ND. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clin Psychol Rev* 2006; 26(2): 162-178.

2. Driessen M, Meier S, Hill A et al. The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(3): 249-255.
3. Grant B, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 807–816.
4. Hobbs J, Kushner MG, Lee SS, Reardon SM, Maurer EW. Meta-Analysis of Supplemental Treatment for Depressive and Anxiety Disorders in Patients being Treated for Alcohol Dependence. *Am J Addict* 2011; 20(4): 319–329.
5. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev* 2000; 20(2): 149-171.
6. Mason BJ, Leher P. The effects of current subsyndromal psychiatric symptoms or past psychopathology on alcohol dependence treatment outcomes and acamprosate efficacy. *Am J Addict* 2010; 19(2): 147-154.
7. Morris EP, Stewart SH, Ham LS. The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clin Psychology Rev* 2005; 25: 734–760.
8. Schadé A, Marquenie LA, van Balkom AJ et al. The Effectiveness of Anxiety Treatment on Alcohol-Dependent Patients with a Comorbid Phobic Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29(5): 794-800.
9. Schadé A, Marquenie LA, van Balkom AJ, et al. Anxiety disorders: treatable regardless of the severity of comorbid alcohol dependence. *Eur Addict Res.* 2007; 13:109-115.
10. Schneider U, Altmann A, Baumann M, et al. Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(3): 219-223.
11. Thomas SE, Thevos AK, Randall CL. Alcoholics with and without social phobia: a comparison of substance use and psychiatric variables. *J Stud Alcohol* 1999; 60(4): 472-479.
12. Thomas SE, Randall PK, Book SW, Randall CL. A Complex Relationship Between Co-occurring Social Anxiety and Alcohol Use Disorders: What Effect Does Treating Social Anxiety Have on Drinking? *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32(1): 77–84.
13. Weaver T, Madden P, Charles V, et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry.* 2003; 183: 304-313.

3.6.6 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Ingo Schäfer (für die Gesamtgruppe der Autoren, siehe 3.6.1)

3.6.6.1 Einleitung

In europäischen Studien beträgt die Punktprävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Alkoholpatienten in Behandlung 15-25% (z.B. Driessen et al. 2009, Langeland et al. 2004, Schäfer et al. 2007). Männliche Patienten sind seltener (11-14%) (Driessen et al. 2009, Evren et al. 2011, Langeland et al. 2004), weibliche Patientinnen häufiger betroffen (24-27%) (Driessen et al. 2009, Langeland et al. 2004). Dabei zeigen sich Zusammenhänge zwischen einer komorbiden PTBS und relevanten Verlaufs- bzw. Outcome-Parametern (z.B. Dragan et al. 2007, Evren et al. 2011). Die Behandlung einer komorbiden PTBS bessert die Prognose der Alkoholabhängigkeit (Back et al 2006).

3.6.6.2 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Bedeutung hat die PTBS für das Management einer Alkoholstörung?
- 2.) Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?

3.6.6.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
Psychotherapeutische Verfahren		
3.6.6.3.1	<p>Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und komorbider PTBS sollte eine integrierte psychotherapeutische Behandlung angeboten werden, die sowohl PTBS-, als auch alkoholbezogene Interventionen beinhaltet.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP; LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (5, 22)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP

3.6.6.3.2	<p>Zur Reduktion von PTBS-Symptomen sollen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen, die diese Komorbidität aufweisen, mit PTBS-spezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (11, 12, 19)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	A
3.6.6.3.3	<p>Stabilisierende integrative KVT-Programme zur Behandlung von PTBS und alkoholbezogenen Störungen sollen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (11, 12)</p> <p>Gesamtabstimmung: 84,6%</p>	A
3.6.6.3.4	<p>Expositions-basierte Interventionen sollen angeboten werden, wenn sich der Alkoholkonsum auf niedrigem Niveau stabilisiert hat oder Abstinenz erreicht wurde.</p> <p>Empfehlungsgrad KPP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (19)</p> <p>Gesamtabstimmung: 88,5%</p>	KPP

3.6.6.4 Hintergrund der Evidenz

Die Lebenszeitprävalenz der PTBS beträgt bei weiblichen Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit bis zu 48% (Dom et al. 2007). Dabei gibt es Hinweise auf funktionelle Beziehungen zwischen Symptomen der PTBS und dem Alkoholkonsum. So zeigte sich in experimentellen Studien stärkeres Craving bei Präsentation traumabezogener Auslösereize (Schumacher et al. 2006). In anderen Untersuchungen berichteten Patienten mit PTBS häufigeren Konsum in Zusammenhang mit Situationen die negative Emotionen beinhalteten, verglichen mit positiven und neutralen Situationen (z.B. Stewart et al. 2000, Waldrop et al. 2007). In klinischen Stichproben fand sich ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer PTBS und relevanten Verlaufs- bzw. Outcome-Parametern, etwa einem häufigeren

Konsum weiterer Substanzen (Dragan et al. 2007), und einer geringeren Lebensqualität (Evren et al. 2011). Die Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bessert die Prognose der Alkoholabhängigkeit (Back et al. 2006). Dies bestätigte sich in Studien bei Patienten mit komorbider PTBS, die neben einer Alkoholabhängigkeit auch andere substanzbezogene Störungen aufwiesen (Ouimette et al. 2003).

Wie eine systematische Literaturrecherche ergab liegen inzwischen Studien bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und PTBS zu Therapieansätzen vor, die kognitiv-verhaltenstherapeutische (KVT) Interventionen aus der Traumatherapie und der Suchtbehandlung integrierten. Dies betrifft sowohl den Einsatz stabilisierender Interventionen (Hien et al. 2010a; Hien et al. 2010b), als auch die Behandlung mit Traumaexposition (Sannibale et al. 2013). Letztere hat sich auch in einer experimentellen Studie, die sich auf die subjektive Belastung und das Alkohol-Craving bei Konfrontation mit Trauma-Reizen konzentrierte, als wirksam erwiesen (Coffey et al. 2006). Weiter wurde in einer jüngst publizierten Studie bei Patienten mit komorbider PTBS, die neben einer Alkoholabhängigkeit auch andere substanzbezogene Störungen aufwiesen, gezeigt, dass auch bei diesem eher schwerer belasteten Kollektiv von Suchtpatienten eine expositionsbasierte Therapie trotz fortgesetztem Konsum sicher und effektiv durchgeführt werden kann, wenn der Konsum sich verbessert bzw. stabilisiert hat und den Patienten bis zu einem gewissen Grad alternative Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen (Mills et al. 2012).

3.6.6.5 Darstellung der Evidenz

Wie eine systematische Literaturrecherche ergab, liegen zur psychotherapeutischen Behandlung einer komorbiden PTBS bei alkoholbezogenen Störungen hochwertige Studien nur aus dem Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) vor. Sannibale et al. (2013) (Evidenz 1b) verglichen in einer randomisierten, kontrollierten Studie bei N=62 Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und komorbider PTBS die Effekte einer 12 Sitzungen umfassenden integrativen KVT-Intervention, die sich an der in „Project MATCH“ eingesetzten KVT für alkoholbezogene Störungen orientierte (Project MATCH Research Group 1997). In der Experimentalgruppe wurden darin sechs Sitzungen Traumaexposition integriert. Patienten der Interventionsgruppe, die mindestens eine Sitzung expositionsbasierte Therapie erhalten hatten, wiesen fünf Monate nach Therapieende zweifach wahrscheinlicher eine klinisch relevante Reduktion der PTBS-Symptomatik auf als Patienten der Kontrollgruppe (CAPS-Score; 60% vs. 39%, OR: 2.31, 95%-CI: 1.06 - 5.01). Der Alkoholkonsum war bei der 5-Monats-Katamnese bei Patienten der Kontrollgruppe geringer ausgeprägt (Trinkeinheiten pro Trinktage M=6.91 vs. M=8.81; p=0.048), wobei diese Gruppe im Katamnese-Zeitraum dreimal wahrscheinlicher weitere Behandlungsangebote wahrgenommen hatte.

Weiter wurden positive Effekte eines stabilisierenden integrativen KVT-Programmes berichtet Najavits (2009; „Sicherheit finden“). In einer großen randomisierten Studie (Hien et al. 2010a; Evidenz 1b) wurde diese Intervention im Gruppenformat bei N=352 weiblichen Patientinnen mit substanzbezogenen Störungen und mindestens subsyndromaler PTBS (neben den Kriterien A und B nach DSM-IV entweder Kriterium C oder D) mit einer Kontrollbedingung verglichen. Dabei erwies sich die traumaspezifische Intervention insbesondere dann in Bezug auf die Reduktion der PTBS-Symptomatik (PSS-SR) als überlegen, wenn die Patientinnen eine (zusätzliche) alkoholbezogene Störung aufwiesen. Bei diesen Patientinnen fanden sich signifikant niedrigere Scores im „Post Traumatic Stress Disorder Symptom Scale-Self Report“ (PSS-SR) in der „Sicherheit finden“ Gruppe während der Behandlung (Chi-Quadrat (1) = 4.00, $p < .05$) und während des Katamnese-Zeitraumes (Chi-Quadrat (1) = 4.87, $p < .05$). Eine Überlegenheit in Bezug auf die Reduktion des Substanzkonsums 12 Monate nach Behandlungsende konnte auch in dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Verbesserungen anhand der „Clinician Administered PTSD Scale“ (CAPS; Blake et al. 1995) standen bei schweren Konsumentinnen damit in Zusammenhang, dass diese bei der Katamnese nicht mehr dieser Gruppe angehörten, wobei dies signifikant stärker in der Interventionsgruppe gegeben war (Reduktion der Wahrscheinlichkeit um 4.6% pro CAPS-Einheit in der „Sicherheit finden“-Gruppe, Reduktion um 0.6% in der „Womens Health Education“-Gruppe; $p = 0.003$; Hien et al. 2010a; Evidenz 1b).

Zur Pharmakotherapie der komorbiden PTBS bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit liegen einzelne Studien vor, die sich mit der Wirksamkeit von Antidepressiva, insbesondere von SSRI-Präparaten befassten. In einer 12-wöchigen, doppelblinden randomisierten placebo-kontrollierten Studie untersuchten Brady et al. (2005, Evidenz I2b) die Wirksamkeit von Sertralin bei N=94 Patienten mit dieser Komorbidität. Während sich generell signifikante Verbesserungen in Bezug auf psychische Symptome und Trinkverhalten zeigten, konnte kein Unterschied zwischen den Gruppen gefunden werden. In einer post-hoc Cluster Analyse fanden sich jedoch signifikante Verbesserungen bei Patienten mit geringer ausgeprägter Alkoholabhängigkeit, die Sertralin erhalten hatten (Back et al. 2006, Evidenz: 2b). Eine Besserung der PTBS-Symptomatik hatte dabei größeren Einfluss auf die Alkoholproblematik als umgekehrt (Back et al. 2006, Evidenz 2b). Patienten die zur Gruppe mit Ansprechen in Bezug auf die PTBS gehörten wiesen signifikant weniger Trinktage während des 12-wöchigen Untersuchungszeitraumes auf (11% vs. 31%; $p = 0.01$), weniger schwere Trinktage (9% vs. 21%; $p = 0.01$), und weniger Trinkeinheiten pro Tag (.77 vs. 2.39; $p = 0.01$). Signifikante Effekte auf die PTBS-Symptomatik zeigten sich bei Patienten die zur Gruppe mit Ansprechen in Bezug auf den Alkoholkonsum gehörten umgekehrt nicht. Eine weitere placebo-kontrollierte Studie untersuchte die Effekte von Disulfiram und Naltrexon bei männlichen Patienten mit Alkoholabhängigkeit und unterschiedlichen komorbiden Störungen

(Petrakis et al. 2006, Evidenz 2b). Dabei erhielten die Teilnehmer entweder Disulfiram oder kein Disulfiram und wurden zusätzlich in eine Naltrexon- und eine Placebogruppe randomisiert. Von den 93 Patienten mit komorbider PTBS zeigten sich bei denjenigen, die Naltrexon, Disulfiram oder beide Medikamente erhalten hatten, stärkere Verbesserungen in Bezug auf den Alkoholkonsum nach 12 Wochen Behandlung. So war die durchschnittliche Dauer der Abstinenz länger bei Teilnehmern mit Naltrexon (68.7 Tage), Disulfiram (75.1 Tage) oder beiden Medikamenten (68.2 Tage) als in der Placebogruppe (49.7 Tage; $p=.01$). In einer weiteren Studie an 88 Patienten mit ähnlichem Design (Petrakis et al. 2012; Evidenz 2b) erhielten die Teilnehmer entweder Paroxetin und Naltrexon oder Paroxetin und Placebo, bzw. Desipramin und Naltrexon oder Desipramin und Placebo. Darin zeigte sich keine Überlegenheit eines der beiden Antidepressiva in Bezug auf die PTBS-Symptomatik, aber eine bessere Effektivität von Desipramin in Bezug auf die alkoholbezogene Symptomatik im Sinne einer geringeren Anzahl schwerer Trinktage ($p=0.009$) und Trinkeinheiten pro Trinktag ($p=0.027$). Zusätzliche Effekte von Naltrexon zeigten sich in dieser Studie nicht.

3.6.6.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Die **Empfehlung 3.6.6.3.1** beruht auf Expertenkonsens. So zeigt sich in der klinischen Praxis, dass eine sequentielle Behandlung, die darauf abzielt zunächst die alkoholbezogene Störung zu behandeln bevor traumatherapeutische Interventionen eingesetzt werden, der Mehrzahl der Betroffenen aufgrund der häufig komplexen Störungsbildern nach interpersonellen Traumatisierungen in der Kindheit nicht gerecht wird (s.a. Steele 2000, Dass-Brailsford 2010). Vielmehr sollten zumindest stabilisierende traumatherapeutische Interventionen bereits in die Behandlung der alkoholbezogenen Störung integriert werden. Umgekehrt erfordert eine Traumatherapie bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in jedem Fall die Integration von Interventionen aus der Alkoholbehandlung. Aufgrund dieser Gegebenheiten wurde aus dem Expertenkonsens der Empfehlungsgrad B („sollte“) abgeleitet.

Die **Empfehlung 3.6.6.3.2** stützt sich auf die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche im Rahmen der Leitlinienerstellung. Dabei konnten ausschließlich RCTs zu KVT-Ansätzen bei Patienten mit PTBS identifiziert werden.

Die **Empfehlung 3.6.6.3.3** leitet sich aus dem oben referierten RCT zur stabilisierenden KVT-Behandlung ab (Hien et al. 2010a).

Die **Empfehlung 3.6.6.3.4** leitet sich aus dem oben referierten RCT zur expositionsbasierten Behandlung ab (Sannibale et al. 2013), wobei sich der Zusatz „oder sich auf niedrigem Niveau stabilisiert hat“ aus dem ebenfalls oben referierten RCT von Mills et al. 2012 ableitet. Die Qualität der Studie von Sannibale et al. (2013) (1b) würde den Empfehlungsgrad A („soll“) rechtfertigen. Da sie jedoch nach dem zugrunde gelegten

Recherche-Zeitraum publiziert wurde, konnte aus leitlinienmethodischen Gründen nur die Empfehlung „KPP“ (klinischer Konsenspunkt) ausgesprochen werden.

Aufgrund der inkonsistenten Ergebnisse der wenigen dazu existierenden Studien wurden zu einzelnen pharmakologischen Therapieansätzen keine klinischen Empfehlungen formuliert. Vor dem Hintergrund einer entsprechenden Empfehlung in der S-3 Leitlinie PTBS der AWMF (Flatten et al. 2011) kann jedoch konstatiert werden dass eine Pharmakotherapie keine traumaspezifische Psychotherapie ersetzt.

3.6.6.7 Empfehlungen für künftige Forschung

- 1.) Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse von Psychotherapie sollten weitere methodisch hochwertige Studien folgen
- 2.) Studien, die unterschiedliche (stabilisierende vs. expositionsbasierte) Ansätze miteinander vergleichen, wären von besonderem Interesse und liegen bislang nicht vor.
- 3.) Die positiven Ergebnisse zur KVT-Behandlung einer komorbiden PTBS trotz fortgesetztem Konsum bei gemischten Stichproben von Suchtkranken (Mills et al. 2012) sollten bei Alkoholpatienten repliziert werden.
- 4.) Weitere Studien zu pharmakotherapeutischen Ansätzen sollten folgen.

3.6.6.8 Literatur

1. Back SE, Brady KT, Sonne SC, et al. Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 690–696.
2. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM. The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress* 1995; 8(1).
3. Brady KT, Sonne S, Anton RF, et al. Sertraline in the treatment of co-occurring alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29(3): 395-401.
4. Coffey SF, Stasiewicz PR, Hughes PM, Brimo ML. Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychol Addict Behav* 2006; 20(4): 425-435
5. Dass-Brailsford P, Myrick AC. Psychological trauma and substance abuse: the need for an integrated approach. *Trauma Violence Abuse* 2010; 11(4): 202-213.
6. Dom G, De Wilde B, Hulstijn W, Sabbe B. Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Compr Psychiatry* 2007; 48(2): 178-185.

7. Dragan M, Lis-Turlejska M. Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addict Behav* 2007; 32(5): 902-911.
8. Driessen M, Schulte S, Luedecke C, et al. Trauma and PTSD in Patients with Alcohol, Drug, or Double Dependence: A Multi-Center Study. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32(3): 481-488.
9. Evren C, Sar V, Dalbudak E, Cetin R, Durkaya M, Evren B, Celik S. Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry Res.* 2011 Mar 30; 186(1): 85-90.
10. Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W. S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 2011; 3 :202-210.
11. Hien DA, Campbell AN, Ruglass LM, Hu MC, Killeen T. The role of alcohol misuse in PTSD outcomes for women in community treatment: a secondary analysis of NIDA's Women and Trauma Study. *Drug Alcohol Depend* 2010a; 111(1-2): 114-119.
12. Hien DA, Jiang H, Campbell AN, et al. Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *Am J Psychiatry* 2010b; 167(1): 95-101.
13. Langeland W, Draijer N, van den Brink W. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(3): 441-447.
14. Mills KL, Teesson M, Back SE, et al. Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012 Aug 15; 308(7): 690-699.
15. Najavits L. Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch – Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Hogrefe Verlag 2009.
16. Ouimette P, Moos RH, Finney JW. PTSD treatment and 5-year remission among patients with substance use and posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(2): 410-414.
17. Petrakis IL, Poling J, Levinson C, et al. Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid post-traumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2006; 60(7): 777-783.
18. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol.* 1997; 58: 7-29
19. Sannibale C, Teesson M, Creamer M et al. Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction* 2013; doi:10.1111/add.12167

20. Schäfer I, Reininghaus U, Langeland W, et al. Dissociative symptoms in alcohol dependent patients: Associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 539–545.
21. Schumacher JA, Coffey SF, Stasiewicz PR. Symptom severity, alcohol craving, and age of trauma onset in childhood and adolescent trauma survivors with comorbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Am J Addict* 2006; 15(6): 422-425.
22. Steele CT Providing Clinical Treatment to Substance Abusing Trauma Survivors. *Treatment Quarterly* 2000; 18(3): 71-81.
23. Stewart SH, Conrod PJ, Samoluk SB, et al. Posttraumatic stress disorder symptoms and situation-specific drinking in women substance abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly* 2000; 18(3): 31-47.
24. Waldrop AE, Back SE, Verduin ML, Brady KT. Triggers for cocaine and alcohol use in the presence and absence of posttraumatic stress disorder. *Addict Behav* 2007; 32(3): 634-639.

3.6.7 Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Ursula Havemann-Reinecke, Ulrich W. Preuss (für die Gesamtgruppe der Autoren, siehe 3.6.1)

3.6.7.1 Einleitung

Das ADHS ist gekennzeichnet durch Aufmerksamkeitsdefizite, Hyperaktivität und Impulsivität und ist mit vielen klinischen und psychosozialen Konsequenzen verbunden, wie mit einer erhöhten Lebenszeitprävalenz von 58% Substanz bezogenen Störungen (besonders Alkohol und Cannabis), von affektiven und Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und sozialen Defiziten (Huntley et al. 2012 (LoE 1b); Castells et al. 2013). Auf der anderen Seite haben Personen mit Alkohol- oder anderen Substanzmittelkonsumstörungen eine signifikant erhöhte Rate an ADHS (van Emmerik-van Oortmerssen et al. 2012) (LoE 1). Die komorbide Störung hat eine signifikante Auswirkung auf die Schwere der Alkohol- (und Substanzmittel) konsumstörung (Seitz et al. 2013) (LoE 1b).

3.6.7.2 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Bedeutung hat das ADHS für das Management einer Alkoholstörung?
- 2.) Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?

3.6.7.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
3.6.7.3.1	<p>Diagnose ADHS</p> <p>Die Diagnose eines adulten ADHS soll nach den Kriterien der NICE-Guidelines 2008 und des Europäischen Konsensus diagnostiziert werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Nach ICD-10 und DSM 4 2.) Symptome müssen mindestens moderat, klinisch durchdringend und in mindestens 2 Settings (z.B. zuhause, Arbeit) vorhanden sein. 3.) ADHS muss bereits in Kindheit vorhanden gewesen sein. 4.) Diagnose durch zwei Expertenmeinungen <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (6,13)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	A
3.6.7.3.2	<p>Diagnose ADHS</p> <p>Die Diagnostik eines ADHS sollte durchgeführt werden, wenn die (medikamentöse) Entzugsbehandlung von Alkohol beendet ist.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: IB</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (4)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96,6%</p>	B

3.6.7.3.3	<p>Behandlungsangebot ADHS, alkoholbezogene Störung</p> <p>Wenn ein ADHS entsprechend den Empfehlungen von NICE 2008 und dem europäischen Konsensus 2010 diagnostiziert werden konnte, soll neben der Behandlung der alkoholbezogenen Störung eine Behandlung des ADHS angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (6, 13)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96,6%</p>	A
3.6.7.3.4	<p>Behandlungsmethoden ADHS, alkoholbezogene Störung</p> <p>Bei der Behandlung des ADHS als komorbide Störung der Alkoholabhängigkeit sollen patientenzentriert psychosoziale, verhaltenstherapeutische, psychoedukative und familientherapeutische Maßnahmen im Rahmen eines (gleichzeitigen/integrierten) Gesamtbehandlungskonzeptes angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1</p> <p>Literatur: (6, 13)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	A
3.6.7.3.5	<p>Medikamentöse Behandlung ADHS, alkoholbezogene Störungen</p> <p>Es kann im Rahmen des therapeutischen Gesamtkonzeptes bei komorbiden Patienten (Alkoholbezogene Störungen, ADHS) ein pharmakologischer Therapieversuch mit Atomoxetin angeboten werden. Sofern dies nicht wirksam ist, kann ein Therapieversuch mit Bupropion (off label use) angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 2b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (2, 3, 10, 19)</p> <p>Gesamtabstimmung: 86,2%</p>	O

3.6.7.3.6	<p>Unerwünschte Wirkungen Medikamentöse Behandlung ADHS, Alkoholbezogene Störungen</p> <p>Unerwünschte, insbesondere auch kardiale Wirkungen der eingesetzten ADHS-Pharmaka, sowie familiäre Belastungen für kardiovaskuläre Erkrankungen, sollen beachtet werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (2, 3, 7)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96,7%</p>	A
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

3.6.7.4 Hintergrund der Evidenz

Bis vor kurzem wurde dem adulten ADHS keine oder nur eine geringe (diagnostische und therapeutische) Aufmerksamkeit geschenkt. Ebenfalls stammen Erkenntnisse der relativ hohen Prävalenzrate des ADHS bei alkoholabhängigen Patienten erst aus den letzten Jahren. Hinsichtlich Studien zur Therapie komorbider ADHS bei Alkoholkonsumstörungen (AUD) konnte nur eine einzige randomisierte kontrollierte Studie bei der Literatursuche identifiziert und in die Beurteilung einbezogen werden (Wilens et al. 2008). Darüber hinaus wurde mangels anderer Evidenz zusätzliche Literatur aus dem Zeitraum von 2008-2013 miteinbezogen. Allerdings befassen sich diese Studien (in der Mehrzahl aus dem Zeitraum 2010–2013) einschließlich einer NICE Guideline aus dem Jahre 2008 zum Thema adultes ADHS, nicht mit der Komorbidität von Alkoholkonsumstörungen und ADHS, sondern hauptsächlich nur mit der Diagnostik und Therapie des adulten ADHS alleine oder allgemein substanzbezogenen Störungen und adultem ADHS. Von diesen Studien wurden im Wesentlichen nur systematische Reviews, Metaanalysen oder Konsensus-Richtlinien verwendet, die für die Thematik Alkohol und komorbide ADHS signifikante Informationen enthalten (NICE Guideline Adultes ADHS 2008; Europäischer Konsensus adultes ADHS: Kooij et al. 2010). Darüber hinaus wurden auch Einzelstudien eingeschlossen, sofern Ergebnisse zur Komorbidität von ADHS und AUD vorhanden waren (Komorbidität allgemein: 1 Metaanalyse, 1 Konsensus Bericht, 1 Review, 5 Einzelstudien; Diagnostik: 1 Leitlinie ADHS, 1 Konsensus Bericht; Psychotherapie: 1 Leitlinie ADHS, 1 Konsensus Bericht, 2 Reviews; Pharmakotherapie: 1 Leitlinie ADHS, 1 Konsensus Bericht, 5 systematische Übersichten/Metaanalysen, 1 RCT Einzelstudie; Kombinationstherapien Psychotherapie/Pharmakotherapie: 1 Leitlinie ADHS, 1 Konsensus Bericht; Behandlungssetting und –sequenz: 1 Leitlinie ADHS, 1 Konsensus Bericht, 1 systematische Übersicht) .

3.6.7.5 Darstellung der Evidenz

3.6.7.5.1 ADHS und alkoholbezogene Störungen

Das Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) ist eine psychische Erkrankung mit Entstehung im Kindesalter, die in mindestens der Hälfte/ca. zweidrittel der Fälle auch, abnehmend mit dem Alter, noch im Erwachsenenalter persistiert (Kooij et al. 2010, Huntley et al. 2012). Die Prävalenz des adulten ADHS ist aus methodischen Gründen der jeweiligen Studien noch nicht sicher geklärt (Moriyama et al. 2013, LoE 1). Bei Substanzmittelkonsumstörungen ist das ADHS als Komorbidität sowohl mit dem Beginn als auch mit der Prognose assoziiert. In einer Metaanalyse und Meta-Regressionsanalyse von 29 Studien an Patienten mit Substanz bezogenen Störungen mit Ausschluss von primärem alleinigen Nikotin-Abusus zeigen 23.1% (CI: 19.4%-27.2%) eine komorbide ADHS, mit einer höheren Prävalenz bei Alkohol-, Opioidabhängigkeit und anderen Suchterkrankungen im Vergleich zur Kokainabhängigkeit. Die Autoren konnten darüber hinaus zeigen, dass die Höhe der Prävalenz eines komorbiden ADHS bei Patienten mit Substanz bezogenen Störungen signifikant in Abhängigkeit von der Suchtsubstanz und der Methode der Diagnostik steigt bzw. sinkt (van Emmerik-van Oortmerssen et al. 2012) (LoL 1a, Evidenz LoE 1). Die hohe Komorbidität von Alkohol- und Substanzmittelkonsumstörungen und ADHS wird durch weitere Studien bestätigt (Huntley et al. 2012, LoE 1b; Torok et al. 2012, LoE 2b). Zudem ist der Verlauf der Abhängigkeitserkrankung schwerer (Seitz et al. 2013, LoE 1b). Häufig ist die Diagnose und Behandlung der ADHS und komorbider Störungen noch unzureichend (Ramos-Quiroga et al. 2013; Kooij et al. 2010, LoE 2a). Die Diagnose soll nach den DSM IV oder DSM 5 bzw. ICD10 Kriterien erfolgen und die ADHS Symptome (Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizite) bereits in der Kindheit vorhanden gewesen sein. Die Diagnostik und die Behandlung von ADHS mit substanzmittelbezogenen Störungen (SUD) soll durch multiprofessionelle Teams (z.B. Psychiater oder entsprechende Fachärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Sozialtherapeuten, Pädagogen, Forensiker und Hausärzte) durchgeführt werden. Die ADHS-Symptome sollen durchdringend und in mindestens zwei Settings (z.B. zu Hause, Arbeit) vorhanden sein und es müssen mindestens moderate klinische und/oder psychosoziale Einschränkungen vorliegen. Eine zweite Expertenmeinung ist einzuholen (NICE Leitlinien adultes ADHS 2008, LoE 1; Kooij et al. 2010).

3.6.7.5.2 Psychotherapie bei komorbider ADHS und Alkoholkonsumstörungen

Psychologische Behandlung in Form von Psychoedukation, kognitiver Verhaltenstherapie (KBT), psychosoziale Therapien, wie supportives Coaching und Hilfen für die Tagesorganisation, werden als effektiv beschrieben und klinisch als wirksam angesehen (Kooij et al. 2010; Europäischer Konsensus, LoE 3; Manos 2013, LoL3a, LoE 3). Allerdings liegt keine Studie zur Wirksamkeit bei komorbiden Personen (ADHS und AUD) vor. Einzelstudien zu psychotherapeutischen Studien in Verbindung mit pharmakologischer Behandlung werden im Abschnitt Evidenzen zu Psychotherapie und Pharmakotherapie dargestellt.

3.6.7.5.3 Pharmakotherapie bei komorbider ADHS und Alkoholkonsumstörungen

Grundsätzlich soll eine pharmakologische Therapie des ADHS nur Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms sein, das psychologische, verhaltenstherapeutische, psychoedukative und /oder beschäftigungstherapeutische Aspekte umfasst (NICE 2008, LoE 1). Ein systematischer Review auf der Basis von 191 Artikeln ergab acht Metanalysen zu unterschiedlichen therapeutischen Interventionen eines adulten ADHD (als Einzelerkrankung), die, bezogen auf kurze Zeitintervalle, auf eine Effektivität von Stimulantien in der Behandlung des adulten ADHS hinweisen. Es wurde aber keine spezifische Auswertung bezüglich komorbider Alkohol- oder Substanzmittelkonsumstörungen vorgenommen (Moriyama et al. 2013, LoE 1b). Bupropion (Dopaminagonist, Antidepressivum) zeigte sich effektiver als Placebo, aber weniger effektiv als Stimulantien (z.B. Methylphenidat). Methylphenidat steht gemäß den NICE Therapierichtlinien von 2008 bezüglich der pharmakologischen Therapie des adulten ADHS ohne Berücksichtigung einer alkoholbezogenen Störung an erster Stelle, wenn der Patient keine psychologische Behandlung wünscht (NICE 2008, LoE I).

In Europa sind nach einem umfassenden Literatur-Review von Publikationen und Behandlungsrichtlinien für den Zeitraum von 1974 – Juli 2012, für die Behandlung eines adulten ADHS nur Atomoxetin und Methylphenidat zugelassen (Ramos-Quiroga et al. 2013). In Deutschland ist Methylphenidat, und seit Mai 2013 auch Atomoxetin, zur Behandlung eines adulten ADHS nur zugelassen, wenn ein ADHS in der Kindheit gesichert ist und andere therapeutische Maßnahmen versagt haben. Methylphenidat unterliegt in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz. Gemäß der Fachinformation für Medikinet adult® von Juni 2012 gilt für SUD-Patienten mit ADHS: „Wegen des Potentials von Fehlgebrauch, Missbrauch und Zweckentfremdung sollte Methylphenidat bei Patienten mit bekannter Drogen- oder Alkoholabhängigkeit mit Vorsicht angewendet werden.“... „Vorsicht ist geboten bei emotional instabilen Patienten, wie z.B. früheren Drogen- oder Alkoholabhängigen, da diese Patienten die Dosis eigenständig erhöhen könnten.“

Bupropion kann in Deutschland zur Behandlung eines adulten ADHS nur im „off label use“ eingesetzt werden. Es handelt sich damit um einen zulassungsüberschreitenden Einsatz des Arzneimittels außerhalb der von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete (Indikationen), siehe Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 2013 (<https://www.g-ba.de>), so dass der Einsatz von Bupropion im Rahmen eines Heilversuches begründet werden muss.

In einem systematischen Review von RCTs zeigt der überwiegende Anteil von Studien mit Methylphenidat zur Behandlung eines ADHS mit einer substanzbezogenen Störung in diesen Patientenstichproben keine positive Effektivität auf die ADHS – Symptome (van Emmerik-van Oortmerssen et al. 2013, LoL 2a, LoE 2). Inwiefern die o.g. Empfehlungen der Pharmakotherapie eines adulten ADHD mit Psychostimulantien auch bei dem Vorliegen einer komorbiden alkoholbezogenen Störung zutreffen, ist gegenwärtig mangels Studien nicht geklärt. Entsprechende Untersuchungen bezüglich der Therapie von ADHS und komorbiden ausschließlich alkoholbezogenen Störungen fehlen.

In einer Metaanalyse der Pharmakotherapie des adulten ADHS von 11 Placebo kontrollierten doppelblinden Studien mit 1.991 Patienten zeigten sich Nicht-Psychostimulantien (zusammengefasst) leicht weniger effektiv als Psychostimulantien, dennoch zeigte diese Medikamentengruppe (Desipamin, Bupropion, Atomoxetin) durchaus signifikante deutliche Verbesserungen des adultem ADHS im Vergleich zu Placebo (Mészáros et al. 2009, LoL 1a, LoE 1). Atomoxetin könnte als Nicht-Psychostimulans eine Therapieoption für Risikopatienten bezüglich des riskanten oder pathologischen Konsums von Stimulantien sein (Bolea et al. 2013, LoE 4). In einem Review von Murthy & Chand (2012) zur Behandlung von dualen Diagnose-Erkrankungen, wird empfohlen, die Effektivität von Atomoxetin für die Behandlung von Suchtmittel (Alkohol)bezogenen Störungen mit komorbidem ADHS zu prüfen (LoE 4). Bei einem Vorliegen einer Alkoholkonsumstörung und ADHS senkte eine Therapie mit Atomoxetine (vs. Placebo) die kumulativen schweren Alkoholtrinktage um 26% bei komorbiden adulten ADHS Patienten (Wilens et al. 2008) (event ratio = 0.74, P = .023, Evidenz 2b), während andere Konsummaße sich nicht zwischen beiden Gruppen unterschieden. Ebenfalls besserten sich die ADHS Symptome signifikant (AISRS score, ES: 0.48). Die Rate an Personen mit einer Alkoholabhängigkeit betrug über 50% in beiden Untersuchungsgruppen (Atomoxetin und Placebo). Die verschiedenen Nebenwirkungen von Methylphenidat und von Atomoxetin begrenzen die Benefit-Balance. Beide Substanzen zeigten eine signifikant höhere Gesamttherapie-Abbruchrate der adulten ADHS-Patienten als Placebo-behandelte Patienten (Methylphenidat: Castells et al. 2013, LoE 1, Metaanalyse von 12 randomisierten Placebo-kontrollierten Studien mit 2496 Patienten; Atomoxetin: Cunill et al. 2013, LoE 1, Metaanalyse

von 12 randomisierten Placebo-kontrollierten Studien mit 3.375 Patienten). Das Vorhandensein von komorbiden, insbesondere alkoholbezogenen Störungen wurde in beiden Metaanalysen jedoch nicht spezifiziert.

Bezüglich Nebenwirkungen von Stimulantien und Nicht-Stimulantien sind bei Patienten mit ADHS kardiovaskuläre Risikofaktoren und /oder familiäre Belastung für kardiovaskuläre Erkrankungen in jedem Alter zu berücksichtigen (Martinez-Raga et al. 2013a, LoL 2b, LoE 2).

3.6.7.5.4 Pharmakotherapie und Psychotherapie

Grundsätzlich soll eine pharmakologische Therapie des ADHS nur Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms sein, das psychologische, verhaltenstherapeutische, psychoedukative und /oder Beschäftigungstherapeutische Aspekte umfasst (NICE 2008, LoE 1). Die meisten der generell in der Anzahl eher geringen Studien zur Effektivität von psychotherapeutischen Methoden sind in Gegenwart von Psychopharmakotherapie des adulten ADHS ohne Berücksichtigung von AUD durchgeführt worden. Kognitive Verhaltenstherapie (KBT) in Gruppe oder individuell wird zur Behandlung des adulten ADHS empfohlen, wenn die Patienten durch medikamentöse Behandlung stabilisiert sind, aber noch weiterhin funktionelle ADHS assoziierte Symptome aufweisen (Bolea et al. 2013, LoL 2a, LoE 2). In drei verschiedenen Studien zur Therapie eines adulten ADHS mit KBT, die gleichzeitig auch medikamentös behandelt wurden, erwies sich die KBT als erfolgreicher als Relaxationstherapie oder supportive Psychotherapie oder Standard-Begleittherapie in der Wirksamkeit auf ADHS-Symptome (van Emmerik- van Oortmerssen et al. 2012, systematischer Review LoE 2).

Studien zur Untersuchung der Effektivität von KBT bei Patienten mit AUD und komorbider ADHS fehlen hingegen. Daher entwickelten die Autoren van Emmerik- van Oortmerssen et al. (2013) für diese Fragestellung ein aktuell registriertes Protokoll einer randomisiert kontrollierten Studie zur Prüfung der Effektivität von integrierter KBT-Behandlung auf substanzbezogene und ADHS-Symptome mit und ohne Pharmakotherapie. Die Ergebnisse dieser multizentrischen Studie liegen noch nicht vor.

Im Europäischen Konsensus von 2010 (Kooij et al. 2010) wird ohne spezifische Berücksichtigung von komorbider AUD folgender Behandlungsalgorithmus empfohlen (LoE 2): 1.) Psychoedukation des ADHD und der komorbiden Erkrankungen, 2.) Pharmakotherapie des ADHS und der komorbiden Erkrankungen, 3.) Kognitive Verhaltenspsychotherapie (individuell und Gruppe) und 4.) Familientherapie.

3.6.7.5.5 Reihenfolge der Behandlung (Sequentiell vs. Integriert).

Ein europäischer Konsensus zur Diagnostik und Therapie des adulten ADHD empfiehlt, dass die Schwere des ADHS sowie die der assoziierten komorbiden Erkrankungen entscheiden soll, welche Erkrankung zuerst zu behandeln ist (Kooij et al. 2010, Lo 2b, LoE 2).

Entsprechend einem Review von Murthy and Chand (2012, LoE 4) ist bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung mit einer komorbiden Suchtkrankheit eine integrierte Behandlung das therapeutische Mittel der Wahl. Nach Huntley et al. (2012, LoE 1b) sollte die Diagnostik eines ADHS durchgeführt werden, wenn die (medikamentöse) Entgiftungsbehandlung von Alkohol beendet ist, ca. 8±6 Tage nach Beginn der Entzugsbehandlung (Empfehlungsgrad A). Wenn ein ADHS entsprechend den Empfehlungen von NICE Guidelines 2008 (siehe auch: Kendall et al. 2008) diagnostiziert werden konnte, soll neben der Behandlung von anderen psychischen komorbiden Störungen (z.B. Alkoholerkrankung) eine Behandlung des ADHS angeboten werden (LoE 1).

3.6.7.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Es wurde neben publizierten Leitlinien auf ein RCT (Wilens et al. 2008, LoE 2b) sowie auf Konsensus Papiere sowie Einzelstudien der Jahre 2008-2013 zur Wirksamkeits- und Evidenzbeurteilung zurückgegriffen (Dringlichkeit der Behandlung: Huntley et al. 2012; Nebenwirkungen: Martinez-Raga et al. 2013, Castells et al. 2013, Cunill et al. 2013), auf die NICE Leitlinien zum adulten ADHS (NICE 2008) sowie der europäische Konsensus zur Diagnostik und Therapie des adulten ADHS (Kooij et al. 2010). Außerdem wurden eine Reihe von systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zur Behandlung des adulten ADHS herangezogen, die allerdings nicht die komorbiden Alkoholkonsumstörungen berücksichtigen.

Personen mit Alkohol- und Substanzmittelkonsumstörungen haben eine signifikant erhöhte Rate an ADHS (Huntley et al. 2012, LoE 1b; Castells et al. 2013) und umkehrt (van Emmerik-van Oortmerssen et al. 2012, LoE 1). Die komorbide Störung hat eine signifikante Auswirkung auf die Schwere der Alkohol- (und Substanzmittel) konsumstörung (Seitz et al. 2013, LoE 1b).

Hinsichtlich der Diagnostik ergibt sich aus einer Einzelstudie die Evidenz, dass die Diagnostik des ADHS erfolgen sollte, wenn die körperliche Entgiftungsbehandlung von Alkohol abgeschlossen ist (Huntley et al. 2012, LoE 1b, Empfehlungsgrad B). Die Diagnose soll nach operationalisierten Kriterien erfolgen und für beide Störungsbilder soll eine Behandlung angeboten werden (NICE 2008; Kooij et al. 2010, LoE 1, Empfehlungsstärke A). Darüber hinaus empfiehlt der europäische Konsensus, dass die jeweilige Schwere der ADHS oder der Abhängigkeitserkrankung entscheiden sollte, in welcher Reihenfolge die Störungsbilder behandelt werden sollten. (Kooij et al. 2010, LoE 2b, Empfehlungsgrad B).

Zur Behandlung sollen patientenzentriert psychosoziale, psychoedukative und familientherapeutische Maßnahme im Rahmen eines integrierten Gesamtbehandlungskonzeptes angeboten werden (NICE ADHS Leitlinie 2008, LoE 1, Empfehlungsstärke A). Darüber hinaus empfiehlt die Leitlinie, allerdings ohne Berücksichtigung von AUD, dass im Rahmen dieses Gesamtkonzeptes generell ein pharmakologischer Therapieversuch des adulten ADHS mit Methylphenidat angeboten werden kann (NICE ADHS Leitlinie 2008). In einem systematischen Review von RCTs zeigt der überwiegende Anteil von Studien mit Methylphenidat zur Behandlung eines ADHS mit einer substanzbezogenen Störung in diesen Patientenstichproben jedoch keine positive Effektivität auf die ADHS – Symptome (van Emmerik-van Oortmerssen et al. 2013, LoL 2a, LoE 2). Entsprechende Untersuchungen bezüglich der Therapie von ADHS mit Methylphenidat und komorbiden ausschließlich alkoholbezogenen Störungen fehlen. Verschiedene Metaanalysen ohne Berücksichtigung von AUD weisen auch auf die Effektivität von anderen Substanzen hin, wie von Atomoxetin und Bupropion (Moriyama et al. 2013, LoE 1; Meszarios et al. 2009, LoE 1).

Von Therapiestudien, sei es unter Verwendung von psychotherapeutischen und/oder psychopharmakologischen Methoden, liegt bisher nur eine Studie für Atomoxetin bei komorbiden (ADHS und AUD) Personen vor (Wilens et al. 2008, LoE 2b, Empfehlungsgrad B), die eine Wirksamkeit von Atomoxetin auf ADHS Symptome und z.T. auch auf das Trinkverhalten nachwies. Methylphenidat und Atomoxetin zeigen bedingt durch ihre Nebenwirkungen beide eine höhere Gesamttherapie – Abbruchrate auf als Placebo (Castells et al. 2013, LoE 1; Cunill et al. 2013, LoE 1).

3.6.7.7 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- 1.) Studien zur psychotherapeutischen/psychosozialen Behandlung des komorbiden ADHS bei Alkoholabhängigkeit fehlen bisher.
- 2.) Auch fehlen pharmakologische Studien, insbesondere auch mit Nicht-Psychostimulantien zur Behandlung des komorbiden ADHS bei Alkoholabhängigkeit mit outcome-Messungen für beide Erkrankungen im Langzeitverlauf.

3.6.7.8 Literatur

1. Bolea B, Adamou M, Arif M, Asherson P, Gudjonsson G, Müller U, Nutt DJ, Pitts M, Thome J, Young S. ADHD matures: time for practitioners to do the same? J Psychopharmacol 2012 Jun; 26(6): 766-770.

2. Castells X, Cunill R, Capellà D. Treatment discontinuation with methylphenidate in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Eur J Clin Pharmacol* 2013 Mar; 69(3): 347-356.
3. Cunill R, Castells X, Aurelio T, Capellà D Atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder in the adulthood: a meta-analysis and meta-regression. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2013 Sep; 22(9): 961-969.
4. Huntley Z, Maltezos S, Williams C, Morinan A, Hammon A, Ball D, Marshall EJ, Keaney F, Young S, Bolton P, Glaser K, Howe-Forbes R, Kuntsi J, Xenitidis K, Murphy D, Asherson PJ. Rates of undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder in London drug and alcohol detoxification units. *BMC Psychiatry* 2012 Dec 6; 12: 223.
5. Kendall T, Taylor E, Perez A, Taylor C. Guideline Development Group Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children, young people, and adults: summary of NICE guidance. *BMJ* 2008 Sep 24; 337: a1239.
6. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, Edvinsson D, Fayyad J, Foeken K, Fitzgerald M, Gaillac V, Ginsberg Y, Henry C, Krause J, Lensing MB, Manor I, Niederhofer H, Nunes-Filipe C, Ohlmeier MD, Oswald P, Pallanti S, Pehlivanidis A, Ramos-Quiroga JA, Rastam M, Ryffel-Rawak D, Stes S, Asherson P. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010 Sep 3; 10: 67.
7. Martinez-Raga J, Knecht C, Szerman N, Martinez MI. Risk of serious cardiovascular problems with medications for attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs* 2013a Jan; 27(1): 15-30.
8. Martinez-Raga J, Szerman N, Knecht C, de Alvaro R. Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. *Int J Adolesc Med Health* 2013b; 25(3): 231-243.
9. Manos MJ. Psychosocial therapy in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgrad Med* 2013 Mar; 125(2): 51-64.
10. Mészáros A, Czobor P, Bálint S, Komlósi S, Simon V, Bitter I. Pharmacotherapy of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol* 2009 Sep; 12(8): 1137-1147.
11. Moriyama T S, Polanczyk GV, Terzi FS, Faria KM, Rohde LA. et al. Psychopharmacology and psychotherapy for the treatment of adults with ADHD – a systematic review of available meta-analyses. *CNS Spectrums* 2013 Jun 6: 1-11. [Epub ahead of print]
12. Murthy P, Chand P. Treatment of dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2012 May; 25(3): 194-200. doi: 10.1097/YCO.0b013e328351a3e0.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnostics and management of ADHD in children, young people and adults. Clinical guidelines CG72. September 2008. NICE, London.

14. Ramos-Quiroga JA, Montoya A, Kutzelnigg A, Deberdt W, Sobanski E. Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Curr Med Res Opin* 2013 Jul 2. Epub ahead of print.
15. Seitz Wapp M, Burren Y, Stutz S, Schläfli K, Moggi F. Association between craving and attention deficit/hyperactivity disorder symptoms among patients with alcohol use disorder *Am J Addict* 2013 May-Jun; 22(3): 292-6. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.12000.x.
16. Torok M, Darke S, Kaye S. Attention deficit hyperactivity disorder and severity of substance use: the role of comorbid psychopathology. *Psychol Addict Behav* 2012 Dec; 26(4): 974-9. doi: 10.1037/a0027846. Epub 2012 Apr 9.
17. Van Emmerik van-Oortmerssen van K, Glind van de G, Brink van den W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, Schoevers RA. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Depend* 2012 Apr 1; 122(1-2): 11-19.
18. Van Emmerik van-Oortmerssen van K, Vedel E, Koeter MW, Bruijn de K, Dekker JJ, Brink van den W, Schoevers RA. Investigating the efficacy of integrated cognitive behavioral therapy for adult treatment seeking substance use disorder patients with comorbid ADHD: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013 May 10; 13: 132.
19. Wilens TE, Adler LA, Weiss MD, Michelson D, Ramsey JL, Moore RJ, Renard D, Brady KT, Trzepacz PT, Schuh LM, Ahrbecker LM, Levine LR. Atomoxetine ADHD/SUD Study Group Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2008 Jul 1; 96(1-2): 145-154. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.02.009. Epub 2008 Apr 9 *Drug & Alcohol Dependence* 96: 145–154.

3.6.8 Nikotin

Tilman Weber, Ulrich W. Preuss (für die Gesamtgruppe der Autoren, siehe 3.6.1)

3.6.8.1 Einleitung

Die Prävalenz einer Tabakabhängigkeit bei alkoholabhängigen Patienten liegt bei ca. 80% (Sobell et al. 2002, Jackson et al. 2003, Kalman et al. 2005, CDC 2012) und somit deutlich höher als in der Normalbevölkerung (CDC 2012, Kufner 2010). Alkohol- und Tabakkonsum tragen in erheblichem Umfang zur globalen Belastung durch Krankheiten bei und führen zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität (US Burden of Disease Collaborators 2013, Rehm et al. 2006, Ezzati et al. 2002). Zudem verhalten sich gemeinsamer Alkohol- und Tabakkonsum bei bestimmten Erkrankungen synergistisch und multiplizieren das Risiko (Taylor & Rehm 2006, Hurt et al. 1996).

Trotz der größeren Schwere ihrer Tabakabhängigkeit (Hughes & Kalman 2006) und der geringeren Zahl an Abstinenzversuchen (Hughes & Kalman 2006) und erfolgreichen Entwöhnungsversuchen (Sobel et al. 2002, Breslau et al. 1996, Martin et al. 2006, Prochaska et al. 2004) sind die meisten alkoholabhängigen Raucher daran interessiert, mit dem Rauchen aufzuhören (Prochaska et al. 2004)). Diese Patienten befinden sich jedoch seltener in Therapien gegen ihre Tabakabhängigkeit (Fiore et al. 2008), sodass solche Therapien im Rahmen einer ambulanten, teilstationären oder stationären Alkoholentzugs- oder Entwöhnungstherapie erfolgreich angeboten werden könnten (Kalman et al. 2010).

3.6.8.2 Klinische Fragestellungen

- 1.) Welche Bedeutung hat die Tabakabhängigkeit für das Management einer Alkoholstörung? Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?
- 2.) Sollte während einer Entwöhnungsbehandlung auch die Abstinenz von Tabak angestrebt werden und wenn ja, dann mit welchen Mitteln?

3.6.8.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
3.6.8.3.1	<p>Komorbidität Tabakabhängigkeit</p> <p>Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und einem gleichzeitig bestehenden Tabakkonsum soll eine Beratung und Unterstützung zum Rauchstopp angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (12, 19, 35, 39, 40)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96,2%</p>	KKP
3.6.8.3.2	<p>Therapie der Tabakabhängigkeit bei alkoholabhängigen Patienten*</p> <p>Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und einem gleichzeitig bestehenden Tabakkonsum sollen zur Unterstützung des Rauchstopps die gleichen therapeutischen Interventionen angeboten werden wie Rauchern ohne alkoholbezogene Störungen.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (7, 9, 10, 16, 22, 23, 24, 26, 28, 34)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	A
<p>*Im finalen Abstimmungsprozess haben 45 von 46 Fachgesellschaften der Empfehlung zugestimmt. Keine Zustimmung erfolgte von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Die Erläuterungen dazu finden sich im Sonderkapitel „Schriftwechsel mit den Fachgesellschaften“ ab Seite 17 (siehe Anlage).</p>		

3.6.8.3.3	<p>Zeitpunkt der Tabakentwöhnung</p> <p>Der Behandlungszeitpunkt zur Unterstützung des Rauchstopps sollte bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen unter Berücksichtigung des Verlaufs der Alkoholtherapie individuell mit dem Patienten abgestimmt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (14, 22, 23, 31, 33, 34)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	B
------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

3.6.8.4 Hintergrund der Evidenz

In zwei vorliegenden Leitlinien wurde die gleichzeitige Behandlung von Alkohol- und Tabakabhängigkeit thematisiert (Fiore et al. 2008, NICE 2011). Zudem existiert eine Meta-Analyse, die alle randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) zwischen 1966-2003 evaluierte, die Raucherentwöhnungsbehandlungen bei substanzabhängigen Patienten untersuchten (Prochaska et al. 2004). Schließlich wurde im Rahmen dieser Leitlinienentwicklung eine systematische Literaturrecherche (Zeitraum 19.06.05-19.06.12) zu diesem Thema durchgeführt und die hierbei identifizierten sieben randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) bewertet (Cooney et al. 2007 & 2009, Grant et al. 2007, Kalman et al. 2006 & 2011, Nieva et al. 2011, Fu et al. 2008). Zudem wurden sechs weitere RCTs, die außerhalb des Recherchen Zeitraums lagen (Joseph et al. 2004, Kalman et al. 2001, 2004, Burling et al. 2001, Müller et al. 2012, Joseph et al. 2003) bewertet und eine weitere im Recherchen Zeitraum liegende RCT (21) durch eigene Literaturrecherche identifiziert und bewertet. Es wurden ausschließlich Studien bewertet, die entweder eine Tabakentwöhnungsbehandlung während einer Alkoholentzugstherapie oder im direkten zeitlichen Zusammenhang sequentiell durchführten. Hingegen wurden Studien ausgeschlossen, die Tabakentwöhnungsbehandlungen bei langfristig abstinenten alkoholabhängigen Patienten untersuchten (> 1Jahr).

3.6.8.5 Darstellung der Evidenz

3.6.8.5.1 RCTs zur Raucherentwöhnungsbehandlung bei alkoholabhängigen Patienten mit unbehandelter Kontrollgruppe

Die bisherigen randomisierten, kontrollierten Studien bis zum September 2003, die eine Raucherentwöhnungstherapie bei substanzabhängigen Patienten in Behandlung oder nach

längerer Abstinenz untersuchten, wurden in einer Meta-Analyse von Prochaska et al. (2004) evaluiert (1a). Mit Ausnahme einer Studie (Story & Stark 1991) wiesen alle Studien „unbehandelte“ Kontrollgruppen auf („übliche“ Behandlung, „übliche“ Behandlung plus Nikotinersatztherapie, verzögerte Behandlung, Warteliste, Placebo, nur Nikotinersatztherapie). Hierbei wurden auch fünf Studien mit ausschließlich alkoholabhängigen Patienten (Kalman et al. 2001, Bobo et al. 1995 & 1998, Cornelius et al. 1999) und drei weitere Studien mit einer Subgruppe von alkoholabhängigen Patienten (Burling et al. 1991 & 2001, Gariti et al. 2002) bewertet. Es fand keine Subgruppenanalyse dieser RCTs mit ausschließlich alkoholabhängigen Rauchern statt, sondern lediglich eine Gesamtanalyse aller RCTs mit Substanzabhängigen, die auch vier Studien mit ausschließlich illegalen Substanzen und/oder Methadon-substituierten Patienten einschloss (Story & Stark 1991, Campbell et al. 1995, Haug et al. 2004, Shoptaw et al. 2002). Während die Meta-Analyse an sich qualitativ hochwertig ist, waren die eingeschlossenen Studien sehr heterogen bezüglich des Patientenkollektiv, der Substanzanamnese und der Kontrollgruppen, sodass trotz einer 1a-Evidenz dieser Meta-Analyse, daraus abgeleitete Empfehlungen für alkoholabhängige Raucher vorsichtig abgefasst werden sollten. Direkt nach der Behandlung zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der Substanzabstinenz (RR 1.10, 95% CI:0.93-1.29) während sich im Follow-up nach 6-12 Monaten eine signifikante Verbesserung der Substanzabstinenz-Wahrscheinlichkeit bei Patienten ergab, die an einer Raucherentwöhnung während ihrer Substanzbehandlung teilgenommen hatten (RR 1.25, 95% CI: 1.07-1.46). Unabhängig von der Art der Raucherentwöhnungsbehandlung zeigten sich nur kurzfristige Tabakentwöhnungserfolge direkt nach Therapieende, während im Follow-up nach 6-12 Monaten keine Unterschiede zwischen Entwöhnungs- und „unbehandelter“ Kontrollgruppe mehr vorlagen.

2012 publizierten Müller et al. (2012) eine RCT mit 103 Patienten aus dem deutschsprachigen Raum (2b), die eine kognitiv-behaviorale Raucherentwöhnungsbehandlung im Rahmen einer 2-wöchigen stationären, geschlossenen Alkoholentzugs-Behandlung mit einer unspezifischen Therapie (autogenes Training) für tabakabstinenz-motivierte Patienten verglich. Ein Rauchstopp wurde in beiden Gruppen mit Nikotinplastern unterstützt (Müller et al. 2012). Sechs Monate nach Studieneinschluss konnten weder für die Alkohol- noch für die Tabakabstinenz signifikante Unterschiede zwischen der behandelten und der „unbehandelten“ Gruppe beobachtet werden.

Im Jahre 2004 publizierten Joseph et al. eine qualitativ hochwertige RCT mit 499 eingeschlossenen alkohol- und tabakabhängigen Patienten (1b), die entweder während einer Alkoholentwöhnungsbehandlung oder sechs Monate nach Studieneinschluss eine identische, individualisierte, behaviorale Raucherentwöhnungsbehandlung mit Nikotinersatzpräparaten erhielten (Joseph et al. 2004). Die beiden Behandlungsgruppen

waren bzgl. ihrer Basischarakteristika ausgewogen. Die Hälfte aller Patienten hatte eine oder mehrere zusätzliche Substanzabhängigkeiten und wies eine zusätzliche psychische Störung auf. Durch das Studiendesign konnte zunächst gezeigt werden, dass die gleichzeitige Raucherentwöhnungsbehandlung mit einer Verschlechterung der Alkoholabstinenzrate sechs Monate nach Studieneinschluss (6 Monate Alkoholabstinenz und 30 Tage Alkoholabstinenz) im Vergleich zu der bis dahin unbehandelten Rauchergruppe einherging (Intention-to-treat, sechs Monate Abstinenz: 41% vs. 56%, $p=0.001$; 30 Tage Abstinenz: 51% vs. 64%, $p=0.004$). Besonders Kaukasier zeigten ein signifikant erhöhtes Rückfallrisiko für Alkohol bei gleichzeitiger Raucherentwöhnungsbehandlung ($p = 0.003$), während dies bei Afroamerikanern nicht der Fall war (Fu et al. 2008). Jedoch führte die gleichzeitige Raucherentwöhnung zu einer signifikanten Verbesserung der Tabakabstinenz (7-Tage-Punktprävalenz) im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe (10.8% versus 5.2%; $p=0.02$) (Joseph et al. 2004). Die Ergebnisse dieser methodisch hochwertigen RCT (1b) widersprechen bezüglich der Alkoholabstinenz der Meta-Analyse von Prochaska et al. (2004, 1a). Hier führte eine gleichzeitige Raucherentwöhnung zu signifikant schlechteren Alkoholabstinenzraten im Vergleich zu unbehandelten Patienten sechs Monate nach Studienbeginn, während in der Meta-Analyse ein signifikanter, protektiver Effekt für die Substanzabstinenz bei gleichzeitiger Tabakentwöhnungsbehandlung im Vergleich zu alleiniger Substanztherapie gefunden wurde.

Schließlich untersuchte eine spanische RCT von Nieva et al. (2011) 92 Patienten, die sich in einer ambulanten Alkoholtherapie befanden. Diese wurden - genauso wie bei Joseph et al. (2004) - mit einer gleichzeitigen oder um sechs Monate verzögerten, identischen, kognitiv-behavioralen Raucherentwöhnungstherapie behandelt. Im Gegensatz zu Joseph et al. konnte keine Verschlechterung der Alkoholabstinenzraten unter der gleichzeitigen Raucherentwöhnungstherapie im Vergleich zu alleiniger alkoholspezifischer Therapie nach 6 Monaten festgestellt werden, wobei sich der primäre Outcome der beiden Studien unterschied („sechsmonatige Abstinenz“ bei Joseph et al. 2004 versus „Zeit zum ersten Rückfall“ und „kumulative Abstinenztage“ bei Nieva et al. 2011).

3.6.8.5.2 RCTs zu gleichzeitiger versus verzögert angebotener

Raucherentwöhnungsbehandlung bei alkoholabhängigen Patienten

Durch das Studiendesign von Joseph et al. (2004) wurden nicht nur die Alkohol- und Tabakabstinenzraten zwischen gleichzeitiger Raucherentwöhnungsbehandlung und unbehandelten Patienten zum Nachbeobachtungszeitraum (sechs Monate nach Studienbeginn) untersucht (s.o.), sondern auch die Ergebnisse zwischen der gleichzeitigen und verzögerten Raucherentwöhnungsbehandlung 18 Monate nach Studienbeginn. Zu diesen Zeitpunkten hatten sich beide Gruppen in Behandlung befunden. Bezüglich des

primären Endpunktes - sechs Monate Alkoholabstinenz zum 18 Monatszeitpunkt nach Studienbeginn - zeigte sich eine nicht signifikant unterschiedlich Alkoholabstinenzrate bei der gleichzeitig behandelten (41%) im Vergleich zu der verzögert behandelten Gruppe (48%) (Intention-To-Treat: $p=0.14$). Der sekundäre Endpunkt „30-Tage Alkoholabstinenz zum 18-Monatszeitpunkt“ zeigte signifikant höhere Abstinenzraten für die verzögert behandelte Raucherentwöhnungsgruppe (Intention-To-Treat: 48% vs. 60%, $p=0.01$). Bezüglich der Tabakabstinenzraten zeigte sich, dass der Anteil der tabakfreien Raucher in beiden Gruppen zum 18-Monatszeitpunkt nicht signifikant unterschiedlich war (12,4% versus 13,7%), sodass ein identischer Therapieerfolg für die gleichzeitige und verzögerte Raucherentwöhnungsbehandlung gezeigt werden konnte.

Es existieren noch zwei weitere Studien (beide 2b), die eine gleichzeitige Raucherentwöhnungsbehandlung mit einer verzögerten Behandlung bei alkoholabhängigen Patienten verglichen (Nieva et al. 2011, Kalman et al. 2001). Die schon oben erwähnte RCT von Nieva et al. (2011) konnte genauso wie Joseph et al. (2004) zeigen, dass die gleichzeitige und verzögerte Raucherentwöhnung nicht signifikant unterschiedliche Tabakabstinenzraten (beide 7-Tage-Punktprävalenz) jeweils 6 Monate nach Beginn der Raucherentwöhnungstherapie aufwies, obwohl sich ein Trend für eine höhere Tabakabstinenz in der gleichzeitigen Raucherentwöhnung zeigte (13,7% bzw. 2.4%; $p=0.071$). Alkoholabstinenzraten wurden zu diesem Zeitpunkt nicht untersucht. Einschränkend bei Nieva et al. (2011) ist die relativ kleine Patientenzahl und der hohe Verlust in der Nachbehandlung zu erwähnen, der die Aussagekraft der „Intention-To-Treat“ Analyse schmälert (2b). In der zweiten RCT (Kalman et al. 2001) mit nur 36 Patienten (2b) erfolgte die verzögerte Raucherentwöhnungstherapie schon vier Wochen nach Beginn der gleichzeitigen Behandlung. Es zeigte sich ein statistischer Trend ($p = 0.07$) für mehr Alkoholrückfälle in der verzögerten Behandlungsgruppe im Vergleich zur gleichzeitigen Raucherentwöhnung 20 Wochen nach Studienbeginn. Hingegen hatte der Zeitpunkt der Raucherentwöhnung wiederum keinen signifikanten Effekt auf den Erfolg der Tabakabstinenz (19% in der gleichzeitigen versus 8% in der verzögerten Gruppe). Diese Ergebnisse leiden unter der geringen Zahl an eingeschlossenen Patienten. Somit scheint es keine signifikanten Unterschiede zwischen einer gleichzeitig oder verzögert (vier Wochen oder sechs Monate) angebotenen Raucherentwöhnungsbehandlung bezüglich der Alkoholabstinenz zu geben (Joseph et al. 2004, Kalman et al. 2001). Zudem berichten alle RCTs einheitlich, dass der Zeitpunkt der Raucherintervention keinen Einfluss auf die Tabakabstinenz hat (Joseph et al. 2004, Nieva et al. 2011, Kalman et al. 2001).

3.6.8.5.3 RCTs zur Raucherentwöhnungsbehandlung bei alkoholabhängigen Patienten mit behandelter Kontrollgruppe

Sieben weitere randomisierte, kontrollierte Studien untersuchten Raucherentwöhnungsbehandlungen bei alkoholabhängigen Patienten, die nicht durch die Meta-Analyse von Prochaska et al. (2004) erfasst wurden. Alle Studien wiesen ausschließlich Behandlungsgruppen mit unterschiedlichen Entwöhnungstherapieformen auf. Es wurden folgende Interventionen miteinander verglichen: 1.) Ambulante, wöchentliche, behaviorale Einzeltherapie (16 Stunden über 6 Monate) mit Nikotinpflaster und Nikotinkaugummi mit der identischen Therapie ohne Nikotinkaugummi (Placebo) (Cooney et al. 2009, 1b). 2.) ambulante, wöchentliche (5 x 1 Stunde), behaviorale Gruppentherapie mit 21 mg Nikotinpflaster über 12 Wochen mit der identischen Therapie mit einem höher dosierten 42 mg Nikotinpflaster (Kalman et al. 2004 & 2006; 1b). 3.) intensivierte, ambulante (3 x 1 Stunde Beratung) Raucherintervention mit NET mit einer einmaligen (1 x 15 min Beratung) ambulanten Raucherintervention mit NET (Cooney et al. 2007, 1b). 4.) ambulante, kognitiv-behaviorale Einzeltherapie (16 Sitzungen) mit NET über 26 Wochen mit einem etablierten Raucherentwöhnungsprogramm mit kurzen Beratungsgesprächen und leitliniengerechter Medikation (Carmody et al. 2012, 1b). 5.) ambulante, wöchentliche, kognitiv-behaviorale/motivationale Einzeltherapie mit Nikotinpflaster und Bupropion für acht Wochen mit der identischen Therapie ohne Bupropion (Kalman et al. 2011, 1b). 6.) einmalige Raucherentwöhnungsberatung mit achtwöchiger Nikotinpflasterbehandlung und Bupropion mit der identischen Therapie ohne Bupropion (Grant et al. 2007, 2b). Nur Cooney et al. (2009) zeigte signifikant verbesserte Tabakabstinenzraten zum 12-Monatszeitpunkt für die Raucherinterventionsgruppe, die sowohl Nikotinpflaster wie auch Nikotinkaugummi zusätzlich zu einer verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnung erhalten hatte. In dieser Studie unterschieden sich die Behandlungsgruppen jedoch nur durch die zusätzliche Gabe von Nikotinkaugummi. Hingegen konnten alle anderen Studien keine Überlegenheit einer bestimmten Behandlungsgruppe zum 6-12 Monatszeitpunkt zeigen (Cooney et al. 2007, Grant et al. 2007, Carmody et al. 2012, Kalman et al. 2004, 2006, 2011), insbesondere zeigte sich keine Überlegenheit einer intensivierten behavioralen Raucherentwöhnungsbehandlung (Cooney et al. 2007, Carmody et al. 2012) oder einer zusätzlichen Gabe von Bupropion (Grant et al. 2007, Kalman et al. 2011). Insgesamt betragen die Tabakabstinenzraten (7-Tage Punktprevalenz) zum 6-12 Monatsbeobachtungszeitpunkt zwischen 0-29%. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Alkoholabstinenz zwischen den jeweiligen Behandlungsgruppen (Cooney et al. 2007, Grant et al. 2007, Carmody et al. 2012, Müller et al. 2012), wobei diese Studien auch keinen Unterschied bezüglich der Tabakabstinenzraten zwischen den beiden Behandlungsgruppen gezeigt hatten. Cooney et al. (2009), die eine signifikant verbesserte

Tabakabstinenzquote für eine Kombinationsbehandlung aus Verhaltenstherapie, Nikotinplastern und -Kaugummis gezeigt hatten, berichteten hingegen auch über eine verbesserte Alkoholabstinenzrate in dieser Gruppe, die jedoch keine Signifikanz erreichte. Drei Studien machten keine Angaben bezüglich der Alkoholabstinenz unter der Raucherentwöhnungsbehandlung (Kalman et al. 2004, 2006, 2011).

3.6.8.5.4 Evidenz aus Quell-Leitlinien zur Behandlung von komorbiden tabak- und alkoholabhängigen Patienten

Zwei Quell-Leitlinien haben die Behandlung von komorbiden tabak- und alkoholabhängigen Patienten untersucht (Fiore et al. 2008, NICE 2011). Der Tobacco Use and Dependence Guideline Panel (Fiore et al. 2008) untersuchte Studien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit bei substanzabhängigen Patienten. Im Vergleich zu unserer Literaturrecherche wurden mehrere Studien hier nicht bewertet (Cooney et al. 2007 & 2009, Grant et al. 2007, Carmody et al. 2012, Kalman et al. 2001 u. 2005 u. 2006; Nieva et al. 2011 Müller et al. 2012).

Die qualitativ als „sehr gut“ eingestufte Leitlinie (DELBI-Domänen-Wert: 0.9) sieht es erwiesen an, dass alkoholabhängige Raucher mit den gleichen leitliniengerechten Interventionen behandelt werden sollen wie alle tabakabhängigen Patienten, da sich diese Interventionen in unterschiedlichen Populationen als effektiv erwiesen hätten. Ausnahmen bestünden für bestimmte tabakabhängige Subgruppen, bei denen eine Medikation kontraindiziert sei bzw. bei denen sich Tabakentwöhnungsmedikamente als ineffektiv herausgestellt hätten. Zudem fanden sie kaum Evidenz bei substanzabhängigen, sich in Behandlung befindenden Patienten, dass eine Tabakentwöhnungsbehandlung die Abstinenz von diesen Substanzen beeinträchtigt, wobei sich diese Bewertung essentiell mit der Meta-Analyse von Prochaska et al. (2004) deckt, die diskrepante große RCT von Joseph et al. (2004) jedoch erwähnt wird.

Die NICE Leitlinie von 2011 (NICE 2011) bewertete die gleichen Studien wie die Tobacco Use and dependence Guideline (Fiore et al. 2008). NICE sieht keine Evidenz, die nachdrücklich eine bestimmte Raucherentwöhnungsbehandlung oder einen bestimmten Zeitpunkt für eine Raucherentwöhnungsbehandlung unterstützt, weist jedoch darauf hin, dass es sehr wichtig sei eine Raucherentwöhnungsbehandlung im Rahmen des individuellen Gesundheitsmanagements für alkohol- und tabakabhängigen Patienten zu berücksichtigen. Aufgrund der eingeschränkten Evidenz bezüglich einer gleichzeitigen oder sequentiellen Behandlung einer Alkohol- und Tabakabhängigkeit sollte die Präferenz des Patienten die Entscheidung des Arztes leiten.

3.6.8.5.5 Patiententeilnahme an gleichzeitig oder verzögert angebotener Raucherentwöhnungsbehandlung

Abschließend werden die Studien besprochen, die beurteilten, ob eine gleichzeitige Raucherentwöhnung die Teilnahmequote im Vergleich zu einer verzögert angebotenen Therapie beeinflusst. Dies muss in Betracht gezogen werden, wenn alkoholabhängigen Patienten eine gleichzeitige oder eine verzögerte Tabakentwöhnungsbehandlung angeboten wird. In der großen RCT von Joseph et al. (Joseph et al. 2004, 1b) war der Anteil an erfolgreich tabakentwöhnten Patienten unabhängig vom Zeitpunkt der Intervention, jedoch begannen signifikant weniger alkoholabhängige Raucher die verzögerte Raucherentwöhnungstherapie im Vergleich zur gleichzeitigen Therapie (64,5% versus 78,5%, $p = 0.005$).

Drei weitere Studien, die von Prochaska et al. (2004) bewertet wurden, untersuchten auch diesen Zusammenhang. In der kleinen RCT zeigte von Kalman et al. (2011, 2b) mit 36 alkoholabhängigen Rauchern erneut, dass signifikant weniger Raucher (69%) die um 4 Wochen verzögert angebotene Raucherentwöhnungsbehandlung im Vergleich zu einer gleichzeitigen Behandlung in Anspruch nahmen ($p < 0.01$)(27). In einer Studie mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen, nahm kein Patient einer Wartelisten-Kontrollgruppe die Raucherentwöhnungsbehandlung nach Beendigung der Studie in Anspruch (Burling et al. 1991), während in einer Studie mit einer um 4 Monate verzögert angebotenen Raucherentwöhnungsbehandlung bei Patienten mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen oder Alkoholabhängigkeit (44% aller Patienten) nur 52% der Patienten diese Behandlung in Anspruch nahmen (Campbell et al. 1995). Somit geht die verzögerte Tabakentwöhnungsbehandlung bei substanzmittelabhängigen Patienten mit einer deutlich reduzierten Teilnahme einher, was für die gleichzeitige Behandlung spricht.

3.6.8.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Zwei Quell-Leitlinien haben Empfehlungen zur Behandlung von komorbiden tabak- und alkoholabhängigen Patienten ausgesprochen (Fiore et al. 2008, NICE 2011). Die NICE-Guideline von 2011 unterstreicht aufgrund der hohen Tabakkonsumprävalenzraten bei alkoholabhängigen Patienten die Notwendigkeit für eine effektive Behandlung für diese Patientengruppe (NICE 2011). Sie empfehlen, komorbide Alkohol- und Tabakabhängige zu ermutigen, das Rauchen im Rahmen einer Raucherentwöhnungsbehandlung zu beenden, geben jedoch keine Empfehlung zum Interventionszeitpunkt.

Das Tobacco Use and Dependence Guideline Panel (Fiore et al. 2008) sieht es als erwiesen an, dass die als effektiv bewerteten Tabakinterventionen für alle Patienten Gültigkeit haben, was auch Substanzabhängige einschließt. Deshalb sollte jeder Tabakabhängige behandelt werden. Eine Aussage bezüglich des Behandlungszeitpunktes wird wiederum nicht getroffen.

3.6.8.6.1 Alkoholabstinenz unter gleichzeitiger Tabakentwöhnung im Vergleich zu verzögerter Tabakentwöhnung (siehe Empfehlung 3.6.8.3.3)

Bezüglich der Erhöhung der Rückfallwahrscheinlichkeit für Alkohol bei gleichzeitiger Alkohol- und Raucherentwöhnungstherapie im Vergleich zu alleiniger Alkoholtherapie mit darauffolgender Tabakentwöhnung (verzögerte Therapie) ist die Datenlage relativ übersichtlich und einheitlich. Der primäre Endpunkt der oben erwähnten, großen RCT von Joseph et al. (2004) „6 Monate Alkoholabstinenz zum 18 Monat Follow-up Zeitpunkt“ zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen der gleichzeitigen und verzögerten Raucherentwöhnungsgruppe. Zudem zeigte eine kleine RCT (Kalman et al. 2001) keine signifikanten Unterschiede zum 20-Wochen Follow-up zwischen gleichzeitig und verzögert (vier Wochen Verzögerung) behandelten Rauchern bezüglich ihrer Alkoholabstinenz. Eine gleichzeitige Raucherentwöhnung ist somit einer verzögerten Therapie bzgl. der Alkoholrückfallrate aufgrund der aktuellen Datenlage nicht unterlegen, obwohl sich diese Ergebnisse ausschließlich auf zwei RCTs stützen, die eine um vier bzw. 24 Wochen verzögerte Tabakentwöhnungstherapie mit einer gleichzeitigen Therapie verglichen. Ob sich diese Ergebnisse auf andere Zeitpunkte für eine verzögerte Tabakentwöhnungstherapie extrapolieren lassen, wurde nicht überprüft.

3.6.8.6.2 Alkoholabstinenz unter gleichzeitiger Tabakentwöhnung im Vergleich zu alleiniger alkoholspezifischer Therapie (siehe Empfehlung 3.6.8.3.3)

Bezüglich der Erhöhung der Rückfallwahrscheinlichkeit für Alkohol bei gleichzeitiger Raucherentwöhnungstherapie im Vergleich zu alleiniger Alkoholtherapie ohne Tabakentwöhnung ist die Datenlage widersprüchlich. Joseph et al. (2004) zeigten in einer qualitativ hochwertigen, randomisierten Studie (1b) mit 499 Patienten, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit für eine gleichzeitige Tabakentwöhnung im Vergleich zu einer unbehandelten Wartegruppe signifikant erhöht ist. Diese Ergebnisse wurden in einer Meta-Analyse von Prochaska et al. (2004) nicht bestätigt (1a). Diese Meta-Analyse ergab im Gegenteil eine signifikant verbesserte Substanzabstinenz-wahrscheinlichkeit bei Patienten in einer gleichzeitigen Raucherentwöhnung. Jüngst konnten auch zwei weitere RCTs (2b) zeigen (Nieva et al. 2011, Müller et al. 2012), dass eine gleichzeitige Raucherentwöhnungsbehandlung keine Verschlechterung der Alkoholabstinenz im Vergleich zu alleiniger Alkoholtherapie mit sich bringt. Es ist somit nicht geklärt, ob eine gleichzeitige Alkohol- und Tabakbehandlung im Vergleich zu einer alleinigen alkoholspezifischen Therapie zu einer erhöhten Rückfallwahrscheinlichkeit für Alkohol führt. Diese in diesem Punkt widersprüchliche Datenlage sollte jedoch nicht dazu führen, dass den alkohol- und tabakabhängigen Patienten eine Raucherentwöhnung vorenthalten wird, da eine erfolgreiche Tabakentwöhnungs-behandlung entscheidend zur Reduktion von Morbidität und Mortalität

beiträgt, so dass jede Möglichkeit einer Intervention für beide Substanzen genutzt werden sollte. Dies gilt noch mehr, als das alkoholabhängige Raucher eine stärkere Tabakabhängigkeit aufweisen und sich - trotz Wunsch nach Tabakabstinenz - weniger in Behandlung begeben, weniger Nikotinentwöhnungsversuche durchführen und diese insgesamt erfolgloser sind. Somit stellt die Alkoholentzugs- oder -entwöhnungsbehandlung eine wichtige therapeutische Option dar, die Patienten zu einer Tabakentwöhnungsbehandlung zu motivieren, selbst wenn die Alkoholabstinenzwahrscheinlichkeit durch eine gleichzeitige Tabakentwöhnung reduziert werden sollte, was jedoch anhand der Studienlage nicht fest steht. Eine verzögerte Raucherentwöhnung birgt hingegen das Risiko, diese Patienten in der Zeit bis zum Beginn der Therapie zu verlieren, worin ein Vorteil einer gleichzeitigen Alkohol/Tabakentwöhnungs-therapie liegt.

3.6.8.6.3 Tabakabstinenz unter gleichzeitiger Tabakentwöhnung im Vergleich zu verzögerter Tabakentwöhnung (siehe Empfehlung 3.6.8.3.3)

Der Erfolg einer Tabakentwöhnungsbehandlung ist wahrscheinlich unabhängig davon, ob sie gleichzeitig mit einer Alkoholabhängigkeitsbehandlung erfolgt oder verzögert angeboten wird. Drei RCTs mit insgesamt 627 Patienten (1b, 2b, 2b), die entweder gleichzeitig bzw. verzögert nach vier Wochen oder sechs Monaten nach Therapiebeginn der Alkoholabhängigkeit behandelt wurden, konnten keinen Unterschied in der Tabakabstinenzwahrscheinlichkeit zwischen diesen Interventionszeitpunkten feststellen (Joseph et al. 2004, Nieva et al. 2011, Kalmann et al. 2001). Somit sollte auf der Grundlage der individuellen Bedürfnisse und Wünsche des jeweiligen Patienten eine gleichzeitige oder verzögerte Raucherentwöhnungsbehandlung angeboten werden.

3.6.8.6.4 Tabakabstinenz unter gleichzeitiger Tabakentwöhnung im Vergleich zu alleiniger alkoholspezifischer Therapie (siehe Empfehlung 3.6.8.3.3)

Bezüglich der Tabakabstinenz bei gleichzeitiger Raucherentwöhnungstherapie im Vergleich zu alleiniger alkoholspezifischer Therapie ohne Tabakentwöhnung ist die Datenlage erneut widersprüchlich. Joseph et al. (2004) zeigten in ihrer qualitativ hochwertigen, randomisierten Studie (1b), dass die Tabakabstinenzraten für eine gleichzeitige Tabakentwöhnung im Vergleich zu einer unbehandelten Wartegruppe zum 6-Monatszeitpunkt signifikant verbessert waren. Diese Ergebnisse wurden in der Meta-Analyse von Prochaska et al. (2004) nicht bestätigt (1a). Diese Meta-Analyse ergab im Gegenteil eine unveränderte Tabakabstinenzwahrscheinlichkeit bei Patienten in einer gleichzeitigen Raucherentwöhnung im Vergleich zu alleiniger alkoholspezifischer Therapie im 6-12-Monats-Nachbeobachtungszeitraum. Einschränkend ist zu erwähnen, dass in dieser Meta-Analyse

auch „unbehandelte“ Kontrollgruppen mit üblicher Behandlung, üblicher Behandlung plus Nikotinersatztherapie oder nur Nikotinersatztherapie bewertet wurden.

Somit geht eine gleichzeitige Tabakentwöhnungsbehandlung im Vergleich zu unbehandelten Patienten mit einer möglicherweise verbesserten Tabakabstinenz einher.

Diese wenig erfolgversprechenden Ergebnisse bezüglich der Tabakabstinenz unter einer gleichzeitigen Tabak-/Alkoholentwöhnung sollten jedoch nicht dazu führen, dass den alkohol- und tabakabhängigen Patienten eine gleichzeitige Raucherentwöhnung vorenthalten wird (siehe oben).

3.6.8.6.5 Tabakentwöhnung bei alkoholabhängigen Patienten (siehe 3.6.8.3.2)

Bezüglich der Art der Tabakintervention kann keine eindeutige Empfehlung abgegeben werden, da die meisten psychotherapeutischen und/oder medikamentösen Interventionen bei alkoholabhängigen Rauchern nur kurzzeitige Abstinenserfolge im Vergleich zu unbehandelten Patienten zeigen konnten (Prochaska et al. 2004, Joseph et al. 2004). Auch Studien mit unterschiedlichen Raucherentwöhnungstherapien bei alkoholabhängigen Patienten in alkoholspezifischen Therapien konnten keine signifikanten Vorteile für eine bestimmte Therapieform im Nachbeobachtungszeitraum nachweisen (Cooney et al. 2007 & 2009, Grant et al. 2007, Carmody et al. 2012, Kalman et al. 2004 & 2006 & 2011, Müller et al. 2012). Somit sollen zum jetzigen Zeitpunkt auf die evidenzbasierten Tabakinterventionen für alle Raucher zurückgegriffen werden (siehe S3-Leitlinie zum Screening, der Diagnostik und der Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums) bis erfolgreiche Therapieprogramme für diese Subgruppe alkoholabhängiger Raucher zur Verfügung stehen.

3.6.8.7 Empfehlungen für künftige Forschung

- 1.) Neue Behandlungsstrategien der Tabakentwöhnung bei alkoholabhängigen Rauchern sollten evaluiert werden, da es aktuell keine langfristig erfolgreichen Tabakentwöhnungsprogramme für diese Subgruppe gibt.
- 2.) RCTs mit unbehandelten Kontrollgruppen werden benötigt, um zu klären, ob eine gleichzeitige oder verzögerte Tabakentwöhnung während einer alkoholspezifischen Therapie zu einer geringeren Rückfallwahrscheinlichkeit für Alkohol führt.

3.6.8.8 Literatur

1. Bobo JK, Walter RD, Lando HA, McIlvain HE. Enhancing alcohol control with counselling on nicotine dependence: Pilot study findings and treatment implications. In: Fertig JB, Allen JP, eds. Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice Research monograph no 30 Bethesda, MD: National Institute on Alcohol and Alcoholism; 1995: 225-238.

2. Bobo JK, McIlvain HE, Lando HA, Walker RD, Leed-Kelly A. Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: findings from a randomized community intervention trial. *Addiction* 1998 Jun; 93(6): 877-887.
3. Breslau N, Peterson E, Schultz L, Andreski P, Chilcoat H. Are smokers with alcohol disorders less likely to quit? *Am J Public Health* 1996 Jul; 86(7): 985-990.
4. Burling TA, Marshall GD, Seidner AL. Smoking cessation for substance abuse inpatients. *J Subst Abuse* 1991; 3(3): 269-276.
5. Burling TA, Burling AS, Latini D. A controlled smoking cessation trial for substance-dependent inpatients. *J Consult Clin Psychol* 2001 Apr; 69(2): 295-304.
6. Campbell BK, Wander N, Stark MJ, Holbert T. Treating cigarette smoking in drug-abusing clients. *J Subst Abuse Treat* 1995 Mar-Apr; 12(2): 89-94.
7. Carmody TP, Delucchi K, Duncan CL, Banys P, Simon JA, Solkowitz SN, et al. Intensive intervention for alcohol-dependent smokers in early recovery: a randomized trial. *Drug Alcohol Depend*. 2012 May 1;122(3): 186-194.
8. CDC. Current cigarette smoking among adults - United States, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012 Nov 9; 61(44): 889-894.
9. Cooney NL, Cooney JL, Perry BL, Carbone M, Cohen EH, Steinberg HR, et al. Smoking cessation during alcohol treatment: a randomized trial of combination nicotine patch plus nicotine gum. *Addiction* 2009 Sep; 104(9): 1588-1596.
10. Cooney NL, Litt MD, Cooney JL, Pilkey DT, Steinberg HR, Oncken CA. Concurrent brief versus intensive smoking intervention during alcohol dependence treatment. *Psychol Addict Behav* 2007 Dec; 21(4): 570-575.
11. Cornelius JR, Perkins KA, Salloum IM, Thase ME, Moss HB. Fluoxetine versus placebo to decrease the smoking of depressed alcoholic patients. *J Clin Psychopharmacol*. 1999 Apr;19(2): 183-184.
12. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002 Nov 2;360(9343): 1347-1360.
13. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, editors. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human
14. Fu SS, Kodl M, Willenbring M, Nelson DB, Nugent S, Gravely AA, et al. Ethnic differences in alcohol treatment outcomes and the effect of concurrent smoking cessation treatment. *Drug Alcohol Depend* 2008 Jan 1; 92(1-3): 61-68.
15. Gariti P, Alterman A, Mulvaney F, Mechanic K, Dhopes V, Yu E, et al. Nicotine intervention during detoxification and treatment for other substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002 Nov; 28(4): 671-679.

16. Grant KM, Kelley SS, Smith LM, Agrawal S, Meyer JR, Romberger DJ. Bupropion and nicotine patch as smoking cessation aids in alcoholics. *Alcohol* 2007 Aug; 41(5): 381-391.
17. Haug NA, Svikis DS, Diclemente C. Motivational enhancement therapy for nicotine dependence in methadone-maintained pregnant women. *Psychol Addict Behav* 2004 Sep; 18(3): 289-292.
18. Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend* 2006 Apr 28; 82(2): 91-102.
19. Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gomez-Dahl L, Kottke TE, Morse RM, et al. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA* 1996 Apr 10; 275(14): 1097-1103.
20. Jackson KM, Sher KJ, Wood PK, Bucholz KK. Alcohol and tobacco use disorders in a general population: short-term and long-term associations from the St. Louis epidemiological catchment area study. *Drug Alcohol Depend* 2003 Sep 10; 71(3): 239-253.
21. Joseph AM, Nelson DB, Nugent SM, Willenbring ML. Timing of alcohol and smoking cessation (TASC): smoking among substance use patients screened and enrolled in a clinical trial. *J Addict Dis* 2003; 22(4): 87-107.
22. Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, Nelson DB. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *J Stud Alcohol* 2004 Nov; 65(6): 681-691.
23. Kalman D, Hayes K, Colby SM, Eaton CA, Rohsenow DJ, Monti PM. Concurrent versus delayed smoking cessation treatment for persons in early alcohol recovery. A pilot study. *J Subst Abuse Treat* 2001 Apr; 20(3): 233-238.
24. Kalman D, Kahler CW, Tirsch D, Kaschub C, Penk W, Monti PM. Twelve-week outcomes from an investigation of high-dose nicotine patch therapy for heavy smokers with a past history of alcohol dependence. *Psychol Addict Behav* 2004 Mar; 18(1): 78-82.
25. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005 Mar-Apr; 14(2): 106-23.
26. Kalman D, Kahler CW, Garvey AJ, Monti PM. High-dose nicotine patch therapy for smokers with a history of alcohol dependence: 36-week outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2006 Apr; 30(3): 213-217.
27. Kalman D, Kim S, DiGirolamo G, Smelson D, Ziedonis D. Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: the case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. *Clin Psychol Rev* 2010 Feb; 30(1): 12-24.

28. Kalman D, Herz L, Monti P, Kahler CW, Mooney M, Rodrigues S, et al. Incremental efficacy of adding bupropion to the nicotine patch for smoking cessation in smokers with a recent history of alcohol dependence: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Drug Alcohol Depend* 2011 Nov 1; 118(2-3): 111-118.
29. Kufner H. [Epidemiology of substance use and substance use disorders in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010 Apr; 53(4): 271-283.
30. Martin RA, Rohsenow DJ, MacKinnon SV, Abrams DB, Monti PM. Correlates of motivation to quit smoking among alcohol dependent patients in residential treatment. *Drug Alcohol Depend* 2006 Jun 9; 83(1): 73-78.
31. Mueller SE, Petitjean SA, Wiesbeck GA. Cognitive behavioral smoking cessation during alcohol detoxification treatment: a randomized, controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2012 Dec 1; 126(3): 279-285.
32. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (ed). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Leicester and London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2011.
33. Nieva G, Ortega LL, Mondon S, Ballbe M, Gual A. Simultaneous versus delayed treatment of tobacco dependence in alcohol-dependent outpatients. *Eur Addict Res* 2011; 17(1): 1-9.
34. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psychol* 2004 Dec; 72(6): 1144-1156.
35. Rehm J, Taylor B, Room R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug Alcohol Rev* 2006 Nov; 25(6): 503-513.
36. Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Yang X, Frosch D, Nahom D, Jarvik ME, et al. Smoking cessation in methadone maintenance. *Addiction* 2002 Oct; 97(10): 1317-28; discussion 25.
37. Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S. Self-change and dual recoveries among individuals with alcohol and tobacco problems: current knowledge and future directions. *Alcohol Clin Exp Res* 2002 Dec; 26(12): 1936-1938.
38. Story J, Stark MJ. Treating cigarette smoking in methadone maintenance clients. *J Psychoactive Drugs* 1991 Apr-Jun; 23(2): 203-215.
39. Taylor B, Rehm J. When risk factors combine: the interaction between alcohol and smoking for aerodigestive cancer, coronary heart disease, and traffic and fire injury. *Addict Behav* 2006 Sep; 31(9): 1522-1535.

40. US Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. JAMA 2013 Aug 14; 310(6): 591-608.

3.7 Alters- und geschlechtsspezifische Populationen

Rainer Thomasius, Oliver Bilke-Hentsch, Dieter Geyer, Bodo Lieb, Olaf Reis, Peter-Michael Sack, Norbert Scherbaum, Julian Stappenbeck, Irmgard Vogt, Klaudia Winkler, Dirk Wolter, Karl Mann, Eva Hoch

3.7.1 Einleitung

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 Patienten 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. Dieses Kapitel ist deshalb in drei Bereiche aufgegliedert:

3.7.2 Kinder und Jugendliche, 3.7.3 Frauen und Schwangere, 3.7.4 Ältere Menschen

Unter dem Begriff „Kinder und Jugendliche“ werden hierbei Mädchen und Jungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, unter dem Begriff „Ältere Menschen“ Personen im Lebensalter von 65 Jahren und mehr verstanden. Die Empfehlungen, die präsentiert werden, sind für die drei Subgruppen wiederum in verschiedene *Settings* aufgeteilt, die folgendermaßen definiert sind:

- 1.) Psychotherapie – Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Familientherapie und Motivational Interviewing, jeweils durchgeführt durch entsprechend qualifiziertes Fachpersonal
- 2.) Psychosoziale Therapie – Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Sport- und Bewegungstherapie
- 3.) Medikamentöse Therapie – pharmakologische Entzugsbehandlungen, Behandlungen zum Erreichen von Abstinenz
- 4.) Differenzielle Indikationen – zusätzliche Indikationen, auf die während der Behandlung in Bezug auf die Zielgruppe geachtet werden muss.

3.7.2 Kinder und Jugendliche

Rainer Thomasius, Julian Stappenbeck, Olaf Reis, Oliver Bilke-Hentsch, Peter-Michael Sack, Eva Hoch (Unter Mitarbeit der Mitglieder der Gemeinsamen Suchtkommission der DGKJP, BAG und BKJPP, Dr. Peter Melchers, Dr. Edelhard Thoms, Dr. Gisela Schimansky, Dr. Gotthard Roosen-Runge, Dr. Anneke Aden)

3.7.2.1 Klinische Fragestellungen

- 1.) Mit Blick auf Kinder und Jugendliche soll untersucht werden, welche Effektivität psychotherapeutische, medikamentöse oder psychosoziale Therapien in Bezug auf langfristige Abstinenz sowie die psychische und somatische Gesundheit im Vergleich zu Kontrollbedingungen haben.
- 2.) Welche differenziellen Indikationen bestehen für die einzelnen Zielgruppen?

3.7.2.2 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
	Psychotherapie	
3.7.2.2.1	<p>Motivational Interviewing</p> <p>Motivational Interviewing (MI) soll als Kurzintervention am Krankenbett bei Jugendlichen nach Alkoholintoxikation angeboten werden zur kurzfristigen Reduktion der Trinkmenge und des riskanten Verhaltens. MI ist nicht wirksam in Hinblick auf die langfristige Reduktion der Trinkmenge.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche: (3, 25, 33, 37, 41, 44)</p> <p>Gesamtabstimmung: 94 %</p>	A

3.7.2.2.2	<p>Kurzinterventionen</p> <p>Kurzinterventionen können bei Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 5</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (37)</p> <p>Gesamtabstimmung: 88,9%</p>	<p style="text-align: center;">O</p>
3.7.2.2.3	<p>Kognitive Verhaltenstherapie</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie soll in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche:(4, 5, 7, 16, 17, 18, 22, 27, 29, 38, 42, 43)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100 %</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
3.7.2.2.4	<p>Familienbasierte Therapieformen</p> <p>Multisystemische Therapie (MST), Familienkurztherapie, Funktionale Familientherapie sowie Ressourcenorientierte Familientherapie können zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche:(1, 5, 6, 8, 21, 22, 29, 33, 36, 38)</p> <p>Gesamtabstimmung: 89 %</p>	<p style="text-align: center;">O</p>

<p>3.7.2.2.5</p>	<p>Multidimensionale Familientherapie</p> <p>Multidimensionale Familientherapie sollte in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche:(1, 5, 22, 23, 29, 33, 38)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100 %</p>	<p>B</p>
<p>3.7.2.2.6</p>	<p>Integrative Familien- und Kognitiv-Behaviorale Therapie</p> <p>Integrative Familien- und Kognitiv-Behaviorale Therapie sollte in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche:(1, 5, 21, 29, 33, 38)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100 %</p>	<p>B</p>
<p>3.7.2.2.7</p>	<p>Einbezug von Familienangehörigen in die Behandlung</p> <p>In die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen sollen Familienangehörige einbezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche:(1, 33, 34, 43, 45)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100 %</p>	<p>A</p>

3.7.2.2.8	<p>Stationäre Therapie</p> <p>Es sollen stationäre Therapien für Kinder und Jugendliche mit Alkoholentzugssyndrom angeboten werden. Hierbei sollten ebenfalls somatische Beschwerden berücksichtigt und psychosoziale Unterstützung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (28)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100 %</p>	<p>KKP</p>
	<p>Psychosoziale Therapie</p>	
3.7.2.2.9	<p>Erziehungshilfe</p> <p>Erziehungshilfe für Familien von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen kann als Bestandteil des Behandlungsplans angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (8, 33)</p> <p>Gesamtabstimmung: 85 %</p>	<p>KKP</p>

3.7.2.2.10	Psychosoziale Maßnahmen Für Kinder und Jugendliche mit alkoholbezogenen Störungen sollten psychosoziale Therapien (z. B. Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Sport- und Bewegungstherapie, Freizeitpädagogik, Ergotherapie) angeboten werden. Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Literatur: (1, 26, 28, 33, 43) Gesamtabstimmung: 95%	KKP
3.7.2.2.11	Klinikschule Während der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen sollte die Möglichkeit eines Klinikschulbesuchs bestehen. Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Gesamtabstimmung: 100 %	KKP
	Medikamentöse Therapie	
3.7.2.2.12	Rückfallprophylaxe Zur Rückfallprophylaxe mittels Acamprosat oder Naltrexon können bei Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen keine Behandlungsempfehlungen gegeben werden. Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Literatur: (27, 29) Gesamtabstimmung: 100 %	KKP

3.7.2.2.13	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. Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Gesamtabstimmung: 94 %	KKP
	Differenzielle Indikationen	
3.7.2.2.14	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? Empfehlungsgrad: B, LoE: 4 Literatur: nach systematischer Recherche (27) Gesamtabstimmung: 100 %	B

3.7.2.2.15	<p>Individuelle Behandlungspläne</p> <p>In der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen und komorbiden psychischen Störungen sollten individuelle Therapiepläne eingesetzt werden, die auf die Konstellation von alkoholbezogener Störung, komorbider Erkrankung und sozialer Belastung abgestimmt sind.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 80 %</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

3.7.2.3 Hintergrund der Evidenz

Die Evidenz für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen ist je nach Behandlungsform sehr uneinheitlich. Für den Bereich der psychotherapeutischen Therapien wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, in der insgesamt sechs seit dem Jahr 2005 publizierte Studien identifiziert wurden. 27 Studien werden auch in den hier verwendeten 14 Behandlungsleitlinien zitiert. Die breiteste Evidenzbasierung findet sich mit Bezug auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen für die kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Hierfür wurden im Vergleich der Therapieformen die meisten Studien gefunden, welche zudem die höchsten methodischen Bewertungen erhielten. Auch für verschiedene Formen der familienbasierten Therapie gibt es Evidenz, allerdings ist hier die methodische Qualität geringer zu bewerten. Für Therapieformen wie tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytisch orientierte psychotherapeutische Verfahren wurde keine Evidenz gefunden. Bei der Ableitung von Behandlungsempfehlungen für psychosoziale und medikamentöse Verfahren sowie den differenziellen Behandlungsempfehlungen stammt der Hintergrund der Evidenz zum einen aus den 14 Leitlinien und zum anderen aus den Diskussionsergebnissen einer Expertenrunde von Vertretern der drei deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG, BKJPP). Die den 14 Leitlinien zugrundeliegende Evidenz für psychosoziale und medikamentöse Behandlungsstrategien ist aufgrund der marginalen Anzahl an Studien für diese Altersgruppe extrem lückenhaft. Die vorliegenden Studien stammen von sehr wenigen Arbeitsgruppen. Die geringe Zahl der Therapiestudien zu psychosozialen und medikamentösen Interventionen bildet weder die in

der klinischen Praxis häufig vorzufindende psychische Komorbidität bei Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen noch die erforderliche Differenzierung von Behandlungsansätzen für verschiedene Entwicklungsphasen in Pubertät und Adoleszenz adäquat ab. Daher wurde es für notwendig erachtet, in diesen beiden Bereichen abgestimmte Empfehlungen auf der Ebene Klinischer Konsenspunkte (KKP) abzuleiten.

3.7.2.4 Darstellung der Evidenz

3.7.2.4.1 Psychotherapie

Motivational Interviewing: Die Wirksamkeit von Motivational Interviewing (MI) als Intervention am Krankenbett der in Notaufnahmen behandelten alkoholintoxikierten Kinder und Jugendlichen wurde vielfach untersucht. Die Evidenz stammt aus der SAMHSA-Leitlinie (SAMHSA 2006) und der dort zitierten randomisiert-kontrollierten Studie von Monti et al. (1999). Die eigene systematische Literaturrecherche lieferte zusätzlich zwei weitere systematische Reviews (Tevyaw & Monti 2004, Wachtel & Staniford 2010) und zwei RCT-Studien (Bernstein et al. 2010, Walton et al. 2010). In der in der Leitlinie aus dem Jahr 2006 erwähnten Studie ist von deutlichen kurzfristigen Effekten des MI in Bezug auf das Konsumverhalten die Rede. Ähnliche Ergebnisse wurden auch bei der eigenen Literaturrecherche vermeldet, so dass gesagt werden kann, dass MI kurzfristig zur Konsumreduktion beiträgt. Allerdings wird auch deutlich, dass es kaum Hinweise gibt, die für eine langfristige Wirksamkeit von MI bei Jugendlichen mit einem Alkoholmissbrauch sprechen. So wird im systematischen Review von Wachtel & Staniford (2010) vermeldet, dass in nur zwei der insgesamt 14 untersuchten Studien langfristige Effekte von MI nachgewiesen wurden. In sieben Studien mit Follow-up-Zeiträumen von 6–12 Monaten wurde eine nur eingeschränkte Wirksamkeit des MI nachgewiesen. Es handelt sich dabei um günstige Auswirkungen auf die negativen Folgen des Alkoholgebrauchs (z.B. Gewalttätigkeit), nicht aber um Reduktionen des Alkoholkonsums (für detaillierte Angaben siehe Monti et al. 1999). In zwei Studien mit Katamnesezeiträumen von mehr als 12 Monaten werden erwünschte Effekte auf den Alkoholkonsum festgestellt. Die Autoren merken jedoch an, dass diese Effekte auch durch die Akzeleration der Jugendlichen erklärt werden könne, da ähnliche Reduktionen des Alkoholgebrauchs in der Kontrollgruppe gefunden werden. In der randomisiert-kontrollierten Studie von Bernstein et al. (2010) werden zwar nach drei Monaten Interventionseffekte bezogen auf den Alkoholkonsum gefunden, jedoch keine positiven Effekte des MI auf die Trinkmenge in den Follow-up-Untersuchungen nach 12 Monaten. Auch bei Walton et al. (2010) werden signifikante Reduktionen des Alkoholgebrauchs unmittelbar nach der Intervention festgestellt. Diese waren jedoch in der Sechs-Monats-Katamnese nicht mehr signifikant. Die Intervention war jedoch effektiv bei

Sekundärvariablen wie beispielsweise Schulabsentismus oder Konflikten mit *Peers*. Hier wurden kurzfristige sowie auch nach sechs Monaten signifikante Reduktionen festgestellt.

Zusammenfassend ist die Evidenz für die Wirksamkeit von MI bei Kindern und Jugendlichen vor allem unter dem Gesichtspunkt einer nachhaltigen Alkoholkonsumreduktion uneinheitlich. Zu längerfristigen sekundären Effekten sechs Monate bis hin zu vier Jahren post interventionem ergibt sich, dass vor allem Folgeprobleme des Alkoholkonsums, etwa in Schule und Ausbildung und im Umgang mit *Peers*, zurückgehen.

Kurzinterventionen: In einem systematischen Review (Tevyaw & Monti 2004), das in der Leitlinie der American Psychiatric Association (2006) zitiert wird, wird geschlussfolgert, dass Kurzinterventionen bei der Reduktion von Alkoholkonsum effektiv sein können, insbesondere bei Anwendung außerhalb von Suchtkliniken. Die in dem Review angeführten Studien beziehen sich jedoch fast ausschließlich auf Kurzinterventionen, die Elemente des Motivational Interviewing beinhalten oder zumindest den Aspekt der Motivationssteigerung (Motivational Enhancement) in den Fokus stellen. So werden auch Studien angeführt, die nicht den Kriterien einer Kurzintervention entsprechen. Eine weitere methodische Schwäche des Reviews besteht darin, dass hauptsächlich Studien mit College-Studenten angeführt werden, die nicht mehr in die Altersgruppe der Jugendlichen fallen. Die Behandlungsempfehlung, welche hier aus der Leitlinie übernommen wird, erscheint zwar plausibel, hat aber eine schwache Evidenzlage. Die Behandlungsempfehlung muss derzeit auf solche Kurzinterventionen beschränkt bleiben, die methodisch auf Motivational Interviewing oder Motivational Enhancement fundieren.

Kognitive Verhaltenstherapie: Die Evidenz für den Einsatz von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsformen (KVT) lässt sich insgesamt als gut, aber nicht in jeder Hinsicht als eindeutig bezeichnen. Dies ergibt sich aus der NICE-Leitlinie (NICE 2011), den drei darin zitierten Metaanalysen und systematischen Reviews (Perepletchikova et al. 2008, Tripodi et al. 2010, Geyer et al. 2006), sowie der vier im Einzelnen bewerteten randomisiert-kontrollierten Evaluationsstudien zu dieser Therapieform (Kaminer & Burlison 1999, Kaminer et al. 1998 und 2002, Waldron et al. 2001). Die eigene systematische Literaturrecherche ergab zur KVT eine weitere RCT-Studie (Burlison et al. 2012) und ein systematisches Review (Engle & Macgowan 2009). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die in der eigenen Recherche gefundenen Studien die Befundlage aus vorliegenden Leitlinien unterstreichen. Das aktuelle systematische Review von Calabria et al. (2011) kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Die methodische Qualität mancher Studien sei unzureichend. Insbesondere seien häufige Mängel auf einen Selektionsbias und die unzureichende Kontrolle konfundierender Faktoren zurückzuführen. Trotz dieser Limitationen lägen für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) die überzeugendsten Wirksamkeits-

nachweise für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen im Vergleich zu anderen Interventionen vor.

Im etwas älteren systematischen Review von Perepletchikova et al. (2008) wird demgegenüber geschlussfolgert, dass sich eine eindeutige Empfehlung für eine bestimmte psychotherapeutische Ausrichtung im Allgemeinen und für die KVT im Speziellen nicht ableiten lasse, dass aber Multidimensionale Familientherapie und Gruppentherapien, die auf den Prinzipien der Verhaltenstherapie basieren, die breiteste empirische Unterstützung erfahren würden. In dem systematischen Review von Engle & Macgowan (2009) werden 13 verschiedene Gruppeninterventionen für Jugendliche mit schädlichem Alkoholgebrauch verglichen. Hier stellt sich dar, dass Gruppentherapien für Jugendliche mit einem verhaltenstherapeutischen Ansatz (Liddle et al. 2001) auch zu Follow-up-Zeitpunkten den Substanzkonsum der Jugendlichen signifikant reduzieren konnten. Im systematischen Review von Tripodi et al. (2010) wurde untersucht, ob Einzeltherapien bzw. Gruppentherapien, die jeweils aus mehreren Komponenten zusammengesetzt waren, wirksam in der Behandlung von Jugendlichen sind. Die Studie ergab eine bessere Wirksamkeit von KVT gegenüber anderen Therapieformen und hier leichte Vorteile von Einzeltherapien gegenüber familienbasierten Therapien.

Zudem wird aus der Analyse einer Reihe randomisiert-kontrollierter, methodisch gut durchgeführter Evaluationsstudien deutlich, dass verhaltenstherapeutische Maßnahmen entweder allein (Kaminer & Burlison 1998, Kaminer et al. 2002) oder in Kombination mit familienbasierten Therapien (Waldron et al. 2001) bei Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen und komorbiden psychischen Störungen, darunter auch mit einem Alkoholmissbrauch, den größten nachweisbaren Effekt haben. Erwünschte Effekte zum Alkoholgebrauch und in der Rückfallprophylaxe sind auch noch zu den Katamnesezeitpunkten bis neun Monate nach Behandlungsbeendigung nachweisbar, allerdings nicht deutlicher als in psychoedukativen Kontrollgruppen (Kaminer et al. 2008).

Die Nachhaltigkeit der verhaltenstherapeutischen Intervention ließ sich in der Studie von Kaminer & Burlison (1998) mit einem Katamnesezeitraum von 15 Monaten nicht bestätigen. Um die Nachhaltigkeit der Therapieeffekte zu erhöhen, wurde die KVT in der randomisiert-kontrollierten Studie von Burlison et al. (2012) um ein Nachsorgeelement erweitert. Die Nachsorge wurde entweder persönlich oder per Telefon durchgeführt und erwies sich auch im 12-Monats-Follow-up als wirkungsvoll. Jugendliche Patienten, die an der Nachsorge teilgenommen hatten, erlitten signifikant seltener Rückfälle in den Alkoholkonsum. Hierbei spielte es keine Rolle, ob die Nachsorgebehandlung persönlich oder telefonisch durchgeführt wurde. Sekundäre Effekte von KVT wurden drei Monate post interventionem vor allem bei Jungen als gebesserte Beziehungen zur Herkunftsfamilie und zur schulischen Ausbildung

beobachtet; neun Monate post interventionem waren diese nicht stärker als in psychoedukativen Kontrollgruppen (Kaminer et al. 2008).

Zusammenfassend wird festgestellt, dass KVT zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen gut evaluiert ist, sei es als alleiniges Therapieangebot oder ergänzt durch familienbasierte Angebote. Sowohl Einzeltherapien als auch ausgewählte Gruppentherapien mit verhaltenstherapeutischer Fundierung sind empfehlenswert in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum.

Familienbasierte Therapieformen: Die Leitlinien der APA (APA 2006) sowie der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde (SAMHSA 2006) geben Informationen zur Evidenzlage familienbasierter Interventionen. In beiden Leitlinien wird der Vorteil von familienbasierten Therapien gegenüber Einzeltherapien bei Kindern und Jugendlichen hervorgehoben. Eine erneute Analyse der in den Leitlinien zitierten Metaanalysen und systematischen Reviews (Perepletchikova et al. 2008, Tripodi et al. 2010), RCT-Studien (Coatsworth et al. 2001, Fishman et al. 2001, Latimer et al. 2003, Liddle et al. 2004, Szapocznik et al. 2003) sowie eines in der eigenen Literaturrecherche gefundenen Reviews (Calabria et al. 2011) ergibt demgegenüber, dass lediglich bestimmte Formen der Familientherapie wirksam sind. Die eigene Analyse ergibt zudem, dass die methodische Qualität jener Studien, in denen der Effektivität familienbasierter Interventionen nachgegangen wurde, im Vergleich zu den Wirksamkeitsstudien im Bereich der KVT schwächer ist. So werden in einigen randomisiert-kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der Familientherapie keine Katamnesen vermeldet (Coatsworth et al. 2001, Fishman et al. 2001, Szapocznik et al. 2003), oder es werden die Outcome-Variablen unzureichend beschrieben, so dass eine eindeutige Beurteilung der Effektivität nicht immer möglich ist. Folgende Formen der Familientherapie wurden untersucht: Multisystemische Therapie (MST), Multidimensionale Therapie (MDFT), Familienkurztherapie, Funktionale Familientherapie, Ressourcenorientierte Familientherapie sowie Integrierte Familien- und Kognitiv-Behaviorale Therapie (IFCBT).

Die Wirksamkeit der Multisystemischen Familientherapie (Henggeler et al. 1991) wurde zwei systematischen Reviews zufolge (Perepletchikova et al. 2008, Tripodi et al. 2010) nicht eindeutig nachgewiesen. So wird ein signifikanter Rückgang des selbstberichteten Alkoholkonsums vermeldet, der jedoch mit den toxikologischen Untersuchungen nicht kongruent ist. Auch im Follow-up wurde kein signifikanter Rückgang des Alkoholkonsums gemessen.

Die vorläufigen Wirksamkeitsnachweise verschiedener anderer Familientherapien (Friedman 1989; Smith et al. 2006) wurden in neueren Studien nicht repliziert (Perepletchikova et al. 2008). Für die Familienkurztherapie (Szapocznik et al. 2003) sowie

die Funktionale Familientherapie und die Ressourcenorientierte Familientherapie liegen demnach keine aktuellen Wirksamkeitsnachweise vor.

Von drei in den Leitlinien der APA (2006) sowie der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde (SAMHSA 2006) zitierten randomisiert-kontrollierten, methodisch gut durchgeführten Studien, befassen sich zwei mit der Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) (Liddle et al. 2001, Liddle et al. 2004) und eine mit der Integrierten Familien- und Kognitiv-Behavioralen Therapie (IFCBT) (Latimer et al. 2003). In der eigenen Literaturrecherche wurde ein aktuelles systematisches Review aus dem Jahr 2011 zur Wirksamkeit der MDFT und der IFCBT identifiziert (Calabria et al. 2011). Deswegen wird auf MDFT und IFCBT im Folgenden gesondert eingegangen.

Multidimensionale Familientherapie: Im systematischen Review von Calabria und Kollegen (Calabria et al. 2011) wird die MDFT, die auf einem integrierten, familienbasierten, multisystemischen Ansatz beruht, aufgrund der guten Evidenzbasierung hervorgehoben. Dies steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen des systematischen Reviews von Perepletchikova et al. (2008): MDFT führt, im Vergleich zu psychoedukativen Mehrfamiliengruppen und zur Jugendlichen-Gruppentherapie, effektiver zu einem Rückgang des Alkoholkonsums, auch im Ein-Jahres-Follow-up. Eine RCT-Studie von Liddle et al. (2001) zur MDFT zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe einen reduzierten Substanzkonsum sechs bis 12 Monate nach Behandlungsbeendigung. Als Outcome diente allerdings ein summatives Expertenrating, welches Selbstberichte, Kollateral- und Labordaten integrierte, aber nicht zwischen Alkohol- und illegalem Drogengebrauch differenzierte. In einer zweiten RCT-Studie (Liddle et al. 2004) setzte bei MDFT rückläufiger Alkoholkonsum eher („more rapid“) ein als in der Kontrollgruppe. Allerdings war hier die Fallzahl der betroffenen Jugendlichen mit einer Alkoholproblematik oder alkoholbezogenen Störung gering (n=22 von N=80), und es wird nicht explizit mitgeteilt, dass MDFT den Kontrollen überlegen gewesen sei.

Integrierte Familien- und Kognitiv-Behaviorale Therapie (IFCBT): In einer RCT-Studie für die IFCBT (Latimer et al. 2003) werden bis in die 6-Monate-Katamnese signifikant bessere Reduktionen im Alkoholkonsum ausgewiesen als in der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse der Studie sprechen dafür, dass die IFCBT eine wirksame Form familienbasierter Therapie in der Behandlung der alkoholbezogenen Störungen ist. Als sekundäre Effekte über Elterndaten (Latimer et al. 2003) werden für die IFCBT sechs Monate post interventionem Besserungen in der Familienfunktion berichtet.

Einbezug von Familienangehörigen in die Behandlung: In den Leitlinien der APA (APA 2006) sowie der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde (SAMHSA 2006) wird darauf hingewiesen, dass das Einbeziehen von Familienangehörigen die Wirksamkeit von anderen therapeutischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit einem Substanz-

missbrauch erhöhen kann. Der Empfehlung der APA-Leitlinie (APA 2006) liegt eine RCT-Studie (Waldron et al. 2004) zugrunde. Die Leitlinie der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde bezieht sich auf das systematische Review von Williams & Chang (2000), in dem der Vorteil einer Einbeziehung von Familienangehörigen für verschiedene Behandlungsformen belegt wird. Zusätzlich wurde in der eigenen Literaturrecherche eine methodisch hochwertige randomisiert-kontrollierte Studie (Spirito et al. 2011) gefunden, in der ein „Family Check-up“ als Ergänzung zum herkömmlichen Motivational Interviewing eingesetzt wurde. Im so genannten Family Check-up diskutieren die Familienmitglieder ihre Einstellungen bezüglich legaler und illegaler psychotroper Substanzen sowie zu Erziehungsfragen. Im 3-Monats-Follow-up hatten die Teilnehmer dieses Interventionsarms etwas bessere Effekte als die Teilnehmer der Kontrollgruppe (herkömmliches MI). Die Autoren schränken allerdings ein, dass abgewogen werden müsse, ob der zusätzliche organisatorische und finanzielle Aufwand die Durchführung des Family Check-ups rechtfertige. Aufgrund der nicht eindeutigen Vorteile sind die Autoren in der Bewertung zurückhaltend. Familienbasierte Therapieformen können KVT oder Motivational Interviewing (MI) sinnvoll ergänzen und weisen in dieser Kombination eine höhere Wirksamkeit als bei alleiniger Anwendung auf (Spirito et al. 2011, Waldron et al. 2001). Es wird aus der Leitlinie der US-Gesundheitsbehörde (SAMHSA 2006) die Empfehlung übernommen, dass die Herkunftsfamilie des jugendlichen Indexpatienten so intensiv wie möglich in die Behandlung einbezogen werden sollte.

Stationäre Therapie: In der NICE-Leitlinie CG 100 (NICE 2010) wird die Empfehlung gegeben, dass Kinder unter 16 Jahren, die ein Alkoholentzugssyndrom aufweisen, stationär aufgenommen und behandelt werden sollen. Gleichzeitig sollte eine Behandlung der körperlichen Erkrankungen erfolgen und eine psychosoziale Betreuung angeboten werden. In der Leitlinie wird keine Evidenzbasierung für diese Empfehlung angegeben. Ohne dass eine erneute systematische Recherche zur Thematik als erforderlich angesehen wird, spricht sich der Expertenkreis der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften aufgrund der hohen klinischen Relevanz für eine Übernahme der oben genannten NICE-Empfehlung aus.

3.7.2.4.2 Psychosoziale Therapie

Erziehungshilfe: In der Leitlinie der US-Gesundheitsbehörde (SAMHSA 2006) wird explizit auf die Notwendigkeit aufsuchender Hilfen für Familien mit einem Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen hingewiesen. In einem RCT untersuchen Fishman und Kollegen (Fishman et al. 2001) den zusätzlichen Nutzen begleitender kommunaler Familienhilfe für die Wirksamkeit einer aufsuchenden familienbasierten Therapie. Ihre

Community Resource Specialists (CRS) übernehmen als Laienhelfer neben organisatorischen Aufgaben vor allem eine Brückenfunktion zwischen den betroffenen Familien und dem kommunalen Jugendhilfe- bzw. dem sozialen Unterstützungssystem. Tatsächlich findet sich für die kombinierte Gruppe (Familientherapie und CRS) neben verringerten Abbruchquoten global eine signifikante Verbesserung der familien- und schulbezogenen Probleme der im Mittel 16 Jahre alten Jugendlichen sowie der Familienfunktionalität. Die Ergebnisse zeigen einerseits, dass eine Verzahnung aufsuchender familienbasierter Therapieansätze mit der kommunalen Familien- und Jugendhilfe die Abbruchquote deutlich verringern kann und einen Behandlungserfolg somit wahrscheinlicher macht. Andererseits weist die Studie methodische Mängel auf (z.B. keine standardisierten Outcome-Maße, keine Katamnesedaten) und thematisiert suchtspezifische Probleme nicht ausdrücklich (im Wesentlichen hatten die Jugendlichen familiäre, schulische und sonstige Verhaltensprobleme). Wegen dieser Limitationen spricht sich die Konsensus-Konferenz für ein Downgrade des Empfehlungsgrades aus und vergibt abweichend von der Leitlinie der US-Gesundheitsbehörde (SAMHSA 2006) lediglich einen Klinischen Konsenspunkt.

Psychosoziale Maßnahmen: In mehreren vorliegenden Leitlinien (APA 2006, NICE 2010, NICE 2011, SAMHSA 2006) werden am Rande generelle Empfehlungen für psychosoziale Therapien gegeben. Konkrete Hinweise auf Evidenzen gibt es mit einer Ausnahme jedoch nicht. Lediglich eine randomisiert-kontrollierte Studie (Waldron et al. 2001) kann der Leitlinie der APA (2006) entnommen werden. Das soziale Fertigkeiten-Training wird in der Leitlinie der US-Gesundheitsbehörde (SAMHSA 2006) ausdrücklich als eine effektive Interventionsform beschrieben. Die Wirksamkeit von Gruppentrainings wurde bei Jugendlichen mit einem beginnenden Substanzmissbrauch nachgewiesen (Griffin et al. 2003): Ein Jahr nach der Intervention wurde ein geringerer Konsum von verschiedenen Substanzen, darunter auch Alkohol, festgestellt.

Eine erneute Literaturrecherche wurde nicht durchgeführt. Die aus den Leitlinien abgeleiteten Empfehlungen zu psychosozialen Therapien wurden daher in einem Kreis von Praxisexperten diskutiert, welcher sich aus den Mitgliedern der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG und BKJPP) zusammensetzte. Die Experten sind konsent, dass psychosoziale Therapien den Behandlungserfolg bei Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen in Bezug auf eine Reduktion des Alkoholkonsums befördern und deshalb angeboten werden sollten. Die Empfehlung wird durch ein systematisches Review von Riedel-Heller und Kollegen (Riedel-Heller et al. 2012) gestützt, das im Zuge der Erstellung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen“ erstellt wurde. Hier wird die Evidenzbasierung verschiedener Formen der psychosozialen Therapie

untersucht. Es handelt sich dabei um Psychoedukation, das Training sozialer Fertigkeiten sowie Sport- und Bewegungstherapie. Zu jeder Form werden als Evidenzgrundlage mehrere Metaanalysen und randomisiert-kontrollierte Studien herangezogen. Obwohl die Zielgruppe des Reviews Erwachsene mit schweren psychischen Störungen sind, lassen sich dennoch Schlussfolgerungen für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen ableiten: Auch für diese Zielgruppe ist charakteristisch, dass sie wie Erwachsene mit schweren psychischen Störungen häufig schon seit längerer Zeit keinen Kontakt mehr zur Schule, Ausbildungseinrichtung oder Arbeitsstelle haben, wenn das Behandlungsgesuch gestellt wird. Die Aussagen des Reviews werden durch publizierte Expertenmeinungen und klinische Studien mit jugendspezifischen Populationen ergänzt (Klein 1993, Rümmele 1990, Thomasius et al. 2009). Daraus leitet sich ein Klinischer Konsenspunkt ab: Behandlungsangebote für Jugendliche mit alkoholbezogenen Störungen sollten psychosoziale Therapien (Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Sport- und Bewegungstherapie, Freizeitpädagogik, Ergotherapie) bereithalten.

Klinikschule: Im Expertenkreis der Mitglieder der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG und BKJPP) wurde auf die besondere Bedeutung der Klinikschule hingewiesen, da sie den jugendlichen Patienten eine Struktur bietet, sich hier die sozialen Fertigkeiten trainieren lassen und die Jugendlichen das Gefühl der Selbstwirksamkeit wieder erfahren. Wegen fehlender Literatur wird eine Empfehlung als Klinischer Konsenspunkt ausgesprochen, lediglich Sekundärliteratur ist vorhanden (Frey & Wertgen 2012, Harter-Meyer 2000). Bereits zu Beginn der stationären Behandlung von Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen sollte die Möglichkeit eines Klinikschulbesuchs bestehen. Im späteren Therapieverlauf sollte hingegen der reguläre Schulbesuch angestrebt werden.

3.7.2.4.3 Medikamentöse Therapie

Rückfallprophylaxe: Zur Frage der pharmakologischen Rückfallprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen wird auf eine systematische Literaturrecherche in der NICE-Leitlinie (NICE 2011) und in einem systematischen Review (Perepletchikova et al. 2008) zurückgegriffen. Die NICE-Leitlinie (2011) empfiehlt nach Maßgabe der Rechtslage in England, individuell für Jugendliche ab 16 Jahren die Gabe von Naltrexon (per os) oder Acamprosat jeweils im Zusammenhang mit einer psychologischen Intervention zu prüfen; Zielgruppe sind hier vor allem die über 16-Jährigen, welche nicht an einem multimodalen Therapieprogramm teilnehmen wollen oder in einem solchen Programm gescheitert sind. Disulfiram wird nur empfohlen für Patienten im Erwachsenenalter, welche die Risiken der Disulfiram-Einnahme verstehen.

In Ermangelung von Evidenz aus hochwertigen Studien werden in der NICE-Leitlinie (NICE 2011) keine speziellen pharmakologischen Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche abgeleitet, sondern eher als im Einzelfall statthaft angesehen. In der NICE-Leitlinie wird Disulfiram als Behandlungsoption nicht genannt. Da Disulfiram in Deutschland nicht mehr produziert wird steht, kann auch trotz Pilotstudien hierfür keine Empfehlung abgeleitet werden. Ferner sind sowohl Acamprosat wie auch Naltrexon in Deutschland für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht zugelassen, daher gelten die Warnhinweise zum Off-label-Use: Hierbei ist auf die richtige Dosierung, auf Neben- und Wechselwirkungen sowie auf körperliche Komorbiditäten zu achten. Off-label-Use setzt besondere Bemühungen voraus, Patienten wie Erziehungsberechtigten medizinisch riskante Aspekte zu erklären, zudem sollte die Erkrankung schwerwiegend und keine andere Therapie verfügbar sein. Ferner muss auf Grund der Datenlage die begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg bestehen. Zudem ist die bundesweit nicht immer einheitliche Rechtsprechung der Sozialgerichte zu beachten. Die Aufklärung über einen somit gegebenenfalls durchzuführenden individuellen Heilversuch, wie er auch in der pädiatrischen Pharmakologie üblicherweise praktiziert wird, muss ausführlich und gewissenhaft erfolgen und entsprechend dokumentiert werden. Zum Wohl des Patienten müssen erwartete Vorteile der Behandlung und abzusehende oder zu vermutende Nachteile sorgfältig abgewogen werden. Diese Abwägung hat kontinuierlich zu erfolgen und jeweils erneut, sobald neue Erkenntnisse über mögliche Risiken vorliegen. Der Arzt darf auch nicht abwarten oder erwarten, dass diese an ihn herangetragen werden, sondern er hat sich ständig aktiv, also aus eigenem Antrieb, zu informieren. Alternative Behandlungsverfahren sollten erörtert worden sein.

Medikamentöse Therapie bei psychischer Komorbidität (ADHS): Da die Literatur für medikamentöse Therapien Jugendlicher sehr spärlich ist und keine systematische Recherche durchgeführt wurde, wurde ein Klinischer Konsenspunkt bestimmt, der durch Lehrbücher gestützt wird (Backmund 2007, Grosshans & Mann 2012, Stolle & Thomasius 2009): Bei Komorbidität von alkoholbezogenen Störungen mit einem Aufmerksamkeits-Defizit Syndrom (mit oder ohne Hyperkinese) sollte eine Methylphenidat-Medikation des AD(H)S besonders kritisch hinterfragt und eine Medikation zurückhaltend geplant und im Behandlungsfall genau überwacht werden. Darüber hinaus sollte bei Komorbidität der alkoholbezogenen Störungen mit psychotischen Zustandsbildern, depressiven Störungen, Schlafstörungen, Traumafolgestörungen, Impulskontrollstörungen sowie emotionaler Instabilität die jeweilige Symptomatik gegebenenfalls ebenfalls pharmakologisch behandelt werden, um einer eventuellen dysfunktionalen Selbstmedikation durch Alkoholmissbrauch bestmöglich zu begegnen. Bei depressiven und schizophrenen/psychotischen Störungen ist die leitliniengerechte Behandlung mit zugelassenen Antidepressiva bzw. Antipsychotika

indiziert. Im Falle einer Medikation mit atypischen Neuroleptika, die möglicherweise auch bei den anderen oben genannten Krankheitsbildern eingesetzt werden, handelt es sich ebenfalls um individuelle Heilversuche, bei denen wiederum die Warnhinweise zum Off-label-Use gelten.

Eine Empfehlung für die medikamentöse Therapie bei Alkoholintoxikationen wurde ebenfalls im bereits erwähnten Expertenkreis diskutiert und zunächst als Klinischer Konsenspunkt vorgeschlagen. Dieser Empfehlung mochte sich die Konsensus-Konferenz nicht anschließen. Stattdessen wurde beschlossen, an dieser Stelle die Lehrbuchmeinung zu zitieren. Bei einer akuten Alkoholintoxikation mit mittelgradigen bis schweren Symptomen empfehlen Backmund (2007), Stolle und Thomasius (2009) sowie Grosshans und Mann (2012) analog zur Behandlung von Erwachsenen intensivmedizinische Maßnahmen, Delir-Behandlung, die Gabe von Benzodiazepinen und niederpotenten Neuroleptika sowie engmaschige Überwachung des Patienten. Im Einzelfall sind der individuelle adoleszente Metabolismus mit gegebenenfalls höherem Medikamentenverbrauch, das Körpergewicht und soweit erkennbar der Verstoffwechslungstyp zu beachten, um die optimale Dosierung der Pharmaka zu finden. Eine routinemäßige Anfallsprophylaxe mit Antikonvulsiva wird bei Jugendlichen nicht als zwingend notwendig angesehen. Dementsprechende Evidenz gibt eine Leitlinie der British Association for Psychopharmacology (BAP) (Lingford-Hughes et al. 2012).

3.7.2.4.4 Differenzielle Indikation

Die Wahl des Settings: In der NICE-Leitlinie (NICE 2011) werden Indikationskriterien aufgeführt, die es bei der Wahl eines passenden Behandlungssettings zu berücksichtigen gilt. Sie wurden von der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry übernommen. Demnach müssen eine Reihe von Variablen bei der Auswahl eines geeigneten Settings für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen erfasst und im Entscheidungsprozess mit einbezogen werden. Folgende Fragen sollten geklärt werden: 1.) Besteht ein 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 nach klaren Grenzen? 4.) Gibt es zusätzliche medizinische oder psychische Symptome 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? Durch die Klärung der genannten Fragen sollte die Wahl

eines geeigneten Behandlungssettings für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ermöglicht und eine möglichst optimale Versorgung gewährleistet werden.

Nach Stolle & Thomasius (2009) ist die Wahl der geeigneten Behandlungssettings unter anderem von folgenden Faktoren von Seiten des Patienten abhängig: Vorhandensein medizinischer Komplikationen und Folgen des Substanzkonsums, Art und Ausprägung von psychischen Funktionsstörungen und Entwicklungsstörungen, Vorhandensein einer Behandlungsmotivation, Rückfallpotenzial, diverse Umgebungsfaktoren.

Zusammenfassend sind bestimmte Rahmenbedingungen zu klären (z.B. Bedarf an einem geschützten Umfeld, an einer Struktur und klaren Grenzen), die körperliche und psychische Verfassung des Patienten zu erwägen (z.B. körperliche Folgen des Substanzkonsums, weitere medizinische und/oder psychische Symptome, Art und Ausprägung psychischer Funktionsstörungen und Entwicklungsstörungen, Rückfallpotenzial) und motivationale Aspekte zu berücksichtigen (z.B. Compliance der Jugendlichen und deren Familien, Vorlieben für bestimmte Behandlungen, evtl. vergangene schlechte Erfahrungen oder Behandlungsmisserfolge).

Individuelle Behandlungspläne: Der Expertenkreis kam zur Übereinstimmung, dass bei der stationären Behandlung besonders auf die Bedürfnisse der Patienten durch abgestimmte Therapiepläne eingegangen werden sollte. Es wird ein Klinischer Konsenspunkt (KKP) formuliert: In der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen und komorbiden psychischen Störungen sollten individuelle Therapiepläne eingesetzt werden, die auf die Konstellation von Substanzmissbrauch und komorbider Erkrankung abgestimmt sind. Insbesondere sollte das erhöhte Risiko für Suizide, Behandlungsabbruch und der von Mitpatienten übernommenen Delinquenz berücksichtigt bzw. verringert werden.

3.7.2.5 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

3.7.2.5.1 Psychotherapie

Motivational Interviewing: Obwohl hinreichende Studienergebnisse für die Wirksamkeit dieser Interventionsform bei Jugendlichen sprechen und die methodische Qualität der meisten Arbeiten gut ist, liegen keine Nachweise für die langfristige Wirksamkeit vor. Das Potential von MI, den Alkoholkonsum bei Jugendlichen langfristig zu reduzieren scheint somit aufgrund der Datenlage eher gering zu sein. Da die Intervention aber kurzfristig effektiv zu sein scheint und in anderen wichtigen Problembereichen positive kurz-, aber auch langfristige Effekte vorweisen kann (zum Beispiel in der Reduktion von Folgeschäden), wird für das Motivational Interviewing nach Diskussion der Befundlage auf der Konsensus-Konferenz eine „Soll“-Empfehlung (A) ausgesprochen.

Kurzintervention: Die Empfehlung wird lediglich durch eine einzelne methodisch gute Arbeit gestützt, die ebenfalls in anderen Leitlinien zitiert wird. Deshalb wird eine „Kann“-Empfehlung (O) ausgesprochen.

Kognitive Verhaltenstherapie: Die Studienergebnisse sind auf der Ebene der systematischen Reviews, Metaanalysen und RCT-Studien eindeutig und die methodische Qualität der Arbeiten ist gut bis sehr gut. Aufgrund der starken Evidenz in mehreren hochwertigen Studien (1a, 1b), erfolgt eine Aufwertung und es wird eine starke („Soll“-) Empfehlung (A) abgeleitet.

Familienbasierte Therapieformen: Da zum einen die methodische Qualität der Studien uneinheitlich ist und zum anderen eindeutige Wirksamkeitsnachweise für die verschiedenen Formen der Familientherapie fehlen, wird für familienbasierte Therapieformen lediglich eine („Kann“-) Empfehlung (O) ausgesprochen.

Multidimensionale Familientherapie (MDFT): Die Evidenzlage für Multidimensionale Familientherapie ist sehr gut, ebenso die methodische Qualität diesbezüglicher Arbeiten. Aufgrund der Indirektheit der Evidenz (1a) (fehlende Differenzierung des Substanzgebrauchs als Outcome-Kriterium) wird auf der Konsensus-Konferenz ein Downgrade des Empfehlungsgrades A auf B beschlossen.

Integrative Familien- und Kognitiv-Behaviorale Therapie (IFCBT): Die Evidenzlage für diese multidimensional und kognitiv-behavioral angelegte Familientherapie ist sehr gut, ebenso die methodische Qualität einer diesbezüglichen RCT-Studie (1b). Aufgrund der niedrigen Fallzahlen und des erklärtermaßen Stage-I-Status der Studie wird auf der Konsensus-Konferenz ein Downgrade des Empfehlungsgrades A auf B beschlossen.

Einbezug von Familienangehörigen in die Behandlung: Die Empfehlung wird direkt aus der Leitlinie des US-Gesundheitsministeriums übernommen. Aufgrund hoher klinischer Relevanz und guter Evidenzlage (1a) wird eine starke („Soll“-) Empfehlung (A) ausgesprochen.

Stationäre Therapie: Die Empfehlung wird aus der NICE-Leitlinie übernommen. Da es sich hier um eine Empfehlung ohne Angabe von Evidenzen handelt, diese aber über eine hohe klinische Relevanz verfügt, wird ein Klinischer Konsenspunkt (KKP) ausgesprochen.

3.7.2.5.2 Psychosoziale Therapie

Erziehungshilfe: Die Empfehlung wird aus der Leitlinie der US-Gesundheitsbehörde übernommen. Die Leitlinie bezieht sich auf eine RCT-Studie. Da die Studie nicht über eine ausreichende methodische Qualität verfügt, die Empfehlung jedoch klinisch relevant ist, wird ein Klinischer Konsenspunkt (KKP) ausgesprochen.

Psychosoziale Maßnahmen: Aufgrund fehlender Literatur und in Ermangelung einer systematischen Recherche, konnten lediglich eine Empfehlung aus der Leitlinie der US-Gesundheitsbehörde sowie ein qualitativ hochwertiges Review und einschlägige Sekundärliteratur berücksichtigt werden. Aus diesem Grund wird ein Klinischer Konsenspunkt (KKP) bestimmt.

Klinikschule: Aufgrund fehlender Literatur wurde im Expertenkreis ein Klinischer Konsenspunkt (KKP) ausgesprochen.

3.7.2.5.3 Medikamentöse Therapie

Rückfallprophylaxe: Aufgrund der spärlichen Befundlage kann nach dem Urteil des Expertenkreises und unter der Berücksichtigung der bekannten Studien keine Empfehlung ausgesprochen werden (KKP).

Medikamentöse Therapie bei psychischer Komorbidität (ADHS): Da die Literatur für medikamentöse Therapien Jugendlicher sehr spärlich ist und keine systematische Recherche durchgeführt wurde, wurde ein Klinischer Konsenspunkt bestimmt, der durch Lehrbücher gestützt wird.

3.7.2.5.4 Differenzielle Indikation

Die Wahl des Settings: Die Empfehlung wird direkt aus der NICE-Leitlinie übernommen und ist klinisch derart relevant, dass eine „Sollte“-Empfehlung (B) ausgesprochen wird.

Individuelle Behandlungspläne: Bei dieser Empfehlung wird ein Klinischer Konsenspunkt (KKP) vergeben, da es keine ausreichende Evidenzbasierung in der Literatur gibt, die Empfehlung jedoch im klinischen Alltag sehr relevant ist.

3.7.2.6 Empfehlungen für künftige Forschung

Für alle erwähnten Interventionsformen gilt, dass die Interventionen genauer untersucht werden müssen, um spezifische Empfehlungen ableiten zu können. So ist noch völlig ungeklärt, wie die Interventionen auf spezielle Untergruppen bei Kindern und Jugendlichen wirken. Es sollte untersucht werden, ob Interventionen für unterschiedliche Konsummuster differenzielle Wirksamkeit haben und ob die Interventionen gegebenenfalls alters- und entwicklungspezifisch angepasst werden müssen. Zudem muss der Forschungsfokus auf geschlechtsspezifische und ethnisch bedingte Unterschiede von Behandlungseffekten gelegt werden. Dasselbe gilt für besondere Risikopopulationen in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen (mehrgenerationaler Substanzmissbrauch, frühe Traumatisierungen, früher Verlust der Eltern etc.). Um passgenaue Empfehlungen

geben zu können, ist es weiterhin notwendig, über jene Mediatoren mehr zu erfahren, die bei psychotherapeutischen Interventionen eine Veränderung bewirken. Insbesondere bei den Kurzinterventionen (Motivational Interviewing) sollte die Nachhaltigkeit von Effekten über einen Untersuchungszeitraum von mehr als 12 Monaten post interventionem hinaus untersucht werden. In Studien zur Effektivität von Familientherapien sollten nicht nur die Indexpatienten sondern auch deren Angehörige mittels einschlägiger kriterienorientierter Diagnostik hinsichtlich psychischer Störungen untersucht werden.

Während bei den psychotherapeutischen Verfahren Empfehlungen aufgrund evidenzbasierter Erkenntnisse gemacht werden können, besteht bei den medikamentösen Therapien für Kinder und Jugendliche mit alkoholbezogenen Störungen sehr großer Nachholbedarf. Hier werden alters- und geschlechtsspezifische Erkenntnisse darüber benötigt, inwiefern die für Erwachsene geltenden Dosierungsempfehlungen von Psychopharmaka auf Kinder und Jugendliche in der Akutbehandlung übertragen werden können bzw. inwiefern Dosierungsempfehlungen bezüglich des geringen Körpergewichts und des von Erwachsenen abweichenden adoleszenten Metabolismus angepasst werden müssen. Es muss ferner erforscht werden, welche alterstypischen Kontraindikationen für den Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen vorliegen. Ebenso werden Erkenntnisse darüber benötigt, inwieweit eine medikamentöse Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter sinnvoll ist. Weiterhin sind pharmakogenetische Studien in Risikofamilien durchzuführen.

3.7.2.7 Literatur

1. American Psychiatric Association. Practice Guideline: Treatment of Patients with Substance Use Disorders. 2006.
2. Backmund M. Drogennotfälle im Jugendalter. In: Möller C, Herausgeber. Sucht im Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2007.
3. Bernstein J, Heeren T, Edward E, Dorfman D, Bliss C, Winter D, Bernstein E. A brief Motivational Interview in a Pediatric Emergency Department, plus 10-day telephone follow-up, increases attempts to quit drinking among youth and young adults who screen positive for problematic drinking. *American Emergency Medicine* 2010; 17(8): 890-902.
4. Burluson J, Kaminer Y, Burke R. Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders. *Journal of Substance abuse treatment* 2012; 42(1): 78-86.
5. Calabria B, Shakeshaft A, Avard A. A systematic and methodological review of interventions for young people experiencing alcohol-related harm. *Addiction* 2011; 106(8): 1406-1418.

6. Coatsworth JD, Santisteban DA, McBride CK, Szapocznik J. Brief strategic family therapy versus community control: engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process* 2001; 40: 313–332.
7. Engle B, Macgowan MJ. A critical review of adolescent substance abuse group treatments. *Journal of evidence-based social work* 2009; 6(3):217-243.
8. Fishman HC, Andes F, Knowlton R. Enhancing family therapy: the addition of a community resource specialist. *Journal of Marital and Family Therapy* 2001; 27(1): 111–116.
9. Frey H, Wertgen A, Herausgeber. *Pädagogik bei Krankheit. Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele*. Lengerich: Pabst 2012.
10. Friedman AS. Family-therapy vs. parent groups: Effects on adolescent drug abusers. *American Journal of Family Therapy* 1989; 17: 335-347.
11. Geyer D, Batra A, Beutel M, Funke W, Görlich P, Günthner A, Hutschenreuter U, Küfner H, Möllmann C, Müller-Fahrnow W, Müller-Mohnssen M, Soyka M, Spyra K, Stetter F, Veltrup C, Wiesbeck GA, Schmidt LG. Postakutbehandlung Alkoholbezogener Störungen. *Sucht* 2006; 52(1): 8-34.
12. Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR, Doyle MM. Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Preventive Medicine* 2003; 36: 1-7.
13. Grosshans M, Mann K. Alkohol. Akuttherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Batra A, Bilke-Hentsch O, Herausgeber. *Praxisbuch Sucht*. Stuttgart: Thieme 2012.
14. Harter-Meyer, R. „Wer hier nur Wissen vermitteln will, geht baden“ Unterricht an Schulen für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Harter-Meyer R, Schmitt F (Hrsg). *Schule und psychische Krise*, Bd. 2. Hamburg: LIT Verlag 2000.
15. Henggeler SW, Borduin CM, Melton GB, Mann BJ, Smith L, Hall JA, Cone L, Fucci BR. Effects of multisystemic therapy on drug use in serious juvenile offenders: a progress report from two outcome studies. *Family Dynamics of Addiction Quarterly* 1991; (1): 40-51.
16. Kaminer Y, Burleson JA. Psychotherapies for adolescent substance abusers: 15-month follow-up of a pilot study. *American Journal on Addictions* 1999; 8:114–119.
17. Kaminer Y, Burleson JA, Blitz C, Sussman J, Rounsaville BJ. Psychotherapies for adolescent substance abusers: a pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 186: 684–690.
18. Kaminer Y, Burleson JA, Goldberger R. Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2002; 190: 737–745.

19. Kaminer Y, Burleson JA, Burke RH. Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008; 47(12): 1405-1412.
20. Klein M. Sport und Bewegungstherapie als integrative Arbeit in der Suchtbehandlung. In: Hölter G (Hrsg). *Mototherapie mit Erwachsenen*. Schorndorf: Hoffmann 1993.
21. Latimer WW, Winters KC, D’Zurilla T, Nichols M. Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: a stage I efficacy study. *Drug and Alcohol Dependence* 2003; 71(3): 303–317.
22. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2001; 27(4): 651–688.
23. Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Ungaro RA, Henderson C. Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 2004; 36(1): 2–37.
24. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *Journal of Psychopharmacology* 2012; 26(7): 899-952.
25. Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, Woolard R, Lewander W. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67(6): 989-994.
26. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking – public health guidance. (PH 24) 2010a.
27. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. (CG 115) 2011.
28. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders and clinical management of alcohol-related physical complications. (CG 100) 2010.
29. Perepletchikova F, Krystal J, Kaufman J. Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(11): 1131-1154.
30. Riedel-Heller SG, Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Ay ES, Becker T. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen - Die S3-Leitlinie der DGPPN: Stand der Forschung, Behandlungsempfehlungen und Desiderate für die Versorgungsforschung. *Nervenarzt* 2012; 83: 847-854.

31. Rümmele E. Aspekte der Bewegungspsychotherapie. Eine Standortbestimmung. In: Rümmele E (Hrsg). Beiträge zur Bewegungspsychotherapie. Bd. I. Frankfurt / Main: Harri Deutsch 1990; 41-51.
32. Smith DC, Hall JA, Williams JK, An H Gotman N. Comparative efficacy of family and group treatment for adolescent substance abuse. *The American Journal on Addictions* 2006; 15: 131-136.
33. Substance abuse: clinical issues in intensive outpatient treatment. A treatment improvement protocol (TIP 47). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) – Federal Government Agency; 2006.
34. Spirito A, Sindelar-Manning H, Colby S, Barnett N, Lewander W, Rohsenow D, Monti P. Individual and family motivational interventions for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2011; 165(3): 269-274.
35. Stolle M, Thomasius R. Akutbehandlung. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner U, Riedesser P (Hrsg). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Schattauer 2009.
36. Szapocznik J, Hervis OE Schwartz S. Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse (NIH Publication No. 03-4751). NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction. Rockville, MD: National Institute on drug Abuse, 2003.
37. Tevyaw T, Monti PM. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications, and evaluations. *Addiction* 2004; 99(2): 63–75.
38. Tripodi S, Bender K, Litschge C, Vaughn M. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse A meta-analytic review. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2010; 164(1): 85-91.
39. Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P (Hrsg). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer 2009.
40. Thomasius R, Stolle M. (2009). Postakutbehandlung. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner U, Riedesser P (Hrsg). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Schattauer 2009.
41. Wachtel T, Staniford M. The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19 (5-6): 605-620.
42. Waldron HB, Kaminer Y. On the learning curve: cognitive–behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction* 2004; 99: 93–105.

43. Waldron HB, Slesnick NM, Brody JL, Turner CW, Peterson TR. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69: 802–813.
44. Walton MA, Chermack ST, Shope JT, Bingham RC, Zimmerman MA, Blow FC, Cunningham RM. Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents. *JAMA - Journal of the American medical association* 2010; 304(5): 527-535.
45. Williams RJ, Chang SY, Addiction Centre Adolescent Research Group. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2000; 7: 138–166.

3.7.3 Schwangere / erwachsene Frauen

Irmgard Vogt, Klaudia Winkler, Eva Hoch

3.7.3.1 Klinische Fragestellungen

- 1.) Mit Blick auf Frauen und Schwangere soll untersucht werden, welche Effektivität psychotherapeutische, medikamentöse oder psychosoziale Therapien in Bezug auf langfristige Abstinenz sowie die psychische und somatische Gesundheit im Vergleich zu Kontrollbedingungen haben.
- 2.) Welche differenziellen Indikationen bestehen für die einzelnen Zielgruppen?

3.7.3.2 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
	Psychotherapie in der Schwangerschaft	
3.7.3.2.1	<p>Kurzinterventionen</p> <p>Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen soll eine Kurzintervention angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (10, 41, 43)</p> <p>Gesamtabstimmung: 94 %</p>	KKP
3.7.3.2.2	<p>Psychotherapeutische Interventionen</p> <p>Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen psychotherapeutische Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP

	Psychosoziale Therapie in der Schwangerschaft	
3.7.3.2.3	Schadensminderungsmaßnahmen und Psychosoziale Interventionen in der Schwangerschaft Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen Schadensminderungsmaßnahmen und psychosoziale Interventionen angeboten werden Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar Literatur: (10, 29) Gesamtabstimmung: 89 %	KKP
3.7.3.2.4	Hausbesuche während und nach der Schwangerschaft Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen können Hausbesuche durch Angehörige von Fachberufen im Sozial- und/oder Gesundheitswesen angeboten werden. Empfehlungsgrad: O, LoE: 2b Literatur: nach systematischer Recherche (8, 42) Gesamtabstimmung: 94%	O
	Medikamentöse Therapie in der Schwangerschaft	
3.7.3.2.5	Einsatz von Medikamenten in der Behandlung von Schwangeren mit alkoholbezogenen Problemen (siehe Kapitel 3.4 und Kapitel 3.8) ⁴	
	Psychotherapie bei erwachsenen Frauen	
3.7.3.2.6	Kurzinterventionen (siehe Kapitel 3.1)	

<p>3.7.3.2.7</p>	<p>Integrierte Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei erwachsenen Frauen</p> <p>Frauen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und alkoholbezogenen Störungen sollte eine integrierte Behandlung beider Störungen in einem Therapieangebot angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 45)</p> <p>Gesamtabstimmung: 97 %</p>	<p>B</p>
<p>3.7.3.2.8</p>	<p>Kognitive Paartherapie mit erwachsenen Frauen mit alkoholbezogenen Störungen</p> <p>Frauen mit alkoholbezogenen Störungen kann eine kognitive Paartherapie angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (11, 14, 24, 30, 37)</p> <p>Gesamtabstimmung: 89 %</p>	<p>O</p>
	<p>Differenzielle Indikationen</p>	
<p>3.7.3.2.9</p>	<p>Therapieangebote nur für erwachsene Frauen mit alkoholbezogenen Störungen</p> <p>Frauen mit alkoholbezogenen Störungen kann eine Behandlung in einer Einrichtung nur für Frauen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (13, 16, 26, 37)</p> <p>Gesamtabstimmung: 90 %</p>	<p>O</p>

3.7.3.3 Hintergrund der Evidenz

Randomisiert-kontrollierte Studien (RCT), die das Geschlecht der Studienteilnehmenden systematisch berücksichtigen, sind selten. Entsprechend finden sich in den S3-Quelleitlinien zwar Ausführungen zur besonderen Lage von Frauen und ihren besonderen Behandlungsbedürfnissen, jedoch beziehen sich diese Angaben weitgehend auf unsystematische (z.B. NICE 2011, S. 39) und qualitative Studien (z.B. NICE 2011, S. 63ff). Im Kapitel „Psychological and psychosocial interventions“ werden die Daten nicht geschlechtsspezifisch aufbereitet; die Empfehlungen richten sich konsequenterweise an „Erwachsene“.

Schwangere Frauen werden in einer Reihe von Quelleitlinien explizit ausgeschlossen (z.B. APA 2006, NICE 2011). Folglich findet man auch keine Empfehlungen zu psychotherapeutischen oder psychosozialen Therapien für diese Personengruppe. An der insgesamt betrachteten schwierigen Datenlage hat sich durch die eigene systematische Literaturnachrecherche wenig geändert. Abgesehen von Kurzzeitinterventionen liegen keine geschlechtsspezifisch differenzierende Cochrane-Meta-Analysen zur Wirkung von psychotherapeutischen oder psychosozialen Therapien oder zu Differentiellen Indikationen vor. Lediglich zu schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen liegen Cochrane-Meta-Analysen mit den Schwerpunkten: Kurzinterventionen, Psychosoziale Interventionen und Hausbesuche (Lui et al. 2008, Stade et al. 2009, Doggett et al. 2005, Turnbull & Osborn 2012) vor. Alle vier Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die methodische Qualität der Ursprungsstudien für diese Art der Analysen entweder ungenügend ist oder keine qualifizierten Studien vorliegen. Der Mangel an RCT Studien unterstreicht den Bedarf an Forschung sowohl hinsichtlich der Wirkungen von psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen bei Frauen mit alkoholbezogenen Störungen im Allgemeinen und schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen im Besonderen.

3.7.3.4 Darstellung der Evidenz

3.7.3.4.1 Psychotherapie in der Schwangerschaft

Kurzinterventionen in der Schwangerschaft: Stade et al. (2009) haben in ihrer Cochrane-Meta-Analyse die Veröffentlichungen von vier Studiengruppen zu Kurzinterventionen in der Schwangerschaft identifiziert, die ihren methodischen Ansprüchen genügen (Chang et al. 1999, 2000, 2005, 2006; Handmaker et al. 1999, O'Connor & Whaley 2007, Reynolds et al. 1995). Über die eigene systematische Literaturrecherche konnte eine weitere RCT Studie gefunden werden (Tzilos et al. 2011). In allen diesen Studien hat die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen im Rahmen von Routineuntersuchungen in gynäkologischen Praxen, Kliniken oder Vorsorgeeinrichtungen für Schwangere stattgefunden. Es handelte sich somit durchweg nicht um Settings, die auf die Behandlung von alkoholbezogenen Störungen

spezialisiert waren. Die Auswahlkriterien für die Studienteilnehmerinnen waren in den Studien so angelegt, dass lediglich Frauen mit Verdacht auf Alkoholmissbrauch ausgewählt wurden, nicht aber alkoholabhängige Schwangere. Als Kriterien für die Teilnahme an den Studien galten: Für die Monate unmittelbar vor Beginn der Schwangerschaft wurden mindestens zwei Punkte im T-ACE Alkohol-Screening-Test erreicht und/oder an 7 Tagen in der Woche wurde eine Standardeinheit eines alkoholischen Getränks oder bei einer Gelegenheit zwei Standardeinheiten, und für die Monate nach Bekanntwerden der Schwangerschaft mindestens eine Standardeinheit in einer Woche konsumiert (z.B. O'Connor & Whaley 2007, Tzilos et al. 2011).

Die Stichprobe von Reynolds et al. (1996) umfasste 78 schwangere Frauen, von denen 17 als Problemtrinkerinnen identifiziert worden sind. Diesen 17 Frauen wurde die Teilnahme an einer Alkoholbehandlung empfohlen. Ähnlich sind O'Connor & Whaley (2007) vorgegangen, die im ursprünglichen Sample von 369 Frauen 24 alkoholabhängige Frauen identifiziert haben; diese wurden in eine Alkoholbehandlung überwiesen. In die Studie eingeschlossen wurden daher nur 345 Schwangere mit Verdacht auf Alkoholmissbrauch. Handmaker et al. (1999) haben 42 und Tzilos et al. (2011) 50 schwangere Frauen, die nicht alkoholabhängig waren, in ihre Stichproben aufgenommen. In drei dieser Studien liegt der Anteil der Studienteilnehmerinnen, die einer niedrigen sozialen Schicht zuzurechnen sind, zwischen 72% (O'Connor & Whaley 2007) und 88% (Reynolds et al. 1995). An diesen Studien haben vornehmlich afrikanische und hispanische Amerikanerinnen teilgenommen. Davon weichen die US-amerikanischen Studien von Chang et al. (Chang et al. 1999, 2000) ab, die insgesamt 123 Mittelschichtfrauen in ihren Studien untersucht haben. Schon zu Studienbeginn waren 58% dieser Frauen abstinent, 42% tranken im Durchschnitt 1,5 Einheiten eines alkoholischen Getränks bei einer Trinkgelegenheit. Keine Frau hatte eine aktuelle Alkoholabhängigkeitsdiagnose.

Die Schwangeren in den Kliniken und Praxen wurden routinemäßig zum Alkoholkonsum vor und während der Schwangerschaft sowie zu weiteren Aspekten ihrer Gesundheit befragt. Alle Frauen haben Informationen zur Wirkung von Alkohol in der Schwangerschaft erhalten. Diejenigen, die in diesen Voruntersuchungen die Kriterien für eine Studienteilnahme erfüllt haben, wurden angesprochen und bei entsprechender Bereitschaft in die Untersuchungs- oder Kontrollgruppe randomisiert. Nach der Randomisierung haben die Interventionsgruppen unterschiedliche Formen von Kurzinterventionen erhalten, die sich in Bezug auf Zeitaufwand, Häufigkeit der Interventionen, der inhaltlichen Ausrichtung (Psychoedukation, Kurzintervention mit Strukturierung, klassische Motivierende Gesprächsführung - MI) und in der Vermittlung (durch Professionelle (Reynolds et al. 1995), angeleitete Laien (O'Connor & Whaley 2007) oder durch ein PC-Programm (Tzilos et al. 2011) unterschieden. Chang et al. (2005, 2006) arbeiteten mit Paaren (in der Regel handelte es sich um den Partner oder

Ehemann der schwangeren Frau). Die Intervention beschränkte sich auf eine Sitzung mit einer entsprechend ausgebildeten Kinderschwester, die in diesem Setting sowohl die Schwangere ansprach als auch den Partner. Die Schwangeren in den Kontrollgruppen haben Informationsbroschüren zu den unerwünschten Auswirkungen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft erhalten, oft in Kombination mit einem Video (z.B. Reynolds et al. 1995, Tzilos et al. 2011). Die Nachuntersuchungen erfolgten durchweg kurzfristig (ein bis einige Monate nach der Intervention bzw. nach Geburt des Kindes). In allen Studien zeigte sich, dass Frauen in den Interventions- und Kontrollgruppen ihren Alkoholkonsum erheblich reduzierten; signifikante Unterschiede ergaben sich in dieser Hinsicht nicht. Interessant ist, dass in den Studien von Chang et al. (2005, 2006) auch die Partner ihren Alkoholkonsum erheblich reduziert haben. Wurden zusätzlich Daten der neugeborenen Babys ausgewertet, ergaben sich signifikante Unterschiede: Kinder von Müttern in den Interventionsgruppen hatten ein höheres Geburtsgewicht und ein größeres Längenwachstum als Kinder in den Kontrollgruppen (O'Connor & Whaley 2007, Tzilos et al. 2011). Stade et al. (2009) (vgl. auch Gilinsky et al. 2011) kamen angesichts der niedrigen Fallzahlen und der starken Variabilität im Design der Studien zu dem Schluss, dass Kurzinterventionen schwangere Frauen ermutigen können, keinen Alkohol während der Schwangerschaft zu trinken mit positiven Auswirkungen für die Mütter und ihre Kinder (z.B. O'Connor & Whaley 2007, Tzilos et al. 2011).

Das Executive Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2010, S. 25) geht von einem stufenweisen Vorgehen beim Einsatz von Kurzinterventionen aus. Folgende Vorgehensweisen werden empfohlen: Bei geringem Risiko (gemessen als Angaben zum Alkoholkonsum vor und vor allem während der Schwangerschaft) eine Kurzintervention, bei mittlerem Risiko wiederholte Kurzinterventionen (bei jeder Visite beim Frauenarzt oder über Telefonkontakte), bei Alkoholabhängigkeit wiederholte Kurzinterventionen, Vermittlung bzw. Überweisung in eine Alkoholbehandlung, bei Bedarf Einsatz von Medikamenten, kontinuierlicher Kontakt (z.B. über Telefon). Inhaltlich sollen sich die Kurzinterventionen am Modell von Motivierenden Gesprächsführung (MI) orientieren mit dem Ziel, nachhaltige Veränderungen des Trinkverhaltens herbeizuführen.

Psychotherapeutische Interventionen in der Schwangerschaft: Schwangere Frauen mit alkoholbezogenen Störungen benötigen mehr und intensivere Behandlungsangebote als andere Personengruppen, da sie nicht nur sich selbst sondern auch das ungeborene Kind gefährden (Landgraf & Heinen 2013). Das Executive Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2010, S. S26) empfiehlt daher, diesen Frauen den Zugang zu jedweder Behandlung zu erleichtern und sie prioritär zu berücksichtigen. Das gelingt dann am besten, wenn die verschiedenen Dienste und Institutionen sehr gut miteinander vernetzt sind. Es gibt einige Hinweise darauf, dass sich zur Behandlung dieser Personengruppe vor

allem integrierte ambulante oder stationäre Programme eignen. Als integriert gelten für Schwangere Programme, die sowohl die Behandlung der Substanzabhängigkeit als auch die – unmittelbar bevorstehenden – Aufgaben dieser Frauen als Mütter und als Erzieherinnen ihrer Kinder im Blick haben. Training in mütterlicher Feinfühligkeit und in den Fähigkeiten und Fertigkeiten, die man von einer Mutter erwartet, gehören zu diesen integrierten Behandlungsprogrammen (Miligan et al. 2010). Zurzeit lässt sich nicht entscheiden, welche psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung von schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen besonders geeignet sind. Die Experten und Expertinnen sind sich jedoch einig, dass die Ansprachen der Schwangeren vorurteilsfrei sein müssen und Schuldzuschreibungen kontraproduktiv sind. Evidenz zur differentiellen Wirksamkeit unterschiedlicher psychotherapeutischer Interventionen liegt nicht vor.

3.7.3.4.3 Psychosoziale Therapie in der Schwangerschaft

Schadensminderungsmaßnahmen und Psychosoziale Interventionen in der Schwangerschaft: Das Executive Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2010) verweist nachdrücklich darauf, dass schwangere Frauen mit alkoholbezogenen Störungen spezifische Beratung und Unterstützung benötigen, um ihre Abhängigkeit zu überwinden. Ein Ansatz ist die Schadensminderung. Dies bedeutet, den Frauen dabei zu helfen, den Schaden zu reduzieren, der mit dem Substanzkonsum in der Schwangerschaft verbunden ist. Die Autoren weisen darauf hin, dass mit der Formulierung von realistischen und für die Frauen erreichbaren Zielen gearbeitet werden soll, damit es – zunächst – zu einer Reduktion des Alkoholkonsums kommt. Idealziel ist die Abstinenz. Für den Schadensminderungsansatz spreche, dass dieser das Stigma, das mit dem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft verbunden ist, nicht verstärke, ebenso die Schuld- und Schamgefühle der schwangeren Frauen. Ein respektvolles, vorurteilsfreies Angebot der Gesundheitsfachkräfte zur Konsumreduktion helfe auf dem Weg zur Abstinenz. Randomisierte kontrollierte Studien, die diesen Ansatz unterstützen, liegen allerdings nicht vor. Lui, Terplan & Smith (2008) haben nach randomisierten kontrollierten Studien zu psychosozialen Interventionen von Schwangeren mit alkoholbezogenen Störungen recherchiert. Die Autoren haben alle psychosozialen Interventionen eingeschlossen, in denen validierte Methoden verwendet wurden. Dazu gehören das Kontingenzmanagement, die Motivierende Gesprächsführung und die Motivierende Unterstützungsbehandlung (MET), verschiedene psychotherapeutische Interventionen sowie kombinierte Methoden (Lui et al. 2008, S. 4). Sie haben 26 Studien (von insgesamt 958 Studien) identifiziert, die genauer geprüft worden sind. In keiner dieser randomisierten kontrollierten Studien wurden die Wirkungen von psychosozialen oder psychotherapeutischen Interventionen bei

Schwangeren in einer Alkoholbehandlung untersucht. Dieses Ergebnis unterstreicht nachdrücklich, wie notwendig methodisch gut vorbereitete und durchgeführte Studien mit dieser Klientel sind, um Interventionen zu erarbeiten, die effektiv sind und sowohl den Müttern wie ihren Kindern zugutekommen.

Hausbesuche während und nach der Schwangerschaft: In der eigenen systematischen Literaturnachrecherche konnte eine Meta-Analyse (Doggett et al. 2005 bzw. Turnbull & Osborn 2012) zu Hausbesuchen und ihren Wirkungen bei schwangeren süchtigen Frauen gefunden werden. Untersucht wurden die Wirkungen von Hausbesuchen während der Schwangerschaft und/oder nach der Geburt bei Frauen mit Alkohol- und Drogenproblemen im Hinblick auf Alkohol- und Drogenkonsum der Schwangeren bzw. der Mütter sowie dem Wohlergehen der Kinder. Insgesamt sieben Forschungsgruppen haben Studien vorgelegt, die den Such- und Auswahlkriterien der Autoren entsprochen haben. Drei Studien beziehen sich auf Schwangere, die illegale Drogen genommen haben, vier Studien auf Schwangere und Frauen unmittelbar nach der Geburt, die illegale Drogen und Alkohol genommen haben. Der Alkoholkonsum steht in den Studien der Forschungsgruppe von Streissguth (Ernst et al. 1999, Grant et al. 1996, Kartin et al. 2002) im Mittelpunkt. Untersucht wurden Frauen mit starkem Konsum von Alkohol und/oder illegalen Drogen während der Schwangerschaft (Rauschtrinken mit fünf und mehr Standardeinheiten mindestens einmal pro Monat und/oder Gebrauch einer illegalen Substanz mindestens einmal pro Woche). 2.244 hochschwangere Frauen und Frauen, die wenige Stunden vorher ihr Kind geboren hatten, füllten einen Screening-Test aus. Bei 131 Frauen aus dieser Stichprobe fanden sich Hinweise auf Abhängigkeit von Alkohol und anderen Drogen. Von diesen Frauen wurden 96 in die Studie eingeschlossen. 65 davon wurden der Untersuchungsgruppe zugeordnet, 31 der Kontrollgruppe (jede 3. Frau, die die Kriterien erfüllte). Die Intervention bestand in zunächst wöchentlichen, dann zweiwöchentlichen Hausbesuchen durch angeleitete Laien. Die Kontrollgruppe wurde alle sechs Monate angerufen oder angeschrieben, um den Kontakt mit den Müttern zu halten. Die Laufzeit der Studie war auf drei Jahre nach der Geburt des Index-Kindes festgelegt. Nach 36 Monaten wurden die Mütter zu ihrem Alkohol- und Drogenkonsum bzw. ihrer Abstinenz befragt sowie – bei fortgesetztem Konsum von Alkohol oder Drogen - zu ihrer Bereitschaft, an einer Suchtbehandlung teilzunehmen. Weiterhin wurden Daten zur psychosozialen Entwicklung des Index-Kindes erhoben. Hinsichtlich der Variablen, die sich auf den Konsum von Alkohol oder Drogen, auf die Teilnahme an einer Suchtbehandlung oder die Abstinenz beziehen, ergaben sich zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede (Ernst et al. 1999). Auch hinsichtlich der Daten zur psychosozialen Entwicklung des Index-Kindes (Kartin et al. 2002) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Unabhängig von der Intervention haben die Index-Kinder in beiden Gruppen Entwicklungsdefizite aufgewiesen.

Turnbull & Osborn (2012) weisen darauf hin, dass Hausbesuche für die Mütter wie für die Kinder Vorteile bringen können, wenn es sich zum Beispiel um eine gut ausgebildete Fachkraft aus dem Sozial- oder Gesundheitswesen handelt, die Besuche relativ häufig stattfinden, sich die Beziehung zwischen der Unterstützungsperson und der Mutter gut entwickelt und wenn diese die Mutter-Kind-Interaktionen fördert.

Schlussfolgerung: Hausbesuche bei schwangeren Frauen oder Frauen mit einem Neugeborenen, die alkohol- und andere drogenbezogene Problemen haben, können das Engagement dieser Frauen zur Teilnahme an einer Alkohol- oder Drogenbehandlung fördern. Ob Hausbesuche auch die Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter verbessern, ist offen, da die Studienergebnisse mit Interventionsbeginn nach der Entbindung dies bislang nicht eindeutig belegen.

3.7.3.4.4 Medikamentöse Therapie in der Schwangerschaft

Einsatz von Medikamenten in der Behandlung von Schwangeren mit alkoholbezogenen Problemen: Angaben zum Einsatz von Medikamenten in der Behandlung von Schwangeren mit alkoholbezogenen Störungen (s. Kapitel 3.4 sowie Kapitel 3.8).

3.7.3.4.5 Psychotherapie bei erwachsenen Frauen

Kurzinterventionen bei erwachsenen Frauen

Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei (nicht-schwangeren) Frauen mit alkoholbezogenen Störungen kann aus den Quelleitlinien und weiteren Studien abgeleitet werden (s. Kapitel 3.1 und 3.2).

Integrierte Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei erwachsenen Frauen: Es liegen drei randomisierte, kontrollierte Studien (Hien et al. 2004, Hien et al. 2009, Zlotnick et al. 2009) und vier Re-Analysen (Hien et al. 2010a, Hien et al. 2010b, Hien et al. 2012, Killeen et al. 2008) vor, auf die sich die Empfehlung stützt. Die Studie von Hien et al. (2004) ist u.a. aus einer Quelleitlinie (APA 2006) zitiert. Alle weiteren Studien (Hien et al. 2009, Hien et al. 2010a, Hien et al. 2010b, Hien et al. 2012, Killeen et al. 2008, Zlotnick et al. 2009) wurden über die eigene Literaturnachrecherche gefunden. An der quasi-experimentellen Studie von Hien et al. (2004) haben 107 Frauen zwischen 18 und 55 Jahren teilgenommen, die die diagnostischen Kriterien einer akuten oder unterschweligen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie einer akuten Suchtstörung aufwiesen. Die Mehrzahl der Teilnehmerinnen hatten eine Diagnose für Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit. Die Teilnehmerinnen wurden

nach Zufall zwei Behandlungsgruppen zugelost: einer Gruppe mit einem integrierten manualisierten Programm zur Behandlung von PTBS und Substanzabhängigkeit (dem Therapieprogramm „Sicherheit finden“ - Seeking Safety –SS) (vgl. Najavits et al. 1998, Najavits 2002a, 2002b, 2008) oder einer Gruppe mit einem Rückfallpräventionsprogramm. Es handelt sich bei beiden Behandlungen um unterschiedliche Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie. Als Vergleichsgruppe wurde eine nicht-randomisierte Gruppe von 32 Frauen herangezogen, die an einer Standardbehandlung teilgenommen hat. Zum Abschluss der Behandlung sowie nach sechs und nach neun Monaten haben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Interventionsgruppen hinsichtlich der Verbesserung der PTBS-Symptome und des Substanzkonsums gefunden, jedoch signifikante Unterschiede im Vergleich zur Standardbehandlungsgruppe.

An der randomisierten, kontrollierten und teilverblindeten Studie von Hien et al. (2009) nahmen 353 Frauen im Alter von 18-65 Jahren teil, die blockweise in sieben lokalen Behandlungsprogrammen quer durch die USA aufgenommen wurden. Das Aufnahmekriterium war die Diagnose einer akuten oder unterschweligen PTBS und einer akuten Suchtstörung. 8,8% der Frauen hatten eine Diagnose für Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit, 56,1% eine Zusatzdiagnose für Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit. Die Untersuchungsgruppe nahm am manualisierten Gruppenbehandlungsprogramm SS teil (12 Sitzungen über sechs Wochen), die Kontrollgruppe an einem allgemeinen Gesundheitsprogramm für Frauen (12 Sitzungen über sechs Wochen). Beide Gruppen nahmen zusätzlich an lokalen Standardprogrammen zur Behandlung von Sucht teil (zum Beispiel Gruppentreffen der Anonymen Alkoholiker). Zum Behandlungsende sowie nach sechs und 12 Monaten konnten in beiden Gruppen signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Symptome der PTBS und auch der Suchtstörung (gemessen als Abstinenz) festgestellt werden; signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen wurden nicht festgestellt. Diese Studie ist mehrfach nachanalysiert worden. Killeen et al. (2008) untersuchten, ob unerwünschte Ereignisse (uE) bei der integrierten Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen aufgetreten sind. Sowohl in der Studiengruppe als auch in der Kontrollgruppe wurden uE beobachtet, für die ein Zusammenhang mit den Interventionen nachgewiesen wurde; die Häufigkeit der uE unterscheidet sich in beiden Gruppen nicht. Die Mehrheit der uE hatten leichte oder mittlere Ausprägungen; 83% der uE bezogen sich auf eine (vorübergehende) Verstärkung von Symptomen der PTBS, der Depression oder der Ängste und nur 10% auf eine Zunahme des Alkohol- oder Drogenkonsums (7% hatten eine andere Symptomatik). Nur bei einer Person in der Kontrollgruppe wurden schwere unerwünschte Wirkungen festgestellt. Insgesamt betrachtet ist die Belastung durch uE eher gering und unabhängig von den Interventionen in der Untersuchungsgruppe.

In einer weiteren Studie (Hien et al. 2010a) wurden die Daten der Klientinnen mit alkoholbezogenen Störungen (N=111) im Vergleich zu den Klientinnen mit anderen substanzbezogenen Störungen (N=242) ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen mit einer alkoholbezogenen Diagnose in der Untersuchungsgruppe (integrierte Behandlung von PTBS und alkoholbezogenen Störungen mit dem Programm SS) von der Behandlung hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen signifikant mehr profitierten als Frauen in der Vergleichsgruppe. In einer zusätzlichen Studie konnten Hien et al. (2010b) nachweisen, dass eine Trauma-fokussierte Behandlung zu signifikanten Verbesserungen hinsichtlich des Konsums von psychoaktiven Substanzen führt und dass Frauen, die in der Eingangsuntersuchung hohe Missbrauchs- und Abhängigkeits-Werte erreichen, davon besonders profitieren können. Hien et al. (2012) untersuchten zusätzlich, wie sich die Dauer der Behandlung (gemessen als Teilnahme an den Gruppensitzungen) auf das Ergebnis auswirkt. Mit einer Latent-Class-Analyse konnten sie 3 Gruppen von Frauen unterscheiden: frühzeitige Beenderinnen, reguläre Beenderinnen und Titratorinnen - Frauen, die selbständig die „Dosis“ an Behandlung bestimmen, die sie für ihre Verhaltensänderungen benötigen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Titratorinnen in der Behandlungsgruppe am Ende der Behandlung und im Jahr danach im Vergleich zu denjenigen in der Kontrollgruppe signifikant niedrige Werte hinsichtlich des Alkohol- und Kokain-Konsums hatten.

Zlotnick et al. (2009) haben die Wirksamkeit von Seeking Safety (SS) im Vergleich zu einer Standardbehandlung an 49 Frauen mit PTBS und einer Suchtstörung (87,8% hatten die Diagnose Alkoholabhängigkeit) in einer randomisierten kontrollierten Studie im Gefängnis untersucht. Alle Frauen profitierten von den Behandlungen, signifikante Unterschiede zwischen Studien- und Kontrollgruppe wurden in diesem Setting nicht gefunden.

Die Ergebnisse der drei Hauptstudien und der Nachuntersuchungen weisen alle in dieselbe Richtung: eine integrierte Behandlung von PTBS und von Suchtstörungen ist machbar, hat wenig unerwünschte Wirkungen und hilft vor allem den Frauen mit akuter Abhängigkeit von Alkohol. Da in einer Reihe von Studien nachgewiesen worden ist, dass der Anteil der Frauen, die als Folge von Gewalterfahrungen in der Kindheit, in der Jugend oder als Erwachsene eine PTBS entwickeln, sehr hoch ist (Fowler & Faulker 2011, Waldrop 2009), empfiehlt das New York State Department of Health in seinen Leitlinien (New York State Dept. Of Health 2009), in den Eingangsuntersuchungen alle Frauen mit alkoholbezogenen und anderen substanzbezogenen Störungen systematisch nach Gewalterfahrungen zu befragen sowie Eingangstests für PTBS durchzuführen.

Kognitive Paartherapie mit erwachsenen Frauen mit alkoholbezogenen Störungen:

Eine Quell-Leitlinie (NICE 2011) geht ausführlich auf die Kognitive Paartherapie ein, allerdings ohne geschlechtsspezifische Differenzierung. Wie in dieser Leitlinie (NICE 2011,

S. 68ff) dargestellt wird, ist die Bereitschaft männlicher Partner, sich für ihre süchtigen Partnerinnen einzusetzen, viel geringer als umgekehrt die von Frauen, sich um die Gesundheit ihrer süchtigen Partner zu kümmern. Daher lassen sich die Ergebnisse, die an Paaren mit alkoholabhängigen Männern, die zusammen mit ihren nicht-süchtigen Frauen an einer Kognitiven Paartherapie teilgenommen haben, nicht übertragen auf alkoholabhängige Frauen, die mit ihren Männern an einer entsprechenden Behandlung teilnehmen.

Es liegen zwei randomisierte kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie mit Paaren, in denen die Frauen alkoholabhängig sind, untersucht haben (Fals-Stewart et al. 2006, McCrady et al. 2009). Fals-Stewart et al. (2006), abgeleitet von NICE 2011 (S. 293ff), untersuchten 138 heterosexuelle Paare. Die Frauen waren zwischen 20 und 60 Jahren (Durchschnittsalter der Frauen: 33 Jahre, der Partner: 35 Jahre), mindestens ein Jahr verheiratet oder zwei Jahre zusammenlebend und hatten eine Diagnose Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit. Die Partner dieser Frauen waren – als Ergebnis eines Eingangstests – weder alkohol- noch drogenabhängig, aber oft Raucher. Angaben über Beziehungsprobleme in der Partnerschaft zu Beginn der Behandlung liegen nicht vor. Die Frauen stimmten zu Behandlungsbeginn zu, während der Dauer der Behandlung keinen Alkohol zu trinken oder andere psychoaktive Stoffe zu nehmen. Die Paare wurden in drei Gruppen randomisiert: 46 Paare erhielten manualisierte Kognitive Paartherapie (KPT), 46 Paare erhielten manualisierte Individuelle Kognitive Therapie (IKT) und 46 Paare erhielten eine Standardtherapie (TAU). Alle Behandlungen waren auf 32 Sitzungen angelegt. Die KPT war aufgeteilt in 12 Sitzungen mit dem Paar und 20 Sitzungen mit den Frauen aus diesen Paaren allein. Die IKT bestand aus 32 Sitzungen nur mit der jeweiligen Frau allein mit einem individuellen Behandlungsprogramm (IP). Das Standardprogramm (TAU) bestand ebenfalls aus 32 Sitzungen mit 12 Sitzungen mit Vorträgen für die Paare und 20 Sitzungen mit den Frauen allein mit IP. Während der Behandlung und in den 12 Monaten nach der Behandlung ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen: Frauen in der KPT-Gruppe profitierten im Vergleich zu den anderen Gruppen signifikant von der Behandlung. Die Zufriedenheit mit der Partnerschaft war für beide Partner in der KPT-Gruppe signifikant höher als in den anderen Gruppen.

McCrady et al. (2009) haben 109 Frauen mit einer Diagnose Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit in ihre Studie aufgenommen, die einen Partner hatten, mit dem sie verheiratet waren oder über einen definierten Zeitraum hin eine feste Beziehung hatten. Das Durchschnittsalter der Frauen in der Studie lag bei 45 Jahren, das ihrer Partner bei 48 Jahren. Die Partner mussten ihre Bereitschaft erklären, an der Behandlung mitzuwirken. Die Partner tranken alle ebenfalls Alkohol, erfüllten aber nicht die Kriterien von Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit. Das Behandlungsziel für alle Frauen war Abstinenz;

die Partner waren nicht gehalten, ihre alkoholbezogenen Gewohnheiten zu ändern. Angaben über Beziehungsprobleme in der Partnerschaft zu Beginn der Behandlung liegen nicht vor. Die Paare wurden in zwei Gruppen randomisiert: 56 Paare in der Untersuchungsgruppe erhielten KPT, 53 Paare in der Kontrollgruppe Individuelle Kognitive Therapie (IKT). Beide Behandlungen waren manualisiert, auf 20 Sitzungen angelegt und angeleitet von einem Therapeuten bzw. einer Therapeutin. An den KPT-Sitzungen von jeweils 90 Minuten Länge sollte immer das Paar teilnehmen, an den IKT-Sitzungen von jeweils 60 Minuten Länge immer nur die Frau. Frauen in beiden Behandlungsgruppen profitierten von der Behandlung, jedoch waren die Effekte in der KPT-Gruppe signifikant stärker. Auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Partnerschaft war die KPT-Behandlung der IKT-Behandlung überlegen. In der KPT-Gruppe war die Teilnahme an den Sitzungen signifikant geringer als in der IKT-Gruppe (Graff et al. 2009). Das hat dann wenig Auswirkung auf das Gesamtergebnis, wenn sich das Trinkverhalten in den ersten 4 bis 6 Wochen stark verändert und in dieser Zeit Abstinenz erreicht wird (Hildebrand et al. 2010).

Unklar ist bislang, welche Bedeutung für das Behandlungsergebnis der persönliche Wunsch der Klientinnen nach einer Paarbehandlung oder nach einer Individuellen Therapie hat (McGrady et al. 2011). Die Berücksichtigung solcher Wünsche könnte wichtig sein für das Studienergebnis, da davon auszugehen ist, dass Frauen sich bereitwilliger auf die Behandlung einlassen, wenn das Setting für sie optimal ist. Als Statement ist zusammenfassend festzuhalten, dass Frauen mit alkoholbezogenen Problemen, deren Partner bereit sind, an der Behandlung im Rahmen einer Kognitiven Paartherapie (KPT) mitzuarbeiten, davon signifikant profitieren können. Diese Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Partner nur für wenige Sitzungen an der Behandlung teilnehmen. Für diese Paare ist eine Kognitive Paartherapie zu empfehlen.

3.7.3.4.6 Differenzielle Indikationen

Therapieangebote nur für erwachsene Frauen mit alkoholbezogenen Störungen:

Es liegen aus der Literaturnachrecherche drei randomisierte, kontrollierte Studien sowie einige Re-Analysen vor, die die Wirksamkeit des Settings „Behandlungseinrichtungen nur für Frauen“, untersuchen (Cummings et al. 2010, Dahlgren & Wilander 1989, Gjestad et al. 2011, Greenfield et al. 2007, Kaskutas et al. 2005).

Die Pilotstudie von Greenfield et al. (2007) bezieht sich auf 36 Frauen, von denen 31 von Alkohol und fünf von anderen Drogen abhängig waren. 29 dieser Frauen wurden in eine Behandlungsgruppe nur für Frauen randomisiert (FG), sieben in eine Männer-Frauen-Behandlungsgruppe (FMG). Die Behandlungen liefen über 12 Wochen, waren manualisiert und fanden über jeweils 90 Minuten einmal pro Woche ambulant statt. Während der Behandlung zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen; Frauen in beiden Settings

profitierten. In den sechs Monaten nach Behandlungsende zeigten sich in der FG jedoch signifikante Unterschiede gegenüber FMG hinsichtlich der Reduktion des Alkoholkonsums ($p < .03$, Effekt-Stärke = 0.81). Zudem waren Frauen in FG mit der Behandlung signifikant zufriedener als Frauen in FMG ($p < .009$, Effekt-Stärke = 1.11). Die Re-Analyse (Cummings & Gallop 2010) zeigt darüber hinaus, dass insbesondere Frauen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung von einer Behandlung in FG profitieren.

Gjestad et al. (2011) haben die Daten der Klientinnen von Dahlgren & Wilander (1989), die wegen Alkoholproblemen stationär behandelt worden sind, nachuntersucht. Es handelt sich bei der Ursprungsuntersuchung (Cummings et al. 2010) um eine randomisierte, kontrollierte Studie; 200 Frauen wurden nach Zufall in den 1980er Jahren einer FG oder FMG zugewiesen. Die Interventionen waren nicht manualisiert. Dahlgren & Wilander (1989) konnten zeigen, dass die Frauen in FG zwei Jahre nach Behandlungsende signifikant bessere Werte aufwiesen hinsichtlich Abstinenz bzw. nachhaltiger Reduktion ihres Alkoholkonsums als die Frauen in FMG. Gjestad et al. (2011) haben für diese Stichprobe 20 Jahre nach dieser Behandlung die Daten der Todesursachenstatistiken in Schweden ausgewertet. Danach haben Frauen in FG signifikant geringere Mortalitätsraten als Frauen in FMG. Die Autoren führen dieses Ergebnis auf die unterschiedlichen Behandlungssettings zurück.

Kaskutas et al. (2005) haben 122 Frauen mit Suchtproblemen 4 unterschiedlichen Settings nach Zufall zugeordnet. Es handelt sich um eine Stichprobe mit Abhängigkeiten von Alkohol (27%), Alkohol und anderen Drogen (30%) und von illegalen Drogen (43%). Alle Behandlungen – durchwegs Tagesprogramme mit unterschiedlicher Dauer (drei Wochen bis sechs Wochen) - waren nicht manualisiert, basierten jedoch auf dem 12-Schritte-Programm (der Anonymen Alkoholiker) und wurden in Gruppensitzungen durchgeführt. Bei Bedarf wurden auch Einzelsitzungen durchgeführt. In einer Einrichtung nur für Frauen – FG - wurden 31 Frauen sechs Wochen lang behandelt, in zwei ambulanten Einrichtungen für Männer und Frauen insgesamt 49 Frauen (in einer dieser Einrichtungen sechs Wochen, in der zweiten vier Wochen) und in einer Klinik mit einem Tagesprogramm – KG - 42 Frauen (für insgesamt drei Wochen). Die Gruppenstärke variierte von Setting zu Setting mit 15 Frauen in KG und 30 Frauen in einer ambulanten Einrichtung für Männer und Frauen. Die Anzahl der Tage, an denen die Frauen tatsächlich an den Behandlungsprogrammen teilgenommen haben, variierte zwischen den Settings (minimal $9,4 \pm 11,4$ Tage in FG und maximal $12,9 \pm 13,3$ Tage in einer Einrichtung für Männer und Frauen); die Differenzen sind nicht signifikant. Sie stehen auch nicht in Zusammenhang mit der geplanten Länge der Behandlungen. In den Eingangsuntersuchungen ergaben sich signifikante statistische Differenzen zwischen den Frauen in FG und in KG: sie hatten signifikant häufiger einen Partner mit Alkohol- oder Drogenproblemen (FG: 42%, KG: 12%). Angaben zur Abstinenz

wurden während der Intervention sowie nach 6 und 12 Monaten nach Behandlungsende erhoben. Die multivariate Analyse zeigte, dass es einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Abstinenz von Alkohol oder Drogen zwischen den Frauen in FG und KG gab: Frauen in FG schnitten schlechter ab als Frauen in KG. Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass diejenigen Frauen, die in einem klinischen Setting zusammen mit Männern an einem Tagesprogramm zur Behandlung ihrer Suchtprobleme teilgenommen haben, hinsichtlich der Abstinenz am meisten von der Behandlung profitieren.

Die Ergebnisse der Studien, die mit Bezug auf den Einrichtungstyp die Wirkungen von Behandlungen von alkoholbezogenen Störungen bei Frauen untersucht haben, sind sehr unterschiedlich angelegt und kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. In einigen Studien profitieren die Frauen von Behandlungseinrichtungen nur für Frauen (Cummings et al. 2010, Dahlgreen & Wilander 1989, Gjestad et al. 2011, Greenfield et al. 2007), in einer weiteren Studie ist das Ergebnis nicht eindeutig (Kaskutas et al. 2005). Allerdings unterscheiden sich die Frauen in dieser Studie bereits bei der Eingangsuntersuchung in mindestens einer Variablen systematisch voneinander: Frauen, die in der Einrichtung nur für Frauen behandelt werden, haben signifikant häufiger einen Partner, der selbst ein Alkohol- oder Drogenproblem hat als Frauen in anderen Einrichtungen. Es ist daher davon auszugehen, dass das Rückfallrisiko dieser Frauen von vornherein höher liegt als bei den Frauen in den Vergleichsgruppen. Die Ergebnisse scheinen diese Annahme zu bestätigen (Kaskutas et al. 2005). Insgesamt genommen sind die Studienbedingungen sehr heterogen, was die Beurteilung der Ergebnisse erschwert. Dazu kommen Hinweise darauf, dass sich die Wünsche der Frauen hinsichtlich des Behandlungssettings auf die Ergebnisse auswirken (Greenfield & Pirard 2009): Frauen, die eine Behandlung in einer Frauengruppe wünschen, profitieren davon mehr als Frauen, die in diese randomisiert werden. Frauen sollten daher die Wahl haben, ob sie nur zusammen mit Frauen an ambulanten Gruppenbehandlungen oder stationären Rehabilitationen teilnehmen wollen oder an vergleichbaren Programmen zusammen mit Männern.

3.7.3.5 Von der Evidenz zur Empfehlung

Kurzinterventionen in der Schwangerschaft: Auf der Grundlage der Studienergebnisse (Executive Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada 2010, Stade et al. 2009, Tzilos et al. 2011) wird eine „Kann“-Empfehlung (O) ausgesprochen und auf der Grundlage von hoher klinischer Relevanz von Kurzinterventionen bei erwachsenen Frauen ein Klinischer Konsenspunkt (KKP) vergeben.

Psychotherapeutische Interventionen in der Schwangerschaft: Auf der Grundlage von hoher klinischer Relevanz der erprobten psychotherapeutischen Verfahren zur

Behandlung von alkoholbezogenen Störungen wird ein Klinischer Konsenspunkt (KKP) vergeben.

Schadensminderungsmaßnahmen und Psychosoziale Interventionen in der Schwangerschaft: Die in der Literaturnachrecherche gefundene Meta-Analyse (Lui et al. 2008) weist keine RCT-Studien aus, in denen die Wirksamkeit psychosozialer oder psychotherapeutischer Interventionen bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen in der Schwangerschaft untersucht worden ist. Auf der Grundlage der klinischen Erfahrungen beim Einsatz erprobter Maßnahmen zur Schadensminderung und von Psychosozialen Interventionen zur Behandlung von alkoholbezogenen Störungen in der Schwangerschaft wird ein Klinischer Konsenspunkt (KKP) vergeben.

Hausbesuche während und nach der Schwangerschaft: Die Empfehlung Hausbesuche zur Unterstützung von Frauen mit alkoholbezogenen Störungen kurz vor und nach der Geburt eines Kindes durch Angehörige von Fachberufen im Sozial- und/oder Gesundheitswesen über einen längeren Zeitraum hinweg durchzuführen und deren Wirkung hinsichtlich der Entwicklung eines Index-Kindes zu evaluieren, leitet sich aus der Metaanalyse ab. Da einschlägige RCT-Studien ausstehen, wird eine („Kann“-) Empfehlung (O) ausgesprochen.

Einsatz von Medikamenten in der Behandlung von Schwangeren mit alkoholbezogenen Problemen: Zur Anwendung von Medikamenten in der Behandlung von schwangeren und nicht-schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen siehe Kapitel 3.4 und Kapitel 3.8.

Kurzzeitinterventionen bei erwachsenen Frauen: Zur Anwendung von Kurzinterventionen bei erwachsenen Frauen siehe Kapitel 3.1.

Integrierte Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei erwachsenen Frauen: Die Ergebnisse der RCT-Studien mit einem Evidenzgrad von 1b belegen, dass die integrierte Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) in einem Therapieangebot zu empfehlen ist. Es wird ein Empfehlungsgrad B abgeleitet: Frauen mit PTBS sollte eine integrierte Therapie angeboten werden.

Kognitive Paartherapie mit erwachsenen Frauen mit alkoholbezogenen Störungen: Die Ergebnisse der Studien, die die Wirkungen von Kognitiver Paartherapie im Vergleich mit Individueller Kognitiver Therapie bei Frauen mit alkoholbezogenen Störungen und ihren Partnern untersucht haben, sind insgesamt positiv: sie zeigen, dass die Frauen von diesem Behandlungsangebot profitieren. Frauen mit alkoholbezogenen Störungen und einem Partner, mit dem sie in einer festen Beziehung leben, ist daher eine Kognitive Paartherapie zu empfehlen, insbesondere dann, wenn die Frauen und ihre Partner das wünschen.

Therapieangebote nur für erwachsene Frauen mit alkoholbezogenen Störungen:

Angesichts der Heterogenität der Studiendesigns und der Ergebnisse ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur eine „Kann“-Empfehlung (O) gerechtfertigt. Der Wunsch der Frauen sollte bei der Auswahl des Settings berücksichtigt werden.

3.7.3.6 Empfehlungen für künftige Forschungen

Die Ergebnisse, die aus den Quelleitlinien und aus den Cochrane Meta-Analysen zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung in differentiellen Settings von Schwangeren mit alkoholbezogenen Störungen abgeleitet werden können, sowie die Befunde aus der eigenen systematischen Literaturnachrecherche belegen nachdrücklich das gravierende Wissensdefizit mit Bezug auf diese Personengruppe. Lediglich zu Kurzinterventionen bei Frauen, die (noch) während der Schwangerschaft Alkohol in vergleichsweise niedrigen Dosierungen konsumieren, liegen sowohl Studienergebnisse aus randomisierten und kontrollierten Studien vor als auch eine Cochrane Meta-Analyse. Zu wirksamen psychotherapeutischen oder psychosozialen Interventionen bei Schwangeren mit einer Diagnose der Alkoholabhängigkeit liegen keine gesicherten Studienergebnisse vor. Die Empfehlungen beruhen daher auf dem Expertenkonsens. Das Forschungsdefizit liegt auf der Hand. Nur intensive Forschungsarbeit kann die Wissensdefizite schließen, die trotz der erheblichen klinischen Relevanz hinsichtlich der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von schwangeren Frauen mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose bestehen.

Auch für nicht-schwangere erwachsene Frauen mit alkoholbezogenen Störungen gibt es nur sehr wenige RCT-Studien, die die Wirksamkeit von psychotherapeutischen oder psychosozialen Interventionen in unterschiedlichen Settings untersucht haben. Man ist also noch immer darauf angewiesen, die Ergebnisse von randomisierten, kontrollierten Interventionsstudien, an denen in der Regel zwei Drittel Männer und ein Drittel Frauen teilgenommen haben, auf Frauen zu verallgemeinern. Implizit wird unterstellt, dass psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen, die bei Männern mit alkoholbezogenen Störungen wirksam sind, auch bei Frauen wirken. Inwieweit diese Annahme trägt, wäre aber empirisch zu belegen.

Auch die Datenlage zu Behandlungssettings für erwachsene Frauen mit alkoholbezogenen Störungen ist sehr dünn und weitere evidenzbasierte Forschung dringend indiziert. Bis heute fehlen empirische Studien, die zeigen, welche Gruppen von Frauen von einer Behandlung in Frauengruppen bzw. in Einrichtungen nur für Frauen besonders profitieren. Daher dauert der Disput, ob Einrichtungen nur für Frauen zur Behandlung von alkoholbezogenen und allgemeiner von substanzbezogenen Störungen sinnvoll sind oder nicht, an. Man könnte entsprechende Fragen mit evidenzbasierten Studien beantworten. Das setzt voraus, dass solche Studien finanziell gefördert und von der Praxis unterstützt werden.

Der evidenzbasierten Forschung sind jedoch in diesem Bereich auch ethische Grenzen gesetzt. So ist es ethisch nicht zu verantworten, schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen, die wegen ihrer Alkoholprobleme eine Beratungs- oder Behandlungsstelle aufsuchen, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungen vorzuenthalten. Im strengen Sinn verbietet sich damit jedes Design, bei dem die Kontrollgruppe nicht ausreichend behandelt wird. Auch bei nicht-schwangeren erwachsenen Frauen stößt man an Grenzen der Vorgaben der evidenzbasierten Forschung, wenn man die Wünsche der Klientinnen berücksichtigt. Das gilt zum Beispiel für die Paartherapie. Erwachsene Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollten die Wahl haben zwischen einer Paartherapie zusammen mit ihrem (nicht süchtigen) Partner und einer individuellen Therapie. Auch bei der differentiellen Indikation sollten die Wünsche der erwachsenen Frauen berücksichtigt werden und diejenigen, die eine Behandlung in einer Frauengruppe vorziehen, sollten eine entsprechende Wahl haben. Die Berücksichtigung der Wünsche der Frauen ist wahrscheinlich für den Erfolg der Behandlungen ausschlaggebend. Ethische Grenzen ebenso wie die Berücksichtigung der Wünsche von Patientinnen (und Patienten) gehen nicht konform mit den Anforderungen der evidenz-basierten Forschung. Wie diese Dilemmata zu lösen sind, darüber wird zu diskutieren sein.

3.7.3.7 Literatur

1. American Psychiatric Association (APA). Treatment of Patients with Substance Use Disorders. 2006.
2. Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA. A Brief intervention for alcohol use in pregnancy: A randomized trial. *Addiction*. 1999; 94: 1499-1508.
3. Chang G, Goetz MA, Wilkins-Haug L, Berman S. A brief intervention for prenatal alcohol use. An in-depth look. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000; 18: 365-369.
4. Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Koby D, Lavigne A, Ludman B, Vincitorio NA, Wilkins-Haug L. Brief interventions for prenatal alcohol use: A randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005; 105: 991-8.
5. Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Wilkins-Haug, L. Brief interventions for prenatal alcohol use: The role of drinking goal selection. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2006; 31: 419-424.
6. Cummings AM, Gallop RJ, Greenfield SF. Self-efficacy and substance use outcomes for women in single-gender versus mixed-gender group treatment. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*. 2010; 5: 4-16.

7. Dahlgren I, Wilander A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 1989; 13: 499-504.
8. Doggett C, Burrett SL, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004456. DOI: 10.1002/14651858.CD004456.pub2.
9. Ernst CC, Grant TM, Streissguth AP, Sampson PD. Intervention with high-risk alcohol and drug-abusing mother: II. Three-year findings from the Seattle Model of Paraprofessional Advocacy. *Journal of Community Psychology*. 1999;27(1): 19-38.
10. Executive Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (Hrsg.): Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. *JOGC*. 2010; 32(8):Supplement3: 1-27.
11. Fals-Stewart W, Birchler, GR, Kelley MI. Learning sobriety together. A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74: 579-591.
12. Fowler DN, Faulker M. Interventions targeting substance abuse among women survivors of intimate partner abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2011; 41: 386-398.
13. Gjestad R, Franck, J, Lindberg S, Haver B. Early Treatment for women with alcohol addiction (EWA) reduces mortality: a randomized controlled trial with long-term register follow-up. *Alcohol and Alcoholism*. 2011; 46(2): 170-176.
14. Graff FS, Morgan TJ, Epstein EE, McCrady BS, Cooks SM, Jensen NK, Kelly S. Engagement and retention in outpatient alcoholism treatment for women. *American Journal on Addictions*. 2009; 18: 277-288.
15. Grant TM, Ernst CC, Streissguth AP. An intervention with high-risk mothers who abuse alcohol and drugs: the Seattle Advocacy Model. *American Journal of Public Health* 1996; 86: 1816–1817.
16. Greenfield SF, Trucco EM, McHugh RK, Lincoln M, Gallop RJ. The Women's Recovery Group Study: A stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;90: 39-47.
17. Greenfield SF, Pirard S. Gender-specific treatment for women with substance use disorders. In KT Brady, SE Back, SF Greenfield (Hrsg.). *Women and addiction. A comprehensive handbook*. New York, Guilford. 2009; 289-36.
18. Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *J Stud Alcohol*. 1999; 60: 285–7.

19. Hien DA, Cohen LR, Miele GM, Litt LC, Capstick C. Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161: 1426–1432.
20. Hien DA, Wells EA, Jiang H, Suarez-Morales L, Campbell ANC, Cohen LR, Miele GM, Killeen T, Brigham GS, Zhang Y. Multi-site randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring PTSD and substance use disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77: 607-619.
21. Hien DA, Campbell ANC, Ruglass LM, Hu M-C, Killeen T. The role of alcohol misuse on PTSD outcomes for women in community treatment: A secondary analysis of NIDA's Women and Trauma study. *Drug Alcohol Depend*. 2010a; 111: 114-119.
22. Hien DA, Jiang H, Campbell ANC, Hu M-C, Miele GM, Cohen LR, Brigham GS, Capstick C, Kulaga A, Robinson J, Suarez-Morales L, Nunes EV. Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trial Network. *American Journal of Psychiatry*. 2010b; 167(1): 95-101.
23. Hien DA, Morgan-Lopez AA, Campbell ANC, Saavedra LM, Wu E, Cohen L, Ruglass L, Nunes EV. Attendance and substance use outcomes for the Seeking Safety program: Sometimes less is more. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(1): 29-42.
24. Hildebrand T, McCrady B, Epstein E, Cook S, Jensen N. When should clinicians switch treatments?: An application of Signal Detection Theory to two treatments for women with alcohol use disorders. *Behav. Res. Ther*. 2010; 48(6): 524-530.
25. Kartin DK, Grant TM, Streissguth AP, Sampson PD, Ernst CC. Three-year developmental outcomes in children with prenatal alcohol and drug exposure. *Pediatric Physical Therapy*. 2002; 14: 145-153.
26. Kaskutas LA, Zhang L, French MT, Witbrodt J. Women's programs versus mixed-gender day treatment: Results from a randomized study. *Addiction*. 2005; 100(1): 60–69.
27. Killeen T, Hien D, Cambell A, Brown C, Hansen C, Jiang H, Kristman-Valente A, Neuenfeldt C, Rocz-de la Luz N, Sampson R, Suarez-Morales L, Wells E, Brigham G, Nunes E. Adverse events in an integrated trauma-focused intervention for women in community substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008; 35: 304-311.
28. Landgraf MN, Heinen F. Fetales Alkoholsyndrom. S3-Leitlinien zur Diagnostik. Stuttgart, Kohlhammer, 2013.
29. Lui S, Terplan M, Smith EJ. Psychosocial interventions for women enrolled in alcohol treatment during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006753. DOI: 10.1002/14651858.CD006753.pub2.

30. McCrady B, Epstein EE, Cook S, Jensen N, Hildebrandt T. A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *J. Consult Clin Psychol.* 2009; 77: 243-256.
31. McGrady BS, Epstein EE, Cook S, Jensen NK, Ladd BO. What do women want? Alcohol treatment choices, treatment entry and retention. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2011; 25(3): 521-529.
32. Miligan K, Niccols A, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A, Liu J. Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance Abuse, Prevention, and Policy.* 2010; 5: 21.
33. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR, Muenz LR. "Seeking Safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence. *Journal of Traumatic Stress.* 1998;11: 437-456.
34. Najavits LM. *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse.* New York: Guilford Press; 2002a.
35. Najavits LM: Clinicians' views on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *J Subst Abuse Treat.* 2002b; 22: 79–85.
36. Najavits LM. *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“.* Göttingen, Hogrefe. 2008.
37. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence.* (CG 115) 2011.
38. New York State Department of Health. *Medical care of HIV-infected substance-using women.* New York (NY): New York State Department of Health; 2009.
39. O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health.* 2007; 97: 252–258.
40. Reynolds KD, Coombs D, Lowe J. Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *Int J Addict.* 1995; 30: 427–43.
41. Stade BC, Bailey C, Dzendoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD004228. DOI: 10.1002/14651858.CD004228.pub2.
42. Turnbull C, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Art. No.: CD004456. DOI:10.1002/14651858.CD004456.pub3.

43. Tzilos GK, Sokol RJ, Ondersma SJ. A randomized phase I trial of a brief computer-delivered intervention for alcohol use during pregnancy. *Journal of Women's Health*. 2011; 20(10): 1517-1524.
44. Waldrop AE. Violence and victimization among women with substance use disorders. In KT Brady, SE Back, SF Greenfield (Hrsg.). *Women and addiction. A comprehensive handbook*. New York, Guilford; 2009: 493-499.
45. Zlotnick C, Johnson J, Najavits LM. Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorders and PTSD. *Behav Ther* 2009; 40(4): 325-336.

3.7.4 Ältere Menschen

Dieter Geyer, Dirk Wolter, Norbert Scherbaum, Bodo Lieb, Irmgard Vogt, Eva Hoch

3.7.4.1 Klinische Fragestellungen

- 1.) Mit Blick auf ältere Personen soll untersucht werden, welche Effektivität psychotherapeutische, medikamentöse oder psychosoziale Therapien in Bezug auf langfristige Abstinenz sowie die psychische und somatische Gesundheit im Vergleich zu Kontrollbedingungen haben.
- 2.) Welche differenziellen Indikationen bestehen für die einzelnen Zielgruppen?

3.7.4.2 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
	Psychotherapie	
3.7.4.2.1	<p>Generelle Behandlungsempfehlung</p> <p>Bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründete Behandlungen (psychotherapeutisch, psychosozial und pharmakotherapeutisch) sollen auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 97 %</p>	KKP
3.7.4.2.2	<p>Kurzinterventionen</p> <p>Schlüsselempfehlung zum Einsatz von Kurzinterventionen (siehe Kapitel 3.1).</p>	

3.7.4.2.3	<p>Berücksichtigung somatischer und psychischer Komorbidität</p> <p>Die somatische und psychische Komorbidität soll in der Planung und Durchführung von Interventionen und Behandlungen bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen berücksichtigt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 100 %</p>	<p>KKP</p>
3.7.4.2.4	<p>Altersspezifische Anpassung der Behandlung</p> <p>In der Behandlung älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen können altersspezifische Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 5</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1, 3, 32)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100 %</p>	<p>O</p>
3.7.4.2.5	<p>Ältere pflegebedürftige Personen</p> <p>Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die auf Pflege (im Sinne des Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung) angewiesen sind, sollten störungsspezifische Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 77 %</p>	<p>KKP</p>

	Psychosoziale Therapie	
3.7.4.2.6	<p>Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens</p> <p>In der Behandlung älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen können Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Gesamtabstimmung: 97 %</p>	KKP
	Medikamentöse Therapie	
3.7.4.2.7	<p>Entzugsmedikation</p> <p>Schlüsselempfehlung(en) zu Einsatz von Medikamenten in der Entzugstherapie älterer Personen mit alkoholbezogenen Problemen</p> <p>(siehe Kapitel 3.4).</p>	
3.7.4.2.8	<p>Medikamente zur Entwöhnung und Trinkmengenreduktion</p> <p>Zum Einsatz von Arzneimitteln in der Entwöhnungsbehandlung oder als „harm reduction“ bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen (siehe Kapitel 3.8).</p>	

	Differenzielle Indikation	
3.7.4.2.9	<p>Setting der Entgiftungsbehandlung</p> <p>Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen kann niederschwellig eine stationäre Entzugsbehandlung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 5</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (20)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100 %</p>	O
3.7.4.2.10	<p>Primärärztliche Behandlung</p> <p>Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen sollen in der primärmedizinischen Versorgung auf Veränderung ihres Alkoholkonsums und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zielende Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1, 2, 9, 17, 24, 37, 38)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100 %</p>	A

3.7.4.3 Hintergrund der Evidenz

Eine einheitliche Verwendung des Begriffes „Ältere“ findet sich in der Literatur zu alkoholbezogenen Störungen nicht. Auch bei älteren Personen (65 Jahre und mehr) sind alkoholbezogene Störungen häufig (Breslow et al. 2003, Schäufele 2009a) und können mit schweren somatischen und psychischen Störungen assoziiert sein. Sie werden aber seltener als bei Jüngeren erkannt und einer Behandlung zugeführt (Dar 2006, Royal College of Psychiatrists 2011). Zugleich steigt die Zahl der älteren Menschen und die jetzt ins Alter kommende Generation weist einen höheren durchschnittlichen Alkoholkonsum auf als ihre Vorgängergenerationen (Ettrich & Fischer-Cyrules 2005). Mit einer absoluten und relativen Zunahme alkoholbezogener Störungen ist daher zu rechnen (Schäufele 2009b).

Die Behandlung älterer Menschen mit alkoholbezogenen Störungen war bislang nur selten Gegenstand von Publikationen. In kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der Suchtbehandlung wurden über 65-Jährige in der Regel ausgeschlossen (Moy et al. 2011). Auch in den 14 berücksichtigten internationalen Quilleitlinien finden sich nur wenige Aussagen zur Population der Älteren. Eine systematische Literaturrecherche identifizierte sieben für die Thematik relevante nach 2004 publizierte Studien. Wie aus der als Quilleitlinie berücksichtigten Leitlinie der US amerikanischen Veterans Health Administration (2009) entnommen werden kann, ist der Nutzen der Kurzintervention gut belegt. Allgemein wird von einer Wirksamkeit der Suchtbehandlung auch bei älteren Personen ausgegangen (APA 2006, NICE 2011; ferner: Lieb et al. 2008, Oslin et al. 2005, Rumpf et al. 2009, Satre et al. 2003). Darüber hinaus können Empfehlungen zur Wirksamkeit von Psychotherapie allgemein oder verschiedener Psychotherapiemethoden oder Interventionsformen weder aus den ausgewerteten Quilleitlinien noch aus in der Recherche gefundenen Studien abgeleitet werden.

In der Praxis wird bei älteren Personen oft eine Unterscheidung nach dem Alter vorgenommen, in dem sich eine alkoholbezogene Störung entwickelt hat. Es wird zwischen „early-onset“ (Beginn im jungen Alter) und „late-onset“ (Beginn in höherem Alter, zumeist in der sechsten Lebensdekade) unterschieden (Dom et al. 2006). Dem späteren Beginn der Störung wird eine höhere Behandlungsadhärenz und damit eine bessere Prognose zugeschrieben (Welte & Mirand 1995). Weder aus den Quilleitlinien noch aus den in der Literaturrecherche gefundenen Studien konnten Empfehlungen zu differenziellen Therapiemethoden oder Settings für beide Gruppen abgeleitet werden.

Ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit als jüngere, an somatischen und psychischen Erkrankungen zu leiden (Böhm et al. 2009, NICE 2011). Aufgrund des verlangsamten Abbaus des Alkohols, eines geringeren Wassergehaltes des Körpers und der größeren Empfindlichkeit des älteren Gehirns auf Noxen (Royal College of Psychiatrists 2011) sind ältere Personen durch die toxischen Wirkungen des Alkohols gesundheitlich gefährdeter. Neben Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen treten beispielsweise kardiale Erkrankungen, arterielle Hypertonie, Hirnblutungen und Krebserkrankungen sowie Depressionen und Angststörungen gehäuft auf (Watson et al. 2013). Ebenso ist das Risiko für Demenzen erhöht (Watson et al. 2013). Das Risiko von Stürzen mit entsprechenden Folgen ist durch den erhöhten Alkoholkonsum und/auch in der Entgiftungsbehandlung erhöht (NICE 2011). Interaktionen von Alkohol mit Arzneimittel sind bei älteren Personen ebenfalls häufiger als bei jüngeren (NICE 2011).

Einige Veröffentlichungen beschreiben spezifisch für ältere Personen mit substanzbezogenen Störungen adaptierte Behandlungen (Benshoff & Harrawood 2003, Quinten & Grönle-Jeuck 2002, Voßmann & Geyer 2006), in denen typische

Lebensbedingungen und Themen älterer Menschen (Vereinsamung, Verlusterlebnisse, veränderte Beziehungsgestaltung im Alter u.a. berücksichtigt und eine klare und geregelte Tages- und Wochenstruktur sowie Möglichkeiten zur körperlichen, intellektuellen oder kreativen Beschäftigung geboten werden (AWMF 2006). Eine nicht konfrontative Haltung und die Behandlung in einer Gruppe von Mitpatienten ähnlichen Alters wurden als hilfreich beschrieben (Kofoed et al. 1987). Auch Erfahrungsberichte befürworten eine gemeinsame Behandlung mit Gleichaltrigen (Quinten & Grönle-Jeuck 2002, Voßmann & Geyer 2006). Aus den Quelleitlinien und den in der Literaturrecherche detektierten Studien kann allerdings keine Überlegenheit der Behandlung mit Gleichaltrigen abgeleitet werden. In der Leitlinie der APA wird jedoch auf die Vorteile der Anpassung der individuellen Behandlung hingewiesen (APA 2006).

Mit zunehmendem Alter ist ein höherer Anteil an Menschen auf die Leistungen der ambulanten oder stationären Altenhilfe angewiesen. Eine Repräsentativbefragung von 1000 ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe errechnete, dass nach den Angaben der Pflegepersonen etwa 14% der zu Pflegenden an substanzbezogenen Störungen litten, Männer und jüngere Pflegebedürftige eher an alkoholbezogenen, Frauen und höher betagte Pflegebedürftige eher an medikamentenbezogenen Störungen (Kuhn & Haasen 2009). Eine Übersicht von Rumpf & Weyerer (2006) weist auf die für diese Gruppe bestehende erhebliche Versorgungslücke hin. Diese Patientengruppe weist in unterschiedlichem Ausmaß Einschränkungen in der Selbstversorgung bzw. in der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) auf. In der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Behandlung sind Trainingsverfahren zur Verbesserung der ATL vielfach erprobt (z.B. hauswirtschaftliches Training, Kochtraining, Trainingsmaßnahmen zur Körperpflege, Umgang mit Medikamenten). Solche Trainingsmaßnahmen werden in der S3-Leitlinie der AWMF „Psychosoziale Therapien bei schweren psychosozialen Erkrankungen“ beschrieben (AWMF 2012). Aus den Quelleitlinien und den in der eigenen Literaturrecherche identifizierten Studien können keine Empfehlungen zur Behandlung dieser Gruppe abgeleitet werden.

Zur Behandlung des Entzugssyndroms können aus vier Quelleitlinien Empfehlungen zu einer Anpassung der Dosierung und zur Wahl von Benzodiazepinen abgeleitet werden (APA 2006, NICE 2010, NICE 2011, Veterans Health Administration 2009). Zur Verwendung von Pharmaka zur Unterstützung der Entwöhnung und zu Anticraving-Substanzen bei Älteren können Schlüsse zur Wirksamkeit von Naltrexon nur aus einer Studie von Oslin et al. (2002), zitiert in einer internationalen Quelleitlinie (SAMHSA 2006), gezogen werden. Bei älteren Personen werden alkoholbezogene Störungen zu selten erkannt, zugleich sind sie in Behandlungen unterrepräsentiert (Dar 2006, Royal College of Psychiatrists 2011). Andererseits nehmen ältere Personen in prozentual hohem Umfang primärärztliche

Versorgung in Anspruch. Das Screening älterer Patienten auf alkoholbezogene Störungen und der Einsatz von auf das Trinkverhalten bezogenen Interventionen in der Primärversorgung sind daher bedeutsam. Die Effekte wurden in einer Multicenter-Studie (PRISM-E, Primary Care Research in Models for Substance Abuse and Mental Health in the Elderly) untersucht (Bartels et al. 2004).

3.7.4.4 Darstellung der Evidenz

3.7.4.4.1 Psychotherapie

Generelle Behandlungsempfehlung: In drei der 14 gesichteten Quellleitlinien wird auf die generelle Wirksamkeit der Behandlung alkoholbezogener Störungen bei Älteren eingegangen. Nach der Diagnose und Behandlungsleitlinie CG 115 des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence sei die Behandlung zumindest so wirksam wie bei Jüngeren (NICE 2011). Als Beleg wird sich auf eine ältere Untersuchung von Curtis und Kollegen (1989) bezogen, die untersuchte, wie Ärzte bei über 60-Jährigen im Vergleich zu Jüngeren „Alkoholismus“ diagnostizieren und „charakteristische Spezifika der Älteren“ definieren konnten. Die Aussage zu Behandlungsergebnissen kann sich in dieser Arbeit nicht auf systematische Reviews stützen. Für die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft ist es in ihrer Leitlinie allgemein akzeptiert, dass empirisch begründete Behandlungen Erwachsener mit substanzbezogenen Störungen auch bei älteren Patienten effektiv angewendet werden können (APA 2006). Eine in der Leitlinie der US-amerikanischen Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA 2006) aufgeführte Untersuchung (Doppelblind RCT) von Oslin zur Wirksamkeit von Naltrexon an 21-bis 75-Jährigen zeigte für die Gruppe der über 55-Jährigen höhere Haltequoten (Oslin et al. 2002). Der höheren Altersgruppe anzugehören beeinflusste die Adhärenz (OR = 3,17) weit mehr als alle anderen untersuchten Variablen wie Geschlechtszugehörigkeit, Trinkmenge und Schwere der Alkoholproblematik (ASI) sowie das Ausmaß physischer und psychischer Gesundheitseinschränkungen. Die Mitglieder der älteren Gruppe (n = 40) wiesen mit 42,5% eine nicht signifikante geringere Anzahl von Rückfällen auf als die Jüngeren (n = 143) mit 64,1%.

Kurzinterventionen: Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen kann aus einer Quellleitlinie (Veterans Health Administration 2009) und mehreren Studien abgeleitet werden (s. Kapitel 3.2).

Berücksichtigung somatischer und psychischer Komorbidität: Eine Quellleitlinie weist auf die höhere Wahrscheinlichkeit für ältere Personen hin, an somatischen und psychischen Erkrankungen zu leiden (NICE 2011). Die Auftretenswahrscheinlichkeit vieler Erkrankungen ist mit dem Altern gekoppelt. Dies trifft auch für ältere Personen mit

alkoholbezogenen Störungen zu, die zusätzlich durch den hohen Alkoholkonsum gefährdeter als Jüngere sind, somatische und psychische Folgeerkrankungen zu entwickeln.

Altersspezifische Anpassung der Behandlung: Den Quellleitlinien kann keine einheitliche Einschätzung der Effektivität verschiedener Settings in der Behandlung älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen entnommen werden. Die Arbeitsgruppe der britischen Leitlinie (NICE 2011) fand keine Hinweise für eine unterschiedliche Wirksamkeit, wobei die Evidenz dieser Aussage nicht dargestellt ist. Von der Arbeitsgruppe der APA (2006) wird ausgeführt, dass einige Modifizierungen, wie die „Verlangsamung der Therapie (slowing the pace)“, telefonische Nachsorge und die Versorgung von Patienten mit schriftlichem Informationsmaterial die Effektivität der Therapie erhöhen könne. Kofoed et al. (1987), zitiert in APA (2006), konnten zeigen, dass Ältere in einer ambulanten Gruppe von 55 bis 76-Jährigen eine höhere Haltequote (viermal höher) hatten als Gleichaltrige in gemischten Gruppen. Sie betonten den Vorteil eines nicht-konfrontativen Therapiestils. Für beide Gruppen war eine 30-tägige stationäre Behandlung vorausgegangen. Die Rückfallrate nach Beendigung war allerdings in beiden Gruppen gleich, die Stichprobe (n = 49) gering. Die in der Leitlinie der US-amerikanischen Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA 2006) zitierte Studie von Oslin et al. (2002) beschreibt für eine Untersuchung zur Wirksamkeit von Naltrexon (183 Personen im Alter von 21 – 75 Jahren) eine höhere, jedoch nicht signifikante Adhärenz älterer Patienten (n = 40, Durchschnittsalter 62,6 Jahre) zur Behandlung und zur Einnahme der Medikation und weniger Rückfälle als bei Jüngeren (ebenfalls nicht signifikant) und schließt daraus, dass Ältere in gemischten Behandlungssettings behandelt werden können, wenn individuell altersangepasste psychotherapeutische Strategien eingesetzt werden. Gemäß der AWMF S2 Leitlinie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ sollten eine klare und geregelte Tages- und Wochenstruktur sowie Möglichkeiten zur körperlichen, intellektuellen oder kreativen Beschäftigung geboten werden (AWMF 2006).

Ältere pflegebedürftige Personen: Ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die ambulanter oder stationärer Pflege (im Sinne des SBG XI – Soziale Pflegeversicherung) bedürfen, können in der Regel an Suchtbehandlungen, wie sie derzeit vorgehalten werden, nicht teilnehmen. Es besteht eine erhebliche Versorgungslücke. Aus den Quellleitlinien und den Ergebnissen der Literaturrecherche können keine Empfehlung zur Behandlung dieser Patientengruppe abgeleitet werden.

3.7.4.4.2 Psychosoziale Therapie

Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens: Ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen sind in einem erhöhten Maß vulnerabel für die Entwicklung von Hirnleistungsstörungen und

Einschränkungen in der sozialen Teilhabe (NICE 2011). Dies kann zu Einbußen in der Selbstversorgung bzw. der Fähigkeit zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) führen. Aus den Qualleitlinien und den in der Literaturrecherche identifizierten Studien können keine Empfehlungen zur Behandlung solcher Einschränkungen abgeleitet werden. Klinische Expertise spricht bei Vorliegen entsprechender Einschränkungen für die Anwendung von Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens, wie sie in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF 2012) beschrieben werden.

3.7.4.4.3 Medikamentöse Therapie

Entzugsmedikation: Mit dem Altern treten Stoffwechseländerungen auf. Zahlreiche Medikamente werden deutlich langsamer abgebaut als bei jüngeren Personen. Dies trifft besonders für Pharmaka zu, deren Abbau vorwiegend in der Leber stattfindet und gilt auch für viele Benzodiazepine, die als Medikamente zur Unterdrückung von Symptomen des Alkoholentzugs eingesetzt werden. Aus vier Qualleitlinien (APA 2006, NICE 2010, NICE 2011, Veterans Health Administration 2009) ist abzuleiten, dass in der Entzugsbehandlung älterer Patienten kürzer wirksamen Benzodiazepinen der Vorzug zu geben ist und die Dosis der Benzodiazepine generell geringer angesetzt werden sollte (siehe Kapitel 3.4).

Medikamente zur Entwöhnung und zur Trinkmengenreduktion: Aus den Qualleitlinien und den in der Literaturrecherche gefundenen Studien konnten keine veränderten Empfehlungen zur Anwendung von Anticraving-Substanzen und Pharmaka, zur Erhöhung der Abstinenz bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen im Vergleich zu Jüngeren, abgeleitet werden. Aus der Arbeit von Oslin et al. (2002), zitiert in SAMSHA (2006), zur Behandlungsdhärenz unter Naltrexon-Behandlung ist auf eine gleich gute Wirkung der Arznei bei Älteren (n = 40, Durchschnittsalter 62,6 Jahre) zu schließen wie bei Jüngeren. Generell gilt die Wirksamkeit von Acamprosat und Naltrexon (Erhöhung abstinenter Tage, Trinkmengenreduktion) als gesichert und ihre Anwendung gemeinsam mit psychosozialer Unterstützung nach einer Entzugsbehandlung bei alkoholbezogenen Störungen wird empfohlen. Beide Pharmaka gelten als sicher und nebenwirkungsarm, eine Dosisanpassung ist in der Behandlung älterer Personen nicht erforderlich (siehe Kapitel 3.8).

3.7.4.4.4 Differenzielle Indikation

Setting der Entzugsbehandlung: Aus einer Qualleitlinie (NICE 2011) kann die Empfehlung abgeleitet werden, die Indikation zum „assistierten“ Entzug älterer alkoholabhängiger Personen niederschwellig zu stellen. Zitiert wird in diesem

Zusammenhang die Übersichtsarbeit von Dar (2006), in der ausgeführt wird, dass Älteren wegen des fragileren Gesundheitszustandes, der multiplen gesundheitlichen Probleme und der geringeren sozialen Unterstützung eine stationäre Entzugsbehandlung empfohlen werden sollte. Eine kontrollierte Studie liegt zu dieser Fragestellung nicht vor.

Primärärztliche Behandlung: Die in der Leitlinie der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (2006) erwähnte US-amerikanische Multicenter-Studie PRISM-E, (Bartels et al. 2004), mit insgesamt hoher Fallzahl untersuchte die Inanspruchnahme und die Behandlungsergebnisse von über 65-Jährigen mit psychischen Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen) und riskantem Trinkverhalten („at-risk drinking“) bei Integration der Interventionen in die primärmedizinische Versorgung im Vergleich zur Vermittlung in spezialisierte Einrichtungen. Sechs der sieben in der eigenen Literaturrecherche gefundenen Arbeiten entstammen ebenfalls diesem Projekt (Areàn et al. 2008, Chen et al. 2006, Lee et al. 2009, Oslin et al. 2006, Zanjani et al. 2006 und 2008). Die umfangreichen Daten wurden nach verschiedenen Gesichtspunkten analysiert.

Generell konnte gezeigt werden, dass die älteren „at-risk“ Trinker in die Primärversorgung integrierte Behandlungsangebote (Kurzinterventionen) in höherem Maße in Anspruch nahmen als solche in spezialisierten Einrichtungen (Areàn et al. 2008, Lieb et al. 2008, Oslin et al. 2006). Sie waren mit diesen Angeboten in fünf von sieben Items signifikant zufriedener (Chen et al. 2006). Die höhere Nutzung von in die Primärversorgung integrierten Angeboten gegenüber solchen spezialisierter Einrichtungen ist zurückhaltend zu interpretieren, da in den spezialisierten Einrichtungen zumeist ein auf Abstinenz zielendes 12-Schritte Programm durchgeführt wurde. Bei der untersuchten Population handelte es sich aber um „at-risk“ Trinker, die mehrheitlich nicht abhängig waren (Oslin et al. 2006), so dass zur geringeren Wahrnehmung der spezialisierter Angebote beigetragen haben kann, dass die Patienten sich weniger gut mit den Behandlungszielen identifizieren konnten. Hierfür spricht auch, dass Patienten, die in der Vorgeschichte bereits versucht hatten, ihr Trinkverhalten zu ändern und Patienten, die sich aktuell in einem entsprechenden Motivationsstadium befanden, in einem höheren Maße Angebote der spezialisierter Einrichtungen wahrnahmen, als dies Patienten taten, die bislang noch keine Änderungsabsichten hatten und die in früheren Motivationsstadien waren (Zanjani et al. 2006). Hingegen nahm die letzte Gruppe Behandlungsangebote in der Primärversorgung in höherem Umfang wahr (Zanjani et al. 2006). Zu bedenken ist auch die Möglichkeit einer geringeren Inanspruchnahme spezialisierter Einrichtungen, da diese in höherem Ausmaß mit Stigmata belegt sein könnten. Die höhere Inanspruchnahme der integrierten Behandlungsangebote führte jedoch nicht zu einer höheren Trinkmengenreduktion als die Behandlung in spezialisierten Einrichtungen

(Oslin et al. 2006). Die Effektstärken waren bei einer geringen Behandlungsintensität von zumeist weniger als drei Interventionen gering (Oslin et al. 2006, Zanjani et al. 2008). Eine Studie konnte zeigen, dass Patienten, die standardisierte Rückmeldungen über das mit ihrem Trinkverhalten verbundene Risiko und Empfehlungen für einen gesünderen Umgang erhielten, ihre Trinkmengen reduzierten (Fink et al. 2005). Stellte man die individualisierten, patientenbezogenen Rückmeldungen auch dem behandelnden Arzt zur Verfügung, war die Trinkmengenreduktion effektiver. Eine Verringerung des an der Klassifizierung des Trinkverhaltens gemessenen Risikos gelang allerdings dadurch nicht.

3.7.4.5 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

3.7.4.5.1 Psychotherapie

Generelle Behandlungsempfehlung: Älteren Personen wird seltener als jüngeren eine Behandlung angeboten. Es besteht eine erhebliche Versorgungslücke. Die Empfehlung, dass bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründete Behandlungen (psychotherapeutisch, psychosozial und pharmakotherapeutisch) auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden sollen, beruht auf Konsens (Klinischer Konsenspunkt - KKP).

Kurzinterventionen: Zur Anwendung von Kurzinterventionen siehe Kapitel 3.2.

Berücksichtigung somatischer und psychischer Komorbidität: Die Empfehlung, dass in der Planung und Durchführung von Interventionen und Behandlungen älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen die alterstypische somatische und psychische Komorbidität berücksichtigt werden soll, beruht auf Konsens (KKP).

Altersspezifische Anpassung der Behandlung: Aus zwei internationalen Quellleitlinien (APA 2006; SAMHSA 2006) und einer deutschen AWMF S2 Leitlinie (AWMF 2006) kann mit niedriger Evidenz (LoE 5) abgeleitet werden, dass altersspezifische Aspekte die Behandlungsergebnisse älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen positiv beeinflussen. Es wurde eine „Kann“-Empfehlung ausgesprochen, in der Behandlung älterer Personen altersspezifische Anpassungen anzubieten.

Ältere pflegebedürftige Personen: Bei bestehender Versorgungslücke wurde die auf ethischer Verpflichtung basierende Empfehlung konsentiert, dass älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die auf Pflege (im Sinne des SGB XI – soziale Pflegeversicherung) angewiesen sind, störungsspezifische Interventionen angeboten werden sollen (KKP).

3.7.4.5.2 Psychosoziale Therapie

Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens:
Die Behandlungsempfehlung zur Anwendung von Trainingsverfahren zur Verbesserung

alltäglicher Fertigkeiten wurden aus den Diskussionsergebnissen der Arbeitsgruppe, in der Suchtexperten und ein gerontopsychiatrischer Experte vertreten waren, abgeleitet und konsentiert. Aus klinischer Expertise können wegen der praktischen Bedeutung bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen mit vorliegenden Einschränkungen in der Befähigung zur selbständigen Lebensführung Trainingsverfahren empfohlen werden (KKP).

3.7.4.5.3 Medikamentöse Therapie

Entzugsmedikation: Siehe Empfehlung im Kapitel 3.4

Medikamente zur Entwöhnung und Reduktion der Trinkmenge: Siehe Kapitel 6.

3.7.4.5.4 Differenzielle Indikation

Setting der Entgiftungsbehandlung: Gestützt auf die Aussage in einer Quelleitlinie (NICE 2011) wurde bei niedriger Evidenz (LoE 5) eine „Kann“-Empfehlung, Empfehlungsgrad O, ausgesprochen, älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen niederschwellig eine stationäre Entgiftung anzubieten.

Primärärztliche Behandlung: Die in der Literaturrecherche gefunden Studien stammen bis auf eine aus einer großen multizentrischen Untersuchung (PRISM-E) an Risikotrinkern, auf die auch in der Leitlinie der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (2006) eingegangen wird. Untersucht wurden die Inanspruchnahme von Interventionen, die Trinkmengenreduktion und die Reduktion der Trinkfrequenz von in die Primärversorgung integrierten Behandlungen im Vergleich zu Behandlungen in spezialisierten Einrichtungen. Die Wirksamkeit beider Versorgungsarme konnte belegt werden. Die Effektstärken waren gering. Die Ergebnisse unterschieden sich nicht in Bezug auf die Trinkmengenreduktion. Die Inanspruchnahme der Behandlung war in der Primärversorgung höher. Aus den Ergebnissen kann bei guter Evidenz (LoE 1b), die Empfehlung (Empfehlungsgrad A) abgeleitet werden, älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen sollen in der primärmedizinischen Versorgung auf Veränderung des Trinkverhaltens und Inanspruchnahme alkoholbezogener therapeutischer Hilfe zielende Interventionen angeboten werden. Eine weitere Arbeit wies die Effektivität individualisierter Rückmeldungen über das Risiko des Trinkverhaltens, verbunden mit Empfehlungen für ein gesünderes Verhalten, nach (Fink et al. 2005). Eine Schlüsselempfehlung wurde hieraus nicht abgeleitet.

3.7.4.6 Empfehlungen für künftige Forschung

In Deutschland besteht ein erhebliches Defizit an gesichertem Wissen über die Epidemiologie, das Screening, die Diagnostik und vor allem die Behandlung alkoholbezogener Störungen älterer Personen. Die vorhandene Literatur stammt überwiegend aus den USA und wurde vorwiegend in US Veteran Hospitals durchgeführt.

Neben Untersuchungen zur Häufigkeit alkoholbezogener Störungen älterer Personen in verschiedenen Regionen, in der ländlichen und städtischen Bevölkerung und in einzelnen Versorgungssektoren (Arztpraxen, Krankenhäuser und Krankenhausfachabteilungen der verschiedenen in Betracht kommenden Gebiete und Schwerpunkte, Institutionen der Suchtkrankenversorgung und der Altenhilfe) sollte die Effektivität psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Behandlung bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen in ambulanten und stationären Settings untersucht werden. Auf die Bedarfe älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen abgestimmte Interventionen und Behandlungen in verschiedenen Versorgungssektoren sollten evaluiert werden, wobei längerfristige Beobachtungszeiten empfohlen werden.

3.7.4.7 Literatur

1. American Psychiatric Association (APA). Treatment of Patients with Substance Use Disorders. 2006.
2. Areán PA, Ayalon L, Jin CC, McCulloch CE, Linkins K, Chen H, McDonnell-Herr B, Levkoff S, Estes C. Integrated speciality mental health care among older minorities improves access but not outcomes: results of the PRISMe study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 ;23: 1086-1092.
3. AWMF S2 Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen 2006. Register 076/008.
4. AWMF S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2012. Register 038/020.
5. Bartels SJ, Coakley EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Areán PA, Chen H, Oslin DW, Llorente MD, Costantino G, Quijano L, McIntyre JS, Linkins KW, Oxman TE, Maxwell J, Levkoff SE. Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1455–1462.
6. Benschoff JJ & Harrawood LK. Substance abuse and the elderly: unique issues and concerns. *Journal of Rehabilitation* 2003; 69(2) :43-48.
7. Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut Berlin 2009.
8. Breslow RA, Faden VB, Smothers B. Alcohol consumption by elderly Americans. *J Stud Alcohol* 2003; 64: 884-892
9. Chen H, Coakley EH, Cheal K, Maxwell J, Costantino G, Krahn DD, Malgady RG, Durai UN, Quijano LM, Zaman S, Miller CJ, Ware JH, Chung H, Aoyama C, Van Stone

- WW, Levkoff SE. Satisfaction with mental health services in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14(4): 371-379.
10. Curtis J R, Geller C, Stokes E J et al. Characteristics, diagnosis and treatment of alcoholism in elderly patients. *Alcohol Clin Exp Res* 1989; 18: 196-201.
 11. Dar K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? *Advances in Psychiatric Treatment* 2006; 12: 173-181.
 12. Dom G, D'haene P, Hulstijn W & Sabbe B. Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics; differences in self-report measures and a discounting task. *Addiction* 2006; 101: 50-59.
 13. Ettrich KU & Fischer-Cyrules A. Substanzmissbrauch im mittleren und höheren Erwachsenenalter – Alltagsdrogen Alkohol und Nikotin: Gebrauch und Missbrauch. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 47-59.
 14. Fink A, Elliott MN, Tsai M, Beck JC (2005) An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1937-1943.
 15. Kofoed LL, Tolson RL, Atkinson RM, Toth RL, Turner JA. Treatment Compliance of older Alcoholics: Elder-Specific Approach is Superior to „Mainstreaming“. *Journal of Studies on Alcohol* 1987; 48(1): 47-51.
 16. Kuhn S, Haasen C. Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen: Abschlussbericht. Hamburg (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg) 2009
 17. Lee HS, Mericle AA, Ayalon L, Areán PA. Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 54-60.
 18. Lieb B, Rosien M, Bonnet U & Scherbaum N. Alkoholbezogene Störungen im Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 2008; 76 (2): 75-83.
 19. Moy I, Crome P, Crome I & Fisher M. Systematic and narrative review of treatment for older people with substance problems. *European Geriatric Medicine* 2011; 2(4): 212-236.
 20. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. (CG 115) 2011.

21. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. (CG 100) 2010.
22. Oslin DW, Pettinati H, Volpicelli JR. Alcoholism treatment adherence: Older age predicts better adherence and drinking outcome. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10(6): 740-747.
23. Oslin DW, Slaymaker VJ, Blow FC, Owen PL, Colleran C. Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. *Addictive Behavior* 2005; 30: 1430-1436.
24. Oslin DW, Grantham S, Loakley E, Maxwell J, Miles K, Ware J, Blow FC, Krahn DD, Bartels SJ, Zubritsky C, Olsen E, Kirchner JE, Levkoff S. PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. *Psychiatric Services* 2006; 57: 954-958.
25. Quinten C & Grönle-Jeuck U. Die stationäre Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im höheren Lebensalter: Klinische Erfahrungen und Katamnese. In: Fachverband Sucht (Hrsg.) *Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und Prognosen*. Geesthacht, Neuland 2002; 433-442.
26. Royal College of Psychiatrists (RCT). Our invisible addicts. First report of the Older Persons' Substance Misuse. Working Group of the Royal College of Psychiatrists London; College Report CR165, June 2011.
27. Rumpf HJ & Weyerer S. Suchterkrankungen im Alter. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2006*, Geesthacht Neuland 2006; 189-199.
28. Rumpf H-J, John U, Hapke U & Bischof G. Möglichkeiten der Intervention bei Alkoholproblemen im höheren Lebensalter 2009; *Sucht* 55(5): 301-311.
29. Satre DD, Mertens JR, Areán PA & Weisner C. Contrasting outcomes of older versus middle-aged and younger adult chemical dependency patients in a managed care program. *Journal of Studies on Alcohol* 2003; 6: 520-530.
30. Schäufele M. Riskanter Alkoholkonsum im höheren Alter: Häufigkeit und Folgen – ein Überblick. *Sucht* 2009 a; 55(5): 266-280.
31. Schäufele M. Epidemiologie riskanten Alkoholkonsums im höheren Lebensalter: eine Übersicht. *Suchttherapie* 2009 b; 10: 4-11.
32. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (U.S.)-Federal Government Agency (SAMHSA). Substance abuse: clinical issues in intensive outpatient treatment. 2006.
33. Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for management of substance use disorders (SUD), USA. Department of Defence, Federal Government Agency, Department of Veterans Affairs 2009.

34. Voßmann U & Geyer D. Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 2006; 19(4): 221-228.
35. Watson JM, Crosby H, Dale VM, Tober G, Wu Q, Lang J, McGovern R, Newbury-Birch D, Parrott S, Bland JM, Drummonds C, Godfrey C, Kaner E and Coulton S on behalf of the AESOPS trial team. AESOPS: a randomized controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. Health Technology Assessment 2013; 17(5): DOI 10.3310/hta 17250.
36. Welte JW & Mirand AL. Drinking, problem drinking and life stressors in the elderly general population. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 1995; 56: 67-73.
37. Zanjani F, Zubritzky C, Mullahy M, Oslin D. Predictors of adherence within an intervention research study of the at-risk older drinker: PRISM-E. J Geriatr Psychiatry Neurol 2006; 19: 231-238.
38. Zanjani F, Mavandadi S, TenHave T, Katz I, Dura NB, Krahn D, Llorente M, Kirchner J, Oslin E, Van Stone W, Cooley S, Oslin DW. Longitudinal course of substance treatment benefits in older male veteran at-risk drinkers. J Gerontol 2008; 63(1): 98–106.

3.8 Entwöhnungsbehandlung und andere Formen der Postakutbehandlung

Peter Missel*, Andreas Koch*, Julia Arens, Wilma Funke, Joachim Köhler, Nikolaus Lange, Johannes Lindenmeyer, Gerhard Reymann, Monika Ridinger, Michael Soyka, Eva Hoch, Karl Mann

*) Geteilte Erstautorenschaft

3.8.1 Einleitung

Nach einer Entgiftung bzw. einem qualifiziertem Entzug soll entsprechend dem Versorgungsalgorithmus (siehe Kap. 3.8.7) eine nahtlose Postakutbehandlung angeboten werden. Diese Postakutbehandlung kann entweder als ambulante, ganztägig ambulante bzw. teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung sowie als Adaptionsbehandlung (zweite 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 CMA-Einrichtungen, insbesondere soziotherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke, Angebote der Eingliederungshilfe, niedrigschwellige Hilfeangebote, Beratungsangebote sowie Maßnahmen der Arbeitsförderung und beruflichen Rehabilitation.

Postakutbehandlungen erfolgen meist als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Entwöhnung von Alkohol mit den Zielsetzungen Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Abhängigkeitskranken und zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitskranke werden überwiegend im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung unter dieser Zielsetzung durchgeführt. Die Rehabilitationsziele sind aber nur unter der Voraussetzung zu erreichen, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnungsbehandlung) gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren.

3.8.2 Klinische Fragestellungen

- 1) Welche Wirksamkeit (positive, fehlende, unerwünschte) weisen postakute Interventionsformen im kontrollierten Vergleich bei der Behandlung des Alkoholabhängigkeitssyndroms auf?
- 2) Von welchen der folgenden Bedingungen ist die Wirksamkeit abhängig?
 - a) Patientengruppen
(z.B. Co- und Multimorbidität, Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund)
 - b) Setting
(ambulant, ganztägig ambulant, stationär)
 - c) Behandlungsdauer
 - d) Interventionskomponenten
- 3) Welche Ergebnismaße (z.B. Abstinenz, Konsumreduktion, Rückfallraten, Mortalität, berufliche (Re-)Integration, Lebenszufriedenheit) sollen berücksichtigt werden?

3.8.3 Schlüsselempfehlungen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
3.8.3.1	<p>Generelle Wirksamkeit</p> <p>Postakute Interventionsformen sollen Patienten im Anschluss an die Entzugsphase als nahtlose weiterführende Behandlung angeboten werden. Dabei stellt die Abstinenz bei abhängigem Konsum die übergeordnete Zielsetzung dar.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (1, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 34, 52, 53, 58)</p> <p>Gesamtabstimmung: 76,9%</p>	KKP

3.8.3.2	<p>Therapieziele</p> <p>Bei postakuten Interventionsformen ist Abstinenz bei Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD10: 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.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: (1, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 34)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
3.8.3.3	<p>Bedingungen: Komorbidität</p> <p>Komorbidität (psychisch) soll in der Postakutbehandlung berücksichtigt und mitbehandelt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (1, 3, 4, 5, 9, 11, 13, 17, 22, 23, 24, 37, 52)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.8.3.4	<p>Bedingungen: Alter</p> <p>Bei höherem Lebensalter soll eine Postakutbehandlung (einschließlich Entwöhnung) der alkoholbezogenen Störung mit Hinweis auf die überdurchschnittlich günstige Prognose angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (52, 53)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>

3.8.3.5	<p>Bedingungen: Sozioökonomischer Status</p> <p>Bei bestehender Erwerbslosigkeit sollten bevorzugt Settings angeboten werden, die auch eine Reintegration ins Arbeitsleben fördern.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (9, 11, 53)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.8.3.6	<p>Bedingungen: Migrationshintergrund</p> <p>Bei Migranten soll in der Postakutbehandlung (einschließlich Entwöhnung) der soziokulturelle Hintergrund berücksichtigt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (26, 52)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.8.3.7	<p>Bedingungen: Setting</p> <p>Es sollte eine differentielle Indikationsstellung für die Postakutbehandlung (einschließlich Entwöhnung) in den unterschiedlichen Settings (ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationär, stationär) im Einzelfall erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (10, 11, 46)</p> <p>Gesamtabstimmung: 84,4%</p>	<p style="text-align: center;">KP</p>

3.8.3.8	<p>Bedingungen: Vernetzung der Angebote</p> <p>Zur nachhaltigen Abstinenzstabilisierung und Rückfallprävention soll nach der Postakutbehandlung (einschließlich Entwöhnung) nahtlos eine aufeinander abgestimmte suchtbezogene Versorgung von mindestens einem Jahr angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (1, 3, 10, 11, 25, 46, 52, 53)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.8.3.9	<p>Bedingungen: Behandlungsdauer</p> <p>Die Dauer und Intensität der Postakutbehandlung (einschließlich Entwöhnung) sollte sich individuell an der Schwere, der Komorbidität, den vorhandenen psychosozialen Beeinträchtigungen und den Folgen orientieren.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (3, 9, 10, 11, 53)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.8.3.10	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten</p> <p>Motivationale Interventionsformen sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96,7%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>

3.8.3.11	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten Kognitive Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96,8%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
3.8.3.12	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 96,8%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
3.8.3.13	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten Kontingenzmanagement sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 2b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1, 44)</p> <p>Gesamtabstimmung: 84,8%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>
3.8.3.14	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten Angehörigenarbeit soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>

3.8.3.15	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten</p> <p>Paartherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 93,4%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
3.8.3.16	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten</p> <p>Psychodynamische Kurzzeittherapie sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 97%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>
3.8.3.17	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten</p> <p>Angeleitete Patientengruppen sollten im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 2b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1)</p> <p>Gesamtabstimmung: 93,8%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>
3.8.3.18	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten</p> <p>Neurokognitives Training (NKT) kann im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (47, 54)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>

3.8.3.19	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten</p> <p>Bei Alkoholabhängigkeit soll eine Entwöhnung als Komplexbehandlung angeboten werden, die eine Kombination von verschiedenen Interventionen umfasst und durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt wird.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (1, 9, 10, 11, 28, 32, 34, 42, 43, 52)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.8.3.20	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten</p> <p>Bei Alkoholabhängigkeit sollte eine Komplexbehandlung angeboten werden, die eine Kombination von verschiedenen Interventionen umfasst und durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt wird.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (1, 11, 28, 32, 42, 43)</p> <p>Gesamtabstimmung: 89,7%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.8.3.21	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten*</p> <p>Nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken sollte bei Alkoholabhängigkeit in der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Entwöhnung eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B, LoE: 1a</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1, 4, 5, 6, 7, 12, 33, 42)</p> <p>Gesamtabstimmung: 84,4%</p>	<p style="text-align: center;">B</p>

*Im finalen Abstimmungsprozess haben 45 von 46 Fachgesellschaften der Empfehlung zugestimmt. Keine Zustimmung erfolgte von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Die Erläuterungen dazu finden sich im Sonderkapitel „Schriftwechsel mit den Fachgesellschaften“ ab Seite 17 (siehe Anlage).

3.8.3.22	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten</p> <p>Nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken kann bei Alkoholabhängigkeit in der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Entwöhnung eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Disulfiram im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes angeboten werden, wenn andere zugelassene Therapieformen nicht zum Erfolg geführt haben. Disulfiram ist für diese Indikation in Deutschland nicht mehr zugelassen.</p> <p>Empfehlungsgrad: O, LoE: 1b</p> <p>Literatur: nach systematischer Recherche (1, 4, 5, 14)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">O</p>
3.8.3.23	<p>Bedingungen: Interventionskomponenten*</p> <p>Wenn das Ziel die Trinkmengenreduktion ist, kann nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken bei Alkoholabhängigkeit in der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Entwöhnung eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Nalmefen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (1, 4, 5, 7, 12, 42, 49, 50, 56, 57)</p> <p>Gesamtabstimmung: 93,1%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>

*Im finalen Abstimmungsprozess haben 45 von 46 Fachgesellschaften der Empfehlung zugestimmt. Keine Zustimmung erfolgte von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Die Erläuterungen dazu finden sich im Sonderkapitel „Schriftwechsel mit den Fachgesellschaften“ auf den Seiten 17 bis 26 (siehe Anlage).

3.8.3.24	<p>Ergebnismaße: Evaluation</p> <p>Für die Ergebnisevaluation bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen sollen Ergebnismaße zum Konsumverhalten, zur Teilhabe (gesellschaftlich und beruflich), zur Morbidität und Mortalität, zur Lebensqualität und zur Lebenszufriedenheit berücksichtigt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (10, 30, 32, 40, 53)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.8.3.25	<p>Ergebnismaße: Abstinenz</p> <p>Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Abstinenz, sollte als primäres Ergebnismaß die katamnestische Erfolgsquote hinsichtlich der Abstinenz herangezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (1, 32, 53)</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>
3.8.3.26	<p>Ergebnismaße: Konsumreduktion</p> <p>Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Konsumreduktion, sollten als primäre Ergebnismaße Trinktage und Trinkmenge herangezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (1, 4, 12, 14, 19, 32, 36, 43)</p> <p>Gesamtabstimmung: 97,1%</p>	<p style="text-align: center;">KKP</p>

3.8.3.27	<p>Ergebnismaße: Evaluationszeitraum</p> <p>Für die Ergebnisevaluation bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen sollte regelhaft ein Zeitraum von einem Jahr nach Beendigung der Behandlung berücksichtigt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar</p> <p>Literatur: (24, 53)</p> <p>Gesamtabstimmung: 91,1%</p>	KKP
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

3.8.4 Hintergrund der Evidenz

Für die Beantwortung der klinischen Fragen im Bereich Postakut- und Entwöhnungsbehandlung wurden folgende Quellen verwendet:

- fünf internationale Quell-Leitlinien (zwei britische des National Institute for Health and Clinical Excellence, drei amerikanische des Department of Defense, des Department of Health and Human Affairs sowie der American Psychiatric Association) sowie drei systematische Reviews der Cochrane Collaboration bilden die Grundlage der Ausarbeitung.
- Um die Besonderheiten des deutschen Versorgungssystems, insbesondere im Hinblick auf die Entwöhnungsbehandlung, hinreichend abbilden zu können, wurden drei nationale Quellen ergänzend herangezogen: die S2-Leitlinie zur Postakutbehandlung bei Alkoholabhängigkeit sowie mit den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit und der Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen zwei Standards der Deutschen Rentenversicherung. Diese Leitlinien waren allerdings konsensbasiert und wurden nicht einer systematischen Bewertung nach DELBI unterzogen. Sie können nach dem Regelwerk der AWMF somit nicht zur Angabe von Evidenzgraden herangezogen werden.
- Es wurde außerdem eine systematische Literaturrecherche in PubMed für den Zeitraum 2005-2012 durchgeführt, aus der insgesamt 34 Quellen (nach Bewertung der Relevanz und der Qualität) zur Beantwortung der einzelnen klinischen Fragestellungen ausgewählt wurden.
- Zu einzelnen Themen wurde zusätzlich eine unsystematische Literaturrecherche für spezifische Veröffentlichungen zum deutschen Versorgungssystem durchgeführt. Zur Beantwortung der klinischen Fragen und zur Begründung von Empfehlungen wurden allerdings nur solche Quellen herangezogen, die in Peer-Review-Journals veröffentlicht sind (insgesamt zwölf). Zur Frage der Konsumreduktion unterstützt durch Nalmefen

erfolgte wegen neuer Daten eine Handrecherche, in die alle publizierten Arbeiten bis Ende 2013 eingingen (zwei Quellen). Die übrige Literatur wird für die ergänzende Hintergrunddarstellung im Abschnitt 3.8.5 verwendet.

Zur Klinischen Frage 1 nach der generellen Wirksamkeit postakuter Interventionsformen existieren Belege aus drei Quell-Leitlinien und zwei systematischen Reviews, die sich auf psychotherapeutische bzw. psychosoziale und pharmakologische Interventionen beziehen. Neben der S2-Leitlinie wurden auch die Reha-Therapiestandards, die Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung und eine in einem ‚peer-reviewed‘-Journal publizierte Katamnese-Studie zur Beantwortung der Klinischen Frage 1 herangezogen. Die wissenschaftliche Literatur- und Datenanalyse zur Entwicklung der Reha-Therapiestandards ist in einer Meta-Analyse aus der systematischen Literaturrecherche sowie in einer Meta-Analyse aus der unsystematischen Literaturrecherche beschrieben. In einer Meta-Analyse der Deutschen Gesellschaft für Reha-Wissenschaften finden sich weitere Hinweise für Wirksamkeit. Grundlage für die Beantwortung der Frage nach der Wirksamkeit ist auch die Formulierung von **Therapiezielen**. Hierzu finden sich in drei Quell-Leitlinien, zwei systematischen Reviews, einem nationalen Standard und der S2-Leitlinie sowie in einer Quelle aus der systematischen Literaturrecherche entsprechende Aussagen zur Priorisierung.

Im Hinblick auf die Bedingungen der Wirksamkeit und die einzelne Interventionsformen (**Klinischen Frage 2**) stellt sich die Quellenlage sehr heterogen dar. Für die Wirksamkeit der komplexen Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation) als eine bedeutsame Form der Postakutbehandlung in Deutschland existieren wenige evidenzbasierte Nachweise. Die anglo-amerikanische Literatur bezieht sich überwiegend auf Kurz- und Einzelinterventionen sowie auf medikamentöse Rückfallprophylaxe. Zum Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und Wirksamkeit existieren zwar zahlreiche Aussagen in den relevanten internationalen und nationalen Quellen, jedoch ohne formal abgesicherte Evidenz als Basis für entsprechende Empfehlungen. Für weitere soziodemografische Merkmale (Alter, Erwerbsstatus, Migrationshintergrund, soziales Umfeld, Geschlecht) stellt sich die Evidenz ähnlich unsicher dar. Daher wird für die Aspekte Komorbidität, Alter und Geschlecht auch auf die spezifischen Ausführungen in den Kapiteln 3.6 und 3.6 verwiesen. Auch zum Behandlungssetting, zur Vernetzung von Behandlungsangeboten und zur Behandlungsdauer finden sich in den internationalen und nationalen Quellen eher qualitative Aussagen ohne hinreichende Evidenz.

Deutlich besser stellt sich die Evidenzlage jedoch bei der Analyse einzelner **Interventionskomponenten** dar. Für zahlreiche psychotherapeutische bzw. psychosoziale Interventionen gibt vor allem die britische NICE-Leitlinie CG115 Wirksamkeitsnachweise auf

hohem Evidenz-Niveau an. Zwei RCTs zum Neurokognitiven Training (NKT) wurden im Rahmen der unsystematischen Literaturrecherche identifiziert und liefern hierzu aktuelle Wirksamkeitsnachweise. Für die medikamentöse Rückfallprophylaxe als weitere Form der Postakutbehandlung wurden neben drei Quell-Leitlinien, zwei systematischen Reviews und vier Quellen aus der systematischen Literaturrecherche auch vier aktuelle, international publizierte Übersichtsarbeiten im Rahmen der unsystematischen Literaturrecherche identifiziert. Eine gesonderte Handrecherche erfolgte für die 2012 von der europäischen Behörde (EMA) zur Reduktion von Trinkmengen bei Alkoholabhängigen zugelassene Substanz Nalmefen (2 Quellen). Für die Kombination von unterschiedlichen Interventionskomponenten liegen Wirksamkeitsnachweise aus der COMBINE-Studie vor, die als Quelle in der systematischen Literaturrecherche identifiziert wurde.

Für **andere Formen der Postakutbehandlung** sowie weitere Formen postakuter Interventionen (bspw. im Rahmen niedrigschwelliger Angebote, verschiedener Beratungsangebote, der Eingliederungshilfe, der ambulanten vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowie der beruflichen Rehabilitation) existieren kaum oder gar keine systematischen Wirksamkeitsnachweise. Die in Deutschland weit verbreitete Arbeit der Suchtselbsthilfe, die häufig im Anschluss an die Entwöhnung ein wichtiger stabilisierender Faktor bei der Aufrechterhaltung von Abstinenz und Teilhabe ist, wird im Kapitel 4. Versorgungsorganisation beschrieben.

Zur **Klinischen Frage 3** nach relevanten Ergebnismaßen (auch in Abhängigkeit von den Therapiezielen) liefern zwei Quell-Leitlinien entsprechende Hinweise, die durch einen nationalen Standard der DRV und acht Quellen aus der systematischen Literaturrecherche ergänzt werden. Da zusätzlich spezifische Messgrößen und Dokumentationsstandards für das deutsche Versorgungssystem existieren (definiert durch die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie bzw. die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen), wird in diesem Zusammenhang auch eine weitere nationale Quelle zu Katamnesestudien aus der unsystematischen Literaturrecherche herangezogen. Zum Evaluationszeitraum finden sich Hinweise in einer Quelle aus der systematischen Literaturrecherche sowie in der Quelle zu Katamnesestudien. Allerdings lassen sich aus der genannten Literatur nur Empfehlungen auf KKP-Niveau ableiten.

3.8.5 Darstellung der Evidenz

3.8.5.1 Wirksamkeit der Postakutbehandlung

Zur **grundsätzlichen Wirksamkeit** einer weitergehenden Behandlung von alkoholbezogenen Störungen im Anschluss an die Akutbehandlung finden sich Aussagen in drei internationalen Leitlinien und zwei systematische Reviews. Dabei stellt dauerhafte Abstinenz bei abhängigem Konsum (ICD10: F10.2) die übergeordnete Zielsetzung dar. Darüber hinaus sind situations- und verhaltensbezogene Risikosituationen zu unterscheiden, für die punkt- bzw. zeitraumbezogene Abstinenzzeiten angezeigt sind. Bei schädlichem bzw. riskantem Konsum sind (Punkt-)Abstinenz bzw. Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) indiziert.

Die britische NICE-Leitlinie ‚Alcohol-use Disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence – CG115‘ (NICE 2011) analysiert umfassend die Wirksamkeit psychotherapeutischer und psychosozialer (Kapitel 6) sowie pharmakologischer Interventionen (Kapitel 7). Allerdings erfolgt keine unmittelbare Untersuchung der generellen Wirksamkeit einer postakuten Behandlung im Vergleich zur Nichtbehandlung. Die entsprechende Evidenz kann also nur indirekt aus der Wirksamkeit einzelner Interventionsformen abgeleitet werden. Die amerikanische Leitlinie ‚Treatment of Patients with Substance Use Disorders‘ (APA 2006) beschreibt im Abschnitt 4 zum Treatment of Alcohol-related Disorders ebenfalls medikamentöse und psychosoziale Behandlungsformen. Auch hier kann die Evidenz für die Wirksamkeit der postakuten Behandlung nur indirekt abgeleitet werden.

Die **Wirksamkeit pharmakologischer Interventionen** mit Acamprosat, Disulfiram und Naltrexon wird ausführlich in der amerikanischen Leitlinie ‚Incorporating alcohol pharmacotherapies into medical practice‘ (2009) dargestellt. Es werden hier zwar zahlreiche Studien aus Europa und den USA zitiert, aber nur teilweise Angaben über deren Qualität gemacht. Für Acamprosat wird die Wirksamkeit gegenüber Placebo auf hohem Niveau beschrieben. Für Naltrexon wird eine Wirksamkeit mit hohem Evidenzgrad angegeben.

Pharmakologische Interventionen werden auch in zwei Cochrane Reviews analysiert und deren Wirksamkeit mit höchster Evidenz belegt: ‚Acamprosate for alcohol dependence‘ (Rösner et al. 2011) und für Naltrexon und Nalmefen ‚Opioid antagonists for alcohol dependence‘ (Rösner et al. 2010). In der ersten genannten Quelle wird ausgeführt: „Acamprosate appears to be an effective and safe treatment strategy for supporting continuous abstinence after detoxification in alcohol dependent patients“. Der Wirksamkeitsnachweis stützt sich auf 24 RCT‘ mit insgesamt 6.915 (überwiegend ambulant) behandelten Patienten und entspricht somit dem höchsten Level of Evidence 1a. Das Review zu Opioid Antagonisten basiert auf 50 RCT’s mit insgesamt 7.793 Patienten und kommt zu der Aussage: „Naltrexone appears to be an effective and safe strategy in

alcoholism treatment“. Die Wirkung von Naltrexon kann also mit dem Level of Evidence 1a angenommen werden. Zu Nalmefen war die Datenlage beim Abschluss der Recherchen noch nicht ausreichend. Ganz aktuelle Studien zu Nalmefen wurden daher in einer unsystematischen Recherche erfasst, so dass kein Level of Evidence vergeben werden konnte (vgl. Leitlinienreport).

Für eine pharmakologische postakute Behandlung mit Acamprosat und Naltrexon ist die Wirksamkeit somit nachgewiesen. Eine Darstellung der Studienlage im Detail ist bei den Ausführungen zu den einzelnen Interventionskomponenten (Abschnitt 3.8.5.2.4) zu finden. Da die Besonderheiten des deutschen Versorgungssystems insbesondere im Hinblick auf das komplexe Setting der **Entwöhnungsbehandlung** im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in der internationalen Literatur allerdings nicht bzw. kaum abgebildet werden, wurden drei nationale Quellen für die Bewertung postakuter Behandlungsformen herangezogen. Die Autoren der S2-Leitlinie ‚Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen‘ von 2003 (Geyer et al. 2003) führen auf der Basis einer unsystematischen Literaturrecherche und eines Expertenkonsenses aus, dass die Behandlung wirksamer ist als die Nichtbehandlung und daher empfohlen werden soll. Sie verweisen auf die Effektivität der stationären Postakutbehandlung (Entwöhnung) auch im internationalen Vergleich. Dass die Behandlung alkoholbezogener Störungen effektiver ist als eine Nichtbehandlung wird von den Autoren vor dem Hintergrund entsprechenden Quellen und Studien bejaht.

Von den nationalen Quellen, die von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bzw. der Deutschen Gesellschaft für Reha-Wissenschaften (DGRW) herausgegeben wurden, basieren zwei auf umfassenden Literaturanalysen und beschreiben vor allem die **Wirksamkeit psychologischer und psychosozialer Interventionen**, die im Rahmen des komplexen stationären Reha-Settings zum Einsatz kommen. Im ‚DGRW-Update: Alkoholabhängigkeit‘ von Vogelgesang aus 2011 (Vogelgesang 2011) geht die Autorin unter Verweis u.a. auf groß angelegte Katamnesestudien von einer nachgewiesenen Wirksamkeit der Suchtbehandlung aus. In den ‚Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung‘ aus 2011 (DRV 2011) wird ausgeführt „Die Wirksamkeit der multidisziplinären Rehabilitation bei alkoholabhängigen Patienten gilt als gesichert“. Die wissenschaftlichen Literatur- und Datenanalysen zur Entwicklung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit sind außerdem ausführlich dargestellt in Schmidt et al. (2008) sowie in Bottlender et al. (2005) und haben auch für die Empfehlungen zu den einzelnen therapeutischen Interventionen (siehe Abschnitt 3.8.5.2.4) Bedeutung. Die Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung beschreibt die komplexe Entwöhnung (medizinische Rehabilitation) als wirksame Behandlungsform im Anschluss an eine Entzugsbehandlung.

Mit der Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigkeit haben sich seit Mitte der 90er Jahre verschiedene Forschungseinrichtungen beschäftigt. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Veröffentlichungen von Süß (1995), Sonntag und Künzel (2000) sowie Müller-Fahrnow et al. (2002), die auf der Grundlage von Literatur- und Datenanalysen Aussagen zur Struktur des deutschen Behandlungssystems, zur Effektivität einzelner Behandlungsformen (insbesondere im Rahmen der Sucht-Rehabilitation und auch im internationalen Vergleich) sowie zu methodischen Aspekten der Wirksamkeitsmessung machen. Maßgebliche Aussagen sind dabei, dass die Behandlung grundsätzlich effektiver ist als die Nicht-Behandlung und dass das (gesundheitsökonomische) Verhältnis von Behandlungsaufwendungen und krankheitsbedingten Gesamtkosten eine positive Kosten-Nutzen-Relation für die Variable Behandlung ergibt. Letzteres gilt für die ambulante Postakutbehandlung auch, wie in einer gesundheitsökonomischen Analyse der UKATT-Studie eindrucksvoll belegt wird (UKATT 2005).

Es liegen außerdem verschiedene Katamnesestudien von Forschungseinrichtungen und Fachverbänden vor, die nach den Standards des Deutschen Kerndatensatzes (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2010) den Behandlungserfolg im Hinblick auf die Abstinenz und weitere Kriterien überprüfen. Die Einbeziehung der aktuellsten Jahrgangs-Ergebnisse und Mehrjahres-Analysen erfolgt über die Veröffentlichungen von Missel et al. (2010, 2013), Schneider et al. (2013), Weissinger & Missel (2012), Koch et al. (2011) und Missel (2007). Nach internationalen Standards in einem ‚peer-reviewed‘-Journal publiziert, sind die entsprechenden Ergebnisse in Missel & Weisinger 2011. Es wurde berichtet, dass die Suchtrehabilitation generell effektiv ist und dass entsprechend den Berechnungsformen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS 4 = alle Entlassenen und Nicht-Antwörter als definiert rückfällig) katamnestische Erfolgsquoten von 25% bis 49% (DGSS 4) nachgewiesen werden können. DGSS 4 entspricht den international gebräuchlichen ITT-Kriterien („Intention to Treat“).

Grundlage für die Beantwortung der Frage nach der Wirksamkeit ist auch die Formulierung von **Therapiezielen**. In der NICE-Leitlinie CG115 (2011) wird bei Alkoholabhängigkeits-Syndrom Abstinenz als primäres Therapieziel genannt: „Abstinence is the appropriate goal for most people with alcohol dependence, and people who misuse alcohol and have significant psychiatric or physical comorbidity (for example, depression or alcohol-related liver disease).“ Ist die Erreichung von Abstinenz bei Abhängigen zurzeit nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll im Sinne einer Schadensbegrenzung und Schadensminimierung eine Reduktion des Konsums als (vorübergehendes) Therapieziel hinsichtlich Menge, Zeit und Frequenz angestrebt werden. Aussagen zu dieser Priorisierung finden sich auch in zahlreichen weiteren Quellen (DHHS

2009, APA 2006, Rösner et al. 2010 & 2011, DRV 2011, Geyer et al. 2003, Schmidt et al. 2008, Vogelgesang 2011, Missel & Weissinger 2011, Bottlender et al. 2005).

3.8.5.2 Bedingungen für die Wirksamkeit

3.8.5.2.1 Patientengruppen

Im Hinblick auf die **Mitbehandlung von psychischer Komorbidität** im Rahmen der Alkoholbehandlung liegen sowohl für psychosoziale wie pharmakologische Interventionen nur eingeschränkt aussagekräftige Ergebnisse vor. Ein Zusammenhang von substanzbezogener und weiterer psychischer Komorbidität wird in internationalen Quellen (NICE 2011, VA/DoD 2009, DHHS 2009, APA 2006) ebenso wie in nationalen Quellen [9, 11, 52] gesehen, es existiert jedoch nur eine relative Empfehlung zur Strategie bei der Mitbehandlung (eher parallel/gleichrangig als zeitversetzt/nachrangig). Insbesondere von der DRV (2011), in der S2-Leitlinie (Geyer et al. 2003) und im DGRW-Update (Vogelgesang 2011) wird auf die Notwendigkeit und Wirksamkeit der gleichzeitigen Mitbehandlung hingewiesen, wobei die Behandlung komplexer wird und spezifische Therapiekonzepte vorhanden sein müssen. Auch in verschiedenen Quellen aus der systematischen Literaturrecherche wird auf die Bedeutung der psychischen Komorbidität und die Berücksichtigung im Rahmen der Behandlung hingewiesen: Angststörung und Depression (Hobbs et al. 2011) Depression (Boden & Fergusson 2011, Witkiewitz & Bowen 2010, Gable et al. 2010), psychische Komorbidität allgemein und Angststörung (Mason & Leher 2010), Angststörung (Schmidt et al. 2007). Eine Katamnese-Studie (Missel et al. 2013) zeigt eine etwas schlechtere Erfolgsquote bei Rehabilitanden mit diagnostizierter psychischer Komorbidität. Weitere Ausführungen sind im Kapitel 3.6 zu finden. Hier werden entsprechend differenzierte Empfehlungen zu einzelnen psychotherapeutischen und medikamentösen Therapieformen formuliert. Grundsätzlich wird für Depressionen, Bipolare Störungen, Schizophrenie, ADHS, Angststörungen und PTBS eine integrierte bzw. gleichzeitige Behandlung vorgeschlagen, eine eindeutige Evidenz liegt jedoch nicht überall vor. Daher werden zu diesem Aspekte weitere Forschungsarbeiten empfohlen (siehe 3.8.8).

Das **Alter der Patienten** spielt für die Wirksamkeit der Behandlung eine Rolle. Im DGRW-Update (Vogelgesang 2011) wird in diesem Zusammenhang auf den spezifischen Behandlungsbedarf von älteren Zielgruppen und die dabei vorhandenen guten Erfolgsaussichten hingewiesen. Im Kapitel 3.7 werden Behandlungsempfehlungen für ältere Personen ausführlich beschrieben, allerdings lässt sich keine Evidenz speziell für die postakute Behandlung dieser Zielgruppe finden, daher wird auf die grundsätzliche Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer und medikamentöser Interventionsformen (unabhängig von der Zielgruppe) verwiesen sowie auf die Berücksichtigung des Alters bei der Behandlungsplanung. In verschiedenen Katamnesestudien zeigt sich, dass mit

zunehmendem Alter die Erfolgsquote in der Entwöhnungsbehandlung steigt, aktuelle Zahlen zeigen einen Unterschied bei DGSS 4 von 29% bis 40 Jahre zu 46% über 40 Jahre (Missel & Weissinger 2011, Missel et al. 2013).

Die Reha-Therapiestandards der DRV (2011) und die S2-Leitlinie (Geyer et al. 2003) gehen von einer großen Bedeutung der **Erwerbstätigkeit** für den Erfolg der Behandlung aus und empfehlen eine entsprechende Berücksichtigung von Interventionen zur gezielten Förderung dieses Aspektes im Therapieprogramm. Katamnesestudien zeigen, dass die Erwerbstätigkeit die Abstinenz und somit den Behandlungserfolg deutlich unterstützt (Missel et al. 2013a & 2013b, Schneider et al. 2013, Weissinger & Missel 2012, Missel 2007). Aktuelle Zahlen zeigen einen Unterschied bei DGSS 4 von 50% bei Erwerbstätigkeit zu 31% bei Erwerbslosigkeit (Missel & Weissinger 2011).

Zum Aspekt **Migrationshintergrund** werden positive Effekte der Behandlung bei hoher Ähnlichkeit des soziokulturellen Hintergrundes von Patient und Therapeut von Field und Caetano (2010) beschrieben. Im DGRW-Update (Vogelgesang 2011) wird auf die Bedeutung der gezielten Berücksichtigung des Migrationshintergrundes bei der Gestaltung von Therapiekonzepten hingewiesen (höhere subjektive Belastung, häufig negative Stressverarbeitung) sowie auf gute Erfolgsaussichten. Aus beiden Quellen lassen sich jedoch keine konkreten Behandlungsstrategien ableiten, es kann nur allgemein auf die Berücksichtigung des soziokulturellen Hintergrundes von Migranten hingewiesen werden. Daher werden auch weitere Studien zu diesem Aspekt empfohlen (siehe 3.8.8).

Die Bedeutung von sozialen Faktoren wird auch in verschiedenen Studien aus der systematischen Literaturrecherche beschrieben: unklarer Einfluss von sozialem Stress (Ham et al. 2011), negativer Einfluss von Alkoholbelastung in der Familie (Capone et al. 2011), positiver Einfluss von Partnerschaft (Mutschler et al. 2010), positiver Einfluss von sozialen Netzwerken (Buckman et al. 2007). Zur Bedeutung von **Familie und Partnerschaft** für den Behandlungserfolg gibt es Hinweise aus Katamnesestudien (Missel & Weissinger 2011), dass sich das Vorhandensein beider Faktoren positiv auf die Abstinenz auswirkt. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich stabile soziale Beziehungen positiv auf den Behandlungserfolg auswirken.

Die vorliegenden Quellen zu Unterschieden in der Wirksamkeit einzelner Interventionen im Hinblick auf das **Geschlecht** zeigen kein einheitliches Bild: Internet-basierte Behandlung für Frauen im ländlichen Raum (Fingeld-Conneett 2009), ambulante Behandlung für Frauen (Graff et al. 2009), Kombination von Naltrexon und kognitiver Verhaltenstherapie (O'Malley et al. 2007). Katamnesestudien zeigen, dass Frauen (DGSS 4 = 43%) ähnlich wie Männer (DGSS 4 = 40%) von Entwöhnungsbehandlungen profitieren. An dieser Stelle ist auf die differenzierten Darstellungen im Kapitel 3.7 zu verweisen, dort werden konkrete Behandlungsempfehlungen speziell für Frauen beschrieben.

3.8.5.2.2 Setting

Eine differenzierte Bewertung der unterschiedlichen **Settings (ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationär, stationär)** ist schwer möglich, weil in internationalen Quellen ambulante Behandlungen im psychosozialen (APA 2006) und pharmakologischen Bereich (DHHS 2009) überwiegen. Eine Evidenz für den Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der Behandlungsform liegt nach der amerikanischen Leitlinie ‚VA/DoD clinical practise guideline for management of substance use disorders (SUD)‘ (2009) nicht vor, es wird aber darauf verwiesen, dass die Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient zu dieser Frage das Therapieergebnis verbessert. Auch aufgrund der unterschiedlichen Eingangs- bzw. Zuweisungsvoraussetzungen für die unterschiedlichen Therapiesettings kann keine detaillierte Aussage getroffen werden, welches Setting grundsätzlich wirksamer ist. In der Leitlinie der Deutschen Rentenversicherung zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen (DRV 2010) werden verschiedene Kriterien genannt, die bei einer differenzierten Zuweisung berücksichtigt werden sollen: Ausmaß der bio-psycho-sozialen Störungen, Beschaffenheit des sozialen Umfelds des Abhängigkeitskranken hinsichtlich einer unterstützenden Funktion, berufliche Integration des Abhängigkeitskranken, Existenz einer stabilen Wohnsituation, Fähigkeit des Rehabilitanden zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans, Fähigkeit zur Einhaltung der Abstinenz, Dauer und Intensität der Abhängigkeitserkrankung, Einschätzung des Rehabilitanden und der Vorbehandler. Die S2-Leitlinie (Geyer et al. 2003) beschreibt ebenfalls Kriterien für die differenzierte Zuweisung in ein passendes Setting. Auch in der S3-Leitlinie für Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (zu denen Abhängigkeitserkrankungen zählen) finden sich im Abschnitt 4.3 ähnliche Beschreibungen und Indikationskriterien für die Zuweisung zu den Settings ambulant, teilstationär und stationär (DGPPN 2013). In den vorhandenen Katamnesestudien zeigen stationäre, ambulante und ganztägig-ambulante (teilstationäre bzw. tagesklinische) Settings gleichermaßen eine hohe Wirksamkeit. Die katamnestischen Erfolgsquoten für ambulante Reha (DGSS 4 = 48%) (Missel et al. 2013b) und die ganztägig-ambulante Reha (DGSS 4 = 49%) (Schneider et al. 2013) liegen ebenso wie die für die stationäre Reha (DGSS 4 = 41%) (Missel et al. 2013a) im Bereich der generellen Wirksamkeit (Abschnitt 3.8.5.1). Dabei ist zu beachten, dass im ambulanten bzw. ganztägig-ambulanten Setting andere Zielgruppen behandelt werden, die i.d.R. über eine bessere soziale und berufliche Integration verfügen (Missel et al. 2013a & 2013b, Schneider et al. 2013).

In der amerikanischen Leitlinie ‚VA/DoD clinical practise guideline for management of substance use disorders (SUD)‘ (2009) sind konkrete Aussagen mit hoher Evidenzqualität und hohem Empfehlungsgrad zur Einleitung von **nachsorgenden Maßnahmen** zu finden.

Die Vernetzung von Leistungsanbietern im Sinne eines bio-psycho-sozialen Behandlungsansatzes wird empfohlen. In der deutschen Versorgungslandschaft sind verschiedene Formen der Weiterbehandlung oder Nachsorge nach einer Entwöhnungs-Maßnahme von Bedeutung, für die aber keine eigenständigen Wirksamkeitsnachweise existieren. Zu diesen zählt die Adaption, die ambulante Nachsorge im rehabilitativen psycho- oder sozialtherapeutischen Setting sowie weitere der in Abschnitt 3.8.5.4 dargestellten postakuten Behandlungsformen.

Eine differenzierte Analyse des Rückfallzeitpunktes innerhalb eines Jahres nach der Entwöhnungsbehandlung (Missel & Weissinger 2011) zeigt, dass der erste Monat (30% der Rückfälle) besonders kritisch ist. Daher ist der nahtlose Übergang in nachsorgende Maßnahmen zur Sicherung des erreichten Behandlungserfolges von großer Bedeutung, da 83% der Rückfälle bis zum sechsten Monat nach Behandlung stattfinden. Die Rückfallhäufigkeit im ersten Jahr nach der Durchführung einer Postakutbehandlung reduziert sich kontinuierlich, sodass Nachsorgeangebote mindestens ein Jahr vorgehalten werden sollen. Nachsorgemaßnahmen werden von Leistungsträgern der Postakutbehandlung dringend empfohlen (DRV 2010, Geyer et al. 2003). Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die positiven Ergebnisse einer Studie zu ergänzenden Hausbesuchen bei ambulanter Therapie (Moraes et al. 2010). Da für telemedizinische Nachsorgeangebote (Telefonnachsorge, Internet-Portale, Chat, SMS) entsprechende Studienergebnisse noch fehlen, werden weitere Studien zum gesamten Bereich Weiterbehandlung/Nachsorge empfohlen (siehe 3.8.8).

Bei der **Vernetzung von Leistungsangeboten** kann Case-Management zum Einsatz kommen. Im DGRW-Update (Vogelgesang 2011) wird am konkreten Beispiel eine Form des Fallmanagements beschrieben, zu dem aber kein Wirksamkeitsnachweis existiert. Case-Management wird in der NICE CG115 (2011) untersucht, es werden allerdings keine eindeutig starken Effekte beschrieben. In dem Cochrane-Review ‚Case management for persons with substance use disorders‘ (Hesse et al. 2010) wird diese Form der Intervention eingehend analysiert, aber zum einen liegt der Bezug stärker auf illegalen Drogen und zum anderen konnten aufgrund der unterschiedlichen Formen von Case-Management keine einheitlichen bzw. eindeutigen Ergebnisse gefunden werden. Für Stepped-Care-Modelle ist laut NICE CG115 (2011) und DGRW-Update (Vogelgesang 2011) die Evidenzlage eher schwach. Hierzu ist ähnlich wie für die innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Deutschland existierenden Modelle der Kombitherapie noch Forschungsbedarf im Hinblick auf den Nachweis der Wirksamkeit (auch im Hinblick auf bestimmte Zielgruppen) zu definieren. Es werden weitere Studien zu den Themen Case-Management, Stepped-Care-Modelle und Kombitherapie empfohlen (siehe 3.8.8). Eine besondere Form der Vernetzung von unterschiedlichen Angeboten ist das Modell Community Reinforcement Approach (CRA),

das verschiedene verhaltenstherapeutische (z.B. Kontingenzverträge, operante Konditionierung) und familientherapeutische Interventionen in die eigentliche Suchtbehandlung einbezieht. Auch in der NICE CG115 (2011) werden gemeindeorientierte Ansätze bei starker Abhängigkeit und bei schädlichem Konsum als wirksam beschrieben. Eine entsprechende Empfehlung ist auch in der Leitlinie des VA/DoD (2009) zu finden. Ausführliche Darstellungen zu vernetzten Versorgungsangeboten finden sich auch in der S3-Leitlinie für Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen in den Abschnitten 3.2 und 4.6 (DGPPN 2013).

Bei der Frage nach der Wirksamkeit unterschiedlicher Settings spielen auch **Vorbehandlungen** eine Rolle, wobei zu unterscheiden ist zwischen vorhergehenden Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen sowie anderen Interventionen. Die Leitlinie der APA (2006) beschreibt bessere Ergebnisse postakuter Interventionen bei vorangegangener Entzugsbehandlung, was durch eine neue Studie in Deutschland weiter bestätigt wird (Mann et al. 2013). Die britische NICE-Leitlinie 'Alcohol-use disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications – CG100' (2010) weist auf ein erhöhtes Komplikationsrisiko bei häufigeren früheren Entzugsbehandlungen hin. Katamnesestudien (Missel & Weissinger 2011) zeigen ähnliche Ergebnisse im Hinblick auf die Erfolgsquoten nach DGSS 4 (ITT): ohne Entgiftung = 46%, mit einer Entgiftung = 47%, mit zwei und mehr Entgiftungen = 34%. Im Hinblick auf vorangehende Entwöhnungsbehandlungen zeigen Katamnesestudien (Weissinger & Missel 2012), dass die Erfolgsquote bei Therapiewiederholungen abnimmt. Alle diese Befunde könnten mit einer stärkeren Chronifizierung dieser Patientengruppen zusammenhängen. Eine Sekundäranalyse der Combine-Studie [31] zeigt ähnliche Effekte, geht aber auch bei Wiederholungsbehandlungen von einer gegebenen Wirksamkeit aus. Da aber auch Wiederholungsbehandlungen grundsätzlich wirksam sind, sollten sie motivierten Patienten angeboten werden.

3.8.5.2.3 Behandlungsdauer

Zur **Behandlungsdauer** finden sich in den internationalen Quellen unterschiedliche Angaben. NICE CG115 (2011) benennt ein Spektrum von einer bis zwölf Wochen, die Leitlinie der APA (2006) beschreibt 28 Tage als Untergrenze. In der amerikanischen Leitlinie zur Pharmakotherapie (DHHS 2009) werden drei bis zwölf Monate als Behandlungszeitraum genannt, der sich aber nicht auf stationäre Behandlungen und psychosoziale Interventionen bezieht. Die amerikanische Leitlinie des VA/DoD (2009) trifft allerdings die klare Aussage, dass längere Behandlungszeiten bei einem hohen **Schweregrad der Erkrankung** von Suchtpatienten zu einem besseren Ergebnis führen. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verdeutlicht, dass ein

Gesundheitsproblem vielfältige Auswirkungen hat, welche die persönlichen Funktionsfähigkeit, die Aktivitäten wie auch die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen betreffen. Sie zeigt, dass es sich bei psychischen Erkrankungen, auch Suchterkrankungen, insbesondere bei einem chronischen Verlauf um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem stabilisierende und belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen langfristigen Hilfebedarf erfordern, der sich auch an der Krankheitsschwere auszurichten hat.

Deutliche Aussagen finden sich aufgrund des konkreten Bezugs zum deutschen Behandlungssystem in den nationalen Quellen. Nach den Reha-Therapiestandards der DRV (2011) sollte sich die **Dauer und Intensität der Behandlung am Schweregrad orientieren**, wobei zur optimalen Dauer der Behandlung keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen gezogen werden können. Die Leitlinie der DRV zur sozialmedizinischen Beurteilung (DRV 2010) gibt Empfehlungen ab, ohne dass Aussagen darüber gemacht werden, welche Behandlungsdauer wirksamer ist: Langzeittherapie stationär zehn bis 16 Wochen, Kurzzeittherapie stationär acht Wochen, ganztägig ambulante Rehabilitation zwölf Wochen, niedrigfrequente ambulante Rehabilitation bis zu 18 Monaten mit maximal 120 Einzel- und Gruppengesprächen und zwölf Angehörigengesprächen. Die S2-Leitlinie (Geyer et al. 2003) beschreibt acht Wochen als Untergrenze für Patienten mit ungünstiger Prognose. In einer Katamnese-Studie (Missel & Weissinger 2011) wird gezeigt, dass sich die Erfolgsquote mit steigender Behandlungsdauer verbessert (DGSS 4 / ITT für <12 Wochen = 38% und für 12-16 Wochen = 45%). Dies gilt gleichermaßen für ausschließlich planmäßige Entlassungen.

In einer Mehrjahresanalyse (N = 23.401) stationär behandelte Patienten (Missel 2007) konnte mittels einer ‚Alerting‘-Correlation ein negativer Zusammenhang zwischen den standardisierten Mittelwertdifferenzen der Behandlungsdauer und den standardisierten Mittelwertdifferenzen eines multiplen Veränderungskriteriums (Partnerbeziehung, Erwerbstätigkeit, durchgängige Abstinenz) gezeigt werden ($r = .959$, Varianzaufklärung 91,9%). Bottlender et al. (2005), Sonntag und Künzel (2000), Bühringer (2000) und Süß (1995) bestätigen den positiven **Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg** und beschreiben die Notwendigkeit, den **Schweregrad der Erkrankung** bei der Planung der Behandlungsdauer zu berücksichtigen. Zur Bestimmung der Fallschwere sollten geeignete diagnostische Instrumente herangezogen werden wie bspw. MATE (Schippers et al. 2011) und RMK (Spyra & Müller-Fahrnow 1998) sowie Instrumente zur körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigung.

3.8.5.2.4 Interventionskomponenten

Bei der Darstellung der Wirksamkeit einzelner Interventionskomponenten trennt sowohl die Leitlinie NICE CG115 (2011) als auch die der APA (2006) zwischen psychologischen bzw. psychosozialen und pharmakologischen Interventionen. Dieser Aufteilung wird hier gefolgt.

Wirksame **psychotherapeutische oder psychosoziale Interventionsformen** sind demnach mit LoE 1a Motivationale Interventionen (insbesondere MI = Motivational Interviewing zur Förderung von Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation) und Kognitive Verhaltenstherapie, mit LoE 1b Verhaltenstherapie, Angehörigenarbeit, Paartherapie, Psychodynamische Kurzzeittherapie, sowie mit LoE 2b Kontingenzmanagement und Patientengruppen.

Motivationale Interventionsformen: In der Leitlinie NICE CG115 (2011) werden drei RCTs (N = 433) für „motivational versus minimal intervention control“ mit signifikanten Ergebnissen und mittleren bis starken Effektstärken (Zeitpunkte zwischen sechs Monaten und fünf Jahren nach Ende der Behandlung) aufgeführt. Im Hinblick auf „motivational versus minimal intervention control“ zeigt sich eine Überlegenheit motivationaler Techniken zu den Zeitpunkten ein Monat (SMD = -0.67, CI: 95%), fünf Monate (SMD = -0.70, CI: 95%) und sechs Monate (SMD = 0.66, CI: 95%) nach der Intervention. Bottlender et al. (2005) erwähnen für Motivationstherapie 18 Studien im Mesa Grande Project. An Behandlungsmethoden mit dokumentiertem Nachweis zur therapeutischen Effektivität werden vier Studien zum Motivational Interviewing bzw. Enhancement mit Evidenzlevel 1a bzw. 1b erwähnt. Schmidt et al. (2008) erwähnen eine prozentuale Leistungsanspruchnahme von 14,8% an deutschen Suchtfachkliniken zur Motivationsförderungstherapie im Rahmen ihrer Erhebung zu evidenzbasierten Therapieverfahren in der stationären Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten.

Kognitive Verhaltenstherapie: In der Leitlinie NICE CG115 (2011) werden drei RCTs (N = 450) für „cognitive behavioural therapies versus TAU or control“ (6-month follow-up: SMD = 0.75, CI: 95%), 13 RCTs (N = 2.956) für „cognitive behavioural therapies versus other active intervention“ (18-month follow-up: SMD = -0.74, CI: 95%) und sechs RCTs (N = 771) für „different formats of cognitive behavioural therapies“ mit signifikanten Ergebnissen und mittleren bis starken Effektstärken (Zeitpunkte zwischen sechs bis 18 Monaten nach Ende der Behandlung) zitiert. Bezüglich „different formats of cognitive behavioural therapies“ zeigt sich eine Überlegenheit einer individualisierten im Vergleich zu einer standardisierten Vorgehensweise (SMD = 0.39, CI: 95%). Nach 15 Monaten ergibt sich zudem ein signifikanter Unterschied zwischen CBT als Einzel- gegenüber einer Gruppenintervention zugunsten der Einzelintervention (SMD = 0.37, CI: 95%). Bottlender et al. (2005) erwähnen zehn Studien für kognitive Verhaltenstherapie im Mesa Grande Project. Schmidt et al. (2008) erwähnen eine prozentuale Leistungsanspruchnahme von 85,4% an deutschen Suchtfachkliniken für kognitive Verhaltenstherapie im Rahmen ihrer Erhebung zu evidenzbasierten Therapieverfahren in der stationären Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten.

Verhaltenstherapie: Bezüglich der Verhaltenstherapie ohne Kontingenzmanagement werden in der Leitlinie NICE CG115 (2011) zwei RCTs (N = 134) für „behavioural therapies versus control/TAU“, vier RCTs (N = 3.420) für „behavioural therapies versus other active intervention“ mit signifikanten Ergebnissen und mittleren bis starken Effektstärken genannt (Zeitpunkte zwischen drei bis sechs Monaten nach Ende der Behandlung). Bezogen auf „behavioural therapies versus control/TAU“ liegen die gefundenen Effektstärken bezogen auf die Menge des konsumierten Alkohols bei $SMD = -0.97$ (CI: 95%) und hinsichtlich der Aufrechterhaltung eines kontrollierten Trinkverhaltens bei $SMD = -0.60$ (CI: 95%). Süß (1995) zeigt in einer Meta-Analyse für Abstinenz- und Besserungsraten verschiedener Therapiemethoden die Überlegenheit von verhaltenstherapeutischer Breitbandtherapie versus Minimaltherapie und Eklektischer Therapie im Vergleich deutscher und internationaler Studien mit folgendem Ergebnis: 60,4% Besserung für VT-Breitbandtherapie in Deutschland (international 51,5%) versus 47,8% für Eklektische Therapie in Deutschland (international 43,3%) versus 28,6% für Disulfiram und 25,1% für Minimaltherapie (jeweils DGSS 4).

Kontingenzmanagement: Im Hinblick auf Verhaltenstherapie mit Kontingenzmanagement werden in der Leitlinie NICE CG115 (2011) ein RCT (N = 139) für „contingency management versus control“, zwei RCTs (N = 145) für „contingency management versus TAU“ mit signifikanten Ergebnissen und mittleren Effektstärken genannt (Zeitpunkte zwischen sechs bis 27 Monaten nach Ende der Behandlung). Hinsichtlich „contingency management versus control“ ergibt sich in Bezug auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz zum Ende der Intervention ($SMD = -0.80$, CI: 95%) sowie 15 Monate danach ($SMD = -0.50$, CI: 95%) ein Effekt zugunsten des Kontingenzmanagements. Bezüglich der Trinkmenge zeigen sich nach sechs ($SMD = -0.66$, CI: 95%), neun ($SMD = -0.38$, CI: 95%) und 21 Monaten ($SMD = -0.53$, CI: 95%) signifikante Effekte. Im Vergleich zu TAU ergeben sich signifikante Effekte bezogen auf die Anzahl an Teilnehmern mit schweren Rückfällen ($SMD = 0.43$, CI: 95%). Allerdings berichten Ledgerwood & Petry (2006) von unklaren Ergebnissen bei der Untersuchung zum Einfluss von Kontingenzmanagement auf die Motivation zur Veränderung des Substanzgebrauchs. Bottlender et al. (2005) erwähnen für Verhaltenstherapeutisches Selbstkontrollprogramm 31 Studien zur Kontrakttherapie. Ebenda werden vier Studien zu Verhaltensverträgen mit WEIn (weighted evidence index) = +3 genannt. An Behandlungsmethoden mit dokumentiertem Nachweis zur therapeutischen Effektivität werden zwei Studien zu Verhaltensverträgen mit Evidenzlevel 1a und 1b zitiert. In der Verhaltenstherapie bezeichnet Kontingenz die Beschreibung von Verstärkungsplänen (z.B. Quoten- bzw. Intervallverstärkung). Nicht nur die Valenz reaktionskontingenter Stimuli, auch ihre Häufigkeit oder das zeitliche Muster beeinflusst die Reiz-Reaktion-Verknüpfung. Ein Verstärkungsplan definiert, in welchen Zeitintervallen oder in welcher Häufigkeit die kontingenten Stimuli auftreten. Kontingenzmanagement legt in Absprache mit dem Patienten

fest, dass er sich insbesondere alkoholassoziierten Reizen nicht und neutralen Stimuli (z.B. Freizeitaktivitäten) möglichst häufig aussetzt. Die konsequente Vereinbarung im Rahmen von Verhaltensverträgen und deren Kontrolle wird oft durch das entsprechende therapeutische Setting begrenzt.

Angehörigenarbeit: In der Leitlinie NICE CG115 (2011) werden ein RCT (N = 210) für „social network and environment-based therapies versus control“ mit signifikanten Ergebnissen und mittleren Effektstärken (Zeitpunkte zwischen sechs bis 27 Monaten nach Ende der Behandlung) aufgeführt. Im Hinblick auf den Vergleich mit der Kontrollgruppe werden in einer Studie signifikante Unterschiede zugunsten der durchgeführten Intervention zu verschiedenen katamnestischen Zeitpunkten berichtet. Die Effekte liegen zum 6-Monats follow-up bei SMD = -0.75 (CI: 95%), nach neun Monaten bei SMD = -0.70 (CI: 95%), nach zwölf Monaten bei SMD = -0.59 (CI: 95%), nach 15 Monaten bei SMD = -0.68 (CI: 95%) und nach zwei Jahren bei SMD = -0.49 (CI: 95%). Darüber hinaus liegen zwei RCTs (N = 989) für „social network and environment-based therapies versus other active intervention“ vor, die zwar leicht positive, jedoch keine signifikanten Effekte zeigen. Die Interventionen umfassen aufsuchende Arbeit bei und Einbezug von Eltern, Partnern, Geschwistern, Kindern und anderen Angehörigen und ggf. das Wohn- und Arbeitsumfeld. In der Postakutbehandlung in Deutschland werden Beratung und Einbezug von Angehörigen z.B. in Angehörigen-, Partner- und Kinderseminaren, der Einbezug von Betriebsangehörigen und therapeutische Aufgabenstellungen bei Familienheimfahrten empfohlen (Schmidt et al. 2008; Bottlender et al. 2005).

Interessanterweise finden sich international auch Belege aus kontrollierten Studien, die eine verbesserte Gesundheit, Lebensqualität und Finanzen bei Angehörigen durch die Behandlung von Indexpatienten zeigen (Holder & Blose 1986). Dies wurde kürzlich auch für Behandlungen in Deutschland gezeigt (Salize et al. 2013).

Paartherapie: In der Leitlinie NICE CG115 (2011) werden sieben RCTs (N = 486) für „couples therapy versus other active intervention“ mit signifikanten Ergebnissen und mittleren Effektstärken (Zeitpunkte zwischen sechs bis zwölf Monate nach Ende der Behandlung) zitiert. Bezüglich „couples therapy versus other active intervention“ zeigt sich eine Überlegenheit der Paartherapie zwölf Monate nach deren Durchführung mit Effekten von SMD = -0.54 (CI: 95%; Abstinenz oder weniger als drei alkoholhaltige Getränke pro Tag) bzw. SMD = -0.71 (CI: 95%; heavy drinking). Die Interventionen beinhalten Beratung und Paartherapie, insbesondere Paartherapie mit verhaltenstherapeutischen Interventionen. Die Postakutbehandlung in Deutschland integriert Paarberatung, Paargespräche und Paartherapie in mehreren Sitzungen (Schmidt et al. 2008, Bottlender et al. 2005).

Psychodynamische Kurzzeittherapie: In der Leitlinie NICE CG115 (2011) wird ein RCT (N = 49) für „short-term psychodynamic therapy versus other active intervention“ mit

signifikanten Ergebnissen und geringer Effektstärke (Zeitpunkte bis 15 Monate nach Ende der Behandlung) genannt. Insbesondere 15 Monate nach Durchführung der psychodynamischen Kurzzeittherapie zeigt sich ein signifikanter Unterschied gegenüber kognitiv-behavioraler Rückfallprävention mit einem Effekt von $SMD = -0.64$ (CI: 95%).

Patientengruppen: In der Leitlinie NICE CG115 (2011) wird ein RCT (N = 93) für „self-help-based treatment (guided) versus self-help-based treatment (non-guided)“ mit signifikanten Ergebnissen und geringer Effektstärke (Zeitpunkte neun bis 23 Monate nach Ende der Behandlung) aufgeführt. So beträgt der gefundene Effekt zum 9-Monats follow-up $SMD = -0.54$ (CI: 95%). Die Interventionen umfassen Selbsthilfe-Maßnahmen unter therapeutischer Anleitung. Geleitete Patientengruppen, Bibliothherapie und therapeutische Hausaufgaben sind Bestandteil postakuter Behandlungsformen in Deutschland (Schmidt et al. 2008; Bottlender et al. 2005).

Neurokognitives Training: Zum Neurokognitiven Training (NKT) weisen zwei RCTs (Eberl et al. 2013, Wiers et al. 2011) die Wirksamkeit mit hoher Evidenz (1b) nach und werden daher in einer eigenen Empfehlung dargestellt. In randomisiert-kontrollierten Studien der Autoren konnte nachgewiesen werden, dass die Rückfallrate bei Alkoholabhängigen durch ein PC-gestütztes Alkohol-Vermeidungstraining langfristig signifikant gesenkt werden kann. Beim Vermeidungstraining hatten die Probanden die Aufgabe, Bilder von alkoholischen Getränken auf dem Bildschirm mit Hilfe eines Joysticks wegzudrücken (Vermeidung) und nicht-alkoholische Getränke heranzuziehen (Annäherung).

Cue-Exposure: Diverse internationale Studien zur Prüfung der Wirksamkeit gegen verschiedene Kontrollbedingungen kommen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen, in einer entsprechenden Metaanalyse werden keine eindeutigen Wirksamkeitsnachweise berichtet (Conklin & Tiffany 2002). Allerdings wurde in einer deutschen Studie nachgewiesen, dass ‚Cue-exposure based Extinction Training‘ (CET) eine entsprechende neurobiologische Wirkungen hat (Vollstädt-Klein et al. 2011). Ein abschließendes Urteil kann derzeit noch nicht abgegeben werden.

In verschiedenen Studien, die im Rahmen der systematischen Literaturrecherche gefunden wurden, werden **internet- bzw. computerbasierte Therapieformen** als wirksam beschrieben: Internet therapy und Internet self-help (Blankers et al. 2011)], computer-delivered interventions for mandated college students (Carey et al. 2011), web-based treatment for rural women (Finfgeld-Connett 2009), Verhaltens- und Internettherapie UKATT (2005). Da es sich aber um sehr unterschiedliche Interventionen und Zielgruppen handelt, lässt sich keine allgemeingültige Aussage ableiten. Zukünftig werden diese Therapieformen an Bedeutung zunehmen, daher werden weitere Studien empfohlen (siehe 3.8.8).

Komplexbehandlung: In den nationalen Quellen werden darüber hinaus noch weitere Verfahren als wirksam genannt, insbesondere in der S2-Leitlinie (Geyer et al. 2003):

Selbstmanagement, soziales Kompetenztraining, Klienten zentrierte Gesprächspsychotherapie, Ergo- und Arbeitstherapie, Sozialtherapie, Körpertherapie. Konfrontative Maßnahmen sind hingegen nicht indiziert, lediglich eine Studie aus Rumänien mit einer kleinen Fallzahl (Mihai et al. 2007) zeigt, dass die Konfrontation von Patienten mit Videoaufnahmen des eigenen Delir-Zustandes die Rückfallraten verbessert hat. Die Einbeziehung von Angehörigen (falls nicht selbst alkoholabhängig) wird auch im DGRW-Update (Vogelgesang 2011) empfohlen. Die Anwendung von arbeitsbezogenen Maßnahmen ist außerdem (allerdings ohne Aussage zur Wirksamkeit) in der Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der DRV (2010) erwähnt. Die Reha-Therapiestandards der DRV (2011) beschreiben, dass Behandlungsmethoden, die Klienten aktiv in den Behandlungsprozess einbeziehen, zu bevorzugen seien, und empfehlen Techniken und Hilfen, die zu einer Stärkung der Ich-Fähigkeiten der Patienten führen. Schmidt et al. (2008) untersuchten eine repräsentative Stichprobe von N = 5.540 im Jahr 2004 von stationär behandelten Alkoholabhängigen in deutschen Suchtfachkliniken. Sie beschreiben die Inanspruchnahme evidenzbasierter Therapieverfahren und anderer als wirksam bezeichneter Interventionen in der stationären Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. In der S2-Leitlinie (Geyer et al. 2003) führen die Autoren aus, dass integrierte Behandlungen wirksamer als Einzelmethoden seien. Diese Aussage gilt nicht nur für die Komplexbehandlung im Rahmen der Entwöhnung (medizinische Rehabilitation), sondern auch für die Kombination von psychotherapeutischer (compliance therapy) und pharmakologischer (Acamprosat) Therapie (Reid et al. 2005), für das in einer portugiesischen Studie als wirksam belegte ‚Sequential Combined Treatment‘ (Neto et al. 2008) sowie für ein ‚Individualized Assessment and Treatment Program‘ (Litt et al. 2009), das in den USA untersucht wurde. Von zentraler Bedeutung für den Wirksamkeitsnachweis von kombinierten Behandlungsformen ist die COMBINE-Studie (Anton et al. 2006), bei der unterschiedliche Kombinationen von sog. Medical Management (Beratung in der ambulanten medizinischen Versorgung), Psychotherapie (u.a. Kognitive Verhaltenstherapie) und pharmakologischen Interventionen (Naltrexon und Acamprosat) auf ihre Wirksamkeit hin untersucht wurden. Die Ergebnisse zeigen zwischen den unterschiedlichen Kombinationsformen leichte, aber keine signifikanten Unterschiede.

Multiprofessionelles Team: In der NICE-Leitlinie CG115 (2011) finden sich auch Hinweise auf die unterschiedlichen behandelnden Berufsgruppen, wie z.B. Ärzte, Pflegepersonal, Psychotherapeuten und Sozialtherapeuten sowie Ausführungen zur erforderlichen Kompetenz der Behandler und zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung. Die Leitlinie zu sozialmedizinischen Beurteilung der DRV (2010) verweist zu diesem Aspekt auf die ‚Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen‘, nach der nur bestimmte Berufsgruppen mit entsprechenden Aus- und Weiterbildungen suchtttherapeutisch tätig werden dürfen: Ärzte

mit entsprechender Fachausbildung und approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Diplom-Psychologen mit suchttherapeutischen Weiterbildungen (entsprechend den Empfehlungsrichtlinien der Bundesärztekammer und Landesärztekammern oder dem Psychotherapeutengesetz) sowie Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen mit tätigkeitsfeldspezifischen Weiterbildungsgängen, die auf die Indikation Sucht ausgerichteten sind.

Zur Frage der therapeutischen Haltung oder des **Behandlungsstils** wird in der Leitlinie des VA/DoD (2009) ein empathischer, nicht bewertender Therapie-Stil empfohlen. Eine ähnliche Aussage enthält das DGRW-Update (Vogelgesang 2011), das die Bedeutung einer empathischen und partnerschaftlichen Beziehung unterstreicht. Die S2-Leitlinie (Geyer et al. 2003) beschreibt die motivierende Gesprächsführung als zu empfehlende Technik. Wenngleich zu dem Aspekt Therapeutenvariablen keine evidenzbasierten Ergebnisse vorliegen, gibt es aus der klinischen Praxis Hinweise auf die Wirksamkeit von multiprofessionellen Teams und die Bedeutung des Wirkfaktors ‚therapeutische Beziehung‘.

Zur **Achtsamkeitsbasierten Therapie** (NICE 2011; Witkiewitz & Bowen 2010; Vogelgesang 2011), zum **Biofeedback** (Dockendorf et al. 2013), zur **systemischen Therapie** (Vogelgesang 2011), zu **Yoga** (Vedamurthachar et al. 2006) sowie zur **Akupunktur** (NICE 2011, Kunz et al. 2007) existiert eine numerisch unzureichende und sehr heterogene Studienlage, was derzeit noch keine Bewertung zulässt, aber auf eine gegebene Wirksamkeit hinweist. Es werden daher Wirksamkeitsstudien für diese Interventionen empfohlen (siehe 3.8.8).

Bezogen auf **pharmakologische Interventionen** wurden in der NICE-Leitlinie CG115 (2011) insbesondere die Substanzen Acamprosat, Naltrexon sowie Disulfiram hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei alkoholabhängigen Patienten (Ausschluss von leichter Abhängigkeitsstörung aufgrund mangelnder Studienzahl) geprüft. Hinsichtlich der Wirksamkeit von **Acamprosat** finden sich 19 Placebo-kontrollierte RCTs mit N = 4.629 Patienten (stationär und ambulant) mit einer mittleren bis schweren Abhängigkeitserkrankung. Die Ergebnisse stellen sich wie folgt dar: Gefunden wurde ein signifikanter, aber kleiner Effekt von RR = 0.83 bezüglich der Aufrechterhaltung der Abstinenz über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten nach der Behandlung. Darüber hinaus fanden sich signifikante kleine Effekte hinsichtlich der Rückkehr zum schweren Trinken nach drei (RR = 0.95), sechs (RR = 0.81) bzw. zwölf (RR = 0.96) Monaten. Insgesamt erwies sich Acamprosat insbesondere bei psychiatrisch unauffälligen, funktional konsumierenden Abhängigen als wirksam.

Die Substanz **Naltrexon** wurde in 27 RCTs (N = 4.296) mit einem Placebo und in vier weiteren RCTs (N = 957) mit Acamprosat verglichen. Es zeigten sich signifikante, jedoch kleine Effekte bezüglich des Zeitraums bis zum ersten Rückfall (SMD = -0.28) sowie der

Anzahl schwerer Trinktage (SMD = -0.43) zugunsten von Naltrexon. Bezüglich der Kombination von Naltrexon und Acamprosat ließ sich kein signifikanter Effekt gegenüber Naltrexon allein hinsichtlich der Rückkehr zum schweren Trinken nach drei Monaten finden. Bei Betrachtung der Rückfallraten nach sechs Monaten konnte jedoch eine signifikante moderate Überlegenheit der Kombination von Naltrexon mit Acamprosat festgestellt werden (RR = 0.44).

Disulfiram wurde in sieben einfach verblindeten Studien (keine Verblindung des Betreuers) untersucht. In drei Placebo-kontrollierten Studien mit N = 859 ließen sich keine Effekte zugunsten Disulfirams finden. Eine Studie (N = 243), die die Wirksamkeit von Disulfiram gegenüber Acamprosat prüfte, konnte eine leichte Überlegenheit von Disulfiram sowohl bezüglich der Abstinenzdauer (SMD = -.084) als auch der Menge des Konsums feststellen. Ähnliche Ergebnisse wurden in zwei Studien (N = 343) zum Vergleich von Disulfiram mit Naltrexon gefunden. Eine entsprechende Übersicht ist auch in dem Review von Krampe & Ehrenreich (2010) zu finden. Trotz der nur sehr schwach belegten Evidenz für Disulfiram wünschen sehr schwer abhängige Patienten oft selbst eine Verordnung. Allerdings stellte die für den deutschen Bedarf produzierende Firma 2011 die Herstellung ein. Daher kann Disulfiram nur aus dem Ausland bezogen werden. Eine Verschreibung ist nur als „Off-label-Use“ möglich, die Kosten werden nicht mehr von den Krankenkassen erstattet. Für die Anwendung von Disulfiram („Antabus“) bei Alkoholabhängigen müssen die „off label use“-Kriterien berücksichtigt werden:

- 1.) nachgewiesene Wirksamkeit
- 2.) günstiges Nutzen-Risiko-Profil
- 3.) fehlende Alternativen – Heilversuch

Ein „off-label-use“ ist dementsprechend nur bei schwerwiegenden Erkrankungen zulässig, wenn es keine Behandlungsalternative gibt. Nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse muss die begründete Aussicht bestehen, dass die Behandlung zu einem Erfolg führt. Darüber hinaus besteht eine besondere Aufklärungsverpflichtung. Die Patientinnen/Patienten sind auf den Umstand des „off label use“ und daraus resultierenden möglichen Haftungskonsequenzen hinzuweisen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist notwendig.

Die Wirksamkeit von **Nalmefen** wurde in zwei doppelt blind konzipierten RCT-Studie (N = 718 bzw. 604) belegt (Gual et al. 2013; Mann et al. 2013). So konnten unter Gabe von Nalmefen die Anzahl schwerer Trinktage sowie die pro Trinktag konsumierte Menge im Vergleich zur Placebo-Gruppe reduziert werden. In diesen Studien war eine regelmäßige psychosoziale Beratung obligat, die gemeinsam mit Placebo ebenfalls eine signifikante Besserung über die Zeit brachte, allerdings signifikant weniger stark ausgeprägt als bei Beratung plus Nalmefen. Damit wird erneut bestätigt, worauf in der NICE-Leitlinie CG115

schon zusammenfassend hingewiesen wurde, dass die medikamentöse Behandlung immer im Zusammenhang mit anderen psychologischen bzw. psychosozialen Interventionen zu sehen ist: „However, medication is ideally used as an adjunct to support engagement with psychosocial approaches to alter behaviour and attitudes to alcohol“.

Die Wirksamkeit **pharmakologischer Interventionen** ist neben den bereits genannten Quellen auch ausführlich in der amerikanischen Leitlinie zur Pharmakotherapie (DHHS 2009) sowie in der Leitlinie der APA (2006) beschrieben. Weitere Belege für die Wirksamkeit einzelner Medikamente für die Rückfallprophylaxe finden sich in den Cochrane-Reviews ‚Acamprosate for alcohol dependence‘ (Rösner et al. 2011) und ‚Opioid antagonists for alcohol dependence‘ (Rösner et al. 2010), in Quellen aus der systematischen Literaturrecherche ‚Efficacy of quetiapine fumarate XR‘ (Litten et al. 2012), ‚Efficacy of disulfiram‘ (Jørgensen et al. 2011), ‚Study of sertraline with naltrexone‘ (Farren et al. 2009)], ‚COMBINE Study‘ (Anton et al. 2006) sowie aus den weiteren Übersichtsarbeiten ‚Meta-analysis of naltrexone and acamprosate‘ (Maisel et al. 2012)], ‚Acamprosate supports abstinence, Naltrexone prevents excessive drinking‘ (Rösner et al. 2008), ‚Opioid Antagonists‘ (Soyka & Rösner 2008), ‚Guidelines for biological treatment‘ (Soyka et al. 2008). Für Acamprosat und Naltrexon wird eine Wirksamkeit nach höchstem Evidenzlevel (1a) beschrieben, für Disulfiram etwas moderater (1b), für Nalmefen sind die Studienergebnisse noch neu und die Recherche war unsystematisch, daher werden sie als KKP geführt.

3.8.5.3 Ergebnismaße

Die NICE-Leitlinie CG115 (2011) nennt als relevante Ergebnismaße **Abstinenz und Konsumreduktion** und empfiehlt zur Prozess- und Ergebnisevaluation Katamnese-Zeiträume von einem Monat bis fünf Jahre. In einer Sekundäranalyse zum Projekt MATCH wird als sinnvoller Kontrollzeitraum ein Jahr genannt (Gamble et al. 2010)]. Die amerikanische Leitlinie zur Pharmakotherapie (DHHS 2009) bezieht sich auf die standardisierten Outcome-Maße ‚time to relapse‘, ‚time to first drink‘, ‚drinks per drinking day‘, ‚cumulative abstinence duration‘ sowie die Messung des Craving mit geeigneten Instrumenten. Weitere Quellen aus der systematischen Literaturrecherche nennen ebenfalls diese Ergebnismaße: Trinktage, Komorbidität (Depression, Schlafstörung) (Litten et al. 2012), Tage bis zum Rückfall, Konsummenge, Zahl der Trinktage (Jørgensen et al. 2011), Anteil der abstinenten Tage, Anteil der schweren Trinktage, Drinks pro Trinktag (Capone et al. 2011), Zeit bis zum ersten Rückfall, längste Dauer durchgängiger Abstinenz (MDCA = maximum duration of continuous abstinence) (Neto et al. 2008), Zeit bis zum ersten (schweren) Trinktag (O'Malley et al. 2007), Trinktage und Rückfall (Reid et al. 2005). Schwere Trinktage werden für Frauen mit vier Drinks, für Männer mit fünf Drinks definiert, wobei international unterschiedliche absolute Alkoholmengen darunter verstanden werden.

In Deutschland geht man überwiegend von zwölf Gramm Reinalkohol für einen Drink aus. Nach den Katamnese-Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) (DGSS 2001) definiert sich ein Drink (vgl. Liste üblicher Gläser für Alkoholgetränke) mit 0,3 l Bier bzw. 0,2 l Wein oder Sekt.

In Deutschland wird im Zusammenhang mit der Entwöhnungsbehandlung vor allem die längerfristige Abstinenz nach den Standards des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) im Rahmen von Katamnese-Erhebungen analysiert (Missel & Weissinger, 2011)]. Die dabei ermittelte **katamnestische Erfolgsquote** umfasst den Anteil der Patienten, die ein Jahr nach Ende der Behandlung durchgängig abstinent oder abstinent nach Rückfall sind. Andere sinnvolle Zeiträume für ein Follow up sind sechs Monate, zwei Jahre, fünf Jahre oder zehn Jahre (Müller-Farnow et al. 2002). Zur Berechnung der Abstinenzquoten werden die Berechnungsformen 1 und 4 nach den Standards der DGSS (DGSS 2001) verwendet. Nach Berechnungsform 1 werden alle erreichten Patienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden, einbezogen. Bezugsbasis für die konservativste Berechnungsform 4 sind alle entlassenen Patienten, wobei Personen, für die keine oder widersprüchliche Katamnese-Informationen vorlagen, hierbei als rückfällig gewertet wurden (ITT-Kriterien sind erfüllt). Die katamnestische Erfolgsquote setzt sich aus den ‚abstinent‘ und ‚abstinent nach Rückfall‘ lebenden Patienten zusammen. Abstinenz setzt Suchtmittelfreiheit (Alkohol, Drogen und nicht ärztlich verordnete psychotrope Medikamente) während des gesamten Katamnese-Zeitraums voraus. Abstinent nach Rückfall ist ein Patient, der zum Katamnese-Zeitpunkt bereits wieder mindestens 30 Tage (Abstinenzkriterium neu) bzw. drei Monate (Abstinenzkriterium alt) abstinent lebt. Die Berechnung der katamnestischen Erfolgsquoten folgt neben den Vorgaben der DGSS (www.dg-sucht.de) auch den Dokumentations- und Katamnese-Standards der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (www.dhs.de).

Das wesentliche Behandlungsziel der medizinischen Rehabilitation ist aus Sicht des Leistungsträgers Deutsche Rentenversicherung vor allem die **gesellschaftliche und berufliche Teilhabe**, die in engem Zusammenhang mit der Abstinenz steht. Die Leitlinie der DRV zur sozialmedizinischen Beurteilung (DRV 2010) beschreibt anhand des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit die unterschiedlichen Aspekte von Teilhabe als ein wesentliches Ziel der medizinischen Rehabilitation. Daher bemisst sich die Wirksamkeit der Sucht-Rehabilitation u.a. auch nach dem **sozialmedizinischen Verlauf** der Rehabilitanden im Hinblick auf die Beitragszahlung bzw. den Verbleib im Erwerbsleben zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung. Die Analysen von Beckmann & Naumann (2013) weisen eine Erfolgsquote hinsichtlich der Beitragszahlungen von 90% aus.

Von volkswirtschaftlichem Interesse ist außerdem die Entwicklung von **Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlungen** nach einer Suchtbehandlung. In der Studie von Klein et al. (1997) konnte gezeigt werden, dass die Wirksamkeit der stationären Entwöhnungsbehandlung auch im langfristigen Vergleich (zwei Jahre prä und bis zu fünf Jahre post) bei AU- und Krankenhaus-Tagen/-Fällen zu Verbesserungen im Bereich allgemeiner und suchtbedingter Erkrankungen von bis zu 80% führt. Von zunehmendem Interesse sind vor allem auch volkswirtschaftliche Analysen zum ‚Social return on investment‘, bei denen die Kosten-Nutzen-Relation der monetären Behandlungsaufwendungen zu krankheitsbedingten Gesamtkosten ermittelt wird (Müller-Fahrnow et al. 2002)].

Darüber hinaus sind auch ‚weiche Faktoren‘ wie die **Lebenszufriedenheit** der Patienten nach der Behandlung von Bedeutung (Stewart et al. 2006) und werden u.a. im Rahmen von Katamnesestudien mit erfasst (Missel & Weissinger 2001). Ähnliche Kennzahlen finden sich auch im Rahmen der COMBINE-Studie (LoCastro et al. 2009); Arbeitstage und Tage für Gesundheitsvorsorge in einem definierten Zeitraum.

3.8.5.4 Andere Formen der Postakutbehandlung

In den vergangenen Jahrzehnten wurde in Deutschland ein differenziertes Beratungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen entwickelt. Zielsetzung sollte es sein, die verschiedenen Beratungs-, Behandlungs- und Interventionsangebote indikationsbezogen, bedarfsgerecht, patientenorientiert und mit einer hohen Qualität zu erbringen. Neben der Akutbehandlung Suchtkranker in psychiatrischen und allgemeinen Krankenhäusern existieren zahlreiche Formen der Postakutbehandlung. Zur Entwöhnungsbehandlung und zur medikamentösen Behandlung wurden vorstehend aufgrund der vorhandenen Literatur zahlreiche Behandlungsempfehlungen formuliert. In Kostenträgerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung findet Postakutbehandlung auch in der **vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung** sowie in **psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Institutsambulanzen** statt, allerdings nicht flächendeckend mit einem suchtbezogenen Behandlungsschwerpunkt.

Zu weiteren postakuten Interventionsformen existiert bisher weder ausführliche Literatur noch eine entsprechende Evidenz für die Wirksamkeit:

- In Kostenträgerschaft von Kommunen und Ländern sind als weitere Formen der Postakutbehandlung auch verschiedene **Beratungsangebote** zu nennen: Suchtberatungsstellen, Psychosoziale Beratungsstellen, Beratung in Schulen und Erziehungsberatungsstellen sowie bei Jugendämtern und Justizbehörden.
- **Niedrigschwellige Einrichtungen** umfassen Angebote der Überlebenshilfe einschließlich medizinischer Versorgung in Kostenträgerschaft von Kommune und Land.

- Die **soziale Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe** umfasst Sozialtherapie, Betreutes Wohnen, Bildungsangebote zum Nachholen von Schulabschlüssen, Angebote im Rahmen von Beschäftigung, Qualifizierung, Ausbildung und Arbeit sowie Selbsthilfe. Träger sind überörtliche Träger der Sozialhilfe und die Agentur für Arbeit.
- Insbesondere für **chronisch mehrfach geschädigte Alkoholabhängige (CMA)** sind Übergangseinrichtungen (soziotherapeutische Einrichtungen) mit therapeutischen Elementen in Kostenträgerschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe indiziert.
- Ein wichtiges Versorgungssegment ist auch die **Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben** für arbeitslose Alkoholranke u. a. durch Grundsicherungsstellen, Jobcenter und die Agentur für Arbeit. Bei entsprechender Antragsstellung kommen auch **berufliche Rehabilitationsmaßnahmen** für Alkoholabhängige in Frage.

Weitere Ausführungen zur Struktur des Versorgungssystems insgesamt sowie auch zu den Angeboten der Suchtselbsthilfe sind in Kapitel 4 zu finden.

3.8.6 Von der Evidenz zu den Empfehlungen

Zur Klinischen Fragestellung 1 (Welche Wirksamkeit (positive, fehlende, unerwünschte) weisen postakute Interventionsformen im kontrollierten Vergleich bei der Behandlung des Alkoholabhängigkeitssyndroms auf?) existieren zahlreiche Quellen und Belege, die eine grundsätzliche Empfehlung unterstützen, im Anschluss an die Entzugsphase Patienten nahtlos eine weiterführende Behandlung anzubieten. Dabei ist zunächst jede mögliche Form der weiterführenden Behandlung gemeint, wobei für die einzelnen psychologischen und pharmakologischen Interventionen Wirksamkeitsnachweise auf unterschiedlichem Evidenz-Niveau vorliegen. Die Entwöhnungsbehandlung (psychosoziale bzw. psychotherapeutische Behandlung) stellt dabei eine wesentliche Option dar, für die aufgrund ihrer Komplexität aber nur Wirksamkeitsnachweise auf mittlerem Evidenz-Niveau vorliegen. Insgesamt ist eine starke Empfehlung gerechtfertigt, um die ethische Verpflichtung zu unterstreichen, Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit eine weiterführende Behandlung mit dem Therapieziel Abstinenz anzubieten, die aber aufgrund der heterogenen Studienlage als KKP formuliert wird. Da die Wirksamkeit (wie in zahlreichen Quellen ausgeführt) in Bezug auf die primären und sekundären **Therapieziele** zu sehen ist, wird ergänzend eine starke Empfehlung (A) für eine entsprechende Priorisierung von Abstinenz und Konsumreduktion ausgesprochen.

Die klinische Fragestellung 2 (Von welchen der folgenden Bedingungen ist die Wirksamkeit abhängig?) wird anhand verschiedener Einzelaspekte bearbeitet:

- Im Hinblick auf die Unterscheidung von Patientengruppen (2a) liegen für die einzelnen zu untersuchenden Aspekte Belege vor, die entsprechende Empfehlungen als KKP

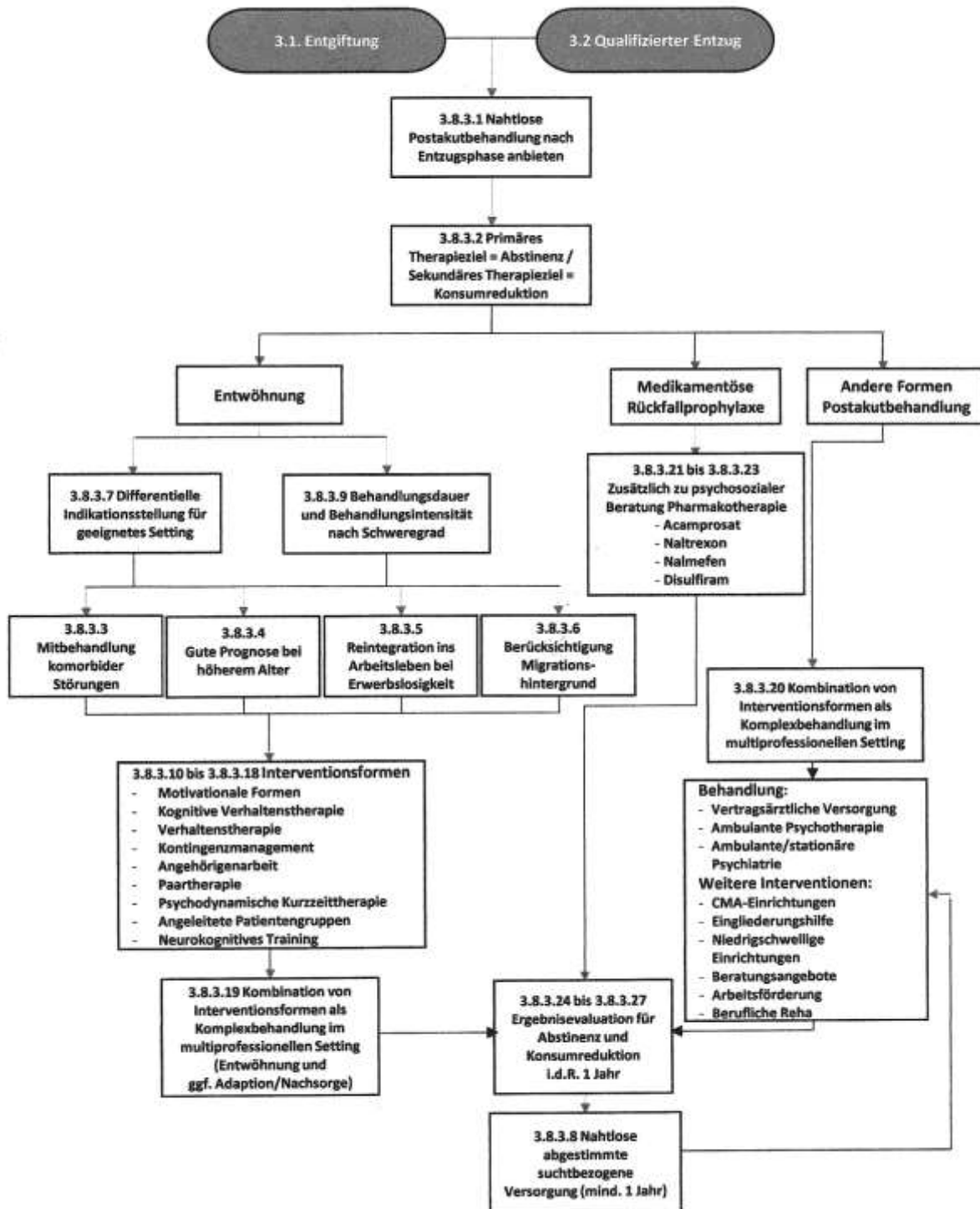
begründen. Eine durchgängig hohe Evidenz, die starke oder schwache Empfehlungen rechtfertigen würde, ist nicht zu finden. Die Empfehlung zur **psychischen Komorbidität** wird trotz der heterogenen Evidenz mit nur tendenziellen Aussagen zum Vorrang paralleler (integrierter) gegenüber zeitversetzter Mitbehandlung und mit Bezug auf die Empfehlungen im Kapitel 3.6 mit dem hohen Niveau ‚soll‘ als KKP ausgesprochen und bezieht sich auch auf den unterstützenden Hintergrund im Hinblick auf das Suchtmittel (Abstinenz oder Konsumreduktion). Die Empfehlung zum Aspekt **Alter** orientiert sich an den Empfehlungen im Kapitel 3.7 und wird aufgrund der deutlichen Hinweise auf die steigende Erfolgsquote mit zunehmendem Alter ebenfalls mit ‚soll‘ als KKP formuliert. Beide Empfehlungen (Komorbidität und Alter) beziehen sich hier explizit nur auf die Postakut- bzw. Entwöhnungsbehandlung. Die Belege zur Bedeutung der **Erwerbstätigkeit** basieren auf nationalen Quellen und es wird eine Empfehlung mit dem Niveau ‚sollte‘ als KKP formuliert, um auf die besondere Bedeutung dieses Aspektes für den Behandlungserfolg hinzuweisen. Zum **Migrationshintergrund** existieren vereinzelte Hinweise darauf, dass die Berücksichtigung dieses Aspektes in der Behandlungsplanung von Bedeutung für die Wirksamkeit der Behandlung ist, daher wird eine starke Empfehlung auf dem Niveau ‚soll‘ als KKP ausgesprochen. Für die Aspekte Geschlecht, Familie und Partnerschaft gibt es hingegen keine hinreichenden Belege, um Empfehlungen zu formulieren, für spezifische Aspekte bei der Behandlung von Frauen wird auf das Kapitel 3.7 verwiesen.

- Im Hinblick auf das Setting (2b) lässt sich eine bessere oder schlechtere Wirksamkeit von **ambulanten, ganztägig ambulanten bzw. teilstationären oder stationären Behandlungsformen** nicht nachweisen, da auch die Eingangsbedingungen (Patientenmerkmale, Schweregrade) unterschiedlich sind. Daher ist von einer grundsätzlichen Wirksamkeit auszugehen und es kommt darauf an, im Rahmen einer differenzierten Indikationsstellung das richtige Setting für die richtigen Patienten zu finden. Auf der Grundlage der entsprechenden nationalen Quellen wird eine Empfehlung als KKP mit ‚sollte‘ formuliert. Es existieren zwar keine konkreten Belege für die bessere Wirksamkeit einer **weiterführenden Behandlung** nach Entwöhnung (bspw. Nachsorge oder ambulante Psychotherapie im Anschluss an die Rehabilitation) in der deutschen Versorgungslandschaft, allerdings ist ein allgemeiner Wirksamkeitshinweis zur **Vernetzung von verschiedenen Leistungsanbietern** zu finden. Daher erfolgt eine KKP-Empfehlung auf dem Niveau ‚soll‘, entsprechende Maßnahmen zur Stabilisierung von Abstinenz und Teilhabe anzubieten und über mindestens ein Jahr anzubieten, da in diesem Zeitraum das Rückfallrisiko am höchsten ist.

- Im Hinblick auf die **Behandlungsdauer** (2c) kann aufgrund der sich im Zeitverlauf veränderten Vorgaben der Leistungsträger (Regelbehandlungsdauer) keine Aussage über eine Unter- oder Obergrenze wirksamer Behandlungen gemacht werden. Die vorhandenen Quellen weisen deutlich auf einen positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg hin. Zudem spielt neben der Dauer auch die Intensität der Behandlung (bspw. Zahl der Einzelleistungen pro Woche) eine Rolle. Es wird daher als KKP mit dem Niveau ‚sollte‘ empfohlen, dass sich sowohl Behandlungsdauer als auch **Behandlungsintensität** am Schweregrad der Erkrankung orientieren.
- Im Hinblick auf **Interventionskomponenten** (2d) liegen Belege mit hohem Evidenzgrad (1a bzw. 1b) für folgende **psychotherapeutische Interventionsformen** vor: Motivationale Interventionen, kognitive Verhaltenstherapie, Verhaltenstherapie, Angehörigenarbeit und Paartherapie. Entsprechend werden starke Empfehlungen (A) formuliert. Für psychodynamische Kurzzeittherapie wird die Empfehlung aufgrund der beschriebenen moderaten Effekte trotz LoE 1b etwas abgeschwächt (B). Für Kontingenzmanagement wird aufgrund von Implementierungsproblemen in der Praxis und mit Bezug zum LoE 2b eine mittlere Empfehlung (B) ausgesprochen, für angeleitete Patientengruppe erfolgt eine ebensolche Empfehlung (B) aufgrund der Belege mit Evidenzgrad 2b. Aktuelle Ergebnisse zum neurokognitiven Training im Rahmen einer unsystematischen Literaturrecherche wurden als KKP mit ‚kann‘ formuliert, da die Studienergebnisse noch neu sind. Ergänzend zu den Empfehlungen im Hinblick auf einzelne Interventionskomponenten wird auch die Kombination der genannten und ggf. mit weiteren Maßnahmen als **Komplexbehandlung und in multiprofessionellen Teams** als KKP empfohlen, was sich sowohl auf die Entwöhnungsbehandlung wie auch auf die Postakutbehandlung insgesamt bezieht. Im Bereich der **Pharmakotherapie** liegen Belege mit hohem Evidenzgrad (1a bzw. 1b) vor, die sich auf die Kombination mit psychologischen bzw. psychosozialen Interventionen beziehen: Bei entsprechender Indikationsstellung, unter Berücksichtigung der möglichen Risiken und nach Aufklärung über die Risiken sollte im Einzelfall zusätzlich zur psychosozialen Beratung die pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat bzw. Naltrexon angeboten werden, die abgeschwächte Empfehlung auf dem Niveau B erfolgt aufgrund der genannten einschränkenden Bedingungen. Für Disulfiram wird aufgrund der aktuell fehlenden Zulassung für Deutschland nur eine ‚kann‘-Empfehlung formuliert (0). Da für Nalmefen sehr neue Studienergebnisse vorliegen, die in einer Handrecherche ermittelt wurden, wird eine ‚kann‘-Empfehlung als KKP ausgesprochen.

Zur klinischen Fragestellung 3 (Welche Ergebnismaße (z.B. Abstinenz, Konsumreduktion, Rückfallraten, Mortalität, berufliche (Re-)Integration, Lebenszufriedenheit) sollen berücksichtigt werden?) lässt sich eine Vielzahl von Kennzahlen identifizieren. Die Empfehlungen werden als KKP formuliert, da sich zwar Hinweise auf verschiedene sinnvolle Ergebnismaße in den Quellen finden, aber keine Evidenz für bessere oder schlechtere Kennzahlen beschrieben wird. In einer ersten Empfehlung werden die **grundsätzlichen Dimensionen (Konsumverhalten, Teilhabe, Morbidität, Mortalität und Lebensqualität)** für die Ergebnismessung von postakuten Behandlungen auf dem Niveau ‚soll‘ vorgeschlagen, die sich vor allem aus einer nationalen Leitlinie, verschiedenen Quellen aus der systematischen Literaturrecherche und einer Katamnese-Studie ergeben. In zwei weiteren Empfehlungen wird zwischen den Behandlungszielen **Abstinenz** und **Konsumreduktion** unterschieden und es werden mit ‚sollte‘ die entsprechenden Ergebnismaße zugeordnet. Da für die postakute Behandlung in Deutschland vor allem die Effekte im Hinblick auf nachhaltige Abstinenz und Teilhabe bedeutsam sind, wird eine Empfehlung zur längerfristigen **Ergebnisevaluation von mindestens einem Jahr** mit ‚sollte‘ ausgesprochen.

3.8.7 Versorgungsalgorithmus



3.8.8 Empfehlungen für künftige Forschung

Zu folgenden Aspekten konnten die klinischen Fragen nicht eindeutig beantwortet werden und es besteht Forschungsbedarf im Hinblick auf Einflussfaktoren bzw. die Wirksamkeit von entsprechenden Interventionen:

- 1.) Differentielle Wirksamkeit spezifischer Behandlungsmodule bei gegebener Co- und Multimorbidität
- 2.) Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Wirksamkeit vorhandener Interventionen und ggf. spezifischer Behandlungskonzepte
- 3.) Wirksamkeit von verschiedenen Maßnahmen im Bereich Weiterbehandlung und Nachsorge (nach Entwöhnung) wie bspw. Adaption, vertragsärztlicher Versorgung, ambulanter Psychotherapie, psycho- und sozialtherapeutischer Nachsorge, telemedizinischer Nachsorge (Telefonnachsorge, Internet-Portal, Chat, SMS) und Maßnahmen im Bereich der Eingliederungshilfe ggf. auch im Hinblick auf bestimmte Zielgruppen
- 4.) Einheitliche Definition von Case-Management und Überprüfung der Wirksamkeit
- 5.) Wirksamkeit von Stepped-Care-Behandlung im Vergleich zu anderen Behandlungskonzepten
- 6.) Einheitliche Definition von Kombitherapie und Überprüfung der Wirksamkeit im Vergleich zu ‚klassischen‘ Behandlungssettings (ambulant, ganztägig ambulant, stationär)
- 7.) Wirksamkeit von internet- und computerbasierter Therapie allgemein und im Hinblick auf bestimmte Zielgruppen
- 8.) Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Therapie und Biofeedback ggf. im Hinblick auf bestimmte Zielgruppen
- 9.) Wirksamkeit von systemischer Therapie ggf. im Hinblick auf bestimmte Zielgruppen
- 10.) Wirksamkeit von Akupunktur und Yoga ggf. im Hinblick auf bestimmte Zielgruppen

3.8.9 Literatur

Quell-Leitlinien

1. Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115). UK, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2011.
2. Alcohol-use disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications (CG100). UK, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2010.
3. VA/DoD clinical practice guideline for management of substance use disorders (SUD). USA, Department of Defense, Federal Government Agency, Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, 2009.
4. Incorporating alcohol pharmacotherapies into medical practice. USA, Department of Health and Human Services, 2009.
5. Treatment of Patients with Substance Use Disorders. USA, American Psychiatric Association, 2006.

Systematische Reviews – The Cochrane Collaboration

6. Acamprosate for alcohol dependence. Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Lehert P., Vecchi S., Soyka M., 2011.
7. Opioid antagonists for alcohol dependence. Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Vecchi S., Srisurapanont M., Soyka M., 2010.
8. Case management for persons with substance use disorders. Hesse M., Vanderplasschen W., Rapp R., Broekaert E., Fridell M., 2010.

Nationale Leitlinien/Standards

9. Deutsche Rentenversicherung: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit - Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Stand: Januar 2011.
10. Deutsche Rentenversicherung: Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen. Stand: 20. April 2010.
11. Geyer, D., Batra, A., Beutel, M., Funke, W., Görlich, P., Günthner, A., Hutschenreuter, U., Küfner, H., Möllmann, C., Müller-Fahrnow, W., Müller-Mohnssen, M., Soyka, M., Spyra, K., Stetter, F., Veltrup, C., Wiesbeck, G.A., Schmidt, L.G., AWMF S2-Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Stand der letzten Aktualisierung: 11. Februar 2003.

Systematische Literaturrecherche

12. Litten, R.Z., Fertig, J.B., Falk, D.E., Ryan, M.L., Mattson, M.E., Collins, J.F., Murtaugh, C., Ciraulo, D., Green, A.I., Johnson, B., Pettinati, H., Swift, R., Afshar, M., Brunette, M.F., Tiouririne, N.A., Kampman, K., Stout, R., A double-blind, placebo-controlled trial to assess the efficacy of quetiapine fumarate XR in very heavy-drinking alcohol-dependent patients. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2012 Mar; 36(3): 406-416.
13. Hobbs, J.D., Kushner, M.G., Lee, S.S., Reardon, S.M., Maurer, E.W., Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2011; 20(4): 319-329.
14. Jørgensen, C.H., Pedersen, B., Tønnesen, H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2011 Oct; 35(10): 1749-1758.
15. Ham, L.S., Casner, H.G., Bacon, A.K., Shaver, J.A., Speeches, strangers, and alcohol use: the role of context in social stress response dampening. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2011; 42(4): 462-472.
16. Blankers, M., Koeter, M.W., Schippers, G.M., Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2011 Jun; 79(3): 330-341.
17. Boden, J.M., Fergusson, D.M., Alcohol and depression. *Addiction (Abingdon, England)*. 2011; 106(5): 906-914.
18. Vollstädt-Klein, S., Loeber, S., Kirsch, M., Bach, P., Richter, A., Bühler, M., von der Goltz, C., Hermann, D., Mann, K., Kiefer, F., Effects of cue-exposure treatment on neural cue reactivity in alcohol dependence: a randomized trial. *Biological Psychiatry*. 2011; 69(11): 1060-1066.
19. Capone, C., Kahler, C.W., Swift, R.M., O'Malley, S.S., Does family history of alcoholism moderate naltrexone's effects on alcohol use? *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2011 Jan; 72(1): 135-140.
20. Carey, K.B., Carey, M.P., Henson, J.M., Maisto, S.A., DeMartini, K.S., Brief alcohol interventions for mandated college students: comparison of face-to-face counseling and computer-delivered interventions. *Addiction (Abingdon, England)*. 2011; 106(3): 528-537.
21. Mutschler, J., Kobiella, A., Grosshans, M., Kiefer, F., Impact of functional social support for abstinence after inpatient detoxification. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*; 2010; 24(2): 118-124.

22. Witkiewitz, K., Bowen, S., Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010; 78(3): 362-374.
23. Mason, B.J., Leher, P., The effects of current subsyndromal psychiatric symptoms or past psychopathology on alcohol dependence treatment outcomes and acamprosate efficacy. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2010; 19(2): 147-154.
24. Gamble, S.A., Conner, K.R., Talbot, N.L., Yu, Q., Tu, X.M., Connors, G.J., Effects of pretreatment and posttreatment depressive symptoms on alcohol consumption following treatment in Project MATCH. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2010; 71(1): 71-77.
25. Moraes, E., Campos, G.M., Figlie, N.B., Laranjeira, R., Ferraz, M.B., Cost-effectiveness of home visits in the outpatient treatment of patients with alcohol dependence. *European addiction research*. 2010; 16(2): 69-77.
26. Field, C., Caetano, R., The role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2010 Feb; 34(2): 262-271.
27. Finfgeld-Connett, D., Web-based treatment for rural women with alcohol problems: preliminary findings. *Computers, informatics, nursing : CIN*. 2009; 27(6): 345-353.
28. Litt, M.D., Kadden, R.M., Kabela-Cormier, E., Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: results of an initial study to train coping skills. *Addiction (Abingdon, England)*. 2009; 104(11): 1837-1838.
29. Graff, F.S., Morgan, T.J., Epstein, E.E., McCrady, B.S., Cook, S.M., Jensen, N.K., Kelly, S., Engagement and retention in outpatient alcoholism treatment for women. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2009; 18(4): 277-288.
30. LoCastro, J.S., Youngblood, M., Cisler, R.A., Mattson, M.E., Zweben, A., Anton, R.F., Donovan, D.M., Alcohol treatment effects on secondary nondrinking outcomes and quality of life: the COMBINE study. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2009 Mar; 71(2): 186-196.
31. LoCastro, J.S., Potter, J.S., Donovan, D.M., Couper, D., Pope, K.W., Characteristics of first-time alcohol treatment seekers: the COMBINE Study. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2008 Nov; 69(6): 885-895.
32. Neto, D., Lambaz, R., Aguiar, P., Chick, Jonathan, J., Effectiveness of sequential combined treatment in comparison with treatment as usual in preventing relapse in alcohol dependence. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2008; 43(6): 661-668.

33. Farren, C.K., Scimeca, M., Wu, R., Malley, S.O., A double-blind, placebo-controlled study of sertraline with naltrexone for alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*. 2009 Jan 1; 99(1-3): 317-321.
34. Schmidt, P., Köhler, J., Soyka, M., Evidence-based treatments in the inpatient rehabilitation of alcoholics. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 2008 Feb; 76(2): 86-90.
35. Buckman, J.F., Bates, M.E., Cisler, R.A., Social networks and their influence on drinking behaviors: differences related to cognitive impairment in clients receiving alcoholism treatment. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2007 Sep; 68(5): 738-747.
36. O'Malley, S.S., Sinha, R., Grilo, C.M., Capone, C., Farren, C.K., McKee, S.A., Rounsaville, B.J., Wu, R., Naltrexone and cognitive behavioral coping skills therapy for the treatment of alcohol drinking and eating disorder features in alcohol-dependent women: a randomized controlled trial. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2007 Apr; 31(4): 625-634.
37. Schmidt, N.B., Buckner, J.D., Keough, M.E., Anxiety sensitivity as a prospective predictor of alcohol use disorders. *Behavior modification*. 2007; 31(2): 202-219.
38. Kunz, S., Schulz, M., Lewitzky, M., Driessen, M., Rau, H., Ear acupuncture for alcohol withdrawal in comparison with aromatherapy: a randomized-controlled trial. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2007; 31(3): 436-442.
39. Mihai, A., Damsa, C., Allen, M., Baleyrier, B., Lazignac, C., Heinz, A., Viewing videotape of themselves while experiencing delirium tremens could reduce the relapse rate in alcohol-dependent patients. *Addiction (Abingdon, England)*. 2007 Feb; 102(2): 226-231.
40. Stewart, S.H., Hutson, A., Connors, G.J., Exploration of the relationship between drinking intensity and quality of life. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2006; 15(5): 356-361.
41. Vedamurthachar, A., Janakiramaiah, N., Hegde, J.M., Shetty, T.K., Subbakrishna, D.K., Sureshbabu, S.V., Gangadhar, B.N., Antidepressant efficacy and hormonal effects of Sudarshana Kriya Yoga (SKY) in alcohol dependent individuals. *Journal of affective disorders*. 2006; 94(1-3): 249-253.
42. Anton, R.F., O'Malley, S.S., Ciraulo, D.A., Cisler, R.A., Couper, D., Donovan, D.M., Gastfriend, D.R., Hosking, J.D., Johnson, B.A., LoCastro, J.S., Longabaugh, R., Mason, B.J., Mattson, M.E., Miller, W.R., Pettinati, H.M., Randall, C.L., Swift, R., Weiss, R.D., Williams, L.D., Zweben, A., COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the

- COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA – The Journal of the American Medical Association*. 2006 May 3; 295(17): 2003-2017.
43. Reid, S.C., Teesson, M., Sannibale, C., Matsuda, M., Haber, P.S., The efficacy of compliance therapy in pharmacotherapy for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Journal of studies on alcohol*. 2005 Nov; 66(6): 833-841.
 44. Ledgerwood, D.M., Petry, N.M., Does contingency management affect motivation to change substance use? *Drug and alcohol dependence*. 2006 Jun 9; 83(1): 65-72.
 45. UKATT Research Team, Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ (Clinical research ed.)*. 2005; 331(7516): 541.

Unsystematische Literaturrecherche

46. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. 2013.
47. Eberl, C., Wiers, R.W., Pawelczak, S., Rinck, M., Becker E.S., Lindenmeyer, J., Approach bias modification in alcohol dependence: Do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience* 4 (2013): 38-51.
48. Dockendorf, S., Joas, U., Missel, P., Biofeedback – ein zusätzliches verhaltenstherapeutisches Angebot in der stationären Rehabilitation psychosomatisch und suchterkrankter Menschen. *Suchttherapie*. 2013 (14) S1: S27.
49. Gual, H., He, Y., Torup, L., van den Brink, W., Mann, K. for the ESENSE 2 Study Group, A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology* 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.02.006>.
50. Mann, K., Bladström, A., Torup, L., Gual, A., van den Brink, W., Extending the Treatment Options in Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Study of As-Needed Nalmefene. *Biological Psychiatry*. 2013 (73): 706–713.
51. Maisel, N.C., Blodgett, J.C., Wilbourne, P.L., Humphreys, K., Finney, J.W., Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction*. 2012 (108): 275–293.
52. Vogelgesang, M., DGRW-Update: Alkoholabhängigkeit. *Rehabilitation*. 2011 (50): 292-297.
53. Missel, P., Weissinger, V., Wirksamkeitsstudien zur Suchtrehabilitation. *Abhängigkeiten*. 1-2011 (17): 50-68.
54. Wiers, R.W., Eberl, C., Rinck, M., Becker E.S., Lindenmeyer, J., Retraining Automatic Action Tendencies Changes Alcoholic Patients' Approach Bias for Alcohol and

- Improves Treatment Outcome. Psychological Science OnlineFirst. published on 9 March 2011, DOI:10.1177/0956797611400615.
55. Rösner, S., Leucht, S., Lehert, P., Soyka, M., Acamprosate supports abstinence, Naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *Journal of Psychopharmacology*. 2008 (22) 1: 11-23.
 56. Soyka, M., Rösner, S., Opioid Antagonists for Pharmacological Treatment of Alcohol Dependence – A Critical Review. *Current Drug Abuse Reviews*. 2008 (1): 280-291.
 57. Soyka, M., Kranzler, H.R., Berglund, M., Gorelick, D., Hesselbrock, V., Johnson, B.A., Möller, H.J., The WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Substance Use Disorders, World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), Guidelines for Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders, Part 1: Alcoholism, *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2008: 1-18.
 58. Bottlender, M., Köhler, J., Soyka, M., Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 2005 (73): 1-13.
 59. Süß, H.-M., Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*. 1995 (46): 248-266.

Ergänzende Literatur

60. Beckmann, U., Naumann, B. Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2013*, Lengerich 2013: 227-241.
61. Mann, K., Lemenager, T., Hoffmann, S., Reinhard, I., Hermann, D., Batra, A., Berner, M., Wodarz, N., Heinz, A., Smolka, M.N., Zimmermann, U.S., Wellek, S., Kiefer, F., Anton, R.F. and The PREDICT Study Team, Results of a double-blind, placebo-controlled pharmacotherapy trial in alcoholism conducted in Germany and comparison with the US COMBINE study. *Addiction Biology* 2013 Nov; 18(6): 937-946
62. Salize, H.J., Jacke, C., Kief, S., Franz, M., Mann, K., Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. *Addiction* 2013 (108): 62-70.
63. Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Kluger, H., Lange, N., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell 1-2013*: 13-25.
64. Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Brenner, R., Deller, H., Finkelmeier, B., Fölsing, S., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Janner-Schraml, A., Kersting, S., Klein, T., Kluger,

- H., Kramer, D., Lange, N., Löhnert, B., von Majewski, M., Medenwaldt, J., Obendiek, J.-H., Schneider, B., Schneider, P., Steffen, D., Verstege, R., Wehler, A. & Weissinger, V., Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrganges 2010 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell* 1-2013: 26-34.
65. Schneider, B., Knuth, S., Bachmeier, R., Beyer, S., Deichler, M., Funke, W., Forschner, L., Herder, F., Laaß, T., Missel, P., Obendiek, J., Klitscher, B., Lange, N., Radde, N., Rilck, P., Weissinger, V., Effektivität der Ganztätig ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrganges 2010 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. *Sucht aktuell* 1-2013: 35-43.
66. Weissinger, V., Missel, P., Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und –behandlung. *SuchtAktuell* 2-2012: 38-47.
67. Koch, A., Kersch, V., Medenwaldt, J., Verbandsauswertung des buss – Basis- und Katamnese-daten zu den Entlassungsjahrgängen 2005-2010. *Konturen* 1-2011: 32-43.
68. Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., MATE 2.1 (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation) – Handbuch und Leitfaden. Deutsche Bearbeitung: Buchholz, A., Kufner, H., Kraus, L., Rist, F. Nijmegen: Bêta Boeken 2011
69. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Stand 05.10.2010: 88-130.
70. Krampe, H., Ehrenreich, H., Supervised disulfiram as adjunct to psychotherapy in alcoholism treatment. *Current Pharmacological Design*. 2010; 16: 2076-2090.
71. Missel, P., Ergebnisqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Ausgewählte Ergebnisse. *SuchtAktuell* 1-2007: 16-26.
72. Müller-Farnow W, Spyra K, Stoll S, Ilchmann U, Kühner S., Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls Versorgungssystemforschung, Humboldt-Universität zu Berlin. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. 2002, DRV-Schriften Bd. 32.
73. Conklin, C.A., Tiffany, S.T., Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction*. 2002; 97: 155–167.
74. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.), Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen, *Sucht* 2001 (47) Sonderheft 2
75. Sonntag, D., Künzel, J., Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht* 2000 (46) Sonderheft 2.

76. Bühringer G., Editorial. In: Sonntag D., Künzel J. Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht 2000 (46) Sonderheft 2.
77. Spyra K., Müller-Fahrnow, W. Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK's) – Ein neuer Ansatz zur Fallgruppenbildung in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation, 1998 (37), Seite 47-56.
78. Klein W., Missel P., Braukmann W., Effizienz stationärer Abhängigkeitsrehabilitation: Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg. Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, 1997 (7), Seite 47-58.
79. Holder H D, Blose J. O., Alcohol treatment and total health care utilization and costs: a four-year longitudinal analysis of federal employees. JAMA – The Journal of the American Medical Association. 1986 (256): 1456–1460.

4 Versorgungsorganisation

Arthur Günthner*, Volker Weissinger*, Heribert Fleischmann, Clemens Veltrup, Bettina Jäpel, Gerhard Längle, Klaus Amann, Eva Hoch, Karl Mann

*) Geteilte Erstautorenschaft

4.1 Einleitung

Das Versorgungssystem für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in Deutschland ist sehr differenziert, umfasst eine Vielzahl von Angeboten, ist jedoch aufgrund historisch gewachsener Strukturen und den Zuständigkeiten der Kostenträger auch stark fragmentiert. Zu unterscheiden sind die speziell auf Suchtmittelkonsumenten ausgerichteten Systeme der Suchtberatung sowie der medizinisch-suchtpsychiatrischen Suchtbehandlung einerseits, von Hilfesystemen mit anderen Schwerpunkten in der Aufgabenstellung, Kompetenz und Verantwortung, wie z. B. die Altenhilfe, die Jugendhilfe, die Wohnungslosenhilfe, das System der Arbeitslosenhilfen (z.B. Jobcenter, Agenturen für Arbeit) usw. andererseits. Diese Leitlinie bezieht sich vorrangig auf die Behandlung aus medizinischer Perspektive unter Berücksichtigung weiterer Handlungsbereiche, wie z.B. der Selbsthilfe. Auf die benachbarten - nicht in primärer Zuständigkeit der Leitlinie liegenden - Versorgungsbereiche wird insofern eingegangen, um die Verortung dieser Leitlinie im Gesamtsystem sichtbar zu machen und den Vernetzungs- und Kooperationsbedarf aufzuzeigen („Schnittstellenmanagement“). Die hier gewählte Darstellung folgt einem patientenzentrierten Ansatz, der versorgungsrelevante Teilbereiche aufgreift.

4.2 Versorgungsbedarf

Die alkoholbedingte Krankheitslast einer Bevölkerung korreliert mit den Mengen, der Art und der Frequenz des Alkoholkonsums. Deutschland zählt bezogen auf Alkohol zu den Hochkonsumländern (Gaertner et al. 2012). Es gibt keinen risikolosen Konsum. Ca. 40 Millionen Bürger konsumieren Alkohol, davon weisen 14,2 % innerhalb der letzten 30 Tage einen risikanten Alkoholkonsum auf (> 12 g reiner Alkohol pro Tag für Frauen, > 24 g reiner Alkohol pro Tag für Männer). Nach den Kriterien des DSM-IV (APA 2000), die beim Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2012 zugrunde gelegt wurden, liegt bei 3,1% (ca. 1,61 Mio.) der Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren ein Missbrauch von Alkohol vor, bei 3,4 % (ca. 1,77 Mio.) eine Abhängigkeit (Pabst et al. 2013). Im Jahr 2011 standen 279.894 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss, es erfolgten 15.898 Alkoholunfälle im Straßenverkehr mit 400 Verkehrstoten. Jährlich sind etwa 74.000 Todesfälle durch Alkohol- Tabakkonsum bedingt (John & Hanke 2002). In Deutschland sind wiederholt systematische Analysen der Versorgungsbedarfe und Versorgungsmöglichkeiten im Rahmen der medizinischen Versorgung (niederge-

lassene Ärzte, Allgemeinkrankenhäuser) durchgeführt worden (vgl. z.B. Wienberg 1992, Arolt & Driessen 1996, John et al. 1996). Zusammenfassend lässt sich aus diesen Untersuchungen feststellen, dass in diesem Versorgungssektor die Prävalenz der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen hoch ist, bis heute das bestehende Behandlungsangebot aber zu wenig suchtspezifisch ausgerichtet ist, um substanzbezogene Änderungsprozesse systematisch zu befördern und eine Vermittlung in weiterführende Behandlungsangebote zu realisieren.

4.3 Versorgungsrealität

Die nachfolgende Beschreibung orientiert sich, sofern nicht anders angegeben, an der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation WHO (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)(deutsche Fassung: Deutsches Institut für Dokumentation und Information (DIMDI), 2014).

4.3.1 Stationäre Behandlung alkoholbezogener Störungen

Die stationären Behandlungs- und Interventionsansätze sind bezüglich ihrer Häufigkeit pro Jahr in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Tabelle 1: Behandlungen von Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F10) pro Jahr*

Art der Behandlung / Intervention	Häufigkeit	Referenz
Krankenhausbehandlungen im Jahre 2012 (vollstationär)		
- wegen psychischer oder Verhaltensstörung durch Alkohol (alle ICD-10 F10-Diagnosen)	345.034	Statistisches Bundesamt (2012)
- wegen Intoxikation (ICD-10 F10.0)	121.595	
Entgiftungs-/Entzugsbehandlungen in somatischen Kliniken - insgesamt	ca. 160.000	Statistisches Bundesamt (2012)
- als qualifizierter Entzug DRG V40Z)	ca. 7.000	
Behandlungen in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen (je nach Erhebung)	200.000 bis 270.000	Längle (2012)
Maßregelvollzug nach § 64 StGB:		Statistisches Bundesamt (2014b)
- Unterbringung nach § 64 StGB (Stichtag 31.03.2013)	1.144	
stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (v. a. Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken für Suchtkranke) durch die gesetzliche Rentenversicherung als Leistungsträger (die DRV ist in 85% der Fälle Leistungsträger)	ca. 30.000	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund 2013a), Bachmeier et al. (2013)

* Die in der Tabelle angegebenen Zahlen stammen aus unterschiedlichen Quellen bzw. Populationen und beruhen z. T. auf Schätzungen.

4.3.2 Ambulante Behandlung alkoholbezogener Störungen

Die Größenordnung der ambulanten Behandlung im kassenärztlichen Versorgungssystem durch den niedergelassenen Arzt wird im Barmer GEK Arztreport 2014 auf das gesamte Diagnosen-Spektrum der „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10, F10-F19) in den Jahren 2005 bis 2012 bezogen und mit einem Anteil von 5,37% der bundesdeutschen Bevölkerung (82,02 Mio.) angegeben, was ca. 4,4 Mio. Menschen beträfe (Grobe et al. 2014); wie viele davon an einer alkoholbezogenen Störung leiden, wird nicht weiter beziffert. Die Zahl der jährlichen Behandlungsfälle in den Psychiatrischen Institutsambulanzen wird auf etwa 130.000 geschätzt (Längle 2012). Eine abgeschlossene ambulante Rehabilitation im Sinne einer Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Patienten wurde im Jahre 2012 in 7.865 Fällen durchgeführt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a).

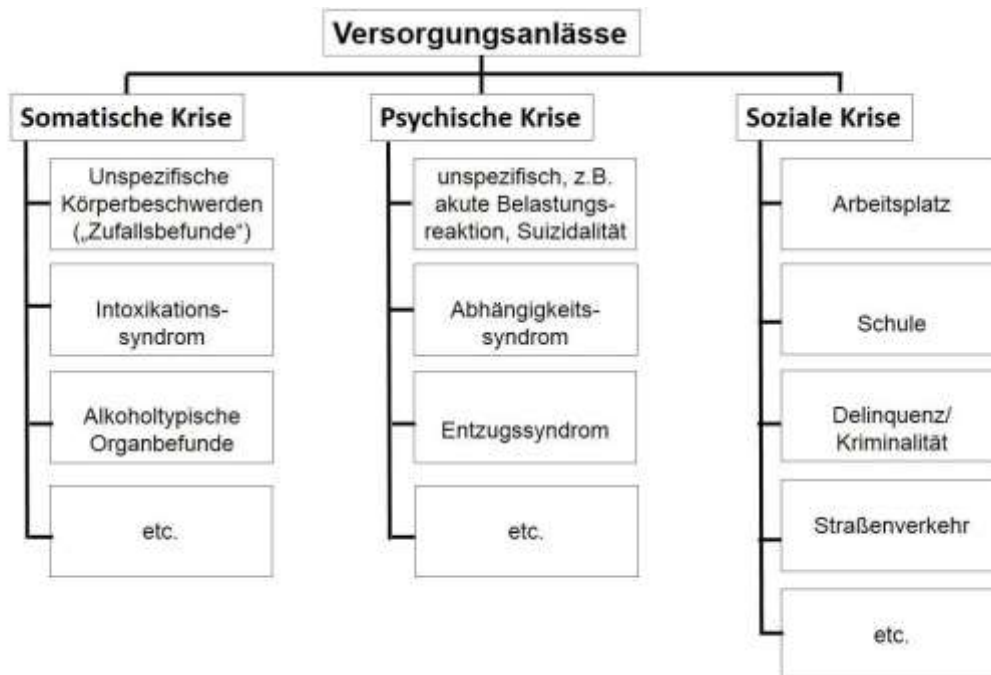
4.3.3 Inanspruchnahme von Behandlungsmöglichkeiten

Ein Großteil der Betroffenen hat keinen Kontakt zu behandlungsorientierten Hilfesystemen. Lediglich 47,8% der Alkoholabhängigen und 19,1% der Alkohol-Missbraucher gaben im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 an, die schädlichen Wirkungen des Konsums auch wahrzunehmen. Hochrechnungen gehen zudem davon aus, dass von den abhängigen Alkoholkonsumenten lediglich zwischen 10,8% und 22,5% hausärztliche Hilfe, Psychotherapie, ambulante Suchtberatung, stationäre Entgiftung oder stationäre Rehabilitation in Anspruch nehmen (Gomes de Matos et al. 2013). Alkoholranke Menschen werden oft zunächst in den Betrieben auffällig, befinden sich in späteren Krankheitsstadien auch in sozialtherapeutischen Einrichtungen (mehr als 10.000 nach Gaertner et al. (2012), werden in Heimen gepflegt (Rumpf & Weyerer 2006) oder sind im ambulant betreuten Wohnen beziehungsweise in Arbeitsprojekten. Jacobi et al. (2004) ermittelten, dass unter Arbeitslosen der Anteil alkoholabhängiger Männer bei 8,9% und der Anteil alkoholabhängiger Frauen bei 1,8% lagen. Mehr als 70.000 Alkoholranke besuchen - ohne Anonyme Alkoholiker - Selbsthilfegruppen (Gaertner et al. 2012). Aus der behandlungsorientierten Perspektive sind darüber hinaus gerade auch Kooperationen mit suchtspezifischen Versorgungseinrichtungen von hoher Relevanz, da dort „Erkennen, Beraten“ und ggf. „Frühintervention“ angeboten werden sollten mit dem Ziel der frühzeitigen Überleitung in die medizinisch verantworteten Handlungsfelder „Diagnostik, Therapieziele, Indikationsstellung und Entscheidungsfindung“ sowie „Behandlung“.

4.4 Versorgungsanlässe

Menschen mit alkoholbezogenen Störungen sehen sich primär eher selten und dann oft erst in späten Krankheitsstadien veranlasst, wegen der Grundstörung um Behandlung nachzusehen. Versorgungsanlässe sind vielmehr allgemeine somatische Krisen, bei deren Abklärung die Alkoholbezogenheit als ursächlicher Faktor identifiziert wird. Das gleiche gilt für psychische Krisen, in denen das psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Hilfesystem aus unterschiedlichen Beweggründen konsultiert wird. Oder es kommt zu psychosozialen Krisen, in deren Folge nicht nur der Partner oder die Familie, sondern auch Behörden oder die Betriebe gefordert sind (s. Abb. 1).

Abbildung 1: Versorgungsanlässe



Nur ein kleiner Teil der Menschen mit alkoholbezogenen Problemen bzw. einer Alkoholabhängigkeit findet ohne Umwege und zeitnah Zugang zum suchtspezifischen Versorgungssystem. Jeder Leistungsträger und -anbieter, der vorrangig mit anderweitigen administrativen, gesundheitlichen oder Teilhabeproblemen befasst ist, hat insbesondere sein spezifisches Aufgabenfeld im Blick. Von daher ist auch nicht davon auszugehen, dass bei einem komplexen Hilfebedarf die oftmals verdeckten zusätzlichen substanzbezogenen Probleme von den unterschiedlichen Akteuren erkannt und dann auch einer fachkompetenten Beratung oder Behandlung zugeführt werden. Es gilt, die Überleitung ins Behandlungssystem zu optimieren. Hierbei spielen der niedergelassene Arzt bzw. der Hausarzt wie auch das Fachpersonal in Krankenhäusern (ggf. unter Einbezug externer Konsil- oder Liaison-Dienste) sowie Notärzte eine besondere Rolle. Denn eine Vielzahl der Menschen mit Alkoholproblemen nimmt das medizinische Versorgungssystem in Anspruch, allerdings geschieht dies in der Regel wegen der gesundheitlichen Folgeschäden, alkoholassozierten Störungen oder auch anderen medizinischen Problemen und selten wegen des Alkoholproblems selbst. Hier gilt es, eine Sensibilisierung hinsichtlich der Diagnosestellung zu schaffen. Von daher ist die stärkere Vernetzung des akutmedizinischen Sektors mit dem System der Suchtkrankenhilfe und -behandlung von zentraler Bedeutung. Aber auch in anderen Sektoren, wie z.B. Betrieben, Behörden, Jobcentern und Agenturen für Arbeit, ist die Stärkung der Früherkennung und Frühintervention von alkoholbezogenen Störungen von Bedeutung. Wichtig ist es hierbei, möglichst niedrigschwellige Zugangswege zu schaffen und personenzentrierte und passgenaue Hilfen für die Betroffenen zur Verfügung zu stellen.

4.5 Erkennen, beraten, früh-intervenieren

Der von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eingerichtete Drogen- und Suchtrat (2012) hat Empfehlungen zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen gegeben, nach denen angesichts der erheblichen Auswirkungen alkoholbezogener Störungen und des hohen Konsums von Alkohol in Deutschland die Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen zu stärken ist. Ziel ist, Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen unterschiedlicher Schweregrade und unterschiedlicher Chronizität frühzeitig zu erkennen, um individuelle und gesellschaftliche Schäden zu minimieren oder zu begrenzen. Ziel ist insbesondere, die Kompetenz der Primärversorger zu verbessern, sei es in der Pflege, in den Beratungsstellen, in den medizinischen Einrichtungen, oder in der Alten- und Jugendhilfe. Dabei geht es um die Kompetenz, alkoholbezogene Störungen zu erkennen, mit ihnen zielorientiert umzugehen, und insbesondere Risikogruppen zu identifizieren. Ziel ist ferner, den Patienten und seinen Angehörigen bedarfsbezogen und umfassend über Behandlungsmöglichkeiten und Hilfestrukturen zu infor-

mieren, insbesondere auch über Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben und beim Wohnen. Hierzu gehört gegebenenfalls, ihn für die Inanspruchnahme indizierter Maßnahmen zu motivieren und ihn durch die Hilfesysteme zu begleiten.

In diesem Zusammenhang soll beispielhaft auf das spezielle Setting und die Funktion der **Hausarzt-Praxis** eingegangen werden. Aufgrund der hohen Erreichungsquote von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen durch Hausärzte und der meist langjährigen Behandlung und oft auch Lebensbegleitung durch den Hausarzt, hat dieser einen wesentlichen Einfluss auf die Umsetzung einer Leitlinie in der Versorgung. Deshalb sollten die Grundlagen für die Honorierung der entsprechenden Leistungen gestärkt werden, um Implementierungsbarrieren entgegen zu wirken.

So ist der Hausarzt wichtig für **die Früherkennung und Frühintervention**. Dies beinhaltet die Motivierung zur Auseinandersetzung des Patienten mit seinem Alkoholkonsum, die Förderung seiner Akzeptanz und Mitwirkung bei Screening und diagnostischen Leistungen, die Durchführung von Kurzinterventionen bei riskantem und schädlichem Konsum sowie die Förderung der Kontaktaufnahme zu suchtspezifischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie zu Selbsthilfegruppen bei Alkoholabhängigkeit. Dabei sind Praktikabilität und angemessene Begrenzung des Aufwandes entscheidend für seine eigene Motivation. Seine hausärztliche Beziehung kann dabei helfen, beim Screening nach alkoholbezogenen Störungen eine Stigmatisierung und mögliche Irritationen bei seinen Patienten zu vermeiden, indem er die entsprechenden Fragen in den allgemeineren Kontext einer gesundheitsbezogenen Lebensführung stellt.

Die Empfehlungen zum **Screening** (siehe unten 4.8.1.1 sowie auch Kapitel 2) beziehen sich grundsätzlich auf unterschiedliche Institutionen und Settings. Für den Hausarzt können folgende Situationen bzw. Szenarien Anlass für den Einsatz der empfohlenen Screening-Instrumente sein:

- 1.) Aufnahme eines neuen Patienten.
- 2.) Wieder-Aufnahme von Patienten mit unregelmäßig-diskontinuierlichem Hausarztkontakt und zurückliegendem Letztkontakt von mehr als 12 Monaten.
- 3.) Ärztliche Pflichtuntersuchungen, z. B. Jugendarbeitsschutzuntersuchung, Untersuchungen für Fahrgastbeförderer und LKW-Fahrer.
- 4.) Prä-operative Untersuchungen.
- 5.) Früherkennungsuntersuchungen.
- 6.) Auftreten von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten, die überzufällig häufig in Begleitung oder als Folge einer alkoholassoziierten Störung auftreten.

Ob bei den o. g. Situationen das Screening in der Hausarztpraxis oder in einer anderen Institution (z. B. Betriebsarzt, Anästhesist, Krankenhausambulanz) durchgeführt wird, hängt vom

Einzelfall ab, sollte aber jeweils dokumentiert und den Mitbehandlern unter Beachtung datenschutzrechtlicher Aspekte mitgeteilt werden. Besonders Früherkennungsuntersuchungen bieten die Gelegenheit, die Screening-Fragen nach einer alkoholbezogenen Störung in den Kontext weiterer Fragen und damit als Teil der ärztlichen Präventionsstrategie zu vermitteln. Patienten, die die Durchführung einer umfassenden Früherkennungsuntersuchung nicht wünschen, kann das Angebot gemacht werden, zumindest Fragen zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensführung zu beantworten, einschließlich der entsprechenden Screening-Fragen. Bei bereits bekannter alkoholbezogener Störung entfällt das Screening. Entsprechende Aufgabenstellungen der Früherkennung und Frühintervention bestehen selbstverständlich auch für Fachärzte und Krankenhäuser sowie andere Bereiche, in denen Menschen mit alkoholbezogenen Problemen anzutreffen sind, beispielsweise Alten- und Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Jugendhilfe, Jobcenter und Betriebe.

4.6 Indikationsstellung, Therapieziele und Entscheidungsfindung

Die **Indikationsstellung** für ein spezielles Behandlungssetting, d.h. für eine ambulante, teilstationäre, stationäre somato-medizinische, suchtpsychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung oder für eine Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation), erfolgt Kriterien geleitet. Diese sind den entsprechenden Leitlinienkapiteln zu entnehmen bzw. ergeben sich anhand der indikationsspezifischen Vorgaben der jeweils zuständigen Sozialleistungsträger (vgl. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen der Renten- und Krankenversicherungsträger vom 04.05.2001, Anlage 3, in: Deutsche Rentenversicherung 2013b). Die individuellen Behandlungsbedarfe, inkl. der Berücksichtigung psychiatrischer sowie somatischer Komorbiditäten, sind zu beachten. Ziel ist, Primärversorger in die Lage zu versetzen, eine differenzielle Indikation für eine zustandsangemessene Versorgung unter Einbeziehung der Patientenwünsche und der vor Ort gegebenen Versorgungsstruktur zu stellen. Ziel ist unter anderem zu klären, inwieweit und ab wann suchtspezifische Fachkompetenz für eine weiterführende Versorgung hinzugezogen werden muss. Ferner sind fachübergreifende Kooperationsformen zeitnah, barrierefrei und unter Berücksichtigung differenzieller Indikationsstellung zu prüfen. Insbesondere sind Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in eine angemessene Versorgung einzubeziehen.

Bezogen auf die unterschiedlichen Konsumformen von Alkohol ergeben sich verschiedene **Interventionsziele**, welche mit den Betroffenen im Rahmen einer individualisierten Beratung bzw. Therapiezielplanung abzustimmen und zu modifizieren sind. Maßgebliche Aspekte hierzu hat das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2011) in seiner Leitlinie wie folgt beschrieben: „Die primäre Rolle suchtspezifischer Behandlung besteht darin, den Betroffenen dabei zu unterstützen, seinen Alkoholkonsum auf sichere Art zu

reduzieren oder zu beenden (National Treatment Agency for Substance Misuse 2006). In den frühen Stadien der Inanspruchnahme suchtspezifischer Versorgungseinrichtungen sind die Betroffenen vielleicht ambivalent hinsichtlich einer Änderung ihres Trinkverhaltens und ihres Umgangs mit Problemen. Auf dieser Stufe ist die Motivationsarbeit mit den Betroffenen besonders wichtig, wenn es darum geht, Änderungen einzugehen und sich auf die Behandlung einzulassen. Für die meisten Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sollte das angemessenste Ziel in Bezug auf Alkoholkonsum das Anstreben völliger Abstinenz sein. Mit zunehmendem Grad der Alkoholabhängigkeit wird die Rückkehr zum moderaten oder kontrollierten Trinken zunehmend schwierig (Edwards & Gross 1976; Schuckit 2009). Weiterhin ist für Menschen mit wesentlicher psychischer oder körperlicher Komorbidität (z. B. bei Depression oder alkoholbedingter Lebererkrankung) Abstinenz das angemessene Ziel. Jedoch können Menschen mit riskantem und schädlichem Trinkverhalten und solche mit einem niedrigen Grad der Alkoholabhängigkeit möglicherweise das Ziel eines moderaten Alkoholkonsums erreichen (Raistrick et al. 2006). Falls ein Betroffener das Ziel eines moderaten Konsums vertritt, der Behandler jedoch glaubt, dass damit beträchtliche Risiken einhergehen, sollte der Behandler ihm eindringlich dazu raten, dass Abstinenz am angemessensten ist; er sollte dem Betroffenen aber auf keinen Fall eine Behandlung vorenthalten, wenn dem Rat nicht gefolgt wird (Raistrick et al. 2006).“ (NICE 2011; Übersetzung durch A. Günthner).

Darüber hinaus sind weitere situations- und verhaltensbezogene **Risikokonstellationen** zu unterscheiden, für die punkt- bzw. zeitraumbezogene Abstinenz angezeigt ist. Dazu gehören z.B. Schwangerschaft, Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Teilnahme am Straßenverkehr, Betätigung von oder Arbeit an Maschinen, Publikumsverkehr, die Einnahme von Medikamenten mit Einfluss auf die Vigilanz, sowie die Erkrankung von Organen, die durch die Toxizität von Alkohol zusätzlich geschädigt werden können.

Schadensbegrenzung und –minimierung sind weitere umfassende, übergeordnete, alle (Teil-)Systeme und Settings gleichermaßen betreffende Behandlungs- und Betreuungsziele. Im Einzelnen sollen eine Zunahme bzw. Chronifizierung der somatischen Erkrankungen und psychosoziale Folgeprobleme, die Dauer von Krankenhausaufenthalten, sowie die Zunahme von Arbeitsunfähigkeitstagen abgewendet, die Erwerbsfähigkeit gesichert und die persönliche Autonomie, die soziale, berufliche und gesellschaftliche Teilhabe gestärkt werden.

Bei der **Entscheidungsfindung** der individuell passenden Behandlungsindikation sowie der Festlegung der Behandlungsziele sollen Alkoholranke nach fachlicher Aufklärung über die zu empfehlenden Behandlungsalternativen verbindlich und verantwortlich einbezogen werden (partizipative Entscheidungsfindung).

4.7 Behandlung und weitere Interventionen

Nachfolgend werden die Behandlung und weitere versorgungsrelevante Interventionen beschrieben. Um die große Bedeutung der Vernetzung von Strukturen und Prozessen zu verdeutlichen, werden zunächst Versorgungskontinuität und Schnittstellenmanagement thematisiert, dann Dimensionen zur Beschreibung von personenbezogenen Interventionen vorgestellt und schließlich die einzelnen Strukturen und Prozesse der Versorgung aufgeführt und tabellarisch zusammengefasst.

4.7.1 Versorgungsorganisation und Versorgungskontinuität

Die Versorgung von Menschen mit alkoholbezogenen (und meist zusätzlichen Begleit-) Problemen basiert auf einem komplexen Netzwerk unterschiedlichster Strukturen und Prozesse. Es liegt deshalb nahe, dass dem sog. Schnittstellen-Management, d. h. der Steuerung und Koordination von Versorgungsleistungen, sei es auf institutioneller wie auf individueller Ebene, eine zentrale Bedeutung zukommt, um Versorgungskontinuität zu gewährleisten.

4.7.2 Schnittstellen-Management

Schnittstellen-Management im Rahmen der Versorgungsorganisation kann als zielgerichtete Kommunikation und Regelung zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität aufgefasst werden. Sie dient zur möglichst nachhaltigen Verbindung, Verknüpfung oder Koordination verschiedener Interventionen. Dabei lassen sich verschiedene Ebenen unterscheiden:

- 1.) die individuelle Ebene (Fall- und Case-Management einschließlich hausärztliches Patientenmanagement)
- 2.) die institutionelle Ebene (Hilfesystem): intra- und inter-institutionell; intra- und intersektoriell
- 3.) die regionale Ebene (Lebensraum der Betroffenen; regionales Versorgungssystem).

Für Menschen mit schweren psychischen Störungen, die durch die Auswirkungen einer schweren und längerfristigen psychischen Erkrankung gekennzeichnet sind, wurde eine diagnoseübergreifende „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2013) erstellt, die auch im Rahmen der Versorgung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen beachtet werden sollte. Dabei werden Systeminterventionen von Einzelinterventionen unterschieden und auch der Selbsthilfe wird ein eigenes Kapitel gewidmet.

4.7.3 Dimensionen der Versorgung

„Das“ Hilfesystem gibt es nicht, sondern jeweils spezifische Ausprägungen und Besonderheiten im Rahmen unterschiedlich ausgebauter regionaler Hilfesysteme (Regionalität). Daraus

folgt, dass eine differenzierte Betrachtung der Versorgungsorganisation zur Orientierung ein „Koordinatensystem“ voraussetzt, in dem Strukturen und Prozesse der Versorgung unter Berücksichtigung der regionalen Ausprägung systematisch dargestellt werden können. Grundlegend für ein solches Koordinatensystem ist das bio-psycho-soziale Modell, wie es z.B. bei der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2011) verwendet wird, um die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch zu erfassen.

Da Krankheitsfolgen sich auf der biologischen (somatischen), der psychischen und/oder der sozialen Ebene manifestieren können, berücksichtigt eine umfassende Versorgung diese drei Ebenen sowohl bei der Betrachtung der jeweiligen Person (Dimension 1) als auch bei der Planung und Durchführung von Interventionen (Dimension 2). Ergänzt werden diese Dimensionen auf der Ebene der Betroffenen und der Interventionen noch durch allgemeine Dimensionen des Hilfesystems selbst, z. B.

- 1.) Verfügbarkeit von Hilfen
- 2.) Zugangsschwellen für Hilfen
- 3.) Vernetzung und Koordination der Hilfen
- 4.) Ort der Hilfeleistung.

Über das bio-psycho-soziale Modell der ICF wird es möglich, auf Basis der Komplexität des jeweiligen Einzelfalls Rückschlüsse über die erforderlichen Behandlungsbedarfe, die entsprechend einzubeziehenden Versorgungselemente und die Anforderungen an die jeweiligen Behandlungssettings zu ziehen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2008, 2013). Denn die ICF verdeutlicht die vielfältigen Auswirkungen alkoholbezogener Störungen, welche die persönlichen Faktoren bzw. Funktionen, die Aktivitäten wie auch die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen betreffen können. Mit zunehmendem Schweregrad der Störung nehmen häufig auch die weiteren Problembereiche zu. Interventionen erfolgen von daher in abgestufter Form je nach Versorgungsanlass in variabler Gewichtung auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene.

4.7.4 Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse

Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse im heutigen Suchthilfe-System sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2006), so dass hier zusammenfassend auf die systematischen Aspekte des Versorgungssystems abgehoben wird.

Das professionelle Hilfesystem (Abb. 2 a-c) setzt sich zusammen aus:

- ambulanten und stationären medizinischen Einrichtungen,

4 Versorgungsorganisation

- psycho-sozialen Einrichtungen,
- Einrichtungen aus sonstigen Hilfesystemen, wobei man jeweils allgemeine, nicht suchtspezifische, von besonderen, suchtspezifischen Strukturen unterscheiden kann.

Schließlich wird das professionelle Hilfesystem noch ergänzt durch das Selbsthilfe-System.

Bei den ambulanten Strukturen gibt es „Geh-Strukturen“ (d. h. die Helfer suchen die Betroffenen in Ihrer Lebenswelt auf, z. B. Streetwork). Die meisten Einrichtungen weisen jedoch eine „Komm-Struktur“ auf.

Abbildung 2 a: Versorgungsstrukturen

Ambulante und teilstationäre bzw. ganztägig ambulante medizinische Versorgungsstrukturen		
Versorgungsbereich/-sektor	Allgemeine Einrichtungen	Suchtspezifische Einrichtungen
Aufsuchende ambulante medizinische Notversorgung	Notärzte / Rettungsdienste, hausärztlicher Notdienst	
Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten (inkl. MVZ)	Ärzte für Allgemeinmedizin / Hausärzte	Ärzte mit Zusatzbezeichnung "Suchtmedizinische Grundversorgung"
	Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	
	Ärzte für psychotherapeutische Medizin	
	Ärzte für Nervenheilkunde	
	Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
	Sonstige ärztliche Gebiete	
	Psychol. Psychotherapeuten für Erwachsene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Psychol. Psychotherapeuten mit suchtpsycholog. Zusatzqualifikation
Medizinische Ambulanzen	Ambulanzen an Allgemein-KH/-Kliniken/-Abt.	Sucht-Ambulanzen (z. B. suchtpsychiatrische Ambulanzen, ambulante Suchtbehandlungsstellen)
	Ambulanzen an Psychiatrischen KH / Kliniken / Abt. / Psychiatrische Instituts-Ambulanzen	
	Sonstige (medizinische) Ambulanzen	
Teilstationäre bzw. ganztägig ambulante Einrichtungen	Tageskliniken für psychisch Kranke	Sucht-Tageskliniken (z. B. suchtpsychiatrische Tageskliniken, ganztägig ambulante Entwöhnungseinrichtungen)
	Ambulante Rehabilitationseinrichtungen	Ambulante Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke / Entwöhnungseinrichtungen
Betriebsärztliche Dienste	Betriebsärztliche Dienste / Betriebsärzte	Betriebsärzte mit Zusatzbezeichnung "Suchtmedizinische Grundversorgung"
Öffentlicher Gesundheitsdienst	Ärzte im Gesundheitsamt	Ärzte mit Zusatzbezeichnung "Suchtmedizinische Grundversorgung"
Verkehrsmedizinische Beratung / Begutachtung	Verkehrsmedizinische Beratungs- / Begutachtungsstellen	
Gesundheitsfachberufe	Physiotherapeuten	Gesundheitsfachberufe mit suchtspezifischer Zusatzqualifikation
	Pflegekräfte	
	Soziotherapeuten	
	Ergotherapeuten	
	Sonstige Gesundheitsfachberufe	
Heilpraktiker	Heilpraktiker	

Abbildung 2 b: Versorgungsstrukturen

Stationäre medizinische Versorgungsstrukturen		
Versorgungsbereich/-sektor	Allgemeine Einrichtungen	Suchtspezifische Einrichtungen
Krankenhäuser / Kliniken der Akut-Versorgung	Allgemein-Krankenhäuser (inkl. Sozialdienst) bzw. -Abteilungen	Krankenhäuser/Kliniken mit einer (qualifizierten) Entzugs- oder Sucht-Abteilung
	Psychiatrisch-psychotherapeutische KH / Kliniken / Abteilungen (für Erwachsene, mit oder ohne Gerontopsychiatrie)	
	Sonstige Fach-Krankenhäuser/-Kliniken/-Abteilungen der Akutversorgung	
	KH / Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Reha-Einrichtungen/-Kliniken	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen / Rehabilitationskliniken	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke (Entwöhnung)
		Adaptionseinrichtungen
Forensische Einrichtungen	Kliniken/Abteilungen für Forensische Psychiatrie	Einrichtungen zur Sicherung und Therapie von alkoholabhängigen Männern und Frauen nach § 64 StGB
Medizinische Einrichtungen in Justizvollzugsanstalten	Med. Dienste / Anstaltsärzte in Justizvollzugsanstalten (JVA)	
Pflegeheime	Pflegeheime	Pflegeheime für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige (CMA)

Abbildung 2 c: Versorgungsstrukturen

Psycho-soziale Versorgungsstrukturen und Hilfesysteme				
Versorgungsbereich/-sektor		Allgemeine Einrichtungen	Suchtspezifische Einrichtungen	
psycho-soziale Versorgung	ambulant	Hausärztliche Versorgung	Hausarzt	Hausarzt mit suchtmmedizinischer Qualifikation
		Aufsuchende Hilfen	Streetworker	Aufsuchende suchtspezifische Hilfen
			Komplementäre Dienste	
			Ambulante Pflegedienste	
			Bewährungshilfe	
		Kontakt-Angebote/-Stätten / niedrigschwellige Hilfen	Telefon-Seelsorge	Suchtspezifische Kontaktangebote/-Stätten / niedrigschwellige Hilfen
			Internet-basierte Kontaktangebote	
			(Soziale) Kontaktstätten / Kontakt-Cafés	
			Tagesstätten	
			Übernachtungsstätten	
	Beratungseinrichtungen	(Psycho-)soziale Beratungsstellen (inkl. Familien-/Erziehungs-/Schuldner-Beratung u. a.)	Suchtberatungsstellen	
		Gesundheitsberatungsstellen; Öffentlicher Gesundheitsdienst		
		(Gemeinsame) Reha-Servicestellen		
	Betriebliche Sozialdienste	Betriebliche Sozial- und Beratungsdienste	Betriebliche Suchtberatung	
Verkehrspsychol. Beratung / Begutachtung	Verkehrspsychologische Beratungs-/ Begutachtungsstellen			
Sozialpsychiatrische Versorgung	Sozialpsychiatrische Dienste			
stationär	Komplementäre Betreuungseinrichtungen	Sozialtherapeutische Wohnheime	Komplementäre Einrichtungen für Suchtkranke	
		Übergangseinrichtungen		
		Sonstige		
Sonstige Hilfe-Systeme	Hilfen zur Teilhabe im Arbeitsleben	Arbeitsagenturen / Job Center	Suchtspezifische Einrichtungen der sonstigen Hilfesysteme	
		Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation		
		Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)		
		Sonstige		
	Kinder- und Jugendhilfe			
	Schulsozialarbeit			
	Altenhilfe			
	Familienhilfe			
Wohnhilfe				
Sonstige Hilfen				
Selbsthilfe		Selbsthilfe-Gruppen für Betroffene	Selbsthilfe-Gruppen für Menschen mit alkoholbezogenen Problemen/Störungen	
		Selbsthilfe-Gruppen für Angehörige	Selbsthilfe-Gruppen für Angehörige von Menschen mit alkoholbezogenen Problemen	

Für viele versorgungsrelevante Hilfen gelten definierte sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen, hinsichtlich derer Betroffene eine differenzierte Beratung und Unterstützung erhalten können, z. B. durch Sozialdienste oder durch (oft gemeinsame) Service- und Beratungsstellen der Leistungsträger. Diese sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen sind im Sozialgesetzbuch (SGB I – XII) und weiteren Sozialgesetzen niedergelegt.

Versorgungsprozesse sind stets an bestimmte Strukturen (Einrichtungen) und Settings (ambulant, teilstationär, stationär) gebunden und werden durch verschiedene Berufsgruppen (Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen, u. a.) erbracht. Nach einer umschriebenen suchtmmedizinischen Intervention (z. B. Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung, Psychotherapie) ist oft die **Förderung eines nachhaltigen Behandlungserfolges** notwendig, u. U. auch über mehrere Jahre. Diese kann z. B. durch Hausärzte, Fachärzte und ambulante Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen erfolgen, in enger gegenseitiger Abstimmung und wenn möglich unter Einbindung der Betroffenen in eine Selbsthilfegruppe. Zu dieser nachhaltigen Versorgung gehört die aktive Begleitung der Betroffenen in deren Lebensumfeld, z. B. durch regelmäßige Kontakte, Risikoprävention und Unterstützung einer gesundheitsbewussten Lebensweise, sowie rasche Hilfe und Vermittlung bei Rückfällen.

4.8 Empfehlungen zur Versorgungsorganisation

Im Weiteren werden zunächst Kernpunkte für die Implementierung dargestellt. Danach werden Empfehlungen zu den voranstehenden Leitlinienkapiteln aufgeführt. Viele dieser Empfehlungen sind speziell für dieses Kapitel von den entsprechenden Arbeitsgruppen entwickelt worden. Neu hinzugekommen ist als zusätzliches Thema der Bereich „Selbsthilfe“.

KERNPUNKTE FÜR DIE IMPLEMENTIERUNG (Gesamtabstimmung: 100%)

- Das Problembewusstsein und die Aufmerksamkeit aller in den verschiedenen Versorgungssektoren Tätigen (z.B. niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhaus-Pflegepersonal) für alkoholbezogene Störungen systematisch zu erhöhen.
- Hausärztliche Qualitätszirkel regelmäßig für Fortbildungen zur Versorgung Suchtkranker zu nutzen.
- Konsil- und Liaisondienste an somatischen Krankenhäusern systematisch auszubauen.
- Maßnahmen zum Screening / zur Früherkennung, insbesondere zur Identifizierung von Risikogruppen in allen Einrichtungen der Versorgung mit geeigneten Instrumenten (AUDIT / AUDIT-C)* durchzuführen.
- 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 Zusammenwirkens der beteiligten Leistungsträger und -erbringer (z. B. im Rahmen von Suchthilfe-Netzwerken) zu gewährleisten.
- Die Effektivität der Behandlungsansätze kontinuierlich auf Basis festgelegter Dokumentations- und Auswertungsstandards zu überprüfen.

* Fragebogen AUDIT siehe Anlage

4.8.1 Kapitelbezogene Empfehlungen zur Versorgungsorganisation**4.8.1.1 Screening und Diagnostik**

(unter Mitarbeit von Friedrich M. Wurst und der Arbeitsgruppe „Screening und Diagnostik“)

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.8.1.1.1	<p>Screening und Diagnostik in der medizinischen Grundversorgung*</p> <p>Maßnahmen zur Früherkennung (Screening), insbesondere die Identifizierung von Risikogruppen sollen in allen Einrichtungen der Primärversorgung, in denen Suchtkranke um Hilfen nachsuchen, mit geeigneten Instrumenten angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
4.8.1.1.2	<p>Einsatz des AUDIT** (s. Empfehlung 2.1.2.2)*</p> <p>Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit soll der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>Gesamtabstimmung: 93%</p>	A
4.8.1.1.3	<p>Nachweis eines chronischen Alkoholkonsums (s. Empfehlung 2.1.2.6)</p> <p>Zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum sollte ein geeigneter Zustandsmarker (EtG in Haaren und PEth im Blut) in verschiedenen Kontexten (Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p> <p>Gesamtabstimmung: 96%</p>	B

4.8.1.1.4	<p>Nachweis eines chronischen Alkoholkonsums (s. Empfehlung 2.1.2.7)*</p> <p>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.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

*Im finalen Abstimmungsprozess haben 45 von 46 Fachgesellschaften der Empfehlung zugestimmt. Keine Zustimmung erfolgte von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Die Erläuterungen dazu finden sich im Sonderkapitel „Schriftwechsel mit den Fachgesellschaften“ ab Seite 17 (siehe Anlage).

** Fragebogen AUDIT siehe Anlage

4.8.1.2 Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen

(unter Mitarbeit von H-J Rumpf und der Arbeitsgruppe „Kurzinterventionen“)

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.8.1.2.1	<p>Riskanter Konsum (s. Empfehlung 3.1.3.2)</p> <p>Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums ist für riskant Alkohol Konsumierende am deutlichsten nachgewiesen. Daher sollen Kurzinterventionen bei dieser Gruppe angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
4.8.1.2.2	<p>Primärmedizinische Versorgung (s. Empfehlung 3.1.3.8)</p> <p>In der Primärmedizinischen Versorgung sollen Kurzinterventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	<p style="text-align: center;">A</p>

4.8.1.2.3	Rauschtrinken (s. Empfehlung 3.1.3.3) „Kurzintervention kann zu einer Reduktion von Rauschtrinken führen. Daher sollten entsprechende Interventionen für Rauschtrinker angeboten werden.“ Empfehlungsgrad: B GesamtAbstimmung: 93,9%	B
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Kurzinterventionen sind wirksam bei geringeren Schweregraden einer Alkoholkonsumstörung. Bei Alkoholabhängigkeit sind intensivere Maßnahmen zu empfehlen.

4.8.1.3 Entgiftung/Entzug

(unter Mitarbeit von Martin Schäfer / Norbert Wodarz und der Arbeitsgruppe „Entgiftung, Entzug, Pharmakotherapie“)

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.8.1.3.1	Information und Vermittlung Bei einer teilstationären oder stationären Alkoholentgiftung sollte über das bestehende Suchthilfesystem informiert werden (Selbsthilfe, Suchtberatung, Suchtpsychiatrie, Formen der ambulanten und stationären Reha) und nach Bedarf Kontakte zu weitervermittelnden oder behandelnden Stellen hergestellt werden. Empfehlungsgrad: KKP GesamtAbstimmung: 92%	KKP

Das Kernziel einer Entgiftungsbehandlung ist die Verhinderung schwerer akuter Komplikationen durch den Alkoholentzug. Ein wichtiges weiterführendes Ziel liegt in der Information des Patienten über das Suchthilfesystem und für ihn geeignete Therapieangebote. Hierfür wurde die sogenannte qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) etabliert (Mann et al. 2006), bei der insbesondere die Patienten über Ablauf und Inhalt einer weiterführenden (Entwöhnungs-) Behandlung informiert werden und gezielt Behandlungsmotivation aufgebaut wird. Einrichtungen mit QE sollten möglichst in regelmäßigem Austausch mit Beratungsstellen, Reha-Einrichtungen, Suchtambulanzen, niedergelassenen Ärzten, approbierten Psychotherapeu-

ten, Selbsthilfegruppen, sozialpsychiatrischen Diensten und komplementären Einrichtungen des Versorgungssystems (z. B. Anbietern von Hilfen zum selbständigen Wohnen/Betreutem Wohnen) stehen.

4.8.1.4 Pharmakotherapie

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.8.1.4.1	<p>Wirksamkeit Pharmakotherapie</p> <p>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.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	A

Zu beachten sind die Hinweise zum geeigneten Setting und zur Wahl des geeigneten Arzneimittels zur Entzugsbehandlung, insbesondere bei Vorliegen differentieller Indikationsbedingungen wie höheres Alter, Schwangerschaft, eingeschränkte Organfunktion (v. a. Leber, Niere) oder polyvalenter Substanzkonsum (siehe hierzu die Ausführungen im Kapitel Entzugsbehandlung / Pharmakotherapie) dargestellt sind. Ebenso gelten differentielle bzw. eingeschränkte Indikationsbedingungen für die Pharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere auch bei der zusätzlichen pharmakotherapeutischen Behandlung von komorbiden Störungen wie z. B. ADHS (siehe hierzu die Hinweise und Empfehlungen im Kapitel Kinder und Jugendliche).

Das Primat der Versorgungskontinuität gilt auch für die Pharmakotherapie, sei es bei der Behandlung der alkoholbezogenen oder der komorbiden Störungen. Deshalb sollten Verordnungen und Veränderungen dokumentiert und an Vor-, Mit- und/oder Nachbehandler kommuniziert werden, vor allem bei Wechsel der behandelnden Institution oder des Versorgungssektors. Dies gilt auch dann, wenn der Betroffene selbst, unter Umständen entgegen ärztlichem Rat, die Änderung wünscht oder veranlasst. Bei (anzunehmender) eingeschränkter Selbstkontrollfunktion der Betroffenen können gegebenenfalls Angehörige oder andere Bezugspersonen mit einbezogen werden.

4.8.1.5 Körperliche Komplikationen/psychische Komorbidität

(unter Mitarbeit von Martin Beutel und den Arbeitsgruppen „Körperliche Komplikationen und Komorbidität“ sowie „Komorbide psychische Störungen“)

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
	Körperliche Komplikationen	
4.8.1.5.1	<p>Screening bei Lebererkrankung</p> <p>Patienten, bei denen eine Leber- oder Pankreaserkrankung festgestellt wird, sollen auf eine alkoholbezogene Störung untersucht werden</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
	Psychische Störungen	
4.8.1.5.2	<p>Diagnostik bei Patienten mit psychischen Störungen*</p> <p>Der AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) soll zum Screening auf alkoholbezogene Störungen bei psychischen Störungen eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>Gesamtabstimmung: 93%</p>	A
4.8.1.5.3	<p>Behandlung psychischer Komorbidität – Alkoholkonsumstörung</p> <p>Alkoholbezogene und komorbide psychische Störungen sollen nach Möglichkeit gemeinsam/integriert behandelt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP

*Im finalen Abstimmungsprozess haben 45 von 46 Fachgesellschaften der Empfehlung zugestimmt. Keine Zustimmung erfolgte von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Die Erläuterungen dazu finden sich im Sonderkapitel „Schriftwechsel mit den Fachgesellschaften“ ab Seite 17 (siehe Anlage).

Bei psychischen Erkrankungen ist der Einsatz des AUDIT zu empfehlen, um zu prüfen, ob auch eine alkoholbezogene Störung vorliegt. Komorbide Erkrankungen stellen zudem besondere Anforderungen an die Intensität und das Behandlungssetting.

4.8.1.6 Kinder und Jugendliche

(Unter Mitarbeit von Anneke Aden, Rainer Thomasius* und der Arbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche“)

*Konsentiert durch die Mitglieder der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG, BKJPP) Prof. Dr. Rainer Thomasius, Dr. Peter Melchers, Dr. Edelhard Thoms, Dr. Gisela Schimansky, Dr. Oliver Bilke-Hentsch, Dr. Olaf Reis

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.8.1.6.1	<p>Schnittstellenmanagement</p> <p>Die Angebote und Strukturen der Jugend- und Familienhilfe, Suchthilfe, Schule, Justiz sowie der somatischen Medizin (Pädiatrie, Hausärzte, Notfallmedizin) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sollten eng verzahnt und zielgerichtet aufeinander bezogen werden, damit Kinder und Jugendliche mit Suchtgefährdung und/oder alkoholbezogenen Störungen und ihre Familien eine adäquate Versorgung erhalten.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
4.8.1.6.2	<p>Casemanagement</p> <p>Eine Versorgungs- und Koordinationsstruktur mit gleichberechtigter fachlicher Ausrichtung auf Jugendhilfe, Suchthilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sollte für das Casemanagement von Kindern und Jugendlichen mit Suchtgefährdung und/oder alkoholbezogenen Störungen im Hinblick auf die Diagnostik und Planung von kurz- und längerfristiger Betreuung und Behandlung der minderjährigen Patienten verfügbar sein.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 93%</p>	KKP

4.8.1.7 Frauen/Schwangere

(Unter Mitarbeit von Irmgard Vogt und der Arbeitsgruppe „Frauen / Schwangere“)

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.8.1.7.1	<p>Kurzinterventionen in der Schwangerschaft</p> <p>Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen soll eine Kurzintervention angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 94%</p>	KKP
4.8.1.7.2	<p>Psychosoziale Interventionen zur Behandlung von alkoholbezogenen Störungen von schwangeren Frauen</p> <p>Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen psychotherapeutische Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
4.8.1.7.3	<p>Komorbidität - Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)</p> <p>Frauen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und alkoholbezogenen Störungen sollte eine integrierte Behandlung beider Störungen in einem Therapieangebot angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p> <p>Gesamtabstimmung: 97%</p>	B

Die Schwangerschaft stellt besondere Herausforderungen – auch im Interesse des noch ungeborenen Kindes – an Beratung und Behandlung.

4.8.1.8 Ältere

(Unter Mitarbeit von Dieter Geyer und der Arbeitsgruppe „Ältere“)

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.8.1.8.1	<p>Generelle Behandlungsempfehlung</p> <p>Bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründete Behandlungen (psychotherapeutisch, psychosozial und pharmakotherapeutisch) sollen auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 97%</p>	KKP
4.8.1.8.2	<p>Ältere pflegebedürftige Personen</p> <p>Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die auf Pflege (im Sinne des Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung) angewiesen sind, sollten störungsspezifische Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 77%</p>	KKP
4.8.1.8.3	<p>Primärärztliche Behandlung</p> <p>Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen sollen in der primärmedizinischen Versorgung auf Veränderung ihres Alkoholkonsums und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zielende Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	A

4.8.1.9 Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung

(Unter Mitarbeit von Peter Missel und der Arbeitsgruppe „Entwöhnungsbehandlung und andere Formen der Postakutbehandlung“)

Schlüsselempfehlungen mit versorgungsorganisatorischer Relevanz sind die entsprechenden Empfehlungen aus dem Kapitel 3.8.3.

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.8.1.9.1	<p>Generelle Wirksamkeit</p> <p>Postakute Interventionsformen sollen Patienten im Anschluss an die Entzugsphase als nahtlose weiterführende Behandlung angeboten werden. Dabei stellt die Abstinenz bei abhängigem Konsum die übergeordnete Zielsetzung dar.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 82%</p>	KKP
4.8.1.9.2	<p>Bedingungen: Vernetzung der Angebote</p> <p>Zur nachhaltigen Rückfallprävention soll indikationsgeleitet nach der Postakutbehandlung einschließlich Entwöhnung nahtlos eine aufeinander abgestimmte suchtbezogene Versorgung von mindestens einem Jahr angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP

4.8.1.10 Hausärztliche Versorgung

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.8.1.10.1	<p>Rolle des Hausarztes</p> <p>Die zentrale Rolle des Hausarztes und der ärztlichen Notdienste in der Erkennung, Behandlung und Begleitung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen und Angehörigen soll gestärkt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
4.8.1.10.2	<p>Diagnostik durch den Hausarzt</p> <p>Wenn der Hausarzt erstmals Hinweise auf eine alkoholbezogene Störung feststellt (u. a. mittels AUDIT-C), sollen eine weiterführende Diagnostik erfolgen und Maßnahmen zur Abstinenz oder zur Trinkmengenreduktion unter engmaschigen Kontakten angeboten werden. Zugleich soll über weiterführende Angebote informiert und diese gegebenenfalls vermittelt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP

4.8.1.11 Selbsthilfe

(Unter Mitarbeit von Wiebke Schneider, „Guttempler in Deutschland“)

„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. In Deutschland gibt es verschiedene Suchtselbsthilfe-Verbände, in denen eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen für alkoholranke Menschen wie auch für deren Angehörige zusammengeschlossen ist. 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	Empfehlungsgrad
4.8.1.11.1	<p>Selbsthilfegruppen als Möglichkeit der Unterstützung</p> <p>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.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
4.8.1.11.2	<p>Selbsthilfe begleitend zu kurativen und rehabilitativen Behandlungen</p> <p>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.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP
4.8.1.11.3	<p>Selbsthilfe für Angehörige</p> <p>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.</p> <p>Empfehlungsgrad: KKP</p> <p>Gesamtabstimmung: 100%</p>	KKP

4.9. Schlusswort und Ausblick

Aufgrund der Vielfalt der Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen, der vielfältigen Institutionen, der unterschiedlichen leistungsrechtlichen Zuständigkeiten und der differenzierten Suchthilfe- und Behandlungsangebote ergeben sich vielfältige Schnittstellen, die ausschnittsartig im Kapitel „Versorgungsorganisation“ beleuchtet wurden. Wichtig ist, dass Menschen mit alkoholbezogenen Störungen möglichst frühzeitig und nahtlos diejenigen Hilfen erhalten, derer sie im Einzelfall bedürfen. Dies erfordert ein institutions- und leistungsträgerübergreifendes Schnittstellenmanagement, welches zur Versorgungskontinuität über die verschiedenen Leistungssektoren und Institutionen hinweg beiträgt und sich im Interesse der betroffenen Menschen um deren Belange kümmert, ohne dass Eigeninteressen hierbei im Vordergrund stehen. Für dieses einrichtungs- und sektorenübergreifende Schnittstellenmanagement sind entsprechende personelle und zeitliche Ressourcen erforderlich.

Für die zukünftige Entwicklung des Versorgungssystems für Menschen mit alkoholbezogenen Problemen sind folgende Aspekte von Bedeutung:

- Bereitstellung eines flächendeckenden, bürgernahen und umfassenden Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebots zu allen Fragen und Angelegenheiten, welche mit einer alkoholbedingten Störung einhergehen können. Von besonderer Bedeutung sind hierbei ein regional orientiertes Suchtberatungssystem, Selbsthilfegruppen sowie weitere Beratungsdienste.
- Einsatz von Screening- und Diagnostikverfahren in den entsprechenden Handlungsfeldern (z.B. durch niedergelassene Ärzte/Psychotherapeuten, Krankenhäuser) zur Feststellung einer alkoholbezogenen Störung.
- Förderung niedrighschwelliger Zugangswege zu Suchtberatungs- und -behandlungsangeboten sowie zu Selbsthilfegruppen durch die Stärkung der Frühintervention in unterschiedlichen Bereichen, (z.B. durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Jobcenter, Agenturen für Arbeit, Betriebs- und Werksärzte).
- Stärkung der frühzeitigen Inanspruchnahme bedarfsgerechter Leistungen durch Informations- und Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Auslage von Materialien in ärztlichen und therapeutischen Praxen, Krankenhäusern, Informationen im Internet).
- Personenzentrierte und bedarfsgerechte Hilfe- und Behandlungsplanung im Sinne eines individuellen Teilhabeplans (vgl. BAR) unter Berücksichtigung des Schweregrads, der psychischen und somatischen Komorbidität und unter Einbezug des sozialen Umfelds. Hierbei sind auch die spezifischen Bedarfe von chronisch mehrfach beeinträchtigten alkoholabhängigen Menschen zu beachten.
- Weitere Individualisierung der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten durch passgenaue Angebote (z.B. altersgerechte Angebote, Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Inhalte, Spezifizierung der Angebote hinsichtlich der Fallschwere und besonderer Be-

handlungsbedarfe). Indikationsbezogen und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts ist zu entscheiden, welche Behandlungsform prognostisch die beste Aussicht auf Erfolg hat. Voraussetzung dafür ist, dass möglichst bereits vor der Behandlung bzw. zum Behandlungsbeginn indikationsrelevante Informationen z.B. zum Suchtverhalten, zur psychischen und somatischen Komorbidität, zu personenbezogenen und umweltbedingten Kontextfaktoren sowie zum Teilhabebedarf vorliegen.

- Zügige Zuständigkeitserklärung und nahtlose Gestaltung des gesamten Beratungs- und Behandlungsprozesses verbunden mit einer zielgerichteten gegenseitigen Information und Kooperation der jeweils beteiligten Akteure. Dies betrifft die jeweils zuständigen Leistungsträger (z.B. Kommunen, gesetzliche Krankenkassen, Rentenversicherung, Sozialhilfe, Jugendhilfe, Justizbehörden, Bundesagentur für Arbeit) und die Leistungserbringer (Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Sozialpsychiatrische Dienste, Einrichtungen der Suchthilfe, der Jugendhilfe, Jobcenter, Agenturen für Arbeit etc.).
- Nahtlosigkeit der Leistungserbringung durch Realisierung eines einrichtungs- und trägerübergreifenden und Schnittstellenmanagements und des systematischen Zusammenwirkens der beteiligten Leistungserbringer.
- Weiterentwicklung sektorenübergreifender Ansätze (z.B. ärztliche bzw. psychotherapeutische Weiterbehandlung nach der Entwöhnung, Verzahnung psychologischer und psychotherapeutischer Angebote sowie medizinischer Rehabilitationsleistungen mit beruflichen bzw. berufsintegrierenden Leistungen), die den jeweiligen Hilfebedarf der Betroffenen in den Mittelpunkt stellen. Hierzu ist es erforderlich, dass in den jeweiligen Sektoren entsprechende personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.
- Interdisziplinarität der Hilfen, d.h. Beratung, Behandlung und weiterführende Angebote müssen sich auf Basis der ICF mit den vielfältigen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren auseinandersetzen. Die komplexen Zusammenhänge erfordern eine interdisziplinäre Kooperation in deren Kontext medizinische, psychologische und psychotherapeutische, pädagogische, pflegerische aktivierende und körperbezogene wie auch sozial beratende und begleitende Hilfen angeboten werden.
- Qualitätssicherung der Angebote, hierzu gehört z.B., dass die jeweiligen Einrichtungen eine Basisdokumentation und Erhebungen zur Effektivität der Behandlung durchführen. Ergänzend dazu sind wissenschaftliche Studien im Sinne einer praxisnahen Versorgungsforschung erforderlich, um Erkenntnisse über den Stand des Suchthilfe- und Suchtbehandlungssystems sowie das Schnittstellenmanagement mit weiteren Sektoren des Versorgungssystems (z.B. Altenhilfe, Jugendhilfe, akutmedizinischer Bereich, Institutionen zur Arbeitsförderung) zu liefern. Auch sollten institutionsübergreifende Regelungen für die Zusammenarbeit mit Vor-, Mit- und Nachbehandlern Bestandteil des internen Qualitätsmanagements von Einrichtungen des Suchthilfe- und Suchtbehandlungssystems sowie

der angrenzenden Sektoren vorhanden sein.

- Identifikation von Subgruppen für Spontanremissionen als wünschenswertes Forschungsziel, da epidemiologische Daten zeigen, dass bei Alkoholabhängigen auch ohne Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen Spontanremissionen auftreten (Rumpf et al. 2000).
- Berücksichtigung altersspezifischer Effekte im gesamten Versorgungssystem, welche mit der zukünftigen quantitativen Zunahme des Behandlungsbedarfs von älteren Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung verbunden sind.

4.10 Literatur

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. text rev. Washington DC: Author; 2000.
2. Arolt V., Driesen, M. Alcoholism and psychiatric comorbidity in general hospital inpatients. *General Hospital Psychiatry*. 1996; 18: 271-277.
3. Bachmeier R, Bick S, Funke W, Garbe D, Herder F, Kersting S, Lange N, Medenwaldt J, Missel P, Schneider B, Seeliger C, Verstege R, Weissinger V. Teilband I: Basisdokumentation 2012 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit. In: Fachverband Sucht e.V., Hrsg. Basisdokumentation 2012 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung. Bonn; 2013; 6-26.
4. Borgetto B. Wirkungen gemeinschaftlicher Selbsthilfe bei Suchterkrankungen. *Sucht-Magazin*. 2013; 4: 20–24.
5. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Frankfurt; 2006.
6. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung zur Anforderung an die Durchführung von Leistung gem. §§ 12 Abs. Punkt 1-3, § 13 Abs. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX. Frankfurt; 2013.
7. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). ICF-Praxisleitfaden 2, Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt; 2008.
8. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer; 2013.
9. Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Deutsche Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2012. Reihe Statistik der deutschen gesetzlichen Ren-

- tenversicherung, Band 194. Berlin; 2013a.
10. Deutsche Rentenversicherung, Hrsg. Vereinbarungen im Suchtbereich. 2. Auflage. Berlin; 2013b.
 11. Deutsches Institut für Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. Internationale statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). Köln; 2014. Internet: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>.
 12. Drogen- und Suchtrat. Empfehlungen zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen (07.12.2011). SuchtAktuell. 2012;19: 90-92.
 13. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal. 1976; 1: 1058–1061.
 14. Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer Ch, John U . Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hrsg. Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich: Pabst; 2012; 38-63.
 15. Gomes de Matos E, Kraus L, Pabst A, Piontek D. Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. Sucht. 2013; 59(6): 355-366.
 16. Grobe TG, Heller G, Szecsenyi J. BARMER GEK Arztreport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 24. Siegburg: Asgard; 2014.
 17. Jacobi F, Wittchen H-U, Höltling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychological Medicine. 2004; 34: 1–15.
 18. John U, Hanke M. Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. In: Alcohol and Alcoholism 2002, 37:581-585.
 19. John U, Hapke U, Rumpf HJ, Hill A, Dilling H. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos; 1996.
 20. Kraus L, Piontek D, Pabst A, Gomes de Matos E. Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. Sucht, 59(6), 2013:309-320.
 21. Längle G. Die Rolle der Psychiatrie in der Suchtkrankenversorgung. In: Janssen U, Blum K, Hrsg. DKI-Barometer Psychiatrie 2011/2012. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft; 2012; 117-124.
 22. Mann K, Löber S, Croissant B, Kiefer F. Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Ein Manual zur Pharmako- und Psychotherapie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2006.
 23. National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of Residential Rehabilitation for Drug and Alcohol Misusers. London: National Treatment Agency; 2006.

24. NICE. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2011.
25. Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*. 2013; 59(6): 321–331.
26. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.
27. Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, Bischof G, John U. Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*. 2000; 46: 9-17.
28. Rumpf H-J, Weyerer S. Suchterkrankungen im Alter. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hrsg. Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht: Neuland; 2006. S. 189-199.
29. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009; 373(9662): 492–501.
30. Statistisches Bundesamt, Hrsg. Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2012. Wiesbaden; 2013b.
31. Statistisches Bundesamt, Hrsg. Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) 2012/2013. Wiesbaden; 2014b.
32. Statistisches Bundesamt, Hrsg. Verkehrsunfälle. Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2012. Wiesbaden; 2013a.
33. Statistisches Bundesamt. 14551 Tote durch Alkoholkonsum - fast viermal so viele wie durch Verkehrsunfälle. Aktuelle Mitteilung im Internet, Stand 10.07.2014: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Aktuell_zdw.html); 2014a.
34. Statistisches Bundesamt. Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Online-Datenbank, Berichtsjahr 2012. Internet: www.gbe-bund.de.
35. Wienberg G. Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg G, Hrsg. Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1992; 12-60.
36. World Health Organization (WHO). International classification of functioning, disability and health (ICF). Genf: WHO; 2001. (Deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: Dimdi; 2005).

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

AWMF-Register Nr. 076-001

Sonderkapitel


(Stand: 28.01.2015)

1. **Korrespondenz mit Fachgesellschaften,
Berufsverbänden und Vertretern von Patienten und
Angehörigen**
2. **Korrespondenz mit der Deutschen Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)**

1. Korrespondenz mit Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Vertretern von Patienten und Angehörigen

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit | Postfach 32 21 20 | D-68072 Mannheim

An die
Präsidenten und Vorstände
der an der Erstellung von S3 Leitlinien
beteiligten
Gesellschaften, Verbände und
Organisationen



**Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit**
Landesstiftung
des öffentlichen Rechts

Prof. Dr. med. Karl Mann

**Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Medizinische Fakultät Mannheim
Universität Heidelberg**

J5 • D-68159 Mannheim

Telefon: 0621 / 1703 - 3543
Telefax: 0621 / 1703 - 3505
e-mail: karl.mann@zi-mannheim.de

Homepage: www.zi-mannheim.de

31.07.2014 KM / iw

Verabschiedung der S3-Leitlinien zu Alkohol- und Tabakbedingten Störungen durch Ihre Fachgesellschaft/Ihren Verband/Ihre Organisation

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie mit der e-mail vom 17.7.2014 angekündigt schicken wir Ihnen hiermit die fertig konsentierten Leitlinien zur Beratung und Abstimmung in Ihrer Fachgesellschaft. Von den beiden als Hauptherausgeber fungierenden Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) waren die Unterzeichnenden Anfang 2010 mit der Koordination dieser Leitlinien beauftragt worden. Insgesamt wurden mehr als 60 Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen zur Mitarbeit eingeladen. Mehr als 50 Organisationen entsandten „Mandatsträger“ um an der Erarbeitung der Leitlinien und ihrer Konsentierung aktiv teilzunehmen. Ihre Fachgesellschaft/Verband/Organisation gehörte hierzu, wofür wir uns sehr herzlich auch an dieser Stelle bedanken möchten.

Insgesamt fanden sieben Konsensuskonferenzen statt in denen sämtliche klinischen Fragestellungen erarbeitet, die Quelleitlinien gesichtet und die entsprechenden Empfehlungen formuliert, diskutiert und schließlich verabschiedet wurden. Das alles geschah unter der Aufsicht der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) vertreten durch Frau Prof. Dr. I. Kopp von der Universität Marburg. Sie moderierte alle Konferenzen, achtete auf die strikte Einhaltung des sehr ausgefeilten AWMF-Regelwerks zur Erstellung von S3-Leitlinien und überprüfte die jährlich jeweils aktualisierten Mitteilungen zu möglichen Interessenskonflikten der verschiedenen Mitglieder der Arbeitsgruppen und Mandatsträger der Fachgesellschaften und Organisationen.

Wir legen Ihnen das Ergebnis dieser sehr aufwendigen und umfangreichen Arbeit nunmehr vor und bitten Sie um Prüfung und Zustimmung zu den Leitlinien. Natürlich können Sie die Leitlinien auch global ablehnen. Weiterhin können Sie zu einzelnen Empfehlungen Sondervoten abgeben. Im Sinne einer zügigen Publikation der Resultate unserer Arbeit bitten wir Sie sehr herzlich, den Prüfungs- und Bewertungsprozess innerhalb von sechs Wochen vorzunehmen. D. h. wir erwarten Ihre Stellungnahme **zum 15. September 2014** zurück. Zeitgleich mit dieser Aufforderung an die Vorstände der Fachgesellschaften und Verbände erhalten auch Ihre Mandatsträger die jetzt einheitlich editierte Fassung der Leitlinien nochmals zur Kenntnis. Der beigefügten Aufstellung mögen Sie die Vertreter Ihrer Fachgesellschaft bzw. Organisation entnehmen, so dass Sie entsprechende Rücksprachen vornehmen können.

Die Publikation der Leitlinien ist für Oktober/November 2014 vorgesehen, wobei wir dem üblichen von der AWMF vorgeschlagenen Prozedere folgen werden. D. h. es wird eine umfassende Publikation jeweils der S3-Leitlinie zu Alkoholbedingten Störungen und zu der S3-Leitlinie für Tabakbezogene Störungen in Buchform geben. Zugleich werden die Leitlinien mit allen zugehörigen Materialien wie z. B. Evidenztabelle etc. bei der AWMF in das Leitlinienregister online gestellt. Weiterhin ist eine Kurzpublikation der Hauptergebnisse in Buchform geplant. Darüber hinaus werden alle Einzelkapitel von den jeweiligen Arbeitsgruppen in Fachzeitschriften separat publiziert. Schließlich ist noch eine Kurzversion der gesamten Leitlinien in englischer Sprache vorgesehen. Vor dem Hintergrund dieses ambitionierten Programms der Leitlinien bitten wir um die Einhaltung des genannten Termins vom **15. September 2014**.

Im Methodenreport finden Sie auch eine Zusammenstellung über die finanziellen Beiträge der einzelnen Fachgesellschaften und Verbände. Wir möchten uns an dieser Stelle für die z. Tl. sehr substantiellen Spenden bedanken! Andererseits möchten wir darauf hinweisen, dass insbesondere von unseren jeweiligen Abteilungen in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen und dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim ganz erhebliche Beiträge geleistet wurden. Dennoch gibt es weiterhin eine Deckungslücke im Umfang von über 30.000,- €. Wir wären Ihnen also außerordentlich dankbar, wenn Sie Ihren bereits geleisteten Beitrag nochmals erhöhen könnten. Diese Bitte richtet sich natürlich ganz besonders an diejenigen Fachgesellschaften und Organisationen, die sich bisher noch nicht an der Finanzierung dieses sehr aufwendigen S3-Leitlinienprozesses beteiligt haben. Daher an dieser Stelle die Bitte um weitere Unterstützung und die Bankverbindung:

Bank: Sparkasse Rhein Neckar Nord
 Bankleitzahl: 670 505 05
 Kontonummer: 301 500 15
 IBAN DE 33670505050030150015
 SWIFT MANSDE66
Bezug: PSP-Element D.SO.0013 Prof. Mann S3-LL

Abschließend bleibt uns nur, Ihnen und den von Ihnen entsandten Mandatsträgern nochmals für die insgesamt außerordentlich fruchtbare und ertragreiche Zusammenarbeit zu danken.

Mit freundlichem Gruß,



Prof. Dr. med. Karl Mann
 Koordinator der S3-LL Alkohol



Prof. Dr. med. Anil Batra
 Koordinator der S3-LL Tabak



Berlin, 15.09.2014

Bewertung des Entwurfs für eine S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ durch die Bundesärztekammer

Dem vorliegenden Leitlinienentwurf wird seitens der Bundesärztekammer zugestimmt.

Von: Martina Kettner **Im Auftrag von** CME

Gesendet: Montag, 15. September 2014 14:33

An: Mann, Karl; Weber, Ingrid

Cc: Wilfried Kunstmann; Christoph von Ascheraden, sekretariat@akdae.de

Betreff: Verabschiedung der S3-Leitlinien zur Alkohol- und Tabakbedingten Störungen: Stellungnahme der Bundesärztekammer

Sehr geehrter Herr Professor Mann,
sehr geehrte Frau Weber,

die Bundesärztekammer bedankt sich für die Möglichkeit, zu den S3-Leitlinien zu Alkohol- und Tabakbedingten Störungen Stellung zu nehmen. Beigefügt dürfen wir Ihnen die Stellungnahme der Bundesärztekammer übersenden.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i.A.

Martina Kettner

Sekretärin

Dezernat 1

Fortbildung, Prävention und Bevölkerungsmedizin

Bundesärztekammer Herbert-Lewin-

Platz 1

10623 Berlin

cme@baek.de

<http://www.bundesaerztekammer.de>

Hinweis:

Ähnliche Schreiben liegen von weiteren 44 Fachgesellschaften und Mandatsträger vor, die keine Anmerkungen oder Änderungswünsche hatten.

<p>An die Bundesärztekammer Frau M. Kettner Sekretariat Dezernat 1 Herbert-Lewin-Platz 1</p> <p>10623 Berlin</p>	<p>Prof. Dr. med. Karl Mann</p> <p>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Medizinische Fakultät Mannheim Universität Heidelberg</p> <p>J5 • D-68159 Mannheim</p> <p>Telefon: 0621 / 1703 - 3543 Telefax: 0621 / 1703 - 3505 e-mail: karl.mann@zi-mannheim.de</p> <p>Homepage: www.zi-mannheim.de</p>
<p>Mannheim, den 14.10.2015 KM / iw</p>	
<p>S3-Leitlinien Alkohol und Tabak: Ihre Stellungnahme</p>	
<p>Sehr geehrter Damen und Herren,</p>	
<p>für Ihre Kommentierung vom 15.9.2014 und die darin enthaltenen wertvollen fachlichen Anmerkungen zur den beiden S3-Leitlinien „Alkohol“ und „Tabak“ möchte ich mich ausdrücklich bedanken. Als wissenschaftlicher Leiter habe ich Ihre Anmerkungen Frau Prof. Dr. Kopp (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften), Herrn Prof. Dr. Batra (Wissenschaftlicher Leiter der Tabak-Leitlinie) und den Methodikern Frau Dr. Hoch und Herrn Dr. Petersen vorgelegt. Diese wurden am 18.9.2014 in einer gemeinsamen Telefonkonferenz besprochen. Die Stellungnahme der Koordinationsgruppe füge ich Ihnen in der Anlage bei.</p>	
<p>Ich möchte mich an dieser Stelle nochmals ausdrücklich für die hervorragende Zusammenarbeit bedanken!</p>	
<p>Mit freundlichem Gruß,</p>	
<p>Prof. Dr. med. Karl Mann Wissenschaftliche Gesamtleitung</p>	

Hinweis: Mit gleichem Wortlaut wurden alle inhaltlichen Hinweise seitens der Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen beantwortet. Auf den Abdruck der einzelnen Briefe wird hier größtenteils verzichtet.

Von: Geschäftsstelle DGKJP [mailto:geschaeftsstelle@dgkjp.de]

Gesendet: Dienstag, 2. September 2014 08:54

Betreff: AW: Verabschiedung der S3-Leitlinien zu Alkohol- und Tabakbedingten Störungen/Leit/zur Info

Sehr geehrte Frau Weber,

herzlichen Dank für die Übermittlung der Unterlagen zu den S3 Leitlinien Alkohol und Tabak.

Die DGKJP freut sich, dass die Leitlinien nunmehr zur Prüfung und Bewertung in die Vorstände weitergeleitet worden sind.

Ich kann Ihnen heute mitteilen, dass der Vorstand der DGKJP lediglich folgende Änderungsvorschläge zur Leitlinie Alkohol hat:

•Die Empfehlung zum zurückhaltenden und gut kontrollierten Umgang mit der Medikation von ADHS ist prinzipiell richtig, hier sollte ergänzt werden: „sie gehört in die Hand eines erfahrenen Kinder und Jugendpsychiaters“ (vgl. S. 227 oben).

Die nur im Text befindliche Empfehlung, andere Komorbiditäten medikamentös zu behandeln, sollte in die Empfehlung (KKP) aufgenommen werden (vgl. S. 238).

•Niederhofer und Staffen (vgl. u.a. S. 237) sollte man zu Acamprosat wohl eher nicht zitieren, sollte es sich um die 2012 zurückgezogene Studie handeln, dürfte auch der Beginn 2003 fragwürdig gewesen sein (siehe retraction note im Eur J Adolesc Psychiat. 21:713, 2012).

• Missverständlich ist der Satz auf Seite 238 2. Absatz am Ende zum off-label-Gebrauch. Er sollte korrigiert werden in: „Sofern atypische Neuroleptika auch bei anderen (nicht psychotischen) Störungsbildern eingesetzt werden...“.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Katharina Wiebels

Geschäftsstelle

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie (VR 27791 B Amtsgericht Berlin)

Reinhardtstraße 27B

10117 Berlin

Von: bkjpp Geschäftsstelle [mailto:mail@bkjpp.de]

Gesendet: Montag, 15. September 2014 17:32

Sehr geehrter Herr Professor Batra,
sehr geehrter Herr Professor Mann,

wir schließen uns seitens des bkjpp der Bitte der BAG KJPP an, folgende Änderungen der Leitlinie zu berücksichtigen:

Die Empfehlung zum zurückhaltenden und gut kontrollierten Umgang mit der Medikation von ADHS ist prinzipiell richtig, hier sollte ergänzt werden „sie gehört in die Hand eines erfahrenen Kinder und Jugendpsychiaters“.

Die nur im Text befindliche Empfehlung, andere Komorbiditäten medikamentös zu behandeln, sollte in die Empfehlung (KKP) aufgenommen werden.

Niederhofer und Staffen (S. 238) sollte man zu Acamprosat wohl eher nicht zitieren, sollte es sich um die 2012 zurückgezogene Studie handeln, dürfte auch der Beginn 2003 fragwürdig gewesen sein (siehe retraction note im Eur J Adolesc Psychiat. 21:713, 2012).

Missverständlich ist der Satz auf Seite 240 zum off-label-Gebrauch. Er sollte korrigiert werden in: „Sofern atypische Neuroleptika auch bei anderen (nicht psychotischen) Störungsbildern eingesetzt werden...“.

Ansonsten danken wir für die geleistete Arbeit und stimmen zu.

Mit besten Grüßen
M. Herberhold

Dr. Maik Herberhold
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Vorsitzender des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.
(bkjpp)

Geschäftsstelle:
Rhabanusstraße 3
55118 Mainz

Von: Spitzcok von Brisinski, Ingo

Gesendet: Mittwoch, 10. September 2014 14:26

An: Weber, Ingrid

Betreff: AW: Verabschiedung der S3-Leitlinien zu Alkohol- und Tabakbedingten Störungen

Sehr geehrte Frau Weber,
die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG) stimmt der Leitlinie zu und bedankt sich sehr für die hervorragende Arbeit.

Folgende Änderungsvorschläge haben wir noch:

Die Empfehlung zum zurückhaltenden und gut kontrollierten Umgang mit der Medikation von ADHS ist prinzipiell richtig, hier sollte ergänzt werden „sie gehört in die Hand eines erfahrenen Kinder und Jugendpsychiaters“.

Die nur im Text befindliche Empfehlung, andere Komorbiditäten medikamentös zu behandeln, sollte in die Empfehlung (KKP) aufgenommen werden.

Niederhofer und Staffen (S. 238) sollte man zu Acamprosat wohl eher nicht zitieren, sollte es sich um die 2012 zurückgezogene Studie handeln, dürfte auch der Beginn 2003 fragwürdig gewesen sein (siehe retraction note im Eur J Adolesc Psychiat. 21:713, 2012).

Missverständlich ist der Satz auf Seite 240 zum off-label-Gebrauch. Er sollte korrigiert werden in: „Sofern atypische Neuroleptika auch bei anderen (nicht psychotischen) Störungsbildern eingesetzt werden...“.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski

Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG)

Vorstandsmitglied des Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Chefarzt, Fachbereichsarzt

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

LVR-Klinik Viersen

Johannisstr. 70, 41749 Viersen

Herrn
Prof. Dr. Spitzcok von Brisinski LVR-Kliniken
Viersen
Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Horionstr. 14

41749 Viersen

Prof. Dr. med. Karl Mann

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Medizinische Fakultät Mannheim
Universität Heidelberg

J5 • D-68159 Mannheim

Telefon: 0621 / 1703 - 3543
Telefax: 0621 / 1703 - 3505
e-mail: karl.mann@zi-mannheim.de

Homepage: www.zi-mannheim.de

Mannheim, den 14.10.2014 KM / iw

S3-Leitlinien Alkohol und Tabak: Ihre Stellungnahme

Sehr geehrter Prof. Dr. Spitzcok von Brisinski,

für Ihre Kommentierung vom 10.9.2014 und die darin enthaltenen wertvollen fachlichen Anmerkungen zur den beiden S3-Leitlinien „Alkohol“ und „Tabak“ möchte ich mich ausdrücklich bedanken. Als wissenschaftlicher Leiter habe ich Ihre Anmerkungen Frau Prof. Dr. Kopp (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften), Herrn Prof. Dr. Batra (Wissenschaftlicher Leiter der Tabak-Leitlinie) und den Methodikern Frau Dr. Hoch und Herrn Dr. Petersen vorgelegt. Diese wurden am 18.9.2014 in einer gemeinsamen Telefonkonferenz besprochen. Die Stellungnahme der Koordinationsgruppe füge ich Ihnen in der Anlage bei.

Ich möchte mich an dieser Stelle nochmals ausdrücklich für die hervorragende Zusammenarbeit bedanken!

Mit freundlichem Gruß,

Prof. Dr. Karl Mann
Wissenschaftliche Gesamtleitung

Anlage**Stellungnahme der Leitlinien-Koordinatoren zur Kommentierung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)**

1. Empfehlung zur Verordnung der Medikation für ADHS

Antwort der Koordinatoren: Die Leitlinien-Autoren haben auf Anraten der AWMF keinerlei Empfehlungen zur Versorgungskoordination gemacht. Die Leitlinie möchte nicht in bestehende Versorgungsbestimmungen eingreifen.

2. Die Studie von Niederhofer und Staffen (S. 238) zu Acamprosat solle nicht zitiert werden, falls es sich um die 2012 zurückgezogene Studie handelt (siehe retraction note im Eur J Adolesc Psychiat. 21:713, 2012).

Antwort der Koordinatoren: Es wurde in der Leitlinie keine Empfehlung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Acamprosat gegeben. Wir bedanken uns aber für die Anmerkung zur Literatur und werden die Quellen und den entsprechenden Text in der Leitlinie streichen.

3. Die nur im Text befindliche Empfehlung, andere Komorbiditäten medikamentös zu behandeln, sollte in die Empfehlung (KKP) aufgenommen werden.

Antwort der Koordinatoren: Wegen mangelnder Evidenzgrundlage wurde von der Leitliniengruppe an dieser Stelle keine Schlüsselempfehlung formuliert.

4. Anmerkung zum off-label-Gebrauch (Seite 240). Er sollte korrigiert werden in: „Sofern atypische Neuroleptika auch bei anderen (nicht psychotischen) Störungsbildern eingesetzt werden...“.

Antwort der Koordinatoren: Wir sehen hier keinen inhaltlichen Unterschied zum bisherigen Text.

DEUTSCHER VERBAND DER
ERGOTHERAPEUTEN E.V.



DVE – Postfach 2208 – D-76303 Karlsbad

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin
Frau Ingrid Weber
Postfach 12 21 20

68072 Mannheim

per E-Mail an: ingrid.weber@zi-mannheim.de

Claudia Meiling
Referat
Standards und Qualität

Tel.: + 49 – 72 48 – 91 81 – 0
Fax: + 49 – 72 48 – 91 81 – 71
E-Mail: ebp@dve.info

15.09.2014

S3-Leitlinien Alkohol und Tabak - Ihr Schreiben vom 03.09.2014

Sehr geehrter Herr Professor Mann, sehr geehrter Herr Professor Batra,

wir gratulieren zur Fertigstellung dieser beiden umfassenden Leitlinien und bedanken uns für die Zusendung zur Konsentierung durch die Vorstände.

Der Vorstand des DVE findet die Leitlinien insgesamt sehr gelungen und stimmt ihnen deshalb im Großen und Ganzen zu.

Abschließend bitten wir Sie um die Berücksichtigung unserer Anmerkungen in der Anlage zu diesem Schreiben. Dort haben wir einige Stellen der jeweiligen Leitlinie benannt, die vor der Publikation der Dokumente bitte noch anders formuliert werden sollten.

Herzlichen Dank – auch im Namen unserer Mandatsträgerin Marina Knuth – für die angenehme und konstruktive Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen – auch vom DVE-Vorstand

i. A. Claudia Meiling
Referat Standards und Qualität
(per E-Mail)

**Anlage: Kommentare und Änderungsvorschläge des DVE
 Liste der Fachgesellschaften**

Anlage**Kommentare und Änderungsvorschläge des DVE zur S3-Leitlinie Alkohol (Fassung vom 01.08.2014)****1. Leitlinienreport****S. 2, Zielorientierung der Leitlinie**

Ergänzung: „Das Ziel dieser S3-Leitlinie ist es, die Versorgung von Menschen mit schädlichem, riskantem und abhängigen Alkoholgebrauch auszuweiten, die Lebensqualität und Teilhabe aller Beteiligten zu verbessern und letztlich Leben zu retten (Hoch, Batra & Mann, 2012).“

Begründung: Bedeutung der Teilhabe nach der ICF und dem SGB IX als patientenrelevantes Outcome

S. 41, 6.4. Messgrößen für das Monitoring, Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Ergänzung: „Diese Empfehlungen sollen die Behandlungszufriedenheit dieser Personen und vor allem die Lebensqualität und Teilhabe der Betroffenen verbessern.“

Begründung: s. o.

2. Leitlinie**S. 40 und 41 (pdf), Empfehlung 3.1.3.9 Arbeitsplatz sowie 3.1.3.11 Unerwünschte Wirkung**

Ergänzung: „Eine Kurzintervention ist wahrscheinlich wirksam, aber nicht schlüssig und sicher durch die Literatur belegt. Sie kann empfohlen werden.“

Begründung: redaktionell

S. 188, 189 (pdf), Empfehlung 3.6.6.3.1 sowie 3.6.6.3.4

Änderung: von „KPP“ in „KKP“, jeweils in beiden Spalten

Begründung: redaktionell

S. 211 (pdf), vorletzter Satz

Änderung: „Besonders *weiße Patienten* zeigten ein signifikant erhöhtes Rückfallrisiko für Alkohol bei gleichzeitiger Raucherentwöhnungsbehandlung ($p = 0.003$), während dies bei *Afroamerikanern* nicht der Fall war (Fu et al. 2008).“

Begründung: Hier sollte eine Anpassung der Bezeichnungen vorgenommen werden, entweder in Anlehnung an den Originaltext der Studie (Caucasian (n=381) and African American (n=78) – Kaukasier und Afroamerikaner) oder aber in Anlehnung an die Hautfarben, deren Benennung in diesem Kontext relevant und damit erlaubt ist. (vgl. http://www.abc-poessneck.de/infos/downloads/info_journal_rstraf.pdf, S. 4 unter „Schwarz[er]“)

S. 231 (pdf), 2. Zeile von oben

Änderung: „der klinischen Praxis häufig vorzufindende ~~psychiatrischen~~ psychischen Komorbidität bei Kindern und [...]“

Begründung: Terminologie

S. 241 (pdf), 3.7.2.4.4 Differenzielle Indikation, Frage 4

Änderung: „4.) Gibt es zusätzliche medizinische ~~oder psychiatrische~~ Symptome und entsprechende Risiken?“

Begründung: redaktionell, da die Psychiatrie ein Bereich der Medizin ist; andernfalls sollte es „physische und psychische“ heißen

S. 241 (pdf), 3.7.2.4.4 Differenzielle Indikation, vorletzte Zeile

Änderung: „weitere medizinische ~~und/oder psychiatrische~~ Symptome, Art und Ausprägung psychischer“

Begründung: s. o.

S. 275 (pdf), 3.7.4.3 Hintergrund der Evidenz, 4. Zeile

Streichung: „schweren somatischen und psychischen ~~gesundheitlichen~~ Störungen assoziiert sein. Sie“

Begründung: redaktionell, Dopplung des Sinns

S. 280 (pdf), 3.7.4.4.2 Psychosoziale Therapie. Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens:

Änderung: „Ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen sind in einem erhöhten Maß vulnerabel für die Entwicklung von Hirnleistungsstörungen und sozialen Einschränkungen der sozialen Teilhabe (NICE 2011).“

Begründung: Anpassung der ursprünglichen Bezeichnung „social networks“ aus NICE (2011) an den deutschen Kontext

S. 308 (pdf), 2. Zeile

Änderung: „Gesundheitsproblem vielfältige Auswirkungen hat, welche die persönlichen Funktionsfähigkeit, die“

Begründung: Anpassung an die Terminologie der ICF

S. 315 (pdf), Multiprofessionelles Team, unten

Ergänzung: „In der NICE-Leitlinie CG115 (2011) finden sich auch Hinweise auf die unterschiedlichen behandelnden Berufsgruppen wie z. B. Ärzte, Pflegepersonal, Psychotherapeuten und Sozialtherapeuten sowie Ausführungen zur erforderlichen“

Begründung: Verdeutlichung der beispielhaften Darstellung

S. 346 (pdf) Abbildung 2 (a-c): Versorgungsstrukturen

Änderung: Bezeichnung „Medizinische Assistenzberufe“ (linke Spalte) in „Gesundheitsfachberufe“

Begründung: Anpassung an die übliche professionsübergreifende Bezeichnung „Gesundheitsfachberufe“ für Pflege, Physio-, Ergotherapeuten etc.

ebd.

Streichung: 1. Krankengymnasten, 2. Arbeitstherapeuten (mittlere Spalte)

Begründung:

1. veraltete Bezeichnung von Physiotherapeuten, Unterteilung ist hinfällig
2. Die frühere Bezeichnung der Ergotherapeuten war „Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten“. Seit 1.1.1999 gibt es diese geschützte Bezeichnung nicht mehr, sondern übergreifend die Bezeichnung „Ergotherapeut“ für diese beiden Ausrichtungen. (<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bearbthq/gesamt.pdf>)

S. 347 (pdf) tabellarische Abbildung, unter „Sonstige Hilfssysteme“

Änderung: „WfB“ in „WfbM“

Begründung: Die Abkürzung WfbM ist seit 1.7.2001 durch das SGB IX gesetzlich verbindlich.

S. 361 (pdf), 4. Aufzählungspunkt

Änderung: „Stärkung der frühzeitigen Inanspruchnahme bedarfsgerechter Leistungen durch Informations- und Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Auslage von Materialien in Arztärztlichen und therapeutischen Praxen, Krankenhäusern, Informationen im Internet).“

Begründung: breitere Streuung der Informationen entsprechend der LL-Intension

S. 362 (pdf), 2. Zeile

Änderung: „personenbezogenen und umweltbedingten Kontextfaktoren sowie zum Teilhabebedarf“

Begründung: Anpassung an die Bezeichnung der ICF (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>)

S. 362 (pdf), 3. Aufzählungspunkt

Änderung: „Weiterentwicklung sektorenübergreifender Ansätze (z.B. ärztliche bzw. psychotherapeutische Weiterbehandlung nach der Entwöhnung, Verzahnung ~~psychisch~~ psychischer und psychosozialer Angebote [...]“

Begründung: redaktionell, Anpassung an die Inhalte der Leitlinienempfehlungen

S. 362 (pdf), 4. Aufzählungspunkt

Ergänzung: „Die komplexen Zusammenhänge erfordern eine interdisziplinäre Kooperation in deren Kontext medizinische, psychologisch-psychotherapeutische, psychosoziale, pädagogische, pflegerische aktivierende und körperbezogene wie auch sozial beratende und begleitende Hilfen angeboten werden.“

Begründung: Vervollständigung der Aufzählung im Sinne der LL-Empfehlungen

An den
Deutschen Verband der Ergotherapeuten
e. V. (DVT)
Frau C. Meiling
Referat Standards & Qualität
Postfach 22 08
76303 Karlsbad

Prof. Dr. med. Karl Mann

**Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Medizinische Fakultät Mannheim
Universität Heidelberg**

J5 • D-68159 Mannheim

Telefon: 0621 / 1703 - 3543
Telefax: 0621 / 1703 - 3505
e-mail: karl.mann@zi-mannheim.de

Homepage: www.zi-mannheim.de

Mannheim, den 14.10.2014 KM / iw

S3-Leitlinien Alkohol und Tabak: Ihre Stellungnahme

Sehr geehrte Frau Meiling,

für Ihre Kommentierung vom 15.9.2014 und die darin enthaltenen Anmerkungen zur den beiden S3-Leitlinien „Alkohol“ und „Tabak“ möchte ich mich ausdrücklich bedanken. Als wissenschaftlicher Leiter habe ich Ihre Anmerkungen Frau Prof. Dr. Kopp (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften), Herrn Prof. Dr. Batra (Wissenschaftlicher Leiter der Tabak-Leitlinie) und den Methodikern Frau Dr. Hoch und Herrn Dr. Petersen vorgelegt. Diese wurden am 18.9.2014 in einer gemeinsamen Telefonkonferenz besprochen. Ihre Anmerkungen werden als redaktionelle Änderungen in die endgültige Version der Leitlinien aufgenommen.

Ich möchte mich an dieser Stelle nochmals ausdrücklich für die hervorragende Zusammenarbeit bedanken!

Mit freundlichem Gruß,

Prof. Dr. med. Karl Mann
Wissenschaftliche Gesamtleitung

Zustimmung der Bundespsychotherapeutenkammer:

Von: Tina Wessels

Gesendet: Donnerstag, 25. September 2014 15:05

An: Weber, Ingrid

Betreff: AW: Verabschiedung der S3-Leitlinien zu Alkohol- und Tabakbedingten Störungen, Rückmeldungen

Liebe Frau Weber,

die BPTK stimmt der „S3-LL Alkoholbezogene Störungen“ und der „S3-LL-Tabakabhängigkeit“ unter Berücksichtigung der eingefügten Kommentare (in erster Linie redaktionelle Kommentare) zu.

Viele Grüße
Tina Wessels


2. Korrespondenz mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Erste Stellungnahme der DEGAM vom 14. August 2014 (Prof. Dr. M. Scherer):

Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM – Vizepräsident, Martini-Str. 52, 20246 Hamburg

An das
Zentralinstitut für seelische Gesundheit
Herrn Prof. Dr. Mann
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Postfach 122120
68072 Mannheim



Prof. Dr. med. Martin Scherer
Vizepräsident und Sprecher der Städtiger
Leitlinienkommissionen
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 63
D-20246 Hamburg
Tel: +49 40 74 10 0249
Fax: +49 40 74 10 0211
E-Mail: m.scherer@uke.uni-hamburg.de
Internet: www.degam.de

Hamburg, den 14. August 2014

Sehr geehrter Herr Professor Mann,

die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat die S3-Leitlinien zu alkohol- und tabakbedingten Störungen ausführlich diskutiert. Die DEGAM begrüßt das Erscheinen dieser beiden Leitlinien zu substanzbedingten Störungen und beglückwünscht die Autoren zu diesem äußerst umfangreichen, auf dem Boden überaus gründlicher Evidenz -Recherche erstellten Werk.

Wir möchten Sie um Verständnis bitten, dass die Ständige Leitlinienkommission und das Präsidium der DEGAM im Hinblick auf das Tätigkeitsfeld der 55.000 Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland einige Einschränkungen bzw. Ergänzungen anbringen muss. So formuliert die DEGAM zu einigen Einzelpunkten spezifische Sondervoten für den hausärztlichen Versorgungsbereich.

Prof. Dr. Gerlach, MPH, Präsident
Prof. Dr. Baum, Vizepräsidentin
Prof. Dr. Scherer, Vizepräsident
Prof. Dr. Dörner-Banzhoff, MPH, Schriftführer
Prof. Dr. Wilm, Schatzmeister
Prof. Dr. Niebling, Beisitzer
Dr. Simmenroth-Naysa, Beisitzerin
Dr. Dietrich (SGAM)

Prof. Dr. Bergmann (Studium und Hochschule)
Prof. Dr. Altner (Forschung)
Prof. Dr. Christl (Weiterbildung)
Dr. Egid (Fortbildung)
Dr. Schlemmer (Qualitätsförderung)
Dr. Engerer (Versorgungsaufgaben)

Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Frankfurt
Konto-Nr. 0 301 021 703
BLZ 500 506 07

Zur S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"

zu 3.4.3.9. "Antikonvulsiva sollten zur Verhinderung von Alkoholentzugskrampfanfällen eingesetzt werden"

- Spezifisches Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Versorgungsbereich: "Die DEGAM spricht sich gegen den generellen Einsatz von Antikonvulsiva im hausärztlichen Versorgungsbereich zur Verhinderung von Alkoholentzugs-Krämpfen aus. Die Evidenz zur prophylaktischen Medikation erscheint ungenügend. Eine Behandlung zur Verhinderung von Alkoholentzugs-Krampfanfällen kann im individuellen Fall erwogen werden"

3.8.3.21 Bedingungen: Interventionskomponenten

"Nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken soll bei alkoholbezogenen Störungen bei entsprechender Indikationsstellung im Einzelfall pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon zusätzlich zur psychosozialen Beratung angeboten werden."

Spezifisches Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Versorgungsbereich:

- "Nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken kann bei alkoholbezogenen Störungen bei entsprechender Indikationsstellung im Einzelfall eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon zusätzlich zur psychosozialen Beratung angeboten werden."

3.6.8.3.2

" Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und einem gleichzeitig bestehenden Tabakkonsum sollen zur Unterstützung des Rauchstopps die gleichen

therapeutischen Interventionen angeboten werden, wie Rauchern ohne alkoholbezogene Störungen."

- Spezifisches Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Versorgungsbereich: "Nach Einschätzung der DEGAM stellen gleichzeitige Interventionen gegen riskanten Alkoholkonsum und Rauchen häufig eine Überforderung der Patienten dar. Im Einzelfall können sie, die entsprechende Motivation der Patienten vorausgesetzt, synchron eingesetzt werden. "

4.8.1.1. Screening und Diagnostik

Screening und Diagnostik in der medizinischen Grundversorgung

Maßnahmen zur Früherkennung (Screening), insbesondere die Identifizierung von

Risikogruppen sollen in allen Einrichtungen der Primärversorgung, in denen Suchtkranke um Hilfen nachsuchen, mit geeigneten Instrumenten angeboten werden.

- Spezifisches Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Versorgungsbereich: "Die DEGAM empfiehlt im hausärztlichen Versorgungsbereich kein Screening auf schädlichen Alkoholgebrauch, sondern unter Beachtung der individuellen Situation der Patienten ein Case finding, d.h. die Identifikation von Personen mit besonderem Risiko. Die Evidenz für ein Screening ist aus Sicht der DEGAM unzureichend ."

Einsatz des Audit (4.8.1.1.2)

"Zum sensitiven Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit soll der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) eingesetzt werden".

- Spezifisches Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Versorgungsbereich: "Die DEGAM empfiehlt im hausärztlichen Versorgungsbereich kein generelles Screening auf

schädlichen Alkoholgebrauch, sondern unter Beachtung der individuellen Situation der Patienten ein Case finding (Identifikation von Personen mit besonderem Risiko). Die Evidenz für ein Screening aus Sicht der DEGAM unzureichend.

Nachweis eines chronischen Alkoholkonsums (4.8.1.1.4)

"Wenn chronischer Alkoholkonsum nachgewiesen werden soll, soll eine geeignete Kombination indirekter Zustandsmarker (z.B. GGT & MCV & CDT, Antilla Index, Alc Index) zur Erhöhung der Sensivität und Spezifität in verschiedenen Kontexten (Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden."

- Spezifisches Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Versorgungsbereich: "Die DEGAM empfiehlt die Kombination der genannten Zustandsmarker im hausärztlichen Bereich nicht regelhaft. Die Evidenz ist ungenügend, als dass aus der Detektion eines Alkoholproblems mit Hilfe dieser Parameter ein Nutzen für die Patienten erwächst. Allerdings können Sie Hausärztinnen und Hausärzten nach eigenem Ermessen als unterstützendes Instrumentarium zur Verfügung gestellt und dann jeweils nach eigenem Ermessen eingesetzt werden."

4.8.1.5.2 Psychische Störungen

Diagnostik bei Patienten mit psychischen Störungen

"Der AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) soll zum Screening bei Patienten mit psychischen Störungen eingesetzt werden."

- Spezifisches Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Versorgungsbereich: "Die DEGAM empfiehlt im hausärztlichen Versorgungsbereich kein generelles Screening auf schädlichen Alkoholgebrauch bei Patienten mit psychischen Störungen, sondern unter Beachtung der individuellen Situation der Patienten ein Case finding (Identifikation von Personen mit besonderem Risiko). Die Evidenz für ein Screening ist aus Sicht der DEGAM unzureichend."

An zwei Stellen der Leitlinie bittet die DEGAM um eine Korrektur der Terminologie:

Auf S. 340 heißt es "Entsprechende Aufgabenstellungen der Früherkennung und Frühintervention bestehen selbstverständlich auch für Fachärzte und Krankenhäuser...", auf S-346: "Diese kann z. B. durch Hausärzte, Fachärzte und ambulante Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen erfolgen...".

Die DEGAM weist darauf hin, dass auch Hausärzte Fachärzte sind. Ihre Kernkompetenzen bringen sie insbesondere bei unausgelesenen Patienten-Kollektiven und bei Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität ein. Ihr Setting ist das des sog. Niedrig-Prävalenz- und Niedrig-Risiko-Bereichs.

Die DEGAM erinnert daran, dass Leitlinien-Empfehlungen nie zu 100 Prozent zu den verschiedenen Settings (Klinik, ambulante Suchtberatung, Krebs-Nachsorge, psychiatrische Ambulanz - und eben Hausarztpraxis) passen können. Sie geht davon aus, dass sie als Fachgesellschaft für den Primärmedizinischen Bereich die für ihren Bereich passenden und zutreffenden Voten bestimmen kann.

Die DEGAM erklärt ihre Bereitschaft, zur Implementierung der wesentlichen Inhalte der beiden S3-Leitlinien in der Hausärzteschaft unter besonderer Berücksichtigung der o.a. für ihren Versorgungsbereich spezifischen Voten beizutragen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr



Prof. Dr. M. Scherer

Hinweis: Die Korrespondenz in diesem Kapitel wird teilweise verkürzt wiedergegeben.

E-Mail von Karl Mann vom 15. Oktober 2014, 14.20 Uhr

An: 'Günther Egidi'

Sehr geehrte Kollegen Egidi und Scherer, lieber Herr Lorenz,

beigefügt finden Sie unsere Kommentare zu Ihren fachlichen Stellungnahmen. Ein Teil der Diskrepanzen lässt sich hoffentlich auflösen, da es Missverständnisse in der Rezeption einiger Publikationen gab. Darauf haben wir nun explizit hingewiesen (zB Kurzintervention in Abhängigkeit vom Alter).

Zum Thema Screening und Kurzinterventionen schicke ich Ihnen den Entwurf unseres Vorwortes mit. Ihm können Sie die neuesten Zahlen zur Bedeutung der Alkohol- und Tabakprobleme entnehmen (20% des Risikos für Krankheiten). Sie erfordert u. E. eine umfassende Stärkung von Früherkennung und Frühintervention. Die Instrumente dazu sind vorhanden und geprüft. Eine reine Casefindingstrategie wird dem nicht gerecht, dazu hätte es auch nicht eines 4-jährigen Prozesses mit mehr als 400.000 € an Kosten bedurft. Allerdings müssen die Maßnahmen adäquat vergütet werden. Dabei finden Sie uns vollständig auf Ihrer Seite. Vielleicht lässt sich ein Kompromiss erzielen, indem wir im Hintergrundtext stärker auf Ihre Bedenken eingehen?!

....
....

Mit besten Grüßen
Ihr
Karl Mann

Prof. Karl Mann, MD
Central Institute of Mental Health
Medical Faculty Mannheim
University of Heidelberg
Immediate Past President, European Federation of Addiction Societies (EUFAS)

Email vom Herrn PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf, 15.10. 2014, 14.20 Uhr**Fachliche Stellungnahme zu
„Hausärztliches Kapitel zur S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung
alkoholbezogener Störungen“.**

PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf, Universität zu Lübeck

Die DEGAM weicht in ihrer Beurteilung der Evidenz hinsichtlich der Durchführung eines systematischen Screenings in Hausarztpraxen zur Identifizierung problematischen Alkoholkonsums von den Empfehlungen der S3-Leitlinie ab. Sie begründet die fehlende Evidenz systematischen Screenings mit der Empfehlung der Publikation der U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF; Moyer, 2013). In der Literaturangabe geben die Autoren des Kapitels auch das entsprechende Zitat an, auf welches sie sich bei ihrer Beurteilung beziehen: „The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening and behavioral counseling interventions in primary care settings to reduce alcohol misuse in adolescents. (I statement)“. Dieser Satz aus dem Abstract bezieht sich ausschließlich auf Jugendliche („in adolescents“). Im Satz davor lautet die Empfehlung folgendermaßen: „The USPSTF recommends that clinicians screen adults aged 18 years or older for alcohol misuse and provide persons engaged in risky or hazardous drinking with brief behavioral counseling interventions to reduce alcohol misuse (Grade B recommendation)“ (Moyer, 2013, S. 210).

Vermutlich haben sich die Autoren des Kapitels versehentlich auf die falsche Textstelle bezogen, die lediglich für Personen unter 18 Jahren bestimmt war, während im Gegensatz dazu bei Patienten ab 18 Jahren ein Screening empfohlen wird. Auf Basis einer nach Evidenz urteilenden Betrachtung lassen sich somit keine Gründe gegen ein systematisches Screening anführen. Hier besteht Übereinstimmung mit einer Reihe anderer Leitlinien, die ein systematisches Screening empfehlen (z.B. Haber, Lintzeris, Proude, & Lopatko, 2009; Jackson et al., 2010).

Das im Kapitel vorgeschlagene Vorgehen ohne systematisches Screening ein Case-Finding vorzunehmen erreicht nur einen Teil der Betroffenen, was in zahlreichen Studien belegt ist. Gründe dafür sind in der Fähigkeit der Ärzte die betroffenen Personen zu identifizieren bedingt (z.B. Berner et al., 2007; D'Amico, Paddock, Burnam, & Kung, 2005; Mitchell, Meader, Bird, & Rizzo, 2012; Paul et al., 2014; Vinson, Turner, Manning, & Galliber, 2013) sowie in der Bereitschaft dieses auch zu dokumentieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten (Berner et al., 2007; D'Amico et al., 2005; Rumpf, Bohlmann, Hill, Hapke, & John, 1998). Daten belegen auch, dass bestimmte Gruppen besonders schlecht von den Ärzten ohne systematisches Screening entdeckt werden, dazu gehören Frauen und Patienten mit weniger ausgeprägten Alkoholproblemen, was auch aus einer deutschen Studie hervorgeht (Berner et al., 2007).

Die Autoren sehen ein Screening als nicht praktikabel an, wobei Sensitivität und Spezifität vorhandener Fragebogenverfahren wie dem AUDIT oder den nur drei Items umfassenden AUDIT-C offenbar nicht in Frage gestellt werden, vielmehr aber die „Sinnhaftigkeit und Praktikabilität von generellem Screening außerhalb von Studienbedingungen“. Angesichts zahlreicher Studien, die ein systematisches Screening generell in Arztpraxen implementieren konnten, erscheint dies nicht evidenzbasiert (z.B. Kaner, Heather, McAvoy, Lock, & Gilvarry, 1999; Seppanen, Aalto, & Seppa, 2012). Ein systematisches Screening ist durchaus machbar, eine systematische Umsetzung hängt jedoch von vielen Aspekten ab. Hierzu gehören strukturelle Bedingungen wie Vergütung und Ausbildung in den entsprechenden Methoden sowie auch die Unterstützung solcher Ansätze durch Fachgesellschaften und andere maßgebliche Organe.

Literatur

- Berner, M. M., Harter, M., Kriston, L., Lohmann, M., Ruf, D., Lorenz, G., et al. (2007). Detection and management of alcohol use disorders in German primary care influenced by non-clinical factors. *Alcohol and Alcoholism*, 42(4), 308-316.
- D'Amico, E. J., Paddock, S. M., Burnam, A., & Kung, F. Y. (2005). Identification of and guidance for problem drinking by general medical providers - Results from a national survey. *Medical Care*, 43(3), 229-236.
- Haber, P., Lintzeris, N., Proude, E., & Lopatko, O. (2009). *Guidelines for the treatment of alcohol problems*. Sydney: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Jackson, R., Johnson, M., Campbell, F., Messina, J., Guillaume, L., Meier, P., et al. (2010). *Screening and brief interventions for prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people*. Scheffield: SchARR.
- Kaner, E. F., Heather, N., McAvoy, B. R., Lock, C. A., & Gilvarry, E. (1999). Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol*, 34(4), 559-566.
- Mitchell, A. J., Meader, N., Bird, V., & Rizzo, M. (2012). Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 93-100.
- Moyer, V. A. (2013). Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 159(3), 210-218.
- Paul, C., Yoong, S. L., Sanson-Fisher, R., Carey, M., Russell, G., & Makeham, M. (2014). Under the radar: a cross-sectional study of the challenge of identifying at-risk alcohol consumption in the general practice setting. *Bmc Family Practice*, 15, 7.
- Rumpf, H.-J., Bohlmann, J., Hill, A., Hapke, U., & John, U. (1998). *Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: A matter of methodological shortcomings? : Lübeck: Medizinische Universität. Document Number*
- Seppanen, K. K., Aalto, M., & Seppa, K. (2012). Institutionalization of Brief Alcohol Intervention in Primary Health Care-The Finnish Case. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 36(8), 1456-1461.
- Vinson, D. C., Turner, B. J., Manning, B. K., & Galliber, J. M. (2013). Clinician Suspicion of an Alcohol Problem: An Observational Study From the AAFP National Research Network. *Annals of Family Medicine*, 11(1), 53-59.

Von: Günther Egidi

Gesendet: Donnerstag, 23. Oktober 2014 08:04

An: Mann, Karl

Betreff: Re: AW: Hausärztliches Kapitel zur Leitlinie Alkohol und Tabak

Sehr geehrter Herr Professor Mann,
herzlichen Dank noch einmal für Ihre detaillierte Rückmeldung sowie die Ihrer Kollegen zu unserer Stellungnahme.
Wir haben sie intensiv in unserer DEGAM-Arbeitsgruppe diskutiert - und insbesondere die USPSTF-Empfehlung korrekt zitiert. Weiterhin sind wir auf die Literatur zum Alkohol-Screening explizit eingegangen.
Wir haben konkretisiert, in welchen Situationen (Erstgespräch, Gesundheitsuntersuchung nach §125 SGB V und ansonsten Anlass-bezogen) ein Case finding am ehesten angebracht sein kann.
Im Anhang finden Sie unsere beiden definitiven Hausarzt-Kapitel.
Jetzt möchte ich Sie freundlich darum bitten, dies als die Stellungnahme der hausärztlichen Fachgesellschaft zu respektieren.
Sie hatten ja mit Herrn Professor Scherer darüber gesprochen, dass es manchmal, wenn entweder das jeweilige Setting unterschiedliche Anforderungen stellt - oder wenn die verfügbare Evidenz zu unterschiedlichen Interpretationen führen kann - nicht anders geht, als zu gezielten Punkten einen Dissens zu formulieren.
In den Nationalen Versorgungsleitlinien Therapie des Typ-Diabetes und KHK werden Sie Entsprechendes finden.
Uns ist es bewusst, dass es Sie nach der vielen Zeit mit der Veröffentlichung der Leitlinie drängt - darum haben wir die letzten 8 Tage lang sehr aufs Tempo gedrückt.
Ich bleibe
mit freundlichen kollegialen Grüßen
für die DEGAM

Anlage zur E-mail von Günther Egidi vom 23. Oktober 2014:

Günther Egidi und Gernot Lorenz für die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin DEGAM
 Hausärztliches Kapitel zur S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen

Allgemeine Anmerkung

Die Hausarzt-Praxis ist für Diagnose und Behandlung der Alkoholabhängigkeit ein sehr wichtiger Ort. Die vorgeschlagene Vorgehensweise in der Leitlinie fordert aber in einigen Punkten zum Widerspruch heraus: Es existiert keine ausreichende Evidenz für ein generelles Screening auf Alkohol-bezogene Gesundheitsprobleme in der Hausarztpraxis. (Der Nachweis der Sensitivität und Spezifität von Screening-Instrumenten wie dem AUDIT ist mit der Evidenz für Sinnhaftigkeit und Praktikabilität von generellem Screening außerhalb von Studienbedingungen nicht gleichzusetzen). Hausärztliche Vorgehensweise bedeutet hier, die richtige Frage zum richtigen Zeitpunkt zu stellen - und abhängig vom Stadium der Veränderungsbereitschaft den richtigen Impuls zu einer Abkehr von schädlichem Gebrauch bzw. Abhängigkeit zu geben.

Hierbei scheinen zwei hausärztliche Grundeinstellungen wesentlich:

- Wertschätzung den Betroffenen gegenüber (analog dem motivationalen Interview)
- Konsequenz im hausärztlichen Handeln.

Anders als in Suchtkliniken oder Beratungsstellen, die von den Betroffenen gezielt aufgesucht werden, bedeutet hausärztliche Tätigkeit eine Begleitung der Patientinnen und Patienten unter Kenntnis ihrer individuellen Eigenschaften und Präferenzen oft langjährig vor und nach der Diagnose. Schädlicher Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit liegen zudem in sehr unterschiedlich starker Ausprägung vor. Schließlich stellt bei nicht wenigen hausärztlichen Patientinnen und Patienten der Alkoholkonsum nur ein Problem von vielen weiteren dar. Hausärztliche Tätigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang daher, zwischen persönlichen Präferenzen der Patientinnen und Patienten auf der einen - und Public-Health-Interessen zur Reduktion eines schädlichen Alkoholkonsums auf der anderen Seite zu vermitteln.

Der Hausarzt¹ **sollte** den Alkoholkonsum des Patienten thematisieren, wenn er ihm gesundheitlich oder persönlichkeitsbezogen problematisch erscheint.

Er **soll** ihn thematisieren, wenn er aus seiner Sicht gesundheitliche Probleme verursacht.

Er **soll** ihn berücksichtigen, wenn ein gesundheitliches Problem anders (auch akut) nicht lösbar ist.

Der Arzt **muss** ihn berücksichtigen, wenn eine Akutsituation vorliegt.

Für den hausärztlichen Bereich ergeben sich Folgerungen, die in einigen Punkten von den Empfehlungen der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen abweichen:

¹ Wenn die männliche Form gebraucht wird, geschieht dies nur aus Gründen der Vereinfachung. Gemeint sind immer Frauen und Männer.

Hausärztliche Empfehlungen zur Identifikation und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen

- 1. Nach Auffassung der DEGAM sollte im hausärztlichen Versorgungsbereich ein Case finding, d.h. die frühzeitige Identifizierung von Personen mit besonderem Risiko für schädlichen Alkoholgebrauch durchgeführt werden. Konkret sollten bei Erstanamnese, Gesundheitsuntersuchung und ansonsten anlassbezogen eine Erhebung mittels Fragebogen-Test (AUDIT bzw. AUDIT-C) durchgeführt werden, wenn die Patienten damit einverstanden sind und hinreichende Hinweise existieren, dass eine Befragung sinnvoll ist. Auf unangemessenen Alkoholkonsum sollte stets angesprochen werden. Bei deutlichen Zeichen soll der Hausarzt verstärkt tätig werden**

Die Evidenz für ein von der Leitlinie empfohlenes generelles, alle 1-2 Jahre durch Einsatz von Fragebögen wie AUDIT und AUDIT-C durchgeführtes Screening ist aus Sicht der DEGAM unzureichend. Die USPSTF¹ und die australische Leitlinie² empfehlen ein solches Screening zwar, wenn auch mit unterschiedlicher Empfehlungsstärke. Insbesondere in der USPSTF-Guideline wird aber auf einen möglichen Schaden eines Screenings wie Erzeugung von Angst, Störung des Arzt-Patient-Verhältnisses und soziale Stigmatisierung hingewiesen. Die Empfehlung beruht auf Modellrechnungen und nicht auf Untersuchungen von Nutzen und möglichem Schaden der komplexen Intervention Einführung eines Screenings auf gefährlichen Alkoholkonsum. Die NICE-Guideline³ empfiehlt ein Screening nicht, in den von der School of Health and Related Research ausgearbeiteten Empfehlungen⁴ heißt es explizit: "This information is intended not to encourage systematic screening, but to assist practitioners in identifying those groups potentially at risk that might be missed during routine practice". Weitere in der Leitlinie zitierte Quellen^{5,6} geben nur Auskunft über Wissen und Einstellungen von Hausärzten und belegen nicht den Wert eines systematischen Screenings. Mit ihrer abgestuften Empfehlung bildet die DEGAM-Empfehlung die hausärztliche Realität ab. Sie spricht sich dagegen aus, unabhängig vom Beratungsanlass alle 1-2 Jahre allen erwachsenen Patientinnen und Patienten die Screening-Fragen zu stellen. Stattdessen sollten die entsprechenden Fragen in dafür geeigneten Situationen erhoben werden, sofern das Einverständnis besteht, über das Thema Alkohol zu sprechen (Agenda-Setting der motivationalen Beratung). Auf der einen Seite ist gefährlicher Alkoholkonsum in hohem Maß unerkannt, und viele Patienten sind dankbar, darauf aktiv angesprochen zu werden. Auf der anderen Seite kann ein unvermitteltes Abfragen der AUDIT-Fragen zu Irritationen führen, die die viele Jahre dauernde Arzt-Patient-Beziehung gefährden können.

- 2. Wenn Labor-Untersuchungen zum Nachweis eines chronischen Alkoholkonsums eingesetzt werden, dann sollten GGT, MCV und evtl. CDT unter informierter Zustimmung der Patienten im hausärztlichen Bereich bestimmt werden.**

Die Evidenz dafür ist ungenügend, dass aus der Detektion eines Alkoholproblems überwiegend mit Hilfe dieser Parameter ein Nutzen für die Patienten erwächst. Allerdings können sie Hausärztinnen und Hausärzten nach eigenem Ermessen als unterstützendes Instrumentarium zur Verfügung und dann jeweils nach eigenem Ermessen eingesetzt werden. In der in der S3-Leitlinie zitierten NICE-Guideline⁷ werden die Laborparameter nicht erwähnt, die WEFSBP-Leitlinie⁸ bezieht ihre Empfehlungen auf Patienten im psychiatrischen Setting, alle übrigen in der Leitlinie zitierten Referenzen^{9,10,11} belegen nur eine Verbesserung der Sensitivität hinsichtlich

der Erkennung eines Alkoholproblems, nicht aber ob dies zu einem verbesserten Outcome führt.

3. Antikonvulsiva können zur Verhinderung von Alkoholentzugskrämpfen eingesetzt werden.

Die in der Leitlinie dargelegte Evidenzlage spricht dafür, dass Antikonvulsiva, von denen in Deutschland nur Carbamazepin hierfür zugelassen ist, wirksam Alkoholentzugskrampfanfälle verhindern können. In der Hausarzt-Praxis treten solche Ereignisse aber eher selten auf. Zugleich besitzen Substanzen wie Carbamazepin ein hohes Potenzial unerwünschter Arzneiwirkungen¹² (sehr häufig Leukopenie und allergische Hautveränderungen, häufig Hyponatriämie, unerwünschte Wirkungen am Reizleitungs-System des Herzens), dass eine generalisierende Empfehlung zum prophylaktischen Einsatz von Antikonvulsiva aus Sicht der DEGAM nicht gerechtfertigt erscheint.

4. Nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken kann bei alkoholbezogenen Störungen bei entsprechender Indikationsstellung im Einzelfall eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon zusätzlich zur psychosozialen Beratung angeboten werden.

Wie in der Leitlinie angegeben ist der Effekt des Nutzens der beiden Substanzen zwar signifikant, aber klein. Eine starke Empfehlung wäre nach Auffassung der DEGAM nur bei einem ausgeprägten Effekt zu rechtfertigen.

5. Eine gleichzeitige Intervention gegen beide Abhängigkeiten (alkoholbezogene Störungen und Tabakkonsum) kann im Einzelfall erwogen werden.

Die Leitlinie empfiehlt hier in unter 3.6.8.3.2 rauchenden Patienten mit Alkoholproblemen dieselben Angebote zur Nikotinentwöhnung zu machen wie nicht rauchenden Personen. Im dieser Empfehlung wesentlich zugrunde liegenden systematischen Review¹³ war der Erfolg dieser doppelten Intervention alles andere als nachhaltig. Zudem wurden ausschließlich Studien darin eingeschlossen, die in spezialisierten Entzugs-Einrichtungen stattgefunden hatten. Die spezifische hausärztliche Perspektive beruht dagegen auf einer gemeinsam mit den Patienten durchzuführenden Priorisierung. Eine generelle Empfehlung, die zu einer Überforderung der Patienten führen kann, wird von der DEGAM nicht mitgetragen.

Zusammenfassend hält die DEGAM den größten Teil der Leitlinien-Empfehlungen für sinnvoll. Sie beschränkt sich bei der Erfassung eines schädlichen Alkoholkonsums aber auf ein Case finding an Stelle eines Screenings, rät nicht generell zum Einsatz von Labordiagnostik zur Verbesserung der Diagnosestellung und rät, Medikamente zur Prävention von Alkohol-Entzugskrampfanfällen sowie Anti-Craving-Substanzen nur unter Würdigung der individuellen Situation zu erwägen.

Für die DEGAM

Günther Egidi und Gernot Lorenz

¹ Moyer VA et al für die USPSTF Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2013;159:210-218: "The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening and behavioral counseling interventions in primary care settings to reduce alcohol misuse in adolescents. (I statement)"

² Haber P, Lintzeris N, Prode E, Lopatko O. 2009. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: Australien Government Department of Health an Ageing.

³ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Leicester and London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2011.

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/guidance#principles-of-care> zuletzt besucht am 17.10.2014

⁴ Jackson, R., Johnson, M., Campbell, F., Messina, J., Guillaume, L., Meier, P., et al. (2010). Screening and brief interventions for prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people. Scheffield: ScHARR

⁵ Jackson, R., Johnson, M., Campbell, F., Messina, J., Guillaume, L., Meier, P., et al. (2010). Screening and brief interventions for prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people. Scheffield: ScHARR

⁶ Seppanen KK, Aalto M, Seppa K. Institutionalization of brief alcohol intervention in primary health care - the Finnish case. Alcoholism Clinical and Experimental Research 2012;35:1456-61

⁷ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Leicester and London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/1-guidance?print=true> zuletzt besucht am 3.10.2014

⁸ Soyka, M., Kranzler, H.R., Berglund, M., Gorelick, D., Hesselbrock, V., Johnson, B.A., Möller, H.J., The WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Substance Use Disorders, World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), Guidelines for Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders, Part 1: Alcoholism, The World Journal of Biological Psychiatry. 2008: 1-18

⁹ Rinck D, Frieling H, Freitag A, Hillemacher T, Bayerlein K, Kornhuber J, Bleich S. Combinations of carbohydrate-deficient transferrin, mean corpuscular erythrocyte volume, gamma-glutamyltransferase, homocysteine and folate increase the significance of biological markers in alcohol dependent patients. Drug and alcohol dependence 2007; 89(1):60-5.

¹⁰ Thiesen H, Hesse M. Biological markers of problem drinking in homeless patients. Addictive behaviors 2010; 5(3): 260-2

¹¹ Vaswani M, Rao RV. Biochemical measures in the diagnosis of alcohol dependence using discriminant analysis. Indian journal of medical sciences 2005; 59(10): 423-30.

¹² Fachinformation Tegretal, www.fachinfo.de zuletzt besucht am 3.10.2014

¹³ Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. J Consult Clin Psychol 2004; 72: 1144-56

AUDIT

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 1 mal im Monat oder seltener..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2 bis 4 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 2 bis 3 mal pro Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4 mal oder mehrmals in der Woche..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wieviel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

Ein alkoholhaltiges Getränk ist z.B. ein kleines Glas oder eine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.

- | | | |
|-------------------|--------------------------|---|
| 1 - 2..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 3 - 4..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 5 - 6..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 7 - 9..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 10 oder mehr..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal pro Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

4. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal pro Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

5. Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man normaler Weise an Sie hat, nicht mehr erfüllen konnten?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal pro Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

6. Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuß wieder fit zu fühlen?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal in der Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

7. Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal in der Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

8. Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal in der Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

9. Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| Nein..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Ja, aber nicht im letzten Jahr | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ja, im letzten Jahr..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

10. Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| Nein..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Ja, aber nicht im letzten Jahr | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ja, im letzten Jahr..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen“ – Anlage AUDIT Münster

"Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während der letzten 12 Monate. Beantworten Sie bitte alle Fragen."

- (A1) Wie oft trinken Sie Alkohol?
- (A2) Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Ein Glas Alkohol entspricht 0.33 l Bier, 0.25 l Wein/ Sekt, 0.02 l Spirituosen.)
- (A3) Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z.B. beim Abendessen, auf einer Party)? (Ein Glas Alkohol entspricht 0.33l Bier, 0.25 l Wein/Sekt, 0.02 l Spirituosen.)
- (A4) Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?
- (A5) Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?
- (A6) Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht, um in die Gänge zu kommen?
- (A7) Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zuviel getrunken hatten?
- (A8) Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?
- (A9) Haben Sie sich schon mal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon mal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?
- (A10) Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?

Antwortvorgaben:

- **Fragen 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8:** 5-stufige Antwortskalen mit den Kategorien:
 - Nie
 - Einmal im Monat oder seltener
 - Zwei- bis viermal im Monat
 - Zwei- bis dreimal die Woche
 - Viermal die Woche oder öfter.
- **Frage 2:** 5-stufige Häufigkeitsangaben mit den Kategorien:
 - 1 - 2; 3 - 4; 5 - 6; 7 - 9; 10 oder mehr.
- **Fragen 9 und 10:** 3-stufige Antwortkategorien mit den Vorgaben:
 - Nein
 - Ja, aber nicht im letzten Jahr
 - Ja, im letzten Jahr.