S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"

Dr. med. David V. Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Fortbildungsveranstaltung zur IV am 24.03.2015

S3-Leitlinie?

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

Dr. med. D. V. Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Kriterien einer S3-Leitlinie

- Die Leitliniengruppe sollte repräsentativ für den Adressatenkreis sein und Vertreter der entsprechend zu beteiligenden Fachgesellschaft/en und/oder Organisation/en sollten in die Leitlinienentwicklung frühzeitig eingebunden werden (s. DELBI-Kriterien 4 und 5, Antwortkategorie mindestens 3 bzw. 4)
- Es ist eine systematische Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege ('Evidenz') zu den relevanten klinischen Fragestellungen erforderlich. Dabei erfolgt als Erstes eine systematische Suche nach Leitlinien zum gleichen Thema und Prüfung, ob einzelne Empfehlungen daraus übernommen bzw. adaptiert werden können (s. DELBI-Kriterien 30-34, Antwortkategorie mindestens 3 bzw. 4).
- Es erfolgt danach eine eigene Literaturrecherche nach einer weitgehend standardisierten Methodik (s. DELBI-Kriterium 8, Antwortkategorie mindestens 3 bzw. 4).
- Es werden zur Suche nach der 'Evidenz' systematische Methoden angewandt, d.h. die Suchstrategie sollte detailliert beschrieben sein mit der Auflistung der verwendeten Suchbegriffe und Quellen (elektronische Datenbanken, Datenbanken systematischer Übersichtsarbeiten, von Hand durchsuchte Fachzeitschriften, Kongressberichte und andere Leitlinien) (s. DELBI-Kriterium 8, Antwortkategorie mindestens 3 bzw. 4).
- Es werden die Auswahlkriterien für die 'Evidenz' explizit dargelegt, insbesondere die Ausschlussgründe (s. DELBI-Kriterium 9, Antwortkategorie mindestens 3 bzw. 4).
- Es wird die nach a priori festgelegten Kriterien recherchierte und ausgewählte 'Evidenz' hinsichtlich ihrer methodischen Qualität bewertet und die Ergebnisse in einer 'Evidenz'-Tabelle zusammengefasst.
- So führt das Ergebnis der Bewertung zur Feststellung der Stärke der 'Evidenz' ("Evidenzgrad").
- Die Methoden zur Formulierung der Empfehlungen sind klar beschrieben, dazu sind formale Konsensustechniken erforderlich (z.B. Konsensuskonferenz, Nominaler Gruppenprozess oder Delphi-Verfahren (s. DELBI-Kriterium 10, Antwortkategorie mindestens 3 bzw. 4)
- Es wird jede Empfehlung im Rahmen einer strukturierten Konsensfindung unter neutraler Moderation diskutiert und abgestimmt, deren Ziele die Lösung noch offener Entscheidungsprobleme, eine abschließende Bewertung der Empfehlungen und die Messung der Konsensstärke sind.
- Das Ergebnis der strukturierten Konsensfindung führt zur Festlegung der Empfehlungsgrade A (starke Empfehlung), B (Empfehlung) oder 0 (offene Empfehlung),
- Es werden in der fertigen Leitlinie zu jeder Empfehlung 'Evidenz'- und Empfehlungsgrad angegeben (s. DELBI-Kriterium 12, Antwortkategorie mindestens 3 bzw. 4).
- Der Leitlinie ist eine Beschreibung zum methodischen Vorgehen (Leitlinien-Report) hinterlegt (s. DELBI-Kriterium 29, Antwortkategorie mindestens 3 bzw. 4)

Evidenzgrade der S3-Leitlinie

- **Grad A: „Soll“-Empfehlung**: zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
- **Grad B: „Sollte“-Empfehlung**: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
- **Grad C: „Kann“-Empfehlung**: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III; diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
- **Klinischer Konsensuspunkt (GCP)**: Wenn es für eine Behandlungsmethode keine experimentellen wissenschaftlichen Studien gibt, diese nicht möglich sind oder nicht angestrebt werden, das Behandlungsverfahren aber dennoch allgemein üblich ist und innerhalb der Konsensusgruppe eine Übereinkunft über das Verfahren erzielt werden konnte.

Fazit: S3-Leitlinie

- Teuer!
- Umständlich!
- Langwierig!
- Empfohlen („soll“) werden kann nur, was randomisiert doppelblind untersucht wurde; cave: Publikationsbias!
- Frage der Praxisrelevanz!
- Meist nur sehr unzureichende Umsetzung im Alltag!
- Potentielle Einschränkung ärztlicher Entscheidungsspielräume!
- Wissenschaftliche Konsensusverfahren führen zur Verarmung an Antworten!
- Zu schnelle Aufnahme neuer Medikamente in die medizinischen Leitlinien, man vermutet dahinter die Interessen der pharmazeutischen Unternehmen!

UND JETZT? – Was heißt das für die Praxis?

Übersicht S3-Leitlinie

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

Dr. med. D. V. Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Wer war beteiligt?

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, ZI Mannheim
Prof. Dr. Anil Batra, Universität Tübingen

Koordination
Dr. Eva Hoch, ZI Mannheim

54 Autoren

- Aktion Psychisch Kranke (AKP)
- Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP)
- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)
- Bayerische Akademie für Suchtfragen e.V.
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
- 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 Stiefkinder Suchtkrankenhilfe (BUSS)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (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. (DGNT)
- 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 Chefärzte 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)
- Diakonische Suchtselbsthilfe
  - 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 Alkoholkranke e.V. (TÜF)
- 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 (DGP)

Inhaltsverzeichnis S3-Leitlinie *„Alkohol“*

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

Synopse S3-Leitlinie *„Alkohol“*

- Abstinenz bleibt das übergeordnete Therapieziel!
- Versuch der Etablierung eines zweiten Behandlungsansatzes: harm reduction (≠ kontrolliertes Trinken) durch Pharmakotherapie (Nalmefene)!
- Früherkennung der Alkoholabhängigkeit durch Screening v. a. in der Hausarztpraxis!
- Frühinterventionen in der Hausarztpraxis sind hoch effektiv!
- Die Strukturdefizite im Suchtsystem sind fast 15 Jahre nach Wienbergs „Vergessener Mehrheit“ weiterhin ungelöst und bedingen Chronifizierung / Morbidität!

Empfehlungen S3-Leitl...

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

Dr. med. D. V. Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Screeningverfahren

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

Dr. med. D. V. Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Screeningverfahren (I)

Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit sollen Fragebogenverfahren eingesetzt werden **[**2.1.2.1: **A]**

à ***AUDIT*** **[**2.1.2.2: **A]**

à Ggfs. kann die Kurzform AUDIT-C verwendet werden, wenn der AUDIT zu aufwendig ist **[**2.1.2.3: **KKP]**

à Das Screening soll allen Patienten in allen Settings angeboten werden **[**2.1.2.4: **KKP]**

à Bei V. a. chronischen Konsum: Kombination von AUDIT mit geeigneten indirekten Zustandsmarkern **[**2.1.2.8: **A]**

AUDIT

Umgang mit Alkohol (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT; Rist et al., 2003)

	nie	einmal pro Monat	2-4 mal pro Monat	2-3 mal pro Woche	4 mal pro Woche oder öfter
1. Wie oft trinken Sie Alkohol?	☐	☐	☐	☐	☐

	1-2 Gläser pro Tag	3-4 Gläser pro Tag	5-6 Gläser pro Tag	7-9 Gläser pro Tag	10 oder mehr Gläser pro Tag
2. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?	☐	☐	☐	☐	☐

	nie	weniger als einmal pro Monat	jeden Monat	jede Woche	(fast) jeden Tag
3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (Abendessen, Party, etc.)?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Wie oft konnten Sie währen der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Wie oft konnten Sie währen der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zu viel getrunken hatten?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht, um in die Gänge zu kommen?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zu viel getrunken hatten?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zu viel getrunken hatten?	☐	☐	☐	☐	☐

	Nie	Ja, aber nicht während der letzten 12 Monate	Ja, während der letzten 12 Monate
9. Haben Sie sich oder jemand anderen schon einmal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten?	☐	☐	☐
10. Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zu viel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?	☐	☐	☐

Gesamtscore ☐☐

Screeningverfahren (II)

- Akuter Alkoholkonsum: AAT, EtG & EtS aus Urin **[**2.1.2.5: **A]**
- Chronischer Konsum: - EtG Haare, PEth Blut **[**2.1.2.6: **B]**
  - gGT+MCV+CDT **[**2.1.2.6: **A]**
- Laborwerte sollen **IMMER** ergänzt werden durch klinische Fragen zur Häufigkeit und Menge des üblichen Konsums sowie zu einem höheren Alkoholkonsum oder durch tageweise rückwirkende Anamnesen **[**2.1.2.9: **KKP]**

- **Die Diagnosen der Alkoholabhängigkeit und des schädlichen Gebrauchs sollen nach den jeweils gültigen Kriterien der ICD-10 gestellt werden** **[**2.1.2.10: **KKP]**

Behandlung F10.1/2

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

Dr. med. D. V. Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Kurzinterventionen

- Kurzinterventionen (KI) sind wirksam zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum – v. a. bei riskantem Konsum **[**3.1.3.2: **A]** – und sollen flächendeckend umgesetzt werden **[**3.1.3.1: **A]**, d. h. in der primärmed. Versorgung **[**3.1.3.8: **A]** und auf dem Arbeitsplatz **[**3.1.3.9: **KKP]**.

- **KI** reduzieren Rauschtrinken **[**3.1.3.3: **B]**, haben aber potentiell negative Effekte bei manifester Abhängigkeit **[**3.1.3.4: **O]**.

- **KI** müssen nicht geschlechtsspezifisch erfolgen **[**3.1.3.5: **A]**, sollen >65-jährigen **[**3.1.3.6: **KKP]** und können bei komorbiden Störungen angeboten werden **[**3.1.3.7: **KKP]**.

Körperliche Entgiftung

- Alkoholbezogene Störungen sollen behandelt werden **[**3.2.3.1: **KKP]**.
- Entzugsbehandlung bei Risiko für Entzugssyndrom und -komplikationen **[**3.2.3.3: **B]**: symptomorientiert, engmaschig und durch adäquates Personal **[**3.2.3.3: **KKP]** sowie stat. bei hohem Risiko oder bei Vorliegen von gesundheitlichen bzw. psychosozialen Rahmenbedingungen, unter denen Alkoholabstinenz im ambulanten Setting nicht erreichbar erscheint **[**3.2.3.4: **A]**.
- Ambulante Entzugsbehandlung, wenn keine schweren Entzugssymptome oder -komplikationen zu erwarten sind, eine hohe Adhärenz und ein unterstützendes soziales Umfeld bestehen **[**3.2.3.6: **KKP]** bei ausreichender ärztl. Kompetenz, engmaschiger Überwachung und 24h-Erreichbarkeit **[**3.2.3.7: **B]** sichergestellt sind.

Qualifizierter Entzug (I)

Suchtpsychiatrische bzw. suchtmedizinische Akutbehandlung, die über die körperliche Entgiftung hinausgeht.

- Entzugsbehandlung
- Diagnostik und Behandlung der psychischen und somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen
- Psycho- und soziotherapeutische sowie psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft, der Änderungskompetenz und der Stabilisierung der Abstinenz
- Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen und Bahnung entsprechender Kontakte in das regionale Hilfesystem (z.B. Selbsthilfe, Psychotherapie, Soziale Arbeit)
- Bei entsprechender Indikation erfolgt die Vermittlung in spezifische Behandlungsangebote, wie z.B. in die soziale oder medizinische Rehabilitation ***(DRV: prinzipiell Rehabedarf bei Abhängigkeit!)***
- Dauer einer qualifizierten Entzugsbehandlung ist deutlich länger als bei einer körperlichen Entgiftung

Qualifizierter Entzug (II)

- Es sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) statt einer reinen körperlichen Entgiftung angeboten werden **[**3.3.3.1: **KKP]**, v. a. wenn der Patient weiterführenden Behandlungsmaßnahmen noch ambivalent gegenübersteht **[**3.3.3.2: **KKP]**.
- Zur Erhöhung der Effektivität sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Regel 21 Behandlungstage umfassen. Unter Beachtung von Komorbiditäten kann individuell auch eine längere Behandlungsdauer notwendig werden **[**3.3.3.3: **KKP]**.

Pharmakotherapie im Entzug

- Eine Pharmakotherapie des Alkoholentzugssyndroms soll daher unter Berücksichtigung von Entzugsschwere und Entzugskomplikationen erfolgen **[**3.4.3.1: **A]**.
- Leichte Alkoholentzugssymptome können **[**3.4.3.2: **O]** und mittelschwere bis schwere müssen **[**3.4.3.3: **A]** pharmakologisch behandelt werden.
- Benzodiazepine und Clomethiazol (cave: Abhängigkeitspotential und geringe therapeutische Breite à **nie** ambulant) sollen zur Behandlung des Entzugssyndroms eingesetzt werden **[**3.4.3.4-7: **A**; 3.4.3.8: **KKP]**.
- Antikonvulsiva sollten zur Verhinderung von Alkoholentzugskrampfanfällen eingesetzt werden **[**3.4.3.9: **B]**, ihre Wirksamkeit ist nicht sicher belegt **[**3.4.3.10: **O]**.

Körperliche Komplikationen

Diagnostische Abklärung von Alkoholfolgeerkrankungen **[**3.5.3.1: **B]**:

- Bei Lebererkrankung: Alkoholscreening **[**3.5.3.2: **KKP]**
- Bei Lebererkrankung: Alkoholabstinenz **[**3.5.3.3: **A]**
- Lebersonographie zur Früherkennung **[**3.5.3.4: **KKP]**
- Elastographie bei Fibrose(verdacht) **[**3.5.5.3: **A]**
- Bei Pankreatitis symptomatische und ursächliche Behandlung **[**3.5.3.7: **KKP]**
- Bei Pankreatitis immer Alkoholabstinenz **[**3.5.3.8: **A]**

Komorbidität

- Komorbide psychische Störungen (Depressionen) sollen bei Alkoholabhängigen 3-4 Wochen nach dem Entzug auf ihre Behandlungsindikation überprüft werden **[**3.6.1.3.1: **A]**
- Intensivere Intervention bei Personen mit komorbiden depressiven Störungen **[**3.6.1.3.2: **B]**
- Integrierte Behandlung in einem Setting bzw. durch ein Therapeutenteam **[**3.6.1.3.4: **KKP]**, ggfs. stat. Behandlung beider Störungsbilder **[**3.6.1.3.3: **KKP]**
- Bei Schizophrenie leitliniengerechte Behandlung beider Krankheitsbilder **[**3.6.2.3.1: **A]**

Komorbidität: Depression

- Komorbide psychische Störungen (Depressionen) sollen bei Alkoholabhängigen 3-4 Wochen nach dem Entzug auf ihre Behandlungsindikation überprüft werden **[**3.6.3.2.1: **A]**
- **KVT** als Psychotherapie sollte durchgeführt werden (unzureichende Daten für andere Verfahren) **[**3.6.3.2.2: **B]**
- Antidepressiva sollen Patienten bei Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Depression und alkoholbezogenen Störungen zur Besserung der depressiven Symptomatik **angeboten** werden **[**3.6.3.2.3: **A]**, aber immer in Kombination mit PT **[**3.6.3.2.5: **B]**
- SSRI als Monotherapie empfohlen **[**3.6.3.2.4: **A]**, bei Therapieversagen evtl. Kombination mit Naltrexon **[**3.6.3.2.6: **KKP]**

Komorbidität: Angst, PTBS, ADHS

- Angststörungen und PTBS sollen integriert mitbehandelt werden **[**3.6.5.3.1 & 3.6.3.1.1: **KKP]**
- **KVT** als Psychotherapie sollte durchgeführt werden (unzureichende Daten für andere Verfahren) **[**3.6.5.3.2 & 3.6.6.3.2-3: **A]**, ggfs. mit Expositions-basierten Interventionen **[**3.6.6.3.4: **KKP]**
- **Keine Empfehlungen zur Pharmakotherapie!**

- **ADHS**: klare Diagnosestellung nach Entzug **[**3.6.7.3-2: **A,B]** und Mitbehandlung **[**3.6.7.3.3: **A]** psychotherapeutisch / psychosozial **[**3.6.7.3.4: **A]**
- Med. Behandlung kann angeboten werden (cave: UAW) **[**3.6.7.3.5: **O]**

Komorbidität: Nikotin

- Beratung und Unterstützung zum Rauchstopp sollen angeboten werden **[**3.6.8.3.1: **KKP]**
- Rauchern mit alkoholbezogenen Störungen sollen die gleichen therapeutischen Interventionen wie Rauchern ohne alkoholbezogene Störungen angeboten werden **[**3.6.8.3.2: **A]**
- Der Behandlungszeitpunkt und Rauchstopp sollte unter Berücksichtigung des Verlaufs der Alkoholtherapie individuell mit dem Patienten abgestimmt werden **[**3.6.8.3.3: **A]**

Differentielle Indikationen

- Auch Kinder und Jugendliche sollen behandelt werden **[**3.7.2.2.1-15]
- Schwangere sollen behandelt werden, das Abstinenzziel bleibt auch hier bestehen, Trinkmengenreduktion wird nicht empfohlen **[**3.7.3.2.1-9**]**
- Ältere Menschen sollen mit den gleichen Implikationen und Behandlungsangeboten behandelt werden **[**3.7.4.2.1-10**]**

Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit

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

Dr. med. D. V. Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Entwöhnungsbehandlungen (I)

- 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 **[**3.8.3.1: **KKP]:**
- **Therapieziel: Abstinenz**, Schadensminimierung nur bei nicht möglicher Abstinenz **[**3.8.3.2: **A]**
- Komorbiditäten sollen mitbehandelt werden **[**3.8.3.3: **KKP]**
- Überdurchschnittlich günstige Prognose im höheren Lebensalter **[**3.8.3.4: **KKP]**

Entwöhnungsbehandlungen (II)

Bedingungen:

- Reintegration ins Arbeitsleben **[**3.8.3.5: **KKP]**
- Soziokulturellen Hintergrund berücksichtigen **[**3.8.3.6: **KKP]**
- Differentielle Indikationsstellung: ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationär oder stationär im Einzelfall **[**3.8.3.7: **KKP]**
- Vernetztes Angebot mit Mindestdauer von 1 Jahr **[**3.8.3.8: **KKP]**
- Behandlungsdauer an der Schwere, der Komorbidität, den vorhandenen psychosozialen Beeinträchtigungen und den Folgen orientiert **[**3.8.3.9: **KKP]**

Entwöhnungsbehandlungen (III)

Behandlungsinhalte:

- Motivationsförderung **[**3.8.3.10: **A]**
- (Kognitive) Verhaltenstherapie **[**3.8.3.11-12: **A]**
- Kontingenzmanagement **[**3.8.3.13: **B]**
- Angehörigenarbeit **[**3.8.3.14: **A]**
- Paartherapie **[**3.8.3.15: **A]**
- Psychodynamische Kurzzeittherapie **[**3.8.3.16: **B]**
- Angeleitete Patientengruppe **[**3.8.3.17: **B]**
- Neurokognitives Training kann angeboten werden **[**3.8.3.18: **KKP]**
- Immer als Komplexbehandlung **[**3.8.3.19: **KKP]** und multiprofessionell **[**3.8.3.20: **KKP]**

Entwöhnungsbehandlungen (IV)

Pharmakotherapie in der Rehabilitation:

Nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken sollte bei Alkoholabhängigkeit in der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Entwöhnung eine pharmakotherapeutische Behandlung erfolgen mit:

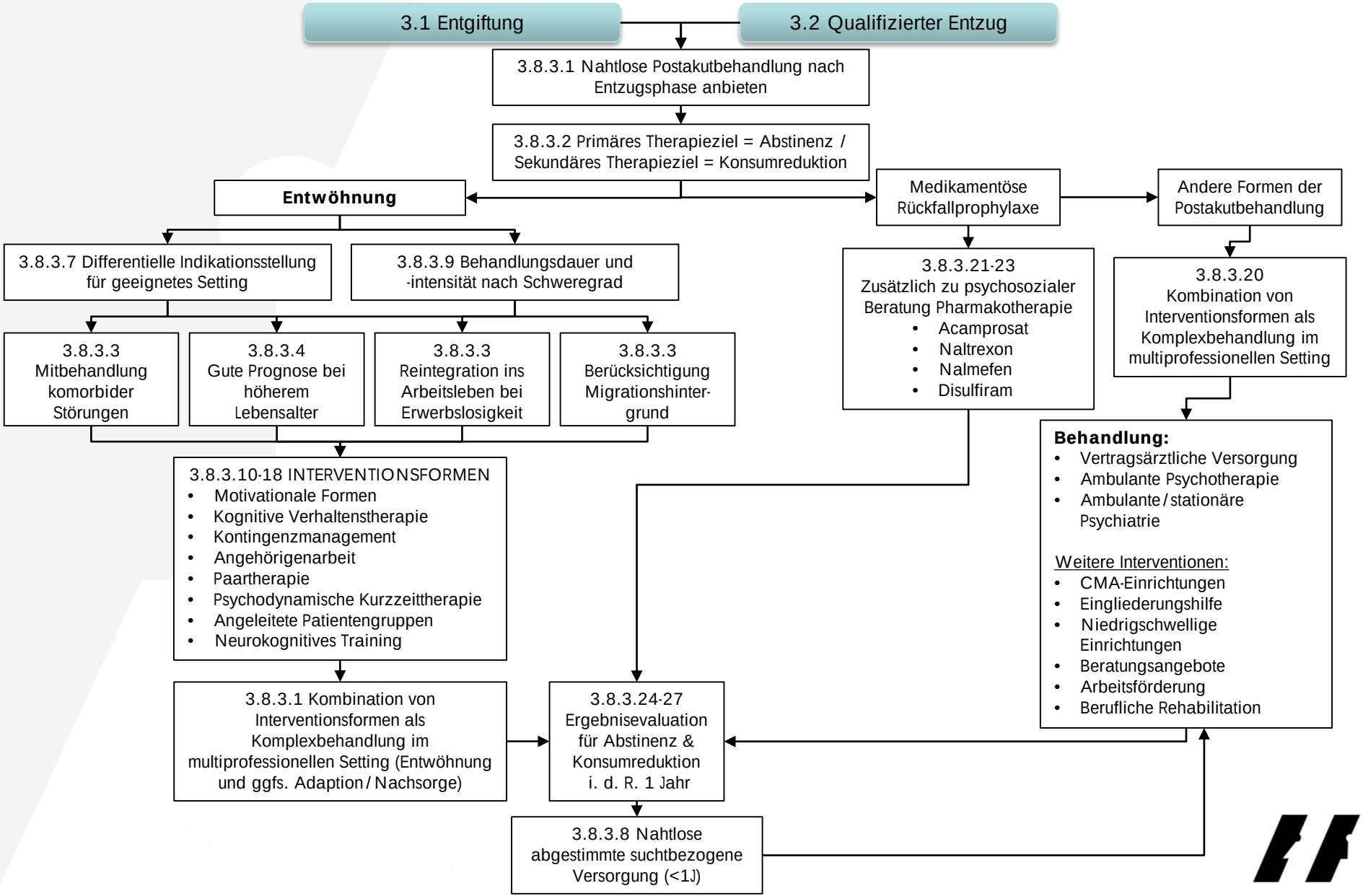
- Acamprosat, Naltrexon **[**3.8.3.21: **B]**
- *[kann]* Disulfiram (in BRD keine Zulassung!!!) **[**3.8.3.22: **O]**
- *[kann]* Nalmefene **[**3.8.3.23: **KKP]**

Entwöhnungsbehandlungen (V)

Evaluation:

- Ergebnisevaluation zum Konsumverhalten, zur Teilhabe (gesellschaftlich und beruflich), zur Morbidität und Mortalität, zur Lebensqualität und zur Lebenszufriedenheit **[**3.8.3.24: **KKP]**
- Primäres Ergebnismaß: katamnestische Erfolgsquote hinsichtlich der Abstinenz **[**3.8.3.25: **KKP]**
- Sekundäres Ergebnismaß: katamnestische Erfolgsquote hinsichtlich der Trinktage und Trinkmenge **[**3.8.3.26: **KKP]**
- Die Katamnese soll ein Jahr nach Ende der Behandlung erhoben werden **[**3.8.3.27: **KKP]**

Versorgungsalgorithmus



Versorgungsorganisation

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

Dr. med. D. V. Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Versorgungsorganisation
Kernpunkte zur Implementierung (I)

- Problembewusstsein & Aufmerksamkeit aller in den Versorgungssektoren Tätigen (z.B. niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhaus-Pflegepersonal) für alkoholbezogene Störungen systematisch stärken.
- Hausärztliche Qualitätszirkel regelmäßig für Fortbildungen zur Versorgung Suchtkranker nutzen.
- Konsil- und Liaisondienste an somatischen Krankenhäusern ausbauen.
- Maßnahmen zum Screening / zur Früherkennung, insbesondere zur Identifizierung von Risikogruppen in allen Einrichtungen der Versorgung mit geeigneten Instrumenten (AUDIT / AUDIT-C)* durchführen.
- Niedrigschwellige wohnortnahe Zugangswege zu qualifizierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen vorhalten und zeitnah personenzentrierte und passgenaue Hilfen für Menschen mit einer alkoholbezogenen Störung und für Angehörige zur Verfügung stellen.

Versorgungsorganisation
Kernpunkte zur Implementierung (II)

- Sektor-übergreifende Behandlungsansätze im Sinne eines kombinierten und schwellenlosen Überganges zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung weiterentwickeln.
- Die Nahtlosigkeit der Leistungserbringung durch die Realisierung eines trägerübergreifenden Schnittstellenmanagements und das systematische Zusammenwirken der beteiligten Leistungsträger und -erbringer (z. B. im Rahmen von Suchthilfe-Netzwerken) gewährleisten.
- Die Effektivität der Behandlungsansätze kontinuierlich auf Basis festgelegter Dokumentations- und Auswertungsstandards überprüfen.

Versorgungsorganisation (I)

- 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 **[**4.8.1.9.1: **KKP]**.
- Zur nachhaltigen Rückfallprävention soll indikationsgeleitet nach der Postakutbehandlung einschließlich Entwöhnung nahtlos eine aufeinander abgestimmte suchtbezogene Versorgung von mindestens einem Jahr angeboten werden **[**4.8.1.9.2: **KKP]**.

Versorgungsorganisation (II)

- 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 **[**4.8.1.10.1: **KKP]**.
- Wenn der Hausarzt erstmals Hinweise auf eine alkoholbezogene Störung feststellt (u. a. mittels AUDIT-C), soll eine weiterführende Diagnostik erfolgen und Maßnahmen zur Abstinenz oder zur Trinkmengenreduktion unter engmaschigen Kontakten angeboten werden. Zugleich soll über weiterführende Angebote informiert und diese gegebenenfalls vermittelt werden **[**4.8.1.10.1: **KKP]**.

Versorgungsorganisation (III)

- 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 Hilfe suchen, empfohlen werden **[**4.8.1.11.1: **KKP]**.
- 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 **[**4.8.1.11.2: **KKP]**.
- 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 **[**4.8.1.11.3: **KKP]**.

FAZIT

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

Dr. med. D. V. Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Download: www.ianua-gps.de/Fortbildung.html
Passwort: S3AlkoLeit
Leitlinien: www.dg-sucht.de/s3-leitlinien.html

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!