

Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol

Diagnostik und Behandlungsoptionen

Anil Batra, Christian A. Müller, Karl Mann, Andreas Heinz



ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: In Deutschland leben mehr als 1,8 Millionen Alkoholabhängige und 1,6 Millionen Menschen, die einen schädlichen Gebrauch von Alkohol betreiben. Die schädlichen Folgen des Alkoholkonsums umfassen eine Vielzahl psychischer und somatischer, insbesondere gastrointestinaler und neurologischer Komplikationen. Dennoch bleiben mehr als 80 % der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen trotz Kontakten zum Gesundheitssystem bezüglich ihres schädlichen Gebrauchs oder ihrer Abhängigkeitserkrankung unbehandelt.

Methode: Selektive Literaturübersicht unter Bezugnahme von Leitlinien, Metaanalysen und Cochrane Reviews.

Ergebnisse: Die Behandlung kann in eine Frühinterventions- und Motivationsphase, den qualifizierten Entzug, eine längerfristige Entwöhnungstherapie und eine Stabilisierungsphase gegliedert werden. Eine Medikation mit Acamprosat oder Naltrexon kann die Abstinenzraten erhöhen („number needed to treat“: 12 beziehungsweise 20). Ein zu reduzierender Alkoholkonsum kann beispielsweise bei geringer Abstinenzmotivation mit dem Patienten vereinbart werden. Etwa 85 % der Patienten erleiden einen Rückfall, wenn nach der Entgiftungsbehandlung keine weiteren therapeutischen Maßnahmen folgen.

Schlussfolgerungen: Im ärztlichen Alltag sind eine praxisnahe Erfassung sowie ein individuell ausgerichtetes therapeutisches Vorgehen notwendig, das sich am Schweregrad der Erkrankung sowie an der Entwicklung der Therapiemotivation und den lokalen Behandlungsmöglichkeiten, wie Suchtambulanzen, Beratungsstellen oder Tageskliniken ausrichtet.

► Zitierweise

Batra A, Müller CA, Mann K, Heinz A: Alcohol dependence and harmful use of alcohol—diagnosis and treatment options. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 301–10. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0301

In Deutschland herrscht ein permissiver Umgang mit Alkohol – Alkoholkonsum ist allgemeines Kulturgut, bei zahlreichen gesellschaftlichen Anlässen akzeptiert oder gar ritualisiert eingebunden in zahlreiche Traditionen. Ein hoher Pro-Kopf-Konsum und ein früher Einstieg auch der jungen Bevölkerung in den regelmäßigen oder episodisch intensiven Konsum sind die Folge und erklären eine hohe alkoholbezogene Morbidität und Mortalität (e1).

Mit der Publikation der S3-Behandlungsleitlinien (1) stehen umfassend Handlungsempfehlungen zum Umgang mit alkoholbezogenen Störungen zur Verfügung. Die Literaturrecherche erfolgte auf der Basis der aktuellen S3-Leitlinie ergänzt um neueste Studien und Reviews zu den wichtigsten therapeutischen Empfehlungen.

Lernziele

Der Leser soll die

- gesundheitliche Bedeutung des Alkoholkonsums erfassen,
- Strategien zur Diagnostik und Ansprache eines gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums sowie
- Maßnahmen zur Akut- und Postakutbehandlung des schädlichen Gebrauchs und der Alkoholabhängigkeit kennenlernen.

Epidemiologie des Alkoholkonsums in Deutschland

Der Alkoholkonsum liegt in Deutschland seit einigen Jahren auf einem konstant hohen Niveau mit knapp 10 L Reinalkohol pro Kopf und Jahr (e1). Einen riskanten, gesundheitsgefährdenden Konsum betreiben 14 % der erwachsenen Bevölkerung (im Alter zwischen 19 und 64 Jahren), entsprechend einer Bevölkerungszahl von etwa 7,4 Millionen Personen in dieser Altersgruppe. Schätzungsweise 3,1 % der Bevölkerung erfüllen

Teilnahme nur im Internet möglich: aerzteblatt.de/cme

Sektion für Suchtmedizin und Suchtforschung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen: Prof. Dr. med. Batra

Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim: Prof. Dr. med. Mann

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Charité – Universitätsmedizin Berlin; Campus Charité Mitte: Prof. Dr. med. Heinz; Dr. med. Müller

Alkoholbezogene Morbidität und Mortalität

Die alkoholbezogene Morbidität und Mortalität sind in Deutschland hoch – etwa 10 % der jährlichen Gesamt mortalität sind Folge eines schädlichen Alkoholkonsums.

KASTEN 1

Diagnostische Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (F10.2) (e9)

Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben:

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher oder psychischer Art

die Kriterien für die Diagnose eines schädlichen Alkoholgebrauchs (Männer 4,7 %, Frauen 1,5 %), 3,4 % der erwachsenen Bevölkerung in dieser Altersgruppe, etwa 1,8 Millionen Personen, erfüllen die diagnostischen Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit (Männer 4,8 %, Frauen 2,0 %) (e2).

Alkoholkonsum und dessen Folgen

Jährlich sind in Deutschland etwa 74 000 Sterbefälle auf den Alkoholkonsum zurückzuführen, dies entspricht etwa 10 % der Gesamtmortalität (e3). Die schädlichen Auswirkungen des regelmäßigen Alkoholkonsums auf verschiedene periphere Organsysteme sind vielfach nachgewiesen. Sowohl die Begünstigung der Karzinogenese als auch die Beeinflussung inflammatorischer Prozesse erhöhen das Risiko für Erkrankungen innerhalb der Mundhöhle, des Ösophagus, des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes, der Pankreas und der Leber (2). Kardiovaskuläre Risikokonstellationen

inklusive einer Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, arteriellen Hypertonie oder äthyltoxischen Kardiomyopathie beziehungsweise Störungen der Hämatopoese können ebenso Folgen des Alkoholkonsums sein (3). Dagegen lässt sich die vielzitierte Kardioprotektion durch kleine Alkoholmengen nach neuesten Re-Analysen epidemiologischer Studien nicht mehr halten (4).

Der schädigende Einfluss des mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufgrund der direkten Einwirkungen auf den Fötus ist schon lange bekannt. Das FASD-Syndrom („fetal alcohol spectrum disorder“; fetales Alkoholsyndrom) tritt jährlich bei etwa 4 000 Kindern auf. Langfristige Schädigungen betreffen psychische Auffälligkeiten, kognitive Einschränkungen, eine erhöhte psychiatrische Komorbidität sowie Lern- und Entwicklungsstörungen (5).

In deutschen Krankenhäusern wurden im Jahre 2012 345 000 Behandlungsfälle registriert, in denen eine alkoholbezogene Störung (F10.x) kodiert worden war (6). Auch in vielen Bereichen der Medizin bringt der Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko mit sich (7), zum Beispiel ein erhöhtes Risiko für perioperative Komplikationen oder Wechselwirkungen mit Medikamenten oder die Beeinflussung der Prognose bei Infektionskrankheiten. Dennoch erhält die große Mehrzahl der wegen körperlicher Folgewirkungen des Alkoholkonsums stationär oder ambulant behandelten Patienten keine spezifische Therapie bezüglich der Alkoholproblematik.

Neben den individuellen medizinischen Folgen des Alkoholkonsums sind soziale Folgen (wie Führerscheinverlust, Gefährdung der Partnerschaft, Verlust des Arbeitsplatzes) häufige Gründe für die Entstehung einer Änderungsmotivation und Ansatzpunkte für eine therapeutische Intervention. Die volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich auf etwa 25,4 Mrd. €(e4). Damit ist der Alkoholkonsum einer der bedeutsamsten vermeidbaren Risikofaktoren für Krankheit, gesundheitsökonomische Kosten und vorzeitigen Tod, aber auch für eine alkoholbezogene Delinquenz (Straftaten unter Alkoholeinfluss, alkoholbedingte Verkehrsunfälle etc.).

Wann ist Alkoholkonsum gesundheitsbedenklich?

Ein geringfügiger und nur gelegentlicher Alkoholkonsum gilt als gesundheitlich unbedenklich. Die Menge ist entscheidend für die daraus entstehenden gesundheitlichen Risiken. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) legt einen täglichen durchschnittlichen

Grenzwerte in Deutschland überschritten

Der durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol in Deutschland übersteigt die Grenzwerte eines risikoarmen Konsums.

Entstehung einer Änderungsmotivation

Neben den individuellen medizinischen Folgen des Alkoholkonsums sind soziale Folgen (wie Führerscheinverlust, Gefährdung der Partnerschaft, Verlust des Arbeitsplatzes) häufige Gründe für die Entstehung einer Änderungsmotivation.

lichen Grenzwert von 12 g reinen Alkohols für Frauen und 24 g reinen Alkohols für Männer fest. Empfohlen werden wenigstens zwei alkoholfreie Tage pro Woche (e5). Legt man diese Grenzwerte zugrunde, so sind die jährlichen Gesamtmengen an Reinalkohol bei Frauen bei etwa 4,4 L und bei Männern bei 8,8 L anzusiedeln. Der durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch mit 9,7 L reinen Alkohols geht über diese empfohlene Grenze hinaus.

Bei den gesundheitsbezogenen Risiken des Alkoholkonsums ist zu bedenken, dass ein regelmäßiger Alkoholkonsum sehr häufig mit einem Tabakkonsum einhergeht – auch dieser ist als erheblicher Risikofaktor zu werten und bedingt nicht nur additive, sondern zum Teil sogar multiplikative Risiken in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum. So rauchen etwa 80 % der regelmäßigen Alkoholkonsumenten in stationären Behandlungssettings täglich Zigaretten, umgekehrt wissen wir, dass abhängige Raucher mit etwa doppelter Wahrscheinlichkeit gegenüber der Allgemeinbevölkerung ohne Nikotinabhängigkeit alkoholbezogene Störungen entwickeln (8, e6, e7).

Psychologische und neurobiologische Grundlagen

Der Alkoholkonsum ist in Deutschland gesellschaftlich akzeptiert und ritualisiert. Neben der sozialen Verstärkung spielen die psychotropen Wirkungen des Alkohols eine wichtige Rolle für die Motivation zum Konsum. Alkohol verbessert kurzfristig die Stimmungslage, hilft bei der Überwindung von sozialer Unsicherheit und Angst und distanziert von aktuellen negativen Emotionen. Langfristig entsteht jedoch unter anderem über die Beeinflussung des serotonergen und dopaminergen Systems ein höheres Risiko für eine depressive Störung (9, 10).

Wie andere Suchtmittel auch bewirkt Alkohol im Nucleus accumbens eine dopaminerge Stimulation, infolge derer der Alkoholkonsum verstärkt wird (9).

Neben operanten Konditionierungsprozessen (Belohnung durch Konsumwirkung) spielen insbesondere klassische Konditionierungsprozesse, das heißt die Assoziation vormals neutraler Stimuli an Trinksituationen bei der Entstehung und Auslösung des Verlangens nach Alkohol und des weitgehend gewohnheitsmäßigen Konsums eine Rolle. Die häufige Kopplung des Alkoholkonsums an angenehme Situationen, die positiven stimmungsbezo-

KASTEN 2

Diagnostische Kriterien des schädlichen Gebrauchs nach ICD-10 (F10.1) (e9)

- deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat) für die körperlichen oder psychischen Schäden, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann.
- Die Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden können.
- Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.
- Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung bedingt durch dieselbe Substanz zum gleichen Zeitpunkt nicht zu (außer akute Intoxikation F1x.0).

genen Auswirkung des Alkohols sowie die Enthemmung und Unterdrückung negativer Affekte verstärkt die Wahrscheinlichkeit für einen regelmäßigen Trinkkonsum.

Durch die direkten Wirkungen der Droge Alkohol entstehen neuronale Adaptationsprozesse, die der Alkoholwirkung entgegengesetzt sind und zur Toleranzentwicklung beitragen. Wird der Konsum dann plötzlich unterbrochen, kommt es zum Ungleichgewicht zwischen alkoholbedingter Sedierung und (gegenregulatorisch erhöhter) Erregung und damit zur Entzugssymptomatik. Insbesondere die wahrgenommenen vegetativen Entzugssymptome (Hyperhidrosis, Tremor, Tachykardie, Blutdruckanstieg, psychovegetative Irritabilität) können auch bereits vor dem Auftreten des Vollbildes eines deliranten Syndroms die Wiederaufnahme des Trinkverhaltens trotz vorher bestehendem Abstinenzwunsch bewirken (e8).

Die Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen ist hoch: depressive Störungen, Angsterkrankungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, aber auch Persönlichkeitsstörungen aus dem Bereich der emotionalen Instabilität, der sogenannten dissozialen oder selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung sowie alkoholinduzierte Aggressionen treten auf (11, 12).

Gründe der hohen Rückfallraten

Gewohnheitsbildungen, Konditionierung und Funktionalität des Alkoholkonsums sowie das Auftreten von Entzugsserscheinungen erklären die Entwicklung einer Abhängigkeit und die hohen Rückfallraten nach Entgiftung.

Hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen wie:

depressive Störungen, Angsterkrankungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, Persönlichkeitsstörungen sowie alkoholinduzierte Aggression

KASTEN 3

Diagnostische Kriterien der alkoholbezogenen Störung nach DSM-5 (e10)*

- wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt
- wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
- fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
- Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis
- Entzugssymptome oder deren Linderung beziehungsweise Vermeidung durch Substanzkonsum
- Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant
- anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
- hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen
- Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums
- fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme
- Craving, das starke Verlangen nach der Substanz

* (2 bis 3 erfüllte Kriterien: milde Störung, 4 bis 5 Kriterien: moderate Störung, mindestens 6 Kriterien: schwere Störung)

Kategoriale Diagnostik

In der Internationalen Classification of Diseases (ICD-10) (e9) werden schädlicher Gebrauch von Alkohol (*Kasten 2*) beziehungsweise Alkoholabhängigkeit (*Kasten 1*) mit F10.1 beziehungsweise F10.2 kodiert, wenn ein Folgeschaden besteht beziehungsweise wenn mindestens drei von sechs Kriterien für die Abhängigkeit im Verlauf der letzten 12 Monate gleichzeitig erfüllt waren. Als Kernelemente der Abhängigkeitsdiagnose gelten Toleranzentwicklung, Alkoholverlangen, Kontrollminderung und das Auftreten von Entzugserscheinungen.

Internationale Diskussion zum Suchtbegriff

Im Mai 2013 erschien das Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Diseases (DSM) der American Psychiatric Association in seiner 5. Auflage (e10). Die Kategorie der substanzbezogenen Störungen wurde in „Sucht und verwandte Störungen“ umbenannt. Im Unterschied zu der bisherigen Einteilung der Problemkategorien in missbräuchlichen beziehungsweise schädlichen Konsum und in die Abhängigkeitsdiagnose wird nun eine einzige Störungsdiagnose geschaffen (*Kasten 3*).

Inwieweit diese Neukonzeptualisierung des Suchtbegriffes in das ICD-11 übernommen wird, ist noch nicht vollständig geklärt, aller Voraussicht nach wird die bisher gebräuchliche kategoriale Einteilung in schädlichen Gebrauch versus Alkoholabhängigkeit nicht aufgegeben. Vorteile des neuen Diagnosekonzepts werden allerdings durchaus gesehen: So entspricht die dimensionale Betrachtungsweise der empirischen Befundlage, wonach die Kriterien für die Alkoholabhängigkeit und die Missbrauchsdiagnose auf einem Schweregrad-Kontinuum liegen.

Allerdings wurde bemängelt, dass die neue Klassifikation die bisher klinisch klar umrissene Diagnose einer Alkoholabhängigkeit durch Hinzufügen unscharfer Kriterien des schädlichen Gebrauchs aufweiche (e11): So sei zum Beispiel der wiederholte Konsum, der zur Unterlassung von Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führe, der wiederholte Konsum trotz sozialer zwischenmenschlicher Probleme oder der hohe Zeitaufwand für die Beschaffung der Substanz in starkem Maße von gesellschaftlichen Entscheidungen und Vorgaben abhängig. Beispielsweise könne ein ge-

ICD-10

Bezüglich des schädlichen Gebrauchs und der Alkoholabhängigkeit erfolgt eine kategoriale Diagnostik im ICD-10.

DSM-5

Das US-amerikanische Klassifikationssystem (DSM-5) führt eine dimensionale Betrachtungsweise ein, die Abusus und Abhängigkeit in einer Kategorie zusammenfasst.

nerelles Verbot des Alkoholkonsums dazu führen, dass bereits ein moderater Konsum mit den genannten Problemen verbunden ist, die zur Diagnose einer substanzbezogenen Störung ausreichen (e11). Deshalb wird für die Beibehaltung der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ plädiert.

Diagnostische Parameter, Laborkonstellationen, psychometrische Evaluationsinstrumente und Selbstbeurteilungsskalen

Alkoholtypische Merkmale, die in der körperlichen Untersuchung auffällig werden (Polyneuropathie, Foetor alcoholicus, Rhinophym, Spider naevi, Veränderung der Facies und vieles mehr) und laborchemisch erfassbare Biomarker können dem untersuchenden Arzt Hinweise auf eine alkoholbezogene Problematik geben. Am empfindlichsten reagiert die Gamma-GT-, auch eine Erhöhung des mittleren corpusculären Erythrozytenvolumens (MCV) kann als Hinweis dienen, wird aber auch durch Mangelernährung oder andere klinische Faktoren beeinflusst. Das kohlenhydratdefiziente Transferrin (CDT) wird vermehrt bei einem chronischen Alkoholkonsum nachgewiesen, die Abstinenz geht mit einer Normalisierung des CDT-Parameters innerhalb von wenigen Wochen einher. GOT und GPT (beziehungsweise ASAT und ALAT) und weitere Nachweisversuche wie beispielsweise Methanol, Azeton oder Cholesterinester-Transferprotein sind weniger spezifisch. Für den klinischen Einsatz sind Gamma-GT, MCV und CDT die einfachsten, verlässlichsten Parameter. Die kombinierte Bestimmung von Gamma-GT und CDT scheint die höchste Spezifität und Sensitivität aufzuweisen (13).

Der laborchemische Nachweis eines innerhalb der letzten drei bis vier Tage stattgefundenen Alkoholkonsums gelingt über Ethylglucuronid (oder auch Ethylsulfat [EtS]) als direktem Ethanolmetabolit, der über mehrere Tage hinweg im Urin nachweisbar ist beziehungsweise per Haaranalyse auch über längere Zeiträume (bis zu drei Monate) [14]. Die Sensitivität und Spezifität der diversen Labormarker sind in der *Tabelle* dargestellt.

Zu empfehlen ist der kombinierte Einsatz von objektiven Parametern mit Screeninginstrumenten. Selbstbefragungsinstrumente wie der AUDIT („alcohol use disorder identification test“; [e12]) oder der AUDIT-C (*Kasten 4*) (e13, 15) stellen ergänzende, hilfreiche Instrumente zur Unterstützung der Diagnostik in der Klinik und im allgemeinärztlichen Tätigkeitsbereich dar.

TABELLE

Spezifität und Sensitivität alkoholspezifischer Biomarker (nach 13)

Marker	Sensitivität (%)	Spezifität (%)
GOT	15–69	gering
GPT	18–58	gering
Gamm-GT	34–85	11–95
CDT	39–94	82–100
MCV	34–89	26–95

Für die Diagnosestellung entscheidend ist die klinisch operationalisierte Diagnostik des ICD-10 (*Kasten 1* und *2*), die das gleichzeitige Auftreten von drei der sechs genannten Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate verlangt.

Therapie der Alkoholabhängigkeit

In der Behandlung von Alkoholabhängigkeit unterscheiden wir nach einer Frühinterventions- und Motivationsphase (im hausärztlichen Setting oder in Suchtambulanz) die Akuttherapie (Entgiftung beziehungsweise die „qualifizierte Entzugsbehandlung“), und die Entwöhnungsbehandlung (in spezialisierten Zentren) gefolgt von einer Stabilisierungsphase.

Die Evidenzlage bezüglich der medikamentösen Strategien lässt gut gesicherte Aussagen zur Wirksamkeit der Pharmakotherapie zu (1, 15). Auch die Wirksamkeit der motivierenden Verfahren, gezielten Frühinterventionen sowie einzelner psychotherapeutischer Maßnahmen ist gut belegt (1).

Frühinterventionen mit dem Ziel der Beratung und des Aufbaus einer Behandlungsmotivation unter Einsatz der motivierenden Gesprächsführung erfolgen häufig im hausärztlichen Setting oder in psychosozialen Beratungsstellen, können sich aber genauso anlassbezogen am Arbeitsplatz oder im Zusammenhang mit anderen sozialen Folgen des Alkoholkonsums ergeben und verfolgen das Ziel, Sensibilisierung für die Alkoholproblematik, Bereitschaft zur Änderung des Verhaltens und Zugang zu einem Behandlungsangebot herzustellen. Wichtigstes Instrument ist der Aufbau einer empathischen Beziehung (16).

Psychometrische Evaluationsinstrumente

Neben den Klassifikationskriterien des ICD-10 unterstützen psychometrische Selbstbeurteilungsinstrumente (AUDIT, AUDIT-C) sowie eine alkoholspezifische Labordiagnostik (GGT, MCV, CDT und EtG) die Diagnosestellung.

Therapie

Die qualifizierte Entzugsbehandlung beinhaltet psychoedukative Maßnahmen zur Förderung der Krankheitseinsicht, Interventionen zur Motivationsförderung und gegebenenfalls eine medikamentöse Behandlung des Entzugssyndroms.

KASTEN 4

AUDIT-C (15)*

Wie oft trinken Sie Alkohol?	Punkte
nie	0
etwa 1 mal pro Monat	1
2–4 mal pro Monat	2
2–3 mal pro Woche	3
4 mal oder öfter pro Woche	4

Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?	Punkte
1 oder 2	0
3 oder 4	1
5 oder 6	2
7 oder 8	3
10 oder mehr	4

Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als sechs alkoholische Getränke getrunken?	Punkte
nie	0
seltener als 1 Mal pro Monat	1
1 Mal pro Monat	2
1 Mal pro Woche	3
täglich oder fast täglich	4

* Ein Glas Alkohol entspricht: 0,33 Liter Bier oder 0,25 Liter Wein oder Sekt oder 0,02 Liter Spirituosen. Ab 4 Punkten liegt bei Frauen und ab 5 Punkten bei Männern der Verdacht auf eine alkoholbezogene Störung vor.

Die Entgiftung erfolgt bei einem Entzugssyndrom mit dem Ziel, schwerwiegende Alkoholentzugssymptome oder ein komplizierendes Delirium tremens, eine Wernicke-Enzephalopathie, einen Grand-mal-Anfall oder eine zentrale pontine Myelinolyse zu verhindern. Sie wird bei zu erwartenden Komplikationen im stationären Rahmen durchgeführt. Werden begleitend motivationsfördernde psychoedukative Maßnahmen integriert, sprechen wir von einer qualifizierten Entzugsbehandlung mit einer Behandlungszeit von in der Regel drei Wochen (15). Diese qualifizierten Entzugsbehandlungen (in psychiatrischen Kliniken oder suchtspezifisch qualifizierten internistischen Kliniken) können, sofern kein schwerwiegendes Entzugssyndrom zu erwarten ist, auch im ambulanten Kontext oder in der tagesklinischen Versorgung angeboten werden.

Entgiftung

Entzugskrampfanfälle oder ein Delirium tremens sind die schwerwiegendsten Komplikationen des Alkoholentzugssyndroms.

Entgiftung

Entzugskrampfanfälle oder ein Delirium tremens sind die schwerwiegendsten Komplikationen des Alkoholentzugssyndroms. Im unbehandelten Fall liegt die Wahrscheinlichkeit für einen letalen Verlauf beim Delirium tremens zwischen 5 und 15 % (17, 18), die Wahrscheinlichkeit für ein epileptisches Ereignis im Rahmen des Entzugs wird mit etwa 10 % beziffert (18, 19).

Behandlungsschemata für Entzugssyndrome umfassen die an der Schwere der Entzugssymptomatik orientierte Eindosierung von Clomethiazol oder Benzodiazepinen (Lorazepam, Diazepam, Oxazepam oder Chlordiazepoxid) (19, 20), die im Verlauf von 7 Tagen in der Regel ausgeschlichen werden können. Die Gabe von Benzodiazepinen sollte in 2 bis 4 Portionen pro Tag erfolgen, bei der Gabe von Clomethiazol muss angesichts der kurzen Halbwertszeit eine raschere Reapplikation (alle 2 Stunden) vorgenommen werden. Alternativ stehen unter anderem noch Carbamazepin oder Oxcarbazepin für die Behandlung des Alkoholentzugssyndroms zur Verfügung (1, 15).

Inhalte der qualifizierten Entzugsbehandlung

Im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung sollen nicht nur schwerwiegende Komplikationen des Alkoholentzugs verhindert werden, sondern darüber hinaus eine Motivationsbehandlung zur Aufnahme einer langfristigen stabilen Abstinenz, gegebenenfalls unter therapeutischer Unterstützung und in Anbindung an das in Deutschland flächendeckend vorhandene Suchthilfe- und Selbsthilfesystem, eingeleitet werden.

Wesentliche Inhalte der Psychoedukation sind die Information über die grundsätzlichen Entwicklungsbedingungen der Abhängigkeit und eine Bilanzierung der Vor- und Nachteile der Abstinenz beziehungsweise des fortgesetzten Alkoholkonsums mit Techniken der motivierenden Gesprächsführung (e14). Die Einbeziehung von Angehörigen ergänzt diese ebenso wie auch Elemente aus dem sozialen Kompetenztraining, Entspannungstherapien, ergotherapeutische und physiotherapeutische Angebote.

Nach der Entgiftung

Einen Rückfall erleiden etwa 85 % der alkoholabhängigen Patienten, sofern der Entgiftungsbehandlung keine weiteren therapeutischen Maßnahmen folgen (21, 22). Die Erhöhung der langfristigen Abstinenzaussichten ist das wichtigste Ziel der Postakutbehandlung. Kurzfristige Entgiftungen sind nur sinnvoll, wenn postakut weiterführende Therapieangebote erfolgen. Diese sind sowohl im

Weiterführende therapeutische Maßnahmen

Einen Rückfall erleiden etwa 85 % der alkoholabhängigen Patienten, sofern der Entgiftungsbehandlung keine weiteren therapeutischen Maßnahmen folgen.

ambulanten, tagesklinischen oder stationären rehabilitativen sucht-spezifischen Setting möglich. Sie beinhalten in der Regel psychotherapeutische, in vielen Fällen verhaltenstherapeutisch konzipierte Angebote, Elemente aus dem sozialen Kompetenztraining, dem Stressbewältigungstraining, aus Reizexpositionsverfahren, Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement sowie dem Aufbau von Selbstkontrolle sowie Maßnahmen zum Wiederaufbau sozialer Ressourcen, berufsbezogene Maßnahmen und Arbeitsplatzsuche zur Förderung der Teilhabe. Verfahren aus der Verhaltenstherapie im Sinne einer alkoholspezifischen Psychotherapie entwickelten sich in den 1970er Jahren, die in den vergangenen Jahren um kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente ergänzt und erweitert wurden (22). Die Wirksamkeit einzelner Verfahren ist gut belegt, dies gilt insbesondere für Motivationstraining, ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training, Ablehnungstraining, soziales Kompetenztraining, Expositionsverfahren und gemeindenaher Verstärkermodelle.

Es fehlen allerdings Studien zum üblichen postakuten Behandlungsansatz (22).

Die Rehabilitation, Nachsorge und Re-Integration der Patienten in den Berufsalltag beziehungsweise in ein stabiles familiäres und soziales Umfeld sollte zudem immer die Einbindung in Selbsthilfegruppen beinhalten sowie die hausärztliche Nachsorge mit regelmäßigen Abstinenzkontrollen, Aktualisierungen der Bewältigungsfertigkeiten bei schwierigen Problemkonstellationen und ein wirksames Rückfallmanagement (1, 22).

Langfristige medikamentöse Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Sogenannte Anticraving-Medikamente können die Abstinenz unterstützen. Diese Medikamente sind unbedingt in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren und als Ergänzung anderer, verhaltensbezogener suchttherapeutischer Strategien anzusehen. Die in diesem Zusammenhang wichtige motivationale Unterstützung der Patienten kann im Rahmen regelmäßiger Gespräche in Suchtambulanz oder in der hausärztlichen Praxis erfolgen.

Zu den hierfür zugelassenen Substanzen gehören in Deutschland Acamprosat und der Opioid-Antagonist Naltrexon. In Metaanalysen werden beide als wirksam zur Rückfallprophylaxe beschrieben (23, 24) die „number needed to treat“ (NNT) beträgt in einer aktuellen Übersicht etwa 12 für Acamprosat und 20 für Naltrexon (25, 26).

Die früher in Deutschland verfügbare Aversionstherapie durch Gabe von Disulfiram ist nach Erlöschung der Zulassung in Deutschland kaum noch verfügbar. Die

Wirksamkeit der Aversivtherapie mit Disulfiram ist vor allem in Verbindung mit einer engmaschigen Therapie belegt (27–29). Wirkmechanismus ist in diesem Fall die irreversible Hemmung der Aldehyddehydrogenase und Akkumulation von toxischem Acetaldehyd mit den Folgen einer Gesichtsrötung, Tachykardie, Harndrang, Übelkeit und Kopfschmerz bei Konsum von Alkohol.

Eine weitere Substanz, die derzeit noch nicht in dieser Indikation zugelassen ist, ist der GABA_B-Agonist Baclofen (30). Hier besteht nur die Möglichkeit einer Off-Label-Behandlung.

Reduziertes Trinken Pro und Kontra

Das Thema des „reduzierten Trinkens“ (früher auch als „kontrolliertes Trinken“ bezeichnet), wird nach wie vor sehr heftig diskutiert (31, e15, e16).

Nach etlichen Studien (32, 33, e17) ist ein reduziertes Trinken zumindest in der Frühphase der Abhängigkeit und bei einer geringeren Zahl alkoholbedingter Probleme möglich. Dabei waren die Trinkmuster für 6 beziehungsweise 12 Monate stabil. Da nur selten über mittelfristige Untersuchungszeiträume hinaus auf Kontinuität in den Gruppen der gebesserten, abstinenten oder konsequent weiter Trinkenden geachtet wurde (34), lässt sich der Anteil der Personen, die reduziert trinken können, aber noch nicht endgültig abschätzen. Allerdings erreichen 10–30 % der Patienten während oder nach Teilnahme an Trinkmengenreduktionsprogrammen eine Abstinenz (e15).

Einzelne Untersuchungen zeigen (35), dass die Trinkmengenreduktion zwar funktioniert, aber Patienten mit einem Abstinenzziel (im Unterschied zu Personen mit dem Ziel des reduzierten Konsums) sowohl bezüglich der Abstinenz als auch des reduzierten Konsums besser abschneiden. Andererseits werden in der Betrachtung von abstinenzenorientierten Programmen häufig einzelne Zielgruppen außen vor gelassen. Dies gilt sowohl für die Gruppe der riskanten Konsumenten als auch für die schwer abhängigen, konstant Trinkenden beispielsweise aus der Obdachlosenszene. Hier liegen einzelne Studienansätze vor, die zeigen wollen, dass Schadensbegrenzung bei chronisch wohnsitzlosen Personen mit einer Alkoholabhängigkeit durch einen geregelten Zugang zum Alkohol mit einer Verbesserung der Lebensqualität und einer Reduktion unkontrollierten Trinkverhaltens einhergeht (36, 37). Im Zuge der Senkung des täglichen Alkoholkonsums ist darüber hinaus oft auch eine Vereinbarung neuer Therapieziele möglich (38). Diese Reduktionsprogramme enthalten neben dem Angebot einer medikamen-

Rezidivprophylaxe

Zur Rezidivprophylaxe stehen Acamprosat und Naltrexon als zugelassene Medikamente zur Verfügung.

Reduktionsprogramme

Ist eine abstinenzenorientierte Behandlung nicht möglich, existieren Behandlungsansätze zur kontrollierten Reduktion des Alkoholkonsums.

tösen Unterstützung insbesondere verhaltensorientierte Empfehlungen, wie mit Alkoholkonsum oder dem Alkoholtrinkverhalten umzugehen ist (36). Ungeachtet der in Studien belegten Vorteile dieses Behandlungsansatzes ist bei der Überführung in den Behandlungsalltag zu beachten, dass das Konzept des reduzierten Trinkens nicht Patienten, die eigentlich gute Prädiktoren für eine Abstinenz aufweisen, als Alternative zur Abstinenz angeboten wird und diese damit von der nach jetziger Studienlage wirksamsten und sichersten Behandlung abgehalten werden. Ein schädlicher Konsum ohne Abhängigkeit, eine fehlende Abstinenzmotivation oder mehrfach gescheiterte professionell unterstützte Abstinenzversuche ohne weitere Abstinenzmotivation könnten dagegen Indikationskriterien für das „reduzierte Trinken“ sein.

Mit der Untersuchung der Wirksamkeit von Nalmefen, einem Opiatmodulator (Antagonist am μ - und δ -Rezeptor und partieller Agonist am κ -Rezeptor), wurde die Diskussion um die Möglichkeiten, einen stabilisierten reduzierten Konsum zu ermöglichen, neu aufgenommen. Drei aktuelle Studien (und eine frühere aus Finnland) zeigten zunächst, dass bereits in den Gruppen mit Beratung und Placebo – bei vorhandenem signifikanten moderaten Zusatzeffekt für Nalmefen – eine Reduktion der Trinkmengen auf rund 60 % über sechs beziehungsweise zwölf Monate möglich war (39). Darin sehen die Protagonisten des reduzierten Trinkens einen starken Hinweis auf die empirische Gültigkeit des Konzeptes. Zu beachten ist die Beschränkung der Indikation auf Personen ohne bekannte körperliche Entzugserscheinungen, bei denen keine sofortige Entgiftung erforderlich ist. Nalmefen sollte nur in Kombination mit psychosozialer Unterstützung verschrieben werden. Die Behandlung sollte zudem nur bei Patienten begonnen werden, deren Alkoholkonsum sich innerhalb von 14 Tagen nach der Erstuntersuchung weiterhin auf einem hohen Risikoniveau befindet. Weiterhin kann eine Verordnung von Nalmefen nur für drei, in begründeten Ausnahmefällen für maximal sechs Monate erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht für Nalmefen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie Naltrexon keinen Zusatznutzen (40).

Leitliniengerechtes Vorgehen

Am 30. Januar 2015 wurden die aktuellen S3-Leitlinien für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit und Tabakabhängigkeit veröffentlicht und ins Internet gestellt (1, 15). Daraus resultierten Behandlungsempfehlungen, die ausführlich über Hintergrundtexte begründet und durch Literaturverweise gestützt sind.

Stabilisierter reduzierter Konsum

Die Diskussion um die Möglichkeit eines stabilisierenden reduzierten Konsums wurde mit der Untersuchung der Wirksamkeit von Nalmefen, einem Opiatmodulator, wieder aufgenommen.

Interessenkonflikt

Prof. Batra erhielt Drittmittelzuwendungen für die Teilnahme an einer multizentrischen Studie von Alkermes.

Dr. Müller erhielt Honorare für die Vorbereitung von wissenschaftlichen Tagungen sowie Gelder für ein Forschungsvorhaben von Lundbeck.

Prof. Mann wurde für Beratertätigkeiten von der Firma Lundbeck honoriert. Des Weiteren erhielt er Erstattung von Teilnahmegebühren für Kongresse, Reise- und Übernachtungskosten, Honorare für die Vorbereitung von wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen, Honorare für eine Autorenschaft im Rahmen einer Publikation, bei der Bezug zum Thema besteht sowie Gelder für ein von ihm initiiertes Forschungsvorhaben von Lundbeck.

Prof. Heinz erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 23. 6. 2015, revidierte Fassung angenommen: 9. 3. 2016

LITERATUR

- Mann K, Hoch E, Batra A: S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Heidelberg: Springer 2015.
- Rocco A, Compare D, Angrisani D, Sanduzzi Zamparelli M, Nardone G: Alcoholic disease: liver and beyond. *World J Gastroenterol* 2014, 20: 14652–9.
- Mukamal KJ, Jadhav PP, D'Agostino RB, et al.: Alcohol consumption and hemostatic factors: analysis of the Framingham Offspring cohort. *Circulation* 2001, 104: 1367–73.
- Knott CS, Coombs N, Stamatakis E, Biddulph JP: All cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analyses of up to 10 population based cohorts. *BMJ* 2015; 350: h 384.
- Landgraf MN, Nothaber M, Kopp IB, Heinen F: Clinical practice guideline: The diagnosis of fetal alcohol syndrome. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110: 703–10.
- Statistisches Bundesamt: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/DiagnosenInsgesamt.html;jsessionid=BC1BFC5DDBFD748FC963F019695C9656.cae3 (last accessed on 13 November 2015).
- Nath B, Li Y, Carroll JE, Szabo G, Tseng JF, Shah SA: Alcohol exposure as a risk factor for adverse outcomes in elective surgery. *J Gastrointest Surg* 2010; 14: 1732–41.
- Rüther T, Bobes J, De Hert M, et al.: EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry* 2014; 29: 65–82.
- Di Chiara G, Imperato A: Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1988; 85: 5274–8.
- Duncan J, Johnson S, Ou XM: Monoamine oxidases in major depressive disorder and alcoholism. *Drug Discov Ther* 2012; 6: 112–22.
- Ho PS, Shih MC, Ma KH, et al.: Availability of the serotonin transporter in patients with alcohol dependence. *World J Biol Psychiatry* 2011; 12: 134–42.
- Heinz AJ, Beck A, Meyer-Lindenberg A, Sterzer P, Heinz A: Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews Neuroscience* 2011; 12: 400–13.
- Hannuksela ML, Liisanantti MK, Nissinen AET, Savolainen MJT: Biochemical markers of alcoholism. *Clin Chem Lab Med* 2007; 45: 953–61.

14. 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: 431–7.

15. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.: *Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung. AWMF S3 Leitlinie.* www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001_S3-Leitlinie_Alkohol_2015-04.html (last accessed on 13 November 2015).

16. Norcross JC, Wampold BE: Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)* 2011; 48: 98–102.

17. Erwin WE, Williams DB, Speir WA: Delirium tremens. *South Med J* 1998; 91: 425–32.

18. Zilker T: Alkoholentzugssyndrom und Delirium tremens. *MMW* 1999; 141: 26–30.

19. Hillbom M, Pienkeroinen I, Leone M: Seizures in alcohol-dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs* 2003; 17:1013–30.

20. Lutz U, Batra A: Diagnostik und Therapie des Alkoholentzugssyndroms: Fokus auf Delirium tremens und Entzugskrampfanfall. *Psych Praxis* 2010; 37: 271–8.

21. Boothby LA, Doering RL: Acamprosate for the treatment of alcohol dependence. *Clin Ther* 2005; 27: 695–14.

22. Walter M, Dürsteler KM, Petitjean SA, Wiesbeck GA, Euler S, Sollberger D: Psychosocial treatment of addictive disorders—an overview of psychotherapeutic options and their efficacy. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2015; 83: 201–10.

23. Mann K, Lehert P, Morgan MY: The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28: 51–63.

24. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M: Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (12): CD001867.

25. Jonas DE, Arnick HR, Feltner C, et al.: Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014; 311: 1889–900.

26. Mann K, Leménager T, Hoffmann S, et al.: Results of a double-blind placebo controlled pharmacotherapy trial in alcoholism conducted in Germany and comparison with the US COMBINE study. *Addict Biol* 2013; 18: 937–46.

27. Krampe H, Ehrenreich H: Supervised disulfiram as adjunct to psychotherapy in alcoholism treatment. *Curr Pharm Des* 2010; 16: 2076–90.

28. Niederhofer H, Staffen W: Comparison of disulfiram and placebo in treatment of alcohol dependence of adolescents. *Drug Alcohol Rev* 2003; 22: 295–7.

29. Krampe H, Stawicki S, Wagner T: Follow-up of 180 alcoholic patients for up to 7 years after outpatient treatment: impact of alcohol deterrents on outcome. *Alcohol Clin Exp Res* 2006; 30: 86–95.

30. Müller CA, Geisel O, Pelz P: High-dose baclofen for the treatment of alcohol dependence (BACLAD study): A randomized, placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2015; 8: 1167–77.

31. Körkel J: Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht* 2015; 6: 147–74.

32. Feuerlein W, Küfner HA: prospective multicenter study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1989; 239: 144–57.

33. Mann K, Schäfer DR, Längle G, Ackermann K, Croissant B: The long-term course of alcoholism, 5, 10 and 16 years after treatment. *Addiction* 2005; 100: 797–805.

34. Gual A, Bravo F, Lligoña A, Colom J: Treatment for alcohol dependence in Catalonia: health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol and alcoholism* 2009; 44: 409–15.

35. Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick D: Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol Alcohol* 2010; 45: 136–42.

36. Collins SE, Malone DK, Clifasefi SL: Housing retention in single-site housing first for chronically homeless individuals with severe alcohol problems. *Am J Public Health* 2013; 103: 269–74.

37. Collins SE, Clifasefi SL, Dana EA, et al.: Where harm reduction meets housing first: exploring alcohol's role in a project-based housing first setting. *Int J Drug Policy* 2012; 23: 111–9.

38. Collins SE, Grazioli VS, Torres NI, et al.: Qualitatively and quantitatively evaluating harm-reduction goal setting among chronically homeless individuals with alcohol dependence. *Addict Behav* 2015; 45: 184–90.

39. van den Brink W, Sørensen P, Torup L, Mann K, Gual A: Long-term efficacy, tolerability and safety of nalmefene as-needed in patients with alcohol dependence: A 1-year, randomised controlled study. *J Psychopharmacol* 2014; 28: 733–44.

G-BA: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2179/2015-02-19_AM-RL-XII_Nalmefen_2014-09-01-D-127_BAnz.pdf (last accessed on 12 February 2016).

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Charité Mitte (CCM)
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
andreas.heinz@charite.de

Zitierweise

Batra A, Müller CA, Mann K, Heinz A: Alcohol dependence and harmful use of alcohol—diagnosis and treatment options. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 301–10. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0301



The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt-international.de

Zusatzmaterial

Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:
www.aerzteblatt.de/lit1716 oder über QR-Code



Weitere Informationen zu cme

Dieser Beitrag wurde von der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung zertifiziert. Die erworbenen Fortbildungspunkte können mit Hilfe der Einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN) verwaltet werden.

Unter cme.aerzteblatt.de muss hierfür in der Rubrik „Persönliche Daten“ und bei der Registrierung die EFN in das entsprechende Feld eingegeben werden und durch Bestätigen der Einverständniserklärung aktiviert werden.

Die 15-stellige EFN steht auf dem Fortbildungsausweis.

Wichtiger Hinweis

Die Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung ist ausschließlich über das Internet möglich: cme.aerzteblatt.de. Einsendeschluss ist der 24. 7. 2016.

Einsendungen, die per Brief oder Fax erfolgen, können nicht berücksichtigt werden.

Die cme-Einheit „Akuter lumbaler Rückenschmerz“ (Heft 13/2016) kann noch bis zum 26. 6. 2016 bearbeitet werden.

Die cme-Einheit „Evidenzbasierte Behandlung der Leistenhernie“ (Heft 9/2016) kann noch bis zum 29. 5. 2016 bearbeitet werden.

Die cme-Einheit „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ (Heft 5/2016) ist noch bis zum 1. 5. 2016 freigeschaltet.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen für die Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung. Pro Frage ist nur eine Antwort möglich. Bitte entscheiden Sie sich für die am ehesten zutreffende Antwort.

Frage Nr. 1

Wie viele Personen der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland erfüllen die diagnostischen Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit?

- a) 0,8 Millionen
- b) 1,8 Millionen
- c) 2,8 Millionen
- d) 3,8 Millionen
- e) 4,8 Millionen

Frage Nr. 2

Die kombinierte Bestimmung welcher Parameter scheint die höchste Spezifität und Sensitivität für den Nachweis eines chronischen Alkoholkonsums zu haben?

- a) Blutgasanalyse/Kreatinkinase
- b) Kohlenmonoxidkonzentration in der Ausatemluft/Nüchternblutzucker
- c) Erythrozytenkonzentration/Harnstoffkonzentration im Urin
- d) Methanol/Aceton
- e) Gamma-GT/kohlenhydratdefizientes Transferrin

Frage Nr. 3

Welche Substanzen zur Abstinenzhaltung bei Alkoholabhängigkeit sind in Deutschland zugelassen?

- a) Acamprosat und Naltrexon
- b) Nalmefen und Baclofen
- c) Clomethiazol und Disulfiram
- d) Lorazepam und Diazepam
- e) Oxazepam und Chlordiazepoxid

Frage Nr. 4

Was ist ein empfohlenes Element einer qualifizierten Entgiftung?

- a) Heilfasten
- b) tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- c) motivierende Gesprächsführung
- d) Kreativtherapie
- e) biografische Anamnese

Frage Nr. 5

Was ist eines der 11 diagnostischen Kriterien für eine alkoholbezogene Störung nach DSM-5?

- a) Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung bedingt durch dieselbe Substanz zum gleichen Zeitpunkt nicht zu.
- b) Craving, das starke Verlangen nach der Substanz
- c) Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.
- d) gestörtes Verhalten, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann
- e) deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch für die Störung verantwortlich ist

Frage Nr. 6

Wie lässt sich die Entstehung der Alkoholabhängigkeit neuropsychologisch erklären?

- a) Alkohol setzt wie andere Drogen Dopamin im sogenannten Belohnungssystem (u. a. Nucleus accumbens) frei und verstärkt so den Alkoholkonsum.
- b) Durch den chronischen Alkoholkonsum kommt es zu einer Reduktion der Empfindlichkeit von GABA_B-Rezeptoren.
- c) Ursache ist ein genetisch bedingter erhöhter Kalziumeinstrom durch die geöffneten Ionenkanäle der NMDA-Rezeptoren.
- d) Eine verstärkte Histonmodifikation der DRD3-Gene im Striatum ist Ursache für die Chronifizierung.
- e) Durch den Alkoholkonsum werden verstärkt Acetylcholin-Rezeptoren exprimiert, wodurch es zur Toleranzentwicklung kommt.

Frage Nr. 7

Was sind die schwerwiegendsten Komplikationen des Alkoholentzugssyndroms?

- a) Krampfanfälle oder Delirium tremens
- b) Tremor oder Hyperhidrose
- c) Insomnie oder Restless-Legs-Syndrom
- d) Pruritus oder Ulzera
- e) Schlafapnoe oder Visusveränderungen

Frage Nr. 8

Etwa wie viel Prozent der alkoholabhängigen Patienten erleiden einen Rückfall, wenn nach der Entgiftungsbehandlung keine weiteren therapeutischen Maßnahmen folgen?

- a) 55 %
- b) 65 %
- c) 75 %
- d) 85 %
- e) 95 %

Frage Nr. 9

Was könnte ein Indikationskriterium für das „reduzierte Trinken“ sein?

- a) schädlicher Alkoholkonsum mit nachweisbarer Abhängigkeit
- b) mehrfach gescheiterte professionell unterstützte Abstinenzversuche
- c) hohe Eigenmotivation für eine Abstinenz
- d) das Vorliegen stabiler sozialer Prädiktoren
- e) das Fehlen von Selbsthilfegruppen in der näheren Umgebung

Frage Nr. 10

Wie hoch ist circa der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol in Deutschland pro Jahr?

- a) 6 L
- b) 8 L
- c) 10 L
- d) 12 L
- e) 14 L

Zusatzmaterial zu:

Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol Diagnostik und Behandlungsoptionen

Anil Batra, Christian A. Müller, Karl Mann, Andreas Heinz

Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 301–10. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0301

eLITERATUR

- e1. Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C, John U: Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: DHS (eds): Jahrbuch Sucht 2015, Lengerich: Pabst 2015.
- e2. Pabst A, Kraus L, Matos EGD, Piontek D: Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: DHS (eds): Jahrbuch Sucht 2013, Lengerich: Pabst 2013.
- e3. John U, Hanke M: Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country Germany. *Alcohol Alcoholism* 2002; 37: 581–5.
- e4. Effertz T: Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlicher Konsumgüter – Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag 2015.
- e5. Seitz HK, Bühringer G, Mann K: Grenzwerte für den Konsum alkoholhaltiger Getränke. In: DHS (eds): Jahrbuch Sucht 2008, Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft mbH 2009.
- e6. DiFranza JR, Guerrera MP: Alcoholism and smoking. *J Stud Alcohol*. 1990; 51: 130–5.
- e7. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P: DSM-III-R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction*. 1994; 89: 743–54.
- e8. Heinz A, Batra A, Scherbaum N, Gouzoulis-Mayfrank E: Neurobiologie der Abhängigkeit: Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- e9. Dilling H, Mombour W: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Aufl., Bern: Huber 2013.
- e10. Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5. Göttingen: Hogrefe 2014.
- e11. Maier W, Falkai P, Heinz A: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Wann wird seelisches Leiden zur Krankheit? Zur Diskussion um das angekündigte Diagnosesystem DSM-V. www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/DGPPN-Stellungnahme_DSM-5_Final.pdf (last accessed on 1 December 2015).
- e12. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization 2001.
- e13. Levola J, Aalto M: Screening for at-risk drinking in a population reporting symptoms of depression: a validation of the AUDIT, AUDIT-C, and AUDIT-3. *Alcohol Clin Exp Res* 2015; 39: 1186–92.
- e14. Miller WR, Rollnick S: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag (3rd edition) 2015.
- e15. Körkel J: Kontrolliertes Trinken: Vom Abstinenzfundamentalismus zur bedarfsgerechten Behandlungsoptimierung. *Sucht aktuell* 2001; 8: 16–23.
- e16. Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AKT). *Sucht* 46, 457–8.
- e17. Mann K, Batra A: Community based management of alcohol dependent patients. Evaluation of a combined inpatient and ambulatory treatment concept. *Psychiatr Prax* 1993; 20: 102–5.