

Hintergrund

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

### **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, insbesondere in den Bereichen der Akutmedizin und der Rehabilitation. Gleichzeitig bestehen erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit Suchtpatienten. Hinzu kommen Wissenslücken, etwa was die Chancen einer modernen Suchttherapie anbelangen. Therapeutischer Nihilismus ist weit verbreitet und wird mit jedem rückfälligen Patienten scheinbar bestätigt. Auch heute wird noch vielfach bezweifelt, dass Alkoholabhängigkeit überhaupt eine Krankheit ist. Die privaten Krankenkassen schließen Leistungen für Suchtkranke weiterhin aus. Nur als Folge einer höchststrichterlichen Rechtsprechung wurde Alkoholabhängigkeit 1968 als Krankheit anerkannt. Damit ist die Situation für Alkoholabhängige besser als für Tabakabhängige, wo weiterhin von einem „Lifestyleproblem“ ausgegangen wird, für dessen Behandlung die Krankenkassen generell nicht zuständig sind.

Doch inzwischen lassen sich die Konsequenzen des Alkoholkonsums in der Bevölkerung durch Fortschritte in der „Public Health Forschung“ sehr genau beziffern. 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). Die Deutschen gehören sogar zu den führenden Nationen weltweit: Alkohol- und Tabakkonsum bedingen hierzulande zusammen 20 % des Risikos für die Gesamtheit aller Erkrankungen (Männer). Da wirksame verhältnispräventive Maßnahmen, wie eine Erhöhung der Alkoholsteuer oder ein konsequentes Werbeverbot, anders als in anderen europäischen Ländern bisher nicht umgesetzt werden (Adams & Effertz 2011), ist auch in Zukunft mit einem erheblichen Beitrag des Alkoholkonsums für die globale Krankheitslast in unserem Land 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 liegen mit mindestens 30 Milliarden Euro pro Jahr 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 sind 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): Die suchtmmedizinischen Abteilungen der Psychiatrischen Kliniken behandeln pro Jahr etwa 200.000 „Fälle“ mit Alkoholdiagnose. In den somatischen Abteilungen der Krankenhäuser finden sich mehr als 335.000 Patienten mit einer ihren Beschwerden zugrunde liegenden Alkoholproblematik. 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. Die damit verbundene Senkung der Eingangsschwellen soll deutlich mehr Menschen in eine Beratung und Behandlung führen 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). Die neue S3-Leitlinie schlug den aufwendigsten Weg ein: eine umfassende Prüfung der vorhandenen Evidenzen der englisch- und deutschsprachigen Literatur mit einer im Konsens aller beteiligten Personen und Organisationen formulierten Empfehlung. Enormes Verbesserungspotenzial sieht die Leitlinie in der Früherkennung und Frühintervention, die in Deutschland dringend flächendeckend zu etablieren sind. Die Grundlage hierfür soll die vorliegende S3-Leitlinie schaffen.

### **Ziel und Beteiligte der S3-Leitlinienentwicklung**

Die vorliegende Behandlungsleitlinie adressiert „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 formuliert sie Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Menschen höheren Alters, Frauen und Schwangere sowie Menschen mit komorbiden körperlichen und psychischen Erkrankungen.

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 sogenannten „Off-Label-Use“ mit den entsprechenden Zulassungsbestimmungen eines Arzneimittels hingewiesen.

Prof. Karl Mann, MD  
Central Institute of Mental Health  
Medical Faculty Mannheim  
University of Heidelberg  
Immediate Past President, European Federation of Addiction Societies (EUFAS)

Dr. Eva Hoch  
Department of Addictive Behavior and Addiction Medicine  
Central Institute of Mental Health  
University of Heidelberg