

ALKOHOL ABHÄNGIGKEIT

Nickname:

Fjolla

Die genutzte Literatur für den Podcast und diese PowerPoint-Präsentation basiert auf einer Fachdatenbankrecherche in der Datenbank PubMed. Hier habe ich verschiedene Suchbegriffe genutzt und Fachartikel gewählt, die sich mit “Alcohol Use Disorder” befassen.

Weiter habe ich sich aus den Artikeln ergebene weitere Literatur genutzt. Außerdem zwei Artikel, die ich über die Seite der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen ermittelt habe, u.a. das Jahrbuch Sucht 2025.

Alkoholabhängigkeit = Alcohol Use Disorder = AUD

Das Störungsbild ist definiert durch ein Muster körperlicher und verhaltensbezogener Symptomen, die auf Alkoholkonsum folgen Teil 1:

Zentrale Merkmale der Erkrankung

Entzugssymptome

Toleranzentwicklung

Craving (starkes Verlangen)

Verfestigtes Konsummuster

Wiederholter, intensiver Konsum

Viel Zeit wird für Beschaffung und Konsum von Alkohol aufgewendet

Craving

Starkes, kaum kontrollierbares Verlangen nach Alkohol

Beeinträchtigt andere Gedanken (Gedankenschleifen, die sich um den Alkoholkonsum drehen)

> führt häufig zu erneutem Konsum

Alkoholabhängigkeit = Alcohol Use Disorder = AUD

Das Störungsbild ist definiert durch ein Muster körperlicher und verhaltensbezogener Symptomen, die auf Alkoholkonsum folgen Teil 2:

Alkoholentzugssyndrom

Entzugssymptome beginnen ca. 4–12 Stunden nach Reduktion/Absetzen bei starkem, langandauerndem Konsum

Entzug ist oft unangenehm und intensiv

Weitertrinken trotz negativer Folgen, um Entzug zu lindern oder zu vermeiden

Manche Entzugssymptome (z. B. Schlafstörungen) können über Monate anhalten

Leistungs- und Funktionsbeeinträchtigungen

Verschlechterung und Fernbleiben von Schul- und Arbeitsleistung; Vernachlässigung von Kindererziehung und Haushaltsverantwortung

körperl. Probleme durch Nachwirkungen des Konsums oder akute Intoxikation

Risikokonsum

Alkoholkonsum in gefährlichen Situationen z. B. Autofahren, Schwimmen, Bedienen von Maschinen

Weitertrinken trotz bekannter Schäden: Körperlich: Blackouts, Lebererkrankungen; Psychisch: z. B. Depression

Sozial/interpersonell: Gewalt gegenüber z.B. Partnern, Kindern während Intoxikation

Diagnosemanuale

Alkoholabhängigkeit wird anhand verschiedener Klassifikationssysteme diagnostiziert, die auch Grundlage der Abrechnung sind.

In Deutschland erfolgt die Abrechnung derzeit über die ICD-10 Codierung.

Eine weitere Klassifikation ist die DSM-5 sie unterscheidet feiner zwischen leichtem, mittlerem und schwerem Alkoholmissbrauch (Alkoholabhängigkeit). Die genauen Kriterien können hier nicht abgebildet werden sind aber im Internet verfügbar.

ICD 10 Skala

International Classification of Disease

Bei der ICD 10 Klassifikation müssen von Zur Diagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms nach ICD-10 müssen mindestens drei von sechs Kriterien während des letzten Jahres gleichzeitig erfüllt gewesen sein. Die Kriterien entsprechen den Hauptmerkmalen des Störungsbildes Alkoholabhängigkeit. es gibt keine Feinabstufung.

DSM 5

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

Im DSM-5 fasst die Alkoholgebrauchsstörung (Alcohol Use Disorder) 11 Kriterien.

Die Diagnose wird gestellt, wenn mindestens 2 von 11 innerhalb von 12 Monaten erfüllt sind.

Schweregrad:

- 2–3 Kriterien: leicht
- 4–5 Kriterien: mittel
- ≥ 6 Kriterien: schwer

Wichtig: DSM-5 fasst Missbrauch und Abhängigkeit zusammen. Es gibt keine getrennten Kategorien mehr wie in der ICD-10.

Prävalenz

Alkoholkonsum von 18 - 64 jährigen in Deutschland / Erhebungsjahr 2021

70,6 % konsumieren Alkohol

65,9 % weiblich

74,8 % männlich

23,5% bejahen episodisches Rauschtrinken

15,5 % weiblich

31,2 % männlich

15,4 % bejahen riskanten Konsum

15,8 männlich

15,1 weiblich

Prävalenz

Alkoholmissbrauch und - abhängigkeit von 18 - 64 jährigen
in Deutschland / Erhebungsjahr 2019

2,8 % erfüllen die Missbrauchskriterien nach DSM IV (Vorgänger DSM V)

1,5 % weiblich

4,0 % männlich

3,1% erfüllen die Abhängigkeitskriterien nach DSM IV (Vorgänger DSM V)

1,7 % weiblich

4,5 % männlich

Prävalenz

Morbidität 2023

Verhaltensstörungen durch Alkohol 5 häufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern =

232.737 Behandlungsfälle

davon 169.790 männlich und 62.947 weiblich

ICD 10 F10.XX Diagnosen waren 2023

auf Platz 3 der Hauptdiagnosen bei Männern

Ursachentheorien für Alkoholabhängigkeit = Multifaktoriell

vgl. Wietkiewitz et al (2019)

Genetische Disposition 50%

belegt durch Zwillings und Adoptionsstudien

vgl. Verhulst et al. (2015); vgl. Falkai et al. (2018)

Neurobiologische Erklärungsmodell

Abhängigkeit entsteht durch Allostase (Anpassung des Körpers an Stress)
und Anpassung verschiedener Gehirnareale

vgl. Koob et al. (2014); Koob et al. (2016); Koob et al. (2024)

Psychosoziale Faktoren

Früher Erstkonsum

vgl. Sartor et al. (2009); vgl. Falkai et al. (2018)

Soziale Umgebung und Umwelteinflüsse

vgl. Chartier et al. (2017); vgl. Falkai et al. (2018)

Diagnostik der Alkoholabhängigkeit

Screening durch standardisierte Screeninginstrumente

Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test)

> Selbsteinschätzungsbogen mit 10 Fragen; Ergebnisse konsistent; Kommt zu falsch positiven Ergebnissen, aber wenig falsch negative Ergebnisse

vgl. Dybek et al. (2006); vgl. Bradley et al. (1998)

Cage Fragebogen

> Besteht nur aus 4 Fragen, Selbsteinschätzungsbogen wie der Audit auch.

vgl. Dybek et al. (2006); vgl. Bradley et al. (1998)

Vergleichsstudie zeigt, dass der AUDIT besser geeignet ist um schädlichen Konsum zu erfassen vgl. Bradley et al. (1998)

Diagnostik der Alkoholabhängigkeit

Ergänzende Diagnostik durch Blutwerte

Hinweis, keine Diagnose

Dienen zur Identifikation & Verlaufskontrolle

Blutalkoholkonzentration

150 mg/dl ohne Intoxikation = Toleranzverdacht

200 mg/dl = schwere Intoxikation bei Nicht-Toleranten

vgl. Falkai et al. (2018)

Diagnostik der Alkoholabhängigkeit

Wichtige Labormarker

Gamma-GT (GGT) (>35)

Sensitiv für starken Konsum

ca. 70 % der Personen mit hohem Wert = schwere Trinker

CDT (≥ 20)

sehr spezifisch für chronisch schweren Konsum

Gamma-GT + CDT = Beste Sensitivität & Spezifität

Beide Blutwerte normalisieren sich nach Abstinenz

Gut zur Rückfallkontrolle

vgl. Falkai et al. (2018); Wisch / Koopmann (2021)

**Diagnosestellung erfolgt durch standardisierte Skalen (in DE
meist durch ICD 10 Skala)**

Grundvoraussetzung der qualifizierter Entzug

Die akute Entzugsbehandlung ist keine Psychotherapie, sondern eine medizinische Notfallintervention. Ziel ist nicht Abstinenzmotivation, sondern die Vermeidung potenziell lebensbedrohlicher Komplikationen.

Ein Alkoholentzug kann tödlich verlaufen. Zu den relevanten Risiken gehören:

Krampfanfälle

Delirium tremens

schwere autonome Dysregulation mit Tachykardie, Hypertonie und Fieber

Das Delirium tremens tritt unbehandelt bei etwa 5 % der Abhängigen auf, die Letalität lag historisch bei bis zu 20 %, ist heute bei adäquater Behandlung deutlich geringer.

Entzug sollte bei schwere Anhängigkeit in Klinik behandelt und medikamentös unterstützt werden

Therapieansätze

Ein Entzug alleine reicht nicht aus.

Ohne weitere Therapien gibt es hohe Rückfallraten.

vgl. Cheng u.a. (2020)

Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)

Ziel:

Copingstrategien aufbauen

Rückfallauslöser erkennen

Verhalten in Risikosituationen verändern

Studie von Magill u.a. (2019) zeigt, dass CBT besser als keine Therapie wirkt

CBT kann Abstinenz positiv beeinflussen

Andere Verfahren (z. B. die motivierende Kurzintervention) sind ebenfalls wirksam

CBT ist diesen Verfahren nicht überlegen

vgl. Magill et al. (2009); vgl. Magill et al. (2019)

12 Schritte Plan der Anonymen Alkoholiker

Selbsthilfeprogramm der Anonymen Alkoholiker (AA), weltweit verfügbar, auch online

Ziel: vollständige Abstinenz

Prinzipien: Übernahme persönlicher Verantwortung

Ehrliche Aufarbeitung der eigenen Vergangenheit

Konkrete Verhaltensänderung

Unterstützung durch:

Regelmäßige Meetings

Einen persönlichen Mentor (Sponsor), der das Programm selbst durchlaufen hat

Kein Ersatz für einen qualifizierten Entzug

12 Schritte Plan der Anonymen Alkoholiker

Wirksamkeit für viele Betroffene durch klare Struktur, Konsequenz und gegenseitige Unterstützung

Lange fehlte die wissenschaftliche Evidenz des Programm, welches mit Glaubenssätzen arbeitet

Eine Metaanalyse aus 2020 von Kelly u.a. konnte folgendes feststellen:

Der AA 12-Schritte Plan ist wirksamer als andere etablierte Behandlungen (z. B. CBT, MET), wenn Abstinenz das Ziel ist.

Teilnehmer bleiben länger und häufiger vollständig abstinent (1-3 Jahre)

Der 12 Schritte Plan führt zu höherer Therapietreue und längerer Teilnahme.

Kelly u.a. betonen ausdrücklich: Der frühere Vorwurf „AA ist nicht evidenzbasiert“ ist wissenschaftlich nicht haltbar.

Medikamentöse Behandlung

Es gibt verschieden Medikamente, die eingesetzt werden.

Metaanalyse aus 2024 zeigt:

Naltrexon (oral, 50 mg) hat unter den getesteten Substanzen den überzeugendsten Effekt auf die Reduktion des Trinkens und die Rückfallquote

Acamprosate zeigt Vorteile, stabilisiert Abstinenz

Disulfiram zeigt eine hohe Abbruchrate

Unsicher ist inwieweit auch gleichzeitig durchgeführte Psychotherapie den Effekt beeinflusst.

Therapie

Eine Studie von Tareen u.a. aus 2024 hat sich mit der CBT und medikamentöser Behandlung bei schwer alkoholabhängigen Menschen beschäftigt. Sie kommt zu dem Schluss das psychotherapeutische Interventionen und medikamentöse Therapie gemeinsam am effektivsten sind.

vgl. Tareen et al. (2024)

Umfassende Behandlung bringt des höheren Effekt:

Abstinenzraten:

<3% nach rein körperlichem Entzug,

32-46% nach qualifiziertem Entzug,

53% nach stationärer Entwöhnung.

vgl. Wisch / Koopmann (2021)

Literaturverzeichnis

Atzendorf, J. et al. (2019): Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, 116(35-36), 577–584.

Bradley, K. A., Bush, K. R., McDonell, M. B., Malone, T., & Fihn, S. D. (1998). Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Journal of general internal medicine, 13(6), 379–388. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00118.x>

Chartier, K. G., Karriker-Jaffe, K. J., Cummings, C. R., & Kendler, K. S. (2017). Review: Environmental influences on alcohol use: Informing research on the joint effects of genes and the environment in diverse U.S. populations. The American journal on addictions, 26(5), 446–460. <https://doi.org/10.1111/ajad.12478>

Cheng, H. Y., McGuinness, L. A., Elbers, R. G., MacArthur, G. J., Taylor, A., McAleenan, A., Dawson, S., López-López, J. A., Higgins, J. P. T., Cowlshaw, S., Lingford-Hughes, A., Hickman, M., & Kessler, D. (2020). Treatment interventions to maintain abstinence from alcohol in primary care: systematic review and network meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.), 371, m3934. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3934>

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2025). DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst. Online verfügbar unter <https://www.dhs.de/unsere-arbeit/dhs-jahrbuch-sucht>.

Literaturverzeichnis

Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U., John, U., Broocks, A., Hohagen, F., & Rumpf, H. J. (2006). The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *Journal of studies on alcohol*, 67(3), 473–481. <https://doi.org/10.15288/jsa.2006.67.473>

Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., & Zaudig, M. (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5* (2., korrigierte Auflage). Hogrefe.

Jonas, D. E., Amick, H. R., Feltner, C., Bobashev, G., Thomas, K., Wines, R., Kim, M. M., Shanahan, E., Gass, C. E., Rowe, C. J., & Garbutt, J. C. (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 311(18), 1889–1900. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3628>

Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD012880. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2>

Kiefer, F., Hoffmann, S., Hoch, E., Mann, K. (2020). 1. Einleitung und Definition. In: S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (Kurzfassung; AWMF-Register-Nr. 076-001). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT). (2020). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-001k_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2025-01-verlaengert.pdf – zuletzt geöffnet 14.12.2025

Literaturverzeichnis

- Koob, G. F., Buck, C. L., Cohen, A., Edwards, S., Park, P. E., Schlosburg, J. E., Schmeichel, B., Vendruscolo, L. F., Wade, C. L., Whitfield, T. W., Jr, & George, O. (2014). Addiction as a stress surfeit disorder. *Neuropharmacology*, 76 Pt B(0 0), 370–382.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Koob, G. F. (2024). Alcohol Use Disorder Treatment: Problems and Solutions. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 64, 255–275. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-031323-115847>)
- Kranzler H. R. (2023). Overview of Alcohol Use Disorder. *The American journal of psychiatry*, 180(8), 565–572. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230488>
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(4), 516–527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(12), 1093–1105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>

Literaturverzeichnis

Rauschert, C. et al. (2022). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. Dt. Ärzteblatt, 119(31–32), 527–534.

Sachdeva, A., Choudhary, M., & Chandra, M. (2015). Alcohol Withdrawal Syndrome: Benzodiazepines and Beyond. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR, 9(9), VE01–VE07. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13407.6538>

Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Martin, N. G., & Heath, A. C. (2009). Timing of first alcohol use and alcohol dependence: evidence of common genetic influences. Addiction (Abingdon, England), 104(9), 1512–1518. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02648.x>

Tareen, K., Clifton, E. G., Perumalswami, P., Mellinger, J. L., & Winder, G. S. (2024). Treatment of Alcohol Use Disorder: Behavioral and Pharmacologic Therapies. Clinics in liver disease, 28(4), 761–778. <https://doi.org/10.1016/j.cld.2024.06.011>

Verhulst, B., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2015). The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. Psychological medicine, 45(5), 1061–1072. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002165>

Wisch, C., Koopmann, A. (2021). Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. In: Bauer, M., Meyer-Lindenberg, A., Kiefer, F., Philipsen, A. (Hrsg.), Referenz Psychische Störungen. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme.