

Leitlinien-Info

ALKOHOLSTÖRUNGEN

Impressum

HERAUSGEBER

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030.278 785-0
Fax: 030.278 785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Satz und Layout: PROFORMA GmbH & Co. KG
1. Auflage April 2019

Alle Geschlechter sollen sich von dem Inhalt dieser Leitlinien-Info gleichermaßen angesprochen fühlen. Wir haben uns dafür entschieden, den Text folgendermaßen zu gendern: Wir nennen zunächst beide Geschlechter. Danach benutzen wir aus Gründen der Lesbarkeit in dieser Leitlinien-Info nur noch die männliche Form. Damit sind aber stets alle Geschlechter gemeint. Die weibliche bzw. männliche Form verwenden wir in vergangenen und weiteren Ausgaben der Reihe Leitlinien-Info abwechselnd.

Inhalt

| | |
|---|----|
| Editorial | 4 |
| S3-Leitlinie Alkoholstörungen | 5 |
| Empfehlungen und Evidenzgrade | 5 |
| Alkoholstörungen in der psychotherapeutischen Praxis | 7 |
| Diagnostik in der psychotherapeutischen Sprechstunde | 8 |
| Screening | 8 |
| Kontrolle des Alkoholkonsums | 8 |
| Körperliche Komplikationen | 8 |
| Komorbide psychische Störungen | 8 |
| Komplexes Suchthilfesystem | 9 |
| Selbsthilfegruppen für Patienten und Angehörige | 9 |
| Behandlungsphasen | 9 |
| Früh- und Kurzintervention | 9 |
| Akut-/Entzugsbehandlung | 9 |
| Postakut-/Entwöhnungsbehandlung | 10 |
| Nachsorge | 10 |
| Behandlungsempfehlungen | 10 |
| Möglichkeit der psychotherapeutischen Behandlung gemäß Psychotherapie-Richtlinie | 10 |
| BPTK-Kritik an der Psychotherapie-Richtlinie | 12 |
| Problematischer Alkoholkonsum | 12 |
| Alkoholabhängigkeit | 13 |
| Komorbidität | 14 |
| Informationen für Patientinnen und Patienten | 15 |
| Anhang | 16 |
| AUDIT-Fragebogen | 16 |
| Kurzversion des AUDIT-Fragebogens | 19 |
| Versorgungsbereiche von Menschen mit Alkoholstörungen | 20 |

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die zweite Ausgabe der Leitlinien-Info informiert Sie über Screening, Diagnostik und Behandlung von Alkoholstörungen. Grundlage sind die Empfehlungen der entsprechenden S3-Leitlinie, die ein repräsentatives Gremium aufgrund einer systematischen Recherche erarbeitet und in einem strukturierten Prozess konsentiert hat.

Alkoholstörungen verursachen nicht nur erhebliche Kosten im Gesundheitswesen, sondern auch volkswirtschaftliche Kosten durch lange Krankschreibungen und Frühverrentungen. Bisher werden wirksame präventive Maßnahmen wie eine höhere Besteuerung von Alkohol oder ein Werbeverbot für alkoholische Getränke nicht ausreichend genutzt (siehe BPTK-Standpunkt, 2016¹). Umso wichtiger ist, dass problematischer Alkoholkonsum frühzeitig erkannt wird. Wir wünschen uns, dass Alkoholstörungen auch von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stärker in den Fokus genommen werden. Alkohol ist nach Nikotin das weit verbreitetste Suchtmittel, viele Patienten berichten jedoch von sich aus selten über einen problematischen Alkoholkonsum. Nicht zuletzt deshalb erhalten Betroffene meist keine oder sehr spät eine angemessene Behandlung. Im Durchschnitt erfolgt eine stationäre Alkoholbehandlung erst 12 Jahre nach den ersten Anzeichen für einen problematischen Alkoholkonsum.

Mit dieser Leitlinien-Info möchte die Bundespsychotherapeutenkammer auf der einen Seite über die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Alkoholstörungen gemäß Leitlinie informieren. Auf der anderen Seite möchten wir dazu anregen, in der ambulanten Praxis den Alkoholkonsum unseren Patienten systematischer abzufragen. Problematischer Alkoholkonsum bleibt oft unentdeckt. Da eine Alkoholstörung jedoch häufig mit psychischen Komorbiditäten einhergeht, können sowohl die psychotherapeutische Sprechstunde, die probatorischen Sitzungen als auch eine laufende psychotherapeutische Behandlung genutzt werden, um einen

Patienten auf seinen Alkoholkonsum anzusprechen und ihn bei Bedarf dazu zu motivieren, seinen Konsum zu verringern oder wenn notwendig eine Entzugsbehandlung zu beginnen.

Unsere Leitlinien-Infos sind eine praxisorientierte Aufbereitung der diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen. Dabei werden die Empfehlungen nicht wortwörtlich wiedergegeben. Bei Interesse oder bei genauerem Informationsbedarf können sie im Originaltext nachgelesen werden. Dafür wird im Text auf die entsprechenden Stellen verwiesen. Grundlegende Informationen zur Klassifikation von Leitlinien und ihrer Verlässlichkeit finden sich in unserer ersten Leitlinien-Info Unipolare Depression². Wir haben sie in dieser Broschüre nicht wiederholt.

Mit den besten Grüßen



Ihr Dietrich Munz

Informationen für Patientinnen und Patienten

Eine sorgfältige Information und Aufklärung des Patienten sind ein zentraler Bestandteil der beruflichen und gesetzlichen Pflichten von Psychotherapeuten. Auch bei Leitlinien ist die Patienteninformation in der Regel ein wichtiger Bestandteil. Wir haben deshalb als letztes Kapitel der Broschüre „Informationen für Patientinnen und Patienten“ zusammengestellt. Diese können Patienten und Angehörigen ergänzend zur mündlichen Aufklärung ausgehändigt werden.

¹ www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20160815_bptk-standpunkt_alkohol.pdf

² www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20170410_bptk_leitlinien_info_depression.pdf

S3-Leitlinie Alkoholstörungen

Grundlage dieser Leitlinien-Info der Bundespsychotherapeutenkammer ist die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (Stand: 28.02.2016). Sie enthält Empfehlungen für die Versorgung von Erwachsenen mit Alkoholstörungen, aber auch für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen. Gesonderte Empfehlungen für diese Altersgruppen werden an entsprechender Stelle kenntlich gemacht.

Zu den in der Leitlinien-Info behandelten Alkoholstörungen zählen:

- riskanter Alkoholkonsum,
- Rauschtrinken („Binge Drinking“),
- akute Intoxikation (ICD-10 F10.0),
- schädlicher Alkoholgebrauch (ICD-10, F10.1),
- Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10, F10.2) und
- Alkoholentzugssyndrom (ICD-10, F10.3).

Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die Klassifikation dieser Alkoholstörungen. Die vollständige S3-Leitlinie zu Alkoholstörungen und der zugehörige Methodenreport sind abrufbar unter:

www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html

Empfehlungen und Evidenzgrade³

A „Soll“-Empfehlung:

Es liegt mindestens eine randomisiert-kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz vor, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).

B „Sollte“-Empfehlung:

Es liegen gut durchgeführte klinische Studien vor, 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.

0 „Kann“-Empfehlung:

Es liegen Berichte oder Meinungen von Experten oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) vor oder es handelt sich um eine Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare Erkenntnisse aus klinischen Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.

KKP „Klinischer Konsenspunkt“:

Es handelt sich um einen Standard der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt worden ist. Die Empfehlung beruht auf dem Konsens und der klinischen Erfahrung der Mitglieder des Gremiums, das die Leitlinie erstellt hat, und wird als „Soll“- , „Sollte“- oder „Kann“-Empfehlung ausgesprochen. Sie gilt als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“).

³ AWMF-Regelwerk Leitlinien: Graduierung der Empfehlungen:

www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-03-leitlinienentwicklung/II-entwicklung-graduierung-der-empfehlungen.html

Abbildung 1 „Klassifikation von Alkoholstörungen“



Alkoholstörungen in der psychotherapeutischen Praxis

In der psychotherapeutischen Praxis kann Alkoholkonsum sowohl primäres als auch sekundäres Behandlungsthema sein. Die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns legen nahe, dass der Anteil an Patienten, die wegen eines schädlichen Alkoholkonsums beziehungsweise einer Alkoholabhängigkeit bei niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten in Behandlung sind, derzeit mit 1,4 Prozent eine untergeordnete Rolle spielt. Vergleichsweise häufiger begegnen niedergelassenen Kollegen Alkoholstörungen im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung, aufgrund der der Patient behandelt wird. Dabei wird ein riskanter und schädlicher Alkoholkonsum von Patienten häufig nicht als problematisch erkannt oder von sich aus thematisiert. Dies wird insbesondere vor dem Hintergrund epidemiologischer Daten der Allgemeinbevölkerung deutlich:

- Fast 15 Prozent der Erwachsenen konsumieren in riskanten Mengen Alkohol. Circa 14 Prozent trinken sehr viel Alkohol in kurzer Zeit, um einen Rausch zu erreichen (sogenanntes Rauschtrinken). Rund 6,5 Prozent

der Erwachsenen sind alkoholabhängig oder betreiben Alkoholmissbrauch.⁴

- Schon Kinder konsumieren Alkohol. Der bundesweite repräsentative Kinder- und Jugendgesundheitsurvey zeigte, dass im Alter von elf Jahren jeder fünfte Junge und ungefähr jedes zehnte Mädchen Alkohol getrunken haben. Dieser Anteil steigert sich weiter bei Jugendlichen: Im Alter von 17 Jahren konsumieren zwei von drei Jungen und zwei von fünf Mädchen regelmäßig Alkohol.⁵

Alkoholstörungen – die unterschätzte psychische Störung

Angesichts dieser Zahlen muss davon ausgegangen werden, dass Alkoholstörungen in der psychotherapeutischen Praxis weit häufiger sind, als von Patienten berichtet. Psychotherapeuten sollen deshalb aktiv den Alkoholkonsum abfragen und thematisieren.

⁴ Zahlen aus: www.sucht.de/tl_files/pdf/veroeffentlichungen/Zahlen%20und%20Fakten/1_Alkohol-Daten&Fakten_2015.pdf.

⁵ Zahlen aus: Lampert T, Thamm M (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 50: 600–608.

Diagnostik in der psychotherapeutischen Sprechstunde

Screening

Die Leitlinie empfiehlt, bei allen Patienten routinemäßig den Alkoholkonsum abzufragen. Dazu sollen Fragebogenverfahren eingesetzt werden [2.1.2.1, A].

Jedem Patienten im Alter von 14 bis 70 Jahren soll initial bei Erstkontakt der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Version Lübeck) oder dessen Kurzform (AUDIT-C) angeboten werden [2.1.2.3, 2.1.2.4, KKP].

Der Test soll insbesondere zum Erfassen von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden [2.1.2.2, A]. Geht es vor allem um die Erfassung des Alkoholkonsums, soll auf getrennte Fragen zur Häufigkeit und Menge des üblichen Konsums sowie zur Häufigkeit und Menge höheren Alkoholkonsums geachtet werden [2.1.2.9, KKP].

Der AUDIT soll auch bei einer psychischen Störung ohne vordergründige Alkoholproblematik eingesetzt werden [3.6.1.3.1, A].

Kontrolle des Alkoholkonsums

Zu Beginn oder im Verlauf der Behandlung kann es sinnvoll sein, die Alkoholkonzentration durch einen kooperierenden Arzt bestimmen zu lassen.

Eine Alkoholkontrolle wird nur in seltenen Fällen durch den Psychotherapeuten durchgeführt. Eine Atemalkoholbestimmung kann allerdings bei angetrunken wirkenden Patienten in der Sprechstunde hilfreich sein.

Kooperierenden Ärzten werden folgende Zustandsmarker empfohlen:

- **akuter Alkoholkonsum:** Ermittlung der Alkoholkonzentration im Blut oder in der Atemluft. Weiterhin empfohlen wird der Einsatz von Ethylglukuronid (EtG) im Urin [2.1.2.5, 2.1.4.5, 2.1.5.5, A],
- **chronischer Alkoholkonsum:** Bestimmung von direkten Zustandsmarkern wie EtG in Haaren sowie Phosphatidylethanol (PEth) im Blut [2.1.2.6, 2.1.4.6, B] oder Bestimmung einer Kombination indirekter Zustandsmarker wie ALAT, ASAT, GGT, CDT und MCV [2.1.2.7, 2.1.4.7, A].

Körperliche Komplikationen

Die Diagnostik und Behandlung der somatischen Erkrankungen, die durch exzessiven und chronischen Alkoholkonsum ausgelöst werden können, ist wesentlich und erfordert eine enge Kooperation mit dem Hausarzt oder dem mitbehandelnden Arzt. Häufig besteht mehr als nur eine somatische Erkrankung infolge des Alkoholkonsums. Wenn bereits eine somatische Erkrankung bekannt ist, sollten stets mögliche weitere Erkrankungen diagnostisch abgeklärt werden [3.5.3.1, B].

Im Konsiliarbericht sind deshalb Angaben zu alkoholbedingten körperlichen Folgeerkrankungen unerlässlich. Es wird empfohlen, dass der Psychotherapeut diese ausdrücklich erbittet.

Komorbide psychische Störungen

Alkoholbezogene Störungen treten selten isoliert auf. Die Art und Ausprägung einer komorbiden psychischen Erkrankung ist individuell sehr verschieden. Besonders häufig sind folgende Diagnosen [3.6]:

- affektive Störung,
- Angststörung,
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS),
- einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS),
- Nikotinabhängigkeit und
- Schizophrenie.

Bei der Diagnose einer Alkoholstörung ist es ratsam, das Vorliegen dieser und weiterer komorbider psychischer Störungen zu prüfen. Dies soll auch bei einer Alkoholabhängigkeit nach dem Entzug erfolgen, um eine vollständige Behandlungsindikation zu stellen [3.6, 3.6.3.2.1, A].

Komplexes Suchthilfesystem

Im deutschen Gesundheitssystem hat sich ein komplexes Versorgungssystem für Alkoholstörungen entwickelt. Hierzu gehören:

- spezialisierte Beratungsstellen,
- Fachambulanzen für Suchtkranke,
- Fachkliniken,
- psychiatrische Kliniken,
- Allgemeinkrankenhäuser,
- niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie
- Selbsthilfe.

Außerdem gibt es Hilfesysteme mit besonderen Schwerpunkten (zum Beispiel Altenhilfe, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, Arbeitslosenhilfe etc.) [4.1, 4.7.4].

Damit Versorgungskontinuität gewährleistet werden kann, ist ein Schnittstellenmanagement erforderlich [4.7.2].

Eine allgemeine Übersicht über die unterschiedlichen Versorgungsbereiche von Menschen mit Alkoholstörungen finden Sie im Anhang.

Das Suchthilfeverzeichnis (www.suchthilfeverzeichnis.de) der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. enthält Informationen zu den bundesweit 1.400 ambulanten Suchtberatungsstellen und 800 stationären Suchthilfeeinrichtungen. Es wird kontinuierlich aktualisiert.

Selbsthilfegruppen für Patienten und Angehörige

Neben der professionellen Versorgung wird der regelmäßige und langfristige Besuch von Selbsthilfegruppen für Patienten und deren Angehörige in allen Phasen der Beratung und Behandlung sowie in allen Settings empfohlen.

Dies soll der Behandler zum Beispiel durch Kontaktaufnahme zu Gruppen, durch Vermittlung von Adressen und Informationsmaterialien unterstützen [4.8.1.11, KKP] (siehe Anhang: Informationen für Patientinnen und Patienten).

Behandlungsphasen

Früh- und Kurzintervention

Kurzinterventionen informieren in bis zu fünf Sitzungen à 60 Minuten über die negativen Folgen des Alkoholkonsums. Sie sollen den Patienten dazu motivieren, seinen Alkoholkonsum zu verringern, darauf zu verzichten oder eine suchtspezifische Behandlung zu beginnen. Kurzinterventionen beinhalten personalisiertes Feedback, individuelle Zielfindung sowie konkrete Ratschläge, die durch schriftliches oder digitales Informationsmaterial ergänzt werden können.

Akut-/Entzugsbehandlung

Entzugsbehandlungen werden überwiegend stationär durchgeführt.⁶ Eine stationäre Entzugsbehandlung soll durchgeführt werden, wenn Alkoholabstinenz im ambulanten Setting nicht erreichbar erscheint [3.2.3.4, A] oder ein Risiko für die Entwicklung von Entzugssymptomen oder für Entzugskomplikationen besteht [3.2.3.2, KKP]. Zu den Entzugskomplikationen zählen Hyperaktivität, Tremor, erhöhte Ängstlichkeit, Übelkeit, Erbrechen, Krampfanfälle, delirante Symptome etc.

Eine ambulante Entzugsbehandlung sollte durch qualifizierte Ärzte angeboten werden [3.2.3.7, B], wenn keine schweren Entzugssymptome oder -komplifikationen zu erwarten sind sowie eine hohe Adhärenz besteht und ein unterstützendes soziales Umfeld vorliegt [3.2.3.6, KKP].

⁶ www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/alkoholkonsum.html;jsessionid=C33D58D5446EC545D8A2BBF00B4876D0.2_cid372?nn=2370692.

In der Akutbehandlung wird zwischen der körperlichen Entgiftung und einer qualifizierten Entzugsbehandlung unterschieden:

- Als körperliche Entgiftung wird eine Behandlung von Alkoholintoxikationen mit körperlich-neurologischen Ausfällen und/oder von Alkoholentzugssymptomen bezeichnet. Ziel ist die Sicherung der Vitalparameter und die Linderung körperlicher Entzugssymptome.
- Als qualifizierte Entzugsbehandlung wird eine Behandlung bezeichnet, die über die Linderung der Intoxikations- und Entzugssymptome hinaus eine Diagnostik und Behandlung der psychischen und somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen beinhaltet. Sie zielt auf die Förderung der Änderungsbereitschaft, Therapieadhärenz sowie Vermittlung in spezifische Suchtbehandlungsangebote ab und operiert an der Schnittstelle zwischen Akut- und Postakutbehandlung.

Postakut-/Entwöhnungsbehandlung

Die Zielsetzungen einer Postakutbehandlung umfassen in der Regel Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Abhängigkeitskranken und die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft. Hierzu gehören auch Interventionen zur Besserung komorbider psychischer und körperlicher Störungen. Postakutbehandlungen werden überwiegend als Entwöhnungsbehandlung in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung durchgeführt.

Nachsorge

Wesentliches Ziel in der Nachsorge ist es, den Patienten in seiner Abstinenz zu stabilisieren sowie möglicherweise bestehende psychische Komorbiditäten weiter zu behandeln. Die Nachsorge kann in unterschiedlichen Settings des Suchthilfesystems sowie unter Einbindung der Betroffenen und Angehörigen in Selbsthilfegruppen erfolgen. Auch in der Nachsorge hat die Psychotherapie einen hohen Stellenwert.

Behandlungsempfehlungen

Die Leitlinienempfehlungen unterscheiden zwischen der Behandlung von problematischem Alkoholkonsum (d. h. riskanter Alkoholkonsum, Rauschtrinken, schädlicher Gebrauch) und der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit. Je nachdem welche Alkoholstörung festgestellt wird, ist ein unterschiedliches Vorgehen zu empfehlen. Bei der psychotherapeutischen Behandlung ist in beiden Fällen eine Kooperation mit einem Arzt unabdingbar.

Möglichkeit der psychotherapeutischen Behandlung gemäß Psychotherapie-Richtlinie

Je nachdem ob ein problematischer Alkoholkonsum oder eine Abhängigkeit in der psychotherapeutischen Praxis festgestellt wird, ist ein unterschiedliches Vorgehen zu empfehlen (siehe Abbildung 2).

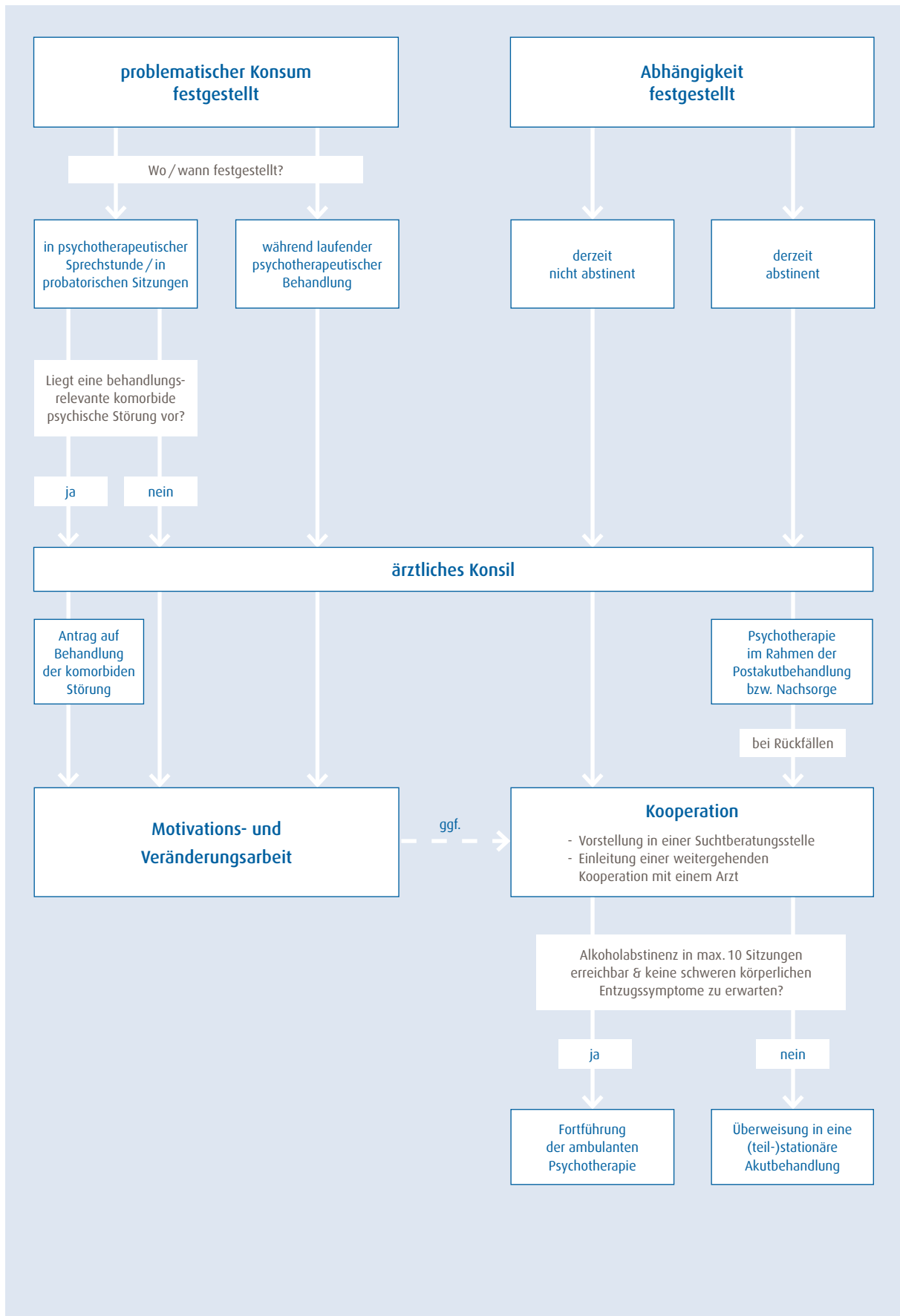
Falls noch keine Suchtmittelfreiheit erreicht ist, kann seit Änderung der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2011 ebenfalls eine ambulante Psychotherapie durchgeführt werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass bis zum Ende der zehnten Behandlungsstunde Abstinenz erreicht werden kann.

Das Erreichen der Abstinenz muss durch eine Bescheinigung von einem Arzt nachgewiesen werden. Psychotherapeuten müssen diese als Teil der Behandlungsdokumentation aufbewahren und auf Verlangen der Krankenkasse vorlegen.

Auch bei einem Rückfall darf die ambulante Psychotherapie nur fortgesetzt werden, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Abstinenz ergriffen werden (siehe § 26 Absatz 2 Nr. 1a Psychotherapie-Richtlinie⁷).

⁷ Psychotherapie-Richtlinie: www.g-ba.de/downloads/62-492-1733/PT-RL_2018-10-18_iK-2018-12-21.pdf.

Abbildung 2 „Behandlung von Alkoholstörungen in der psychotherapeutischen Praxis“



BPTK-Kritik an der Psychotherapie-Richtlinie

Nach der Psychotherapie-Richtlinie dürfen alkoholranke Menschen ambulant psychotherapeutisch behandelt werden, wenn sie bis spätestens zur zehnten Behandlungsstunde abstinent sind.

Die BPTK fordert, diese rigide Regelung aufzuheben, da sie dazu führt, dass viele alkoholranke Menschen keine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen können. Es gibt alkoholranke Patienten, die mehr als zehn Behandlungsstunden benötigen, um Abstinenz zu erreichen. Psychotherapeuten können einschätzen, ob die Prognose eines Patienten ausreichend gut ist, um eine Psychotherapie mit einem alkoholranken Patienten auch über die zehnte Behandlungsstunde hinaus fortzuführen.

Darüber hinaus entspricht es nicht mehr dem aktuellen Stand der Wissenschaft, für jeden Patienten mit einer Alkoholstörung vollständige Abstinenz zu fordern. Entsprechend der Empfehlungen der Leitlinie sollte Abstinenz zwar weiterhin das primäre Therapieziel sein. Als sekundäres Therapieziel kann jedoch für Menschen mit riskantem und schädlichem Trinkverhalten und solche mit einem niedrigen Grad an Alkoholabhängigkeit auch ein moderater Alkoholkonsum ein sinnvolles Therapieziel sein.

Auch für schwer alkoholabhängige Menschen, denen es nicht gelingt, das Trinken vollständig aufzugeben, kann es vor dem Hintergrund der Schadensbegrenzung und -minimierung sinnvoll sein, in einer Psychotherapie eine Verringerung des Alkoholkonsums zu erreichen.

Um diese Leitlinienempfehlung umzusetzen, ist es notwendig, die Begrenzungen in der Psychotherapie-Richtlinie aufzuheben. Psychotherapeuten müssen die individuell passende Behandlungsindikation stellen und die Behandlungsziele – gemeinsam mit dem Patienten – festlegen können.

Problematischer Alkoholkonsum

Zeigt sich ein problematischer Alkoholkonsum bereits in der psychotherapeutischen Sprechstunde oder in den probatorischen Sitzungen, gilt es, den Patienten zu einer Änderung seines Alkoholkonsums zu motivieren.

Ein problematischer Alkoholkonsum kann ebenfalls im Verlauf einer bereits genehmigten Richtlinienpsychotherapie erkannt werden. Auch dann sind psychoedukative Gespräche essenziell, um mit dem Patienten ein Problembewusstsein sowie eine Veränderungsmotivation zu erarbeiten (siehe Abbildung 2).

Kurzinterventionen und motivierende Gesprächsführung

Zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum sind Kurzinterventionen wirksam [3.1.3.1, 3.1.3.8, A]. Eine Verringerung des Alkoholkonsums durch Kurzinterventionen ist insbesondere bei riskantem Alkoholkonsum [3.1.3.2, A] und Rauschtrinken [3.1.3.3, B] nachgewiesen. Dabei sind unterschiedliche Formen von Kurzinterventionen wirksam [3.1.3.10, KKP] und sollen proaktiv eingesetzt werden [3.1.7]. Die Wirksamkeit unterscheidet sich nicht zwischen Männern und Frauen [3.1.3.5, A] und soll auch für Menschen über 65 Jahre angeboten werden [3.1.3.6, KKP].

Nach einer Alkoholintoxikation soll Kindern und Jugendlichen insbesondere Motivational Interviewing als Kurzintervention angeboten werden [3.7.2.2.1, A].

Es kann ratsam sein, die Fortsetzung oder den Beginn der psychotherapeutischen Behandlung an die (schriftliche) Vereinbarung zu binden, dass der Patient bei einer Suchtberatungsstelle einen Termin vereinbart. Auch sie bieten Kurzinterventionen an und können den suchtspezifischen Behandlungsbedarf qualifiziert abklären.

Entzugsbehandlung

Eine stationäre Behandlung mit körperlicher Entgiftung oder eine qualifizierte Entzugsbehandlung sollte Personen mit schädlichem Alkoholkonsum in folgenden Fällen angeboten werden:

- bei Vorliegen oder unter Erwartung von schweren Entzugssymptomen (zum Beispiel bei deliranten Zuständen, epileptischen Anfällen, Herzrhythmusstörungen, hypertensiven Krisen, Elektrolytstörungen, Hypothermie/Hyperthermie), bei Vorliegen von schweren und multiplen somatischen oder psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen,

- wenn Suizidgefahr besteht,
- bei fehlender sozialer Unterstützung oder
- wenn eine ambulante Entgiftung bereits gescheitert ist [3.2.3.5, KKP].

Alkoholabhängigkeit

Bei einer Alkoholabhängigkeit ist eine Kooperation mit einem Arzt unabdingbar. Im Allgemeinen gilt, dass bei Alkoholabhängigkeit bis zur Suchtmittelfreiheit eine Entzugsbehandlung durchgeführt werden soll. Dafür können Psychotherapeuten ins Krankenhaus einweisen sowie eine medizinische Rehabilitation verordnen (siehe jeweilige Praxis-Info der BPTK⁸).

Nach erfolgreicher Entzugsbehandlung und Suchtmittelfreiheit ist eine ambulante Psychotherapie durchführbar, um den Patienten in seiner Abstinenz zu stabilisieren sowie eine eventuell vorhandene komorbide psychische Störung zu behandeln.

Entzugsbehandlung

Bei Alkoholabhängigkeit sollte eine stationäre Entzugsbehandlung angeboten werden. Eine ambulante Entzugsbehandlung kann angeboten werden, wenn keine schweren Entzugssymptome zu erwarten sind [3.2.3.5, 3.2.3.6, KKP]. Eine qualifizierte Entzugsbehandlung sollte einer körperlichen Entgiftung vorgezogen werden [3.3.3.1, 3.3.3.2, KKP]. Die Dauer einer qualifizierten Entzugsbehandlung sollte in der Regel 21 Behandlungstage umfassen [3.3.3.3, KKP], wobei je nach Schwere der Erkrankung eine individuell längere Behandlungsdauer erfolgen sollte [3.2.3.8, KKP]. Im Falle einer rein körperlichen Entgiftung sollen weitere suchtmittelmedizinische Hilfen vermittelt werden, da sie keine hinreichende Therapie der Suchterkrankung darstellt [3.2.3.10, KKP].

Entscheidet sich ein alkoholabhängiger Patient gegen eine Entzugsbehandlung, sollte er darüber informiert werden, welche Risiken bestehen, wenn er plötzlich und ohne professionelle Hilfe einen Alkoholentzug durchführt. Gleichzeitig sollte er über alternative Hilfsangebote informiert werden [3.2.3.9, KKP].

Postakut- oder Entwöhnungsbehandlung

Nach einer Entzugsbehandlung soll nahtlos eine Postakutbehandlung zur Entwöhnung vom Alkohol angeboten werden [3.8.3.1, KKP]. Bei Patienten im höheren Lebensalter soll die Postakutbehandlung mit Hinweis auf die überdurchschnittlich günstige Prognose angeboten werden [3.8.3.4, KKP].

In der Postakutbehandlung der Alkoholabhängigkeit ist die Abstinenz das übergeordnete Therapieziel. Nur, wenn eine Abstinenz nicht möglich ist, soll eine Verringerung des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) zur Schadensminimierung angestrebt werden [3.8.3.2, A].

Die Entwöhnungsbehandlung soll als Komplexbehandlung angeboten werden, die eine Kombination von verschiedenen Interventionen umfasst und durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt wird [3.8.3.19, KKP].

In der Postakutbehandlung sollen aufgrund starker Evidenz kognitive Verhaltenstherapie, motivationale Interventionsformen, Angehörigenarbeit und Paartherapie [3.8.3.10 – 3.8.3.12, 3.8.3.14, 3.8.3.15, A] angeboten werden. Außerdem sollten psychodynamische Kurzzeittherapie, angeleitete Patientengruppen und Kontingenzmanagement [3.8.3.13, 3.8.3.16, 3.8.3.17, B] angeboten werden. Darüber hinaus kann neurokognitives Training angeboten werden [3.8.3.18, KKP].

Für Jugendliche sollen neben motivationalen Interventionsformen [3.7.2.2.1, A] und kognitiver Verhaltenstherapie [3.7.2.2.3, A] auch Familienangehörige in die Behandlung einbezogen werden [3.7.2.2.7, A]. Hier werden die multidimensionale Familientherapie und die integrative Familien- und kognitive Verhaltenstherapie [3.7.2.2.5, 3.7.2.2.6, B] empfohlen. Zusätzliche psychosoziale Maßnahmen (Training sozialer Fertigkeiten, Ergotherapie etc.) sollten als Bestandteil des Behandlungsplans angeboten werden [3.7.2.2.10, KKP].

Um den Patienten in seiner Abstinenz weiterhin zu stabilisieren, sollte nach der Postakutbehandlung nahtlos eine abgestimmte suchtbetonte Nachsorge von mindestens einem Jahr angeboten werden [3.8.3.8, KKP].

⁸ Praxis-Info Krankenhauseinweisung: www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/bptk_praxis-info_krankenhauseinweisung_web.pdf
Praxis-Info Medizinische Rehabilitation: www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180314_bptk_praxisinfo_med-reha.pdf

Pharmakologische Behandlung

Die Mehrheit der alkoholabhängigen Patienten hat erhebliche klinisch-relevante Entzugssymptome. Daher ist eine medikamentengestützte Entzugsbehandlung einer Nichtbehandlung überlegen [3.4.3.1, A]. Zur Verringerung der Entzugssymptome werden Benzodiazepine [3.4.3.4, A] und Clomethiazol [3.4.3.6, B] empfohlen. Clomethiazol soll nicht im ambulanten Alkoholentzug eingesetzt und nicht mit Benzodiazepinen kombiniert werden [3.4.3.8, KKP]. Bei Schwangeren sowie älteren Patienten sollten Benzodiazepine bevorzugt werden [3.4.3.20, 3.4.3.21, KKP]. Bei deliranten Syndromen wird eine Kombination der Benzodiazepine mit Antipsychotika oder Neuroleptika empfohlen [3.4.3.5, 3.4.3.11, B].

Baclofen, Gamma-Hydroxybuttersäure sowie Medikamente mit prokonvulsiven und anticholinergen Wirkungen wie niederpotente Neuroleptika und trizyklische Antidepressiva sollten im Alkoholentzug vermieden werden [3.4.3.13, 0; 3.4.3.14, B; 3.4.3.16, KKP].

In einer ambulanten Postakutbehandlung sollte eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon angeboten werden [3.8.3.21, B].

Bei Jugendlichen kann keine Behandlungsempfehlung zur pharmakologischen Rückfallprophylaxe gegeben werden [3.7.2.2.12, KKP].

Komorbidität

Liegt eine komorbide psychische Erkrankung vor, ist eine intensivere Intervention empfehlenswert [3.6.1.3.2, B]. Es soll sowohl die alkoholbezogene Störung als auch die komorbide psychische Störung behandelt werden [3.8.3.3, KKP]. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Behandlung für beide Störungsbilder integriert in einem Setting erfolgt oder koordiniert wird [3.6.1.3.3, 3.6.1.3.4, 3.6.2.3.6, 3.6.5.3.1, 3.6.6.3.1, KKP].



Informationen für Patientinnen und Patienten

Was ist eine Alkoholstörung?

Nicht jeder, der gelegentlich oder regelmäßig Alkohol trinkt, hat eine Alkoholstörung. Entscheidend ist, ob Sie mit Ihrem Alkoholkonsum schon gesundheitliche Risiken eingehen oder bereits Schäden vorliegen.

Wann ist eine Beratung oder Behandlung empfehlenswert?

Die meisten Menschen, die regelmäßig Alkohol trinken, warten zu lange, bevor sie sich beraten lassen. Eine Beratung ist empfehlenswert, wenn Sie beispielsweise:

- das Gefühl haben, zu oft oder zu viel zu trinken,
- Schuldgefühle bezüglich Ihres Alkoholkonsums haben,
- das Gefühl haben, nicht mehr aufhören zu können,
- ihren täglichen Anforderungen nicht mehr nachkommen können,
- jemanden unter Alkoholeinfluss verletzt haben,
- von Dritten auf Ihr Trinkverhalten angesprochen wurden oder
- Zweifel haben, ob Sie unter einer Alkoholstörung leiden.

Dazu können Sie sich an einen Psychotherapeuten, Arzt oder eine Suchtberatungsstelle wenden. Auch Selbsthilfegruppen helfen, den eigenen Alkoholkonsum besser einschätzen zu können (www.nakos.de).

Behandlungsangebote

Gefährdet die Alkoholmenge, die Sie regelmäßig trinken, ihre Gesundheit, sollten Sie überlegen, wie Sie Ihren Konsum verringern können. Dies können Sie in Gesprächen mit einem Psychotherapeuten oder Arzt herausfinden. Oder Sie nutzen ein Selbsthilfeprogramm im Internet (www.selbsthilfealkohol.de).

Wenn bei Ihnen eine Alkoholabhängigkeit vorliegt, benötigen Sie intensivere Hilfe. Die Behandlung findet meist in einer speziellen Suchtklinik statt, kann aber auch ambulant in einer psychotherapeutischen Praxis oder Beratungsstelle durchgeführt werden. Lassen Sie sich beraten, welcher Weg für Sie die richtige ist, und nutzen Sie die intensiven Hilfen, die Ihnen das Versorgungssystem bietet.

Informationsmaterialien zum Thema Alkohol:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
www.kenn-dein-limit.de/alkohol/infomaterial

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
www.dhs.de/informationsmaterial.html

Fachverband Sucht e.V.
www.sucht.de/betroffene-angehoerige.html

Beratungsangebote

Allgemein

Arbeiterwohlfahrt Bundesverbands e. V.:
www.awo.org/suchtberatung

Caritas Deutschland:
www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/suchtberatung/

Telefonberatung der BzGA: 0221 892031

Sucht- und Drogenhotline: 01805 313031

Telefonseelsorge: 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222

Jugendliche

Drugcom: www.drugcom.de/drogenberatung-online/

Mindzone: www.mindzone.info/beratung/onlineberatung

Bundeskonferenz für Erziehungsberatung:
jugend.bke-beratung.de

Eltern

Bundeskonferenz für Erziehungsberatung:
eltern.bke-beratung.de/~run/views/home/index.html

Elternberatung bei Suchtgefährdung und Abhängigkeit (ELSA):
eltern.bke-beratung.de

Anhang

AUDIT⁹-Fragebogen – Seite 1

1.) Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

- 0 Pkt. Niemals
- 1 Pkt. 1-mal im Monat oder seltener
- 2 Pkt. 2- bis 4-mal im Monat
- 3 Pkt. 2- bis 3-mal pro Woche
- 4 Pkt. 4-mal oder mehrmals in der Woche

2.) Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

Ein alkoholhaltiges Getränk ist zum Beispiel ein kleines Glas oder eine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.

- 0 Pkt. 1 – 2
- 1 Pkt. 3 – 4
- 2 Pkt. 5 – 6
- 3 Pkt. 7 – 9
- 4 Pkt. 10 oder mehr

3.) Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?

- 0 Pkt. Niemals
- 1 Pkt. Seltener als 1-mal im Monat
- 2 Pkt. 1-mal im Monat
- 3 Pkt. 1-mal pro Woche
- 4 Pkt. Täglich oder fast täglich

⁹ AUDIT-Fragebogen, entwickelt im Auftrag der WHO, Lübecker Version siehe Anlage in Langfassung AWMF 076-001.
Eine Online-Version des Fragebogens finden Sie unter:
www.oberbergkliniken.de/behandlung-therapie/indikationen/abhaengigkeitserkrankungen/selbsttest-alkoholabhaengigkeit

AUDIT-Fragebogen – Seite 2

4.) Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?

- 0 Pkt. Niemals
- 1 Pkt. Seltener als 1-mal im Monat
- 2 Pkt. 1-mal im Monat
- 3 Pkt. 1-mal pro Woche
- 4 Pkt. Täglich oder fast täglich

5.) Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man normalerweise an Sie hat, nicht mehr erfüllen konnten?

- 0 Pkt. Niemals
- 1 Pkt. Seltener als 1-mal im Monat
- 2 Pkt. 1-mal im Monat
- 3 Pkt. 1-mal pro Woche
- 4 Pkt. Täglich oder fast täglich

6.) Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuss wieder fit zu fühlen?

- 0 Pkt. Niemals
- 1 Pkt. Seltener als 1-mal im Monat
- 2 Pkt. 1-mal im Monat
- 3 Pkt. 1-mal pro Woche
- 4 Pkt. Täglich oder fast täglich

AUDIT-Fragebogen – Seite 3

7.) Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?

- 0 Pkt. Niemals
- 1 Pkt. Seltener als 1-mal im Monat
- 2 Pkt. 1-mal im Monat
- 3 Pkt. 1-mal pro Woche
- 4 Pkt. Täglich oder fast täglich

8.) Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?

- 0 Pkt. Niemals
- 1 Pkt. Seltener als 1-mal im Monat
- 2 Pkt. 1-mal im Monat
- 3 Pkt. 1-mal pro Woche
- 4 Pkt. Täglich oder fast täglich

9.) Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon einmal verletzt?

- 0 Pkt. Nein
- 2 Pkt. Ja, aber nicht im letzten Jahr
- 4 Pkt. Ja, im letzten Jahr

10.) Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?

- 0 Pkt. Nein
- 2 Pkt. Ja, aber nicht im letzten Jahr
- 4 Pkt. Ja, im letzten Jahr

Kurzversion des AUDIT-Fragebogens

Die Kurzversion des AUDIT-Fragebogens besteht aus den ersten drei Fragen des AUDIT Fragebogens und wird daher auch als AUDIT-Consumption (AUDIT-C)-Fragebogen bezeichnet.

Auswertung des AUDIT- und AUDIT-C Fragebogens

Fragen 1 bis 3 geben Aufschluss über die Trinkmenge und -frequenz. Fragen 4 bis 6 über Kriterien der Alkoholabhängigkeit und Fragen 7 bis 10 über mögliche Probleme, die im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum auftreten können. Insgesamt können 0 bis 40 Punkte erreicht werden.

In Deutschland ist sowohl für den AUDIT als auch für den AUDIT-C ein allgemeiner Cut-off von fünf Punkten zu empfehlen. Bei Verwendung geschlechtsspezifischer Werte kann dieser für Frauen in beiden Verfahren auf vier Punkte gesenkt werden. Bei Jugendlichen zeigt eine Studie in Schulen für den AUDIT, dass ein höherer Cut-off von sechs oder sieben Punkten angemessen sein kann [2.1.4.2 – 2.1.4.4].

Versorgungsbereiche von Menschen mit Alkoholstörungen

| | Beratung | Akutbehandlung | Medizinische Rehabilitation |
|--|---|---|--|
| Hauptaufgabe | Aufklärung, Beratung, Betreuung, Motivierung, Koordination von Hilfen | Diagnostik und Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F10) und Folgeerkrankungen von chronischem Alkoholkonsum (zum Beispiel Leberzirrhose) | Entwöhnung und Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Teilhabefähigkeit sowie Behandlung komorbider Störungen |
| Einrichtung und ihre Aufgaben (Aufzählung nicht abschließend) | <p>Suchtberatungsstellen: umfassende Beratung, Diagnostik, Motivationsklärung und -aufbau, Krisenintervention, Vorbereitung und Vermittlung einer Entzugs-/Entwöhnungsbehandlung</p> <p>Gesundheitsämter: präventive Aufklärung und Beratung, aufsuchende Hilfe</p> <p>Sozialpsychiatrische Dienste: Koordination der Hilfe für schwer alkoholranke Menschen</p> <p>Soziale Dienste in Krankenhäusern: soziale Beratung und Betreuung des Patienten</p> <p>Betriebliche Suchtkrankenhilfe: allgemeine Information, Aufklärung, Beratung, betriebsbezogene Interventionsprogramme</p> <p>Beratung durch den Rehabilitationsträger/gemeinsame Servicestellen: Information über Leistungen zur Teilhabe sowie Antragsverfahren</p> <p>Niedrigschwellige Angebote wie Streetwork, Kontaktläden</p> | <p>Niedergelassene (Haus-)Ärzte: Früherkennung und -intervention, Begleitung durch das Suchthilfesystem, bei entsprechender Qualifikation: Entzugsbehandlung</p> <p>Psychotherapeuten und entsprechend qualifizierte Fachärzte: ambulante Behandlung von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol</p> <p>Psychiatrische Institutsambulanzen: Behandlung schwer Alkoholkranker, die nicht wartezimmerfähig sind und durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten nicht angemessen versorgt werden können</p> <p>Allgemeinkrankenhäuser: in der Regel reiner körperlicher Entzug, Früherkennung und -intervention, Behandlung der alkoholbedingten Folgeerkrankungen</p> <p>Psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken: in der Regel qualifizierte Entzugsbehandlung, Behandlung der Abhängigkeitserkrankung und komorbider psychischer Störungen</p> | <p>Ambulante Entwöhnung in Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen, ambulanten Rehabilitationseinrichtungen</p> <p>Stationäre Entwöhnung in Fachkliniken für Rehabilitation/ Suchtrehabilitation</p> <p>Stationäre medizinische Rehabilitation kann Adaptionsphase in Adaptionseinrichtungen (kleinere stationäre Wohneinrichtungen) umfassen → therapeutische Behandlungsangebote treten zugunsten einer Erprobung und Übung eigenverantwortlicher Lebensführung zurück</p> |
| Kostenträger | Unterschiedliche Kostenträger je nach Angebot (zum Beispiel Krankenversicherung, Rentenversicherung, Kommune, Arbeitsverwaltung, Sozialhilfeträger, Wohlfahrtsverbände) | in der Regel Krankenversicherung gegebenenfalls auch Unfallversicherung | in der Regel Rentenversicherung aber auch Krankenversicherung, Unfallversicherung, Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung, Sozialhilfeträger, Träger der öffentlichen Jugendhilfe |

S E L B S T H I L F E

(Merkmale: Freiwilligkeit, keine Zuweisung / Kontrolle durch professionelle Hilfen, Leitprinzip: „Hilfe zur Selbsthilfe“)

| Nachsorge | Berufliche Rehabilitation | Komplementäre Hilfen | |
|---|--|---|--|
| Stabilisierung des Therapieerfolgs nach Entwöhnung | Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben | Unterstützung von mehrfachgeschädigten Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen | Hauptaufgabe |
| <p>Nachsorge durch Rehabilitationsträger: Aufrechterhaltung der Abstinenz, Unterstützung beim beruflichen und sozialen Wiedereinstieg</p> <p>Ambulante Weiterbehandlung, zum Beispiel bei Vorliegen einer komorbiden psychischen Erkrankung und zur Rückfallprophylaxe</p> <p>Selbsthilfegruppen</p> <p>Suchtberatungsstellen</p> | <p>Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk: berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen oder Umschulung behinderter Menschen</p> <p>Integrationsämter: Anbieten von begleitenden Hilfen im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen</p> <p>Integrationsfachdienste, Integrationsprojekte: Dienste Dritter bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</p> <p>Berufliche Trainingszentren: regionale Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</p> <p>Werkstätten für behinderte Menschen: geschützte Arbeitsstätten für behinderte Menschen</p> | <p>Wohngemeinschaften</p> <p>Betreutes Wohnen</p> <p>Übergangeinrichtungen</p> <p>soziotherapeutische Heime</p> <p>Wohnheime</p> <p>→ Einrichtungen ermöglichen ein alltagsähnliches, aber betreutes und damit beschütztes und gestütztes Wohnumfeld</p> | Einrichtung und ihre Aufgaben (Aufzählung nicht abschließend) |
| je nach Leistungserbringer unterschiedlich (zum Beispiel Krankenversicherung, Rentenversicherung, Wohlfahrtsverbände) | unterschiedliche Kostenträger (zum Beispiel Bundesagentur für Arbeit, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Träger der Kriegsopferfürsorge, Kinder- und Jugendhilfeträger, Sozialhilfeträger) | in der Regel Sozialhilfeträger gegebenenfalls bei Jugendlichen: Träger der öffentlichen Jugendhilfe gegebenenfalls Pflegeversicherung | Kostenträger |

S E L B S T H I L F E

(Merkmale: Freiwilligkeit, keine Zuweisung / Kontrolle durch professionelle Hilfen, Leitprinzip: „Hilfe zur Selbsthilfe“)

