

Kommentare

Zum Positionspapier von Karl Mann (2015). Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *SUCHT*, 61, 29–36

Alter Wein in neuen Schläuchen?

Old Wine in new Bottles?

Martin Beutel

Es ist ein hohes Ziel, Menschen mit einer alkoholbezogenen Störung früher und in einem größeren Ausmaß zu erreichen. Das Ziel wäre leicht zu erreichen, wenn die Forderung nach lebenslanger Abstinenz das Einzige wäre, was Suchtkranke davon abhält, sich in Behandlung zu begeben. Tatsächlich gibt es für diese Annahme keinen empirischen Beleg. Sie trifft auch nicht die Realität der Suchtkrankenversorgung in Deutschland. Die Reha-Klinik mit ihrer Abstinenzforderung steht ja gar nicht am Anfang der Versorgungskette. Vor der abstinenzenorientierten Behandlung steht die Beratung in einer Beratungsstelle. Diese ist keineswegs mit der Forderung nach lebenslanger Abstinenz verbunden. Tatsächlich begleiten Beratungsstellen aktiv trinkende Alkoholiker über Jahre mit dem Ziel der Schadensminderung. Viele Beratungsstellen bieten das von Körkel manualisierte Programm zum kontrollierten Trinken an.

Dass alkoholabhängige Patienten einen Einfluss auf das Behandlungsziel haben, ist nicht neu. Nur Ziele, die man selbst anstrebt, wird man auch erreichen können. Insofern ist die zitierte Studie von Orford und Keddie 1986, in der eine nicht gewünschte Therapie einen Behandlungserfolg von 31 % erreicht, erstaunlich optimistisch. Suchtpatienten entscheiden selbst, ob und welche Behandlungsoption sie wählen. Wichtig ist jedoch, welchen Rat der Berater/Therapeut/Arzt gibt. Dieser Rat sollte nicht ergebnisoffen sein, sondern so, dass der Patient zu einer informierten Entscheidung kommen kann. So, wie ein Chirurg zur Operation rät, wenn diese notwendig ist, muss ein Suchtberater zur abstinenzenorientierten Therapie raten, wenn diese indiziert ist. Selbstverständlich entscheidet der Betroffene.

In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich die Frage, ob Kontrolliertes Trinken/Trinkmengenreduktion eine gleichwertige Therapieoption zur Abstinenz sein kann. Die aktuelle S3-Leitlinie alkoholbezogene Störung sieht das nicht so. Hier ist die Trinkmengenreduktion nur ein sekundäres Ziel, wenn eine Abstinenzentscheidung nicht möglich ist¹. Auch die zitierten Sobell und Sobell (1995) differenzieren

und halten bei der Gruppe der schwerer Abhängigen die Abstinenz für das Behandlungsziel. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Trinkmengenreduktion eine Option für solche Patienten darstellt, die noch nicht abhängig sind. Wird das durch die neuen Studien zu Nalmefen in Frage gestellt?

Wenn man sich die Studien genauer ansieht, ist die Datenlage keineswegs eindeutig. Es wurden offensichtlich hoch motivierte Patienten behandelt. Ein erheblicher Teil der Probanden (18 % in Mann, Bladström, Torup, Gual & van den Brink, 2013 und 33 % in Gual et al., 2013) beendete den Alkoholkonsum fast vollständig zwischen der Aufnahme in die Studie und dem Behandlungsbeginn. Am wirksamsten scheinen die kombinierten Effekte von: Teilnahme an der Studie + Psychosoziale Begleitung + Placebo-Effekt zu sein, etwa um das 5-fache der Nalmefen-Wirkung. Die weitere Konsumreduktion durch Nalmefen wirkt dagegen bescheiden. Unerwünschte Wirkungen wie Übelkeit, Schwindel, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen traten bei Nalmefen sehr häufig auf², so dass die Europäische Arzneimittelbehörde EMA die Frage stellt, ob nicht einfach nur das geminderte Wohlbefinden für die Trinkmengenreduktion in der Nalmefen-Gruppe ausschlaggebend ist³.

Aufgrund der geringen Effektstärke und der unklaren klinischen Bedeutung dieser Effekte wurde Nalmefen von der EMA nur nach Erstellung eines zusätzlichen Gutachtens und mit Gegenstimmen zugelassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Verordnung von Nalmefen zu Lasten der Kassen zugelassen, jedoch mit wesentlichen Einschränkungen: Nur für alkoholkranke Patienten, die zu einer Abstinenztherapie hingeführt werden, für die aber entsprechende Therapiemöglichkeiten nicht zeitnah zur Verfügung stehen, auf 3 Monate befristet, mit der Möglichkeit zur einmaligen Verlängerung um 3 Monate in begründeten Ausnahmefällen, nur durch entsprechend erfahrene Ärzte⁴. Diese Einschränkung auf der Seite www.selincro.com.

¹ S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" AWMF-Register Nr. 076–001 (Stand: 23.02.2015).

² Fachinformation Selincro 18 mg Filmtabletten Dezember 2013.

³ European Medicines Agency, Assessment report Selincro, Procedure No. EMEA/H/C/002583/0000, 13 December 2012.

⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss: Tragende Gründe zum Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage III Nummer 2 – Alkoholentwöhnungsmittel.

com übrigens mit dem Satz „Selincro voll erstattungsfähig“ kommuniziert⁵.

Das eigentliche Problem scheint mir jedoch folgendes zu sein:

Nalmefen ist keine echte Neuerung gegenüber Naltrexon, es wird nur geschickter vermarktet. Entscheidend ist, dass der Effekt für die Betroffenen nicht falsifizierbar ist. Wer ein Medikament einnimmt, das verspricht, den Alkoholkonsum zu beenden, wird nicht übersehen können, dass er weiter trinkt, wenn es bei ihm nicht wirkt. Wer aber ein Medikament einnimmt, das verspricht, den Konsum zu reduzieren, wird es schwer haben, einen ausbleibenden Effekt zu erkennen.

Erklärung konkurrierender Interessen

Es bestehen keinerlei Interessenskonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieses Beitrages.

Literatur

- Mann, K., Bladström, A., Torup, L., Gual, A. & van den Brink, W. (2013). Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene. *Biological Psychiatry*, *73*, 706–713.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, *90*, 1149–1153.
- Gual, A., He, Y., Torup, L., van den Brink, W., Mann, K. & ESENSE 2 Study Group (2013). A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, *23*, 1432–1442.

Dr. med. Martin Beutel

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Suchtmedizin, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen
Chefarzt
Kraichtal-Kliniken
Am Mühlberg
76703 Kraichtal
martin.beutel@kraichtal-kliniken.de

Qualitätsgesicherte und diversifizierte Behandlung von Alkoholkonsumstörungen

Quality Assurance and Diversification in the Treatment of Alcohol Use Disorders

Laura Brandt und Gabriele Fischer

Substanzkonsumstörungen sind die fünft häufigsten und fünft teuersten psychiatrischen Erkrankungen innerhalb der EU, wobei frei zugängliche, legale Substanzen wie Alkohol dominieren (jährliche Kosten der Alkoholkonsumstörung: € 62 Milliarden) (Oelsen, Gustavsson, Svensson, Wittchen & Jönsson, 2012). Mit dem Ziel die physischen, psychologischen und sozialen Schäden durch Substanzmissbrauch reliabel einzuschätzen, identifizierte eine multikriteriale Entscheidungsanalyse durch SuchtexpertInnen Alkohol, Crack und Heroin als diejenigen Substanzen, die für die KonsumentInnen sowie für die Gesellschaft den größten Schaden verursachen (Nutt, King & Phillips, 2010).

Eine Alkoholabhängigkeit führt zu massivem Leiden für die Betroffenen und hohen Kosten für die Gesellschaft, dennoch sind nur ca. 10 % der Betroffenen in ein Behandlungssetting eingebunden. Ein Review mit dem Ziel die Lücke zwischen Behandlungsbedarf und Verfügbarkeit zu evaluieren konnte aufzeigen, dass nur 57 % aller EU Länder über eine offizielle Politik in Bezug auf den Umgang mit Alkoholkonsumstörungen verfügen; 43 % der Länder überwachen die Qualität der Behandlung und 21 % evaluieren die Einhaltung von Richtlinien (Drummond, Gual & Goos, 2011).

Die Entwicklung im Bereich anderer Abhängigkeits-erkrankungen wie etwa der Opioidabhängigkeit zeigt deutlich, dass Abstinenz als einziges Therapieziel überholt ist und Maßnahmen zur Schadensreduktion einen wichtigen Stellenwert einnehmen (sollten) – unter Anbetracht der Tatsache, dass Substanzkonsumstörungen per Definition chronische psychiatrische Erkrankungen sind, denen Rückfälle immanent sind.

In Österreich liegt nur mangelhaft bis nicht vorhanden ein Strukturplan für die Behandlung Alkoholabhängiger vor. Zudem besteht eine jahrzehntelange Diskussion in Bezug auf den Mangel an FachärztInnen für Psychiatrie. Alkoholabhängige werden nach wie vor in rural angesiedelten Rehabilitationszentren versorgt, was die Stigmatisierung der Betroffenen und die mangelhafte Integration in Versorgungsnetze deutlich macht. AllgemeinmedizinerInnen sind ohne additive Therapiemöglichkeiten – wie Kurzinterventionen oder Verhaltenstherapien deren Erfolgsfolge Mann aufzeigt – überfordert.

Schon historisch „schielt“ Österreich nicht nur in medizinischen sondern auch gesellschaftspolitischen Belangen auf das große Schwesterland Deutschland. In Deutschland werden erfreulicher Weise evidenzbasierten Leitlinien in der Behandlung Alkoholkranker angewandt – wobei auch

⁵ <https://www.selincro.com/de>, zuletzt abgerufen am 12. 4. 2015.

hier, wie von Mann aufgezeigt, nach wie vor Defizite vorliegen. Während die Reduktion von Trinkmengen für Alkoholabhängige in Deutschland als intermediäres Therapieziel anerkannt und Nalmefen erstattungsfähig ist, wurde eine Remunerierung von den österreichischen Sozialversicherungsträgern abgelehnt.

Es besteht ein dringender Appell an die föderalistisch organisierte österreichische Gesundheitspolitik sich an die bestehenden Standards in Deutschland anzunähern, mit einem besonderen Augenmerk auf die Etablierung eines nationalen Suchtplans zur ambulanten, stationären, medizinischen und klinisch-psychologischen Behandlung Alkoholkranker – nach vorhandenen evidenzbasierten Kriterien. Nicht zuletzt würde ein Fokus auf die qualitätsgesicherte Therapie Alkoholabhängiger auch einen Effekt auf andere gleichzeitig vorliegende Erkrankungen haben, da bekannter Maßen 90 % aller Betroffenen auch nikotinabhängig sind.

Erklärung konkurrierender Interessen

Es bestehen keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieses Beitrages.

Literatur

- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, *19*, 155–162.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, *376*, 1558–1565.
- Drummond C, Gual A, Goos C. (2011). Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe. *Addiction*. *106*: 31–6.

Univ. Prof. Dr. Gabriele Fischer

Medizinische Universität Wien
Zentrum für Public Health
Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie
Währinger Gürtel 18–20
1090 Wien
Österreich
gabriele.fischer@meduniwien.ac.at

„Im Westen nichts Neues“

„Nothing new in the West“

Wilma Funke, Johannes Lindenmeyer, Peter Missel und Monika Vogelgesang

Aufgrund der hohen Relevanz riskanten, schädigenden und abhängigen Alkoholkonsums für die individuelle und die Volksgesundheit ist ein frühzeitiger Eingriff in inad-

äquate Konsumgewohnheiten und die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit angeraten. Dies erfordert in erster Linie verstärkte verhältnisorientierte Präventionsanstrengungen (z. B. in Form von Preiserhöhung und Zugangsbeschränkung), in zweiter Linie aber u. a. auch die Verbesserung der früherkennenden diagnostischen Methoden und die entsprechende Beachtung eventueller alkoholbedingter Beeinträchtigungen in der medizinischen und psychotherapeutischen Primärversorgung. Daher begrüßen wir alle Bemühungen in diese Richtung.

In diesem Zusammenhang ist allerdings eine erneute Debatte über Konsumreduktion als gleichwertige, dem Patienten zur Wahl zu stellende Alternative zur gegenwärtigen abstinenzorientierten Behandlung nicht zielführend. Haben doch die an der gerade verabschiedeten S3-Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften die Evidenzlage zur Behandlung von Alkoholproblemen – einschließlich der von Mann (2015) angeführten Studien zu Nalmefen – systematisch gesichtet, bewertet und im Verlauf eines standardisierten Konsensfindungsprozesses unter strikter Beachtung von Interessenskonflikten Abstinenz als übergeordnetes Behandlungsziel in der Behandlung von Suchtkranken bestätigt. Lediglich für eine genau definierte Patientenuntergruppe („wenn Abstinenz noch nicht möglich ist und keine Entzugsbehandlung indiziert ist“) wurde Konsumreduktion als Behandlungsziel bei Alkoholabhängigen empfohlen. Es gibt keine neue Befundlage, die eine kurzfristige Revision der S3-Leitlinie in diesem Punkt begründen könnte.

Da hierzulande besonders effiziente und gut vernetzte Suchtbehandlungsangebote existieren, ist eine Verbesserung der Versorgung von Alkoholabhängigen vor allem über eine Optimierung der Zugangswege anzustreben. In diesem Zusammenhang begrüßen wir, dass durch die Änderung der Psychotherapie-Richtlinien seit 2011 ein zusätzliches Behandlungsangebot für Alkoholabhängige eröffnet wurde, wobei hier bis zur zehnten Behandlungssitzung eben auch die Erreichung nachgewiesener Abstinenz gefordert wird. Eine Ergänzung der Antragsbedingungen für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation um einen ärztlich-psychotherapeutischen Befundbericht könnte den Zugang zu Entwöhnungsbehandlungen für Alkoholabhängige noch weiter erleichtern.

Gleichzeitig wird in der S3-Leitlinie auf die positive Evidenzlage zur Wirksamkeit von zieloffener Früh- bzw. Kurzintervention insbesondere bei riskantem und schädlichem Alkoholkonsum hingewiesen und in diesen Fällen eine Konsumreduktion im Sinne von Schadensbegrenzung/„harmreduction“ empfohlen. Hierzu kann dann im Einzelfall auch eine adjuvante medikamentöse Unterstützung gehören.

Da es sich bei Menschen mit Alkoholproblemen um eine sehr heterogene Population handelt, sind somit differenzielle Aspekte in der Indikationsstellung zu beachten. Die von Mann (2015) vorgeschlagene schrittweise Intervention bei Alkoholabhängigen – von medikamentös gestützter Konsumreduktion bis zum maximalen „Eingriff“ einer stationären abstinenzorientierten Entwöhnungsbe-

handlung – im Sinne eines Versuch- und-Irrtum-Vorgehens – ist beim derzeit bereits vorhandenen Kenntnisstand zur differentiellen Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungsoptionen eher als Rückschritt zu werten. Neben dem Respekt vor der Entscheidung des Patienten auch gegen ein als sinnvoll erachtetes Therapieziel gehört es unseres Erachtens zur ethisch begründeten Verantwortung des Behandlers, sichere Wege der Zielerreichung und Optimierung von Gesundheit und Lebensqualität zu empfehlen und den Patienten entsprechend aktiv und gezielt zu beraten.

Erklärung konkurrierender Interessen

Alle vier Autoren haben an der Entwicklung der S3-Leitlinien mitgewirkt. Sie sind außerdem als Leitungskräfte für den Erfolg abstinentenorientierter stationärer und ambulanter medizinischer Rehabilitationseinrichtungen verantwortlich. Johannes Lindenmeyer ist Geschäftsführer einer stationären Entwöhnungseinrichtung und hält Anteile an einer stationären Entwöhnungseinrichtung. Wilma Funke, Peter Missel und Monika Vogelgesang sind ehrenamtliche Vorstandsmitglieder des Fachverbandes Sucht (FVS), der die Interessen von stationären und ambulanten Entwöhnungseinrichtungen vertritt.

Literatur

Mann, K. (2015) Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *SUCHT*, 61, 29–36.

Prof. Dr. Wilma Funke

Kliniken Wied
Mühlental
57629 Wied
Deutschland
wilma.funke@kliniken-wied.de

Alkoholmengenreduktion als Behandlungsziel nicht für alle Alkoholabhängige geeignet

Reduction of Alcohol is not suitable as a Treatment Goal for all Alcohol Addicts

Dieter Geyer

Die Reduktion des Pro-Kopf-Verbrauchs an Alkohol und eine Erhöhung der Behandlungsquote Alkoholabhängiger ist dringend erforderlich (Rehm, Shield, Rehm, Gmel & Frick, 2012). Ob die „Forderung nach lebenslanger Absti-

nenz“ in der „traditionellen Behandlung“ für die geringe Vermittlungsquote aus akutmedizinischen Entgiftungsbehandlungen oder der hausärztlichen Praxis verantwortlich ist, wie es aus dem Positionspapier von Mann (2015) hervorgeht, darf bezweifelt werden. Mann erhofft sich durch die Implementierung Medikamenten gestützte Trinkmengenreduktion in Kombination mit Kurzinterventionen ein höheres Engagement der Hausärzte und verspricht sich hierdurch schnellere und in größerem Umfang erfolgende Hilfe für Alkoholabhängige. Offen bleibt dabei die Frage, wie und von wem unter den Alltagsbedingungen einer Hausarztpraxis Suchtmittel bezogene Kurzinterventionen kompetent durchgeführt werden können und ob Nalmefen, anders als die bislang zugänglichen Medikamenten zur Entwöhnung oder Trinkmengenreduktion zu einer höheren Behandlungsquote Alkoholabhängiger in der kassenärztlichen Praxis führen wird.

Aus den vorliegenden Studien zu „kontrolliertem Trinken“ und „Trinkmengenreduktion“ bei Alkoholabhängigen ist ihre Wirksamkeit ableitbar, nicht aber deren Gleichwertigkeit mit Abstinenz orientierten Behandlungen. Noch wissen wir nicht, in welchem Umfang Nalmefen die Trinkmengen bei Personen reduziert, die 200 g und mehr Alkohol täglich trinken, wie es für Patienten in Entwöhnungsbehandlungen nicht unüblich ist. Auch über den Einfluss schwerer somatischer oder psychischer Komorbidität auf das Outcome Medikamenten gestützter Trinkmengenreduktion ist nichts bekannt. Solche Probanden werden bei Untersuchungen zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen regelhaft ausgeschlossen.

So lange keine aus empirisch abgesicherten Daten ableitbare Differenzialindikationsstellung möglich ist, sollten wir in der Patientenbehandlung Bewährtem und klinischer Erfahrung folgen. Aus dieser ist abzuleiten, dass Personen mit auf Alkohol zurück zu führenden schweren Erkrankungen (AWMF, S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“), zu Gewalt neigenden Personen und solchen, die beruflich Verantwortung für andere Menschen tragen stets Abstinenz nahe gelegt werden sollte. Trinkmengenreduktion hingegen kann ein adäquates Behandlungsziel bei schädlichem, wohl auch bei abhängigem Konsum ohne schwerwiegende Folgen, als Zwischenschritt zum Aufbau von Abstinenzmotivation und zur Schadensminimierung bei nicht erreichbarer Abstinenz sein.

Die Gefahr, dass durch das Angebot „weichere“ Behandlungsziele im konkreten Einzelfall die erforderliche Abstinenzorientierung erschwert wird, besteht. Beim derzeitigen Wissensstand sollte Alkoholmengenreduktion daher nur für bestimmte („leichtere“) Fälle angeboten werden.

Deklaration möglicher Interessenskonflikte

Der Autor arbeitet als Chefarzt zweier Rehabilitationskliniken für Suchtkranke und als beratender Arzt in einer Suchtambulanz. Er hat ein Vortragshonorar der Firma Lundbeck erhalten.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2015). *S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“* (AWMF-Register Nr. 076–001). Düsseldorf: AWMF.
- Mann, K. (2015). Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *SUCHT*, 61, 29–36.
- Rehm, J., Shield, K. D., Rehm, M. X., Gmel, G. & Frick, U. (2012) Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Dr. med. Dieter Geyer

Chefarzt
Johannesbad Kliniken Fredeburg GmbH
Fachklinik Fredeburg
Zu den drei Buchen 1
57392 Schmallenberg – Bad Fredeburg
Deutschland
dieter.geyer@fachklinik-fredeburg.de

Eine neue therapeutische Haltung ist notwendig

A new therapeutic Approach is needed

Thorsten Kienast

- Der im Heft 1/2015 publizierte Artikel zur Effektivität von Kurzinterventionen und medikamentöser Behandlung (Mann, 2015) spricht wichtige Aspekte für den psychotherapeutischen Umgang mit Alkoholabhängigen an:
- Die abstinentorientierte therapeutische Haltung ist indikationsbezogen einzusetzen.
 - Patienten sollten Einfluss auf das Therapieziel in der Behandlung haben.

Begibt man sich in die tägliche Basisversorgung, so ist offensichtlich, dass eine individualisierte Psychotherapie mit einer klaren aber flexiblen Therapeutenhaltung notwendig ist. Begleitend dazu sollte medikamentöse Rückfallprophylaxe durchgeführt werden.

Abstinenz als Dogma ist nicht hilfreich: In der Behandlung vieler Patienten mit Alkoholabhängigkeit ist Abstinenz nicht umsetzbar. Der Druck, der von einer abstinentorientierten Haltung eines Therapeuten ausgeht, ist oft schädlich für die therapeutische Beziehung. Preis ist, dass diese Patienten das Hilfesystem verlassen oder verschlossen bleibt. Das Ziel „Abstinenz“ sollte daher aus klinischer Sicht nur zu einem geeigneten Zeitpunkt bei geeigneten Patienten gesetzt werden. Provokant formuliert heißt dies, dass ein Dogma der Abstinenz zu Gunsten einer individualisierten Regelung fallen muss. Das Prinzip der

dialektischen Abstinenz liefert hier umsetzbare Lösungsvorschläge (McMain, Sayrs, Dimeff & Linehan, 2007).

Patienten müssen Einfluss auf ihre Therapieziele erhalten: Oft stehen abstinentorientiert handelnde Therapeuten vor dem Dilemma dass der Patient eigene Vorstellungen seines zukünftigen Konsumverhaltens besitzt. Löst man sich von den F1 Diagnosen, so ist bei den meisten Störungsbildern bei denen Psychotherapie angewendet wird eine konsensuelle Einigung auf die Behandlungsziele Standard. Auf Ebene der therapeutischen Bindung wird so ein wichtiger Faktor aktiviert, der adhärentes Verhalten der Patienten fördert und vielleicht sogar in Abstinenz münden kann.

Das Setzen und Erreichen von Therapiezielen ist wahrscheinlich entscheidend abhängig von:

- der Wirksamkeit der zwischenmenschlichen Beziehung von Therapeuten und Betroffenen (Darrow, Dalto & Folette, 2012),
- der Balance zwischen Fordern und Akzeptanz sowie wertschätzender Haltung (Dimeff & Linehan, 2008)
- der Beleuchtung eines funktional-kontextuellen Ansatzes als Ergänzung zur behavioristischen Sicht (Hayes, Strohsal & Wilson, 2014).

„Balance zwischen Fordern und Akzeptanz“ bedeutet, dass dialektische, also umsetzbare und funktionale Wege gefunden werden müssen, mit denen das schädliche Ausmaß des Alkoholkonsums bestmöglich reduziert werden kann. Der funktional-kontextuelle Ansatz beschreibt das Beschreiten eines individualisierten, nicht schädigenden Weges, der in das subjektive Weltbild des Betroffenen und dessen persönliches Wertesystem hineinpasst.

Wissend um die mangelnde wissenschaftliche Absicherung der oben geführten Argumentation soll dieser Kommentar einen Beitrag dazu liefern die Haltung von Suchttherapeuten grundlegend zu überdenken. Hinweis darauf ist der geringe Prozentsatz an Betroffenen die sich im suchttherapeutischen System befinden. In grober Skizzierung könnte die Dialektisch Behaviorale Therapie hier Modell stehen. So könnte die Wirksamkeit von Kurzinterventionen, die bekanntlich lediglich weniger schwer erkrankte Patienten mit Alkoholabhängigkeit erreicht verstärkt (Miller & Wilbourne, 2002) und auch schwerer Erkrankte erreicht werden.

Literatur

- Mann, K. (2015) Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *SUCHT*, 61, 29–36.
- McMain, S., Sayrs, J. H. R., Dimeff, L. A. & Linehan, M. M. (2007). Borderline Disorder and Substance Dependence. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice* (pp. 149ff.). New York: The Guilford Press.
- Darrow, S. M., Dalto, G. & Follette, W. C. (2012). Equifinality in Functional Analytic Psychotherapy: Different Strokes for Different Folks. *International Journal of Behavioral and*

Consulting Therapy. Author manuscript; available in PMC 2014 February 13. Published in final edited form as: *Internal Journal of Behavioral and Consulting Therapy*, 7, 38–44.

- Dimeff, M. A. & Linehan, M. M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. *Addiction Science and Clinical Practice*, 4, 39–47.
- Hayes, S., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). *Akzeptanz- und Commitment- Therapie: Grundlagen der ACT – Ein funktional-kontextueller Ansatz*. Paderborn: Jungfermann Verlag.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97:265–77.

Deklaration möglicher Interessenskonflikte

Es bestehen keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieses Beitrages.

PD Dr. Thorsten Kienast, MBA

Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie
Poststrasse 3
20354 Hamburg
Deutschland
email@thorsten-kienast.de

Durch Kurzinterventionen Trinkmengenreduktion erreichen, eventuell Nalmefene als add-on: nicht umgekehrt

Brief Interventions to realize Reduction of Alcohol intake maybe with Nalmefene as add-on: not vice versa

Thomas Kuhlmann

Die wichtigsten Therapieziele sind Überlebenseicherung, gefolgt von Verbesserung der Lebensqualität durch umfassende Teilhabe und Entwicklung eines risikoärmeren, wenn möglich abstinentgestützten Lebensstils soweit gemeinsam mit dem Patienten möglich, also stets mit, nicht ohne oder gegen ihn. Das setzt motivationsfördernde Haltung und Praxis gemäß MI voraus im Spannungsfeld von Patientenperspektive, fachlicher Perspektive und realer Lebenssituation: Eine komplexe Herausforderung, im Bezugsrahmen des bio-psycho-sozialen Konzepts des ICF, die stets intensive Beziehungsarbeit mit dem Patienten erfordert im Sinne von Hilfe zur weitestmöglicher Selbsthilfe. Trinkmengenreduktion ist dabei ein relevantes (Teil-)Ziel (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1988; Kuhlmann, 2001).

Hausärzte als primäre Anlaufstellen für Menschen mit gesundheitlichen und auch Suchtproblemen können durch adäquate Kurzinterventionen die Bereitschaft von Patienten mit schädlichem oder abhängigem Gebrauch zur Lebensstiländerung und Akzeptanz professioneller Hilfen deutlich fördern, wie durch internationale Studien eindringlich bestätigt.

Laut Pressemitteilung des IQWiG ist „Nalmefen ... für Personen mit Alkoholabhängigkeit zugelassen, die akut viel Alkohol trinken, aber keine körperlichen Entzugerscheinungen haben und keinen sofortigen Entzug benötigen. IQWiG hat überprüft, ob der Wirkstoff bei dieser Patientengruppe gegenüber (Naltrexon) einen Zusatznutzen bietet. Ein solcher Zusatznutzen ist demnach nicht belegt“ (Ernst, 2014).

Die Indikation „Frühphase einer Abhängigkeit und ... bei schädlichem Gebrauch“ richtet sich an Hausärzte, die erfahrungsgemäß zielgerichteten verbalen Interventionen wegen etwaiger Suchtprobleme weitaus zurückhaltender gegenüberstehen – s. sinkende Zahl substituierender Hausärzte – als der Verordnung von Medikamenten.

Im Einzelfall ist Nalmefene sinnvoll, die massenhafte Verschreibung jedoch strikt abzulehnen. Stattdessen sind Förderung von Frühinterventionen in der Primärversorgung in Verbindung mit konkreten lebensstilbezogenen Hilfen, Kooperation mit der Suchthilfe und den suchtpsychiatrischen Kliniken mit Versorgungsauftrag zu fördern. In Zeiten massiven Kostendrucks eine Ausweitung der Nalmefene-Verschreibung zu propagieren – absehbar faktisch als Hauptindikation, nicht zusätzlich zur Kurzintervention – ist kontraproduktiv, um Hausärzte für fachgerechte Interventionen bei Suchtproblemen zu sensibilisieren und fördert eine inakzeptable Ausweitung der Medikalisierung unter dem Deckmantel Prävention analog der fachlich umstrittenen, der Pharmaindustrie höchst genehmen Ausweitung psychiatrischer Diagnosen im DSM V (Frances, 2013) und der Tendenz zunehmender Psychopharmaka-Verordnung. Ein Positionspapier (Mann, 2015) mit dieser inhaltlichen Ausrichtung ist irritierend.

Deklaration konkurrierender Interessen

Es bestehen keine Interessenskonflikte in Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.). (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprojektes Psychiatrie der Bundesregierung*; 11. November 1988.
- Ernst, A.-S. (2014). Nalmefen bei Alkoholabhängigkeit ist nicht belegt; Pressemitteilung 08.12.2014, Presse- und Öffentlich-

keitsarbeit des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

- Frances, A. (2013). Normal – gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: Dumont Buchverlag.
- Kuhlmann, T. (2001). Die Bedeutung von Harm Reduction in der Suchthilfe. *SUCHT*, 47, 131–136.
- Mann, K. (2015) Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *SUCHT*, 61, 29–36.

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Chefarzt – Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schlodderdicher Weg 23a
51469 Bergisch Gladbach
Deutschland
thkuhlmann@psk-bg.de

Kommentar zum Artikel „Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren“?

Ulrich Preuß

In diesem Positionspapier fasst der Autor (Mann, 2015) Erkenntnisse und Ergebnisse aktueller Studien zur Konsumreduktion bei der Behandlung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen zusammen. Vorangegangene Therapieleitlinien (NICE 2011) aus England und weitere nationale wie internationale Institutionen wie die European Medicines Agency (EMA, 2010) oder in Deutschland hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft (GBA) erkennen mittlerweile die Trinkmengenreduktion als intermediäres Therapieziel an.

Die Rationale sowie verschiedene Ansätze, mit denen eine solche Behandlungsstrategie unternommen werden kann, werden in diesem Beitrag vorgestellt. Diese schließen sowohl die evidenzbasierten Verfahren der Kurzintervention als auch Studien zur pharmakologischen Beeinflussung der Trinkmengenreduktion wie etwa mittels Topiramats (einem Antiepileptikum) ein. Ausführlich wird auf den Hintergrund der Studien zu Nalmefene, einem Opiatantagonisten eingegangen. Die durchgeführten Studien beinhalten zwei entscheidende Innovationen: 1. wird explizit als Outcome die Trinkmengenreduktion in den Vordergrund der Behandlung gestellt, 2. Während der Studie war es den Teilnehmern gestattet, die Medikation nach Bedarf, je nach subjektiv empfundener Symptombelastung mit Suchtdruck (Craving) einzunehmen. Die Ergebnisse der Studien weisen übereinstimmend darauf hin, dass Nalmefene sowohl in der mittelfristigen als auch langfristigen Therapie gut geeignet ist, Trinkmengen zu

reduzieren. Dies gilt insbesondere für Patienten, die unter einer verminderten Kontrolle über den Alkoholkonsum leiden und denen es auch nach einer ärztlichen oder therapeutischen Kurzintervention nicht gelingt, die Trinkmenge innerhalb eines Zeitraums von mehreren Wochen selbstständig zu reduzieren.

Bereits vorangegangene Kommentare haben sowohl die Definition des Outcomes als auch den Evaluationsprozess der Zulassungsbehörden deutlich kritisiert (Spence 2014; Braillon 2014). Allerdings fußen einige der Ausführungen der Kommentatoren nachvollziehbar an einem unvollständigem Verständnis der Indikation, der Ergebnisparameter oder des Evaluationsprozesses (van den Brink, Mann, Gual & Aubirn, 2014). Ebenfalls wird nicht erkannt, dass eine direkte Vergleichsstudie mit Naltrexon, einem Opiatantagonisten und bereits für die Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit zugelassenen Medikament, schwierig ist, da beide Medikamente nur über –eine überlappende Zulassung (Naltrexon: Alkoholabhängigkeit, Nalmefene: Alkoholabhängigkeit ohne Entzug) aufweisen und das letztere Medikament nur einen Teil (der eher leicht bis moderat betroffenen) Alkoholabhängigen einschließt. Allerdings wäre auch für das Positionspapier hilfreich, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu Naltrexon ausführlich darzustellen. Ebenfalls wäre es für die praktische Anwendung wichtig, in welchen Settings des eigentlich sehr elaborierten Suchthilfesystems sich der Einsatz von Nalmefene am besten eignet. Vorstellbar wäre, dass Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit ohne Entzugssyndrom und mit dem Wunsch der Trinkmengenreduktion besonders häufig in der allgemein- und hausärztlichen Praxis erscheinen oder über Suchtberatungsstellen zuvermittelt werden. Besonderheiten der Verordnung und deren Implementation in diesen Einrichtungen würden das Positionspapier aus meiner Sicht weiter aufwerten, da es bereits eine Erweiterung der Therapieziele und Flexibilisierung der Therapiezielfindung als auch der Medikamenteneinnahme beinhaltet und in die aktuellen S3-Leitlinien „Alkoholbezogene Störungen“ Eingang gefunden.

Erklärung konkurrierender Interessen

Vortragstätigkeit für die Fa. Lundbeck (Deutschland), Keine Forschungsgelder, keine Firmenanteile oder -interessen.

Literatur

- Braillon, A. (2014). Nalmefene in alcohol misuse: junk evaluation by the European Medicines Agency. *British Medical Journal*, 348, g2017.
- Mann, K. (2015) Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *Sucht*, 61, 29–36.
- Spence, D. (2014). Bad medicine: nalmefene in alcohol misuse. *British Medical Journal*, 348, g1531.

Van den Brink, W., Mann, K., Gual, A. & Aubin, H.-J. (2014). Wim van den Brink and colleagues reply to Des Spence and Alain Braillon. *British Medical Journal*, 348, g2605. doi: 10.1136/bmj.g2605.

Prof. Dr. med. Ulrich W. Preuß

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Dobberziner Straße 112
19348 Perleberg
Deutschland
u.preuss@krankenhaus-prignitz.de

Vertane Chance – Zur Markteinführung von Nalmefene

A passed up Chance – on the Launch of Nalmefene

Gerhard Reymann

Dass eine Trinkmengenreduktion bei Alkoholkranken gute Effekte haben kann, wissen wir seit Sobell und Sobell (1976), dass Trinkmengenreduktion durch Nalmefene medikamentös unterstützt werden kann, ist ebenso bekannt. Mit der Einführung von Nalmefen den Anteil der Alkoholkranken, die Zugang zum Hilfesystem finden, zu erhöhen, war eine von weiten Teilen des Hilfesystems und vom Autor begrüßte Perspektive. „Weniger Alkohol trinken – ein richtiger Schritt“ wäre z. B. eine Botschaft gewesen, mit der dieser medikamentöse Ansatz im Suchthilfesystem und bei Betroffenen hätte deutlich gemacht werden können.

Aktuell nicht mehr Trinken zu wollen ist das Ziel von über 95 % der rund 300 Alkoholabhängigen, die sich jedes Quartal in der Dortmunder Suchtmedizinischen Ambulanz spontan vorstellen. Zumindest 3 Monate nicht mehr Trinken zu müssen ist das Ziel der überwiegenden Mehrheit der Alkoholkranken, die hier eine Entzugsbehandlung abschließen. In den verschiedensten Lebenssituationen durchgängig nicht mehr Trinken zu brauchen, weil die Identifikation mit einem alkoholfreien Leben gelungen ist, stellt eine befreiende Erfahrung dar, die sich erfreulich oft am Ende einer gelungenen Rehabilitation oder einer längerfristigen ambulanten Psychotherapie Alkoholkranker einstellt. „Nicht mehr trinken. Sondern weniger.“ ist die Botschaft, die mit der Markteinführung von Nalmefen der Fachöffentlichkeit und den Betroffenen präsentiert wird. Der vordergründige Witz stellt sich bei näherer Betrachtung als direkter Angriff auf die Abstinenzorientierung heraus. Ohne Not werden die abstinenzorientierten Alkoholkranken angegriffen und der Lächerlichkeit preisgegeben. Der Autor weiß bereits von einer Grillparty zu berichten, wo ein trocken lebender Alkoholiker süffisant in entsprechende Diskussionen verwickelt werden.

Anzumerken ist, dass der Beipackzettel für das Fertigarzneimittel zwar zahlreiche Anwendungsbeschränkungen nennt. Die Information, dass Nalmefene nicht in der Anwendung bei erfolgreich abstinent lebenden alkoholkranken Menschen untersucht ist, die damit einen Versuch reduzierten Trinkens starten, fehlt. Den Warnhinweis, dass ein solcher Versuch ernsthafte körperliche und soziale Folgeschäden sowie auch einen tödlichen Ausgang mit sich bringen könnte, sucht man in den vier Seiten der Gebrauchsinformation für Patienten, die der Packung beiliegt, vergeblich.

Dies wird sich möglicherweise rasch ändern, denn die Meldung erster ernster Komplikationen an das BfArM wird wahrscheinlich nicht lange auf sich warten lassen.

Zusammenfassend ist die Art der Markteinführung von Nalmefen für auf Abstinenz orientierte Alkoholkranken zumindest verunsichernd und für einige von ihnen womöglich lebensgefährlich. Die Chance, den offensichtlich recht umfangreichen Werbeetat für eine präzisere Markteinführung zu nutzen wurde vertan. Sehr schade.

Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Es bestehen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieses Beitrages.

Literatur

Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1976) Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy. *Results. Behavior Research and Therapy*, 14, 195–215.

PD Dr. med. Gerhard Reymann

CA Suchtmedizin und LWL-Rehabilitationszentrum Ruhrgebiet
LWL-Klinik Dortmund
Marsbruchstr. 179
44287 Dortmund
Deutschland
gerhard.reymann@ruhr-uni-bochum.de

Eine Kombination von Medikamenten (Nalmefen) und Kurzintervention kann die Trinkmenge Alkoholabhängiger dauerhaft reduzieren. Aber ist damit gesellschaftlich schon viel gewonnen?

Medication (Nalmefen) combined with brief Intervention is able to reduce the Alcohol Consumption of Individuals. But does it bring much Benefit for the social Society?

Doris Sarrazin

Seit fast 25 Jahren diskutieren wir in Deutschland über die ‚vergessene Mehrheit‘ (Wienberg & Driessen, 2001) der Alkoholabhängigen, die von der ‚traditionellen Suchthilfe‘ nicht erreicht wird. Doch der zugrundeliegende Vergleich der epidemiologischen Daten mit den pro Jahr durch Suchtmedizin und ambulanter/stationärer Rehabilitation Behandelten hinkt. Wo bleiben andere Angebote wie Selbsthilfe, ambulante Beratung und Betreuung, komplementäre Wohnformen, Maßregelvollzug oder abstinente Lebende? Wir wissen auch, dass zwischen ca. 50 % (Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof & John, 2000) und 80 % (Klingemann & Carter-Sobell, 2006) aller Alkoholabhängigen entgegen früherer Überzeugungen durch eigene Entscheidung und Verhaltensänderung die Erkrankung überwinden. Das bedeutet nicht immer Abstinenz, aber die Kriterien einer Abhängigkeit sind nicht mehr erfüllt. Doch Fakt bleibt: Es trinken immer noch zu viele Menschen zu viel Alkohol und jede Reduzierung ist wünschenswert.

Ob Selbstremission oder professionelle Behandlung, immer hat der Änderungsprozess einen Auslöser: Familienmitglieder, Arbeitgeber, Führerscheinprobleme oder eine ärztliche Diagnose z. B. Diesen Augenblick – den teachable moment – gilt es zu nutzen. Dabei kann ein Selbsthilfemanuale hilfreich sein – oder eben der Arzt in der Praxis oder im Krankenhaus. Zu Beginn einer Studie haben die Teilnehmenden diesen Entscheidungsmoment bereits hinter sich. Nicht verwunderlich ist es daher, dass 33 % der PatientInnen ihren Alkoholkonsum bereits signifikant reduziert hatten, bevor die Medikation begann.

Ich bin generell skeptisch, wenn eine Pharmafirma Rechte zur ‚Vermarktung und Prüfung‘ eines Medikamentes erwirbt. Was soll denn bei Studien dann schon Überraschendes herauskommen, was nicht vorher schon

klar war? Beachtenswert finde ich aber, dass es für 70 % der Teilnehmenden die erste therapeutische Maßnahme war. Hat die Aussicht auf eine Kurzintervention plus ein Medikament das Craving reduziert, die Motivation zur Verhaltensänderung (oder die Selbstwirksamkeitsüberzeugung) beeinflusst? Das wäre ein nicht zu unterschätzender Nebeneffekt. Wenn durch diese systemadäquate Maßnahme MedizinerInnen motiviert werden könnten, Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren und anzusprechen, wäre viel gewonnen. Doch dazu muss diese Leistung finanziert werden.

Es gibt „... 50 Möglichkeiten einen Lover loszulassen“. Eine davon kann die Medikation mit Nalmefen und Kurzintervention sein – oder die Aussicht darauf. Die Hauptfrage ist und bleibt, wer oder was löst eine Verhaltensänderung bei einem Menschen mit Alkoholproblemen aus? Wo und wie findet dieser Mensch dann die individuell richtige und wichtige Unterstützung? Aus Public Health Sicht wäre eine möglichst frühe Intervention genau das Richtige. Gut evaluierte Interventionen gibt es, die Finanzierung und der Zugang zu Betroffenen sind das Problem. Dazu müsste es auch in der Gesellschaft ein Umdenken geben – und vielleicht endlich ein Klima, dass die Verabschiedung eines Aktionsplanes Alkohol möglich macht.

Deklaration möglicher konkurrierender Interessen

Es bestehen keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieses Beitrages.

Literatur

- Klingemann, H. & Carter-Sobell, L. (2006). *Selbsteilung von der Sucht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G. & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *SUCHT*, 46, 9–17.
- Wienberg, G. & Driessen, M. (2001). *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Doris Sarrazin

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Str. 25–27
48145 Münster
Deutschland
doris.sarrazin@lwl.org