

Therapieziel Alkoholmengenreduktion: Ein Beitrag zur Verbesserung der Behandlung von Personen mit Alkoholkonsumstörungen?

Reduction of alcohol intake as a therapeutic aim:
a contribution to improve the treatment of persons
with alcohol use disorders?

Gerhard Bühringer und Hans-Jürgen Rumpf

Mit dem Beitrag von Mann (2015) beginnen wir in diesem Heft eine Serie zur Konsummengenreduktion als alternativem Therapieziel zur derzeit vorherrschenden Abstinenz. Die 2015 in unregelmäßiger Reihenfolge erscheinenden Beiträge zu verschiedenen Substanzen fassen aktuelle wissenschaftliche und versorgungspraktische Entwicklungen zusammen, die wir in der Redaktion als relevant für eine ausführliche Berichterstattung und Diskussion ansehen. Es ist uns dabei bewusst, dass das Thema insbesondere in Deutschland in der Praxis wie in der Forschung kritisch gesehen wird und viele die Sorge haben, dass die bisher erfolgreiche abstinenzorientierte Behandlung in Frage gestellt wird. Dies ist von uns nicht beabsichtigt, vielmehr geht es um das zentrale gesundheitspolitische Ziel, einen höheren Anteil von Personen mit Alkoholkonsumstörungen (nach DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) als bisher therapeutisch zu erreichen.

In Deutschland konsumieren zu viele Personen zu viel Alkohol. Sie schädigen damit ihre Gesundheit, belasten ihre familiären und sozialen Verpflichtungen einschließlich ihres Arbeitsplatzes. Sie gefährden zusätzlich auch Dritte, vom Fötus (Alkoholembyopathie) über die Kinder- und Jugendzeit (psychische Störungen, Traumata nach Vergewaltigungen durch Väter) bis zu Verletzungen und Todesfällen als Opfer im Straßenverkehr. Nur ein sehr kleiner Teil mit einer Alkoholkonsumstörung kommt in eine fachgerechte, störungsspezifische und individualisierte ab-

stinenzorientierte Behandlung mit abgestimmten medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Maßnahmen, etwa im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation (Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof, & John, 2000). Diese Tatsachen sind seit Jahren bekannt und bei allen Experten unumstritten (vergleiche zusammenfassend Singer, Batra & Mann, 2010). Daraus ergibt sich die zentrale fachliche und gesundheitspolitische Frage, wie erreicht werden kann, dass mehr Personen mit Alkoholkonsumstörungen in Behandlung kommen, und dies möglichst auch zu einem früheren Zeitpunkt in der Störungsentwicklung. Da es in Deutschland derzeit keine bedeutsamen Wartelisten für die Behandlung gibt, genügt es auch nicht, einfach mehr Behandlungsangebote der gleichen Art zur Verfügung zu stellen. Vielmehr ist es notwendig, nach Alternativen zu suchen, die betroffene Personen eher motivieren, eine Behandlung aufzusuchen. Die Überlegung ist nicht neu und zahlreiche Vorschläge wurden in den letzten Jahren dazu gemacht, u. a. durch die Einbeziehung anderer Versorgungssegmente, wie etwa niedergelassene Ärzte, chirurgische und internistische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern. Entsprechende Konzepte wurden in einem Konsensuspapier der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) zusammengetragen (Rumpf et al., 2009). Ein weiterer Ansatzpunkt sind niedergelassene Psychotherapeuten (vergleiche Bühringer, Behrendt, Hoch, Perkonigg & Sassen, 2009). Rehm et al.

(2014) konnten zeigen, dass durch eine Erhöhung des Anteils von Personen in Behandlung die Belastung der Bevölkerung, untersucht am Beispiel der Morbidität und Mortalität, deutlich reduziert werden kann.

Ein Vorschlag, der seit vielen Jahren unterschiedlich intensiv diskutiert wird, sind alternative Therapieziele zum Abstinenzgebot. Statt vollkommener Abstinenz, die von vielen Personen nicht akzeptiert wird, die extreme negative Auswirkungen im gesundheitlichen, psychischen und sozialen Bereich noch nicht erlebt haben, wird eine Trinkmengenreduktion angestrebt.

Bereits vor 40 Jahren haben Sobell & Sobell (1973a, b; 1976) gezeigt, dass in einem gezielten Programm zum kontrollierten Konsum von Alkohol mehr Personen die Erfolgskriterien erfüllt haben, als die Personen in der Abstinenzbehandlung, und dass diese Ergebnisse auch in einer Dreijahres-Nachuntersuchung durch unabhängige Wissenschaftler Bestand hatten (Caddy, Addington & Perkins, 1978). Die Arbeit der beiden Kollegen löste eine erhebliche Diskussion aus, einen massiven politischen Druck durch die in Amerika stark dominierende Abstinenzbewegung und fachliche Kritik am unzureichenden Design der Studie, die in späteren Untersuchungsausschüssen jedoch alle widerlegt wurden. Dennoch wurden die Studien weder in Europa noch in den USA zunächst weitergeführt, mit einigen wenigen Ausnahmen (z. B. Vollmer et al., 1982, Kavanagh, Sirtharthan & Sayer, 1996 oder Heather et al., 2000, zuletzt von Körkel, z. B. 2006; für einen historischen Überblick vgl. Bühringer, 2008).

Seit etwa 2000 gewinnt ein neuer Ansatz an Bedeutung, der sich mit der medikamentösen Behandlung zur Konsummengenreduktion befasst. Im Gegensatz zu Akamprosät und Naltrexon, die zur Rückfallprävention bei abstinenten Alkoholabhängigen zugelassen sind, hat Nalmefen das Ziel, aktiv zur Reduzierung der Trinkmenge beizutragen. In dem hier vorliegenden Positionspapier von Mann (2015) werden die wichtigsten aktuellen Studien und die dabei erzielten Ergebnisse vorgestellt.

Kontrovers über alle Jahre war die Wahl der Bezeichnung für dieses Therapieziel. Von Sobell noch als „controlled drinking“ bezeichnet, von anderen als „normal drinking“, „social drinking“, „reduced drinking“, „light and moderate drinking“, haben die Autoren der aktuellen Studien die Bezeichnung „Trinkmengenreduktion“ gewählt. Damit soll der theoretisch und teilweise, insbesondere in der Selbsthilfebewegung, auch philosophisch beladene Begriff vermieden werden, da nach Meinung vieler engagierter Laien und Fachleute eine Kontrolle des Konsums durch Personen mit einer Alkoholkonsumstörung nicht möglich sei.

Unabhängig von der eher philosophisch motivierten Diskussion zum Grad der Konsumkontrolle ist es dennoch notwendig zu operationalisieren, was unter den jeweiligen Begriffen verstanden wird, und was im Zusammenhang mit der Behandlung einer Alkoholkonsumstörung als notwendig in Hinblick auf die Therapieziele erscheint. Die häufig dafür herangezogene Argumentation, dass durch einen bestimmten Rückgang des täglichen Alkoholkonsums der er-

wachsenen Bevölkerung mit einer Alkoholkonsumstörung bzw. einer riskanten Konsummenge die Mortalität und Morbidität in unserer Gesellschaft erheblich zurückgehen würde (vgl. Rehm et al., 2014), erscheint zwar aus Sicht der öffentlichen Gesundheit plausibel, und die Vergleiche zwischen Staaten mit unterschiedlichen jährlichen Trinkmengen bestätigen dies auch, doch ob die alleinige Reduzierung der Trinkmenge für eine erfolgreiche Behandlung *im Einzelfall* ausreichend ist, muss noch untersucht werden. Um zwei extreme Beispiele herauszugreifen: Wenn jemand seine tägliche Konsummenge von 80g auf 40g pro Tag signifikant reduziert (d. h. z. B. von zwei auf einen Liter Bier), dabei aber Auto fährt und sich selbst oder Dritte tödlich verletzt, dann wurde dieser Fall zwar in Hinblick auf die Reduzierung der Konsummenge mehr als erfolgreich behandelt (50% Reduktion), der Patient oder Dritte waren aber trotzdem schwer verletzt oder tot. Auch ein Patient mit einer schweren Leberfunktionsstörung dürfte wenig gewonnen haben, wenn er seinen täglichen Alkoholkonsum entsprechend reduziert. D. h., eine Reduzierung der Trinkmenge als Therapieziel muss immer in ein breiteres Konzept von Zielindikatoren *für den Einzelfall* eingebettet sein:

- Reduzierung der Konsummenge, möglichst auf risikoarme tägliche Werte
- Vermeidung von Rauschtrinken
- Vermeidung von Alkoholkonsum in bestimmten kritischen Situationen (u. a. Verkehr, Arbeit, gefährliche Sportarten, bestimmte Erkrankungen und Einnahme bestimmter Medikamente).

Diese Ziele werden sicherlich nicht immer erreicht werden. Weiterhin muss die Forschung zur medikamentösen Konsummengenreduktion noch verschiedene Voraussetzungen einer erfolgreichen und breit anwendbaren Behandlung von Alkoholkonsumstörungen prüfen: Dazu gehört u. a. die Frage der Indikation je nach Schweregrad der Störung und der bereits eingetretenen negativen psychischen, somatischen und sozialen Störungen, die Frage des eventuell höheren psychotherapeutischen Aufwandes bei schwerer ausgeprägten Störungen sowie die Stabilität der Behandlungsergebnisse über ein Jahr hinaus. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass die Gefahr bestehen könnte, dass durch eine zunehmende Akzeptanz des Zieles der Konsumreduktion die Abstinenzorientierung „aufgeweicht“ wird und Alkoholranke das Ziel der Abstinenz weniger akzeptieren.

Unabhängig von den zuvor dargestellten, umfassenden Therapiezielen in Ergänzung zur reinen Trinkmengenreduktion, sind dabei immer im Einzelfall die individuelle Situation, der Behandlungsbedarf und die Therapiemotivation des Patienten zu prüfen: Geringe Therapiefortschritte könnten bei der täglichen Konsummenge immer noch besser sein als gar keine Veränderung. Der Forschung obliegt es Kriterien zu entwickeln, die unterscheiden lassen, welches Therapieziel für das jeweilige Individuum am besten geeignet ist.

Deklaration konkurrierender Interessen

Die Autoren haben keine konkurrierenden Interessen im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bühringer, G. (2008). Alcohol use disorders: Abstinence vs. controlled drinking. In H.-R. Kranzler & P. Korfmeier (Eds.), *Encyclopedia of drugs, alcohol, and addictive behavior* (3rd, pp. 129–136). Woodbridge: Macmillan Reference.
- Bühringer, G., Behrendt, S., Hoch, E., Perkonig, A. & Sassen, M. (2009). Versorgung von Personen mit Substanzstörungen in Deutschland: Allgemeine Strukturfragen und die Einbeziehung der Psychotherapeuten [Care of subjects with substance use disorders in Germany: structural issues and involvement of psychotherapists]. *Sucht Aktuell*, 16, 44–47.
- Caddy, G. R., Addington, H. J., Jr., & Perkins, D. (1978). Individualized behavior therapy for alcoholics: A third year independent double-blind follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 16, 345–362.
- Heather, N., Brodie, J., Wale, S., Wilkinson, G., Luce, A., Webb, E. et al. (2000). A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 561–570.
- Kavanagh, D. J., Sitharthan, T., & Sayer, G. P. (1996). Prediction of results from correspondence treatment for controlled drinking. *Addiction*, 91(10), 1539–1545.
- Körkel, J. (2006). Behavioural self-management with problem drinkers: One-year follow-up of a controlled drinking group treatment approach. *Addiction Research & Theory*, 14, 35–49.
- Mann, K. (2015). Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *Sucht*, 61, 29–36.
- Rehm, J., Rehm, M., Shield, K.D., Gmel, G., Frick, U. & Mann, K. (2014). Reduzierung alkoholbedingter Mortalität durch Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Sucht*, 60, 93–105.
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Grothues, J., Meyer, C., Hapke, U., Freyer-Adam, J., Coder, B., Ulbricht, S., John, U., Driessen, M., Kremer, G., & Wienberg, G. (2009). Konsensuspapier zu Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Grundversorgung. *Sucht*, 55, 372–373.
- 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.
- Singer, M.V., Batra, A. & Mann, K. (2010). *Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Berlin: Springer.
- 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.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1973a). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49–72.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1973b). Alcoholics treated by individualized behavior therapy: One year treatment outcome. *Behavior Research and Therapy*, 11, 599–618.
- Vollmer, H., Kraemer, S., Schneider, R., Feldhege, F.-J., Schulze, B. & Krauthan, G. (1982). Outpatient behaviour therapy for juveniles and young adults with alcohol problems. In Golding, P. (Ed.). *Alcoholism: A modern perspective* (p. 417–434). Lancaster: MTP Press.

Gerhard Bühringer
Hans-Jürgen Rumpf

Redaktion Zeitschrift SUCHT

