

Alkoholtherapie

Zwischen Evidenz und Realität

Eine S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkohol- und tabakbezogener Störungen“ ist in Arbeit. Am Rande des Interdisziplinären Kongresses für Suchtmedizin* vom 4. bis 6. Juli 2013 in München sprachen wir mit Professor Norbert Wodarz, Regensburg, über den Status Quo der Therapie und das Werden der neuen Leitlinie.

InFoNP: Wie weit ist die Arbeit an der S3-Leitlinie?

Professor Wodarz: Einzelne Kapitel sind schon konsentiert, zum Beispiel das Kapitel 3 „Entgiftung, qualifizierter Entzug, Pharmakotherapie“. Bis Ende des Jahres gibt es noch weitere Konsensuskonferenzen, sodass die meisten Kapitel bis Ende des Jahres fertig sein sollten. Mit allen Nachevaluationen und Überprüfungen denke ich, dass im nächsten Jahr die meisten Kapitel zu Alkohol- und auch zu Tabaksucht erscheinen werden (►Tab. 1).

InFoNP: Nicht für alles gibt es Evidenz ...

Wodarz: Das ist leider in sehr vielen Bereichen der Suchtmedizin so, zumindest nach den strengen Kriterien der S3-Leitlinien. Da müssen wir uns dann mit sogenannten klinischen Konsenspunkten behelfen, das heißt man macht in weitgehendem Konsens der circa 40 Fachgesellschaften eine Empfehlung zur guten klinischen Praxis. Problem bei den S3-Leitlinien ist, man sucht immer international – deutschsprachige Literatur geht da schon mal verloren. Wir haben aber in Deutschland im Suchthilfesystem einige Besonderheiten, die es beispielsweise im angloamerikanischen Raum gar nicht gibt, etwa den qualifizierten Entzug. Das taucht in der Suche oft nicht auf und ist offiziell für die S3-Leitlinie nicht verwendbar. Das wird dann in der Diskussion der Leitlinie entsprechend dargestellt.

InFoNP: Was ist evidenzbasiert in der Behandlung des Alkoholentzugssyndroms?

Wodarz: Es gibt sehr viele Studien, allerdings sind die oft relativ alt und wir wissen aus vielen Bereichen der Medizin: Je älter die Studien, umso eindeutiger sind die Ergebnisse – je jünger und je höher die qualitativen Anforderungen gestellt werden, umso schwieriger wird es mit eindeutigen Aussagen. Das ist beim Entzug auch so. Für die sehr alte Substanz Clomethiazol, die man als Mittel der ersten Wahl einsetzt, gibt es kaum neuere Evidenz und die alte ist zwar gut, allerdings ziemlich überschaubar. Sehr viel mehr Evidenz gibt es für Benzodiazepine, weil sie viel im angloamerikanischen Raum untersucht wurden. Zusammengefasst gibt es keinen Hinweis darauf, dass das eine oder andere Benzodiazepin im Entzug besser oder schlechter wirksam ist. Entsprechend wird in den Leitlinien

**Zur Person**

Prof. Dr. med. Norbert Wodarz ist Leiter des Bereichs Klinische Suchtmedizin der Klinik/ Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Regensburg/Bezirksklinikum. Mit Professor Martin Schäfer, Essen/Berlin, leitet er die AG 3 „Entgiftung, Entzug, Pharmakotherapie“ der neuen S3-Leitlinie.

stehen, dass die Mittel der ersten Wahl Clomethiazol und Benzodiazepine sind. Danach wird die Luft dann schon ziemlich dünn. In der großen Gruppe der Antikonvulsiva ist die Evidenz noch am besten für Carbamazepin – nicht als alleinige Therapie eines Entzugs, sondern als Unterstützung. Carbamazepin kann man auch recht gut bei mittelschweren Entzügen ambulant einsetzen. Das geht mit Clomethiazol nicht, der ambulante Einsatz ist eine klare Kontraindikation für diese Substanz. Auch mit Benzodiazepinen sind ambulante Entzüge nur begrenzt bei guter Überwachung möglich.

InFoNP: Bei welchen Patienten ist der ambulante Entzug möglich?

Wodarz: Das ist gar nicht so einfach zu sagen. Die Ergebnisse aus Studien zu Prädiktoren, wann ein Entzug höchstens mittelschwer wird, waren eher frustant. Es gibt aber zumindest Risikofaktoren für einen schweren Entzug, der eine ambulante Behandlung ausschließt, zum Beispiel wenn in der Vergangenheit schon ein Entzugsanfall oder -delir aufgetreten ist. Zudem wird in den Leitlinien stehen, dass ein engmaschiges Überwachungssystem notwendig ist, um sofort reagieren zu können, wenn der Entzug schwerer verläuft als vermutet. Das kann im Einzelfall ein zuverlässiger Angehöriger sein, der auch nachts regelmäßig nach dem Patienten schaut und gegebenenfalls rasch Hilfe anfordert kann. Einen ambulanten Entzug bei jemandem zu machen, der keine gute soziale Einbindung mehr hat, ist dagegen schwierig. Wichtig ist zudem, mit einer Klinik zusammenzuarbeiten, wo die Patienten kurzfristig zur Fortführung des Entzuges hingeschickt werden können, falls nötig.

InFoNP: Hilft der Entzug allein?

Wodarz: Die Entzugsbehandlung ist keine Therapie der Alkoholkrankung! Es ist eigentlich nur die Behandlung einer Komplikation der Grunderkrankung, so ähnlich wie eine Hyper- oder Hypoglykämie beim Diabetiker. Letztlich beginnt die Behandlung erst mit dem Ende des Entzuges. Da geht es um die

*Der Interdisziplinäre Kongress für Suchtmedizin bietet Ärzten der verschiedensten Fachrichtungen, Psychologen, Sozialpädagogen, Krankenschwestern und Krankenpflegern sowie Therapeuten die Möglichkeit, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse auszutauschen und suchtmmedizinisches Grundlagenwissen zu erwerben. Der Kongress findet nunmehr seit zehn Jahren jedes Jahr im Juli in München statt.

Frage, wie kann ich den Patienten auf ein möglichst niedriges Niveau der Trinkmenge bringen oder – je nachdem, wie das Ziel ist – kann ich ihn in der Abstinenz stabilisieren. In beiden Fällen sind die Bausteine immer die psychotherapeutische Behandlung, also das Sprechen, und die Pharmakotherapie.

InFoNP: Wie ist die Evidenz für psychotherapeutische Verfahren zur Rückfallprophylaxe?

Wodarz: Die großen Studien dazu konnten nicht belegen, dass ein Verfahren einem anderen überlegen ist, wichtig ist aber, man bietet etwas an. Meine Schlussfolgerung aus den Daten ist, dass die Wirkfaktoren (►Tab. 2), die Grawe für die Psychotherapieforschung zusammengetragen hat, auch hier die essenziellen sind. Mit einem Angebot, dass diese Wirkfaktoren berücksichtigt, ist man auf der sicheren Seite, auch ohne eine manualisierte Behandlung.

InFoNP: Welche Medikamente können evidenzbasiert zur Postakutbehandlung empfohlen werden?

Wodarz: Auch hier waren die Studien im Anfang sehr viel positiver, als es sich bei den neueren Studien darstellt. Bei Acamprosat wie bei Naltrexon kann man nach den aktuellen Cochrane-Analysen sagen: Man muss neun Patienten behandeln, damit ein zusätzlicher Patient keinen Rückfall erleidet. Das ist verglichen mit anderen Medikamenten eine recht gute Erfolgsquote, hat aber trotzdem nicht dazu geführt, dass diese Medikamente sehr großflächig verordnet werden. Anhand des Arzneimittelreports wird deutlich, dass der Anteil der Patienten im Suchtbereich, die Acamprosat oder Naltrexon erhalten, eher im Promillebereich liegt.

InFoNP: Wie kommt das?

Wodarz: Aus meiner Sicht sind dafür unter anderem unglückliche Vermarktungsstrategien der Firmen mit verantwortlich. Wer mit der Erwartung an eine Therapie geht, dass sie jedem hilft und keine Rückfälle mehr auftreten, wird spätestens nach

T2 Wirkfaktoren nach Grawe

1. Therapeut-Patienten-Beziehung
2. Problemaktualisierung
3. Motivationsförderung
4. Ressourcenaktivierung
5. Konkrete Hilfe

Nach Grawe K. Report Psychologie 2005; 7/8: 311

fünf behandelten Patienten merken, das funktioniert nicht und lässt das wieder sein. Bei uns in der Klinik sind diese Medikamente „Krücken“. Es gibt Patienten, für die können diese Medikamente eine wichtige Stütze sein auf dem Weg in die Abstinenz oder Trinkmengenreduktion, aber es hilft eben nicht bei jedem. Und es muss auch klar sein, dass eine rein medikamentöse Behandlung alleine das Problem nicht lösen, einen Rückfall nicht vermeiden kann, nicht mal unter Disulfiram. Medikamente sind immer nur ein Baustein, der den psychotherapeutischen Anteil der Behandlung unterstützen kann.

InFoNP: Die anstehende Zulassung von Nalmefen hat die Diskussion über das Therapieziel in Richtung Trinkmengenreduktion gelenkt. Ist das ein Paradigmenwechsel, wie manchmal behauptet wird?

Wodarz: Es ist aus meiner Sicht bei den spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen schon lange klar, dass es nicht bei jedem Patienten gelingen kann, eine Abstinenz zu erreichen und dort auch zu halten. Wenn der Konsum so hoch ist, dass körperliche Folgeschäden drohen, ist eine Trinkmengenreduktion ein naheliegendes Ziel, wenn eine Abstinenz aktuell nicht möglich ist. Kontrovers diskutiert wird aber die Frage, ob ein Medikament, das spezifisch die Trinkmenge reduziert, ein solcher Gewinn ist. Wenn man die Studiendaten umrechnet, haben die Patienten zu Beginn im Durchschnitt zwei Maß Bier getrunken; der Effekt des Nalmefene lag bei einer Reduktion der Trinkmenge von umgerechnet einem Kölsch. Das ist was, keine Frage. Aber der viel wichtigere Aspekt bei diesen Studien war aus meiner Sicht: Egal ob die Patienten Verum oder Placebo bekommen haben, alleine dadurch, dass sie in ein Behandlungsprogramm eingeschlossen wurden, hat sich die Trinkmenge im Durchschnitt halbiert. Nach der Behandlung haben sie nur noch ein Maß Bier pro Tag getrunken und durch Nalmefene zusätzlich noch das eine Kölsch weniger. Das zeigt erneut: Alleine ein Medikament zu verschreiben, funktioniert nicht, es braucht eine Rahmenbegleitung dazu. In der Studie waren das halt die im Studienplan vorgesehenen engmaschigen Kontakte, die weit über dem liegen, was diese Patienten üblicherweise in der Praxis an Kontakten bekommen.

InFoNP: Was ist für Sie entscheidend für einen anhaltenden Erfolg der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit?

Wodarz: Entscheidend ist aus meiner Sicht ein tragfähiges therapeutisches Bündnis. Und dann verweise ich nochmals auf die Wirkfaktoren von Grawe. Medikamente können eine Unterstützung sein, sind aber keine Wundermittel und auch nicht für jeden Patienten geeignet.

Das Interview führte Friederike Klein, freie Medizinjournalistin.

T1 S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkohol- und tabakbezogener Störungen“

► Beteiligung: über 40 Fachgesellschaften, Verbände und Patientenvertretungen

► Koordinierende Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V.

► Leitung: Prof. Dr. Karl F. Mann, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Mannheim

► Fachgruppen:

1. Screening und Diagnostik
2. Kurzintervention
3. Entgiftung, qualifizierter Entzug, Pharmakotherapie
4. Komorbidität
5. Spezifische Populationen
6. Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung
7. Schnittstellen & Versorgungsorganisation

► Geplante Fertigstellung: 30.6.2014

► AWMF-Registrierungsnummer: 076-001

► Weitere Infos zur Leitlinienanmeldung:
www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/1/076-001.html oder über den QR-Code:

