

## Medikamente zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit – eine notwendige Stellungnahme zur Stellungnahme der DHS

Dass sich die DHS mit der Medikamentösen Behandlung der Alkoholabhängigkeit befasst, ist zu begrüßen. Praktisch alle schweren, chronischen Krankheiten lassen sich in Verlauf und Prognose durch den Einsatz von Medikamenten günstig beeinflussen. Man stelle sich bspw. eine Diabetesbehandlung ohne Medikamente vor. Selbstverständlich könnte man ganz viel durch Gewichtsreduktion, mehr Sport und gesündere Ernährung erreichen. Aber die Realität belehrt uns, wie schwer all das ist, was primär psychologisch ansetzt. Die Erfolge bleiben weit hinter dem zurück, was sich mit dem zusätzlichen Einsatz von Medikamenten erreichen lässt. Insofern bestünde in der Fachwelt kein Zweifel: Auf Medikamente zu verzichten, wäre ein fataler Rückschritt.

Deshalb muss auch der aktuellen DHS-Stellungnahme [1] widersprochen werden. Sie blendet, wie schon die S3-Leitlinie von 2015/2016 [2], zu sehr aus, wie katastrophal die Behandlungsergebnisse der Alkoholabhängigkeit seit Jahrzehnten ohne wesentlichen Fortschritt sind [3]. Die Praxis zeigt bei unzähligen Patienten, wie unerbittlich die Krankheit trotz aller etablierter Versuche sie zu behandeln, weiter und weiter macht. Sie erweist sich so oft als unbeeinflusst davon. Das Gros der Patienten hat de facto eine Dauer-Nichtbehandlung ihrer schweren Krankheit erlebt. John et al. fanden in ihrer Studie eine um 20 Jahre verkürzte Lebenserwartung, ohne Einfluss durch sogenannte „Therapien“ [4].

Insofern ist es zu begrüßen, wenn Ansätze verfolgt werden, die Situation durch den Einsatz von Medikamenten zu verbessern.

Die Bedenken, die die DHS dagegen stellt, sollten eigentlich als überholt angesehen werden:

1. „Es wird angestrebt, ... zusätzliche Patient/innen zu erreichen und zu stabilisieren und den medizinischen Charakter der Diagnose Alkoholkrankheit zu betonen, um diese damit zu entstigmatisieren. Auf der anderen Seite werden durch die Medikamentenverordnung ungewollt dysfunktionale, suchttypische Kognitionen und Verhalten verstärkt, nämlich, dass

Probleme durch die orale Einnahme von Substanzen zu lösen seien“ [1, S. 1]. Hier wird das alte und unnütze „Psychologie versus Medizin“ bemüht, das gute Ansätze, Suchtkranke optimal gemeinsam zu behandeln, seit Jahrzehnten blockiert.

2. „Es besteht die Gefahr, dass von Patient/In und Therapeut\*in einseitig auf eine (überschätzte) Pharmakotherapie gesetzt wird und die etablierten Langzeittherapien (Entwöhnung, Nachsorge einschließlich Selbsthilfe) vernachlässigt werden [1, S. 2]“. Auch dieser Satz drückt alte Ängste aus, wie sie schon vor Jahrzehnten bei der Einführung von Methadonbehandlungen geäußert wurden. Auch hier: Psychologie vs. Medizin, eine überkommene, angstgeleitete Sichtweise.
3. „Die Pharmakotherapie der Sucht verstärkt süchtige Konzepte und konterkariert damit suchtherapeutische Bemühungen. Sie verstärkt die dysfunktionale Überzeugung, dass gegen ein Problem (hier: eine Suchterkrankung) nur die orale Einnahme einer Substanz hilft [1, S. 2]“. Das stimmt in der Praxis nicht, wo man sich ernsthaft um eine Verbesserung durch Medikamente bemüht. Im Gegenteil: Der Einsatz von Medikamenten führt zu einer deutlich intensivierten Begleitarbeit und vielfach zu beeindruckenden Prozessen. Scheitern bedeutet dabei idealerweise nicht Trennung, sondern Intensivierung, und Erfolg eröffnet Perspektiven einer neuen Lebensausrichtung.
4. „Wie praktisch alle wirksamen Medikamente haben auch Pharmaka zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit Nebenwirkungen [1, S. 2]“. Dieser Satz stimmt, ist aber unangemessen. Auch alle Diabetesmedikamente haben Nebenwirkungen, und doch ist es Standard, sie einzusetzen. Die Nebenwirkungen einer medikamentösen Nichtbehandlung sind ungleich gravierender [s. 4].
5. „Im Falle eines Rückfalls oder wenn primär eine Trinkmengenreduktion angestrebt wird, sind Wechselwirkungen zwischen Medikament und Alkohol zu beachten [1, S. 2]“. Richtig! Im Zusammenhang mit einer kooperativen Diskussion sind alle Argumente willkommen.

Als Argument gegen den Einsatz von Medikamenten ist auch das unangebracht.

6. Auch der Satz „Medikamente zur Langzeitbehandlung der Alkoholabhängigkeit sind nur zusätzlich zu etablierten psychosozialen Therapien einzusetzen [1, S. 1]“ ist sehr kritisch zu hinterfragen. Jeder, der ernsthaft an das Thema herangeht, denkt umfassend und dazu gehören natürlich die psychosozialen Ansätze. Aber daraus zu folgern, dass Medikamente nur da eingesetzt werden können, wo schon eine psychosoziale Behandlung realisiert ist, ist falsch und gefährlich. Dieses Thema kann und muss viel kooperativer angegangen werden.

Es stimmt, dass die bisher zugelassenen Substanzen Acamprosat, Naltrexon und Nalmefen noch wenig effektiv sind. Deren Verschreibung kann man daher tatsächlich diskutieren. Immerhin erlebt man in spezialisierter Praxis, wie allein diese Verordnung auch zu einer Anbindung an einen suchtherapeutisch engagierten Arzt und damit zu ständiger Auseinandersetzung mit der Krankheit führen kann. Daran ließe sich gemeinsam sehr positiv weiterarbeiten.

Mit dem erwähnten Baclofen betritt man das Feld agonistischer Medikamente mit einer Wirkung, die ein bisschen was von dem schenkt, was man mit der Droge Alkohol erstrebt hat. Gemäß den Erfahrungen in unserer spezialisierten Praxis könnte diesen Substanzen die Zukunft medikamentöser Ansätze gehören – was aber noch zu entwickeln ist.

Baclofen sollte nicht, wie in der DHS-Stellungnahme, allein aufgrund widersprüchlicher Studienergebnisse abgetan werden. Angesichts der so fatalen De-facto-Nichtbehandlung vieler Alkoholabhängiger kann man allein versuchen, ob es im individuellen Fall vertragen wird und hilft. Es versagt öfters, aber wenn wir bei einer Reihe von Patienten, die vieles ohne Erfolg durchgemacht haben, dokumentieren können, wie sie sich über Wochen von einem hohen Verbrauch auf Null heruntertrinken und dieser Erfolg anhält, dann erscheint uns das als po-



sitiver Ansatz, der weiterentwickelt werden muss. Die Bemerkungen der DHS-Stellungnahme entsprechen dem nicht.

Das Feld medikamentöser Ansätze geht noch viel weiter. Das Meiste und Wichtigste ist noch gar nicht im Blickfeld der Verfasser der DHS-Stellungnahme. Es kam in unserer Praxis bereits vielen Patienten zugute und hat damit ihr Leben grundlegend gewandelt.

Aber weiterentwickeln können wir es nur gemeinsam: Praxis und Forschung, Psychologie und Medizin. Alte Ängste vor einer Medizinalisierung der Suchtbehandlung sind wenig hilfreich.

Jeder Weg birgt auch Gefahren. Genauso wie man Menschen mit Insulin umbringen kann, so kann man das mit agonistischen Suchttherapeutika. Alles ist eine Frage eines guten, angemessenen Umgangs mit dem Neuen. Diesen Umgang vernünftig mit entsprechenden Schulungen, Netzwerken und eben umfassenden Ansätzen zu entwickeln, birgt erhebliche Chancen, denen wir uns zum erheblichen Wohl unserer uns Anvertrauten gemeinsam und nicht, wie in der

kritisierten Stellungnahme, in gegenseitiger Abgrenzung stellen müssen.

Dr. med. Albrecht Ulmer, Stuttgart

#### Literatur

- [1] DHS Stellungnahme. „Medikamente zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit“. <https://www.dhs.de/start/startmeldung-single/article/dhs-stellungnahme-medikamente-zur-behandlung-der-alkoholabhaengigkeit.html>
- [2] Mann K, Hoch E, Batra A et al. S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-0011\\_S3-Leitlinie\\_Alkohol\\_2016-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-0011_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf)
- [3] Ulmer A. S3-Leitlinie „Alkohol“ – aus der Sicht der ambulanten Praxis betrachtet. Suchttherapie 2017; 18: 5–6
- [4] John U, Rumpf HJ, Bischof G et al. Excess mortality of alcohol-dependent individuals after 14 years and mortality predictors based on treatment participation and severity of alcohol dependence. Alcohol Clin Exp Res 2013; 37: 156–163

## Wohnraum, Tagesstruktur, Integration – auch für Drogenabhängige?!

Die 9. Kooperationstagung des Fachverbandes „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.“ und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Rheinland am 16.01.2019 war dem Thema „Wohnraum, Tagesstruktur, Integration – auch für Drogenabhängige?“ gewidmet. Ursprünglich als Kooperationstagung und unter aktiver Einbeziehung von Caritas, Diakonie und DPWV konzipiert, konnten sich die Vertreter der Wohlfahrtsorganisationen an der Vorbereitung dieser Konferenz aufgrund akuter personeller Probleme nicht beteiligen, waren aber in bewährter Weise bei der konkreten Gestaltung der Vorträge und Workshops aktiv einbezogen und vertreten.

Die Tagung war mit über 90 Teilnehmern aus Beratungsstellen, niederschweligen Einrichtungen, suchtpsychiatrischen und Reha-Kliniken, Ambulanzen, Arztpraxen und Gesundheitsämtern gut besucht; auch 2 Referatsleiterinnen des MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) sowie eine Mitarbeiterin des BMG nahmen teil.

Herr Kitzig, Vertreter des gastgebenden LVR, wies in seinem Grußwort auf die für die Zielgruppe Drogenabhängiger seit Langem bekannte und in den letzten Jahren sich noch steigende Bedeutung des Wohnraumproblems hin unter Bezug auf eine Tagung auch des LVR aus dem Jahre 1981 unter dem Motto „Suchtkrank und Wohnungslos!“. Er betonte die Bedeutung des Zusammenhangs von Wohnung, Tagesstruktur und Teilhabe als Grundlage für Integration und Verhinderung von Ausgrenzung, verwies auf die Chancen und bzgl. der praktischen Umsetzung deutlichen Schwierigkeiten, die Optionen des Bundesteilhabegesetzes zu nutzen und begrüßte die Fortsetzung der Kooperationstagung als Ausdruck gelebter Zusammenarbeit aller professionellen Akteure der Drogenhilfe.

### Ohne Wohnung auf der Suche – Empfehlungen der BAGW

Frau Werena Rosenke, Geschäftsführerin der BAG Wohnungslosenhilfe (BAGW) skiz-

zierte in ihrem Vortrag die erhebliche, seit Jahren zunehmende und durch den Zustrom von Flüchtlingen weiter verschärfte Bedeutung und Dimension der Zahl Wohnungsloser. Ausgehend von auf Schätzungen basierenden Zahlen der BAGW unterstrich sie die konkreten Auswirkungen der Wohnungslosigkeit auf Männer, Frauen und Kinder; seit 2016 waren 32 000 Kinder von Wohnungslosigkeit betroffen ohne die Zahl anerkannter wohnungsloser Flüchtlinge hinzuzurechnen. NRW ist das einzige Bundesland, welches seit Jahren regelhaft eine Wohnungslosenstatistik erhebt. Die Referentin erläuterte den Unterschied zwischen Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit. Während Wohnungslose, jedoch nicht Obdachlose, z. B. bei Bekannten, Nachbarn aber auch teils jahrelang in Notunterkünften unterkommen, sind wohnungslose Obdachlose gezwungen, auf der Straße, in abrisssbedrohten Häusern etc. zu leben.

Suchtkranke und Drogenabhängige sind ein Teil dieser Gesamtpopulation, in der der

Anteil von psychischen Störungen belasteter Menschen überdurchschnittlich hoch und in Zunahme begriffen ist.

### Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis

Dr. Kuhlmann, Bergisch Gladbach und Vorsitzender des Fachverbandes, erläuterte den Kernauftrag für das Hilfesystem am Beispiel der qualifizierten Akutbehandlung, die Entzugsbehandlung, Motivationsförderung und Erarbeitung einer sinnvollen, konkreten und möglichst nahtlos nutzbaren Anschlussperspektive umfasst und wies auf die fundamentale Bedeutung von Wohnraum hin als Grundlage für eine erfolgreiche Lebensstiländerung, Erarbeitung einer positiven Lebensperspektive jenseits der Drogenszene mit Tagesstruktur und stabilisierenden Sozialkontakten. Elementare Aspekte der Integration, nämlich Selbstachtung, Respekt und Wertschätzung durch andere sowie stabilisierende szeneferne Sozialkontakte bedürfen eines eigenen Wohnraums. Anhand konkreter Fallbeispiele unterstrich er die Bedeutung und Auswirkungen des wachsenden Wohnraumproblems für Betroffene in allen Berei-