

Nicht nur die Leber ist in Gefahr

Epidemiologie und Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Aufgrund ihres Alkoholkonsums besteht bei über acht Millionen Bundesbürgern Beratungs- und Behandlungsbedarf. Die gesundheitlichen Folgen für den Einzelnen und die finanzielle Belastung für die Volkswirtschaft durch Alkoholmissbrauch sind enorm. Was können stationäre und zunehmend ambulant praktizierte Entwöhnungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen hier bewirken?

MICHAEL SOYKA, MÜNCHEN/MEIRINGEN

Epidemiologie des Alkoholkonsums

Alkoholmissbrauch, also schädlicher Gebrauch von Alkohol, und Alkoholabhängigkeit sind häufige Störungen. 3 % der erwachsenen Bevölkerung gelten als alkoholabhängig. Die Zahl der behandlungsbedürftigen Patienten in Deutschland wird auf 1,3 bis 1,6 Millionen Alkoholabhängige sowie 2 Millionen Menschen mit Alkoholmissbrauch geschätzt (**Abbildung 1**). Dazu kommen etwa 5 Millionen Menschen mit einem Alkoholkonsum im potenziell gesundheitsschädlichen Bereich, der für Män-

ner bei 24 g und für Frauen bei 12 g pro Tag beginnt (**Abbildung 1, Tabelle 1**). Der jährliche Pro-Kopf-Konsum wurde für Deutschland (2010) mit 9,6 l reinen Alkohols berechnet. Der Löwenanteil entfällt auf Bier (107,4 l, Tendenz abnehmend) sowie Wein (20,5 l, Tendenz steigend) [2].

Chronischer Alkoholkonsum führt zu erheblichen körperlichen, psychischen und neurologischen Folgeerkrankungen. Besonders häufig sind Leber- und Stoffwechselleiden, neurologische und psychiatrische Erkrankungen (Hirnschädi-

gung, epileptische Anfälle), aber auch Unfälle und Suizide.

Die finanzielle Belastung durch Alkoholismus ist enorm. Jährlich werden etwa 320.000 Patienten wegen alkoholbezogener Störungen (ICD-10 F X) stationär behandelt. Die direkten Kosten, die durch Alkoholismus entstehen, werden auf 8,4 Milliarden € geschätzt (nach Mann et al., Übersicht in [6, 7]). Darin enthalten sind Leistungen für ambulante wie stationäre Behandlungen. Rehabilitationsmaßnahmen (üblicherweise zulasten der Rentenversicherung) kosten circa 820 Milli-



In Deutschland sind etwa 1,3 bis 1,6 Millionen Menschen alkoholabhängig, Alkoholmissbrauch (schädlicher Gebrauch) liegt bei rund 2 Millionen vor. Die Zahl der Bundesbürger mit riskantem Konsum wird auf 5 Millionen geschätzt.

onen €, andere direkte Kosten werden mit 1,3 Milliarden € berechnet.

Schwieriger zu ermitteln sind die indirekten Kosten für Alkoholismus. Sie werden auf 16 Milliarden € geschätzt. Allein die exzessive und vorzeitige Mortalität wird mit knapp 11 Milliarden € veranschlagt. Dazu kommen Kosten für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung etc. Dagegen betragen die Einnahmen aus der Alkoholsteuer nur circa 3,1 Milliarden €. In der Europäischen Union wurde die 12-Monats-Prävalenz für Alkoholstörungen mit 3,4 % angegeben, was einer Gesamtzahl von 14,6 Millionen entspricht. Männer sind dreimal häufiger betroffen als Frauen.

Eine Alkoholerkrankung entwickelt sich immer im Spannungsfeld zwischen Verfügbarkeit, Wirkung und Verträglichkeit des Suchtmittels, Anlage- und Umweltfaktoren, namentlich dem „Mikrokosmos“ der Familie und des Freundeskreises (**Abbildung 2**).

Soziale und somatische Folgeschäden

Alkoholismus spielt eine überragende Rolle für die Kriminalitätsbelastung in der Bevölkerung. Zahlreiche Straftaten werden unter Alkoholeinfluss verübt (**Tabelle 2**). Auch zahlreiche Unfälle mit Personenschäden sind auf Alkoholkonsum zurückzuführen, erfreulicherweise allerdings mit abnehmender Tendenz (27.357 im Jahr 2000, 15.070 im Jahr 2010). Auch die Zahl der durch alkoholisierte Kraftfahrer getöteten Personen ist deutlich zurückgegangen (von 1.022 auf 342 im selben Zeitraum); hier mag das Alkoholverbot für Fahranfänger eine Rolle spielen.

Zu den sozialen Folgeschäden durch Alkoholismus gehören neben Gewalttätigkeit und Unfällen auch Ehescheidungen und Arbeitslosigkeit sowie vor allem vorzeitige Berentungen/Arbeitsunfähigkeit.

Zu den alkoholbezogenen Todesfällen gibt es Modellrechnungen für Europa (**Tabelle 3**), die die exzessive Mortalität durch Alkoholismus veranschaulicht.

Therapie der Alkoholabhängigkeit

Generell wird die Behandlung Alkoholkranker in die Kontakt-, Entzugs-, Entwöhnungs- und Rehabilitationsphase eingeteilt.

Entzugsphase

Die Entzugsphase wird oft, allerdings nicht immer, stationär durchgeführt, mittlerweile häufig mit enger Befristung durch die Kostenträger. Eine reine somatische Entgiftung bei Alkoholismus ist wenig zielführend, der psychotherapeutische Ansatz mit Motivation zu weiterführenden Therapiemaßnahmen ist entscheidend. Für dieses Vorgehen hat sich im deutschsprachigen Raum der Begriff „qualifizierte Entgiftung“ eingebürgert.

Entwöhnungs- und Rehabilitationsphase

Die Entwöhnung beziehungsweise Rehabilitation Alkoholkranker wird in Deutschland üblicherweise zulasten der Rentenversicherungsträger durchgeführt, die eigene Suchtfachkliniken unterhalten, aber auch andere Sucht- oder psychiatrische Kliniken mit ihren Patienten belegen. In den letzten Jahren werden auch zunehmend ambulante Entwöhnungstherapien bei Alkoholabhängigkeit realisiert, ebenfalls mit gutem Erfolg. Pro Jahr werden in Deutschland circa 35.000 Patienten in Suchteinrichtungen behandelt, wobei Männer fast viermal häufiger betroffen sind als Frauen.

Für die therapeutische Versorgung und die Leistungen im Laufe der Entwöhnungsbehandlung liegen mittlerweile Qualitätsstandards vor (Klassifikation therapeutischer Leistungen [KTL] in der medizinischen Rehabilitation). Diese Rehabilitationsstandards sollen zu einer Verbesserung des Behandlungsergebnisses bei Alkoholabhängigkeit führen. Der sozialmedizinische Verlauf für Entwöhnungstherapien bei Alkoholabhängigkeit wird auch vonseiten der Kostenträger als günstig be-



Bei 8,3 Millionen Menschen in Deutschland besteht alkoholbedingter Beratungs- und Behandlungsbedarf.

wertet; 2-Jahres-Katamnesen für Rehabilitanden zeigen, dass immerhin 90 % (!) der Alkoholkranken im Folgezeitraum im Erwerbsleben verblieben sind. Dabei werden durchschnittlich neun Monatsbeiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung und zehn Monatsbeiträge bei Arbeitslosigkeit entrichtet, was die sozialen Folgeschäden durch Alkoholismus hervorhebt. Nur 6 % der Rehabilitanden erhielten eine Erwerbsminderungsrente [2]. Aus früheren Katamnesen ist ersichtlich, dass für Zeiträume über mehrere Jahre Abstinenzraten von 40–50 % sowohl für stationäre als auch für ambulante Entwöhnungstherapien realistisch sind [1, 3].

Neuere pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten

Die immer noch hohe Rückfallgefährdung bei Alkoholabhängigkeit wirft die

Epidemiologie des Alkoholkonsums in Deutschland [2]

12-Monats-Prävalenz	Gesamt (%)	Männer (%)	Frauen (%)	N
Risikant Alkoholkonsum				
> 12/24 g Alkohol pro Tag	18,3	20,9	15,6	9.500.000
> 20/30 g Alkohol pro Tag	11,4	15,0	7,5	5.900.000
Davon alkoholbezogene Störungen				
Missbrauch gemäß DSM-IV	3,8	6,4	1,2	2.000.000
Abhängigkeit gemäß DSM-IV	2,4	3,4	1,4	1.300.000

Abbildung 2

Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit

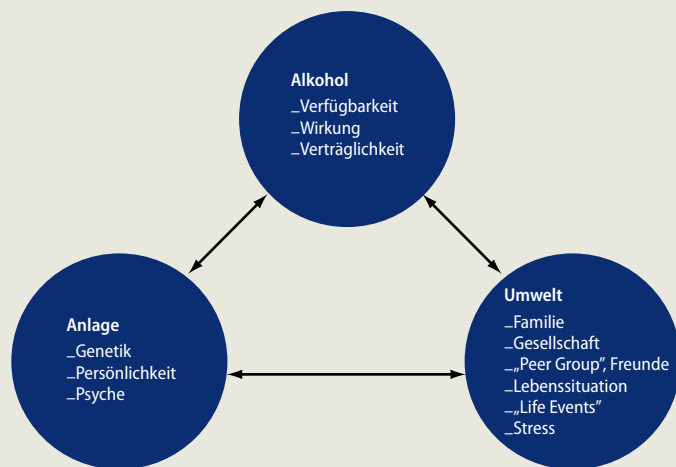


Tabelle 2

Prävalenz von Alkohol-
folgestörungen in Deutschland

Straftaten unter Alkoholeinfluss

Widerstand gegen die Staatsgewalt	65,4 %
Gewalt/Kriminalität (gesamt)	31,8 %
— Mord	21,3 %
— Totschlag	40,1 %
— Vergewaltigung etc.	29,3 %
— Körperverletzung	34,7 %

Tabelle 3

Alkoholbezogene Todes-
fälle pro Jahr in Europa
(Altersgruppe 15 bis 64 Jahre)

Todesfälle insgesamt	137.000
Davon	
— Leberzirrhose	39.000
— Psychische und neurologische Störungen	13.000
— Kardiovaskuläre Erkrankungen (ohne Ischämien)	11.000
— Malignome	26.000
— Unfälle/Verletzungen	26.000
— Suizide etc.	18.000

Frage nach medikamentösen Strategien auf, die die Prognose verbessern können. Über viele Jahrzehnte bestand die einzige realistische Behandlungsperspektive in Disulfiram, das bei gleichzeitigem Alkoholkonsum eine Unverträglichkeitsreaktion hervorruft. Disulfiram blockiert die Acetaldehyddehydrogenase, sodass Acetaldehyd kumuliert. Diese Verbindung führt dann zu einem sehr unangenehmen Flush. Das Medikament ist in Deutschland nicht mehr im Handel, kann aber noch über internationale Apotheken verordnet werden (keine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenversicherung. Eine Alternative wäre Calciumcarbimid (Import aus Österreich, keine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenversicherung).

Zahlreiche Wirkstoffe sind in den letzten Jahrzehnten als mögliche Anti-craving-Substanzen überprüft worden. Viele, die im Tiermodell wirksam schienen, erwiesen sich beim Menschen als unwirksam. Seit den 1990er-Jahren gut überprüft und verfügbar ist das wahrscheinlich über glutamaterge Neurone wirkende Acamprosat. Eine aktuelle Cochrane-Analyse [4] zeigt, dass die Substanz mit einer mittleren Effektstärke in der Lage ist, das Rückfallrisiko bei Alkoholabhängigkeit zu reduzieren. Psychotrope Effekte hat Acamprosat nicht, das Nebenwirkungsprofil ist mild. Vor allem Durchfall ist häufiger als in den

mit Placebo behandelten Gruppen. Die Substanz hat keine große Akzeptanz gefunden.

Vor allem in den USA wurde lange Zeit der Einsatz von Opioidantagonisten propagiert. Hierzu zählen der μ -Opioid-Rezeptor-Antagonist Naltrexon beziehungsweise Depot-Naltrexon. Eine aktuelle Cochrane-Analyse [5] zeigt, dass orales Naltrexon die Trinkmenge deutlich reduziert, weniger aber die Abstinenzrate beeinflusst. Naltrexon ist in Deutschland (und der Schweiz) erst vor wenigen Jahren zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit zugelassen worden. Eine Zulassung für Depot-Naltrexon, für das vergleichsweise wenige Studien vorliegen, wird derzeit nicht angestrebt.

In Kürze ist die Zulassung für Nalmefen zu erwarten, einen weiteren μ -Opioid-Rezeptor-Antagonisten, der zugleich ein Modulator am κ -Opioid-Rezeptor ist und eine etwas längere Wirkdauer als Naltrexon hat. Die Substanz wurde bereits in einigen klinischen Prüfungen untersucht. Aktuell wurden drei größere europäische Untersuchungen abgeschlossen, die nach ersten Analysen eine deutliche Trinkmengenreduktion bei Alkoholpatienten erkennen lassen. Neu war der Einsatz von Nalmefen als „as needed“-Medikation, die nicht dauerhaft, sondern nur etwa an rund der Hälfte der Tage eingenommen wird. Die weitere Datenanalyse und der Zulassungsprozess werden zeigen, welchen Stellenwert Nalmefen in Zukunft bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit haben wird. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Michael Soyka

Psychiatrische Klinik
Ludwig-Maximilians-Universität
Nußbaumstraße 7, 80336 München
Privatklinik Meiringen
Willigen, 3860 Meiringen, Schweiz
E-Mail: Michael.soyka@privatklinik-meiringen.ch

Literatur

1. Bottlender M., Soyka M. Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: Predictors of outcome 6-months after treatment. *Eur Addict Res* 2005; 11: 132–137.
2. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht, Geesthacht*, Neu-land-Verlag, 2012.
3. Feuerlein W., Küfner H. A prospective multi-center study on inpatient treatment for alcoholics: 18- and 48-months follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1989; 239: 144–157.
4. Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Leherth P., Vecchi S., Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Sep 8; 9: CD004332.
5. Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Vecchi S., Srisurapanont M., Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Dec. 8; 12: CD001867.
6. Soyka M., Küfner H. *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*, 6. Auflage Stuttgart: Thieme, 2008.
7. Soyka M. *Praxisratgeber Alkoholabhängigkeit*. Bremen: Uni-Med. Verlag, 2013 (in Druck).