

**Anti-Craving-Medikamente
in der Suchtbehandlung:
ein medizinisches, ein ethisches
oder doch ein Problem?***

© H. Buschmann und W. Funke, 1997

Die Frage der Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie wird in der Suchtbehandlung häufig heftig und durchaus kontrovers diskutiert. Anhänger einer völligen Ablehnung jeder Behandlung mit Arzneimitteln sehen sich vehementen Verfechtern einer supportiven Therapie mit verschiedenen Substanzen gegenüber. Dabei wird die medikamentöse Behandlung von somatischen Grunderkrankungen - sofern ärztlicherseits nach neuestem Wissensstand indiziert - eher als in die psychotherapeutisch dominierte Suchtkrankenbehandlung integrierbar angesehen. Bei eher "alltäglichen" Akuterkrankungen ergeben sich auch unter den ärztlichen Behandlern bereits Bewertungsdifferenzen, wie schnell und in welchem Ausmaß bei bekannt Suchtmittelabhängigen zu Medikamenten gegriffen werden sollte. Die Mitbehandlung psychiatrischer Störungen zieht v.a. in interdisziplinären Behandlungsteams immer wieder Diskussionsbedarf nach sich. Gerade in der letzten Zeit werden besonders in der universitären suchtmmedizinischen Forschung immer wieder Medikamente z.B. zur Optimierung der Rückfallprophylaxe erprobt.

Die pharmakotherapeutische Intervention bei Alkoholabhängigkeit hat durchaus eine längere und wechselvolle Geschichte. Mit dem Wirkstoff Clomethiazol (Distraneurin) gelang in den siebziger Jahren der Durchbruch in der Behandlung des lebensgefährlichen Alkoholdelirs. Betrug bis zur Einführung dieses ursprünglich als Hypnotikum eingesetzten Medikamentes die Letalität des Alkoholdelirs noch ca. 30%, so liegt sie heute - auch durch die Fortschritte neurologisch-psychiatrischer Intensivmedizin bedingt - bei 1-3%. Schon bald zeichnete sich jedoch durch die eher unkritische, auch heute noch obsolete ambulante Behandlung mit Clomethiazol schnell das hohe Mißbrauchspotential dieser Substanz ab. Schon Ende der siebziger Jahre zeigte ein größerer Teil chronisch Alkoholabhängiger eine Clomethiazolabhängigkeit. Dies erschwerte nicht nur die Behandlung abhängigen Verhaltens, sondern auch der bedrohlichen Entzugssymptomatik.

Als die psychiatrischen Behandlungen der Alkoholkrankheit und des Alkoholdelirs begannen, wurden zunächst Bromsalze zur Beruhigung eingesetzt. Es folgten später dann nur wenig erfolgreiche Versuche mit Benzodiazepinen, Neuroleptika, Disulfiram (Antabus) und der "kontrollierten Gabe" von Alkohol - auch intravenös. Behandlungsansätze mit ebenfalls psychotropen, selbst abhängig machenden Substanzen wie z.B. Benzodiazepinen wurden erprobt und werden trotz Unwirksamkeit und Gefahr einer zusätzlichen Suchtmittelabhängigkeit immer noch, besonders im ambulanten Bereich durchgeführt. Die zum kritischen Umgang mit Medikamenten bei Abhängigen mahnenden Fachleute sehen sich besonders in den letzten Jahren einer zunehmenden Zahl der Befürworter medikamentöser Behandlungsansätze gegenüber, da die bisherigen Angebote psychotherapeutischer Vorgehensweisen nicht jeden Patienten erreichen, zu lange dauern und ihre Wirksamkeit nur eingeschränkt sei. Darüber hinaus rücken zur Zeit im Verlauf der politischen Reformversuche, die Gesundheitsversorgung preisgünstiger zu gestalten, Kosten-Nutzen-Aspekte unter betriebs- und volkswirtschaftliche Betrachtung wieder schwerpunktmäßig in den Vordergrund. Behandlungen sollen effizienter und kostensparender konzipiert werden:

* Erscheint in Tagungsband des 7. Eifeler Suchtsymposiums 1996 sowie in der Zeitschrift „Verhaltensmedizin Heute“ der AHG, 1997.

Die Dienstleistung als Verordnung/Vergabe eines Medikamentes wäre - bei gleicher Effizienz - finanziell deutlich sparsamer als die Dienstleistung einer psychotherapeutischen oder soziotherapeutischen Intervention. In jüngerer Zeit verdichtet sich - möglicherweise mitgetragen von solchen Überlegungen - die Diskussion um die Behandlung mit den oben bereits genannten Anticraving-Substanzen, die das Alkoholverlangen reduzieren sollen. Am Beispiel eines solchen pharmakotherapeutischen Ansatzes möchten wir weiter unten noch näher auf verschiedene Bewertungszusammenhänge eingehen.

Tatsächlich zählt die Behandlung der Alkoholkrankheit sicherlich zu den jüngsten und sehr kontrovers diskutierten Teilgebieten professionell-psychiatrischer Behandlungen. So spiegelt der 1990 von Schwoon und Krausz herausgegebene Sammelband "Suchtkranke" mit dem Untertitel "Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie" die immer noch zwiespältige Bewertung wider. Bahnbrechend war die Entscheidung des Bundessozialgerichtes aus dem Jahre 1968, die rechtlich definierte, daß Alkoholismus nicht erst dann als Krankheit anzusehen ist, wenn es zu Folgeerkrankungen innerer Organe gekommen ist, sondern schon dann, wenn die Alkoholabhängigkeit sich im Verlust der Selbstkontrolle und in der krankhaften Fixierung auf Suchtmittel, in der Unfähigkeit zur Abstinenz und zur willentlichen Begrenzung der Konsummenge manifestiert hat. Dabei hatte sich an der fachlich-psychotherapeutischen Einschätzung der Sucht als chronisch rezidivierender Erkrankung nichts geändert. Auf dem Boden dieser rechtlichen Entwicklungen ergaben sich Leistungsansprüche der Betroffenen gegenüber den Sozialversicherungsträgern. Erstmals wurden Abhängige anderen Kranken und Behinderten gleichgestellt. Als Folge haben die Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen verschiedene Vereinbarungen getroffen, die die Behandlungen getrennt nach Entgiftung und ambulanten wie stationären Entwöhnungsbehandlungen regeln. Zumindest war so die rechtliche und finanzielle Basis geschaffen, auch wenn es heute noch in vielen Verträgen privater Krankenkassen Klauseln gibt, die die Behandlungen von Sucht- und Suchtfolgeerkrankungen ausschließen.

In den letzten 25 Jahren wuchs die Zahl stationärer und ambulanter Facheinrichtungen zur Behandlung verschiedener Abhängigkeitserkrankungen, meist nach der Abhängigkeitssubstanz (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen etc.) getrennt. Leider wuchs aber auch die Zahl der Betroffenen, und es wird auch heute nach Schätzungen nur ein geringer Teil der behandlungsbedürftigen Abhängigen durch diese spezialisierten Angebote erreicht. Als Kritikpunkt gegenüber klassischen Entwöhnungsbehandlungen gilt immer noch die angeblich unzureichende Erfolgsquote von bestenfalls 50% dauerhafter Abstinenz, gemessen in katamnestischen Untersuchungen ein Jahr nach Behandlungsende. Längerfristige Katamnesen weisen zwar deutlich niedrigere Abstinenzquoten auf, die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben gelingt auf einen Fünfjahreszeitraum nach Statistiken der Rentenversicherungsträger für das hier versicherte Klientel jedoch einem beachtlich hohen Prozentsatz (Buschmann-Steinhage 1991). Offensichtlich sind die Behandlungsergebnisse suchtspezifischer Einrichtungen und Therapieprogramme gemessen an anderen chronischen Erkrankungen somatischer oder psychischer Genese deutlich positiver, wenn auch der Zusammenhang zwischen Behandlung und Langzeitprognose deutlich schwächer und methodisch aufwendiger zu fassen ist. Sie sind sicherlich optimierungswürdig und -fähig, auch wenn gerade die Bundesrepublik über das beste, aber auch aufwendigste Suchtbehandlungsnetz der Welt verfügt (Süß 1995). Die Frage stellt sich jedoch, ob eine kausale medikamentöse Behandlung - so sie denn entwickelt werden könnte - bessere Resultate erbringen würde. Andererseits kann kein Suchtbehandler wollen und verantworten, daß die Suche nach supportiven medikamentösen Behandlungsansätzen von vornherein blockiert wird.

Müssen vehemente Gegner einer medikamentösen Behandlung sich nicht den (berechtigten) Vorwurf eines "Schwarz-Weiß-Denkens" gefallen lassen? Bringt uns und damit den Abhängigen eine unkritische Ablehnung jeder medikamentösen Behandlung einerseits, aber auch eine unkritische, ja inflationäre Verordnungspraxis andererseits, wie sie gegenwärtig z.T. bei der sogenannten "Methadonisierung" Drogenabhängiger beobachtet wird, wirklich weiter? Wenn die supportive Behandlung mit Medikamenten Sinn machen soll, welche Anforderungen muß dann ein solches Medikament erfüllen?

Idealerweise sollte ein supportiv in der Behandlung Suchtmittelabhängiger eingesetztes Medikament nicht psychotrop wirken, nicht abhängig machen und es darf keine gravierenden unerwünschten Nebenwirkungen zeigen. Es sollte nicht über lange Zeit genommen werden müssen, und es darf nicht teuer sein.

Was aber sollte es dann können? Die Sucht einfach so "wegnehmen"? Den Suchdruck, was auch immer das ist, mindern? "Kontrollierte/unschädliche" Einnahme des Suchtmittels ermöglichen?

Die Beantwortung dieser Fragen ist jedoch bereits abhängig von anderen Antworten: Was ist Sucht? Was ist Suchtdruck? Warum versagt die "Kontrolle"? Die psychotherapeutische Forschung hat in den letzten Jahrzehnten - auch unter dem Legitimierungsdruck hinsichtlich der Nützlichkeit und Angemessenheit ihrer Behandlungskonzepte - zu diesen Fragen vielfältig Stellung bezogen und brauchbare Arbeitshypothesen entwickelt. Die einschlägige Rückfallforschung etwa differenzierte und überprüfte ausgehend vom sozialkognitiven Rückfallmodellen verschiedene Aspekte des Rückfallprozesses und schaffte v.a. ein Klima der Enttabuisierung bezüglich Rückfälligkeit im therapeutischen Kontext (vgl. z.B. Körkel, Lauer & Scheller 1995).

Die pharmakologische Forschung muß ebenfalls für ihren Bereich gültige und angemessene Antworten auf diese Fragen entwickeln. Vielleicht ist hier auch der Grund darin zu suchen, warum die bisherigen medikamentösen Ansätze außer einer scheinbaren Linderung der Entzugssymptomatik oder einem aversiven Erbrechen bei Suchtmittleinnahme (Disulfiram) keinen Erfolg brachten. Sind die relativ neuen sogenannten Anticraving-Substanzen wirksam oder sind sie nur "des Kaisers neue Kleider", die nicht schaden (günstigenfalls), aber auch nicht wirken? Am Beispiel der gerade am deutschen Markt eingeführten Substanz Acamprosat (Handelsname Campral) möchten wir einige Probleme, aber auch Möglichkeiten diskutieren.

Die deutsche, multizentrische Studie (Sass, Soyka, Mann & Zieglgänsberger 1996), die im Vergleich der europäischen Entwicklungs- und Überprüfungsuntersuchungen zum Acamprosat aufgrund eines sophistizierten experimentellen Designs als herausragend zu bezeichnen ist, zeigt in der Tat eine höhere Abstinenzquote unter der Verum-Bedingung gegenüber der Placebo-Bedingung (44.8% gegenüber 25.3% bei Behandlungsbeendern am Ende des 48-wöchigen Behandlungszeitraums). Auch die Zahl der abstinenten Tage unter der Behandlung zeigt einen entsprechend deutlichen Unterschied zwischen den Gruppen (durchschnittlich 224.62 Tage (=62.4%) gegenüber 162.03 Tagen (=45.3%)), wobei sich dieser Unterschied in den ersten 60 Tage nach Behandlungsbeginn etabliert und die Häufigkeiten abstinenter Personen in der Folgezeit parallel verschoben in den beiden Gruppen gleichermaßen abnehmen. Die Zeit bis zum ersten Rückfall beträgt in der Acamprosat-Gruppe 165.2 Tage (± 143.8 Tage), in der Placebo-Gruppe 112.3 (± 126.5 Tage).

Diese Angaben beeindrucken auf den ersten Blick. Die Aussagekraft der doppelblind-placebokontrollierten experimentellen Studie, an der 12 deutsche Behandlungszentren beteiligt waren, ist sicherlich nicht zu bestreiten, jedoch bei näherer Analyse zu relativieren. Verständlich ist daher die Forderung nach Replikation der Ergebnisse. In die Studie einbezogen wurden 272 PatientInnen (je 136 Personen in beiden Gruppen), wobei die dropout-Rate während des 48 Wochen dauernden Behandlungszeitraums bereits so hoch war, daß nach etwa einem Jahr nur noch 134 PatientInnen in der Studie verblieben waren (ca. 49%). Die TeilnehmerInnen in der Verum-Gruppe zeigten eine signifikant niedrigere Abbruchquote als diejenigen der Placebo-Gruppe (57 gegenüber 81 Personen), was von den Autoren sicher zu Recht als "hohe Haltequote unter Acamprosat" gewertet wurde. Aufgrund der insgesamt eher niedrigen Fallzahlen sollten Replikationsstudien die Befunde absichern. Methodisch zweifelhaft erscheint es, die Ergebnisse aller europäischen Untersuchungen einfach aufzusummieren, da die Bedingungen in den verschiedenen Ländern deutlich variierten (z.B. Stichprobenselektion, Datenerhebungsdichte, zeitliche Organisation).

Zwar benennen die Autoren der deutschen Studie als einzigen signifikanten Unterschied in der Begründung für die Ausfallquote zwischen den beiden Gruppen die Verweigerung, weiter mitzuarbeiten (45 = 33.1% in der Placebo-Gruppe gegenüber 20 = 14.7% in der Verum-Gruppe), die sich häufig nach Rückfall ergeben habe. Man kann jedoch davon ausgehen, daß die Ergebnisse der nachfolgenden statistischen Analysen einen Bias aufgrund dieser Stichprobenverzerrung aufweisen. In den letzten zwölf Wochen unter Medikation ergibt sich im 2 X 3-Design (Acamprosat/Placebo und Abstinenz/Rückfall/Missing) zwar ein statistisch hoch bedeutsamer Zusammenhang ($p=0.003$), der jedoch durch die differentielle dropout-Rate modifiziert ist. Im 2 X 2-Design (ohne Missing) ergibt sich noch eine statistische Bedeutsamkeit von $p=0.04$ im χ^2 -Test. Nach der 48-wöchigen Katamnesezeit waren 39.9% aus der Acamprosat-Gruppe (26 von 66 Personen) gegenüber 17.3% der Placebo-Gruppe (7 von 38) durchgängig abstinent gewesen. Berechnen wir die Quote in klassisch-konservativer Schätzung nach den von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSucht) vorgegebenen Standards (Missing und gesichert Rückfällige als "Behandlungsmißerfolg"), so beträgt die Abstinenzquote in der einjährigen Katamnesezeit für die Acamprosatgruppe 19.1%, für die Placebogruppe 5%. Es stellen sich berechtigterweise mindestens die Fragen nach der Qualität der begleitenden psychotherapeutischen Intervention sowie nach der Stichprobenselektion.

Viele Probleme bleiben naturgemäß zu diesem Zeitpunkt des Entwicklungsprozesses offen. Wenn wir die kritischen Anmerkungen bezüglich der Definition und Operationalisierung eines multidimensionalen Konstrukts wie Alkoholverlangen einmal beiseite lassen (vgl. zu diesem Punkt z.B. Körkel 1996; Funke 1996), sind Aspekte der Behandlungsorganisation (Medikation wann und wie lange), aber auch der differentiellen Indikation (für welchen Patienten) sowie der Wechselwirkungen mit anderen Behandlungsmethoden (z.B. psychotherapeutische Behandlungsmodelle, soziotherapeutische Ansätze) ungeklärt. Die vorgelegten Ergebnisse regen zum Nachdenken an. Welche Konsequenzen aber lassen sich für die derzeitigen Behandlungsstrategien in der Akutversorgung bzw. der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger daraus ableiten, außer der, daß wir mehr wissen müßten? Immer wieder wird darauf hingewiesen, daß eine pharmakotherapeutische Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigen nur supportiv, d.h. unter psycho- bzw. soziotherapeutischer "Begleitung" (oder Hauptbehandlungsstrategie?) wirksam sein kann. Gerade über diese Kombination wissen wir noch viel zu wenig. Die biologisch orientierte Psychiatrieforschung sollte sich nicht dazu mißbrauchen lassen, die Suchterkrankungen auf Rezeptorfehlfunktionen zu reduzieren, die sich medikamentös beeinflussen lassen. Ebenso wenig sollten sich psychotherapeutisch orientierte Suchtbehandler

pharmakologischen Behandlungsansätzen grundsätzlich verschließen, um im Sinne der Patienten alle Chancen zur Verbesserung therapeutischer Konzepte zu nutzen. Hier ist echte interdisziplinäre Zusammenarbeit gefragt.

Literatur

Buschmann-Steinhage R (1991) Zur Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitserkrankte, in: Deutsche Rentenversicherung 2-3/91, S. 177

Funke W (1996) Anticraving-Substanzen: Unterstützung in der Behandlung von Alkoholabhängigen? Bad Tönissteiner Blätter: Beiträge zur Suchtforschung und -therapie, 7(2), 11-16

Körkel J (1996) Rückfall in das Suchtverhalten: wissenschaftliche Befunde und praktische Implikationen. Psycho, 22(6), 434-451

Körkel J Lauer G Scheller R (Hrsg) (1995) Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart: Enke

Sass H Soyka M Mann K Zieglgänsberger W (1996) Relapse prevention by acamprosate. Results from a placebo-controlled study on alcohol dependence. Archives of General Psychiatry, 53, 673-680

Schwoon DR Krausz M (Hrsg)(1990) Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke

Süß H-M (1995) Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46, 248-266

Anschrift der Autoren:

Dr. Hubert C. Buschmann
Ltd. Arzt
Fachklinik Bad Tönisstein
56626 Andernach

Dr. Wilma Funke
Ltd. Psychologin
Kliniken Wied
57629 Wied