

Der Einsatz von Baclofen in der Therapie der Alkoholkrankheit aus der Sicht des suchtmmedizinisch tätigen Hausarztes

Autor: Ulrich E. Hammerla, Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, suchtmmedizinische Grundversorgung, lizenzierter Trainer für das „kontrollierte Trinken“ nach Prof. Körkel

Interessenkonflikte: Der Autor bietet die Baclofenbehandlung im Rahmen seiner suchtmmedizinischen Tätigkeit als Selbstzahlerleistung an

Die hausärztliche Praxis ist für ca. 75% der Menschen mit problematischem Alkoholkonsum die wichtigste Anlaufstelle. Auch wenn der Beratungsanlass in der Regel ein anderer ist, etwa die Behandlung von Unfallfolgen, Folgen von körperlichen Auseinandersetzungen, Probleme mit Folgeerkrankungen erhöhten Alkoholkonsums, oder einfach nur die Erlangung einer Krankschreibung.

Damit rangiert die hausärztliche Praxis weit vor den Einrichtungen der Suchthilfe in freier oder öffentlicher Trägerschaft, die nach optimistischen Schätzungen maximal 15% der Risikotrinker und Abhängigen erreichen.

Diese einmalige Stellung der hausärztlichen Medizin wird jedoch leider regelhaft nicht zum Wohl des Patienten genutzt.

Viele Hausärzte sprechen das Problem überhaupt nicht erst an, da sie Gespräche zu diesem Thema als unbezahlte und sowieso aussichtslose Zeitverschwendung ansehen, andere beschränken sich auf dozierend-besserwisserische Ratschläge oder verweisen die Patienten bestenfalls an Selbsthilfegruppen oder das Suchthilfesystem, oft lediglich die Einweisung zur stationären Entgiftung im Allgemeinkrankenhaus.

Dort kommen die meisten Patienten aber nicht an: Sie wissen, dass dort zumindest die Bereitschaft zu völliger und lebenslänglicher Abstinenz als einzig mögliche Behandlung ihrer Suchtkrankheit erwartet wird.

Für die überwiegende Mehrzahl der Risikotrinker und Abhängigen ist jedoch dauerhafte Abstinenz kein realistisches Ziel. Dies sind zum einen die „high functional drinkers“, die den Alkohol zu brauchen glauben, um weiterhin die von ihnen erwartete Top-Leistung abliefern zu können – hier finden sich viele Politiker, Funktionsträger und Künstler – zum anderen Menschen, die ihre Alkoholprobleme noch gut verbergen können und die reale soziale Ausgrenzung des Nicht- oder Nicht-mehr-Trinkers mehr fürchten als die Folgen des fortgesetzten Alkoholkonsums.

Für andere wiederum ist der Alkohol eine Art „Selbstmedikation“ zur Behandlung sonstiger psychischer Störungen, vor allem Ängste und Depressionen.

Vor allem Selbständige und Freiberufler können sich mehrwöchige qualifizierte Entgiftungen und monatelange Entwöhnungsbehandlungen wirtschaftlich nicht erlauben oder fürchten zumindest erhebliche finanzielle Ausfälle, ein Outing als „alkoholkrank“ erleben sie – wie auch Führungskräfte aus Wirtschaft und Politik - als Bedrohung ihrer Existenz.

Das bestehende Suchthilfesystem erreicht diese Personen oft erst kurz vor oder nach dem vollständigen sozialen und wirtschaftlichen Kollaps, wenn Führerschein, Arbeitsplatz, Familie, Vermögen und Gesundheit endgültig ruiniert sind.

14 Jahre dauert es im Durchschnitt, bis ein abhängiger Trinker erstmals eine Entwöhnung beginnt – eine enorme Zeit des Elends für ihn und seine Angehörigen und Freunde.

Dennoch gelingt es im Lauf des Lebens etwa einem Drittel der abhängig trinkenden Alkoholkonsumenten, ohne spezifische Therapie ihre Trinkgewohnheiten aufzugeben, sei es Abstinenz oder Rückkehr zu einem moderaten Trinkverhalten.

Von den nach unterschiedlichen Schätzungen 1.3 -2.5 Mio. Alkoholabhängigen durchlaufen jedes Jahr nur etwa 40.000 (1,6-3% der Betroffenen) eine ambulante oder stationäre Suchtrehabilitation, oft zum wiederholten Mal, im Follow-Up bezeichnen sich nach 4 Jahren ca. 50% davon als abstinent.

Ebenfalls etwa 40.000 Personen erliegen jedes Jahr den gesundheitlichen Folgen ihrer chronischen Alkoholvergiftung, die Hälfte davon stirbt an unmittelbar durch Alkohol verursachten Erkrankungen, die anderen an Krankheiten, deren Entstehung und Verlauf durch Alkohol ungünstig beeinflusst werden.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F10 ff.) stehen an dritter Stelle der Gründe für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Die hausärztliche Praxis ist mit jährlich 3 Mio. erreichbaren Risikokonsumenten der bei weitem bedeutendste Ort, um riskanten oder abhängigen Alkoholkonsum nicht nur zu erkennen, sondern auch zu behandeln!

Schon eine einzige, strukturierte hausärztliche Intervention von 30-50 Minuten Dauer kann ausreichen, die durchschnittliche Trinkmenge im Folgejahr deutlich zu reduzieren – wenn sie denn aus dem Regelleistungsvolumen von derzeit 33.50 €/Quartal (z.B. Nordrhein) wirtschaftlich dargestellt werden könnte.

Gleichzeitig ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle nach dem Scheitern in der Abstinenz, wenn nach dem Laps „toxische Scham“ den ohnehin vorhandenen Mythos des Versagens erneut puscht und der unmittelbare Absturz ins Suchtverhalten mit immer höheren Trinkmengen droht.

Bis zu 17 stationäre Entgiftungen innerhalb von zwei Jahren habe ich Patienten bereits durchleiden sehen, gefolgt von kurzen Phasen der Abstinenz, einzelnen Trinkepisoden mit spontaner Beendigung und Totalabstürzen.

Die vorhandenen, zugelassenen Anti-Craving-Substanzen wie Acamprosat (Campral) oder Naltrexon (Nemexin) können zwar die Zahl der abstinenten Tage erhöhen, letztlich aber die Abstinenz nicht über längere Zeiträume aufrechterhalten.

Spezifische Interventionen wie die score-gesteuerte ambulante Alkoholentgiftung oder das kontrollierte Trinken nach Körkel können in der hausärztlichen Vertragspraxis nur als individuelle Gesundheitsleistung für Selbstzahler zu abschreckenden Preisen wirtschaftlich dargestellt werden.

Es ist also von herausragender Bedeutung, dem Hausarzt und seinen Patienten

Möglichkeiten an die Hand zu geben, frühzeitig und mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg Risikotrinker und Alkoholabhängige so zu behandeln, dass sie zu einer zufriedenstellenden Abstinenz oder zumindest einem moderaten Alkoholkonsum gelangen können.

Der off-label-Einsatz von Baclofen zur Craving-Kontrolle stellt nach meinen Erfahrungen mit der Substanz eine solche Möglichkeit dar.

Ich setze Baclofen seit Dezember 2009 in meiner Praxis ein. Von den 12 Patienten, die bisher eine Baclofen-Behandlung begonnen haben, sind 9 noch in Behandlung, 8 sind abstinent, 1 Patient betreibt einen jetzt moderaten Alkoholkonsum.

3 Patienten haben die Behandlung wegen unerwünschter Wirkungen abgebrochen, alle diese Patienten sind substituierte Drogenabhängige mit persistierendem Alkohol-Beigebrauch.

Ein Patient hat die Abstinenz nicht erreicht, konnte jedoch seine wöchentliche Konsummenge von 70 SE (1 SE = 20g Äthanol) auf 40 SE reduzieren und 2-3 abstinente Tage pro Woche erreichen, benötigt allerdings mit 150 mg die höchste Baclofendosis in der Stichprobe

Die weiter behandelten Patienten sind zwischen 10 Wochen und 10 Monaten abstinent, die Tagesdosen liegen dabei zwischen 30 mg und 100 mg.

Wie zu erwarten, treten unter der Behandlung mit Baclofen unerwünschte Wirkungen vor allem bei Behandlungsbeginn bzw. Dosiserhöhungen auf.

Der Beginn der Behandlung ist vor allem gekennzeichnet durch eine gelegentlich quälende Hyperaktivität, gleichzeitig gesteigerte Müdigkeit, Störungen der Merkfähigkeit und gelegentlich Übelkeit und Schwindel.

Bei gleich bleibender Dosis bilden sich diese Nebenwirkungen vollständig zurück, alle Patienten, die ihre Behandlung fortsetzten, bezeichnen die Verträglichkeit als gut.

Die regelmäßigen Blutuntersuchungen zeigen einen raschen Abfall von AST, ALT, 6-GT und GLDH nach Behandlungsbeginn als Beleg für die erreichte Abstinenz bzw. Reduktion der Trinkmenge. Ein Transaminasenanstieg wurde in keinem Fall beobachtet.

Die abstinenten Patienten beschreiben eine zufriedene Abstinenz, auf einer Selbstbeurteilungsskala von 1-10 sinkt das Trinkverlangen von initial 8/10 innerhalb von Tagen auf 2-3/10, die Zuversicht auf eine dauerhaft mögliche Abstinenz steigt von 2/10 auf 8/10

Diese Ergebnisse decken sich mit denen, die im alkohol-und-baclofen-forum.de kommuniziert und in Online-Umfragen erhoben werden konnten.

Die von mir angewendete Form der Baclofenbehandlung zur Erleichterung der Abstinenz, die auch von den meisten Anwendern im Forum bevorzugt wird, kann als wirksames Verfahren angesehen werden, dessen Effizienz und Sicherheit auch durch plazebokontrollierte Studien (Addolorato et al.) nachgewiesen sind.

Davon abzugrenzen ist die Form der Therapie, die von Prof. O. Ameisen im Selbstversuch durchgeführt und propagiert wird. Ameisen postuliert, dass bei Erreichen einer individuell

unterschiedlichen, u.U. sehr hohen Baclofendosis eine vollständige Gleichgültigkeit gegenüber Alkohol entsteht, die selbst durch Alkoholzufuhr nicht mehr durchbrochen wird, und spricht von vollständiger Heilung der Alkoholkrankheit. Dabei werden Baclofendosen von bis zu 300 mg pro Tag angewendet. Die Anwendung solcher Dosen im ambulanten Bereich kann lebensbedrohlich sein und verbietet sich dem verantwortungsbewussten Arzt. Allerdings verdient dieser Ansatz klinische Forschung unter risikoadaptierten Bedingungen.

Zusammenfassung

Die hausärztliche Praxis ist die wichtigste Schnittstelle von Menschen mit alkoholbedingten Störungen und dem Gesundheitswesen, etwa 75% der Betroffenen haben mindestens ein Mal pro Jahr Kontakt zu ihrem Hausarzt.

Der Einsatz von Baclofen in der hausärztlichen Praxis ist ein wirksames und sicheres Verfahren, die Wirksamkeit suchtmedizinischer Interventionen mit dem Ziel der Abstinenz oder Verminderung von Trinktagen und Trinkmenge nachhaltig zu verbessern.

Baclofen erleichtert dem Betroffenen den Erhalt der Abstinenz oder das Erreichen eines moderaten Trinkverhaltens und unterstützt die Effizienz ergänzender suchththerapeutischer Maßnahmen (SHG, Psychotherapie, Suchtberatung, Selbstkontrolltraining).

Ein breiter Einsatz von Baclofen in der hausärztlichen Praxis kann die etablierte Suchthilfe entlasten und ergänzen, schwere Gesundheitsschäden vermindern und immense Folgekosten vermeiden.

Eine Aufnahme suchtmedizinischer Spezialleistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen einschließlich der Übernahme der Kosten der off-label-Verordnung von Baclofen wäre aus hausärztlich-suchtmedizinischer Sicht dringend notwendig.