

Alkoholkonsum bei Senioren – ein Problem?

4. Fachtagung der DGE-BW „Ernährung im Alter“ am 16.11.2013 in der Universität Hohenheim

Strenge Gesetze und Vorschriften zur Erzeugung alkoholischer Getränke waren schon vor Christi an der Tagesordnung, so **Prof. Dr. Christiane Bode**, Vorstandsvorsitzende der Sektion Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE-BW). 10 % der Menschen, die Alkohol konsumieren, trinken 50 % des gesamten Alkohols – entsprechend häufig sind alkoholbedingte Erkrankungen. Jeder vierte Unfall ist Alkohol bedingt, die Diagnose für die stationäre Einweisung ist jedoch nie „Alkohol“, sondern immer die Organschädigung. Im Jahr 2006 waren ca. 2 Millionen Behandlungen durch einen übermäßigen Konsum von Alkohol bedingt und es gab ca. 4000 diagnostizierte Fälle von Alkoholembryopathie. Im Schnitt führt der Alkoholabusus zu einer 12-16 % geringeren Lebenserwartung.

Prof. Dr. med. Prof. h. c. (VRC) Helmut K. Seitz vom Alkoholforschungszentrum an der Universität Heidelberg sieht in Deutschland rund 9,5 Millionen Menschen, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Darunter sind sehr viele alte Menschen – Vereinsamung ist die Haupttriebkraft, in der Alkohol als „Pseudo Freund“ dient. 20-23% der Todesfälle bei den 35-65 Jährigen sind auf Alkoholabhängigkeit bzw. auf Folgeerkrankungen durch Alkoholmissbrauch zurück zu führen. 18-56 % der Menschen über 65 Jahre, die in Krankenhäusern stationär aufgenommen werden, trinken Alkohol. Der Alkoholspiegel ist im Alter tendenziell höher, denn ältere Menschen haben einen geringeren Anteil an Körperwasser, wodurch die Alkoholkonzentration im Blut erhöht ist. Zudem haben ältere Menschen häufig eine schlechtere Aktivität in den Leberzellen und eine verzögerte Magenentleerung, z. B. bei Diabetes. Dadurch kommt es zu längeren Verweilzeiten von Alkohol im Körper, was vermehrt zu Schäden der Magenmucosa führt. Die Mitochondrienaktivität wird vermindert, wodurch es zur Leberverfettung kommt. Cytochrom P₄₅₀^{2E1} wird häufiger durch Medikamente aktiviert, was dann zusammen mit Alkohol direkt zu Leberschäden führt. Zudem belegt der Alkohol das Cytochrom, so dass Medikamente wie Valin, Barbiturate etc. einen höheren Wirkspiegel erreichen. Am nächsten Morgen jedoch ist das Cytochrom induziert, so dass dann Medikamente schneller metabolisiert werden. Dies kann bedeuten, dass die Medikation erhöht werden muss um die gewünschte Wirkung erzielen zu können.

Statine werden im Alter bei vielen Menschen zur Cholesterinsenkung genutzt. Zusammen mit Alkohol werden sie besser resorbiert. Die Wirkung bleibt identisch, jedoch nehmen die Nebenwirkungen – auch leberschädigende Wirkungen – zu. Die heute geläufige Mehrfachmedikation bei älteren Menschen ist – in Kombination mit Alkohol – häufig ein kaum zu kontrollierender Cocktail. Besonders die Kombinationen Vitamin A und Alkohol (fördert die Hyperproliferation und Kanzerogenese in verschiedenen Geweben) oder Paracetamol und Alkohol (lebertoxisch) gelten als besonders gefährlich.

Auf der anderen Seite ist die bekannte U-Kurve ein Fakt: bei niedriger Alkoholaufnahme ist die Sterblichkeit gesamt, u.a. aber aufgrund weniger Koronaren Herzkrankheiten, erniedrigt. Das gilt natürlich nicht für Menschen, die ein vorbestehendes Risiko wie Leberschäden haben. V.a. sind bei

hohem Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen im Alter die Vorteile des mäßigen Alkoholkonsums unbestritten. Ob der Konsum von Alkohol einen Einfluss auf dementielle Erkrankungen hat, ist wissenschaftlich nicht bewiesen. In sehr kleinen Dosen könnte er einen günstigen Einfluss haben, so Prof. Dr. Seitz, allerdings kann man nur schwer abschätzen wieviel Gramm pro Tag förderlich sein könnten. Hierzu ist keine Kausalität gegeben. Außerdem kann Alkohol nicht als Medikation zur Prävention von Demenzerkrankungen dienen. Die positive Wirkung bei Depressionen ist ebenfalls keine Möglichkeit der Prävention. Zwar kann Alkohol depressive Verstimmungen positiv beeinflussen, jedoch tut er dies nur sehr kurzfristig, langfristig bewirkt der Alkohol das Gegenteil.

Sucht im höheren Alter wurde in der Forschung lange vernachlässigt, so **Prof. Dr. Siegfried Weyerer** vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim. Im Jahre 2006 rückte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. die Senioren in den Mittelpunkt, was eine Welle von Forschungsprojekten und Publikationen auslöste. Das Problem „Alkoholkrankheiten“ wird sich in Zukunft verschärfen. Denn der meiste Alkohol wird derzeit in den mittleren Altersgruppen konsumiert, diese Menschen werden ihre Konsumgewohnheiten im Alter beibehalten. Daher wird es auch vermehrt Alkoholunfälle im Alter geben. Hinzu kommt, dass der medizinische Fortschritt dazu beiträgt, dass Alkoholranke immer älter werden können.

In Deutschland gibt es derzeit ca. 1,4 Millionen Demenzkranke, 2050 werden es etwa drei Millionen Menschen sein. Da die Behandlung der Demenz unbefriedigend ist, kommt der Vermeidung von Risikofaktoren für die Entstehung große Bedeutung zu. Ein hoher Alkoholkonsum gehört neben den soziodemografischen Faktoren, den Vorerkrankungen, den Aktivitäten, den vaskulären Risikofaktoren und dem Konsum von Genussmitteln zweifellos zu den Risikofaktoren. Andererseits: Ein Review aus dem Jahre 2011 kam zu dem Ergebnis, dass – in 69 Studien mit 111909 Probanden – das relative Risiko für Demenz auf 0,77 durch mäßigen Alkoholkonsum sinkt. Auch wenn ehemalige Alkoholiker bei den Abstinenzlern ausgeschlossen werden, bleibt dieser positive Effekt bestehen. Die meisten Studien begannen im Alter von 60+. Eine eigene Studie aus Mannheim begann erst mit 75 Jahren. In sechs Zentren wurden 3327 Probanden rekrutiert. 20 % trugen ein gemäßigtes Risiko (APOE ε4) für Demenz. 48,6 % der Alkoholkonsumenten waren ausschließlich Weintrinker, ca. ein Drittel waren Biertrinker. Insgesamt waren 50 % der Teilnehmer Abstinenzler. Mit steigendem Alter wurde weniger Alkohol konsumiert. In diesem Alter ist in der Gruppe der moderaten und riskanten Trinkern häufiger eine höhere Bildung zu finden und die Personen leben seltener allein – also genau Gegenteilig wie es in jüngeren Gruppen zu finden ist. Im Ergebnis reduzierte sich das Risiko, in den folgenden 3 Jahren an Demenz zu erkranken, durch mäßigen Alkoholkonsum um bis zu 50%. Zur Prävention dementieller Erkrankungen empfiehlt Prof. Dr. Weyerer, einen aktiven Lebensstil zu führen, vaskuläre Risikofaktoren zu minimieren und eine ausgewogene Ernährung zu praktizieren. Zudem zeigen sich bei leichtem bis moderaten Alkoholkonsum positive Effekte. Aber: es kann keine individuelle Schwellendosis angegeben werden und es besteht bei regelmäßigem Konsum die Gefahr einer Abhängigkeit.

Mitte 2014 wird eine neue S3-Leitlinie zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit publiziert, so **Prof. Dr. Derik Hermann**, der ab 2014 die Leitung der Klinik für Suchtmedizin in Stuttgart übernimmt. Ergebnisse von Studien zeigen, dass in Gruppen, in welchen Alkohol konsumiert wurde, das relative

Risiko für Demenz 0,71 betrug. Das relative Risiko für die Alzheimer Demenz war noch niedriger. Das geringste Risiko war bei einer Alkoholaufnahme von 20-29 g/Tag zu finden. Aufgrund dieser Studien ist in den S3-Leitlinien ein Kapitel zu älteren Alkoholabhängigen und Demenz aufgenommen: „Leichter bis moderater Alkoholkonsum zeigt protektive Effekte bezüglich des Auftretens einer Demenz, wobei aufgrund der fehlenden Schwellendosis, der Abhängigkeitsgefahr und toxischer Eigenschaften der Alkohol nicht zur Prävention empfohlen wird“. Leitlinien dienen dazu, die oft komplexe und unübersichtliche Studienlage für den Praktiker effektiv zusammenzufassen unter klarer Angabe der wissenschaftlichen Evidenz für die jeweilige Therapieempfehlung. So wird in der neuen Leitlinie zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit am Beginn eine ärztliche Kurzintervention stehen. Dieses Gespräch führt schon zu einer 50%igen Reduktion der Alkoholaufnahme, was über Studien gut gesichert ist. Alle weiteren Empfehlungen für Senioren sind wissenschaftlich schlecht gesichert, basieren aber auf langjähriger Erfahrung.

Warum fällt es denn so schwer, mit dem Trinken aufzuhören? Neue Forschungen zeigen, dass Alkohol zur Ausschüttung von endogenen Opiaten führt – diese Endorphine docken an Opiatrezeptoren im Gehirn an und dies führt zu Glücksgefühlen. Bei chronischem Alkoholkonsum werden die Rezeptoren ständig erregt, was einen Gegenmechanismus bewirkt. Der Körper fährt die Bildung von Rezeptoren zurück - eine Downregulation. Dies ist ein Zeichen für die Gewöhnung des Körpers an den Alkohol. Wird Alkohol weggelassen, fehlen die Opiatrezeptoren, es kommt zu „schlechten Gefühlen“, für den „Glückseffekt“ muss nun mehr getrunken werden. Ab 2014 wird es ein neues Medikament geben, das Opiatrezeptoren besetzt. Es sollte nur aufgenommen werden, wenn ein Alkoholkonsum erwartet wird – so dass das assoziierte Glücksgefühl nicht auftreten kann. Die blockierten Opiatrezeptoren führen so zu einem verminderten Konsum von Alkohol.

Eine wichtige Rolle spielen auch Alkohol-Schlüsselreize, welche in der klassischen Konditionierung mit dem Alkoholkonsum gekoppelt werden. Schlüsselreize (cues) können die Kneipe, der Fernseher etc. sein. Alles was mit Alkoholkonsum assoziiert wird, wird zur dauerhaften Gefahr. Wird der Stimulus alleine – z. B. ein Foto eines Bierglases – registriert, so lässt sich dies im Magnetresonanztomographen darstellen. Hier zeigt sich, dass eine starke Hirnreaktion mit einem erhöhten Rückfallrisiko zusammenhängt. Eine Therapieform diesbezüglich ist das Reizexpositionstraining: das Getränk wird vor dem Patienten so lange aufgebaut, bis er die Situation selbst im Griff hat. Die Cue-Reaktivität wird im Hirn durch Dopamin vermittelt. Der Alkoholkonsum führt zu einer dauerhaften Dopaminausschüttung. Wie die Opiatrezeptoren verhalten sich auch die Dopaminrezeptoren, allerdings steht hierfür kein Medikament zur Verfügung. Bei älteren Menschen wird Alkohol oft als Willensschwäche und falsche Haltung gesehen, aber gegen eine Konditionierung kann sich niemand wehren. Die kognitive Verhaltenstherapie setzt hier an. Die umfassende Selbstbeobachtung steht dabei im Vordergrund. Hierzu gehört auch das Fokussieren und Bewusstmachen des eigenen Trinkverhaltens in Form von Achtsamkeit bzw. Selbstbeobachtung, einem Trinktagebuch, Situations- oder Emotionsanalysen. Jegliche Therapie muss zum Ziel haben, die bewusste Kontrolle zu stärken und automatisiertes Verhalten abzutrainieren. Das erfolgt insbesondere, wenn Ziele klar definiert und abgeglichen, die Selbstwahrnehmung gefördert, eine Entscheidungsfindung getroffen wurde und eine Verhaltensänderung angestrebt wird.

Ein weiterer Grund, warum es schwerfällt auf Alkohol zu verzichten ist, dass Alkohol den Einfluss des präfrontalen Cortex auf das Verhalten reduziert. Dieser ist für die Verarbeitung von Moral, Werten, Gewissen, Verantwortungs- und Verpflichtungsgefühle sowie langfristige Ziele, die das Verhalten

modifizieren verantwortlich. Vom präfrontalen Cortex ziehen Nervenbahnen zu den Basalganglien. Alkoholkonsum führt zu einer Hemmung der Nervenübertragung, was sich in Impulsivität und aggressivem Verhalten auswirken kann. Dies führt dazu, dass Werte und langfristige Ziele in den Hintergrund treten können und ein impulsives, triebhaftes Verhalten in den Vordergrund rückt. Alkohol kann so als Spaßfaktor und einem „Abschalten“ als wohltuend empfunden werden. Ziel ist es daher in den üblichen Therapien den präfrontalen Cortex zu stärken und Basalganglien zu schwächen. In diesen kognitiven Psychotherapien wird versucht die Verhaltenskontrolle zu erhöhen und impulsives, automatisiertes Verhalten zu reduzieren. Diese Form scheint auch für die Behandlung für dementiellen Erkrankungen erfolgsversprechend zu sein. Erste Ansätze hierfür ist die Joystick Therapie von Johannes Lindenmeyer.

Wichtig für die Therapie ist immer, dass klar kommuniziert wird: Sucht ist keine Willensschwäche, sondern dies hat immer eine biologische Ursache und Wirkung.

Zusammenfassung:

Corinna Küfer
Prof. Dr. Peter Grimm

DGE-BW e.V.