

Alkoholprobleme

P. Gache, E. Sekera,
H. Stalder

Einleitung

85% der schweizerischen Bevölkerung konsumiert Alkohol, der grösste Teil, ohne dabei gesundheitlichen Schaden zu nehmen. Ein Viertel aller Verbraucher trinkt in gesundheitsschädigendem Ausmass (Abb. 1). Der zuerst beigezogene Arzt sollte jeden Patienten über die Risiken informieren, die mit dem Alkoholmissbrauch verbunden sind. Neben der Behandlung der Patienten, die durch ihren Alkoholkonsum schon schwer erkrankt sind, sollte er so bald wie möglich diejenigen Patienten ausfindig machen, die im Übermass Alkohol konsumieren, bei denen die Schäden noch geringfügig sind und die oft unentdeckt bleiben.

Wie viel Alkohol ist zuviel?

Epidemiologische Studien bestätigen, dass nach einer bestimmten konsumierten Menge Alkohol das Risiko für die Gesundheit steigt. Die WHO gibt vor, Mengen von 30 g/Tag (oder 21 U/Woche) für Männer und 20 g/Tag (oder 14 U/Woche) für Frauen nicht zu überschreiten (Abb. 2).

Verschiedene Meldungen weisen darauf hin, dass ein geringer Alkoholkonsum (<2 U/Tag) das kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko reduziert. Dennoch kann man wegen der beträchtlichen Risiken, die mit dem Alkoholverbrauch verbunden sind, den Patienten nicht empfehlen, ein wenig Alkohol zu trinken, um ihre Sterblichkeitsrate zu senken.

Auf jeden Fall ist Alkohol, auch in geringen Mengen, gefährlich für schwangere Frauen, für Jugendliche, ältere Personen, Träger des Hepatitis-B- oder -C-Virus und in Verbindung mit der Einnahme der meisten Medikamente.

Abbildung 1. Alkoholkonsum in der Bevölkerung (nach Skinner, 1981).



Abbildung 2. Masse für die Alkoholeinnahme und Blutalkoholspiegel.

Wie misst man den Alkoholverbrauch?

Jedes Glas Alkohol enthält ungefähr 10 g Alkohol oder 1 Standard-Einheit (U)

7 cl Aperitif zu 18°	2,5 cl Digestif zu 45°	10 cl Champagner zu 12°	25 cl Apfelwein «trocken» zu 5°	2,5 cl Whisky zu 45°	2,5 cl Pastis zu 45°	25 cl Bier zu 5°	10 cl Rot- oder Weisswein zu 12°

$$\text{Blutalkoholspiegel (\%)} = \frac{\text{Gewicht des eingenommenen Alkohols (g)}}{\text{Körpergewicht (kg)} \times F} \quad (F = 0,6 \text{ für Frauen und } 0,7 \text{ für Männer})$$

1 g/l = 21,7 mmol/l oder 1 mmol/l = 0,046 g/l.
Durchschnittlich wird etwa ein Glas Alkohol pro Stunde abgebaut.

Praktisches Vorgehen

Anamnese

Bei der Anamnese sucht man nach Symptomen, die «hellhörig machen» (Tabelle 1).

Tabelle 1. Unspezifische Symptome des Alkoholmissbrauchs.

Arterielle Hypertonie	Angst
Verdauungsbeschwerden	Depression
Häufiges Fernbleiben vom Arbeitsplatz	Lumbalgien
Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen	Unfälle
Berufliche Probleme, Familienprobleme oder Probleme mit der Justiz	Stürze

Klinisch

Die klinische Untersuchung zeigt mit unterschiedlicher Häufigkeit folgende Anzeichen: Rötung von Gesicht und Handflächen, Parotis-Hypertrophie, leichtes Zittern der oberen Extremitäten, alkoholischer Foetor, Logorrhoe, hoher oder variabler Blutdruck, Gleichgewichtsstörungen, schlechte Zähne, vergrößerte Leber, Kollateralkreislauf, Polyneuritis, Morbus Dupuytren. Die Spezifität dieser Anzeichen ist gering, und die Sensibilität der meisten von ihnen ist unbekannt.

Folgende standardisierte Fragebogen werden für Grundversorger empfohlen:

- CAGE (Tabelle 2) (Sensibilität 50%, Spezifität 80% – ASMA in der französischen Version) [1] ist ein Fragebogen zur raschen Diagnose. Ab 2 positiven Antworten beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Alkoholproblem besteht, 80%.
- AUDIT (Sensibilität 65%, Spezifität 90%) [2]: Dieser durch die WHO anerkannte Fragebogen hat den Vorteil, dass er die

Alkoholkonsumenten in 3 Gruppen aufteilt: Sozialtrinker, Problemtrinker und Alkoholabhängige. Ab 7 Punkten ist er positiv bei Männern mit überhöhtem Konsum, ab 6 Punkten bei Frauen mit überhöhtem Konsum und ab 12 Punkten bei Alkoholabhängigen, egal ob Mann oder Frau.

Tabelle 2. CAGE.

C (Cut down): Haben Sie jemals versucht, Ihren Alkoholkonsum einzuschränken?
A (Annoyed): Waren Sie schon einmal verärgert darüber, dass Angehörige Ihren Alkoholkonsum kritisiert haben?
G (Guilty): Hatten Sie jemals Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens?
E (Eye opener): Mussten Sie jemals morgens trinken, um sich zu beruhigen oder in Gang zu kommen?

Zusätzliche Untersuchungen

Laboruntersuchungen können in bestimmten Situationen einen klinischen Verdacht auf chronischen Alkoholmissbrauch bestätigen, erlauben es aber nie, eine Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren!

Zwei Marker sind allgemein anwendbar:

- MCV (Sensibilität 25%, Spezifität 90% ohne Vitaminmangel).
- Gamma-GT (Sensibilität 60%, Spezifität 60%): steigt nach einem mindestens 14tägigen überhöhten Konsum an; Halbwertszeit 10 Tage.

Das «carbohydrate-deficient transferrin» (CDT) ist kein Routine-Parameter. Es ist erhöht bei Konsum von über 50 g Alkohol pro Tag. Es kann in Situationen nützlich sein, bei denen die Gamma-GT trotz überhöhten

Tabelle 3. ICD-10 (zusammengefasst): Kriterien für die Alkoholabhängigkeit und Diagnose-Code.

A)	Kriterien für die Alkoholabhängigkeit: mindestens 3 müssen vorhanden sein starkes oder zwanghaftes Verlangen nach Alkohol Verlust der Selbstkontrolle Entzugssymptome bei Alkoholverzicht, die bei der Wiedereinnahme gelindert werden erhöhte Alkoholtoleranz Vernachlässigung von Interessen zugunsten des Alkohols Fortsetzung des Konsums trotz Auftreten gesundheitsschädigender Folgen
B)	Präzisierung F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol F10.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch) (mit oder ohne Komplikationen: Konvulsionen, Delirium, Koma) F10.1 Schädlicher Gebrauch F10.2 Abhängigkeitssyndrom (gegenwärtig abstinenter, gelegentlicher oder ständiger Konsum) F10.3 Entzugssyndrom (mit oder ohne: Krampf, Delirium)

Konsums normal bleibt oder wenn die Gamma-GT trotz Abstinenz-Erklärungen des Patienten hoch bleibt (Sensibilität 60%, Spezifität 90%).

Diagnose

Ist das Problem einmal erkannt, besteht die nächste Etappe darin, die Diagnose zu stellen und Alkoholmissbrauch von Alkoholabhängigkeit zu unterscheiden.

Starke Trinker überschreiten den Verbrauch ohne Risiko (mehr als 3 Einheiten pro Tag für Männer und mehr als 2 U/Tag für Frauen) und können in gewissen Fällen Probleme haben, die mit ihrem Alkoholkonsum zusammenhängen (Depressionen, Schlafstörungen, Hepatopathie, Appetitverlust ...), zeigen aber keine Abhängigkeitssymptome.

Alkoholabhängige haben eine Symptomatik entsprechend den Kriterien im ICD-10 [3] (Tabelle 3). Die Klassifizierung DSM IV wird ebenfalls angewendet.

Behandlung

Tabelle 4 fasst einige nützliche Ratschläge zusammen, wie man über Alkohol sprechen kann.

Im allgemeinen wird das Gespräch der aktuellen Phase angepasst, in der sich der Patient in bezug auf die Entscheidung, seine Verhaltensweise zu ändern, befindet (Schema von Prochaska-Di Clemente) [4, 5] (Abb. 3, Tab. 5).

Welche Massnahmen können vorgeschlagen werden?

Für starke Trinker sollte die Unterredung informativ und motivationsgerichtet sein: Der

Tabelle 4.

Ratschläge, wie man über Alkohol sprechen kann.

Aufmerksames Zuhören (erlaubt es, in einer Atmosphäre von Empathie und Verständnis zu arbeiten)
Nachformulieren (erlaubt es, Ungereimtes hervorzuheben, ohne zu verurteilen)
Offene Fragen stellen (z.B.: «Wie oft trinken Sie?» anstatt «Trinken Sie viel?»)
Den Patienten gemäss den erreichten Resultaten ermutigen

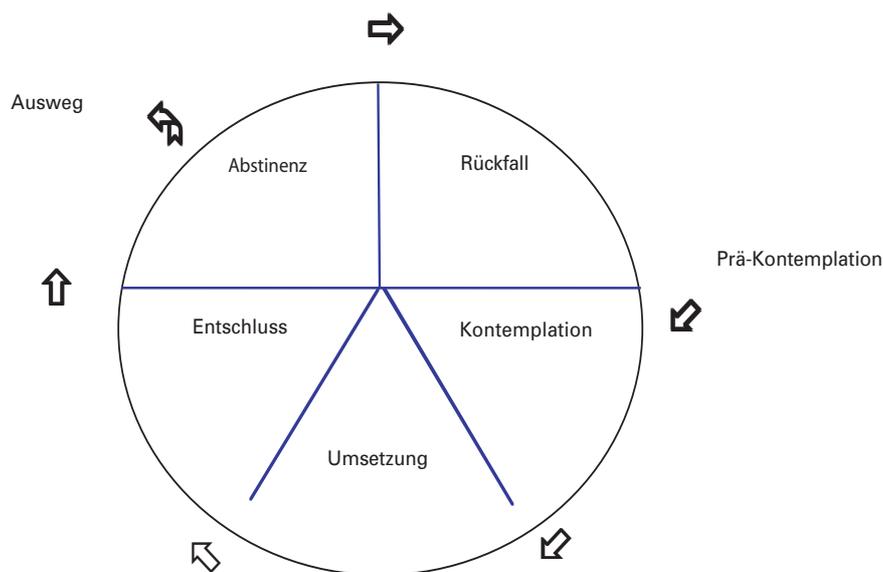
Arzt gibt seiner klaren Meinung Ausdruck über die Risiken, die der Patient mit seinem Konsum eingeht. Er informiert ihn, wie er Hilfe erhalten kann, betont aber dessen persönliche Verantwortung, Entscheidungen zu treffen. Dieser Schritt benötigt nur wenige Minuten während einer Notfall-Konsultation und erweist sich als sehr wirksam (schnelle Intervention). Das Ziel besteht darin, den Konsum unter die vorher vereinbarte Limite zu reduzieren.

Für Alkoholabhängige sollte das gesetzte Ziel realistisch und erreichbar sein. Obwohl totale Abstinenz das gewünschte Ziel des Arztes sein mag, ist der Alkoholkranke nicht immer zur Enthaltbarkeit bereit. In dieser Situation ist es besser, sich Zeit zu lassen und weniger anspruchsvolle Ziele anzustreben (Einschränkung oder Kontrolle des Konsums), anstatt den Patienten vollständig zu entmutigen. Bei Abhängigen muss jedoch immer die totale Abstinenz angestrebt werden. Eine gut durchgeführte Voreinschätzung ist Bedingung für den Erfolg. Es wird eine regelmässige mindestens 2jährige Beobachtungszeit empfohlen.

Tabelle 5. Erklärung der Phasen und Ratschläge für ein angepasstes Verhalten.

Stadium	Erklärung	Verhalten
Prä-Kontemplation	Leugnen der Realität: «kein Problem ...»	Informieren, Zeit lassen, somatischen Zustand überwachen, Kontakt aufrechterhalten
Kontemplation	Ambivalenz: «ja, vielleicht ...»	Motivationsgerichtetes Gespräch. Die negativen und positiven Wirkungen des Alkohols erwägen. Eine somatische Bilanz und eine biologische Analyse können die objektiven Argumente zugunsten der Abstinenz liefern.
Entschluss	Entscheidung: «ich will aufhören ...»	Jede Änderungsentscheidung aufwerten. Mithelfen, eine gute Strategie zu finden.
Umsetzung und Abstinenz	Aufrechterhaltung der Entscheidung	Eine Liste der «Risikosituationen» aufstellen, die zu einem Rückfall führen können. Über das Alkoholverlangen sprechen. Ein «Alarmsystem» für Rückfälle vorbereiten (Alko-Draht: 0848-800-808, Notfälle: 144, usw.).
Rückfall	Pessimismus, Gefühl des Versagens	Entdramatisieren. Toleranz mit dem Patienten zeigen, aber nicht mit dem Alkohol. Unterstützungsumfeld mobilisieren.

Abbildung 3.
Schema von Prochaska-Di Clemente.



Das Projekt für eine vollständige Abstinenz besteht aus 3 Phasen:

- Entwöhnung
- Vorbeugen von Rückfällen
- Anpassung an ein Leben ohne Alkohol

Die Entwöhnung

Sie besteht aus einer 3–7tägigen Periode nach dem vollständigen Absetzen des Alkoholkonsums, entweder ambulant oder, bei Vorliegen von Kontraindikationen (Tabelle 6) oder auf Wunsch des Patienten, im Spital. Der Patient muss immer über die Entwöhnungssymptome (Tabelle 7) informiert sein, die von Fall zu Fall verschieden sein können. Die Reaktion auf die Behandlung ist individuell [6].

Verschrieben werden: Vitamin B1 300 mg/Tag während 3 Wochen für alle Patienten und, je nach Entwöhnungssymptomatik, Oxazepam mit abnehmender Dosis (anfangen mit 60–150 mg/Tag, auf 4 Einnahmen verteilt, und jeden Tag die Dosis um 20% reduzieren). Der Patient wird regelmässig beobachtet. Die Einschätzung der Entwöhnungssymptome wird mit Hilfe der Standard-Fragebogen [7] vorgenommen.

Vorbeugen gegen Rückfälle und Anpassung an ein Leben ohne Alkohol

Es handelt sich um eine ununterbrochene medizinische Beobachtung mit oder ohne Behandlung durch Medikamente [8] (Tabelle 8).

Tabelle 6.
Kontraindikationen zur ambulanten Entwöhnung.

Früher aufgetretene Krampfanfälle oder Delirium tremens
Schwere somatische oder psychische Erkrankungen
Sozialer Ausschluss, erschöpftes Umfeld
Non-compliance oder fehlende Kollaboration des Patienten
Gescheiterte ambulante Versuche

Tabelle 7. Entwöhnungssymptome.

Angustzustände
Zittern
Schwitzen
Unruhe
Krampfanfälle
Halluzinationen
Delirium tremens
Koma

} sind medizinische Notfälle!

Tabelle 8. Medikamente zur Aufrechterhaltung der Abstinenz.

Acamprosat	3 × 2 Tabl./Tag	Medikament ohne Kontraindikationen
Naltrexon	1 Tabl./Tag	Ausweiskarte mitnehmen (bei evtl. Unfall)
Disulfiram	1 Tabl./Tag	striktes Verbot gleichzeitiger Alkoholeinnahme!

Es ist wünschenswert, dass der Patient sich auch einer *Selbsthilfegruppe* anschliesst. In manchen Fällen kann sich eine Indikation für eine psychiatrische Beobachtung oder *Psychotherapie* ergeben. Auch *Entspannungsmethoden* und andere Unterstützungsmethoden (Sophrologie, Akupunktur usw.) können in Betracht gezogen werden. Es ist auch wichtig (bei Zustimmung des Patienten), mit den Familienangehörigen zusammenzuarbeiten. Schliesslich wird man versuchen, in einem Beziehungsnetz zu arbeiten (Familie, Sozialarbeiter usw.), um den Patienten dabei zu unterstützen, sich an sein Leben ohne Alkohol zu gewöhnen.

Alkohol und die damit verbundene Psychopathologie

Etwa die Hälfte aller Alkoholabhängigen leidet gleichzeitig an mit ihrem Alkoholproblem verbundenen psychischen Krankheitserscheinungen. Das Nicht-Erkennen einer psychischen Störung kann zum Scheitern der Behandlung führen. Da Alkohol eine ganze Palette psychischer Störungen hervorruft (man muss wissen, dass die Hälfte aller Depressionen eine sekundäre Folge von Alkoholkonsum sind), sollte die Bewertung der psychischen Störung nach einer 2–4wöchigen Periode totaler Abstinenz stattfinden. Ist die Diagnose einmal festgelegt, wird die Psychopathologie entsprechend behandelt und in die restliche Behandlung integriert.

Die Störungen, die am häufigsten auftreten, sind: Stimmungsstörungen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie.

Das Selbstmordrisiko muss systematisch ermittelt werden, da Alkohol die Bereitschaft zur Tatumsetzung erhöht (5% der Alkoholsüchtigen begehen Selbstmord).

Bei gleichzeitiger Einnahme anderer psychoaktiver Substanzen (Opiate, Kokain, Medikamente, Tabak) empfehlen wir, die für den Patienten gefährlichste Abhängigkeit prioritär zu behandeln (z.B. bei gleichzeitiger Heroinsucht wird vorrangig eine Methadon-Behandlung empfohlen).

Die 3 wichtigsten Punkte

Bei jedem Patienten die Trinkgewohnheiten ermitteln.

Bei der Behandlung realistische und erreichbare Ziele festsetzen.

Regelmässige Folge-Überwachung jeder Behandlung, Hilfgemeinschaften einbeziehen.

Datum der ersten Auflage: 25. April 1997 durch B. Krähenbühl

Datum der letzten Aktualisierung: 6. Dezember 2002 durch P. Gache, E. Sekera und H. Stalder

Für Auskünfte, Kommentare oder Fragen: Hans.Stalder@hcuge.ch

Literatur

- 1 Steinweg DL, Worth H. Alcoholism: The keys of the CAGE. *Am J Med* 1993;94:520–3.
- 2 Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) *Addiction* 1993;88:791–804.
- 3 Classification Internationale des Maladies. CIM-10/ICD-10. OMS 1992. Paris: Masson.
- 4 Krähenbühl B. La force de l'autre. Ou l'entretien de motivation avec la personne alcoolique. *Méd et Hyg* 1993;51:2263–6.
- 5 Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self change in smoking towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1993;51:390–5.
- 6 Yersin B, Pilet F. Syndrome de sevrage alcoolique: Prise en charge ambulatoire par le médecin praticien. *Rev Méd Suisse Romande* 1998;118:777–81.
- 7 Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict* 1989;84:1353–7.
- 8 Gache P, Siegrist G. Les traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance. *Rev Méd Suisse Romande* 1998;118:767–9.

