



Alkoholranke in der Praxis behandeln

Vom Gesprächs-Einstieg bis zur Langzeitbetreuung

Walter Dresch, Gerhard Bawidamann

Bei etwa 1,6 Millionen Alkoholikern in Deutschland mit ca. 40 000 Todesfällen jährlich ist jeder Hausarzt ständig mit den Problemen der Alkoholkrankheit konfrontiert. Doch wie soll er sich verhalten? Ist eine Intervention schon bei „riskantem Konsum“ notwendig, um den gesamten Alkoholverbrauch der Bevölkerung zu reduzieren („harm-reduction“) oder sollte er sich auf die eindeutigen schweren Fälle konzentrieren, in denen die bekannten Probleme des Alkoholismus sich nicht mehr verbergen lassen und auch die gesamte Familie und Umgebung leidet?

Soll jeder Patient quasi als Screening im Rahmen der Anamnese mit der Frage „Wann haben Sie zuletzt Alkohol getrunken?“ [1] auf seinen Alkoholkonsum angesprochen werden, um dann über mögliche Gefährdungen der Gesundheit zu reden? Nach den Angaben der WHO und der DHS ist Alkohol ja fast immer als gesundheitsschädlich anzusehen [4].

Doch was ist dann mit den immer wieder erwähnten gesundheitsfördernden Wirkungen regelmäßigen Alkoholkonsums? Machen wir Hausärzte uns nicht unglaublich, wenn wir den gewohnheitsmäßigen Konsum unserer Patienten immer als zuviel anzeigen – obwohl wir vielleicht selbst auch nicht weniger trinken?

Oder fällt es uns Hausärzten immer noch schwer, selbst bei Fällen von offensichtlichen Alkoholmißbrauch eine klare Ansprache zu wählen, weil wir den Patienten nicht kränken wollen – oder weil wir auch nicht wissen, was wir anschließend tun können? Ist Alkoholismus (ICD: F10.2) nicht eine psychiatrische Erkrankung, deren Diagnose und Therapie in die Hand des entsprechenden Facharztes gehört? Diesen Fragen sollten wir uns stellen und gemeinsam ein hausärztliches Betreuungskonzept entwickeln, zu dem hier einige Vorschläge genannt seien.

Hausarzt als erster Ansprechpartner

Aus retrospektiven Studien [2] ist bekannt, daß 75 % aller Alkoholiker mindestens einmal im Jahr ihren Hausarzt aufsuchen: Präsentiersymptome wie Gastritis, vegetative Störungen mit Hypertonie und die bekannten Veränderungen von Laborwerten sollten die Frage nach Alkoholproblemen indizieren.

Warum werden aber immer noch Patienten mit eindeutigen Zeichen der Alkoholkrankheit nicht sofort einer notwendigen Diagnostik und Therapie zugeführt? Kein Hausarzt hätte Schwierigkeiten, bei der Erstdiagnostik eines Diabetes die notwendigen Maßnahmen einzuleiten. Sind Hausärzte bei der Alkoholabhängigkeit verunsichert, weil einerseits moderater regelmäßiger Alkoholkonsum ein gesundheitsfördernd

der Faktor zu sein scheint und Alkoholismus wie andere Suchterkrankungen mit gesellschaftlichen Stigmatisierungen behaftet ist?

Wird der Hausarzt nicht zum Gesundheitsapostel, der sich in das Privatleben seiner Patienten einmischt oder übersieht er klare Hilfeschreie seiner Patienten, die mit ihrem eigenen Alkoholproblem oder denen ihrer Umgebung nicht mehr klarkommen? Kann es sein, daß in der hausärztlichen Praxis offensichtliche Zeichen einer Alkoholkrankung nicht direkt angesprochen werden, weil immer noch bei Diagnostik und Therapie Unsicherheiten bestehen?

Wann intervenieren?

Nach den Vorgaben der WHO [3] ist ein durchschnittlicher Alkoholkonsum von über 20 g/Tag bei Frauen und 40 g/Tag bei Männern wegen potentieller Gesundheitsschäden als „riskant“ einzustufen.

Je nach Einzugsgebiet seiner Praxis müßte ein Hausarzt die meisten seiner Patienten auf diesen gesundheitsschädlichen Konsum ansprechen. Doch sind bei diesem „riskanten“ Konsum immer gesundheitliche Schäden nachzuweisen? Soll mäßiger regelmäßiger Rotweinkonsum nicht ein lebensverlängernder Faktor sein [4] – besonders bei Diabetikern [5]? Soll jeglicher Alkoholkonsum nicht die Nieren schützen [6]? Haben Alkoholabstinente höheren Alters nicht eine höhere Todesrate [7] und wie sieht letztendlich das persönliche Trinkverhalten des Hausarztes aus – ohne daß dieser bisher wesentliche Gesundheitsschäden davongetragen hat?

Doch wenn sich der Hausarzt ganz aus dieser Diskussion raushält, müssen dann nicht Alkoholiker und deren Familien länger leiden, weil ihnen zum schnellstmöglichen Zeitpunkt keine Hilfe angeboten wird? Es bleibt weiterhin das hausärztliche Erfahrungswissen gültig, daß es Patienten gibt, die trotz regelmäßigen Alkoholgebrauchs über viele Jahre keine wesentlichen gesundheitlichen Probleme bekommen – und daß andere Patienten auf jeglichen Alkohol verzichten sollten.

Wo beginnt das Risiko?

Um den Alkoholverbrauch besser einzuordnen, wurden von der WHO Grenzwerte vorgeschlagen. Als *risikoarmer Konsum* gelten bis zu 30 g Alkohol am Tag bei Männern und 20 g bei Frauen (20 g Alkohol entsprechen einem halben Liter Bier oder 0,2 Liter Weißwein). Darüber beginnt bereits der *riskante Konsum*. Ab 60 g beim Mann und 40 g bei der Frau wird es dann schon ein *gefährlicher Konsum*. Über 120 g beim Mann und 80 g bei der Frau liegt dann ein *hochgefährlicher Konsum* vor (ICD: F10.1 statt F10.2 für Alkoholabhängigkeit). Eine wissenschaftliche Begründung für diese Grenzwerte fehlt.

Hausärzte sollten sich auf die Patienten konzentrieren, die nachgewiesen ein Problem mit ihrer Alkoholkrankheit haben.

Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch werden im folgenden gemäß dem internationalen Klassifikationssystem der Erkrankungen, ICD-10, verstanden. Danach liegt *Alkoholabhängigkeit* vor, wenn mindestens drei der acht Kriterien erfüllt sind:

- starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren,
- verminderte Kontrollfähigkeit, den Alkoholkonsum zu beenden,
- Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu lindern,
- körperliches Entzugssyndrom,
- Nachweis einer Toleranz,
- eingegengtes Trinkverhalten, das heißt Alkoholkonsum eher nach dem psychischen oder körperlichen Bedarf denn nach äußeren Anlässen,
- Vernachlässigung von Interessen zugunsten des Alkoholkonsums,
- anhaltender Konsum trotz Nachweises der schädlichen Folgen.

Schädlicher Gebrauch (Alkoholmißbrauch) liegt vor, wenn der Konsum zu nachweisbaren Schäden führt.

Schäden durch Alkohol

An den Folgen übermäßigen Alkoholkonsums sterben in Deutschland ▶

jährlich etwa 40 000 Menschen, davon 17 000 an *Leberzirrhose*. Auch die Magenschleimhaut wird konzentrationsabhängig durch Alkohol geschädigt, nicht selten manifestiert in Form einer *akuten hämorrhagischen Gastritis*. Kein Zusammenhang fand sich bisher zwischen der Höhe des Alkoholkonsums und dem Auftreten von Magenkarzinomen, obwohl *Malignome* neben *Lebererkrankungen* und *chronischer Pankreatitis* zu den häufigsten Alkoholfolgekrankheiten gehören. Anders bei den *kolorektalen Adenokarzinomen*, deren Auftreten durch den Alkohol begünstigt wird: So haben Biertrinker mit einem Konsum von mehr als 1 Liter Bier (entspricht 40 g Alkohol) am Tag ein dreifach erhöhtes Risiko für ein Rektumkarzinom.

Ein besonderes Risiko ist das Kehlkopf-, Mundhöhlen- und Rachenkarzinom, für welches eine 13fach erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht (bei einem Verbrauch von 75 bis 100 g Alkohol entsprechend fünf Halbe Bier am Tag).

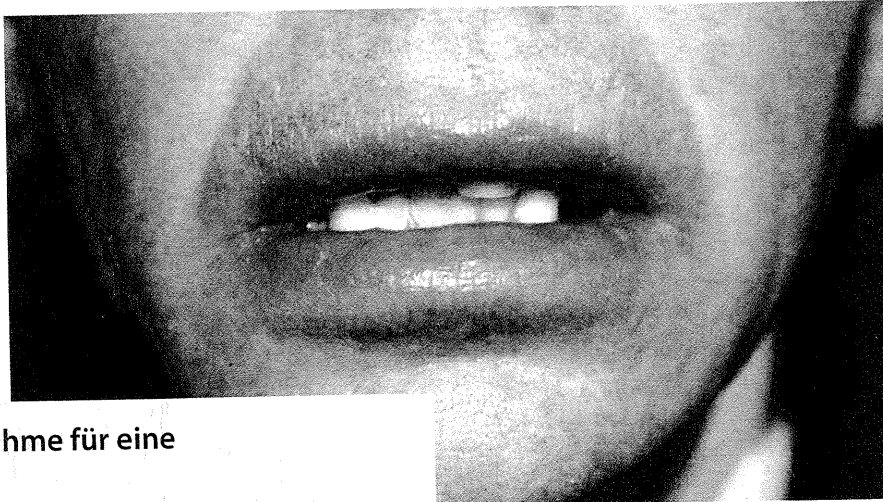
Ungeachtet der möglichen protektiven Wirkungen eines *mäßigen* Alkoholkonsums auf das kardiovaskuläre System finden sich bei chronischem Alkoholmißbrauch überproportional häufig Herzrhythmusstörungen (überwiegend supraventrikulär mit erhöhter Inzidenz für den plötzlichen Herztod, wahrscheinlich bedingt durch Reentrymechanismen) und eine Herzinsuffizienz.

Gefürchtet ist die Hypoglykämiegefahr bei diabetischen Alkoholikern: Die ge-

störte Leberfunktion hemmt die Glukoneogenese, so daß im Bedarfsfälle der Glykogenspeicher nicht mehr zur Verfügung steht. Weitere Folgen können die alkoholinduzierte Polyneuropathie sein sowie das Korsakow-Syndrom oder die Wernicke-Enzephalopathie.

Erlebte Anamnese und die Diagnose der Alkoholkrankheit beim Hausarzt

Besorgte Angehörige können den Arzt erstmals auf das Alkoholproblem eines Patienten aufmerksam machen. Auch Werte des Routinelabors schärfen viel-



Zungenbrennen und trockene, rissige Lippen wie bei diesem Patienten, können ein Zeichen für erhöhten Alkoholkonsum (Folgen des Vitamin B-Mangels) sein.

CAGE-Test als Screening-Maßnahme für eine Alkoholgefährdung

Cut down: Haben Sie versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren?

Gerade mit immer wieder unterbrochenen Trinkpausen versucht ein Alkoholiker, sich und seiner Umgebung zu beweisen, daß er sein Problem im Griff hat. Auch sollte die Beschreibung von bestimmten persönlichen Ritualen wie z. B. „nie vor einer bestimmten Uhrzeit“, „nie zu Hause“, „nie in der Öffentlichkeit“, „keine harten Sachen“ usw. die Aufmerksamkeit des Hausarztes erhöhen.

Annoyance: Haben andere Personen Ihr Trinkverhalten kritisiert und Sie damit verärgert?

Klagt z. B. die Ehefrau des Alkoholikers ihrem Hausarzt ihr Leid mit der inständigen Bitte, nichts davon ihrem Mann zu erzählen, da sie sonst großen Ärger zu Hause bekäme? Werden ärztliche Nachfragen nach Problemen mit Alkohol erzürnt verneint, dann muß dies nicht immer auf einer irrtümlichen Unterstellung beruhen.

Guilty: Schuldgefühle

Hierunter können alle Taten unter Alkohol zusammengefaßt werden, deren Folgen nachher bereut werden müssen, wie z. B. Führerscheinentzug, Gewalttätigkeiten, peinliche Gedächtnislücken, sexuelle Exzesse oder auch Situationen als Opfer von Übergriffen, die durch alkoholbedingte Hilflosigkeit stattfanden.

Eye-Opener:

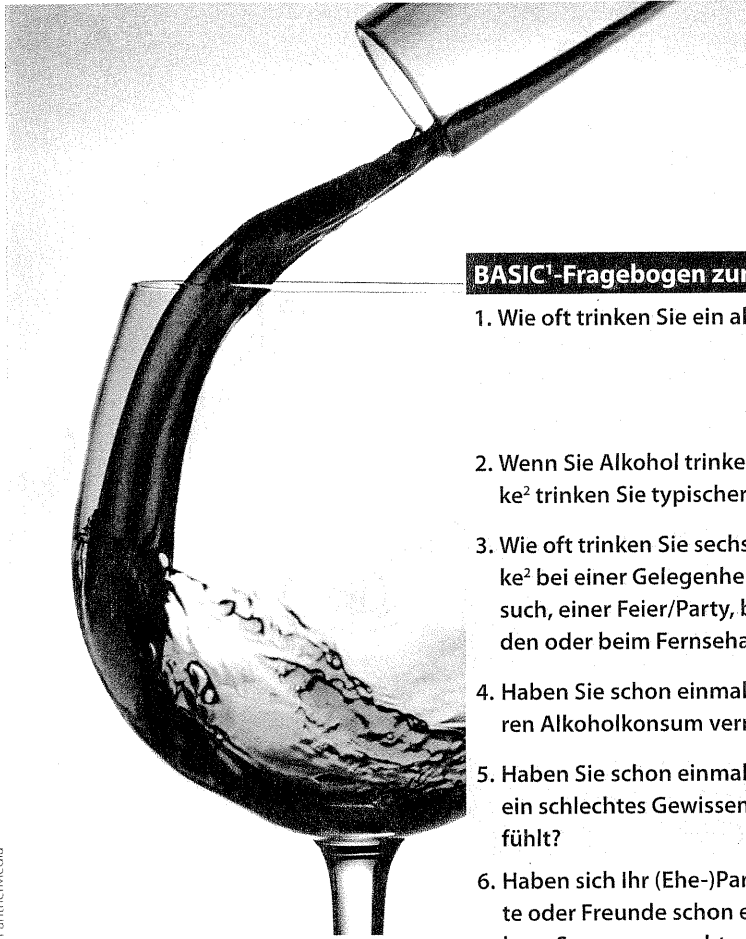
Wer morgens seinen Alkoholspiegel wieder anheben muß, um über den Tag zu kommen, befindet sich in der chronischen Abhängigkeitsphase und wird auch in der Sprechstunde die deutlichen Zeichen seiner Abhängigkeit nicht verbergen können.

Die Wahrscheinlichkeit eines Alkoholmißbrauchs beträgt bei einer positiven Antwort 62 %, bei zwei positiven Antworten 89 % und bei drei und vier positiven Antworten 99 %.

leicht den Blick des Hausarztes für diese Problematik.

MCV und Gamma-GT werden hier in der Regel als „Marker für Alkoholprobleme“ angesehen. Sie besitzen zwar eine recht niedrige Sensitivität (etwas über 30 %), jedoch eine hohe Spezifität. Das heißt, daß ein Normalwert beider Parameter Alkoholmißbrauch mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließt. Sensitiver als diese beiden Werte ist die CDT. Letztere ist allerdings, da keine Kassenleistung, für das Screening weniger geeignet und ihre Domäne liegt bei der Rückfallprophylaxe als „Monitor“, immer bezogen auf den Ausgangswert.

Für das „nichttechnische Screening“ wurden in den letzten Jahren einige Instrumente entwickelt, die mit Hilfe we-



PantherMedia

niger Fragen Klarheit über die Alkoholgefährdung des Betroffenen schaffen sollen. Hier hat sich der CAGE-Test [8] mit seinen vier Fragen bewährt. Trotz

CAGE-Test oder BASIC-Fragebogen sollte man nicht als Routine-Screening anwenden, sondern nur bei anamnestischen/klinischen Hinweisen auf Alkoholgefährdung.

seiner Kürze ist er sehr zielführend (vgl. Kasten S. 14). Ein weiteres Instrument ist der BASIC-Fragebogen (Tabelle 1). Auch auf bestimmte auffällige körperliche Anzeichen sollte der Hausarzt achten, wenn ihn Patienten aufsuchen, wie Palmarerythem und Spidernävi. Diese und die schon erwähnten Präsentiersymptome können die ersten Hinweise geben, doch erst die erlebte hausärztliche Anamnese eröffnet die Einstiegsmöglichkeiten für ein erfolgversprechendes diagnostisches und therapeutisches Gespräch.

BASIC¹-Fragebogen zur Erfassung einer Alkoholgefährdung

- | | |
|---|--|
| 1. Wie oft trinken Sie ein alkoholisches Getränk ² ? | <input type="checkbox"/> häufiger als einmal pro Woche |
| | <input type="checkbox"/> höchstens einmal pro Woche |
| 2. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke ² trinken Sie typischerweise an einem Tag? | <input type="checkbox"/> mehr als 2 Getränke |
| | <input type="checkbox"/> 1 – 2 Getränke |
| 3. Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke ² bei einer Gelegenheit (z. B. bei einem Kneipenbesuch, einer Feier/Party, beim Zusammensein mit Freunden oder beim Fernsehabend zu Hause)? | <input type="checkbox"/> einmal im Monat oder öfter |
| | <input type="checkbox"/> seltener als einmal im Monat |
| 4. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, daß Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? | <input type="checkbox"/> ja |
| | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt? | <input type="checkbox"/> ja |
| | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Haben sich Ihr (Ehe-)Partner oder andere nahe Verwandte oder Freunde schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens Sorgen gemacht oder sich deswegen beklagt? | <input type="checkbox"/> ja |
| | <input type="checkbox"/> nein |

1) BASIC = Brief Alcohol Screening Instrument in Medical Care
 2) (1 alkoholisches Getränk = 0,2 l Bier oder 0,1 l Wein/Sekt oder 2 einfache (2 cl) Gläser Spirituosen

Tabelle 1

Zunächst muß jedoch ein so vertrauensvolles Verhältnis entstanden sein, daß sich der alkoholranke Patient von seinem Arzt angenommen fühlt. In der hausärztlichen Situation ist es nicht hilfreich, diese Tests *routinemäßig* abzufragen. Wenn bei der Betreuung von alkoholgefährdeten Patienten bestimmte Anamnesedaten mit diesen Fragen in Verbindung gebracht werden können, erhöht sich in Zweifelsfällen deutlich die diagnostische Sicherheit, und der Patient ist eher bereit, weitere Fragen zuzulassen und auch Hilfe anzunehmen.

Therapie

Die Therapie kann und soll unmittelbar nach der Feststellung der Alkoholproblematik beginnen. Von enormer Bedeutung ist der Einstieg in das Gespräch. Bei großer Unsicherheit kann der Hausarzt

als Hilfe die in der Psychologie entwickelten Methoden der sogenannten *Kurzintervention* versuchen. Konfrontiert man den Patienten zu stark mit seiner Problematik, neigt er zur Verleugnung oder er zieht sich zurück. Hier ist es wichtig, einige grundlegende Kenntnisse zu ha-

ben, was die *Motivationsstadien* zu einer Verhaltensänderung betrifft. Nur so ist eine zielgerichtete Ansprache möglich, um den Patienten dort abzuholen, wo er steht (vgl. Tabelle 2). Im Stadium der *Ab-sichtslosigkeit* kann man Informationen über Alkohol und Gesundheit anbieten, aber nicht aufdrängen. Eventuell kann man hier die Familie stärken und motivieren, tätig zu werden.

Im Stadium der *Absichtsbildung* erfolgt eine vermehrte Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen des bisherigen Verhaltens. Ohne zu drängen kann hier die Entscheidungsfindung gefördert werden. Möglicherweise läßt sich hier an Besorgnisse anknüpfen, die der Patient wegen seines Alkoholkonsums bereits hat. Ohne zu drängen – dies wäre kontraproduktiv – muß hier

dringenden Wunsch über das örtliche Krankenhaus einen Kontakt zu Dr. Bob, einem durch seine Alkoholsucht arbeitsunfähigen Chirurgen.

Nachdem die beiden sehr lange miteinander geredet hatten, geschah ein „geistiges Wunder“. Bill verspürte nach diesem Gespräch keinen weiteren Suchtdruck mehr und Dr. Bob fühlte sich in seiner Krankheit verstanden, konnte wieder vertrauen, fand neue Hoffnung und konnte nach einigen Tagen ebenfalls mit dem Trinken aufhören. Diese beiden Männer blieben in ihrem Leben endgültig ohne Alkohol, indem sie immer wieder Gespräche mit anderen Alkoholikern suchten. Aus diesen ersten abstinenten Alkoholikern entstanden Gruppen, die sich als *Anonyme Alkoholiker (AA)* zunächst in Amerika und inzwischen weltweit verbreitet haben.

Das Prinzip ist immer das gleiche geblieben. Ein noch leidender alkoholkranker Mensch erfährt durch das Gespräch mit Alkoholikern, die es schon geschafft haben, Verständnis und Hoffnung, wodurch sich die Chance auf ein abstinentes Leben für alle beteiligten erhöht.

Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker zählt weltweit über zwei Millionen Mitglieder und erhält sich nur über eigene Spenden, d. h. Beträge, die am Ende eines Gruppentreffens („Meeting“) eingesammelt werden und jedem einzelnen das Gefühl geben, an dieser Selbsthilfegemeinschaft persönlich beteiligt zu sein. Eine weitere Einnahmequelle ist der Erlös aus der AA-Literatur. Spenden von außen werden prinzipiell abgelehnt.

Die Rolle des Hausarztes

Die einzige Voraussetzung zur Teilnahme an den Gruppentreffen ist der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören. Bei den Gesprächen in diesen geschlossenen Gruppen sind wir Ärzte als Fachleute überflüssig. Nur der trockene Alkoholiker kann den noch trinkenden so annehmen und verstehen, daß dieser wieder Hoffnung schöpft. Die über

IhF-zertifizierte Fortbildung

Das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IhF) e.V. hat das Fortbildungsangebot zum Thema „Suchtmedizin in der Hausarztpraxis – am Beispiel Alkohol“ von Dr. med. Walter Dresch zertifiziert. Interessierte Kollegen wenden sich bitte an die IhF-Geschäftsstelle: Von der Wetterstr. 27, 51149 Köln-Gremberghoven, Tel.: 02203/5756-1030, Fax: 02203/5756-7000, E-mail: christa.fringskeferstein@hausaerzteverband.de.

das jahrelange Trinken entstandene Scham kann verschwinden, weil viele Gesprächspartner von ähnlichen Erfahrungen aus ihrer Trinkzeit berichten können. Komplexe psychische Probleme werden zunächst auf den Alkoholismus reduziert.

Geht ein Patient zunächst zur Entgiftung in stationäre Therapie, so wird er dort inzwischen fast immer einen Kontakt zur Suchtselbsthilfe finden können. Der weiterbehandelnde Hausarzt sollte die Kontaktadresse oder ein Verzeichnis der lokalen Selbsthilfegruppen vorhalten, um seine Patienten gezielt in diese Gruppen schicken zu können. Hier wird der Patient durch die persönlichen Erfahrungen der anderen Teilnehmer mit seinem Trinkverhalten konfrontiert und kann entscheiden, ob er diesen Weg der Abstinenz gehen will. Für den Hausarzt ist es eine große Erleichterung, daß der Patient jetzt um eine Genesungsmöglichkeit weiß. Wenn er sie durch regelmäßige Besuche annehmen kann, wird der Heilungsprozeß beginnen. Dem Hausarzt bleiben seine genuinen Aufgaben, wie stützende Gespräche, Überwachung von Phasen der Arbeitsunfähigkeit, somatische Therapie der Folgeschäden, Einleitung von Reha-Maßnahmen und die Unterstützung der Angehörigen.

Wegen psychischer Co-Erkrankungen, deren Auswirkungen evtl. auch mit Alkohol gelindert werden sollten (z. B. schwere depressive Störungen), wird

evtl. auch eine fachpsychiatrische Mitbehandlung erforderlich, für Reha-Maßnahmen kann er auch Beratungsstellen einbeziehen.

Lebenslange Aufgabe des Hausarztes

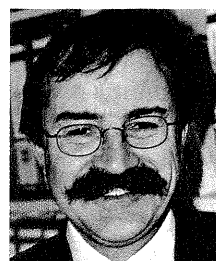
In der Langzeitbetreuung ist nach gelungener Therapie die positive Verstärkung zur Aufrechterhaltung der Abstinenz die vorrangige Aufgabe des Hausarztes, der von allen betreuenden Ärzten meist den einfachsten und besten Zugang zum Patienten hat.

Kontakte zu Angehörigen lassen ihn vielleicht frühzeitig eine gesteigerte Rückfallgefahr erkennen. Laborkontrollen (Gamma-GT, MCV) geben Hinweise auf weiter bestehende Abstinenz. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist die Vermeidung von Alkoholexposition durch Medikamente. Insbesondere Phytotherapeutika liegen oft als alkoholhaltiger Extrakt vor. Ein diskreter Vermerk in der EDV oder Karteikarte als Warnung ist hier hilfreich; wertvoll das Angebot, Verordnungen anderer Ärzte, die den Patienten mit seiner Problematik nicht kennen, vor der Einnahme zu überprüfen.

Literatur bei den Verfassern



*Dr. med. Walter Dresch
Facharzt für
Allgemeinmedizin
50676 Köln
www.dr-dresch.de*



*Dr. med. Gerhard Bawidamann
Facharzt für
Allgemeinmedizin
93152 Nittendorf*