

ALKOHOLMANUAL BL

Abklärung, Behandlung und Betreuung alkoholkranker und alkoholgefährdeter Patienten an den somatischen Spitälern des Kantons Basel-Landschaft

Inhalt	Seite
1. Zielsetzung	3
2. Diagnostik und Screening der Alkoholkrankheit	4
2.1. Anamnese	4
2.2. Status	4
2.3. Labor	5
2.4. Screening des schädlichen Alkoholkonsums	5
3. Patientenpfad und Assessment bei Verdacht auf Alkoholkrankheit	6
3.1. Patientenpfad	6
3.2. Assessment bei vermuteter Alkoholkrankheit	6
3.3. Alkoholdiagnosen stellen (ICD 10)	7
3.4. Dokumentation von Alkoholdiagnosen und Kostenübernahme durch Zusatzversicherungen	7
3.5. Alkoholkonsil	7
4. Management der Alkoholkrankheit	8
4.1. Akute Alkoholintoxikation	8
4.2. Alkohol-Entzugsbehandlung	8
4.2.1. Entscheid, ob Entzug ambulant oder stationär durchgeführt werden soll	8
4.2.2. Ambulanter Entzug	9
4.2.3. Stationärer Entzug	9
4.2.4. Entzugsdelir	10
4.3. Therapie des Alkoholabusus und der Alkohol-Abhängigkeit	11
4.3.1. Allgemeines	11
4.3.2. Kurzintervention	12
4.3.3. Ärztlicher Rat	12
4.3.4. Medikamentöse Therapie	12
4.3.5. Psychosoziale Interventionen durch den PDA	13
5. Anhänge	
Anhang 1: Alkoholkrankheit und psychiatrische Komorbidität	14
Anhang 2: Forensische Aspekte der Alkoholkrankheit	16
Anhang 3: Aversiva: Antabus	18
Anhang 4: AUDIT-Fragebogen und Auswertung	19
Anhang 5: Adressen	20

1. Zielsetzung

Circa 7% der Schweizer Wohnbevölkerung leiden unter alkoholbedingten gesundheitlichen oder sozialen Problemen. Das ergibt für den Kanton BL ca. 18'000 - 20'000 Betroffene. 10-25% der hospitalisierten Patienten weisen einen alkoholbedingten Gesundheitsschaden auf. 20% trinken Alkohol in Mengen, welche ein Risiko für alkoholinduzierte Schäden darstellen. Dies gilt für Patienten aller Kliniken und Abteilungen. In der Kantonalen Psychiatrischen Klinik ist Alkoholabusus die häufigste Diagnose.

Der Aufenthalt im Spital schafft gute Voraussetzungen, das Problem Alkohol anzusprechen und es mit dem Patienten und seinem Umfeld zu bearbeiten. Die bei Ärzten und Pflegenden leider verbreitete therapeutische Zurückhaltung bis hin zur Ablehnung Alkohol-spezifischer Interventionen ist längst widerlegt, die Therapieerfolge sind mit denen bei anderen chronischen Erkrankungen vergleichbar!

Die **Alkoholkrankheit** hat für den Betroffenen und sein Umfeld leidvolle Konsequenzen und ein grosses Gewicht für das Gesundheitswesen.

Ihre Pathogenese ist komplex und erfordert einen

- **multidisziplinären Therapieansatz** mit
- **vernetzten Betreuungsstrukturen.**

Dieses Manual soll die Abklärung und Behandlung von Patienten in und am Spital vereinfachen, vereinheitlichen und verbessern. Das Ziel ist eine Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie die Prävention potentieller Gesundheitsschäden.

Dr.med. Claudine Aeschbach, Leitende Aerztin
Psychiatrische Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (PDA) Baselland
061 927 75 80
claudine.aeschbach@kpd.ch

Dr.med. Niklaus Schaub, Leitender Arzt Gastroenterologie
Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Bruderholz
061 436 22 01
niklaus.schaub@ksbh.ch

Dr.med. Michael Steuerwald, Oberarzt Gastroenterologie
Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Liestal
061 925 21 94
michael.steuerwald@ksli.ch,

Dr.med. Jörg Wanner, Chefarzt-Stellvertreter
Externe Psychiatrische Dienste (EPD) Baselland
061 425 45 45
joerg.wanner@kpd.ch,

2. Diagnostik und Screening der Alkoholkrankheit

2.1. Anamnese

Verhalten des Arztes und Stil der Anamnese

- Kooperation gewinnen, Abwehr nicht durch Konfrontation verstärken
- Erkennen der eigenen Widerstände: Abneigung (des Arztes) gegenüber Alkoholkranken und Zweifel, helfen zu können
- Zusammenhänge zwischen somatischem Problem (Folge) und Alkoholkonsum (Ursache) aufzeigen. Durch 'Weglassen' dieses Sachverhalts macht sich der Arzt zum 'Komplizen', der die Ursache des Problems ebenfalls leugnet oder verdrängt. Krankheitseinsicht ist ein starker Motivator für eine Therapie.
- Nicht-wertendes Einbetten in die Systemanamnese: Fragen nach Lebensgewohnheiten (Essen, Sport, Schlaf, Hobbys), Fragen nach Medikamenten, Frage nach Rauchen, Kaffee
- Frage nach konsumierter Menge und Erfahrungen mit Alkohol, Trinkgewohnheiten
- **Erklären, warum man fragt** : „Ich werde Ihnen jetzt einige Fragen betreffend des Konsums von Alkohol stellen. Alkohol kann eine Reihe von gesundheitlichen Problemen verursachen und die Wirkung von bestimmten Medikamenten verändern. Deshalb ist es für mich sehr wichtig zu wissen, wieviel Sie normalerweise konsumieren und ob Sie jemals irgendwelche Probleme nach dem Konsum von Alkohol hatten.“

Alkohol-Trinkmenge

- 1 Drink = 1 Glas = 10 g Alkohol
- 2,5 dl Bier, 1 dl Schaumwein, 1 dl Wein, 7 cl Aperitif, 3 cl Whisky/Schnaps/Pastis



- Risikokonsum:
Mann: > 40 g Alkohol täglich; > 8 Gläser bei einzelnen Gelegenheiten;
Frau: > 20 g Alkohol täglich; > 6 Gläser bei einzelnen Gelegenheiten

Anamnestische Hinweise auf alkoholbedingte Schädigungen

- Händezittern
- Durst am Morgen, morgendlicher Brechreiz
- Konzentrations-/Gedächtnisstörungen, Halluzinationen, Verwirrtheit, Alpträume
- erhöhte Reizbarkeit, Stressintoleranz, Schlafstörungen, sexuelle Probleme
- Berufliche Probleme (Nachlassen der Leistung, Absentismus, Stellenverlust)
- Arbeitsunfälle, Unfälle unter Alkoholeinfluss, Verletzung durch Tätlichkeit
- Ehestreitigkeiten, häusliche Gewalt, Straftaten, Fahrausweisentzug

2.2. Status: Zeichen schädigenden Alkoholkonsums

- Foetor aethylicus
- Gesichtsröte, Oedem des weichen Gaumens, Rhinophym
- Habitus („Bierbauch“, atrophe Schulter- und Beinmuskulatur)
- Ataktischer Gang, Händezittern
- Zeichen der schweren chronischen Hepatopathie (Palmarerythem, >5 Spider Naevi, Gynäkomastie, Abdominalglatze, Ikterus, Aszites)
- Verbrennungen, Narben, Schürfwunden, Brennmarken an den Händen (Zigaretten);
Im Thorax-Röntgenbild: Rippenfrakturen

2.3. Labor

Routineparameter

- Blutalkohol: beweist rezenten Konsum. Forensische Bedeutung bei Unfällen. Hautdesinfektion nicht mit Alkohol.
- MCV: erhöht bei chronischem Konsum in erheblichen Mengen, unspezifisch
- γ GT: normalisiert nach < 5 Wochen Abstinenz, unspezifisch
- ASAT: erhöht nach Alkoholexzessen, normalisiert nach 48 Stunden
- ASAT/ALAT-Ratio > 2: relevante alkoholtoxische Hepatopathie
- γ GT und MCV: Schweregrad des Alkoholkonsums
- Quick: Marker der Malnutrition

Carbohydrate Deficient Transferrin (CDT)

- Konsum >50 g Alkohol/d (4-5 Drinks) über > 2 Wochen bewirkt CDT-Erhöhung
- Grenzwerte Viollier: normal <1.8%, grenzwertig: 1.8 – 2.5%, pathologisch > 2.5%
- Sensitivität: 70 – 80%, Spezifität 90 – 95%, am besten validiert für Männer > 40 J.
- HWZ: ca. 2 Wochen, d.h. Normalisierung bei Abstinenz
- Problematisch: falsch hohe Werte bei fortgeschrittenen Hepatopathien, Antiepileptika, Fe-Mangel; falsch tiefe Werte: Fe-Überlastung, Frauen mit Hormonsubstitution, SS (Hematology 1999)
- Indikation: unklare Anamnese, Abstinenzkontrolle
- Kosten: 70 TP

2.4 Screening des schädlichen Alkoholkonsums

Zweck

Erfassen des Alkoholkonsums bei Patienten, bei denen eine Gefährdung (Risikokonsum, anamnestische Hinweise) oder ein manifester Schaden besteht = 'opportunistisches' Screening.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, WHO 2001)

- Erfasst Risikokonsum (Grenzwerte siehe oben, Fragen 1-3), Alkoholabhängigkeit (Fragen 4-6) und Alkoholabusus (Fragen 7-10). Uebersetzung s. Anhang 4, S. 19.
- Fragen sind kurz und präzise und erfassen das ganze Spektrum schädigenden Alkoholkonsums (Trinkmenge, Trinkmuster, Dependenzsymptome, Folgeschäden), welche von den Patienten oft nicht spontan genannt werden.

Einführung gegenüber dem Patienten

„Um eine optimale Behandlung Ihrer Krankheit / Ihres Zustandes zukommen zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, Ihren Konsum alkoholischer Getränke in den letzten 12 Monaten zu erfassen. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Diese Angaben werden - wie alle Informationen über Sie - strikt vertraulich behandelt. Ich werde den Fragebogen auswerten und das Ergebnis mit Ihnen besprechen.“

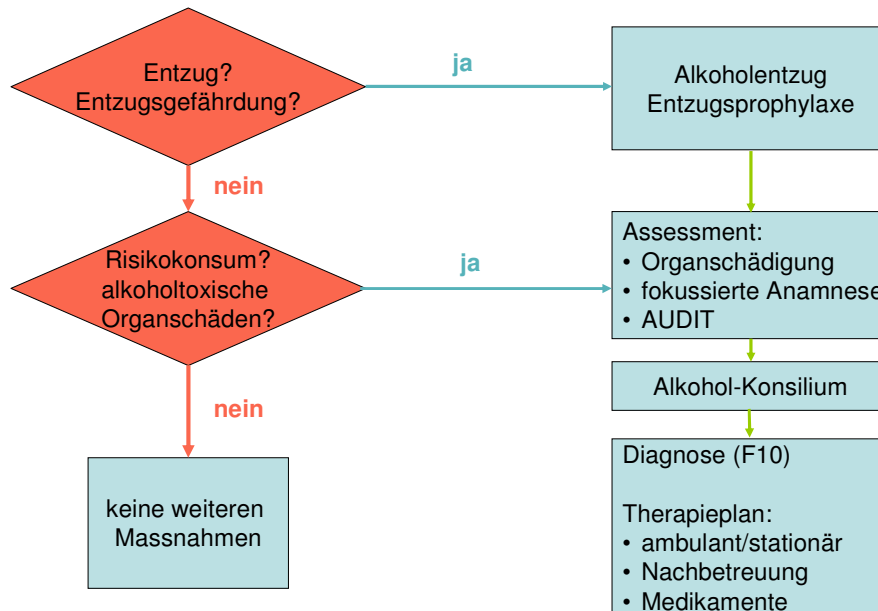
Auswertung

Die Auswertung ergibt eine Punktzahl von 0-40. Mehr als 8 Punkte: Sensitivität für Risikotrinken und Alkoholabusus 90% (bestes verfügbares Screeningtool). Gesamtpunktzahl ergibt einen Anhaltspunkt für die Gefährdung und den Schweregrad des alkoholbedingten Schadens. AUDIT ergibt keine Diagnose!

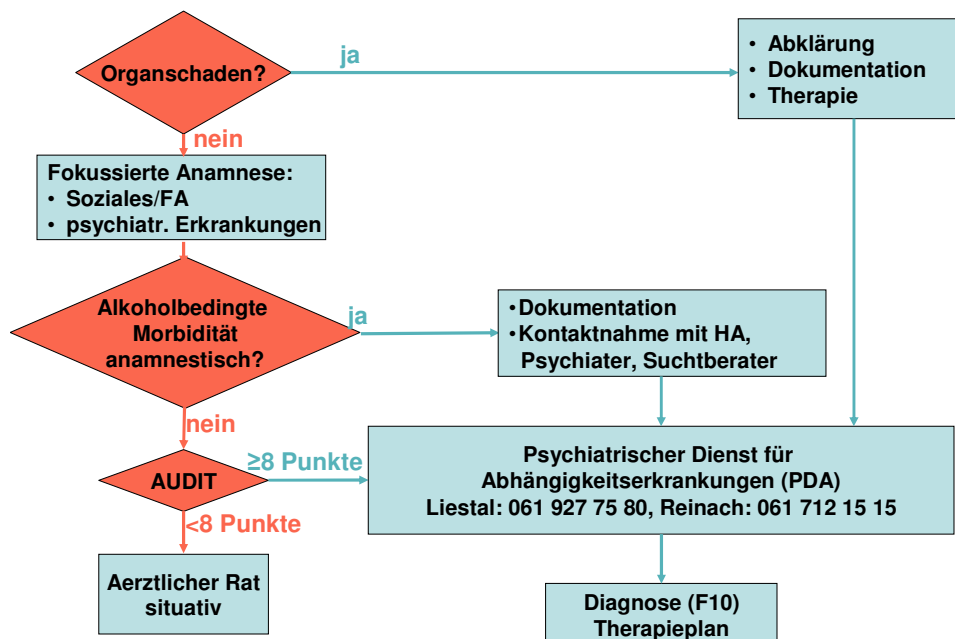
- | | |
|--|---|
| 1 und mehr Punkte bei Fragen 2 und 3: | Verdacht auf Risikokonsum |
| 1 und mehr Punkte bei Fragen 4 bis 6: | Verdacht auf Alkoholabhängigkeit |
| 1 und mehr Punkte bei Fragen 7 bis 10: | Verdacht auf alkoholinduzierten Schaden |

3. Patientenpfad und Assessment bei vermuteter Alkoholkrankheit

3.1. Patientenpfad



3.2. Assessment bei vermuteter Alkoholkrankheit



<p>Ziel des Assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholkrankheit in ihrer Gesamtheit erfassen (somatisch, sozial, Psyche) • Dokumentation • Diagnose stellen • Therapie planen 	<p>4 Abklärungsfelder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol-spezifische Organschädigung? • Alkohol-spezifische soziale Auswirkungen: Familie/Partnerschaft/Beruf? • psychiatrische Komorbidität? • AUDIT
---	---

3.3. Alkoholdiagnose(n) stellen

Am Anfang eines Behandlungskonzeptes steht eine Diagnose oder eine fundierte Verdachtsdiagnose. Alkoholkrankheit ist ein Überbegriff. Die exakten Diagnosen sind nach den ICD 10-Definitionen zu stellen, deren häufigste angeführt sind. Die Diagnosen der Gruppe F10 umfassen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkoholwirkung.

- F10.0: Akute Intoxikation (Rausch)**
- F10.1: Schädlicher Gebrauch**
- F10.2: Abhängigkeitssyndrom**
- F10.3: Entzugssyndrom**
- F10.4: Entzugssyndrom mit Delir**

Definition Schädlicher Gebrauch (meist 'Abusus' genannt)nach F10.1:

Konsum psychotroper Substanzen, der zur Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung zum Beispiel als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

Definition Abhängigkeitssyndrom (meist 'Abhängigkeit' genannt) nach F10.2

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

3.4. Dokumentation und Kostenübernahme durch Zusatzversicherungen

Die ärztliche Berufsausübung unterliegt der Sorgfalts-, Informations-, Schweige- und Dokumentationspflicht. Zusatzversicherungen schliessen in der Regel Leistungen bei substanzbedingten Gesundheitsschäden aus. Die Patienten haben mit ihrer Versicherung einen Vertrag unterzeichnet, in welchem sie auf diesen Sachverhalt hingewiesen werden. Deshalb sollten Patienten, welche z. B. für einen stationären Entzug eintreten, darauf hingewiesen werden, dass ihre Versicherung möglicherweise die Kosten der Halbprivat- oder Privatabteilung nicht übernimmt. Das Verschweigen einer Diagnose gegenüber einer Versicherung kommt dem Tatbestand einer Falschbeurkundung gleich. Langfristige Gesundheitsschäden wie eine äthyltoxische Leberzirrhose werden in der Regel von den Zusatzversicherungen übernommen. Entscheidend für die Leistungspflicht ist die Frage, ob die Hospitalisation unmittelbar mit einem (aktiven oder kürzlich zurückliegenden) Substanzgebrauch zusammenhängt oder nicht.

3.5. Alkoholkonsil

Die Indikation für das Alkoholkonsil ergibt sich aus dem in 3.2. dargestellten diagnostischen Algorithmus. Das Alkoholkonsil ist ein obligater und integraler Bestandteil des Managements. Die Patienten werden durch suchtherapeutisch geschulte Mitarbeiter des Psychiatrischen Dienstes für Abhängigkeitserkrankungen beurteilt. Das Konsilium enthält eine Empfehlung für eine allfällige soziotherapeutische, medikamentöse oder psychiatrische Behandlung. Diese Konsilien dienen der nahtlosen Anbindung ambulanter Programme an den stationären Klinikaufenthalt. Sie sind ein Instrument der Qualitätskontrolle und-sicherung.

4. Management der Alkoholkrankheit

Im folgenden sollen Grundprinzipien aufgezeigt werden. Selbstverständlich sind die Patienten gemäss den individuellen Gegebenheiten zu behandeln.

4.1. Akute Alkoholintoxikation

- Gewicht des eingenommenen Alkohols (g)

Körpergewicht (kg) x F (F = Frauen 0,6/Männer 0,7)
- Blutalkoholspiegel (‰):
 - Durchschnittlich wird etwa 10 g Alkohol pro Stunde abgebaut
 - Frauen sind nach geringeren Mengen intoxikiert als Männer
 - Differentialdiagnose: andere psychotrope Substanzen, ZNS-Verletzungen, Epilepsien, Hypoglykämie
 - Blutalkoholspiegel $\geq 4\%$: Letalität unbehandelt 50%
 - Minimales Labor: kleines Blutbild, BZ, Blutalkohol, U-Status
 - kein spezifisches Antidot (Aktivkohle wegen rascher Resorption nicht wirksam!)
 - Hospitalisation bei relevanter Komorbidität oder GCS <13
 - IPS-Indikation: GCS < 12, nicht führbar auf Abteilung
 - Patienten mit Alkohol-Intoxikation und GCS <13: 100 mg Thiamin (Benerva®) iv
 - Alkoholexzess + KH-Malnutrition: 'high anion gap'-Azidose + Ketonurie; DD: Methanol, Ethylenglykol, Laktazidose, diabetische Ketoazidose. Therapie: Thiamin (Benerva®) i.v.100 mg + Glukose 5% i.v. + NaCl 0,9%. Cave: Phosphat Spiegel beachten und substituieren, wenn < 0.5 mmol/L
 - Prinzip der Intoxikationsbehandlung: Ueberwachung, Behandlung von Komplikationen, Entlassung nach Ausnüchterung

4.2. Alkohol-Entzugsbehandlung

- Circa 40% erfahren keine Entzugssymptome, circa 50% milde, vegetative Entzugssymptome, nur circa 10–15% erleiden einen schweren Entzug (inklusive Delir mit hoher Mortalität!)
- Bei somatischer Komorbidität symptomatischen Alkohol-Entzug antizipieren und (prophylaktisch) behandeln! Gilt insbesondere bei Patienten vor Operationen.

4.2.1. Entscheid, ob Entzug ambulant oder stationär durchgeführt werden soll

Eher ambulant	Eher stationär
Wunsch des Patienten	Wunsch des Patienten
Gute soziale Strukturen	Ungenügende soziale Strukturen
Compliance gewährleistet	Psychiatrische Komorbidität (z.B. Suizidalität)
Arzt immer erreichbar	Polytoxikomanie
Frühere unkomplizierte Entzüge	Frühere misslungene oder komplizierte Entzüge
Keine (relativen) Kontraindikationen gegen Benzodiazepine	Somatische Komorbidität (Infekte, Hepatopathie, COPD, Herzerkrankung)
Durchführung: HA, EPD, PDA,	Durchführung: Kantonsspitäler oder KPK

4.2.2. Ambulanter Entzug

Ziel

Entzug in üblicher Umgebung

Voraussetzungen

- Patient „trocken“
- 1 x pro Tag Kontakt mit Hausarzt: Beachte Wochenende!

Medikamentöse Unterstützung

- Lorazepam (Temesta[®]) 1-2 mg alle 6 Stunden in den Tagen 1 – 3, anschliessend Reduktion gemäss Klinik Tag 4 – 6
- Carbamazepin (Timonil[®], Tegretol[®]). Mittel der Wahl bei Polytoxikomanie oder Gefahr der (iatrogenen) Benzodiazepinabhängigkeit, Tagesdosis 600 mg
- in der Regel nicht notwendig, wenn Alkoholkonsum/-Rezidiv \leq 1 Woche Dauer, keine erkennbaren Entzugssymptome in nüchternem Zustand, geordnete Tagesstruktur, regelmässige Mahlzeiten, genügend Flüssigkeit, Schlaf

Ambulanter Entzug im PDA

- 2x täglich Atemluftkontrollen
- Carbamazepin (Timonil[®]) ret. 300mg am Vorabend vor dem geplanten Entzug, anschliessend 2x tgl. (bei Atemluftkontrolle) während einer Woche

4.2.3 Stationärer Entzug

Schweregrad und Komplikationen des Entzugs

Syndrome	Klinik	Beginn nach letztem Drink
Milder Entzug	Zittern, ängstlich, schwitzend, Palpitationen, Uebelkeit	06 – 36 h
Krampfanfälle	Meist generalisiert, selten Status epilepticus	06 – 48 h
Alkohol-Halluzinose	Optische, akustische, taktile Halluzinationen	12 - 48 h
Delirium tremens	Tachykardie, Hypertonie, Schweiss, Agitation, Desorientierung, Fieber	48 – 96 h

Pharmakotherapie des stationären Entzugs

Benzodiazepine	Dosis, Verbreichung	Kommentar
Lorazepam (Temesta [®])	Übliche Dosis 2-2-5 mg Maximaldosis: 10 mg/d p.o.; i.v.; i.m.	Gebräuchlichstes Medikament, Wirkdauer 5-25 h, Abbau durch Glucuronidierung, keine aktiven Metaboliten
Oxazepam (Seresta [®])	Übliche Dosis: 25-25-50 mg Maximaldosis: 300 mg/d Nur p.o.	Wirkdauer 5-20 h, gleiche Elimination wie Lorazepam
Diazepam (Valium [®])	Übliche Dosis po: 5-5-10 mg, iv 0.1-0.2 mg/kg Maximaldosis: 0.3 mg/kg/24 h p.o., i.v., i.m.	Kontrolle von Krampfanfällen Schlechter steuerbar Risiko der Ueberdosierung

Alternativen und Ergänzungen zu Benzodiazepinen

Substanz	Indikation, Dosierung	Kommentar
Clonidin (Catapresan®)	Schwere Unruhe, Kombination mit Benzodiazepinen Beginn mit 150 µg iv/p.o. Maximaldosis: 900 µg/Tag	Ausschleichen, da sonst Tachykardie, BD-Anstieg, Unruhe, Kopfschmerzen Mildert vegetative Entzugssymptome
Olanzapin (Zyprexa®)	Unruhe, Halluzinationen, kombinierbar mit Benzodiazepinen Uebliche Dosis: 15 mg p.o./i.m. 12-stdl.	Keine extrapyramidalen NW Gute Alternative zu Haldol Bei eingeschränkter Leberfunktion Dosis reduzieren Bradyarrhythmien
Haloperidol (Haldol®)	Unruhe, Halluzinationen, Kombination mit Benzodiazepinen Initiale Dosis nach Massgabe Klinik: 0.5- 5 mg iv, alle 4 Stunden b. Bedarf	Senkt Krampfschwelle Extrapyramidale NW
Propofol (Disoprivan®)	Refraktäres Delirium Initial: 10-20 mg iv bis sediert Erhaltungsdosis: nach Klinik	Zugelassen am intubierten Patient. Bei nicht-beatmeten Patienten beschrieben: (Crit Care Med. 2000; 28: 1781-4) Nur auf IPS
Carbamazepin (Tegretol®)	Uebliche Dosierung: 400 mg CR 1-0-1	Schwindel, Ataxie als UAW

Nicht empfohlene Medikamente/Substanzen

- Clomethiazol (Hemineurin®/Distraneurin®): Ungünstiges Nebenwirkungsprofil: Atemdepression, bronchiale Hypersekretion, plötzlicher Herztod, Abhängigkeit
- Alkohol: Gastrointestinale, hepatische, neurologische, metabolische Nebenwirkungen. Kein Vorteil gegenüber Benzodiazepinen [J Trauma](#). 2008 Jan;64(1): 99-104. [Intensive Care Med](#). 2002 Oct;28(10):1475-82.

4.2.4 Entzugsdelir

Risikofaktoren für Delirium tremens

- Akute Komorbidität (Herz, Lunge, Niere, Leber, Infekt, Metabolismus): OR 5.1
- Zeit nach dem letzten Drink (2 oder mehr Tage)
- Hoher Alkohol-Spiegel bei Eintritt
- Frühere Krampfanfälle oder Delirium tremens
- Alter >60 J: erhöht das Risiko für Delirium und Krampfanfälle: OR 4.7 und 3.1

Differentialdiagnose des Delirium tremens

- Drogen: akute Intoxikation mit Kokain oder Amphetamin
- Sepsis, Thyreotoxikose, Hypoglykämie, Hitzschlag
- ZNS: Trauma/CVI/Tumor/Enzephalitis/Enzephalopathie
- Medikamente: Antidepressiva, Parkinsonmedikamente (L-Dopa, Amantadin, Bromocriptin), Antiepileptika, Chinolone bei älteren Patienten, Steroide, Muskelrelaxantien, Anticholinergika
- Entzugssymptome: Benzodiazepine, Clonidin, Opiode (ausgelöst d. partielle Antagonisten), Nikotin

Therapie auf der Notfallstation/Intensivstation

- Prinzip: supportive care, Vermeiden von Komplikationen
- Ruhige Umgebung
- Prophylaxe des Thiamin-Defizites: 300 mg Thiamin (Benerva®) i.v. in 250 ml NaCl 0.9% über 30 Minuten 1x/d für 3 Tage, dann 1 x 300 mg po ab Tag 4
- 1000 ml Glucose 10% über 12 h iv; Anpassung an BZ und Volumenstatus: bis 6 L Volumen-Defizit bei Entzugsdelir. Cave Auslösung eine Thiamindefizits durch Glucose iv!
- Elektrolyt-Monitoring; Kalium, Magnesium, Phosphat
- Ernährung: Cave Hypoglykämien: Euglykämie anstreben!
- Beruhigung/Orientierung

4.3. Therapie des Alkoholabusus und der Alkoholabhängigkeit

4.3.1. Allgemeines

- Die Erfolgsraten einer multimodalen Intervention bei Alkoholkrankheit sind mit denjenigen anderer chronischer internistischer Erkrankungen (Hypertonie, Diabetes, Asthma) vergleichbar.
- Das Erreichen der Therapieziele ist gerade auch bei der Alkoholkrankheit abhängig von der Compliance, die durch angemessenes Krankheitsverständnis (Information!) und Nebenwirkungsarmut der eingesetzten (medikamentösen) Therapie verbessert wird.
- Psychiatrische (unbehandelte) Komorbidität beeinträchtigt Compliance und Therapie-Erfolg.
- Den **Spitalärzten** kommen folgende Aufgaben zu: Identifikation gefährdeter oder manifest alkoholkranker Patienten, somatischer work-up der Alkoholkrankheit (Folgeschäden), Organisation eines Alkoholkonsils, Festlegen der Diagnose, Erstellen eines Therapieplans
- Die psychiatrische/psychosoziale Intervention ist Aufgabe **der involvierten Fachleute (PDA, EPD)**

4.3.2. Kurzintervention

- Definition: Assessment, Information, Beratung „counselling“, meist durch trainierte Fachpersonen (Pfleger, Suchtberater, Ärzte). Keine „Therapieform“. Dauer: ca. 1 Stunde. Findet im Rahmen des Alkoholkonsils statt.
- Effekt der Kurzintervention ist, bezogen auf alle Aspekte der Alkoholkrankheit auch nach 12-24 Monaten noch messbar. Der Alkoholkonsum wird durchschnittlich um 41 g/Woche reduziert. Die Wirksamkeit ist besser bei Männern als bei Frauen.: [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2007 Apr 18;(2):CD004148

FRAMES- Prinzip:

- Mehrere Studien haben gezeigt, dass ein konfrontatorischer Approach („Beschuldigung“) kontraproduktiv ist
- Widerstände gehören zum Wesen der Alkoholkrankheit. Der Erfolg des „Roll with the resistance“-Prinzips führte zur Formulierung sogenannten FRAMES-Konzept
- FRAMES beschreibt eine Haltung des Arztes und legt den Grundstein für eine erfolgreiche Behandlung. Nach diesem Prinzip operieren auch die Fachleute im Umgang mit Alkoholkranken.

FRAMES	Prinzip	Beispiel
F (Feedback)	Durch Alkohol erfahrene/bestehende Probleme besprechen	„Ihre Laborwerte zeigen mir einen alkoholbedingten Leberschaden“
R (Responsibility)	Selbstverantwortung stärken	„Nur Sie können letztlich entscheiden, ob Sie für die nächsten 2 Monate keinen Alkohol mehr trinken wollen, um zu sehen, ob sich dadurch die Werte verbessern“
A (Advice)	Ausdrücklicher Rat den Alkoholkonsum zu reduzieren	„Ja, ich rate Ihnen, ab jetzt keinen Alkohol mehr zu trinken“
M (Menu of Options)	Therapiemöglichkeiten aufzeigen	„Sollte dies nicht ohne Weiteres möglich sein, gibt es die Möglichkeit einer ambulanten Beratung oder von Medikamenten“
E (Empathy)	Dem Patienten mit Einfühlungsvermögen begegnen!	„Ich kann mir vorstellen, dass dies für Sie nicht ganz einfach sein wird, da Sie mir gesagt haben, Alkohol würde Sie entspannen. Ich mache mir Sorgen wegen der grossen Belastungen, denen Sie ausgesetzt sind“
S (Self-Efficacy)	Eigene Wirksamkeit stärken	„Im Anbetracht der ganzen Schwierigkeiten bin ich überzeugt, dass Sie das schaffen werden. Ich bin froh, dass Sie dieses Problem anpacken“

4.3.3 Aertzlicher Rat

Dieser Rat soll denjenigen Patienten erteilt werden, die sich nach der gesundheitsfördernden Wirkung von Alkohol erkundigen, oder wissen wollen, wieviel Alkohol „nichts macht“.

„Alkohol ist ein ungefährliches Genussmittel, wenn man nicht mehr als 2 alkoholische Drinks (spezifizieren, was ein Drink ist) pro Tag konsumiert und an 2 Tagen pro Woche den Alkohol ganz weglassen kann. In diesen Mengen kann Rotwein bei Männern eine gesundheitsfördernde Wirkung haben (Reduktion von Herzinfarkten und Schlaganfall). Ich rate zu Alkoholabstinenz in einer Schwangerschaft, bei Schwangerschaftswunsch; beim Führen von Maschinen und Fahrzeugen, bei gewissen Lebererkrankungen, bei Medikamenten mit bekannten Interaktionen (z.B. Metronidazol)“.

4.3.4. Medikamentöse Therapie der Alkoholabhängigkeit

- In der Schweiz vorläufig nur 2 Substanzen zugelassen: Anticraving: Acamprosat (Campral®) Aversivum: Disulfiram (Antabus®)
- Neuere Substanzen mit Anticraving-Effekt: Naltrexon (Opiatantagonist, Nemexin®) sind in den USA und EU für die Indikation 'Alkohol' zugelassen, auch in Depot-Form (z.B. 1x/Mt). Off-label Use im Spital prinzipiell möglich. Ambulant Problem der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.
- Substanzen in Prüfung: Ondansetron (5-HT3-Antagonist, Zofran®), die Antiepileptika Carbamazepin (Tegretol®), Topiramat (GABA-Agonist, Topamax®), und Tiaprid (Dopaminantagonist, Tiapridal®)

Anticraving: Acamprosat (Campral®)

- Indikation: Aufrechterhaltung der Abstinenz nach erfolgtem Entzug, kombiniert mit anderen therapeutischen Massnahmen (ambulante Beratung, Medikamente)
- Effekt: Reduktion von Craving. Abstinenz nach 1 Jahr 18.3 vs. 7.1% (Placebo)
- Nebenwirkungsprofil: Sehr günstig: Durchfälle in 10%, andere NW sind selten. Keine Interaktionen, keine Abhängigkeit, keine andere psychotrope Wirkung
- Kontraindikation: Niereninsuffizienz, dekompensierte Leberzirrhose (Child-Pugh-Turcotte B, ≥ 7 Punkte), Schwangerschaft, Stillzeit
- Dosierung: 3 x 2 Tabletten à 300 mg für 6-12 Monate
- Therapiebeginn nach Entgiftung und in einer Phase hoher Motivation

Andere Anti-Cravingsubstanzen

	Wirkprinzip, Dosis , Effekt	Literatur
Naltrexon (Nemexin®)	Opiatantagonist 100 mg/d während 16 Wochen + Suchttherapie Abstinenztage 80 vs. 66 (von total 112) Signifikant weniger „heavy drinking days“ RR für „Relapse“: 0.64	JAMA. 2006; 295(17):2003-2017 Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25;(1):CD001867
Ondansetron (Zofran®)	5-HT3-Antagonist, Antiemetikum 1-16 µg/kg p.o. Abstinenztage: 70% vs. 50%, durchschnittlicher Konsum 1.56 vs. 3.3 Drinks pro Tag	JAMA 2000; 284: 963-971
Carbamazepin (Tegretol®)	Glutamat-Antagonist, Antiepileptikum 600-800 mg initial, dann Reduktion auf 200 mg während Alkoholentzug 1 vs. 3 Drinks/d im Schnitt n 12 Tagen	J Gen Intern Med. 2002 May;17(5):349-55
Topiramamat (Topamax®)	GABA-Agonist, Antiepileptikum 25 mh initial, Steigerung auf 300 mg/d während 14 Wochen. Halbierung der „heavy drinking days“ (81% → 40%) Abstinenz > 28 Tage: 15% vs. 3%	JAMA. 2007;298:164 1-1651.
Baclofen (Lioresal®)	GABA-Agonist, Myorelaxans 3 x 10 mg p.o./12 Wochen Abstinenz 70% vs. 12%. Abstinenzdauer 68 vs 30 Tage	Lancet. 2007 Dec 8;370 (9603):1915-22

Aversiva: Antabus, s. Anhang 3

4.3.5. Psychosoziale Interventionen durch den PDA

Suchterkrankungen betreffen in starkem Masse das soziale Umfeld des Patienten. Im Psychiatrischen Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (PDA) werden die Patienten einem Sozialarbeiter mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung zugeteilt. Diese Bezugspersonen sind mit der Dynamik einer Suchtentstehung und dem Sozialhilfesystem der jeweiligen Gemeinden (Wohnort des Pat.) vertraut. Sie beraten und unterstützen die Patienten bei Problemen betreffend Arbeitsplatz, Wohnen oder Finanzen. Wo dies zweckmässig erscheint, wird die Familie in die Beratung einbezogen. Die Art der Therapie richtet sich nach den Erfordernissen des Patienten und den verfügbaren Behandlungstechniken der Bezugspersonen. Falls eine psychiatrische Diagnostik, Intervention und Medikation notwendig ist, wird ein Arzt zum Gespräch und in die Behandlungsplanung einbezogen. Falls eine stationäre Therapie zur Diskussion steht, evaluieren die Bezugspersonen mit den Patienten die in Frage kommenden Angebote, und begleiten die Patienten bei Bedarf zu einem Vorstellungsgespräch. Die Indikationsstellung erfolgt durch die Leitende Aerztin PDA. Stationäre Therapien werden empfohlen bei fehlendem psychosozialem Netz, mehrfachen erfolglosen ambulanten Entzugsbehandlungen mit ambulanten Nachfolgetherapien, sozialer Desintegration (Wohnen, Arbeit, Umfeld) und einem indizierten Milieuwechsel.

Anhang 1: Alkoholkrankheit und psychiatrische Komorbidität

Die häufigsten Komorbiditäten sind

1. **Affektive Störungen**, d.h. unipolare und bipolare Depressionen
2. **Angststörungen**
3. **Persönlichkeitsstörungen**

1. **Affektive Störungen**

Aetiologiemodelle vermuten eine Auslösung der einen durch die andere Störung, evtl. eine gemeinsame genetische Disposition. Das Vorhandensein einer Störung erhöht das Auftreten der anderen Störung um das zwei-bis dreifache. Alkoholismus scheint in vergleichbarer Häufigkeit sowohl einer depressiven Störung vorauszugehen, als auch dieser zeitlich nachzufolgen. Alkoholismus erhöht das Risiko und die Schwere der Depression. Dabei bestehen die stärksten Korrelationen zwischen bipolaren Störungen (= manisch-depressiver Erkrankung) und Alkoholkrankheit. Die Komorbidität bei depressiven, psychosexuellen und Angststörungen sind bei Frauen ausgeprägter als bei Männern.

Diagnostische Beurteilung

Die Beurteilung während und nach der Alkoholentgiftung ist relevant. In der Regel kann eine komorbide Depression erst nach einer 4- bis 5-wöchigen Alkoholabstinenz gestellt werden.

Medikamentöse Behandlung

- Medikamente der ersten Wahl: SSRI und andere moderne Antidepressiva (z.B. Venlafaxin(Efexor[®]), Duloxetin(Cymbalta[®]), Mirtazapin(Remeron[®]), Reboxetin (Edronax[®])
- Beachte:Pharmakokinetik, aktive Metaboliten, Proteinbindungskapazität, Interaktionen mit Cytochrom P 450
- Alkoholpatienten weisen eine verringerte Toleranz gegenüber bestimmten Nebenwirkungen der Antidepressiva auf, z.B. Tremor, Schlafstörungen, Störungen der Impulswahrnehmung (Jitter-Effekt).
- Cave dekompensierte Leberzirrhose. Verringerte intestinale Absorption, beeinträchtigte Metabolisierung (Glucuronidierung bleibt lange intakt). Virale Hepatitiden und alkoholische Hepatopathien beeinträchtigen die oxidativen Enzymsysteme. Hypalbuminämie = verminderte Plasmaproteinbindung, Aszites: vergrößertes Verteilungsvolumen. Portale Hypertonie: verringertes first-pass Effekt.
- **Generell gilt:** Mehr Nebenwirkungen, mehr Interaktionen, abweichende Pharmakokinetik
- **Deshalb Fluoxetin/Paroxetin/Venlafaxin/Mirtazapin:** Wirkzeit verlängert, deshalb Tagesdosen halbieren oder Einnahme jeden 2. Tag.
- **Trizyklika** (Trimipramin, Amitryptilin): Plasmaspiegel durch verschiedene Effekte erhöht, v.a. Verstärkung der Sedation.
- Diese Substanzen können und sollen mit Aversiva/Anticraving-Medikamenten kombiniert werden.

2. **Angststörungen**

Aehnliche Interdependenz wie bei depressiven Erkrankungen, wobei die Angststörung häufig früher als die Alkoholkrankheit auftritt. Der Konsum bestimmter Suchtmittel (Alkohol, Benzodiazepine) verringert kurzfristig Stress- oder Angstzustände und Angstsymptome. Daraus resultiert eine negative Verstärkung durch Erwartungen an das Suchtmittel (Selbstmedikationshypothese), was wiederum zu anhaltenden Suchtmittelkonsum führt. Anhaltender und starker Suchtmittelkonsum wiederum führt direkt zum Auftreten neuer Angstzustände oder zur Verstärkung bestehender Angstsymptome.

Langfristig kann es nicht nur zur Entwicklung einer Abhängigkeit, sondern auch zur Verstärkung oder Aufrechterhaltung bestehender Angstsymptome kommen, die wiederum mit Suchtmitteln bekämpft werden. Akute Intoxikation oder akuter Entzug kann bei Alkohol- und Benzodiazepinmissbrauch zudem vorübergehende Angstsymptome auslösen, die erst nach 2 bis 4 Wochen abklingen: **Teufelskreismodell.**

Medikamentöse Behandlung

- Medikamente der ersten Wahl: SSRI und andere moderne Antidepressiva, z.B. Venlafaxin(Efexor[®]), Duloxetin(Cymbalta[®]), Mirtazapin(Remeron[®]), Reboxetin (Edronax[®]).
- *Vor der Verschreibung von Benzodiazepinen als Langzeitbehandlung muss eindringlich gewarnt werden, da sich gerade bei Patienten mit dieser Komorbidität sehr schnell eine Toleranzbildung gegenüber diesen Substanzen zeigt, d.h. dass immer höhere Dosen für die gleiche Wirkung gebraucht werden*

Psychotherapie

- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie erfolgreichster Ansatz

3. Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen (PS) werden nach ICD-10 definiert als tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man bei Personen mit PS gegenüber einer „Normalpopulation“ deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher. Sie beginnen im Erwachsenenalter und beruhen nicht auf einer anderen psychischen Störung oder einer Hirnerkrankung.

Die Komorbiditätsforschung hat sich bis heute v.a. mit zwei Arten von Persönlichkeitsstörungen (PS) beschäftigt: Antisoziale (APS) und Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS). Bei der APS geht man von einer sechsfach erhöhten Lebenszeitprävalenz von Alkoholkrankheiten im Vergleich zu einer gesunden Bevölkerung aus. Bei der Borderline Persönlichkeitsstörung ist die Prävalenz einer begleitenden Alkoholkrankheit 48,8%: Das Fehlen einer Substanzstörung wird bisweilen als Hinweis gewertet, dass **keine** dieser Persönlichkeitsstörungen vorliegt.

Medikamentöse Behandlung

- nur symptomatischer Ansatz
- Niederpotente Neurolopetika Chlorprothixen (Truxal[®]), Clotiapin (Entumin[®]), Pipamperon (Dipiperon[®])
- Niedrig dosierte, hochpotente sedierend wirkende atypische Neuroleptika: Quetiapin (Seroquel[®]), Risperidon (Risperdal[®]), Amisulprid(Solian[®])
- Vermeiden/Minimieren von Benzodiazepinen: Hoher Angstpegel erfordert hohe Dosen mit hohem Abhängigkeitspotential

4. Stellung der Selbsthilfegruppen in der Suchtbehandlung

Die AA (Anonymen Alkoholiker) waren lange Zeit das einzige ambulante Suchthilfesystem in Europa und. Die AA veröffentlichten eigene Studien, die von einer Erfolgsquote von 75% berichteten. Die Ideologie der AA kann dazu führen, dass Problemtrinker, denen die Angliederung nicht gelingt, schlechtere Aussichten haben als diejenigen, die keinen Kontakt mit AA hatten. Bei absolutem Abstinenzgebot wird ein Rückfall als Charakterschwäche und Versagen gewertet. Die wissenschaftliche Evidenz lässt z.Zt. keine Schlüsse über die Wirksamkeit der AA zu ([Cochrane Database Syst Rev.](#) 2006 Jul 19;3:CD005032, Subst Use Misuse. 1999 Nov;34(13):1897-916.

Anhang 2: Forensische Aspekte der Alkoholkrankheit

In forensischer Hinsicht stehen zwei Aspekte im Vordergrund:

1. Die Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit durch Alkohol
2. Die Häufung von Gewalt im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, wobei hier die häusliche Gewalt im Vordergrund steht.
3. Ist die fürsorgliche Freiheitsentziehung (gesetzlicher Fachausdruck, umgangssprachlich „FFE“) sinnvoll im Zusammenhang mit Alkoholerkrankungen?

Wegen der grossen Bedeutung für die Betroffenen und die Gesellschaft hat der Gesetzgeber spezielle gesetzliche Regelungen getroffen, welche die Ärzteschaft kennen muss.

1. Alkohol und Strassenverkehr

Ist die Fahrtauglichkeit aus medizinischer Sicht in Frage gestellt, ist es Pflicht der Ärzteschaft, die Betroffenen darauf aufmerksam zu machen. Diese Situation kann auch benutzt werden, die Motivation beim Betroffenen zu fördern, den Alkoholkonsum zu reduzieren, resp. einzustellen. Dabei kann es hilfreich sein, die Betroffenen darauf hinzuweisen, dass wir als Ärztinnen, resp. Ärzte die Möglichkeit haben, auch gegen deren Willen der zuständigen Behörde Meldung zu erstatten.

Der entsprechende Paragraph im Strassenverkehrsgesetz (§14, Abs. 4) lautet:

Jeder Arzt kann Personen, die wegen körperlicher oder geistiger Krankheit oder Gebrechen oder wegen Süchten zur sicheren Führung von Motorfahrzeugen nicht fähig sind, der Aufsichtsbehörde für Ärzte und der für die Erteilung und Entzug des Führerausweises zuständigen Behörde melden. (Abklärungskriterien in Alkohol-Konsil)

Im Kanton Baselland erfolgt die entsprechende Meldung an:

Polizei Basel-Landschaft
Verkehrsabteilung/Administrativverfahren
Brühlstrasse 43
4415 Lausen

Tel. 061 925 66 70

2. Alkohol und (häusliche) Gewalt

Der Zusammenhang von Alkohol und Gewalt, insbesondere häuslicher Gewalt, ist gut belegt. Wegen der enormen Bedeutung für Betroffene und Gesellschaft ist der Gesetzgeber auch in diesem Bereich aktiv geworden:

- 2004 wurden die meisten Delikte mit häuslicher Gewalt zu Officialdelikten erklärt.
- Im Kanton BL hat die Polizei die Möglichkeit, Täter aus der Wohnung wegzuweisen.

Die Ärzteschaft soll im Zusammenhang mit Alkohol daran zu denken, dass Gewalt häufig ist. Gewaltanwendung sollte konkret erfragt werden. Ergeben sich Hinweise auf häusliche Gewalt, so sind zweckmässige Schritte einzuleiten: Dabei sollte in erster Linie mit den Betroffenen nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden: Ambulante Betreuung, Erarbeiten eines Krisenplanes, Hospitalisation etc., wobei die Sicherheitsbedürfnisse der Betroffenen erste Priorität haben.

Als Ärzte haben wir in dieser Situation auch die Möglichkeit, bei den Untersuchungsbehörden eine Meldung zu erstatten. Der Gesetzgeber hat für diese Situation das Arztgeheimnis aufgehoben.

Der entsprechende Text im Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Landschaft (§16 Schweigepflicht) lautet:

1. Die Medizinalperson hat über Wahrnehmungen, die ihr in ihrer beruflichen Eigenschaft bekannt werden, zu schweigen.
2. Sie ist von der Schweigepflicht befreit:
 - a bei Einwilligung des Berechtigten
 - b bei schriftlicher Bewilligung der Sanitätsdirektion als Aufsichtsbehörde im Sinne des Art. 321, Ziffer 2, StGB
 - c gegenüber der Strafverfolgungsbehörde in Bezug auf Wahrnehmungen, die auf ein Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben, die öffentliche Gesundheit oder die Sittlichkeit schliessen lassen.

Vorgehen: Im Verdachtsfall anzusprechen im Alkohol-Konsil

3. Alkohol und Fürsorgerische Freiheitsentziehung „FFE“

Bei alkoholbedingten Erkrankungen, insbesondere bei häufigen Rückfällen und Selbstgefährdung (z.B. bei Patienten mit Leberzirrhose), taucht immer wieder die Forderung nach einer FFE auf. Diese ist aber in der Regel kein geeignetes Instrument, um den längeren Verlauf nachhaltig zu beeinflussen. Im Falle akuter Selbst- und Fremdgefährdung kann ein FFE aber durchaus sinnvoll sein.

Anhang 3 Aversiva: Disulfiram (ANTABUS®)

Günstiges Patientenprofil: zuverlässiger, motivierter Patient mit guten sozialen Strukturen.

Wirkmechanismus

Disulfiram blockiert selektiv die Aldehyddehydrogenase (ALDH) in der Leber: es kommt also zu einer **Azetaldehydvergiftung**

Azetaldehydsyndrom

- Gesichtsrötung, Palpitationen, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhöen, Atemnot, thorakale Beklemmung, Blutdruckanstieg und Blutdruckabfall, Schwindel, Kopfschmerz.
- Die Reaktion setzt meist innert **5-10 Minuten** nach Alkohol-Einnahme ein und dauert, bis das Azetaldehyd ausgeschieden ist (bis zu mehreren Stunden).
- Nicht alle Patienten erleiden ein Azetaldehydsyndrom nach Alkoholkonsum
- Die Alkohol-Antabus-Reaktion kann bis 2 Wochen nach Absetzen von Disulfiram anhalten
- Azetaldehydsyndrom kann durch sehr geringe Mengen von Alkohol bewirkt werden (z.B. After-Shave oder alkoholhaltige Schokolade)

Dosierung

- 2 Dispergetten à 400 mg täglich während 3 Tagen
- danach 1/2 Dispergette à 400 mg /Tag oder 1 Dispergette jeden 2. Tag
- Vor Therapiebeginn Alkoholkarenz von mindestens 5 Tagen
- Die Medikation sollte vom Arzt (Hausarzt, Werksarzt) oder Betreuungspersonen/ Pflegepersonal **unter Aufsicht** ausgegeben werden. Disulfiram sollte dem Patienten **nicht mitgegeben werden.**

Substanzeigene Nebenwirkungen

- Müdigkeit, unangenehmer Mund- oder Körpergeruch, Blutdruckabfall, Kopfschmerzen, diffuse Oberbauchbeschwerden (10% der Patienten).
- **Andere NW:** Selten: Anstieg von Transaminasen , Obstipation oder Diarrhoe, Polyneuropathien, Psychosen; Sehr selten: schwere Ataxien und Dysarthrien (letztere Nebenwirkungen Zeichen der Überdosierung); in Einzelfällen: Laktatazidose

Kontraindikationen

- Aktive Hepatopathie (Transaminasen > 3x der oberen Normgrenze),: dekompensierte Leberzirrhose (CPT B; ≥ 7 Punkte)
- Persistierender Alkoholkonsum
- Zerebrale Durchblutungsstörungen , schwere koronare Herzkrankheit
- Schwangerschaft (teratogen!) und Stillzeit (?)
- Psychose, Depression, Epilepsie, Schwere Polyneuropathie
- Medikamente mit Interaktionspotential (Metronidazol, Phenytoin, INH)
- Cave: Verstärkung der Wirkung von: OAK, Phenytoin, Benzodiazepinen

Überdosierung

- Antihistaminika
- evtl. künstliche Beatmung, Schockbehandlung (Volumen, Vasoaktiva)
- Epilepsie: Valium, schwere Tachykardien (ohne Schock) : Betablocker

Trinkversuch

- Wirkung nicht belegt
- Gilt psychotherapeutisch als „sadistische Intervention“ und ist deshalb unethisch
- Problem der Gefährdung durch Alkohol unter Disulfiramwirkung bleibt auch nach Trinkversuch bestehen
- Wird in den Spitälern des Kantons BL nicht mehr durchgeführt

Anhang 4: AUDIT-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Alkohol kann zu verschiedenen gesundheitlichen Problemen führen. Wir befragen unsere Patientinnen und Patienten regelmässig nach ihren Trinkgewohnheiten und Erfahrungen mit alkoholischen Getränken. Die von Ihnen gemachten Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.

Beachten Sie, dass in diesem Fragebogen mit dem Begriff „Glas“ ein kleines Bier (2.5 dl), 1 dl Wein, 7 cl Aperitiv/Portwein, oder 3 cl Whisky /Schnaps gemeint ist. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich, da Sie uns hilft, allfällige Probleme gesundheitliche Probleme oder Einflüsse auf Ihre Behandlung rechtzeitig zu erkennen.

	Fragen	0	1	2	3	4	Punkte
1	Wie oft hatten Sie im letzten Jahr alkoholische Getränke getrunken?	Nie	Einmal im Monat oder seltener	2 Mal im Monat	3 Mal im Monat	4 oder mehrmals im Monat	
2	Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise pro Tag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 und mehr	
3	Wie oft hatten Sie im letzten Jahr 6 Gläser (für Frauen/ 8 Gläser (für Männer) Bier, Wein oder Schnaps getrunken?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich	
4	Wie oft hatten Sie im letzten Jahr des Gefühl Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie einmal angefangen haben?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich	
5	Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich	
6	Wie oft hatten Sie am Morgen Alkohol getrunken, um wieder in Schwung zu kommen, nachdem Sie am Abend vorher ein paar Gläser zu viel zu sich genommen hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich	
7	Wie oft hatten Sie im letzten Jahr Schuldgefühle oder Gewissensbisse wegen ihres Alkoholkonsums gehabt?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich	
8	Wie oft haben Sie sich nicht an das erinnern können, was in der Nacht vorher passiert ist, weil Sie getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich	
9	Sind Sie oder jemand anders im Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum verletzt worden?	Nie	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr	
10	Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt Bedenken wegen Ihres Konsums geäussert oder Ihnen angeraten, den Konsum zu verringern?	Nie	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr	
						Total	

Auswertung AUDIT-Fragebogen

- AUDIT erlaubt eine Stratifizierung nach Wahrscheinlichkeit einer manifesten alkoholbedingten Störung und Risiko eines zukünftigen Gesundheitsschadens
- 0-7 Punkte: minimales Risiko, keine Intervention notwendig, allenfalls „ärztlicher Rat“ wie in Punkt 4.3.3. umschrieben
- 8-15 Punkte: sog. „Risikotrinker“. Hier entscheidet sich im Alkoholkonsil, ob dieses Risiko eine Intervention erfordert oder nicht
- >16 Punkte: Hohes Risiko. Diese Patienten erfüllen in der Regel die Diagnose eines Alkoholabusus. In der Regel erfolgt während des Alkoholkonsils eine Kurzintervention. Folgeberatungen/Monitoring durch Suchtberater oder Hausarzt sind zu antizipieren.
- AUDIT ergibt keine Diagnose.
- Fragen 1-3: Risiko aufgrund der Trinkmenge und des Trinkverhaltens
- Fragen 4-6: Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit
- Fragen 7-10: Wahrscheinlichkeiten einer manifesten gesundheitlichen Schädigung

Anhang 5 Adressen / Kontaktmöglichkeiten

Wer	Was	Wo	Telefon Fax
Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen Baselland (PDA BL):	Alkoholkonsilium und Anmeldung für ambulante Weiterbetreuung	<u>Oberer Kantonsteil:</u> Beratungsstelle Liestal Wiedenhubstrasse 55 4410 Liestal <u>Unterer Kantonsteil:</u> Beratungsstelle Reinach Baselstrasse 1 4153 Reinach	061 927 75 80 061 927 75 95 061 712 15 15 061 712 15 50
Externe psychiatrische Dienste (EPD)	Psychiatrische Konsilien Notfälle während regulärer Arbeitszeit	<u>Oberer Kantonsteil:</u> Beratungsstelle Liestal Spitalstrasse 1 4410 Liestal <u>Unterer Kantonsteil:</u> Beratungsstelle Bruderholz Personalhaus B 4101 Bruderholz	061 927 75 10 061 927 75 25 061 425 45 45 061 425 45 46
Externe psychiatrische Dienste (EPD)	Psychiatrische Notfälle ausserhalb der regulären Arbeitszeit	Dienstnummer EPD (ganzes Kantonsgebiet)	079 606 76 14
Kantonale Psychiatrische Klinik (KPK)	Stationäre Therapien	Porte Bientalstrasse 7 4410 Liestal	061 927 72 72 061 927 72 00
Blaues Kreuz	Beratung ambulanter Patienten, welche dort bereits betreut werden oder eine Beratung dort wünschen	<u>Oberer Kantonsteil:</u> Beratungsstelle Liestal Bleichemattweg 56 4410 Liestal <u>Unterer Kantonsteil:</u> Beratungsstelle Münchenstein Bruckfeldstrasse 3 4142 Münchenstein	061/901 77 66 061/901 78 26 061 411 06 66 061 413 98 07
Anonyme Alkoholiker	Selbsthilfegruppe	Ganze Schweiz	0848 848 885