

Ganztägig ambulante Rehabilitation  
8. Fachtagung der deutschen Rentenversicherung Bund  
11. und 12. Mai 2017 in Berlin

Vernebelt – verleugnet - verloren

## Der Alkoholkranke

Identifikation und Erste Hilfe  
in der Rehabilitation

→ **Dr. Bodo Liese**  
Ärztlicher Dezernent  
DRV Bund, Berlin  
Dez. 8023

# Agenda

---

- **Einführung**
- **Falldarstellung**
- **Definition, Entstehung, Ursachen**
- **Historie**
- **Zahlen**
- **Folgekrankheiten**
- **Identifikation in der Praxis**
- **Appell und Ausblick**

# Einführung

# Einführung

---

- Rehabilitationseinrichtungen: Förderung, Verbesserung, Erhalt der Gesundheit
- Reduktion des Tabakkonsums durch staatliches Eingreifen  
Rauchverbot in öffentlichen Räumen  
Siegel: Deutsches Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser  
(DNRfK e.V., [www.rauchfrei-plus.de](http://www.rauchfrei-plus.de))
- Vergleichbares beim Alkohol nur in Akutkrankenhäusern

# Einführung

---

- Alkoholausschank in Rehakliniken (in jeder 3. Im Cafe, jeder 6. Kiosk)
- Erfolgreiche Rehabilitation nur ohne Abhängigkeit möglich
- 80% der Chefärzte sehen es als problematisch an, wenn während der Reha keine Abstinenz möglich ist (Mittag, Pollmann; 2016)
- Wie stellt sich die Praxis dar?

# Falldarstellung

---

Männlicher Patient, 48 Jahre, über Jahre erheblicher Alkoholkonsum

Chronische Pankreatitis mit nicht beherrschbaren Dauerschmerzen

Es erfolgt eine totale Pankreatektomie, nachfolgend unter anderem  
Insulinsubstitution erforderlich

Der Patient konsumiert weiterhin Alkohol, 3 Gläser Wein/Tag (da aus  
einer Weinregion stammend vermutlich 3 x 0, 25l, also eine Flasche  
à 750 ml, ca. 70g reiner Alkohol)

In der gastroenterologischen Rehabilitation wird ihm geraten, seine  
Insulindosis gut anzupassen, da Alkohol den Blutzuckerspiegel  
senke. Da die Pankreas entfernt und der Alkoholkonsum stabil sei  
werden keine weiteren Abstinenzanforderungen an den Patienten  
gestellt, eine Aufklärung erfolgt nicht.

# Definition, Entstehung, Ursachen

# Definition:

## Abhängigkeitssyndrom (F10.2 ICD-10-GM)

---

- **Starkes oder zwanghaftes Verlangen, Alkohol zu konsumieren**
- **Verminderte Kontrollfähigkeit** bezüglich der **Menge**, des **Beginns** oder **Ende des Konsums**
- **Körperliche Entzugserscheinungen bei Konsumstopp oder Konsumreduktion**
- **Nachweis einer Toleranz** (um die gewünschte Wirkung hervorzurufen, zunehmend größere Mengen Alkohol erforderlich)
- **Einengung des Denkens** auf Alkohol (Vernachlässigung anderer Interessen, auch Beziehungen, zugunsten des Alkoholkonsums)
- **Anhaltender Substanzkonsum trotz gesundheitlicher und sozialer Folgeschäden** für den Konsumenten, obwohl der Betroffene sich über Art und Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte



# Entstehung

---

- **Beeinflussung der Transmittersysteme**
  - Stimulation der GABA-Rezeptoren (Hemmung)
  - Hemmung der NMDA\*- Rezeptoren (Glutamat, Stimulation);  
Gedächtnisstörungen
    - ❖ **Entspannung und Angstlösung**
- **Toleranzentwicklung der GABA-Rezeptoren, Anstieg der NMDA-Rezeptoren**
- **Erhöhte Produktion von Dopamin („Glückshormon“) und Endorphinen**

\*N-Methyl-D-Aspartat

# Ursachen

---

- **Genetische Ursachen**
- **Soziale Faktoren**
- **Familiäre Ursachen**
- **Psychologische Faktoren**

# Historie

# Geschichte des Alkohols

---

- Sesshaftigkeit der Menschheit seit der Mittelsteinzeit 10.000 v. Chr. zufällige Entdeckung: Gärungsprozess überreifer (Feld-)Früchte: Alkohol entstand.  
Seitdem wird Alkohol überall auf der Welt als Genussmittel konsumiert.
- Keilschriftfunde aus Mesopotamien beschreiben vermutlich ebenfalls den Prozess des Bierbrauens.
- In den ägyptischen Quellen des 3. Jahrtausends v. Chr. finden sich die ersten eindeutigen Belege, dass Wein gekeltert und Bier gebraut wurde.
- Der Begriff Alkohol stammt wahrscheinlich aus dem Arabischen und geht zurück auf den Term „al kuhul“, arabisch für „feines trockenes Pulver“ (später so alchemistisch verwendet).

# Geschichte des Alkohols

---

- Zeugnisse von (übermäßigem) Alkoholkonsum bereits aus der Antike überliefert:  
Tacitus beschreibt in der Germania ausschweifende Gelage der alten germanischen Führungseliten.
- Seneca (4 v.Chr. - 65 n.Chr.) dokumentiert archaische Trinkgelage, setzt sich mit dem Alkoholgenuss seiner Landsleute (kritisch) auseinander.
- Für Seneca war Trunkenheit nichts anderes als „freiwilliger Wahnsinn“. Er charakterisiert den betrunkenen Zustand als „**Krankheit**“, die auftritt, wenn die ‘übergroße Kraft des Weines’ von ‘der Seele Besitz ergriffen’ habe.  
(Seneca 1984: IV,208,214)

# Geschichte des Alkohols

---

- 11. Jahrhundert: Alchemisten entwickeln die Branntweinherstellung, die Destillation von reinem Alkohol aus Wein.
- Branntwein diente im 13. und 14. Jahrhundert noch überwiegend als Arzneimittel.  
Er wurde in Klöstern hergestellt, zu hohen Preisen in (Kloster-)Apotheken verkauft und galt als magisches Mittel bei der Krankenheilung.

# Geschichte des Alkohols

---

- Der Weg zum billigen Branntwein durch die Einführung der Kartoffel in Europa.
- Fortschritte in der Destillations- und Brenntechnik “Pistoriusschen Brennapparat” Johann Pistorius (1777–1858) dampfbetriebenen Destillationsgerätes 60- bis 80-prozentigen Alkohol aus Kartoffelmaische herzustellen.
- Kartoffelschnaps mit hohem Anteil an giftigen Fuselölen und durch verunreinigte Brennkessel hochgiftige Kupfer-, Zink-, und Bleioxide
- Günstige Preise: Die ärmsten Angehörigen des Lumpen- und landlosen Proletariats konnten sich den qualitativ minderwertigen und mit Wasser gestreckten Billig-Kartoffelschnaps leisten.

BEER STREET.

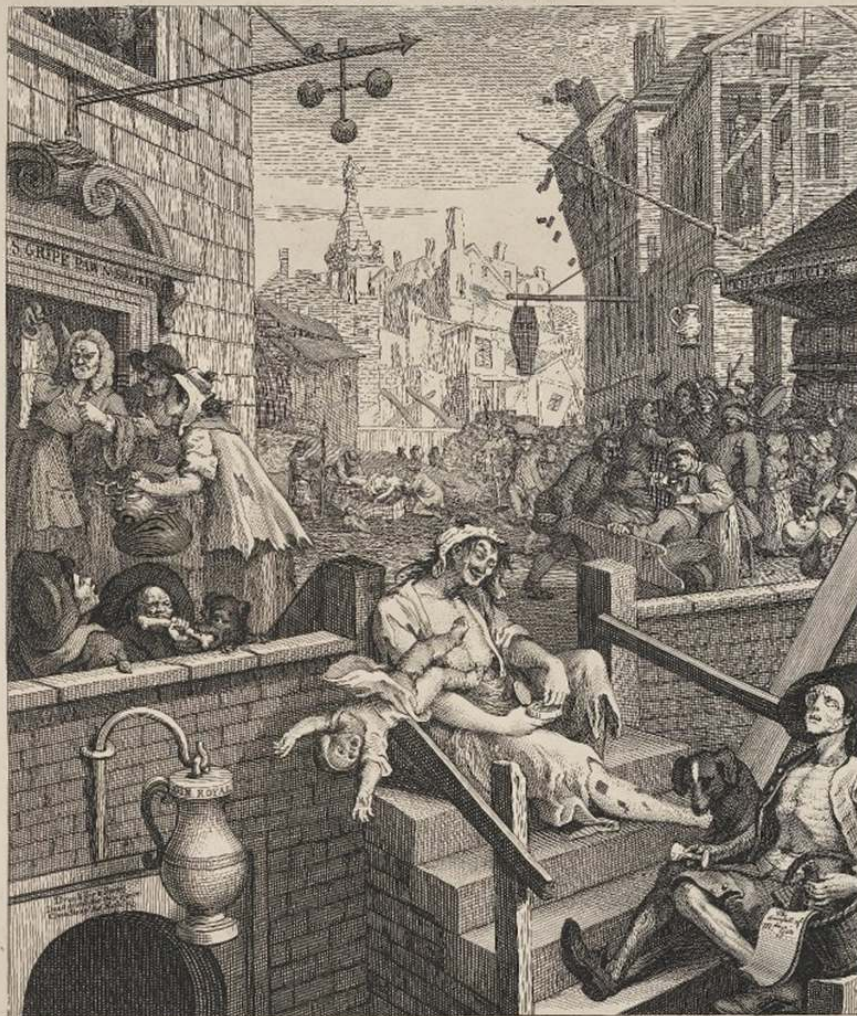


Beer, happy Progeny of our Life  
Can every Drunken Man support,  
And wearied with Fatigue and Toil  
Can cheer each mirthful Hour.

Labour and Wealth by Thee  
Assuredly advance,  
We quaff Thy balmy Juice with Glee  
And Willet leave to France.

Grains of Health, thy grateful Taste  
Reveals the Cup of Joy,  
And every good English generous Drunkard  
With Liberty and Love.

GIN LANE.



Gin cannot mend with Drury Frigate,  
Make human flesh a Prey,  
It ruins by a slowly Drugging,  
And steals our Life away.

Victor and Truth, down to Despair,  
His Face, compell'd to fly,  
But, Obedience with hollow Care,  
Till, Murther, Feign'd.

Drunks Cup, 'till on the Filth's press,  
That liquid Fire consumes  
Which, Murtherer to the Heart's success,  
And rolls it thro' the Veins.

Beer Street, Gin Lane, 1751, William Hogarth British Museum



# Geschichte des Alkohols

---

- Dramatischen Auswirkungen im 19. Jahrhundert (“**Branntweinpest**”)
- Christian Wilhelm Hufeland (Arzt und Sozialreformer) warnt Ende des 18. Jahrhunderts vor den Gefahren des steigenden Branntweinkonsums
- Die klassische Armenfürsorge der Gemeinden war der neuen Elendswelle im Pauperismus nicht mehr gewachsen.
- „Elendsalkoholismus“ des Proletariats.

# Geschichte des Alkohols


---

- 1849: Magnus Huss (schwedischer Arzt) definiert als Erster Alkoholismus als Krankheit
  - Unterscheidung: „acute Alkoholskrankheit oder Vergiftung“ und „Alcoholismus chronicus“
- 1878: Abraham Baer, Berliner Gefängnisarzt „Alkoholismus ist die Summe von Folgeschäden“
- 1951: Elvin Morton Jellinek setzt sich mit Ansicht durch: Alkoholismus ist eine Krankheit


**1952: WHO definiert Alkoholismus offiziell als Krankheit**

**Am 18.06.1968 erkennt das Bundessozialgericht an,  
dass Alkoholkranke ein Anrecht auf Behandlung haben  
und diese von den Sozialversicherungen zu tragen ist.**

**ZAHLEN**

- 
- **15,9** Millionen Personen im Alter von 18 – 64 Jahren **suchtkrank** (Wittchen, 2016)
  
  - **12-Monatsprävalenz (Schätzungen):**
    - **Alkoholabhängigkeit:** **3% (ca. 1,9 Mill.)**
    - **Medikamentenabhängigkeit:** **0,5% (300.000)** (Jacobi et al, 2014)
    - **Illegale Drogen:** **0,6% (319.000)**  
(Pabst, Kraus,, Gomes de Matos & Piontek, 2013)
  
  - **Häufigkeiten erheblich höher bei Versorgungsstichproben (z.B. Hausärzte)** (Trautmann et al., 2016)

- **Jeder 7. Erwachsene** in Deutschland konsumiert **Alkohol in riskanten Mengen** (RKI, 2015)
- **1,8 Millionen Erwachsene (3,4%)** sind **akut alkoholkrank**, davon **70% (1,3 Millionen) Männer**  
(Pabst, Kraus, Gomes de Matos & Piontek, 2013)
- Zusätzlich trinken **1,6 Millionen (3,1%)** so viel **Alkohol**, dass **körperliche, psychische und soziale Schäden** entstehen

- 
- In Deutschland gibt es **ca. 2,5 Millionen Kinder** mit **alkoholabhängigen Eltern**;
    - Das **Risiko eine Suchterkrankung zu entwickeln** ist bei dieser Risikogruppe **3 – 4x so groß** als bei anderen Kindern
    - Unterschätztes Problem: **Fetales Alkoholsyndrom (FAS)**
  
  - **Fast jeder fünfte 15-jährige** nimmt mindestens einmal pro **Woche Alkohol** zu sich

# Konsummengen

---

- **Jährlich** trinkt jeder Mensch in **Deutschland** fast **10 Liter reinen Alkohol** (Lehner & Kepp, 2016)
- **weltweiter Durchschnitt: 6,2 Liter** reiner Alkohol pro Kopf.
- **Das ergibt pro Kopf 137,2 Liter alkoholischer Getränke.**
- Konsum in Deutschland nach Alkoholsorten:
  - **106,6 Liter Bier**
  - **21,1 Liter Wein**
  - **5,5 Liter Spirituosen**
  - **4,0 Liter Schaumwein/Sekt**

**Jeder Deutsche über 15 Jahre trinkt 500 Flaschen Bier (0,5 l) pro Jahr**





# Deutschland ist ein Hochkonsumland



**Nur knapp 40 Prozent aller Menschen konsumieren  
Alkohol!**

**Die Menschen, die tatsächlich trinken, kommen somit  
auf  
einen durchschnittlichen Verbrauch von**

**17 Litern reinen Alkohol pro Jahr.**

## ➤ Kein risikofreier Schwellenwert für den Alkoholkonsum

(DÄ, 2000)

### ➤ Daten sprechen dafür, dass das Risiko für die Entwicklung einer fortschreitenden Lebererkrankung

- bei Männern bis zu einem Alkoholkonsum von circa 30 g<sup>1</sup> (24 g\*) pro Tag
- bei Frauen von ca. 20 g<sup>1</sup> (12 g\*) pro Tag

gering ist.


(\*US-amerikanische National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA),

<sup>1</sup> Weltgesundheitsorganisation (WHO))

Konsum von 40 bis 60 g Alkohol pro Tag: sechsfach erhöhtes Zirrhoserisiko im Vergleich zu einer Gruppe mit einem Konsum zwischen 0 bis 40 g pro Tag.

- **Riskanter Alkoholkonsum:** Risikofaktor für **200 Erkrankungen**, insbesondere Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2015)
- **Alkoholerkrankungen** (ICD-10-GM F10-Diagnosen) sind **zweithäufigster Grund für Krankenhausbehandlungen** (2014: 340.500 Behandlungsfälle)
- **74.000 Menschen sterben** pro Jahr in Deutschland **an Folgen des Alkoholkonsums** bzw. kombiniertem Konsum von Alkohol und Tabak (Lehner & Kepp, 2016)

- **Davon sterben 15.000 Menschen an Krankheiten, die unmittelbar auf Alkohol zurückzuführen sind (RKI 2015)**
- **18.000 Menschen werden bei Verkehrsunfällen getötet oder verletzt, bei denen der Fahrer Alkohol getrunken hatte (Statistisches Bundesamt 2014)**
- **Jede 3. Gewalttat in Deutschland erfolgt alkoholisiert (40.000 Fälle in 2014)**

- 
- **10% bis 20 %** der Alkoholabhängigen nehmen im Jahr **professionelle Hilfe** in Anspruch, **10%** erhalten **spezialisierte Suchtbehandlung** (Ärzteblatt.de, 2015)
  
  - **12 Jahre nach den ersten Alkoholproblemen** erfolgt eine **stationäre Behandlung**,
    - ein typischer Patient in einer Entwöhnungseinrichtung leidet im Durchschnitt seit ca. 14 Jahren an einer Alkoholabhängigkeit (Bachmeier et al., 2015)

# Kosten

---

## ➤ **Behandlungskosten:**

- 7,6 Milliarden Euro für die GKV pro Jahr (schädlicher Alkoholkonsum) (Effertz, 2015)

## ➤ **Kosten durch Arbeitsunfähigkeit**

- **68.000 Krankschreibungen in 2014**  
mit einer mittleren Dauer von 24,8 Tagen mit Produktivitätsausfällen von 4,3 Milliarden Euro
- **1,7 Millionen Fehltage (BMG, 2015)**
- **3,8% aller Erwerbsminderungsrenten in 2014** (6.300 Versicherte)  
mit etwa **1,7 Milliarden Euro**

## ➤ **Volkswirtschaftliche Kosten**

- 39,3 Milliarden Euro pro Jahr (schädlicher Alkoholkonsum) (Effertz, 2015)
- 12 Milliarden durch Arbeitslosigkeit
- 10,6 Milliarden durch vorzeitigen Tod (Effertz, 2015)

# Folgekrankheiten





**Alkohol ist ein Zellgift**

**Die Alkoholkrankheit ist grundsätzlich eine  
„Systemerkrankung“**

**Sie betrifft  
nicht nur die erkrankte Person, sondern  
gleichsam die Angehörigen und die Gesamtgesellschaft**

# Folgekrankheiten

---

➤ **Bösartige Tumore**

Larynx, Pharynx, Ösophagus, Leber, Mastdarm, Brust

➤ **Leber**

Zirrhose, Hepatitis, Ösophagusvarizen, Gerinnungsstörungen

➤ **Pankreas**

Akute und chronische Pankreatitis mit exkretorischer Insuffizienz, Diabetes mell. Typ 2

➤ **Muskulatur**

Alkoholtox. Myopathie (30 - 40% aller chron. Alkoholiker)  
bis zur Rhabdomyolyse (CK-Werte↑↑↑)

# Folgekrankheiten

---

➤ **Stoffwechsel**

Gicht, hormonelle Störungen (Leberstoffwechsel, Impotenz)

➤ **Herz-Kreislaufsystem**

Bluthochdruck, Kardiomyopathie, Koronarsklerose (> 30g/d)

➤ **Blutbildendes System**

Hyperchrome makrocytäre Anämie (Vit. B12-, Folsäuremangel)

➤ **Magen-Darm-Trakt**

Ösophagitis, Gastritis, Karzinome, Resorptionsstörungen

➤ **Schwangerschaft**

Teratogene Effekte, Fetales Alkoholsyndrom (Alkoholembryopathie)

# Folgekrankheiten Nervensystem

---

- Beeinträchtigung der Myelinbildung bei fehlenden neurotrophen Vitaminen (Vit. B1, Thiamin)
  - Wernicke-Korsakow-Syndrom mit Ophthalmoplegie, Ataxie, Bewußtseins- und Gedächtnisstörungen, schwere Merkfähigkeitsstörungen, Konfabulationen durch Störungen im Bereich des Zwischen- und Mittelhirns
- Vit. B3-Mangel (Nicotinsäure), Tryptophanmangel mit Pellagra (Demenzsyndrom, Depression, Verwirrtheit, Halluzinationen, Opticusneuropathie)
- Spätatrophie des Kleinhirns
- Zentrale pontine Myelinolyse (Paraparese, Tetraparese mit Bewußtseinseinschränkung)
- Peripher: Polyneuropathie

# **Identifikation von Alkoholkranken in der Praxis**

- 8 von 10 Alkoholabhängigen suchen während eines Jahres mindestens einmal wegen körperlicher Beschwerden einen Arzt auf
- 4% der Alkoholkranken werden im Laufe eines Jahres wegen einer körperlichen Erkrankung im Allgemeinkrankenhaus behandelt (Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof & John, 2000)
- **13% stationäre Entgiftung** innerhalb eines Jahres
- **7% stationäre Entwöhnung** (Gomes de Matos et al., 2013)

# Maßnahmen

---

- **Alkoholkrankheit entstigmatisieren** (Haltung des Arztes, Psychologen)
- **Screening durch Ärzte und Psychotherapeuten**
- **Behandlungsmotivation fördern**
  - **Motivierende Gesprächsführung**
  - **Konsiliar- und Liaisondienste**
  - **Kurzintervention** (ein Jahr nach KI 38g Alkohol pro Woche weniger als Personen einer Vergleichsgruppe)  
(Kaner et al., 2009)

# Screening

---

## ➤ Sind klinische Zeichen erkennbar?

Foetor, Laborwerte, Schwitzen, Tremor, Gangunsicherheit, Teleangiectasien, Palmarerythem etc.

## ➤ 6 (+2) einfache Fragen\*:

- **Wie oft nehmen Sie in der Woche ein alkoholisches Getränk zu sich?**  
*Riskant: mehr als einmal pro Woche*
- **Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?** (0,2l Bier, 0,1l Wein/Sekt, 2 Gläser Destillate, 0,2cl)  
*Riskant: mehr als 2 Getränke*
- **Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?**  
*Riskant: einmal im Monat oder öfter*
- **Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie den Alkoholkonsum verringern sollten?**  
*Riskant: ja*
- **Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholkonsums ein schlechtes Gewissen gehabt?**  
*Riskant: ja*
- **Haben sich Ihr (Ehe-)Partner oder andere schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens Sorgen gemacht oder sich deswegen beklagt?**  
*Riskant: ja*
- **Hatten Sie schon einmal das Gefühl nicht mehr mit dem Trinken aufhören zu können, nachdem Sie damit begonnen haben? Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt?**

**Mehr als 2x Riskant: Hinweis auf zumindest riskanten Konsum**

\* BASIC nach Bischof et al., 2007



# CAGE Interview

---

## ➤ CAGE Interview

**Mindestens 2 Ja-Antworten: Hinweis auf Alkoholabhängigkeit**

- C = Cut down: „Haben Sie (erfolglos) versucht, Ihren Alkoholkonsum einzuschränken?“
- A = Annoyed: „Haben andere Personen Ihr Trinkverhalten kritisiert und Sie damit verärgert?“
- G = Guilty: „Hatten Sie schon Schuldgefühle wegen Ihres Alkoholkonsums?“
- E = Eye Opener: „Hatten Sie jemals schon nach dem Aufstehen getrunken, um ‚in die Gänge zu kommen‘ oder sich zu beruhigen?“

## ➤ Weitere Teste stehen zur Verfügung

# CDT (Carbohydrat-defizientes Transferrin)

---

Kenngößen zur Diagnose eines chronischen Alkoholabusus:  
z. B.: MCV,  $\gamma$ -GT, HDL-Cholesterin etc.

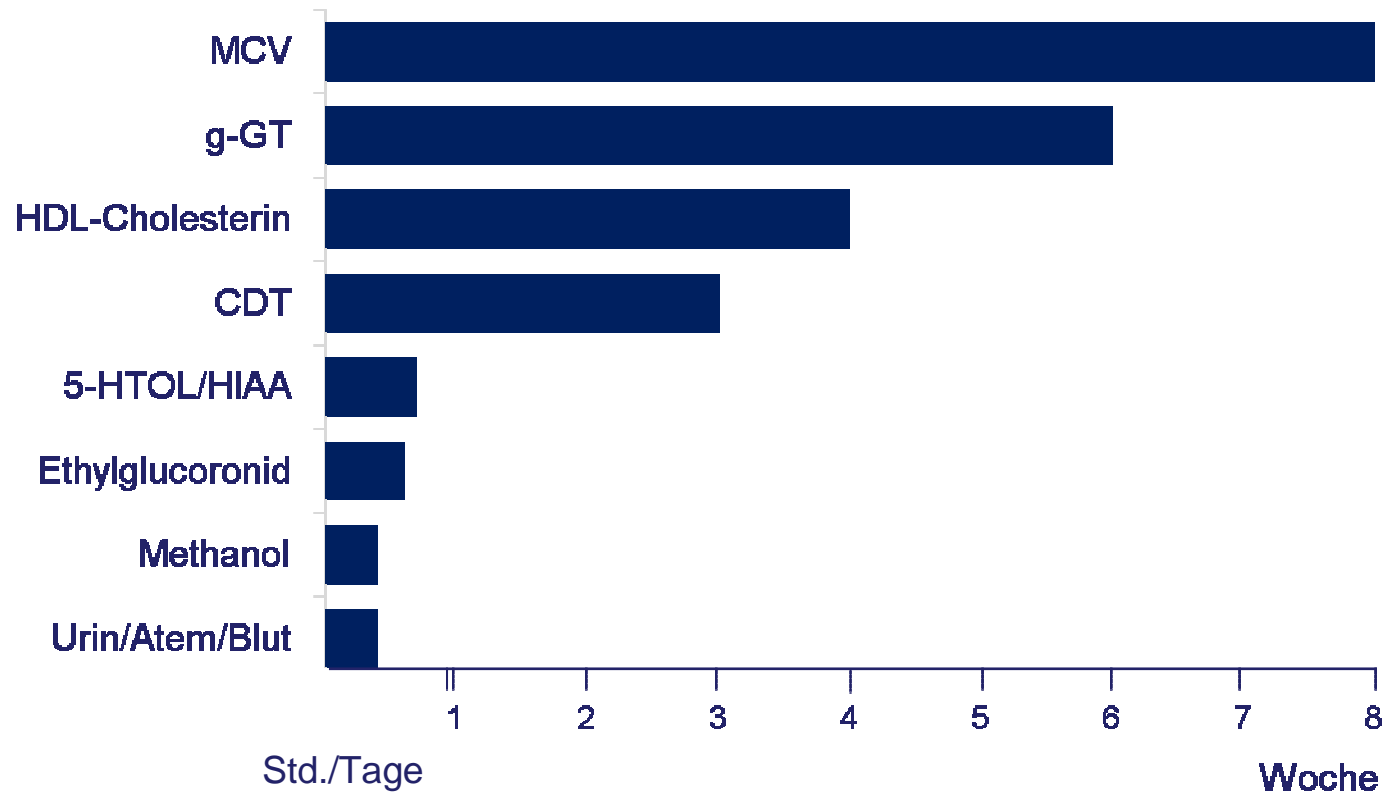
## **CDT: höchste diagnostische Spezifität**

Den CDT-Wert lassen viele Faktoren die Einfluss auf die Leberfunktionen nehmen, wie z.B. Medikamente, unbeeinflusst.

Beim Vergleich mit anderen Laborparametern:

**CDT deckt im Hinblick auf Dauer eines Alkoholmissbrauches ideales Zeitfenster ab.**

Dauer der Alkoholexposition bis zur Überschreitung des jeweiligen Normbereichs.



Für die CDT-Bestimmung ist keine spezielle Patientenvorbereitung erforderlich  
Nahrungsaufnahme oder Tageszeit beeinflussen den CDT-Wert nicht.

Referenzbereiche

Normalbereich: < 1,75 %

Kontrollbereich: 1,75 – 2,50 %

Pathologischer Bereich: > 2,50 %

# Appell und Ausblick

## Vorteil der ganztägig ambulanten Rehabilitation:

**Durch wohnortnahe Behandlung ist ein Versicherter,**

**bei dem eine Alkoholkrankheit vermutet wird**

**unverzüglich**

**an die geeigneten Beratungsstellen zu vermitteln.**

(Muster-)Berufsordnung  
für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte  
– MBO-Ä 1997 –\*  
in der Fassung des Beschlusses des  
118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main

## **Gelöbnis**

Für jede Ärztin und jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

*„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich,  
mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.*

*Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.*

*Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit  
meiner Patientinnen und Patienten soll  
oberstes Gebot meines Handelns sein.“*

Damit ist jeder Arzt und jede Ärztin verpflichtet,

---

- **bei Verdacht auf eine Alkoholkrankheit diese durch geeignete Diagnostik auszuschließen**
- **bei bestätigter Diagnose den Betroffenen anzusprechen, aufzuklären und Hilfen anzubieten**
- **sich mit dem Patienten gegen die Krankheit und nicht mit der Krankheit gegen den Patienten zu verbünden**

**Jeder Alkoholranke hat einen Anspruch auf adäquate  
Behandlung**

**Selbstverständlich sind alle Berufsgruppen eingeladen, bei entsprechenden Anzeichen Patienten auf ihren Alkoholkonsum anzusprechen**

**Dazu sollte eine Schulung in Gesprächsführung angeboten werden.**




**Es geht nicht darum, die Welt zu retten!**

**Es geht darum, Alkoholkranken ein zufriedenes, gesundes  
und erfülltes Leben zu ermöglichen!**

**Dafür muss hingesehen und nicht weggesehen werden!**

**Soviel Zeit muss sein!**



*„Wo kämen wir hin, wenn jeder sagte, wo kämen wir hin  
und keiner ginge, um zu sehen, wohin wir kämen, wenn  
wir gingen.“*

Kurt Marti

***Vielen Dank!***

**Dr. Bodo Liese, Dez. 8023**