Alkohol und somatische Spitäler

Schon immer eine Herausforderung – ein Lösungsvorschlag

Michael Steuerwald[a], Claudine Aeschbach[b], Jörg Wanner[c], Niklaus Schaub[d]

[a] Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin, Praxis, Liestal
[b] Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (PDA) Baselland
[c] Externe Psychiatrische Dienste (EPD) Baselland
[d] Gastroenterologie, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Bruderholz

Etwa 7% der Schweizer Wohnbevölkerung leiden unter direkten oder indirekten alkoholbedingten gesundheitlichen oder sozialen Problemen. Die Entwicklung des Alkoholkonsums in der Schweiz zeigt in den vergangenen 10 Jahren insgesamt eine Abnahme des Pro-Kopf-Verbrauchs absoluten Alkohols auf 8,6 Liter (2009) und befindet sich damit im europäischen Mittelfeld [1].

Das Bundesamt für Gesundheit befragt in regelmässigen Abständen die Schweizer Wohnbevölkerung nach ihrer Befindlichkeit und ihrem Gesundheitsverhalten. Die letzte Befragung, 2007, hat ergeben, dass etwa zwei Drittel der Bevölkerung Alkohol unproblematisch als Genussmittel konsumieren [2]. Der Anteil der Abstinenten in der Bevölkerung hat nach einer vorübergehenden Zunahme wieder etwas abgenommen und liegt bei den Frauen bei 17% und bei den Männern bei 11% (Abb. 1 📷). Dabei ist aus medizinischer Sicht jedoch zu beachten, dass eine Minderheit von etwa einem Achtel der Bevölkerung die Hälfte des Alkohols konsumiert. Es ist eine Zunahme bei den beiden Risikogruppen der Adoleszenten (Rauschtrinken) und Betagten (chronischer Konsum) zu verzeichnen. 21% der Männer und 18% der Frauen konsumieren durchschnittlich Alkoholmengen, die ein Gesundheitsrisiko darstellen können («problematischer Alkoholkonsum»). In der Schweiz trinkt somit etwa eine Million Menschen in problematischen, potentiell schädlichen Mengen (Abb. 2 📷).

Aus der Perspektive der Gesundheitsversorgung gilt es, nicht nur die Konsequenzen eines langjährigen Alkohol-Risikokonsums mit entsprechender Organschädigung und Abhängigkeit zu berücksichtigen, sondern auch das Trinkmuster – namentlich das Rauschtrinken mit seinen unmittelbaren Folgen – hinsichtlich der vielfältigen Unfallrisiken und des Fehlverhaltens in Gesellschaft und Familie.

Insgesamt verursacht der Alkoholkonsum in der Schweiz ca. 9% der gesamten Krankheitslast und volkswirtschaftliche Kosten von rund 6,5 Milliarden Schweizer Franken pro Jahr. Diese sind somit höher als die durch illegale Drogen verursachten Kosten [3].

Die Grundversorger, zunehmend auch die Notfallstationen und *alle* stationären Bereiche eines Spitals sind mit den Konsequenzen problematischen Alkoholkonsums konfrontiert, sei es als offensichtliches Haupt- oder vermeintliches «Neben»-Problem. Mehrere Erhebungen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass bei etwa jedem Achten der neu aufgenommenen Patienten einer interdisziplinären Notfallstation Alkohol der Grund für die Aufnahme ist, Tendenz zunehmend [4, 5]. Europaweit müssen wir damit rechnen, dass 10–25% der *hospitalisierten* Patienten alkoholbedingte Gesundheitsschädigungen aufweisen [6]. 2009 wurden in Deutschland 18,3 Millionen Patienten vollstationär behandelt. Dabei waren hinter der Herzinsuffizienz vor der Angina pectoris psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol inkl. akuten Missbrauchs der zweithäufigste Grund für die stationäre Aufnahme [7].

Bereits 2001 hat eine Arbeitsgruppe des britischen Royal College of Physicians die provokative Frage gestellt: «*Alcohol – can the NHS afford it?*» und mehr Beachtung des Problems Alkohol in den Kliniken gefordert [8]. In der Zwischenzeit hat die alkoholbedingte Beanspruchung der Notfall- und stationären Abteilungen weiter zugenommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der wirkliche Anteil des Alkohols eher unter- als überschätzt wird [5]. Anlässlich einer eigenen Erhebung an zwei Medizinischen Kliniken im Rahmen der Planung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Baselland wurde allein die Diagnose «Alkoholabhängigkeit» (F10.2) bei 5% der internistischen Patienten gestellt. Im Kanton Baselland sind zudem alkoholbedingte Zustände die häufigste Todesursache bei Männern unter 50 Jahren (persönliche Mitteilung). Es ist weiter bemerkenswert, dass gemäss den gesetzlichen Vorgaben nahezu 100% der Opiatabhängigen erfasst und betreut werden, jedoch nur etwa knapp 10% derjenigen mit Risiko-Alkoholkonsum [9].

Diese Zahlen zeigen eindrücklich, dass die Folgen von schädlichem Alkoholkonsum eine grosse Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialwesen der westlichen Industrienationen darstellen. Entsprechend verabschiedeten in den letzten fünf Jahren sowohl die Europäische Union (2006) [10] wie auch die Weltgesundheitsorganisation WHO (2009) [11] umfassende alkoholpolitische Strategiepapiere. In der Schweiz hat das Bundesamt für Gesundheit das «Nationale Programm Alkohol» (NPA) 2008–2012 lanciert mit dem prioritären Ziel, den gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum zu reduzieren [12].

Die somatischen Spitäler und ihre Notfallstationen haben hier eine wichtige Funktion zu übernehmen. Namentlich im Bereich «problematischer Konsum» und natürlich beim «Abhängigkeits-Syndrom» können mit dem Ansprechen des Problems «Alkohol» entscheidende sekundär präventive Weichen gestellt und tragfähige Betreuungsstrukturen aufgebaut werden. Die Zeit im Spital kann zu einer Standortbestimmung genutzt und die Prioritäten der zu treffenden Massnahmen festgelegt werden. Auch wenn der PatientInnenkontakt nur punktuell oder von kurzer Dauer ist, schafft der Aufenthalt im Spital gute Voraussetzungen für eine sachliche Information und Beratung.

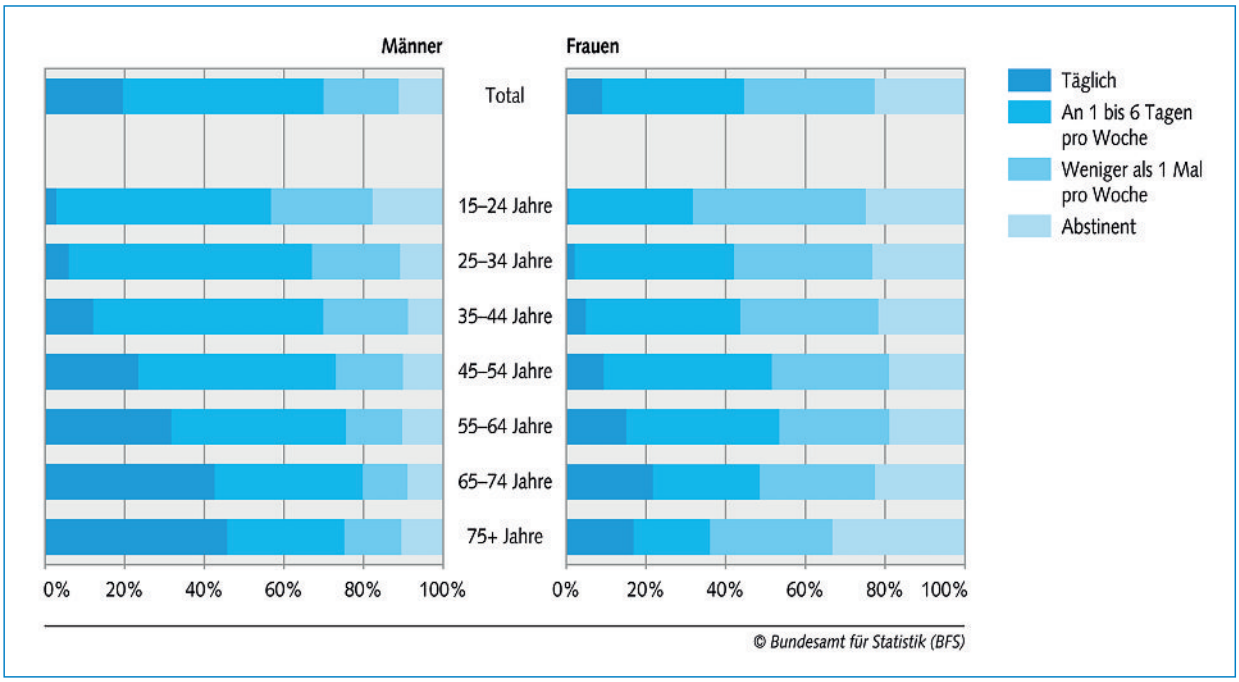

Abbildung 1
Häufigkeit von Alkoholkonsum: Anteil der CH-Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren 2007.

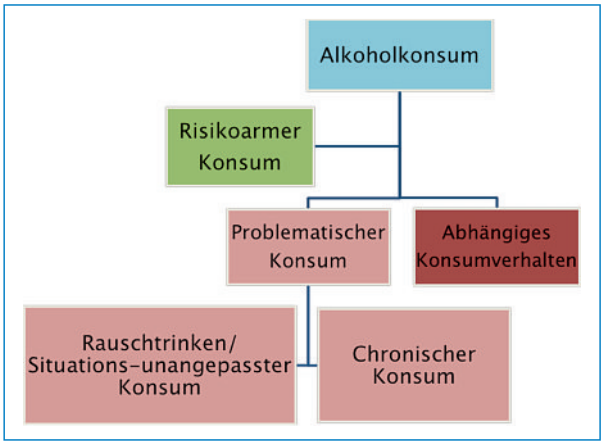

Abbildung 2
Kategorien des Alkoholkonsums (nach BAG).

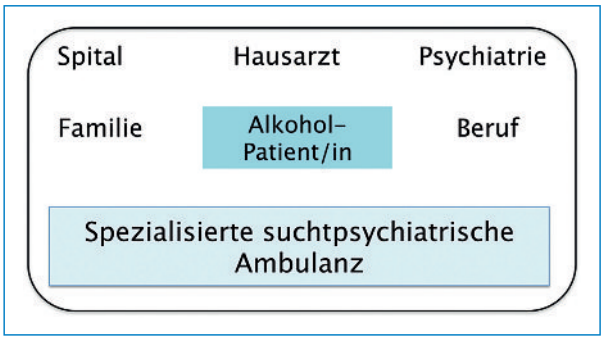

Abbildung 3
Vernetzung und systemische Betreuung.

Die bei Ärzten und auch Pflegepersonal leider immer noch verbreiteten pessimistischen Einschätzungen des Nutzens einer alkoholspezifischen (Kurz-)Intervention sind nicht gerechtfertigt. Die Erfolge bei der Erzielung einer Verhaltensänderung sind mit denen bei anderen chronischen internistischen Erkrankungen vergleichbar. Das ist durch qualitativ gute Evidenz belegt [13].

Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Intervention und Behandlung sind entsprechend der breiten Phänomenologie der Alkoholproblematik ein zwingend *multidisziplinärer* Therapieansatz und vernetzte Betreuungsstrukturen (Abb. 3). Diese müssen die individuellen medizinischen und sozialen Bedürfnisse der PatientInnen bestmöglich berücksichtigen. Um dieses Ziel zu erreichen, hat eine kleine Arbeitsgruppe (Innere Medizin, Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen) 2009 *Richtlinien zur Abklärung und Behandlung alkoholkranker und alkoholgefährdeter PatientInnen an den somatischen Spitälern des Kantons Basel-Landschaft* formuliert. Sie wurden den Chefärztkonferenzen vorgelegt und laufend in den Kliniken im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen und Workshops implementiert.

Das zentrale Anliegen ist, die Assistenz- und Oberärzte und die Pflege vor Ort für den Risikofaktor «Alkohol» zu sensibilisieren, sie anzuleiten, das Problem adäquat anzusprechen und gemäss dem zentralen *Alkohol-Algorithmus* der Richtlinien (Abb. 4) notwendige Massnahmen einzuleiten. Entscheidend für den nachhaltigen Erfolg der gemachten Interventionen ist die tragfähige Vernetzung der therapeutischen und sozialen Patientenbezüge.

Im Rahmen dieses Konzepts wurden 2010 an den zwei Kantonsspitälern Bruderholz und Liestal über 150 Konsilien durchgeführt. Mehr kann getan werden. Wir fühlen uns in diesem Bemühen bestärkt durch eine soeben lancierte Initiative des englischen National Health Service (NHS), die ebenfalls die Bildung von «Alcohol Care Teams» an somatischen Spitälern und Notfallstationen der erweiterten Grundversorgung fordert und Richtlinien zur verbesserten integrierten Versorgung von

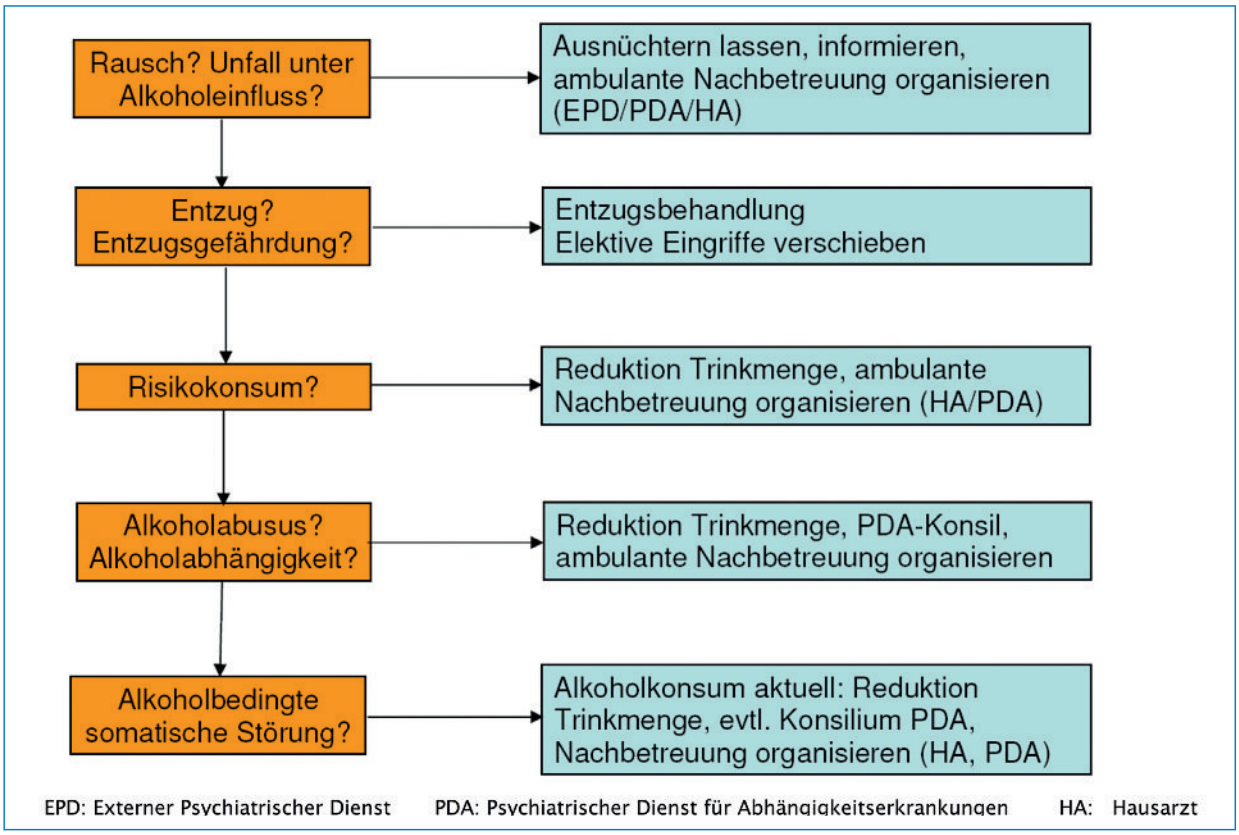

Abbildung 4
Diagnostisch-therapeutischer Alkohol-Algorithmus.

Patienten mit problematischem Alkoholkonsum/-abhängigkeit verabschiedet hat [14, 15].
Unsere Richtlinien sind auch ausserkantonal auf reges Interesse gestossen. Wir stellen sie auf der Website des Swiss Medical Forum zur Diskussion. Sie mögen eine Hilfe sein, in den Spitälern mit dem Problem «Alkohol» und den betroffenen PatientInnen bewusster umzugehen und das Angemessene mit mehr Qualität für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu tun.

Korrespondenz:
Dr. med. Niklaus Schaub
Leitender Arzt Gastroenterologie
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Bruderholz
CH-4101 Bruderholz
niklaus.schaub@ksbh.ch

Das Dokument «Alkohol-Manual – Richtlinien für den Umgang mit Alkohol an den somatischen Spitälern Baselland» ist online zu finden http://www.medicalforum.ch/archive_d/2011/2011-38.html.

Literatur

1 Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV). Alkohol in Zahlen 2010. Internet: www.bundespublikationen.ch.
2 Lieberherr R, et al. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung, Bundesamt für Statistik(BfS) 2010. Internet: www.statistik.admin.ch.
3 Jeanrenaud C, et al. Le cout social de l` abus d` alcool en Suisse, Institut de recherches économique et régional, Université de Neuchâtel 2003.
4 Rivera FP, et al. The magnitude of acute and chronic alcohol abuse in trauma patients. Arch Surg. 1993;128:907–13.
5 Porter A, Smith R. Alcohol hosptal admissions four times higher than official figure. The Telegraph. 22/07/2008.
6 Coder B, et al. Alcohol problem drinking among general hospital inpatients in northeastern Germany. General Hospital Psychiatry. 2008;2(30):147–54.
7 Statistisches Bundesamt Deutschland: Pressemitteilung Nr. 039, 28.1.2011.
8 ALCOHOL – Can the NHS afford it? Recommendations for a coherent alcohol strategy for hospitals. A report af a Working Party of the Royal College of Physicians 2001.
9 Schlussbericht Folgeplanung II des Psychiatriekonzeptes Baselland 2003.
10 Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2006): Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden. Brüssel EU.
11 World Health Organisation. Strategies to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2009.
12 Bundesamt für Gesundheit. Nationales Programm Alkohol 2008–2012. Bern: BAG; 2010.
13 Schuckit MA. Alcohol-use disorders. Lancet. 2009;373:492–501.
14 Moriarty KJ, et al. Alcohol-related Disease. Meeting the challenge of improved quality of care and better use of resources. Internet: www.bsg.org.uk/clinical/general/publications.html.
15 Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. Clinical guideline 100. Internet: www.nice.org.uk/guidance/cg100.