

# ALKOHOL-MANUAL

Richtlinien für den Umgang mit Alkohol an den somatischen  
Spitälern Baselland

---

C. Aeschbach, N.Schaub, M. Steuerwald, J. Wanner

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

<b>Inhalt</b>		<b>Seite</b>
<b>1. Zielsetzung</b>		2
<b>2. Diagnostik und Screening der Alkoholkrankheit</b>		3
2.1. Anamnese		3
2.2. Status		3
2.3. Labor		4
2.4. Screening des schädlichen Alkoholkonsums		4
<b>3. Vorgehen bei vermuteter Alkoholkrankheit</b>		5
3.1. Diagnostisch-therapeutischer Algorithmus		5
3.2. Klinische Szenarien bei manifesten/vermuteten Alkoholproblemen		5
3.3. Systematische Abklärung bei vermuteter Alkoholkrankheit		6
3.4. Alkoholdiagnose(n) stellen		7
3.5. Dokumentation und Kostenübernahme durch Zusatzversicherungen		8
3.6. Konsil Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen(PDA)		8
<b>4. Therapie alkoholbedingter Komplikationen</b>		8
4.1. Akute Alkoholintoxikation		8
4.2. Alkohol-Entzugsbehandlung		9
4.2.1. Entscheid, ob Entzug ambulant oder stationär		9
4.2.2. Ambulanter Entzug		9
4.2.3. Stationärer Entzug		10
4.2.4. Entzugsdelir		11
4.2.5. Suizidalität und Alkohol		12
4.3. Therapie des Alkoholabusus und der Alkohol-Abhängigkeit		12
4.3.1. Allgemeines		12
4.3.2. Kurzintervention		12
4.3.3. FRAMES-Prinzip		13
4.3.4. Medikamentöse Therapie		13
4.3.5. Psychosoziale Interventionen durch den PDA		14
4.3.6. Hospitalisationen in der KPK		14
4.3.7. Ärztlicher Rat		15
<b>5. Anhänge</b>		
1 Alkoholkrankheit und psychiatrische Komorbidität		16
2 Forensische Aspekte der Alkoholkrankheit		18
3 Alkoholentzugssyndrom bei Patienten operativer Fächer		20
4 Alkohol in der Schwangerschaft		22
5 Aversiva: Antabus		23
6 AUDIT-Fragebogen und Auswertung		24
7 Adressen		25

## 1. Zielsetzung

Circa 7% der Schweizer Wohnbevölkerung leiden unter alkoholbedingten gesundheitlichen oder sozialen Problemen. 10-25% der hospitalisierten Patienten weisen einen alkoholbedingten Gesundheitsschaden auf. 20% der Patienten aller Kliniken trinken Alkohol in Mengen, welche das Risiko für alkoholinduzierte Schäden erhöht. In der Kantonalen Psychiatrischen Klinik ist Alkoholabusus die häufigste Diagnose.

Der Aufenthalt im Spital schafft gute Voraussetzungen, das Problem Alkohol anzusprechen. Eine leider verbreitete nihilistische Haltung bezüglich Alkohol-spezifischer Interventionen ist nicht angebracht. Die Therapieerfolge sind mit denen bei anderen chronischen Erkrankungen vergleichbar und durch qualitativ gute Evidenz klar belegt.

Die Alkoholkrankheit ist komplex und erfordert

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

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

Dr. med. Claudine Aeschbach, Leitende Aerztin  
Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (PDA) Baselland  
Wiedenhubstrasse 55  
4410 Liestal  
061 927 75 80  
[claudine.aeschbach@kpd.ch](mailto:claudine.aeschbach@kpd.ch)

Dr.med. Niklaus Schaub, Leitender Arzt Gastroenterologie  
Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Bruderholz  
4101 Bruderholz  
061 436 22 01  
[niklaus.schaub@ksbh.ch](mailto:niklaus.schaub@ksbh.ch)

Dr. med. Michael Steuerwald  
Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin FMH  
Munzachstrasse 1a  
4410 Liestal  
061 922 06 06  
[michael.steuerwald@hin.ch](mailto:michael.steuerwald@hin.ch)

Dr. med. Jörg Wanner, Leitender Arzt,  
Chefarzt-Stellvertreter Externe Psychiatrische Dienste (EPD) Baselland  
Beratungsstelle Bruderholz  
4101 Bruderholz  
061 425 45 45  
[joerg.wanner@kpd.ch](mailto:joerg.wanner@kpd.ch)

## 2. Diagnostik und Screening der Alkoholkrankheit

### 2.1. Anamnese

- Verhalten: 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. Krankheitseinsicht = starker Motivator für eine Therapie.
- Einbetten in die Systemanamnese
- 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, wie viel Sie normalerweise konsumieren und ob Sie jemals irgendwelche Probleme nach dem Konsum von Alkohol hatten.“
- **Suizidalität:** Diese ist bei Pat. mit alkoholbedingten Störungen deutlich erhöht.



### 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; >80 g bei einzelnen Gelegenheiten\*;  
Frau: > 20 g Alkohol täglich; >60 g bei einzelnen Gelegenheiten\*  
\*Relativ hohe Grenzwerte gem. Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002, Standards in der Literatur sind tiefer (Mann: 60 g, Frau 40 g)!  
Bedeutung: Wahrscheinlichkeit alkoholbedingte Morbidität und Mortalität erhöht: Leberzirrhose, HNO-Tumoren, Epilepsie, Unfälle, alkoholbedingte Störungen

### Anamnestische Hinweise auf alkoholbedingte Schädigungen

- Präsentiersymptome als solche erkennen (Magenschmerzen, Schlafstörungen)
- 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, Parotishypertrophie, Oedem des weichen Gaumens, Rhinophym
- Habitus („Bierbauch“, atrophe Schulter- und Beinmuskulatur)
- Ataktischer Gang, Händezittern
- Beginnendes oder manifestes Delirium tremens: Bewusstseinstörung und Verwirrtheit. Optische Halluzinationen („kleine Dinge“ wie Insekten). Angst, Reizbarkeit, Suggestibilität. Ein Drittel der Delirien beginnt mit dem „Paukenschlag“ des generalisierten Krampfanfalls
- Zeichen der schweren chronischen Hepatopathie: Palmarerythem, >5 Spider Naevi, Gynäkomastie, Abdominalglatze, Ikterus, Aszites
- Verletzungen: 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 vor Blutentnahme nicht mit Alkohol
- MCV: erhöht bei chronischem Konsum in erheblichen Mengen, unspezifisch
- $\gamma$ GT: normalisiert nach 5 Wochen Abstinenz, unspezifisch
- ASAT: erhöht nach Alkoholexzessen, normalisiert nach 48 Stunden
- ASAT/ALAT-Ratio > 2: relevante alkoholtoxische Hepatopathie
- $\gamma$ GT und MCV: Schweregrad des Alkoholkonsums
- Quick: Marker der Malnutrition und der Syntheseleistung der Leber

### 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. Normalisierung bei Abstinenz nach 2-4 Wochen.
- Falsch positive Ergebnisse: fortgeschrittene Hepatopathien, Antiepileptika, Fe-Mangel
- Falsch negative Ergebnisse: Fe-Überlastung, Frauen unter Hormonsubstitution, Schwangerschaft
- Indikation: unklare Anamnese, Abstinenzkontrolle

## 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), s. Anhang 6, S. 23

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

### Einführung gegenüber dem Patienten

*„Um eine optimale Behandlung Ihrer Krankheit / Ihres Zustandes 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.“*

### Applikation des Fragebogens

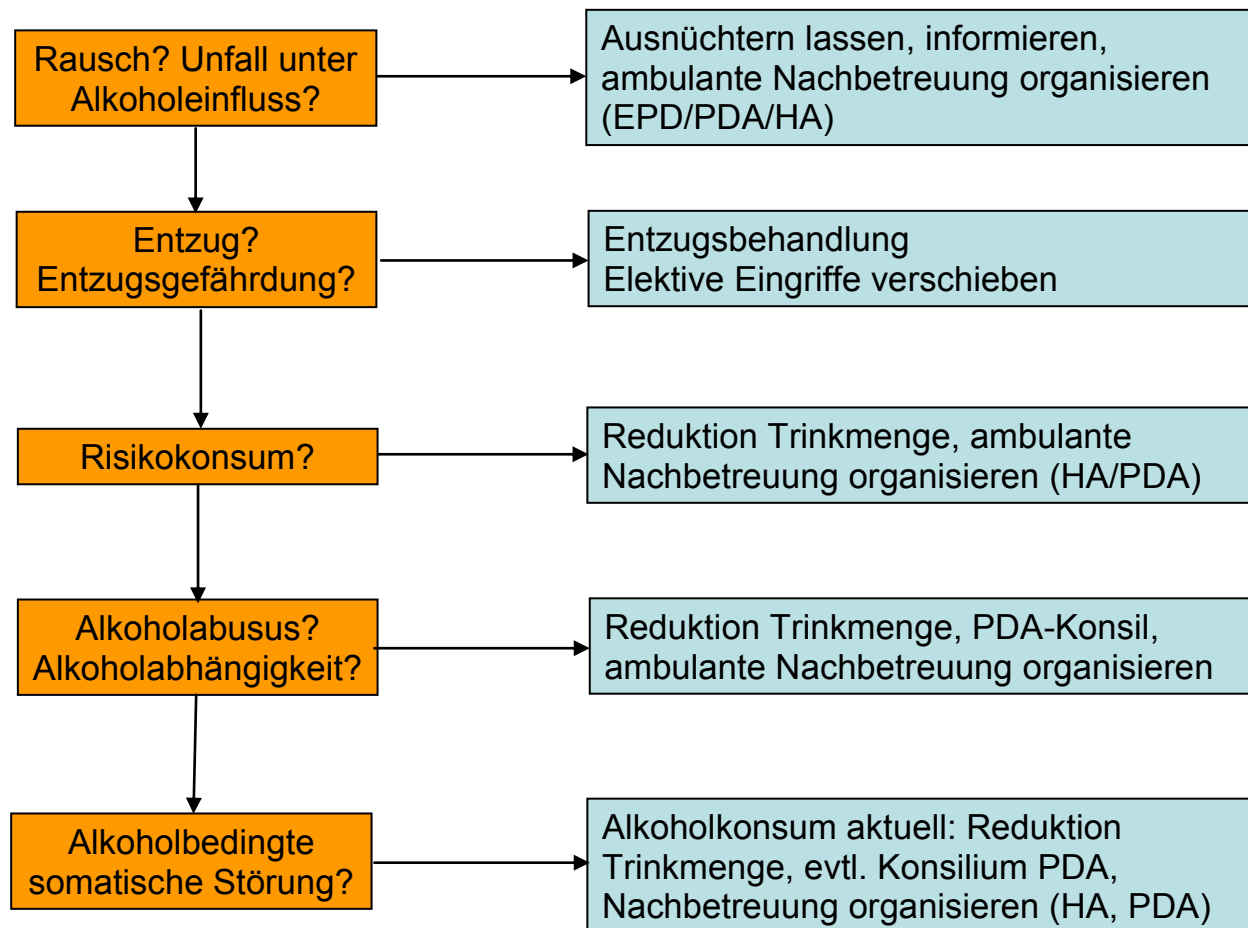
Vorzugsweise durch die Ärztin/den Arzt. Die Patienten können den Fragebogen aber auch selber ausfüllen. Dann muss das Ergebnis mit dem Patienten später besprochen werden.

### Auswertung

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

### 3. Vorgehen bei vermuteter Alkoholkrankheit

#### 3.1. Diagnostisch-therapeutischer Algorithmus



#### 3.2. Klinische Szenarien bei manifesten/vermuteten Alkoholproblemen

3.2.1. Akute Alkoholintoxikation (Rausch), Unfall oder Gewalt unter Alkoholeinfluss  
Vorgehen: Ausnüchtern, supportive Therapie. Wenn Patient nüchtern: Weiterabklärung gemäss Algorithmus. Falls Patient nicht stationär bleibt: Besorgnis über die Folgen des kürzlichen Alkoholkonsums mitteilen und den Patienten auffordern, seine Trinkmenge auf sichere Limiten zu reduzieren (s. 4.3.7). Klare, explizite Instruktionen geben. Ambulante Nachbetreuung organisieren (HA, PDA)

3.2.2. Entzug/Entzugsgefährdung  
Anamnese: Regelmässiger Alkoholkonsum, Entzugserscheinungen (Tremor, Schwitzen, Schlaflosigkeit) in der Vergangenheit, Toleranzbildung, Unmöglichkeit, Trinklimiten einzuhalten oder ganz aufzuhören.  
Vorgehen: AUDIT-Score. Klinische Beurteilung. Information des Patienten über Entzug/Entzugsgefährdung. Je nach Situation: Wahleingriffe oder andere medizinische Massnahmen, welche einen Entzug auslösen können, verschieben. Alkoholentzugstherapie. PDA-Konsil. Bei manifestem Entzug: Notfallsituation, sofortige Therapie.

- 3.2.3 Bei der Anamneseerhebung erfasster Risikokonsum  
 „Trigger“ in Systemanamnese: mehr als „gelegentlicher“ Alkoholkonsum  
Vorgehen: Nachfragen in der Anamnese: Risikotrinklimiten?(Mann: 40 g/Tag, 80 g/ einzelne Gelegenheit, Frau 20g/Tag, 60 g/ einzelne Gelegenheit).  
 AUDIT-Score zur Dokumentation. Falls Risikolimiten erreicht oder AUDIT  $\geq$  8 Punkte: Weitere Abklärung hinsichtlich Alkoholabusus und Alkoholabhängigkeit. Falls keine derartige Störung vorliegt: Eigene Beurteilung (Risikokonsum) dem Patienten mitteilen und explizite Empfehlung abgeben, sein Trinkverhalten zu ändern (Abstinenz oder Reduktion auf sichere Mengen, s. 4.3.7). Ausloten der Bereitschaft des Patienten, diesen Rat zu befolgen. Hilfe durch Experten anbieten, falls er dies annimmt: HA / PDA-Konsil.
- 3.2.4 Patienten mit alkoholbedingter Störung (Abhängigkeit/Abusus)  
Vorgehen: Diagnose dem Patienten mitteilen und explizite Empfehlung abgeben, sein Trinkverhalten zu ändern (pragmatisch: Abstinenz). Empfehlung zur Beratung durch HA / Spezialisten (PDA). Zielsetzung: weitere Therapie über den Spitalaufenthalt hinaus organisieren. Falls Patient einverstanden: PDA-Konsil. Falls Patient ablehnt: Besorgnis um dessen Gesundheit nochmals äussern, schädlichen Effekt des Alkoholkonsums erneut erklären, zum Nachdenken ermuntern, Hilfe anbieten, Problem zu einem späteren Zeitpunkt (z.B. nächste Visite) wieder ansprechen, Verweis auf HA.
- 3.2.5 Patienten mit alkoholbedingter organischer Störung:  
Zielsetzung: Aktuellen Alkoholkonsum abklären um eine fortgesetzte Schädigung zu verhindern. Zurückliegenden Alkoholkonsum erfragen, um bei bestimmten Schädigungen(z.B. Leberzirrhose) die Korrelation zwischen festgestellter Schädigung und vermuteter Aetiologie (Alkohol) abzuschätzen.  
Vorgehen: AUDIT-Fragebogen und Erfragen des Alkoholkonsums in den letzten Jahren/Jahrzehnten (je nach klinischem Problem). Falls kein aktueller Alkoholkonsum: Zusammenhang Alkoholkonsum und Störung erklären, individuelle Trinklimiten festlegen und kommunizieren (Bsp.: dekompensierte Leberzirrhose: Abstinenz). Falls aktueller Alkoholkonsum ohne Abusus/Abhängigkeit: Vorgehen wie bei Szenario Risikokonsum (3.2.3).

### 3.3. Systematische Abklärung bei vermuteter Alkoholkrankheit

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

### 3.4. 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. Die Diagnosen der Gruppe F10 umfassen psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkoholwirkung.

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

#### 3.4.1 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 Ösophagusvarizenblutung oder als psychische Störung zum Beispiel als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

Die Definition nach DSM-IV (Diagnostic Manual and Statistical Manual of Mental Disorders) lautet wie folgt:

Führte der Alkoholkonsum des Patienten wiederholt zu:

- Rollenversagen (Verpflichtungen im häuslichen Bereich, Arbeitsplatz, Schule nicht nachgekommen)?
- Verletzungsgefahr (Fahren unter Alkoholeinfluss etc.)?
- Juristischen Problemen (z.B. Fahrausweisentzug)?
- Beziehungsproblemen?

Falls 1 Punkt erfüllt: Alkoholabusus

#### 3.4.2 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.

Die „psychiatrische“ Definition nach DSM-IV lautet wie folgt:

Hat der Patient in den letzten 12 Monaten?

- Eine Toleranz entwickelt?
- Entzugserscheinungen erlebt?
- Trinklimiten nicht einhalten konnten?
- Viel Zeit mit Trinken / Erholung vom Trinken verbracht?
- Andere Aktivitäten wegen Trinken vernachlässigt?
- Trotz gesundheitlichen Problemen weiter getrunken?

Falls > 3 Punkte erfüllt: Alkoholabhängigkeit



### 3.5. 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 wahrscheinlich die Kosten der Halbprivat- oder Privatabteilung nicht übernimmt. Das Verschweigen einer Diagnose kann als Falschbeurkundung geahndet werden. Langfristige Gesundheitsschäden wie eine äthyltoxische Leberzirrhose werden in der Regel von den Zusatzversicherungen übernommen. Der Entscheid obliegt dem Vertrauensarzt der Versicherung.

### 3.6. Konsil durch den Psychiatrischen Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (PDA)

Die Indikation für das PDA- Konsil ergibt sich aus dem in 3.1. und 3.2. dargestellten klinischen Situationen. Ausgangspunkt ist die Information des Patienten über die (eigene) Beurteilung und die klare Botschaft, dass der gegenwärtige Alkoholkonsum schädlich ist oder ein Risiko für die Gesundheit darstellt, und dass eine Reduktion der Trinkmenge notwendig ist.

Dieses Konsil soll dem Patienten vorgeschlagen werden, wobei man sich durch die Ambivalenz des Patienten nicht irritieren lassen soll. Lehnt ein Patient ein solches Konsil ab, dann sollte die Besorgnis über den gesundheitsschädigenden Effekt des Alkohols bei einer nächsten Gelegenheit (Visite oder Konsultation) erneut geäussert und das therapeutische Vorgehen (=Reduktion der Trinkmenge) erörtert werden.

Im Rahmen des PDA-Konsils werden die Patienten durch suchttherapeutisch geschulte Mitarbeiter beurteilt. Das Konsilium enthält eine Empfehlung für eine allfällige soziotherapeutische, medikamentöse oder psychiatrische Behandlung. Diese Konsilien dienen der nahtlosen Anbindung des stationären Klinikaufenthalts an ambulante Programme. Sie sind ein Instrument der Qualitätskontrolle und -sicherung.

## 4. Therapie alkoholbedingter Komplikationen

### 4.1. Akute Alkoholintoxikation

- Blutalkoholspiegel (‰): 
$$\frac{\text{Gewicht des eingenommenen Alkohols (g)}}{\text{Körpergewicht (kg)} \times F \quad (F = \text{Frauen } 0,6/\text{Männer } 0,7)}$$
- Umrechnungsfaktor mmol/l → ‰: mmol durch 21.71 dividieren
- Abbaugeschwindigkeit: Mann 0.15‰/h, Frau 0.1‰/h
- Frauen sind nach geringeren Mengen intoxikiert als Männer
- Differentialdiagnose: andere psychotrope Substanzen, ZNS-Verletzungen, Epilepsien, Hypoglykämie
- Blutalkoholspiegel ≥ 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 aniongap'-Azidose + Ketonurie; DD: Methanol, Ethylenglykol, Laktazidose, diabetische Ketoazidose. Therapie: Thiamin (Benerva®) i.v. 100 mg + Glukose 5% i.v. + NaCl 0,9%. Cave: tiefes Phosphat; substituieren, wenn < 0.5 mmol/L
- Prinzip der Behandlung: Überwachung, Behandlung von Komplikationen, Entlassung nach Ausnüchterung, ambulante Nachbetreuung organisieren (s. 3.1)

## 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, BK	Durchführung: Kantonsspitaler 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<sup>®</sup> Tabl. oder Expidet à 1mg) 1-2 alle 6 Stunden in den Tagen 1 - 3, anschliessend Reduktion gemäss Klinik Tag 4 - 6
- Carbamazepin (Timonil<sup>®</sup>, Tegretol<sup>®</sup> à 200 mg). Mittel der Wahl bei Polytoxikomanie oder Gefahr der Benzodiazepinabhängigkeit, Tagesdosis 600-800 mg, verteilt auf 3 Tagesdosen, Reduktion nach 3-4 Tagen auf 400 mg für 2 Tage, dann 200 mg für 2 Tage, dann Stop
- in der Regel nicht notwendig, wenn Alkoholkonsum/-Rezidiv ≤ 1 Woche Dauer, keine erkennbaren Entzugssymptome in nüchternem Zustand, geordnete Tagesstruktur, regelmässige Mahlzeiten, genügend Flüssigkeit, Schlaf

#### Ambulanter Entzug im PDA

- 2x täglich Atemluftkontrollen

### 4.2.3 Stationärer Entzug

#### 4.2.3.1. Durchführung

- Anamnese und Status mit besonderer Berücksichtigung von Komorbidität, Folgeschäden, Medikamente
- Dauer: ca. 7 Tage, Phasen antizipieren (ausgeprägteste Symptome nach 2-3 Tagen, Besserung nach 5 Tagen)
- Spitaleintritt in der ersten Wochenhälfte einplanen
- Ambulante oder stationäre Nachbetreuung wenn immer möglich vor Spitaleintritt organisieren, sonst gleich zu Beginn der Hospitalisation, im Rahmen eines PDA-Konsils
- Anticravingsubstanzen (Campral®) frühzeitig einsetzen
- Bei Patienten, welche vorgängig ambulant betreut wurden, ist die gleiche Institution/Bezugsperson (Suchtberater PDA oder Blaues Kreuz, (BK), Psychiater, Hausarzt, EPD) beizuziehen

#### 4.2.3.2 Schweregrad und Komplikationen des Entzugs

Syndrome	Klinik	Beginn nach letztem Drink	Behandlung Wo
Milder Entzug	Zittern, ängstlich, schwitzend, Palpitationen, Uebelkeit	06 - 36 h	Abteilung
Krampfanfälle	Meist generalisiert, selten Status epilepticus	06 - 48 h	IPS
Alkohol-Halluzinose	Optische, akustische, taktile Halluzinationen	12 - 48 h	IPS
Delirium tremens	Tachykardie, Hypertonie, Schweiß, Agitation, Desorientierung, Fieber	48 - 96 h	IPS
Suizidalität	Risiko erhöht während Intoxikation und unmittelbar nach Entgiftung	> 96 h	KPK

#### 4.2.3.3 Pharmakotherapie des stationären Entzugs

Benzodiazepine	Dosis, Verabreichung	Kommentar
Lorazepam (Temesta®) Mittel der 1. Wahl	Übliche Dosis/d: 2-2-5 mg Maximaldosis: 12 mg/d p.o.; i.v.; i.m.	Gebräuchlichstes Medikament, Wirkdauer 5-25 h, Abbau durch Glucuronidierung, keine aktiven Metaboliten
Oxazepam (Seresta®) Tabl. à 15 mg und 50 mg (forte)	Übliche Dosis/d: 15-15-50 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, i.v. 0.1-0.2 mg/kg KG Maximaldosis: 0.3 mg/kg/24 h p.o., i.v., i.m.	Kontrolle von Krampfanfällen Schlechter steuerbar Risiko der Überdosierung

#### 4.2.3.4 Alternativen und Ergänzungen zu Benzodiazepinen

Substanz	Indikation, Dosierung	Kommentar
Clonidin (Catapresan®)	Schwere Unruhe, Kombination mit Benzodiazepinen bei starken vegetativen Entzugssymptomen Beginn mit 3-4 x150-300µg i.v./Tag Maximaldosis: 900 µg/Tag Dosierung p.o.: 150 mg, max. 3-stdl.	Ausschleichen, da sonst Tachykardie, BD-Anstieg, Unruhe, Kopfschmerzen Keine antiepileptische Wirkung
Olanzapin (Zyprexa®)	Unruhe, Halluzinationen, kombinierbar mit Benzodiazepinen. Uebliche Dosis: eintitrieren(0.5- 5 mg p.o./i.m. 4-stdl . Maximaldosis/d: 20-40 mg. Nicht i.m. bei parenteraler Benzodiazepingabe	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 i.v., alle 4 Stunden bei Bedarf	Senkt Krampfschwelle Extrapyramidale NW
Propofol (Disoprivan®)	Refraktäres Delirium Initial: 10-20 mg i.v. bis sediert Erhaltungsdosis: nach Klinik	Zugelassen am intubierten Patienten. <b>Nur auf IPS</b>
Kombinationen	Benzodiazepin + Clonidin ± Haloperidol oder Olanzapin	

#### 4.2.3.5. Nicht empfohlene Medikamente/Substanzen

- Clomethiazol(Distraneurin®): Problematische Nebenwirkungen: bronchiale Hypersekretion, Atemdepression, 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, Infekte, 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, Opioide (ausgelöst durch partielle Antagonisten), Nikotin

### Therapie auf der Notfallstation/Intensivstation

- Prinzip: Supportive Care, vermeiden von Komplikationen, ruhige Umgebung
- Prophylaxe des Thiamin-Defizits: 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 p.o. 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 eines Thiamindefizits durch Glucose i.v.!
- Elektrolyt-Monitoring; Kalium, Magnesium, Phosphat
- Ernährung: Euglykämie anstreben! Cave Hypoglykämien.
- Sedation: s. 4.3.2-4.
- Benzodiazepinbedarf kann eine Überschreitung obiger Maximaldosen erfordern

#### 4.2.5 Suizidalität und Alkohol

Alkoholabhängige haben gegenüber psychisch Gesunden eine deutlich erhöhte Suizidrate (Lebenszeitrisiko). Ca. 25% aller Suizide werden unter Alkoholeinfluss begangen. Risikofaktoren sind frühere Suizidhandlungen, psychiatrische Komorbidität (Depressionen), früher Beginn der Alkoholkrankheit, hohe Trinkmenge, lange Trinkdauer. Am meisten gefährdet sind Patienten während einer akuten Intoxikation aufgrund des Kontrollverlustes und erhöhter Bereitschaft zu aggressivem Verhalten, sowie in der Zeit unmittelbar im Anschluss an einen durchgeführten Entzug. In diesem Moment kann der Realitätseinbruch für den Patienten so unerträglich sein, dass der Suizid als einzige Lösung erscheint.

### 4.3. Therapie des Alkoholabusus und der Alkoholabhängigkeit

#### 4.3.1. Allgemeines

- Interventionen bei Alkoholkrankheit sind gleich erfolgreich wie Therapien chronischer somatischer Erkrankungen (Hypertonie, Diabetes). 50-60% aller Patienten mit Alkoholabhängigkeit sind ein Jahr nach Behandlung abstinent oder weisen ein deutlich besseres Befinden auf.
- Die Compliance determiniert den Erfolg der Therapie Compliance wird durch angemessenes Krankheitsverständnis (Information) und Nebenwirkungsarmut der eingesetzten medikamentösen Therapie verbessert.
- Psychiatrische Komorbidität beeinträchtigt Compliance und Therapie-Erfolg.
- Aufgaben der **Spitalärzte**: Identifikation gefährdeter oder manifest alkohol-kranker Patienten, Work-up der Alkoholkrankheit (Organschäden), Organisation eines PDA-Konsils, 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“) durch trainierte Fachpersonen. Dauer: ca. 1 Stunde, u.a. im Rahmen des PDA-Konsils.
- Der Effekt der Kurzintervention ist noch nach 12-24 Monaten messbar. Der Alkoholkonsum wird durchschnittlich um 41 g/Woche reduziert. [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2007 Apr 18;(2):CD004148

### 4.3.3. FRAMES- Prinzip

Mehrere Studien haben gezeigt, dass ein konfrontatorischer Approach („Beschuldigung“) kontraproduktiv ist. Widerstände gehören zum Wesen der Alkoholkrankheit. FRAMES beschreibt eine Haltung des Arztes. Nach diesem Prinzip arbeiten Fachleute im Umgang mit Alkoholkranken.

FRAMES	Prinzip	Beispiel
<b>F</b> (Feedback)	Durch Alkohol erfahrene od. bestehende Probleme besprechen	„Ihre Laborwerte zeigen mir einen alkoholbedingten Leberschaden“.
<b>R</b> (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“.
<b>A</b> (Advice)	Ausdrücklicher Rat den Alkoholkonsum zu reduzieren	„Ja, ich rate Ihnen, ab jetzt keinen Alkohol mehr zu trinken“
<b>M</b> (Menu of Options)	Therapiemöglichkeiten aufzeigen	„Sollte dies nicht ohne Weiteres möglich sein, gibt es die Möglichkeit einer ambulanten Beratung oder von Medikamenten“.
<b>E</b> (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“.
<b>S</b> (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“.

### 4.3.4. Medikamentöse Therapie der Alkoholabhängigkeit

- In der Schweiz sind z.Zt. 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®), Topiramamat(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)
- Weniger Rückfälle, diese sind weniger schwer. Deshalb: Nach Rückfall nicht absetzen, sondern Therapie weiterführen.
- Nebenwirkungsprofil: Sehr günstig: Durchfälle in 10%, andere NW sind selten. Keine Interaktionen, keine Abhängigkeit, keine andere psychotrope Wirkung
- Kontraindikation: Niereninsuffizienz, dekompensierte Leberzirrhose (Child-Pugh- B:  $\geq 7$  Punkte), Schwangerschaft, Stillzeit
- Dosierung: 3 x 2 Tabletten à 300 mg (Dosis für KG > 60 kg) für 6-12 Monate
- Therapiebeginn unmittelbar nach Entgiftung und in einer Phase hoher Motivation

**Aversiva:** Antabus, s. Anhang 3

#### 4.3.5. Psychosoziale Interventionen durch den PDA

Suchterkrankungen haben starke Auswirkungen auf 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 Patienten) 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 eher empfohlen bei fehlendem psychosozialem Netz, mehrfachen erfolglosen ambulanten Entzugsbehandlungen mit ambulanten Nachfolgetherapien, sozialer Desintegration (Wohnen, Arbeit, Umfeld) und einem indizierten Milieuwechsel.

#### 4.3.6. Hospitalisation in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik (KPK)

Eine Hospitalisation alkoholkranker Patienten in der KPK ist in folgenden Situationen indiziert:

1. Suizidalität
2. Stationäre Krisenintervention
3. Schwere psychiatrische Komorbidität (z.B. Psychosen)
4. Alkoholbedingte psychiatrische Folgeschäden (z.B. Korsakow-Syndrom)
5. Geplanter Entzug

Bei einem geplanten stationären Entzug in der KPK wird vorgängig ein Abklärungsgespräch mit dem Suchtberater der Klinik durchgeführt. Der stationäre Entzug in der KPK dauert in der Regel 14 Tage (somatische Spitäler: etwa 7 Tage). Alkoholranke Patienten, welche im Rahmen einer Krisenintervention hospitalisiert wurden, werden bei Motivation des Patienten durch die KPK einer zweckmässigen ambulanten oder stationären Nachbetreuung zugeführt.

Triage Entzug in somatischem Spital oder KPK: Zwischen der KPK, der Medizinischen Universitätsklinik und der interdisziplinären Notfallstation des Kantonsspital Liestal wurde eine Übereinkunft über den stationären Alkoholentzug getroffen.

Triagerichtlinien:

Entzug in KPK	Entzug im KSL
Patientenwunsch	Patientenwunsch
Suizidalität, schwere psychiatrische Komorbidität, z.B. Schizophrenie	Delir/Prädelir: Bewusstseinstrübung, Halluzinationen, Desorientiertheit, Entzugsepilepsie
FFE wegen Fremd- und Eigengefährdung	GCS < 12, Mischintoxikationen
Fehlen von chronischen somatischen Erkrankungen, welche im Falle einer Verschlechterung eine kontinuierliche somatische Betreuung erfordern	Chronische somatische Erkrankungen, die eine Therapie, resp. deren Anpassung bei Verschlechterung erfordern: z.B. COPD mit O <sub>2</sub> -Bedarf, Leberzirrhose Child-Pugh ≥7 Punkte, akuter Infekt
Risiko eines Delirium tremens klein; unkompliziertes Delir	Risiko eines komplexen Deliriums hoch, z.B. Kombination folgender Risikofaktoren: Alter >60 Jahre, akute Komorbidität, letzter Konsum > 2 Tage zurückliegend
Blutalkoholspiegel < 3‰	Blutalkoholspiegel > 3‰

#### 4.3.7 Ärztlicher Rat

Dieser Rat soll denjenigen Patienten erteilt werden, die sich nach der gesundheitsfördernden Wirkung von Alkohol erkundigen, oder wissen wollen, wie viel Alkohol „unschädlich sei“.

*„Alkohol ist ein ungefährliches Genussmittel, wenn man nicht mehr als 2 alkoholische Drinks (1 Glas Wein, 1 Stange Bier) pro Tag konsumiert und an 2 Tagen pro Woche den Alkohol ganz weglassen kann. In diesen Mengen kann Rotwein möglicherweise das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, senken, dies aber nur bei Männern.). Ich rate zu Alkoholabstinenz in einer Schwangerschaft, bei Schwangerschaftswunsch; beim Führen von Maschinen und Fahrzeugen, bei Lebererkrankungen, bei Einnahme von Medikamenten mit bekannter Interaktion (z.B. Metronidazol) und Psychopharmaka“.*



## Anhang 1:Alkoholkrankheit und psychiatrische Komorbidität

Die in somatischen Kliniken häufigsten Komorbiditäten sind

1. Affektive Störungen
2. Angststörungen
3. Persönlichkeitsstörungen

### 1. Affektive Störungen

Man vermutet die Auslösung der einen durch die andere Störung, evtl. besteht 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. Die stärksten Korrelationen besteht zwischen bipolaren Störungen (= manisch-depressiver Erkrankung) und Alkoholkrankheit. Komorbidität mit depressiven, psychosexuellen Störungen und Angststörungen ist bei Frauen häufiger als bei Männern.

### Diagnostische Beurteilung

Entscheidend ist die Beurteilung während und nach der Alkoholentgiftung. 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<sup>®</sup>), Duloxetine (Cymbalta<sup>®</sup>), Mirtazapin (Remeron<sup>®</sup>), Reboxetin (Edronax<sup>®</sup>)
- Beachte: Pharmakokinetik, aktive Metaboliten, Proteinbindungskapazität, Interaktionen mit anderen psychotropen Substanzen v.a. MAO-Hemmern
- 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, Amitriptylin): Plasmaspiegel durch verschiedene Effekte erhöht, v.a. Verstärkung der Sedation
- Diese Substanzen können und sollen mit Aversiva/Anticraving-Medikamenten kombiniert werden.

## 2. Angststörungen

Ähnliche 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 anhaltendem 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<sup>®</sup>), Duloxetin (Cymbalta<sup>®</sup>), Mirtazapin (Remeron<sup>®</sup>), Reboxetin (Edronax<sup>®</sup>).
- 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 fast 50%: Das Fehlen einer Substanzstörung wird bisweilen als Hinweis gewertet, dass **keine** dieser Persönlichkeitsstörungen vorliegt.

### Medikamentöse Behandlung

- nur symptomatischer Ansatz
- Niedrigpotente Neuroleptika Chlorprothixen (Truxal<sup>®</sup>), Clotiapin (Entumin<sup>®</sup>), Pipamperon (Dipiperon<sup>®</sup>)
- Niedrig dosierte, hochpotente atypische Neuroleptika: Quetiapin (Seroquel<sup>®</sup>)
- 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 den USA. Von den AA selbst publizierte Studien berichten von einer Erfolgsquote von bis 75%. Die wissenschaftliche Evidenz lässt keine Schlüsse über die Wirksamkeit der AA zu ([Cochrane Database Syst Rev.](#) 2006 Jul 19;3:CD005032, SubstUseMisuse. 1999 Nov;34(13):1897-916). Selbsthilfegruppen haben aber als flankierende Massnahme ihren Stellenwert. Entsprechende Angebote gibt es auch beim PDA und dem Blauen Kreuz.

#### Anhang 2: Forensische Aspekte der Alkoholkrankheit

In forensischer Hinsicht stehen drei 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. Zweckmässigkeit der fürsorgliche Freiheitsentziehung (gesetzlicher Fachausdruck, umgangssprachlich „FFE“) bei Alkoholkrankungen

Aufgrund 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

Der chronische Alkoholüberkonsum und damit das Fahren in alkoholisiertem Zustand (FiaZ) ist die wichtigste verkehrmedizinische Problematik insgesamt (*Afflerbach T, Ebner G, Dittmann V. Fahreignung und psychische Störungen. Schweiz Med Forum 2004;4: 701-706*). 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 die Ärzte die Möglichkeit haben, auch gegen den Willen des Patienten 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.

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 bei 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 denken, dass Gewalt häufig ist. Gewaltanwendung sollte gezielt 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 lautet:

### § 22 Schweigepflicht

<sup>1</sup> Die Inhaberinnen und Inhaber einer Bewilligung und ihre Hilfspersonen wahren Stillschweigen über Geheimnisse, die ihnen infolge ihres Berufes anvertraut worden sind oder die sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben.

<sup>2</sup> Sie sind von der Schweigepflicht befreit:

- a. bei Einwilligung der oder des Berechtigten;
- b. mit schriftlicher Bewilligung der Direktion als Aufsichtsbehörde im Sinne des Artikels 321 Ziffer 2 StGB;
- c. bei der Verfolgung ihrer wirtschaftlichen Interessen bei unbezahlten Rechnungen aus ihren Behandlungen gegenüber den gesetzlich vorgesehenen Instanzen;
- d. gegenüber der Strafverfolgungsbehörde in Bezug auf Wahrnehmungen, die auf ein verübtes oder drohendes Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben, die öffentliche Gesundheit oder die sexuelle Integrität schliessen lassen.

### § 23 Meldepflicht

<sup>1</sup> Die Ärztinnen und Ärzte sowie Chiropraktorinnen und Chiropraktoren melden aussergewöhnliche Todesfälle und schwere Körperverletzungen unverzüglich der zuständigen Strafverfolgungsbehörde.

<sup>2</sup> Von der Meldung darf im Interesse des Behandlungsauftrages abgesehen werden, wenn keine Gefahr für Dritte besteht. Ist das Opfer unmündig, ist auf jeden Fall die zuständige Vormundschaftsbehörde zu verständigen.

Vorgehen: Rücksprache mit dem verantwortlichen Vorgesetzten, evtl. mit dem Rechtsdienst des Spitals

## 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 eine FFE aber durchaus sinnvoll sein.

### **Anhang 3: Alkoholentzugssyndrom bei Patienten operativer Fächer**

#### **1. Häufigkeit**

Das Alkoholentzugssyndrom (AES) ist häufig (8% aller Patienten auf Notfallstationen) und tritt je nach Literatur bei bis zu 10% der Patienten nach chirurgischen Eingriffen, bei traumatischen Patienten noch häufiger auf. Patienten mit elektiven Eingriffen im HNO-Bereich erleiden in ca. 3% ein Alkoholentzugssyndrom.

#### **2. Outcome**

Ein schweres Alkoholentzugssyndrom (Delirium, Entzugsepilepsie) hat eine hohe Mortalität und Morbidität. Patienten mit AES erleiden postoperativ häufiger Atemprobleme und müssen häufiger auf die IPS verlegt werden als Patienten ohne AES.

#### **3. Strategien zum Vermeiden des postoperativen AES**

Das Screening mit dem AUDIT-Fragebogen identifiziert mit hoher Sensitivität alle Patienten mit einem erhöhten AES-Risiko. Patienten mit 8 und mehr Punkten erleiden in bis zu 20% ein AES. *Weist ein Patient Indizien auf, ein AES zu erleiden, so ist eine Verschiebung der Operation unter Alkoholabstinenz und Therapie des AES präoperativ sicherer und einfacher als das Management eines postoperativen AES.* Patienten auf der Intensivstation mit AES erleiden häufiger Komplikationen (Infektionen, prolongierte assistierte Ventilation). Eine „präventive“ Therapie des postoperativen AES ist aufgrund der Datenlage und des Nebenwirkungsprofils der verwendeten Medikamente (Atemdepression, Blutdrucksenkung, Vigilanzstörung) nicht zweckmässig. Die Gabe oder Duldung von Alkohol verhindert ein postoperatives AES nicht. Alkohol ist bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit oder -Abusus schädlich. Die Gabe von Alkohol ist deshalb unethisch.

#### **4. Erkennen des postoperativen AES**

Das postoperative AES ist schwierig zu erkennen. In einer retrospektiven Studie aus der Mayo-Klinik wurde die Indikation für eine „symptomorientierte Therapie“ eines vermeintlichen AES nur bei 50% der Patienten richtig gestellt. Bei den fälschlich als AES interpretierten Situationen trafen die Kriterien der intakten Kommunikation und des tatsächlichen Risikokonsums nicht zu. Eine nicht indizierte Therapie wurde vor allem bei Patienten mit Lebererkrankungen, Substanzabusus (nicht Alkohol), nicht-metastasierten Malignomen sowie postoperativer Herzinsuffizienz gefunden. Das beste Tool zum Erkennen und Gradieren eines AES ist der sog. CIWA-Ar. Er ist aber für die klinische Routine ungeeignet.

Ein weniger umfangreicher Score ist der Alcohol Withdrawal Syndrome Type Indicator.

Dessen Aussagekraft ist nur gegeben, wenn der Patient Alkohol in relevanten Mengen konsumiert hat (♀: 20 g/Tag oder 60g/Gelegenheit, ♂: 40 g/Tag oder 80 g/ Gelegenheit) und eine Kommunikation (Gehör, Vigilanz, Sprechen) möglich ist.

<b>AWS Type Indicator</b>	<b>Total</b>	<b>Managementvorschlag</b>
<b>A-Symptome (ZNS-Exzitation)</b> Ist der Patient (1 Kreuz= 1 Punkt) ängstlich oder nervös? <input type="checkbox"/> unruhig? <input type="checkbox"/> gestört durch Licht? <input type="checkbox"/> gestört durch Geräusche? <input type="checkbox"/> <b>Total</b>	_____	<b>Typ A Score <math>\geq 1</math>:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorazepam (Temesta<sup>®</sup>) 1mg b. Bedarf, maximal 12 mg/24 h</li> <li>• Re-Assessment nach 2 Stunden</li> </ul>
<b>B-Symptome (Sympathikotonus)</b> Besteht (1 Kreuz= 1 Punkt) Nausea/Erbrechen? <input type="checkbox"/> Tremor (ausgestreckte Hände)? <input type="checkbox"/> Schweiss auf Stirn/an Händen? <input type="checkbox"/> Syst. BD > 140 mm Hg? <input type="checkbox"/> Diast. BD > 90 mm Hg? <input type="checkbox"/> Herzfrequenz > 100 bpm? <input type="checkbox"/> Extrasystolen, fehlende Schläge? <input type="checkbox"/> <b>Total</b>	_____	<b>Typ B Score <math>\geq 1</math>:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilung bezüglich Hypovolämie, Hypoglykämie, Elektrolytstörung Falls Symptome entzugsbedingt:</li> <li>• Clonidin (Catapresan<sup>®</sup>) gemäss Erfahrung /Ausbildungsstand verordnen, sonst Konsilium Anästhesie/Medizin</li> <li>• Uebliche Dosis p.o. 150-300 mg po bei Bedarf, max. 3-stdl.</li> <li>• Clonidin i.v.: nur auf IPS</li> </ul>
<b>C-Symptome (drohendes Delirium)</b> Der Patient (1 Kreuz= 1 Punkt) Gibt inadäquate Antworten? <input type="checkbox"/> Hört nicht vorhandene Geräusche? <input type="checkbox"/> Sieht nicht vorhandene Dinge? <input type="checkbox"/> Weiss seinen Namen nicht? <input type="checkbox"/> Weiss nicht, wo er ist? <input type="checkbox"/> Weiss nicht, wie lange er im Spital ist? <input type="checkbox"/> Weiss das aktuelle Jahr nicht? <input type="checkbox"/> Weiss den aktuellen Monat nicht? <input type="checkbox"/> Weiss den aktuellen Wochentag nicht? <input type="checkbox"/> <b>Total</b>	_____	<b>Typ C Score <math>\geq 1</math> und Patient kann nicht orientiert und beruhigt werden:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei normaler QT-Zeit im EKG Haloperidol (Haldol<sup>®</sup>) gemäss Erfahrung und Ausbildungsstand verordnen, sonst Konsilium Anästhesie/Medizin.</li> <li>• Übliche Dosis: 2-5 mg i.v./i.m. bei Bedarf max. 2-stdl.</li> <li>• IPS-Indikation ernsthaft prüfen</li> </ul>

## 5. Praktisches Vorgehen

- Anamnese und Status gem. Punkt 2.1 und 2.2. des Manuals
- Bei Patienten mit Risikokonsum oder Zeichen von alkoholtoxischen Folgeschäden: AUDIT-Fragebogen
- Bei AUDIT  $\geq 8$  Punkte und/oder alkoholtoxische Organschäden und Alkoholkonsum bis zum Spitaleintritt: Verschiebung der Operation erwägen
- Beginnendes oder manifestes Delirium tremens: Internistisches/anästhesiologisches Konsilium, Indikation für Überwachung auf IPS stellen und organisieren
- Abklärung und Therapieeinleitung nach Klinik
- Im Zweifelsfall: Entzug präoperativ durchführen (Zeitbedarf: 5-7 Tage)
- Besondere Risikogruppen: Patienten mit Leberzirrhose (kleinere Trinkmengen als bei Lebergesunden), Patienten mit HNO- und Oesophagusmalignomen, Traumatpatienten (Verkehrs-, Arbeitsunfälle, Tötlichkeiten), Patienten aus psychiatrischen Institutionen
- Bei postoperativ auftretendem AES: Vorgehen wie unter Punkt 4.2.3 dieses Manuals

## Anhang 4: Alkohol in der Schwangerschaft

Alkohol ist der bedeutsamste Schadstoff der pränatalen Entwicklung. Er ist eine der häufigsten, nicht-genetischen Ursachen einer geistigen Entwicklungsretardierung bei Kindern, häufiger als Hypothyreose, Phenylketonurie oder Down-Syndrom. 80% der Frauen im gebärfähigen Alter konsumieren Alkohol, nur 6% sind abstinent. Die Folgen des Alkohols in der SS werden weitgehend verdrängt, verharmlost und verschwiegen.

Bei alkoholabhängigen Frauen bleibt eine Schwangerschaft oft unerkannt, weil infolge des chronischen Alkoholkonsums Zyklusunregelmässigkeiten häufig sind. Frauen mit Alkoholabhängigkeit sind sich der Gefahren für das Kind nicht bewusst. Die meisten kindlichen Organfehlbildungen resultieren aus dem unbedachten Weitertrinken zu Beginn der noch unerkannten Schwangerschaft.

Alkoholembryopathie und embryofetales Alkoholsyndrom sind Synonyme, die heute übliche Bezeichnung ist „Fetal Alcohol Spectrum Disease“ (FASD). Die toxische Gefährdung für den Embryo ist im ersten Trimenon, d.h. während der Organdifferenzierung und Organentwicklung am höchsten. Das FASD tritt fast nur bei mütterlicher Alkoholabhängigkeit, sehr selten bei schwerem Missbrauch, nicht aber bei gewöhnlichem Trinken in der SS auf.

Beim FASD ist vor allem das Zentrale Nervensystem betroffen. Körperliche Veränderungen sind nur schwach ausgeprägt. Die Hirnfunktions- und Verhaltensstörungen als Folge der neurotoxischen Wirkung auf das embryonale/fetale ZNS können schwerwiegend sein. Diese entsprechen einem „hirnorganischen Psychosyndrom“ diffuser Art.

Kinder mit einem FASD weisen folgende Merkmale auf:

- Beeinträchtigungen der Intelligenz und des logischen Denkens
- Sprachentwicklungsverzögerungen
- Beeinträchtigung der Merkfähigkeit und des Gedächtnis
- Wahrnehmungsstörungen
- Störungen der Konzentrationsfähigkeit
- Störungen der Grob- und Feinmotorik
- Emotionale Labilität
- Verhaltensstörungen wie Hyperaktivität, hyperkinetisches Syndrom, Impulsivität, Distanzlosigkeit, Mangel an sozialem Feingefühl, Risikobereitschaft

Ausserdem besteht bei diesen Kindern ein erhöhtes Risiko, später selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln.

### Therapie

Alkoholabhängige, schwangere Frauen brauchen eine engmaschige spezialisierte Betreuung. Eine Entzugstherapie während einer Schwangerschaft ist möglich und sollte wenn irgend möglich durchgeführt werden. Die Wahl der Medikamentenzur Unterstützung des Entzugs richtet sich nach dem Stadium der SS. Zweckmässig ist ein stationärer Entzug, wo die Patientinnen engmaschig klinisch beurteilt werden können (24h Ueberwachung). Medikamente sollten nur bei Bedarf und in einer minimalen Dosis eingesetzt werden.

### Prävention

Schwangere oder Patientinnen mit Kinderwunsch: Abstinenz.  
Alkoholabhängige Patientinnen: wirksame Antikonzeption

## Anhang 5: Aversiva: Disulfiram (ANTABUS®)

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

### **Wirkmechanismus**

Disulfiram blockiert selektiv die Aldehyddehydrogenase (ALDH) in der Leber: wird Alkohol konsumiert, kommt es 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. topischer Alkohol, Aftershave 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 (Child-Pugh Stadium 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, schwere Zwischenfälle dokumentiert
- 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 (wie auch BS und SO) nicht mehr durchgeführt



## Anhang 6: 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.

	<b>Fragen</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>Punkte</b>
1	Wie oft habe 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 trinken Sie 6 Gläser Bier, Wein oder Schnaps an einem Tag?	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 brauchen Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie am vorher stark getrunken haben?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich	
7	Wie oft haben Sie im letzten Jahr nach dem Alkoholtrinken Gewissensbisse gehabt oder sich schuldig gefühlt?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich	
8	Wie oft haben Sie sich nicht an die Ereignisse der Nacht zuvorerinnern können, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich	
9	Haben Sie sich oder einen anderen schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr	
10	Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, IhrenAlkoholkonsum zu verringern?	Nie	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr	
						<b>Total</b>	

Name:

Datum:

## 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 4.3.7. umschrieben
- 8-15 Punkte: sog. „Risikotrinker“. Management wie im Szenario 3.2.3, S.6, beschrieben
- >16 Punkte: Hohes Risiko. Diese Patienten erfüllen in der Regel die Diagnose eines Alkoholabusus. Weiterabklärung mittels PDA-Konsil (meist mit integrierter Kurzintervention) gemäss klinischem Szenario wie unter 3.2.4 beschrieben. Folgeberatungen/Monitoring durch Suchtberater oder Hausarzt organisieren
- AUDIT ergibt keine Diagnose
- Fragen 1-3: Risikokonsum aufgrund der Trinkmenge und des Trinkverhaltens
- Fragen 4-6: Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich
- Fragen 7-10: Manifeste gesundheitliche Schädigung durch Alkohol wahrscheinlich

## Anhang 7: 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