

Gesundheitsschädlicher Alkoholgebrauch – risikoarme Trinkmengen

*Informationsmaterial für das Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt (2001)
Volker Kielstein*

Präambel

Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000 – 2005:

Bis zum Jahr 2015 sollten in allen Mitgliedsstaaten, die auf den Konsum von suchterzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotrope Substanzen zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant reduziert werden.

In der Diskussion um Alkoholprobleme ist die Aufmerksamkeit meist einseitig *Kopenhagen 1998* auf die Gruppe der Alkoholabhängigen gerichtet. Das sind die Menschen, deren Beziehung zum Alkohol durch ein „unwiderstehliches Verlangen“, durch „Minderung der Kontrolle über die Trinkmengen“, durch Entzugserscheinungen und durch „Wiedereinsetzen der Abhängigkeit nach Phasen der Abstinenz“ gekennzeichnet ist.

Ein zusätzliches Kriterium ist die Toleranz gegenüber Alkohol, die zunächst steigt und in spätem Stadium wieder abfällt. Die steigende Toleranz ist nicht spezifisch für Alkoholabhängige sondern sie entwickelt sich bereits in dem Stadium, in dem jemand zu oft und zu viel trinkt, ohne bereits abhängig zu sein. 3 – 5 % der Bevölkerung gelten als alkoholabhängig. Das gesundheitspolitisch größte Problem ist nicht die Abhängigkeit sondern der Alkoholmissbrauch, von dem je nach Erhebungsmethode 15 – 20 % der Bevölkerung betroffen sind. In einer Untersuchung an Hausarztpatienten in Sachsen-Anhalt wurde gefunden, dass mehr als 40 % der Männer im erwerbsfähigen Alter Alkoholmissbrauch betreiben. Alkoholmissbräucher unterscheiden sich von Abhängigen u. a. dadurch, dass die Rückkehr zum „kontrollierten“ Trinken, also Einhaltung relativ ungefährlicher Häufigkeiten und Mengen möglich ist, etwas, was Alkoholabhängige wegen ihres pathobiochemisch begründeten Zwangs zum Weitertrinken nicht können.

Alkoholmissbräucher und Alkoholabhängige unterscheiden sich prinzipiell nicht in Bezug auf alkoholbezogenen Störungen im somatischen, psychischen und sozialen Bereich.

Ziel von ärztlicher Aufklärung und Gesundheitsprogrammen muss sein, schädlichen Alkoholgebrauch zu erkennen, über gesundheitliche und soziale Folgen aufzuklären und den Konsumenten mit schädlichem Gebrauch an ein risikoarmes Trinken heranzuführen.

1. Erkennung des schädlichen Alkoholgebrauchs

1.1. Trinkmengen

Bei der Trinkmengerhebung wird meist der erste Fehler gemacht: „Wie viel trinken Sie denn so im Schnitt?“. Auf diese Frage geben die meisten Menschen ihre mittlere Trinkmenge an. Übersehen wird, dass durchschnittliche Menschen mindestens zwei Trinkniveaus besitzen, z.B. ein mittleres in der Woche und ein höheres am Wochenende.

Die bessere Fragetechnik wäre:

- Wie viel trinken Sie an? „normalen Tagen“ An wie viel Tagen im Monat trinken Sie so viel?

- Wie viel schaffen Sie, wenn Sie große Mengen Alkohol trinken (z. B. am Wochenende, bei Feiern, Stress usw.)? An wie viel Tagen im Monat trinken Sie so viel?
- Wie viele Tage im Monat trinken Sie keinen Alkohol?

Mit dieser Fragetechnik wird das Bild schon realistischer. Eine weitere Unsicherheit vieler Berater besteht darin, dass sie nicht wissen, wie viel Alkohol in welchen Getränken enthalten ist. Aufschluss gibt folgende Tabelle:

Berechnung der Reinalkoholmenge in Gramm

1,0 l Bier	(etwa 05 Vol.-% Alk.) =	40 g
0,7 l Wein	(etwa 11 Vol.-% Alk.) =	60 g
0,7 l Sekt	(etwa 12 Vol.-% Alk.) =	65 g
0,7 l Süßwein	(etwa 20 Vol.-% Alk.) =	110 g
0,7 l Likör	(etwa 30 Vol.-% Alk.) =	170 g
0,7 l Schnaps	(etwa 40 Vol.-% Alk.) =	220 g
1 kl. Schnaps etwa 0,02 l	(etwa 40 Vol.-% Alk.) =	6 g
1 gr. Schnaps etwa 0,04 l	(etwa 40 Vol.-% Alk.) =	13 g

In der Bevölkerung und auch beim beratenden Personal wird sehr oft der Alkoholgehalt des Bieres unterschätzt: „Ich trinke am Abend doch nur 6 halbe Liter Bier“, für viele nichts Besonderes. 6 halbe Liter Bier haben 120 g Reinalkohol, das ist mehr als eine halbe Flasche Schnaps. Bei einer halben Flasche Schnaps denken die meisten Leute (mit Recht!), dass das zu viel ist. Unterschätzt wird auch der Schnapskonsum. „Ich trinke ja nur 3 Schnäpse am Abend“. Ein kleiner Schnaps hat 6 g Reinalkohol, den trinkt aber keiner, wenn, dann wird ein „Doppelter“ bestellt (13 g) und das, was die Leute am Abend in ihren großvolumigen Schnapsschwenker gießen, ist oft ein „Vierfacher“. 3 Schnäpse können also 18, 36 oder 72 Gramm Reinalkohol bedeuten.

1.2. Grenzmengen für risikoarmen Alkoholgebrauch

„Es gibt keinen risikofreien Alkoholgebrauch. Man kann lediglich eine risikoarme, maximale Trinkmenge angeben“. (Seitz, H. Deutsches Ärzteblatt vom 2. Juni 2000). Da die Leber bei Frauen viel empfindlicher auf Alkohol reagiert, sollten Frauen nur die Hälfte bis 2/3 der Trinkmengen der Männer zu sich nehmen. Lange Zeit galt folgende Formel 40 g täglich für einen Mann, 20 g täglich für eine Frau. Diese Formel musste revidiert werden, denn von diesen Mengen an kann es bereits Fettstoffwechselstörungen, eine Steigerung der Schlaganfallhäufigkeit bei Männern, eine Steigerung des Brustkrebsrisikos bei Frauen, Störungen des natürlichen Schlafablaufs und soziale Probleme geben. Man könnte auch auf die Idee kommen, diese tägliche Menge einmal pro Woche zu trinken:

280 g für Männer oder 140 g für Frauen. Das wären mehr als 1 große Flasche Schnaps bzw. mehr als die Hälfte davon an einem Tag – ein gefährliches Trinkmuster.

Obwohl es Menschen gibt, die ohne Schaden täglich einen kleinen Schnaps oder ein Glas Bier trinken, und auch dabei bleiben, ist „tägliches Trinken“ generell nicht zu empfehlen. Denn:

Wer täglich trinkt, neigt dazu, seine tägliche Trinkmenge langsam zu steigern und läuft Gefahr, in gesundheitsgefährdende Bereiche zu kommen.

Einem englischen Programm für „vernünftiges Trinken“ ist eine Regel entnommen, die dem unserer Kultur innewohnenden Bedürfnis nach Alkohol entgegenkommt und m. E. ein sehr risikoarmes Trinkmuster darstellt.

Für einen gesunden erwachsenen Mann gilt als Obergrenze: 3 bis 4 Tage in der Woche keinen Alkohol, pro Gelegenheit nicht mehr als 60 g Reinalkohol, nicht mehr als 150 g pro Woche. Für erwachsene, gesunde Frauen liegt die Grenze bei der Hälfte dieser Trinkmengen.

Wir sehen z. B. bei alkoholauffälligen Kraftfahrern, die diese Regel einhalten, eine Normalisierung der Leberwerte, ein Rückgang von anderen alkoholbezogenen Störungen (z. B. Hypertonie), eine Verminderung von Risikoverhalten und eine Verbesserung sozialer Beziehungen. Voraussetzung für diesen risikoarmen Konsum ist allerdings, dass keine zusätzlichen Krankheitsrisiken bestehen, z. B. Lebererkrankungen (Hepatitis C!), weiterbestehender Bluthochdruck, verschiedene Stoffwechselstörungen, familiäre Häufung von Brustkrebs u.a.. Punktnüchternheit ist zu fordern in der Schwangerschaft, im Straßenverkehr, bei der Arbeit, in der Ausbildung, beim Sport.

1.3. Medizinische Diagnostik des schädlichen Alkoholgebrauchs

Für den Arzt lassen bestimmte Krankheiten (Bluthochdruck, unklare Magenbeschwerden, häufige Unfälle, „schlechte“ Leberwerte u.a.) den Verdacht aufkommen, dass Alkoholmissbrauch vorliegt. Diese Störungen können natürlich auch andere Gründe haben, und es ist schwierig, wenn nicht geradezu unmöglich, Beschwerden und körperliche Befunde festzustellen, die mit Sicherheit allein auf Alkoholmissbrauch hinweisen.

Die Wahrscheinlichkeit einer richtigen Diagnose kann erhöht werden, wenn man verschiedene Krankheitszeichen, die bei Alkoholmissbrauch gehäuft auftreten, kombiniert. Jedes medizinische Labor ist in der Lage, die Enzyme GGT (Gammaglutamyltransferase), ASAT (Asparataminotransferase) und ALAT (Alaninaminotransferase) zu bestimmen. Diese Enzyme kommen stark gehäuft (GGT) und gehäuft (ASAT und ALAT) bei alkoholbedingten Leberschädigungen vor. Relativ häufig werden bei Menschen mit erhöhtem Alkoholkonsum eine 2 bis 4fache Erhöhung der GGT und normal bis gering erhöhte Werte von ASAT und ALAT gefunden. Häufig ist auch MCV, das mittlere korpuskuläre Erythrozytenvolumen, erhöht.

Eine andere Möglichkeit, Menschen mit problematischem Alkoholverbrauch zu erkennen, ist der sogenannte Trauma (Verletzungs-) Fragebogen nach SKINNER:

Seit ihrem 18. Geburtstag –

- a) Hatten Sie irgendwelche Brüche oder Verrenkungen Ihrer Knochen oder Gelenke?
- b) Haben Sie sich bei einem Straßenverkehrsunfall verletzt?
- c) Haben Sie sich am Kopf verletzt?
- d) Wurden Sie bei einem Angriff oder Kampf verletzt (ausgenommen Verletzungen während des Sports)?
- e) Wurden Sie während oder nach dem Trinken alkoholischer Getränke verletzt?

Wer in diesem Test 2 oder mehr Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist mit 70 %iger Gewissheit „Problemtrinker“, d. h., er trinkt täglich 60 g Reinalkohol und mehr. Interessant ist die Feststellung von Untersuchern, dass von täglich 60 g Reinalkohol an nicht nur mit einem sprunghaften Ansteigen der Leberschrumpfungshäufigkeit zu rechnen ist, sondern dass von diesem Grenzwert an auch regelmäßig soziale Probleme zu erwarten sind.

Der kürzeste Test zur „Entlarvung“ von Problemtrinkern ist der CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eyeopener):

Beurteilen Sie die letzten 12 Monate!

1. Waren Sie der Meinung, dass Sie Ihr Trinken einschränken sollten?
2. Ärgerte es Sie, dass andere Ihr Trinken kritisierten?
3. Fühlten Sie sich schlecht oder schuldig wegen des Trinkens?
4. Tranken Sie als erstes am Morgen, um Ihre Nerven zu stärken oder einen Kater loszuwerden („Augenöffner“)?

Nach SKINNER ist es mit dem CAGE möglich, 9 von 10 starken Trinkern zu identifizieren. Der Test fällt positiv aus, wenn 2 und mehr Fragen positiv beantwortet werden. An der „Addiction Research Foundation“ in Toronto, Kanada, wurde ein weiteres Instrument zur Entdeckung von Problemtrinkern (Alkoholmissbräuchlern) entwickelt: Der sogenannte Klinische Alkoholindex (SKINNER und HOLT 1987) besteht aus einem Fragebogen mit Angaben zur medizinischen Vorgeschichte und einem Fragebogen zur Erfassung von körperlichen Untersuchungsbefunden. Für jeden der beiden Fragebögen gilt: Wird ein Grenzwert von 4 positiven Antworten erreicht oder überschritten, liegt mit knapp 90 %iger Sicherheit fest, dass der Betroffene ein Problemtrinker ist.

Fragebogen mit Angaben zur medizinischen Vorgeschichte (SKINNER und HOLT 1987)

Welche Beschwerden hatten Sie im letzten Jahr/Nachuntersuchungszeitraum?

- | | |
|---|---------|
| 1. Hatten Sie Konzentrationsstörungen? | ja/nein |
| 2. Machten Sie sich Gedanken wegen geistiger Störungen? | ja/nein |
| 3. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern? | ja/nein |
| 4. Traten bei Ihnen Halluzinationen (Trugwahrnehmungen) auf? | ja/nein |
| 5. Beobachteten Sie morgendliches Händezittern? | ja/nein |
| 6. Wurden Sie durch furchterregende Träume beunruhigt? | ja/nein |
| 7. Wachten Sie häufig mit Kopfschmerzen auf? | ja/nein |
| 8. Hatten Sie häufig Händezittern? | ja/nein |
| 9. Wurden Sie durch einen Angriff oder eine Schlägerei verletzt?
(ausgenommen Verletzungen während des Sports) | ja/nein |
| 10. Wachten Sie gewöhnlich mit einem durstigen Gefühl auf? | ja/nein |
| 11. Hatten Sie eine trockene und belegte Zunge? | ja/nein |
| 12. Litten Sie an den meisten Tagen unter Husten? | ja/nein |
| 13. Hatten Sie häufig schleimigen Auswurf? | ja/nein |

Anzahl der positiven Antworten

Fragebogen zur Erfassung von körperlichen Untersuchungsbefunden (SKINNER und HOLT 1987)

Hände

1. Tremor der Hände (feines Zittern der ausgestreckten und nicht unterstützten Hände) ja/nein
2. Palmar-Erythem (permanent rote Färbung der proximalen und lateralen inneren Handflächen) ja/nein
3. Nikotinflecken (braune Flecken gewöhnlich zwischen Zeige -u. Mittelfinger) ja/nein

Kopf

4. Gesichtsrötung (anhaltend rote Aufwallung des Gesichts) ja/nein
5. Rhinophym (Erweiterung der Talgfollikel und bläulich-rote Färbung des unteren Teils der Nase, Gefässerweiterungen an den Nasenflügeln) ja/nein
6. Belegte Zunge (verschiedene Grade von festem Belag auf der Oberfläche der Zunge) ja/nein
7. Ödem des weichen Gaumens oder Rachens (unverkennbare Schwellung des weichen Gaumens, der Tonsillargegend und/oder der Uvula, gewöhnlich verbunden mit einer Rötung, aber ohne Infektion) ja/nein

Abdomen

8. Kollateralkreislauf (Venenerweiterung in einer radialen Verteilung vom Nabel nach außen gehend oder an der vorderen Bauchwand, „Caput medusae“) ja/nein
9. Abdominale Druckempfindlichkeit (Druckempfindlichkeit infolge beliebiger Gründe, auslösbar durch normale Palpation an irgend einer Stelle des Abdomens) ja/nein

Gesamtkörper

10. Zigarettenverbrennungen (neuere oder alte Brandmarken oder -narben an den Händen und/oder am Körper) ja/nein
11. Hämatome/Abschürfungen (Hämatome oder Hautabschürfungen infolge einer neueren und/ oder vergangenen Verletzung) ja/nein
12. Narben infolge eines Traumas (mehr als eine Narbe infolge einer neueren oder vergangenen Verletzung, ausgenommen selbst gewählte chirurgische Eingriffe) ja/nein
13. Tätowierungen (subkutane Infiltration von Tusche oder Farbe aus kosmetischen Gründen) ja/nein
14. Gynäkomastie (nur Männer, Drüsen- und Fettgewebevermehrung beider Brustdrüsen) ja/nein
15. Spider naevi (> 5) (mehr als 5 vaskuläre, spinnenähnliche Schädigungen mit einem zentralen Versorgungsgefäß in dem Teil des Körpers, welcher mit dem Einflußgebiet der V. cava superior übereinstimmt) ja/nein

Bewegungsfunktion

16. Liniengang (Unfähigkeit eines Individuums auf einer geraden Linie durch Gegeneinanderstellen der Ferse des vorderen Fußes mit der Zehe des gewichtstragenden Fußes zu gehen) ja/nein

17. Tiefe Kniebeuge (Unfähigkeit eines Individuums, eine hockende Position mittels Beugen beider Knie einzunehmen und zu einer aufrechten stehenden Position zurückzukehren, ausgenommen Klienten mit bekannten Muskel- oder Knochenkrankheit und Geschädigte oder Ältere) ja/nein

Anzahl der positiven Zeichen

1.4. Behandlung des schädlichen Alkoholgebrauchs

Wenn man Geld und Arbeitskraft zur Bekämpfung von Alkoholproblemen einsetzen will, so sollte man nach Auffassung der WHO vor allem bei der Früherkennung und Frühbehandlung des schädlichen Alkoholkonsums, des Alkoholmissbrauchs ansetzen.

Ein Alkoholmissbräuchler ist prinzipiell in der Lage, sein Trinken zu steuern. Oft ist ihm nicht bekannt, dass er sich durch seine Trinkmengen und die Trinkhäufigkeit gesundheitlich oder sozial gefährdet.

Wenn er in einem vertrauensvollen Gespräch mit seinem Hausarzt oder Berater erfährt, dass seine Organstörungen, seine „schlechten“ Leberwerte, seine Leistungsschwäche, seine Schlafstörungen oder andere Beschwerden durch erhöhten Alkoholverbrauch hervorgerufen sind, ist er oft bereit, sein Trinken zu vermindern.

Ziel ist es, ihn zu motivieren, bestimmte Grenzmengen und Häufigkeiten einzuhalten (s. o.). Es empfiehlt sich, bis zur sicheren Änderung des Trinkverhaltens ein kleines Heft anzulegen, in dem zur Selbstkontrolle Trinkmengen und -häufigkeiten protokolliert werden.

Die Einhaltung der Trinknormen kann durch die GGT Werte überprüft werden. Hält sich das Trinken in den vorgegebenen Grenzen, normalisiert sich dieser Enzymwert. Günstig ist, wenn die Einhaltung der Grenzwerte durch einen Angehörigen bestätigt werden. Vorsicht ist geboten, wenn das starke missbräuchliche Trinken länger als 10 Jahre besteht. Dann könnte bereits eine Alkoholabhängigkeit vorliegen, die wegen der Unfähigkeit, den Alkoholkonsum zuverlässig zu steuern, eine andere Behandlungsstrategie, nämlich Totalabstinenz erfordert. Nach mehr als 10 Jahre andauerndem Missbrauch können auch Organstörungen (z. B. schwere Lebererkrankung) vorliegen, die weiteren Alkoholverbrauch verbieten.

In einem Schwedischen Programm wurden 400 Alkoholmissbräuchler identifiziert, 200 erhielten eine Intervention bestehend aus genauer Diagnostik, Beratung, Laborkontrollen und Interviews alle 4 Wochen über 1 Jahr und gelegentlichen Gesprächen mit den Ehepartnern. Die übrigen 200 erhielten nur den Rat, weniger zu trinken. Innerhalb der weiteren 5 Jahre hatten die 200 Klienten der Interventionsgruppe 800 Krankenhaustage, die Klienten der Kontrollgruppe 2400 Krankenhaustage. In einer ähnlichen Studie und je 200 Klienten gab es innerhalb der Interventionsgruppe nach 5 Jahren 5 Verstorbene, in der Kontrollgruppe 10 Verstorbene.

Insgesamt kann man sagen, dass die meisten Menschen mit schädlichem Alkoholgebrauch motiviert sind, ihr Trinkverhalten zu ändern, wenn sie über die schädlichen Alkoholfolgen aufgeklärt werden und zur Stabilisierung ihrer Einstellungsänderung etwa 1 Jahr in einem grobmaschigen Beratungsprogramm verbleiben.

2. Krankheiten infolge schädlichen Alkoholgebrauchs

Im Folgenden soll kein Überblick über die Vielzahl von alkoholbezogenen Krankheiten gegeben werden, lediglich einige Schlaglichter auf markante Zusammenhänge und neuere Forschungsergebnisse.

Wenn wir die Tabakwaren außer acht lassen, ist heute Alkohol weltweit das Suchtmittel mit den verheerendsten gesundheitlichen Auswirkungen. In der Bundesrepublik sterben jährlich mehr als 90.000 Menschen an den Folgen des Nikotins, 40.000 an den Folgen des Alkohols, weniger als 2.000 an Drogen.

Alkoholfolgeerkrankungen belegen nach Herz-Kreislauf-Krankheiten den 3. Platz in der

Weltrangliste der häufigsten Krankheiten. Die Lebenserwartung wird durch Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit um 10 – 15 Jahre vermindert, die Selbstmordgefährdung ist um ein Vielfaches erhöht. Bei 20 % der Gesamtbevölkerung muss mit alkoholbedingten gesundheitlichen Schäden gerechnet werden. Die Betroffenen sind oft vorgealtert (mehr als 5 Jahre). Von Lebererkrankungen (Fettleber, Hepatitis, Leberzirrhose) sind besonders Frauen wegen ihrer erhöhten Empfindlichkeit des Leberstoffwechsels betroffen. Die alkoholbedingten Lebererkrankungen gehen gewöhnlich mit Hormonstörungen einher: Verminderter Testosteronspiegel mit Hodenatrophie beim Mann, Feminisierung mit erhöhten Östradiolspiegeln; bei Frauen Erhöhung der Östradiolwerte mit erhöhtem Herzinfarkt- und Brustkrebsrisiko.

Der Gastrointestinaltrakt ist mit Häufung von Magenschleimhautentzündungen, Magen und Duodenalulcera, akuter und chron. Pankreatitis (einschließlich Diabetes), weiterhin mit erhöhter Gefahr von

Mundhöhlencarcinom,
Rachenkrebs,
Kehlkopfkrebs,

besonders bei Schnapstrinkern,

Dickdarmkrebs

bei Biertrinkern beteiligt.

Die Schwächung des Immunsystems führt gehäuft zu bakteriellen Infektionen, aber auch zu einem erhöhten Tumorrisiko (doppelter Durchschnittskonsum bei Tumorpatienten generell). Erhöhter Alkoholkonsum erhöht das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen: Bluthochdruck, alkoholische Herzmuskelerkrankungen und Rhythmusstörungen, einschließlich erhöhtem Schlaganfallrisiko. Moderater Alkoholkonsum (1 bis 2 Gläser Wein oder Bier 0,3 l täglich) soll einen günstigen Effekt auf das Herz-Kreislaufisiko haben. Diese Zusammenhänge, die besonders gern von der Getränkeindustrie publiziert werden, müssen etwas differenzierter gesehen werden. Das Herzinfarktisiko ist erhöht bei Männern ab 35 Jahren, bei Frauen ab der Menopause. Die kardioprotektive Verordnung von Alkohol vor diesen Lebensabschnitten hat also keinen Einfluss auf das Infarktisiko.

Wenn jemand im gefährdeten Alter ist, sollte er vor allem Risikofaktoren wie Tabak, Überernährung, Bewegungsarmut, Stress abstellen und nicht versuchen, diese Risiken mit täglichem Rotwein zu beseitigen. Sollte er dennoch moderate Alkoholmengen bevorzugen, dann nicht täglich (Gefahr der Dosissteigerung).

Ein weiteres Argument gegen den täglichen, routinemäßigen Einsatz von Alkohol: Bei Frauen steigt das Brustkrebsrisiko ab 20 g Reinalkohol am Tage erheblich an.

Abb. 1 – Sterblichkeitsrate an Brustkrebs bei Frauen /s. Anlage

Die Alkoholembryopathie (Minderwuchs und Missbildungen bei neugeborenen Kindern) ist die dritthäufigste angeborene Entwicklungsstörung. Über 40 % der alkoholabhängigen Frauen sollen während der Schwangerschaft trinken. 25 – 45 % der Kinder alkoholabhängiger Frauen sind im Sinne einer Alkoholembryopathie geschädigt. Jährlich werden mehr als 3000 Kinder mit diesen Störungen geboren, die Dunkelziffer, besonders für geringer ausgeprägter Schädigungen, ist erheblich.

Im Bereich des peripheren Nervensystems tritt häufig eine alkoholische Polyneuropathie auf: Muskelkrämpfe und Schwäche in den Beinen, meist verbunden mit Sensibilitätsstörungen in den Unterschenkeln („Laufen wie auf Watte“). Die Rückbildung der Polyneuropathie ist trotz Abstinenz, Physiotherapie und medikamentöser Unterstützung langwierig. Die alkoholtoxische Wesensänderung ist zunächst gekennzeichnet durch eine „emotionale Abstumpfung“ mit zunehmender Unfähigkeit, gefühlsmäßig, „automatisch“ adäquat auf alltägliche Situationen im Beruf oder im sozialen Leben zu reagieren.

Später kommen Störungen des Gedächtnisses und des Konzentrationsvermögens, Einbußen an Kritik- und Urteilsfähigkeit hinzu, die Geschwindigkeit von Gedanken und Bewegungsabläufen ist vermindert. Weiterhin vermindertes Durchhaltevermögen, Unzuverlässigkeit und mangelhafte Sorgfaltsleistung; schließlich ruft Alkohol langfristig Angst und Depressionen hervor.

Die genannten Störungen sind weitgehend rückbildungsfähig, selbst bei fortgeschrittener Schädigung gibt es durch Abstinenz deutliche Verbesserungen. Lange Zeit wurde die Fähigkeit des Gehirns, eingetretene Störungen langfristig auszugleichen, unterschätzt. Wir kennen Alkoholabhängige, die wieder voll leistungsfähig werden, teilweise über ihr früheres Niveau hinaus.

Edwards hat in seinem Buch Alkoholkonsum und Gemeinwohl (deutsche Übersetzung 1997) aktuelle Forschungsergebnisse über den Zusammenhang zwischen Alkoholconsummengen und gesundheitlichen Auswirkungen veröffentlicht:

Abb. 2 Allgemeine Sterblichkeit bei Männern (s. Anlage)

Abb. 3 Sterblichkeit infolge Schlaganfall bei Männern (s. Anlage)

Abb. 4 Sterblichkeit bei jungen schwedischen Wehrpflichtigen (s. Anlage)

Anlagen

Sterblichkeitsrate an Brustkrebs bei Frauen: Alkoholkonsum und relatives Risiko. Fünf prospektive Studien.

Hiatt und Bawol (1984)

Willet et al. (1987)

Schatzkin et al. (1987)

Hiatt et al. (1988)

Gatspur et al. (1992)

Allgemeine Sterblichkeit bei Männern: Alkoholkonsum und relatives Risiko. Sieben prospektive Studien

Dyer et al. (1980)
Kagan et al. (1981)
Klatsky et al. (1981)
Marmot et al. (1982)
Kono et al. (1986)
Shaper et al. (1988)
Boteffa und Garfinkel (1990)

**Sterblichkeit infolge Schlaganfall bei Männern:
Alkoholkonsum und relatives Risiko. Sieben prospektive**

Studien

Donahue et al. (1986)	Shaper et al. (1991)
Gill et al. (1986)	Ben-Shlomo et al. (1992)
Kono et al. (1986)	Boteffa und Garfinkel (1990)
Semenciwet al. (1988)	

Der Bericht von Kono et al. (1986) umfasst gleichermaßen
Ereignis wie auch Tod durch Schlaganfall.

**Sterblichkeit bei jungen schwedischen Wehrpflichtigen:
Alkoholkonsum (g/Woche) und Sterblichkeit pro 1.000
Befragter innerhalb von 15 Jahren infolge von Gewalt ()
und anderer Ursachen ().**

Quelle: Andreasson et al. (1988)