

Informationen zum Thema:

Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke

Autoren: Prof. Dr. med. Helmut Seitz, Prof. Dr. Gerhard Bühringer

1. Wissenschaftlicher Kenntnisstand

Der Konsum von alkoholischen Getränken ist grundsätzlich mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von akuten und chronischen (psychischen und somatischen) Erkrankungen und sozialen Problemen verbunden (im Folgenden als *Störungen* zusammengefasst). Eine umfassende Übersicht hierzu inklusive daraus abgeleiteter Folgerungen für die Alkoholpolitik wurde von Babor et al. (2003) vorgelegt. Sie wurde ins Deutsche übertragen und um spezifische Aspekte aus dem deutschen Sprachraum ergänzt (Babor et al. 2005). Ganz aktuell gibt es zu dem Themenbereich ein neues Papier (Anderson et al. 2006), welches im Auftrag der EU erstellt wurde.

In den letzten Jahren wurden von verschiedenen Medizinischen Gesellschaften Schwellendosen im Umgang mit Alkohol publiziert, bei deren Einhaltung ein relativ niedriges Risiko für die Entstehung alkoholassoziierter Störungen besteht. Diese Empfehlungen variieren international, aber auch von Fachgesellschaft zu Fachgesellschaft, abhängig davon, ob es sich dabei um Ernährungswissenschaftler, Gastroenterologen, Suchtmediziner, Onkologen oder Kardiologen handelt.

Es ist festzuhalten, dass jedes Organ des menschlichen Körpers unterschiedlich auf Alkohol reagiert und dosisabhängig geschädigt werden kann. So ist die Schwellendosis für ein erhöhtes Risiko der Leber anders als die für ein Mammakarzinom (Seitz und Stickel 2007). Um also eine Schädigung des Gesamtorganismus zu verhindern, sollte man die Schwellendosis einhalten, bei der das dosissensibelste Organ berücksichtigt wird, um keinerlei alkoholassozierte Störungen zu riskieren. Weiterhin erhöhen akute (z. B. Intoxikation) und chronische Störungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, alkoholbedingte Depressionen, Alkoholabhängigkeit) auch das Risiko für zahlreiche *soziale Probleme* (z. B. Verlust der Fahrerlaubnis, Familienstörungen, Arbeitsplatzverlust). Zu Gunsten eines individuellen Risikos muss man sich von einem populationsassoziierten Risiko verab-

schieden. Jeder Mensch hat ein individuell unterschiedliches Risiko für alkoholbezogene Störungen, bedingt durch das Zusammenspiel seiner genetischen Ausstattung und seiner Lernerfahrungen.

In den letzten 15 Jahren wurden neben den alkoholassoziierten Risiken auch der alkoholassoziierte Nutzen intensiv diskutiert. Hierbei handelt es sich um einen günstigen Effekt von Alkohol auf die Entstehung der Arteriosklerose insbesondere der koronaren Herzerkrankungen und des ischämischen Schlaganfalls. Aufgrund dieses günstigen Wirkprofils von Alkohol wurde Alkohol in bestimmten Dosen vor allem von Kardiologen empfohlen. Auch hier besteht ein individueller und kein globaler Nutzen. Der ältere Mensch nach durchgemachtem Herzinfarkt oder mit mehr als einem Risikofaktor für einen Herzinfarkt (ausgenommen Hypertonus) kann von einer kleinen Menge Alkohol (bis zu 30 Gramm pro Tag beim Mann) diesbezüglich profitieren, während der jüngere Mensch ohne solche Risikofaktoren keinerlei Nutzen zieht. Es sei am Rande erwähnt, dass der protektive Effekt von Alkohol auf die Gefäße in der Zwischenzeit wieder etwas in Zweifel gezogen worden ist. Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass eventuell die Bezugsgröße, nämlich die Gruppe von Menschen, die keinen Alkohol trinken, in Frage gestellt werden muss. In diesem Zusammenhang soll auf weiterführende Literatur verwiesen werden (*Inoue et al. 2001*).

Eine sehr sorgfältige Untersuchung, in Auftrag gegeben vom Bundesministerium für Gesundheit aus dem Jahre 2000 (Burger et al, 2000), hat alle nennenswerten Publikationen zum Thema alkoholassoziierten Krankheiten und Probleme zusammengefasst, sie entsprechend ihrer Qualität gewertet und kam zu dem Schluss, dass eine Alkoholzufuhr, bei der der präventive Charakter des Alkohols weitgehend ausgeschöpft ist, während die nachteiligen Konsequenzen unwahrscheinlich sind, bei Männern zwischen 20 und 24 g Alkohol pro Tag und bei der Frau zwischen 10 und 12 g Alkohol pro Tag liegt. Das bedeutet beim Mann etwa 0,5-0,6 Liter Bier (5 % Alkoholgehalt) oder etwa 0,25-0,3 Liter Wein (10-12 % Alkoholgehalt) und bei der Frau die Hälfte. Ähnliche Daten wurden als „Guidelines for Americans“ von der United States Department of Health and Human Services im Jahre 2005 publiziert (*Dietary Guidelines for Americans, 2005*) und sind mit denen der deutschen Studie identisch. Die Werte gelten allerdings nur für den gesunden Menschen ohne genetische und erworbene gesundheitliche Belastung!

2. Empfehlungen

Aufgrund des wissenschaftlichen Kenntnisstandes empfiehlt das Wissenschaftliche Kuratorium folgende Regeln für den Umgang mit alkoholischen Getränken:

1. Die risikoarme Schwellendosis im Umgang mit Alkohol beim gesunden Menschen ohne zusätzliches genetisches oder erworbenes Risiko liegt beim Mann bei 24 g Alkohol pro Tag

und bei der Frau bei 12 g Alkohol pro Tag. Dies entspricht etwa 0,5-0,6 Liter Bier oder 0,25-0,3 Liter Wein mit einem durchschnittlichen Alkoholgehalt; für Frauen die Hälfte.

2. Auch bei dieser Alkoholdosis sollten mindestens 2 alkoholfreie Tage pro Woche eingehalten werden (*Kornhuber, 2001*).
3. Alkohol sollte komplett gemieden werden:
 1. Am Arbeitsplatz
 2. Bei der Bedienung von Maschinen
 3. Im Straßenverkehr
 4. Beim Sport
 5. In der Schwangerschaft und während der Laktation
 6. Nach Behandlung einer Alkoholabhängigkeit
4. Jugendliche sollten Alkohol weitgehend meiden, um einen alkoholassoziierten negativen Effekt auf das wachsende Individuum zu verhindern.
5. Der Konsum größerer Mengen von Alkohol („binge drinking“: fünf Gläser und mehr mit je etwa 10 g Alkohol bei einer Trinkepisode; d.h. etwa 1,25 Liter Bier oder etwa 0,6 Liter Wein und mehr für Männer, für Frauen die Hälfte) sollte aufgrund der akuten Gefährdung unterbleiben.
6. Menschen mit einem genetischen Risiko für alkoholassoziierte Erkrankungen sollten nur gelegentlich (sporadisch) Alkohol zu sich nehmen. Hierzu gehören:
 1. Individuen, bei denen mindestens ein Elternteil alkoholabhängig ist,
 2. Individuen mit einer positiven Familienanamnese für Brustkrebs und Dickdarmkarzinomen.
 3. Menschen mit erworbenen Erkrankungen, die durch Alkohol verschlechtert werden könnten, sollten ebenfalls eine Reduktion des Alkohols durchführen. Hierzu zählen Menschen mit gastrointestinalen Erkrankungen, wie z.B. gastroösophageale Refluxerkrankungen, Dickdarmpolypen, Colitis ulcerosa, Pankreaserkrankungen, Lebererkrankungen (Hepatitis B und C, Hämochromatose und nicht alkoholische Fettlebererkrankungen), Stoffwechselerkrankungen, wie Hypoglykämien, bestimmte Fettstoffwechselerkrankungen, Gicht, Porphyrie, kardiologische Erkrankungen wie Kardiomyopathie und Rhythmusstörungen einschließlich Vorhofflimmern mit absoluter Arrhythmie, Menschen mit Hypertonus, Menschen mit Erkrankungen von Muskulatur und Knochen, neurologischen Erkrankungen, wie z.B. periphere Neuropathie, psychiatrische Erkrankungen wie Demenz oder Depression.
 4. Zusätzliche Risiken, die eine alkoholassoziierte Erkrankung stärken, sollten beim Konsum von Alkohol gemieden werden oder reduziert werden. Hierzu zählt

Zigarettenrauchen, schlechter Zahnstatus und schlechte Mundhygiene und die Einnahme von bestimmten Medikamenten (Methotrexat, Paracetamol, Isoniazid, Antiepileptika, zentral wirksame Psychopharmaka, Aspirin, nicht steroidale Antirheumatika). Die Einnahme von Alkohol und Vitamin A oder β -Carotin ist gefährlich, da hierbei Lebererkrankungen und Krebs entstehen kann (Seitz und Stickel 2007).

7. Die protektive Reduzierung eines kardiovaskulären Risikos durch Konsum alkoholischer Getränke trifft nur auf solche Personen zu, die bereits einen Herzinfarkt oder einen ischämischen Hirninfarkt durchgemacht haben oder auf ältere Patienten mit mehr als einem Risikofaktor für die Koronare Herzerkrankung, wobei Hypertonus ausgeschlossen wird, weil Alkohol einen Hypertonus begünstigt.
8. Für Menschen ohne kardiovaskuläre Risikofaktoren jüngeren Alters gilt die oben genannte Schwellendosis.

Alkoholische Getränke sollten möglichst zum Essen eingenommen werden.

Literatur

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006) Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies

Babor et al. No ordinal commodity. Research and Public Policy. New York, Oxford University Press, 2003

Babor et al. Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag, Hogrefe Verlag, 2005

Burger, M., Brönstrup, A. & Pietrzik, K. (2000). Alkoholkonsum und Krankheiten (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 134). Baden-Baden: Nomos.

Dietary Guidelines for Americans 2005, U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. www.healthierus.gov/dietaryguidelines

Inoué H, Stickel F, Seitz HK (2001). Individuelles Risikoprofil bei chronischem Alkoholkonsum. Aktuelle Ernährungs Med. 26:39-46.

Kornhuber HH (2001). Alkohol: Auch der "normale" Konsum schadet. Urban und Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, München

Seitz HK, Stickel F. (2007) Molecular mechanisms of ethanol-mediated carcinogenesis. Nat Rev Cancer 7:599-612.