

Alkoholprobleme und Soziale Arbeit!

Literatur

Büringer et al. (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128, Baden-Baden

Körkel, J. (2007): Damit Alkohol nicht zur Sucht wird – kontrolliert trinken. 10 Schritte für einen bewussteren Umgang mit Alkohol. Heidelberg, Verlag Trias

Kruse, G., Körkel, J., Schmalz, U.: Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln – mit literarischen Beispielen. Psychiatrie-Verlag, 2000

Feuerlein, W.: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie (4. Überarbeitete Auflage). Stuttgart 1989

Schwierigkeiten, Alkoholprobleme anzusprechen

- Extreme Ambivalenz = hohe positive Bewertung des „Trinkens“, aber starke Abwertung von „Trinkern/Säufern“
- Risiko, zu eigenem Trinken angesprochen zu werden.
- Alkoholkonsum = als „rein private Angelegenheit“ betrachtet/ Einmischung anderer zurückgewiesen.
- Fehlen fachlichen Wissens Veränderung des Trinkens mit Moral begründet (Recht auf Genuss? Askese ?)



Änderung des Trinkens= Sachlogik versus moralische Vorwürfe.

Substanz „Alkohol“

Ethanol kommt in reifen Früchten und Säften natürlicher Weise vor

- (alkoholische Gärung)
 - Brot: bis 0,3 % Vol.
 - Apfelsaft: bis 0,4 % Vol.
 - Alkoholfreies Bier: bis 0,5 % Vol.
 - Sauerkraut: 0,5 % Vol.
 - Traubensaft: bis 0,6 % Vol.
 - Reife Banane: bis 1 % Vol. (durchschnittlich 3 ml)
 - Reifer Kefir: bis ca. 1 % Vol.

(Ethanol-Gehalt in Volumenprozent)

Substanz „Alkohol“:

- Zellgift (insbesondere neurotoxisch)
- Verdrängt Fette und Kohlenhydrate aus der Deckung des Energiebedarfs = während des Abbaus von Alkohol werden Kohlenhydrate (Zucker) und Fette kaum verbraucht, sondern ins Fettgewebe eingelagert.
- Kohlensäure regt die Durchblutung an = Alkoholaufnahme und -wirkung beschleunigt.
- Zucker kurbelt Durchblutung an = Alkohol aus süßen alkoholischen Getränken geht schneller ins Blut über.
- wird über Magen und Dünndarm aufgenommen = Aufnahmegeschwindigkeit ist vom Füllstand abhängig.

Substanz „Alkohol“:

- Löst sich besser in Wasser als in Fett = Blutalkoholkonzentration hängt wesentlich von der Menge des Körperwassers ab (bei gleichem Körpergewicht haben Personen mit mehr Fettgewebe weniger Körperwasser = höherer Blutalkoholspiegel).
- Im Verhältnis zum Körpergewicht haben Frauen durchschnittlich mehr Körperfett und weniger Körperwasser = nach Konsum gleicher Mengen Alkoholkonzentration bei Frauen höher als bei Männern (bei gleichem Körpergewicht).
- Frauen verfügen über geringere Mengen des alkoholabbauenden Enzyms ADH (Aldehyddehydrogenase) = Grund für höhere Blutalkoholkonzentration.
- In der Leber werden auch Östrogene abgebaut = Frauen vertragen weniger Alkohol.

Substanz „Alkohol“:

- Ist ein Aromatase-Aktivator = fördert die Umwandlung von Testosteron in Östrogene. (Wirkung beim Mann = Verminderung des Testosteron-Spiegels bei gleichzeitigem Anstieg des Körperöstrogens).
- Erweitert die Blutgefäße = regelmäßige geringe Menge hilft die Elastizität der Blutgefäße zu erhalten.
- Körperliche Veränderungen durch regelmäßigen, langanhaltenden starken Alkoholkonsum.
- Alkohol kann sich in den Stoffwechsel einbauen = Entwicklung körperlicher Abhängigkeit (Toleranz und Entzug)

Störungen durch Alkohol im ICD 10

*ICD-10-Schlüssel u.
Krankheitskategorien*

- F 10.0 Akute Intoxikation (Rauschzustand)
- F 10.1 Schädlicher Gebrauch
- F 10.2 Abhängigkeitssyndrom
- F 10.3 Entzugssyndrom (z. B. Tremor, Schweißausbrüche, Angst, Schlaflos)
- F 10.4 Entzugssyndrom mit Delir
- F 10.5 Psychotische Störung (z. B. Alkoholhalluzinose, alkoholischer Eifersuchtswahn)
- F 10.6 Alkoholbedingtes anamnestisches Syndrom (z. B. Korsakow-Syndrom)
- F 10.7 Alkoholbedingter Restzustand, auch nach Abstinenz anhaltende Veränderung von Kognition, Affekt, Verhalten u. Persönlichkeit
- F 10.8 Andere alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen
- F 10.9 Nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen

Abgrenzungen: Substanzinduzierten Störungen und psychischen/Verhaltensstörungen

- Organische psychische Störungen (F0),
- Endogene Psychosen (F20 bis F29),
- Affektstörungen, vor allem depressive Störungen (F31 bis F33, F38),
- Dissoziative Störungen (F44),
- Persönlichkeitsstörungen, insbesondere emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3) und Störungen der Impulskontrolle (F63),
- Intelligenzminderung (F70),
- Spezifische Entwicklungsstörungen (F80 bis F84),
- Störungen des Sozialverhaltens (F90 bis F92).

Substanzinduzierte Psychotische Störungen

- Beginnen während des Substanzkonsums oder innerhalb von zwei Wochen danach,
- Dauern länger als 48 Stunden,
- Aber nicht länger als 6 Monate,
- Sind zu Beginn von einer Schizophrenie oder Wahnerkrankung schwer zu unterscheiden,
- Können spontan remittieren, aber auch chronifizieren.



Begriff „Psychose“ nur, wenn Symptome nicht durch exogene Einflüsse verursacht!

Substanzinduziertes amnestisches Syndrom (Korsakow-Syndrom)

= Störungen des Gedächtnisses:

- Kurzzeitgedächtnis (neue Lerninhalte können nicht aufgenommen werden) = tägliches Leben beeinträchtigt,
- Fähigkeit, sich an vergangene Ereignisse zu erinnern,
- Oft auch Zeitgefühl beeinträchtigt (Abfolgen verwechselt).

Zugleich:

- Keine Trübung des Bewusstseins, keine Störung der Aufmerksamkeit,
- Keine Störung des Immediatgedächtnisses (Spanne von 10 sec.),
- Keine intellektuelle Beeinträchtigung (im Sinne einer Demenz).

Substanzinduziertes amnestisches Syndrom (Korsakow-Syndrom)

Entzugerscheinungen und Soziale Arbeit

Das Alkoholentzugssyndrom: Diagnostik

Erst 1953 als zusammengehörig erkannt!

- **Psychomotorische Erscheinungen:** Tremor, Muskelverkrampfungen,
- **Psychische Phänomene:** unruhiger Schlaf, Missempfindungen, allgemeine Unruhe, Ängstlichkeit,
- **Gastrointestinale Erscheinungen:** mangelnder Appetit, Übelkeit, Brechreiz, Magenschmerzen, Diarrhoe,
- **Kardiovaskuläre u. vegetative Symptome:** Schweißausbrüche, Blutdruckerhöhung, erhebliche Schwankungen der Pulsfrequenz,
- **Psychische Beeinträchtigungen:** vermehrte Reizbarkeit, Verstimmung mit ängstlicher Färbung, Rastlosigkeit, Unruhe

**Bei drei Symptomen = prüfen als Anzeichen eines
(Alkohol-)Entzugs!**

Sicheres Zeichen für Alkoholentzug, wenn:

1. Nachweis des Absetzens/Reduzierens der Substanz,
2. Symptome nicht durch eine andere körperliche Krankheit zu erklären.

Hinweiszeichen auf einen aktuellen Entzug und Aufgaben Sozialer Arbeit

- Zusammen mit Klienten Klarheit über Ursachen der körperlichen und psychischen Verstimmungen schaffen = Klärung und Aufklärung,
- Entsprechende Unterstützungsleistungen vermitteln = Überleitung zu geeigneter Hilfe

Komplikation = Alkoholdelir

("delirare" lat. wahnsinnig)

- Höchste Form eines Alkoholentzugssyndroms,
- Tritt 2-6 Tage nach Trinkabbruch gewöhnlich nachts auf,
- Kaum prädisponierende Merkmale bekannt.
- **Psychopathologisch:** örtliche u. zeitliche Desorientierung, psychomotorische Unruhe, illusionäre Verkennungen, optische Halluzinationen, gesteigerte Suggestibilität.
- **Körperlich-vegetativ:** grobschlägiger Tremor, Schlafstörungen, Tachykardien (Pulsbeschleunigung), vermehrt Fieber u. Schwitzen, vermehrt Krampfanfälle.

Komplikation = Alkoholdelir

Lebensbedrohliche Krise (Letalität in Abhängigkeit von der Therapie = 7-20 %):

- Atmung, Kreislauf, Temperaturregulation, Stoffwechsel u. Bewusstseinslage können an Grenze der Dekompensation kommen = hochgradige Selbst- u. Fremdgefährdung,
- Intensiv- o. Wachstation + medikamentöse Unterstützung,
- Nach 2-5 Tagen Abklingen (oft nach kritischem Schlaf (Terminalschlaf) o. allmählich).



**Bei Anhaltspunkten für Auftreten eines Alkoholdelirs
= sofortige intensivmedizinische Hilfe!**

Postentzugssymptome: Protrahiertes Entzugssyndrom

- Schnelle Stimmungsänderungen,
- Verminderte Fähigkeit, intrapsychische Spannungen u. Stimmungen auszugleichen (= Angst, Unruhe, Reizbarkeit, Depression),
- Appetitlosigkeit,
- Schlafstörungen,
- Allgemeines Unwohlsein,
- Beeinträchtigung von Konzentration, Aufmerksamkeit, Denk- u. Merkfähigkeit,
- Leichte Hyperalgesie (Schmerzempfindlichkeit),
- Demaskierung ursprünglicher Persönlichkeitsstörungen,
- Wieder einsetzende Libido.



Dauer ca. 4-6 Wochen = Rückfallgefährdung

Postentzugssymptome und Soziale Arbeit

- Über mögliche Symptome informieren und auf Umgang damit vorbereiten.
- Psychosoziale Versorgung = emotionale Zuwendung, Verständnis, warmes therapeutisches Klima, Gesprächsangebote über Bewältigung des Entzugs u. dabei entstehender Probleme,
- Unterstützung bei Orientierung auf Nachfolgemaßnahmen = Standpunktbildung, Entwicklung von Eigenorientierungen/Therapieperspektiven u. Motivationsunterstützung für geplante Vorhaben



Nicht nur Aufgabe von Drogenberatung/Drogentherapie!

Alkoholentzugssyndrom und Soziale Arbeit

1. Menschen mit körperlicher Abhängigkeit (z. B. Alkohol), erleiden nach Absetzen oder Reduktion der Substanz körperliche Entzugssymptome.
2. Da Entzugerscheinungen nach erneutem Konsum umgehend abklingen, werden diese oft zu Konsumgründen.
3. Klienten mit Motivation zur Änderung ihres Konsumverhaltens müssen über diese Zusammenhänge informiert und darauf vorbereitet werden.
4. Es gibt medizinische (auch ambulant) Möglichkeiten, Entzugssymptome zu mildern.
5. Bei schwerwiegenden Entzugssymptomen ist eine stationäre Entzugsbehandlung/Entgiftung angeraten!

Alkoholfolgekrankheiten

Alkoholfolgeerkrankungen

Alkohol-Entzugserscheinungen
verschiedener Ausprägung und
Schwere

Geisteskrankheiten verschiedener
Ausprägung und Schwere
Erkrankungen des Großhirns
Erkrankungen des Kleinhirns
Wesensänderungen und
Persönlichkeitsabbau (Demenz)
Sehnerven „schwund“ (Amblyopie)

Herzerweiterung (-vergrößerung)
Herzmuskelerkrankung

Magen- und Darm-Schleimhaut
erkrankungen (-entzündungen)
Bauchspeicheldrüsenerkrankung
Mangelernährung und Störungen der
Nahrungsaufnahme

Fettleber
Lebererkrankung
Leberentzündung (Hepatitis)
Leber „schrumpfung“ (Zirrhose)

Rückenmarkserkrankungen

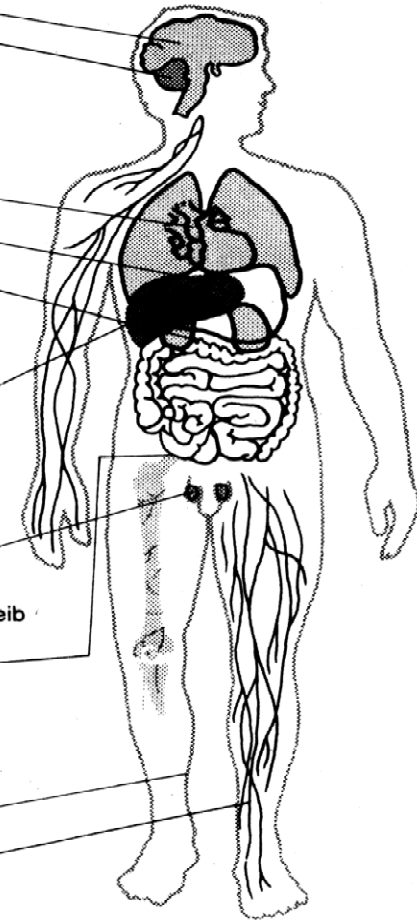
Hoden „schrumpfung“ (atrophie)
körperlich-geistige Schädigungen
(Mißbildungen) des Kindes im Mutterleib

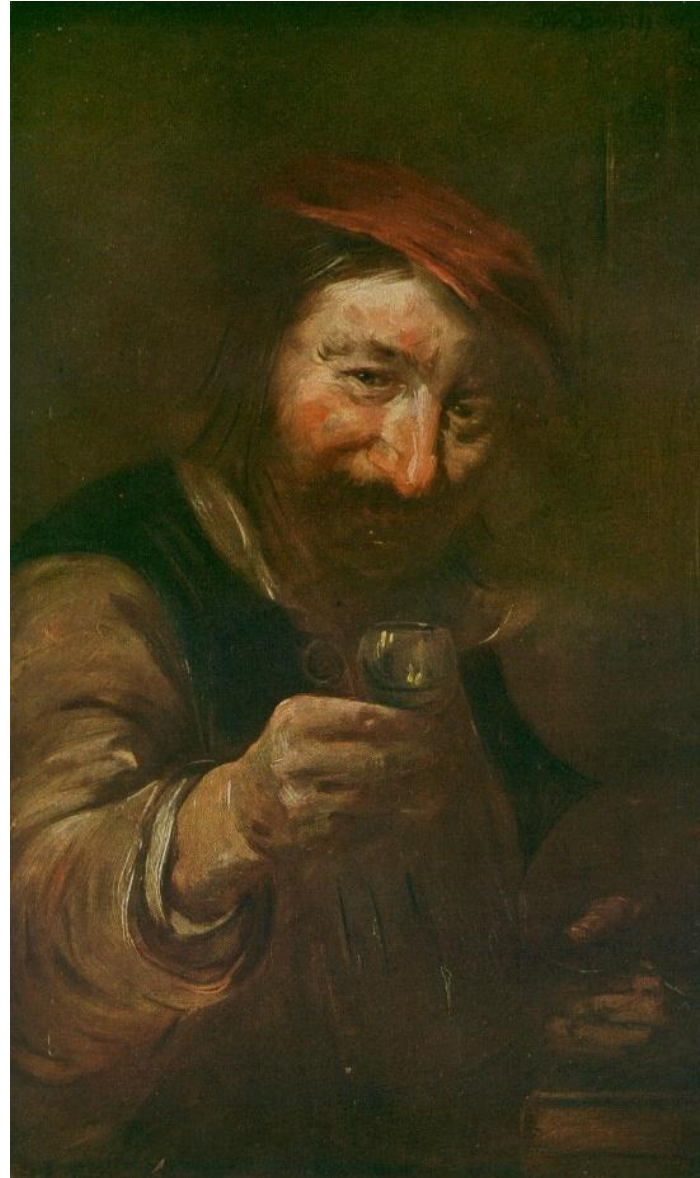
Hüftgelenkszerstörung
(Skelett-)Muskelerkrankung

Bluthochdruckkrankheit
Störungen der Blutbildung

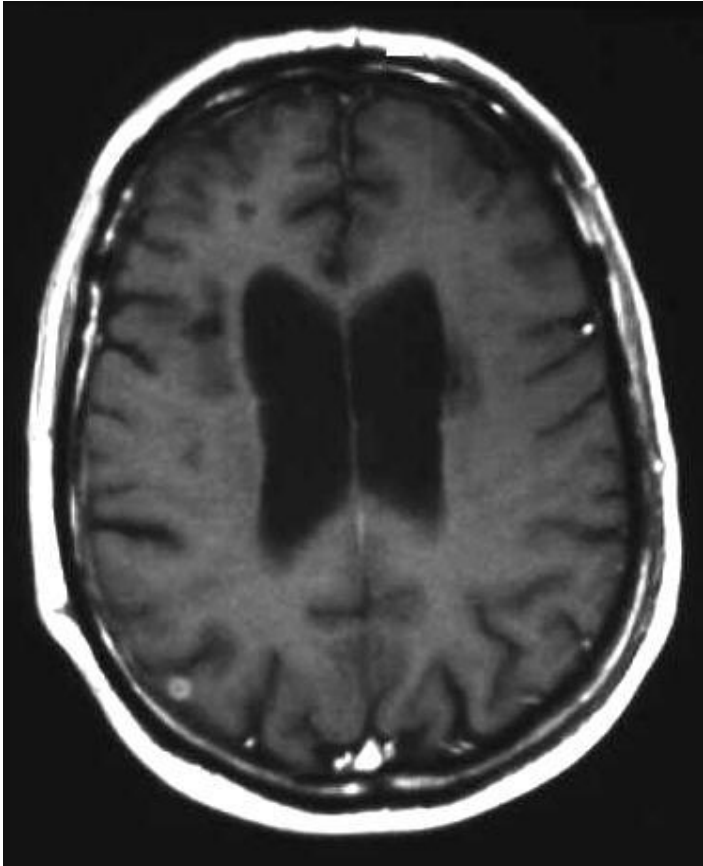
Hautveränderungen

Nerven „entzündung“
(Poly-)neuropathie

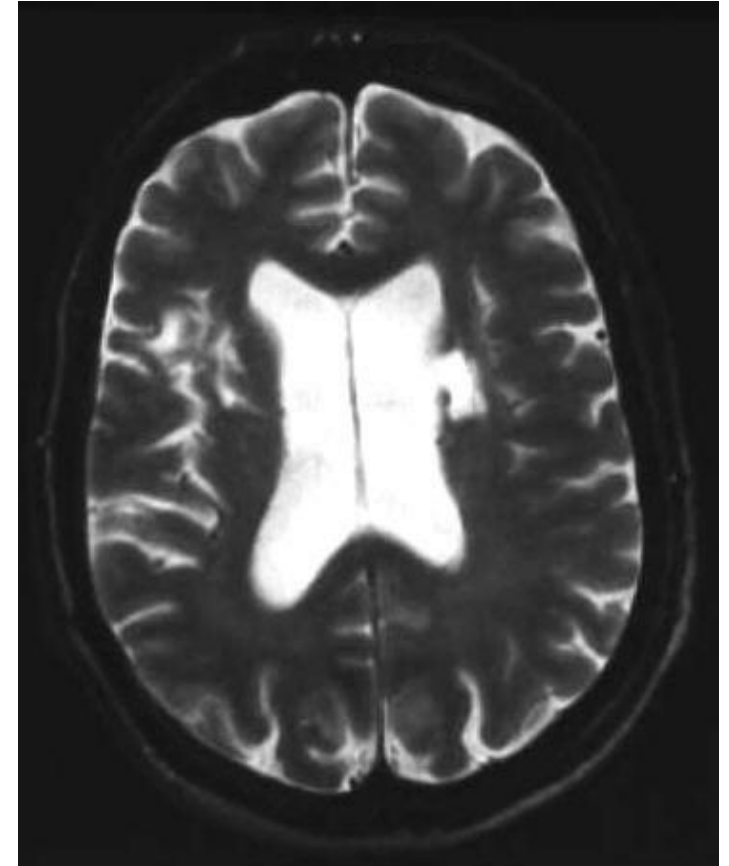




Wilhelm Busch, Selbstkarikatur



Hirn eines gesunden Menschen



Alkoholgeschädigtes Hirn

Alkoholgeschädigtes Hirn



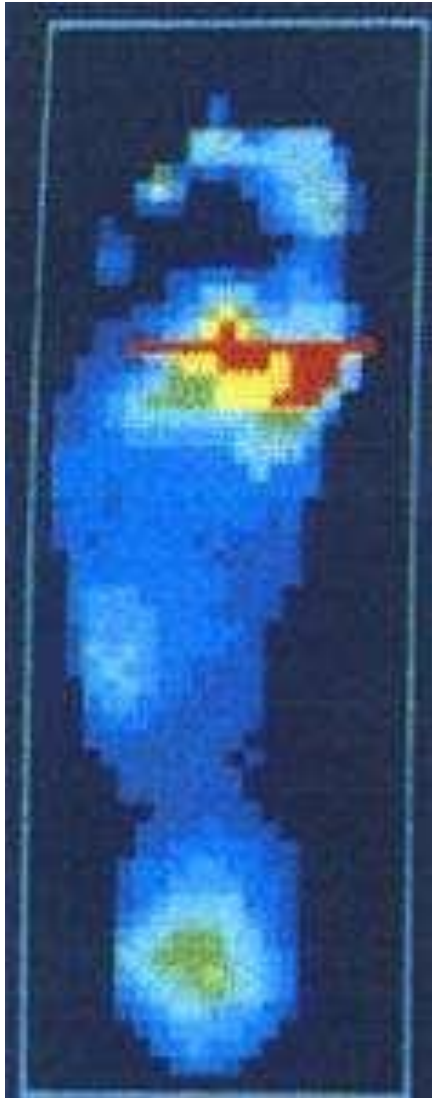
Fettleber mit Stauung im
Oberbauch = 50 % aller
Fälle Ursache
Alkoholkonsum



Gesunde Leber



Leberzirrhose



Polyneuropathie

- Nerven durch hohen Alkoholspiegel geschädigt.
- Insbesondere an den Extremitäten = Störungen der Empfindung (verminderte bzw. gänzlich aufgehobene Wahrnehmung von Schmerz und Temperatur (Kribbeln, Taubheitsgefühle, brennender Schmerz oder Verminderung der Vibrationsempfindungen)
- Der Schmerz nachts häufig stärker, nimmt bei Berührung des betroffenen Bereichs oder bei Temperaturänderungen zu.
- Autonome Nerven können zusätzlich, aber auch ausschließlich erkrankt sein (nächtliche Diarrhoe, Blasen- und Darminkontinenz, Impotenz, Hypotonie).



Hauptsymptome fetales Alkoholsyndrom (Alkohol-Embryopathie):

- Intrauteriner und postnataler Minderwuchs,
- Mikrozephalie (kleiner Kopfumfang),
- Untergewicht,
- geistige Behinderung
- Innere und äußere Fehlbildungen,
- Fast regelmäßig Muskelhypotonie (Muskelschwäche) und Hyperexzitabilität (Übererregung),
- In ausgeprägten Fällen sind die Anomalien der Fazies = kleine Augenöffnungen, tiefe Nasenbrücke ("Stubs-nase"), kurze abgeflachte Nase, dünne Oberlippe, kleine Rinne zwischen Nase und Oberlippe

Mortalitätsindikatoren ausgewählter Todesursachen nach Region (1992 bis 1996)

	Mortalitätsrate auf 100.000 Einwohner (SMR, altersstandardisiert)									
	Gesamt		davon mit Todesursache ICD-9							
	Ost	West	291 Ost	291 West	303 Ost	303 West	425.5 Ost	425.5 West	571.0-3 Ost	571.0-3 West
Männer										
1992	65,57	24,34	2,49	0,51	18,71	8,44	2,60	2,12	40,50	12,59
1993	66,98	24,87	2,40	0,47	17,87	8,95	2,62	2,02	42,85	12,82
1994	69,17	25,90	2,49	0,48	17,66	9,93	2,21	1,84	45,47	13,22
1995	65,11	26,49	1,90	0,41	15,17	10,05	2,52	2,05	44,31	13,48
1996	63,32	27,26	1,99	0,43	14,44	10,21	2,86	2,06	42,84	14,00
Frauen										
1992	15,95	7,96	0,28	0,09	3,99	2,32	0,45	0,32	10,90	5,04
1993	16,42	8,06	0,25	0,07	3,89	2,45	0,28	0,27	11,70	5,13
1994	16,74	8,38	0,26	0,11	3,17	2,63	0,29	0,37	12,74	5,15
1995	16,70	8,33	0,17	0,06	2,79	2,73	0,33	0,33	13,24	5,05
1996	15,67	8,64	0,20	0,08	2,50	2,73	0,46	0,36	12,23	5,33

Alkohol-
psychose

Alkohol-
abhängig

Myokardio-
-pathie

Leberzirrhose

Tabelle 30: Krankenhausdiagnosestatistik: Alkoholassoziierte Krebskrankheitsfälle (1995)






ICD	Krankheit	Gesamt	Alter					
			25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75
Männer								
140-149	Bösartige Neubildungen der Lippe, Mundhöhle u. des Rachens	31.330	376	3.097	9.668	11.687	4.917	1.585
150	Bösartige Neubildung der Speiseröhre	13.246	66	690	2.952	5.005	3.151	1.382
153	Bösartige Neubildung des Dickdarms	47.472	323	1.540	5.472	14.982	16.640	8.515
154	Bösartige Neubildung des Mastdarms	44.838	325	1.485	6.481	15.906	13.964	6.677
155	Bösartige Neubildung der Leber u. der in der Leber liegenden Gallenwege	9.116	128	267	1.015	3.067	3.212	1.427
161	Bösartige Neubildung des Kehlkopfes	13.020	55	731	2.900	4.893	3.370	1.071
Frauen								
140-149	Bösartige Neubildungen der Lippe, Mundhöhle u. des Rachens	9.339	281	722	2.112	2.445	2.198	1.581
150	Bösartige Neubildung der Speiseröhre	3.321	33	96	512	888	918	874
153	Bösartige Neubildung des Dickdarms	51.958	358	1.190	4.610	11.652	17.769	16.379
154	Bösartige Neubildung des Mastdarms	36.626	229	1.170	4.074	8.797	12.288	10.068
155	Bösartige Neubildung der Leber u. der in der Leber liegenden Gallenwege	5.363	109	252	485	1.174	1.739	1.604
161	Bösartige Neubildung des Kehlkopfes	1.649	45	142	394	420	450	198
174	Bösartige Neubildung der weiblichen Brustdrüse	193.783	5.203	23.449	49.074	53.615	41.167	21.275

Besonders belastete Altersgruppe

Verlorene Lebensjahre auf 100.000 Einwohner (VLJ, altersstandardisiert)										
	Gesamt		davon mit Todesursache ICD-9							
	Ost	West	291 Ost	291 West	303 Ost	303 West	425.5 Ost	425.5 West	571.0-3 Ost	571.0-3 West
Männer										
1992	987,20	283,88	40,24	5,59	305,65	110,53	43,52	22,19	570,77	135,12
1993	1003,23	297,16	35,80	4,01	298,61	120,59	41,19	20,82	598,66	140,31
1994	1003,27	300,12	38,85	3,93	285,97	128,57	35,96	17,37	613,62	141,64
1995	926,95	300,01	29,71	3,07	245,77	129,29	35,01	19,78	593,03	138,60
1996	875,80	300,10	29,32	2,85	233,98	125,35	41,88	19,04	547,69	142,78
Frauen										
1992	241,28	110,60	3,50	0,72	59,32	33,38	6,08	3,47	166,18	69,48
1993	247,28	105,90	2,86	0,60	55,91	33,46	4,18	3,23	178,14	66,48
1994	246,91	105,41	2,60	0,66	44,48	35,42	2,89	3,60	192,04	63,51
1995	252,97	101,78	2,51	0,52	44,43	34,17	5,09	3,95	197,69	60,89
1996	237,67	103,39	2,56	0,57	41,03	34,34	5,43	3,51	182,99	62,70

Alkohol-
psychoseAlkohol-
abhängigMyokardio-
-pathieLeberzir-
-hose

Tabelle 46: Eindeutig auf Alkoholkonsum (AAF=1) zurückzuführende Todesursachen (1996)

Todesursache	ICD-9	Gestorbene 1996
Alkoholpsychosen	291	321
 Alkoholabhängigkeit	303	5.473
 Alkoholmissbrauch	305.0	167
Polyneuropathie durch Alkoholabusus	357.5	69
 Alkoholische Myokardiopathie	425.5	1.028
Gastritis durch Alkoholismus	535.3	23
Alkoholische Fettleber	571.0	113
Akute alkoholische Hepatitis	571.1	48
 Alkoholische Leberzirrhose	571.2	9.695
 Nicht näher bezeichneter alkoholischer Leberschaden	571.3	548
Vergiftung (Unfall) durch alkoholische Getränke	E860.0	76
Insgesamt		17.561

Alkoholfolgeprobleme = Gehütetes Geheimnis

1. Riskant hoher Alkoholkonsum = mit Trinkkultur vereinbar = kaum auffällig,
2. Riskant hoher Alkoholkonsum kommt in allen Gruppen und allen sozialen Situationen vor.
3. Folgeerkrankungen = ernsthafte gesundheitliche Beeinträchtigungen, auch mit letalen Folgen!
4. Folgekrankheiten = können auch durch andere Ursachen erklärt werden (Ursache „zu hoher Alkoholkonsum“ ungern angesprochen = diese Krankheiten und deren Ätiologie oft übersehen).

Alkoholfolgeprobleme und Soziale Arbeit

Sozialarbeiter:

- Haben oft sehr persönlichen/vertrauensvollen Kontakt,
- Gewinnen sehr detaillierte Einblicke in persönliche Lebensgewohnheiten,
- Erfahren oft auch etwas über Trinkgewohnheiten,



Können Bezüge zwischen Trinken und bestimmten Problemlagen herstellen/ansprechen/reflektieren helfen/zu Veränderung motivieren.

Aufklären über Alkoholfolgekrankheiten

- Nichtwissen über Existenz und Ätiologie;
- Irrtum = Alkoholfolgekrankheiten gäbe es nur, wenn jemand alkoholabhängig ist;
- Unerkannt, weil sozial/kulturell angepasstes Trinken bereits Risiko;
- Es ist in allen Bereichen Sozialer Arbeit damit rechnen.

Alkoholfolgekrankheiten nicht übersehen

1. Längerer starker/hochprozentiger Alkoholkonsum führt nicht folgerichtig zu einer behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigkeit **ABER: Alkoholfolgeerkrankungen!**
2. Bei stark trinkenden Klienten mit eventuell vorliegenden behandlungsbedürftigen Alkoholfolgeerkrankungen rechnen = **Hinwirkungshandeln, dies ärztlich abzuklären!**
3. Bei Klienten mit geschwächter Gesundheit bzw. diversen internistische Erkrankungen, starken Alkoholkonsum als verursachender Faktor in den Blick nehmen = **Hinwirkungshandeln, Ursachen abzuklären und abzustellen!**

Alkoholfolgekrankheiten und Soziale Arbeit

- 1 Nicht übersehen, wenn gesundheitliche, soziale und psychische Situation der Klienten durch riskanten Alkoholkonsum mitgeprägt = ansprechen/reflektieren,
- 2 Eine vertrauensvolle Situation = gute Basis, zu Veränderungen des Trinkens zu motivieren.
- 3 Hochspezialisierte Hilfe oft nicht nötig/angezeigt = Schritte zur Änderung anregen/begleiten.
- 4 Verweigern Klienten einen Besuch einer Drogenberatung = Motivation und Unterstützung zur Veränderung,

Trinkmengen-Empfehlungen

- Beziehen sich nur auf Alkoholfolgeerkrankungen!
- Empfehlungen zu risikoarmen maximalen Trinkmengen für alkoholische Getränke pro Tag,
- Bei gesunden Personen!

● Maximale Grenze für täglichen Alkoholkonsum

- **30 g reiner Alkohol für Männer**
(drei Trinkeinheiten)



- **20 g reiner Alkohol für Frauen u. Jugendliche**
(zwei Trinkeinheiten)



- In der Schwangerschaft bereits bei 120 g reinem Alkohol pro Woche negative Effekte für das Embryo)

Trinkmengen kalkulieren



Bier



Sekt



Wein



Martini



Likör












Weinbrand

Eine Trinkeinheit = ca. 10-12 g/ml reiner Alkohol

Kalkulation nach Trinkeinheiten

- In unserer Trinkkultur existieren für bestimmte Alkoholika traditionelle Trinkgefäße
(variieren in der Größe nach Höhe des Alkoholgehalts des Getränks = für hochprozentige Alkoholika kleinere Gläser).
- Per Glas zwischen 10-12 g reiner Alkohol = **eine Trinkeinheit.**
- Anzahl getrunkenener Gläser = Anhaltspunkt zum täglichen Alkoholkonsum!

Alkoholsorte	Etikett	Alkoholgehalt	1 Liter enthält Alkohol in g	1 Trinkeinheit	1 Liter (1000ml) = Trinkeinheiten	1 Trinkeinheit in mg
Wein		8,5 – 14,5 %	68 – 116 g	200ml	5	13,6 – 23,2 g
Bier		4,6 – 6 %	35 - 43 g	300 ml	3-4	10 – 12 g
Sekt		Ø 12%	Ø 96 g	200ml	5	Ø 8 g
Likör		5 – 75 %	40mg – 600 g	20 ml = 2 cl	50	0,8 – 12 g
Rum		Ø 38 %	Ø 304 g	20 ml = 2 cl	50	Ø 6,08 g
Weinbrand		Ø 54 %	Ø 432 g	20 ml = 2 cl	50	Ø 8,64 g
Spirituosen		30 – 80 %	240 - 640 g	20 ml = 2 cl	50	4,8 – 12,8 g
Korn		mind. 32 %	mind. 256 g	20 ml = 2 cl	50	mind. 5 g
Doppelkorn		mind. 37,5 %	mind. 300 g	20 ml = 2 cl	50	mind. 6 g
Wodka		37,5 – 80 %	300 – 640 g	20 ml = 2 cl	50	6 – 12,8 g

Trinkmengen exakt kalkulieren

- Trinkeinheiten nur grob = Überblick über Trinkgewohnheiten und Möglichkeiten einer Korrektur,
- Solide Planung von Änderungen = detailliertere Angaben.



Units

Wenige gesundheitliche Risiken (Alkoholfolgekrankheiten)

Männer

3-4 Units

Frauen

2-3 Units

Kalkulation von Trinkmengen nach Units

Units

$$\frac{\text{getrunkene Menge (ml) x Alkoholgehalt}}{1000}$$



Eine Flasche
Radeberger Bier

$$\frac{500 \text{ (ml) x } 4,8\% \text{ Alkoholgehalt}}{1000}$$

≡ 2,4 Units

Ein Rechenbeispiel:

**Aus dem Leben oder
doch auch etwas
daneben gegriffen!?**

Getränkart	Glas	Alk.Gehalt	Units
Bier (normal)	330 ml	4,9 %	1,6
	500 ml	4,9 %	2,5
Wein (weiss)	125 ml	10,5 %	1,3
	175 ml	10,5 %	1,8
Wein (rot)	125 ml	11,5 %	1,4
	175 ml	11,5 %	2,0
Likör	25 ml	20,0 %	0,5
	40 ml	20,0 %	0,8
Sekt/Champus	125 ml	11,0 %	1,3
Spirituosen	25 ml	38,0 %	0,9
	40 ml	38,0 %	1,5
Mixgetränke	330ml	12,0 %	4,0
Jim Beam Cola	350 ml	4,6 %	1,6

Montag:	Badminton: 0,33l Bier = 1,6	
	Abendbrot 0.50 l Bier = 2,5	= 4,9
	Eis mit Eierlikör 40 ml = 0,8	
Dienstag:	Geschäftsessen 0,33 Bier = 1,6	= 6,4
	1 Glas (Rot-)Wein zum Abend = 2,0	
	Eis mit Eierlikör 40 ml = 0,8	
Mittwoch:	Abendessen 0,50 l Bier = 2,5	
	Zur Verdauung 40 ml Kräuterlikör = 0.8	= 4,1
	Eis mit Eierlikör 40 ml = 0,8	
Donnerstag:	Kollege hat Geburtstag 2x125ml Sekt = 2,6	
	Kinoabend Jim Beam Cola = 1,6	= 6,2
	1 Glas (Rot-)Wein zum Abend = 2,0	
Freitag:	1 Glas (Rot-)Wein zum Abendessen = 2,0	= 6,8
	2 Glas (Rot-)Wein zum Abend = 4,0	
	Eis mit Eierlikör 40 ml = 0,8	
Sonnabend:	Mittagessen 0,5 l Bier = 2,5	
	ein Cocktail mit Freunden = 4,0	= 7,3
	Eis mit Eierlikör 40 ml = 0,8	
Sonntag:	Braten brutzeln, 1 Sherry (40 mlx15 %) für den Koch = 0,6	
	2 Glas Rotwein zum Essen = 4,0	= 5,4
	Eis mit Eierlikör 40 ml = 0,8	

Gesamt: 41,1

Abhängigkeit nach ICD-10

- Verminderte Kontrollfähigkeit (! nicht Verlust) bezüglich des Beginns, der Beendigung u. der Menge des Konsums.
- Nachweis einer Toleranz durch zunehmend höhere Dosen.
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung o. Reduktion des Konsums.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Lebenstätigkeiten und Interessen.
- Eingeengte Verhaltensmuster im Umgang mit psychoaktiven Substanzen.
- Starker Wunsch oder eine Art (!) Zwang, den Konsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen unter allen Umständen fortzusetzen.



Mindestens drei Merkmale über 12 Monate

Neue Therapieansätze

Befähigung zum selbstkontrollierten Drogenkonsum

(2014 von DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) erstmals als Therapieansatz anerkannt!

- Kontrolliertes Trinken
- Kiss (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum)
- SKOLL - Selbstkontrolltraining

Befähigung zum selbstkontrollierten Drogenkonsum

Ausgangsthesen:

- Ethische Maßstäbe erfordern eine zieloffene Arbeit.
- Zieloffenheit fördert die Mitwirkung in der Behandlung bzw. ist die Voraussetzung für diese.
- Viele Konsumenten sind zu einer Konsumreduktion bereit, aber nicht bereit oder in der Lage, abstinent zu leben.
- Ein selbstkontrollierter Konsum, auch sogenannter „harter Drogen“, ist zumindest einem Teil der Konsumenten möglich.
- Konsumreduktionsprogramme sind mindestens so wirksam wie Abstinenzbehandlungen.

Hilfreiche Schritte zur Reduktion der Konsummene: Der Start

1. Ziele festlegen.
2. Tag festlegen, an dem gestartet werden soll (möglichst ein weniger anstrengender Tag).
3. Beginn genau planen (alte Gewohnheiten bewusst machen und mit Alternativen durchbrechen).
4. Anderen den Entschluss mitteilen (oft hilfreich, weil kein Konsumdruck ausgeübt o. andere sogar mitziehen).

Hilfreiche Schritte – der Start

Hilfreiche Schritte: Auf dem Weg

- 1 Sich selbst ein Limit setzen (pro Trinksituation, pro Tag, pro Woche).
- 2 Zur eigenen Kontrolle ein Tagebuch führen.
- 3 Nicht aufgeben, weil es zu schwer erscheint oder erste Versuche nicht vollständig gelingen – auswerten, was wann schon ganz gut war und das mehr praktizieren.

Bei Misserfolg:

- 1 Erneut Versuch starten und diesen wieder gut vorbereiten.
- 2 Aus den ersten Versuchen lernen, was gut gelungen ist und was nicht gut umsetzbar war.
- 3 Neue Pläne und Strategien entwickeln und ausprobieren.

Selbstreflexion von Trinkangewohnheiten

Tag	Zeit	Wo	Mit wem	was	Zahl der Drinks	Feeling vorher	Feeling nachher