

**Alkohol**

**! Verantwortung  
setzt die Grenze**

## ***Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen***



*Ein Beratungsleitfaden  
für die ärztliche Praxis*

# ***Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen***

*Ein Leitfaden  
für die ärztliche Praxis*

# *Inhalt*

- 3 Vorwort
- 4 Zum Gebrauch dieses Leitfadens
- 5 Der Weg durch diesen Leitfaden
- 6 Das Interventionskonzept
- 10 Beziehungsaufnahme
- 15 Diagnosestellung

## Intervention

- 29 ■ bei risikoarmem Alkoholkonsum
- 33 ■ bei riskantem Alkoholkonsum
- 41 ■ bei schädlichem Alkoholkonsum
- 53 ■ bei Alkoholabhängigkeit
- 63 ■ Gesprächs- und Interventionstechniken

## Anhang

- 78 Diagnostische Kriterien
- 81 Adressen
- 84 Broschüren / Informationsmaterial
- 85 Literatur

## Umschlagklappe

- Kopiervorlagen für Fragebogen und Tests
- Bestellformular
- Broschüren »Alles klar?«, »Alkoholfrei leben«, Kurzfassung Leitfaden

# Vorwort

Gegenwärtig besteht bei ca. 3,4 Millionen Bundesbürgerinnen und Bundesbürgern ein Missbrauch von Alkohol bzw. eine Alkoholabhängigkeit; mindestens 10 Millionen trinken Alkohol oberhalb der Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum. Dies belegen die aktuellen repräsentativen Studien zum Substanzmissbrauch in der Bundesrepublik Deutschland.

Die alkoholbedingte Morbidität und Mortalität ist außerordentlich hoch. Die Zahl der Alkohol-embryopathien als eine der Extremfolgen des Alkoholkonsums wird auf 2000 bis 3000 pro Jahr geschätzt. Nach Aussage der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stehen etwa 6 % der Todesfälle in der Altersgruppe der unter 75-Jährigen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, der damit in Deutschland für etwa 42.000 Todesfälle im Jahr verantwortlich ist.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahre 1997 von den Gesundheitsministern der Länder in Deutschland der Aktionsplan Alkohol verabschiedet und zur Grundlage zukünftiger Planungen zur Reduzierung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit gemacht. Seitdem sind auf Bundesebene und in den Ländern unter diesem Dach vielfältige Projekte zur Prävention des Alkoholmissbrauchs entstanden und bestehende wurden verstärkt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Bundesärztekammer verstehen den hier vorgelegten Leitfaden als wichtigen Beitrag zur Umsetzung des Aktionsplans, der sich gezielt an niedergelassene Ärzte wendet, die für die Frühintervention und damit für die Prävention des Alkoholmissbrauchs eine besondere Verantwortung tragen.

Es hat sich gezeigt, dass jeder zehnte Patient, der die Praxis eines niedergelassenen Arztes aufsucht, Alkohol missbraucht oder von ihm abhängig ist. Etwa 70 % der Menschen mit Alkoholproblemen haben mindestens einmal im Jahr Kontakt zu ihrem Hausarzt. Die ärztliche Praxis ist daher ein günstiger Ort zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung des Problems. Günstig auch deshalb, weil zwischen Patienten und Arzt eine Vertrauensbeziehung besteht.

Suchtkranke Patienten stellen den Arzt in der Praxis nicht selten auf eine harte Geduldsprobe. Das Eingeständnis von Alkoholproblemen ist bei den meisten Betroffenen mit Gefühlen von Scham, Unsicherheit und Selbstwertverlust verbunden, sodass von den Patienten oft nur die somatischen Beschwerden vorgetragen werden. Ist das Alkoholproblem einmal offenkundig, wird nicht selten der Arzt damit konfrontiert, dass eine Veränderung des Missbrauchs und Suchtverhaltens nahezu unmöglich erscheint. Dabei ist eine hohe Sensibilität und soziale Kompetenz des Arztes gefordert.

Dieses Manual zur ärztlichen Kurzintervention bei Alkoholproblemen will Ihnen hier praktische Hilfen liefern und Mut machen, Alkoholprobleme anzusprechen und zielgerichtet zu behandeln.

Darüber hinaus ist es eine gute Arbeitsgrundlage für die Qualifikation nach dem Curriculum »Suchtmedizinische Grundversorgung« der Bundesärztekammer (Baustein II – Alkohol, Tabak).

**Köln, im Mai 2007**

**Dr. med. Elisabeth Pott**  
*Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung*

**Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe**  
*Präsident der Bundesärztekammer  
des Deutschen Ärztetages*

# Zum Gebrauch dieses Leitfadens

Als niedergelassener Arzt sind Sie für Ihre Patienten sehr engagiert – aber Sie sind auch sehr beschäftigt. Ihrer Verantwortung für Ihre Patienten mit Alkoholproblemen können Sie nur gerecht werden, wenn Sie über medizinische und beraterische Strategien verfügen, die in der Praxis umsetzbar sind.

Dieser Leitfaden will Ihnen hier Unterstützung liefern durch

- eine übersichtliche Darstellung der für die Praxis nützlichen Fachinformationen
- praktikable, möglichst einfach zu handhabende diagnostische Instrumentarien
- ein Repertoire von aufeinander aufbauenden Interventionsschritten mit einem realistischen Zeitrahmen
- Hilfestellung in der Gesprächsführung.

## Hinweis

*In Verbindung mit diesem Leitfaden ist es sinnvoll und ratsam, die von den Ärztekammern angebotene Fort- bzw. Weiterbildung »Suchtmedizinische Grundversorgung« wahrzunehmen (vgl. Braun & Schaltenbrand, Hrsg., 2000, sowie Poehlke et al. Hrsg., 2000).*

*Auskünfte über diese Fortbildung erhalten Sie bei der Ärztekammer Ihres Bundeslandes.*

Das im Folgenden beschriebene Konzept unterscheidet zwischen vier möglichen Diagnosen. Für jede von ihnen gibt es spezifische Interventionen, die in vier Kapiteln dargestellt sind:

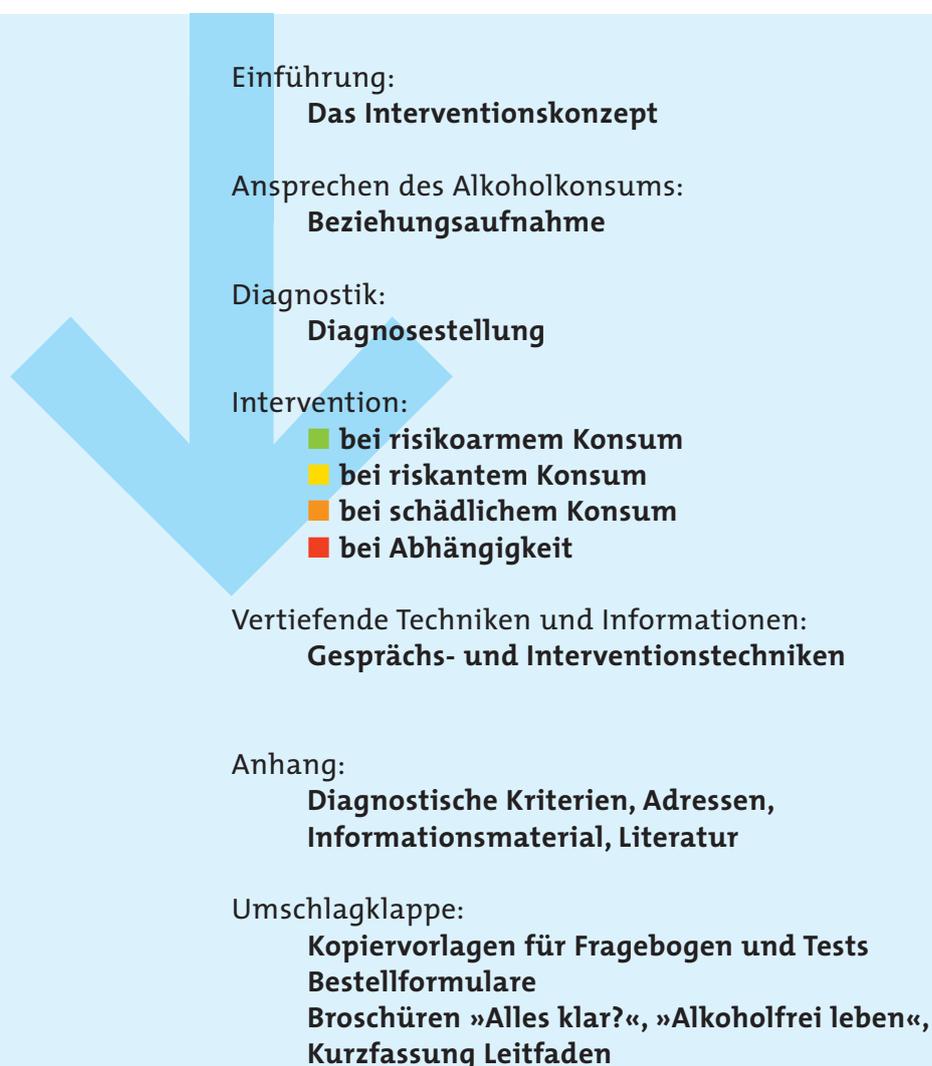
- **Risikoarmer Alkoholkonsum**
- **Riskanter Alkoholkonsum**
- **Schädlicher Alkoholkonsum**
- **Alkoholabhängigkeit**

Sie können, wenn Sie diesen Leitfaden als unmittelbare Hilfe bei der Arbeit mit einzelnen Patienten nutzen, vom Kapitel Diagnosestellung direkt zu dem Kapitel übergehen, das die Intervention für Ihren konkreten Patienten beschreibt. Die Kapitel zur Intervention bei den übrigen Patientengruppen können Sie dann zunächst außer Acht lassen – das spart Ihnen Zeit.

Wenn Sie den Leitfaden komplett durchlesen, wird Ihnen auffallen, dass es in den Kapiteln zur Intervention Wiederholungen gibt. Diese ließen sich nicht vermeiden, denn die Interventionen bei riskantem Konsum, bei schädlichem Gebrauch und bei Abhängigkeit von Alkohol sind zwar auf die jeweilige Symptomatik zugeschnitten, ihnen liegt jedoch grundsätzlich eine ähnliche Methodik zugrunde.

Am unteren Rand vieler Seiten des Leitfadens finden Sie Hinweise auf vertiefende Gesprächstechniken und andere Informationen. Diese sind im Anschluss an die Kapitel der Intervention dargestellt und geben Ihnen weiteres methodisches Rüstzeug, um die Interventionschritte erfolgreich zu gestalten. Adressen, Hinweise auf Broschüren und Informationsmaterial, Kopiervorlagen für die Fragebogen sowie die Hinweise auf die zitierte Literatur finden Sie im Anhang bzw. in der Umschlagklappe.

# *Der Weg durch diesen Leitfaden*



# Das Interventionskonzept

Im Gegensatz zu früheren Annahmen geht man heute davon aus, dass der Ausstieg aus der Abhängigkeit nicht grundsätzlich vom Erleben eines »Tiefpunktes« abhängt, sondern durch gezielte Interventionen schon in einem früheren Stadium möglich ist.

Über Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol hinaus gerät zunehmend auch der »riskante Konsum« in das Blickfeld von Ansätzen der Frühintervention. Riskante Konsumformen müssen nicht in eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsentwicklung münden, sie führen jedoch langfristig zur Entstehung gesundheitlicher Probleme.

Die in diesem Leitfaden beschriebene Methode der ärztlichen Kurzintervention ist eine sekundärpräventive Maßnahme mit folgenden Zielsetzungen:

- Initiierung des Ausstiegs aus einem problematischen Alkoholkonsum
- Sicherung der neuen gesundheitsorientierten Verhaltensmuster
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Einrichtungen mit suchtspezifischen Angeboten
- Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Selbsthilfegruppen (Adressen siehe Anhang, S. 81 ff.).

Die »ärztliche Kurzintervention« ist keine Psychotherapie. Sie schafft Motivation zur Verhaltensänderung, begleitet den Prozess der Umsetzung und vermittelt bei Bedarf in weiterführende suchtspezifische Beratungs- und Behandlungsinstitutionen. Eine stabile vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patienten ist eine günstige Voraussetzung.

# Stadien der Absichts- und Verhaltensänderung

Bei dem Bemühen, Verhaltens- und Konsumgewohnheiten, die sich in der Regel über Jahre verfestigt haben, durch neue gesundheitlich angemessene zu ersetzen, sind vom Patienten verschiedene Phasen zu durchlaufen (vgl. Prochaska & DiClemente 1982; Miller & Rollnick 1999):

## Absichtslosigkeit

Während das Alkoholproblem von außen erkannt werden kann, ist es dem Betroffenen selbst nicht bewusst. Er denkt nicht über die Möglichkeiten einer Änderung nach. In dieser Phase sind Informationen und Rückmeldungen sinnvoll, um das Problembewusstsein zu entwickeln, eine unmittelbare Empfehlung zur Verhaltensänderung (z. B. auf Grundlage von pathologischen Laborwerten) ist in dieser Phase oft kontraproduktiv.

## Absichtsbildung

Erst wenn der Betroffene bereit ist, ein Problembewusstsein zu entwickeln, kann er in die Phase der Absichtsbildung eintreten. Diese Phase ist gekennzeichnet durch ein Schwanken zwischen dem Wunsch, das Verhalten zu ändern, und dem Wunsch, zu bleiben, wie man ist. Dabei handelt es sich um einen normalen Prozess, in dem es die Aufgabe des Beraters ist, Anstöße in Richtung auf Veränderung zu geben (s. Kosten-Nutzen-Waage auf S. 14).

## Vorbereitungsphase

Patienten, die sich ernsthaft mit einer Veränderung auseinandersetzen, befinden sich im Stadium der Vorbereitung. In dieser Zeit sollte der Berater bestrebt sein, eine realistische Veränderungsstrategie mit dem Patienten zu entwickeln, da ansonsten die Gefahr besteht, dass dieser in eine frühere Phase zurückfällt.

## Handlungsphase

Der Patient unternimmt konkrete Schritte der Veränderung, wie es im Rahmen eines Beratungs- oder Behandlungsprozesses typisch ist.

## Aufrechterhaltung

Während der Phase der Aufrechterhaltung besteht die Aufgabe des Patienten darin, die erzielten Veränderungen zu festigen, sie als dauerhaftes Verhalten zu stabilisieren und einem Rückfall vorzubeugen.

## Rückfall

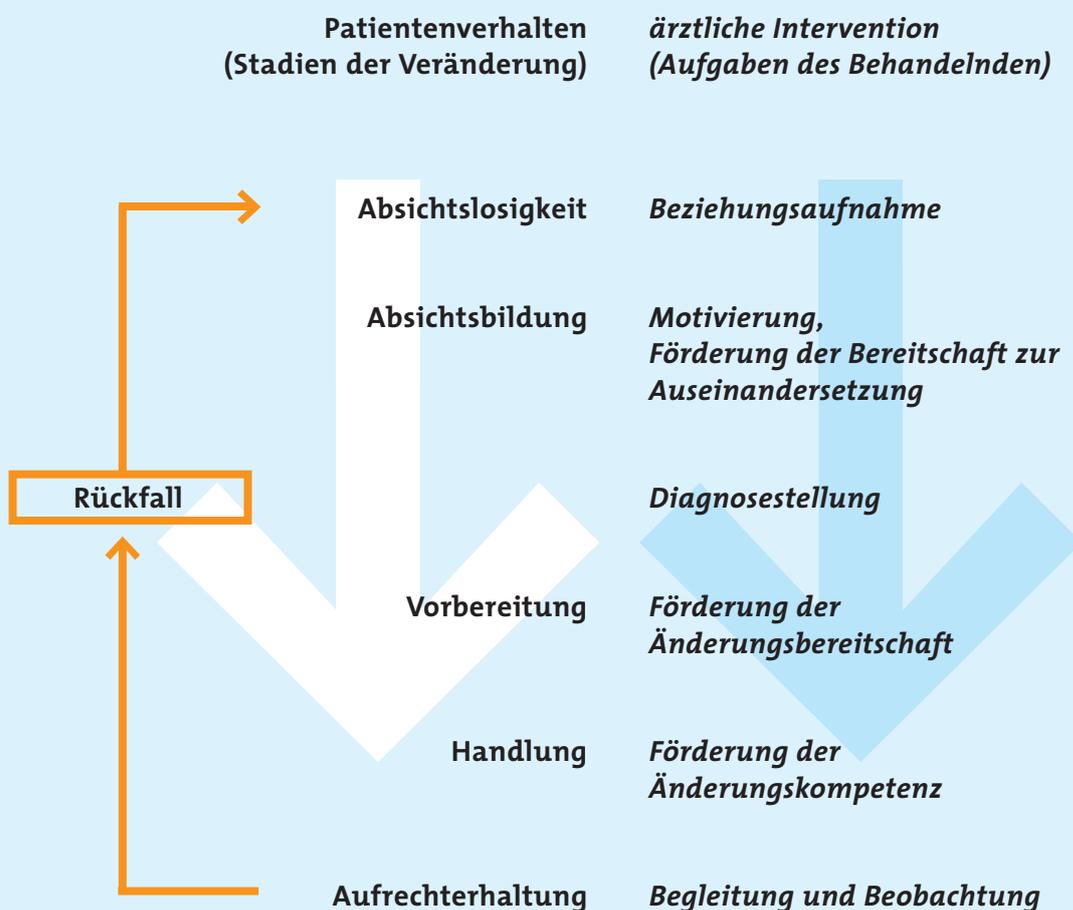
Rückfälle sind normale Ereignisse. Aufgabe des Patienten ist es, nicht in diesem Stadium zu verharren, sondern erneut in den Kreislauf der Veränderung einzutreten. Der Berater hilft dabei durch Ermutigung zur Erneuerung des gefassten Entschlusses und zu dessen erneuter Umsetzung in Änderungsaktivitäten.

Die einzelnen Phasen der Verhaltensänderung sind miteinander verwoben und nicht immer scharf voneinander abzugrenzen. Wenn es zu Rückschlägen und zu Rückfällen kommt, wird der Prozess der Verhaltensänderung in der Absichtsphase wieder aufgenommen.

## Schritte der ärztlichen Intervention

Ziel der Kurzbehandlung ist entweder eine deutliche Reduktion des Alkoholkonsums oder – im Falle von Abhängigkeit – die Einleitung einer Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung. Reduktion und Ausstieg können beide – je nach individueller Situation und Diagnose – wichtige und akzeptable Ziele darstellen.

Die Schritte der ärztlichen Intervention sind den Phasen der Verhaltensänderung des Patienten zugeordnet und unterstützen ein Voranschreiten dieses Prozesses. Sie sind so weit als möglich auf die individuellen Bedingungen und das persönliche Tempo des Patienten abgestimmt.



Die einzelnen Schritte der ärztlichen Intervention bestehen in der Regel aus folgenden Teilschritten:

### **Beziehungsaufnahme**

- Kontakt und positives Klima aufbauen
- Hinweise auf problematischen Alkoholkonsum wahrnehmen
- Alkoholkonsum zum geeigneten Zeitpunkt ansprechen
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung fördern

### **Diagnosestellung**

- Körperliche Untersuchung durchführen
- Alkoholkonsum zum geeigneten Zeitpunkt systematisch erfassen
- Auswertung:  
Wie ist der Konsum des Patienten einzuschätzen (risikoarmer Konsum, riskanter Konsum, schädlicher Konsum/Missbrauch, Abhängigkeit)?

### **Förderung der Änderungsbereitschaft**

- Diagnoseergebnisse vermitteln
- Ärztliche Empfehlungen geben
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung unterstützen
- Änderungsentscheidung fördern

### **Förderung der Änderungskompetenz**

- Veränderungsziele entwickeln
- Verhaltensalternativen erarbeiten
- Techniken und Bewältigungsstrategien vermitteln
- Persönliche, familiäre und gesellschaftliche Ressourcen einbeziehen

### **Begleitung und Beobachtung**

- Kontinuität sichern:  
regelmäßige Kurzkontakte zur Kontrolle des Änderungsplans und ggf. dessen Korrektur
- Weitere Unterstützung der Änderungskompetenzen leisten
- Weiterführende Hilfen erschließen
- Rückfallprävention
- Rückfallmanagement

Bei der Umsetzung dieser Schritte werden Sie unterstützt durch eine Reihe von Techniken der »motivierenden Gesprächsführung«, die Ihnen als methodisches Handwerkszeug im Rahmen des Behandlungsprozesses dienen.

# Beziehungsaufnahme

## Den Alkoholkonsum ansprechen

Der Arzt sollte seinen Patienten nicht erst auf den Konsum ansprechen, wenn es ernst zu nehmende Hinweise auf Alkoholprobleme gibt. Allerdings kommt der Patient – auch wenn bei ihm erhebliche Alkoholprobleme vorliegen – selten mit dem Vorsatz in Ihre Praxis, über seinen Alkoholkonsum mit Ihnen zu sprechen. Ohne von Ihnen ermutigt und geführt zu werden, wird er dieses Thema meiden.

Das Kapitel Diagnosestellung (vgl. S. 15 ff.) gibt Ihnen Instrumente an die Hand, mit denen Sie das Konsumniveau des Patienten bestimmen können. Aufgrund der Ihnen eventuell bereits vorliegenden Anamnese und eines klinischen Gesamteindrucks sowie verschiedener Informationen zum Trinkverhalten ergeben sich für Sie möglicherweise Hinweise auf ein Alkoholproblem. Weitere Hinweise, die Ihnen für die Einschätzung des Alkoholkonsums eines Patienten dienen können, finden Sie ebenfalls im Kapitel Diagnosestellung.

Das konfrontative Ansprechen des Alkoholproblems, die eindeutige Etikettierung (»Sie sind Alkoholiker!«) bewirken bei den meisten Patienten Rückzug und Widerstand. Aussagen wie »Sie trinken zu viel!« oder Ratschläge wie »Stellen Sie den Alkoholkonsum ein!« schrecken ab und haben oft eine Verteidigungshaltung zur Folge.

Daher sollten Sie überlegen, zu welchem Zeitpunkt Sie dieses Thema ansprechen bzw. wie Sie es dem Patienten erleichtern können, von sich aus den Alkoholkonsum zu thematisieren. Am besten verlassen Sie sich hierbei auf Ihr »Fingerspitzengefühl« und tasten sich an das Thema heran.

In der Auftaktphase der Kurzintervention sollten Sie durch Ihre Haltung versuchen, ein Klima vertrauensvoller Kooperation zu schaffen, das es dem Patienten ermöglicht, sich für ein ihm unangenehmes Thema zu öffnen.

Hierfür stehen Ihnen einige Strategien zur Verfügung, die sich bewährt haben:

### Aufbau einer vertrauensvollen Kooperation

Auf der Grundlage einer positiven Beziehung wird es möglich sein, zwischen dem Patienten und Ihnen eine Vertrauensebene zu schaffen und das Gespräch über den Alkoholkonsum einzuleiten.

Günstig kann es sein, wenn Sie zunächst Themen ansprechen, die für den Patienten von Bedeutung und Interesse sind und die mit dem Alkoholkonsum verknüpft sind: gesundheitliche Probleme, Fitness, Stress am Arbeitsplatz, Erholungsbedürfnis, Kinderbetreuung o. Ä.

Im Anschluss an diese Gesprächsphase und mit Bezug auf die angesprochenen Inhalte kann dann der Alkoholkonsum thematisiert werden. Hier sollten Sie »offene Fragen« wählen, d. h. Fragen, die vom Patienten nicht einfach mit Ja oder Nein beantwortet werden können, sondern die ihn zum Nachdenken und zur ersten Auseinandersetzung mit einem für ihn heiklen Thema anregen.



*>>Darf ich sie nun fragen,  
unter welchen Umständen  
sie Alkohol trinken?«*

**Arzt**

*>>sie sagen, dass Alkohol  
ihnen hilft abzuschalten.  
Können sie mir das beschreiben?«*

*>>sagen sie mir, wie passt  
der Konsum von Alkohol zu  
der angespannten Berufssituation,  
von der sie mir berichtet haben?«*

#### Hinweis

**Vertiefende  
Gesprächstechniken  
»Empathie zeigen«,  
»Selbstexploration  
unterstützen«:  
S. 64, 66**

## Bilanzierung

Nachdem der Alkohol nun angesprochen ist, sollten Sie nachfragen, wie es dem Patienten mit dem Alkoholkonsum geht, wie er die Folgen für sich bewertet. In diesem Teil des Eröffnungsgesprächs zum Thema Alkohol ermutigen Sie den Patienten zur Bilanzierung. Sie können diesen Prozess fördern, indem Sie verschiedene Aspekte des Konsums ansprechen. Es bietet sich an, mit den eher einfachen Fragestellungen zu beginnen:

- Art der konsumierten Substanzen
- typische Trinksituationen
- Einschätzung der Bedeutung des Alkoholkonsums für gesundheitliche Probleme
- Stellung des Alkohols im Alltag des Patienten
- Entwicklung des Konsums in den vergangenen Monaten und Jahren
- Vorteile des Alkoholkonsums
- Bedenken, Sorgen, Ängste des Patienten zum Alkoholkonsum.

## Arzt

*>>Was trinken sie bevorzugt, und welche Wirkung hat es auf sie?«*

*>>sie haben mir gerade von Ihren Bauchschmerzen erzählt.*

*Wie passt das zusammen mit Ihrem Alkoholkonsum?«*

*>>Können sie mir beschreiben, in welcher Weise sich Ihr Trinkverhalten über die Jahre verändert hat?«*

## Änderungsbereitschaft

Ziel dieser Fragen ist es nicht primär, diagnostische Erkenntnisse zu gewinnen, sondern eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufzubauen und die Bereitschaft des Patienten zur Veränderung seines Alkoholkonsums zu erkunden und zu fördern. Konkrete Schritte der Diagnosestellung und der Veränderung können nur dann in Angriff genommen werden, wenn der Patient in dieser Phase der Beziehungsaufnahme ein gewisses Maß an Bereitschaft zeigt.

Für ein so tief greifendes Vorhaben wie die Veränderung von langjährigen Konsumgewohnheiten oder gar die Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeit ist es eine wichtige Voraussetzung, dass der Patient Handlungsmöglichkeiten erkennt oder erarbeitet und Alternativen abwägt, sodass ihm eine eigene Entscheidung mit den damit verbundenen Konsequenzen möglich wird (z. B. Reduzierung des Alkoholkonsums bei riskantem Konsum, Inanspruchnahme suchtspezifischer Behandlungsangebote bei Abhängigkeit).

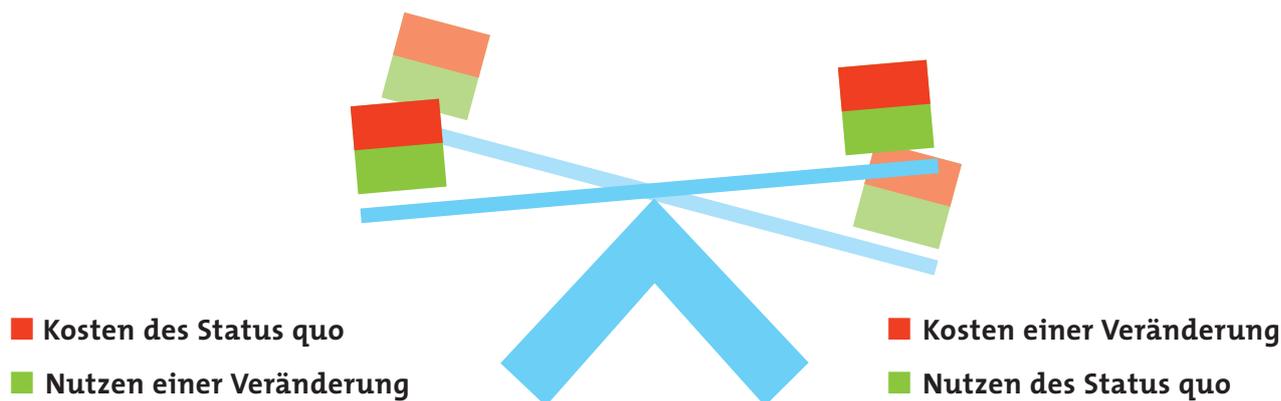
In dieser Phase der Entscheidungsfindung wägt der Patient ab zwischen »Verhaltensänderung« und »Beibehaltung des problematischen Verhaltens«. Die Vor- und Nachteile der Alternativen halten sich oft die Waage.

*»Welche Bedenken haben Sie im Hinblick auf Ihren Alkoholkonsum am Arbeitsplatz?«*

*»Sie machen sich Sorgen um Ihre Familie wegen Ihres Alkoholkonsums. Was könnten Sie als Nächstes tun?«*



### Stadium der Absichtsbildung: Kosten-Nutzen-Waage nach Miller & Rollnick



Um eine differenziertere Sichtweise gegenüber dem Alkoholkonsum und auf dieser Grundlage eine stabilere Veränderungsmotivation zu schaffen, ist es sinnvoll, auf der Grundlage des oben gezeigten Waage-Modells zusammen mit dem Patienten eine Kosten-Nutzen-Analyse zu erstellen.

Die Einschätzung der Vor- und Nachteile ist dabei immer subjektiv und kann sich von der Beurteilung durch einen Außenstehenden, z. B. durch den Arzt, vollkommen unterscheiden. Aufgabe des Beraters ist es in dieser Situation, die positiven Anreize kennenzulernen, die den Patienten veranlassen, an seinem bisherigen Verhalten festzuhalten, und dann mit dem Patienten im nächsten Schritt ein Gegengewicht zu entwickeln.

#### Hinweis

*Kopiervorlage zur Kosten-Nutzen-Analyse finden Sie in der Umschlagklappe.*

Häufig bestehen beim Patienten noch Zweifel und Bedenken, ob er sich auf eine Veränderung der Konsumgewohnheiten einlassen soll bzw. ob er sich dies überhaupt zutrauen kann. Ein erstes Gespräch zum Thema Alkohol hat dann vielleicht noch keinen Übergang in eine konkrete Änderungsentscheidung erbracht. Es war jedoch ein erster Schritt in Richtung auf eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Alkoholkonsum. Ihre Hilfe besteht weiterhin darin, den Patienten in seiner Bewegung hin zu einer eigenen Entscheidung zu unterstützen. Das Tempo dieser Bewegung wird letztendlich vom Patienten bestimmt.

Wenn diese Phase der Beziehungsaufnahme und Bilanzierung zu dem Ergebnis führt, dass der Patient mit Ihnen im Hinblick auf die Veränderung seines Alkoholkonsums zusammenarbeiten möchte, können Sie ihm vorschlagen, sich mit dem nächsten Schritt zu beschäftigen. Der Patient wird nachvollziehen, dass Sie sich gemeinsam mit ihm ein genaueres diagnostisches Bild seiner Konsummuster machen müssen, denn ein Veränderungsplan ist umso erfolgreicher, je gründlicher die Ist-Situation analysiert worden ist.

# Diagnosestellung

Der Arzt sollte seinen Patienten nicht erst auf den Alkoholkonsum ansprechen, wenn es bereits ernst zu nehmende Hinweise auf Probleme gibt.

Es ist daher sinnvoll, in der allgemeinen oder internistischen ärztlichen Praxis den Alkoholkonsum routinemäßig bei jedem Patienten einmal jährlich anzusprechen. Dies kann im Rahmen des Gesundheits-Check-ups geschehen.

## Hinweis

*Als weiterführendes Material zur Auseinandersetzung mit dem Thema »Alkohol« händigen Sie bitte Ihren Patienten die Ratgeber »Alles klar?« bzw. »Alkoholfrei leben« aus (s. Umschlagklappe sowie Bestellformular).*

**Dieses Vorgehen hat für Sie eine Reihe von Vorteilen:**

- Sie erhalten zusätzliche Informationen.
- Sie können das spezifische Trinkverhalten Ihrer Patienten besser einschätzen.
- Sie vermeiden Stigmatisierung, da Sie im Routineverfahren alle Patienten befragen.
- Sie verringern systematisch und langfristig die Vorbehalte der Patienten vor der Thematisierung dieses Bereichs.

Darüber hinaus ist eine Untersuchung von Patienten auf Alkoholprobleme insbesondere angebracht

- als Bestandteil von Routineuntersuchungen
- vor der Verschreibung von Medikamenten, die durch Alkohol ihre Wirkung verändern
- als Reaktion auf vorhandene gesundheitliche Probleme des Patienten, die mit Alkohol in Verbindung stehen könnten.

Nicht alle Patienten geben gerne Auskunft über ihren Alkoholkonsum. Die Antworten von Patienten auf Fragen nach ihrem Alkoholkonsum spiegeln daher nicht immer das tatsächliche Trinkverhalten wider. Auch die im Folgenden vorgestellten Fragen zum Alkoholkonsum bieten keine Garantie für die Richtigkeit der Antworten. Sie haben sich in der Praxis jedoch als zweckmäßig erwiesen, um ein möglichst realistisches Bild der Konsummuster zu erhalten.

# Klinischer Gesamteindruck

Kein einzelnes körperliches Merkmal und kein isolierter Laborindikator erlaubt den Schluss auf Alkoholprobleme. Um dennoch Hinweise auf ein eventuell vorliegendes Alkoholproblem zu erhalten, ist es hilfreich, ein Mosaik von Laborindikatoren, körperlichen Merkmalen und Angaben des Patienten zusammenzufügen.

## Objektive Merkmale und Zeichen

Folgende objektive Merkmale und Zeichen können Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum darstellen:

- Laborindikatoren:
  - Gamma-Glutamyltransferase (GGT)
  - Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (GOT)
  - Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT)
  - mittleres corpusculäres Volumen (MCV)
  - carbohydrate-deficient transferrin (CDT)
- Blutalkoholkonzentration (orientierend Atemluft)
- wiederholt auftretender Alkoholfötor
- körperliche Merkmale wie abnorme Gesichtsvaskularisation («Gesichtsröte») und Sklereninjektion, Voralterung.

Der Nachweis eines Alkoholentzugssyndroms (AES) ist von hoher inhaltlicher Spezifität für eine eingetretene Alkoholabhängigkeit («Expressmarker»): Das Fehlen eines AES schließt eine Abhängigkeit jedoch nicht mit Sicherheit aus.

## Trinkverhalten

Das Weitertrinken trotz Wissens um die schädlichen Folgen des Alkoholkonsums ist ein auf Alkoholabhängigkeit stark hinweisendes Merkmal.

Bei Neigung zu einem rauschbetonten Trinkstil können soziale Auffälligkeiten wie Führerscheiprobleme, Unfälle, Probleme in der Arbeit, in der Ehe usw. auftreten.

Bei Vorherrschen eines überwiegend kontinuierlichen und rauscharmen Trinkens sind eher unspezifische Beschwerden und Störungen anzutreffen (z. B. Lebererkrankungen, Störungen des Blutdrucks, des Stoffwechsels und des gastrointestinalen Systems, Häufung kleiner orthopädischer Krankheiten).

Frauen und auch Angehörige der oberen sozialen Schichten sowie ältere Personen neigen stärker zur Bagatellisierung ihres Alkoholkonsums als Männer, sozial unterprivilegierte Personen und Jugendliche.

# Grenzwerte für den risikoarmen Alkoholkonsum

Auf Empfehlung des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. wurde die Schwellendosis für den risikoarmen Konsum alkoholischer Getränke im Mai 2007 neu festgelegt:

## *g reinen Alkohol/Tag*

	Männer	Frauen
<b>Risikoarmer Konsum</b>	<i>bis 24 g</i>	<i>bis 12 g</i>
<b>Riskanter Konsum</b>	<i>mehr als 24 g</i>	<i>mehr als 12 g</i>

Bei einem durchschnittlichen Wert von weniger als 12 g bei Frauen und weniger als 24 g bei Männern kann von einem risikoarmen Alkoholkonsum gesprochen werden. Dieser moderate Konsum bedarf jedoch aus präventiven Gesichtspunkten ebenfalls der Beachtung und des angemessenen Umgehens. Im Abschnitt zum risikoarmen Konsum (vgl. S. 29 ff.) wird hierzu eine Reihe von Orientierungen gegeben. So wird z. B. angeraten, auf keinen Fall jeden Tag Alkohol zu trinken.

Liegt der Wert des in der Regel pro Tag zu sich genommenen Alkohols bei mehr als 24 g bei Männern und bei mehr als 12 g bei Frauen, liegt ein riskanter Alkoholkonsum vor. Riskant ist der Konsum insbesondere dann, wenn es zu einem andauernden und erheblichen Überschreiten der Grenzwerte kommt und sich dadurch auch das Risiko alkoholbedingter körperlicher Beeinträchtigungen drastisch erhöht.

# Ermittlung des aktuellen Alkoholkonsums

## Alkoholgehalt verschiedener alkoholischer Getränke\*

### Bier (durchschnittlich 4,8 Vol.-%\*)

0,2 l	8 g
0,3 l	12 g
0,5 l	20 g
0,6 l	24 g

### Wein/Sekt (durchschnittlich 11 Vol.-%\*)

0,1 l	9 g
0,125 l	11 g
0,2 l	18 g
0,7 l (Flasche)	63 g

### Spirituosen (durchschnittlich 33 Vol.-%\*)

0,02 l	5 g
0,04 l	10 g

alle Angaben sind Zirkawerte

\* Die hier verwendeten Durchschnittswerte wurden im Rahmen einer vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Arbeitsgruppe »Schätzverfahren und Schätzwerte zu alkoholinduzierten Störungen« zwischen Vertretern der Alkoholindustrie und den Mitgliedern der Arbeitsgruppe vereinbart (Bühninger et al. 2000).

## Trinkmenge

An wie vielen Tagen pro Woche trinken sie Alkohol?

-- Tage pro Woche

Was bzw. wie viel trinken sie in der Regel, wenn sie Alkohol trinken?

-----

Es ist sinnvoll, festzustellen, ob es über die reine Menge des konsumierten Alkohols hinaus Hinweise auf einen besonderen Schweregrad des Konsums gibt.

Je länger vom Patienten ein erhöhter Alkoholkonsum praktiziert wird, je häufiger er bei einer Gelegenheit große Mengen Alkohol zu sich nimmt und je höher die maximale Menge Alkohol ist, die bei einer Gelegenheit konsumiert wird, umso schwerwiegendere Gesundheitsgefährdungen können die Folge sein. Gesundheitsprobleme können verstärkt werden durch den zusätzlichen Konsum von Zigaretten, durch Bewegungsmangel, Stress oder bei weiteren körperlichen Erkrankungen (z. B. Diabetes).

## Konsummuster

*seit wann trinken sie Alkohol in den angegebenen Mengen?*

-----

*männliche Patienten: Wie häufig trinken sie mehr als etwa 3 Flaschen Bier oder eine 0,7-Liter-Flasche Wein?*

*weibliche Patienten: Wie häufig trinken sie mehr als etwa 2 kleine Flaschen Bier oder 2 Gläser Wein?*

-- Häufigkeit

*Welches war die größte Menge, die sie bei einem Trinkanlass im letzten Monat getrunken haben?*

-----

**Hinweis**

**Blankoformular zur  
Ermittlung des aktuellen  
Alkoholkonsums als  
Kopiervorlage:  
Umschlagklappe**

## *Ermittlung des risikoarmen Alkoholkonsums*

Für die Diagnose des risikoarmen Alkoholkonsums ist ausschließlich die getrunkene Alkoholmenge von Bedeutung. Bei Anwendung der genannten Grenzwerte (S. 17) gilt ein risikoarmer Konsum für Frauen, die in der Regel weniger als 12 g reinen Alkohols pro Tag, und für Männer, die in der Regel weniger als 24 g reinen Alkohols pro Tag zu sich nehmen.

Der risikoarme Alkoholkonsum definiert sich lediglich über die (subjektiven) Trinkmengenangaben des Patienten. Weitere Hinweise wie körperliche Merkmale, soziale Auffälligkeiten oder Entzugssymptome sind bei risikoarmem Alkoholkonsum nicht beobachtbar.

## *Ermittlung des riskanten Alkoholkonsums*

Werden mit dem auf Seite 18/19 dargestellten Verfahren Werte bei Frauen oberhalb von 12 g und bei Männern oberhalb von 24 g reinem Alkohol pro Tag ermittelt, liegt (mindestens) ein riskanter Alkoholkonsum vor.

In weiteren diagnostischen Schritten ist nun zu klären, ob der riskante Alkoholkonsum bereits zu Schäden geführt hat und die Merkmale des schädlichen Konsums bzw. Missbrauchs erfüllt sind oder ob eine Alkoholabhängigkeit vorliegt.

# Ermittlung des schädlichen Konsums (Alkoholmissbrauch)

Ein Konsummuster von Alkohol, das zu einer (tatsächlich feststellbaren) psychischen oder physischen Gesundheitsschädigung führt, wird nach ICD-10 (International Classification of Mental and Behavioral Disorders, WHO 1992) als schädlicher Gebrauch bezeichnet.

Der durch den amerikanischen DSM 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition 1994) definierte Begriff des Substanzmissbrauchs wird oft analog zum Begriff des schädlichen Gebrauchs verwendet. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass es zwischen den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM 4 in dieser Hinsicht Auffassungsunterschiede gibt (vgl. Anhang S. 78 ff.).

Zur Bestimmung des schädlichen Konsums (Missbrauchs) eignen sich verschiedene Verfahren:

## Fragebogen

Der CAGE-Fragebogen ist ein kurzes, international anerkanntes und in der Praxis bewährtes Screening-Instrument zur Erfassung von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit.

## CAGE-Fragen

### Cut Down Drinking

*Haben sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?*

ja  nein

### Annoyance

*Haben sie sich schon einmal darüber geärgert, dass sie von anderen wegen ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?*

ja  nein

### Guilty

*Haben sie sich jemals wegen ihres Trinkens schuldig gefühlt?*

ja  nein

### Eye Opener

*Haben sie jemals morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?*

ja  nein

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

Die CAGE-Fragen können im Rahmen des ärztlichen Gesprächs gestellt oder dem Patienten zur Beantwortung ausgehändigt werden.

Wird eine der Fragen mit »Ja« beantwortet, besteht ein Verdacht auf ein Alkoholproblem. Bei zwei oder mehr als zwei Ja-Antworten ist schädlicher Konsum/Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit wahrscheinlich. Um differentialdiagnostisch eine Alkoholabhängigkeit auszuschließen, ist anschließend die Anwendung weiterer Instrumente wie z. B. die Kriterien nach ICD-10 (s. S. 24) notwendig. Ein vergleichbares und ebenfalls bewährtes Instrument ist der Lübecker Alkoholismus-Screening-Test – LAST, der aus sieben Fragen besteht. Der Test kann bezogen werden beim Hogrefe-Verlag in 37085 Göttingen, Rohrsweg 25.

Der ScreeT-9-Test hat gegenüber den o. g. Fragebogen den Vorteil, dass er in der Lage ist, drei Konsumentengruppen zu identifizieren (Normaltrinker, Risikokonsumenten, Alkoholabhängige). Der Test enthält neben fünf Interviewfragen auch vier objektive Items, d. h. von der Mitarbeit der Patienten unabhängige Indikatoren.

#### Hinweis

*Blankoformulare  
der Fragebogen/Tests als  
Kopiervorlage:  
Umschlagklappe*

#### Weitere Indikatoren

Als weitere Indikatoren für einen schädlichen Alkoholkonsum können berücksichtigt werden:

- Laborindikatoren sind häufig erhöht.
- Es sind (alkoholbedingte) körperliche Merkmale feststellbar (s. Liste S. 26).
- Es können soziale Auffälligkeiten beobachtet werden, z. B. wiederholtes Versagen bei wichtigen Arbeitsverpflichtungen oder Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit Alkoholgebrauch (vgl. auch DSM 4, Anhang S. 78 ff.).
- Ein Alkoholentzugssyndrom existiert nicht. Die Kriterien für Substanzabhängigkeit dürfen nicht erfüllt sein.

#### Hinweis

*Als weiterführendes  
Material händigen Sie  
bitte Ihren Patienten den  
Ratgeber »Alles klar?«  
bzw. »Alkoholfrei leben«  
aus (siehe Umschlagklappe  
sowie Bestellformular).*

# *Ermitteln des abhängigen Alkoholkonsums (gemäß ICD-10)*

**Nach ICD-10 sind folgende Merkmale für Alkoholabhängigkeit kennzeichnend:**

## **Craving**

gesteigertes, fast unbezwingbares Verlangen nach Alkohol

## **Verminderte Kontrollfähigkeit**

Beginn, Menge und Beendigung des Alkoholkonsums sind nicht voll kontrollierbar

## **Toleranzentwicklung**

zunehmend größere Menge wird vertragen und benötigt;  
nach langjähriger Abhängigkeit erfolgt Toleranzminderung

## **Entzugssymptome**

körperliche Symptome (z. B. Erbrechen, Übelkeit) oder psychische Symptome (Angst, innere Unruhe) bei Abfall des Alkoholspiegels;  
Verschwinden der Symptome bei Alkoholkonsum

## **Einengung auf Substanzgebrauch**

Anlegen von (heimlichen) Alkoholvorräten;  
Organisation des Tagesablaufs, sodass Alkoholkonsum möglich ist; fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen

## **Konsum trotz schädlicher Folgen**

Fortsetzung des Alkoholkonsums, obwohl körperliche Schäden, negative soziale Folgen oder psychische Veränderungen wahrgenommen werden

Werden gleichzeitig mindestens drei dieser Merkmale während des letzten Jahres festgestellt, dann liegt eine Alkoholabhängigkeit gemäß ICD-10 vor.

Zur Feststellung des abhängigen Alkoholkonsums können Sie die nachfolgenden Verfahrensweisen einsetzen:

### Fragebogen

Hat der CAGE-Fragebogen (s. S. 22) als Ergebnis zwei oder mehr Ja-Antworten erbracht, können Sie davon ausgehen, dass Ihr Patient Alkohol schädlich oder abhängig konsumiert. Um eine Alkoholabhängigkeit diagnostisch zu bestätigen, ist die Anwendung weiterer Instrumente notwendig.

Durch die folgenden Fragen können Sie prüfen, ob bei Ihrem Patienten eine Abhängigkeit vorliegt. Die Diagnose sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während der

letzten 12 Monate mindestens drei der genannten Kriterien vorhanden waren, sind es weniger Ja-Antworten, dann bleibt es bei der zuvor ermittelten Diagnose des schädlichen Alkoholgebrauchs bzw. Alkoholmissbrauchs.

## ICD-10-Fragen

*spüren sie (häufig) einen starken Drang, eine Art unbezwingbares Verlangen, Alkohol zu trinken?*

ja  nein

*Kommt es vor, dass sie nicht mehr aufhören können zu trinken, wenn sie einmal begonnen haben?*

ja  nein

*Trinken sie manchmal morgens, um eine bestehende Übelkeit oder das Zittern (z.B. Ihrer Hände) zu lindern?*

ja  nein

*Brauchen sie zunehmend mehr Alkohol, bevor sie eine bestimmte (die gewünschte) Wirkung erzielen?*

ja  nein

*Ändern sie Tagespläne, um Alkohol trinken zu können bzw. richten sie den Tag so ein, dass sie regelmäßig Alkohol konsumieren können?*

ja  nein

*Trinken sie, obwohl sie spüren, dass der Alkoholkonsum zu schädlichen körperlichen, psychischen oder sozialen Folgen führt?*

ja  nein

Als weiteres Instrument zur Feststellung eines abhängigen Konsums können Sie den ScreeT-9-Test verwenden, der in der Lage ist, Abhängigkeit als eigene diagnostische Kategorie zu erfassen (siehe Test in der Umschlagklappe).

### Laborwerte

Zur Absicherung des Fragebogenbefunds und der klinischen Merkmale kann die Labor-diagnostik eingesetzt werden. Als sensitive und spezifische »Alkoholmarker« gelten:

- Gamma-GT (GGT): Normalwert < 28 U/l
- MCV: Normalwert < 92/100 fl
- CDT: Normalwert < 26/28 U/l

Es sei an dieser Stelle davor gewarnt, ausschließlich über diese Werte eine Diagnose zu stellen. Es hat sich gezeigt, dass über die direkte Befragung von Patienten validere Ergebnisse erzielt werden. Die Laborbefunde können aber die diagnostische Sicherheit erhöhen.

### Weitere Indikatoren:

- Körperliche Merkmale und alkoholbedingte, körperliche Beschwerden werden beobachtet. Hierzu gehören u. a.:

Magen-Darm-Beschwerden  
Bluthochdruck  
Gesichtsrötung  
chronische Bauchschmerzen  
Leberfunktionsstörungen  
Depressionen  
Schlafstörungen  
sexuelle Funktionsstörungen  
Gastritis  
Pankreatitis  
Fettleber/Leberzirrhose  
Myocardschäden  
Potenzstörungen

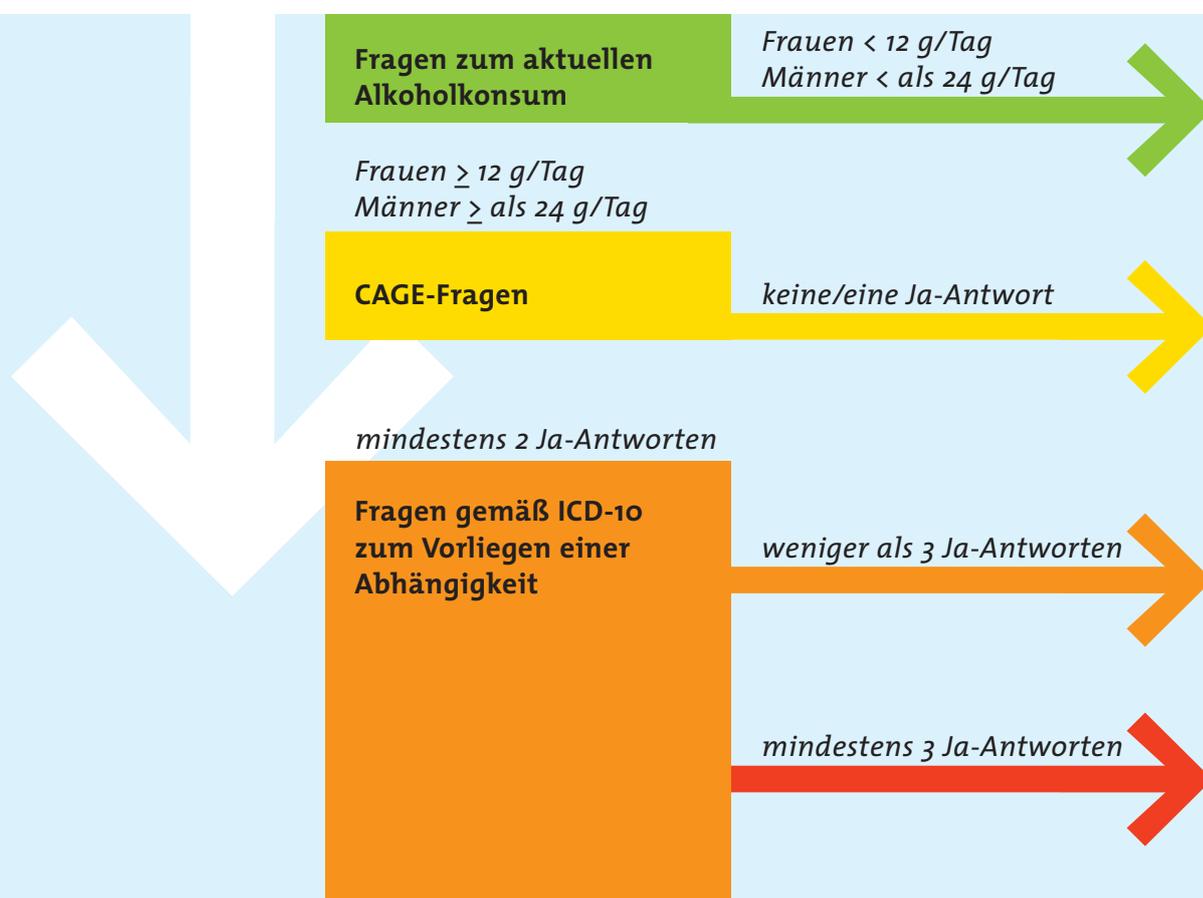
- Ein Alkoholentzugssyndrom ist fast immer vorhanden.
- Soziale Indikatoren nach ICD-10 (S. 25/78) sind fast immer vorhanden.

### Hinweis

*Als weiterführendes Material händigen Sie bitte Ihren Patienten den Ratgeber »Alkoholfrei leben« aus (siehe Umschlagklappe sowie Bestellformular).*

# Von der Diagnose zur Intervention

Das folgende Diagramm veranschaulicht stark vereinfacht den diagnostischen Prozess und führt Sie direkt in den Abschnitt der Intervention, der sich aus der von Ihnen getroffenen Diagnose ableitet.





# ***Intervention bei risikoarmem Alkoholkonsum***

Hat die Befragung zur konsumierten Menge Alkohol (S. 18/19) ergeben, dass die durchschnittlichen Werte pro Tag unterhalb von 12 g bei Frauen bzw. 24 g bei Männern liegen, dann ist der Alkoholgebrauch des untersuchten Patienten als risikoarm einzuschätzen.

Sie sollten dennoch aus Gründen der Vorbeugung bei bestimmten Patientengruppen auf einige Besonderheiten achten und diese mit Ihren Patienten besprechen:

## Empfehlungen

Frauen und ältere Menschen verfügen über eine geringere Menge an Körperflüssigkeit als Männer, daher entsteht eine höhere Alkoholkonzentration im Blut bei derselben Menge konsumierten Alkohols (vgl. Forschungsvorhaben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Burger et al. 2000).

- Als obere Konsummenge können Sie höchstens 24 g reinen Alkohol pro Tag bei Männern (z. B. ca. 2 Glas Bier à 0,3 l) und 12 g reinen Alkohol pro Tag bei Frauen (z. B. ca. 1 Glas Bier à 0,3 l) als risikoarm einstufen. Bei älteren Menschen sollten diese Werte noch unterschritten werden.

Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft kann Geburtsfehler nach sich ziehen. Aktuelle Studien zeigen, dass neurologisch bedingte Verhaltensdefizite bei Kindern auftreten können, deren Mütter in der Schwangerschaft geringe Mengen Alkohol konsumiert haben, sodass sich Angaben eines sicheren oberen tolerablen Zufuhrwertes verbieten (vgl. Burger et al. 2000).

- Bei Schwangerschaft oder bei Kinderwunsch sollte ein Verzicht auf Alkohol von Ihnen empfohlen werden.

Bei bestimmten Erkrankungen kann auch ein moderater Alkoholkonsum sehr ungünstige Auswirkungen auf den weiteren Verlauf zeigen.

- Bei bestimmten körperlichen Beschwerden (Ulcus, Leberleiden usw.), ebenso bei der Einnahme alkoholsensitiver Medikamente sollten Sie dem Patienten den Verzicht auf Alkohol nahelegen.

### Hinweis

*Vertiefende  
Gesprächstechnik  
»Empfehlungen geben«:  
S. 73*

Immer wieder ist der fachliche Einwand zu hören, regelmäßiges Trinken von Alkohol, z. B. täglich ein Glas Rotwein, wirke präventiv gegen koronare Herzerkrankungen. Auch einige Ihrer Patienten könnten sich diese Argumentation zu eigen machen. Positive Effekte betreffen aber nur wenige Organe und sind bisher hauptsächlich nur bei Männern nachgewiesen worden: Zum einen schützt Alkohol in sehr kleinen Mengen die Herzkranzgefäße vor Arteriosklerose. Damit bietet Alkohol auch einen gewissen Schutz vor Herzinfarkt – allerdings nur bei Männern, die schon einmal einen Herzinfarkt hatten. Zum anderen besteht ein geringeres Risiko für den Schlaganfall durch mangelnde Durchblutung. Für Frauen nach den Wechseljahren ist bisher nur ein kleiner Nutzen für das Hormonsystem gesichert. Es steht zudem außer Frage, dass

ähnliche Schutzwirkungen z. B. durch eine ausgewogene Ernährung oder regelmäßige sportliche Betätigung erreicht werden können.

- Stellen Sie Informationsmaterial zur Verfügung (vgl. Hinweise im Anhang).

Risiko-  
armer  
Alkohol-  
konsum

#### **Hinweis**

*Hinweise auf  
Informations- und  
Aufklärungsmaterial  
für Ihre Patienten:  
Anhang, S. 84*



# ***Intervention bei riskantem Alkoholkonsum***

Nach der Diagnosestellung »riskanter Alkoholkonsum« besteht die ärztliche Kurzintervention aus folgenden aufeinander aufbauenden Interventionsschritten:



## Förderung der Änderungsbereitschaft

Sie haben zuvor in der Befragung des Patienten festgestellt, dass die durchschnittlich pro Tag konsumierte Menge Alkohol oberhalb der Grenzen von 12 g (Frauen) und 24 g (Männer) liegt. Mit den CAGE-Fragen haben Sie außerdem ausgeschlossen, dass bereits ein problematischeres Konsummuster als riskanter Konsum vorliegt.

### Vermittlung der Diagnoseergebnisse

Die detaillierte Rückmeldung über seinen aktuellen Zustand ist für den Patienten von großer Bedeutung, da es ihm die Möglichkeit gibt, seine gegenwärtige Situation kritisch zu reflektieren.

- Informieren Sie Ihren Patienten gründlich über die Untersuchungsbefunde.
- Vermeiden Sie Pathologisierungen und Übertreibungen.

Ihr Ziel ist es nicht, den Patienten mit einem pathologischen Etikett zu konfrontieren, sondern ihm die diagnostische Beurteilung transparent und plausibel zu vermitteln. Sie unterstützen ihn so bei der Entwicklung der Motivation und stärken seine Änderungsabsichten.

### Ärztliche Empfehlungen

Grundsätzlich ist es das Ziel, auf einen risikoarmen Konsum von Alkohol beim Patienten hinzuwirken. Der Patient erwartet hierzu von Ihnen konkrete Hilfen und Empfehlungen. Geben Sie folgende Empfehlungen bei riskantem Alkoholkonsum:

- Verringerung der Trinkmenge: Männer sollten in der Regel nicht mehr als 0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein pro Tag trinken, Frauen nicht mehr als 0,3 Liter Bier oder 0,15 Liter Wein, über 65-Jährige noch deutlich weniger (vgl. S. 17).
- Mindestens ein- bis zweimal pro Woche einen alkoholfreien Tag einlegen.
- Bei schwerwiegenderen Formen des riskanten Alkoholkonsums: Verzicht auf Alkoholkonsum über eine längere Zeit (mehrere Wochen/Monate).

## Änderungsentscheidung treffen

Entscheidungen zur Verhaltensänderung sind in der Absichtsphase noch instabil und ambivalent. Für die Verbindlichkeit einer Entscheidung ist das gemeinsame Abwägen aller Alternativen notwendig. Dazu gehört das Besprechen möglicher positiver und negativer Konsequenzen der jeweiligen Verhaltensalternative.

- Machen Sie dem Patienten deutlich, dass er für die Veränderung seines problematischen Alkoholkonsumverhaltens in hohem Maße selbst die Verantwortung trägt. Er muss sich letztlich selbst entscheiden, ob er eine Veränderung seines Verhaltens tatsächlich in Angriff nehmen will.
- Drängen Sie den Patienten nicht zu einer Entscheidung, sondern entwickeln Sie mit ihm zusammen Ziele.
- Besprechen Sie mit dem Patienten auch Aspekte, die ihn an der Umsetzung von Zielsetzungen möglicherweise hindern könnten.
- Bleiben Sie im Kontakt, auch wenn sich der Patient gegen die mit Ihnen besprochenen Lösungen entscheidet. Vielleicht sind zunächst schadensbegrenzende Zielsetzungen realisierbar, und der Patient benötigt noch Zeit, Änderungsentscheidungen zu treffen.

## Schadensbegrenzende Intervention

Einige Patienten sind nicht sofort bereit, sich auf eine grundlegende Änderung ihres Konsumverhaltens einzulassen. Bei diesen Patienten ist es dennoch wichtig, die Kontinuität der Beziehung zu sichern, die aktuellen gesundheitlichen Probleme zu behandeln, um körperliche Folgeschäden zu verhindern bzw. abzumildern, den Alkoholkonsum weiter zu beobachten und den Veränderungsprozess im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten zu fördern.

Riskanter  
Alkohol-  
konsum

### Hinweis

*Vertiefende Gesprächs- und Interventions-  
techniken:*

*»Alternativen anbieten«,*

*»Schadensbegrenzende  
Intervention«:*

*S. 74 und 76*

# Förderung der Änderungskompetenz

Ist die grundlegende Entscheidung zur Veränderung des Alkoholkonsums getroffen, besteht Ihre Aufgabe darin, den Patienten in seiner Änderungsabsicht und -kompetenz zu stärken. Grundsätzlich sollten Sie dabei beachten, dem Patienten eine eigene (Erfolgs-) Kontrolle und selbstständige Entscheidungen über den Verlauf der Verhaltensänderung zu ermöglichen.

## Veränderungsziel festlegen

Die gemeinsame Erarbeitung von konkreten Veränderungszielen stellt eine wichtige Grundlage für die laufenden Erfolgskontrollen dar.

- Legen Sie am Beginn des Änderungsvorhabens zusammen mit dem Patienten das angestrebte Konsumziel fest: Menge und Frequenz des Alkoholkonsums, Schritte zur Zielerreichung in zeitlichen Stufen. Dies kann auch in schriftlicher Form erfolgen.
- Sie können Ihren Patienten darauf hinweisen, dass es hilfreich ist, wenn er seine Veränderungsziele an einer für ihn im Alltag stets gut sichtbaren Stelle anbringt.
- Suchen Sie mit dem Patienten nach Lösungen für Problemsituationen, in denen ihm eine Umsetzung der Ziele nur schwer realisierbar erscheint.

## Alternativen anbieten

Die Motivation zur Veränderung wird erhöht, wenn der Patient sich zwischen mehreren Alternativen entscheiden kann.

- Entwickeln Sie mit Ihrem Patienten – so weit fachlich vertretbar – mehrere Alternativen für die Intervention.

Das Angebot alternativer Veränderungsmöglichkeiten eröffnet dem Patienten Spielräume für Entscheidungen und fördert damit seine Mitwirkung und seine Eigenverantwortung. Die Behandlungsmotivation kann dagegen erheblich beeinträchtigt werden, wenn Sie – im Widerspruch zu den Wünschen des Patienten – auf einer einzigen Interventionsvariante insistieren.

### Vermittlung von Techniken zur Zielerreichung

Die Anwendung verschiedener Techniken kann es Ihrem Patienten erleichtern, die gestellten Trinkziele zu erreichen. Hierzu gehören:

- keine oder nur geringe Vorratshaltung, um nicht »in Versuchung« zu kommen, mehr Alkohol als geplant zu trinken
- Alkohol langsam in kleinen Schlucken trinken
- Zeit festlegen, die zwischen zwei Glas Alkohol vergehen muss (ein guter Wert ist eine Stunde), zwischen zwei Glas Alkohol alkoholfreie Getränke trinken
- zum Durstlöschen alkoholfreie Getränke nehmen
- Bekannte mit starkem Alkoholkonsum bzw. entsprechende Konsumorte meiden
- nur in geselligem Rahmen trinken, nicht mehr als drei bis vier Trinkeinheiten
- kein Alkohol auf nüchternen Magen
- kein Alkohol vor 17 Uhr
- kein Alkohol nach Mitternacht
- Abstinenz an ein bis zwei Tagen pro Woche festlegen
- öffentliche Bekanntgabe der Trinkziele gegenüber anderen Personen durch den Patienten zur Erhöhung der Selbstverpflichtung und deren Einhaltung.

### Einbeziehen von Ressourcen und Bezugspersonen

Der Erfolg der Kurzintervention hängt nicht nur von den persönlichen Kompetenzen des Patienten ab, sondern auch davon, ob er in der Lage ist, Ressourcen aus seinem Lebensumfeld zur Unterstützung seines Veränderungsprozesses zu mobilisieren.

- Arbeiten Sie mit Ihrem Patienten heraus, über welche Ressourcen der Problemlösung und Verhaltensänderung er verfügt und welche Menschen in seinem Umfeld ihn unterstützen können.

**Riskanter  
Alkohol-  
konsum**

#### **Hinweis**

*Vertiefende  
Gesprächstechniken  
»Empfehlungen geben«,  
»Aktive Hilfe geben«:  
S. 73/74*

## Begleitung und Beobachtung

Der eingeleitete Veränderungsprozess des Patienten muss sich erst noch stabilisieren. Es ist daher ratsam, in zukünftigen Gesprächen das Einhalten der Ziele gemeinsam zu besprechen und die auftretenden Probleme zu lösen. Diesen Prozess der Begleitung und Beobachtung können Sie erfolgreich gestalten, wenn Sie folgende Gesichtspunkte berücksichtigen:

- Prüfen Sie gemeinsam mit dem Patienten die Einhaltung der Konsumziele, und nehmen Sie mit ihm ggf. eine realistische Anpassung vor.
- Loben Sie den Patienten für die Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen.
- Besprechen Sie mit ihm die Gründe für die Nichteinhaltung des Trinkziels, und entwickeln Sie mit ihm alternative Strategien. Vereinbaren Sie mit ihm verbindlich den nächsten Gesprächstermin.
- Bei zusätzlichen psychischen Störungen (z. B. depressiven Störungen, Angsterkrankungen) können Sie dem Patienten die Vermittlung in eine Psychotherapie anbieten.

### Hinweis

*Vertiefende  
Gesprächstechniken  
»Selbst motivierende  
Aussagen des  
Patienten fördern«:  
S. 70*





# ***Intervention bei schädlichem Alkoholkonsum (Missbrauch)***

Nach der Diagnosestellung »schädlicher Alkoholkonsum/Missbrauch« besteht die ärztliche Kurzintervention aus folgenden aufeinander aufbauenden Interventions-schritten:



***Förderung der  
Änderungsbereitschaft***

***Förderung der  
Änderungskompetenz***

***Begleitung und Beobachtung***

Schäd-  
licher  
Alkohol-  
gebrauch

## Förderung der Änderungsbereitschaft

Die von Ihnen zuvor durchgeführte CAGE-Befragung zeigte zwei oder mehr Ja-Antworten, und Sie konnten durch die Anwendung der ICD-10-Kriterien Alkoholabhängigkeit ausschließen.

*>>sie scheinen zu befürchten, dass man sie als Alkoholiker abstempelt. **Arzt**  
Aber darum geht es nicht.  
Wichtiger ist es, sich den bisherigen Alkoholkonsum genau anzusehen und sich dann persönlich zu entscheiden, ob Veränderungen notwendig sind und wie diese erreicht werden können.«*

### Hinweis

**Vertiefende  
Gesprächstechniken  
»Diskrepanz erzeugen«,  
»Umgang mit  
Defensivstrategien«:  
S. 64 und 71**

## Vermittlung der Diagnoseergebnisse

Die detaillierte Rückmeldung über seinen aktuellen Zustand ist für den Patienten von großer Bedeutung, da sie ihm die Möglichkeit gibt, seine gegenwärtige Situation kritisch zu reflektieren.

- Informieren Sie Ihren Patienten gründlich über die Untersuchungsbefunde und mögliche Zusammenhänge gesundheitlicher Probleme mit dem Alkoholkonsum.
- Vermeiden Sie Pathologisierungen.

Ihr Ziel ist es nicht, den Patienten mit einem pathologischen Etikett zu konfrontieren, sondern ihm die diagnostische Beurteilung plausibel zu vermitteln. Sie unterstützen so seine Motivation und stärken seine Veränderungsabsichten.

### Hinweis

*Vertiefende  
Gesprächstechniken  
»Empfehlungen geben«:  
S. 73*

## Ärztliche Empfehlungen

Grundsätzlich ist es auch beim schädlichen Gebrauch von Alkohol das Ziel, auf einen gesundheitlich unbedenklichen Konsum von Alkohol beim Patienten hinzuwirken.

Folgende Empfehlungen sollten bei schädlichem Alkoholkonsum im Vordergrund stehen:

- Vorrangig ist die Verringerung der Trinkmenge: Männer sollten in der Regel nicht mehr als 0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein trinken, Frauen nicht mehr als 0,3 Liter Bier oder 0,15 Liter Wein, über 65-Jährige noch deutlich weniger.
- Es sollten alkoholfreie Tage – mindestens ein- bis zweimal pro Woche – eingelegt werden.
- Bei schädlichem Alkoholkonsum kann auch ein Verzicht auf Alkoholkonsum über mehrere Wochen oder Monate anzuraten sein.
- In individuellen Hoch-Risikosituationen sollte der Patient – wenn es ihm möglich ist – keinen oder nur sehr kontrolliert Alkohol trinken.
- Wenn Sie die Gefahr erkennen, dass der Alkoholmissbrauch sich zur Abhängigkeit entwickelt, muss weniger getrunken werden. Möglicherweise ist auch zur Abstinenz zu raten, da diese leichter einzuhalten ist.
- Bei juristischen (z. B. arbeits- oder verkehrsrechtlichen) Auflagen und schwerwiegenden Formen des schädlichen Gebrauchs, die der Patient nicht ohne weitergehende Hilfe bewältigen kann, sollten Sie externe Behandlungen, wie sie von entsprechenden ambulanten Beratungsstellen oder von spezifischen Rehabilitationskliniken angeboten werden, empfehlen (vgl. Adressen im Anhang S. 81 ff.).

Schädlicher  
Alkoholgebrauch

## Zur Änderung des Trinkverhaltens ermutigen

Der Glaube an die eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten ist wichtig, um Verhaltensänderungen zu beginnen und dann auch durchzuhalten. Pessimistische und resignative Äußerungen sind wenig hilfreich.

- Fördern Sie Äußerungen des Patienten, die Einsicht in die Problematik bzw. die Bereitschaft zur Verhaltensänderung erkennen lassen.

## Patient

*»Vielleicht haben sie recht,  
mit meinem Trinken mache ich alles  
nur noch schlimmer.«*

*»Klar, ich habe schon gemerkt,  
dass es mir morgens immer schwerer fiel,  
aufzustehen, wenn ich abends wieder  
mehr getrunken habe.«*

### Hinweis

**Vertiefende  
Gesprächstechniken:**  
»Selbst motivierende  
Äußerungen des Patienten  
fördern«,  
»Alternativen anbieten«:  
S. 70, 74

## Änderungsentscheidung treffen

Entscheidungen zur Verhaltensänderung sind in der Absichtsphase noch instabil. Für die Verbindlichkeit einer Entscheidung ist das gemeinsame Abwägen aller Alternativen notwendig. Dazu gehört das Besprechen möglicher positiver und negativer Konsequenzen der jeweiligen Verhaltensalternative.

- Machen Sie dem Patienten deutlich, dass er für die Entscheidung, seinen problematischen Alkoholkonsum zu verändern, selbst die Verantwortung trägt. Er muss entscheiden, ob er eine Veränderung seines Verhaltens tatsächlich in Angriff nehmen will und ob er bereit ist, hierfür ggf. entsprechende Unterstützung und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.
- Drängen Sie den Patienten nicht zu einer Entscheidung, sondern entwickeln Sie mit ihm zusammen Ziele.
- Bleiben Sie im Kontakt mit ihm, auch wenn er sich gegen die von Ihnen angebotenen Lösungen entscheidet. Besprechen Sie mit dem Patienten, welche Ziele er für angemessen hält.  
Möglicherweise benötigt er zur Umsetzung weitergehende Unterstützung, als es Ihnen im Rahmen Ihrer ärztlichen Praxis möglich ist. In diesem Falle sollten Sie auf suchtspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote hinweisen.

## Schadensbegrenzende Interventionen

Einige Patienten sind trotz gezielter Interventionen zunächst nicht bereit, sich auf eine grundlegende Änderung ihres Konsumverhaltens einzulassen. Bei diesen Patienten ist es dennoch wichtig, die Kontinuität der Beziehung zu sichern, die aktuellen gesundheitlichen Probleme zu behandeln, um körperliche Folgeschäden zu verhindern bzw. abzumildern und den Alkoholkonsum weiter zu beobachten und den Veränderungsprozess kontinuierlich zu fördern.

Schädlicher Alkoholgebrauch

### Hinweis

*Weiterführende Informationen zur schadensbegrenzenden Intervention: S. 76*

*Adressen suchtspezifischer Einrichtungen und Selbsthilfegruppen: Anhang, S. 81 ff.*

# Förderung der Änderungskompetenz

Ist eine grundlegende Entscheidung zur Veränderung des Alkoholkonsums einmal getroffen, besteht Ihre Aufgabe darin, den Patienten in seiner Änderungsabsicht und -kompetenz zu stärken. Grundsätzlich sollten Sie dabei beachten, dem Patienten eine eigene (Erfolgs-) Kontrolle und selbstständige Entscheidungen über den Verlauf der Verhaltensänderung zu ermöglichen.

## Veränderungsplan erstellen

Die gemeinsame Erarbeitung eines Veränderungsplans ermöglicht eine am Patienten orientierte Erstellung von Veränderungszielen und stellt eine wichtige Grundlage für die laufenden Erfolgskontrollen dar.

- Legen Sie am Beginn des Änderungsvorhabens zusammen mit dem Patienten das Ziel fest, nämlich das angestrebte Konsummuster: Menge und Frequenz des Alkoholkonsums, einen Plan zur Erreichung des Trinkziels in zeitlichen Stufen. Dies kann auch in schriftlicher Form erfolgen.
- Raten Sie dem Patienten, diesen Veränderungsplan an einer für ihn im Alltag stets gut sichtbaren Stelle anzubringen.
- Suchen Sie mit dem Patienten nach Lösungen für Problemsituationen, in denen ihm eine Umsetzung der Veränderungsziele nur schwer realisierbar erscheint.
- Besprechen Sie mit dem Patienten die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote, wenn sich zeigt, dass er ansonsten nicht in der Lage ist, den schädlichen Konsum zu beenden.

### Hinweis

Vordruck  
»Alkoholtagebuch«  
als Kopiervorlage:  
Umschlagklappe

Mithilfe eines Tagebuchs kann das Problem-  
bewusstsein des Patienten aktiv gefördert  
werden. Er wird zu einer Objektivierung seines  
Konsumverhaltens angehalten, und er kann  
die Umstände des Alkoholkonsums und damit  
auch die besonderen Risikofaktoren identifi-  
zieren.

- Besprechen Sie zusammen mit dem  
Patienten das Führen eines Alkoholtage-  
buchs.

#### Beispiel für ein Alkoholtagebuch:

Wochentag	Trinkeinheiten Getränkart	Trinksituation (Ort, Befindlichkeit)	
Montag	Vier Flaschen Bier	Zu Hause beim Fernsehen; müde und abgespannt nach der Arbeit	
Dienstag	Drei Flaschen Bier	Zu Hause; beim Abendbrot etwas müde; Ärger bei der Arbeit	
Mittwoch	Fünf Glas Bier (à 0,3 l) und drei einfache Korn	Kegeln mit Freunden; gute Stimmung; etwas müde	
Donnerstag	Zwei Flaschen Bier	Zu Hause beim Fernsehen; normale Stimmung	Schäd- licher Alkohol- gebrauch
Freitag	Drei Flaschen Bier und zwei Cognac	Zu Hause beim Abendbrot und beim Fernsehen; entspannt	
Samstag	Sechs Gläser Bier (à 0,5 l) und zwei Cola-Baccardi (à 0,3 l)	Geburtstagsfeier eines Freundes; ausgelassene Stimmung	
Sonntag	Zwei Glas Bier (à 0,5 l) und drei Flaschen Bier	Frühschoppen beim Vereinsfest; am Abend vor dem Fernseher; müde	

## Identifizieren von Risikosituationen

Bei Patienten mit schädlichem Alkoholgebrauch ist es von großer Bedeutung, die Bewältigung von besonderen Risikosituationen zu ermöglichen. Hierzu gehört die präzise Erfassung dieser Situationen und das Erlernen neuer Verhaltensmuster in Reaktion auf diese Situationen. Dies kann im Rahmen der Auswertung des Alkoholtagebuchs erfolgen:

- Werten Sie zusammen mit dem Patienten das Alkoholtagebuch aus und arbeiten Sie mit dem Patienten besondere Risikosituationen für einen überhöhten Alkoholkonsum heraus.

Mithilfe dieses Tagebuchs kann er die Situationen und die eigenen Gefühlszustände beim Alkoholkonsum und damit auch die besonderen Risikofaktoren identifizieren.

Typische Risikosituationen bei Menschen mit Alkoholmissbrauch sind:

- negative Gefühlszustände wie Einsamkeit, Langeweile, depressive Stimmung
- körperliche Beschwerden
- soziale Verführungssituationen
- Feiern, Geselligkeit
- konflikthafte Auseinandersetzungen mit Kollegen, Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten
- inneres Verlangen (Craving).

»»Auf Feiern und  
 geselligen Veranstaltungen  
 trinke ich immer viel Alkohol,  
 setze mich anschließend ins Auto  
 und fahre nach Hause.«

**Patient**

## Entwickeln von Bewältigungsstrategien

- Entwickeln Sie mit dem Patienten Verhaltensalternativen zur besseren Bewältigung der identifizierten Risikosituationen.

Im Sinne einer Schadensbegrenzung ist es hier erforderlich, die Selbst- und Fremdgefährdung, z. B. durch Autofahren unter Alkoholeinfluss, anzusprechen und möglichst zu verhindern.

Im Zusammenhang mit der Reduzierung des Alkoholkonsums wird von Ihnen auf einen Lernprozess hingewirkt, der es dem Patienten ermöglicht, erfolgreich mit einer typischen Risikosituation umzugehen, indem er beispielsweise höflich, aber bestimmt Alkohol ablehnt.

Solche Lernprozesse beanspruchen häufig einen zeitlichen Umfang und eine fachliche Spezialisierung, für die im Rahmen Ihrer Praxis zu wenig Raum ist. Hier bieten sich Beratungsstellen mit ihren spezifischen Einzel- und Gruppenangeboten an.

Arzt



*>>Lassen sie sich von Ihren Freunden  
nicht drängen, Alkohol zu trinken.  
sagen sie höflich, aber bestimmt „nein“.<<*

*>>Lassen sie bei künftigen Feiern  
Ihr Auto zu Hause und  
benutzen sie öffentliche Verkehrsmittel.<<*

Schäd-  
licher  
Alkohol-  
gebrauch

**Hinweis**

Vertiefende  
Gesprächstechniken  
»Alternativen anbieten«:  
S. 74

## Vermittlung von Techniken zur Zielerreichung

Die Anwendung der folgenden Techniken kann es Ihrem Patienten erleichtern, die gestellten Trinkziele zu erreichen:

- keine oder nur geringe Vorratshaltung, um nicht »in Versuchung« zu kommen, mehr Alkohol als geplant zu trinken
- Alkohol langsam in kleinen Schlucken trinken, Zeit festlegen, die zwischen zwei Glas Alkohol vergehen muss (ein guter Wert ist eine Stunde), zwischen zwei Glas Alkohol alkoholfreie Getränke trinken
- zum Durstlöschern alkoholfreie Getränke nehmen
- Bekannte mit starkem Alkoholkonsum bzw. entsprechende Konsumorte meiden
- nur in geselligem Rahmen trinken; nicht mehr als drei bis vier Trinkeinheiten
- kein Alkohol auf nüchternen Magen
- kein Alkohol vor 17 Uhr
- kein Alkohol nach Mitternacht
- Abstinenz an ein bis zwei Tagen pro Woche festlegen
- Bekanntgabe der Trinkziele gegenüber anderen Personen durch den Patienten zur Erhöhung der Selbstverpflichtung und deren Einhaltung.

### Hinweis

»Gespräche mit Bezugspersonen des Patienten«:  
S. 75

Adressen suchtspezifischer Einrichtungen und Selbsthilfegruppen:  
Anhang, S. 81 ff.

## Einbeziehen von Ressourcen und Bezugspersonen

Der Erfolg der Kurzintervention hängt nicht nur von den persönlichen Kompetenzen des Patienten ab, sondern auch davon, ob er in der Lage ist, Ressourcen aus seinem Lebensumfeld zur Unterstützung seines Veränderungsprozesses zu mobilisieren.

- Arbeiten Sie mit Ihrem Patienten heraus, über welche individuellen Fähigkeiten und Ressourcen der Problemlösung und Verhaltensänderung er verfügt und welche Menschen in seinem Umfeld ihn unterstützen.
- Zeigen Sie auf, welche weiteren professionellen Hilfsangebote ihm zur Verfügung stehen.
- Schlagen Sie vor, nahe Bezugspersonen bei der Umsetzung der Trinkziele einzubeziehen, falls es sinnvoll und möglich ist.

## Vermittlung in suchtspezifische Behandlung

Bei Patienten mit schädlichem Gebrauch von Alkohol kann eine Vermittlung in Spezialeinrichtungen notwendig sein, um die erforderlichen Änderungskompetenzen des Patienten zu entwickeln.

- Motivieren Sie Ihren Patienten zur Inanspruchnahme spezifischer Behandlungen im ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich, wenn er nicht in der Lage ist, aus eigener Kraft sein Verhalten trotz schädlicher Folgen zu modifizieren. Im Besonderen können Sie auf folgende Angebote hinweisen:
  - Beratungsstellen für Menschen mit Alkoholproblemen
  - stationäre Behandlung bei schwerwiegendem Alkoholmissbrauch in Verbindung mit psychosomatischen Symptomen (z. B. in psychosomatischen Abteilungen von Suchtkliniken).

# Begleitung und Beobachtung

Der eingeleitete Veränderungsprozess des Patienten muss sich stabilisieren. Insbesondere in den ersten Wochen und Monaten sind die veränderten Konsummuster noch von Rückschlägen bedroht. Es ist daher notwendig, in dieser Zeit regelmäßige Gespräche mit dem Patienten zu vereinbaren, um das Einhalten der Ziele gemeinsam zu besprechen und um die auftretenden Probleme zu lösen. Diesen Prozess der Begleitung und Beobachtung können Sie erfolgreich gestalten, wenn Sie folgende Gesichtspunkte berücksichtigen:

- Überwachen Sie den Prozess auf dieselbe Weise, wie Sie andere chronische Gesundheitsprobleme (z.B. Diabetes, Bluthochdruck) verfolgen.
- Beobachten Sie Begleiterscheinungen, z. B. Unsicherheiten, Depressions- oder Angstsymptome. Diese Symptome verschwinden meist nach einiger Zeit von selbst.
- Unterstützen Sie den Patienten, indem Sie bei jeder Visite den bisherigen Fortschritt prüfen und Ihren Patienten für die Fortschritte loben.
- Prüfen Sie regelmäßig das vereinbarte Konsummuster. Wenn es Anhaltspunkte für einen problematischen Alkoholkonsum gibt, steht die konstruktive Bewältigung des Problems, d. h. die Wiederorientierung auf das trinkbezogene Ziel, im Vordergrund – nicht die Analyse der Ursachen der vorübergehenden Zielverfehlung.
- Besprechen Sie besondere Gefährdungssituationen, und prüfen Sie, ob die genutzten Bewältigungsstrategien auch weiterhin angewendet werden sollten oder ob andere Strategien leichter und effizienter sind. Was gut funktioniert hat, sollte von Ihnen verstärkt werden, was nicht oder unzureichend gewirkt hat, sollte vernachlässigt werden.
- Sinnvoll und hilfreich ist es, wenn Sie mit dem Patienten die Vorteile seines neuen Verhaltens, d. h. die Verbesserung seiner Lebensqualität herausarbeiten (Freizeitaktivitäten, berufliche Situation usw.).
- Vermitteln Sie den Patienten in spezifische Suchtbehandlungseinrichtungen, wenn sein Bedarf an Beratung über die in ärztlicher Konsultation zu leistenden Dienste hinausgeht.
- Vereinbaren Sie verbindlich weitere Gesprächstermine, und geben Sie die Möglichkeit weiterer Termine bei Bedarf.

Schädlicher Alkoholgebrauch

## Hinweis

*Vertiefende Gesprächstechniken  
»Aktive Hilfe geben«:  
S. 74*

*Adressen von weiteren Einrichtungen:  
Anhang, S. 81 ff.*



# Intervention bei Abhängigkeit von Alkohol

Nach der Diagnosestellung »Abhängigkeit von Alkohol« besteht die ärztliche Kurzintervention in der Regel aus folgenden Schritten:

**Förderung der Änderungsbereitschaft,  
Begleitung bis zum Beginn der externen  
Behandlung**

**Durchführung eines externen Entzugs  
(Akutbehandlung)**

*Unter bestimmten Voraussetzungen kann  
der ambulante Entzug in der ärztlichen Praxis  
durchgeführt werden (s. S. 57).*

**Durchführung einer externen  
(ambulanten/teilstationären oder  
stationären) Entwöhnungsbehandlung**

**Begleitung und Beobachtung:  
ärztliche Nachsorge nach  
externer Behandlung**

*In der Regel sollte gleichzeitig eine nachstationäre  
Behandlung im Rahmen von Suchtberatungsstellen  
und/oder Nachsorge durch Selbsthilfegruppen  
empfohlen werden.*

Alkohol-  
abhängig-  
keit

# Förderung der Änderungsbereitschaft

In der vorangegangenen Diagnose haben Sie festgestellt, dass mehr als drei der ICD-10-Kriterien für Abhängigkeit zutreffen. Sie können also davon ausgehen, dass bei Ihrem Patienten eine Alkoholabhängigkeit vorliegt.

## Vermittlung der Diagnoseergebnisse

Die detaillierte Rückmeldung über seinen aktuellen Zustand ist für den Patienten von großer Bedeutung, da sie ihm die Möglichkeit gibt, seine gegenwärtige Situation kritisch zu reflektieren.

- Informieren Sie Ihren Patienten gründlich über die Untersuchungsbefunde.
- Vermeiden Sie Etikettierungen.

Ihr Ziel ist es nicht, den Patienten mit einem Etikett zu konfrontieren, sondern ihm die diagnostische Beurteilung transparent und plausibel zu vermitteln. Sie unterstützen ihn so bei der Entwicklung der Motivation und stärken seine Veränderungsabsichten.

## Ärztliche Empfehlungen

Falls der Patient bereit ist, Schritte zu unternehmen, um sich aus seiner Abhängigkeit zu lösen, erwartet er von Ihnen konkrete Hilfen und Empfehlungen.

- Wirken Sie bei häufig intoxikierten Patienten darauf hin, dass diese zunächst einen körperlichen Entzug absolvieren.
- In verschiedenen Einrichtungen (z. B. psychiatrischen Kliniken) wird eine qualifizierte Entzugsbehandlung angeboten. Im Rahmen dieser Angebote wird über den körperlichen Entzug hinaus der Patient gezielt dazu motiviert, weitere Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen.
- Falls es eine Unterstützung des Patienten in seinem sozialen Umfeld gibt und falls das Krankheitsbild des Patienten es zulässt, können Sie Ihrem Patienten auch einen ambulanten Entzug in Ihrer Praxis empfehlen.
- Bereits in dieser Phase sollten Sie den Besuch einer Selbsthilfegruppe empfehlen.
- Weisen Sie auf die Möglichkeit der Beratung durch Beratungsstellen sowie auf das Angebot der Entwöhnungsbehandlung hin. Diese kann je nach Indikationsstellung stationär oder ambulant erfolgen, in größeren Städten existieren auch teilstationäre Behandlungsangebote.
- Ziel ist die Aufrechterhaltung der Abstinenz nach Beendigung der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung.
- Sinnvoll ist die Wahrnehmung weiterführender Behandlungsangebote nach Abschluss der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung, insbesondere in Therapie- und Selbsthilfegruppen.

Es kann sein, dass einige Patienten zunächst nur dazu bereit sind, zu erproben, ihre Trinkmenge aus eigener Kraft deutlich zu reduzieren. Unterstützen Sie diese Strategie, und überprüfen Sie in den Folgegesprächen die Ergebnisse. Wenn Sie feststellen, dass dieses Vorhaben nicht erfolgreich umgesetzt werden kann, dann sollten Sie mit dem Patienten alternative Schritte erarbeiten. In der Regel gelten dann die o. g. Empfehlungen auch für diese Patientengruppe.

### Ermütigung zur Änderungsentscheidung

Die Entscheidung für eine Änderung des Trinkverhaltens bzw. für die Aufnahme einer Therapie erfordert vom Patienten viel Mut und Überwindung von Widerständen. Sie wird daher nicht von allen Patienten sofort getroffen werden.

- Fördern Sie die Änderungszuversicht.
- Fördern Sie in dieser Phase die Äußerungen des Patienten, die Einsicht in die Problematik und Bereitschaft zu Verhaltensänderungen bzw. zur Wahrnehmung eines therapeutischen Angebots erkennen lassen.

*>>sie haben recht,  
mit meinem Trinken mache ich  
alles nur noch schlimmer.<<*

## Patient

*>>Vielleicht wäre es doch nicht schlecht,  
mal in so eine Therapie zu gehen.  
Ganz allein ist das nicht mehr zu schaffen.<<*

*>>ich kenne Herrn X aus  
der Beratungsstelle persönlich.  
Ich denke, er kann Ihnen weiterhelfen.  
Wenn sie es wünschen, rufe ich ihn an,  
damit sie mit ihm sprechen können.<<*

## Arzt

## Entscheidung treffen

Die Entscheidungen zur Verhaltensänderung bzw. zur Aufnahme einer Suchtbehandlung sind beim Patienten häufig mit Ängsten verbunden. Um die Verbindlichkeit einer Entscheidung zu festigen, ist das gemeinsame Abwägen aller Alternativen notwendig. Dazu gehört das Besprechen möglicher positiver und negativer Konsequenzen der jeweiligen Verhaltensalternative.

- Machen Sie dem Patienten deutlich, dass ihm die Entscheidung für die Veränderung niemand abnehmen kann und er hinsichtlich der Inanspruchnahme weiterführender Hilfen in hohem Maße selbst die Verantwortung trägt.  
Er muss sich letztlich entscheiden, ob er eine Veränderung seines Verhaltens tatsächlich in Angriff nehmen will und ob er Ihre Hilfe bzw. die Hilfe anderer therapeutischer Einrichtungen annehmen möchte.
- Beachten Sie, dass Sie den Patienten nicht zu einer Entscheidung drängen.
- Brechen Sie den Kontakt nicht von sich aus ab, falls sich der Patient gegen die mit Ihnen besprochenen Lösungen entscheidet.  
Besprechen Sie mit dem Patienten, welche Zielsetzungen er selbst für realistisch hält und wie er seinen Bedarf an externer Unterstützung einschätzt.

## Schadensbegrenzende Interventionen

Einige Patienten sind trotz gezielter Gespräche nicht sofort bereit, eine grundlegende Änderung ihres Konsumverhaltens anzustreben bzw. sich auf weitergehende therapeutische Hilfen einzulassen. Dies kann z.B. bei chronisch Abhängigen der Fall sein, wenn diese Patienten für sich geringere Änderungsperspektiven erkennen können. Auch bei diesen Patienten ist es wichtig, die Kontinuität der Beziehung zu sichern, die aktuellen gesundheitlichen Probleme zu behandeln, um schwere körperliche Folgeschäden zu verhindern bzw. abzumildern, den Alkoholkonsum weiter zu beobachten und den Veränderungsprozess im Sinne der Inanspruchnahme suchtspezifischer Behandlungsangebote zu fördern.

### Hinweis

*Weiterführende  
Informationen zur  
schadensbegren-  
zenden Intervention:  
S. 76*

# Förderung der Änderungskompetenz

Bei Alkoholabhängigen sind zur Förderung der Änderungskompetenzen spezifische therapeutische Strategien, in der Regel eine Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung notwendig. Ein Entzug kann je nach Indikationsstellung ambulant in der Arztpraxis oder stationär im Allgemeinkrankenhaus oder in einer psychiatrischen Klinik erfolgen. Die Entwöhnungsbehandlung wird vor allem in ambulanten Suchtberatungsstellen oder in Fachkliniken erbracht. Ein ambulanter Entzug kann in Ihrer Praxis von Ihnen durchgeführt werden, wenn die Voraussetzungen dies zulassen.

## Ambulanter Entzug in der Arztpraxis

Für die Durchführung eines ambulanten Entzugs in Ihrer Praxis sollten folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- ausreichende Motivation Ihres Patienten
- aktive Unterstützung des Patienten durch seine soziale Umgebung
- keine erheblichen körperlichen Schädigungen im Krankheitsbild des Patienten (z. B. bereits aufgetretene Gelegenheitsanfälle im Entzug oder ein delirantes Syndrom).

Haben Sie nach dieser Abklärung mit Ihrem Patienten die Entscheidung getroffen, den Entzug ambulant in Ihrer Praxis durchzuführen, dann sind folgende Empfehlungen zu beachten:

- Die Behandlung sollte am Anfang einer Woche beginnen.
- Ein täglicher Kontakt mit dem Patienten ist zur Begleitung und Motivation erforderlich.
- Medikamente sollten von Ihnen nur in Tagesdosis ausgehändigt werden.
- Der Patient ist während des Entzugs arbeitsunfähig und sollte kein Kraftfahrzeug fahren oder gefährliche Maschinen bedienen.
- Die regelmäßige Ernährung sollte gesichert sein.
- Stress und körperliche Anstrengung des Patienten sollten möglichst vermieden werden.
- Der Besuch einer Selbsthilfegruppe sollte empfohlen werden.

Alkohol-  
abhängig-  
keit

### Hinweis

Adressen von  
Selbsthilfeorganisationen:  
S. 82 ff.

## Stationärer Entzug (Akutbehandlung)

Stationäre Entzugsbehandlung ist insbesondere bei sozial wenig integrierten Patienten, die eine schwere Abhängigkeitsstörung und internistische, neurologisch/psychiatrische Erkrankungen aufweisen, angebracht.

In der Entzugsbehandlung sollte eine differenzierte, somatisch gut fundierte Behandlung der Entzugssymptome und der körperlichen Begleiterkrankungen erfolgen, sodass ein möglichst komplikationsarmer Verlauf gewährleistet ist. Ein wesentlicher Bestandteil des qualifizierten Entzugs ist darüber hinaus die Motivationsarbeit mit der Zielsetzung, eine handlungsanleitende Motivation zur weiteren Entwöhnungsbehandlung, zur Abstinenz und zu Veränderungen im Verhalten und in der Lebensgestaltung aufzubauen.

Die Vorbereitung auf diese Behandlung leisten in der Regel Suchtberatungsstellen. Haben Sie mit Ihrem Patienten diesen Weg gewählt, dann ist Ihre Unterstützung als Arzt und Bezugsperson vor allem in der Anfangsphase von großer Bedeutung. Die Überweisung an eine Beratungs- oder Behandlungseinrichtung stellt für manchen Patienten ein kritisches Ereignis dar. Daher sollten Ihnen die Mitarbeiter einer Beratungsstelle bekannt sein, um persönliche Empfehlungen geben zu können und Brüche in der Betreuung zu vermeiden.

- Vereinbaren Sie – möglichst in Gegenwart des Patienten – einen Gesprächstermin in der Beratungsstelle oder einen Aufnahmetermin in der Entzugseinrichtung.

### Hinweis

*Adressen zum Ermitteln von Beratungsstellen und Entzugs-/Entwöhnungseinrichtungen:  
S. 81 ff.*

## Entwöhnungsbehandlung

Eine Entwöhnungsbehandlung kann ambulant, teilstationär und stationär durchgeführt werden. Der Erfolg, der in einer Fachklinik bei der Alkoholentwöhnung erreicht werden kann, ist empirisch sehr gut belegt: Über 50 % der Patienten sind nach einem Jahr noch dauerhaft abstinent.

Ob eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung erforderlich ist, wird anhand verschiedener Indikationskriterien geprüft, wie z. B.

- Schweregrad der Störung (seelisch, körperlich, sozial)
- Prognosefaktoren (soziales Umfeld, Beruf und Wohnsituation)
- Fähigkeit zu Mitarbeit und Abstinenz.

In der Regel liegt eine Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers (bei Vorliegen der entsprechenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen) für die Entwöhnungsbehandlung vor. Der Antrag auf eine solche Behandlung sollte über die örtlichen Suchtberatungsstellen gestellt werden, welche die erforderlichen Unterlagen, d.h. einen Rehabilitationsantrag des Versicherten, einen Sozialbericht der Suchtberatungsstelle und einen ärztlichen Befundbericht vom behandelnden Arzt dem zuständigen Leistungsträger zuleiten.

- Setzen Sie die Intervention nach Beendigung des stationären Aufenthalts fort.
- Sinnvoll ist es, dem Patienten zu empfehlen, die Nachsorge in einer ambulanten Suchtberatungsstelle in Anspruch zu nehmen bzw. weiterhin die Selbsthilfegruppe zu besuchen.

# Begleitung und Beobachtung

Ihre Aufgabe als niedergelassener Arzt besteht in dieser Interventionsphase darin, den Patienten bis zum Beginn einer suchtspezifischen Behandlung zu begleiten (z. B. die Wartezeit bis zum Antritt der stationären Entzugsbehandlung zu überbrücken), ggf. die ambulante suchtspezifische Behandlung ärztlich zu begleiten und die ärztliche Nachsorge (ggf. im Kontext mit den anderen weiteren Nachsorgeangeboten) nach Abschluss der suchtspezifischen Behandlungsprogramme durchzuführen (Rückfallprävention bzw. Rückfallmanagement).

## Kontakt zur externen Behandlungseinrichtung

Um die stationäre Behandlung, die häufig erforderlich ist, gut und verbindlich vorbereiten zu können, sollten Sie über Kooperationspartner in Entzugseinrichtungen oder Fachambulanzen verfügen.

- Informieren Sie sich, welche Einrichtungen und ggf. Fachkliniken in Ihrer Region in Betracht kommen.
- Nehmen Sie Kontakt mit den behandelnden Ärzten auf.
- Bitten Sie dort um Zuleitung regelmäßiger, fallbezogener Informationen (Behandlungsplan, Prognosen).
- Vereinbaren Sie eine möglichst schnelle Wiederanbindung an Sie als Vertrauensarzt, um die kontinuierliche Betreuung zu sichern.

## Begleitung des Patienten nach Beendigung der suchtspezifischen Behandlung

Nachdem der Patient seine Behandlung in der jeweiligen suchtspezifischen Einrichtung beendet hat, ist es Ihre Aufgabe, die ärztliche Nachsorge wahrzunehmen und in Absprache mit den weiteren suchtspezifischen Nachsorgeangeboten für eine Rückfallprävention zu sorgen.

- Überwachen Sie den Prozess auf dieselbe Weise wie andere chronische Gesundheitsprobleme, z. B. Diabetes oder Bluthochdruck.

### Hinweis

Vertiefende  
Gesprächstechniken  
»Aktive Hilfe geben«:  
S. 74

## Weitere Hilfen und Ressourcen

Der Erfolg der Kurzintervention hängt nicht nur von den persönlichen Kompetenzen des Patienten ab, sondern auch davon, wie sein persönliches soziales und berufliches Umfeld reagiert und sich die (Re-)Integration bewerkstelligen lässt.

- Arbeiten Sie mit Ihrem Patienten heraus, über welche individuellen Fähigkeiten und Ressourcen der Problemlösung und Verhaltensänderung er verfügt und welche Menschen in seinem Umfeld ihn unterstützen.
- Zeigen Sie auf, welche weiteren professionellen Hilfeangebote ihm zur Verfügung stehen (z. B. zur Schuldenregulierung, zur beruflichen Integration, zur Behandlung psychischer Probleme) und welche Angebote von Selbsthilfegruppen bestehen.

### Hinweis

*Vertiefende  
Gesprächstechniken  
»Gespräche mit  
Bezugspersonen«:  
S. 75*

## Umgang mit Gefährdungssituationen/ Rezidivprävention

In den ersten Tagen und Wochen nach der Beendigung einer Entwöhnungsbehandlung ist die Rückfallgefahr besonders groß. Ein Teil der Patienten unterschätzt in dieser Zeit die Schwierigkeiten, das Konsumziel aufrechtzuerhalten. Es fehlt noch die Sicherheit, typische Trinkgelegenheiten im Alltag bewältigen zu können. Viele Abhängige haben zudem ein gesteigertes Verlangen nach Alkohol.

Falls der Patient eine ambulante Suchtberatungsstelle besucht, sollte in Absprache mit dieser eine entsprechende Rückfallprävention erfolgen, um das Behandlungsziel zu festigen. Hierzu gehört:

- Prüfen Sie regelmäßig die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Besprechen Sie eingetretene Gefährdungssituationen, und entwickeln Sie mit dem Patienten Bewältigungsstrategien. Besprechen Sie adäquate Verhaltensmöglichkeiten.

## Rückfallmanagement

Vermitteln Sie dem Patienten, wie er sich bei einem Rückfall verhalten soll:

- Sofortiges Verlassen des Ortes, an dem Alkohol konsumiert wurde.
- Aufsuchen einer schützenden Umgebung.
- Nüchtern werden.
- Freunde in der Selbsthilfegruppe anrufen.
- Professionelle Hilfe aufsuchen (beim Arzt oder ggf. in der Notfallambulanz melden bzw. die Suchtberatungsstelle anrufen).

Wenn der Patient den Abstinenzvorsatz nicht einhält, sollten Sie folgendermaßen intervenieren: nicht-wertendes Entdramatisieren des Geschehenen.

## Arzt

*>>Rückfälle können vorkommen.  
Wichtig ist jetzt zu überlegen,  
wie sie es schaffen,  
weiterzumachen ...«*

- Intensive Unterstützung: Ermutigen Sie Ihren Patienten, den Änderungsprozess wieder aufzunehmen. Hierzu gehört es auch, die Rückfallgründe aufzuarbeiten und geeignete Strategien für zukünftige Situationen zu entwickeln.
- Es kann notwendig sein, den Patienten zu überzeugen, intensive professionelle Hilfe zu nutzen (z. B. in ein Krankenhaus zu gehen, die Suchtberatungsstelle aufzusuchen oder die Hilfe der Selbsthilfegruppe in Anspruch zu nehmen).
- Bei schwerwiegenden Krisen (z. B. akuter Suizidalität) sind u. U. Maßnahmen, die die persönliche Handlungsfreiheit des Patienten einschränken, erforderlich (z. B. Unterbringung in psychiatrischer Einrichtung).
- Einbinden der Angehörigen: Erarbeiten eines Notfallplans für den Umgang mit Abstinenzbeendigung (»Rückfall«), in dem konkrete Verhaltensweisen schriftlich fixiert werden.

## Loben und bestärken

Für die Aufrechterhaltung des Abstinenzziels ist es wichtig, dass der Betroffene direkt die Vorteile seines neuen Verhaltens als Verbesserung der Lebensqualität erlebt. Dazu gehören z. B. Freizeitaktivitäten, die dem Patienten Freude bereiten. Eine Analyse der beruflichen Situation kann aufzeigen, wie er den Arbeitsalltag weniger belastend gestalten kann.

- Unterstützen Sie den Patienten in seinen Bemühungen, indem Sie ihn bei jedem Besuch für seine Fortschritte loben, seine positiven Änderungen bestärken und seine Erfolgszuversicht stärken.
- Vereinbaren Sie verbindlich die nächsten Termine.

### Hinweis

*Vertiefende  
Gesprächstechnik:  
»Empathie zeigen«,  
»Bestätigen«:  
S. 64 und 69*



# ***Gesprächs- und Interventionstechniken***

Eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung ermöglicht eine offene Auseinandersetzung des Patienten mit seinem Alkoholkonsum und eine konstruktive Kooperation mit Ihnen. Die Bereitschaft, ein problematisches Verhalten systematisch zu verändern, wird durch eine »motivierende Gesprächsführung« systematisch und effektiv gefördert (Miller & Sanchez 1993; Miller & Rollnick 1999; Kremer 2000). Dieses Konzept kann die Veränderungsmotivation suchtgefährdeter Patienten positiv beeinflussen und hat sich in der allgemeinärztlichen Praxis bereits bewährt.

# Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung

## 1. Empathie zeigen

Empathie ist die Fähigkeit und Bereitschaft, sich in den Patienten einzufühlen. Die empathische Grundhaltung ist das wesentliche Element der motivierenden Gesprächsführung, die gekennzeichnet ist durch ein nicht-wertendes, einfühlsames Verstehen. Die Gefühle und Sichtweisen des Patienten werden nicht bewertet oder gar kritisiert, sondern so umfassend wie möglich ernst genommen. Empathie bedeutet nicht Einverständnis oder Billigung. Grundlage ist Respekt vor der Person und gleichzeitig professionelle Distanz.

- Kennzeichnend für die Umsetzung von Empathie ist das aktive Zuhören.

## 2. Diskrepanz erzeugen

Ziel dieser Intervention ist es, dem Patienten den Widerspruch zwischen seinen persönlichen Lebenszielen und seiner aktuellen Lebenssituation, die vom Alkoholkonsum geprägt ist, bewusst zu machen. Dabei eignen sich Expertenwissen und diagnostische Befunde, um die Wahrnehmung solcher Diskrepanzen und damit auch die Bereitschaft des Patienten zur Veränderung zu fördern. Der Gefahr, durch diese Intervention die Abwehrstrategien des Patienten zu aktivieren, kann durch eine sachliche und zurückhaltende Form der Informationsvermittlung entgegengewirkt werden.

- Erzeugen Sie Diskrepanz beim Patienten, indem Sie mit ihm über Lebensperspektiven und Zukunftswünsche sprechen und ihn darin unterstützen, die Vor- und Nachteile seines Alkoholkonsums gegeneinander abzuwägen. Möglicherweise wird ihm dadurch deutlich, dass seine Ziele und Wünsche nicht realisiert werden können, wenn sich der Alkoholkonsum nicht verändert.

*»Zum einen erhoffen sie sich  
mehr Anerkennung am Arbeitsplatz,  
zum anderen aber handeln sie sich  
durch den Alkoholkonsum  
immer mehr Probleme  
mit Ihrem Chef ein ...«*

**Arzt**

Nutzen Sie die Diskrepanzen, um die Notwendigkeit einer Änderung des Konsumverhaltens ganz spezifisch für Ihren Patienten aus seinen eigenen Interessen herzuleiten und zu verankern. Ansatzpunkt sollten dabei für Sie die inneren Motive des Patienten sein, dessen eigene Zielsetzungen. Allein durch Druck von außen – z. B. von Ehegatten oder Arbeitgeber – können Verhaltensänderungen selten erreicht werden.

### 3. Beweisführung vermeiden

Der Arzt neigt zu Beweisführungen, wenn er glaubt, nachweisen zu können, dass beim Patienten ein bestimmtes Problem objektiv vorliegt, der Patient aber seinerseits diese Zuschreibung (noch) nicht akzeptiert. Je stärker der Arzt nun versucht den Patienten zu bestimmten Erkenntnissen zu drängen, umso höher wird die Wahrscheinlichkeit, dass er gerade diese Richtung nicht einschlägt.

Konfrontationen im Zusammenhang mit zu frühen diagnostischen Einordnungen erzeugen in der Regel Widerstand beim Patienten. Widerstand ist ein Problem des Arztes. Für den Patienten ist er ein Schutz.

- Vermeiden Sie Konfrontationen und Beweisführungen. Bringen Sie Geduld und Empathie auf, auch wenn der Patient offenkundige Probleme noch nicht akzeptieren kann. Gehen Sie lieber kleine Schritte in Richtung auf eine Einsicht, denn der Patient benötigt seinen Widerstand noch als Schutz.

### 4. Den Widerstand aufnehmen

Zeigt der Patient Widerstand, so ist es die Aufgabe des Arztes, seine Strategie zu überprüfen und den Widerstand positiv zu nutzen. So kann es sein, dass der Berater bestimmte Lösungen präsentiert oder Einsichten verlangt hat, ohne dass zuvor die beim Patienten noch bestehenden Ambivalenzen im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum gewürdigt oder bearbeitet wurden. Möglicherweise waren die vorgeschlagenen Veränderungsschritte zu groß oder verfrüht.

- Nehmen Sie den Widerstand auf, indem Sie herausfinden, auf welche Ambivalenzen er hindeutet und erkennen Sie die Eigenverantwortung des Patienten an, indem Sie auf der Grundlage sachlicher Informationen mit ihm zusammen realistische Perspektiven erarbeiten.

### 5. Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten fördern

Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist von großer Wichtigkeit, damit Patienten überhaupt in Erwägung ziehen, ein problematisches Verhalten zu verändern. Sie erleichtern ihm dies, indem Sie ihm vermitteln, dass er über ausreichende Ressourcen und Kompetenzen verfügt, um aus eigener Kraft und mit Unterstützung der ihm nahestehenden Menschen seine Alkoholproblematik zu lösen.

- Meiden Sie skeptische oder gar resignative Äußerungen.
- Signalisieren Sie: Alkoholismus kann erfolgreich behandelt werden.
- Zeigen Sie Zuversicht und Vertrauen in die Fähigkeiten des Patienten.

Die Vermittlung von Hoffnung und Optimismus und die Stärkung des Glaubens des Patienten an seine Änderungspotenziale tragen wesentlich zum Behandlungserfolg bei.

# Strategien zur Förderung der Änderungsmotivation

## 1. Selbstexploration des Patienten unterstützen: offene Fragen stellen

Gespräche zwischen Arzt und Patient sind meist beeinflusst von Zeitdruck. Die Folge ist das Bemühen des Arztes, den Prozess zu kontrollieren und dem Patienten möglichst kurze Antworten nahezulegen. Aus diesem Vorgehen resultiert häufig ein spezifisches Interaktionsmuster, nämlich das zwischen dem aktiven Experten und dem passiven Patienten. Dem Patienten, der aufgefordert wird, mit Ja oder mit Nein zu antworten, bietet sich kaum Gelegenheit zur Selbstexploration und zur Auseinandersetzung mit seinen Veränderungsmotiven.

- Stellen Sie offene Fragen, also Fragen, die nicht einfach mit Ja oder Nein beantwortet werden können (geschlossene Fragen sind geeignet für Fragebogen, wie sie im Rahmen der Diagnostik eingesetzt werden, vgl. S. 15 ff.).

Arzt



*>>sie wollten mit mir über Ihren Alkoholkonsum sprechen.  
Wie sieht ein normaler Tag bei Ihnen aus?  
Welche Rolle spielt der Alkohol darin?<<*

*>>sie sagten mir, dass sie sich  
sorgen machen wegen Ihrer Leberwerte.  
Erzählen sie doch mal.  
Wie sehen Ihre sorgen aus?<<*

## 2. Aktiv zuhören

Zur Umsetzung einer Haltung der Empathie ist es von großer Bedeutung, zuzuhören und Verständnis zu zeigen. Dies ist jedoch nicht als ein passiver Vorgang zu verstehen. Der Berater wählt aus der Fülle der angebotenen Informationen das für ihn Sinnvollste aus und kleidet es in seine eigenen Worte. Er ist dabei auf allen drei Ebenen der Kommunikation aktiv:

- der verbalen Ebene,
- der nonverbalen Ebene (Gestik, Mimik usw.)
- und der Beziehungsebene.

Aktives Zuhören ist für Sie als Arzt auch insofern von Bedeutung, als es Ihnen hilft, Ihr Verständnis einer Mitteilung des Patienten zu überprüfen, anstatt Ihre Interpretation von vornherein für die einzig richtige zu halten.

- Hören Sie aktiv zu, und signalisieren Sie damit Ihre Bereitschaft zur Unterstützung und zur Zusammenarbeit.

Der Patient fühlt sich ernst genommen, geschützt, nicht beschämt oder entwertet und ist daher zunehmend bereit, auch über für ihn unangenehme Ereignisse zu berichten.

## 3. Rückmeldung geben

Die detaillierte Rückmeldung über seinen aktuellen Zustand ist für den Patienten von großer Bedeutung, da sie ihm die Möglichkeit gibt, seine gegenwärtige Situation kritisch zu reflektieren.

- Informieren Sie Ihren Patienten gründlich über die Untersuchungsbefunde.

Ihr Ziel ist es nicht, den Patienten mit einem pathologischen Etikett zu konfrontieren, sondern ihm die diagnostische Beurteilung transparent und plausibel zu vermitteln. Sie unterstützen ihn so bei der Entwicklung der Motivation und stärken seine Veränderungsabsichten.

- Vermeiden Sie Etikettierungen.

*>>sie scheinen zu befürchten,  
dass man sie als Alkoholiker abstempelt.  
Aber darum geht es nicht. Wichtiger ist es,  
sich den bisherigen Alkoholkonsum genau anzusehen und  
sich dann persönlich zu entscheiden,  
ob Veränderungen notwendig sind und  
wie diese erreicht werden können.<<*

#### 4. Eigenverantwortung des Patienten stärken

Änderungsentscheidungen sind gerade in der Absichtsphase instabil und ambivalent.

- Machen Sie Ihrem Patienten deutlich, dass er für die Veränderung seines problematischen Alkoholkonsums in hohem Maße selbst die Verantwortung trägt.

Sie können Unterstützung anbieten, aber der Patient muss sich selbst entscheiden, ob er eine Veränderung seines Verhaltens tatsächlich wünscht und ob er die angebotene Hilfe annehmen möchte.

- Drängen Sie den Patienten nicht zu einer Entscheidung.
- Auch wenn sich der Patient gegen die von Ihnen angebotene Lösung entscheidet, halten Sie den Kontakt aufrecht.

#### 5. Ziele klären

Um Veränderungen in Gang zu setzen, ist es für den Patienten notwendig, ein klares Ziel vor Augen zu haben.

- Formulieren Sie mit Ihrem Patienten klare Veränderungsziele.

Diese Ziele müssen für den Patienten realistisch und umsetzbar sein. Sind sie es nicht, wird der Patient nur wenig Energie investieren, um das Ziel zu erreichen.

## Arzt

*»Es liegt an Ihnen zu entscheiden,  
was Sie aus dieser Information machen.  
Niemand kann für Sie entscheiden  
und niemand kann Ihr Trinkverhalten verändern,  
wenn Sie es nicht wollen.  
Wenn sich etwas ändern soll,  
dann sind Sie es, der es tut.«*

## 6. Bestätigen

Die im Gesundheitssystem professionell Tätigen haben einen Behandlungsauftrag, der sich in der Regel darauf bezieht, Krankheit zu lindern oder zu beseitigen. Der Patient wird daher häufig in erster Linie als Träger von Symptomen wahrgenommen, d. h. man orientiert sich weniger an den Kompetenzen des Patienten als an seinen Defiziten.

Motivierende Gesprächsführung erfordert hier ein Umdenken:

Der Patient soll gelobt, bestätigt und anerkannt werden für seine Fähigkeiten. Jeder Patient – und hat er aktuell noch so viele Probleme – hat in seinem Leben schwierige Situationen gemeistert, jeder verfügt über Kompetenzen und Ressourcen. Diese zu erkennen und ihm widerzuspiegeln steigert den Glauben des Patienten an den Erfolg seiner Verhaltensänderung.

- Loben und bestätigen Sie Ihren Patienten für seine Fähigkeiten und seine bereits erzielten Erfolge.

*>>Sie sind sicherlich eine starke Persönlichkeit.  
sie haben es geschafft, mit diesem Problem  
so lange zu leben, ohne sich zu isolieren.<<*

*>>Ich finde es sehr gut,  
dass Sie etwas tun wollen,  
um dieses Problem zu lösen.<<*



## 7. Selbst motivierende Aussagen des Patienten fördern

Motivierende Gesprächsführung bedeutet, den Patienten dabei zu unterstützen, seine persönlichen Gründe für eine Verhaltensänderung zu finden. Durch diese Selbstmotivation soll der Prozess der Verhaltensänderung langfristig getragen werden. »Fremdmotivation« durch Menschen aus dem sozialen Umfeld des Patienten kann diese nicht ersetzen: Sie wird oft als Bevormundung erlebt und ruft Widerstand hervor.

Selbst motivierende Äußerungen des Patienten sind Aussagen, die Einsicht in die Problematik bzw. Bereitschaft zu Verhaltensänderungen erkennen lassen:

- Lassen Sie den Patienten beschreiben, welche Schritte oder Probleme er bereits erfolgreich bewältigt hat.
- Arbeiten Sie seine Ressourcen und seine Kompetenzen heraus.

Das ist nicht nur nützlich für den Veränderungsplan, sondern es stärkt auch das Selbstvertrauen und die Zuversicht des Patienten. Selbst motivierende Äußerungen können Sie hervorrufen, indem Sie dem Patienten nahelegen, eine Kosten-Nutzen-Analyse zu erstellen, d. h. eine 4-Feld-Matrix mit den Vor- und Nachteilen der gegenwärtigen Situation und den Vor- und Nachteilen einer Veränderung der Konsumgewohnheiten (vgl. S. 14).

*>>Vielleicht haben sie recht, mit meinem Trinken mache ich alles nur noch schlimmer.<<*

*>>Klar, ich habe schon gemerkt, dass es mir morgens immer schwerer fiel, aufzustehen, wenn ich abends wieder mehr getrunken habe.<<*

*>>Vielleicht wäre es doch nicht schlecht, mal in so eine Selbsthilfegruppe zu gehen.<<*

### Hinweis

**Kopiervorlage zur Kosten-Nutzen-Analyse finden Sie in der Umschlagklappe**

**Patient**

## 8. Konstruktiver Umgang mit Defensivstrategien

Es gehört zu den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung, den Widerstand des Patienten ernst zu nehmen und auf Versuche der Beweisführung zu verzichten.

Defensivstrategien des Patienten sind als psychischer Schutz zu verstehen, der oftmals gerade beim Aufbau der Änderungsbereitschaft zu beobachten ist. Grundsätzlich ist es wichtig, sich dann nicht auf einen Konfrontationskurs zum Patienten zu begeben, da er so noch weiter in eine Verteidigungshaltung getrieben wird und letztlich das Arzt-Patient-Verhältnis gefährdet wird.

- Begeben Sie sich nicht auf Konfrontationskurs zum Patienten.

- Bleiben Sie beim aktiven Zuhören, d. h. bei dem Versuch, die Äußerungen des Patienten zu reflektieren und seinen Widerstand als Ausdruck seiner Ambivalenz ernst zu nehmen.

Widerstände und Ambivalenzen des Patienten sollten nicht bekämpft, sondern als natürlich und verständlich angesehen werden.

*>>Ich trinke nur ab und zu ein Bier.*

*Alles andere ist üble Nachrede.«*

**Patient**

*>>Ich trinke doch nur Alkohol,  
weil ich tagsüber von meinem Vorgesetzten  
gegängelt werde.«*

*>>Ich trinke nicht mehr als die meisten meiner Bekannten.  
Was soll denn daran so schlimm sein?«*

»Das muss für Sie verwirrend sein:  
 Einerseits erkennen Sie die Folgen des Alkoholkonsums,  
 auf der anderen Seite denken Sie,  
 dass Ihr Konsum doch ungefährlich sein müsste.  
 Vielleicht können wir gemeinsam versuchen,  
 den Widerspruch aufzulösen.«

»Sie haben da etwas sehr Wichtiges erkannt.  
 Es geht um mehr als das Trinken.  
 Ihre Probleme haben auch etwas mit  
 Ihrer Situation am Arbeitsplatz zu tun.«

## Arzt



»Aufgrund meiner Erfahrung bin ich skeptisch,  
 ob Sie es ohne Therapie schaffen.  
 Aber Sie scheinen ja sehr zuversichtlich zu sein.  
 Das ist wichtig, um ein Alkoholproblem zu überwinden.  
 Ich möchte Ihnen gerne einen Gesprächstermin in einer Woche anbieten,  
 bei dem Sie mir über Ihre bis dahin  
 gemachten Erfahrungen berichten können.«

# Einleiten konkreter Veränderungsschritte

Auf der Grundlage eines Veränderungsinteresses beim Patienten kann die Entwicklung eines konkreten Veränderungsplans erfolgen. Für den geeigneten Zeitpunkt des Übergangs von der eher motivierenden Phase zur Planung von Veränderungsschritten gibt es erkennbare Hinweise (vgl. Kremer 2000):

## Nachlassender Widerstand

- Der Patient stellt weniger Fragen zur Problematik
- ruhige, entspannte, entlastete Stimmung beim Patienten nach einem Änderungsentschluss
- selbst motivierende Äußerungen beim Patienten
- zunehmende Fragen zur Veränderung
- Zukunftsfantasien
- Erproben von Veränderungen.
- Wenn Sie den Eindruck haben, dass der Patient seinen Entschluss zur Verhaltensänderung getroffen hat und an der Umsetzung interessiert ist, erstellen Sie gemeinsam mit ihm einen Veränderungsplan.

## 1. Empfehlungen geben

Ratschläge und Empfehlungen können sich z. B. darauf beziehen, eine Selbsthilfegruppe oder eine weiterführende fachspezifische Behandlung aufzusuchen oder ein von Ihnen festgelegtes Ziel zu erreichen.

- Geben Sie dem Patienten Ratschläge und deutliche Empfehlungen, sein Trinkverhalten in bestimmter Weise zu verändern.

Ratschläge sollten

- das Problem konkret identifizieren
- erklären, warum eine Veränderung bedeutsam ist
- eine Veränderung nahelegen.

Der Patient erwartet von Ihnen konkrete Hinweise darüber, welches aus Ihrer Sicht die notwendigen Schritte sind, um eine bestehende Problematik zu überwinden. Auch wenn diese Empfehlungen fachlich fundiert sind, sollten Sie deutlich machen, dass es sich jeweils um einen aus Ihrer Sicht sinnvollen Schritt handelt, dass die Entscheidung jedoch beim Patienten liegt und er über das Ausmaß, die Richtung und das Tempo seiner Veränderung selbst bestimmt.

## 2. Alternativen anbieten

Die Motivation zu Veränderung wird erhöht, wenn der Patient sich zwischen mehreren Alternativen entscheiden kann.

- Entwickeln Sie mit Ihrem Patienten – so weit fachlich vertretbar – mehrere Alternativen für die Intervention.

Durch das Angebot alternativer Veränderungsmöglichkeiten wird der Patient in Entscheidungsprozesse aktiv eingebunden. Dadurch können der Widerstand des Patienten und Verhandlungsabbrüche reduziert werden. Die Behandlungsmotivation kann dagegen erheblich beeinträchtigt werden, wenn Sie – im Widerspruch zu den Wünschen des Patienten – auf einem einzigen Lösungsweg insistieren.

## 3. Aktive Hilfe geben

Sie haben als behandelnder Arzt einen großen Einfluss darauf, ob und wie der Patient eine Entscheidung für eine Veränderung seines Alkoholkonsums fällt.

- Zeigen Sie Interesse am Patienten und Engagement für seinen Veränderungsprozess.
- Ergreifen Sie die Initiative, wenn der Patient der vereinbarten Sitzung fernbleibt.
- Helfen Sie bei der Vermittlung in eine suchtspezifische Behandlungseinrichtung.

Möglicherweise widerstrebt es Ihnen, auf diese Art die Initiative zu ergreifen, weil Sie befürchten, Sie könnten die Selbstverantwortung des Patienten mindern. Sie sollten allerdings bedenken, dass durch praktische Hilfen, die Ihnen als Arzt möglich sind, durch ein Telefonat oder einen Brief, die Chancen des Patienten auf eine angestrebte Behandlung u. U. vervielfacht werden.

#### 4. Gespräche mit Bezugspersonen des Patienten

Insbesondere bei Alkoholabhängigen ist es hilfreich, Partner und nahe Bezugspersonen einzubeziehen. Ziel dieser Gespräche ist die konkrete Unterstützung des Veränderungsvorhabens des Patienten.

- Unterbrechen Sie ausführliche Schilderungen der Vergangenheit («Wenn Sie wüssten ...«).
- Schützen Sie Ihren Patienten vor offenen oder versteckten Vorwürfen, Schuldzuweisungen und Angriffen.
- Meiden Sie Bündnisse mit der Bezugsperson »gegen« Ihren Patienten.
- Weisen Sie auf die gewünschten zukünftigen Veränderungen hin: »Ich kann Ihre Situation als Ehefrau gut verstehen. Umso wichtiger ist doch, dass wir nun hier zusammensitzen, um gemeinsam über eine Verbesserung nachzudenken ...«
- Greifen Sie die positiven Ressourcen der Beziehung auf, und verstärken Sie Äußerungen und Verhaltensweisen, die diese positiven Aspekte betreffen.
- Stellen Sie einen Konsens über die Behandlungsziele her.
- Empfehlen Sie ggf. (z. B. bei großem Redebedarf oder massiven Aggressionen des Partners) eine (Paar-)Psychotherapie oder den Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle.

#### Hinweis

Adressen von  
Beratungsstellen  
s. S. 81 ff.

Gesprächs-  
und Inter-  
ventions-  
techniken

## Schadensbegrenzende Intervention

Seien Sie nicht entmutigt, wenn Patienten nicht bereit sind, sofort aktiv zu werden. Entscheidungen zur Veränderung gehen oft mit schwankender Motivation und Unschlüssigkeit einher. Dies ist häufig bei Abhängigen der Fall, die noch keine Änderungsperspektiven für sich erkennen können.

Indem Sie Ihren Rat anbieten, haben Sie Ihren Patienten veranlasst, ernsthafter über das Trinkverhalten nachzudenken. In vielen Fällen ist eine ständige Bekräftigung der Schlüssel zur Entscheidungsfindung des Patienten.

- Bieten Sie den Patienten, die nicht bereit sind, aktiv zu werden, weiterhin Ihre Unterstützung an, und bemühen Sie sich, sie zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Änderung des Alkoholkonsumverhaltens zu bewegen.
- Drücken Sie nochmals Ihre Sorge um die Gesundheit des Patienten aus. Kümmern Sie sich weiter um die aktuellen gesundheitlichen Probleme des Patienten, um so schwere Folgeschäden zu verhindern bzw. abzumildern.
- Bekräftigen Sie Ihre Bereitschaft zu helfen, wenn der Patient dazu bereit ist.
- Beobachten Sie den Alkoholkonsum regelmäßig.
- Untersuchen Sie die Entwicklung weiterer Schäden, und therapieren Sie diese Beeinträchtigungen entsprechend.
- Empfehlen Sie den Verzicht auf »harte« Alkoholika.

Bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit können Sie folgende zusätzliche Schritte unternehmen:

- Ermutigen Sie Ihren Patienten dazu, einen Spezialisten für Alkoholprobleme aufzusuchen.
- Bitten Sie Ihren Patienten, Ihre Empfehlungen mit seiner Familie zu diskutieren, und bieten Sie einen gemeinsamen Termin für ein Gespräch mit den Bezugspersonen/ Familienmitgliedern an.
- Empfehlen Sie, versuchsweise einige Zeit abstinent zu bleiben, und beobachten Sie eventuelle Entzugserscheinungen.

# *Anhang*

# Diagnostische Kriterien nach ICD-10 und DSM 4

Die folgende Aufstellung stellt die Kriterien des amerikanischen DSM 4 im Vergleich mit dem ICD-10 der WHO dar. Dieser Vergleich zeigt, dass sich in Teilen die Kriterien beider Klassifikationssysteme entsprechen, dass es jedoch auch Unterschiede gibt, die aus einem anderen Verständnis der Alkoholproblematik resultieren. Dies bezieht sich vor allem auf den Begriff des Missbrauchs.

Im ICD-10 wurde der noch im ICD-9 verwendete Begriff des »Alkoholmissbrauchs« durch die Kategorie »schädlicher Gebrauch« ersetzt, und als Kriterium für diese Diagnose beschränkt man sich auf das Vorhandensein einer Gesundheitsstörung infolge des Substanzkonsums.

Seit dem 01.01.2007 ist zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung die **ICD-10-GM Version 2007** (GM = German Modification) anzuwenden. Inhaltlich ergeben sich hieraus für die Diagnose der Störungen durch Alkohol keine Änderungen.

Im Unterschied dazu wird im DSM 4 der Begriff des Missbrauchs weiterhin verwendet und u. a. durch Merkmale im sozialen Verhalten differenziert beschrieben. Im DSM 4 wird der Missbrauch als eine Vorstufe der Abhängigkeit aufgefasst, während der ICD-10 den schädlichen Gebrauch als Kategorie unabhängig von der Abhängigkeit definiert.

## ICD-10

**Internationale Klassifikation psychischer Störungen**

### F10.1 Schädlicher Gebrauch

Ein Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa eine Form einer Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen sein oder eine psychische Störung, z. B. eine depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

#### Diagnostische Leitlinien

Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten.

Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen. Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft ist kein Beweis für den schädlichen Gebrauch, ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen, z. B. Inhaftierung, Arbeitsplatzverlust oder Eheprobleme.

## DSM 4

**Diagnostische Kriterien für Substanzabhängigkeit und -missbrauch**

### Substanzmissbrauch

- A. *Ein fehlangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraumes manifestiert:*
1. *Wiederholtes Versagen bei wichtigen Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause*
  2. *Wiederholter Alkoholgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Alkohol am Steuer)*
  3. *Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Alkoholgebrauch*
  4. *Immer wieder auftretende soziale oder zwischenmenschliche Probleme, die durch die Auswirkungen von Alkohol verursacht oder verstärkt werden.*
- B. *Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt.*

## ICD-10

### F10.2 Abhängigkeitssyndrom

#### Diagnostische Leitlinien

Die Diagnose Abhängigkeit soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F10.3 und F10.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

## DSM 4

### Substanzabhängigkeit

*Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigung oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:*

1. *Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:*
  - a) *Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen*
  - b) *deutlich verminderter Effekt bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.*
2. *Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:*
  - a) *charakteristisches Entzugssymptom der jeweiligen Substanz (siehe Kriterien A und B der Kriterien für Entzug von den spezifischen Substanzen)*
  - b) *dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.*
3. *Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.*
4. *Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.*
5. *Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z. B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z. B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.*
6. *Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.*
7. *Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde (z. B. fortgesetzter Kokainmissbrauch trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder trotz des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert).*

## ICD-10

### F10.3 Alkoholentzugssyndrom

#### Diagnostische Kriterien

##### G1:

Nachweis des Absetzens oder Reduzierens der Substanz, nach wiederholtem und meist lang anhaltendem Konsum in hoher Dosierung oder auch nur nach Konsum großer Mengen.

##### G2:

Symptome und Anzeichen, die den bekannten Merkmalen eines Entzugssyndroms der betreffenden Substanz entsprechen.

##### G3:

Nicht durch eine vom Substanzgebrauch unabhängige körperliche Krankheit zu erklären und nicht besser auf eine andere psychische oder Verhaltensstörung zurückzuführen.

#### Alkoholentzugssyndrom

A. Die allgemeinen Kriterien für ein Entzugssyndrom (siehe oben) sind erfüllt.

B. Drei der folgenden Symptome:

1. Tremor der vorgehaltenen Hände, der Zunge oder der Augenlider
2. Schwitzen
3. Übelkeit, Würgen oder Erbrechen
4. Tachykardie oder Hypertonie
5. psychomotorische Unruhe
6. Kopfschmerzen
7. Insomnie
8. Krankheitsgefühl oder Schwäche
9. vorübergehende optische, taktile oder akustische Halluzinationen oder Illusionen
10. Krampfanfälle (Grand mal).

### F10.4 Entzugssyndrom mit Delir

Ein Zustandsbild, bei dem das Entzugssyndrom durch ein Delir kompliziert wird. Symptomatische Krampfanfälle können ebenfalls auftreten.

## DSM 4

### Diagnostische Kriterien für Alkoholentzug

- A. *Beendigung (oder Reduktion) von übermäßigem oder lang andauerndem Alkoholkonsum.*
- B. *Mindestens zwei der folgenden Symptome, die sich innerhalb einiger Stunden oder weniger Tage gemäß Kriterium A entwickeln:*
  1. *vegetative Hyperaktivität (z. B. Schwitzen oder Puls über 100)*
  2. *erhöhter Handtremor*
  3. *Schlaflosigkeit*
  4. *Übelkeit oder Erbrechen*
  5. *vorübergehende visuelle, taktile oder akustische Halluzinationen oder Illusionen*
  6. *psychomotorische Agitiertheit*
  7. *Angst*
  8. *Grand-mal-Anfälle*
- C. *Die Symptome von Kriterium B verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.*
- D. *Die Symptome gehen nicht auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurück und können nicht durch eine andere psychische Störung erklärt werden.*

# Suchtmedizinische Qualifikation und suchtspezifische Hilfen

Die Bundesärztekammer hat das Curriculum »Suchtmedizinische Grundversorgung« herausgegeben. In vielen Landesärztekammern werden entsprechende Fort- und Weiterbildungen für Ärzte angeboten.

Informationen erhalten Sie über Ihre Landesärztekammern oder die Bundesärztekammer:

**Bundesärztekammer  
Dezernat 1 Fortbildung und  
Gesundheitsförderung**  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
Tel.: (0 30) 40 04-410  
Fax: (0 30) 40 04-429  
Dezernat1@baek.de

Wenn Sie Adressen von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen in Ihrer näheren Umgebung benötigen, können Sie sich an nachfolgende Organisationen wenden. Jede Beratungsstelle kann Sie auch über die Selbsthilfegruppen vor Ort informieren.

**Bundeszentrale für  
gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA)**  
Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln  
Postfach 91 01 51  
51071 Köln  
Tel.: (02 21) 89 92-0  
Fax: (02 21) 899 23 00  
www.bzga.de

**BZgA-Info-Telefon:  
(02 21) 89 20 31  
Mo. bis Do.: 10–22 Uhr  
Fr. bis So.: 10–18 Uhr**

Das BZgA-Info-Telefon beantwortet Fragen zur Suchtvorbeugung. Bei Alkohol- oder anderen Abhängigkeitsproblemen bietet das BZgA-Info-Telefon eine erste persönliche Beratung. Ratsuchenden werden geeignete lokale Hilfs- und Beratungsangebote genannt.

**Sucht und Drogen Hotline**  
Telefonische Drogennotruf-Einrichtungen aus Berlin, Düsseldorf, Essen, Frankfurt, Hamburg, Köln, München und Nürnberg haben sich auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zusammengeschlossen und bieten bundesweit telefonische Beratung in Sucht- und Drogenfragen für Betroffene und ihre Angehörigen an:  
täglich von  
0.00 bis 24.00 Uhr  
Tel.: **01805 313031**  
(14 Ct./Min.)  
Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.

Weitere Informationen und die Adressen von Hilfeangeboten in Ihrer Nähe können Sie auch erfragen bei:

**Deutsche Hauptstelle für  
Suchtfragen e.V. (DHS)**  
Westernwall 4  
59065 Hamm  
Postfach 1369  
59003 Hamm  
Tel.: (023 81) 90 15-0  
Fax: (023 81) 90 15-30  
info@dhs.de  
www.dhs.de

**Fachverband Sucht e.V.  
(FVS)**  
Walramstr. 3  
53175 Bonn  
Tel.: (02 28) 26 15 55  
Fax: (02 28) 21 58 85  
sucht@sucht.de  
www.sucht.de

Die **Telefonseelsorge** bietet kostenlose und anonyme Beratung rund um die Uhr und kann geeignete Beratungsstellen nennen:

Tel.: 0800 111 0 111 oder  
0800 111 0 222  
Erreichbar auch per E-Mail  
und Chat  
www.telefonseelsorge.de

# Selbsthilfe- und Abstinenzverbände

mit Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige und ihre Angehörigen

## **Anonyme Alkoholiker (AA), Interessengemeinschaft e.V.**

Postfach 46 02 27  
80910 München  
Tel.: (089) 3 16 95 00  
Fax: (089) 3 16 51 00  
Bundesweite Rufnummer:  
Vorwahl +1 92 95  
kontakt@anonyme-alko-  
holiker.de  
www.anonyme-alkoholi-  
ker.de

## **Al-Anon Familiengruppen**

Emilienstr. 4  
45128 Essen  
Tel.: 02 01/77 30 07  
Fax: 02 01/77 30 08  
ZDB@Al-Anon.de  
www.al-anon.de

## **Freundeskreis der Sucht- krankenhilfe Bundes- verband e.V.**

Kurt-Schumacher-Str. 2  
34117 Kassel  
Tel.: (05 61) 78 04 13  
Fax: (05 61) 71 12 82  
mail@freundeskreise-  
sucht.de  
www.freundes-kreise-  
sucht.de

## **Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e.V.**

Julius-Vogel-Straße 44  
44149 Dortmund  
Tel.: (02 31) 5 86 41 32  
Fax: (02 31) 5 86 41 33  
bke@blaues-kreuz.org  
www.blaues-kreuz.org

## **Blaues Kreuz in Deutschland e.V.**

Freiligrathstr. 27  
42289 Wuppertal  
Tel.: (02 02) 6 20 03-0  
Fax: (02 02) 6 20 03-81  
bkd@blaues-kreuz.de  
www.blaues-kreuz.de

## **Guttempler in Deutschland**

Adenauerallee 45  
20097 Hamburg  
Tel.: (040) 24 58 80  
Fax: (040) 24 14 30  
info@guttempler.de  
www.guttempler.de

## **Kreuzbund e.V.**

Selbsthilfe- und Helfer-  
gemeinschaft für  
Suchtkranke und deren  
Angehörige  
Postfach 1867  
59008 Hamm  
Tel.: (023 81) 6 72 72-0  
oder **01805 410450**  
(14 Ct./Min.)  
Fax: (023 81) 6 72 72-33  
info@kreuzbund.de  
www.kreuzbund.de

## **Selbsthilfe Sucht in der Arbeiterwohlfahrt Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.**

Oppelner Str. 130  
53119 Bonn  
Tel.: (02 28) 66 85-0  
Fax: (02 28) 66 85-209  
info@awo.org  
www.awo.org

## **Online-Adressverzeichnisse**

Die Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklä-  
rung (BZgA), die Deutsche  
Hauptstelle für Sucht-  
fragen e.V. (DHS) und der  
Fachverband Sucht e.V.  
(FVS) halten auf ihren  
Internetseiten Online-  
Adressverzeichnisse von  
Beratungs- und Behand-  
lungseinrichtungen bereit:  
www.bzga.de/Service/  
Beratungsstellen  
www.dhs.de/Einrichtungen  
www.sucht.de/  
Einrichtungen/Behandlung

# Kooperationsstellen für die Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Ärzten (KOSA)

Seit vielen Jahren arbeiten Kooperationsstellen für die Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Ärzten (KOSA) erfolgreich in den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen, Brandenburg und Niedersachsen. Die KOSA informieren die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Arbeit der Selbsthilfe, bieten niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten einen umfassenden Überblick über das Spektrum der Selbsthilfe, beraten über Möglichkeiten der Zusammenarbeit und helfen Kontakte aufzubauen.

**Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Bundesweite  
Kooperationsstelle für  
Selbsthilfeorganisationen**  
Dr. med. Adela Litschel  
Referentin  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin  
Tel.: (030) 4005-1454  
Fax: (030) 4005-27-1454  
ALitschel@kbv.de

**Kassenärztliche  
Vereinigung Brandenburg**  
Landesgeschäftsstelle  
KOSA  
Postfach 60 08 61  
14469 Potsdam  
Tel.: (03 31) 23 09-220  
Fax: (03 31) 23 09-227  
www.kvbb.de  
kosa@kvbb.de

**Kassenärztliche  
Vereinigung Hessen**  
Landesstelle KOSA  
Angelika Bogenschütz  
Georg-Voigt-Str. 15  
60325 Frankfurt/Main  
Tel.: (069) 7 95 02-792  
Fax: (069) 7 95 02-714  
www.kvhessen.de  
kosa@kvhessen.de

**Kassenärztliche Vereini-  
gung Niedersachsen**  
KOSA, Niclas Beier  
Berliner Allee 22  
30175 Hannover  
Tel.: (05 11) 380-3291  
Fax: (05 11) 380-3314  
www.kvn.de  
niclas.beier@kvn.de

**Kassenärztliche  
Vereinigung Nordrhein**  
KOSA, Stephanie Theiß  
Tersteegenstr. 9  
40474 Düsseldorf  
Tel.: (02 11) 59 70-80 90  
Fax: (02 11) 59 70-80 82  
www.kvno.de  
kosa.duesseldorf@kvno.de

**Kassenärztliche Vereini-  
gung Westfalen-Lippe**  
KOSA, Doris Schlömann  
Oberntorwall 4  
33602 Bielefeld  
Tel.: (05 21) 56 06 716  
Fax: (05 21) 56 06 724  
www.kvwl.de  
doris.schloemann@kvwl.de

# Broschüren/Informationsmaterial

**Kostenlos können Sie folgende Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellen:**

**Bestelladresse:**  
BZgA, 51101 Köln

E-Mail-Adresse der BZgA für Bestellungen:  
order@bzga.de  
www.bzga.de

## **Alles klar?**

Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol.  
Mit Selbst-Test  
Bestell-Nr. 32010000

## **Alkoholfrei leben**

Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen  
Bestell-Nr. 32011000

## **Von Tag zu Tag**

Trinktagebuch  
Bestell-Nr. 32020000

## **Alkohol**

Kurzgefasste Informationen rund um das Thema Alkohol  
Bestell-Nr. 33230000

## **»Ich will da raus!«**

Die Bewältigung der Krankheit Sucht  
Aus der Reihe  
»Frau Sucht Gesundheit«  
Hrsg.: DHS  
Bestell-Nr. 33242002

## **Frau Sucht Liebe –**

**»Co-Abhängigkeit« und »Beziehungs-Sucht«**  
Aus der Reihe »Frau Sucht Gesundheit«  
Hrsg.: DHS  
Bestell-Nr. 33241002

## **Kinder stark machen – zu stark für Drogen**

Dreiteilige Informationsreihe zur Suchtvorbeugung für Eltern  
Bestell-Nr. 33710000

## **Über Drogen reden!**

Wie Eltern mit ihren Kindern über Drogen sprechen und konstruktive Lösungen finden können  
Bestell-Nr. 33713100

## **»Ja – ich werde rauchfrei«**

Eine praktische Anleitung für ein rauchfreies Leben  
Bestell-Nr. 31350000

## **»Ich bekomme ein Baby – rauchfrei«**

Ratgeber für Schwangere und ihre Partner  
Bestell-Nr. 31500000

## **»Das Baby ist da – rauchfrei«**

Ratgeber für junge Mütter und Väter  
Bestell-Nr. 31510000

## **Medienübersicht zur Suchtprävention**

Übersicht über alle bei der BZgA erhältlichen Medien zur Suchtvorbeugung, mit Bestell-Liste  
Bestell-Nr. 33110100

## **Achten Sie auf Ihre innere Balance**

Eine Broschüre zur Vorbeugung von Stressfolgen  
Bestell-Nr. 42020000

## **NA TOLL! – Jugendbroschüre**

Zum kritischen Umgang mit Alkohol  
Bestell-Nr. 32101000

## **»Alkohol – reden wir darüber!«**

Ein Ratgeber mit alltagspraktischen Informationen, Tipps und Unterstützungsangeboten für die Eltern im Hinblick auf möglichen Alkoholkonsum ihrer heranwachsenden Kinder.

Bestell-Nr. 32101900

# Literatur

- Braun, W. & Schaltenbrand, R. (Hrsg.) (2000). **Diagnose und Therapie von Alkoholproblemen in der ärztlichen Praxis unter Berücksichtigung der Vorgaben »Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung«.** Witten: Universität Witten/Herdecke.
- British Medical Association (1995). **Alcohol. Guidelines on sensible drinking** (London, British Medical Association).
- Bühringer, G. et al. (2000). **Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen.** Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128, Baden-Baden: Nomos.
- Burger, M., Brönstrup, A. & Pietrzik, K. (2000). **Alkoholkonsum und Krankheiten – Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.** Manuskript.
- Feuerlein, W. (1996). **Alkoholismus – Warnsignale, Vorbeugung, Therapie.** München: Beck.
- Kremer, G. (2000). **Grundlagen motivierender Gesprächsführung.** In: Poehlke, T. et al. (Hrsg.) Suchtmedizinische Versorgung – Grundlagen der Behandlung. Berlin u. a.: Springer-Verlag.
- Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1974). **The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument.** American Journal of Psychiatry, 131, 1121–1123.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). **Motivierende Gesprächsführung – Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen.** Freiburg: Lambertus.
- Miller, W. R. & Sanchez, V. C. (1993). **Motivating young adults for treatment and lifestyle change.** In: Howard, G. (Ed.). Issues in Alcohol Use and Misuse by Young Adults (Notre Dame, IN, University of Notre Dame Press).
- Poehlke, T., Flenker, J., Reker, M., Reker, T. H., Kremer, G., Batra, A. (Hrsg.) (2000). **Suchtmedizinische Versorgung – Orientierung am Weiterbildungs-Curriculum der Bundesärztekammer – Alkohol, Tabak, Medikamente.** Berlin u. a.: Springer-Verlag.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). **The transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change.** Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19, 276–288.
- Richter, G., Klemm, P. G. & Zahn, M. (1994). **ScreeT-9, Ein 9-Item-Screening Test für die Unterscheidung von Alkoholabhängigen, Alkoholmissbrauchern und Normaltrinkern.** Sucht 3 und 4, 1994.
- Rumpf, H. J., Hapke, U. & John, U. (1997). **Der Lübecker Alkoholismus Screening Test (LAST).** Lübeck: Medizinische Universität zu Lübeck.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). **Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV.** Göttingen: Hogrefe.
- Soyka, M. (1997). **Alkoholismus – Eine Krankheit und ihre Therapie.** Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- World Health Organisation (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders.** Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Geneva. Übersetzung in: Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. Bern: Huber.
- World Health Organisation – Regional Office for Europe (1995). **Alcohol and health – Implications for Public Health Policy.** Report of a WHO Working Group, Norway.

**Alkohol**  
**! Verantwortung**  
**setzt die Grenze**

*Kopiervorlage*

*Bestellformular*

**Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung  
BZgA**

**51101 Köln**

.....

Name

.....

Institution

.....

Straße

.....

PLZ, Ort

.....

Telefon

.....

Datum, Unterschrift

Sie können diese Vorlage kopieren und  
als Bestell-Fax: (02 21) 89 92-257 oder Bestell-  
brief verwenden.

Internet-Bestellung: [www.bzga.de](http://www.bzga.de)

Die Medien werden kostenlos abgegeben.

Bei größeren Mengen können Porto- oder  
Frachtkosten nach den aktuellen Versand-  
bedingungen der BZgA anfallen.

## Bestellformular

	Bestell-Nr.	Anzahl
<b>Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen</b>		
<i>Pro Arzt kann nur 1 Exemplar zugesandt werden</i> .....	32021000	<input type="checkbox"/>
<b>»Alles klar? – Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol.«</b>		
<i>Broschüre</i> .....	32010000	.....
<b>Alkoholfrei leben</b>		
<i>Broschüre</i> .....	32011000	.....
<b>Beratungsleitfaden für Frauenärztinnen und -ärzte »Alkoholfrei durch die Schwangerschaft«</b>		
<i>Pro Arzt kann nur 1 Exemplar zugesandt werden</i> .....	32040000	<input type="checkbox"/>
<b>»Auf dein Wohl, mein Kind!«</b>		
<i>Broschüre</i> .....	32041000	.....
<b>Beratungsleitfaden für die gynäkologische Fachpraxis »Rauchfrei in der Schwangerschaft«</b>		
<i>Pro Arzt kann nur 1 Exemplar zugesandt werden</i> .....	31520000	<input type="checkbox"/>
<b>rauchfrei in der Schwangerschaft</b>		
<i>Broschüre</i> .....	31500000	.....
<b>rauchfrei – Das Baby ist da</b>		
<i>Broschüre</i> .....	31510000	.....
<b>NA TOLL! – Jugendbroschüre</b>		
<i>Broschüre</i> .....	32101000	.....
<b>Elternratgeber »Alkohol – reden wir darüber!«</b>		
<i>Broschüre</i> .....	32101900	.....

## **Ermittlung des aktuellen Alkoholkonsums**

**Männer sollten in der Regel nicht mehr als 24 g reinen Alkohol, das entspricht ca. 0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein, pro Tag trinken, Frauen nicht mehr als 12 g reinen Alkohol, das entspricht ca. 0,3 Liter Bier oder 0,15 Liter Wein. Über 65-Jährige sollten noch deutlich weniger trinken.**

**Werden diese Grenzwerte überschritten, ist von einem riskanten Alkoholkonsum auszugehen. Weitere diagnostische Schritte sind notwendig, um zu klären, ob darüber hinaus ein schädlicher Konsum oder eine Alkoholabhängigkeit vorliegt (vgl. Seite 22 ff.).**

## **Ermittlung des aktuellen Alkoholkonsums**

An wie vielen Tagen pro Woche trinken sie Alkohol?

**\_\_ Tage pro Woche**

Was bzw. wie viel trinken sie in der Regel, wenn sie Alkohol trinken?

-----

seit wann trinken sie Alkohol in den angegebenen Mengen?

-----

männliche Patienten: Wie häufig trinken sie mehr als etwa 3 Flaschen Bier oder eine 0,7-Liter-Flasche Wein?

weibliche Patienten: Wie häufig trinken sie mehr als etwa 2 kleine Flaschen Bier oder 2 Gläser Wein?

**\_\_ Häufigkeit**

Welches war die größte Menge, die sie bei einem Trinkanlass im letzten Monat getrunken haben?

-----

## Auswertung CAGE-Fragen

**Bei zwei oder mehr als zwei Ja-Antworten im CAGE-Fragebogen ist Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich. Um differentialdiagnostisch eine Alkoholabhängigkeit auszuschließen, ist anschließend die Anwendung weiterer Instrumente wie z. B. die Kriterien nach ICD-10 (s. S. 24) notwendig.**

Sie finden nachfolgend Fragen, die sich auf Ihre Alkoholtrinkgewohnheiten beziehen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am ehesten zutrifft, auch wenn es Ihnen manchmal schwerfällt, sich für eine zu entscheiden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## CAGE-Fragen

### **C**ut Down Drinking

*Haben sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?*

ja  nein

### **A**nnoyance

*Haben sie sich schon einmal darüber geärgert, dass sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?*

ja  nein

### **G**uilty

*Haben sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?*

ja  nein

### **E**ye Opener

*Haben sie jemals morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?*

ja  nein

**Alkohol**

**! Verantwortung  
setzt die Grenze**

Kopiervorlage

## Auswertung ICD-10-Fragen

**Bei mindestens drei positiven Antworten ist von einer Alkoholabhängigkeit auszugehen, sind es weniger Ja-Antworten, dann bleibt es bei der zuvor auf der Grundlage des CAGE-Fragebogens ermittelten Diagnose des schädlichen Alkoholgebrauchs bzw. Alkoholmissbrauchs.**

Sie finden nachfolgend Fragen, die sich auf Ihre Alkoholtrinkgewohnheiten beziehen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am ehesten zutrifft, auch wenn es Ihnen manchmal schwerfällt, sich für eine zu entscheiden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## ICD-10-Fragen

Wenn Sie an die vergangenen 12 Monate zurückdenken:

spürten Sie (häufig) einen starken Drang, eine Art unbezwingbares Verlangen, Alkohol zu trinken?  ja  nein

Kam es vor, dass Sie nicht mehr aufhören konnten zu trinken, wenn Sie einmal begonnen hatten?  ja  nein

Haben Sie manchmal morgens getrunken, um Übelkeit oder das Zittern (z.B. Ihrer Hände) zu lindern?

ja  nein

Brauchten Sie zunehmend mehr Alkohol, bevor Sie eine bestimmte (die gewünschte) Wirkung erzielten?  ja  nein

Änderten Sie Tagespläne, um Alkohol trinken zu können bzw. richteten Sie den Tag so ein, dass Sie regelmäßig Alkohol konsumieren konnten?

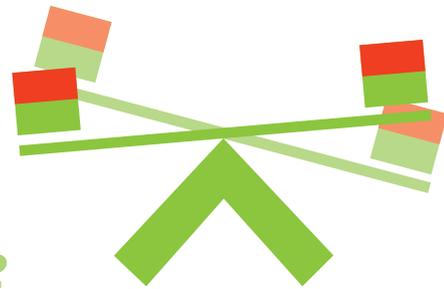
ja  nein

Haben Sie getrunken, obwohl Sie spürten, dass der Alkoholkonsum zu schädlichen körperlichen, psychischen oder sozialen Folgen führt?

ja  nein

**Alkohol**  
**! Verantwortung**  
**setzt die Grenze**

Kopiervorlage



*Kosten-Nutzen-Analyse*



# Alkohol

**! Verantwortung  
setzt die Grenze**

Der ScreeT-9 gestattet die Identifizierung von abhängigen Alkoholkonsumenten von Konsumenten mit riskantem/schädlichem Gebrauch sowie von Normaltrinkern. Er ist somit ein 3-Gruppen-Trenntest. Zielgruppe sind Patienten der medizinischen Grundversorgung (Allgemeinkrankenhaus, ärztliche Sprechstunde).

Der ScreeT-9 ist als diagnostisches Hilfsmittel zu empfehlen, wenn der Arzt sich bezüglich einer alkoholbezogenen Diagnose unsicher ist, weil klassische Alkoholismuszzeichen nicht fassbar sind oder wenn der Patient Fragen nach einem Alkoholproblem abwehrt. Unter praxisrelevantem Aspekt zeichnet sich der ScreeT-9 durch relativ geringen Zeitaufwand aus. Die Erhebung der 9 Items nimmt ca. 5 Minuten in Anspruch. Der Test ist mit nur drei Laborindikatoren auch ökonomisch vertretbar.

## ScreeT-9-Test

### Empfehlungen zum Erfragen der ScreeT-9-Items:

Die Items des ScreeT-9 können als semistrukturiertes Interview in das ärztliche Interview eingebaut werden, z. B. im Rahmen der Anamneseerhebung.

#### 1. Alkoholbezogene Probleme im Beruf oder Straßenverkehr

»Gab es jemals in Ihrem Berufsleben eine Situation, in der Sie (direkt oder indirekt) wegen Ihres Alkoholkonsums angesprochen wurden (Kollegen, Chef) oder Unannehmlichkeiten hatten?« »Wurden Sie schon mal mit Alkohol am Steuer erpapt? (Führerscheinentzug)«

#### 2. Fragestellung zum Item »maximale Trinkmenge pro 24 Stunden im letzten halben Jahr«

»Was war Ihre ›Spitzenleistung‹ beim Alkoholkonsum im letzten halben Jahr? Damit ist diejenige Menge Alkohol gemeint, die Sie unter optimalen Umständen (Wochenende, Freizeit, gutes Essen, Wohlbefinden, vielleicht Urlaub) getrunken haben, und zwar kräftig beschwipst, aber nicht völlig betrunken waren (kein ›Filmriss‹). Es handelt sich wirklich um Ihre ganz individuelle ›Spitzenleistung‹ und nicht um Ihren gewöhnlichen Konsum.« Zur Ermittlung von Trinkmengen und der Grenzwerte verschiedener Konsummuster vgl. Kapitel Diagnosestellung, S. 18/19.

#### 3. Trinkstil

»Wie würden Sie Ihren Trinkstil beschreiben?

(A) Neigen Sie dazu, häufiger (regelmäßiger) geringe Mengen zu trinken

(1 bis 3 Glas bzw. 10–30 g reiner Alkohol), oder

(B) trinken Sie regelmäßig geringe Mengen Alkohol, gelegentlich aber auch mehr, sodass Sie einen leichten Rausch bekommen, oder

(C) neigen Sie dazu, seltener (unregelmäßig) zu trinken, dann aber kräftiger bis zum leichten oder mittleren Rausch?«

Die Bejahung der letzten Möglichkeit gilt als rauschbetonter Trinkstil.

#### 4. »Brechreflex«

»Fast jeder trinkt mal einen über den Durst.

Einige müssen dann brechen, andere nicht. Wie ist das eigentlich bei Ihnen?«

Wichtig sind hier Fragen nach den ersten Bekanntschaften mit Alkohol (alkoholnaive Phase), weil viele Personen vergessen, dass sie einmal nach Alkohol erbrechen mussten.

#### 5. Rötung/abnorme Gesichtsvaskularisation

Auffällig trockene und gerötete Haut der Gesichtsoberfläche, durchzogen von einem dichten Gefäßnetz erweiterter Kapillaren mit unregelmäßiger Rötung des Gesichts, an Nasenflügeln und Wangen betont.

Rating-Skala: 1 = nicht vorhanden, 2 = geringe Ausprägung, 3 = mäßige Ausprägung, 4 = starke Ausprägung. 1 und 2 wird als »Merkmal nicht vorhanden« bewertet, 3 und 4 als »Merkmal vorhanden«.

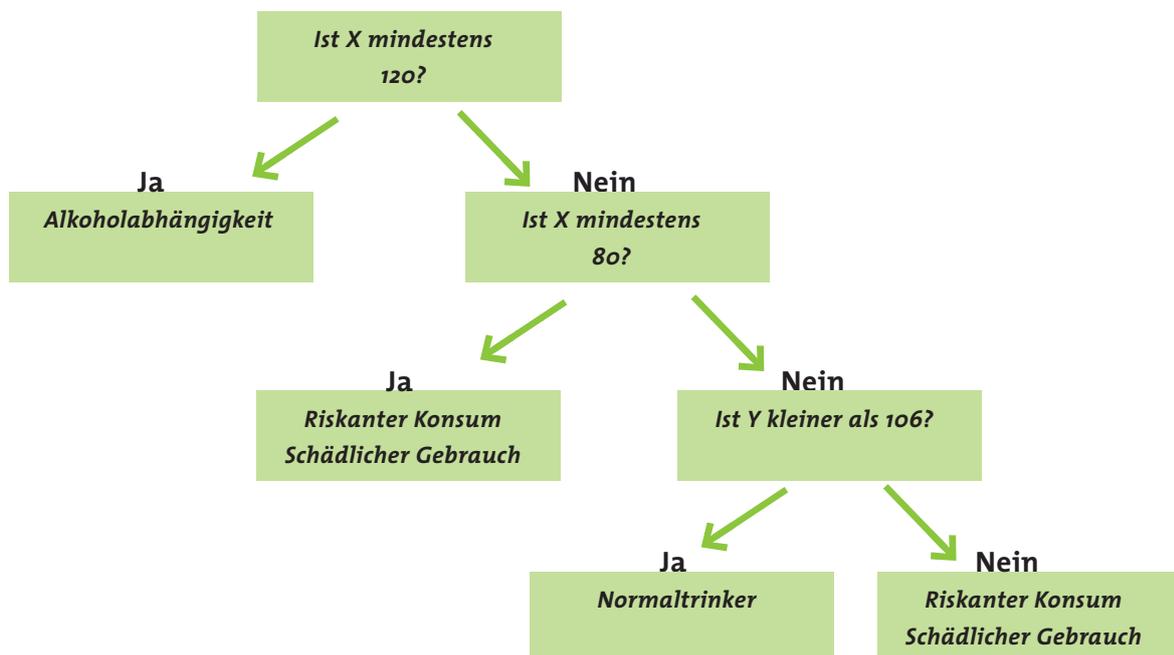
#### 6. Betreuungs- oder Vorstellungsgrund ist alkoholbezogen

Auch bei indirekten Zeichen ist hier eine positive Bewertung dieser Frage vorzunehmen: differentialdiagnostische Erwägungen des überweisenden Arztes, Hinweise aus Patientenunterlagen wie »Lebervergrößerung«, »erhöhte Leberwerte«, »Psychovegetativer Erschöpfungszustand bei erhöhten Leberwerten« sowie Foetor alcoholicus zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung.

X	<i>Formular ScreeT-9 für den Arzt</i>	Y
5.9	Alkoholbezogene Probleme im Beruf oder Straßenverkehr	
6.9	Maximale Trinkmenge pro 24 Stunden im letzten halben Jahr entspricht mindestens 200 g reinem Alkohol	
5.4	Trinkstil mit Tendenz zu gelegentlichen Räuschen	
2.9	»Brechreflex« auf Alkohol ist erloschen	
	Rötung/abnorme Gesichtsvaskularisation mäßig oder stark	5.2
	GGT im Serum > 19 U/l	20.1
	GOT (ASAT) im Serum > 16 U/l	4.8
	GPT (ALAT) im Serum > 16 U/l	4.8
<b>73.1</b>	<b>Diesen Wert nicht streichen (Konstante)</b>	<b>83.9</b>
<b>Zwischensummen</b>		
34.6	Vorstellungsgrund ist (auch) ein Alkoholproblem	- 12.5
= X	<b>Endsummen</b>	Y =

*Streichen Sie diejenigen Zahlen durch, die vor oder hinter Aussagen stehen, die auf den Patienten nicht zutreffen. Bilden Sie die Summen X und Y der verbliebenen Zahlen, und suchen Sie im unten stehenden Entscheidungsschema das Testergebnis.*

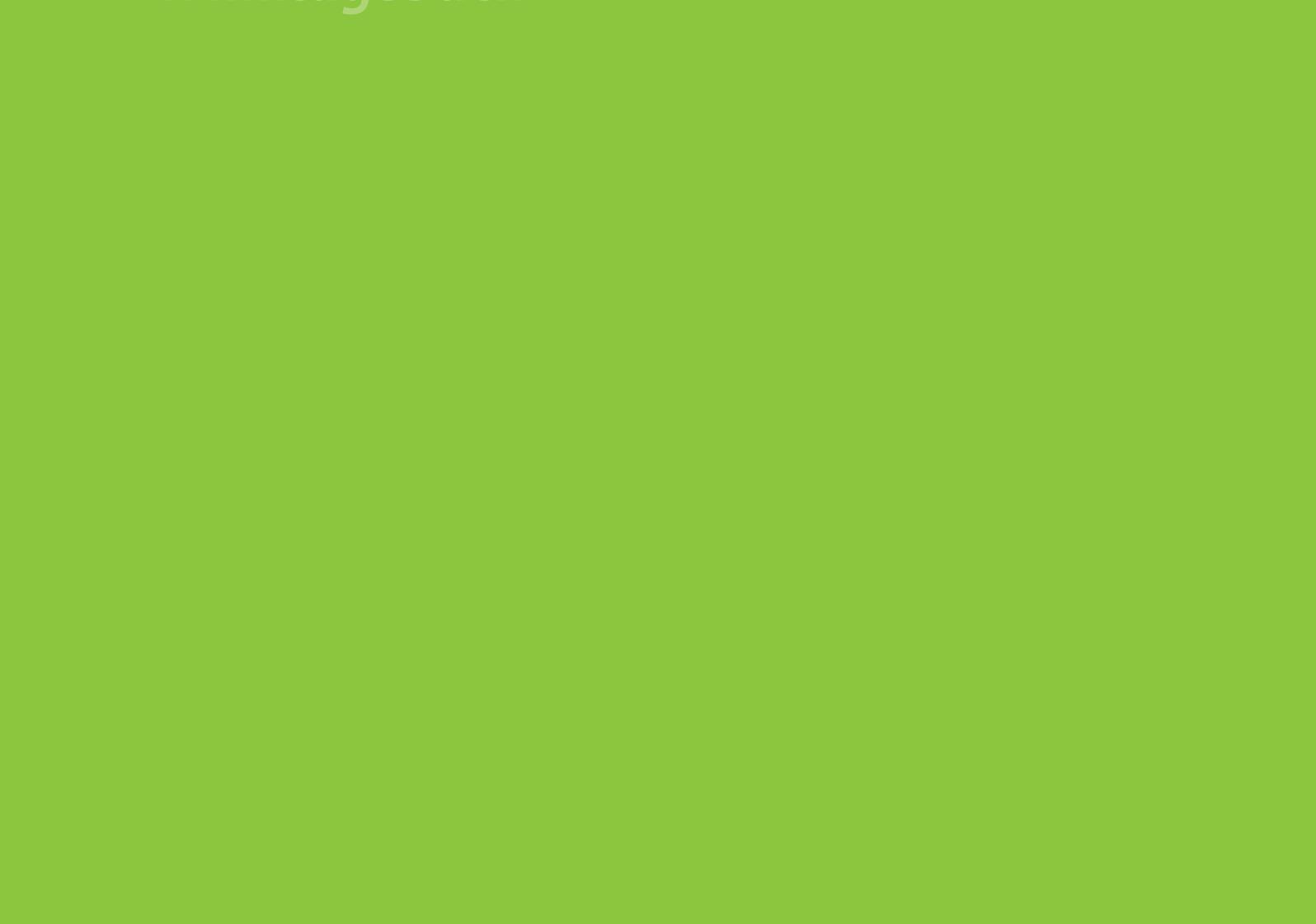
## Auswertung: Entscheidungsbaum



**Alkohol**  
**! Verantwortung**  
**setzt die Grenze**

*Kopiervorlage*

*Trinktagebuch*



# Trinktagebuch

für die Zeit vom .....

bis .....

## Uhrzeit

Beginn des  
Alkohol-  
konsums

Anzahl der  
getrunke-  
nen Gläser

## Ort

Zu Hause,  
im Lokal usw.

## Anlass/Grund

für den Alkoholkonsum

Mo.

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

Di.

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

Mi.

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

Do.

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

Fr.

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

Sa.

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

So.

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

.....  
.....  
.....  
|.....  
|.....  
|.....

## Impressum

### Herausgeber:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit  
Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

### In Zusammenarbeit mit:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS),  
Fachverband Sucht e.V. (FVS)

**Konzeption:** Gerd Rakete, Rakete Konzept GbR, Berlin

**Druck:** Silber, Niestetal

### Wissenschaftliche Beratung:

Dr. Clemens Veltrup, Therapieverbund Ostsee, Lübeck  
PD Dr. Gudrun Richter, Medizinisch & Soziales Zentrum Angermünde

### Gestaltung:

Typoly, Berlin

4.20.5.07

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

51101 Köln

Bestell-Nr. 32021000

Köln, Mai 2007, alle Rechte vorbehalten