

# Sucht- lexikon

Stichwort  
Alkohol

Herausgegeben  
von

Prof. Dr. Franz Stimmer

unter Mitarbeit  
von

Petra Andreas-Siller

(Redaktion und Kurzstichwörter)

2000

R. Oldenbourg Verlag München Wien

### Alkohol-Abhängigkeit

hol bildet den berauscheden Bestandteil aller alkoholischen Getränke. Alkohol für den Genuß durch Menschen entsteht entweder bei der Gärung von Zuckerkaroten, die durch Hefe in A. und Kohlendioxyd gespalten werden (z. B. Bier, Wein) oder durch die Destillation (z. B. Branntweine).

Alkohol gilt als die verbreitetste aller →Rauschdrogen und die →Alkoholabhängigkeit ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland, gleichzeitig spielt →Alkohol als Wirtschaftsfaktor eine wichtige Rolle.

### Alkohol-Abhängigkeit

1. Alkohol (Ethanol) ist eine chemische Verbindung, die eine Reihe von Eigenschaften aufweist, die sich sonst kaum in einer einzigen Substanz vereint finden. Alkohol ist

1. ein Nahrungsmittel mit hohem Energiegehalt;
2. ein Genussmittel, das Getränken Wohlgeschmack verleiht;
3. eine psychoaktive Substanz, die zu Bewußtseinsänderungen führt. Deswegen dient sie als Rauschmittel, als Mittel für sakrale Zwecke, als Mittel zur Förderung sozialer Kontakte. Als psychoaktive Substanz kann Alkohol aber auch Schaden stiften: er kann soziale Probleme verursachen und er kann wegen seines hohen Abhängigkeitspotentials zum Suchtmittel werden;
4. ein Pharmakon, das früher und auch heute noch (in begrenztem Umfang) als Heilmittel verwendet wird, das aber wegen seiner starken Nebenwirkungen zum Gift werden kann. Bei akuter Überdosierung kann Alkohol rasch zum Tod führen, bei chronischem Konsum schon relativ kleiner Mengen kann er fast alle Organsysteme schädigen.

2. Mißbrauch und Abhängigkeit. A. wird heute als Synonym für die älteren Begriffe „Trunksucht“ und „Alkoholismus“ verwendet. Als Trunksucht wurde

### Alkohol-Abhängigkeit

ein „befügter Trieb oder ein unwillkürliches Verlangen zum Genuß geistiger Getränke“ bezeichnet. 1852 wurde der Begriff Alkoholismus geprägt, womit ursprünglich die chronischen körperlichen Folgerscheinungen langfristiger exzessiven Alkoholkonsums gemeint waren. Der Terminus Alkoholismus hat sich wegen seiner Praktikabilität weltweit verbreitet, ist aber ähnlich verschwommen wie der Suchtbegriff. Deswegen wurde von der →Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagen, zwischen alkoholbezogenen Folgeschäden (Mißbrauch) und A. zu unterscheiden (Edwards u. Matarb, 1977). Diese Differenzierung hat sich (auch für andere Stoffe mit hohem Abhängigkeitspotential) allgemein durchgesetzt und Eingang in die internationalen Klassifikations schemata →ICD 10 bzw. →DSM IV gefunden. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird aber vielfach unter der Bezeichnung „Alkoholismus“ sowohl Mißbrauch von Alkohol wie A. subsumiert.

Unter Mißbrauch wird ganz allgemein der Konsum einer entsprechenden Substanz verstanden, der zu Problemen auf körperlicher, psychischer und/oder sozialer Gebieten führt. Die meisten der alkoholbedingten Folgeschäden können auch auf bloßen Alkohol-Mißbrauch zurückzuführen sein. Der in angloamerikanischen Ländern verwendete Begriff „problem drinking“ (d. h. Trinken, das zu Problemen führt) wird weder in der ICD 10 noch in der DSM IV verwendet. Bei der A. wird zwischen „körperlicher“ und „psychischer“ Abhängigkeit unterschieden. „Körperliche Abhängigkeit“ wird durch das Auftreten von →Toleranzsteigerung und Entzugssyndromen definiert. Toleranzsteigerung liegt vor, wenn zunehmend höhere Dosen einer Substanz erforderlich sind, um die ursprünglich durch niedrigere Mengen verursachten Wirkungen zu erzielen. Unter dem Begriff →„Entzugssyndrom“ werden eine Reihe typischer Symptome (z. B. Zittern, Schweißausbruch, Übel-

### Alkohol-Abhängigkeit

keit, Angst, Schlafstörungen, epileptische Anfälle) zusammengefaßt, die dann auftreten, wenn eine entsprechende Substanz nach längerem übermäßigen Gebrauch rasch abgesetzt wird. Durch erneuten Gebrauch der betroffenen (oder einer ähnlich wirkenden) Substanz können diese Symptome wieder zum Verschwinden gebracht werden. Unter „psychischer Abhängigkeit“ versteht man vor allem 4 Symptome: das gesteigerte Verlangen nach Alkohol, die mangelnde Fähigkeit, den Konsum zu kontrollieren, die Zentrierung des Denkens und Strebens auf Alkohol und die Fortsetzung des Alkoholkonsums trotz subjektiv wahrgenommener negativer Konsequenzen.

Dementsprechend werden in den erwähnten Klassifikations schemata die Symptome von Mißbrauch und Abhängigkeit explizit aufgeführt. In der International Classification of Diseases (10. Revision 1994) (ICD 10) werden die o. g. 6 Kriterien der A. aufgeführt, von denen mindestens 3 während des letzten Jahres vorhanden gewesen sein müssen. Im Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (DSM IV) werden für die A. Kriterien genannt, die denen der ICD 10 sehr ähneln. Unterschiede zwischen den beiden Klassifikations schemata bestehen jedoch hinsichtlich der Definition des Mißbrauchs, der in den ICD 10 „schädlicher Gebrauch“ genannt wird. Danach ist er nur dann anzunehmen, wenn es durch den Konsum zu einer körperlichen und/oder psychischen „Gesundheitsschädigung“ gekommen ist. In der DSM IV hingegen werden auch psychosoziale Kriterien zur Definition des Alkohol-Mißbrauchs herangezogen. Seit Jahrzehnten hat man versucht, Alkoholiker nach Typen zu differenzieren. Von den älteren Typologien ist die bekannteste die von Jellinek (1960):

- Alpha-Trinker („Konflikttrinker“)
- Beta-Trinker („Gelegenheitsrinker“)
- Gamma-Trinker („stüchtige Trinker“)

### Alkohol

A. wird aus dem arabischen al-kuhl (feines Pulver, die Augenschmink) abgeleitet: Paracelsus übertrug den Begriff „Alkohol“ auf eine Substanz, die sich aus der Destillation von Wein gewinnen ließ. A. ist eine zusammenfassende Bezeichnung für organische chemische Verbindungen, die wenigstens eine Hydroxylgruppe enthalten. Unter A. versteht man im allgemeinen das Äthanol, das auch Äthylalkohol genannt wird. Äthanol ist eine klare, farblose, leicht bewegliche, brennend schmeckende, leicht entzündliche Flüssigkeit. Die chemische Formel lautet: C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH. Alko-

## Alkohol-Abhängigkeit

- Delta-Trinker („Gewohnheitstrinker“)
- Epsilon-Trinker („episodische Trinker“).

Solche idealtypischen Konstruktionen sind in ihrer vollen Ausprägung real nicht vorfindbar. Konkrete Menschen sind diesen Typen immer nur mehr oder weniger angenähert. So kann eigentlich nur von einem Mißbrauch oder einer Abhängigkeit vom Typ Alpha oder Gamma die Rede sein und nicht von Alpha- oder Gamma-Trinkern.

Nach neueren Untersuchungen werden meist zwei Typen unterschieden, die sich auch klinisch identifizieren lassen. Als Beispiel sei die Typologie von Cloininger (1996) dargestellt (-> Persönlichkeit und Suchtverhalten):

Typ I: Er ist bei Männern wie bei Frauen zu beobachten und tritt relativ spät auf, erst nach Jahren „schweren Trinkens“. Psychologisch ist er charakterisiert durch die Tendenzen der „Schadensvermeidung“, der Angstminderung und durch Schuldgefühle. Bei der Entstehung der A. spielen sowohl genetische wie umweltbedingte (psychosoziale) Prädispositionen eine Rolle.

Typ II: Er tritt hauptsächlich bei Männern auf. Ziemlich häufig sind die Väter (und andere Verwandte ersten Grades) Alkoholiker oder Depressive. Die A. beginnt meist schon im Alter unter 25 Jahren. Relativ häufig sind gleichzeitiger Mißbrauch von Rauschdrogen und schwere alkoholbezogene soziale Konflikationen (anti-soziales Verhalten). Psychologisch ist Typ II charakterisiert durch ausgeprägte „Suche nach Neuem“, während Tendenzen von „Schadensvermeidung“ und „Abhängigkeit von Belohnungen“ weniger ausgeprägt sind. Bei der Entstehung spielen umweltbedingte Prädispositionen (im Gegensatz zu Typ I) eine geringere Rolle.

Die A. weist in der Regel einen jahrelangen, chronischen Verlauf auf, bei dem 3 Phasen unterschieden werden können (Jellinek 1952): 1. Prodromal-

## Alkohol-Abhängigkeit

phase, 2. kritische Phase, 3. chronische Phase.

3. Krankheitsmodelle. Während früher übermäßiger Alkoholkonsum auf einen Charakterfehler zurückgeführt wurde, wurde er im Zuge der Aufklärung Ende des 18. Jahrhunderts als Krankheit aufgefaßt. In der Bundesrepublik Deutschland wurde 1968 die „Trunksucht“ als solche (also nicht nur ihre medizinischen Folgeschäden) durch ein Urteil des Bundessozialgerichts als -> Krankheit anerkannt. Dieses Urteil hat zu weitreichenden Konsequenzen geführt. Vor allem wurde dadurch die Kostenübernahme der Behandlung bzw. Rehabilitation von Alkoholikern auf eine gesetzliche Grundlage gestellt, was den Aufbau eines entsprechenden Therapieansatzes wesentlich gefördert hat. Das Krankheitskonzept, das erstmals um die Wende zum 19. Jahrhundert entwickelt wurde, war von Anfang an umstritten; die Diskussion geht bis heute weiter (vgl. Feuerlein-Kühner-Soyka 1998). Für das Krankheitskonzept sprechen zahlreiche Argumente. Die wichtigsten sind folgende:

1. Das Krankheitsmodell ist wertneutral. Dies hilft der weitverbreiteten Tabuisierung des Alkoholismus entgegenzuwirken und den therapeutischen Zugang zu erleichtern.
2. Die Krankenrolle bringt dem Alkoholiker zwar eine Entlastung seiner Verantwortung und eine Dispensierung seiner normativen Rollenverpflichtungen, stellt aber zugleich die Forderung kompetente Hilfe zu suchen.
3. Das rein biologische Krankheitsmodell, an dem sich die meisten Kritiker orientieren, ist für viele Krankheiten, vor allem auf psychiatrischem und psychosomatischem Gebiet, nicht ausreichend, da es nicht die zusätzlichen psychischen und sozialen Entstehungsbedingungen mit berücksichtigt. Deswegen ist gerade beim Alkoholismus ein umfassendes biopsychosoziales Krankheitsmodell nötig. Aber selbst wenn

## Alkohol-Abhängigkeit

man hier nur vom biologischen Modell ausgeht, so ist zu bedenken, daß neuere Forschungsergebnisse darauf hinweisen, daß für die Entstehung der A. biologische Faktoren (z. B. auf genetischem und molekularbiologischem Gebiet) eine zunehmende Bedeutung erlangen. In den letzten Jahren ließ sich auch im Tiermodell ein Konsum-Muster reproduzieren, das viele Ähnlichkeiten mit der A. beim Menschen aufweist (Wolffgramm 1997).

4. Bedingungsfaktoren. Bei der Entstehung der A. sind dementsprechend viele Faktoren beteiligt. Ein einfaches Modell geht von drei großen Faktorengruppen oder Bedingungen aus, die sich in einem Dreieck (Abb. 1) darstellen lassen. Es sind dies:

- Der Alkohol mit seinen spezifischen Wirkungen;
- das Individuum mit seinen körperlichen und psychischen Eigenschaften, wie sie sich bei der jeweiligen genetschen Disposition im Laufe des Lebens entwickelt haben;

## Alkohol-Abhängigkeit

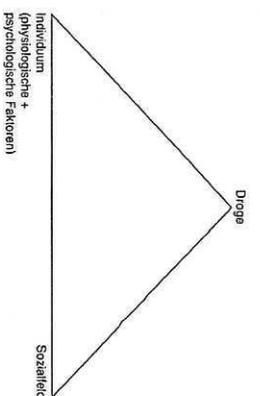


Abb. 1.

- das Sozialfeld, wozu neben den interpersonalen, sozialisierenden Beziehungen auch die beruflichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten sowie die traditionsgebundenen und religiös orientierten Normen zu rechnen sind. Die Faktoren dieses Bedingungsgefüges treten in Interaktion, beeinflussen sich also gegenseitig in verschiedener Weise, so daß u. U. ein positives Feedback im Sinne eines Teufelskreises entsteht (Abb. 2).

5. Epidemiologie. Der Alkoholkonsum ist in verschiedenen Ländern hinsichtlich der Menge und der Art der alkoholi-

## Alkoholtinken als Bewältigungsstrategie

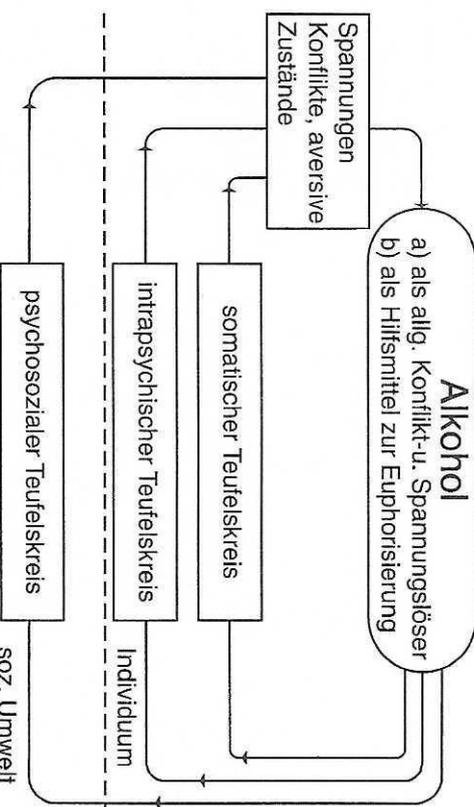


Abb. 2. Teufelskreise der Alkoholabhängigkeit (aus: H. Kühner, Wiener Z. Suchtforsch. 4 [1981] 3).

sehen Getränke unterschiedlich. Deutschland gehörte 1995 mit einem Pro-Kopf-Verbrauch von (umgerechnet) 9,9 Litern reinem Alkohol pro Jahr zu den „Spitzenreitern“, gefolgt von Österreich und der Schweiz (Breitenacher 1997). Allerdings ist der Alkoholkonsum nicht gleichmäßig auf die Bevölkerung verteilt. Nur ein relativ kleiner Prozentsatz verbraucht etwa die Hälfte der alkoholischen Getränke. Die Zahl der (behandlungsbedürftigen) Alkoholkranke in Deutschland wird derzeit auf etwa 2,5 Mill. geschätzt, d. h. auf etwa 3% der Bevölkerung (Hüllinghorst 1997). Die Mehrzahl der Krankheitsfälle (82%) entfällt auf die Altersgruppen zwischen 25 und 55 Jahren. Nur 3% sind älter als 65 Jahre. Bei Jugendlichen beträgt der Anteil der Alkoholabhängigen noch weniger als 1%. Von jungen Erwachsenen konsumieren jedoch schon 7% der Männer und 3% der Frauen täglich mehr als 40 g bzw. 20 g Alkohol.

6. Folgeschäden. Die Folgeschäden der A. sind vielfältig. Alkohol führt, wenn er in größeren Mengen innerhalb kurzer Zeit getrunken wird, zu einer akuten Vergiftung, die tödlich enden kann. Häufig und letztlich gefährlicher sind aber die Folgen langdauernden Gebrauchs relativ geringer Mengen. Seit Jahren wurde versucht „Grenzwerte“ für gesundheitlich unbedenklichen Alkoholkonsum aufzustellen. Sie werden derzeit von der WHO mit 40 g für Männer und 20 g für Frauen (etwa entsprechend einem bzw. einem halben Liter Bier) angegeben. Besonders häufig betroffen sind die Leber (Leberzirrhose), die Bauchspeicheldrüse, das Herz (alkoholische Kardiomyopathie), der periphere Kreislauf (Bluthochdruck). Eine Reihe von Krebskrankungen, vor allem im Bereich der oberen Verdauungswege, aber auch anderer Organe sind z. T. auf Alkohol zurückzuführen. Wichtig sind auch die Schädigungen des zentralen Nervensystems. Es kann dabei nicht nur

zu →Psychosen (z. B. Alkoholdelir) und zu einem organischen Psychosyndrom mit schweren Gedächtnisstörungen, Demenz und zu Persönlichkeitsveränderungen kommen, sondern auch zu Schädigungen des Kleinhirns, die sich in Gleichgewichtsstörungen und anderen Symptomen äußern. Auch das periphere Nervensystem wird häufig geschädigt; meist sind es Nervenentzündungen, die u. a. zu Schmerzen und Lähmungen führen. Besonders zu erwähnen ist die Schädigung des ungeborenen Kindes durch die A. der Mutter („Alkohol-Embryopathie“). Nach Schätzungen wurden 1995 in Deutschland etwa 2200 Kinder mit solchen Schädigungen geboren, die sich meist nicht mehr zurückbilden. Es handelt sich dabei meist um Minderwuchs, Mißbildungen und vor allem um psychische Retardierung (→Embryopathie). Entsprechend der Häufigkeit der alkoholbedingten Krankheiten (und der Suizide) ist die Zahl der alkoholbedingten Todesfälle hoch, aber aus methodischen Gründen nicht genau zu bestimmen. In Deutschland sind (nach vorsichtigen Schätzungen) 1993 etwa 33 000 Personen an den Folgen von A. oder akuter Alkohol-Einwirkung verstorben. Wahrscheinlich lag die Zahl aber wesentlich höher.

Auf psychosozialen Gebiet sind im allgemeinen durch A. bedingte Folgeschäden viel früher zu beobachten als im medizinischen Bereich. Sie betreffen den Konsumenten selbst ebenso wie auch das soziale Umfeld, hier in erster Linie die Familie, wo es häufig zu Scheidungen und Störungen der Entwicklung der Kinder kommt (→Kinder von suchtkranken Eltern). Auch die Berufswelt (→Berufliche Suchtprävention) ist betroffen (z. B. durch alkoholbedingte Minderleistungen, Fehlritze und Unfälle). Oft vollzieht sich die berufliche Desintegration nicht kontinuierlich, sondern etappenweise. Eine häufige Folge sind Arbeitslosigkeit, die aber umgekehrt auch zur Mißratsache der A. werden kann. A. kann, auch we-

gen der damit nicht selten verbundenen Persönlichkeitsveränderungen, zu einer Mißratsache von delinquentem Verhalten (vor allem Eigentums- und Gewaltdelikte) werden (→Sucht und Gewalt, →Sucht und Kriminalität). Auch Enthemmungs- und Erregungselikte (z. B. Körperverletzungen, Sachbeschädigungen, Sexualdelikte) werden häufig unter Alkohol-Einwirkung begangen. Ein besonders schwerwiegendes Problem stellen die alkoholbedingten Beeinträchtigungen der Verkehrstüchtigkeit dar (→Straßenverkehr und Substanzgebrauch).

7. Diagnose. Die Diagnose des Alkoholismus ist nur in Extremfällen einfach. Dies hat verschiedene Gründe. So treten die alkoholbedingten Folgeschäden auf körperlichem Gebiet oft später auf als die psychosozialen Probleme. Außerdem können die meisten Folgekrankheiten auch andere Ursachen als den übermäßigen Alkoholkonsum haben. Es existieren zahlreiche Verfahren zur Objektivierung der Diagnose (Näheres siehe Feuerlein-Küfner-Sojka 1998). Die meisten stützen sich auf standardisierte Befragungen über das Ausmaß des Alkoholkonsums und die dadurch bedingten psychosozialen Störungen, wie sie in den o. g. Diagnosekriterien der ICD 10 bzw. DSM IV dargestellt sind. Der einfaschste von ihnen (der sog. CAGE-Test) kommt mit 4 Fragen aus. Außerdem wurden verschiedene biologische Verfahren zur Feststellung alkoholbedingter Körperschäden entwickelt. (→Diagnostik).

8. Behandlung. Die Behandlung der A. erfordert, entsprechend der Vielfalt seiner Bedingungsfaktoren, ein komplexes Vorgehen (→Suchtkrankenhilfe). Die Behandlung sollte wie bei jeder anderen Krankheit auf eine Heilung abzielen, also in der völligen Beseitigung der Krankheit und ihrer körperlichen und psychosozialen Folgen. Sofern dies nicht möglich ist, muß sich die Therapie auf eine Reduktion der Symptome be-

schränken, u. U. sogar auf das bloße Überleben (Existenzsicherung). Abstinenz von Alkohol ist letztlich nicht das Ziel, sondern die Voraussetzung für die Erreichung des genannten Ziels. Sog. kontrolliertes Trinken kann bei A. aus verschiedenen Gründen nicht empfohlen werden, vor allem deswegen, weil die Entwicklung der psychischen Abhängigkeit, der Kontrollverlust, mit dem kontrollierten Trinken kollidiert. Außerdem bilden sich die meisten Alkoholfolgekrankheiten erst bei jahrelanger Abstinenz zurück. →Geschichte des Alkohols

Lit.: Breitenacher, M., Alkohol-Zahlen und Fakten zum Konsum. In: DHS Jahrbuch 98, Neuland Geesthacht 1997; Cloinger, C. R., Sigvertsson, S., Bohman, M., Type I and type II alcoholism: an update. Alcohol World 20 (1996) 18–23; Edwards, G., Gross, M. M., Keller, M., Moser, J., Room, R., Alcohol-related disabilities. WHO Offset Publ. 32 (1997); Feuerlein, W.: Alkoholismus. 3. Aufl. C. H. Beck München 1999; Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M.: Alkohol-Mißbrauch und Abhängigkeit. 5. Aufl. Thieme Stuttgart 1998; Hüllinghorst, R., Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: DHS Jahrbuch 98, Neuland Geesthacht 1997; ICD 10, Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Bd. 1, Symptomatisches Verzeichnis, Berlin 1994; Jellinek, E. M., Phases of alcohol addiction. WHO Techn. Rep. Ser. 48 (1952) 26; Jellinek, E. M., Alcoholism, a genus and some of its species. Canad. Med. Assoc. J. Suppl. 1 83 (1960) 1341; Küfner, H., Systemwissenschaftlich orientierte Überlegungen zu einer integrativen Alkoholismus-Theorie. Wien. Z. Suchtforschung 4 (1981) 3; Wolffgramm, J., Abhängigkeitsentwicklung im Termodell. In: Watzl, H., Rockstroh, B., Mißbrauch und Abhängigkeit. Hogrefe Göttingen 1997.

Wilhelm Feuerlein, München

Wirtschaftliche Bedeutung von Alkohol in Deutschland		BSI'95	
Produktion 1995	Anzahl		
Betriebe	21 159		
Beschäftigte	83 796		
Steuereinnahmen 1995			
Brauwahlsteuer	Summe (Mio)	Steuereinnahmen	Prozent der Verbrauchssteuern
Biersteuer	4836,7	0,6%	5,1%
Schamweinsteuer	1766,4	0,2%	1,9%
Zwischenzeugnisse	1083,3	0,1%	1,1%
	42,5	0,0%	0,0%
Insgesamt	7728,9	0,9%	8,1%

Quelle: Suchbericht Deutschland 1997

**Alkohol als Wirtschaftsfaktor**

Der Jahresumsatz der Alkoholwirtschaft beträgt in Deutschland seit Jahren etwa gleichbleibend zwischen 30 und 35 Mrd. DM, das entspricht einem Beitrag zwischen 57 000 und 66 000 DM pro Minute, Tag und Nacht. In rund 1400 Brauereien, 116 Alkohobrennereien und Betrieben, 20 800 Betrieben zur Weinherstellung und ca. 20 800 Betrieben zur Weinherstellung arbeiten knapp 85 000 Menschen. Etwa 800 000 Beschäftigte zählt das Gaststättengewerbe, das mit alkoholischen Getränken große Anteile seines Umsatzes erzielt.

Die Steuern, die, mit Ausnahme von Wein, auf den Verbrauch sämtlicher alkoholischer Getränke erhoben werden, leisten einen Beitrag zu den Gesamtsteuereinnahmen von fast 8 Mrd. DM (ca. 1%). Im Jahr 1997 sind die Einnahmen aus der Bier- und Brauwahlsteuer durch den Konsumrückgang gesunken, die Einnahmen aus der Schamweinsteuer jedoch um fast 3% gestiegen.

**Alkoholenbryopathie**

Durch den Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft verursachte Erkrankungen und Mißbildungen des Embryos (Kind in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten) bzw. des Fötus (Kind nach den ersten drei Schwangerschaftsmonaten). → Embryopathie

**Alkoholfolgekrankheiten**

A. sind psychische (die von der WHO als → Alkoholabhängigkeit zusammen-

gefaßt werden) und körperliche Erkrankungen infolge des schädlichen Gebrauchs von Alkohol bzw. der Alkoholabhängigkeit. Nach Schätzungen der WHO liegen alkoholbezogene (nicht alkoholabhängigkeitsbezogene) Erkrankungen bereits auf Platz drei der Welt-rangliste und es gibt so gut wie kein Organismus, das den Folgen von zu hohem Alkoholisimus widersteht. Zu den häufigsten körperlichen Schäden gehören alkoholbedingte Lebererkrankungen (Toxische Hepatitis, → Fettleber, → Leberzirrhose), Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis), der Herzmuskeln (Kardiomypopathie), des Magens (Gastritis) und Darms und des zentralen wie des peripheren Nervensystems (Polyneuropathie). Differentialdiagnostisch muß zwischen alkoholbedingten und anderen möglichen Ursachen für eine Organerkrankung unterschieden werden.

Die Leber ist das wichtigste Organ für den Abbau von Alkohol im Körper und der Alkohol wirkt auf die Leber direkt toxisch. Die häufigste Erkrankung der Leber ist die alkoholbedingte Fettleber. Die Leber ist durch die Einlagerung von Fettropfen in den Leberzellen vergrößert. Die subjektiven Beschwerden sind in der Regel sehr gering und es werden zeitweiliges Völlegefühl, Appetitlosigkeit, zeitweilige Übelkeit, ein leichtes Druckgefühl im Oberbauch geschil-dert. Die Leber ist vergrößert, die Laborbefunde können im Norm- oder Grenzbe-

reich liegen. Die alkoholbedingte Fettleber bildet sich bei Abstinenz zurück. Bei der toxischen Hepatitis kommt es in unterschiedlichen Formen zu entzündlichen Veränderungen des Lebergewebes und dem Absterben von Leberzellen. Die subjektiven Beschwerden zeigen sich in Völlegefühl, Verdauungsstörungen und diffusen Beschwerden. Die Leber ist vergrößert und druckempfindlich. Die Laborbefunde sind gering bis deutlich erhöht. Die toxische Hepatitis ist bei früher Erkennung rückbildungsfähig, in fortgeschrittenen Fällen kann es zu einer Leberzirrhose kommen. Ca. 10–20% der Alkoholabhängigen leiden unter einer Leberzirrhose. Es werden kompensierte, inaktive von dekompensierten Leberzirrhosen unterschieden. Die kompensierte Leberzirrhose zeichnet sich durch eine leichte Einschränkung der Leberzellfunktion aus und äußert sich u. a. in Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Müdigkeit und Verdauungsbeschwerden. Die Leber ist groß und tastbar. Eine Rückbildung der Zirrhose ist bei Abstinenz – nicht nur von Alkohol, sondern auch von anderen lebertoxischen Substanzen – durchaus möglich.

Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) sind eine der häufigsten Folgen chronischen Alkoholkonsums. Am häufigsten sind die akute und die chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse. Ursachen sind, neben der direkten toxischen Wirkung des Alkohols auf die Bauchspeicheldrüse, auch eine hochkalorische, fett- und proteinhaltige Ernährung, aber auch ein Proteinmangel. Subjektiv werden Beschwerden wie Bauchschmerzen, nach links, aber auch gürtelförmig, geschil-dert. Bei Abstinenz von Alkohol und einer intensiven Therapie besteht eine günstige Prognose.

Als Folge der direkten toxischen Wirkung des Alkohols auf das Herz kann es bei langjährigem überhöhten Alkoholkonsum zu Erkrankungen des Herzmuskels, wie Herzfunktionsstörungen und Herzschwäche kommen. Als subjektive Beschwerden werden Herzschmerzen,

Müdigkeit und Atemnot genannt. Die Prognose der alkoholbedingten Kardiomypathien ist bei früher internistischer Behandlung und Abstinenz von Alkohol günstig; später ungünstig: die 5-Jahre-Überlebensrate liegt bei unter 50%. Entzündungen der Magenschleimhaut (Gastritis) sind häufig. Subjektive Beschwerden zeigen sich u. a. durch Übelkeit, Erbrechen und einem Druckgefühl im Oberbauch, in schweren Fällen kann es zu Blutbrechen und Schock kommen.

Alkoholbedingte Schädigungen der Nervenbahnen (Polyneuropathie) treten bei chronischem Alkoholisimus häufig auf, entwickeln sich langsam und beginnen oft an den unteren Extremitäten. Die subjektiven Beschwerden sind u. a. schmerzhafte Missempfindungen, Kribbeln, Taubheitsgefühle, Muskelkrämpfe und eine starke Unsicherheit beim Gehen und Stehen. Die Prognose ist bei Abstinenz günstig und die u. U. sehr ausgeprägten Ausfälle bilden sich weitgehend zurück. → Alkoholabhängigkeit; → Drogenotie; → Mortalität(ziffer)

**Alkoholluzinose**

Die A. ist eine relativ seltene Form der Alkoholpsychose. Das Hauptsymptom sind akustische Halluzinationen bei ansonsten klarer Bewußtseinslage und guter Orientierung. → Halluzinose; → Psychose

**Alkoholisimus**

→ Alkoholabhängigkeit

**Alkoholisimustypologien**

Es wurde immer wieder versucht, Alkoholisimus nach Typen zu differenzieren, obwohl konkrete Menschen in der Realität immer mehr oder weniger den idealtypischen Konstruktionen entsprechen. Zu den bekanntesten Typologien zählen die von Jellinek (1960) und von Cloninger (1981) (s. Tabellen S. 24). → Alkoholabhängigkeit

**Alkoholkonsum**

Der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol (s. S. 24) wird üblicherweise als

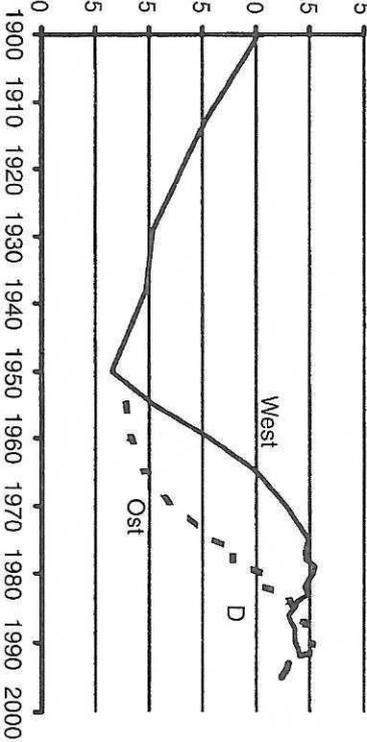
Typologie nach Jellinek (1960):

Art des Alkoholismus	Versuch einer Typisierung	Abhängigkeit	Suchtkennzeichen
Alpha	Erleichterungs-, Konflikttrinker	Nur psychisch	Kein Kontrollverlust, aber undiszipliniertes Trinken mit Fähigkeit zur Abstinenz
Beta	Gelegenheitstrinker	Keine, außer sozial-kulturelle	Kein Kontrollverlust
Gamma	Stüchziger (Problem-) Trinker	Zuerst psychische, dann körperliche Abhängigkeit	Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz und Phasen von Abstinenz
Delta	Gewohnheitstrinker	Körperliche Abhängigkeit	Unfähigkeit zur Abstinenz, kein Kontrollverlust
Epsilon	Episodischer Trinker	Psychische Abhängigkeit	Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz

Typologie nach Cloninger (1981):

Typ I:	Typ II:
Eher von Umweltfaktoren abhängig	Eher von hereditären (vererbten) Faktoren abhängig
Später Beginn (nach dem 25. Lebensjahr)	Früher Beginn (vor dem 25. Lebensjahr)
Bei beiden Geschlechtern vorkommend	Auf das männliche Geschlecht begrenzt
Eher milder Verlauf des Alkoholabusus	Eher schwerer Verlauf des Alkoholabusus
Hohe Abhängigkeit von Belohnung (reward dependence)	Niedrige Abhängigkeit von Belohnung (reward dependence)
Hohe Vermeidung von Schäden (harm avoidance)	Niedrige Vermeidung von Schäden (harm avoidance)
Niedriges Suchen nach „sensation seeking“ Etwas: Gefühle, Empfindungen, großes Aufsehen Aufsehen bestes Beispiel: U-Bahnstufen	Hohes „sensation seeking“

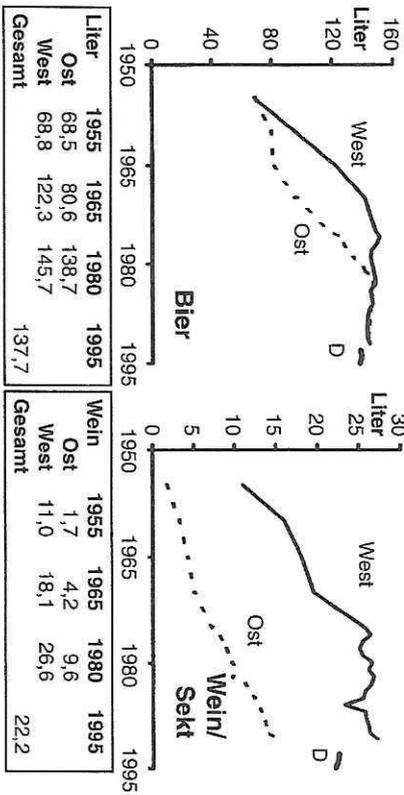
**Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol seit 1900** DHS '85-97



	1900	1913	1929	1938	1950	1960	1970	1980	1990	1995
Ost						4,1	6,1	10,1	12,6	
West						7,8	11,4	12,7	11,8	
Gesamt	10,1	7,6	5,2	4,9	3,3					11,2

Quelle: Suchtbericht Deutschland 1997

**Pro-Kopf-Verbrauch verschiedener Alkoholika seit 1955** DHS '85-97



Liter	1955	1965	1980	1995
Ost	68,5	80,6	138,7	
West	68,8	122,3	145,7	
Gesamt				137,7

Liter	1955	1965	1980	1995
Ost	1,7	4,2	9,6	
West	11,0	18,1	26,6	
Gesamt				22,2

Liter	1955	1965	1980	1995
Ost	4,4	4,7	12,3	
West	3,4	7,2	8,1	
Gesamt				6,5

Liter	1955	1965	1980	1995
Ost	3,9	4,8	10,1	
West	5,2	10,0	12,7	
Gesamt				11,2

Quelle: Suchtbericht Deutschland 1997

Standardmaß für die Verbreitung und den Umfang des Alkoholkonsumes in einer Gesellschaft genutzt. Die Trinkmengen sind aber nicht gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt, so trinken viele wenig und nur wenige trinken viel, der Pro-Kopf-Verbrauch verschiedener Alkoholika differiert stark und die Konsummuster verschiedener Alkoholika haben sich seit Jahrzehnten ethnisch verändert.

**Alkoholpsychosen**

Bei Alkoholabhängigkeit, u. U. auftretende Störungen: z. B. → Delirium tremens, → Halluzinose, → Korsakow-Syndrom, → Psychosen

**Alkoholsteuer**

Die A. ist eine Verbrauchssteuer die in Deutschland auf sämtliche alkoholischen Getränke, mit Ausnahme von Wein, erhoben wird. Die Einnahmen leisteten 1995 einen Beitrag zu den gesamten Steuereinnahmen von fast 8 Mrd. DM (ca. 1%), wovon nahezu 5 Mrd. DM auf die Branntweinsteuer entfielen. → Alkohol als Wirtschaftsfaktor

## Alkoholtests

### Alkoholtests

A. werden in der Regel für die Beurteilung von Verkehrsteilnehmern in Bezug auf die Fahrtüchtigkeit, aber auch bei alkoholisierten Straftätern in Bezug auf die Schuldfähigkeit durchgeführt. Das häufigste Verfahren ist, den Alkoholgehalt der Atemluft zu messen (→ Atemalkoholkonzentration), das zweithäufigste die Abnahme von Blut zur Bestimmung der → Blutalkoholkonzentration. Weitaus seltener wird Urin oder Speichel als Untersuchungsmaterial genutzt. → Suchtstoffanalysen

### Alkoholvergiftung

Als A. bezeichnet man ein vorübergehendes Zustandsbild nach der Aufnahme von Alkohol mit Störungen des Bewußtseins, der kognitiven Funktionen, der Wahrnehmung, des Affektes, des Verhaltens und anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Wann eine Alkoholvergiftung eintritt, ist individuell unterschiedlich, ebenso wie das Abklingen der Symptome. In der Regel verschwinden die Symptome ohne erneute Alkoholaufuhr vollständig und es erfolgt eine Erholung. Erste Vergiftungserscheinungen zeigen sich bei normal Konsumierenden bei etwa 0,5 Promille Blutalkoholwert (z. B. verlängerte Reaktionszeit, Aufmerksamkeitsstörungen). Eine Alkoholvergiftung mit sehr hohen Blutalkoholwerten (über 3,5 Promille) kann zur Bewußtlosigkeit und zum Tode führen. Eine → Akutbehandlung mit Intensivüberwachung ist dann unerlässlich.

Diagnostische Kriterien bei einer Alkoholvergiftung: → ICD-10: F10.0 → Blutalkoholismuskonzentration

### Alraune

Das → Nachtschattengewächs Alraunwurz gehört neben dem → Bilsenkraut und der → Tollkirsche zu den sog. Hexenkräutern mit halluzinogener Wirkung. → Drogenpflanzen; → Magische Pflanzen

## Ambulante Einrichtungen

### Alle Menschen

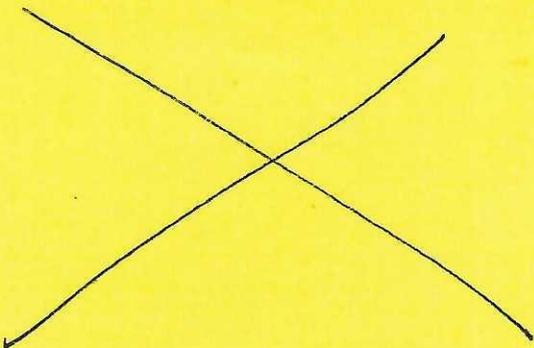
→ Sucht im Alter

### Ambulante Einrichtungen

I. Ambulante Einrichtungen: Struktur und Organisation

II. Ambulante Einrichtungen: Historische Entwicklung

I. Ambulante Einrichtungen: Struktur

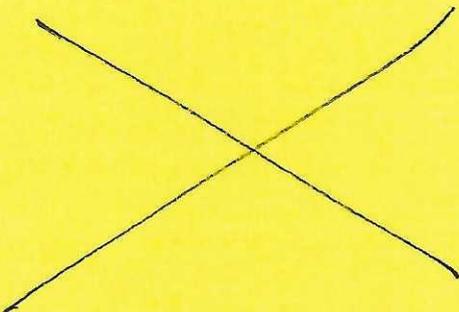


über aus Rückkehrvermutung (→ Rückfall) oder zunächst als Harm Reduktion im Sinne von Risikominimierung und Schadensminderung. Das generelle Ziel: die Wiederherstellung von Gesundheit sowie die damit verbundene Erfüllung

## Ambulante Einrichtungen

sozialer Rollen und das Funktionieren sozialer Systeme bedeutet unter funktionalem Aspekt, daß aE einen Beitrag liefern zur gesellschaftlichen Integration bei drohender oder bereits eingetretener sozialer Desintegration in Form von abweichendem Verhalten einer größeren Zahl von Gesellschaftsmitgliedern (z. B. der ca. 2,5 Mio. Alkoholabhängigen in Deutschland

Deutschland  
nifikation orientierten  
fischen Projekten  
schen Techniken  
Verfahren  
sehen und  
sowie an organisierten  
fischen No  
Zudem sind  
kation gebunden  
stungen bzw.  
und → Diagnostik  
vention und  
Beratung un  
als → Psycho  
sowie als me  
→ Nachsorge  
Aktivierung  
Selbsthilfe se  
vention) und  
Die Zielver  
Leistungswir  
den der quant  
empirischen  
men von → Ex  
studien festge  
→ Qualitäts  
1,2 In der Re  
aE zum eine  
lungsstellen  
de und ih  
nennen sie  
Beratungs-  
(PSBB) oder  
stelle“, „Sucht  
Zum ändern h  
und Drogenberatungsstellen“ (DROBS),  
die sich auf Konsumenten illegaler Dro  
gen spezialisiert haben. Je nach Bundes  
land und den dort geltenden Mindestkri  
terien in den Förderkriterien verfügen  
die aE über eine unterschiedliche An



zahl von Mitarbeitern. Zumeist sind es mindestens zwei Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen als hauptberufliche Mitarbeiter, ein Psychologe und ein Arzt (auf Teilzeitstellen) sowie eine Bürokrati.

Im weiteren Sinne – und gerade im Hinblick auf die Geschichte der aE – können unter aE auch Sozialpsychiatrische

ndheitsämtern ge  
te Abhänge be  
- und Anlaufstel  
s Mitglieder von  
etrieben werden  
schaft von Selbst  
Möhlfahrtsverhän  
einden befinden;  
ambulanzen von  
kenhäusern, Poli  
ntfachkliniken an  
en und nicht zu  
niedergelassenen  
als Nervenärzte,  
therapeuten oder  
ir und Internisten,  
psychologischen

ngen in diesem  
r Gefahr definitiv  
ante Dienste sind  
nicht-stationären  
begreifen, „ambu  
(z. B. als „extra  
liche Definitionen  
täufig implizit an  
gen, etwa Sucht-  
eren allerdings  
sierende spezifi  
kungen. Diese  
Endpunkte von  
werden, die auch  
von aE brauchbar  
menhang ist vor  
Goffman (1971)  
richtungen unter

dem Aspekt totaler Institutionen, besser: totale Organisationen, zu betrachten. Die aE trennen weder die mit ihr interagierenden Patienten von ihren sozialen Milieus bzw. versuchen nicht, sie in eine anfangs von der sozial-räumlichen Um-

## Ambulante Einrichtungen