

# LESEPLAN Elisabeth Zöller/Brigitte Kolloch

Erörterung schreiben:  
Ursachen für Alkohlmisbrauch  
bei Jugendlichen

8

1. Leitbegriff suchen
2. Themenfrage stellen
3. Stoffsammlung (siehe Punkt 5 „Die Ursachen für Alkoholkonsum bei Jugendlichen“)
4. Gliederung
5. Einleitung, Hauptteil, Schluss

Wie stehe ich  
zum Alkohol?  
Sitzkreis/gesamte  
Klasse

1

Erkläre die Begriffe

Du darfst div. Wörterbücher, Lexika und das Internet zu Hilfe nehmen.

3

Exzess ▪ Psychopharmaka ▪ Symptom ▪  
Diagnose ▪ Prävention ▪ Suizid ▪  
Toxizität (toxisch) ▪ stationär ▪  
ambulant ▪ psychisch ▪ physisch ▪  
neurologisch ▪ Koma ▪ Depression  
(depressiv)

Alkohol – chemisch betrachtet  
(Ethanol)

Alkoholische Gärung

Schlagt in eurem Chemiebuch  
nach und fertigt ein kurzes  
Exzerpt an!

Partnerarbeit

7

Sachtexte/Recherche  
zum Thema Alkohol  
Gruppenpuzzle

6

A3

© Marianne Österbauer

Lies das Buch

2

„Bis ans Limit“.

Du kannst auch abschnittsweise  
lesen und die Arbeitsaufträge  
von Nr. 4 dazu erarbeiten

Die Ursachen für  
Alkoholkonsum bei  
Jugendlichen

5

A2



Der Weg in die Abhängigkeit.

Wie war das bei Florian?

Überlegungen zum Buch

Alternative:

Leitfragen für Unterrichtsgespräche

Zum Downloaden unter:

[www.elisabeth-zoeller.de/](http://www.elisabeth-zoeller.de/)

4

A1

Name:

Kl.:



## Begleitmaterial für Pädagoginnen und Pädagogen Schulstufe 7-10

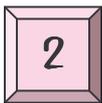


### Wie stehe ich zum Alkohol?

Sitzkreis bilden. Jeder/e Schüler/in erhält 3 Karten (gelb, rot, grün) und legt sie verdeckt auf.  
Lehrer fragt:

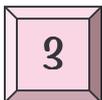
1. Wer hat schon öfter mal Alkohol getrunken? → Betroffene Schüler heben die **rote** Karte
2. Wer trinkt nie Alkohol? → Betroffene Schüler heben die **grüne** Karte
3. Ich möchte keine Aussage treffen → Betroffene Schüler heben die **gelbe** Karte

Brainstorming: ad 1. Bei welchen Gelegenheiten hast du Alkohol getrunken? → Punkte an der Tafel sammeln



### Lies das Buch „Bis ans Limit“.

Du kannst auch abschnittsweise lesen und die Arbeitsaufträge von Nr. 4 dazu erarbeiten.



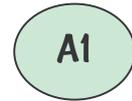
### Erkläre die Begriffe

Du kannst div. Wörterbücher, Lexika und das Internet verwenden.

**Exzess**  
**Psychopharmaka**  
**Symptom**  
**Diagnose**  
**Prävention**  
**Suizid**  
**Toxizität (toxisch)**  
**stationär**  
**ambulant**  
**psychisch**  
**physisch**  
**neurologisch**  
**Koma**  
**Depression (depressiv)**



## Der Weg in die Abhängigkeit. Wie war das bei Florian? Überlegungen zum Buch



1. *„Ich geh an den Kühlschrank. Ich hole mir ein –Bier. Das Bier ist mein Freund. Das Einzige, was noch zum Aushalten ist in dem Haus. Ich proste mir zu. Dann verkrieche ich mich nach oben und werfe den Fernseher an...“ (S. 10)*  
Florian ist überzeugt, dass ihm nur ein Freund geblieben ist: Alkohol. Eine ziemlich bedrückende, traurige Feststellung. Wie kam es überhaupt dazu? Suche jene Stellen (mit Seitenangabe) aus dem Buch heraus, die diese Entwicklung beschreiben.
2. Wie lernte Florian die „Trinkgenossen“ Nico, Marco, Pascal und Wolke kennen? Wie steht Florian zu ihnen? Wieso trifft er sie immer wieder?
3. *„Wir hängen jetzt öfter zusammen ab. Da muss man nicht mehr denken. Nicht Nachdenken. Tut nur weh. Und ändern kannst sowieso nichts...“ (S. 11)*  
Weshalb schmerzt Florian das Nachdenken. Könnte er wirklich nichts ändern, mit niemandem darüber sprechen? Was denkst du darüber?
4. *„ ‚Was hast du Flori?‘, fragt sie leise. ‚Was soll ich schon haben.‘ Ich schau immer noch an ihr vorbei... Hanna schüttelt den Kopf. ... Dann geht sie mit den anderen hinein. Früher war reden leichter.“ (S. 12)*  
Wer ist Hanna und was hat sie mit Florian zu tun. Wie ist das gemeint, dass früher reden leichter gewesen sei? Erzähle Hannas Geschichte in Bezug auf Florian!
5. Wann begann Florian mit dem Trinken? Wie hat das angefangen? Wie ist sein Verhältnis zu den Eltern? Mit welchen Problemen kämpft Florian? Lies dazu Seite 15 – 18, 30, 31 nach!
6. Wieso gefällt Florian die alte Clique nicht mehr? (S. 18)
7. Was verändert sich für Florian in der Schule? (S. 23) Wieso nennen ihn die Schulkollegen IQ? (S. 27)
8. Mama zieht aus. Die Koffer sind bereits gepackt, als sie es ihrem Sohn mitteilt.  
*„Mama will mich in den Arm nehmen. Ich kann nicht... ‚Reisende soll man nicht aufhalten‘, murmle ich... Als die Tür zuschlägt, falle ich in mich zusammen. Ich sitze auf dem Boden und will heulen. Es drängt, drückt, aber es geht nicht. Tränen kommen nicht. Es ist nur ein tiefes Loch...“ (S.33)*  
*Jetzt sind nur noch Papa und ich in dem Haus. Männerwirtschaft. Restfamilie. Krüppelfamilie. (S. 40)*  
Diese Sätze zeigen eindrucksvoll, wie es um Florians Innerstes bestellt ist.  
a) Was macht Florian danach?  
b) Was würdest du vorschlagen, dass er in dieser Situation hätte tun können?
9. *„ ‚Komm‘, meinte Opa eines Tages. ‚Ich habe eine Überraschung für dich.‘ Wir fahren mit der Straßenbahn zu Opas Schrebergarten.“ (S. 50, 51)*  
Welche Überraschung war das? Welchen Grund gibt es für dieses Geschenk?

## Kopievorlage für Schüler

10. Opas Tod schmerzt Florian sehr. Aber da ist noch etwas im Zusammenhang mit Opa, das Florian sehr weh tut. Was ist es?
11. Mama lädt Florian in ihre neue Wohnung ein. Wie verläuft dieses Treffen? Was macht Florian danach? Glaubst du, dass Florian seine Mutter absichtlich verletzen wollte? (S. 52-55)
12. Nach dem „Komasaufen“ mit Hanna landen beide im Krankenhaus.
- Wie reagiert Florians Vater? Macht er seinem Sohn Vorwürfe? Wie geht es weiter?
  - Was denkst du, weshalb keine Wende eingetreten ist? Trotz der Tragik wäre das doch eine Chance gewesen, oder? (S. 63 – 71)
  - Irgendwie merkt Florian, dass seine Eltern nicht so übel sind, wie er immer glaubte. Wie reagiert er darauf? Welchen Schluss zieht er? (S. 76)
  - Florian glaubt von sich lange Zeit, nicht alkoholabhängig zu sein. Wie begründet er seine Meinung? Welchen Grund sieht sein Vater lange Zeit in seinem Trinkverhalten? (S. 80, 93)
13. Langsam wird auch die Schule auf Florians Veränderung aufmerksam. Was tut/n die Schule/einzelne Lehrer? Wie reagiert Florian darauf? (S. 82-91, 96-97)  
Wie denkt Florian über seinen Mitschüler Alex?
14. Wie ändert sich Vaters Einstellung zu Florians Trinkverhalten. Woher stammt dieser Gesinnungswandel? (S. 100-103)
15. Florian ist zum zweiten Mal in der Klinik? Wie es kam dazu? (S. 105, 106)
16. Florian fehlt jetzt das Geld für seinen Alkoholkonsum.
- Wie reagiert er darauf? Was passiert erneut? (S. 106 – 111)
  - Er beginnt nachzudenken, welchen Stellenwert Alkohol für ihn hat. *„Der Alkohol ist mein Freund (oder mein Feind?)...Ein falscher Verbündeter ist er! Hat mich betrogen...“*
  - Warum hört Florian jetzt nicht einfach auf zu trinken, wo er doch erkennt, dass ihn das Zeug kaputt macht?
  - Jetzt, wo Florians Problem so offensichtlich wird, wollen ihm einige Menschen, die ihm nahe stehen helfen: Papa, Mama, Hanna, Herr Liebich, Ärzte.
  - Wieso greift Florian nicht nach den Händen, die ihm entgegengestreckt werden?
- Florian trifft sich immer öfter mit Marco, obwohl sich die beiden nichts zu sagen haben. Woher beschafft Florian den Alkohol? (S. 116)
17. Florian merkt sehr wohl, was der Alkohol aus ihm gemacht hat.  
*„Während du den Respekt vor den anderen verlierst, zerbröckelt auch langsam der Respekt vor dir selbst. Du erkennst dich nicht mehr, du zerbröckelst, zerbröselst. Du löst dich auf...Der Alkohol hat erst all meine Freundschaften zerstört und jetzt zerstört er mich.“*  
Noch denselben Tag trinkt er wieder. Warum schickt ihn der Vater nicht sofort auf Entziehungskur?
18. Bei den späteren Therapiegesprächen wird deutlich, dass Florians innere Einsamkeit, sein Alleinsein der Auslöser für seine Sucht waren. Wer kam dahinter? (S. 144, 145)

## Kopievorlage für Schüler

19. Endlich entscheidet sich Florian GEGEN den Alkohol. *„Ich will. Weg vom Alkohol. Weg von meinem Leben. Ich will weg von Marco und Nico. Ich habe Angst vor den Gerichtsverhandlungen.“* (S. 145)
- Weshalb steht Florian eine Gerichtsverhandlung bevor? Erzähle darüber!
  - Hältst du Florian für kriminell?
20. *„Mann so ein Scheiß. Entzug ist echt heftig. Ist Alkohol so ein giftiges Zeug, dass er all das verursacht hat? Warum ist es dann erlaubt, Gift zu kaufen?“*(S. 153)
- Schreib, was du darüber denkst.
  - Frag auch deine Eltern nach ihrer Meinung!
21. Im Rahmen des Entzuges erkennt Florian, was seine Schwachstelle in der Vergangenheit war. *„Der Schwachpunkt in meinem Leben: Hilfe holen.“* (S. 158)
- Jedes Kleinkind weiß bereits, was es tun muss, wenn es Hilfe braucht: Schreien. Hilfe anfordern. Warum tat Florian es bisher nicht?
22. Florian betont mehrmals wie sehr er „Psychogelaber“ hasse. Der zweite Teil seiner Therapie besteht aber vorwiegend aus REDEN. Reden über sich, eigene Ängste, Wünsche, Empfindungen.
- Wie schafft das Florian jetzt? Welchen Lernprozess durchläuft er dabei? Welche Menschen sind dabei eine große Hilfe für ihn? (S. 163)
- Es gibt noch etwas, gegen das er sich zunächst besonders sträubt. Was ist es? Wer hilft ihm dabei sehr viel weiter?

*„Suche und Sucht unterscheiden sich nur in einem Buchstaben. ‚Ich suche weiter‘, versuche ich mit fester Stimme zu sagen, ‚aber nicht mehr auf dem Irrweg der Sucht.‘ Aber es ist nicht so einfach. Ich denke immer wieder an Alkohol...In meinem Traum will ich trinken. Hebe die Flasche an die Lippen wie ein Ertrinkender. Aber die Flasche ist leer. Kein Tropfen. Der Suchtdruck bleibt. Ich renne. Ich renne im Kreis. ‚Kommt das immer wieder?‘  
Dr. Schröder nickt. ‚Die Krankheit bleibt wie ein Leiden in dich eingebrannt. Deswegen darf man nie wieder Alkohol trinken.‘“*

In der Tat ist Alkohol eine Droge in unserer Gesellschaft, die legal ist und verharmlost wird, während vor vielen anderen Drogen sehr wohl gewarnt wird und nur illegal erhältlich sind. Daher ist es besonders wichtig, dass jeder Jugendliche über die tatsächliche Wirkung und Folgen erhöhten Genusses genau Bescheid weiß und dass jeder Drogenmissbrauch, auch Alkohol, diese fatalen Auswirkungen hat.

Am allerwichtigsten ist für jeden Menschen, dass er sich selbst mag, selbstbewusst und innerlich stark ist. Stark sein heißt auch, über eigene Probleme zu reden, Hilfe anfordern, wenn man diese braucht und über Ängste sprechen. Ein gutes Selbstwertgefühl und Selbstkompetenz sind der größte Schutz vor Süchten, egal welcher Art.

Denk über dich selbst nach:

**Welchen Menschen kannst du dich anvertrauen?**

**Tust du dies auch, wenn du Kummer hast? Oder weist du diese Menschen einfach unwirsch ab, wenn dich etwas bedrückt?**

**Redest du mit ihnen auch über deine Ängste, Träume, usw.?**

**Verschiebst du manchmal über deine Probleme zu reden, weil du glaubst, dass es gerade nicht passt?**

**Sagst du öfter, wenn du gefragt wirst, ob es dir nicht gut gehe, dass eh alles in bester Ordnung sei?**

**Alternative/Ergänzung: Leitfragen für Unterrichtsgespräche**

Zum Downloaden unter [www.elisabeth-zoeller.de/](http://www.elisabeth-zoeller.de/)

**> Extras > Materialien für Lehrer > Lehrerhandreichung zu BIS ANS LIMIT | PDF | Größe: 250 KB**

Hier finden Sie auch wertvolle Begleitinformationen für Lehrer und Erzieher

Kopievorlage für Schüler



## Die Ursachen für Alkoholkonsum bei Jugendlichen



Was denkst du? Welche der folgenden Kriterien treffen auf Florian zu? Hebe sie mit einem Marker hervor!

erhöhter Lebensgenuss
diverse Trinkanlässe, wie Partys und Feiern
Schwierigkeiten in der Schule
Gefühle der Einsamkeit/Alleinsein
Kontaktschwierigkeiten
Hemmungen
Schwierigkeiten in der Partnerschaft
Steigerung der Männlichkeit
Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind
das Kind ist sich selbst überlassen, vernachlässigt
Eltern haben kein Ohr für Sorgen und Kummer des Kindes
Geltungstrieb/Angeberei
Beziehungskrise der Eltern
widersprüchlicher Erziehungsstil der Eltern
Angebot billiger alkoholischer Getränke
Werbung für Alkohol
Gruppendruck (dazugehören wollen)
positive Leitbilder (Helden trinken auch in Filmen und anderen Medien)
schlechtes Verhältnis zu den Eltern
Jugendarbeitslosigkeit
Eltern/Elternteil trinken/t selber viel
Alkohol erleichtert die Kommunikation (das Reden)
Leistungsdruck in der Schule oder im Betrieb

Ordne die Gründe den folgenden Oberbegriffen zu:

UMWELT verleitet zum Trinken:

ERZIEHUNGSVERHALTEN der Eltern:

Positives IMAGE:

PROBLEME der Jugendlichen:



## Sachtexte/Recherche zum Thema Alkohol Gruppenpuzzle

### Methodik des Gruppenpuzzles

Gruppen bilden. Anzahl der unterschiedlichen Texte bestimmt die Gruppengröße

Phase 1: Jedes Gruppenmitglied beschäftigt sich mit dem Text einzeln  
Fragen werden so gut es geht herausgearbeitet.

Phase 2: Experten treffen sich in der kollektiven Lernphase, dh. alle mit der gleichen Textgrundlage bilden eine Gruppe.

Antworten werden verglichen, ergänzt, verbessert.  
Jeder Experte erhält dadurch die gleiche Grundlage.

Phase 3: Expertenberichte in der Stammgruppe

allenfalls: Experten treffen sich noch einmal für die Gestaltung eines gemeinsamen Plakates.

**Textgrundlage I:** Alkohol – Droge Nr. 1\*

**Textgrundlage II:** Symptome und Risiken der Alkoholsucht\*

**Textgrundlage III:** Alkoholwerbung\*

**Textgrundlage IV:** Alkoholkonsum in Österreich und Sterblichkeit\*

**Textgrundlage V:** Informationen zum Thema Alkoholabhängigkeit\*

**Textgrundlage VI:** Wirkung von Alkohol\*\*

**Textgrundlage VII:** Alkohol bei Kindern und Jugendlichen\*\*

**Textgrundlage VIII:** Alkoholkonsum Jugendlicher – Statistische Daten\*\*

### Zusatzangebote:

**Textgrundlage IX:** Trinkgewohnheiten/Abhängigkeitsgrade \*\*

**Textgrundlage X:** Geschlecht und Sucht\*\*

**Textgrundlage XI:** Alkoholkonsum und Erkrankungen \*\*\*

- Rausch und Vergiftung
- Psychiatrische Begleit- und Folgeerkrankungen
- Neurologische Folgeerkrankungen
- Internistische Folgeerkrankungen
- Alkoholismus und Familie

### Erklärung:

\* einfacher Text

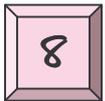
\*\* mittelsschwerer bis anspruchsvoller Text

\*\*\* sehr schwieriger Text



## Alkohol – chemisch betrachtet (Ethanol) Alkoholische Gärung

Schlagt in eurem Chemiebuch nach und fertigt ein kurzes Exzerpt an!  
**Partnerarbeit**



## Erörterung schreiben: Ursachen für Alkohlmisbrauch bei Jugendlichen

1. Leitbegriff suchen
2. Themenfrage stellen
3. Stoffsammlung (siehe Punkt 5 „Die Ursachen für Alkoholkonsum bei Jugendlichen“)
4. Gliederung
5. Einleitung, Hauptteil, Schluss

## Textgrundlage IV: Alkohol - Droge Nr.1

A3

**Dr. Wolfgang Beiglböck, Univ. Lektor Klinischer Psychologie,  
Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut am Anton-Proksch-Institut**

Kommen Ihnen Aussagen wie diese bekannt vor? Alkohol ist in Österreich die "Volksdroge Nummer 1", auch wenn man sie nicht als solche wahrnimmt. Ca. 330.000 Österreicher und Österreicherinnen sind alkoholkrank, knapp 900.000 Österreicher und Österreicherinnen konsumieren Alkohol in einem Ausmaß, das bereits gesundheitsschädlich ist. Somit haben knapp 20% der Erwachsenen (mehr als 1,2 Millionen Menschen) Alkoholprobleme. Rund 8000 Menschen sterben in Österreich pro Jahr an Alkoholfolgeerscheinungen. Die Lebenserwartung von Alkoholkranken ist um rund 20 Jahre verringert.

Ein täglicher Alkoholkonsum unter der Harmlosigkeitsgrenze (bis 16g reiner Alkohol bei Frauen, bis 24g Reinalkohol bei Männern - 20g sind ca. ein halber Liter Bier oder ein Viertel Wein) wird aktuell von der Wissenschaft als weitgehend unbedenklich angesehen. Ein täglicher Alkoholkonsum der die Gefährdungsgrenze überschreitet (40g bei Frauen, 60g bei Männern - also 2-3 Krügel pro Tag) wird als Alkoholmissbrauch bezeichnet, bei dem man langfristig ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko (z.B. Gastritis, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, Lebererkrankungen etc..) in Kauf nimmt.

Alkoholkrank wird man aber nicht von heute auf morgen. Diese Krankheit kommt schleichend, und niemand der Alkohol trinkt, ist vor ihr gefeit.

### **Kritisch wird Alkoholkonsum erst dann,**

- wenn Alkohol beim Mittag- oder Abendessen einfach nicht mehr wegzudenken ist
- wenn zum Ausgehen Alkohol einfach dazu gehört
- wenn man sich nicht mehr vorstellen kann, einige Zeit abstinenz zu leben
- wenn bei psychischen oder sozialen Spannungen getrunken wird
- wenn man glaubt in belastenden Lebenssituationen nicht mehr ohne Alkohol auskommen zu können
- wenn Alkohol als Medikament eingesetzt wird, auch wenn man sich erst nach einem Gläschen Alkohol richtig ausgeglichen und wohl fühlt, sollte man(n) sein Trinken überdenken.

### **Von Alkoholkrankheit spricht man,**

- wenn man bereits nach geringen Mengen Alkohol das Verlangen verspürt weiter zu trinken
- wenn man weiter trinkt, obwohl man weiß, dass man aufhören müsste, dies jedoch nicht kann
- wenn man immer mehr Alkohol benötigt, um die selbe Wirkung wieder zu erzielen
- wenn bereits Entzugerscheinungen auftreten, wenn man einige Zeit keinen Alkohol konsumiert (Zittern der Hände, übermäßiges Schwitzen, morgendliche Übelkeit etc.).

Es gibt keine genauen Richtlinien, wie viel der Einzelne gefahrlos konsumieren kann. Alkohol sollte aber auf jeden Fall ein Genussmittel und kein Konsummittel sein. Den genussvollen Umgang mit Alkohol sollten Kinder schon frühzeitig in der Familie lernen, denn neuere psychologische Untersuchungen zeigen, dass Kinder, die bei ihren Eltern immer wieder erleben, dass Alkohol als Medikament eingesetzt wird um sich zu entspannen oder ruhiger zu werden, eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, in ihrem späteren Leben Alkohol missbräuchlich zu verwenden. Sollte man(n) bemerken, dass man bereits erste Probleme mit Alkohol hat (siehe oben) sollte man(n) sich nicht scheuen sofort mit einem Arzt oder Psychologen des Vertrauens - oder noch besser einer spezialisierten Beratungsstelle -

Kontakt aufzunehmen. Rechtzeitig behandelt liegen die Chancen, diese Krankheit in den Griff zu bekommen, sehr gut. Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten, sowie einen Selbsttest finden Sie unter [www.api.or.at](http://www.api.or.at)

Quelle:

<http://gin.uibk.ac.at/thema/alkohol/alkoholdroge1.html>

**Fragen zum Text:**

1. Wie hoch ist der Anteil der alkoholkranken Österreicher/innen?
2. Wie viele Österreicher konsumieren Alkohol im gesundheitsschädlichen Ausmaß?
3. Wie viele Menschen sterben in Österreich an den Alkoholfolgeerscheinungen?
4. Was versteht man unter der Harmlosigkeitsgrenze und wo liegt sie bei Männern und Frauen?
5. Was versteht man unter Alkoholmissbrauch?
6. Wann wird der Alkoholkonsum kritisch?
7. Unter welchen Bedingungen spricht man von Alkoholkrankheit?

## Textgrundlage II: Symptome und Risiken der Alkoholsucht

A3

**Prim. Univ.-Doz. Dr. Christian Haring, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie**

*Häufige Symptome, die bei Alkoholkrankheit vorliegen sind:* eine Alkoholfahne, charakteristische Veränderungen der Haut, (z.B. Gelbverfärbung), Verlust der Körperbehaarung, vielerlei ungeklärte Verletzungen und Blutergüsse, Erkrankungen der Leber (Leberentzündung bis zur Leberzirrhose), Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, häufige und langwierige Magenerkrankungen, Kreislaufregulationsstörungen, Fettstoffwechselstörungen, Erkrankung des Nervensystems, Stimmungsinstabilität, Depressivität, Schlafstörungen, Nachtschweiß, morgendlicher Übelkeit, Schreckhaftigkeit, Minderung der Merkfähigkeit, Konzentrationsstörungen, undifferenziertes vergrößertes Verhalten. Die Kombination der psychosozialen Folgeerscheinungen gemeinsam mit diesen verschiedensten körperlichen Erkrankungen, weisen auf eine Alkoholproblematik hin. Es muss hier festgestellt werden, dass häufig diese körperlichen Erkrankungen rein symptomatisch behandelt werden, ohne auf den Hintergrund, nämlich eine Alkoholerkrankung, genauer einzugehen. Sollte sich jedoch klar herausgestellt haben, dass ein Alkoholproblem vorliegt, ist die Frage inwieweit man das Gespräch mit den Betroffenen gestaltet und wie man diese zu einer Alkoholbehandlung motivieren kann.

### **RISIKEN:**

Schon der Normalkonsum von "Alkohol" birgt eine Reihe von Risiken in sich: hat man bisher geglaubt, dass erst ab 60 g Alkohol pro Tag (ein großes und ein kleines Bier) mit körperlichen Folgeerkrankungen zurechnen ist, so weiß man, dass höchstwahrscheinlich schon Alkoholmengen unter 60 g. täglich eine Reihe von Erkrankungen nach sich ziehen können. So glaubt man zum z.B., dass der Diabetes 2 (Altersdiabetes) Folge langjährigen konstanten Alkoholkonsums sein kann. Alkohol führt zu einer dauernden Freisetzung von Insulin, was in weiterer Folge zu einer Überlastung der Insulin produzierenden Zellen führt. Die Folge kann dann unter Umständen ein Altersdiabetes sein.

Auch Erkrankungen des Herzkreislaufsystems wie z.B. der essentielle Bluthochdruck wird zwischenzeitlich bei einem bestimmten Anteil der Patienten auf regelmäßigen Konsum von Alkohol zurückgeführt. Man weiß auch, dass Unfälle unter Umständen Folgen eines relativ geringfügigen Alkoholkonsums sind. Schon bei einem Blutalkoholgehalt von 0,3 ‰ lässt sich einerseits eine Reduktion der Reaktionszeit feststellen, andererseits zeigen sich hier Symptome einer Selbstüberschätzung. Beides gemeinsam kann dann zu Unfällen führen. Der regelmäßige Konsum von Alkohol über 60 g. täglich führt zu den o.B. Folgeerkrankungen. Als sowohl Fett, als auch wasserlösliche Substanz ist Alkohol besonders für alle Formen von Membranen toxisch, was letztendlich bedeutet, dass Alkohol sämtliche Organsysteme negativ beeinträchtigt. Von erheblicher Bedeutung ist auch die Wirkung des Alkohol auf psychische Faktoren. Häufig kommt es zu depressiven Symptomen, die hin bis zum Suizid führen können. Im Schnitt reduziert sich die Lebenserwartung eines alkoholkranken Menschen um ca. 12 Jahre.

Quelle: <http://gin.uibk.ac.at/thema/alkohol/alkoholsucht.html>

### **Fragen zum Text:**

1. Wie wirkt sich die Alkoholkrankheit aus (Symptome)?
2. Welche gesundheitlichen Risiken bestehen bereits beim Normalkonsum?
3. Wie viel kürzer ist die durchschnittliche Lebenserwartung eines Alkoholkranken?

## Textgrundlage III: Alkoholwerbung

Statistiken zufolge gehe zwar der absolute Alkoholkonsum in Deutschland leicht zurück, doch der **Trend zum exzessiven Trinken** nimmt kontinuierlich zu. Nach einer Studie an 3.400 SchülerInnen im Alter von zehn bis siebzehn Jahren in Deutschland verstärkt die **Alkoholwerbung** den Trend zum Komatrinken bei Jugendlichen, denn wer häufig mit Werbespots in Kontakt kommt, trinkt doppelt so oft exzessiv Alkohol wie Peers mit wenigen Werbekontakten, wobei männliche Jugendliche den Reizen der Werbung deutlich öfter erliegen als Mädchen. Grundsätzlich trinken Jugendliche umso mehr Alkohol, je öfter sie Alkoholwerbung sehen, wobei sie an entsprechender Werbung kaum vorbeikommen: Rum unter Palmen, Kräuterschnaps im Szene-Treff, Prosecco in der Frauenrunde - lediglich 1,5 Prozent der befragten Schüler gab an, noch nie eine der vorgegebenen Alkoholwerbungen gesehen zu haben. Die Krankenhauseinweisungen von Minderjährigen mit einem gefährlichen Vollrausch stiegen allein in den vergangenen vier Jahren um 36 Prozent. Die jüngsten Patienten waren zwölf Jahre alt. Diese Ergebnisse unterstreichen den Expertenbericht der Europäischen Kommission über den Einfluss der Alkoholwerbung auf Minderjährige, welcher ebenfalls zu dem Ergebnis kommt, dass Alkoholwerbung die Einstellung zu Alkohol sowie das spätere Trinkverhalten beeinflusst.

## Prävention

Experten sind der Ansicht, dass Suchtprävention im **Kindergartenalter** beginnen muss, denn Alkoholexzesse bei Kindern und Jugendlichen (**Komatrinken**) haben meist in der frühesten Kindheit ihre Wurzeln. Bekommt das Kleinkind bei jedem Schrei seine Flasche, eine Süßigkeit oder sonstige Trostpflasterchen, dann wird das Kind kaum lernen, mit Unlustgefühlen umzugehen, sondern denken, dass man durch die orale Befriedigung die allgemeine Unlust stillen kann. Wichtig ist auch die **Vorbildwirkung der Eltern** - siehe unten -, denn ist es bei den Eltern normal, dass beim Abendessen Bier und Wein getrunken werden, dass bei Frust ein Glas Alkohol eingeschenkt wird, dann lernen die Kinder diese **Problemlösungsstrategie** und verinnerlichen diese. Es ist auch ein großer Unterschied, ob eine Tafel Schokolade aus Frust verschlungen wird oder ob man sich ein Stück Schokolade auf der Zunge zergehen lässt.

**Quelle:** <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/AlkoholKinderJugendliche.shtml>

### Fragen zum Text:

1. Wie beeinflusst Alkoholwerbung das Trinkverhalten Jugendlicher?
2. Wie hat sich das exzessive Trinken bei Jugendlichen in den letzten Jahren verändert?
3. Wann sollte mit der Suchtprävention begonnen werden und weshalb?
4. Was beeinflusst schon kleine Kinder für späteres Trinkverhalten?

## Textgrundlage IV:

A3

## Alkoholkonsum in Österreich und Sterblichkeit

14% der 13 bis 14-Jährigen konsumieren regelmäßig Alkohol, zumindest 1x wöchentlich. Bei den 15-Jährigen sind es bereits mehr als ein Drittel. 3% der 16-Jährigen haben einen problematischen Alkoholkonsum. Das bedeutet bei Mädchen, dass sie mehr als 40 Gramm, und bei Burschen, dass sie mehr als 60 Gramm Alkohol täglich trinken, wobei 20 Gramm Alkohol ungefähr einem Krügel Bier oder einem Viertel Wein entsprechen. Besonders die wiederholten Alkoholräsche und das Wochenendsaufen spielen unter österreichischen Jugendlichen eine große Rolle.

9% der 13-jährigen Mädchen und 16% der 13-jährigen Burschen haben bereits mehrmalige "Rauscherfahrten" gemacht. Bei den 15-Jährigen liegt dieser Prozentsatz schon bei 30 bzw. 46%, damit liegt Österreich im europäischen Spitzenfeld. In Westeuropa machen dem Alkohol zugeschriebene Todesfälle bereits 13% der Gesamtmortalität bei Jugendlichen aus.

Quelle: <http://gin.uibk.ac.at/thema/alkohol/alkoholjugendlichen.html>

### Suchtmittel und Sterblichkeit

Pro Jahr sterben in Österreich rund 80 000 Personen. Darunter sind rund 20 000 Nikotinabhängige, rund 8000 Alkoholiker und zwischen 200 und 400 Drogenabhängige. In der Regel muss man bei Abhängigen annehmen, dass sie um Jahre vorzeitig sterben. So ist z.B. die Lebenserwartung von Alkoholikern durchschnittlich um rund 20 Jahre verringert.

An den unmittelbaren Folgen einer Überdosierung (ohne Mischkonsum mit anderen Stoffen und ohne direkte Selbstmordabsicht) sterben jährlich durch Alkohol doppelt so viele Menschen wie an harten illegalen Drogen (Opiate, Kokain). Akute Todesfälle durch Designerdrogen (z.B. Ecstasytabletten) kommen vereinzelt vor, tödliche Vergiftungen mit Nikotin- und/oder Hanfdrögen (Haschisch und Marihuana) kommen gar nicht vor.

aus: <http://gin.uibk.ac.at/thema/alkohol/alkoholsterblichkeit.html>

#### Quellen:

Presseaussendung des Anton-Proksch-Instituts zum 5. Internationalen Suchtkongress "Sucht Risiko - Risiko Sucht" vom 7. - 10. Mai 2001 in Baden

#### Fragen zum Text:

1. Wie viel Alkohol konsumieren Jugendliche in Österreich?
2. Wie viele Jugendliche haben bereits Erfahrungen mit Alkohol und ab welchem Alter?
3. Wie wirkt sich Alkoholabhängigkeit auf die Lebenserwartung aus?
4. Wie viele Menschen sterben in Österreich an den Folgen von Alkoholmissbrauch im Vergleich zu anderen Drogen?

## Textgrundlage V: Informationen zum Thema **Alkoholabhängigkeit**

A3

OA Dr. Märk, [Univ. Klinik für Psychiatrie, Innsbruck](#)

### Was ist Alkoholabhängigkeit?

Es handelt sich um ein komplexes Reaktionsmuster im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich, in dessen Mittelpunkt eine bestimmte Substanz (legale Droge Alkohol) steht. Im Sinne der **psychischen Abhängigkeit** kommt es allmählich zu einem starken inneren Zwang, wider besseres Wissen, das Suchtmittel konsumieren zu müssen. Bei Fehlen des Suchtmittels wird man unruhig, nervös, reizbar, zittrig und bekommt Schweißausbrüche. Die angeführten körperlichen Erscheinungen, die besonders am Morgen auftreten, sind Zeichen der **körperlichen Abhängigkeit**.

Die Folgen der Alkoholerkrankung sind vielfältig; neben den bekannten körperlichen Schäden (Leberschaden bis zur Zirrhose, Erkrankung der Bauchspeicheldrüse, Verdauungsstörungen, Blutbildschäden, Impotenz, Schädigung des Gehirns und seiner Funktionen) kommt es zu Schwierigkeiten im seelischen Bereich (Interesseverlust, Reizbarkeit, Neigung zu Aggressivität und Depressivität). Schließlich treten auch Komplikationen im sozialen Bereich auf (eheliche Auseinandersetzungen, Probleme am Arbeitsplatz, Führerscheinentzug, Konflikte mit dem Gesetz, finanzielle Probleme).

### Verbreitung der Alkoholabhängigkeit:

Nach verschiedensten Studien sind ca. 5 % der erwachsenen Bevölkerung alkoholabhängig, was für den Tiroler Raum eine Zahl von 30.000 bedeutet. Die Erkennung ist offenbar nicht so einfach, und ein großes Problem stellt dar, dass der Alkohol in unserer westlichen Gesellschaft ein anerkanntes Genussmittel ist. Erschwerend kommt hinzu, dass der Abhängige jahrelang versucht, die Abhängigkeit vor sich und der Umwelt zu verleugnen, und die Familie am Anfang oft daran interessiert ist, das wahre Problem vor der Umgebung mitzuverbergen. All diese Gründe führen dazu, dass die direkt und indirekt Betroffenen meist einen langen und schmerzreichen Prozess durchlaufen, bis sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Die Alkoholabhängigkeit ist als Abhängigkeitserkrankung von den Sozialversicherungen anerkannt, und darum wird die Behandlung auch von den Krankenkassen bezahlt.

### Wie schaut die Hilfe aus?

Der erste Schritt ist die Bereitschaft etwas gegen das Problem Alkohol zu unternehmen. Die Ehrlichkeit ist das große Thema, das den professionellen Helfern erst ermöglicht, gemeinsam mit den Betroffenen am Problem zu arbeiten.

Ähnlich wie bei der Drogenabhängigkeit - siehe obige diesbezügliche Informationen - ist die erste Phase der Behandlung die körperliche Entgiftung und dauert beim Alkohol ca. 1-3 Wochen, bei Beruhigungsmittelabhängigkeit mehrerer Wochen. Diese Entgiftung kann in einem Spital mit einer Internen Abteilung oder auf einer Aufnahmestation eines Psychiatrischen Krankenhauses erfolgen. Leichtere Formen des körperlichen Entzuges können direkt an der Psychiatrie III, Beda-Weber-Gasse erfolgen.

Die zweite Phase der Behandlung umfasst die Entwöhnung an einer entsprechenden Fachklinik bzw. Fachabteilung mit Schwergewicht auf psychotherapeutischer Betreuung.

### Therapieziele:

1. Die Ursachen und Verhaltensweisen, die zum Suchtverhalten geführt haben, müssen analysiert und "bearbeitet" werden, sodass die Chance besteht, sie zu verändern.
2. Es muss gelernt werden, Probleme und unangenehme Seelenzustände so zu bewältigen, dass ein Ausweichen auf das Suchtmittel nicht mehr nötig erscheint.

3. Strategien zur Rückfallvermeidung müssen erlernt werden.
4. Die sozialen Umstände sind zu klären und zu regeln.

**Nachsorge:**

Über die Entwöhnungsphase hinaus, ist eine kontinuierliche Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder die ambulante Nachbetreuung durch eine Fachambulanz notwendig. Im Einzelfall kann auch eine längerfristige Einzelpsychotherapie notwendig sein.

Quelle: <http://gin.uibk.ac.at/thema/alkohol/alkoholmedikabhaeng.html>

**Fragen zum Text:**

1. Was versteht man unter Alkoholabhängigkeit?
2. Welche Folgen können bei Alkoholabhängigkeit entstehen?
3. Wie ist der Prozentsatz der Alkoholabhängigen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung?
4. Weshalb wird bei Alkoholabhängigkeit meist erst sehr spät professionelle Hilfe angefordert?
5. In welchen Schritten erfolgt die professionelle Entwöhnung vom Alkohol?

## Textgrundlage VI: Wirkung von Alkohol

A3

### Was ist Alkohol?

Die chemische Bezeichnung des Alkohols lautet Ethanol bzw. Ethylalkohol  $C_2H_5OH$ , umgangssprachlich auch als "Weingeist" oder "Reinalkohol" bekannt. Alkohol entsteht, wenn Zucker von Hefe und/oder Bakterien in  $CO_2$  und Alkohol umgebaut wird.

### Wirkung auf Körper und Psyche

Den meisten Menschen schmeckt Alkohol beim ersten Mal des Trinkens nicht wirklich. Deshalb wird Alkohol auch anfangs wegen seiner Wirkung getrunken und weniger wegen des guten Geschmacks. Alkohol ist eine psychoaktive Droge, deren Hauptwirkung die Funktion des Gehirns beeinflusst.

Die **Wirkung des Alkohols** hängt von der konsumierten Menge, vom Zeitraum, von den Vorerfahrungen mit Alkohol und von den äußeren Umständen ab. In einer ausgelassenen Runde wirkt Alkohol mitunter anders als allein daheim. Mit dem Anstieg des Blutalkohols kippt die euphorisierende Wirkung und beeinträchtigt die normalen Hirnfunktionen. Solche Effekte können Sprachschwierigkeiten (Lallen), Sehstörungen, Verwirrtheit oder Gedächtnislücken sein. Von der Wirkung auf den Gesamtorganismus her gesehen ist Alkohol eigentlich zuallererst ein **schädigendes Zellgift**. Zerstörerische Auswirkungen auf den menschlichen Körper treten mit hoher Wahrscheinlichkeit ab einer durchschnittlichen täglichen Aufnahme von ungefähr 40 Gramm Alkohol auf.

Bei Einnahme größerer Alkoholmengen kommt es zu einem Anstieg der Nebennierenhormone (unter anderem Cortison), so dass Alkohol zwar die Seele beruhigt, aber im Organismus dennoch eine Stressreaktion bewirkt.

Von der **Wirkung auf das Zentralnervensystem** her gesehen ist Alkohol ein Beruhigungsmittel. Eine Theorie besagt, dass Alkohol generell die Nervenleitung hemmt, ohne - wie andere Drogen - auf spezielle Rezeptoren einzuwirken. Alkohol "verflüssigt" demnach die Fette in den Zellmembranen, was die Reizweiterleitung im Nervensystem einschränkt. Alkohol kann so helfen, Angst und Hemmungen zu überwinden, Einsamkeit erträglicher zu machen, Minderwertigkeitsgefühle, Spannungen und Furcht vor einem Versagen zu verringern, Angst zu überdecken und Freude zu verstärken. Eine andere, neuere Theorie geht davon aus, dass es doch Alkoholrezeptoren an den Verbindungsstellen der Nerven gibt, die letztlich für das Ungleichgewicht anderer Nervenbotenstoffe verantwortlich sind. Auf diesen Theorien beruht die Entwicklung mancher neuer Medikamente.

Alkohol wirkt in **zwei Phasen**: In geringen Mengen, etwa 0,2 Liter Bier oder 0,1 Liter Wein, wirkt er anregend, bei höherer Dosierung dämpfend auf das Zentralnervensystem. Diese Beruhigung muss aber nicht dem entsprechen, was der Betreffende stimmungsmäßig bei sich selbst feststellt! Alkohol macht nicht direkt lustig, sondern wirkt erst über den Umweg des Abbaus von Hemmungen stimmungsverbessernd.

### Alkoholabbau

Der Abbau des Alkohols im Körper beginnt schon während des Trinkens. Alkohol aus Bier wird schneller abgebaut als Alkohol aus destillierten Getränken. Die Leber ist fast gänzlich für den Abbau des Alkohols zuständig (90 bis 95 Prozent werden hier abgebaut), der Rest wird unverändert durch die Nieren oder durch die Haut ausgeschieden. Der **Alkoholabbau** erfolgt gleichmäßig mit einem konstanten Wert pro Stunde. Durchschnittlich gilt für Männer ein Abbau von 0,1 Gramm Alkohol und für Frauen 0,085 Gramm Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht.

### Tödliche Dosis

Die **tödliche Dosis** beträgt für Erwachsene 6 bis 8 Gramm Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht. Oft jedoch treten tödliche Alkoholvergiftungen auch schon nach dem Genuss wesentlich geringerer Mengen (2 bis 5 Gramm Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht) auf.

Vor allem Kinder vertragen Alkohol schlecht. Die **tödliche Blutalkoholkonzentration** liegt etwa zwischen **3 und 6 Promille**. Dies entspricht durchschnittlich

- bis 1 Liter Spirituosen à 40 Vol.% oder
- 2 bis 4 Liter Wein oder
- 4 bis 8 Liter Bier

Quelle: <http://www.wecarelife.at/gesundheit-medizin/alkoholismus/was-ist-alkohol/>

#### Fragen zum Text:

1. Was ist Alkohol chemisch betrachtet?
2. Wie wirkt sich der Alkoholkonsum unmittelbar körperlich aus?
3. Wie wirkt Alkohol auf unser Nervensystem?
4. Wie beeinflusst Alkohol die Stimmung?
5. Welches Organ baut das Gift Alkohol im Körper ab und in wie schnell geht das?
6. Ab welcher Dosis wirkt Alkohol tödlich?

## Textgrundlage VII: Alkohol bei Kindern und Jugendlichen

A3



Kinder werden frühzeitig an den Geschmack von Alkohol gewöhnt, denn in Süßigkeiten, Lebensmitteln und auch sogar Medikamenten, die manchmal ausdrücklich für diese Altersgruppe als geeignet bezeichnet werden, ist Alkohol enthalten. Manche Kinder sammeln ihre ersten Erfahrungen mit Alkohol bei Familienfesten - es darf zur Feier des Tages ein halbes Gläschen Sekt getrunken werden. Für Kinder ist das der erste Schritt in die Erwachsenenwelt, denn die Erwachsenen zeigen es den Kindern vor, dass Alkohol zum Erwachsensein gehört. Meistens darf zur Konfirmation **das erste Mal "richtig" getrunken** werden. Die Wirkung des Alkohols bei Kindern unterscheidet sich von der bei Erwachsenen:

- Das kindliche Nervensystem reagiert empfindlicher - bereits ab 0,5 Promille Alkohol im Blut kann ein Kind bewusstlos werden. Bei Verdacht auf Alkoholvergiftung muss sofort ein Arzt aufgesucht werden.
- Je geringer das Körpergewicht des Kindes ist, umso mehr bewirkt die aufgenommene Alkoholmenge einen höheren Blutalkoholgehalt im Körper - sodass bereits kleine Mengen Alkohol tödlich sein können.
- Beim Schulkind liegt der Gefahrenbereich bei 3 Gramm Alkohol je Kilogramm Körpergewicht, während beim Erwachsenen erst die doppelte Menge tödlich ist.
- Bei kleinen Kindern fehlt das typische rauschhafte Anfangsstadium, vielmehr kann das Kind schlagartig in tiefe Betäubung fallen.
- Häufiger Alkoholkonsum beeinträchtigt die seelische und körperliche Entwicklung der Kinder.

Um die Raten bereits regelmäßig Alkohol trinkender Kinder und Jugendlicher zu ermitteln wurden diese im Rahmen einer Studie der Universität Bielefeld aus dem Jahr 1998 gefragt, wie häufig sie Bier, Wein und Spirituosen zu sich nehmen. Regelmäßiger Alkoholkonsum wurde definiert als Konsum alkoholischer Getränke, auch in geringen Mengen, mindestens einmal pro Woche. In der überwiegenden Zahl der Länder spielt ein regelmäßiger Alkoholkonsum unter den 11jährigen noch keine wesentliche Rolle. Bis auf wenige Ausnahmen liegen die Raten unter einem Durchschnitt von 5 %. Besonders gering sind die Raten in Norwegen, Finnland, Deutschland, Lettland und der Schweiz, wo unter den 11jährigen Mädchen ein regelmäßiger Alkoholkonsum praktisch nicht vorkommt. Eine moderate Steigerung der Raten ergibt sich bei den 13jährigen. Die Rangfolge der Länder bleibt dabei nahezu gleich. Lediglich in Deutschland und Dänemark zeigt sich ein überdurchschnittliches Ansteigen.

Unter den 15jährigen ist der Konsum von Alkohol bereits bei einem Großteil der Jugendlichen in allen Ländern üblich. Die Jugendlichen sollten ebenfalls angeben, wie häufig sie in ihrem Leben bereits betrunken gewesen sind. Die Raten der Jugendlichen mit mehrfachen Trunkenheitserfahrungen steigt mit der Altersgruppe steil an, wobei die höchsten Raten im Nordwesten Europas zu finden sind. Die ermittelten Häufigkeiten in Großbritannien sind etwa 10 mal höher als in Schweden, Frankreich, Deutschland, der Schweiz und Norwegen. Bei den 13jährigen beträgt der Unterschied zwischen der höchsten und niedrigsten gefundenen Häufigkeit etwa das 6fache. Unter den 15jährigen schrumpft der Unterschied zwischen den Ländern auf den Faktor 3.

Es ist dabei ein geographisches Muster zu beobachten das anzeigt, dass Jugendliche aus den südeuropäischen Ländern rund um das Mittelmeer recht selten betrunken sind, während Jugendliche aus West- und Mitteleuropa überproportional häufig von Trunkenheit berichten. Mit Ausnahme von Dänemark haben die skandinavischen Länder vergleichbar geringe

Raten. In fast allen Ländern haben Jungen häufiger Erfahrungen mit Trunkenheit als Mädchen, vor allem in den jüngeren Altersgruppen.

Bei den 15jährigen relativiert sich die Differenz zwischen den Geschlechtern. Jugendliche, die häufig Alkohol konsumieren rauchen auch häufiger und umgekehrt. Dies kann als eine generelle Tendenz zum Konsum psychoaktiver Substanzen verstanden werden. Diese wird verstärkt in der Gruppe der Gleichaltrigen: Regelmäßiges Rauchen und Alkoholkonsum kommt häufiger vor, wenn sich die Jugendlichen oft mit Freunden nach der Schule oder am Abend treffen.

Häufiger Alkoholkonsum und Trunkenheit sind bei vielen Jugendlichen verbunden mit Problemen in der Schule. Ein Vergleich zwischen den in 1994 und 1998 durchgeführten repräsentativen HBSC-Surveys zeigt, dass in den meisten westeuropäischen Ländern der regelmäßige Alkoholgebrauch bei den Jugendlichen einen deutlich abnehmenden Trend aufweist, während er in Osteuropa ansteigt. Die Häufigkeit von Trunkenheitserfahrungen dagegen steigt unter den Jugendlichen allgemein an. Lediglich in Deutschland sind hier für Mädchen wie für Jungen leichte Abnahmen festzustellen.

Für die **Europäische Schülerstudie** zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) wurden 2007 die Daten von 12.448 Schülerinnen und Schülern der neunten und zehnten Klasse untersucht. Ergebnis war, dass 66,8 Prozent von ihnen Bier trinken - 2003 waren es erst 56,4 Prozent. Auch der Konsum von Spirituosen, der in diesem Alter noch verboten ist, stieg von 52,6 auf 56,9 Prozent. 19,2 Prozent der Schüler gaben an, dass sie in den letzten 30 Tagen einmal oder mehrmals Spirituosen einkauften.

Wer als Jugendlicher Alkohol in großen Mengen trinkt, dem drohen einer französischen Studie zufolge **dauerhafte Hirnschäden**. Trinken bremst oder blockiert demnach in einigen Bereichen des Gehirns das vollständige Reifen der grauen Zellen, die üblicherweise erst zum Ende der Jugendzeit ganz ausgewachsen sind. Nahe der Stirn zeigten Kernspintomografien Betroffener teilweise bis zu 20 Prozent weniger graue Zellen. Zusätzlich vorgenommene Geschicklichkeitstests zeigten eine Schädigung bestimmter kognitiver Funktionen, etwa beim Planen von Aufgaben oder der Lösung von Problemen.

aus: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/AlkoholKinderJugendliche.shtml>

#### Quellen:

Ohne Autor (2003). Health Behavior in School-Children (HBSC) Ausgewählte Ergebnisse der Studie aus dem Jahr 1998.

WWW: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/projekte/hbscergeb.html> (03-07-20)

Hurrelmann K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). Jugendgesundheitsurvey. Weinheim, München: Juventa Verlag.

[http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2007/01/kua/kua01\\_2007alkohol.html](http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2007/01/kua/kua01_2007alkohol.html) (07-07-07)

#### Fragen zum Text:

1. Wie und ab welchem Alter werden Kinder an Alkohol gewöhnt?
2. Wie wirkt sich der Alkoholkonsum bei Kindern aus?
3. Wie hoch liegt die Rate alkoholtrinkender Kinder im deutschsprachigen Raum im Vergleich zu anderen europäischen Ländern?
4. Womit hängt häufiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen zusammen?
5. Mit welchen Folgen muss ein Jugendlicher rechnen, der Alkohol in großen Mengen trinkt?

## Textgrundlage VIII:

# Alkoholkonsum Jugendlicher – Statistische Daten

A3

## 2006: Diagnose Alkohol: Anzahl junger Patienten weiterhin hoch

Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes Zahl der Woche vom 29.01.2008  
 "Wiesbaden - Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) auf Basis vorläufiger Ergebnisse mitteilt, wurden 2006 insgesamt 19 500 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs ("akute Alkoholintoxikation") stationär im Krankenhaus behandelt. Dies sind 0,4% mehr als im Vorjahr. Die Zahl bleibt somit auf einem hohen Niveau und liegt mehr als doppelt so hoch wie im Jahr 2000 (+ 105%).

Die größte Gruppe bildeten mit 10 500 Patienten (54%) männliche Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 20 Jahren. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 10 und 15 Jahren ging um 4% auf 3 300 zurück. Allerdings wurden im Vergleich zum Jahr 2000 damit immer noch 51% mehr Patientinnen und Patienten dieser Altersgruppe im Krankenhaus behandelt."

## Alkoholkonsum von Jugendlichen und Kindern in Zahlen

Wir kennen inzwischen alle den Begriff "Komasaufen" und die Verbreitung dieser schwachsinnigen Angewohnheit unter Jugendlichen. Zwei Sechstklässler saufen sich in der Schweiz während des Unterrichts mithilfe ihrer wodkagefüllten Trinkflaschen "spitalreif". Die Lehrerin dachte zuerst, die beiden hätten einen Sonnenstich.

### Einige interessante statistische Daten:

*Alle Hervorhebungen vom Lehrerfreund.*

Regelmäßiger Alkoholkonsum finden wir im Bundesschnitt **bei 2,4 % der 11-jährigen Jungen** und bei lediglich 0,6 % der Mädchen dieses Alters. Wie beim Rauchen vollzieht sich zwischen dem 11. und dem 13. Lebensjahr die Initiation des Alkoholkonsums, so dass bei den **13-Jährigen bereits 11,3 % der Jungen und 8,5 % der Mädchen regelmäßig trinken**. Unter den 15-Jährigen finden wir dann bei 37 % der Jungen und bei knapp ¼ der Mädchen regelmäßigen Alkoholkonsum. Die Zahlen sind erschreckend hoch, drücken sie doch den Alkoholkonsum derer aus, die nach dem Jugendschutzgesetz noch keinen Alkohol erwerben dürfen und diesen eigentlich in der Öffentlichkeit auch nicht konsumieren dürfen.

[Landesstelle Berlin für Suchtfragen: Jugendliche und ihr Suchtmittelkonsum – Daten und Fakten aus dem WHO \(2003\)](#)

[Es ...] zeigt sich, dass Bier bei den 11- bis 15jährigen das beliebteste alkoholische Getränk ist. **Etwa 14% der Jungen und 8% der Mädchen trinken regelmäßig Bier**. Der Konsum von alkoholischen Mixgetränken (sog. Alcopops) steht inzwischen an zweiter Stelle mit einer regelmäßigen Konsumhäufigkeit von 11% bei Jungen und 7% bei Mädchen. vs. 5,9%).

[M. Richter, K. Hurrelmann: Jugend und Drogen – Eine Studie zum wachsenden Bedarf an jugendspezifischer Suchtprävention. In: Blickpunkt Der Mann 2/2004, S. 8](#)

## epd: Wann kommen Jugendliche heute in Kontakt mit Alkohol?

Hermann Hägerbäumer: Erste Erfahrungen machen Kinder bereits mit elf oder zwölf Jahren. Bis zum Alter von 14 Jahren trinken viele heimlich Alkohol. Danach schwächt es etwas ab und mit 17, 18 Jahren geht es wieder richtig los bis hin zum eben beschriebenen Komasaufen. Es ist nicht so, dass Jugendliche heute viel früher mit dem Trinken anfangen. Das Einstiegsalter lag immer schon bei etwa zwölf Jahren. Besorgnis erregend ist allerdings, dass die Zahl der Kinder zunimmt, die Alkohol konsumieren. Laut einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die regelmäßig einmal pro Woche 35,7 Gramm reinen Alkohol trinken, bei 18 Prozent**.

[Interview mit dem Geschäftsführer des Blauen Kreuzes, Hermann Hägerbäumer, 23.03.2007 \[Schweiz\] Mehr als 50 Prozent der befragten 13-Jährigen gaben 2007 an, im letzten Monat Alkohol getrunken zu haben.](#)

Und über 28 Prozent der 15-jährigen Knaben waren schon mehr als zweimal im Leben richtig betrunken.

[Blick online 05.06.2007: Schulpräsident Rüegg und die jungen Trinker](#)

**Anteil der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren, die mindestens wöchentlich Alkohol konsumiert haben**

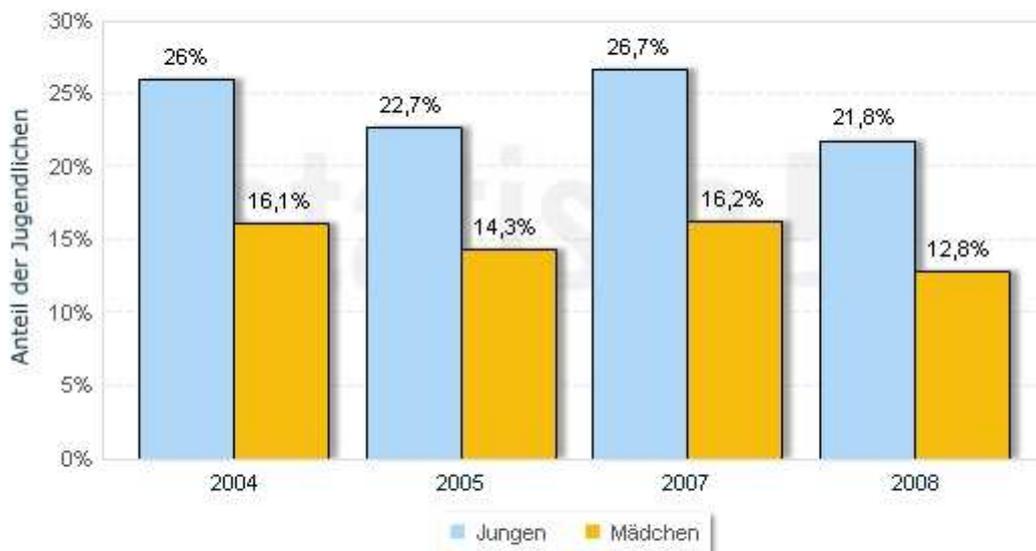
[Deutschland; 12 bis 17 Jahre; BZgA](#)

© Statista 2009

Quelle: BMG

<http://de.statista.com>

### Anteil der Jugendlichen, der mindestens einmal pro Woche Alkohol getrunken hat

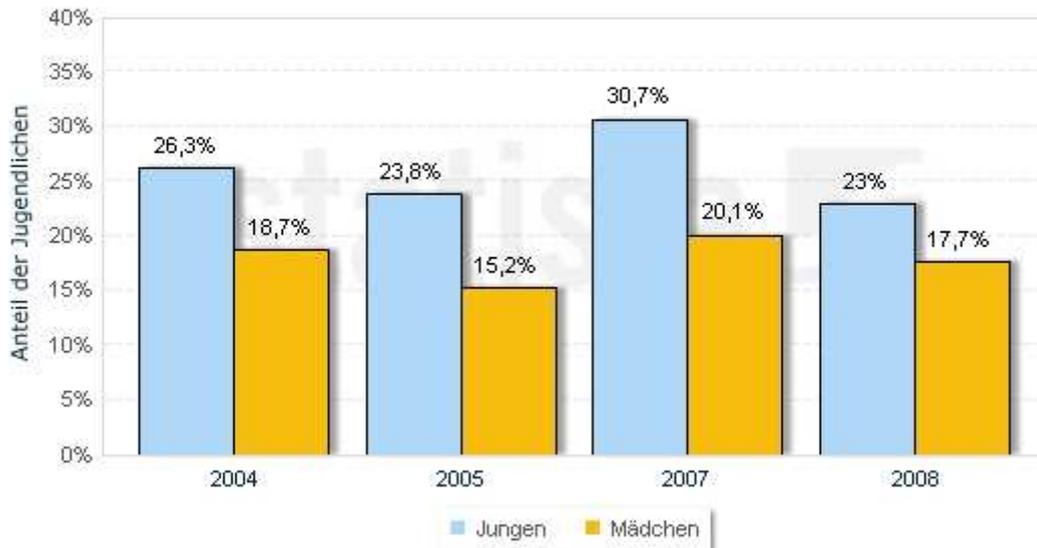


 Deutschland; 12-17 Jahre; Forsa

© Statista.org 2008  
Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

<http://www.sgipt.org/doceval/epidem/stat/AlkoStat.htm>

### Anteil der Jugendlichen, der in den letzten 30 Tagen mindestens einmal "Binge-Trinken" praktiziert hat

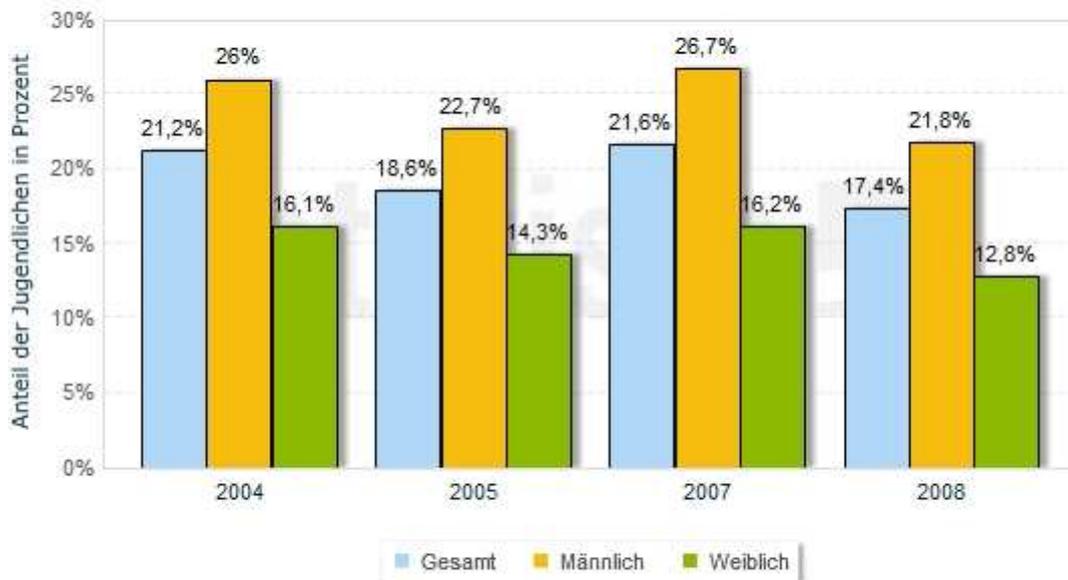


Deutschland; 12-17 Jahre; Forsa

© Statista.org 2008  
Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Binge-Drinking: Saufen bis zum Umfallen

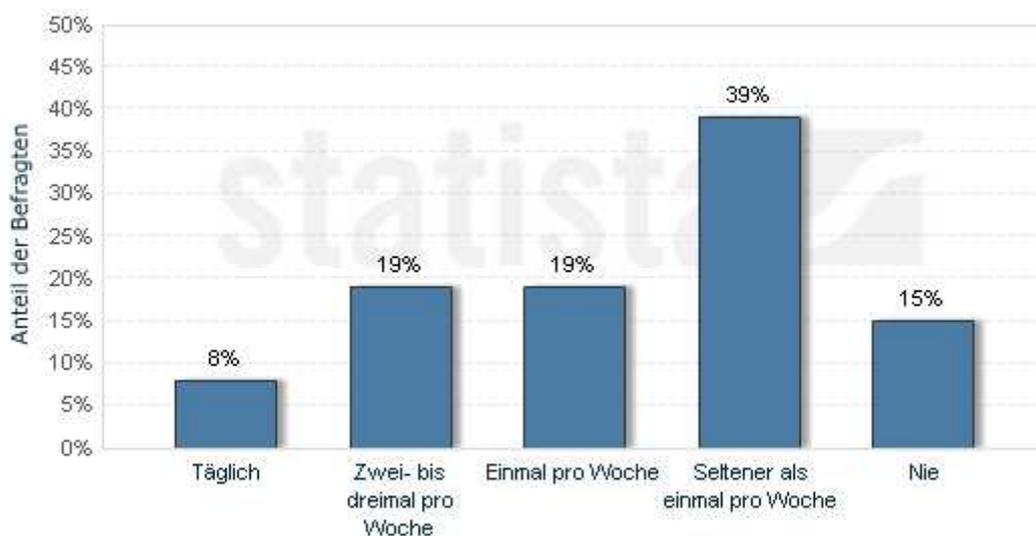
### Anteil der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren, die mindestens wöchentlich Alkohol konsumiert haben



Deutschland; 12 bis 17 Jahre; BZgA

© Statista 2009  
Quelle: BMG

## Wie häufig trinken Sie Alkohol?



**i** Deutschland; ab 14 Jahre; 1.000 Befragte; Forsa

© Statista.org 2008  
Quelle: Stern

Quelle: <http://www.lehrerfreund.de/in/schule/1s/sechstklaessler-saufen-sich-im-unterrichtspitalreif/>

### Fragen zum Text:

1. Wie viele Kinder wurden 2006 in Deutschland wegen Alkoholmissbrauch stationär behandelt?
2. Wie viel Prozent der 11jährigen Jungen und Mädchen konsumieren bereits regelmäßig Alkohol?
3. Wie viel Prozent der 13jährigen Jungen und Mädchen trinken regelmäßig Alkohol?
4. Welches alkoholische Getränk ist bei Jugendlichen am beliebtesten? Was steht am zweiter Stelle?
5. Wie viel Prozent der 14Jährigen trank 2008  
a) täglich      b) zwei- dreimal wöchentlich Alkohol?
6. Wie viele jugendliche Burschen und Mädchen zw. 12 und 17 Jahren tranken 2008 mindestens einmal im Monat exzessive Alkoholmengen? (Mengen bis zum Umfallen)
7. Wie hoch war durchschnittlich der Anteil Jugendlicher zw. 12 und 17 Jahren im Jahr 2007, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumierte?

## Textgrundlage IX: Trinkgewohnheiten/Abhängigkeitsgrade

A4

Man unterscheidet zwischen unterschiedlichen Trinkgewohnheiten und Abhängigkeitsgraden:

- Der **Konflikttrinker** (Alpha-Trinker) benötigt größere Mengen Alkohol nur in Konfliktsituationen (Erleichterungstrinken). Er ist psychisch abhängig.
- Der **Gelegenheitstrinker** (Beta-Trinker) trinkt nur zu bestimmten Anlässen im Übermaß wie auf Festen oder im Urlaub. Gelegenheitstrinker sind nicht alkoholabhängig. Sie sind aber hochgradig gefährdet, alkoholabhängig zu werden. Zu dieser Gruppe gehören deutlich mehr Menschen, als in der Gesellschaft angenommen wird.
- Der **süchtige Trinker** (Gamma-Trinker) kann die Höhe seines Alkoholkonsums nicht mehr steuern. Für kurze Zeit kann er zwar auf Alkohol verzichten, er gewöhnt sich aber an immer höhere Mengen. Damit geht die psychische Abhängigkeit zunehmend in eine körperliche über.
- Der **Gewohnheitstrinker** (Spiegeltrinker, Delta-Trinker) trinkt kontinuierlich und erlebt dabei meist keine Rauschzustände mehr. Er ist körperlich abhängig: Denn fällt sein Blutalkoholspiegel ab, kommt es rasch zu Entzugserscheinungen.
- Der **episodische Trinker** (Quartalsäufer, Epsilon-Trinker) trinkt zu besonderen Gelegenheiten oder Konfliktsituationen. Im Gegensatz zum Beta-Trinker verfällt er dann aber in mehrtägige Trinkexzesse mit einem enormen Alkoholverbrauch. Der Epsilon-Trinker ist psychisch abhängig. Trotzdem kann er wochen- oder sogar monatelang abstinent bleiben.

Quelle:

<http://www.netdokter.de/Gesund-Leben/Alkohol+Drogen/Abhaengigkeit/Alkoholismus-356.html>

### Fragen zum Text:

1. Welche Grade von Alkoholabhängigkeit unterscheidet man?
2. Wie unterscheiden sich die einzelnen Trinkgewohnheiten?

## Textgrundlage X: **Geschlecht und Sucht**

**Prim. Dr. Susanne Lentner, stellvertretende ärztliche Leiterin  
des Anton-Proksch-Instituts**

Rund 1/5 der 1.200.000 alkoholmissbrauchenden Österreicher sowie der in dieser Zahl enthaltenen 330.000 Alkoholiker sind weiblichen Geschlechts. Von 110.000 medikamentenabhängigen Österreichern bilden Frauen mit ca. 60 % den größten Anteil. Lange Zeit wurde das Problem weiblicher Suchtmittelabhängigkeit nicht erkannt, da den Frauen generell eine gesundheitsbewusste und erhaltende Einstellung zugeschrieben wird. Tatsächlich aber weisen Frauen ähnliche selbstbeschädigende Verhaltensmuster auf wie Männer. Sowohl im Alkohol- wie auch im Medikamenten- und Drogenbereich haben sich in den letzten Jahrzehnten typische Verhaltensmuster als Folge der Suchterkrankung, aber auch unter dem Druck gesellschaftlicher Normen etabliert. Mit der Frage, hat Sucht ein Geschlecht, sollen nun jene geschlechtsspezifischen Folgeerscheinungen, u.a. auch als Ausdruck unserer soziokulturellen Gesellschaft, näher beleuchtet werden und unter dem Eindruck der neuesten Basisdaten wird ein breites Spektrum von psychiatrischen, psychologischen und soziologischen Erkenntnissen in Bezug auf die verschiedenen Suchterkrankungen präsentiert. Fehlendes Problembewusstsein unserer Gesellschaft und die sogenannte geübte Toleranz gegenüber Abhängigkeiten, wie auch gewisse Rollenbilder von männlichem und weiblichem Konsum fördern und stabilisieren Suchtsysteme.

Bei der individuellen körperlichen und psychischen Disposition zeigt sich, dass bei der Frau die Organe sensibler auf Alkohol reagieren, durch eine geringere Stoffwechsellkapazität, durch geringere Enzymaktivität und dadurch verminderte Entgiftungsfunktion, woraus eine geringere Verträglichkeit und schwerwiegendere Entzugssymptomatik resultiert, d.h. Frauen zeigen im Vergleich zu Männern bei gleicher Alkoholmenge durchschnittlich höhere Blutalkoholwerte und höhere Alkoholkonzentrationen im Gewebe.

Dafür sind vor allem drei Faktoren verantwortlich:

1. das geringere Gewicht
2. der höhere Körperfettanteil (Alkohol verteilt sich nicht im Fettgewebe)
3. ein hormonell bedingter verlangsamter Alkoholabbau.

Das bewirkt, dass sowohl die Harmlosigkeitsgrenze als auch die Gefährdungsgrenze bei Frauen um 1/3 niedriger angesetzt wird als bei Männern. Bei der legalen Droge Alkohol ergibt sich eine Harmlosigkeitsgrenze beim Mann um 24g, bei der Frau um 16g. Die Gefährdungsgrenze liegt bei 60g beim Mann, bei 40g bei der Frau.

Die grundlegenden physiologischen und lerntheoretischen Bedingungen, unter denen Frauen alkoholabhängig werden, sind zwar im Prinzip die gleichen wie bei den Männern, aber ansonsten unterscheiden sich Frauen sowohl in der Entwicklungsgeschichte, dem Beginn, sowie in den Ursachen und Folgen der Abhängigkeit von den Männern. Frauen haben im Gegensatz zu Männern mehr psychosomatische Beschwerden in ihrer Vorgeschichte, eine spätere Missbrauchsentwicklung, allerdings eine schnellere Suchtentwicklung, einen schlechteren Allgemeinzustand und eine massivere Entzugssymptomatik bei den Aufnahmebefunden.

Neben der Doppelbelastung, die neben dem veränderten Rollenbild eine gravierende Rolle zu spielen scheint, beträgt die Trinkdauer bei Frauen durchschnittlich 6 bis 7 Jahre, bei Männern 12 bis 13 Jahre. Es herrscht bei der Frau mehr ein rauschhafter Trinkkonsum vor, beim Mann mehr spiegelmaßiges Trinken. Es zeigt sich bei der Frau eine geringere Toleranz der Gesellschaft gegenüber Frauen die trinken, während bei den Männern ein gewisses soziales Prestige durch das Trinken gewährleistet wird. Bei den Frauen finden sich mehr polytoxikomane Erscheinungsbilder als bei den Männern.

Um dieses Phänomen zu verstehen, muss man zwischen dem primären Alkoholismus, d.h. Personen, die zuviel Alkohol trinken, davon abhängig werden und in der Folge auch psychische und soziale Probleme bekommen, und dem sekundären Alkoholismus, d.h. Personen, die in Folge von psychischen und/oder sozialen Problemen beginnen Alkohol zu missbrauchen und davon abhängig werden, unterscheiden. Primärer Alkoholismus entsteht in einem alkoholfreundlichen Umfeld, das starken Alkoholkonsum während oder in der Freizeit begünstigt, ein Umfeld, das auch heute noch primär eine Domäne des Mannes darstellt. Sekundärer Alkoholismus entsteht überall dort, wo psychische und soziale Probleme nicht rechtzeitig erkannt oder angemessen behandelt wurden. Letzteres betrifft Frauen und Männer gleichermaßen. Die relativ große Anzahl primärer Alkoholiker unter den Männern erklärt, warum es insgesamt weit mehr männliche Alkoholiker gibt und das relative Übergewicht des sekundären Alkoholismus unter Frauen erklärt, warum die Suchtentwicklung bei Frauen durchschnittlich später erfolgt, rascher vonstatten geht, und aufgrund der vielgestaltigen psychiatrisch, psychologischen und sozialen Problematik sich auch in der Behandlung wesentlich aufwendiger gestaltet.

Der Psychopharmakakonsum ist eine Domäne der Frauen geblieben. Deutlich mehr Frauen als Männer nehmen mit einer gewissen Regelmäßigkeit Psychopharmaka ein. Frauen greifen häufiger gelegentlich zu leichteren Psychopharmaka (Benzodiazepine) oder bekommen sie auch verordnet, während der regelmäßige Konsum von stärkeren Mitteln gegenüber von Männern vermutlich rückläufig ist. Die Einnahme von Beruhigungs- oder Schlafmitteln konnte bei jüngeren Frauen (16 bis 29 Jahre) und älteren Frauen (über 60 Jahre) besonders gehäuft beobachtet werden (Frauen reagieren auf ihre Suchtkrankheit mit Gefühlen der Schuld und der Scham, Männer mit dem Gefühl der Unterlegenheit, Unzulänglichkeit und mit Selbstvorwürfen). Das alte wie auch das veränderte Rollenbild führen zu einem häufigen Rollenkonflikt, der Angst und Stress erzeugt. Die Rauschdrogen (Alkohol und illegale Drogen) sind die Drogen der Männer geblieben. Die Psychopharmaka, die im Gegensatz zu den Männerdrogen keinerlei Genuss und Lust versprechen, bestenfalls Unlust und Schmerz unterdrücken, sind nach wie vor die Drogen der Frauen.

Bei den Risikogruppen für späteres Suchtverhalten zeigt sich folgende Symptomkonstellation: bedroht sind

1. Jugendliche, Frauen und Männer mit einer Broken-Home-Situation
2. doppelt belastete Frauen im Spannungsfeld zwischen Beruf und Familie (beim Mann ergibt sich die Belastung durch die Gefährdung des beruflichen Fortkommens oder seiner sozialen Kompetenz)
3. die alleinstehende, sozial isolierte, ältere Frau (ihr gegenüber der Mann als Frühpensionist oder Langzeitarbeitsloser).

*Quellen:*

*Presseaussendung des Anton-Proksch-Instituts zum 5. Internationalen Suchtkongress "Sucht Risiko - Risiko Sucht" vom 7. - 10. Mai 2001 in Baden*

aus: <http://gin.uibk.ac.at/thema/alkohol/alkoholgeschlecht.html>

### **Fragen zum Text:**

1. Wie hoch ist der Anteil alkoholmissbrauchender Österreicherinnen?
2. Wie unterscheiden sich weibliche Alkoholsymptome von männlichen?
3. Was versteht man unter primären und sekundären Alkoholismus?
4. Wie unterscheiden sich typischen Männerdrogen von typischen Frauendrogen?
5. Was sind die Risikogruppen für späteres Suchtverhalten?

## Textgrundlage XI: Alkoholkonsum und Erkrankungen

A4

1. Rausch und Vergiftung
2. Psychiatrische Begleit- und Folgeerkrankungen
3. Neurologische Folgeerkrankungen
4. Internistische Folgeerkrankungen
5. Alkoholismus und Familie

### Auszug aus dem "Handbuch Alkohol - Österreich 2001" (Uhl A. et al., Wien 2001)

Alkoholkonsum stellt in den meisten Ländern ein Gesundheitsproblem ersten Ranges dar. Unbestreitbar ist dabei, dass viele Erkrankungen unmittelbar auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden können, bzw. dass diese bei Personen mit exzessivem Alkoholkonsum erheblich öfter auftreten als bei Personen mit mäßigem Alkoholkonsum und bei Abstinente(n). Die Frage, ob mäßiger Alkoholkonsum auch eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Menschen haben kann, lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abschließend beurteilen und ist Gegenstand von teilweise recht heftig geführten Kontroversen.

#### 1. Rausch und Vergiftung

Die akute Alkoholwirkung führt zu einem in seiner Intensität dosisabhängigen Rauschzustand. Man kann drei Stadien unterscheiden:

Bei einem Blutspiegel von 0,5-1,2 Promille Alkohol kommt es zur Beeinträchtigung von höheren und komplizierten Hirnfunktionen: Das bedeutet Enthemmung, vermindertes Verantwortungsgefühl, oberflächlicher und verlangsamter Gedankenablauf, Unterschätzung von Gefahren, Überschätzung der eigenen Fähigkeiten etc. Die psychomotorischen Fähigkeiten sind leicht beeinträchtigt. Äußere Zeichen einer Berausung fehlen weitgehend.

Bei einem Blutspiegel von 1,3 bis 3 Promille Alkohol wird die Berausung auch äußerlich deutlich sichtbar. Die Bewegungen werden unpräzise und unkoordiniert, die Reaktionsfähigkeit wird herabgesetzt, die Aufmerksamkeit sinkt ab, das Tiefensehen und die Weite des Gesichtsfeldes werden eingeschränkt, Doppelsehen tritt auf, triebhaft gesteuertes Verhalten tritt in den Vordergrund.

Steigt der Blutspiegel auf über 3 Promille Alkohol an, kommt es allmählich zur Lähmung des Nervensystems. Die geistigen Fähigkeiten erlöschen und es tritt schwerer, tiefer Schlaf ein. Ein Anstieg des Blutalkoholgehalts auf über 4 Promille kann den Tod zur Folge haben.

Die akute Alkoholvergiftung führt zu tiefer Bewusstlosigkeit. Der Vergiftete ist weder ansprechbar noch erweckbar. Seine Haut fühlt sich kalt und feucht an, die Körpertemperatur sinkt ab, die Atmung wird langsam und geräuschvoll, der Pulsschlag ist beschleunigt, die Pupillen können erweitert sein.

#### 2. Psychiatrische Begleit- und Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus

##### 2.1 Alkoholdelir, Delirium Tremens

Dieses Zustandsbild kann bei lang dauerndem, chronischem Alkoholismus reaktiv bei jeder Veränderung des Trinkstils eintreten. Allerdings werden nur etwa 15% der Alkoholiker von ihm befallen. Meist ist es Teil eines Entzugssyndroms. Es kündigt sich durch ein Prädelir an. Dieses Zustandsbild ist gekennzeichnet durch unruhige Träume und Schlafstörungen, vegetative Erscheinungen vor allem im Sinne von Schwitzen und Zittern. Das Prädelir geht, wenn es nicht behandelt wird, in das Delir über. Dieses wieder umfasst Symptome aller

Anteile des Nervensystems. Das Bewusstsein ist gestört, es besteht Desorientiertheit hinsichtlich der Zeit, des Raumes und der Situation, nicht aber hinsichtlich der Person. Die Patienten sind unruhig, stets beschäftigt. Wahrnehmungsstörungen äußern sich vor allem in optischen Halluzinationen. Es werden kleine bewegte Objekte halluziniert (Weiße-Mäuse-Sehen). Die Stimmung ist oft angehoben, häufig aber auch ängstlich getönt. Es besteht ein grobschlägiges Zittern (Tremor - daher Delirium tremens). Die vegetative Erregung kann beträchtliche Ausmaße annehmen, es besteht Schwitzen, Herzjagen, Fieber. Ein unbehandeltes Delirium dauert 4-10 Tage. Das Zustandsbild ist schwer. Unbehandelte Delirien führen in 15-30% der Fälle zum Tod, wobei ältere Personen und Patienten, die unter wiederholten deliranten Zustandsbildern leiden, eine ungünstigere Prognose haben. Heute ist das Delir unter Einsatz der modernen medizinischen Mittel recht gut beherrschbar.

## 2.2 Alkoholhalluzinose

Diese tritt ebenfalls bei chronischem Alkoholismus jedoch relativ selten auf. Bei dieser Erkrankung überwiegen die Wahrnehmungsstörungen. Diese sind meistens akustischer ("Stimmen-Hören"), bisweilen aber auch optischer Natur. Das Bewusstsein bleibt klar. Die Stimmungslage ist sehr ängstlich und gespannt. Die Trugwahrnehmungen werden meistens als beschimpfend und bedrohlich erlebt, sie lösen Verfolgungsideen aus. Die Patienten sind daher sehr unruhig, zeigen Fluchttendenzen und lassen eine Neigung zu gewalttätigen Durchbrüchen erkennen. Es besteht kein Tremor. Vegetative Erscheinungen sind wesentlich schwächer ausgeprägt als im Falle des Delirium Tremens. Die Halluzinose verläuft akut, dauert aber Wochen bis Monate an. Wenn sie länger als ein halbes Jahr anhält, spricht man von einer chronischen Halluzinose. Überwiegen im Rahmen des halluzinatorischen Zustandsbildes die Verfolgungsideen, kann man auch von einer "Alkoholparanoia" sprechen.

## 2.3 Eifersuchtswahn

Chronische Alkoholiker reagieren häufig mit massiver Eifersucht, die sich bis zur wahnhaften Ausprägung steigern kann. Eifersuchtsideen können auch innerhalb eines Delirium Tremens auftreten. Oft besteht jedoch der Eifersuchtswahn unabhängig von einer Grundpsychose und bleibt auch in abstinenten Phasen erhalten.

## 2.4 Alkoholische Wesensänderung, Psychoorganisches Syndrom

An Wesens- und Leistungsveränderungen bei chronischen Alkoholikern werden beschrieben: Störungen des Altgedächtnisses und der Merkfähigkeit, Herabsetzung der Aufmerksamkeit, gesteigerte Ermüdbarkeit, Abnahme der Urteils- und Kritikfähigkeit, gesenkte Konzentrationsleistung, gesteigerte Beeinflussbarkeit, Verlust von Interessen, Unzuverlässigkeit, Affektlabilität, Stimmungsschwankungen. Viele, wenn nicht die meisten, dieser Symptome sind reversibel. Sie verschwinden, wenn der Alkoholgebrauch beendet wird.

Andererseits entstehen diese Defizite oftmals auf der Grundlage einer zunehmenden alkoholbedingten organischen Schädigung des Gehirns. In diesen Fällen zeigt die Wesens- und Leistungsänderung einen progredienten Verlauf und endet in einer alkoholischen Demenz, die dann auch unter Abstinenzbedingungen nur mehr bedingt rückbildungsfähig ist.

## 2.5 Selbstmordrisiko

Rund 5% der erwachsenen Österreicher sind chronische Alkoholiker (Prävalenz) und dass rund 10% der Bevölkerung im Laufe des Lebens an Alkoholismus erkranken (Gesamtlebenszeitprävalenz). Der Anteil der 15-54-Jährigen, die als "problematische Opiatkonsumenten" gelten, macht im Vergleich dazu bloß 0,4% aus, und man kann gegenwärtig davon ausgehen, dass der Anteil der Personen, die - gleich bleibende Bedingungen vorausgesetzt - im Laufe ihres Lebens von illegalen Drogen abhängig werden (Gesamtlebenszeitprävalenz) um 1% liegt. Dafür, dass problematischer Alkoholkonsum rund 10-mal so häufig ist wie problematischer Drogenkonsum, spricht auch der Umstand, dass

Rettungseinsätze aufgrund von Alkoholeinfluss in Wien im Jahre 1999 rund 10-mal so häufig waren als Einsätze aufgrund von Drogeneinwirkungen.

In einer großangelegten Metaanalyse basierend auf 249 Studien über Selbstmord in Risikopopulationen, von denen sich 32 auf die Suizidrate bei Alkoholismus bezogen, errechneten Harris & Barraclough (1997), dass die Selbstmordwahrscheinlichkeit unter Alkoholikern im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung um das 6-fache erhöht ist. Die Selbstmordrate in der österreichischen Gesamtbevölkerung beläuft sich aktuell auf 2,0%. Geht man davon aus, dass die von Harris & Barraclough ausgewiesene Selbstmordrate unter Alkoholikern zutrifft, so bedeutet das, dass rund 12% der Alkoholiker durch Selbstmord enden. Geht man ferner von einer Alkoholismus-Gesamtlebenszeitprävalenz von 10% aus, woraus sich zwangsläufig ergibt, dass 10% der Todesfälle Alkoholiker sind, so ergibt sich, dass die Selbstmordrate unter Nichtalkoholikern  $0,9\% [(2\% - 12\% \cdot 10\%) : 90\% = 0,9\%]$  beträgt. Das bedeutet, dass sich unter 1.000 gestorbenen Alkoholikern durchschnittlich rund 120 Selbstmörder finden, während von 1.000 gestorbenen Nichtalkoholikern durchschnittlich nur geschätzte 9 Personen Selbstmord verübt haben, oder anders ausgedrückt, dass die Selbstmordrate bei Alkoholikern um das 13-fache höher ist als bei Nichtalkoholikern.

Der Anteil der Alkoholiker unter Selbstmördern wurde von Roy (1995) aufbauend auf 5 Studien aus den USA, Großbritannien, Schweden und Australien auf 20% geschätzt. Diese Schätzung baut darauf auf, dass in den erwähnten Studien zwischen 17% und 27% der Selbstmörder zuvor mit der Primärdiagnose "Alkoholismus" diagnostiziert worden waren. Bedenkt man, dass "Alkoholismus" oft bloß als Sekundärdiagnose neben anderen gravierenden Gesundheitsproblemen aufscheint [Bei einer medizinischen Behandlung kann grundsätzlich nur eine Primärdiagnose, aber eine unbegrenzte Anzahl von Sekundärdiagnosen gestellt werden] oder gar nicht diagnostiziert wird, so wird eine deutlich höhere Alkoholikerrate unter Selbstmördern sehr plausibel.

Sonneck (2000) schätzt die Zahl der Substanzabhängigen ("Alkohol-, Medikamenten- und/oder Drogenabhängige") unter den Selbstmördern mit rund einem Drittel, wobei man anmerken muss, dass in Österreich der überwiegende Teil der Substanzabhängigen ausschließlich oder unter anderem von Alkohol abhängig ist.

Hall (1999) fand bei Personen nach Selbstmordversuchen in der Intensivstation bei 68% der Fälle Hinweise auf Substanzmissbrauch, und wenn man die von uns zuvor errechneten Selbstmordraten unter Alkoholikern und Nichtalkoholikern auf die Zahl der Selbstmorde in Österreich projiziert, so ergibt sich für das Jahr 1998, dass unter den cirka 1.600 in der Todesursachenstatistik ausgewiesenen Selbstmördern rund 955  $[(1600 \times 10\% \times 12\%) : (10\% \times 12\% + 90\% \times 0,9\%) = 955]$  an Alkoholismus erkrankt waren, während nur zirka 645 Nichtalkoholiker Selbstmord verübt haben. Sollten diese Schätzungen zutreffen, wären gar 60% der Selbstmörder durch ein Alkoholismusproblem charakterisiert.

Angesichts großer Mess- und Schätzprobleme in Zusammenhang mit Selbstmord und Alkoholismus kann man den Anteil der Alkoholiker unter Selbstmördern ganz grob zwischen 1/3 und 2/3 ansetzen.

Rund 955 Alkoholiker, die pro Jahr durch Selbstmord sterben, stehen laut offizieller Drogenopferstatistik einer Anzahl von 11 Selbstmorden unter den Drogenopfern gegenüber (Durchschnittswert von 1989-1998). Diese Zahl umfasst jedoch nur die "offenen" und nicht die "verdeckten" Selbstmorde und ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine ziemliche Unterschätzung. Aber selbst wenn man annimmt, dass eine deutlich höherer Anzahl der durchschnittlich 175 Drogentoten (Durchschnittswert von 1989-1998) durch Selbstmord gestorben ist, so ist das Übergewicht der Selbstmorde in Zusammenhang mit Alkohol doch beachtlich.

Um Fehlinterpretationen vorzubeugen, muss hier allerdings auch betont werden, dass man Selbstmorde bei Süchtigen natürlich nicht gänzlich auf das Konto der Suchtproblematik verbuchen darf. Man muss einerseits bedenken, dass ja auch Nicht-Abhängige Selbstmorde

begehen, und dass andererseits viele Personen, die infolge medizinischer, psychischer und/oder sozialer Probleme besonders suchtfgefährdet sind, bereits vor Beginn ihrer Suchtproblematik ein stark erhöhtes Selbstmordrisiko aufwiesen. Darüber, wie viele der rund 955 Alkoholkranken, die jährlich durch Selbstmord sterben, auch dann durch Selbstmord enden würden, wenn man ihnen jeglichen Alkohol kategorisch vorenthielte, kann man nur spekulieren.

### **3. Neurologische Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus**

#### **3.1 Hirnatrophie**

Als Hirnatrophie bezeichnet man eine Erweiterung der Hirnräume infolge eines Verlusts an Nervenzellstrukturen.

#### **3.2 Wernicke-Korsakow-Syndrom**

Diese Erkrankung setzt sich zusammen aus Störungen des peripheren Nervensystems im Sinne einer Polyneuritis der Beine (Schmerzen, Gefühllosigkeit, schlaffe Lähmung) und der Korsakow'schen Psychose, die aus einem Verlust des Altgedächtnisses bei gleichzeitiger Unfähigkeit, sich neue Inhalte zu merken, Konfabulationsneigungen, einer Verschlechterung des Auffassungsvermögens und einer Verminderung der Initiative und Spontaneität besteht. Die Psychose ist Ausdruck der somatischen Störung des Gehirns.

#### **3.3 Alkoholische Kleinhirnatrophie**

Infolge übermäßigen Alkoholkonsums kommt es zur Schrumpfung des Kleinhirns, zu einem Verlust an Zellsubstanz.

#### **3.4 Alkoholische Polyneuropathie**

Sie ist die häufigste neurologische Folgeerkrankung des chronischen Alkoholismus und erfasst etwa 20% der Alkoholkranken. Es kommt dabei zu schmerzhaften Lähmungen der Beine.

#### **3.5 Alkoholepilepsie**

In unterschiedlicher Häufigkeit leiden Alkoholiker unter epileptischen Anfällen, die zumeist als große Anfälle (Bewusstlosigkeit, zu Boden stürzen, Zungenbiss, Harnabgang) verlaufen. Von einer echten Alkoholepilepsie sollte man nur dann sprechen, wenn die Anfälle eindeutig als Abstinenzerscheinungen auftreten oder wenn sie im Rahmen eines langjährigen chronischen Alkoholismus bei solchen Personen in Erscheinung treten, die vorher keine Anfallsbereitschaft zeigten und bei denen auch keine anderen Hirnschädigungen bestehen. Diese Gruppe macht ungefähr ein Viertel all jener Alkoholiker aus, die irgendwann einmal unter Anfällen zu leiden haben.

## **4. Internistische Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus**

Alkohol führt zu einer Vielzahl von körperlichen Schädigungen. Er ist sicherlich neben dem Nikotin das bedeutendste gesundheitspolitische Problem. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Alkoholikern ist um viele Jahre verkürzt: Schätzungen der verringerten Lebenserwartung von Alkoholikern reichen von 10-12 Jahren (Leu, 1981) über 24 Jahre (Lesch et al., 1986) bis zu 28 Jahren (Single et al., 1996).

### **4.1 Lebererkrankungen**

Der Alkohol übt eine direkte Giftwirkung auf die Leber aus. Die Schäden, die entstehen können, manifestieren sich zuerst als Fettleber und als Alkoholhepatitis. Bei fortgesetztem Konsum kommt es zur Leberzirrhose (Leberschrumpfung). Ein deutlich erhöhtes Zirrhoserisiko tritt bei Männern ab 60 Gramm Alkohol und bei Frauen ab 40 Gramm Alkohol pro Tag auf (20 Gramm Alkohol sind in 1/4 Liter Wein oder 1/2 Liter Bier enthalten. Man nimmt an, dass chronischer Konsum von mehr als 160 Gramm Alkohol pro Tag mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Zirrhose führt. Dementsprechend ist diese schwerste Lebererkrankung unter Alkoholikern auch recht häufig. 10-20% aller Alkoholkranken sind von ihr betroffen. 30-50% aller zirrhotischen Erkrankungen sind auf Alkoholismus zurückzuführen. Man kann sogar die Häufigkeit des Alkoholismus in einer Gesellschaft aus der Leberzirrhosesterblichkeitsrate schätzen.

### **4.2 Erkrankungen anderer Organe des Bauch- und Verdauungstraktes**

Neben der Leber werden auch andere Organe des Bauch- und Verdauungstraktes beeinträchtigt: die Bauchspeicheldrüse, die Mundhöhle, die Schleimhaut der Speiseröhre, der Magen und der Dünndarm.

### **4.3 Herzerkrankungen**

Das Herz kann im Sinne einer Herzmuskelerkrankung beeinträchtigt werden, die auf eine direkte Giftwirkung des Alkohols zurückzuführen ist. Es kommt zu einer Herzmuskelerweiterung, verbunden mit Herzschwäche. An Beschwerden bestehen dann Müdigkeit, Atemnot bei Belastung, Herzschmerzen, Herzrhythmusstörungen.

### **4.4 Alkohol und Sexualität**

Obwohl die Meinung verbreitet ist, dass Alkohol eine Droge ist, die "aphrodisisch" wirkt, ist genau das Gegenteil der Fall. Eine gewisse Erleichterung der Kontaktaufnahme zwischen den Geschlechtern ist auf die enthemmende und kontrollreduzierende Wirkung des Alkohols, noch mehr aber vielleicht auf Erwartungshaltungen der Konsumenten zurückzuführen. Die Sexualfunktion hingegen wird auf jeden Fall ab einem gewissen Blutalkoholspiegel beeinträchtigt. Beim Mann kann die Erektion abgeschwächt und die Ejakulation verzögert werden. Bei chronischem Alkoholismus wird zwar das sexuelle Verlangen nicht herabgesetzt, wohl aber die Sexualfunktion schwer beeinträchtigt, wozu auch alkoholbedingte Störungen des Haushalts der Geschlechtshormone beitragen. Auch der Geschlechtszyklus alkoholkranker Frauen wird schwer gestört, die hormonelle Kybernetik bricht zusammen, der Eisprung bleibt aus, Unregelmäßigkeiten der Menstruation bis hin zum Ausbleiben der Regel sind die Folge.

#### **4.5 Alkoholische Embryopathie**

Früher glaubte man, dass alkoholranke Väter einen kranken Nachwuchs produzieren. Allerdings konnte man lange Zeit in vielen Untersuchungen keinen teratogenen (Missbildungen hervorrufenden) oder mutagenen (erbgutverändernden) Einfluss des Alkohols bei der Nachfolgeneration feststellen.

In vielen Untersuchungen wurde aber festgestellt, dass Alkohol die Plazentarschranke überwinden kann und dass die Kinder alkoholkranker Mütter, die während der Schwangerschaft Alkohol trinken, zu einem gewissen Prozentsatz (25-45%) ein Zustandsbild erkennen lassen, das als "Alkoholembryopathie bezeichnet wird. Dieses besteht aus Defekten/Missbildungen im Schädel- und Gesichtsbereich, im Herz-Kreislaufsystem und an den Gliedmaßen, verbunden mit vorgeburtlich einsetzenden Wachstumsstörungen und Entwicklungsverzögerungen.

Die Alkoholembryopathie gilt als die dritthäufigste angeborene Entwicklungsstörung. Über 40% der alkoholabhängigen Frauen geben auch während einer Schwangerschaft das Trinken nicht auf. Ein Drittel dieser Frauen hatte überdies schon Früh-, Tot- oder Fehlgeburten, bevor sie noch ein geschädigtes Kind zur Welt brachten.

#### **5. Alkoholismus und Familie**

In der Familie übernehmen Alkoholranke in zunehmendem Ausmaß keine verantwortlichen Funktionen mehr. Sie werden als Partner oder in ihrer Elternfunktion nicht mehr akzeptiert. In vielen Fällen kommt es zu einer Rollenumkehr. Die Frau des Alkoholikers wird zum "Herrn im Haus", ein minderjähriges Kind muss die Familie versorgen, etc. Die Familienmitglieder sind gezwungen, sich an die Krisen, die das Zusammenleben mit einem alkoholkranken Angehörigen bewirkt, anzupassen. Dabei entwickeln sie verschiedene Strategien, die von der Verleugnung des Problems und dem Ko-Alkoholismus (unterschwelliges Gewähren und Fördern des krankhaften Trinkverhaltens über Beeinflussungsversuche bis zum Ausschluss des kranken Angehörigen reichen). Oftmals entwickeln sich diese Strategien prozesshaft.

##### *Quellen:*

Springer, A. (2000): *Drogen und Drogenmissbrauch, Lehrerinformation zur Gesundheitsförderung, 2. aktualisierte und ergänzte Auflage. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Wien*  
 Uhl, A.; Koberna, U. (2001): *Alkoholkonsum und Alkoholismus in Österreich. in: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz. Orac, Wien*

##### *Zitierte Literatur:*

Hall, R.C.W. (1999): *Suicide Risk Assessment: A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients who Made Severe Suicide Attempts - Evaluation of Suicide Risk in a Time of Managed Care. Psychosomatics, 40, 1*  
 Harris, E.C.; Barraclough, B. (1997): *Suicide as an outcome for mental disorders. British Journal of Psychiatry, 170, 205-228*  
 Lesch, O.M.; Lesch E.; Diezel M.; Mader, R.; Musalek, M.; Walter, H.; Zeiler, K. (1986): *Chronischer Alkoholismus - Alkoholfolgekrankheiten - Todesursachen. Wiener Medizinische Wochenschrift, 19, 20, 505-515*  
 Leu, R. (1981): *Kosten und Nutzen des Alkoholkonsums aus volkswirtschaftlicher Sicht. Drogalkohol, 5, 2, 3-10*  
 Roy, A. (1995): *Psychiatric Emergencies. in: Kaplan, H.I.; Sadock B.J. (eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed.. William and Wilkins, Baltimore*  
 Single, E.; Collins, D.; Easton, B.; Harwood, H.; Lapsley, H.; Maynard, A. (1996): *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa*  
 Sonneck, G. (Hrsg.) (2000): *Suizidprävention in Österreich. Kriseninterventionszentrum Wien, Wien*

aus: <http://gin.uibk.ac.at/thema/alkohol/alkoholkonsum.html>

#### **Arbeitsauftrag:**

Such die dir unbekanntten Begriffe in einem Lexikon oder Wörterbuch.

Exzerpiere den Text abschnittsweise!