



Alltagsdroge Alkohol: Konsum, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

Herausforderungen in der Ernährungsberatung

Jannes Hecht

Unter allen Suchtmitteln ist Alkohol das in unserem Kulturkreis mit Abstand am weitesten verbreitete. Für die Ernährungsberatung stellen der schädliche Gebrauch und die Abhängigkeit von Alkohol auch deshalb eine besondere Herausforderung dar, weil der Konsum in der Regel eng mit der Ernährung verknüpft ist. Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater¹ übernehmen dabei unterschiedliche Aufgaben: Sie können Beiträge zur Prävention von Alkoholfolgeerkrankungen leisten und wertvolle Hinweise zur Diagnostik solcher Störungen liefern. Bei Abhängigen begleiten sie häufig gemeinsam mit anderen Berufsgruppen den schwierigen, von unterschiedlichen Phasen der Veränderungsmotivation geprägten Krankheitsweg. Zuletzt übernehmen sie in der Beratung von abstinent lebenden Alkoholikern einen wichtigen Beitrag zur Rückfallprävention.

Alkoholkonsum in Deutschland: von risikoarm bis abhängig

Im Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 wurde eine Stichprobe von knapp 9 000 Männern und Frauen zwischen 18 und 64 Jahren zu ihrem Trinkverhalten während der letzten 30 Tage befragt [1]. 72 % der Befragten tranken in diesem Zeitraum mindestens einmal Alkohol. 16 % gaben an, mindestens einen Rausch (mehr als 5 Gläser Alkohol an einem Tag) gehabt zu haben. Bei 17 % der befragten Männer und 13 % der befragten Frauen muss von einem riskanten Alkoholkonsum ausgegangen werden (♦ Abbildung 1).

Risikoarmer Konsum

Grundsätzlich kann von jedem Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko für die körperliche und psychische Gesundheit ausgehen. Das individuelle Risiko ist immer bedingt durch das Zusammenspiel genetischer Faktoren und persönlicher Lernerfahrungen im Umgang mit Alkohol. Publierte Grenzwerte für risikoarmen Alkoholkonsum gelten somit immer für ansonsten gesunde Erwachsene. Der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen [2] nach ist ein durchschnittlicher Konsum von bis zu 24 g Reinalkohol pro Tag bei Männern (entspricht 0,6 L Bier oder 0,3 L Wein) bzw. 12 g Reinalkohol bei Frauen (0,3 L Bier oder 0,15 L Wein) als risikoarm einzuschätzen (♦ Kasten 1).

Riskanter Konsum, schädlicher Gebrauch und Folgeerkrankungen

Der **schädliche Gebrauch** eines Suchtmittels ist den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) nach dann zu diagnostizieren, wenn das Konsummuster zu einer Gesundheitsschädigung führt,

Lernziele

Nach der Bearbeitung dieses Beitrags sollen die Leser/-innen ...

- ▶ wissen, dass ein für gesunde Menschen risikoarmer, gelegentlicher Alkoholkonsum für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Ernährungsberatung, z. B. mit Leber-, Pankreas- oder Stoffwechselerkrankungen, bereits der Gesundheit abträglich sein kann.
- ▶ wissen, dass Folgeerkrankungen des Alkoholkonsums häufig nicht im Zusammenhang mit Alkoholkonsum diagnostiziert und behandelt werden, da viele Patienten ihren Alkoholkonsum verschweigen oder auf Nachfragen ausweichend und verharmlosend antworten.
- ▶ erkennen, dass Sucht eine chronische Erkrankung und nicht mehr oder weniger schuldhaft als eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen ist, denen ebenfalls ein bewusstes oder unbewusstes Risikoverhalten vorausging.
- ▶ darüber informiert sein, dass die Frage nach dem aktuellen Alkoholkonsum in jede Anamnese einer Ernährungsberatung gehört und wissen, welche Befunde Hinweise auf riskanten oder schädlichen Konsum geben können.
- ▶ die Veränderungsphasen der Motivation kennen und ihre Beratung von alkoholabhängigen Patienten entsprechend ausrichten können.
- ▶ sich bewusst sein, dass zunächst die Suchterkrankung behandelt werden muss, bevor eine Ernährungsberatung zur Verhinderung von Folgeerkrankungen Aussicht auf Erfolg hat.

Kasten 1: Empfehlungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) für risikoarmen Alkoholkonsum 2010 [2]

- Männer bis zu 24 g Alkohol pro Tag, Frauen bis zu 12 g Alkohol pro Tag
- 2 alkoholfreie Tage pro Woche
- Vermeidung von Alkohol am Arbeitsplatz, bei Bedienung von Maschinen, im Straßenverkehr, beim Sport, in der Schwangerschaft und Stillzeit
- Abstinenz nach Behandlung einer Alkoholabhängigkeit
- weitgehende Meidung bei Jugendlichen
- Vermeidung von Rauschtrinken

die Kriterien für eine Substanzabhängigkeit aber noch nicht erfüllt sind. Liegt noch keine Gesundheitsschädigung vor, obwohl die Empfehlungsgrenzen für einen risikoarmen Konsum überschritten werden, spricht man von einem **riskanten Konsum**.

Die möglichen Gesundheitsschädigungen durch Alkohol sind vielfältig, da Alkohol nahezu jedes Organ angreifen und schädigen kann². Die Folgeerkrankungen werden dabei allerdings häufig nicht vor dem

Hintergrund eines schädlichen Alkoholkonsums diagnostiziert und behandelt, da viele Patienten zwar aufgrund der Folgeerkrankung medizinische Versorgung erhal-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nachfolgend lediglich die männliche Form benutzt. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

²  Beitrag „Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit in Deutschland“ von PIONTEK und GOMES DE MATOS in ERNÄHRUNGS UMSCHAU 4/2018 ab S. M214 [4]

Alkoholkonsum in Deutschland während der letzten 30 Tage
(2015) N = 8905

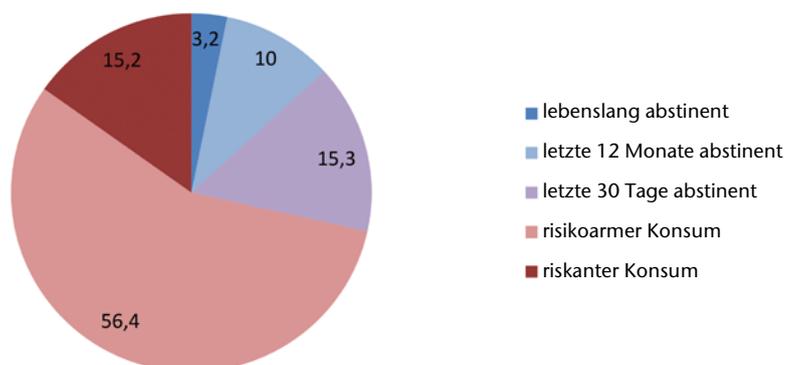


Abb. 1: Alkoholkonsum in Deutschland: risikoarmer und riskanter Konsum [1]

ten, ihren Alkoholkonsum jedoch verschweigen oder auf Nachfragen ausweichend und verharmlosend antworten. Vor diesem Hintergrund sind zuverlässige Daten zur Prävalenz des schädlichen Konsums und zur Häufigkeit alkoholbedingter Fol-

gestörungen im Vorfeld einer endgültigen Abhängigkeit nur schwer zu erheben. Zahlen zur Häufigkeit von Folgeerkrankungen beziehen sich meistens auf Stichproben von Patienten, die im Rahmen der suchtmmedizinischen Versorgung behan-

delt wurden und bei denen bereits eine Alkoholabhängigkeit vorliegt. Hinsichtlich der möglichen Auswirkungen eines schädlichen Alkoholgebrauchs auf das gastrointestinale System und den Stoffwechsel sei auf andere Publikationen verwiesen [5].

Analyse des Alkoholkonsums im Rahmen der Ernährungsberatung

In der Ernährungsberatung können somit Folge- und Begleiterkrankungen von schädlichem Alkoholkonsum Gegenstand der Beratung sein, wobei der Alkoholkonsum als auslösender oder aufrechterhaltender Einflussfaktor bekannt sein kann oder nicht. Hinweise auf einen schädlichen Konsum können sich aus unterschiedlichen Quellen ergeben:

- Vorbefunde
- Exploration
- Fragebögen
- Laborwerte
- Angaben von Angehörigen

→ Hinweis für die Ernährungsberatung:

In der Ernährungsberatung ist zu berücksichtigen, dass Patienten in der Regel aufgrund bereits bestehender gesundheitlicher Probleme in der Beratung sind und Alkoholkonsum hier zu einer Verschlechterung führen kann. Hierzu zählen u. a. gastroösophageale Refluxerkrankungen, Dickdarpolypen und -karzinome, Colitis ulcerosa, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, nicht alkoholische Lebererkrankungen sowie Stoffwechselerkrankungen, wie Diabetes mellitus, Gicht und Porphyrie. Hierbei kann die Reduktion des Alkoholkonsums ein Ziel der Ernährungsberatung sein.

Positive Wirkungen eines risikoarmen Alkoholkonsums werden in Zusammenhang mit Einflüssen auf den Fettstoffwechsel diskutiert. Da bei Alkoholkonsum der Wert des HDL-Cholesterins im Blut ansteigt, wird Alkohol in niedriger Dosierung eine gefäßprotektive Wirkung zugeschrieben [3]. Die kausale Schlussfolgerung, dass Alkoholkonsum das Risiko von Gefäßerkrankungen reduziert, muss jedoch kritisch hinterfragt werden. So ist davon auszugehen, dass in der Population der risikoarm Alkohol Konsumierenden überproportional viele primär gesunde Menschen sind, während in der Vergleichsgruppe der Nichtkonsumenten möglicherweise gesundheitliche Beeinträchtigungen oder abstinent lebende Abhängige der Grund für den Alkoholverzicht sind. Darüber hinaus übersteigen die negativen gesundheitlichen Wirkungen der toxischen Stoffwechselprodukte des Alkohols (u. a. Acetaldehyd) schon bei einmaligem hohem Konsum die vermuteten protektiven Wirkungen [4].

Vorbefunde

Kommt ein Patient mit einer alkoholbedingten Folgeerkrankung und der Zusatzdiagnose schädlicher Alkoholkonsum (ICD-10: F10.1) in die Beratung, ist die Alkoholabstrenzung ein Teil der diätetischen Empfehlung. Sofern die Vordiagnose zutreffend ist (in dem Sinne, dass noch keine Abhängigkeit vorliegt), sollte der Patient in der Lage sein, im Rahmen der Behandlung seiner Folgeerkrankung auf Alkohol zu verzichten. Langfristig sollte ein gelegentlicher Konsum der risikoarmen Mengen nicht überschritten werden. Die Ernährungsfachkraft kann wichtige Beiträge zur Motivierung leisten, eine geeignete Methode zur Gesprächsführung kann hierbei das Konzept des *Motivational Interviewing* sein [6, 7].

Problematisch dürfte in vielen Fällen der schleichende Übergang vom schädlichen zum abhängigen

Konsum sein. Häufig stellt die psychische Bindung an den Konsum alkoholischer Getränke das erste Merkmal einer Suchtentwicklung dar, ohne dass das Vollbild einer Abhängigkeit erfüllt sein muss. Die psychische Bindung kann sich auf Alltagssituationen und Rituale beziehen („ein gutes Essen nicht ohne Wein“, „Freitagabend zum Bier in die Gaststätte“) oder bereits ein Hausmittel zur gelegentlichen Gefühls- und Stressregulation darstellen („nach dem Stress darf ich mir einen Drink genehmigen“). Die Ernährungsfachkraft sollte empathisch darauf eingehen, dass Alkoholverzicht auch in der Vorphase einer Abhängigkeit nicht leicht fällt und die Motivation zur Veränderung von Ambivalenz geprägt ist. Entsprechend wichtig wird es sein, die Nachteile eines unveränderten Alkoholkonsums (Fortschreiten der Folgeerkrankung, Schuldgefühle ...) und die Vorteile eines Verzichts (Kontrolle, weniger Sorgen, bessere Fitness ...) in den Vordergrund zu rücken.

Exploration

Liegen keine Vorbefunde vor, ist die Exploration zumeist der erste Weg. Fragen zum Alkoholkonsum gehören in jede Ernährungsanamnese. Dabei sollte die Devise lauten, offen und konkret zu fragen. Auf die Frage „Trinken Sie Alkohol?“ gibt es viele mögliche Antworten („hin und wieder“, „bei Feiern“, „mal ein Glas Wein“), die wenig Informationsgewinn bringen. Die konkrete offene Frage „Wie sah ihr Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen aus?“ könnte zu mehr Erkenntnis führen. In jedem Fall ist zu beachten, dass Befragte im Sinn der sozialen Erwünschtheit antworten und dazu tendieren, hohe Trinkmengen zu kaschieren. Die Fragen sollten daher so selbstverständlich wie möglich vorgebracht werden, eine „Verhörsituation“ ist zu vermeiden.

AUDIT-Fragebogen Auswertungsschema

Ein Glas Alkohol entspricht:

0,33 Liter Bier
0,25 Liter Wein oder Sekt
0,02 Liter Spirituosen

© Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg, UKL Freiburg³

a) Wie oft trinken Sie Alkohol?

0 Nie 1 Etwa 1 mal pro Monat 2 2-4 mal pro Monat 3 2-3 mal pro Woche 4 4 mal oder öfter pro Woche

b) Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?

0 1 oder 2 1 3 oder 4 2 5 oder 6 3 7 oder 8 4 10 oder mehr

	Nie	Seltener als einmal pro Monat	Einmal im Monat	Einmal pro Woche	Täglich oder fast täglich
c) Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?	0	1	2	3	4
d) Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass Sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten?	0	1	2	3	4
e) Wie oft haben Sie im letzten Jahr im Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von Ihnen erwartet hatte?	0	1	2	3	4
f) Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen?	0	1	2	3	4
g) Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens ?	0	1	2	3	4
h) Wie oft im letzten Jahr waren Sie aufgrund des Alkoholtrinkens nicht in der Lage, sich an Ereignisse der letzten Nacht zu erinnern?	0	1	2	3	4

	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr	Ja, im letzten Jahr
i) Wurden Sie oder jemand anders schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	0	2	4
j) Hat sich schon einmal ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder jemand anders über Ihr Alkoholtrinken Sorgen gemacht oder Ihnen vorgeschlagen, weniger zu trinken ?	0	2	4

Auswertung: a.) + b.) + c.) + d.) + e.) + f.) + g.) + h.) + i.) + j.) = GESAMTSCORE

**Verdacht auf alkoholbezogene Störung bei einem Scorewert ab 8
Mit höherem Scorewert steigt Wahrscheinlichkeit der Abhängigkeit, kritischer Wert. 15 - 20**

© Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg, UKL Freiburg

Abb. 2: Der AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) Fragebogen in deutsch

Fragebögen

Ergänzend zur Exploration können Fragebögen eingesetzt werden, die Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum geben können, jedoch nicht als alleiniges Instrument zur Diagnosestellung verwendet werden sollten.

Einen differenzierten Beitrag zu Beratung und Diagnostik kann v. a. der AUDIT (Alcohol Use Disorders

Identification Test) [8] liefern, welcher auch in deutscher Fassung vorliegt³ (♦ Abbildung 2).

³ URL: www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/07_kliniken/psy_psychiatrie/pdf/Selbsttest.pdf

Diagnostik der Alkoholabhängigkeit

Die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit wird nicht aufgrund von Konsummenge oder Laborwerten gestellt. Vielmehr bezieht sie sich auf Verhaltensweisen, Kognitionen und körperliche Reaktionen gegenüber dem Suchtmittel. In der Regel nehmen mit steigender Trinkmenge die Auffälligkeiten im Umgang mit dem Suchtmittel deutlich zu.

Eine gesicherte Diagnose sollte durch einen Facharzt oder Psychotherapeuten gestellt werden. Die Ernährungsfachkraft kann dabei im interdisziplinären Behandlungsteam wertvolle Beiträge leisten. Hinweise können sich aufgrund hoher Konsummengen, Bagatellisierung regelmäßigen Alkoholkonsums, auffälliger Laborwerte sowie in Kombination damit unregelmäßigem Essverhalten oder Mangelernährung ergeben.

Kriterien des Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10

Mindestens drei der folgenden Symptome während der letzten 12 Monate

- starker Wunsch, Alkohol zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Menge oder Beendigung des Konsums
- körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Nachweis einer Toleranz
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen, erhöhter Zeitaufwand zur Erholung
- fortgesetzter Konsum trotz nachgewiesener schädlicher Folgen (z. B. Folgeerkrankungen)

Laborwerte

Laborwerte, insbesondere die Leberenzyme **GOT** (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase = Aspartat-Aminotransferase, AST, ASAT), **GPT** (Glutamat-Pyruvat-Transaminase = Alanin-Aminotransferase, ALT) und **GGT** (Gamma GT = γ -Glutamyltransferase, γ -GT), der hämatologische Parameter MCV sowie der Harnsäurewert oder die Blutfettwerte können eine Diagnose stützen. Der wichtigste Wert ist die GGT. Aussagekräftiger ist eine Kombination der genannten Laborwerte. Bei mehr als 3 erhöhten Markern liegt ein deutlicher Hinweis auf einen schädlichen Alkoholgebrauch vor [3]. Da die Normbereiche und Grenzwerte sich je nach Bestimmungsmethode unterscheiden können,

sei hierzu auf die Angaben des jeweils auswertenden Labors verwiesen.

Auszuschließen sind hierbei stets nicht alkoholbedingte Einflussfaktoren, wie z. B. Lebererkrankungen anderer Genese, die ebenfalls veränderte Leberenzymwerte mit sich bringen. Umgekehrt gilt: Un auffällige Laborwerte lassen keinen Ausschluss einer alkoholbezogenen Störung zu.

Angaben von Angehörigen

Angehörige können häufig valide Angaben zu Trinkgewohnheiten machen, sollten aber nur mit Einverständnis des Patienten in den Beratungskontext eingebunden werden.

Ernährungsberatung alkoholabhängiger Patienten

Suchtkranke haben in der medizinischen Versorgung vielerorts einen schlechten Ruf. Dieser speist sich meist aus einem wahrgenommenen Selbstverschulden der Krankheit, vermeintlich fehlender Veränderungsmotivation und einer vermeintlich ungünstigen Prognose. Das ist so nicht haltbar. Die Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen zeigt, dass die meisten Suchtkranken sich selbst große Vorwürfe aufgrund ihrer Erkrankung machen. Dabei ist Sucht nicht mehr und nicht weniger schuldhaft als eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen, denen ebenfalls ein bewusstes oder unbewusstes Risikoverhalten vorausging (z. B. ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel). Entscheidend ist die gegenwärtige Unfähigkeit, das Verhalten rein willentlich zu kontrollieren und zu verändern. Mit zunehmender Suchtentwicklung stellen auch Suchtkranke ihr Verhalten in Frage, nur ist der Wunsch nach Veränderung meistens von Ambivalenz und geringer Zuversicht geprägt. Gelingt es schließlich, den Schritt in eine Entwöhnungsbehandlung zu machen, lag die Abstinenzquote ein Jahr nach Behandlungsende unter den Teilnehmern einer Untersuchung in Fach- und Suchtkliniken bei 77 % [9]. Selbst nach konservativerer Berechnungsform, bei der alle Nichtteilnehmer als rückfällig eingestuft werden, ist dieses Ergebnis mit einer Erfolgsquote von 42 % besser als bei vielen anderen chronischen Erkrankungen [9].

Phasen der Veränderungsmotivation

In der interdisziplinären Behandlung und Beratung von Alkoholabhängigen ist sowohl für die psychoedukativen Inhalte als auch für die Beziehungsgestaltung zum Patienten von



Abb. 3: Phasenmodell der Veränderungsmotivation (PROCHASKA und DICLEMENTE 1982 [10])

Hilfreich (Dos):	Nicht hilfreich (Don'ts):
<ul style="list-style-type: none"> • Kollegen einbeziehen, im Behandlungsteam nach Strategien suchen. • Status quo wertschätzend behandeln: „Alkohol ist ein wichtiger Teil Ihres Lebensstils.“ • Diskrepanz fördern: „Welche Nachteile hat Ihr Alkoholkonsum vielleicht auch für Sie?“; „Welche Vorteile hätte eine Veränderung Ihres Alkoholkonsums für Ihre Ernährung?“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sucht im Alleingang behandeln. Dafür gibt es Suchtberater, Selbsthilfegruppen, Kliniken ... • Von oben herab belehren: „Bei Ihrem Alkoholkonsum ist es kein Wunder, dass Ihre Werte so schlecht sind.“ • Aus Sicht des Patienten unerfüllbare Forderungen: „Sie müssen sofort mit dem Trinken aufhören!“ • Das Thema Alkohol vermeiden: „Lassen Sie uns nur über Ihr Essverhalten reden.“

Tab. 1: Hilfreiche und nicht hilfreiche Vorgehensweisen in der Phase der Absichtslosigkeit

großer Bedeutung, in welcher Phase der Veränderungsmotivation sich der Patient gerade befindet. Anhand des für verschiedene Beratungsanlässe zur Verhaltensänderung geeigneten Phasenmodells der Veränderungsmotivation von PROCHASKA und DICLEMENTE [10] lässt sich dies veranschaulichen (♦ Abbildung 3). Das Modell bietet einen Rahmen, um die motivationalen Zustände (hier bezogen auf die Suchterkrankung), in denen ein alkoholabhängiger Patient sich befindet, zu veranschaulichen. Gleichzeitig bietet es eine Struktur für die Anwendung

unterschiedlicher Gesprächsmethoden in der Beratung und wird deshalb in den folgenden Ausführungen als Grundlage für die Ernährungsberatung genommen.

1. Absichtslosigkeit

In der Phase der Absichtslosigkeit stellen Abhängige ihr Suchtverhalten nicht in Frage. Die Fortsetzung des gewohnten Konsummusters ist die Regel, dennoch kann es auch absichtslosen Suchtkranken gelingen, ihren Konsum vorübergehend einzuschränken oder gar einzustellen, z. B. im

Rahmen von Krankenhausaufenthalten oder Rehabilitationsbehandlungen. Behandelnde und Berater stecken hierbei in einem Dilemma. Wird das Suchtverhalten fortgesetzt, wird die Ernährungsberatung unterwandert. Der Alkoholkonsum beeinflusst die Motivation und das Selbstmanagement, um Empfehlungen der Ernährungsberatung erfolgreich umzusetzen. Zudem wirkt die Alkoholfuhr auch unmittelbar auf den Stoffwechsel. Die medikamentöse Einstellung bei Stoffwechselstörungen, z. B. eines Diabetes mellitus, wird dadurch erheblich erschwert. Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit wäre somit die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung der Folge- und Begleiterkrankungen. Geht der Beratende hier aber eine offene Konfrontation mit dem Patienten ein, stößt er in der Regel auf erheblichen Widerstand und riskiert unter Umständen einen Behandlungsabbruch.

Dieses Dilemma kann die Ernährungsfachkraft nicht alleine lösen. Ziel des interdisziplinären Behandlungsteams ist in dieser Phase, Motivation für eine Behandlung der Alkoholabhängigkeit zu fördern. Hierzu muss der Patient sein Suchtverhalten zunächst einmal als ambivalent wahrnehmen. Seine derzeitigen Ziele und Motive gilt es zu verstehen, gleichzeitig gilt es, den Patienten an die Wahrnehmung der Nachteile seines Alkoholkonsums heranzuführen (♦ Tabelle 1).

Ein zu hoher Veränderungsdruck ist in dieser Phase meist kontraproduktiv. Auch wenn eine dauerhafte Abstinenz das langfristige Ziel ist, wirkt sie in dieser Phase eher abschreckend. Eine zieloffene Veränderungsbereitschaft, d. h. beispielsweise eine vom Patienten selbst bestimmte Zeit der Alkoholkarenz, kann deshalb ein wichtiger Zwischenschritt sein.

Wenn Patienten sich grundsätzlich verstanden und angenommen fühlen, sind sie meist eher bereit, sich auch mit den Nachteilen ihres Verhaltens und Möglichkeiten zur Veränderung zu beschäftigen.



Hilfreich (Dos):	Nicht hilfreich (Don'ts):
<ul style="list-style-type: none"> • Wahrgenommene Nachteile des Konsums fokussieren: „Verstehe ich Sie richtig: Sie haben Angst um Ihre Gesundheit. Ihre Blutwerte machen Ihnen Sorgen.“ • Vorteile der Veränderung fokussieren: „Sie glauben, ein Alkoholverzicht würde zu mehr körperlicher Fitness und einem besseren Körpergefühl führen.“ • Bedenken ernst nehmen: „Sie würden den Alkoholkonsum gerne einstellen, trauen sich aber nicht zu, das zu schaffen.“ • Möglichkeiten von Unterstützung aufzeigen: „Wer könnte Ihnen bei der Veränderung Ihres Alkoholkonsums helfen?“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalenz ‚mit der Brechstange‘ bearbeiten: „Sie müssen sich jetzt aber mal entscheiden, was Sie wollen!“ • Hindernisse herunterspielen: „Stellen Sie sich nicht so an, andere schaffen es schließlich auch auf Alkohol zu verzichten!“ • Unangemessene Skepsis: „Das schaffen wirklich nur sehr wenige.“

Tab. 2: Hilfreiche und nicht hilfreiche Vorgehensweisen in der Phase der Absichtsbildung

Hilfreich (Dos):	Nicht hilfreich (Don'ts):
<ul style="list-style-type: none"> • Ermutigung und Bekräftigung • Kooperation mit Ärzten, Psychologen und Sozialdiensten, Vermittlung spezifischer Hilfsangebote • Beratung hinsichtlich eventuell notwendiger ernährungsrelevanter Interventionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Problem herunterspielen: „Sie schaffen das auch alleine.“

Tab. 3: Hilfreiche und nicht hilfreiche Vorgehensweisen in der Phase der Vorbereitung

2. Absichtsbildung

Suchtkranke, die sich in dieser Phase der Veränderungsmotivation befinden, können meist Vor- und Nachteile ihres Suchtverhaltens gut benennen. Sie befinden sich in einem deutlichen Zustand der Ambivalenz bezüglich der Aufrechterhaltung oder Veränderung ihres Suchtmittelkonsums. Häufig fehlt es ihnen aber an der Zuversicht, notwendige Schritte auch umsetzen zu können. Damit einher geht vielfach die Angst vor den Konsequenzen einer Veränderung. Suchtkranke befürchten häufig, stigmatisiert zu werden, wenn sie sich ihr Problem eingestehen und das Suchthilfesystem in Anspruch nehmen. Dazu kommen mitunter von Vorurteilen und Angst geprägte Vorstellungen von Behandlungseinrichtungen, Therapeuten

und Mitpatienten. In allen Behandlungs- und Beratungskontexten ist es in dieser Phase sinnvoll, Patienten zur Veränderung ihres Suchtverhaltens zu ermutigen. Zum einen, indem die Nachteile des Konsums und die Vorteile einer Veränderung – im Kontext der Ernährungsberatung mit Fokus auf die Implikationen für die Ernährung – betont werden. Zum anderen, indem die Angst vor einer Veränderung ernst genommen und die entwicklungsfähige Zuversicht gefördert wird (♦ Tabelle 2).

An dieser Stelle können durchaus Informationen über spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote hilfreich sein. Dabei empfiehlt es sich, niedrigschwellig einzusteigen. In der Rehaklinik kann das bspw. ein Gespräch beim Klinikpsychologen

sein, in der ambulanten Versorgung ein erstes Informationsgespräch bei einer Suchtberatungsstelle.

3. Vorbereitung

In dieser Phase ist der Suchtkranke angekommen, wenn er sich aktiv mit Möglichkeiten der Veränderung auseinandersetzt. Dazu gehören das Aufsuchen suchtspezifischer Beratungsangebote, erste Besuche von Selbsthilfegruppen, das Lesen von Broschüren und Büchern zum Thema Sucht sowie das Gespräch mit Angehörigen oder anderen Personen des Vertrauens. In der stationären Arbeit, sowohl in der Akutbehandlung von Begleiterkrankungen als auch in nicht suchtspezifischen Rehabilitationsbehandlungen, ist die Kontaktaufnahme zum Klinikpsychologen und/oder -sozialdienst zu empfehlen. Mitunter können weiterführende Maßnahmen von diesen schon eingeleitet werden. In der ambulanten Versorgung ist die lokale Suchtberatungsstelle, welche in jeder Kreisstadt zu finden ist, die erste Adresse.

Sehr unterstützend kann der Kontakt zu einer der bundesweit rund 9 000 Suchtselbsthilfegruppen sein, welche hervorragende ehrenamtliche Arbeit leisten.

Selbst Betroffene, die in ihrem Veränderungsprozess weit gekommen sind, können die Ängste von Abhängigen vor einer Veränderung und damit einhergehenden Maßnahmen häufig am besten nachvollziehen und begleiten. Bezüglich der Begleiterkrankungen können im Hinblick auf die Planung möglicher weiterer Maßnahmen und Behandlungen Empfehlungen ausgegeben werden, diese bei der Indikationsstellung besonders zu berücksichtigen. So kann bspw. bei der Planung einer Entwöhnungsbehandlung geprüft werden, inwieweit spezifische Angebote für die Mitbehandlung einer Adipositas,

Hilfreich (Dos):	Nicht hilfreich (Don'ts):
<ul style="list-style-type: none"> • Rückmeldung zu Effekten der Alkoholabstinenz auf den Stoffwechsel • Veränderungen im Ernährungsverhalten erfragen • Ggf. empathisch auf Suchtverlagerung zu vermehrtem Lebensmittelkonsum reagieren („Das ist gerade eine große Veränderung für Sie.“), Ziele mit dem Patienten vereinbaren • Klare Empfehlung zum Verzicht auf Alkohol in Lebensmitteln • Bei Abstinenzverletzung Psychotherapeuten und Ärzte informieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorwürfe aufgrund von Ernährungsfehlern • Herunterspielen von Abstinenzverletzungen („Das Stück Schwarzwälder Kirschtorte wird schon keinen Schaden angerichtet haben“)

Tab. 4: Hilfreiche und nicht hilfreiche Vorgehensweisen in der Phase der Handlung

eines Diabetes mellitus Typ 2 oder einer anderen Stoffwechselstörung bestehen (♦ Tabelle 3).

4. Handlung

Die „Handlung“ bedeutet hier die Unterlassung des Konsums. Liegt eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) vor, ist das Behandlungsziel die dauerhafte Abstinenz (ausführlich sei an dieser Stelle auf die S3-Leitlinien zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen [11] verwiesen).

Wie viele Alkoholabhängige es schaffen, ohne professionelle Hilfe ihren Konsum einzustellen, ist durch Zahlen schwer zu belegen. Einzelfallberichten zufolge, insbesondere aus dem Umfeld von Selbsthilfegruppen, kommt dies aber immer wieder vor. In der Mehrzahl der Fälle ist jedoch davon auszugehen, dass das Suchthilfesystem in Anspruch genommen wird.

Die Behandlung besteht in der Regel aus zwei Phasen: Entgiftung und Entwöhnung. In der **Entgiftung**, die im Akutkrankenhaus durchgeführt wird, geht es primär um die Behandlung von Entzugssyndromen und die Verhinderung möglicher Komplikationen, insbesondere von Krampfanfällen und Deliren. Diese Behandlungsphase dauert zwischen einer (reiner Ent-

zug) und drei Wochen („qualifizierter Entzug“ mit psychoedukativen Anteilen).

Viele Patienten versuchen nach einer Entgiftung zunächst, auf eigene Faust die Abstinenz zu halten. Dies gelingt nur selten, da *Craving* (Suchtverlangen) v. a. durch gelernte psychologische Hinweisreize getriggert wird und jederzeit nach dem körperlichen Entzug auftreten kann. Solche Hinweisreize (*Cues*) können sowohl äußere Reize (z. B. gesellschaftliche Anlässe, bei denen Alkohol getrunken wird) als auch innere Auslöser (z. B. unangenehme Gefühle) sein. Insofern ist eine psychotherapeutische Aufarbeitung der Suchtentwicklung und ihrer Funktionen zu empfehlen, die in einer **Entwöhnungsbehandlung** erfolgen kann. Entwöhnungsbehandlungen sind in der Regel Rehabilitationsbehandlungen und reichen von der 12- bis 15-wöchigen Langzeittherapie bis hin zu kürzeren oder auch ambulanten Behandlungen für sozial und beruflich gut integrierte und gesundheitlich weniger beeinträchtigte Patienten.

In der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen ist bei vielen Patienten Ernährungsberatung aufgrund von Folge- oder Begleiterkrankungen indiziert. In der Regel führt die Abstinenz in-

nerhalb weniger Wochen zu einer Verbesserung pathologisch erhöhter Laborwerte, was von vielen Patienten als motivierend erlebt wird. Eine mögliche Komplikation hingegen ist die unerwünschte Gewichtszunahme, da der nun ausbleibende psychologische Belohnungs- oder Beruhigungseffekt des Alkohols durch vermehrte Nahrungszufuhr kompensiert wird.

Eine weitere wichtige Aufgabe kommt der Ernährungsberatung bereits in dieser Phase hinsichtlich der Edukation zur Vermeidung von Alkohol in Lebensmitteln zu.

Bei dieser Thematik besteht sowohl auf Seite der Patienten als auch bei Behandlern häufig eine große Unsicherheit. Grundsätzlich gilt: Im Sinne einer eindeutigen Abstinenzentscheidung sollten Alkoholabhängige auf Alkohol in jeder Form verzichten. Nehmen sie dennoch Alkohol in geringen Mengen zu sich, ist der Schaden vor allem psychischer Natur, in dem die unbedingte Abstinenzregel, der wichtigste Selbstschutz Suchtkranker, verletzt wurde. Darüber hinaus kann durch geschmackliche Reize (alkoholfreies Bier, Sauce mit Wein) Suchtverlangen getriggert werden.

Eine unmittelbare körperliche Reaktion auf Alkohol in Minimaldosen ist hingegen nicht bekannt. Die Gefährdung für den Suchtkranken ergibt sich somit aus der Verletzung des selbst auferlegten Abstinenzgebotes in Verbindung mit dem Ausbleiben unmittelbarer negativer Konsequenzen. Lernpsychologisch erhöht sich damit die Wahrscheinlichkeit erneuter, möglicherweise schwerer wiegender Abstinenzverletzungen (♦ Tabelle 4).

Hilfreich (Dos):	Nicht hilfreich (Don'ts):
<ul style="list-style-type: none"> • Förderung eines ausgewogenen, gesundheitsförderlichen Lebensstils • Mögliche Vorboten eines Rückfalls ansprechen • Bei Abstinenzverletzung oder offensichtlicher Rückfälligkeit zur erneuten Inanspruchnahme des Suchthilfesystems ermutigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund langjähriger Abstinenz die weiterhin bestehende Gefährdung unterschätzen • Rückfälle herunterspielen oder katastrophisieren

Tab. 5: Hilfreiche und nicht hilfreiche Vorgehensweisen in der Phase der Aufrechterhaltung

Für die Ernährungsberatung können daraus folgende Empfehlungen abgeleitet werden:

- Aufgrund der Triggerung von Suchtverlangen soll grundsätzlich auf alkoholfreies Bier, alkoholfreies Wein und ähnliche Getränke verzichtet werden, auch wenn diese laut Herstellerangaben 0,0 % Alkohol enthalten. „Fassbrause“ enthält ebenfalls alkoholfreies Bier. Ein kritischer Bereich sind auch alkoholfreie Cocktails. Je näher ein Getränk geschmacklich, im Aussehen und in der Darreichung einem alkoholischen Getränk kommt, desto kritischer ist es zu bewerten.
- Auf Alkohol in der Zubereitung von Speisen sollte ebenfalls verzichtet werden. Auch hier ist unerheblich, wie weit der Alkohol verkocht ist oder nicht. Die Ernährungsfachkraft ist hier gefragt, auf alternative Zutaten beim Kochen einzugehen.
- Beim Einkauf von Lebensmitteln sollten Patienten alles vermeiden, was laut Etikett Alkohol enthält. Ist das nicht ausgezeichnet, sollten Patienten ermutigt werden, nachzufragen.
- Unproblematisch ist in der Regel Essig (sofern nicht nachträglich Alkohol zugefügt wurde). Auch nicht erkennbarer Alkohol als Produkt natürlicher Gärung (Obst, Fruchtsaft) ist eher unproblematisch, da der Konsum dieser Lebensmittel in der Regel nicht mit dem Suchtgedächtnis verknüpft ist.

5. Aufrechterhaltung

Die Phase der Aufrechterhaltung dauert bestenfalls bis zum Lebensende. Ein wesentliches Ziel der Psychotherapie von Suchterkrankungen ist die Einsicht, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, die nur durch lebenslange Abstinenz zum Stillstand gebracht werden kann. Insofern gelten die Abstinenzregeln unverändert auch noch Jahre nach einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung. Kommt es zum Rückfall, ist dies für den Suchtkranken häufig ein Schock, der nicht selten Hoffnungslosigkeit und einen erneuten ungebremsen Alkoholkonsum zur Folge hat. Gelingt es hingegen, so schnell wie möglich Hilfe in Anspruch zu nehmen (im Sinne der Veränderungs-

phasen 3 und 4), kann der Rückfall häufig konstruktiv bearbeitet und aufgefangen werden.

In der Ernährungsberatung werden möglicherweise Vorboten eines sich anbahnenden Rückfalls sichtbar. Diese können sich in einer erneuten Vernachlässigung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen bemerkbar machen oder auch schon in ersten Abstinenzverletzungen (z. B. Konsum alkoholfreien Biers). Häufig sind diese Veränderungen den Betroffenen nicht bewusst, so dass ein sachlicher Hinweis durchaus hilfreich sein kann. Bei Abstinenzverletzungen sollte immer empfohlen werden, diese in einer Selbsthilfegruppe oder Suchtberatungsstelle zu besprechen (♦ Tabelle 5).

Fazit

Riskanter, übermäßiger Alkoholkonsum ist häufig ein Teilproblem einer falschen Ernährung. Ernährungsfachkräfte sind hier gefragt, Patienten für entsprechende Zusammenhänge zu sensibilisieren und in der Motivation zur Verhaltensänderung zu unterstützen. Wenn sich in der Ernährungsbe-



Abb. 4: Aufgrund der Triggerung von Suchtverlangen sollten auch alkoholhaltige und nach Alkohol schmeckende Lebensmittel von ehemals Alkoholabhängigen gemieden werden.



ratung Hinweise auf einen abhängigen Alkoholkonsum zeigen, ist eine Differenzialdiagnostik durch einen Arzt oder klinischen Psychologen erforderlich. Wenn sich Alkoholabhängige einer spezifischen Entwöhnungsbehandlung unterziehen, ist die Prognose insgesamt eher günstig. Der Weg in eine solche Behandlung ist insbesondere abhängig vom Status der Veränderungsmotivation – in der Regel liegt ein mehrjähriger abhängiger Alkoholkonsum vor, bevor ein Patient den Weg in eine Behandlung sucht. Für Ernährungsfachkräfte ist das Erkennen der jeweiligen Phase der Veränderungsmotivation wichtig, um den richtigen Ansatz für die Beratung zu finden. Andernfalls kann sich die Beratung für beide Seiten frustrierend gestalten. Gelingt es der Ernährungsfachkraft, sich auf die besondere Problematik in Kooperation mit anderen Berufsgruppen einzustellen und einzulassen, wird sie feststellen, dass alkoholabhängige Klienten neben ihrer Sucht so verschieden sind wie alle anderen, auch in ihren Ernährungsgewohnheiten.

Jannes Hecht
Teamleiter, Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor/IFT
MEDIAN Klinik Tönisstein
Hochstr. 25, 53473 Bad Neuenahr
Jannes.Hecht@median-kliniken.de

Beiträge der zertifizierten Fortbildung sind prinzipiell produkt- und dienstleistungsneutral und werden finanziell nicht von externen Stellen unterstützt.

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Der medizinische Leiter erklärt, dass für diesen Artikel kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur

1. Piontek D, Gomes de Matos E, Atzen-dorf J, Kraus L. Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. Institut für Therapieforschung, München (2016)
2. Seitz H, Bühringer G. Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Hamm (2010)
3. Tretter F. Suchtmedizin. Schattauer, Stuttgart (2000)
4. Piontek D, Gomes de Matos E (2018) Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit in Deutschland. *Ernährungs Umschau* 65(4): M214–M223
5. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg). *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Bd.1.* Hamm (2017)
6. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing people for change.* 2. ed., Guilford, New York (2002)
7. Messner T (2016) *Motivational Interviewing. Ein Ansatz zur Stärkung der Eigenmotivation in der Ernährungsberatung.* *Ernährungs Umschau* 63(2): M94–M105
8. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test.* World Health Organization, Genf (2001)
9. Bachmeier R, Feindel H, Herder F et al. (2017) *Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige.* *Sucht Aktuell* 17: 53–69
10. Prochaska JO, DiClemente CC (1982) *Trans-theoretical therapy – toward a more integrative model of change.* *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19: 276–288
11. Mann K, Hoch E, Batra A (Hg). *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen.* (2016) URL: www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html

DOI: 10.4455/eu.2018.020



Als Print-Ausgabe oder Acrobat-ePaper!

Sie möchten ein **Einzelheft** der ERNÄHRUNGS UMSCHAU verschenken ?

Sie benötigen **einen bestimmten Artikel**, haben aber kein Abonnement ?

Oder interessieren Sie sich für das aktuelle **Sonderheft Ernährungsmedizin und Diätetik** ?

Im Shop des Umschau Zeitschriftenverlags werden Sie fündig !

www.uzvshop.de



Anerkannte Fortbildung für die Zertifikate der DGE, des VDD, des VDOE und des VFED und der Landesärztekammer (Hessen)

Zertifizierte Fortbildung

10 Fragen

Informationen zur Teilnahme finden Sie unter www.ernaehrungs-umschau.de
Bearbeitung möglich bis: 15.09.2018

Bei allen Fragen ist jeweils nur eine Antwort richtig.

1. Wie hoch ungefähr ist der Anteil an allen Personen zwischen 18 und 64 Jahren in Deutschland, die einen riskanten Umgang mit Alkohol pflegen und somit eine Zielgruppe für alkoholbezogene Beratungsangebote darstellen?

- A 2 %
- B 8 %
- C 15 %
- D 27 %

2. Wie sollte eine erste offene Frage zum Alkoholkonsum eines Patienten im Rahmen der Ernährungsanamnese gestellt werden, um eine möglichst genaue Information zu erhalten?

- A Trinken Sie Alkohol?
- B Welche alkoholischen Getränke trinken Sie bevorzugt?
- C Wie sah ihr Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen aus?
- D Wieviel Alkohol trinken Sie normalerweise?

3. Welche Aussage zu den schädlichen Folgen eines hohen Alkoholkonsums ist richtig?

- A Alkohol kann nahezu jedes Organ im Körper schädigen.
- B Alkohol schädigt immer zuerst die Leber.
- C Alkohol verursacht hauptsächlich körperliche und kaum psychische Schäden.
- D Alkohol verursacht hauptsächlich psychische und kaum körperliche Schäden.

4. Welcher Laborparameter ist der wichtigste Hinweis auf einen erhöhten Alkoholkonsum?

- A niedriger Cholesterinwert
- B auffällige Abweichungen der Elektrolyte
- C erhöhter Triglyzeridwert
- D erhöhter Gamma-GT-Wert

5. Welche/s der folgenden Verhaltensmerkmale ist/sind laut ICD-10 Diagnosekriterien für eine Alkoholabhängigkeit?

- 1. körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- 2. Konsum von Alkohol v. a. an Wochenenden oder abseits des sozialen Kontextes
- 3. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Menge oder Beendigung des Konsums
- 4. fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen, erhöhter Zeitaufwand zur Erholung

- A Nur die Antwort 1 ist richtig.
- B Nur die Antworten 2 und 3 sind richtig.
- C Nur die Antworten 1, 3 und 4 sind richtig.
- D Alle Antworten sind richtig.

6. Die Erfolgsquote stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlungen in Deutschland liegt nach einem Jahr bei mindestens ...

- A 15 %, d. h. schlechter als bei vielen anderen chronischen Erkrankungen.
- B 29 %, d. h. besser als im internationalen Durchschnitt.
- C 42 %, d. h. besser als bei vielen anderen chronischen Erkrankungen.
- D 80 %, was als sehr positiv zu beurteilen ist.

7. Um einen Suchtkranken in der Motivation zur Verhaltensver-

änderung zu unterstützen, ist es hilfreich ...

- A ihn dazu zu motivieren, das Problem allein zu lösen, um keine negative Reaktion seiner Umwelt bezüglich seiner Abhängigkeit auszulösen.
- B ihm zur Aufklärung die möglichen Folgeerkrankungen des Alkoholkonsums detailliert zu erläutern.
- C ihn so zügig wie möglich in eine Suchtklinik einzuweisen.
- D die persönlichen Nachteile eines fortgesetzten Konsums und die Vorteile einer Veränderung zu fokussieren.

8. Welche Komplikation ist in der Phase der Alkoholentwöhnung (nach der Entgiftung) am häufigsten anzutreffen?

- A anhaltendes Risiko für epileptische Anfälle
- B Gewichtszunahme durch vermehrtes Essen (Belohnungseffekt)
- C Entgleisungen des Fettstoffwechsels
- D kognitive Störungen

9. Welche der folgenden Speisen und Getränke ist für abstinent lebende Alkoholabhängige in der Regel unbedenklich?

- A Essig
- B Braten mit Weinsauce
- C Schwarzwälder Kirschtorte
- D alkoholfreies Bier

10. Warum kann es auch nach längerer Abstinenz zu Rückfällen kommen?

- A Weil es Suchtkranken an Disziplin mangelt.
- B Weil Suchtkranke gelernt haben, Alltagsituationen und unangenehme Gefühle mithilfe von Suchtmitteln zu bewältigen.
- C Weil es keine Hilfsangebote für Suchtkranke nach längerer Abstinenz mehr gibt.
- D Weil eine lebenslange Abstinenz nicht möglich ist.