

Alkohol- abhängigkeit

Johannes Lindenmeyer 4., überarbeitete Auflage

Fortschritte der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Alkoholabhängigkeit

Fortschritte der Psychotherapie Band 6

Alkoholabhängigkeit

Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer

Die Reihe wird herausgegeben von:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Tim Klucken, Prof. Dr. Tania Lincoln,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Die Reihe wurde begründet von:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Johannes Lindenmeyer

Alkoholabhängigkeit

4., überarbeitete Auflage



Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer, geb. 1954. 1975–1981 Studium der Psychologie in Heidelberg. 1996 Promotion. 2012 Habilitation. Psychologischer Psychotherapeut. Seit 1981 in der stationären Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit und psychosomatischen Störungen tätig. 1996–2019 Gründungsdirektor der salus klinik Lindow. Seit 2018 Professor für Klinische Psychologie an der Medizinischen Hochschule Brandenburg MHB.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen
Format: PDF

4., überarbeitete Auflage 2026

© 1999, 2005, 2016 und 2026 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3170-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3170-4)
ISBN 978-3-8017-3170-0
<https://doi.org/10.1026/03170-000>

Nutzungsbedingungen:

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere dürfen Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernt werden.

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 4., überarbeiteten Auflage	1
1 Beschreibung der Störung	2
1.1 Bezeichnung und Definition nach ICD	2
1.2 Typen der Alkoholabhängigkeit	5
1.3 Epidemiologische Daten	6
1.4 Verlauf und Prognose	7
1.5 Differenzialdiagnose	9
1.5.1 Primäre körperliche, psychische und soziale Probleme	9
1.5.2 Abgrenzung von riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum	10
1.5.3 Sekundäre Alkoholabhängigkeit	13
1.6 Komorbidität	14
1.7 Belastung der Angehörigen	16
2 Störungstheorien und -modelle	17
2.1 Intrapsychische Erklärungsmodelle	18
2.2 Neurobiologische Modelle	21
2.3 Neuropsychologische Modelle	23
2.4 Psychosoziale Modelle	25
2.5 Veränderungsphasen	29
2.6 Vier Folgerungen für die Behandlung	30
3 Diagnostik und Indikation	34
3.1 Screening-Instrumente	34
3.2 Erstkontakt	36
3.3 Medizinische Untersuchung	39
3.4 Diagnostikinstrumente	41
3.5 Indikationsstellung	43
3.6 Ergebnisse der Diagnostik rückmelden und Indikationsentscheidung vermitteln	46
4 Behandlung	53
4.1 Drei Komponenten der Suchtbehandlung	53
4.2 Strukturierung der Therapiesitzungen	56

4.3	Detaillierte Abhängigkeitsanalyse	58
4.3.1	Analyse eines Trinktages	59
4.3.2	Erhebung der letzten 90 Trinktage	60
4.3.3	Lebenslinie	60
4.3.4	Risikotagebuch	62
4.3.5	Situationsanalyse	63
4.4	Motivational Interviewing zur Entwicklung von Änderungsbereitschaft	64
4.5	Informationsvermittlung und Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeitsentwicklung	67
4.5.1	Dosierte Informationsvermittlung	68
4.5.2	Motivationsförderung durch Gruppeninteraktion	69
4.5.3	Entwicklung eines situativen Modells der individuellen Abhängigkeit	69
4.6	Vier-Felder-Tafel	72
4.7	Ablehnungstraining	74
4.8	Vorstellungsübung	76
4.9	Expositionsübungen	78
4.9.1	Einführung des Paradigmas	78
4.9.2	Die erste Expositionsübung in therapeutischer Gegenwart	81
4.9.3	Auswertung der Expositionsübung	82
4.9.4	Weitere Expositionsübungen in vivo ohne therapeutische Begleitung	83
4.10	Cognitive Bias Modification (CBM)	85
4.11	Notfallplan zur Überwindung von Rückfällen	86
4.12	Vorbereitung der ersten Zeit nach Therapieende	87
4.13	Gruppentherapie	89
5	Umgang mit rückfälligen Patient:innen während der Behandlung .	91
5.1	Medizinische Abklärung und Versorgung	91
5.2	Wieder nüchtern werden	92
5.3	Therapie- und Abstinenzsicherung	92
6	Die Einbeziehung von Angehörigen	93
6.1	Motivierung von Angehörigen	93
6.2	Vermittlung eines therapielevanten Modells zu Abhängigkeit und Partnerschaft bzw. Familie	94
6.3	Steigerung positiven Erlebens in der Partnerschaft	95
6.4	Verbesserung der partnerschaftlichen Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeiten	96
6.5	Rückfallprophylaxe unter Einbeziehung von Angehörigen	97

7	Medikamentöse Behandlungsmethoden	98
8	Effektivität und Prognose	99
9	Weiterführende Literatur	101
10	Literatur	101
11	Kompetenzziele und Lernkontrollfragen	105
12	Anhang	108
	Protokollbogen – Einzeltherapie	108
	Protokollblatt – Gruppentherapie	109
	Trinktag	110
	Risikotagebuch	111
	Situationsanalyse	112
	Meine Alkoholtrigger	113
	Ablehnungstraining	114
	Vorstellungsübung	115
	Expositionsübung	116
	Notfallplan-Vertrag	117

Karten

Hinweise für Erstkontakt

Indikationsfragen

Ergebnisse der Diagnostik rückmelden und Indikationsentscheidung vermitteln

Situatives Modell der individuellen Abhängigkeit

Übungssituationen für die Angehörigenarbeit

Umgang mit Rückfällen

Vorwort zur 4., überarbeiteten Auflage

Dass ausgerechnet der Band zur Alkoholabhängigkeit, als einer der am stärksten stigmatisierten psychischen Störungen, als erster Band der Reihe Fortschritte der Psychotherapie eine vierte Auflage erreicht, ist bemerkenswert. Ich danke den Herausgeber:innen und dem Verlag, dass sie dies möglich gemacht haben. Mittlerweile hat die Behandlung der Alkoholabhängigkeit eine Reihe von wichtigen Impulsen erfahren, die eine Überarbeitung erforderlich machen:

- Das Diagnosesystem ICD-11 hat die Kriterien für alkoholbezogene Störungen erheblich verändert und vor allem präzisiert.
- 2019 und 2025 wurde die AWMF-S3-Leitlinie zur Behandlung von alkoholbezogenen Störungen überarbeitet (DG-Sucht & DGPPN, 2026). Hierbei wurde insbesondere der Komorbidität mit psychischen Störungen verstärkte Beachtung geschenkt.
- Die Rentenversicherung, als wichtigster Leistungsträger in der Suchtbehandlung, hat den Schwerpunkt der Behandlung weg von der reinen Symptombehandlung hin auf die Überwindung der suchtbedingten Teilhabebeeinträchtigungen der Betroffenen gelegt.
- Die Beachtung der Sicherheit der Patient:innen hat in der Psychotherapie einen höheren Stellenwert bekommen. Entsprechend werden alle Textstellen, in denen die Patient:innensicherheit berührt ist, in der Randspalte mit folgendem Symbol  gekennzeichnet. Damit wird verdeutlicht, dass in diesen Momenten die Patient:innensicherheit Vorrang vor anderen psychotherapeutischen Gesichtspunkten hat.
- In den Psychotherapierichtlinien wurden 2025 die Möglichkeiten der Behandlung der Alkoholabhängigkeit im Rahmen der ambulanten Psychotherapie erweitert. Hier können jetzt zweimal 12 Therapiestunden abgerechnet werden, bis eine dauerhafte Alkoholabstinenz erreicht wurde.
- Der gestiegenen Sensibilität für sprachliche Diskriminierung und Genderfragen ist Rechnung zu tragen.

Im Anhang des Buches kann aus Umfangsgründen nur eine kleine Auswahl an Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt werden. Weitere Materialien, die im Therapieverlauf eingesetzt werden können, sind (zum Teil) kostenlos auf der Webseite www.salusmaterialien.de zu finden.

Wenn sich die Darstellung auf die psychotherapeutischen Aspekte der Behandlung konzentriert, so geschieht dies in dem Bewusstsein, dass die Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit nur im Zusammenwirken eines interdisziplinären Behandlungsansatzes erfolgreich sein kann. Erst die systematische Berücksichtigung einer psychologisch-psychotherapeutischen Perspektive ermöglicht die erforderliche Optimierung aller Maßnahmen zur Motivierung, Veränderung und Rückfallprävention innerhalb eines interdisziplinären Behandlungsansatzes in Hinblick auf die persönlichen Motive und Bedürfnisse im Einzelfall. Nur dadurch gelingt es, dass Menschen mit Alkoholabhängigkeit zum Subjekt und nicht Objekt einer Behandlung werden.

Lindow, November 2025

Johannes Lindenmeyer

1 Beschreibung der Störung

„Krankheit des Willens“

Erstmals wurde Alkoholismus im Jahre 1774 von dem amerikanischen Arzt Benjamin Rush als „schleichende Krankheit des Willens“ beschrieben und damit überhaupt zum Gegenstand medizinisch-psychologischer Betrachtung und Behandlung gemacht. Zuvor waren Alkoholprobleme über Jahrhunderte als Laster bzw. Teufelswerk moralisch verurteilt und die Betroffenen lebenslang in Asylen gemeinsam mit Irren und Verbrechern von der Gesellschaft ausgesondert worden. Das heutigen Behandlungsansätzen zugrunde liegende Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit wurde 1942 durch den Mediziner E. M. Jellinek entwickelt. Seither werden viele Begriffe synonym für Alkoholabhängigkeit verwendet: Trunksucht, Alkoholismus, chronischer Alkoholismus, Alkoholabusus, Alkoholkrankheit und neuerdings Alkoholgebrauchsstörung.

Jellinek: Bis heute gültiges Krankheitsmodell

Ambivalente Einstellung

Bis heute ist eine ambivalente Einstellung in der Allgemeinbevölkerung und in der Fachwelt gegenüber Alkoholproblemen zu verzeichnen: Einerseits ist die Alkoholabhängigkeit seit 1968 in Deutschland gesetzlich als Krankheit anerkannt, wodurch ein Behandlungsanspruch der Betroffenen begründet ist. Andererseits werden Alkoholprobleme häufig weiterhin als schuldhaftes Fehlverhalten angesehen und die Betroffenen beispielsweise bei einem Rückfall auch juristisch zur Verantwortung gezogen. Das Bild von Menschen mit Alkoholproblemen in der Bevölkerung ist bis heute negativ. Entsprechend werden die Erfolgsaussichten der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit gemeinhin erheblich unterschätzt.

Vielfalt von Folgeschäden

Bei einer Alkoholabhängigkeit handelt es sich nicht um ein einheitliches Phänomen, vielmehr können im Verlauf ihrer Entwicklung ein ganz unterschiedliches Trinkverhalten sowie eine Vielfalt von körperlichen, sozialen und psychischen Begleit- und Folgeschäden das klinische Bild dominieren und jeweils spezifische Behandlungsangebote erforderlich machen (vgl. Tabelle 1).

1.1 Bezeichnung und Definition nach ICD

Von ICD-10 zu ICD-11

In der ICD wird kategorial zwischen den drei Diagnosen riskanter Gebrauch, schädlicher Gebrauch und einer Alkoholabhängigkeit unterschieden (vgl. Tabelle 2). In der ICD-11 wurden die sechs Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit der ICD-10 zu nunmehr drei Hauptkriterien zusammengefasst, von denen mindestens zwei erfüllt sein müssen, um die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit zu vergeben.

Kodierung des aktuellen Konsums

Die Reduktion der Abhängigkeitskriterien in der ICD-11 verhindert, dass Patient:innen, die kein einziges Kriterium teilen, diese Diagnose wie bislang nach ICD-10 bekommen können. Die letzte Ziffer in der ICD-10 und ICD-11 ermöglicht, den aktuellen Konsum genauer zu beschreiben. Die Präzisierung in der ICD-11 dient nunmehr dazu, das Ergebnis von Behandlungsbemühungen im weiteren Verlauf differenziert kodieren zu können (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 1: Die mögliche Vielfalt von Problembereichen bei Alkoholabhängigkeit

Konsumbezogene Symptome	Körperliche Symptome	Soziale Symptome	Psychische Symptome
• Häufige Rausche • Dosissteigerung • Toleranzsteigerung • Toleranzminderung • Alkoholvergiftung • Spiegeltrinken • Morgendliches Trinken • Umsteigen auf harte Alkoholika • Heimliches Trinken • Periodische Trinkexzesse • Erfolglose Abstinenzversuche • Wiederholte Entgiftungsbehandlung • Erfolglose Behandlungsversuche • Häufige Rückfälle	• Entzugserscheinungen • Krampfanfälle • Alkoholbedingte Krebs-erkrankung • Verstärkte Infekt-anfälligkeit • Sexuelle Funk-tionsstörungen • Gelenk-schmerzen • Pankreatitis • Kardio-myopathie • Bluthochdruck • Polyneuropathie • Traumen • Fettleber • Leber-entzündung • Leberzirrhose • Mangel-ernährung • Anämie • Gastritis • Knochenbrüche durch Stürze und Unfälle	• Partnerschafts-konflikte • Trennung/Scheidung • Schulden • Verringerte Arbeitsleistung • Konflikte am Arbeitsplatz • Arbeitsplatz-verlust • Verlust der Fahrerlaubnis • Straftaten • Wohnungs-verlust • Verwahrlosung • Rückzug von Freunden • Haftstrafen • Bewährungs-auflagen	• Aggressive Entgleisungen • Verringeretes Selbstwert-gefühl • Selektive Wahrnehmung • Distanzlosigkeit • Gefühls-schwankungen • Konzentra-tionsschwierig-keiten • Gedächtnis-störungen • Depression • Delirium tremens • Alkohol-halluzinose • Suizidalität • Soziale Ängste • Panikanfälle • Chronische Eifersucht

Für die Kommunikation mit Betroffenen und ihren Angehörigen im klinischen Alltag ist die Heterogenität der Diagnosekriterien innerhalb der ICD nur wenig befriedigend. Hier kann unverändert als einfacher zu handhabende Faustregel gelten:

Merke

Alkoholabhängig ist entweder

- wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten oder
- wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl sie/er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt.

Kurzdefinition von Alkoholabhängigkeit

Tabelle 2: Die ICD-Kriterien der Alkoholabhängigkeit

ICD-10: F10.2x	ICD-11: 6C40.2x	
Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen innerhalb der letzten 12 Monate wiederholt aufgetreten sein	Mindestens 2 der folgenden Hauptkriterien müssen innerhalb der letzten 12 Monate bestehen. Bei täglichem oder fast täglichem Konsum ist aber auch ein Zeitraum von mindestens 3 Monaten ausreichend. Ein Hauptkriterium ist erfüllt, wenn mindestens 1 der 2 Unterkriterien erfüllt ist.	
1. <i>Craving</i> (starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren)	1. <i>Beeinträchtigte Fähigkeit zur Konsumkontrolle</i>	Starker Wunsch oder eine Art Zwang, zu konsumieren
2. <i>Kontrollverlust</i> des Alkoholkonsums bezüglich Beginn oder Menge		Eingeschränkte Fähigkeit zur Kontrolle des Konsums bzgl. Beginn, Beendigung oder Menge
3. <i>Körperliches Entzugssyndrom</i> bei Reduzierung der Alkoholmenge	2. <i>Physiologische Merkmale einer Abhängigkeit</i>	Entzugserscheinungen nach Beendigung/ Reduzierung des Konsums
4. <i>Toleranzentwicklung</i> gegenüber der Alkoholwirkung		Toleranzentwicklung gegenüber der Alkoholwirkung
5. <i>Einengung</i> auf den Alkoholkonsum und dadurch Vernachlässigung anderer Interessen	3. <i>Anhaltender Alkoholkonsum trotz Risiken oder schädlicher Folgen</i>	Alkoholkonsum wird zunehmend zur Priorität gegenüber anderen Aktivitäten/Verpflichtungen
6. <i>Anhaltender Alkoholkonsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen</i> (gesundheitlich, psychisch oder sozial)		Alkoholkonsum wird trotz auftretender konsumbedingter negativer Konsequenzen weitergeführt

Tabelle 3: Die Zusatzkodierung bei Alkoholabhängigkeit nach ICD

ICD-10		ICD-11	
F10.20	gegenwärtig abstinent	6C40.20	gegenwärtiger Konsum, ständig
F10.21	gegenwärtig abstinent in geschützter Umgebung	6C40.21	gegenwärtiger Konsum, episodisch
F10.22	gegenwärtig abstinent unter Substitution	6C40.22	kurzfristige Abstinenz
F10.23	gegenwärtig abstinent mit aversiven oder hemmenden Medikamenten	6C40.23	anhaltende teilweise Besserung
F10.24	gegenwärtiger Substanzkonsum	6C40.24	dauerhafte Abstinenz
F10.25	ständiger Substanzkonsum		
F10.26	episodischer Substanzkonsum		

Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen sowohl hinsichtlich ihrer Genese, ihrer Auswirkungen im Alltag der Betroffenen als auch ihrer Prognose, hat das internationale Klassifikationssystem der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO zunehmend an Bedeutung in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit gewonnen. Gegenstand des ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung (Beeinträchtigung der Körperfunktion und Aktivität), sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Beeinträchtigung der Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen). Im Falle einer Alkoholabhängigkeit sind hierbei insbesondere folgende Bereiche relevant:

- Einschränkungen der *Mobilität* (z. B. durch alkoholbedingten Führerscheinverlust)
- Einschränkungen der *Wohnraumbeschaffung* (z. B. durch Ablehnung durch Vermieter oder durch mangelnde finanzielle Ressourcen)
- Einschränkungen in der *Haushaltsführung* (z. B. Verwahrlosung)
- Einschränkungen im Umgang mit *Stress und Belastung* (z. B. aggressive Entgleisungen, Vermeidungsverhalten, Betäubung durch Alkohol)
- Einschränkungen in der *Beziehungspflege* (z. B. aus Scham, Konflikteskalation, Gewalttätigkeit),
- Mangelndes *soziales Stützsystem* (z. B. Abwendung der Herkunftsfamilie, Trennung, Vereinsamung)
- Einschränkungen hinsichtlich *Schul- und Berufsausbildung* (z. B. Abbruch von Schule oder Ausbildung, fehlende Abschlüsse)
- Einschränkungen in der *Arbeitsfähigkeit* und der Chancen auf dem Arbeitsmarkt (z. B. erhöhte Fehlzeiten, Mangel an Konzentration und Ausdauer, unzureichende Teamfähigkeit, Schmerzen, Ablehnung durch Arbeitgeber, unzureichende Tauglichkeit aufgrund der Diagnose/Rückfallgefahr).

Entsprechend beschränkt sich das Ziel einer Behandlung auch nicht auf die Überwindung der Alkoholsymptomatik. Vielmehr richten sich die Behandlungsmaßnahmen darüber hinaus auf die Überwindung der durch die Alkoholabhängigkeit entstandenen Beeinträchtigung der Betroffenen hinsichtlich ihrer Teilhabe am Arbeitsleben und allgemeinen gesellschaftlichen Leben.

Behandlungsziel:
Teilhabe

1.2 Typen der Alkoholabhängigkeit

Immer wieder wurden angesichts der Vielfalt von Alkoholproblemen Versuche unternommen, verschiedene Typen der Alkoholabhängigkeit zu unterscheiden. Obwohl alle bislang vorgelegten Typologien empirisch nicht befriedigend gesichert werden konnten und insbesondere nicht dazu geeignet sind, spezifische Behandlungsbedarfe abzuleiten, ist zumindest die im Kasten vorgestellte Einteilung im klinischen Alltag durchaus geeignet, die Beschreibung der spezifischen Problematik von Betroffenen im Einzelfall zu erleichtern.

Vier Formen des Trinkverhaltens bei Alkoholabhängigkeit

- *Konflikttrinken*: Die Abhängigkeit besteht darin, dass die Betroffenen in ganz bestimmten Situationen zu Alkohol greifen, da sie über keine anderen Lösungs- oder Bewältigungsmöglichkeiten verfügen.
- *Rauschtrinken*: Die Abhängigkeit besteht darin, dass die Betroffenen es trotz bester Vorsätze nicht schaffen, lediglich kleinere Mengen Alkohol zu trinken. Vielmehr endet ihr Trinken meist in mehr oder weniger starkem Rausch (sog. „Kontrollverlust“).
- *Spiegeltrinken*: Die Abhängigkeit besteht darin, dass die Betroffenen über den Tag verteilt regelmäßig Alkohol trinken, um die Alkoholkonzentration im Blut nie unter einen bestimmten „Spiegel“ sinken zu lassen, da sonst unangenehme Entzugserscheinungen auftreten.
- *Periodisches Trinken*: Die Abhängigkeit besteht darin, dass die Betroffenen trotz zwischenzeitlicher Abstinenz (bzw. unauffälligem Alkoholkonsum) immer wieder Phasen eines heftigen und unkontrollierten Alkoholkonsums haben. Ihnen sind oft keinerlei Anlass oder Auslöser hierfür bewusst, weswegen sie sog. „magisches“ oder abergläubisches Denken zur Erklärung der Trinkphasen entwickeln.

1.3 Epidemiologische Daten

2,2 Millionen
Menschen mit
Alkohol-
abhängigkeit in
Deutschland

Alkoholabhängigkeit stellt in den westlichen Industrienationen bei Männern die häufigste psychische Erkrankung und bei Frauen nach Angststörungen die zweithäufigste psychische Erkrankung dar. Etwa 4,2 % (2,2 Millionen) der erwachsenen Bevölkerung über 18 Jahren sind als alkoholabhängig anzusehen, wobei die Prävalenz bei Männern mit etwa 5,1 % fast doppelt so hoch ist wie bei Frauen (3,1 %) (Olderbak et al., 2025). Weitere etwa 3,3 % (1,7 Millionen) weisen einen problematischen Alkoholkonsum auf, der bereits zu körperlichen, psychischen oder sozialen Schäden geführt hat. Etwa 16,7 % (8,6 Millionen) haben innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol in einer Menge konsumiert, die ein erhöhtes Risiko für Folgeschäden bedeutet. Wegen der systematischen Unterschätzung des eigenen Alkoholkonsums durch die Befragten wird die tatsächliche Zahl der Personen mit Alkoholproblemen deutlich höher liegen.

Hoher Alkohol-
konsum in der
Bevölkerung

Insgesamt besteht in der Bundesrepublik mit 10.2 Liter reinem Alkohol pro Kopf pro Jahr (das sind etwa 88.0 Liter Bier, 22.2 Liter Wein bzw. Sekt sowie 5.1 Liter Spirituosen) ein hoher und weitverbreiteter Alkoholkonsum (Manthey & Kilian, 2025). Lediglich 4,9 % (lebenslang) bzw. 11,2 % (in den letzten 12 Monaten) der Erwachsenenbevölkerung trinken überhaupt keinen Alkohol. Männer trinken im Schnitt etwa doppelt so viel Alkohol wie Frauen.

Dichotomisie-
rung des Alko-
holkonsums in
der Bevölkerung

In den letzten 45 Jahren ist ein stetiger Rückgang des Alkoholkonsums zu verzeichnen. Dabei ist es zu einer verstärkten Dichotomisierung des Trinkverhaltens gekommen: Die Mehrheit der Bevölkerung zeigt einen verringerten Alkoholkonsum und weniger Trinkexzesse. Die Zahl der Personen mit exzessivem Alkoholkonsum ist dagegen un-