

## Auswertung

Grün, gelb, orange oder rot – welche Farben haben Ihre Antworten? Die Auswertung orientiert sich an den farbigen Antwortkästchen. Die Häufigkeit der einzelnen Farbkästchen ist nicht entscheidend. Liegt Ihr Alkoholkonsum nicht im grünen Bereich, ist für die Auswertung die dunkelste Farbe Ihrer Antwortkästchen ausschlaggebend. Haben Sie zum Beispiel einmal ein Kreuz in einem orangefarbenen Feld gemacht und sonst nur in grünen Antwortfeldern, ist für Sie die Auswertung „Orange“ maßgeblich.

In den Texten zu den jeweiligen Farben finden Sie auf Ihr Testergebnis zugeschnittene Informationen und Hinweise für einen risikoarmen Umgang mit Alkohol und erste Tipps dazu, wie Sie eventuell vorhandene Probleme in Angriff nehmen können.

**ALKOHOL?**

**Kenn dein Limit.**

### Grün: Alles klar!

Das Testergebnis hat ergeben, dass Ihr Alkoholkonsum unproblematisch ist. Entweder weil Sie sich dafür entschieden haben, alkoholfrei zu leben, oder weil Sie sehr maßvoll und verantwortungsbewusst mit Alkohol umgehen. Weiter so!

### Gelb: Riskanter Alkoholkonsum!

Fällt eine Antwort auf das gelbe Feld? Dann dürfte Ihr Alkoholkonsum über der von Fachleuten als risikoarm eingestuft Menge liegen. Auch wenn Sie bislang noch keine negativen Folgen bemerkt haben: Ihr Risiko, Ihre Gesundheit zu schädigen, ist bereits erhöht. Überdenken und reduzieren Sie Ihren Konsum!

### Orange:

#### Gefährlicher Alkoholkonsum!

Ist eine Frage mit Orange beantwortet, nimmt Alkohol möglicherweise schon viel Raum in Ihrem Leben ein. Sie sollten unbedingt darüber nachdenken, weniger Alkohol zu trinken. Gelingt es Ihnen, weniger zu trinken, werden Sie feststellen, dass sich viele Probleme rasch lösen.

### Rot: Abhängigkeit?

Ihre Angaben im Test lassen vermuten, dass Alkohol in Ihrem Leben bereits einen überaus hohen Stellenwert hat. Vielleicht ahnen Sie das seit geraumer Zeit und Sie hatten nun den Mut, für Sie vielleicht unangenehme Fragen ehrlich zu beantworten. Nehmen Sie auf jeden Fall fachlichen Rat und Unterstützung in Anspruch!

**ALKOHOL?**

**Kenn dein Limit.**

**BZgA**

Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Alle Rechte vorbehalten. Diese Broschüre wird von der BZgA, 51101 Köln, kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt. Stand: Mai 2010 · Auflage: 4.100.04.11 · Bestell-Nr.: 32043000

Ausführliche Informationen und detaillierte Testergebnisse erhalten Sie unter

**[www.kenn-dein-limit.de](http://www.kenn-dein-limit.de)**

**[www.kenn-dein-limit.de](http://www.kenn-dein-limit.de)**

## Alkohol-Selbsttest

Die Fragen wurden für erwachsene, gesunde Frauen und Männer zusammengestellt. Wenn Sie gesundheitliche Probleme haben, sollten Sie mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt über den Konsum von Alkohol sprechen.

Für Schwangere und Kinder gilt: Kein Alkohol – für eine gesunde Entwicklung. Auch für Heranwachsende bis etwa 20 Jahren und Menschen im höheren Lebensalter gelten besondere Regeln im Umgang mit Alkohol.

- 1 Wie oft trinken Sie in der Woche Alkohol?
- |                               |                          |   |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| Höchstens einmal pro Woche    | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Häufiger als einmal pro Woche | <input type="checkbox"/> | 1 |

- 2 Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie typischerweise an einem Tag? Ein alkoholhaltiges Getränk ist z. B. ein kleines Glas Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.
- |                     |                          |   |
|---------------------|--------------------------|---|
| 1 bis 2 Getränke    | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Mehr als 2 Getränke | <input type="checkbox"/> | 1 |

- 3 Wie oft trinken Sie 4 (gilt für Frauen)/5 (gilt für Männer) oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit (z. B. bei einem Kneipenbesuch, einer Feier oder Party, beim Zusammensein mit Freunden oder beim Fernsehabend zuhause)?
- |                              |                          |   |
|------------------------------|--------------------------|---|
| Seltener als einmal im Monat | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Einmal im Monat oder öfter   | <input type="checkbox"/> | 1 |

**Wie viele Punkte haben Sie in den ersten drei Fragen insgesamt zusammengezählt?**

<input type="checkbox"/> 0 oder 1	<input type="checkbox"/> 2 oder 3
-----------------------------------	-----------------------------------

Weiter mit Frage 4

- 4 Haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

- 5 Ist es Ihnen in den letzten 12 Monaten passiert, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man normalerweise an Sie hat, nicht mehr erfüllen konnten?
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

- 6 Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie am Morgen ein alkoholisches Getränk brauchten, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuss wieder fit zu fühlen?
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

- 7 Hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

- 8 Kam es während der letzten 12 Monate vor, dass Sie sich nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern konnten, weil Sie getrunken hatten?
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

- 9 Hat in den letzten 12 Monaten ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

- 10 Haben Sie während der letzten 12 Monate sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss verletzt?
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

**BZgA**  
Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

**ALKOHOL?**

**Kenn dein Limit.**