

**Nationales Gesundheitsziel  
„Alkoholkonsum reduzieren“**

***gesundheitsziele.de*: Kooperationsverbund  
zur Weiterentwicklung des nationalen  
Gesundheitszieleprozesses**

**Veröffentlicht am 19. Mai 2015**

## **Inhalt**

|  |    |
|--|----|
| Einleitung .....   | 3  |
| Themenfeld 1: Problembewusstsein in Politik und Gesellschaft .....   | 8  |
| Themenfeld 2: Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens .....       | 9  |
| Themenfeld 3: Gemeinwesen- und lebensweltorientierte Ansätze.....    | 14 |
| Themenfeld 4: Alkohol im Straßenverkehr.....                         | 16 |
| Themenfeld 5: Eindämmung gesundheitlicher und sozialer Schäden ..... | 18 |
| Themenfeld 6: Monitoring und Evaluation.....                         | 21 |
| Mitglieder der Arbeitsgruppe „Alkoholkonsum reduzieren“ .....        | 21 |

## Einleitung

Die negativen gesundheitlichen Folgen zu hohen Alkoholkonsums sind eines der gravierendsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken in Deutschland. Gleichzeitig werden Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in unserer Gesellschaft diskriminiert. Auch wenn der Alkoholkonsum in den letzten Jahren rückläufig ist, weisen immer noch viele Parameter darauf hin, dass zu hoher Alkoholkonsum in Deutschland in großem Ausmaß Anlass zur Besorgnis ist und hier eine Notwendigkeit zum Handeln besteht:

- Alkoholkonsum ist in der Bevölkerung weit verbreitet und findet hohe Akzeptanz. Nur ein geringer Teil der Allgemeinbevölkerung (im Altersbereich von 18 bis 64 Jahren) gibt in bundesweiten Repräsentativbefragungen (Epidemiologische Suchtsurvey 2012) an, im Leben überhaupt noch keinen Alkohol getrunken zu haben (ca. 3%), mehr als 90% nennen einen Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (Pabst, Kraus, Gomes de Matos, & Piontek, 2013). Im internationalen Vergleich – bei Berücksichtigung des Konsums von unversteuertem Alkohol, Eigenimporten und des Konsums von Alkohol durch Tourist(inn)en ist der Pro-Kopf-Konsum von Reinalkohol in der Bevölkerung ab 15 Jahren in Deutschland auf etwa 12 Liter geschätzt worden (World Health Organisation, 2014b). Damit findet sich Deutschland unter 189 betrachteten Ländern auf dem 28. Rang wieder (World Health Organisation, 2014a).
- Alkohol ist ein Suchtmittel. Es ist davon auszugehen, dass bei etwa 3,4% der 18- bis 64-jährigen Erwachsenen die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ nach DSM-IV Kriterien zutrifft. Bei weiteren 3,1% der Erwachsenen liegt ein Alkoholmissbrauch vor. Umgerechnet auf die Gesamtbevölkerung entspricht dies etwa 3,3 Millionen Menschen (Pabst, Kraus, Gomes de Matos, & Piontek, 2013).
- Nach Berechnungen auf Grundlage der Angaben aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 trinken in Deutschland mehr als 71,5% der befragten 18- bis 64-Jährigen regelmäßig Alkohol. Die empfohlenen Grenzwerte von 12 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen und von 24 Gramm Reinalkohol für Männer werden von 12,8% der Frauen und von 15,6% der Männer überschritten. Die Angaben lassen darüber hinaus erkennen, dass 22,0% der Frauen

und 46,7% der Männer zumindest bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen fünf und mehr alkoholische Getränke<sup>1</sup> konsumiert haben, bei 6,6% der Frauen und 20,6% der Männer erfolgte dies an vier oder mehr Tagen in diesem Zeitraum. Ein derartiges Konsummuster wird als episodisches Rauschtrinken klassifiziert (Pabst, Kraus, Gomes de Matos, & Piontek, 2013).

- Hoher Alkoholkonsum wird ursächlich für eine beträchtliche Zahl von Erkrankungen angesehen, besonders hervorzuheben ist der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und einer Reihe von Krebserkrankungen (Pöschl & Seitz, 2004), Infektionskrankheiten und Organschädigungen (Rehm & Frick, 2011). In der Konsequenz weisen Menschen mit hohem Alkoholkonsum auch eine deutlich höhere Mortalität als Menschen mit geringerem Alkoholkonsum auf. Die Anzahl der in Deutschland aufgrund von Alkoholkonsum frühzeitig verstorbenen Menschen lag im Jahr 2002 bei etwa 49.000 Personen (Konnopka & König, 2007). Der Anteil der Todesfälle (pro 100.000 Einwohner/innen), die ursächlich auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, hat sich bei Frauen von 1980 (5,6 Fälle pro 100.000) bis 2005 (9,0 Fälle pro 100.000) um etwa 61% erhöht; bei Männern betrug der Anstieg im gleichen Zeitraum 31% (von 19,5 auf 25,6 Fälle pro 100.000) (Rübenach, 2007). Aktuelle Vergleiche alkohol-attributabler Morbidität und Mortalität zwischen 2006 und 2012 weisen auf eine Zunahme der Rate alkoholbedingter Krankenhausbehandlungen pro 100.000 Personen in der Bevölkerung hin. Relativ zur Gesamtmorbidität (alle Krankenhausfälle) blieb der Anteil der alkoholbezogenen Morbidität jedoch konstant. Die alkohol-attributable Netto-Mortalität ging zwischen 2006 und 2012 in Bezug auf die Rate pro 100.000 als auch relativ zur Gesamtmortalität bei beiden Geschlechtern zurück (Kraus et al., 2015). In der Todesursachenstatistik ist allerdings eher von einer Unterschätzung der Zahlen auszugehen, da die (todes-)ursächliche Alkoholproblematik nicht erkannt wird.
- Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist mit schwerwiegenden Folgen für das ungeborene Kind verbunden: Bei Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen (FASD), die sowohl das Vollbild FAS als auch weitere partielle Störungen um-

---

<sup>1</sup> Definition: Fünf und mehr Gläser Alkohol bei einer Trinkgelegenheit innerhalb der letzten 30 Tage

fassen, treten neben Wachstumsstörungen auch geistige und soziale Entwicklungsstörungen beziehungsweise -auffälligkeiten auf. Die Betroffenen bleiben unter Umständen ein Leben lang auf Hilfe angewiesen (Landgraf, Hilgendorff, & Heinen, 2014). Ergebnisse über die Häufigkeit des Auftretens von Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen variieren: Schätzungen aus dem Jahr 2008 sagen, dass bei vier bis sechs Geburten pro 1.000 Geburten eine Fetale Alkohol-Spektrum-Störung vorliegt (May & Gossage, 2001). Andere Untersuchungen schätzen eher 3.000 bis 10.000 Fälle pro Jahr (Bergmann, Spohr, & Dudenhausen, 2006). Damit zählen die Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen zu den häufigsten bereits bei der Geburt vorliegenden Behinderungen in Deutschland (Landgraf & Heinen, 2012).

- Etwa 2,64 Millionen Kinder und Jugendliche wachsen in Deutschland mit mindestens einem alkoholabhängigen oder -missbrauchenden Elternteil auf. Ihr Risiko, selbst eine alkoholbezogene Störung zu entwickeln, ist deutlich erhöht: Mehr als ein Drittel von ihnen wird als Erwachsener selbst abhängig (Klein, 2005).
- Alkohol ist bei Kindern und Jugendlichen die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz. Mehr als zwei Drittel der 12- bis 17-Jährigen hat nach einer aktuellen repräsentativen Untersuchung schon einmal Alkohol getrunken (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2014). 13,6% trinken regelmäßig in dieser Altersgruppe (mindestens einmal pro Woche), bei den 18- bis 25-Jährigen sind dies 38,4%. Insgesamt ging der regelmäßige Alkoholkonsum seit den 1970er Jahren kontinuierlich zurück. Jedoch weisen bei den 12- bis 17-Jährigen immer noch 5,1% und bei den 18- bis 25-Jährigen 16,0% einen riskanten Alkoholkonsum auf (Männliche Jugendliche: mehr als 24 Gramm Alkohol pro Tag; weibliche Jugendliche: mehr als 12 Gramm Alkohol pro Tag). Das Durchschnittsalter beim ersten Glas Alkohol ist angestiegen. Es lag 2004 noch bei 14,1 Jahren (männlich: 14,0 Jahre, weiblich: 14,2 Jahre) und 2012 bei 14,7 Jahren (männlich: 14,5 Jahre; weiblich: 14,8 Jahre). Das Durchschnittsalter beim ersten Alkoholrausch stieg von 15,5 Jahren im Jahr 2004 auf 16,0 Jahre im Jahr 2012 an (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2014). Nach einem über 10-jährigen Anstieg der Fallzahlen stationärer Krankenhausbehandlungen wegen akuter Alkoholintoxikation weisen die

Statistiken bei den 10- bis 20-jährigen Kindern und Jugendlichen in jüngster Zeit auf einen Rückgang der Akutbehandlungen hin. Während im Jahr 2012 noch 26.673 Fälle behandelt wurden, reduzierte sich die Anzahl im Jahr 2013 auf 23.267. Bei den 10- bis 15-Jährigen wurden im Jahr 2013 insgesamt 3.225 Fälle registriert, bei den 15- bis 20-Jährigen 20.042 Fälle (Statistisches Bundesamt, 2015). Ab dem Alter von 16 Jahren gibt es Geschlechtsunterschiede im Konsumverhalten. Männliche Jugendliche trinken häufiger und als Konsummuster ist bei Ihnen häufiger Rauschtrinken zu beobachten als bei weiblichen Jugendlichen – ein Unterschied, der bis in das Erwachsenenalter fortbesteht (Robert Koch Institut, 2009).

- Anders als das Geschlecht haben Bildung und soziale Unterschiede keinen Einfluss auf das Rauschtrinken. In allen sozialen Gruppen ist dieses Konsummuster des riskanten Alkoholkonsums abhängig vom Alter weit verbreitet: Bei den Befragten der Sekundarstufe I gaben zwischen 7,5% und 14,5% Rauschtrinken an. Bei den Befragten außerhalb der Sekundarstufe sind es zwischen 35,8% und 44,9% der von der BZgA im Jahr 2011 befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012). Auch bezogen auf die Allgemeinbevölkerung gilt, dass hoher Alkoholkonsum in allen Bevölkerungsgruppen etwa gleich verteilt ist. In niedrigeren Sozialschichten findet sich eine höhere Abstinenzrate; regelmäßiger und erhöhter Alkoholkonsum kann daher eher als Problem der sozioökonomisch Bessergestellten betrachtet werden (World Health Organisation, 2014a; Hapke, Lippe, & Gaertner, 2013).
- Die negativen Folgen von zu hohem Alkoholkonsum wirken sich auch am Arbeitsplatz aus. Schätzungen zufolge weist jede/r 5. bis 10. Mitarbeiter/in eines Unternehmens einen riskanten oder problematischen Alkoholkonsum auf. In der Folge ist nicht überraschend, dass Alkohol bei jedem 5. Arbeitsunfall und jeder 6. Kündigung eine Rolle spielt (Barmer GEK, 2012). Damit wird Alkoholauffälligkeit als der größte Risikofaktor dafür angesehen, den Arbeitsplatz zu verlieren. Die Rückkehr in das Arbeitsleben ist bei einem problematischen Alkoholkonsum erschwert; Arbeitslosigkeit wird durch einen hohen Alkoholkonsum verfestigt. Es besteht das erhöhte Risiko, in der Arbeitslosigkeit ein Alko-

holproblem zu entwickeln, sodass alkoholbezogene Störungen gehäuft unter arbeitslosen Menschen auftreten (Weissing & Schneider, 2015).

- Alkohol hat als psychoaktive Substanz eine enthemmende Wirkung; illegale Handlungen werden unter Alkoholeinfluss wahrscheinlicher. Hervorzuheben sind zum Beispiel Körperverletzungen, Gewaltverbrechen und sexuelle Übergriffe: Im Jahr 2010 wurden 11,2% aller Straftaten unter Alkoholeinfluss verübt, darunter 40% der Fälle von Totschlag, 35,5% der Fälle von gefährlicher und schwerer Körperverletzung und 27,3% der Fälle von Vergewaltigung und sexueller Nötigung (PKS Bundeskriminalamt, 2010).
- Aufgrund der Vielzahl der mit Alkoholkonsum verbundenen negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen überrascht nicht, dass auch aus volkswirtschaftlicher Sicht der Alkoholkonsum einen erheblichen Kostenfaktor darstellt. Eine aktuelle Studie, die sich nur auf die Aspekte des Alkoholkonsums in Verbindung mit alkoholbezogenen Störungen oder Hochkonsum bezieht, kommt auf 32,5 Milliarden Euro beziehungsweise 10.147 Euro pro Alkoholabhängigem beziehungsweise missbräuchlich Konsumierendem in Deutschland im Jahr 2010 (Effertz & Mann, 2013).
- Im Bereich der Alkoholprävention ist aus Sicht der Weltgesundheitsorganisation der Einbezug vielfältiger Akteure im Rahmen eines Policy Mixes, bestehend aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen, notwendig, um zu nachhaltigen Effekten zu kommen (World Health Organisation, 1986). Von daher ist es wichtig, institutions- und organisationsübergreifende Zielsetzungen im Rahmen einer Gesamtstrategie zu entwickeln, welche zum einen das gemeinsame Handeln stärken und zum anderen spezifische Interventionen beinhalten. Einzubeziehen sind die jeweiligen Verantwortungsbereiche der Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, die zuständigen Sozialversicherungsträger und weitere Akteure aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, die für Menschen Verantwortung tragen.

Das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ wurde von einer Arbeitsgruppe des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* formuliert und im Konsens beschlossen. Die Ausgangslage und daraus abgeleitete Ziele und Teilziele werden nachfolgend in sechs Themenfeldern dargestellt.

Ausführungen zu den Themen Werbung, Preisgestaltung und Verfügbarkeit sind in diese Fassung des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ noch nicht aufgenommen worden. Ein Themenfeld mit diesen Bereichen wird noch erarbeitet und abgestimmt. Danach wird es im Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ entsprechend ergänzt.

### **Themenfeld 1: Problembewusstsein in Politik und Gesellschaft**

#### **Ausgangslage:**

Die Schaffung eines hohen Problembewusstseins für die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums in allen gesellschaftlichen Gruppen in Deutschland ist die entscheidende Voraussetzung dafür, das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ nachhaltig wirksam umzusetzen. Alkoholprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe von Bund, Ländern, Kommunen und der Selbstverwaltung, weiterer gesellschaftlicher Interessengruppen wie zum Beispiel Arbeitgebern, Gewerkschaften, Verbänden und Einrichtungen der Suchtprävention und -behandlung. Zur Erreichung des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ ist die Bereitschaft dieser Akteure zur Zusammenarbeit notwendige Voraussetzung.

Auch ist es notwendig, ein Problembewusstsein für die Risiken von Alkoholkonsum in der Bevölkerung insgesamt zu schaffen und einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern. Ein wichtiger Bestandteil der Alkoholprävention zu einer in diesem Sinne gut „informierten Gesellschaft“ ist die aufmerksamkeitsstarke, umfassende und kontinuierliche Information der Bevölkerung über einen risikoarmen Konsum von Alkohol. Eine so gestaltete Informationsvermittlung ist auch mit dem Ziel verbunden, das Thema „Alkoholprävention“ auf der politischen Agenda zu halten und zum Gegenstand politischen Handelns zu machen.

#### **Ziel 1: Das Problembewusstsein in Politik und Gesellschaft ist gesteigert.**

- Teilziel 1.1: Ein hoher Informationsstand über die Wirkung von und Gesundheitsschäden durch Alkohol ist in der Politik, in der Bevölkerung und in relevanten Teilzielgruppen vorhanden.
- Teilziel 1.2: In der Bevölkerung werden die Gefahren des Alkoholkonsums ernst genommen und es besteht ein hohes Problembewusstsein.



## **Ziel 2: Die gesellschaftliche Akzeptanz des riskanten Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens ist reduziert.**

- Teilziel 2.1: Fehlverhalten unter Alkoholeinfluss ist gesellschaftlich nicht toleriert.
- Teilziel 2.2: Die Motivation der Bevölkerung für einen risikoarmen Alkoholkonsum ist verstärkt.
- Teilziel 2.3: Die Zahl der Männer und Frauen mit riskantem Konsum und alkoholbezogenen Störungen ist reduziert.

## **Themenfeld 2: Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens**

### **Ausgangslage:**

Das Gesundheits- und Sozialwesen kann über alle Lebensphasen hinweg mit Angeboten zur Veränderung des Alkoholkonsums beitragen. Bei der Primär- und Sekundärprävention, Früherkennung, Behandlung und Schadensminderung sowie Rehabilitation und Rückfallprophylaxe von Alkoholerkrankungen kommt den Akteuren im Gesundheitswesen eine besonders wichtige Stellung zu. Die Angebote des Gesundheitswesens richten sich in erster Linie an die einzelne Person, um sie zu einer gesunden und vorbeugenden Lebensführung zu motivieren und zu befähigen, und um Risikofaktoren zu reduzieren bzw. zu vermeiden. Deutschland verfügt bereits über gute Angebote im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. Zur Optimierung der Schnittstellen zwischen den jeweiligen Hilfebereichen besteht jedoch noch Weiterentwicklungsbedarf.

### **Schwangerschaft und Stillzeit**

Die meisten werdenden Mütter verzichten bereits heute während der Schwangerschaft auf Alkohol. Gesellschaftlich ist das Wissen allerdings noch nicht genügend verbreitet, dass selbst geringe Mengen Alkohol während der Schwangerschaft das Kind schädigen können. Eine repräsentative Studie zeigt, dass nur 56% der Bevölkerung wissen, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu bleibenden Schäden für das Kind führen kann. Eine aktuelle Studie des Robert Koch-Instituts kommt zu dem Ergebnis, dass fast jede fünfte Frau in der Schwangerschaft Alkohol trinkt und fast 8% einen riskanten Konsum aufweisen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011).

Die Zahl der Neugeborenen, die an den gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums der Mutter während der Schwangerschaft leiden, wird auf ca. 10.000 Kinder jährlich geschätzt. Die Dunkelziffer der betroffenen Kinder schätzen Mediziner jedoch weitaus höher ein. Die Spanne der Schäden reicht von diskreten Normalabweichungen bis hin zu schweren neurologischen Entwicklungsstörungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Mittlerweile steht Alkoholkonsum in der Schwangerschaft an erster Stelle aller Ursachen für geistige Behinderungen (Landgraf & Heinen, 2012). Mehr als 4.000 Neugeborene pro Jahr leiden unter dem Vollbild des FAS. Die Forschung kann bisher noch nicht eindeutig nachweisen, welche Auswirkungen der Konsum bereits geringer Mengen alkoholischer Getränke auf die Entwicklung des Kindes hat (Bundesministerium für Gesundheit, 2011).

Vor dem Hintergrund, dass alkoholbedingte Folgeschäden bei Neugeborenen absolut vermeidbar sind und sich eine unbedenkliche Alkoholmenge zu keinem Schwangerschaftszeitraum sicher definieren lässt, muss der Verzicht auf Alkohol zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft höchstes Ziel sein.

**Ziel 3: Die Zahl der Frauen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit keinen Alkohol trinken, ist erhöht.**

- Teilziel 3.1: Die FASD Fälle gehen zurück.
- Teilziel 3.2: Das Problembewusstsein ist auch beim Partner und beim sozialen Umfeld der Schwangeren erhöht.

### **Kindes- und Jugendalter**

Alkoholkonsum ist bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen Risiken verbunden. Neben unmittelbaren Folgen wie Alkoholvergiftungen oder Verletzungen beeinträchtigt Alkoholkonsum mittelbar die körperliche, geistige und soziale Entwicklung. Regelmäßiger Konsum wirkt sich negativ auf kognitive Fähigkeiten aus, begünstigt die Entstehung körperlicher und psychischer Erkrankungen, erhöht die Gefahr von Unfällen mit erheblichen körperlichen Schäden und das Risiko für Schulversagen und Ausbildungsabbruch. Ein frühes Einstiegsalter in den Alkoholkonsum fördert generell ungünstige Einstellungen gegenüber dem Substanzgebrauch und darüber riskantes Konsumverhalten im Erwachsenenalter (Singer, Batra, & Mann, 2011).

Der Umgang mit Alkohol stellt eine entwicklungsbedingte Anforderung in unserer Gesellschaft dar, die von allen auch vor dem Hintergrund anderer Entwicklungsaufgaben bewältigt werden muss. Um die besonderen Risiken des Alkoholkonsums bei jungen Menschen zu verringern, sollte der Einstieg in den Alkoholkonsum verzögert und ein risikoarmer Alkoholkonsum bei Jugendlichen gefördert werden.

#### **Ziel 4: Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Alkoholkonsum und Rauschtrinken reduziert.**

- Teilziel 4.1: Der Einstieg in Alkoholkonsum ist verzögert.
- Teilziel 4.2: In der Altersgruppe der unter 16-Jährigen wächst der Anteil der alkoholabstinenten Jugendlichen.
- Teilziel 4.3: Mehr Jugendliche zwischen 16 und 18 Jahren trinken weniger Alkohol oder leben abstinent.
- Teilziel 4.4: Die Zahl der Alkoholintoxikationen im Jugendalter und im jungen Erwachsenenalter ist vermindert.

#### **Früherkennung und Frühintervention**

Trotz hoher gesellschaftlicher Folgekosten des problematischen Alkoholkonsums und alkoholbezogener Erkrankungen ist in Deutschland eine Unterversorgung insbesondere in den Bereichen der Früherkennung und Frühintervention bekannt und belegt. Andererseits wurde in Studien die Wirksamkeit von Frühinterventionen insbesondere in Hausarztpraxen (Kaner et al., 2007) und unter bestimmten Voraussetzungen auch im Allgemeinkrankenhaus nachgewiesen (McQueen, Howe, Allan, Mains, & Hardy, 2011). Durch Frühinterventionen beispielweise über die ärztliche Praxis oder im Krankenhaus kann eine breite Gruppe von Personen mit problematischem Alkoholkonsum erreicht werden. So weisen 80% der Alkoholabhängigen jährlich mindestens einen Kontakt zur hausärztlichen oder einer vergleichbaren Praxis auf; 24,5% mindestens einen Krankenhausaufenthalt und insgesamt 92,7% irgendeinen Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt bzw. einer niedergelassenen Ärztin oder Krankenhaus (Rumpf, Hapke, Bischof, & John, 2000). Von riskant Alkohol Konsumierenden finden sich 75% beim Hausarzt/Hausärztin ein, 70% hatten beim Zahnarzt/Zahnärztin, 58% beim Facharzt/Fachärztin und 15% im Krankenhaus Berührungspunkte zum Gesundheitswesen; lediglich 7% der Alkohol-Risikokonsumenten nimmt in 12 Monaten

keinerlei medizinische Angebote in Anspruch (Bischof, John, Meyer, Hapke, & Rumpf, 2003). Dies unterstreicht die Bedeutung der primärärztlichen Versorgung im Bereich der Früherkennung und Frühintervention.

Zudem sollte die Qualifikation und Kompetenz bezüglich der Früherkennung auch durch die verschiedenen Berufsgruppen im Sozial- und Bildungswesen gewährleistet sein.

**Ziel: 5:Alkoholprobleme werden frühzeitig erkannt und angesprochen. Die Frühintervention ist sichergestellt.**

- Teilziel 5.1: Wissen und Kompetenz zu Methoden der Früherkennung und Frühintervention sind beim ärztlichen, psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen und medizinischen Personal sowie bei Lehrkräften in der Schule und Fachkräften in Beratungsstellen etc. erhöht.
- Teilziel 5.2: Eine Vernetzung zwischen medizinischer Basisversorgung und Suchtkrankenversorgung ist hergestellt.
- Teilziel 5.3: Die Zahl der Personen mit problematischem Konsum, die angesprochen werden, ist erhöht.

### **Versorgung für Menschen mit Alkoholerkrankungen**

Das Versorgungssystem für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in Deutschland umfasst eine Vielzahl von Angeboten. Aufgrund der historisch gewachsenen Strukturen und der jeweiligen Zuständigkeiten der unterschiedlichen Kostenträger findet sich eine Aufteilung in unterschiedliche Angebote, die zwar ein differenziertes Spektrum an Leistungen ermöglichen, aber Probleme an den Schnittstellen aufwerfen. Beispielsweise ist die Krankenversicherung für die Entzugsbehandlung und die Rentenversicherung vorrangig für die Entwöhnungsbehandlung zuständig. Zu unterscheiden sind die speziell auf Suchtmittelkonsumenten ausgerichteten Systeme der Suchtberatung, der medizinischen inklusive suchtpsychiatrischen Akutbehandlung, der psychotherapeutischen und der Entwöhnungsbehandlung sowie andere Formen der Postakutbehandlung und der Selbsthilfe, von Hilfesystemen mit anderen Schwerpunkten in Aufgabenstellung, Kompetenz und Verantwortung wie zum Beispiel die Altenhilfe, die Jugendhilfe, die Wohnungslosenhilfe und die Arbeitslosenhilfe (zum Beispiel Jobcenter, Agenturen für Arbeit) (Günthner et al., 2015; Leune, 2014).

Alkoholranke Menschen sehen sich oft erst nach vielen Jahren der Abhängigkeit dazu veranlasst, sich wegen der Grundstörung in Behandlung zu begeben. Versorgungsanlässe sind häufig allgemeine somatische Krisen, bei deren Abklärung die Alkoholbezogenheit als ursächlicher Faktor identifiziert werden kann. Das gleiche gilt für psychische Krisen, in denen das psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Hilfesystem aus unterschiedlichen Beweggründen konsultiert wird. Es kann aber auch zu psycho-sozialen Krisen kommen, in deren Folge nicht nur die Partnerin oder der Partner bzw. die Familie, sondern auch Behörden (z. B. Jobcenter) oder die Betriebe gefordert sind. Nur ein kleiner Teil der Menschen mit alkoholbezogenen Problemen beziehungsweise einer Alkoholabhängigkeit findet ohne Umwege und zeitnah Zugang zum suchtspezifischen Versorgungssystem (Günthner et al., 2015). Insgesamt wird in einer aktuellen Studie von einer Betreuungsquote von allen Abhängigen von etwa 16% ausgegangen. Bezogen auf umfassende stationäre Rehabilitationsbehandlungen ergibt sich ein Anteil von 1,8% (Kraus, Piontek, Pfeiffer-Gerschel, & Rehm, 2015).

**Ziel 6: Die Individualisierung der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten durch passgenaue Angebote (z.B. altersgerechte Angebote, Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Inhalte, Spezifizierung der Angebote hinsichtlich der Fallschwere und besonderer Behandlungsbedarfe wie zum Beispiel Komorbidität, Teilhabebedarfe) ist optimiert.**

- Teilziel 6.1: Die Behandlung erfolgt nach aktuellen wissenschaftlichen Standards.
- Teilziel 6.2: Patientinnen und Patienten stehen die Beratungs- und Behandlungsformen mit der besten Aussicht auf Erfolg zur Verfügung und werden genutzt.
- Teilziel 6.3: Der Übergang in Angebote von Rückfallprophylaxe und Nachsorge/Weiterbehandlung sowie von Selbsthilfegruppen zur Stabilisierung nach einer erfolgten Behandlung erfolgt nahtlos.

**Ziel 7: Die berufliche (Re-)Integration von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen ist entsprechend ihrer jeweiligen Leistungsfähigkeit sichergestellt.**

## **Kooperation und Vernetzung mit anderen Hilfesystemen**

Es gibt ein breites Angebot an Hilfesystemen, die über das Gesundheitssystem hinaus für Suchtkranke von wichtiger Bedeutung sein können: Alkoholkrankung führt beispielsweise zu familiären Konflikten, Arbeitsplatzkonflikten und Arbeitsplatzverlusten, körperlichen und seelischen Folgeerkrankungen, etc. Es besteht ein erheblicher Bedarf an Beratung, Behandlung und weiterführenden Hilfen (Familien-, Schuldnerberatung, Seelsorge, Straffälligenhilfe, Wohnungslosenhilfe, gesetzlicher Betreuung, Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe sowie spezialisierte Wohnangebote für alkoholkrank Menschen). Das medizinische und psychosoziale Hilfesystem ist häufig zu wenig darauf ausgerichtet, den Aspekt eines schädlichen Konsums oder einer Suchterkrankung angemessen zu berücksichtigen und die Betroffenen frühzeitig in weiterführende Hilfen zu vermitteln. Eine frühzeitige Ansprache, um die Betroffenen zur Annahme von Hilfsangeboten zu motivieren, und eine individuelle Hilfeplanung, die den Betroffenen einen zeitnahen Zugang zu suchtspezifischen und weiteren erforderlichen Hilfen verschafft, sind bislang häufig nicht gegeben. In ähnlicher Weise ist auch die Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen von Sucht und seelischer Erkrankung oft dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen Probleme haben, einen adäquaten Zugang zum Hilfesystem zu finden und die vorhandenen Angebote zu nutzen.

**Ziel 8: Gemeinsames Handeln der Akteure ist sichergestellt und die unterstützenden Strukturen zur Vernetzung sind vorhanden.**

- Teilziel 8.1: Koordiniertes Vorgehen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ist weiter entwickelt.
- Teilziel 8.2: Die Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen sind so gestaltet, dass es nicht zu Brüchen in der Versorgung kommt.

## **Themenfeld 3: Gemeinwesen- und lebensweltorientierte Ansätze**

### **Ausgangslage:**

Die alltäglichen Erfahrungen in der eigenen Lebenswelt – Familie, Schule, Ausbildung, Beruf, Kommune, Freizeit und Freundeskreis – haben erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung und das Wohlbefinden. Sie stellen einen wichtigen Orientierungsrahmen für die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Werten, Ein-

stellungen und Verhaltensweisen dar. Vor diesem Hintergrund werden Interventionen, die auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung dieser relevanten Lebenswelten (Settings) abzielen, als besonders effektiv angesehen. Nach Rosenbrock & Hartung, (2011) sind ‚Settings‘ dadurch charakterisiert, dass es sich um für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme handelt – insbesondere des Lernens, des Arbeitens und des Wohnens – in denen Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen.

Ein wichtiger Bereich der Lebenswelten ist die Arbeitswelt. Gerade hier kann sich Alkoholkonsum schon in geringen Mengen als folgenreich erweisen. Die bislang vorhandenen Daten über die alkoholbezogenen Belastungen und Schäden am Arbeitsplatz geben Anlass, das Setting Arbeitsplatz in der Alkoholprävention und in der betrieblichen Gesundheitsförderung stärker zu berücksichtigen (Barmer GEK, 2012).

Es wird davon ausgegangen, dass 5% der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer alkoholkrank sind und weitere 5% Alkohol in riskanter Weise trinken. Die höchste Zahl der Alkoholabhängigen findet sich in der Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen. 22% der Alkoholabhängigen scheiden durch Entlassungen oder Frühverrentung vorzeitig aus ihrem Unternehmen bzw. dem Arbeitsleben aus. Die Fehlzeiten von Mitarbeitern mit Alkoholproblemen liegen deutlich über denen von Kontrollgruppen. Aber auch alkoholbedingter Präsentismus – das Erscheinen am Arbeitsplatz trotz alkoholbedingter Einschränkungen – führt zu Schäden durch verminderte Leistungsfähigkeit, häufigere Fehler, Nicht-Einhalten von Qualitätsstandards oder erhöhte Unfallgefahr auch für Dritte (Pentscher & Fuchs, 2000; Leggat & Smith, 2009; Badura, Ducki, Schröder, Klose, & Meyer, 2013).

Von den insgesamt 26,7 Milliarden Euro an alkoholbedingten sozialen Kosten entfallen 16,7 Milliarden Euro auf indirekte Kosten, größtenteils Produktivitätsverluste in der Wirtschaft. Dazu kommen über eine Milliarde Euro an Sachschäden durch alkoholbedingte Arbeitsunfälle und ein Teil der zehn Milliarden Euro direkter Kosten (z.B. Behandlungskosten) für das Gesundheitswesen (Adams & Effertz, 2011).

### **Ziel 9: Lebenswelten werden gesundheitsförderlich gestaltet.**

- Teilziel 9.1: Lebensphasen- und lebensweltorientierte Ansätze werden zur Alkoholprävention in den Bereichen Schule/Ausbildung, Freizeit, Kommune und Arbeitsplatz genutzt.
- Teilziel 9.2: Die Lebenswelten Schule und Ausbildung sind alkoholfrei.

### **Ziel 10: Arbeitsplätze sind alkoholfrei.**

- Teilziel 10.1: Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind für die Problematik „Alkohol am Arbeitsplatz“ sensibilisiert; Vorgesetzte sind sich ihrer Verantwortung bewusst.
- Teilziel 10.2: Die Kenntnisse bzgl. Präventionsmaßnahmen und Hilfen sind in Unternehmen aller Größen erhöht und werden umgesetzt.
- Teilziel 10.3 Alkoholbedingte Fehlzeiten und alkoholbedingter Präsentismus sind reduziert.

### **Themenfeld 4: Alkohol im Straßenverkehr**

#### **Ausgangslage:**

Alkohol am Steuer ist immer noch eine der Hauptursachen für Verkehrsunfälle, obwohl durch die Absenkung der Promillegrenze und die gleichzeitige Verschärfung der Kontrollen erreicht werden konnte, dass die Zahl der alkoholbedingten Unfälle mit Personenschäden in den letzten Jahren abnahm (zwischen 1994 und 2004 um rund 44%). Für das Jahr 2013 stellt das Statistische Bundesamt fest, dass 2,5% der Verkehrsteilnehmenden, die an Unfällen mit Personenschaden beteiligt waren, unter Alkoholeinfluss standen; 58,3% aller alkoholisierten Unfallbeteiligten fuhren mit dem Pkw, 24,3% Fahrrad, 8,9% motorisierte Zweiräder, 5,5% waren Fußgängerinnen und Fußgänger und 2,6% fuhren ein Güterkraftfahrzeug (Statistisches Bundesamt, 2014).

Zudem zeigte sich für diesen Zeitraum, dass 70,6% der Pkw-Fahrerinnen und-fahrer, die unter Alkoholeinfluss an einem Unfall mit Personenschaden beteiligt waren, zum Zeitpunkt der Blutentnahme einen Blutalkoholwert von mindestens 1,1 Promille und etwa jeder Fünfte sogar einen Alkoholgehalt von mehr als 2,0 Promille im Blut hatte. Bei 11,2% der 18- bis 24-jährigen alkoholisierten Pkw-Fahrer wurde ein Blutalkohol-



wert von mindestens 2,0 Promille gemessen und bei den 45- bis 54-Jährigen waren es sogar 33% (Statistisches Bundesamt, 2014).

Im Jahr 2013 war Alkoholeinfluss bei 4,8% aller Unfälle mit Personenschaden eine der Unfallursachen. 9,4% aller tödlich Verletzten im Straßenverkehr in Deutschland starben infolge eines Alkoholunfalls. Bei Unfällen unter Alkoholeinfluss kommen 22 Getötete und 346 Schwerverletzte auf 1.000 Unfälle. Es zeigt sich eine überdurchschnittlich hohe Schwere der Alkoholunfälle, da bei den sonstigen Unfällen mit Personenschaden 11 Getötete und 220 Schwerverletzte auf 1.000 Unfälle zu verzeichnen sind (Statistisches Bundesamt, 2014).

Junge Menschen sind überproportional häufig in alkoholbedingte Unfälle verwickelt, 21,9% waren zwischen 18 und 24 Jahre alt, weitere 24,4% waren zwischen 25 und 34 Jahre alt. Auch gemessen an der jeweiligen Zahl der Unfallbeteiligten wurden bei diesen beiden Altersgruppen besonders häufig Alkoholeinfluss festgestellt: Sowohl bei den 18- bis 24-jährigen als auch bei den 25- bis 34-jährigen Unfallbeteiligten waren jeweils 3,6% alkoholisiert. Mit zunehmendem Alter nahm der Anteil der alkoholisierten Beteiligten an einem Verkehrsunfall im Durchschnitt ab (Statistisches Bundesamt, 2014).

Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass Radfahrende schon ab 0,3 Promille Entfernung und Tempo eines Autos nicht mehr gut einschätzen können. Bei 0,5 Promille verschlechtert sich die Sehleistung und bei 0,8 Promille die Reaktionsfähigkeit deutlich. Ab 1,1 Promille nehmen die alkoholbedingten Ausfallerscheinungen stark zu (Auto Club Europa, 2015). Laut Statistischem Bundesamt ereigneten sich 2013 rund 77.000 Unfälle in Deutschland, bei denen Menschen verletzt wurden und Fahrradfahrer beteiligt waren. Mehr als 3.400 dieser Radfahrenden waren betrunken. Betrunkenere Radfahrende gefährden nicht nur sich selbst, sondern auch andere Verkehrsteilnehmende (Statistisches Bundesamt, 2013).

### **Ziel 11:Fahren unter Alkoholeinfluss ist verringert.**

- Teilziel 11.1: Das Bewusstsein über die Risiken des Alkohols im Straßenverkehr in der Allgemeinbevölkerung ist gestärkt. Punktnüchternheit im Straßenverkehr ist etabliert.
- Teilziel 11.2: Verkehrsunfälle unter Alkoholeinwirkung sind reduziert.

- Teilziel 11.3: Die Anzahl alkoholbedingter Unfällen durch junge Fahrerinnen und Fahrer ist verringert.
- Teilziel 11.4. Die Anzahl alkoholbedingter Unfälle durch Radfahrende ist verringert.

## **Themenfeld 5: Eindämmung gesundheitlicher und sozialer Schäden**

### **Ausgangslage:**

Alkohol kann Menschen in jedem Alter schädigen. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Entwicklung von Folgeerkrankungen durch regelmäßigen Alkoholkonsum, als auch hinsichtlich der Verletzungen und Erkrankungsrisiken, die Folge hohen Alkoholkonsums bei einzelnen Gelegenheiten sind (Rauschtrinken). Alkohol schädigt nicht nur die Konsumierenden selbst, sondern hat schwerwiegende Folgen für Dritte, z.B. im Straßenverkehr (vergleiche Themenfeld 4) und am Arbeitsplatz, (vergleiche Themenfeld 3). Insbesondere bei Straftaten gibt es eine enge Verknüpfung zu Alkoholkonsum. Dies gilt nicht nur für Sachbeschädigungen und Vandalismus, sondern auch für interpersonelle Gewaltdelikte (Aschaffenburg, 1900).

Besonders gravierende Auswirkungen hat Alkoholabhängigkeit in Familien. Gewalt gegen Frauen durch alkoholranke Männer hat nicht nur auf die betroffenen Frauen, sondern auch auf ihre Kinder erhebliche Auswirkungen. Kinder alkoholkranker Mütter sind durch Vernachlässigung, psychische Entwicklungsschäden und Übergriffigkeit bedroht (Müller & Schröttle, 2004). Insbesondere in der Schwangerschaft und Stillzeit löst Alkoholkonsum für das (ungeborene) Kind dauerhafte Schädigungen aus, die mit schweren körperlichen, seelischen und geistigen Behinderungen einhergehen können (siehe auch Themenfeld 2) (Landgraf, Hilgendorff, & Heinen, 2014).

Chronische Alkoholkrankungen sind häufig gepaart mit weiteren psychiatrischen Erkrankungen und ziehen schwerwiegende körperliche, seelisch-geistige und soziale Folgeschäden nach sich, die die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigen (World Health Organisation, 2014a).

In Deutschland schätzt man die Zahl der Kinder alkoholbelasteter Eltern auf etwa 2,64 Millionen. Das bedeutet, jedes siebte minderjährige Kind lebt zeitweise und jeder zwölfte Minderjährige dauerhaft in einer alkoholbelasteten Familie. Jedes dritte Kind in einer suchtblasteten Familie erfährt regelmäßig physische Gewalt, sei es als

Zeuge oder als Opfer. Kinder suchtkranker Eltern stellen die größte Risikogruppe für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit dar. Etwa 30-40 % von ihnen werden selbst wieder abhängig. Auch das Risiko für weitere psychische Störungen wie Angsterkrankungen und Depressionen ist erhöht. Etwa 5 bis 6 Millionen erwachsene Kinder suchtkranker Eltern haben mit den Folgen der Abhängigkeit ihrer Eltern zu kämpfen. Darüber hinaus sind 5 bis 7 Millionen Angehörige durch die Alkoholabhängigkeit eines Familienmitglieds betroffen. Alkoholbelastete Familien sind daher eine der wichtigsten Zielgruppen für unterstützende und präventiv wirkende Maßnahmen (Klein, 2005).

Alkohol kommt eine große Bedeutung im Rahmen interpersoneller Gewalt zu, nicht nur in Form tatsächlich ausgeübter Körperverletzung, sondern auch als Androhung von Gewalttaten. Es besteht eine starke Verknüpfung zwischen Alkoholkonsum und dem individuellen Risiko, Gewalt auszuüben oder Gewaltopfer zu werden. Auf diese Verbindung machte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2002 mit ihrem Weltbericht über Gewalt und Gesundheit aufmerksam.

Bei gut einem Drittel der Gewalttaten, die der Polizei bekannt werden, spielt Alkohol eine wichtige Rolle. Es muss davon ausgegangen werden, dass das tatsächliche Ausmaß an Gewalt noch höher ist, da nicht alle Straftaten zur Anzeige kommen. Dies gilt vor allem, wenn neben der körperlichen und sexuellen Gewalt auch die psychische Gewalt betrachtet wird. Sie reicht von Beschimpfungen und Demütigungen über Einschüchterung und Gewaltandrohung bis zu sexuellen Übergriffen. Partnerbeziehungen und Familien sind häufig geprägt von Gewalt. Ganz überwiegend handelt es sich dabei um Gewalthandlungen von Männern gegenüber Frauen. Laut einer Bundesstudie zur Situation von Frauen in Deutschland hat jede vierte Frau mindestens einmal in ihrem Leben häusliche Gewalt erfahren. 60% der Frauen hatten zum Zeitpunkt der Gewalterfahrung Kinder, die im Haushalt lebten. Aber auch die Vernachlässigung der Kinder kann eine Form von Gewalt sein. Die Tabuisierung problematischen Alkoholkonsums und der damit einhergehenden Gewalt trägt oftmals dazu bei, dass familiäre Gefährdungen nicht (rechtzeitig) erkannt werden und Hilfe nicht in Anspruch genommen wird (Müller & Schröttle, 2004).

Alkoholkonsum wirkt direkt auf die körperlichen und geistigen Funktionen des Menschen. Aufgrund reduzierter Selbstkontrolle reagieren alkoholisierte Menschen in

Konfrontationen eher gewalttätig als Menschen, die keinen Alkohol getrunken haben. Die verminderte Fähigkeit, Informationen zu verarbeiten, führt bei Alkoholisierten auch dazu, Warnsignale für potenzielle Gewaltsituationen nicht wahrzunehmen und lässt sie ein leichteres Ziel zu werden. Dies gilt für Gewalt generell, besonders jedoch für sexualisierte Gewalt (Streng, 2009).

Anders als bei Straßenverkehrsdelikten wird in der Rechtsprechung bei Gewaltdelikten Alkoholkonsum als strafmildernd angesehen. Dies leistet der Haltung Vorschub, unter Alkoholeinfluss begangene Delikte als weniger schwerwiegend einzuschätzen.

Chronische Alkoholerkrankungen ziehen schwerwiegende körperliche, seelisch-geistige und soziale Folgeschäden nach sich. Auch wenn das Ziel „Alkoholkonsum reduzieren“ in erster Linie darauf abzielt, diese Schäden zu verhindern, muss davon ausgegangen werden, dass es auch in Zukunft Menschen geben wird, bei denen Schädigungen durch eine alkoholbedingte Störung nicht verhindert werden können. In besonders schweren Verläufen der chronischen Alkoholabhängigkeit kommt es neben zahlreichen körperlichen Alkoholfolgeschäden auch zum geistigen Abbau und damit zum Verlust der Fähigkeit, eigenverantwortlich für sich selbst zu sorgen. Hier gilt es, die Schädigungen für die Betroffenen selbst, aber auch für ihr Umfeld zu mindern (World Health Organisation, 2014a).

### **Ziel 12: Weniger Schädigungen entstehen unter Alkoholeinfluss.**

- Teilziel 12.1: Schäden für Dritte und / oder die Gesellschaft unter Alkoholeinfluss sind reduziert.
- Teilziel 12.2: Interpersonelle Gewalt unter Alkoholeinfluss ist in Ausmaß und Häufigkeit reduziert.
- Teilziel 12.3: Das Ausmaß selbstschädigenden Verhaltens aufgrund von Alkoholkonsum ist reduziert.

### **Ziel 13: Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt.**

- Teilziel 13.1: Es werden verstärkt familienorientierte Ansätze in der Suchttherapie umgesetzt.
- Teilziel 13.2: Kinder aus suchtkranken Familien sind besonders gefördert.

- Teilziel 13.3: Die Ergebnisse aus erfolgreichen Leuchtturmprojekten sind bundesweit umgesetzt.

**Ziel 14: Schäden als Folge chronischer Alkoholabhängigkeitserkrankungen sind reduziert.**

- Teilziel 14.1: Weniger Menschen sind aus ihren persönlichen Netzwerken herausgefallen.
- Teilziel 14.2: Die Teilhabe an der Gemeinschaft ist auch für Menschen mit fortgeschrittenen Alkoholerkrankungen gewährleistet.

**Themenfeld 6: Monitoring und Evaluation**

**Allgemeine Indikatoren**

Die im Folgenden dargestellten Indikatoren stellen eine Auswahl der Kennziffern dar, mit denen der Alkoholkonsum auf Bevölkerungsebene und die Folgen riskanten Alkoholkonsums abgebildet werden können. Im Zuge der weiteren Erarbeitung des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ werden diese Indikatoren noch weiter präzisiert, mit Daten unterlegt und ergänzt.

*Prävalenz des Alkoholkonsums im Erwachsenenalter*

a) Epidemiologischer Suchtsurvey

Altersgruppe: Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren

Kategorien: Abstinenz, risikoarmer, riskanter, gefährlicher Konsum, Hochkonsum (basierend auf Alkoholmengen pro Tag) in den letzten 30 Tagen

Erhebungszeitpunkte/-Periodik: alle 3 Jahre, aktuellste Erhebung 2012

Baseline Ergebnisse: ESA 2012

Quelle: Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012.* München: IFT Institut für Therapieforchung.

|   | Gesamt       | Männer   | Frauen |
|---|--------------|--|--------|
|   | Angaben in % |  |        |
| <b>Lebenslang abstinent<sup>1</sup></b>                 | 3,6          | 2,9  | 4,3    |
| <b>Nur letzte 12 Monate abstinent</b>                   | 9,8          | 9,4  | 10,2   |
| <b>Nur letzte 30 Tage abstinent</b>                     | 15,1         | 10,7   | 19,6   |
| <b>Risikoarmer Konsum (letzte 30 Tage)<sup>2</sup></b>  | 57,3         | 61,4   | 53,1   |
| <b>Riskanter Konsum (letzte 30 Tage)<sup>3</sup></b>    | 12,0         | 12,6   | 11,5   |
| <b>Gefährlicher Konsum (letzte 30 Tage)<sup>4</sup></b> | 1,8          | 2,4  | 1,2    |
| <b>Hochkonsum (letzte 30 Tage)<sup>5</sup></b>          | 0,4          | 0,7  | 0,1    |
| Legende:  |              |  |        |
| 1= kein Alkoholkonsum jemals im Leben                   |              | 4= Männer:>60-120g pro Tag, Frauen:>40-80g pro Tag |        |
| 2= Männer:>0-24g pro Tag, Frauen:>0-12g pro Tag         |              | 5= Männer:> 60g pro Tag, Frauen:>40g pro Tag       |        |
| 3= Männer:>24-60g pro Tag, Frauen:>12-40g pro Tag       |              |  |        |

b) Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)

Altersgruppe: Erwachsene 18 Jahre und älter

Kategorien: Nie-Trinker/innen, moderate Trinker/innen, Risikokonsumierende (auf der Basis des AUDIT-C)

Erhebungszeitpunkte/-Periodik: GEDA 2009, GEDA 2010, GEDA 2012, GEDA 2014/2015

Baseline Ergebnisse: GEDA 2012

Quelle: Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Alkoholkonsum. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin [www.rki.de/geda](http://www.rki.de/geda) (Stand: 25.10.2014)

|   | Gesamt       | Männer | Frauen |
|---|--------------|--------|--------|
|   | Angaben in % |        |        |
| <b>Nie-Trinker/innen<sup>1</sup></b>      | 20,7         | 14,0   | 27,1   |
| <b>moderate Trinker/innen<sup>2</sup></b> | 53,0         | 53,7   | 52,4   |
| <b>Risikokonsumierende<sup>3</sup></b>    | 26,3         | 32,3   | 20,6   |
| Legende (AUDIT-C Summenscore)             |              |        |        |
| 1= Wert: 0                                |              |        |        |
| 2=Männer: 1-4, Frauen: 1-3                |              |        |        |
| 3= Männer:≥ 5, Frauen ≥ 4                 |              |        |        |

c) Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Altersgruppe: Erwachsene im Alter von 18 bis 79 Jahren

Kategorien: Nie-Trinker/innen, moderate Trinker/innen, Risikokonsumierende (auf der Basis des AUDIT-C)

Erhebungszeitpunkt: 2008-2011

## Baseline Ergebnisse: DEGS 1 2008-2011

Quelle: Hapke U, von der Lippe E, Gaertner B (2013) Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Bundesgesundheitsbl 56:809-813. DOI 10.1007/s00103-013-1699-0

|  | <b>Männer</b> | <b>Frauen</b> |
|--|---------------|---------------|
|  | Angaben in %  |               |
| <b>Risikokonsumierende<sup>1</sup></b> | 41,6          | 25,6          |
| Legende<br>1= Männer: ≥ 5, Frauen ≥ 4  |               |               |

### *Prävalenz episodischen Rauschtrinkens im Erwachsenenalter*

#### a) Epidemiologischer Suchtsurvey

Altersgruppe: Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)

Kategorien: Rauschtrinken innerhalb der letzten 30 Tage: 0-mal, 1- bis 3-mal, 4-mal und häufiger

Erhebungszeitpunkte/-Periodik: alle 3 Jahre, aktuellste Erhebung 2012

Baseline Ergebnisse: ESA 2012

Quelle: Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012.* München: IFT Institut für Therapieforchung.

|   | <b>Gesamt</b> | <b>Männer</b> | <b>Frauen</b> |
|---|---------------|---------------|---------------|
|   | Angaben in %  |               |               |
| <b>0mal</b>   | 64,5          | 53,2          | 78,1          |
| <b>1 bis 3mal</b>   | 21,3          | 26,1          | 15,4          |
| <b>4mal oder häufiger</b>   | 14,3          | 20,6          | 6,6           |
| Legende:<br>Rauschtrinken= Fünf oder mehr Gläser Alkohol an einem Tag der letzten 30 Tage |               |               |               |

#### b) Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)

Altersgruppe: Erwachsene 18 Jahre und älter

Kategorien: Rauschtrinken nie, seltener als 1 Mal/Monat, jeden Monat, mindestens jede Woche (auf der Basis des AUDIT-C)

Erhebungszeitpunkte/-Periodik: GEDA 2009, GEDA 2010, GEDA 2012, GEDA 2014/2015

Baseline Ergebnisse: GEDA 2012

Quelle: Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Rauschtrinken. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin www.rki.de/geda (Stand: 25.10.2014)

|                                 | Gesamt       | Männer | Frauen |
|---------------------------------|--------------|--------|--------|
|                                 | Angaben in % |        |        |
| <b>nie</b>                      | 48,7         | 36,6   | 60,3   |
| <b>seltener als 1 Mal/Monat</b> | 35,2         | 40,3   | 30,4   |
| <b>jeden Monat</b>              | 12,8         | 17,8   | 7,9    |
| <b>mindestens jede Woche</b>    | 3,3          | 5,3    | 1,4    |

c) Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland(DEGS1)

Altersgruppe: Erwachsene im Alter von 18 bis 79 Jahren

Kategorien: Rauschtrinken: nie, seltener als 1-mal/Monat, jeden Monat, mindestens jede Woche (auf der Basis des AUDIT-C)

Erhebungszeitpunkt: 2008-2011

Baseline Ergebnisse: DEGS1

Quelle: Hapke U, von der Lippe E, Gaertner B (2013) Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Bundesgesundheitsbl 56:809-813. DOI 10.1007/s00103-013-1699-0

|   | Männer       | Frauen |
|---|--------------|--------|
|   | Angaben in % |        |
| <b>Rauschtrinken<sup>1</sup></b>          | 31,0         | 10,8   |
| Legende:<br>1= mindestens einmal im Monat |              |        |

*Prävalenz alkoholbezogener Störungen im Erwachsenenalter*

a) Epidemiologischer Suchtsurvey

Altersgruppe: Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren

Kategorien: Alkoholbezogene Störungen nach DSM-IV: Missbrauch; Abhängigkeit; Missbrauch oder Abhängigkeit

Erhebungsinstrument: M-CIDI

Erhebungszeitpunkte/Periodik: alle 3 Jahre, aktuellste Erhebung 2012

Baseline Ergebnisse: ESA 2012



Quelle: Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

| <b>Gesamtstichprobe</b>             |               |               |               |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
|                                     | <b>Gesamt</b> | <b>Männer</b> | <b>Frauen</b> |
|                                     | Angaben in %  |               |               |
| <b>Missbrauch</b>                   | 3,1           | 4,7           | 1,5           |
| <b>Abhängigkeit</b>                 | 3,4           | 4,8           | 2,0           |
| <b>Missbrauch oder Abhängigkeit</b> | 6,5           | 9,5           | 3,5           |
| <b>Konsumenten</b>                  |               |               |               |
|                                     | <b>Gesamt</b> | <b>Männer</b> | <b>Frauen</b> |
|                                     | Angaben in %  |               |               |
| <b>Missbrauch</b>                   | 3,6           | 5,3           | 1,7           |
| <b>Abhängigkeit</b>                 | 3,9           | 5,4           | 2,4           |
| <b>Missbrauch oder Abhängigkeit</b> | 7,5           | 10,8          | 4,1           |

b) Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Modul Mental Health

Altersgruppe: Erwachsene im Alter von 18 bis 79 Jahren

Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV-TR

Erhebungsinstrument: CIDI

Erhebungszeitpunkt: 2008-2011

Baseline Ergebnisse: DEGS1 Modul Mental Health

Quelle: Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85:77-87. DOI 10.1007/s00115-013-3961-y

|                            | <b>Gesamt</b> | <b>Männer</b> | <b>Frauen</b> |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
|                            | Angaben in %  |               |               |
| <b>Alkoholmissbrauch</b>   | 1,8           | 3,1           | 0,4           |
| <b>Alkoholabhängigkeit</b> | 3,0           | 4,4           | 1,6           |
| 12 Monats-Prävalenz        |               |               |               |

*Prävalenz des Alkoholkonsums im Jugendalter (einschließlich episodischem Rauschtrinken)*

a) Drogenaffinitätsstudie (BZgA)

Altersgruppe: Jugendliche/junge Erwachsene im Alter 12 bis 25 Jahren

Kategorien: 30 Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums; regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich), 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens; häufiges Rausch-

trinken (4mal oder mehr in den letzten 30 Tagen), Alter beim ersten Alkoholkonsum, Alter beim ersten Alkoholrausch

Erhebungszeitpunkte/-Periodik: wiederholt, aktuellste Erhebung 2011

Baseline Ergebnisse: 2011

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

|   | 12- bis 17-Jährige |        |        | 18- bis 25-Jährige |        |        |
|---|--------------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|
|   | Gesamt             | Männer | Frauen | Gesamt             | Männer | Frauen |
|   | Angaben in %       |        |        |                    |        |        |
| <b>30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums<sup>1</sup></b> | 42,0               | 44,8   | 39,2   | 81,9               | 87,0   | 76,5   |
| <b>Regelmäßiger Alkoholkonsum<sup>2</sup></b>           | 14,2               | 18,2   | 9,9    | 39,8               | 55,3   | 23,6   |
| <b>30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens<sup>3</sup></b> | 15,2               | 19,6   | 10,5   | 41,9               | 54,5   | 28,7   |
| <b>häufiges Rauschtrinken<sup>4</sup></b>               | 3,7                | 5,1    | 2,1    | 12,9               | 20,1   | 5,4    |

Legende:  
 1= innerhalb der letzten 30 an einem Tag Alkohol konsumiert  
 2= (mind.) wöchentlicher Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten  
 3= Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit innerhalb der letzten 30 Tage  
 4= Praktizieren des Rauschtrinkens viermal oder öfters innerhalb der letzten 30 Tage

|  | 12- bis 25-Jährige |        |        |
|--|--------------------|--------|--------|
|  | Gesamt             | Männer | Frauen |
|  | Durchschnittswerte |        |        |
| <b>Alter beim ersten Alkoholkonsum</b> | 14,5               | 14,4   | 14,6   |
| <b>Alter beim ersten Alkoholrausch</b> | 15,9               | 15,8   | 16,0   |

b) Alkoholsurvey (BZgA)

Altersgruppe: Jugendliche/junge Erwachsene im Alter 12 bis 25 Jahre Kategorien: Lebenszeit-, 12-Monats-, 30 Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums; regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich); Konsum von für Erwachsene riskanten Alkoholmengen; 30-Tage Prävalenz des Rauschtrinkens; häufiges Rauschtrinken (4mal oder mehr in den letzten 30 Tagen); 30-Tage-Prävalenz der subjektiven Rauscherfahrung, Alter beim ersten Alkoholkonsum, Alter beim ersten Alkoholrausch, alkoholbezogene Selbstwirksamkeit (DRSEQ-RA), Wissen, Einstellungen, Alkoholkonsum im Freundeskreis, Haltung des sozialen Umfelds zum Alkoholkonsum.

Erhebungszeitpunkte/Periodik: wiederholt, aktuellste Erhebung 2012

Baseline Ergebnisse: 2012

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

|   | 12- bis 17-Jährige |        |        | 18- bis 25-Jährige |        |        |
|---|--------------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|
|   | Gesamt             | Männer | Frauen | Gesamt             | Männer | Frauen |
|   | Angaben in %       |        |        |                    |        |        |
| <b>Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsum</b>  | 69,3               | 70,7   | 68,0   | 95,7               | 96,5   | 94,8   |
| <b>12-Monats-Prävalenz des Alkoholkonsums</b>   | 60,4               | 60,9   | 59,8   | 90,4               | 93,0   | 87,6   |
| <b>30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsum</b>  | 41,1               | 42,1   | 40,2   | 78,0               | 83,9   | 71,9   |
| <b>Regelmäßiger Alkoholkonsum</b>   | 13,6               | 18,0   | 9,0    | 38,4               | 52,3   | 23,8   |
| <b>Konsum von für Erwachsene riskanten Alkoholmengen<sup>2</sup></b>  | 5,1                | 6,3    | 3,9    | 16,0               | 19,2   | 12,8   |
| <b>30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens<sup>3</sup></b>   | 17,4               | 18,7   | 16,1   | 44,1               | 52,9   | 34,9   |
| <b>30-Tage-Prävalenz häufiges Rauschtrinken<sup>4</sup></b>   | 3,8                | 4,9    | 2,7    | 14,2               | 19,4   | 8,7    |
| <b>30-Tage-Prävalenz der subjektiven Rauscherfahrung<sup>5</sup></b>  | 6,6                | 8,1    | 4,9    | 16,1               | 20,9   | 11,1   |
| Legende:<br>1 Mindestens wöchentlich in den letzten 12 Monaten<br>2 Männer: mehr als 24 g Alkohol/Tag; Frauen: mehr als 12g Alkohol/Tag<br>3 Männlich: fünf Gläser oder mehr; weiblich: vier Gläser oder mehr bei einer Gelegenheit innerhalb der letzten 30 Tage<br>4 In den letzten 30 Tagen an mindestens 4 Tagen Rauschtrinken<br>5 Alkoholrausch in den letzten 30 Tagen |                    |        |        |                    |        |        |

|  | 12- bis 25-Jährige |        |        |
|--|--------------------|--------|--------|
|  | Gesamt             | Männer | Frauen |
|  | Durchschnittswerte |        |        |
| <b>Alter beim ersten Alkoholkonsum</b> | 14,7               | 14,5   | 14,8   |
| <b>Alter beim ersten Alkoholrausch</b> | 16,0               | 15,9   | 16,1   |

c) KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Altersgruppe: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (Alkoholkonsum im Alter zwischen 11 und 17 Jahren)

Kategorien: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums; riskanter Alkoholkonsum; Rauschtrinken (mindestens 1 Mal im Monat) auf der Basis des AUDIT-C.

Erhebungszeitpunkte/-Periodik: KiGGS Basis (2003-2006); KiGGS 1 (2009-2012)

Baseline Ergebnisse: KiGGS1 2009-2012

Quelle: Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Alkoholkonsum. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin

www.kiggs-studie.de (Stand: 01.11.2014)

|  | <b>Gesamt</b> | <b>Männer</b> | <b>Frauen</b> |
|--|---------------|---------------|---------------|
|  | Angaben in %  |               |               |
| <b>Lebenszeitprävalenz</b>   | 54,4          | 53,9          | 54,8          |
| <b>Risikokonsum<sup>1</sup></b>  | 15,8          | 15,1          | 16,5          |
| <b>Rauschtrinken<sup>2</sup></b>   | 11,5          | 13,1          | 9,8           |
| Legende:   |               |               |               |
| 1= Summenscore von $\geq 4$ bei Mädchen und $\geq 5$ bei Jungen                      |               |               |               |
| 2= Mindestens 1 Mal im Monat 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit |               |               |               |

d) HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

Altersgruppe: Schulkinder (11, 13 und 15 Jahre)

Kategorien: regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich); Rauschtrinken (Lebenszeitprävalenz)

Erhebungszeitpunkte/-Periodik: regelmäßig; letzte Erhebung 2009/2010

Baseline Ergebnisse: 2009/ 2010

Quelle: HBSC-Team Deutschland\* (2012). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

Quelle: HBSC-Team Deutschland\* (2011). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Binge Drinking/Rausch-trinken bei Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

|  | Gesamt       |         | 11 Jahre         |         | 13 Jahre |         | 15 Jahre |         |
|--|--------------|---------|------------------|---------|----------|---------|----------|---------|
|  | Jungen       | Mädchen | Jungen           | Mädchen | Jungen   | Mädchen | Jungen   | Mädchen |
|  | Angaben in % |         |                  |         |          |         |          |         |
| <b>regelmäßiger Alkoholkonsum<sup>1</sup></b>  | 11,3         | 6,2     | 1,4 <sup>3</sup> | 0,6     | 6,4      | 1,8     | 28,1     | 15,3    |
| <b>Rauschtrinken<sup>2</sup></b>   | 12,8         | 11,1    | 1,2              | 0,6     | 5,5      | 3,2     | 34,4     | 27,8    |
| Legende:   |              |         |                  |         |          |         |          |         |
| 1= mindestens ein Mal pro Woche ein alkoholisches Getränk  |              |         |                  |         |          |         |          |         |
| 2= Anteil derer, die jeweils bei 2 oder mehr Gelegenheiten betrunken waren (Lebenszeitprävalenz) |              |         |                  |         |          |         |          |         |

#### e) ESPAD – Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen

Altersgruppe: Schulkinder (9. und 10. Klasse) in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen.

Indikatorenauswahl: Lebenszeit-, 12-Monats-, 30 Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums; 30-Tage-Prävalenz des Konsums verschiedener Getränkearten; Lebenszeit-12-Monats-, 30-Tage Frequenz des Alkoholkonsums; Verteilung von Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag in den letzten 7 Tagen; Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz der subjektiv erlebter Rauscherfahrung.

Erhebungszeitpunkte/-Periodik: 2003, 2007, 2011

Ergebnisse siehe: Kraus L, Pabst A, Piontek D (2011) Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Bd. 181. München. Institut für Therapieforschung.

#### *Alkoholkonsum in Deutschland in Litern reinen Alkohols pro Einwohner/in*

Baseline Ergebnis 2012: 11,5 Liter pro Kopfkonsum in Litern reinen Alkohols von über 14-Jährigen (alkoholische Getränke insgesamt). (Indikator 46 der ECHIShortlist).

Quelle: Verbrauchssteuerstatistik (Statistisches Bundesamt); Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Statistisches Bundesamt)

## **Eindämmung gesundheitlicher und sozialer Schäden (Intoxikation, Unfälle, Gewalt, besondere Personengruppen)**

*Alkoholintoxikation mit Krankenhausaufnahme*

### Krankenhausdiagnosestatistik (Statistisches Bundesamt)

Datengliederung nach ICD 10, absolute Fallzahl, Kurzlieger, Stundenfälle, Sterbefälle), gegliedert nach Alter und Geschlecht

Ergebnisse siehe: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

*Verkehrsunfälle unter dem Einfluss von Alkohol*

### Straßenverkehrsunfallstatistik (Statistisches Bundesamt)

Ergebnisse siehe: Statistisches Bundesamt (2014) (Hrsg.) Verkehrsunfälle. Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol und anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt.

*Straftaten unter Einfluss von Alkohol*

### Polizeiliche Kriminalstatistik (Bundeskriminalamt) Bundeskriminalamt

Ergebnisse siehe: Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2015) Polizeiliche Kriminalstatistik 2014. Berlin.

| <b>Straftaten unter Alkoholeinfluss</b>   |             |   |             |   |             |
|---|-------------|---|-------------|---|-------------|
| <b>Tatverdächtige insgesamt</b>   |             | <b>Aufgeklärte Fälle von Gewaltkriminalität</b> |             | <b>Gefährliche und schwere Körperverletzung</b> |             |
| <b>2013</b>   | <b>2014</b> | <b>2013</b>                                     | <b>2014</b> | <b>2013</b>                                     | <b>2014</b> |
| Angaben in %  |             |   |             |   |             |
| 12,6  | 11,7        | 30,6  | 29,4        | 34,2  | 32,7        |
| <b>Alkoholeinfluss bei Tatausführung</b>  |             |   |             |   |             |
| liegt vor, wenn dadurch die Urteilskraft des Tatverdächtigen während der Tatausführung beeinträchtigt war. Maßgeblich ist ein offensichtlicher oder nach den Ermittlungen wahrscheinlicher Alkoholeinfluss. |             |   |             |   |             |

## **Indikatoren zur Suchthilfe und Behandlung**

### a) Deutsche Suchthilfestatistik

Ergebnisse siehe: [www.suchthilfestatistik.de/cms](http://www.suchthilfestatistik.de/cms)

Daten zur ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe und –behandlung (Daten zur Anzahl der Personen in Beratung/ Behandlung, Diagnose, Vermittlung, der beruflichen Situation der Klient(inn)en, Weiterbehandlung, Nachsorge etc.).

b) Fachverband Sucht e.V.

Basisdokumentation – ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im FVS (Daten zur Diagnose, zur Zeitdauer bis zum Antritt der Entwöhnungsbehandlung, Vermittlung, berufliche Integration etc.)

c) Deutsche Rentenversicherung

Reha-Bericht: die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik; Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Bereich der Rentenversicherung (Anzahl der Leistungen, Entwicklung der Anträge, Bewilligungen, erbrachte Leistungen) Statistikband Rehabilitation (umfassende Auswertung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für das jeweilige Berichtsjahr in der Bundesrepublik Deutschland; Aufgliederung nach Substanz, Geschlecht, Rentenversicherungsträger, Wohnort, Alter, Empfehlung für nachfolgende Maßnahmen, Personenkreis, Entlassungsform, Leistungsfähigkeit, Arbeit vor Antragsstellung und Stellung im Beruf, Behandlungsergebnis, Behandlungsdauer)

**Weitere Indikatoren:**

Die folgenden Indikatoren müssen noch detailliert erarbeitet werden:

- Alkoholbedingte Mortalität
- Alkoholbedingte Morbidität
- Alkoholkonsum in der Schwangerschaft
- Alkoholkonsum in der Stillzeit
- Prävalenz Fetaler Alkohol-Spektrum-Störungen

Weitere mögliche Indikatoren-Bereiche

- Problembewusstsein in der Bevölkerung
- Lebensphasen- und lebensweltorientierte Ansätze zur Alkoholprävention
- Alkoholbedingte Fehlzeiten
- Suchtbelastete Familien und ihre Kinder.

## **Mitglieder der Arbeitsgruppe 12 „Alkoholkonsum reduzieren“**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Prof. Dr. Elisabeth Pott    | Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung a.D., Köln (Vorsitz) |
| Dr. Matthias Albers         | Gesundheitsamt Köln / BVÖGD   |
| Gabriele Bartsch            | Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm                                   |
| Lutz Decker                 | Deutscher Städtetag, Köln   |
| Dr. Erika Goetz-Erdmann     | Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp), Witten                   |
| Prof. Dr. Rainer Hanewinkel | Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel                             |
| Bärbel Hinz                 | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin                |
| Ingeborg Holterhoff-Schulte | Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Hannover                           |
| Prof. Dr. Ulrich John       | Universität Greifswald  |
| Albert Kern                 | Bundesministerium für Gesundheit, Berlin  |
| Dr. Johannes Klein-Heßling  | Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin   |
| Dr. Joachim Köhler          | Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin  |
| Prof. Dr. Ludwig Kraus      | Institut für Therapieforschung, München   |
| Andrea Kuhn                 | GVG e.V., Köln  |
| Hans-Peter Lang             | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln                               |
| Dr. Cornelia Lange          | Robert Koch-Institut, Berlin  |
| Ilona Michels               | AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf                                |
| Barbara Müller-Simon        | Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin  |
| Prof. Dr. Götz Mundle       | Oberbergkliniken / Bundesärztekammer, Berlin                                      |
| Karin Niederbühl            | Verband der Ersatzkassen, Berlin  |
| PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf    | Universität Lübeck  |
| Dr. Dieter Schneider        | Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Bonn                          |



|                       |  |
|-----------------------|--|
| Wiebke Schneider      | Guttempler in Deutschland e.V., Hamburg                  |
| Katja Schnell         | Landesgesundheitsamt Baden Württemberg, Stuttgart        |
| Dr. Andreas Schoppa   | Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten/BMG, Bonn         |
| Waltraud Wagner       | IKK e.V. Berlin  |
| Gerald Wanka          | Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Sankt Augustin  |
| Birgit Weber-Reckers  | Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Bonn |
| Dr. Volker Weissinger | Fachverband Sucht e.V., Bonn                             |

## Literaturverzeichnis

- Adams, M., & Effertz, T. (2011). Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In V. Manfred, A. Batra, & K. Mann, *Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen* (S. 57-62). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Aschaffenburg, G. (1900). Alkoholgenuss und Verbrechen. Eine Kriminalpsychologische Studie. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*(20), S. 80-100.
- Auto Club Europa. (2015). *ACE Fact-Sheet zu Fahrrad und Alkohol*.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., & Meyer, M. (2013). *Fehlzeiten-Report 2013: Verdammt zum Erfolg - Die süchtige Arbeitsgesellschaft?* Berlin: Springer Verlag.
- Barmer GEK. (2012). *Gesundheitsreport 2012*. Abgerufen am 1. April 2015 von <https://firmenangebote.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Gesundheitsangebote-fuer-Beschaeftigte/Gesundheit-im-Unternehmen/Gesundheitsfakten/Gesundheitsreport/Gesundheitsreports-2012-PDF/Gesundheitsreport-2012.html>
- Bergmann, R. L., Spohr, H.-L., & Dudenhausen, W. J. (2006). *Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen*. München: Urban & Vogel.
- Bischof, G., John, U., Meyer, C., Hapke, U., & Rumpf, H.-J. (2003). Zur Versorgungslage von Rauchern und Personen mit riskantem Alkoholkonsum. In H.-J. Rumpf, & R. Hüllinghorst, *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen* (S. 45-58). Freiburg: Lambertus.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht*. Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2014). *Der Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2012: Zentrale Ergebnisse aus dem Alkoholsurvey*. Köln.
- Effertz, T., & Mann, K. (2013). The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction. *European Neuropsychopharmacology Journal*, 23(7), S. 742-748.
- Günthner, A., Weissinger, V., Fleischmann, H., Veltrup, C., Jäpel, B., & Längle, G. (2015). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen (AWMF). In A. Batra, & K. Mann, *S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"*.
- Hapke, U., Lippe, E. v., & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 809-813.

- Kaner, E. F., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., & Schlesinger, C. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Klein, M. (2005). Kinder aus suchtblasteten Familien. In R. Thomasius, & U. J. Küstner, *Familie und Sucht* (S. 52-59). Stuttgart: Schattauer.
- Konnopka, A., & König, H.-H. (2007). Direct and Indirect Costs Attributable to Alcohol Consumption in Germany. *Pharmacoconomics*, 25(7), S. 605-618.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., Gmel, G., Shield, K., Frick, H., et al. (2015). Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. *European Addiction Research*.
- Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T., & Rehm, J. (2015). Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. In *Suchttherapie: Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen* (S. 18-26). Thieme Verlag.
- Landgraf, M. N., Hilgendorff, A., & Heinen, F. (2014). Mütterlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und fetales Alkoholsyndrom: Risikofaktoren und ihre Bedeutung in der Prävention und frühen Diagnose. *Monatsschrift Kinderheilkunde*(10), S. 903-910.
- Landgraf, M., & Heinen, F. (2012). *S3 Leitlinie: Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms*. Abgerufen am 31. März 2015 von [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/022-025l\\_S3\\_Fetales\\_Alkohol-Syndrom\\_Diagnostik\\_Langfassung\\_2012-12.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-025l_S3_Fetales_Alkohol-Syndrom_Diagnostik_Langfassung_2012-12.pdf)
- Leggat, P. A., & Smith, D. R. (2009). Alcohol-Related Absenteeism: The Need to Analyse Consumption Patterns in Order to Target Screening and Brief Interventions in the Workplace. *Industrial Health*, 47(4), S. 345-347.
- Leune, J. (2014). Suchtkrankenhilfe in Deutschland : Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: Jahrbuch Sucht 2014* (S. 181-202). Berlin, Bremen, Miami, Riga, Rom, Viernheim, Zagreb: Pabst Science Publishers .
- May, P. A., & Gossage, J. P. (2001). Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary. *Alcohol Research & Health*, 25(3), S. 159-167.
- McQueen, J., Howe, T. E., Allan, L., Mains, D., & Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol user admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Müller, U., & Schröttle, M. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. *Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störung in Deutschland im Jahr 2012. *SUCHT*, 59(6), S. 321-331.

- Petschler, T., & Fuchs, R. (2000). Betriebswirtschaftliche Kosten und Nutzenaspekte innerbetrieblicher Alkoholprobleme. *Sucht Aktuell*, S. 14-18.
- PKS Bundeskriminalamt. (2010). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2010: Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden.
- Pöschl, G., & Seitz, H. K. (2004). Alcohol and Cancer. *Alcohol and Alcoholism*, 39(3), S. 155-165.
- Rehm, J., & Frick, U. (2011). Alkohol und Infektionskrankheiten. In M. V. Singer, A. Batra, & K. Mann, *Alkohol und Tabak - Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Robert Koch Institut. (2009). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?* Abgerufen am 31. März 2015 von [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Mauerfall.pdf;jsessionid=F9E02B0081E36CCEC94EEC3F92D04C26.2\\_cid290?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Mauerfall.pdf;jsessionid=F9E02B0081E36CCEC94EEC3F92D04C26.2_cid290?__blob=publicationFile)
- Rosenbrock, R., & Hartung, S. (2011). Settingansatz/Lebensweltansatz. In B. f. Aufklärung, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 497-500). Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Rübenach, S. P. (2007). Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. *Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik*, S. 278-290.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Bischof, G., & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bei Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*, 46, 9-17.
- Singer, M. V., Batra, A., & Mann, K. (2011). *Alkohol und Tabak - Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Verkehrsunfälle: Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2014). *Verkehrsunfälle 2013: Fachserie 8 Reihe 7*. Abgerufen am 1. April 2015 von [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/VerkehrsunfaelleJ2080700137004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/VerkehrsunfaelleJ2080700137004.pdf?__blob=publicationFile)
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Behandlungen aufgrund akuter Intoxikation (akuter Rausch durch Alkohol)*. Abgerufen am 31. 3 2015 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/DiagnoseAlkoholJahre.html>
- Streng, F. (2009). Kriminologische und strafrechtliche Befunde zum Thema "Alkohol und Kriminalität". In *Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen*,

*Regionalgruppe Nordbayern: Ursachen und Sanktionen von Jugendkriminalität* (S. 7-25). Erlangen.

Weissinger, V., & Schneider, R. (2015). Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben - Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement. In A. Weber, L. Peschkes, & W. E. de Boer, *Return to Work - Arbeit für alle: Grundlagen beruflicher Reintegration* (S. 622-656). Stuttgart: Gentner Verlag.

Weissinger, V., & Schneider, R. (2015). Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben - Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement. In A. Weber, L. Peschkes, & W. E. de Boer, *Return to Work - Arbeit für alle: Grundlagen beruflicher Reintegration*. Stuttgart: Gentner Verlag.

World Health Organisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.

World Health Organisation. (2014a). *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg.

World Health Organisation. (2014b). *Alcohol consumption: Levels and patterns (Germany)*. Abgerufen am 31. März 2015 von [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/deu.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/deu.pdf)