dkfz.
DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Alkoholatlas Deutschland 2017

Alkoholatlas
Deutschland
2017

DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Alkoholatlas Deutschland 2017

Autorinnen

Dr. Katrin Schaller | Dipl.-Biol. Sarah Kahnert | PD Dr. Ute Mons

in Zusammenarbeit mit

Dr. Cornelia Lange und
Dr. Kristin Manz
Robert Koch-Institut

Prof. Dr. Ludwig Kraus und
Dr. Daniela Piontek
IFT Institut für Therapieforschung

Michaela Goecke
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

sowie

Prof. Dr. Anil Batra, *Universitätsklinikum Tübingen*
PD Dr. Tobias Effertz, *Universität Hamburg*
Julia Feldmann, *Verein Programm Klasse 2000 e. V.*
Anke Schmidt, *Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH*
Susanne Schmitt, *Villa Schöpflin gGmbH – Zentrum für Suchtprävention*
Prof. Dr. med. Prof. h. c. (VRC) Helmut K. Seitz, *Salem Medical Centre Heidelberg*
Sarah Specht, MPH, *IFT Institut für Therapieforschung*

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Impressum

Herausgeber
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280
D-69120 Heidelberg

www.dkfz.de
www.tabakkontrolle.de
who-cc@dkfz.de

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

© 2017 Deutsches Krebsforschungszentrum

1. Auflage 2017

Verantwortlich
PD Dr. Ute Mons
Leiterin der Stabsstelle Krebsprävention
im Deutschen Krebsforschungszentrum

Gestaltung, Layout, Satz
Sarah Kahnert

Umschlag
Foto: © Igor Normann/Fotolia

Verlag
Pabst Science Publishers

Print: ISBN 978-3-95853-334-9
eBook: ISBN 978-3-95853-335-6

Lass dich gut beraten,
bevor du beginnst –
dann aber handle sofort.

Caius Sallustius Crispus Sallust
(86–36 v.Chr.), römischer Historiker

Inhalt

Vorworte ..... **VIII**

1 Alkoholprodukte, Herstellung, Handel und Marketing **1**

1.1 Biersorten und Bierherstellung 2
1.2 Bierproduktion und Bierhandel 4
1.3 Wein, verwandte Erzeugnisse und Weinherstellung 6
1.4 Weinbau und Weinhandel 8
1.5 Spirituosenarten und Spirituosenherstellung 10
1.6 Spirituosenproduktion und Spirituosenhandel 12
1.7 Alkoholmarketing 14

2 Wirkungen von Alkohol auf Körper und Gesundheit **17**

2.1 Aufnahme und Abbau von Alkohol im Körper 18
2.2 Physiologische Wirkungen von Alkohol 20
2.3 Gesundheitsschäden durch Alkoholkonsum 22
2.4 Alkohol und Krebs 24
2.5 Auswirkungen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft 26
2.6 Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Entwicklung von Jugendlichen 28
2.7 Alkoholabhängigkeit 30

3 Ausmaß des Alkoholkonsums und seiner gesundheitlichen Folgen **33**

3.1 Datenquellen, Definitionen und Methoden 34
3.2 Verbrauch von alkoholischen Getränken 36
3.3 Alkoholkonsum von Erwachsenen – Trends und Getränkearten 38
3.4 Alkoholkonsum von Erwachsenen – riskanter Konsum 40
3.5 Alkoholkonsum von Erwachsenen – alkoholbezogene Störungen 42
3.6 Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Trends 44
3.7 Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Getränkearten 46
3.8 Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – riskanter Konsum 48
3.9 Alkoholkonsum und sozialer Status 50
3.10 Durch Alkoholkonsum bedingte Erkrankungen 52
3.11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol 54
3.12 Akute Alkoholvergiftung und Abhängigkeit 56
3.13 Durch Alkoholkonsum bedingte Todesfälle 58

4 Soziale und ökonomische Aspekte des Alkoholkonsums ... **61**

4.1 Gesellschaftliche Folgen des Alkoholkonsums ... 62
4.2 Alkoholeinfluss bei Straftaten ... 64
4.3 Alkoholeinfluss bei Verkehrsunfällen ... 66
4.4 Ausgaben privater Haushalte für den Alkoholkonsum ... 68
4.5 Kosten des schädlichen Alkoholkonsums für die Gesellschaft ... 70
4.6 Alkoholsteuern ... 72

5 Alkoholprävention und Therapie der Alkoholabhängigkeit ... **75**

5.1 Strategien zur Alkoholprävention ... 76
5.2 Erhöhung von Alkoholsteuern als gesundheitspolitische Maßnahme ... 78
5.3 Beschränkungen der Abgabe und Verfügbarkeit von Alkohol ... 80
5.4 Werbebeschränkungen für alkoholische Getränke ... 82
5.5 Gesetzliche Regelungen zu Alkohol im Straßenverkehr ... 84
5.6 Beispiele für Suchtprävention für Kinder ... 86
5.7 Beispiele für Alkoholprävention und Aufklärung für junge Menschen ... 88
5.8 Beispiele für Alkoholprävention und Aufklärung für die Gesamtbevölkerung ... 90
5.9 Beispiele für Alkoholprävention während der Schwangerschaft ... 92
5.10 Beispiele für Alkoholprävention an Hochschulen und in Betrieben ... 94
5.11 Therapie der Alkoholabhängigkeit ... 96
5.12 Beratungs- und Therapieangebote ... 98

6 Alkoholkonsum in der Europäischen Union und dessen Folgen ... **101**

6.1 Alkoholkonsum von Erwachsenen in der Europäischen Union ... 102
6.2 Alkoholkonsum von Jugendlichen in der Europäischen Union ... 104
6.3 Folgen des Alkoholkonsums in der Europäischen Union ... 106

Literatur- und Abbildungsverzeichnis ... **108**

Vorworte

Prof. Dr. Michael Baumann

Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher Vorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums

Alkohol ist ein fester Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens – mit zum Teil schwerwiegenden Folgen. Zwar ist er in geringer Menge genossen gesundheitlich wenig bedenklich, ein erhöhter Alkoholkonsum ist aber ein bedeutender Risikofaktor für zahlreiche Krankheiten, darunter auch einige Krebsarten wie Leber- oder Mundhöhlenkrebs. Außerdem kann Alkoholkonsum aufgrund seiner psychoaktiven Eigenschaften in eine Abhängigkeit mit gravierenden persönlichen und sozialen Folgen führen. Zudem schaden durch Alkohol bedingte Unfälle und Straftaten der gesamten Gesellschaft.

Daher liegt es im gesellschaftlichen Interesse, zur Vorbeugung von Krebs, weiteren alkoholbedingten Erkrankungen sowie der negativen gesellschaftlichen Folgen den riskanten Alkoholkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren. Insbesondere in einer alternden Gesellschaft – auch Krebs ist eine Erkrankung, die mit dem Alter zunimmt – ist die Prävention von krankheitsfördernden Faktoren wichtig. Hier ist auch die Politik gefragt, denn in der Alkoholprävention gilt eine Mischung aus politischen Maßnahmen und Aufklärung als besonders wirksam.

Der Alkoholatlas fasst zahlreiche Daten, die ansonsten über verschiedenste wissenschaftliche Zeitschriften und Fachpublikationen verteilt sind, verständlich und mit vielen Abbildungen in einem einzigen Werk zusammen und macht sie so einem breiten Publikum zugänglich. Der Atlas soll als umfassendes, anschauliches Grundlagenwerk dazu beitragen, in Politik und Bevölkerung das Wissen über die Probleme des Alkoholkonsums zu erhöhen und zu einer gesellschaftlichen Debatte anzuregen. So kann er als wichtige Grundlage für Maßnahmen zur Alkohol- und Krebsprävention dienen. In diesem Sinne wünsche ich dem Alkoholatlas eine hohe und weitreichende Wirkung.

Dr. Martina Pötschke-Langer

Vorstandsvorsitzende des Aktionsbündnisses Nichtrauchen, bis 2016 Leiterin der Stabsstelle Krebsprävention am Deutschen Krebsforschungszentrum

Atlanten sind ein wichtiges Instrument der Wissens- und Wissenschaftskommunikation. Sie zeigen auf einen Blick regionale Unterschiede und bieten schnell erfassbare Informationen, so dass ein Überblick über das Thema leicht erfolgen kann. Sie bündeln nicht nur die verschiedensten Statistiken und Daten in einem Band, sondern vermitteln diese Politikern, Journalisten und einer breiten Öffentlichkeit auch in anschaulicher und leicht verständlicher Weise.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat mit dem Tabakatlas Deutschland 2009 und dem Tabakatlas Deutschland 2015 bereits eine erfolgreiche Atlasreihe zu dem bedeutendsten Krebsrisikofaktor, dem Rauchen, begründet. Der Tabakatlas wird insbesondere von Politikern als informatives Handbuch geschätzt. Mit dem Alkoholatlas Deutschland 2017 weist das Deutsche Krebsforschungszentrum nun auf die Bedeutung eines weiteren wichtigen Risikofaktors für Krebserkrankungen, den Alkoholkonsum, hin. In Deutschland trinken rund 18 Prozent der erwachsenen Männer und etwa 14 Prozent der Frauen riskante Mengen Alkohol – ein nicht zu vernachlässigendes Gesundheits- und Krebsrisiko.

Zur Alkoholprävention wurden in Deutschland bisher gesetzliche und gesundheitspolitische Maßnahmen nur wenig ausgeschöpft. Ich hoffe, dass der Alkoholatlas in ähnlicher Weise wie der Tabakatlas dazu beitragen kann, eine gesellschaftliche Debatte anzustoßen und den Weg für wirksame Präventionsmaßnahmen zu ebnen.

N
M T
Saury

Alkoholprodukte, Herstellung, Handel und Marketing

1

1.1 Biersorten und Bierherstellung

Bier, das aus Malz durch alkoholische Gärung hergestellt wird, ist eines der ältesten alkoholischen Getränke. Bereits um 6 000 v. Chr. in Kleinasien getrunken, wurde es allerdings wahrscheinlich mehrfach von verschiedenen Kulturen entwickelt.

In Deutschland wird Bier nach dem im Jahr 1516 in Bayern erlassenen Reinheitsgebot gebraut. Dieses legt fest, dass zum Bierbrauen nur Wasser, Malz, Hopfen und Hefe verwendet werden dürfen, wobei Hefe ursprünglich nicht genannt war, da sie damals noch nicht bekannt war.

Die nach europäischem Recht für Bier zugelassenen Zusatzstoffe dürfen auch in Deutschland bei der Bierherstellung verwendet werden, sofern nicht erklärt wird, das Bier sei nach dem Reinheitsgebot gebraut worden. Die verwendeten Zusatzstoffe müssen vermerkt werden. Zudem kann in allen Bundesländern außer in Bayern eine Ausnahmegenehmigung zur Herstellung „besonderer Biere“ beantragt werden. Für solche Biere dürfen außer Wasser, Malz, Hopfen und Hefe weitere Zutaten verwendet werden. Im Ausland nicht nach dem Reinheitsgebot hergestelltes Bier darf auch in Deutschland verkauft werden.

Bierherstellung | Der erste Schritt des Bierbrauens ist die Malzbereitung, bei der man Getreide – zumeist Gerste – zunächst keimen und dann trocknen (Darren) lässt. Das geschrotete Malz wird bei der anschließenden Würzbereitung mit Wasser zu Maische vermischt und erwärmt, um die Malzstärke in Zucker umzuwandeln. Im nächsten Schritt werden die festen Bestandteile, der Malztreber, von der flüssigen Würze getrennt (Läutern). Die Würze wird durch einen Kochprozess konzentriert und dabei auf die gewünschte Stammwürze eingestellt; bei diesem Prozess wird der geschmackgebende Hopfen zugefügt. Durch Beigabe von Hefe wird die Gärung gestartet. Nach abgeschlossener Gärung wird das Jungbier zur Nachgärung mehrere Wochen gelagert, bevor es gefiltert und abgefüllt wird. Je nach Art der verwendeten Hefe werden obergäriges und untergäriges Bier unterschieden.

Bierart	Obergäriges Bier	Untergäriges Bier
Hefeart	*Saccharomyces cerevisiae* bildet Sprossverbände, die bei der Gärung durch die aufsteigende Kohlensäure an die Oberfläche getragen werden	*Saccharomyces carlsbergensis* keine Sprossverbände; Zellen sinken während des Gärprozesses auf den Boden des Gärtanks
Gärtemperatur/-dauer	15 bis 25 °C / 3 bis 6 Tage	5 bis 10 °C / 6 bis 10 Tage
verwendetes Malz	Malz verschiedener Getreidearten	ausschließlich Gerstenmalz
typische Biersorten	Alt, Kölsch, Weizen	Pils, Lager, Export

Einteilung von Bieren nach der verwendeten Hefeart

Brauvorgang

Einteilung von Bieren nach dem Stammwürzegehalt

Die Stammwürze ist ein Maß für die Stärke des Bieres. Sie gibt den Anteil der aus dem Malz herausgelösten Stoffe (Malzzucker, Eiweiß, Vitamine, Aromen) in der unvergorenen Würze an. Beim Gärprozess werden daraus zu je etwa einem Drittel Alkohol, Kohlensäure und Restextrakt. Nach Stammwürzegehalt werden folgende Biergattungen unterschieden:

- Bier mit niedrigem Stammwürzegehalt (< 7 Prozent)
- Schankbier (≥ 7 bis < 11 Prozent)
- Vollbier (≥ 11 bis < 16 Prozent)
- Starkbier (≥ 16 Prozent)

Pils

Vollbier | ≥ 11 %
ø 4,8 % vol | untergärig

Pils wird mit weichem Wasser gebraut und hat einen hohen Hopfengehalt. Es wurde erstmals im Jahr 1842 im böhmischen Pilsen gebraut. In Deutschland ist Pils die meistverkaufte Biersorte.

Weizen

Vollbier | 11–14 %
5–6 % vol | obergärig

Das Weizenbier (Weißbier) stammt aus Bayern und wird aus Gerste mit einem Weizenmalzanteil von mindestens 50 Prozent gebraut. Es gibt es filtriert („kristallklar“) und hefetrüb.

Lager | Export

Schank-/Vollbier | 10–14 %
4,6–5,6 % vol | untergärig

Lager- und Exportbiere wurden früher für den Transport an entfernte Orte gebraut und mussten deswegen länger haltbar sein, was durch eine hohe Stammwürze erreicht wurde. Lagerbier wird vorwiegend in Bayern und Baden-Württemberg gebraut.

Bockbier

Starkbier | ≥ 16 %
≥ 7 % vol | ober-/untergärig

Bockbier stammt aus Norddeutschland, wo es zum ersten Mal im Jahr 1351 in Einbeck bei Hannover gebraut wurde. Nach der Verbreitung in Süddeutschland änderte sich der Name des Bieres von „nach einpöckscher Brauart“ in Bockbier.

Alt

Vollbier | ø 11,5 %
ø 4,8 % vol | obergärig

Der Name des Altbiers leitet sich daher ab, dass es nach „alter“, traditioneller Brauweise (obergäriges Brauverfahren), hergestellt wird. Seinen Ursprung hat es im Niederrheingebiet des 19. Jahrhunderts. Als Hochburg des Altbiers gilt Düsseldorf.

Kölsch

Vollbier | ø 11,3 %
ø 4,8 % vol | obergärig

Entsprechend der Kölsch-Konvention von 1985 darf Kölsch nur von in Köln und im direkten Umland ansässigen Brauereien hergestellt werden. Es wird in der sogenannten Kölner Stange ausgeschenkt. Gebraut wird es seit Anfang des 20. Jahrhunderts.

Schwarzbier

Vollbier | ≥ 11 %
4,8–5,0 % vol | untergärig

Schwarzbier wurde bereits im 16. Jahrhundert gebraut (damals obergärig) und war neben anderen dunklen Bieren lange Zeit die vorherrschende Biersorte, da es erst seit Anfang des 20. Jahrhunderts gelang, auch mit hellem Malz ein schmackhaftes Bier herzustellen.

Alkoholfreies Bier | Leichtbier

Schank-/Vollbier | 7–12 %
≤ 0,5 | 2,0–3,2 % vol | ober-/untergärig

Bei der Herstellung von alkoholfreiem Bier, das maximal 0,5 Volumenprozent Alkohol enthalten darf, sowie von Leichtbier wird entweder der Gärprozess unterbrochen oder der Alkohol wird nach Ende des Brauvorgangs entzogen.

Malzbier | Malztrunk

Vollbier | 11–12 %
1,5 % vol | < 0,5 % vol | obergärig

Bei Malzbier und Malztrunk werden am Ende des Brauprozesses Kohlensäure und Zuckerkulör (schwarze Lebensmittelfarbe) zugesetzt, beim Malztrunk auch Zucker.

Biermischgetränke

je nach verwendeter Biergattung
ø 2,7 % vol | je nach verwendeter Bierart

Biermischgetränke sind eine Mischung aus Bier und Erfrischungsgetränken, wobei der Biergehalt mindestens 50 Prozent beträgt. Brauereien dürfen erst seit 1993 Biermischgetränke herstellen; davor mussten Biermischgetränke vor den Augen des Gastes zubereitet werden.

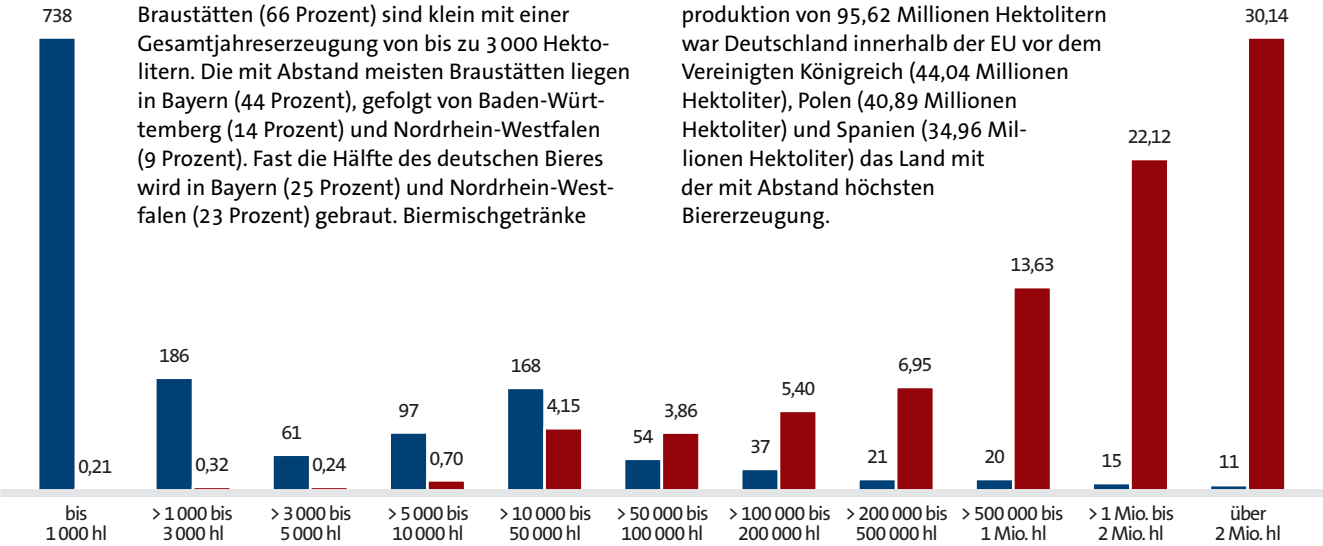
Ausgewählte Biersorten | Biergattung, Stammwürzegehalt in Prozent, Alkoholgehalt in Volumenprozent, Bierart

1.2 Bierproduktion und Bierhandel

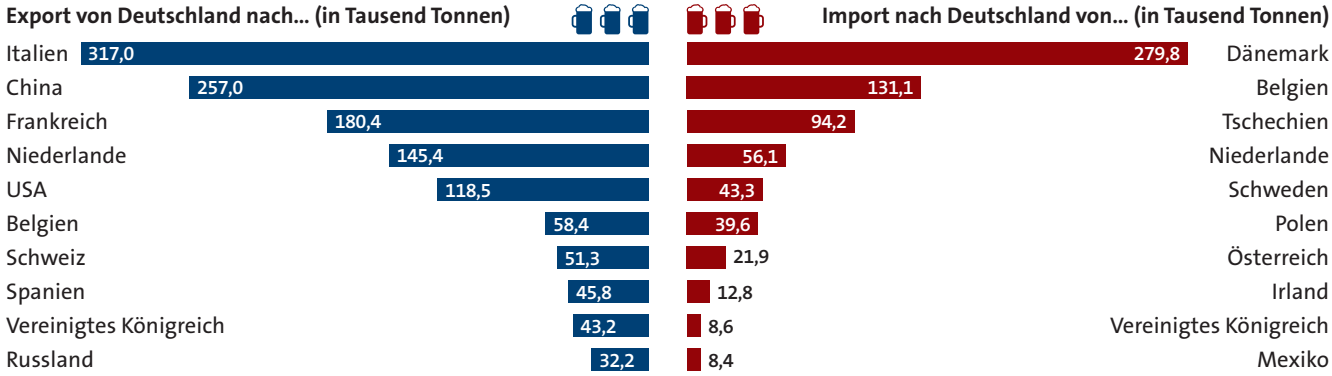
Hopfen wird in Deutschland insgesamt auf 19 000 Hektar angebaut, in erster Linie in Bayern, wo mit der Hallertau das weltweit größte zusammenhängende Hopfenanbaugebiet liegt.

Im Jahr 2016 gab es in Deutschland 1 408 Braustätten, wobei mehrere Braustätten zu einer Brauerei gehören können. Es gibt allerdings nur wenige Großbrauereien; die meisten Braustätten (66 Prozent) sind klein mit einer Gesamtjahreserzeugung von bis zu 3 000 Hektolitern. Die mit Abstand meisten Braustätten liegen in Bayern (44 Prozent), gefolgt von Baden-Württemberg (14 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (9 Prozent). Fast die Hälfte des deutschen Bieres wird in Bayern (25 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (23 Prozent) gebraut. Biermischgetränke werden in erster Linie in Nordrhein-Westfalen (32 Prozent) hergestellt, gefolgt von Rheinland-Pfalz/Saarland (16 Prozent), Bayern (14 Prozent) und Niedersachsen/Bremen (8,8 Prozent).

Im europäischen Vergleich war Deutschland im Jahr 2015 das Land mit den zweitmeisten Brauereien (1 388) hinter dem Vereinigten Königreich (1 880). Mit einer Jahresbierproduktion von 95,62 Millionen Hektolitern war Deutschland innerhalb der EU vor dem Vereinigten Königreich (44,04 Millionen Hektoliter), Polen (40,89 Millionen Hektoliter) und Spanien (34,96 Millionen Hektoliter) das Land mit der mit Abstand höchsten Biererzeugung.

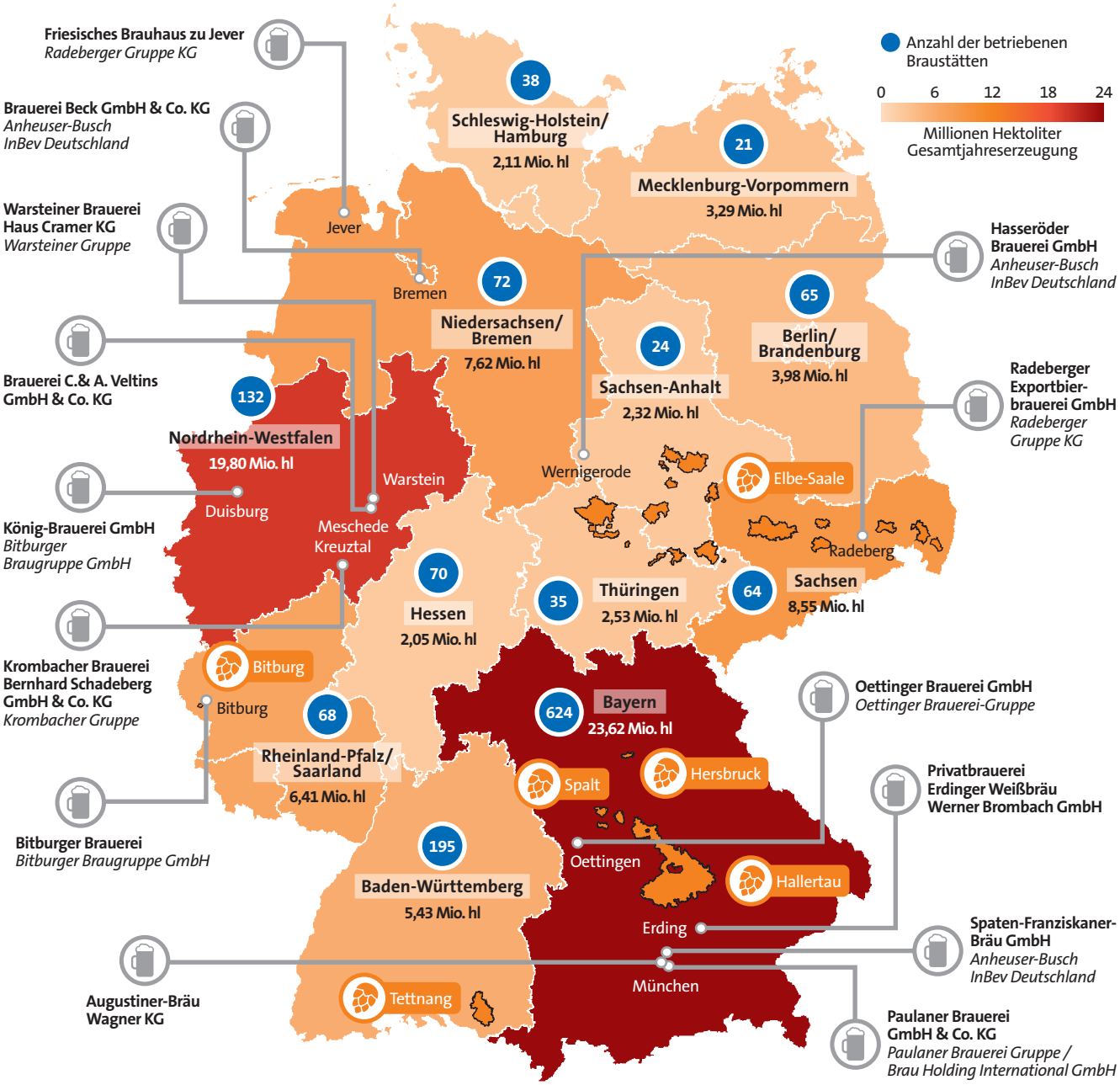


Anzahl der betriebenen Braustätten und Gesamtjahreserzeugung von Bier (ohne alkoholfreie Biere und Malztrunk) in Millionen Hektolitern nach Betriebsgrößenklassen | Daten: Biersteuerstatistik 2016



Zehn weltweit führende Länder für den Export und Import von Bier aus und nach Deutschland in Tausend Tonnen | Daten: Außenhandelsstatistik 2016

Deutschland gehört weltweit zu den größten Bierexporteuren und war auch innerhalb der EU im Jahr 2015 mit rund 15,86 Millionen Hektolitern der größte Exporteur von Bier (9,69 Millionen Hektoliter Export innerhalb der EU, 6,16 Millionen Hektoliter außerhalb der EU). Die Bierexporte gehen vor allem nach Italien, China, Frankreich, die Niederlande und die USA. Gleichzeitig war Deutschland nach dem Vereinigten Königreich, Frankreich und Italien mit 6,50 Millionen Hektolitern der viertgrößte Bierimporteur der EU (6,37 Millionen Hektoliter Importe von innerhalb der EU, 0,1 Millionen Hektoliter von außerhalb der EU). Deutschland kauft Bier vor allem in Dänemark, Belgien und Tschechien ein.



● Anzahl der betriebenen Braustätten und Gesamtjahreserzeugung von Bier (ohne alkoholfreie Biere und Malztrunk) in Millionen Hektolitern im Jahr 2016 nach Bundesländern, Stammsitz der Brauereien der Biermarken mit dem größten Ausstoß im Jahr 2015 sowie Hopfenanbaugebiete in Deutschland | Daten: Biersteuerstatistik 2016

1.3 Wein, verwandte Erzeugnisse und Weinherstellung

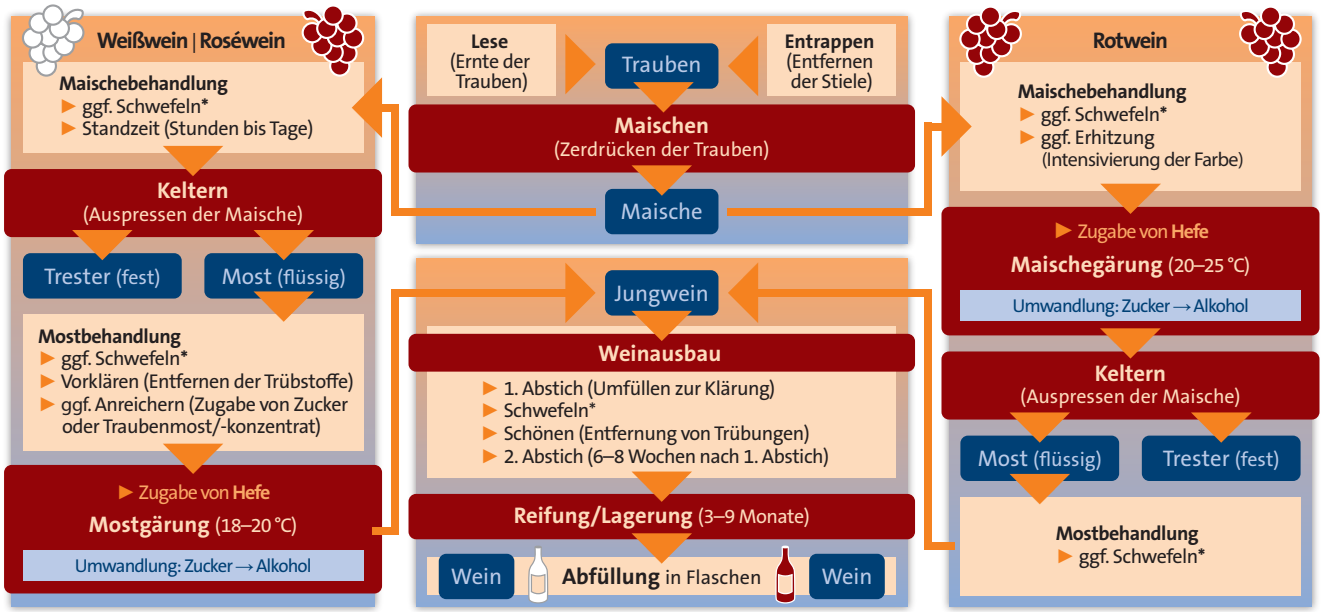
Die Weinrebe (*vitis vinifera*) aus der Familie der Weinrebengewächse stammt aus dem Mittelmeerraum, Mitteleuropa und Südwestasien. Sie wurde bereits um 3 500 v. Ch. von den Ägyptern, Babyloniern und Indern angebaut und gehört damit zu den ältesten Kulturpflanzen. Heute gibt es mehr als 16 000 Rebsorten, von denen in Deutschland vom Bundessortenamt rund 100 saatgutrechtlich zum Anbau zugelassen sind.

Weinherstellung | Nach der Lese werden zumeist die Stiele von den Beeren entfernt (Entrappen), dann werden die Beeren in der Traubenmühle zu Maische gequetscht. Bei der Herstellung von Rotwein wird die Maische vergoren, um die Farbstoffe aus den Trauben freizusetzen. Bei der Herstellung von Weiß- und Roséwein wird die Maische nach kurzer Ruhezeit zur Abtötung von Mikroorganismen geschwefelt und anschließend gekeltert, um den Most von den festen Rückständen, dem Trester, zu trennen. Durch Zugabe von Hefe wird die Gärung gestartet. Von dem dabei entstehenden Jungwein wird die Hefe abgetrennt (Abstich) und der Wein wird zum Schutz vor Oxidation geschwefelt. Bei der anschließenden Schönung werden feine Schwebteilchen entfernt, bevor ein zweiter Abstich gemacht wird. Vor der Abfüllung in Flaschen wird der Wein unterschiedlich lange zur Reifung gelagert.

Die wichtigsten Weinarten sind Weißwein (ausschließlich aus weißen Trauben), Rotwein (ausschließlich aus roten Trauben) und Rosé (ausschließlich aus roten Trauben, blass- bis hellrot).

Anbau, Verarbeitung und Bezeichnung des Weins werden durch das Weingesetz und die Weinverordnung geregelt. Nach dem deutschen Weinrecht wird Wein in verschiedene Güteklassen (Wein, Landwein, Qualitätswein, Prädikatswein) eingeteilt. In Deutschland sind 72 Prozent der gesamten Weinproduktion Qualitätswein, 24 Prozent Prädikatswein und 4 Prozent Wein oder Landwein.

Herstellung von Schaumwein | Zur Herstellung von Schaumwein werden zumeist mehrere Grundweine verschnitten (Cuvée) und vor dem Vergären mit Zucker versetzt. Die Gärung findet in druckfesten Behältern statt (Flaschen- oder Tankgärung). Nach der Gärung wird die Hefe entfernt und dem Getränk zur Geschmacksabstimmung in Wein gelöster Zucker (Versanddosage) zugesetzt.



*Schwefeln dient u. a. dem Schutz vor Oxidation, der Inaktivierung von Enzymen sowie der Unterdrückung von Mikroorganismen.

Weinherstellung

Wein

alkoholische Gärung aus Trauben oder Traubenmost
Geschmack und Qualität des Weines werden maßgeblich mitbestimmt durch die Bodenverhältnisse, klimatische Bedingungen, die Rebsorten, den Lesezeitpunkt und die Kellertechnik

Qualitätsstufe	Alkoholgehalt	Herkunft
Deutscher Wein	mind. 8,5 % vol Anreicherung erlaubt	Trauben zu 100 % aus Deutschland
Landwein	mind. 8,5 % vol Anreicherung erlaubt	Trauben zu mind. 85 % aus angegebener Region
Qualitätswein/Qualitätswein bestimmter Anbaugebiete (b. A.)	mind. 7,0 % vol Anreicherung mit Traubenmost erlaubt	Trauben zu 100 % aus einem bestimmten Anbaugebiet
Prädikatswein Prädikatsstufen: Kabinett, Spätlese, Auslese,Beerenauslese, Trockenbeerenauslese, Eiswein	mind. 7,0 % vol Beerenauslese, Trockenbeerenauslese, Eiswein: mind. 5,5 % vol Anreicherung verboten	Trauben zu 100 % aus einem bestimmten Anbaugebiet Besonderheit: amtliche Prüfungsnummer

Schaumwein

eine oder zwei alkoholische Gärungen aus Trauben, Most oder Wein; CO_2 aus Gärprozess (endogen)
Wein mit Kohlensäure, CO_2-Druck bei 20 °C: ≥ 3 bar, bei Qualitätsschaumwein ≥ 3,5 bar; CO_2 entweicht beim Öffnen; spezielle Flaschen mit durch einen Drahtbügel festgehaltenem Korken; Korken und Flaschenhals mit Folie ummantelt; bei Qualitätsschaumwein: amtliche Prüfungsnummer
Schaumwein, Qualitätsschaumwein (Sekt) und Qualitätsschaumwein bestimmter Anbaugebiete (Sekt b. A.)
mind. 9,5 % vol, bei Qualitätsschaumwein 10 % vol

Perlwein

CO_2 aus Gärprozess (endogen) oder zugesetzt (exogen)
Wein mit Kohlensäure, CO_2-Druck bei 20 °C: 1 bis 2,5 bar; darf nicht mit Schaumwein verwechselbar sein, daher Schraubverschluss, Kronkorken oder Korken mit Folien oder Bändern
Perlwein mit zugesetzter Kohlensäure, Perlwein und Qualitätsperlwein bestimmter Anbaugebiete (b. A.)
mind. 7 % vol

Likörwein

aus Traubenmost und/oder teilweise gegorenem Traubenmost und/oder Wein + Alkohol ggf. + konzentrierter Traubenmost
mind. 15 % vol und höchstens 22 % vol
Madeira, Portwein

Weinhaltige Getränke

aus Wein, Perlwein, Perlwein mit zugesetzter Kohlensäure, Schaumwein, Schaumwein mit zugesetzter Kohlensäure oder Likörwein, wobei diese miteinander gemischt werden dürfen (Verschnitt)
keine Gärung im Herstellungsprozess; Weinanteil: > 50 %
Bowle, Schorle, Kir

Aromatisierter Wein | aromatisierte weinhaltige Getränke | aromatisierte weinhaltige Cocktails

Wein, ggf. + Traubenmost (Wein mind. 75 %) bzw. weinhaltiges Getränk (mind. 50 %) bzw. Wein und/oder Traubenmost (mind. 50 %) + Aromatisierung (Aromen, Gewürze) + Süßung (ggf. + Alkohol + Färbung)
14,5 bis < 22 % vol | 4,5 bis < 14,5 % vol | 1,2 bis < 10 % vol
Wermut, Bitter Vino | Sangria, Glühwein | weinhaltiger Cocktail

Weinähnliche Getränke

alkoholische Gärung aus Früchten (außer Weintrauben), Rhabarber, Malz oder Honig
weinähnliche Getränke müssen die Ausgangsstoffe in Wortverbindung mit „-wein“ tragen
je nach verwendeter Frucht mind. 2 % vol bis max. 11 % vol; Apfel- und Birnendessertwein mind. 12 % vol
Apfelwein

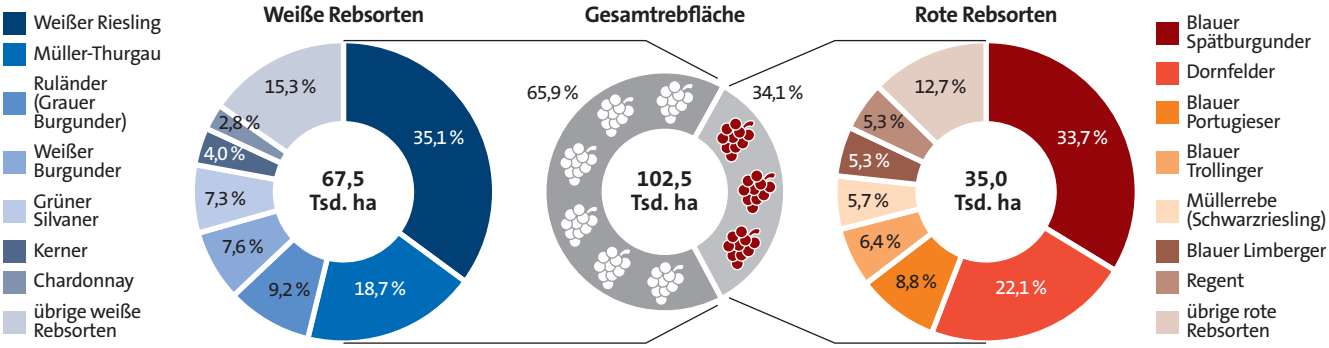
Wein und verwandte Erzeugnisse | Herstellung, charakteristische Eigenschaften/Besonderheiten, Qualitätskriterien/-stufen, Alkoholgehalt, Beispiele

1.4 Weinbau und Weinhandel

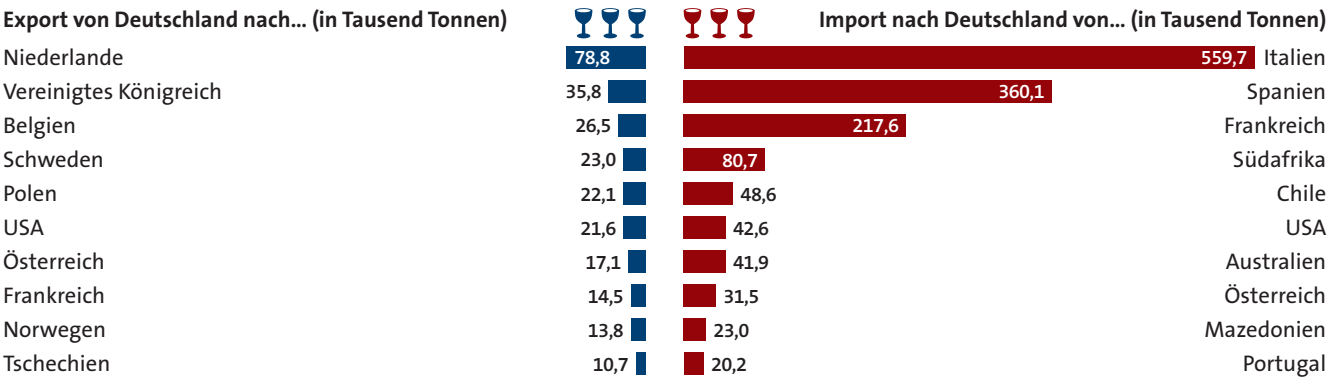
Wein wird in Deutschland auf rund 102 500 Hektar Fläche in 13 Hauptweinbaugebieten von über 43 000 Weingütern angebaut. Drei Viertel der Weinanbaufläche liegen in den Weinbaugebieten Rheinhessen, Pfalz, Baden und Württemberg. Der größte Anteil der Rebflächen liegt mit 26 Prozent der gesamten Rebfläche im Anbaugebiet Rheinhessen, gefolgt von Pfalz (23 Prozent), Baden (15 Prozent), Württemberg (11 Prozent) und Mosel (9 Prozent). Die meisten Weinbaubetriebe – über die Hälfte – liegen jedoch in Baden (31 Prozent) und in Württemberg (23 Prozent). Häufig sind Weingüter familiengeführte Betriebe, die neben Wein oftmals auch Schaumwein produzieren. Zahlreiche Weingüter sind in Winzergenossenschaften zusammengeschlossen, die den Wein zentral keltern und vermarkten.

66 Prozent der Rebfläche sind mit Weißwein bestellt, 34 Prozent mit Rotwein. Die wichtigsten weißen Rebsorten sind Weißer Riesling und Müller-Thurgau, die zusammen 54 Prozent der gesamten Rebfläche für Weißwein einnehmen, gefolgt von Ruländer (Grauer Burgunder), Weißem Burgunder und Grünem Silvaner. Die wichtigsten roten Rebsorten sind Blauer Spätburgunder und Dornfelder, die zusammen 56 Prozent der Rebfläche für Rotwein einnehmen, gefolgt von Blauem Portugieser und Blauem Trollinger.

Im europäischen Vergleich produzierte Deutschland im Jahr 2015 auf nur rund drei Prozent der europäischen Rebfläche 5,1 Prozent der europäischen Produktion von Weintrauben zur

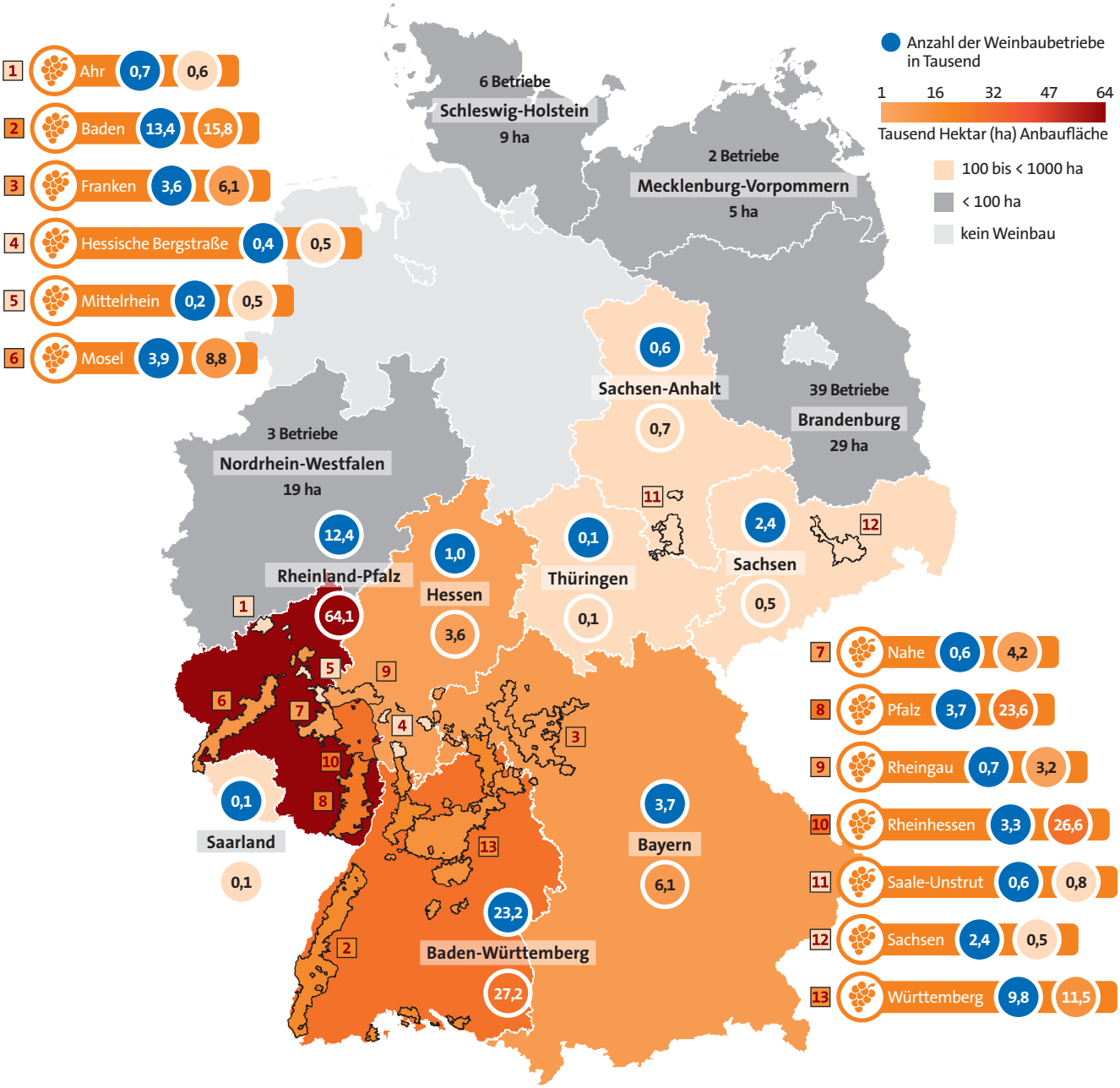


Mit weißen und roten Keltertrauben bestockte Rebfläche in Tausend Hektar nach Rebsorten, die am häufigsten in Deutschland angebaut werden | Daten: Rebflächenerhebung 2016



Zehn weltweit führende Länder für den Export und Import von Wein aus und nach Deutschland in Tausend Tonnen | Daten: Außenhandelsstatistik 2016

Weinherstellung und liegt damit hinter den Hauptproduzenten Italien (29,4 Prozent), Frankreich (26,3 Prozent) und Spanien (23,6 Prozent) auf dem vierten Platz. Beim Weinexport lag Deutschland im Jahr 2016 hinter Italien, Frankreich, Spanien und Portugal auf Rang fünf, wobei Deutschland Wein innerhalb der EU vor allem in die Niederlande und das Vereinigte Königreich und außerhalb der EU in die USA, nach Norwegen und in die Schweiz exportiert. Gleichzeitig ist Deutschland nach dem Vereinigten Königreich der zweitgrößte Weinimporteur der EU, wobei es den Wein innerhalb der EU in erster Linie aus Italien, Spanien und Frankreich und außerhalb der EU vor allem aus Südafrika, Chile, den USA und Australien einführt.



Anzahl der Weinbaubetriebe in Tausend und Größe der Rebflächen in Tausend Hektar nach Bundesländern und Hauptweinbaugebieten | Daten: Grunderhebung der Rebflächen 2015

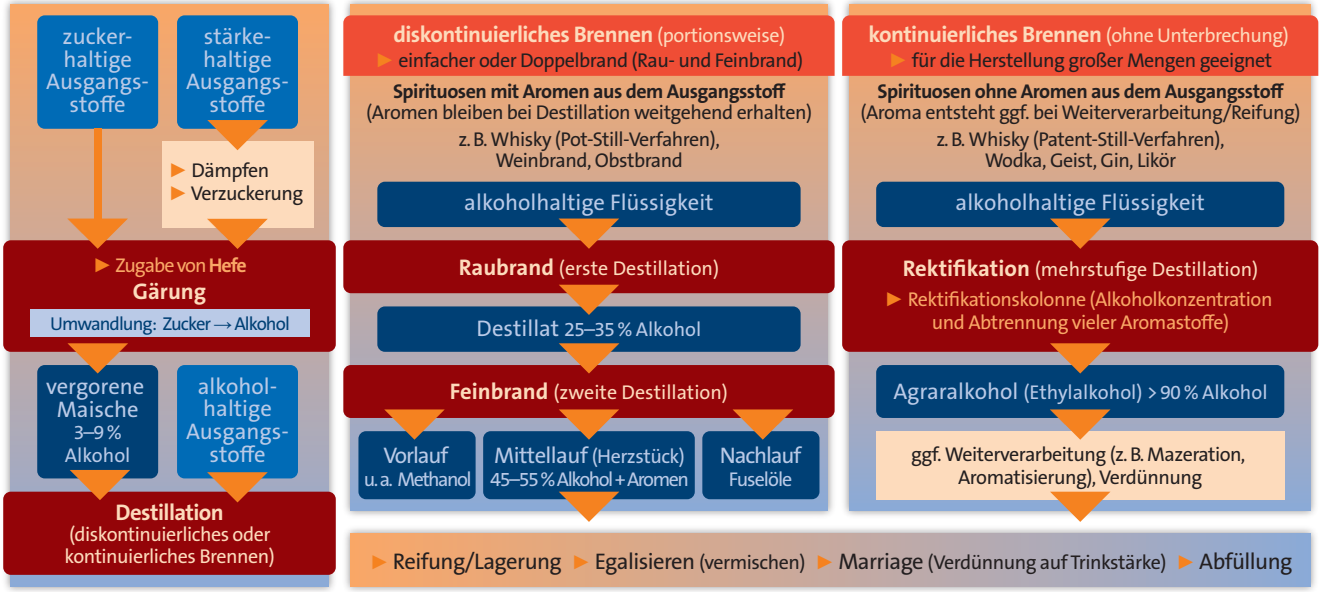
1.5 Spirituosenarten und Spirituosenherstellung

Spirituosen sind alkoholische Getränke, die für den menschlichen Verzehr bestimmt sind, besondere sensorische Eigenschaften (Geruch, Geschmack) aufweisen, mindestens 15 Volumenprozent (% vol) Alkohol enthalten (Ausnahme: Eierlikör, 14 % vol) und nach einem der folgenden Verfahren hergestellt werden, wobei ausschließlich Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs (Agraralkohol) verwendet werden darf:

- Destillation aus natürlich vergorenen Erzeugnissen
- Mazeration (Herauslösen von Aromen aus pflanzlichen Stoffen durch Zugabe von Alkohol)
- Zusatz von Aromastoffen, Zucker oder sonstigen süßenden Erzeugnissen wie Karamell oder Honig zu Alkohol, Destillaten oder Spirituosen
- durch Mischen einer Spirituose mit anderen Spirituosen, Alkohol, Destillaten landwirtschaftlichen Ursprungs, anderen alkoholischen Getränken und/oder Getränken.

Die einzelnen Endprodukte unterschieden sich stark im Alkoholgehalt (15 bis 80 Volumenprozent und mehr) und je nach Herstellungsmethode in ihrer Zusammensetzung. Manche Spirituosen dürfen eine eingetragene geografische Angabe tragen.

Herstellung von Spirituosen durch Destillation aus vergorenen Erzeugnissen | Zuckerhaltige Rohstoffe wie Obst, Saft oder Trester müssen vor der Destillation vergoren werden; stärkehaltige Grundstoffe wie Getreide, Kartoffeln oder Topinambur müssen zunächst zur Verkleisterung der Stärke gedämpft und anschließend verzuckert werden, bevor sie vergoren werden; alkoholhaltige Rohstoffe wie Wein oder Bier können direkt destilliert (gebrannt) werden. Die alkoholhaltigen Ausgangssubstanzen werden destilliert, um den Alkohol mitsamt Aromastoffen abzutrennen und zu konzentrieren (Verdampfung und Kondensation). Im ersten Destillationsschritt, dem Raubrand, entsteht ein Destillat mit 25 bis 35 Prozent Alkohol, Aromen und Fuselölen. Dieses wird erneut gebrannt (Feinbrand), wobei der Vorlauf, der gesundheitsschädliche Substanzen wie Methanol, Aceton, Propanol oder Ethylacetat enthält, sowie der Nachlauf, der geschmacksbeeinträchtigende Fuselöle enthält, abgetrennt werden. Nur der Mittellauf (Herzstück), der auch die gewünschten Aromastoffe enthält, wird weiterverwendet. Er beginnt mit 70 bis 80 Prozent Alkohol und sinkt während des Brennvorgangs auf 45 bis 55 Prozent ab. Der Feinbrand wird zur Aromaverbesserung je nach Art der Spirituose ein bis viele Jahre gelagert, bevor er mit Wasser auf den entsprechenden Alkoholgehalt verdünnt wird.



Herstellung von Spirituosen durch alkoholische Gärung und Destillation (diskontinuierliches oder kontinuierliches Brennen)

Spirituosen mit folgenden gemeinsamen Merkmalen:

- ausschließlich aus den Ausgangsstoffen, die in der Begriffsbestimmung für die betreffende Spirituose vorgesehen sind, durch
- alkoholische Gärung und Destillation hergestellt
- kein zugesetzter Alkohol
- keine zugesetzten Aromastoffe
- nur zugesetzte Zuckerkulör zur Anpassung der Farbe
- Süßen nur, um endgültigen Geschmack abzurunden

Rum

Zuckerrohr | 37,5 % vol | Süßen nicht erlaubt

Whisky/Whiskey

Getreide | 40 % vol
mindestens dreijährige Reifung in Holzfässern

Getreidespirituose

Getreide | 35 % vol (Ausnahmen: Korn, 32 % vol | Kornbrand, 37,5 % vol)

Brandy/Weinbrand

Branntwein mit/ohne Zusatz von Weindestillat | 36 % vol | mindestens einjährige/sechsmonatige Reifung in Eichenholzbehältern/-fässern

Obstbrand

Früchte, Beeren oder Gemüse | 37,5 % vol
Bezeichnung „-brand“ oder „-wasser“ unter Voranstellung der verwendeten Obst-, Beeren- oder Gemüseart

Alkopops

Alkopops sind spirituosenhaltige süße Mischgetränke mit einem Alkoholgehalt von 1,2 bis 10 % vol, die trinkfertig gemischt verkauft werden. Da sie vor allem bei Jugendlichen beliebt sind, wurde zum Schutz der Jugend im Jahr 2004 eine Sondersteuer auf Alkopops eingeführt.

Spirituosen mit folgenden gemeinsamen Merkmalen:

- aus landwirtschaftlichem Ausgangsstoff gewonnen
- Zusatz von Alkohol zulässig
- Zusatz von natürlichen oder naturidentischen Aromastoffen und Aromaextrakten zulässig
- Zusatz von Farbstoffen zulässig
- Süßen zulässig, um besonderen Merkmalen des Erzeugnisses zu entsprechen

Wodka

Kartoffeln und/oder Getreide oder andere landwirtschaftliche Rohstoffe | Gärung und Destillation | 37,5 % vol | sensorische Eigenschaften der Ausgangsstoffe abgeschwächt; zur Aromatisierung nur natürliche, in dem Destillat aus den vergorenen Ausgangsstoffen vorhandene Aromastoffe erlaubt

Brand (unter Voranstellung des Namens der verwendeten Frucht)

teilweise vergorene/nichtvergorene Früchte oder Beeren | Mazeration und Destillation | 37,5 % vol | Aromatisierung nicht zulässig; Hinweis „durch Mazeration und Destillation gewonnen“ in der Bezeichnung, auf der Aufmachung oder auf dem Etikett

Geist (mit der Bezeichnung des verwendeten Ausgangsstoffs)

Früchte, Beeren, Gemüse, Nüsse oder andere pflanzliche Stoffe | Mazeration und Destillation | 37,5 % vol | Aromatisierung nicht zulässig

Gin

Ethylalkohol und Wacholderbeeren | Aromatisierung | 37,5 % vol | Wacholdergeschmack muss vorherrschend bleiben

Likör

Ethylalkohol/Destillat/Spirituose oder eine Mischung davon unter Zusatz von süßenden Erzeugnissen und Erzeugnissen landwirtschaftlichen Ursprungs oder Lebensmitteln | Aromatisierung | 15 % vol | Mindestzuckergehalt 100 g/l (Ausnahmen: Kirschlikör, 70 g/l | Enzianlikör, 80 g/l)

Ausgewählte Spirituosenarten und Alkopops | Spirituosenkategorien entsprechend der EU-Verordnung 110/2008 | Ausgangsstoff, Herstellungsverfahren, Mindestalkoholgehalt in Volumenprozent (% vol), Besonderheit

1.6 Spirituosenproduktion und Spirituosenhandel

Der zumeist aus Obst, Kartoffeln und Getreide gewonnene sogenannte Agraralkohol wurde in Deutschland bis Ende 2017 vorwiegend im Rahmen des seit 1919 bestehenden Branntweinmonopols hergestellt. Dabei wurde der produzierte Rohalkohol zu gesetzlich festgelegten Preisen an die Bundesmonopolverwaltung für Branntwein (BfB) abgeliefert und von der BfB gereinigt und verkauft. Da die im Rahmen des Branntweinmonopols gewährten Beihilfen für Brennereien nicht mit EU-Recht vereinbar sind, wurden diese seit 2000 schrittweise reduziert, und Ende 2017 wird das Branntweinmonopol aufgehoben.

Alkohol darf in Deutschland nur in Verschlussbrennereien, bei denen die Alkoholproduktion amtlich erfasst wird, hergestellt werden, und – historisch bedingt – in den Obstanbaugebieten Süd- und Südwestdeutschlands auch in Abfindungsbrennereien. Dort können sogenannte Stoffbesitzer selbstgewonnenes Obst, Beeren, Wein, Wurzeln und Trester mit dem Brenngerät einer fremden Brennerei verarbeiten und daraus in einem Jahr bis zu 50 Liter Branntwein herstellen. Nach dem ab 2018 geltenden Alkoholsteuergesetz dürfen Abfindungsbrennereien dann bundesweit beantragt werden; diese dürfen außer Obst auch andere Rohstoffe wie Kartoffeln und Getreide brennen. Das Alkoholsteuergesetz sieht weiterhin eine steuerrechtliche Begünstigung der kleinen Brennereien vor.

Die private Herstellung von Branntwein ist verboten.

Im Betriebsjahr 2015/2016 waren in Deutschland 18 443 Brennereien aktiv. Diese erzeugten im Jahr 2016 rund 1,6 Millionen Hektoliter Branntwein und branntweinhaltige Waren; dazu kommen rund 11,9 Millionen Hektoliter Alkohol zur steuerfreien Verwendung.

Nach Angaben des Bundesverbandes der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e. V. sind in Deutschland Wodka und Halbbitterliköre die mit Abstand am häufigsten im Lebensmitteleinzelhandel verkauften Spirituosen, wobei zwischen den neuen und alten Bundesländern Unterschiede in den Vorlieben für verschiedene Spirituosen bestehen.

Im Jahr 2016 exportierte Deutschland rund 240 522 Tonnen Alkohol, vor allem in die Niederlande, das Vereinigte Königreich, die USA und nach Belgien. Eingeführt wurden rund 313 280 Tonnen Alkohol, wobei die wichtigsten Importländer das Vereinigte Königreich, Italien, die USA und Frankreich waren.

Verschlussbrennerei
(AlkStG)

unter amtlicher Mitwirkung verschlusssicher eingerichteter Teil eines Steuerlagers

Steuerlager:
Ort, an dem Alkohol unter Steueraussetzung hergestellt, bearbeitet (auch gereinigt), verarbeitet, gelagert, empfangen und versandt wird

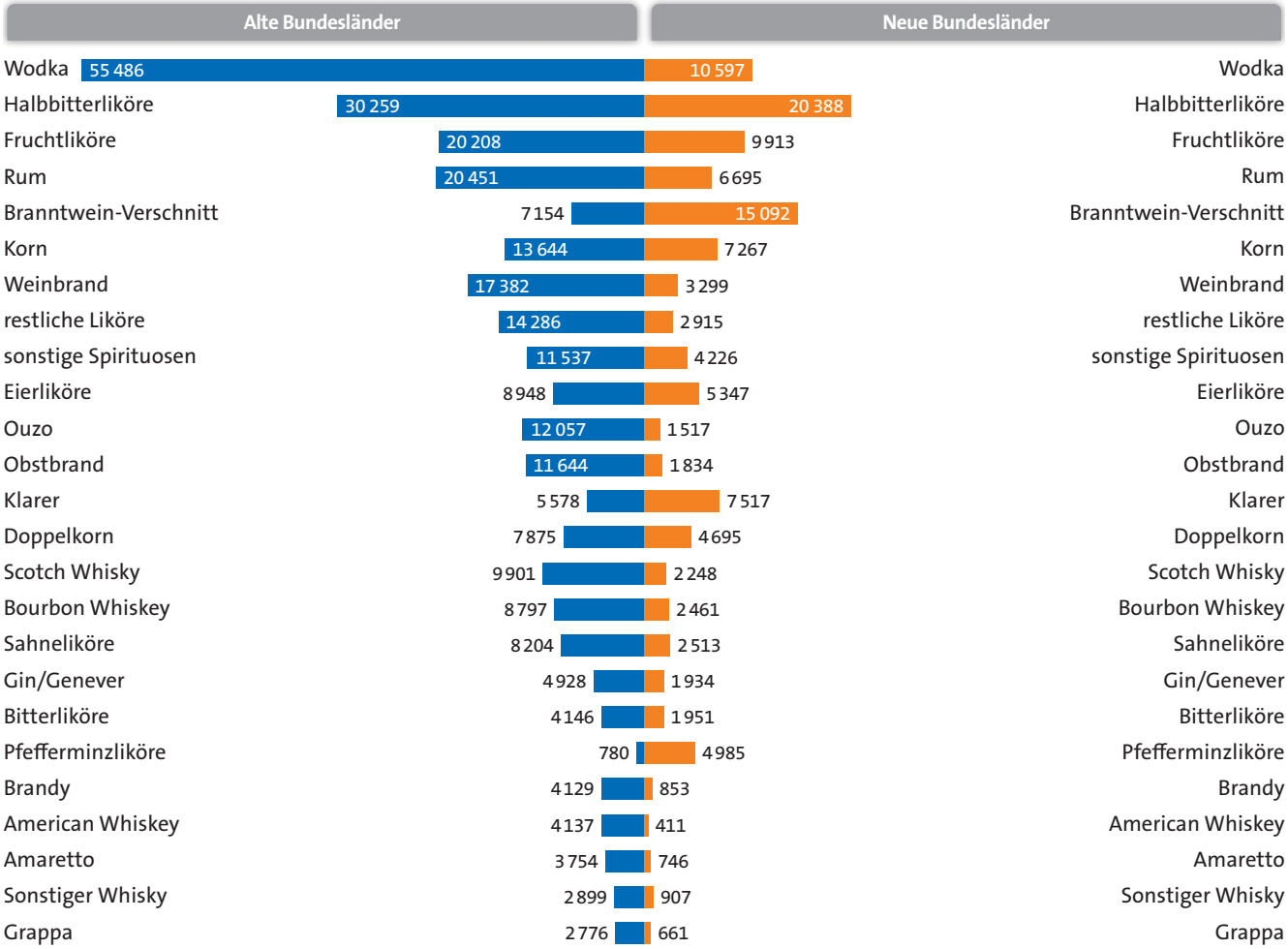
Abfindungsbrennerei
(AlkStG, AlkStV)

- Orte, an denen Alkohol aus Obst, inkl. Obstmost, Obsttrester, Beeren, Wein, inkl. Weinhefe, Weintrester, Wurzeln inkl. deren Knollen, Topinambur, Getreide, Bier, Kartoffeln und deren jeweiligen Rückständen gewonnen und gereinigt werden darf
- Jahreserzeugung bis 3 Hektoliter
- Exportverbot
- Alkoholmenge wird pauschal aus der Menge der eingesetzten Rohstoffe abgeschätzt
- Mindestgröße des landwirtschaftlichen Betriebs: 3 Hektar (Intensivobstbau: 1,5 Hektar)

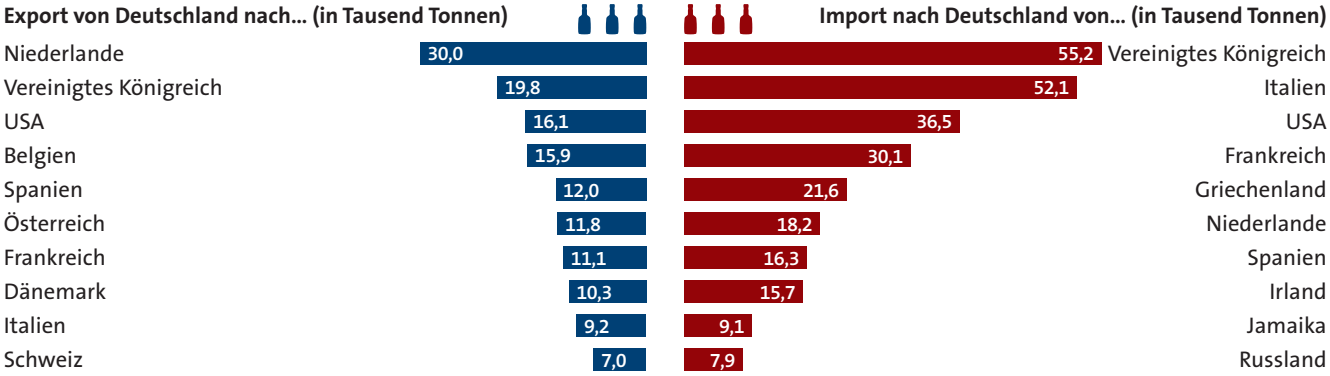
Obstgemeinschaftbrennerei
(BrantwMonG)

Verschlussbrennerei, die von einer Genossenschaft betrieben wird und in der Branntwein ausschließlich aus Obststoffen hergestellt wird, die die Mitglieder selbst gewonnen haben

Brennereiarten in Deutschland | Definitionen nach Alkoholsteuergesetz (AlkStG), Alkoholsteuerverordnung (AlkStV) und Branntweinmonopolgesetz (BranntwMonG)



25 am häufigsten verkaufte Spirituosenarten in den alten und neuen Bundesländern im Jahr 2015 | Lebensmitteleinzelhandel ohne Kaufhäuser, Fachhandel und Aldi | 0,7-Liter-Flaschen in Tausend Stück



Zehn weltweit führende Länder für den Export und Import von unvergälltem Alkohol, Branntwein und Likör aus und nach Deutschland in Tausend Tonnen | Daten: Außenhandelsstatistik 2016

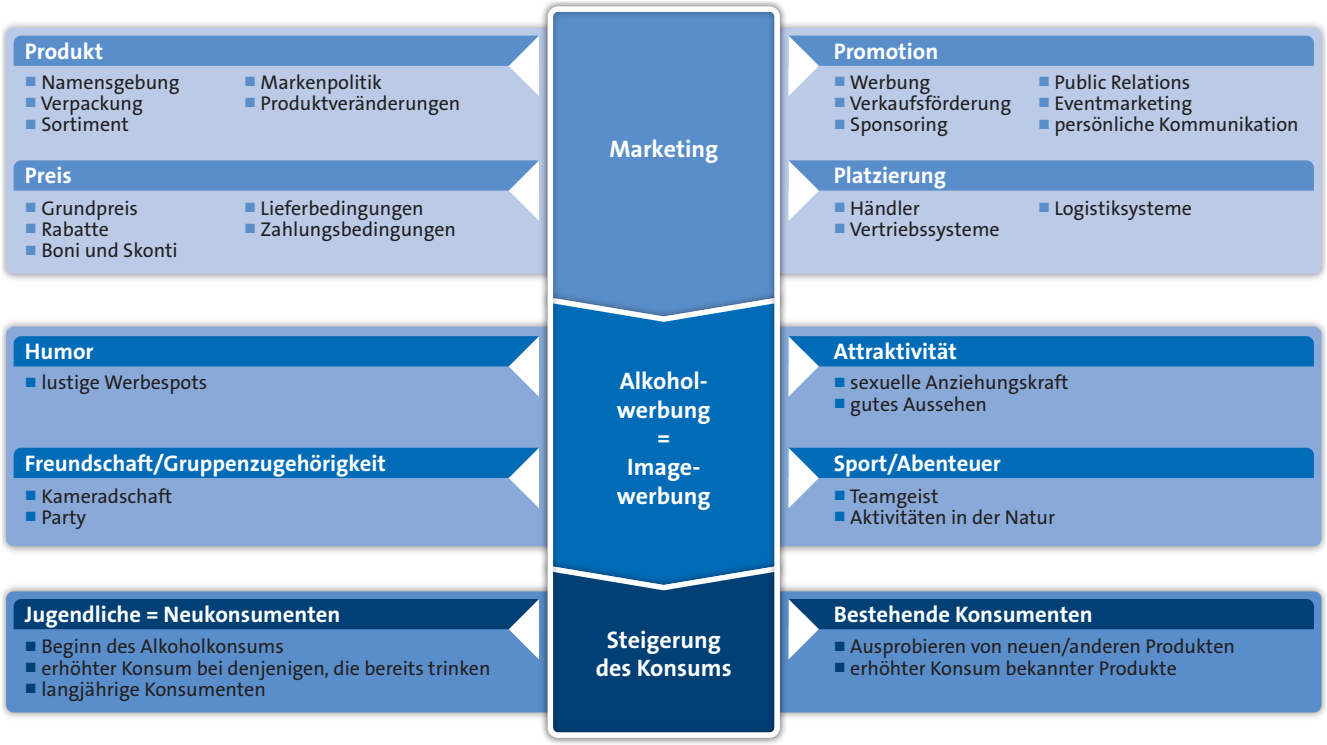
1.7 Alkoholmarketing

Alkoholwerbung hat wie jede andere Produktwerbung das Ziel, den Absatz der Produkte zu steigern. Die Hersteller nutzen dafür alle zur Verfügung stehenden Werbekanäle wie Fernsehen, Radio, Printmedien, Kino und in zunehmendem Maße auch das Internet einschließlich der sozialen Medien. Eine wichtige Rolle spielt auch das Sponsoring von Sport- und Musikveranstaltungen. Zum Marketing gehören zudem die Produktgestaltung (beispielsweise die Verpackung), Platzierung und Ausstellung alkoholischer Getränke am Verkaufsort, der Einsatz von Werbematerialien im Lebensumfeld der Zielgruppen („Ambient Media“ wie Sonnenschirme mit Markenlogo etc.) sowie die Preisgestaltung (Sonderangebote).

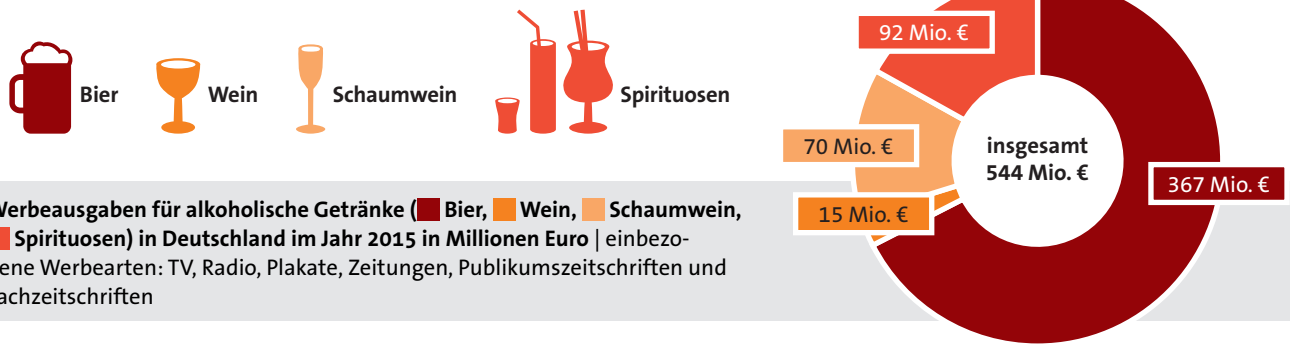
Alkoholwerbung ist in erster Linie Imagewerbung: Eine Marke wird mit einem bestimmten Lebensstil und einem Lebensgefühl assoziiert. Alkoholwerbung, die das Trinken als positives und gesellschaftsübliches Verhalten darstellt, trägt zu einer positiven Haltung gegenüber Alkohol bei. Sie führt dazu, dass junge Menschen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit mit dem Trinken anfangen und sie verführt diejenigen, die bereits trinken, dazu, mehr zu trinken.

Im Jahr 2015 gab die Industrie in Deutschland für Werbung für alkoholische Getränke in Print, TV, Radio sowie auf Plakaten 544 Millionen Euro aus, wobei der größte Anteil auf Bierwerbung entfiel, gefolgt von Werbung für Spirituosen und Sekt.

Alkoholwerbung ist meist Imagewerbung. Diese bewirbt weniger Produkteigenschaften, vielmehr soll sie ein positives Gefühl vermitteln.



Wirkungsweise von Alkoholwerbung



Werbeausgaben für alkoholische Getränke (Bier, Wein, Schaumwein, Spirituosen) in Deutschland im Jahr 2015 in Millionen Euro | einbezogene Werbearten: TV, Radio, Plakate, Zeitungen, Publikumszeitschriften und Fachzeitschriften

Beispiele für Alkoholwerbung | Plakatwerbung, Zeitschriftenwerbung, Ambient Media (im Lebensumfeld plazierte Werbeformen)

Wirkungen von Alkohol auf Körper und Gesundheit

2

2.1 Aufnahme und Abbau von Alkohol im Körper

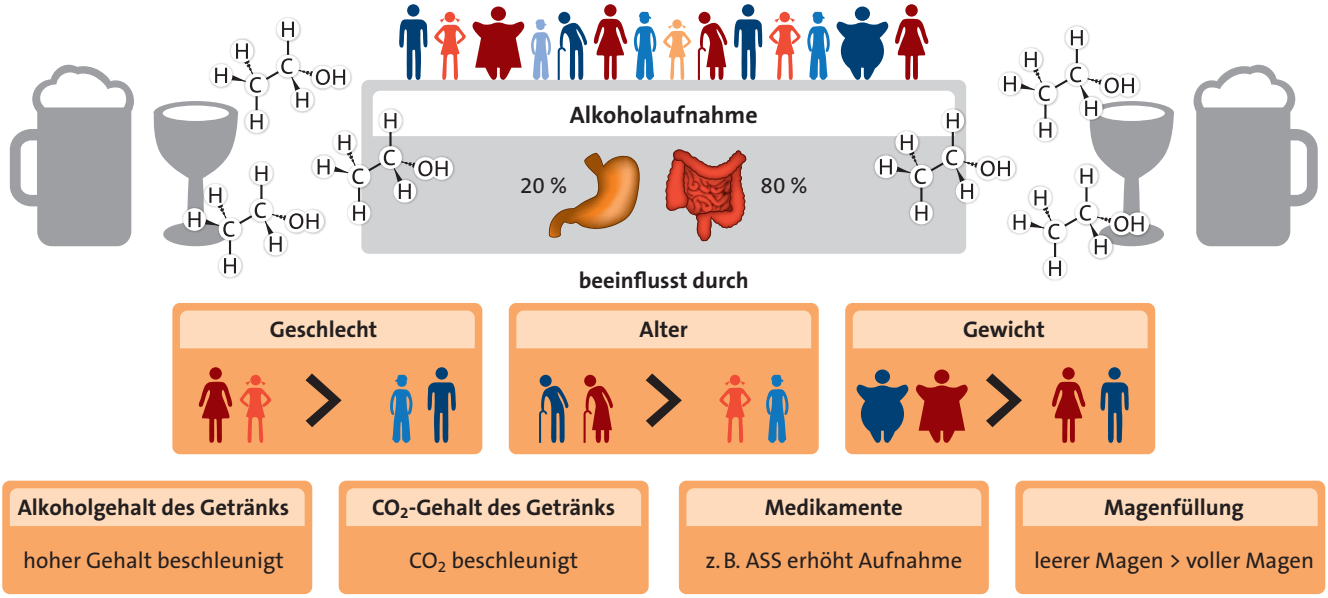
Alkoholaufnahme | Alkohol (Ethanol, C_2H_6O) wird zu 20 Prozent aus dem Magen und zu 80 Prozent aus dem Darm aufgenommen und verteilt sich innerhalb von Minuten über den Blutkreislauf im Körper. Zunächst erreicht der Alkohol die am stärksten durchbluteten Organe wie Gehirn, Lunge und Leber, anschließend verteilt sich die sehr gut wasserlösliche Substanz gleichmäßig im Körperwasser. Die maximale Blutalkoholkonzentration wird etwa 45 bis 75 Minuten nach der Aufnahme erreicht.

Die Alkoholaufnahme wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. So gelangt Alkohol aus einem leeren Magen schneller ins Blut als aus einem vollem Magen. Ein hoher Alkoholgehalt und kohlensäurehaltige alkoholische Getränke beschleunigen die Alkoholresorption. Zudem können sich verschiedene Medikamente auf die Aufnahme von Alkohol ins Blut auswirken, beispielsweise erhöht Acetylsalicylsäure (ASS, beispielsweise in Schmerzmitteln) die Blutalkoholkonzentration.

Frauen nehmen bei derselben getrunkenen Menge mehr Alkohol auf als Männer, da sie bezogen auf das Körpergewicht einen geringeren Wasseranteil im Körper (51 Prozent) haben als Männer (65 Prozent). Somit verfügen sie über ein geringeres Wasservolumen, in dem sich der Alkohol verteilen kann, was zu einer höheren Alkoholkonzentration im Körper führt. Ältere und übergewichtige Menschen haben ein geringeres Verteilungsvolumen als Jüngere und Normalgewichtige – somit erreichen auch sie schneller höhere Alkoholkonzentrationen.

Alkoholabbau | Der Großteil des aufgenommenen Alkohols wird in mehreren Stoffwechselschritten zu Wasser und Kohlendioxid abgebaut; ein geringer Teil, etwa zwei bis fünf Prozent, wird unverändert ausgeatmet und über Haut und Nieren ausgeschieden.

Der Abbau beginnt, bevor der Alkohol in die Blutbahn gelangt – dies geschieht zum Großteil in der Magenwand und nur in geringem Ausmaß in der Leber. In diesem sogenannten First-Pass-Metabolismus werden weniger als zehn Prozent des Alkohols abgebaut. Der First-Pass-Metabolismus ist aktiver bei geringer Alkoholmenge, regelmäßigem Alkoholkonsum, vollem Magen und intakter Magenschleimhaut; hingegen ist er weniger ausgeprägt bei älteren Menschen und langfristigem hohem Alkoholkonsum. Der restliche Alkohol, etwa 90 Prozent, wird in der Leber verstoffwechselt.



Alkoholaufnahme in den Körper und Einflussfaktoren auf die Alkoholaufnahme

Alkohol wird vorwiegend mithilfe der Alkoholdehydrogenase und zu einem geringeren Teil mithilfe des mikrosomalen ethanol-oxidierenden Systems zu Acetaldehyd abgebaut. In einem weiteren Schritt wird der giftige Acetaldehyd mithilfe der Aldehyddehydrogenase zu Essigsäure und weiter zu Acetyl-Coenzym A abgebaut, das als Ausgangsstoff für den Citratzyklus und die Fettsäure- und Cholesterinsynthese dient.

Blutalkoholgehalt

Angabe in Promille [‰]

1 Promille = 1/1000 =
1 Gramm Alkohol / 1 Kilogramm Blut

Abschätzung des Blutalkoholgehalts (Widmark-Formel)

Blutalkoholgehalt [‰] =
Alkohol [g] / 0,7 • Körpergewicht [kg]

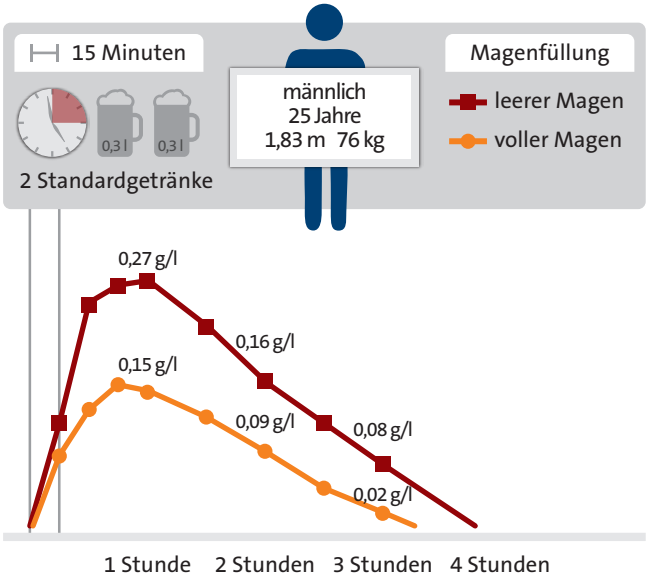
Blutalkoholgehalt [‰] =
Alkohol [g] / 0,6 • Körpergewicht [kg]

Abbaugeschwindigkeit

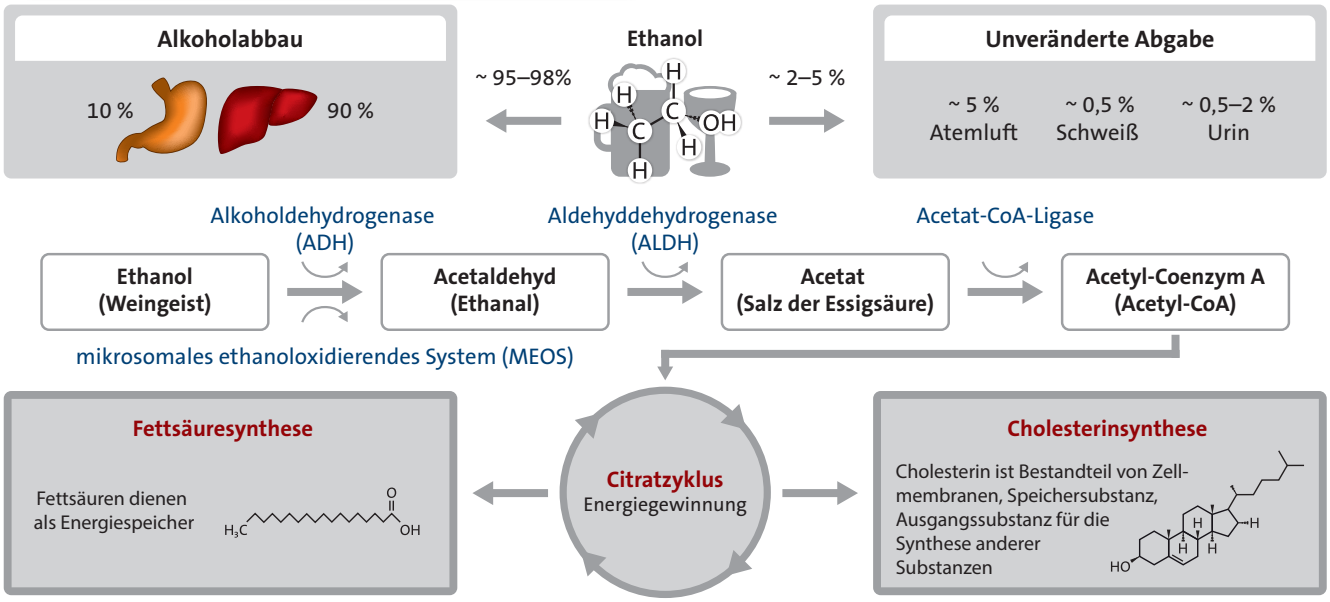
durchschnittlich -0,15 ‰ pro Stunde

durchschnittlich -0,13 ‰ pro Stunde

Der Alkoholgehalt des Blutes sinkt im Laufe des Abbauprozesses in Abhängigkeit von verschiedenen individuellen Faktoren durchschnittlich um 0,15 Promille (0,1 bis 0,2 Promille) pro Stunde.



Blutalkoholkonzentration (g/l) im Zeitverlauf | während und nach der Aufnahme von 22,8 g Reinalkohol innerhalb von 15 Minuten | ■ nüchtern, ● nach Mahlzeit | Mittelwerte von neun Männern

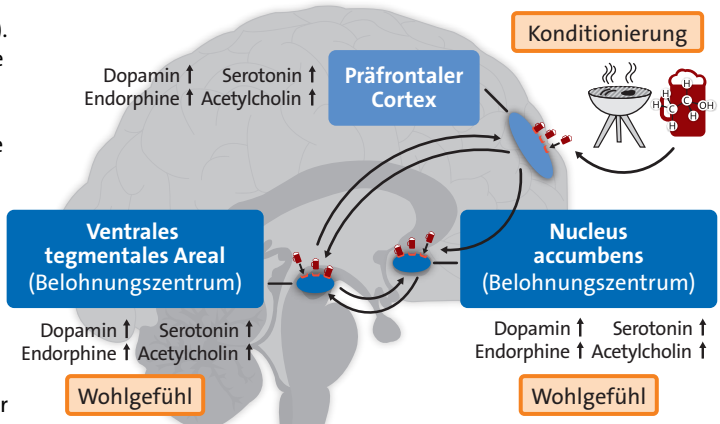


Alkoholabbau im Körper

2.2 Physiologische Wirkungen von Alkohol

Alkohol bindet im Körper an mehrere unterschiedliche Rezeptoren (γ-Aminobuttersäure-Rezeptor ($GABA_A$), Glutamatrezeptor (NMDA), Serotoninrezeptor (5-HT), Acetylcholinrezeptor (nACh)) und beeinflusst die Funktion verschiedener Ionenkanäle. Im Gehirn führt die Stimulierung dieser Rezeptoren zu einer Ausschüttung des Botenstoffs Dopamin im Belohnungszentrum sowie weiterer Botenstoffe (Katecholamine, Acetylcholin). Dies sowie die durch den erhöhten Dopaminspiegel verstärkte Ausschüttung von Endorphinen und Endocannaboiden führen zu einem Wohlgefühl. Eine geringe Menge Alkohol wirkt entspannend, angstlösend und stimulierend, eine größere Menge betäubend.

Alkoholkonsum löst während und nach der Aufnahme psychische Veränderungen, Verhaltensänderungen und körperliche Beeinträchtigungen aus. Diese Veränderungen werden durch mehrere Faktoren beeinflusst: Alkoholkonzentration im Blut, Geschlecht, Alter, Gewöhnung, Persönlichkeitsfaktoren, organische Erkrankungen, Einnahme von Medikamenten, Konsumsituation und aktuelle körperliche Verfassung. Ein sehr großer akuter Alkoholkonsum führt zu einer Alkoholvergiftung, die ab einem Blutalkoholspiegel von 1,8 Promille tödlich enden kann. Sowohl ein hoher kurzfristiger als auch ein langfristiger Alkoholkonsum können beim Konsumenten körperliche, psychische und soziale Schäden verursachen und durch Unfälle und Aggression andere Personen schädigen.

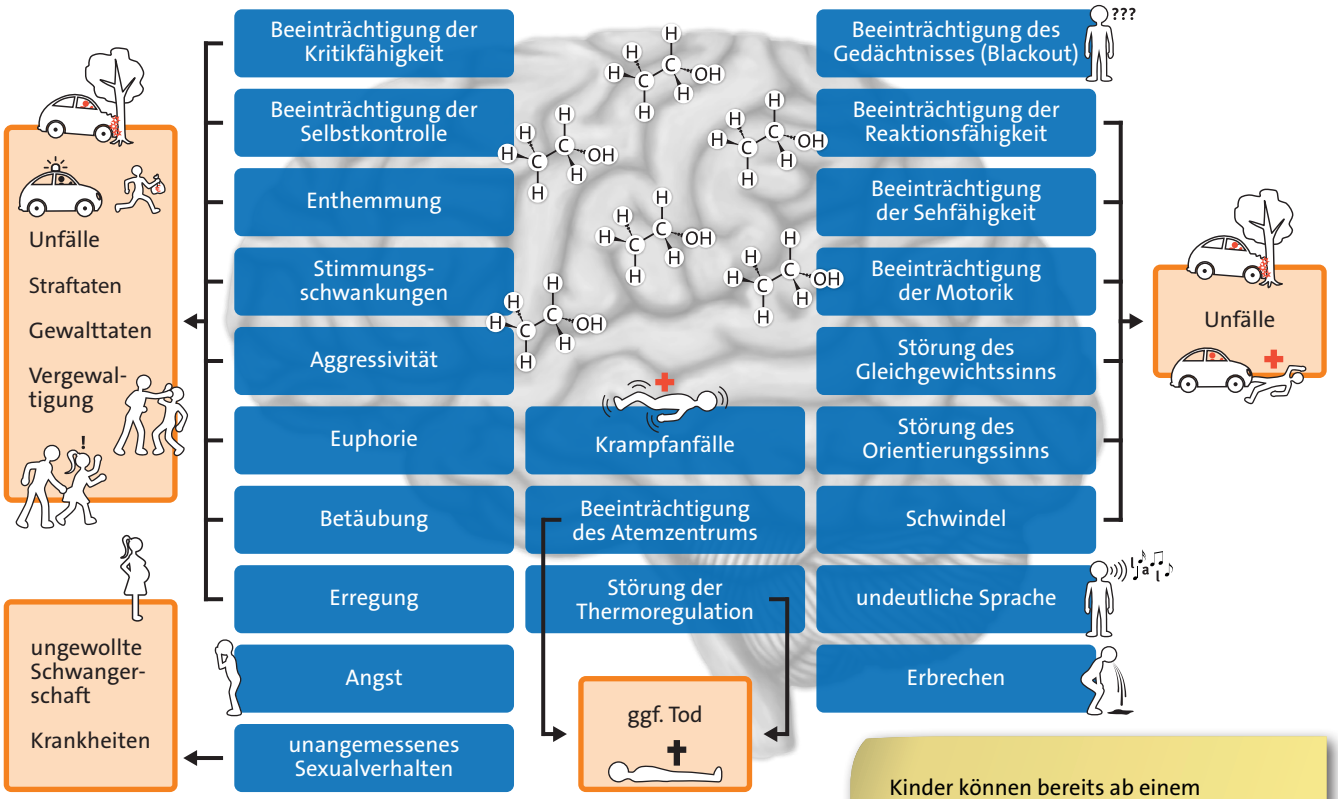


Wirkung von Alkohol im Gehirn

beeinflusst durch

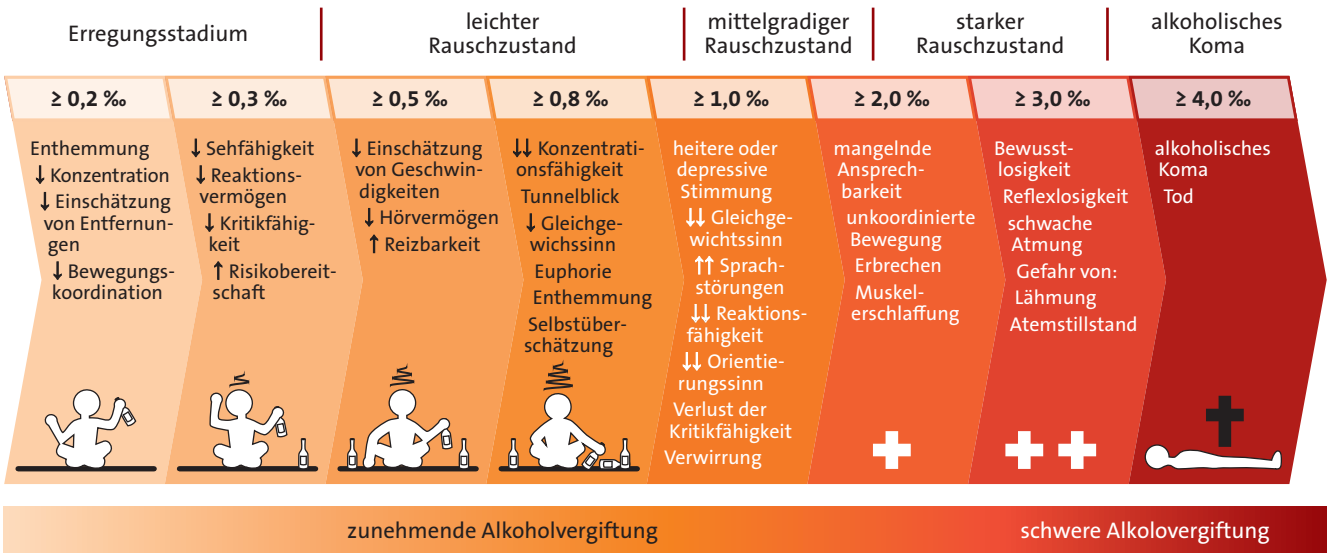
- Alkoholkonzentration im Blut
- Gewöhnung (Toleranz)
- Persönlichkeitsfaktoren
- Erkrankungen z. B. Funktionsstörung der Leber
- aktuelle körperliche Verfassung z. B. Erschöpfung
- aktuelle Umgebung

Einflussfaktoren auf die Wirkung von Alkohol



Kinder können bereits ab einem Blutalkoholspiegel von 0,5 Promille bewusstlos werden.

Wirkungen von Alkohol im Gehirn und mögliche Folgen für den Konsumenten sowie für andere



Wirkungen von Alkohol auf Psyche, Verhalten und Motorik

2.3 Gesundheitsschäden durch Alkoholkonsum

Alkohol ist ein Zellgift, das sich nach der Aufnahme über den Blutkreislauf im ganzen Körper verteilt und – vor allem, wenn er in höheren Mengen konsumiert wird – alle Organe schädigen kann.

Einige Krankheiten werden ausschließlich durch Alkoholkonsum verursacht; darüber hinaus ist Alkohol an der Entstehung von über 200 Krankheiten beteiligt. Das Erkrankungsrisiko wird nicht nur von der Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums, sondern auch durch Rauchen, Ernährung, Geschlecht, Alter und genetische Veranlagung beeinflusst.

Ein geringer Alkoholkonsum scheint vor Herzinfarkt und Schlaganfall zu schützen, Frauen auch vor Bluthochdruck; diesbezüglich ist die Datenlage jedoch unklar. Größere Mengen erhöhen jedoch das Erkrankungsrisiko für Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, alkoholische Kardiomyopathie und Schlaganfall.

Ein hoher Alkoholkonsum sowie Rauschtrinken (binge drinking) schädigen das Gehirn und das Nervensystem. Langfristig drohen epileptische Anfälle, Depression, der Verlust von Nervenzellen in Groß- und Kleinhirn und Demenz. Daneben schädigt ein hoher

ICD-10	Krankheit	Symptome/Krankheitsbilder
E24.4	**Alkoholinduziertes Pseudo-Cushing-Syndrom**	Erhöhter Spiegel von Kortisol und Adenokortikotropem Hormon (ACTH), Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes: Fettansammlung am Körperstamm und am Nacken, dünne Extremitäten, rundes Gesicht
E52	**Niazinmangel (alkoholbedingte Pellagra)**	Appetitlosigkeit, Durchfall, Entzündung der Zunge, Anämie, Hautausschläge
F10	**Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol**	Alkoholvergiftung, schädlicher Alkoholkonsum, Alkoholabhängigkeit, Entzugssyndrom, psychische Störungen
G31.2	**Degeneration des Nervensystems durch Alkohol**	Zerstörung des Groß- und Kleinhirns, Gedächtnisstörungen, Demenz, motorische Störungen
G62.1	**Alkohol-Polyneuropathie**	Zerstörung peripherer Nerven, Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, Lähmungen
G72.1	**Alkoholmyopathie**	Muskelschmerzen, Muskelschwächung, Lähmungen
I42.6	**Alkoholische Kardiomyopathie**	Verdickung des Herzmuskels und/oder Ausweitung der Herzkammern, Leistungsminderung, Atemnot, Herzrhythmusstörungen, Schwindel
K29.2	**Alkoholgastritis**	Entzündung der Magenschleimhaut, Blutungen im Magen, Schädigung der Magenschleimhaut
K70	**Alkoholische Leberkrankheit**	Fettleber, Leberverhärtung (Leberfibrose), Alkoholhepatitis und Leberzirrhose, fortschreitende Zerstörung der Leber
K85.2/ K86.0	**Alkoholinduzierte akute/ chronische Pankreatitis**	Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Zerstörung der Bauchspeicheldrüse
Q86.0	**Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)**	Entwicklungsstörung des Embryos; Minderwuchs, kleiner Kopf, verringerte motorische und geistige Entwicklung, Herzfehler

Weitere ausschließlich durch Alkohol bedingte ICD-10-Diagnosen: O35.4 Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Alkohol | P04.3 Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter | R78.0 Nachweis von Alkohol im Blut | T51 Toxische Wirkung von Alkohol | X45 Akzidentielle Vergiftung durch und Exposition gegenüber Alkohol | X65 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Alkohol | Y15 Vergiftung durch und Exposition gegenüber Alkohol, Umstände unbestimmt | Y90 Alkoholnachweis aufgrund des Blutalkoholspiegels

Ausschließlich durch Alkohol bedingte Krankheiten | Diagnosen nach ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision), Bezeichnung der Krankheiten und Symptome/Krankheitsbilder

Alkoholkonsum periphere Nerven (alkoholische Polyneuropathie) und Muskeln (alkoholische Myopathie) und verursacht typische Hautveränderungen.

Chronischer hoher Alkoholkonsum beeinträchtigt auch das Immunsystem auf vielfältige Weise und macht so den Körper anfälliger für Lungenentzündung, Tuberkulose und Hepatitis. Zudem trägt die Störung des Immunsystems zur Schädigung verschiedener Körperorgane bei und erhöht das Risiko für alkoholische Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Schädigungen des Magen-Darm-Traktes, Entzündungsprozesse im Gehirn und möglicherweise auch für Krebserkrankungen.

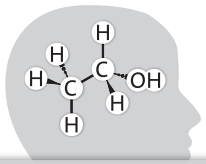
Vor allem exzessives Trinken sowie höherprozentige Getränke verursachen eine Magenschleimhautentzündung mit Blutungen (akute hämorrhagische Gastritis). Ein hoher Alkoholkonsum ist eine der häufigsten Ursachen für die Entstehung einer alkoholischen Lebererkrankung.

Während einer Schwangerschaft konsumiert schadet Alkohol dem Ungeborenen. Ein erhöhter Konsum kann eine fetale Alkoholspektrumsstörung (fetal alcohol spectrum disorder, FASD) verursachen, bei der die Kinder schwere bleibende geistige und körperliche Beeinträchtigungen erleiden.

Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) für den Umgang mit alkoholischen Getränken

- die risikoarme Schwellendosis liegt bei Männern bei 24 Gramm Reinalkohol pro Tag (ca. 0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein) und bei Frauen bei 12 Gramm Reinalkohol pro Tag (ca. 0,3 Liter Bier oder 0,15 Liter Wein)
- mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche
- kein Alkohol am Arbeitsplatz, bei der Bedienung von Maschinen, im Straßenverkehr, beim Sport, in der Schwangerschaft und Stillzeit, nach Behandlung einer Alkoholabhängigkeit, bei bestimmten Erkrankungen sowie bei Medikamenteneinnahme
- Jugendliche sollten Alkohol weitgehend meiden
- kein Konsum größerer Mengen Alkohol bei einer Gelegenheit (Rauschtrinken)
- Alkoholkonsum möglichst zu Mahlzeiten

Es gibt keinen risikofreien Alkoholkonsum.



Risikoerhöhung | Risikosenkung | bei Männern | bei Frauen

Gehirn/Nervensystem

- Abhängigkeit
- neuropsychiatrische Erkrankungen (Epilepsie, Depression)
- Demenz
- hepatozerebrale Degeneration
- alkoholische Kleinhirndegeneration
- alkoholische Polyneuropathie
- alkoholische Myopathie
- intrakranielle Blutungen

vor allem bei hohem und chronischem Alkoholkonsum sowie Rauschtrinken

Alkoholische Lebererkrankung

- Fettleber
- alkoholische Fettleberhepatitis
- Leberfibrose
- Leberzirrhose
- hepatozelluläres Karzinom

ab 40–60 g Alkohol pro Tag | ab 20–30 g Alkohol pro Tag

Schlafbezogene Atemstörungen

>

Herz-Kreislauferkrankungen

- Bluthochdruck
- Herzrhythmusstörungen
- alkoholische Kardiomyopathie
- Schlaganfall

ab ≥ 3 alkoholischen Getränken pro Tag

bei geringem Alkoholkonsum

Hämorrhagische Gastritis

vor allem bei exzessivem Trinken und alkoholischen Getränken > 10 % vol

Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis)

ab 50–100 g Alkohol pro Tag | ab 30 g Alkohol pro Tag

Schwächung des Immunsystems

- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Hepatitis
- Schädigung von Körperorganen

vor allem bei chronischem Alkoholkonsum und Rauschtrinken

Haut

- typische Hautveränderungen
- Schuppenflechte (Psoriasis)
- bakterielle Infektionen

bei hohem Alkoholkonsum

Fetale Alkoholspektrumstörung
(bei Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft)

Schädigung des Fetus schon bei geringem Alkoholkonsum möglich

vor allem bei chronischem Alkoholkonsum und Konsum in den ersten beiden Schwangerschaftsdritteln

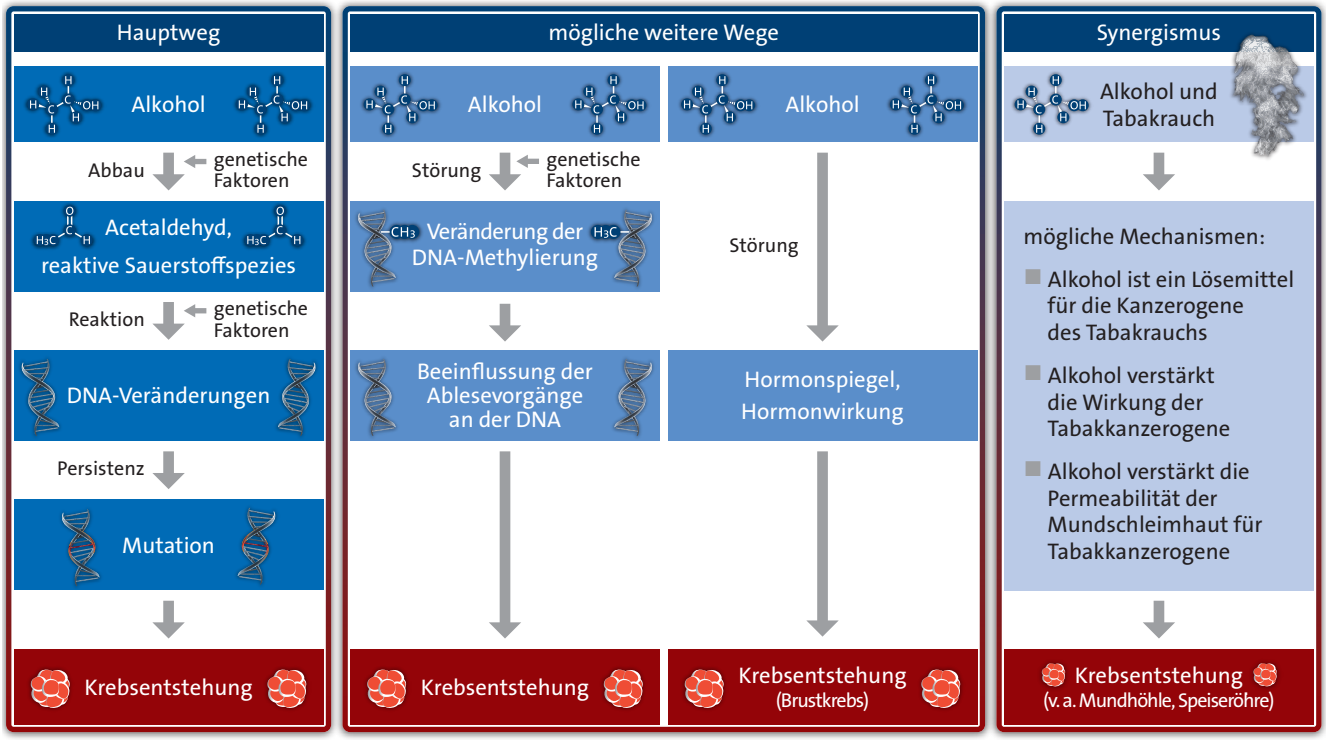
Durch Alkohol verursachte Krankheiten und Erkrankungsrisiken für diese Krankheiten für Männer und Frauen

2.4 Alkohol und Krebs

Alkohol wurde von der Internationalen Agentur für Krebsforschung (International Agency for Research on Cancer, IARC) als krebserzeugende Substanz eingestuft (Klasse 1, „krebserzeugend für den Menschen“). Es ist kein Schwellenwert für die Wirkung von Alkohol auf das Krebsrisiko bekannt; für Brustkrebs ist eine krebsfördernde Wirkung allerdings bereits für einen geringen durchschnittlichen Alkoholkonsum nachgewiesen. Insgesamt entstehen weltweit rund 5,5 Prozent aller Krebsfälle infolge von Alkoholkonsum.

Alkoholkonsum erhöht das Risiko, an Krebs der Mundhöhle und des Rachens, des Kehlkopfes, der Speiseröhre, der Leber, des Darms sowie bei Frauen an Brustkrebs zu erkranken; einige Studien weisen darauf hin, dass Alkoholkonsum möglicherweise auch das Risiko für Magen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs erhöht. Das Erkrankungsrisiko steigt dabei mit zunehmendem Alkoholkonsum an und ist für verschiedene Krebsarten unterschiedlich. Gleichzeitiger Alkohol- und Tabakkonsum verstärken sich gegenseitig in ihrer krebserzeugenden Wirkung, insbesondere auf Mundhöhle und Speiseröhre.

Noch nicht eindeutig aufgeklärt ist, auf welchen Wegen Alkohol das Krebsrisiko steigert. Zudem bestehen je nach Krebsart Unterschiede in den Mechanismen. Der aktuellen Hypothese über die Wirkmechanismen zufolge ist der wichtigste Weg, auf dem Alkoholkonsum die Krebsentstehung fördert, der Abbau von Alkohol zu dem krebserzeugenden Acetaldehyd, der die Erbsubstanz (DNA) der Zellen schädigt. Daneben kann Alkohol die normalen Methylierungsmuster der DNA verändern, was in der Folge die Ablesevorgänge an der DNA beeinflussen und die Stabilität der Chromosomen herabsetzen kann. Außerdem kann Alkohol die Menge und die Wirkung verschiedener Geschlechtshormone verändern, wodurch sich das Risiko für Brustkrebs erhöht. Diese Mechanismen werden ihrerseits durch genetische Faktoren beeinflusst, vor allem durch Gene, die den Abbau von Alkohol und Acetaldehyd steuern.



Hypothetische Abläufe der Krebsentstehung bei Alkoholkonsum nach aktuellem Forschungsstand | Hauptweg, mögliche weitere Wege, Synergismus mit Tabakrauch

Relatives Erkrankungsrisiko im Vergleich zu keinem Konsum

- ab 12–50 g Alkohol pro Tag
- ab 50 g Alkohol pro Tag

bei Männern · bei Frauen

Mundhöhlen-/Rachenkrebs

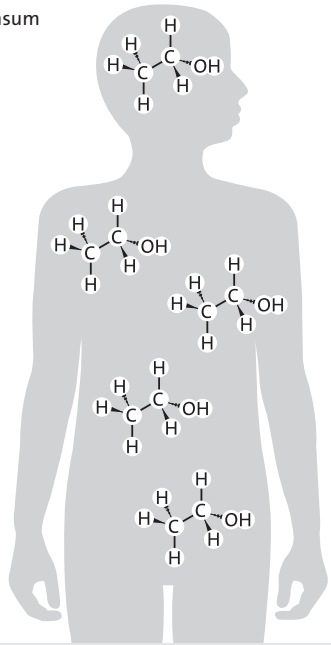
- fast doppeltes Risiko
- etwa 5-faches Risiko

Kehlkopfkrebs

- etwa 1,5-faches Risiko
- fast dreifaches Risiko

Speiseröhrenkrebs

- etwa doppeltes Risiko
- fast fünffaches Risiko
- achtfaches Risiko



Brustkrebs

- 1,2-faches Risiko
- 1,5-faches Risiko

Leberkrebs

- erhöhtes Risiko
- 1,6-faches Risiko
- fast vierfaches Risiko

Dickdarm-/Enddarmkrebs

- erhöhtes Risiko
- 1,5-faches Risiko
- 1,2-faches Risiko

Durch Alkoholkonsum begünstigte Krebsarten und relative Erkrankungsrisiken für diese Krebsarten für Männer und Frauen bei erhöhtem und hohem Alkoholkonsum im Vergleich zu keinem Konsum

Faktor, um den das Risiko, an Speiseröhrenkrebs zu erkranken, erhöht ist

Täglicher Alkoholkonsum	Täglicher Zigarettenkonsum: kein Konsum	1 bis 20 Zigaretten	mehr als 20 Zigaretten
bis 30 g Alkohol (≤ 0,3 l, 0,3 l, 0,3 l)	1,0	2,0	6,8
mehr als 30 g bis 60 g Alkohol (> 0,3 l, 0,3 l, 0,3 l)	2,6	5,1	20,7
mehr als 60 g Alkohol (> 0,3 l, 0,3 l, 0,3 l, 0,3 l, 0,3 l, 0,3 l)	6,9	22,0	48,7

Synergistische Wirkung von Alkohol- und Tabakkonsum am Beispiel von Speiseröhrenkrebs

2.5 Auswirkungen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft

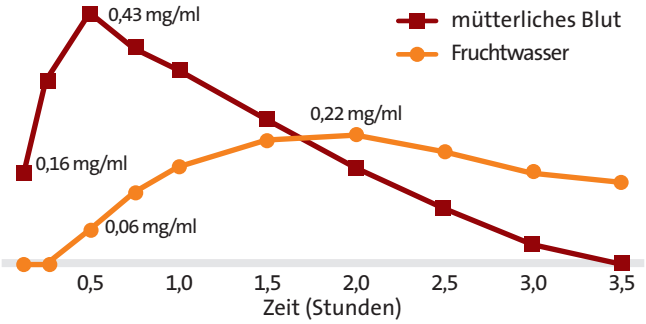
Alkohol durchdringt die Plazenta und schädigt schon in geringer Menge oder durch einzelne Exzesse das Ungeborene nachhaltig. Im Fetus wird der Alkohol langsamer als im mütterlichen Organismus abgebaut, weil seine Abbausysteme noch nicht entwickelt sind und der Fetus zudem immer wieder erneut Alkohol aus dem Fruchtwasser aufnimmt. Je nach Entwicklungsphase schädigt der Alkohol unterschiedliche Organsysteme. Raucht die Mutter außerdem, addieren sich die Schadwirkung von Alkohol und Nikotin auf.

Ein hoher Alkoholkonsum der werdenden Mutter führt beim Kind zu einem komplexen neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbild, der Fetalen Alkoholspektrumstörung (fetal alcohol spectrum disorders, FASD). Die betroffenen Kinder leiden ihr Leben lang unter körperlichen und geistigen Störungen und zeigen Verhaltensauffälligkeiten und Lernschwierigkeiten.

Je nach Ausprägung der Schäden werden das Fetale Alkoholsyndrom (FAS), das partielle Fetale Alkoholsyndrom (pFAS), alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störungen (alcohol-related neurodevelopmental disorders, ARND) und alkoholbedingte Geburtsschäden (alcohol-related birth defects, ARBD) unterschieden. Das Vollbild der Erkrankung ist nur selten ausgebildet. So erscheinen die typischen Fehlbildungen des Gesichts (kurze Lidspaltenlänge, schmale, glatte Oberlippe) nur bei 20 bis 30 Prozent der Betroffenen in vollem Ausmaß. FAS ist eine der häufigsten Ursachen für geistige Behinderung. Die durchschnittliche Intelligenz liegt – bei einer breiten Spannweite – bei einem IQ von 70. Schätzungsweise 70 Prozent der Betroffenen sind verhaltensauffällig.

Die kognitiven Einschränkungen und die Verhaltensstörungen haben massive Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen. Die Patienten brechen häufig die Schule ab, erlernen keinen Beruf und können in den meisten Fällen kein selbständiges Leben führen. Vor allem männliche FAS-Patienten werden häufiger strafffällig. FAS-Patienten haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Depressionen, Angststörung und Selbstmord.

Für die Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen wurde eine S3-Leitlinie erarbeitet. Die Schäden sind nicht heilbar. Maßnahmen wie Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie können die betroffenen Kinder aber unterstützen. Hilfe und Beratung bietet unter anderem FASD Deutschland e. V.



Alkoholkonzentration (mg/ml) im ■ mütterlichen Blut und im ● Fruchtwasser nach dem Trinken von 0,3 g Reinalkohol/kg Blut | Mittelwerte von sechs Frauen

Organspezifische Schädigungen in den einzelnen Schwangerschaftswochen bei Alkoholkonsum der Mutter

Wachstumsstörungen

- geringes Geburtsgewicht
- Untergewicht
- verzögertes Wachstum
- verringertes Unterhautfett

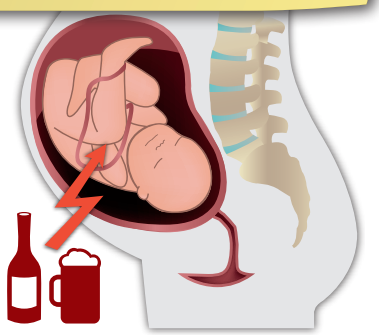
Fehlbildungen

- Fehlbildungen des Gesichts
- Fehlbildungen der Augen
- Fehlbildungen der äußeren Genitalien
- Fehlbildungen der Extremitäten und des Skeletts
- Fehlbildungen der Niere
- Herzfehler

Schädigungen des zentralen Nervensystems

- Intelligenzminderung
- mentale Störungen
- psychische Störungen
- Verhaltensstörungen
  - Hyperaktivität
  - Impulsivität
  - verstärkte Ablenkbarkeit
  - riskantes Verhalten
  - Unselbständigkeit
  - soziale Reifestörungen
- Epilepsie
- reduziertes Schmerzempfinden

Für Schwangere gilt: Kein Alkohol! Jegliche Menge Alkohol schadet – in jeder Schwangerschaftsphase.



Auswirkungen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft auf den Fetus und langfristige Folgen für die körperliche und geistige Entwicklung

Fetale Alkoholspektrumstörungen | FASD (fetal alcohol spectrum disorders)

Alkoholbedingte Geburtsschäden | ARBD (alcohol-related birth defects)	Alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung | ARND (alcohol-related neurodevelopmental disorder)	Partielles Fetales Alkoholsyndrom | pFAS (partial fetal alcohol syndrome)	Fetales Alkoholsyndrom (Alkoholembryopathie) | FAS (fetal alcohol syndome)
Fehlbildungen an Organen und/oder Skelett keine Störungen des Zentralnervensystems	Störungen des Zentralnervensystems keine körperlichen Defekte	weniger sichtbare und nicht in allen Bereichen auftretende Anzeichen des Fetalen Alkoholsyndroms	Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms mit Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des Zentralnervensystems

Zunehmende Schädigung, jeweils unterschiedlich starke Ausprägung möglich

Abstufungen der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (fetal alcohol spectrum disorders, FASD)

Neugeborene/Säuglinge	Kleinkindalter	Kindheit	Jugend	Erwachsenenalter
beeinträchtigtes Wachstum Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnhame Reizbarkeit Schlafstörungen Fehlbildungen epileptische Anfälle vermehrte Infektanfälligkeit	beeinträchtigtes Wachstum Distanzlosigkeit aufbrausendes Temperament Hyperaktivität gestörte sprachliche Entwicklung Bindungsstörungen beeinträchtigte Motorik kognitive Störungen	beeinträchtigtes Wachstum Aufmerksamkeitstörungen Hyperaktivität Impulsivität ↓soziales Verständnis ↓Sprachverständnis ↓exekutive Funktionen gestörte Koordination Lernschwierigkeiten fehlendes Raum-Zeit-Gefühl Vergesslichkeit	zusätzlich zu den Beeinträchtigungen aus der Kindheit: schlechtes abstraktes Verständnis Schulabbruch hohe Beinflussbarkeit geringes Urteilsvermögen Verhaltensstörungen mangelndes Unrechtsbewusstsein	zusätzlich zu den Beeinträchtigungen aus Kindheit und Jugend: verringerte Selbständigkeit ↑Risiko, Opfer physischer, sexueller oder psychischer Gewalt zu werden Arbeitslosigkeit Straffälligkeit psychiatrische Störungen gestörtes Sexualverhalten Alkohol-/Drogenprobleme

Symptome des Fetalen Alkoholsyndroms (fetal alcohol syndrome, FAS) in den verschiedenen Lebensphasen

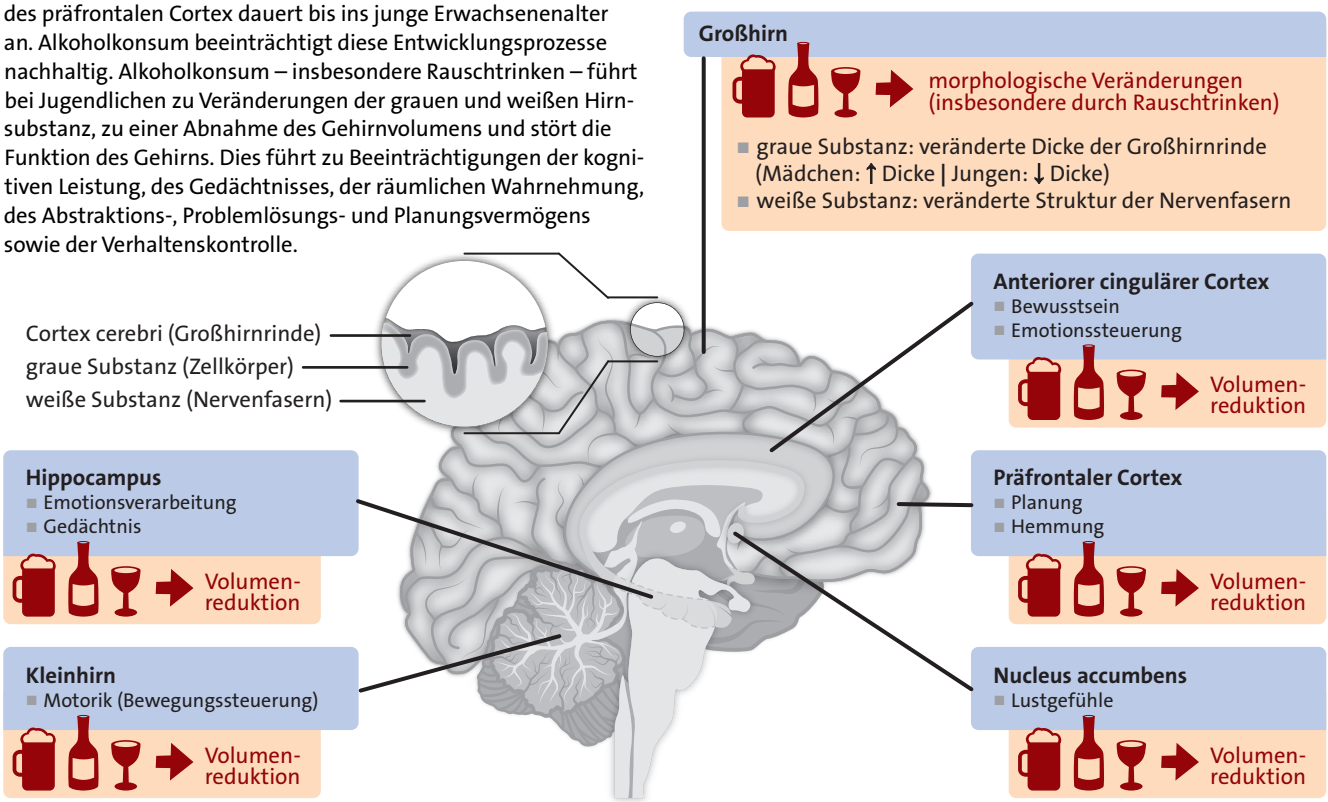
2.6 Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Entwicklung von Jugendlichen

Die ersten Erfahrungen mit Alkohol werden meist im Alter von durchschnittlich knapp 14 Jahren gemacht. Dabei erhöhen Charakterzüge wie Impulsivität, Abenteuerlust und Ängstlichkeit die Wahrscheinlichkeit, mit dem Trinken zu beginnen. Anders als Erwachsene trinken Jugendliche Alkohol meist nicht regelmäßig, sondern in unregelmäßigen Abständen und vor allem in Gesellschaft von Gleichaltrigen – dann aber oft in großen Mengen (Rauschtrinken) und sogar in größeren Mengen als Erwachsene bei solchen Gelegenheiten konsumieren.

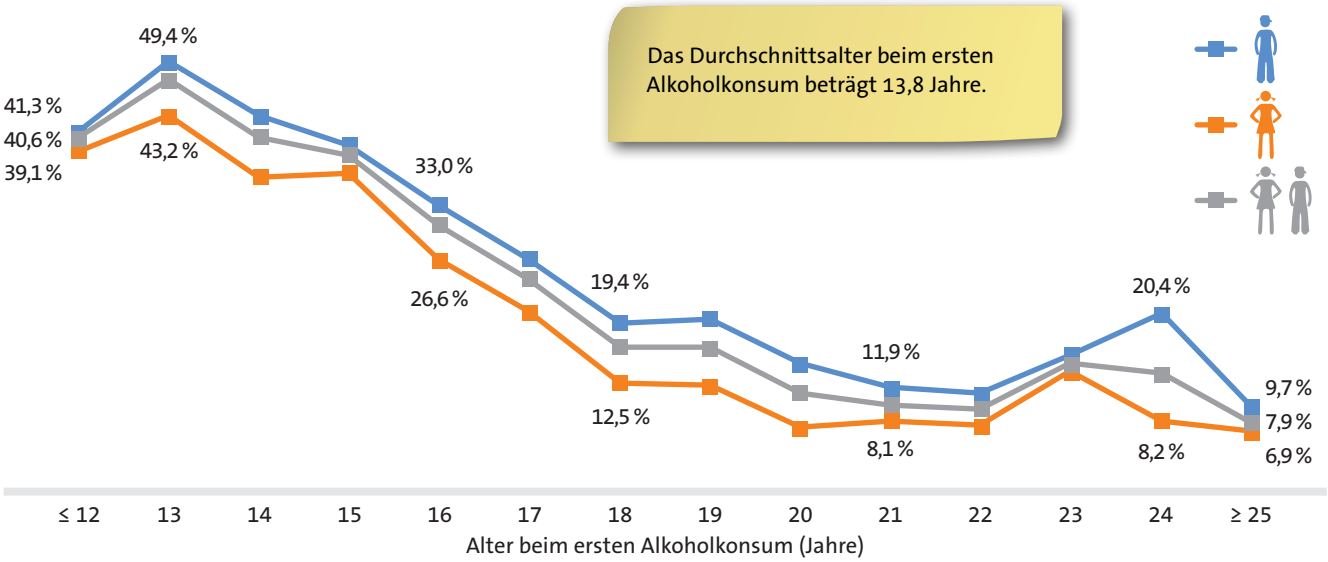
Jugendliche sind für die schädlichen Wirkungen des Alkohols empfindlicher als Erwachsene. Während der Pubertät finden im Gehirn strukturelle Umbauprozesse statt, insbesondere im präfrontalen Cortex, der vor allem kognitive Leistungen, die Persönlichkeit und die Kontrolle von Emotionen steuert, sowie im limbischen System, dem Zentrum der Emotionen. Der Umbau des präfrontalen Cortex dauert bis ins junge Erwachsenenalter an. Alkoholkonsum beeinträchtigt diese Entwicklungsprozesse nachhaltig. Alkoholkonsum – insbesondere Rauschtrinken – führt bei Jugendlichen zu Veränderungen der grauen und weißen Hirnsubstanz, zu einer Abnahme des Gehirnvolumens und stört die Funktion des Gehirns. Dies führt zu Beeinträchtigungen der kognitiven Leistung, des Gedächtnisses, der räumlichen Wahrnehmung, des Abstraktions-, Problemlösungs- und Planungsvermögens sowie der Verhaltenskontrolle.

Insgesamt führt ein hoher Alkoholkonsum im Jugendalter zu einer Störung der Sozialisation, da er die Identitätsbildung, die Entwicklung der Selbständigkeit und das Erlernen von Normen beeinträchtigt. Auch der krebserzeugenden Wirkung des Alkohols kommt für Jugendliche eine besondere Bedeutung zu, da ihre Organe noch wachsen; dies gilt ganz besonders bei gleichzeitigem Rauchen.

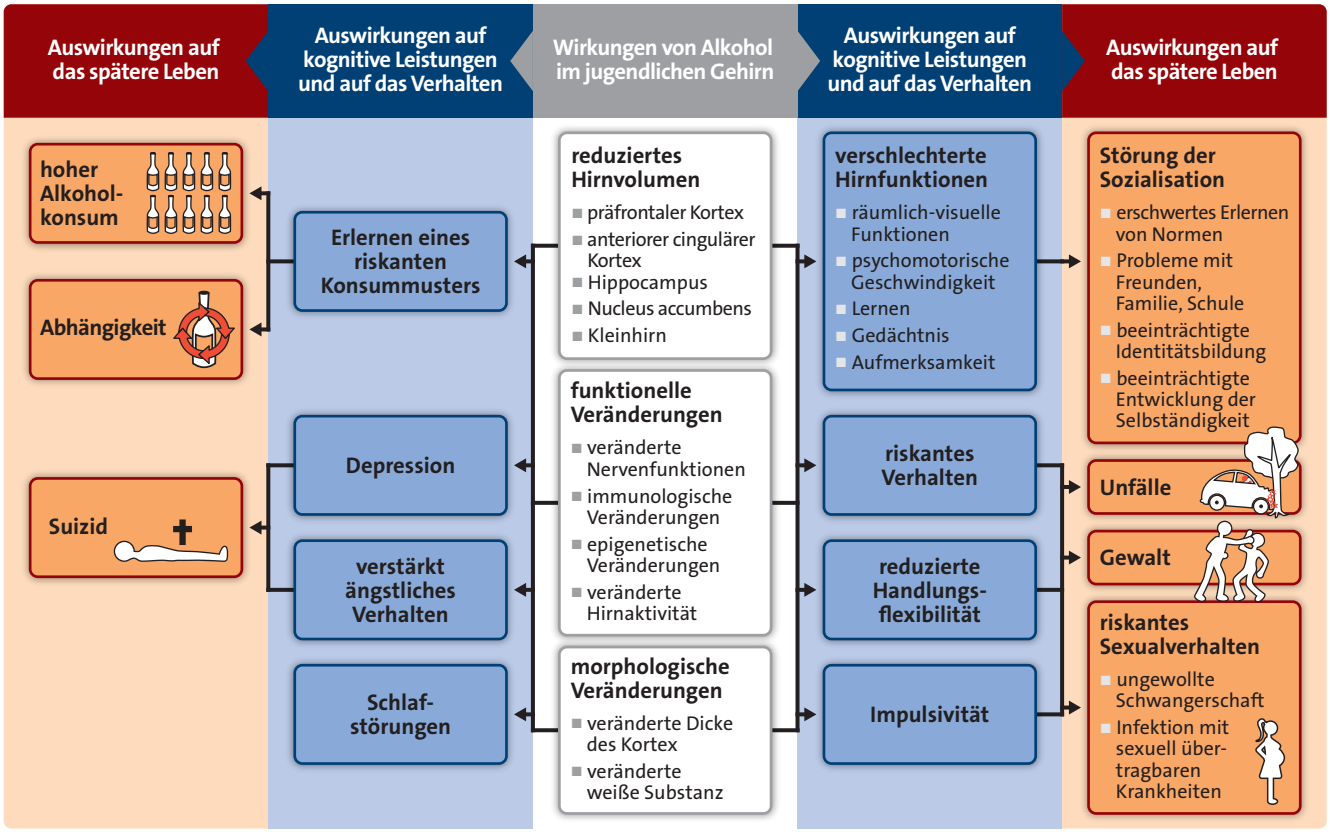
Je früher Jugendliche ihr erstes alkoholisches Getränk zu sich nehmen, umso größer ist ihr Risiko, abhängig zu werden. Wer vor dem 15. Lebensjahr mit dem Trinken beginnt, hat eine rund viermal so hohe Wahrscheinlichkeit, abhängig zu werden, als diejenigen, die erst ab 20 Jahren mit dem Trinken beginnen. Mit jedem Jahr, um das der Einstieg in den Alkoholkonsum später beginnt, sinkt das Risiko für eine Abhängigkeit um 14 Prozent.



Schädigung durch Alkohol im jugendlichen Gehirn



Alter beim ersten Alkoholkonsum und Risiko für Alkoholabhängigkeit | Jungen, Mädchen, beide Geschlechter | Lebenszeitprävalenz der Alkoholabhängigkeit (Prozent) nach Alter beim ersten Alkoholkonsum (Jahre)

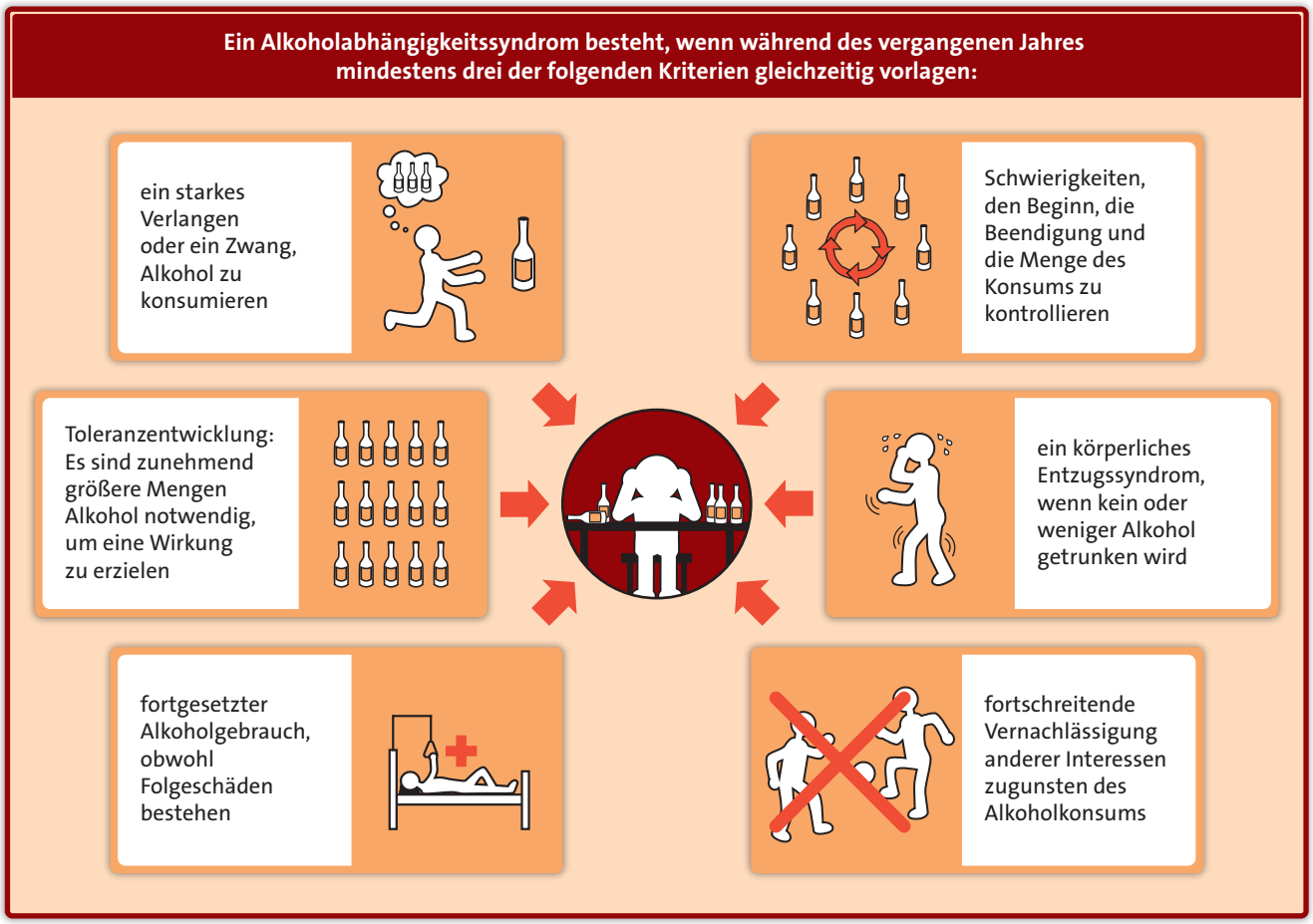


Wirkung des Alkoholkonsums im Jugendalter auf das Gehirn und Folgen der schädigenden Alkoholwirkung

2.7 Alkoholabhängigkeit

Alkoholkonsum kann unter dem Einfluss verschiedener Faktoren zur Alkoholabhängigkeit führen. Die Alkoholabhängigkeit entwickelt sich meist langsam und unmerklich. Sie gilt als erlerntes Verhalten, das psychische Spannungszustände vermindern soll und bei dem die akute Alkoholwirkung als verstärkender Faktor für den wiederholten Konsum wirkt.

Alkohol verursacht durch die Bindung an verschiedene Rezeptoren im Gehirn ein angenehmes Gefühl. Dabei kommt es bei regelmäßigem Konsum zur Entwicklung einer Toleranz: Es muss eine immer größere Menge Alkohol konsumiert werden, um eine Wirkung zu erzielen. Die Unterbrechung des Alkoholkonsums äußert sich dann oft in körperlichen Entzugssymptomen: Zittern, Unruhe, Schwitzen, Schlafstörungen und Kreislaufprobleme, möglicherweise auch Krampfanfälle und Verwirrtheit (Delir). Zusätzlich zu der physiologischen Wirkung des Alkohols im Gehirn wird der Alkoholkonsum über Lernprozesse mit bestimmten Situationen in Verbindung gebracht, sodass es zu einer Konditionierung kommt. Durch diesen Prozess können schon besondere Situationen den starken Drang wecken, Alkohol zu trinken.



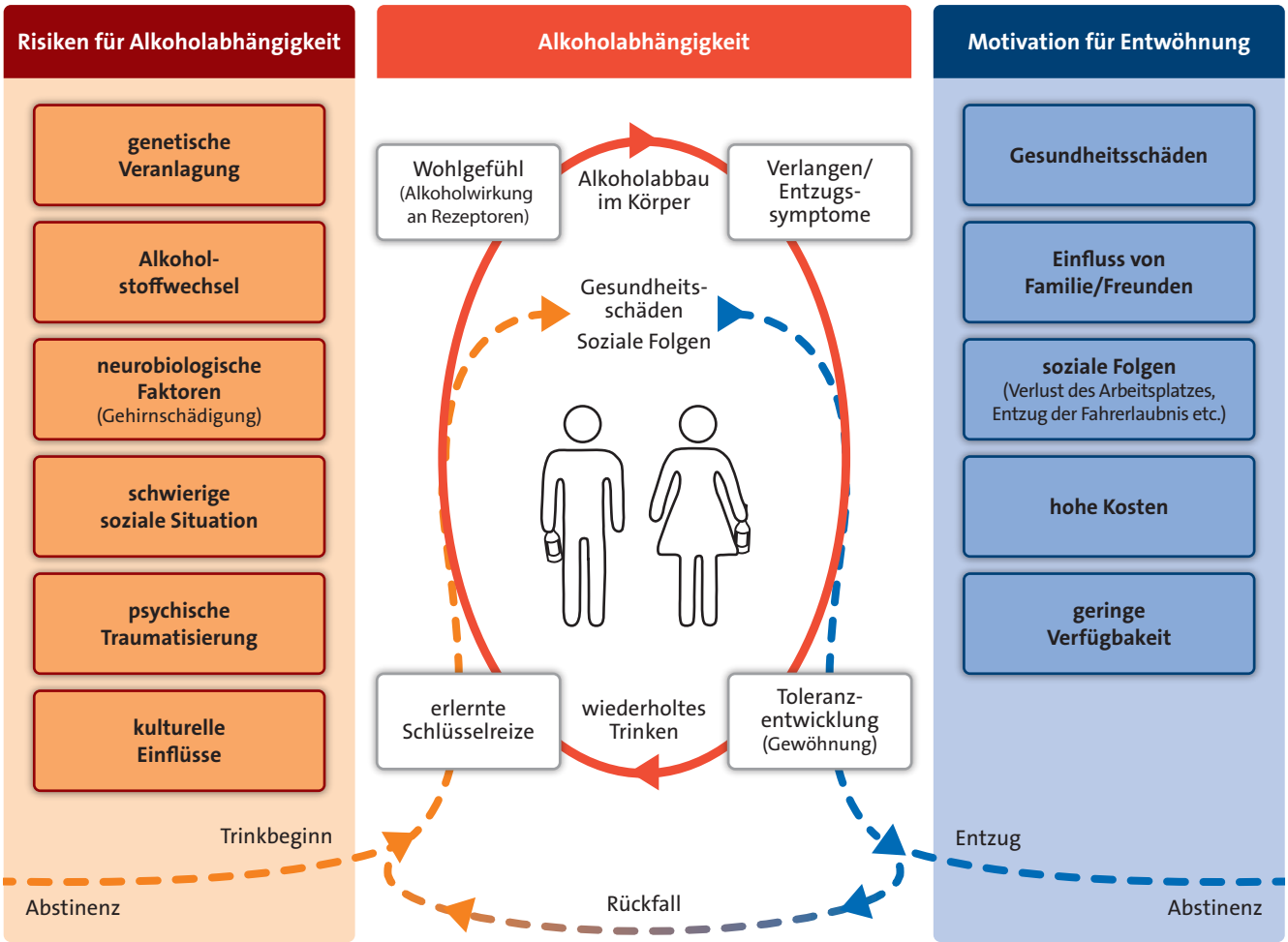
Diagnosekriterien für eine Alkoholabhängigkeit (nach ICD-10, F10.2)

Die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit ist durch genetische und körperliche Faktoren sowie Umweltfaktoren begünstigt. Kinder eines alkoholabhängigen Elternteils haben ein vier- bis fünffach erhöhtes Risiko, abhängig zu werden. Ohne diese genetischen oder erworbenen Verletzlichkeiten (Vulnerabilitäten) entwickelt sich auch bei regelmäßigem Alkoholkonsum nur selten eine Abhängigkeit.

Zu den abhängigkeitsfördernden Umweltfaktoren gehören psychische Belastungen wie fehlende Bezugspersonen in der Kindheit oder sexueller Missbrauch sowie eine schwierige soziale Situation, beispielweise Armut, mangelnde Bildung oder das Erleben von Gewalt. Daneben kann sich auch der kulturelle Umgang mit Alkohol abhängigkeitsfördernd auswirken. Eine Alkoholabhängigkeit tritt bei Männern deutlich häufiger auf als bei Frauen und bei jungen Menschen wesentlich häufiger als bei älteren.

Häufig bestehen bei einer Alkoholabhängigkeit gleichzeitig psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie, Depression, bipolare affektive Störung, Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, Essstörungen, Nikotinabhängigkeit und andere Substanzstörungen.

Je früher Kinder und Jugendliche mit dem Alkoholkonsum beginnen, desto größer ist ihr Risiko, alkoholabhängig zu werden.



Einflussfaktoren auf die Alkoholabhängigkeit

Ausmaß des Alkoholkonsums und seiner gesundheitlichen Folgen

3

3.1 Datenquellen, Definitionen und Methoden

Das Ausmaß des Alkoholkonsums der Bevölkerung kann über zwei unterschiedliche Methoden bestimmt werden:

Der Pro-Kopf-Konsum lässt sich über die erzeugten Mengen alkoholischer Getränke errechnen, die zum Verkauf in den inländischen Warenverkehr gebracht werden (Verbrauchsteuerstatistik). Bei diesem Ansatz erhält man weitgehend vollständige Angaben zum durchschnittlichen Konsum der Bevölkerung, jedoch lassen sich diese Angaben nicht nach Konsumentengruppen – beispielsweise nach Geschlecht oder Alter – differenzieren. Außerdem können sie beispielsweise durch Schmuggel, Touristenkonsum oder Schwarzmarkt verzerrt sein.

Bevölkerungsbefragungen (epidemiologische Surveys) hingegen ermöglichen direkte Rückschlüsse auf Bevölkerungsgruppen. Allerdings ist bei diesen Daten von einer Untererfassung auszugehen, da der Alkoholkonsum als sensibles Thema gilt. Infolge einer ungenauen Erinnerung oder aufgrund von Fehleinschätzungen bei unregelmäßigem Konsum werden bisweilen geringere als die tatsächlich konsumierten Mengen angegeben.

Die konsumierte Alkoholmenge wird in der Regel in Reinalkohol pro Zeiteinheit, zumeist in Gramm pro Tag, angegeben. Sie kann auf zwei verschiedene Arten erfasst werden: Entweder geben die Befragten für jede Getränkeart (Bier, Wein und Spirituosen) die konsumierte Anzahl der Getränke und deren jeweiliges Volumen an, oder sie nennen die Anzahl der konsumierten Standardgetränke. Dabei wird ihnen zuvor anhand von Beispielen erklärt, dass mit Standardgetränken Getränkevolumen mit etwa gleichem Reinalkoholgehalt gemeint sind.

Weitere Aspekte des Trinkverhaltens können zudem über Fragebögen erfasst werden, die auf psychologischen Konzepten beruhen, wie beispielsweise der Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT, siehe Infobox Seite 43) oder das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, siehe Infobox Seite 43).

In den verschiedenen Studien werden unterschiedliche Definitionen beispielsweise für riskanten Alkoholkonsum oder Rauschtrinken verwendet. Daher können die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen nicht direkt miteinander verglichen werden.

Alkoholkonsum bei Erwachsenen | Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen | **Kurzbezeichnung** (aktuellste verfügbare Daten) | **Erhebungsturnus** | **Alter der Teilnehmenden** | **Teilnehmerzahl** (gerundet)

Name der Studie	Kurzbezeichnung	Erhebungsturnus	Alter der Teilnehmenden	Teilnehmerzahl
Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA) Datenhalter: IFT Institut für Therapieforschung	ESA 2015	seit 1995 Erwachsenenstichprobe seit 1997 alle drei Jahre	18 bis 64 Jahre (seit 2006) 18 bis 59 Jahre (1995–2003)	8 000 bis 9 000
Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) Datenhalter: Robert Koch-Institut	GEDA 2014/2015	GEDA 2009 (7/2008–5/2009) GEDA 2010 (9/2009–7/2010) GEDA 2012 (3/2012–3/2013) GEDA 2014/2015-EHIS (11/2014–7/2015)	15 Jahre und älter (seit 2014/2015) 18 Jahre und älter (vor 2014/2015)	20 000 bis 26 000
Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Datenhalter: BZgA	BZgA 2016 (teilweise BZgA 2011)	seit 1973 im Abstand von ein bis vier Jahren	12 bis 25 Jahre vor 1979 nur 18 bis 25 Jahre 2007 nur 12 bis 19 Jahre	5 000 bis 7 000
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) Datenhalter: Robert Koch-Institut	KiGGS 2009/2012	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) KiGGS Welle 1 (2009–2012) KiGGS Welle 2 (2014–2017)	0 bis 17 Jahre (2003–2006) 0 bis 24 Jahre (2009–2012) 0 bis 29 Jahre (2014–2017)	12 000 bis 23 000

Übersicht der verwendeten epidemiologischen Studien zur Erfassung der Verbreitung des Alkoholkonsums | Name der Studie und Datenhalter, Kurzbezeichnung (aktuellste verfügbare Daten), Erhebungsturnus, Alter der Teilnehmenden, Teilnehmerzahl

18 + | 11–25 Jahre

	ESA	GEDA	BZgA	KiGGS
Lebenszeit-/ 30-Tage-Prävalenz	mindestens einmaliger Alkoholkonsum im Leben/in den letzten 30 Tagen vor der Befragung unabhängig von der Menge und Häufigkeit			
Riskanter Alkoholkonsum	seit ESA 1995 durchschnittlich mehr als 24/12 Gramm Reinalkohol pro Tag > 24 g / > 12 g	seit GEDA 2014/2015 durchschnittlich mehr als 20/10 Gramm Reinalkohol pro Tag > 20 g / > 10 g	seit BZgA 2001 durchschnittlich mehr als 24/12 Gramm Reinalkohol pro Tag > 24 g / > 12 g	seit KiGGS 2009/2012 AUDIT-C-Summenscore von 5/4 oder höher 5 + / 4 +
Rauschtrinken (binge drinking)	seit ESA 1995 5 oder mehr Gläser Alkohol an einem Tag ×5 + / ×5 +	seit GEDA 2009 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit ×6 + / ×6 +	seit BZgA 2010 5/4 oder mehr Gläser Alkohol hintereinander ×5 + / ×4 +	seit KiGGS 2009/2012 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit ×6 + / ×6 +
Klinisch relevanter (problematischer) Alkoholkonsum	ESA 1997, 2003, 2009, 2015 AUDIT-Summenscore von 8 oder höher 8 + / 8 +	–	**häufiges Rauschtrinken** an vier Tagen oder öfter innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung –	**regelmäßiges Rauschtrinken** mindestens einmal im Monat –
Alkoholabhängigkeit	ESA 1997, 2000, 2006, 2012 nach Kriterien des DSM-IV	–	–	–

Definitionen zu Maßzahlen zur Erfassung der Verbreitung des Alkoholkonsums und zu Formen des gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums entsprechend den verwendeten epidemiologischen Studien | Männer, Frauen, Jungen/junge Männer, Mädchen/junge Frauen | AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test): siehe Infobox Seite 43, AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption): siehe Infobox Seite 49, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): siehe Infobox Seite 43

Methoden zur Bestimmung der Konsummenge reinen Alkohols pro Tag

1 % vol = 0,01 m³/m³
Dichte von Ethanol (Alkohol): 0,79 g/cm³

ESA | BZgA

Getränkespezifischer Menge-Frequenz-Index

- Befragte geben für jedes alkoholische Getränk (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen, Mischgetränke) die Häufigkeit des Konsums sowie die durchschnittliche Konsummenge (Anzahl und Volumen) an
- anhand dieser Angaben wird die durchschnittliche Konsummenge je Getränk sowie die durchschnittliche Gesamtkonsummenge (in Gramm Reinalkohol) pro Tag bestimmt

$$\text{Getränkevolumen [ml]} \cdot \frac{\text{Alkoholgehalt [\% vol]}}{100} \cdot \text{Dichte von Ethanol [g/cm³]} = \text{Reinalkohol pro Getränk [g]}$$

GEDA | KiGGS

Anzahl von Standardgetränken

- Befragte werden darauf hingewiesen, dass mit einem Standardgetränk gemeint ist:
  = 0,33 l Bier = 0,125 l Wein/Sekt
  = 1 doppelter Schnaps (0,04 l)
  = 1 Longdrink oder Cocktail (mit 4 cl Alkohol)
- Befragte geben an, wie viele Standardgetränke sie im Durchschnitt an einem Tag trinken
- anhand dieser Angabe wird die durchschnittliche Konsummenge (in Gramm Reinalkohol) pro Tag geschätzt

Getränkevolumen, deren Reinalkoholgehalt Schwellenwerte für riskanten Alkoholkonsum entspricht

20/24 g Reinalkohol pro Tag bei Männern und 10/12 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen

unterhalb: risikoarmer Konsum
oberhalb: riskanter Konsum

	Bier	Wein	Sekt	Spirituosen
20 g	0,527 l	0,230 l	0,230 l	7,7 cl
24 g	0,633 l	0,267 l	0,267 l	9,2 cl
	ø 4,8 % vol	ø 11 % vol	ø 11 % vol	ø 33 % vol

	Bier	Wein	Sekt	Spirituosen
10 g	0,264 l	0,115 l	0,115 l	3,8 cl
12 g	0,316 l	0,138 l	0,138 l	4,6 cl
	ø 4,8 % vol	ø 11 % vol	ø 11 % vol	ø 33 % vol

Methoden zur Bestimmung der Konsummenge reinen Alkohols pro Tag sowie Getränkevolumen, deren Reinalkoholgehalt Schwellenwerte für riskanten Alkoholkonsum entspricht (20 g / 24 g pro Tag bei Männern und 10 g / 12 g pro Tag bei Frauen)

3.2 Verbrauch von alkoholischen Getränken

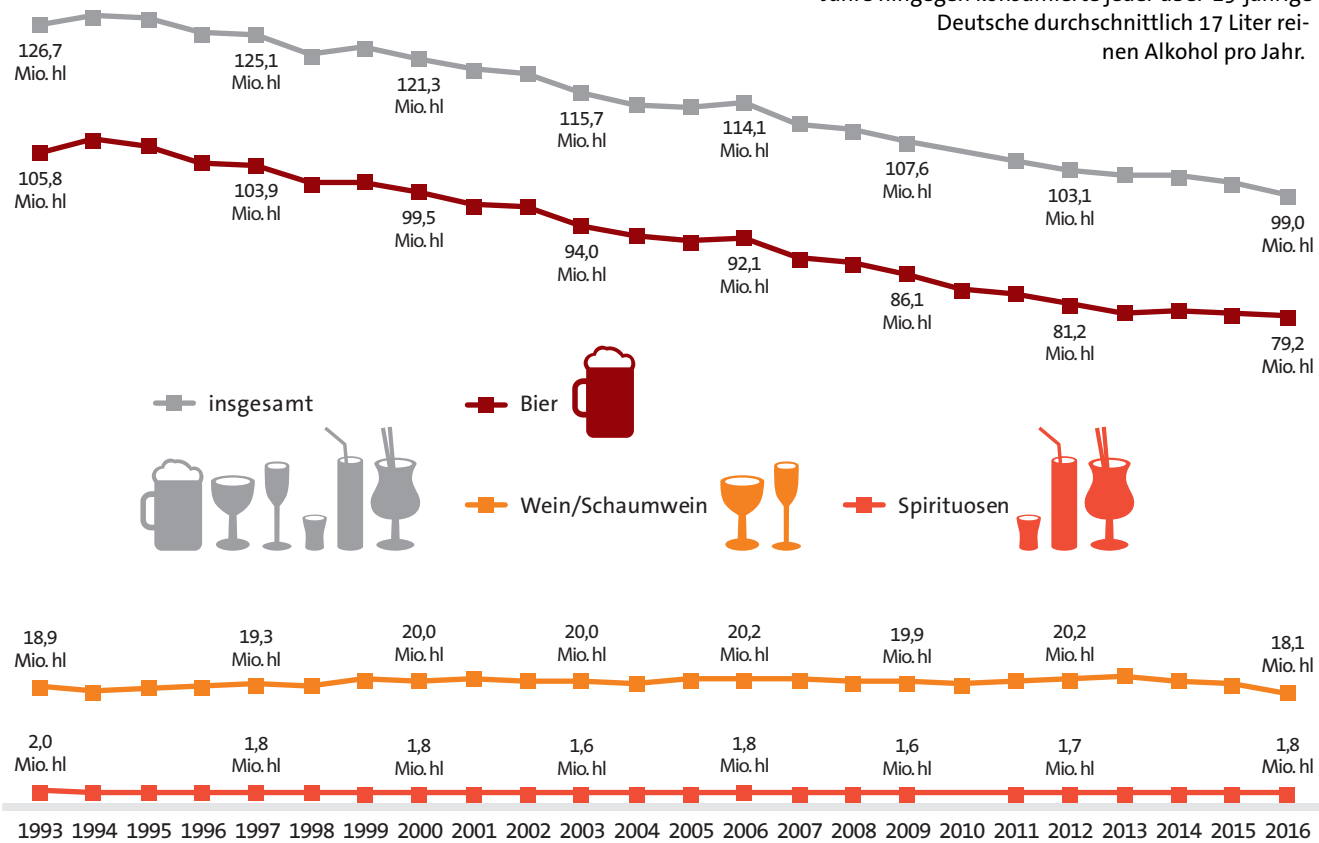
Im Jahr 2016 wurden in Deutschland 99,0 Millionen Hektoliter alkoholische Getränke verkauft. Davon entfielen 79,2 Millionen Hektoliter (80,0 Prozent) auf Bier, 18,1 Millionen Hektoliter (18,2 Prozent) auf Wein und Schaumwein sowie 1,8 Millionen Hektoliter (1,8 Prozent) auf Spirituosen.

Entsprechend den Angaben eines Branchenverbandes machten alkoholische Getränke vom gesamten Fertiggetränkeverbrauch im Jahr 2015 knapp 18 Prozent aus. So konsumierte jeder Deutsche 135,5 Liter alkoholische Getränke, die zum Großteil in Form von Bier getrunken wurden: Etwa 78 Prozent des Alkoholkonsums entfielen auf Bier, 15 Prozent auf Wein, drei Prozent auf Schaumwein und vier Prozent auf Spirituosen.

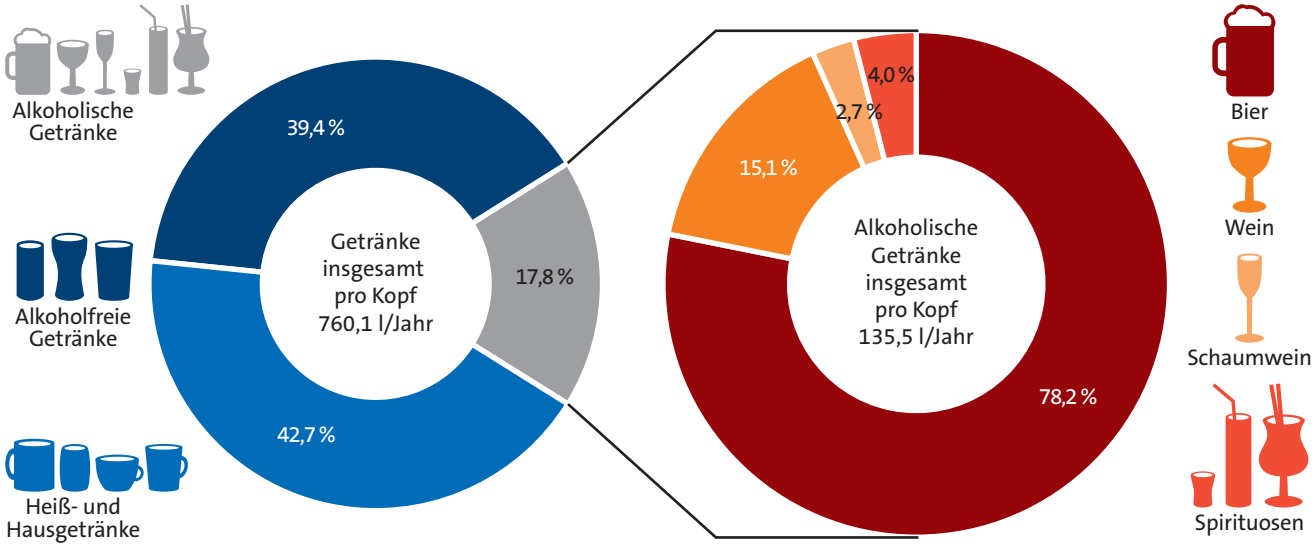
Der Rest des Fertiggetränkeverbrauchs verteilte sich zu ähnlich großen Anteilen auf alkoholfreie Getränke (Wasser, Erfrischungsgetränke, Fruchtsäfte) und Heiß- und Hausgetränke (Kaffee, Tee, Milch).

Der Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol der über-15-jährigen Bevölkerung lag im Jahr 2014 bei 11,0 Litern, wobei 5,9 Liter aus Bier stammten, 3,1 Liter aus Wein und Schaumwein und 2,1 Liter aus Spirituosen.

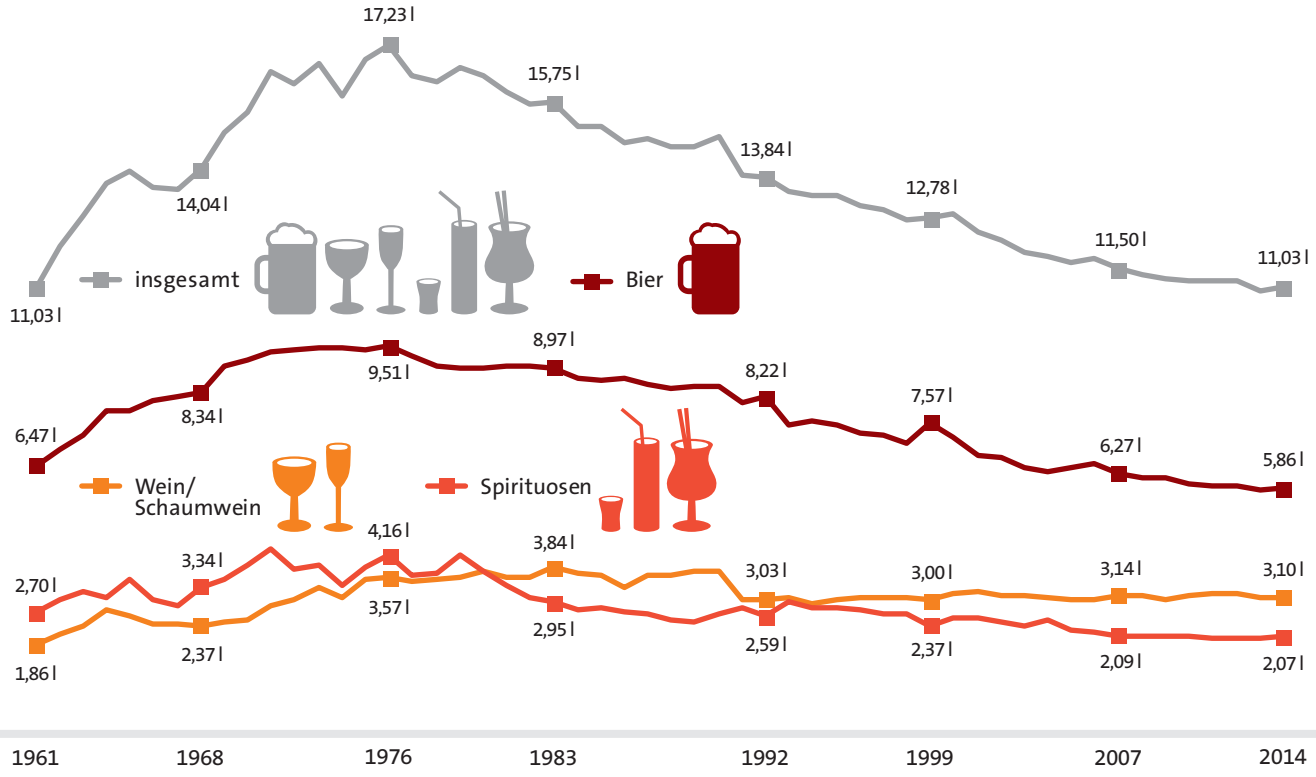
In den letzten 40 Jahren hat der Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol nach einem starken Anstieg in den 1960er Jahren kontinuierlich abgenommen und ist heute mit 11 Litern etwa genauso hoch wie Anfang der 1960er Jahre. Mitte der 1970er Jahre hingegen konsumierte jeder über-15-jährige Deutsche durchschnittlich 17 Liter reinen Alkohol pro Jahr.



Verbrauch von alkoholischen Getränken in Millionen Hektolitern pro Jahr nach Erhebungsjahr und Getränkeart | insgesamt, Bier (ohne alkoholfreies Bier), Wein/Schaumwein, Spirituosen | Daten: Verbrauchsteuerstatistik



Pro-Kopf-Verbrauch verschiedener Getränke im Jahr 2015 in Liter Fertigware | Alkoholische Getränke: Bier, Wein, Schaumwein, Spirituosen; Alkoholfreie Getränke: Wasser, Erfrischungsgetränke, Fruchtsäfte; Heiß- und Hausgetränke: Kaffee, Tee, Milch



Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter in Litern pro Jahr nach Erhebungsjahr und Getränkeart | insgesamt, Bier, Wein/Schaumwein, Spirituosen | Daten: GISAH

3.3 Alkoholkonsum von Erwachsenen – Trends und Getränkearten

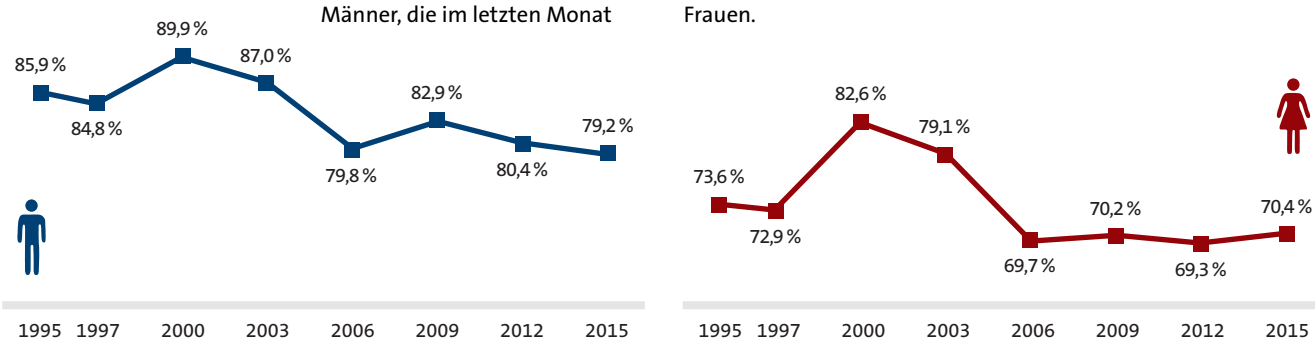
Im Jahr 2015 gaben 79 Prozent der 18- bis 59-jährigen Männer und 70 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe an, innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol konsumiert zu haben (30-Tage-Prävalenz), wobei sich ein sinkender Trend abzeichnet: Im Jahr 2000 hatten noch fast 90 Prozent der Männer und etwa 83 Prozent der Frauen in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken.

Auch die durchschnittliche tägliche Trinkmenge der 18- bis 59-Jährigen ist gesunken – bei Männern deutlicher als bei Frauen: Im Jahr 2000 nahmen diejenigen Männer, die innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken hatten, täglich durchschnittlich rund 22 Gramm reinen Alkohol zu sich und Frauen rund zehn Gramm. Im Jahr 2015 waren es bei den Männern nur noch 16 und bei den Frauen neun Gramm Reinalkohol. Männer konsumieren aber immer noch deutlich größere Alkoholmengen als Frauen.

Männer trinken in Deutschland eher Bier, Frauen eher Wein und Sekt. So hatten im Jahr 2015 69 Prozent der 18- bis 64-jährigen Männer, die im letzten Monat Alkohol konsumiert hatten, mindestens ein Bier getrunken; von den gleichaltrigen Frauen lediglich 34 Prozent, wobei Frauen Bier vor allem in jüngerem Alter trinken. In allen Altersgruppen trinken Männer zwei- bis dreimal so viel Bier wie Frauen.

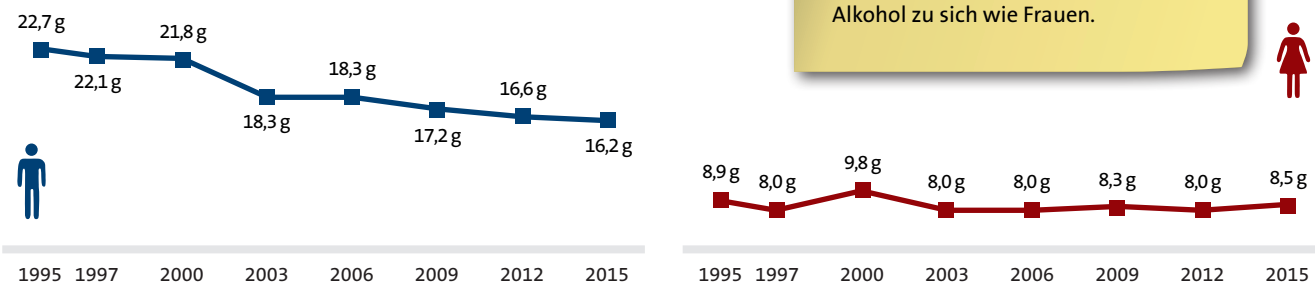
Wein und Sekt hingegen hatten im Jahr 2015 nur 39 Prozent der Männer, die im letzten Monat Alkohol konsumiert hatten, zu sich genommen, wobei sie eher mit steigendem Alter zu diesen Getränken greifen. Demgegenüber haben 55 Prozent der Frauen – unabhängig vom Alter – in den letzten 30 Tagen Sekt oder Wein getrunken. Die Trinkmenge von Wein und Sekt nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu.

Männer konsumieren mehr Spirituosen als Frauen, wobei beide eher in jüngeren Jahren dazu greifen. Beim Konsum von Mixgetränken bestehen nur geringe Geschlechtsunterschiede; sowohl Männer als auch Frauen trinken diese vorwiegend in jüngerem Alter – junge Männer allerdings in größeren Mengen als junge Frauen.

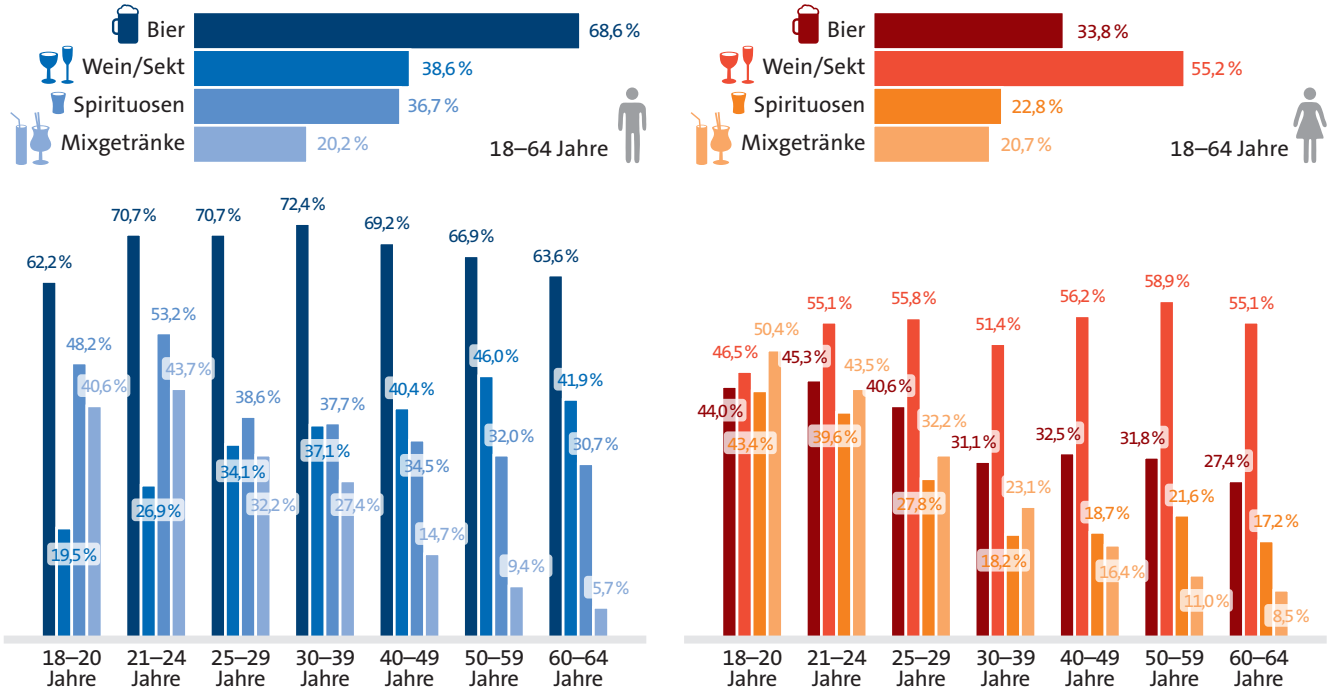


30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums bei 18- bis 59-jährigen Männern und Frauen in Prozent nach Erhebungsjahr und Geschlecht | Daten: ESA

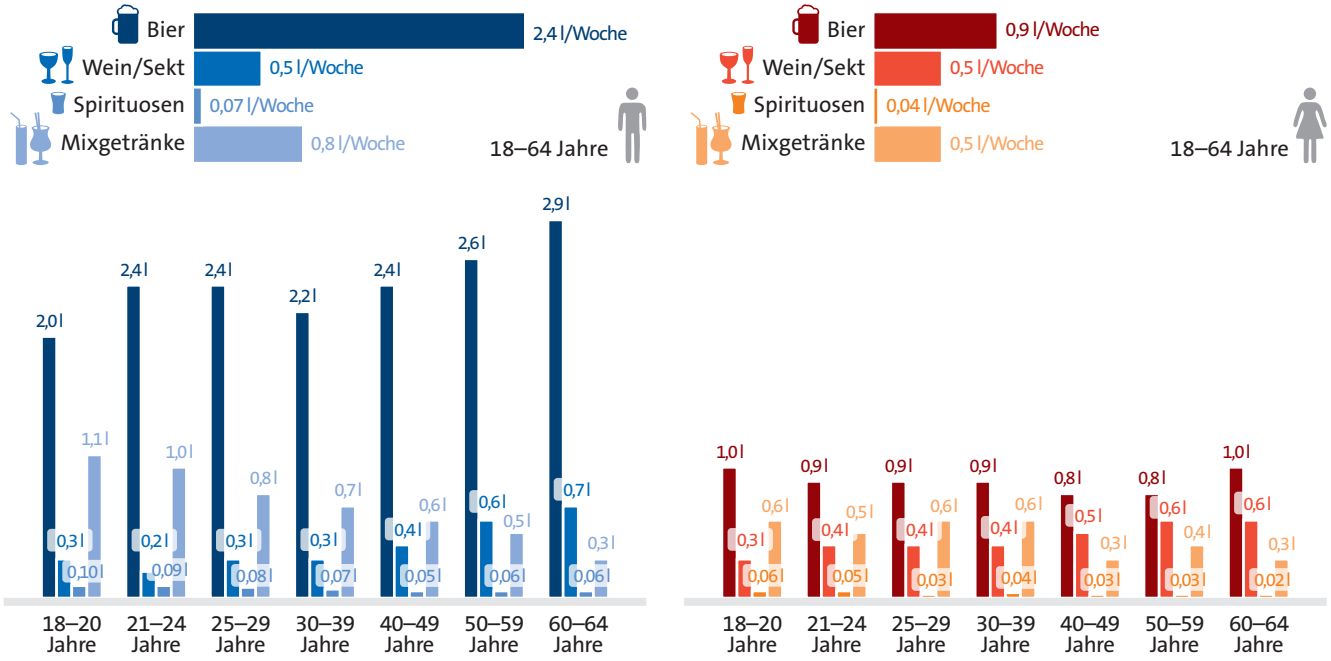
Männer nehmen fast doppelt so viel Alkohol zu sich wie Frauen.



Durchschnittlicher Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Gramm Reinalkohol pro Tag bei 18- bis 59-jährigen männlichen und weiblichen Konsumenten nach Erhebungsjahr und Geschlecht | Daten: ESA



30-Tage-Prävalenz für verschiedene Getränkearten (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen, Mixgetränke) bei 18- bis 64-Jährigen in Prozent nach Altersgruppen und Geschlecht | Daten: ESA 2015



Trinkmengen verschiedener Getränkearten (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen, Mixgetränke) bei 18- bis 64-jährigen Konsumenten in Litern pro Woche nach Altersgruppen und Geschlecht | bezogen auf die Konsumenten des jeweiligen Getränks der letzten 30 Tage | Daten: ESA 2015

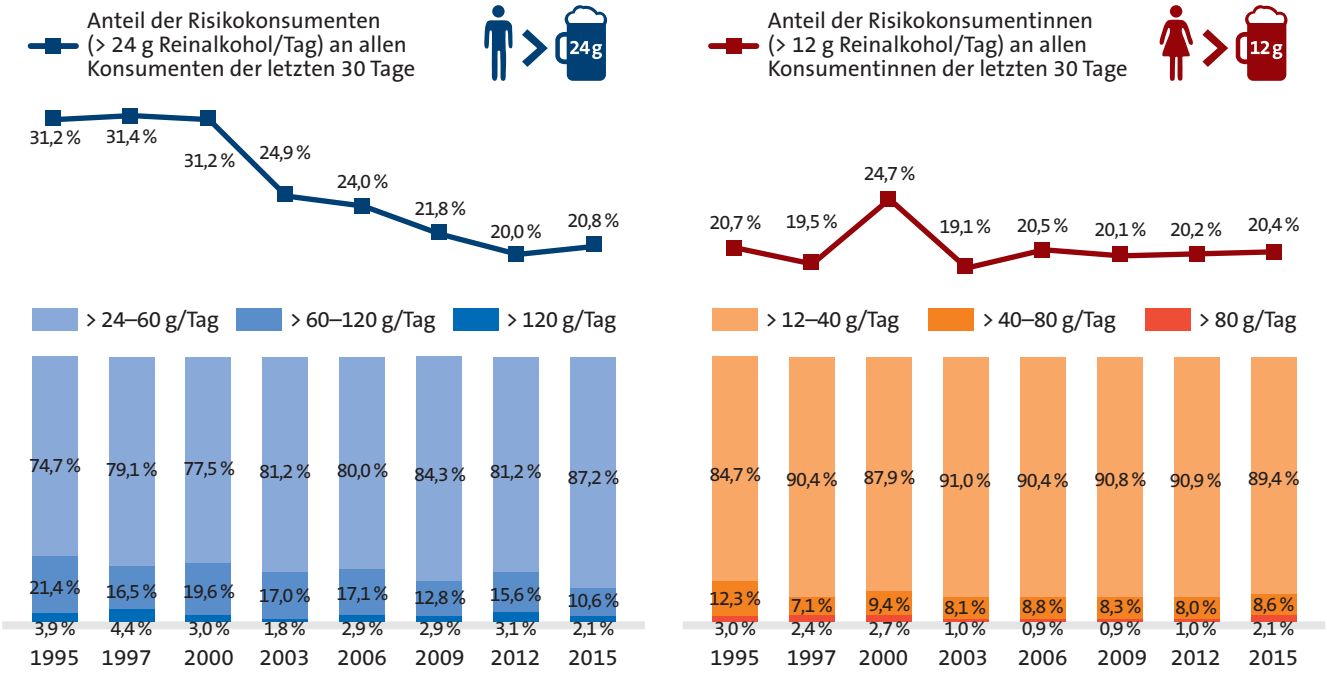
3.4 Alkoholkonsum von Erwachsenen – riskanter Konsum

Im Jahr 2015 konsumierten in Deutschland 18,2 Prozent der erwachsenen Männer und 13,8 Prozent der erwachsenen Frauen wöchentlich riskante Mengen Alkohol, das heißt mehr als 20 beziehungsweise zehn Gramm Reinalkohol pro Tag. Ab einer solchen Alkoholmenge ist langfristig mit schweren gesundheitlichen Schäden zu rechnen. Der riskante Alkoholkonsum ist bei beiden Geschlechtern unter den 25- bis 44-Jährigen und bei Frauen auch bei den über 65-Jährigen am niedrigsten. Am höchsten ist er bei 55- bis 64-jährigen Männern (23,9 Prozent) und bei 45- bis 54-jährigen Frauen (17,7 Prozent), verhältnismäßig hoch auch bei jungen Männern im Alter von 18 bis 24 Jahren (19,7 Prozent).

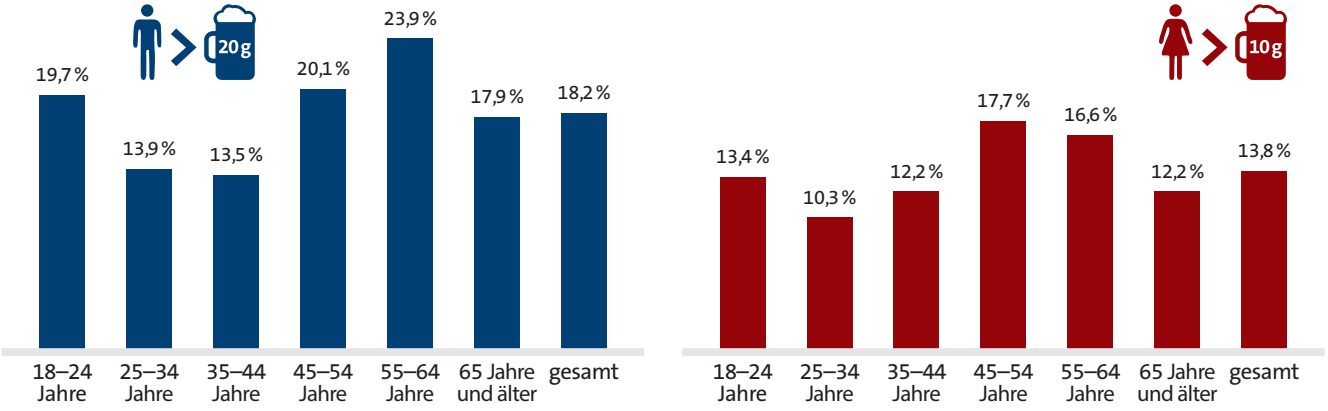
Der riskante Alkoholkonsum weist regionale Unterschiede auf: Bei den Männern, die wöchentlich Alkohol trinken, ist der Anteil der Risikokonsumenten mit jeweils über 22 Prozent in Thüringen, Sachsen und Berlin am höchsten, in Bremen und Schleswig-Holstein hingegen mit 15,5 beziehungsweise 14,7 Prozent vergleichsweise niedrig. Bei den Frauen findet sich mit 16,7 Prozent der größte Anteil von wöchentlichen Risikokonsumentinnen in Hamburg, gefolgt von Berlin (16,0 Prozent). In Brandenburg leben mit einem Anteil von 9,4 Prozent die wenigsten Risikokonsumentinnen.

Von den 18- bis 59-Jährigen, die innerhalb der vergangenen 30 Tage Alkohol konsumiert haben, trank im Jahr 2015 jeder Fünfte riskante Mengen Alkohol (mehr als 24 beziehungsweise 12 Gramm Reinalkohol pro Tag). Von diesen Risikokonsumenten nahmen 10,6 Prozent der Männer und 8,6 Prozent der Frauen sogar gefährliche Mengen Alkohol zu sich, also 60 bis 120 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer und 40 bis 80 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen. 2,1 Prozent der Männer und Frauen zeigten einen Hochkonsum von mehr als 120 beziehungsweise 80 Gramm Reinalkohol pro Tag.

Unter den 18- bis 59-jährigen Männern, die innerhalb des letzten Monats Alkohol getrunken haben, sank der riskante Konsum innerhalb der letzten fünfzehn Jahre von 31,2 auf 20,8 Prozent und der gefährliche Konsum hat sich in diesem Zeitraum etwa halbiert. Bei den Frauen hingegen hat sich das riskante Konsumverhalten in den vergangenen Jahren nicht wesentlich geändert.

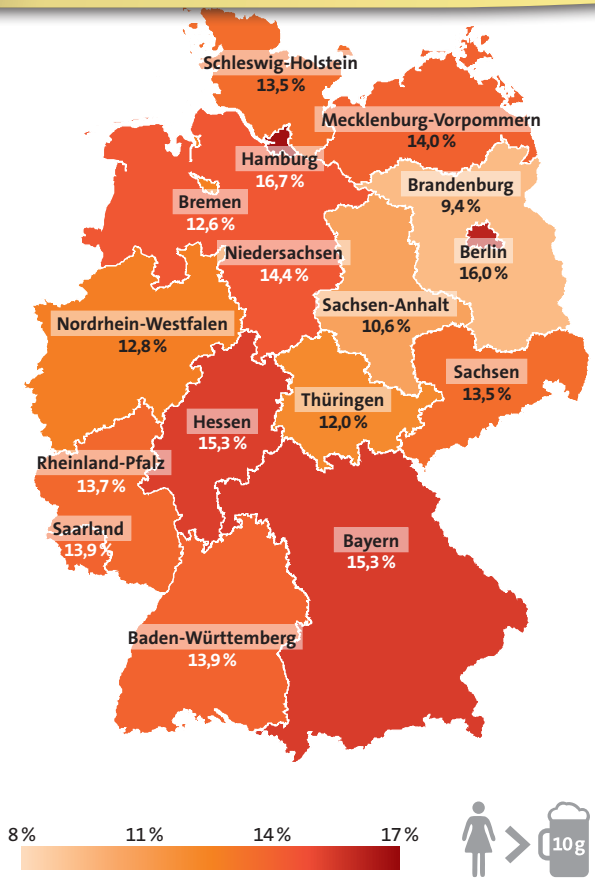


Riskanter Alkoholkonsum bei 18- bis 59-jährigen ■ männlichen und ■ weiblichen Konsumenten der letzten 30 Tage und Kategorisierung entsprechend der Konsummenge (Gramm Reinalkohol/Tag) nach Erhebungsjahr | Daten: ESA



Riskanter Alkoholkonsum bei Männern (> 20 g Reinalkohol/Tag) und Frauen (> 10 g Reinalkohol/Tag) nach Altersgruppen |
Daten: GEDA 2014/2015

In Deutschland konsumieren rund 18 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen riskante Mengen Alkohol.

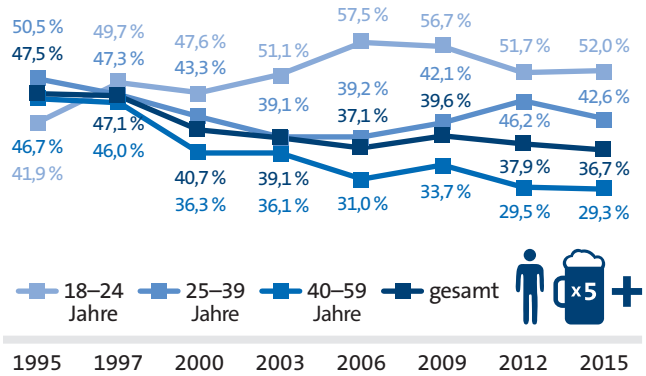


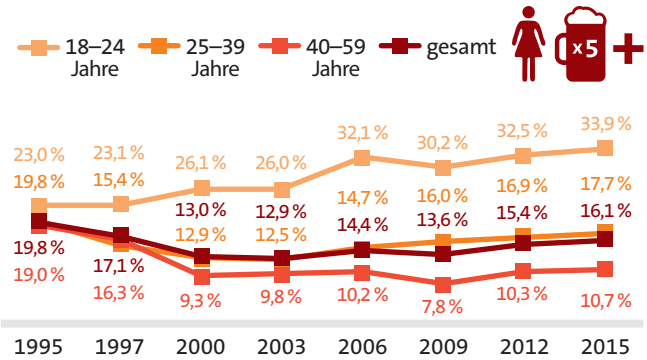
Riskanter Alkoholkonsum bei Männern (> 20 g Reinalkohol/Tag) und Frauen (> 10 g Reinalkohol/Tag) nach Bundesländern |
Daten: GEDA 2014/2015

3.5 Alkoholkonsum von Erwachsenen – alkoholbezogene Störungen

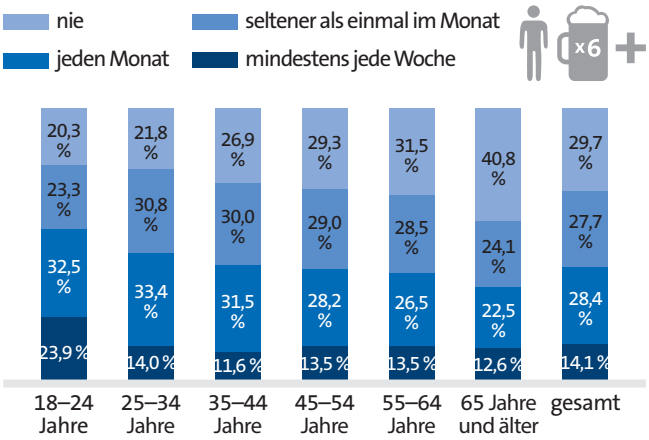
Das sogenannte „Rauschtrinken“ (binge drinking), bei dem Alkohol bei einer einzigen Gelegenheit in größeren Mengen konsumiert wird, ist in Deutschland verhältnismäßig weit verbreitet: Im Jahr 2015 gab rund ein Viertel der 18- bis 59-Jährigen, die innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol konsumiert hatten, an, innerhalb des vergangenen Monats mindestens einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken zu haben. Männer neigen eher zum Rauschtrinken als Frauen: Nach eigenen Angaben hatten sich 37 Prozent der 18- bis 59-jährigen Männer und 16 Prozent der gleichaltrigen Frauen innerhalb der letzten 30 Tage einen Rausch angetrunken. Von den 18- bis 24-jährigen Konsumenten tat dies mehr als die Hälfte, von den Frauen dieser Altersgruppe rund ein Drittel.

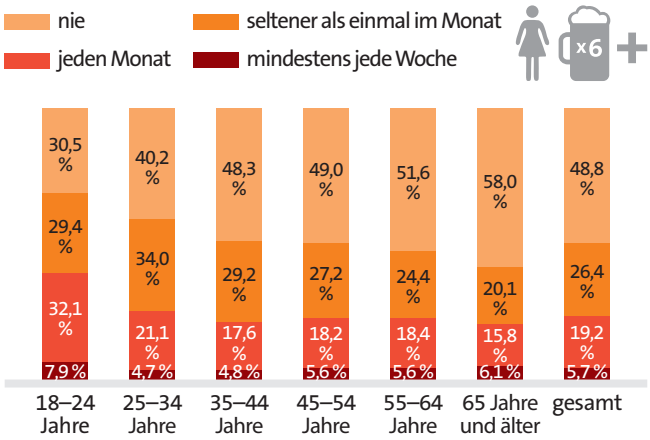
Innerhalb der letzten 20 Jahre hat das Rauschrinken unter 18- bis 59-jährigen Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen von 34 Prozent im Jahr 1995 auf 27 Prozent im Jahr 2015 abgenommen, wobei der Rückgang bei Männern deutlicher als bei Frauen ausgeprägt ist. Unter jungen Konsumenten und Konsumentinnen im Alter von 18 bis 24 Jahren hat das Rauschtrinken in diesem Zeitraum allerdings von 33 Prozent auf 34 Prozent zugenommen.





Trends des episodischen Rauschtrinkens (5 oder mehr Gläser Alkohol an einem Tag) von 18- bis 59-jährigen Konsumenten der letzten 30 Tage nach Geschlecht, Altersgruppen und Erhebungsjahr | 18–24 Jahre, 25–39 Jahre, 40–59 Jahre, gesamt | Daten: ESA

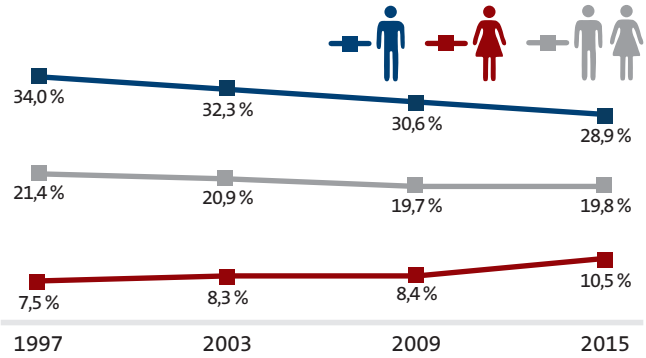




Rauschtrinken (6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit) bei Erwachsenen nach Geschlecht, Altersgruppen und Häufigkeit | nie, seltener als einmal im Monat, jeden Monat, mindestens jede Woche | Daten: GEDA 2014/2015

Junge Erwachsene betrinken sich deutlich häufiger als ältere: 24 Prozent aller 18- bis 24-jährigen befragten Männer und acht Prozent der gleichaltrigen Frauen konsumierten im Jahr 2015 mindestens einmal in der Woche sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, von den 45- bis 64-jährigen Männern taten dies 14 Prozent, von den Frauen dieser Altersgruppe etwa sechs Prozent.

Einen problematischen Alkoholkonsum (klinisch relevant nach AUDIT, siehe Infobox) zeigten im Jahr 2015 20 Prozent der 18- bis 59-jährigen Befragten (29 Prozent der Männer und elf Prozent der Frauen). Bei den Männern ist der problematische Alkoholkonsum seit 1997 kontinuierlich zurückgegangen, bei den Frauen hingegen ist er angestiegen.



Anzeichen für eine Alkoholabhängigkeit (nach DSM-IV, siehe Infobox) zeigten im Jahr 2012 rund vier Prozent der Befragten (5,2 Prozent der Männer und 2,1 Prozent der Frauen). Bei beiden Geschlechtern kommt die Alkoholabhängigkeit unter Jüngeren häufiger vor als bei Älteren. Die Alkoholabhängigkeit hat in den letzten 20 Jahren unter jungen Menschen – insbesondere jungen Frauen – sogar zugenommen. So waren im Jahr 1997 lediglich 0,2 Prozent der befragten 18- bis 24-jährigen Frauen alkoholabhängig, im Jahr 2012 hingegen zeigten 3,4 Prozent der jungen Frauen Zeichen einer Alkoholabhängigkeit.

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)

Aus zehn Fragen bestehender Fragebogen zur Erfassung von alkoholbezogenen Störungen

- Fragen 1–3: Erfassung der Trinkgewohnheiten
- Fragen 4–6: Erfassung von Alkoholabhängigkeitssymptomen
- Fragen 7–10: Erfassung von Alkoholfolgeschäden

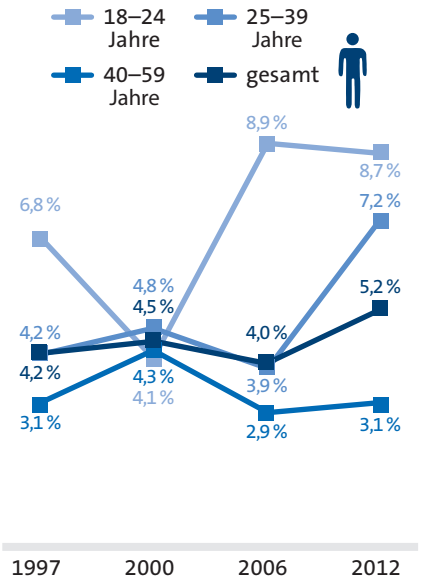
Fragen 1–8 sind auf einer fünfstufigen Skala zu beantworten, Fragen 9 und 10 auf einer dreistufigen. Bei allen zehn Fragen wird jeweils ein Punktewert von 0 bis 4 vergeben. Die Spannweite des Summenscores reicht daher von 0 bis 40. Ab einem Summenscore von 8 Punkten wird von klinisch relevantem (problematischem) Alkoholkonsum ausgegangen.

Trends des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach AUDIT in den letzten 12 Monaten bei 18- bis 59-Jährigen nach Geschlecht und Erhebungsjahr | Männer, Frauen, gesamt | Daten: ESA

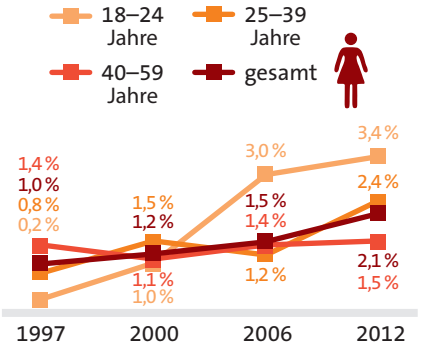
DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV)

Abhängigkeit besteht, wenn innerhalb des vergangenen Jahres mindestens drei der folgenden Kriterien im Zusammenhang mit Alkoholkonsum erfüllt sind:

- 1: Toleranzentwicklung
- 2: Entzugssymptome
- 3: Konsum länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt
- 4: Kontrollverlust
- 5: hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum oder Erholung
- 6: Einschränkung wichtiger Tätigkeiten
- 7: fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen



Im Jahr 2012 waren in Deutschland 1,7 Millionen der 18- bis 59-Jährigen alkoholabhängig – 1,2 Millionen Männer und 0,5 Millionen Frauen.



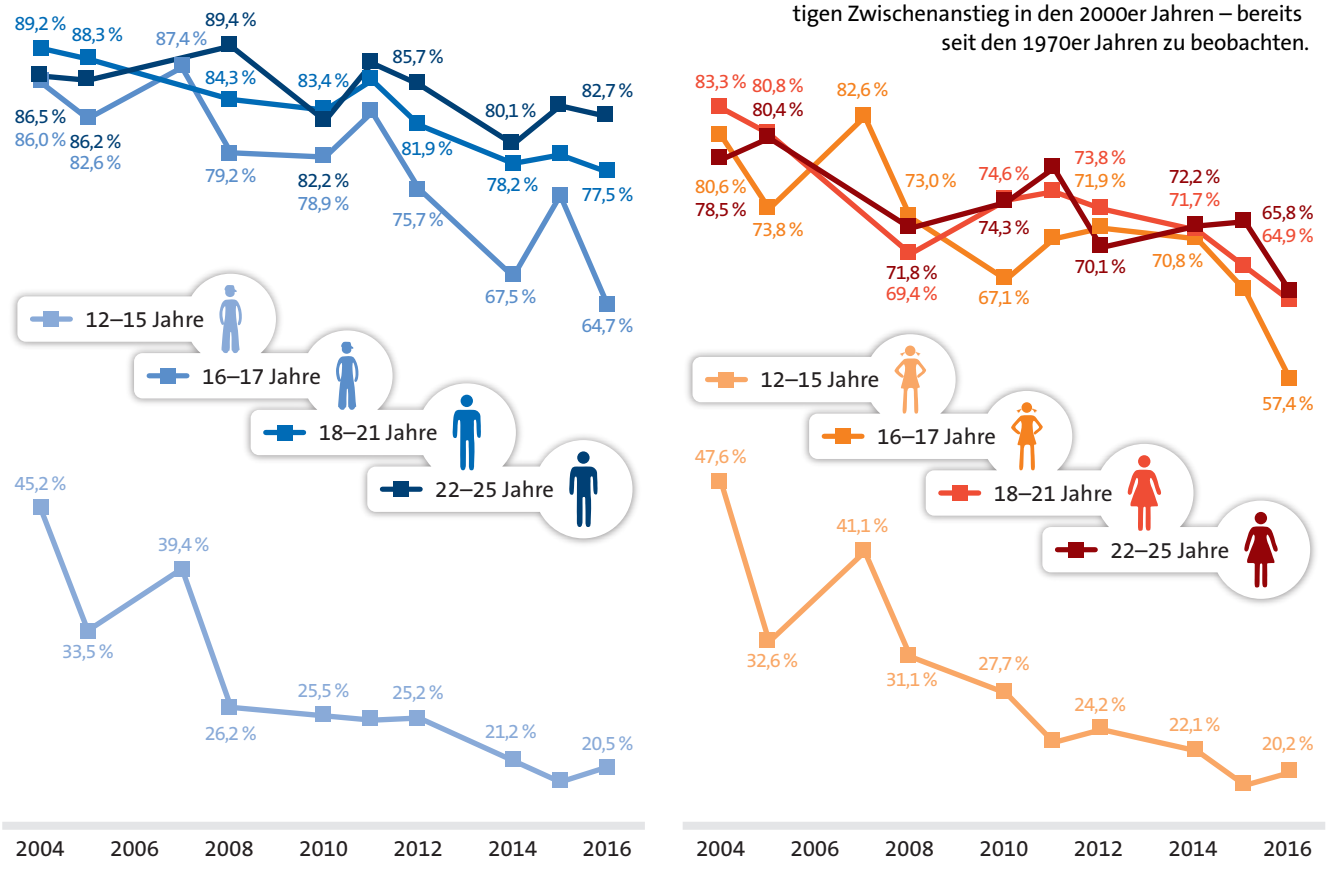
Trends der Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten bei 18- bis 59-Jährigen nach Geschlecht, Altersgruppen und Erhebungsjahr | 18–24 Jahre, 25–39 Jahre, 40–59 Jahre, gesamt | Daten: ESA 2012

3.6 Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Trends

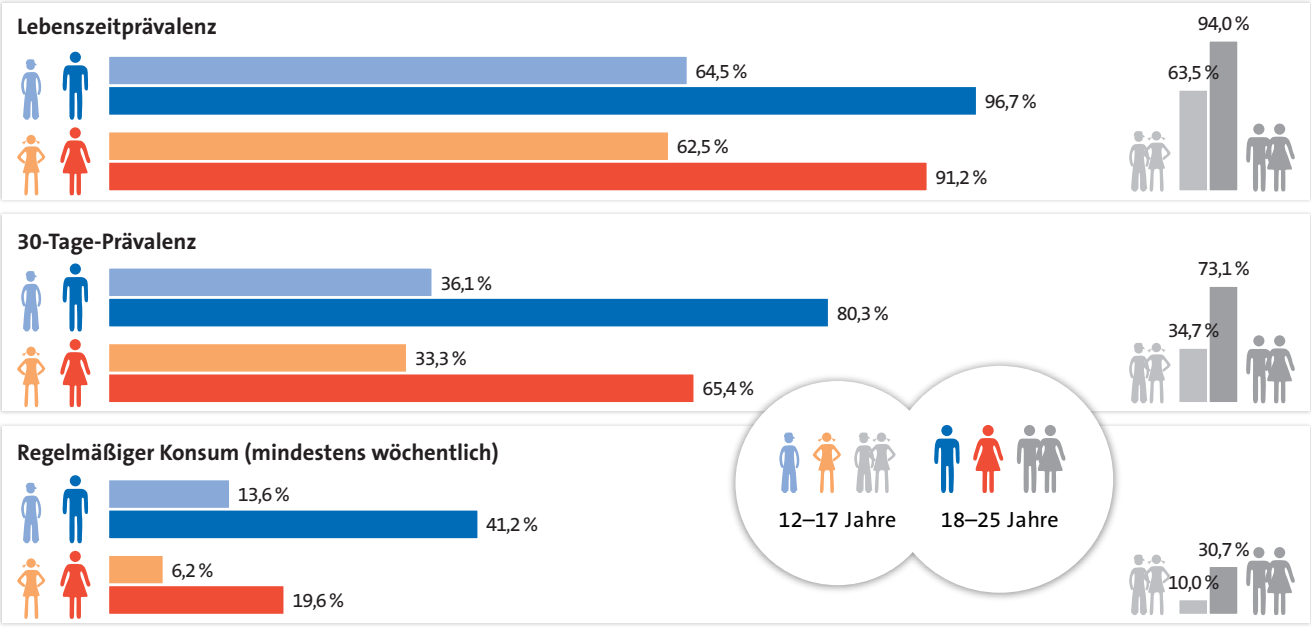
Das Trinken von Alkohol ist unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen recht weit verbreitet. Im Jahr 2016 gaben rund 64 Prozent der 12- bis 17-Jährigen und 94 Prozent der 18- bis 25-Jährigen an, zumindest einmal im Leben Alkohol getrunken zu haben. Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens einmal pro Woche) ist allerdings seltener, wobei mehr als doppelt so viele Jungen und junge Männer regelmäßig Alkohol trinken als Mädchen und junge Frauen.

Ab dem Alter von 16 Jahren beginnen deutlich mehr Jugendliche zu trinken: Von den 12- bis 15-Jährigen gaben nur etwa 20 Prozent an, im letzten Monat Alkohol konsumiert zu haben; von den 16- bis 17-Jährigen hingegen über 60 Prozent.

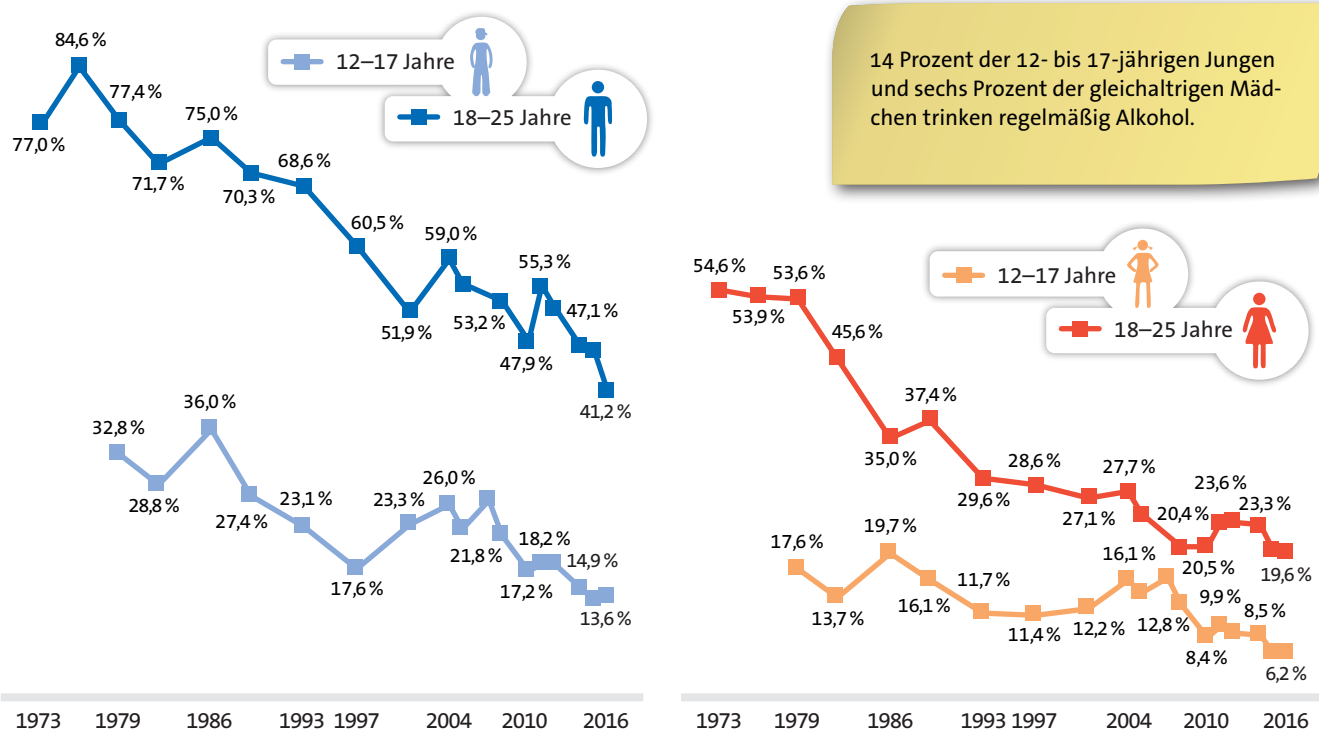
Im vergangenen Jahrzehnt ist der Alkoholkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich zurückgegangen: Im Jahr 2004 hatten noch 58 Prozent der 12- bis 17-Jährigen innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken, im Jahr 2016 war dies nur noch bei 35 Prozent der Jugendlichen der Fall. Der regelmäßige Konsum hat sich unter Jugendlichen im selben Zeitraum sogar halbiert. Bei den jungen Erwachsenen ist dieser Rückgang etwas weniger deutlich ausgeprägt. So gaben im Jahr 2004 noch 84 Prozent der 18- bis 25-Jährigen an, innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken zu haben, im Jahr 2016 traf dies auf 73 Prozent zu. Regelmäßig tranken im Jahr 2004 noch 44 Prozent der jungen Erwachsenen Alkohol, im Jahr 2016 taten dies noch 31 Prozent dieser Altersgruppe. Dieser Trend, dass weniger Jugendliche und junge Erwachsene regelmäßig Alkohol trinken, ist – abgesehen von einem kurzzeitigen Zwischenanstieg in den 2000er Jahren – bereits seit den 1970er Jahren zu beobachten.



Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums bei 12- bis 25-Jährigen nach Geschlecht, Altersgruppen und Erhebungsjahr | 12–15 Jahre, 16–17 Jahre, 18–21 Jahre, 22–25 Jahre | Daten: BZgA



Alkoholkonsum im Leben, in den letzten 30 Tagen und regelmäßig (mindestens wöchentlich in den letzten 12 Monaten) bei 12- bis 25-Jährigen im Jahr 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen | 12–17 Jahre, 18–25 Jahre | Daten: BZgA 2016

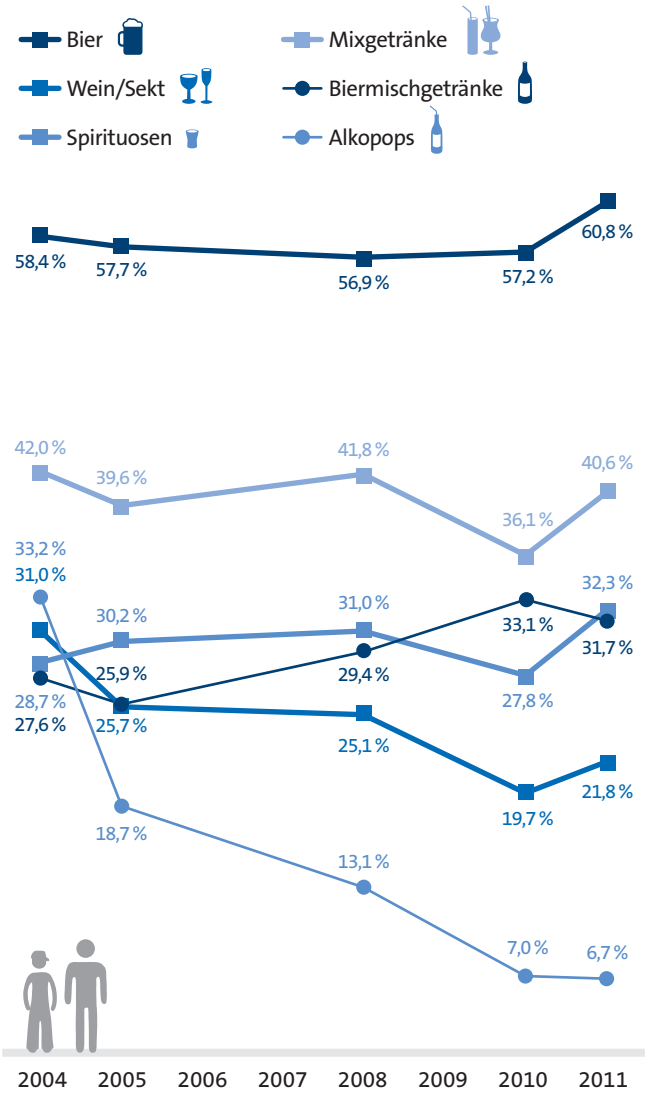


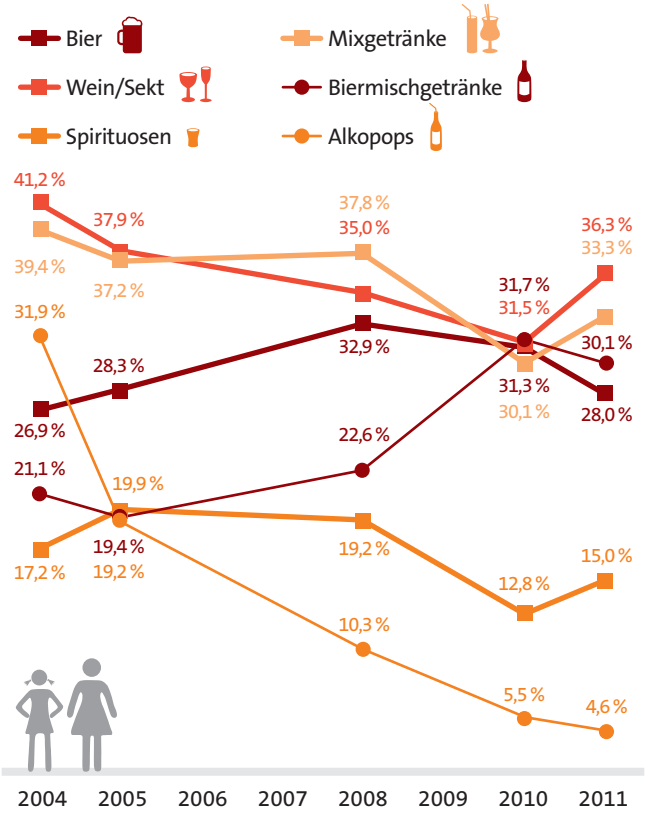
Trends der Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums (mindestens wöchentlich in den letzten 12 Monaten) nach Geschlecht, Altersgruppen und Erhebungsjahr | 12–17 Jahre, 18–25 Jahre | Daten: BZgA

3.7 Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Getränkearten

Jugendliche und junge Erwachsene zeigen ähnliche Vorlieben für bestimmte Getränke wie ältere Erwachsene: Jungen und junge Männer bevorzugen Bier, Mädchen und junge Frauen eher Wein und Sekt.

Von den 12- bis 25-jährigen Jungen und jungen Männern, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren, trinken 61 Prozent zumindest gelegentlich Bier und 22 Prozent Wein oder Sekt. Von den Mädchen und jungen Frauen trinken hingegen 36 Prozent zumindest gelegentlich Sekt oder Wein und 28 Prozent Bier. Mixgetränke wie Longdrinks und Cocktails sowie Biermixgetränke sind bei beiden Geschlechtern ähnlich beliebt: 41 Prozent der Jungen und jungen Männer sowie 33 Prozent der Mädchen und jungen Frauen konsumieren diese Getränke. Spirituosen werden bei beiden Geschlechtern vergleichsweise selten getrunken; nur 22 beziehungsweise 15 Prozent der männlichen und weiblichen Befragten, die mindestens einmal in der Woche Alkohol trinken, konsumieren diese zumindest gelegentlich.



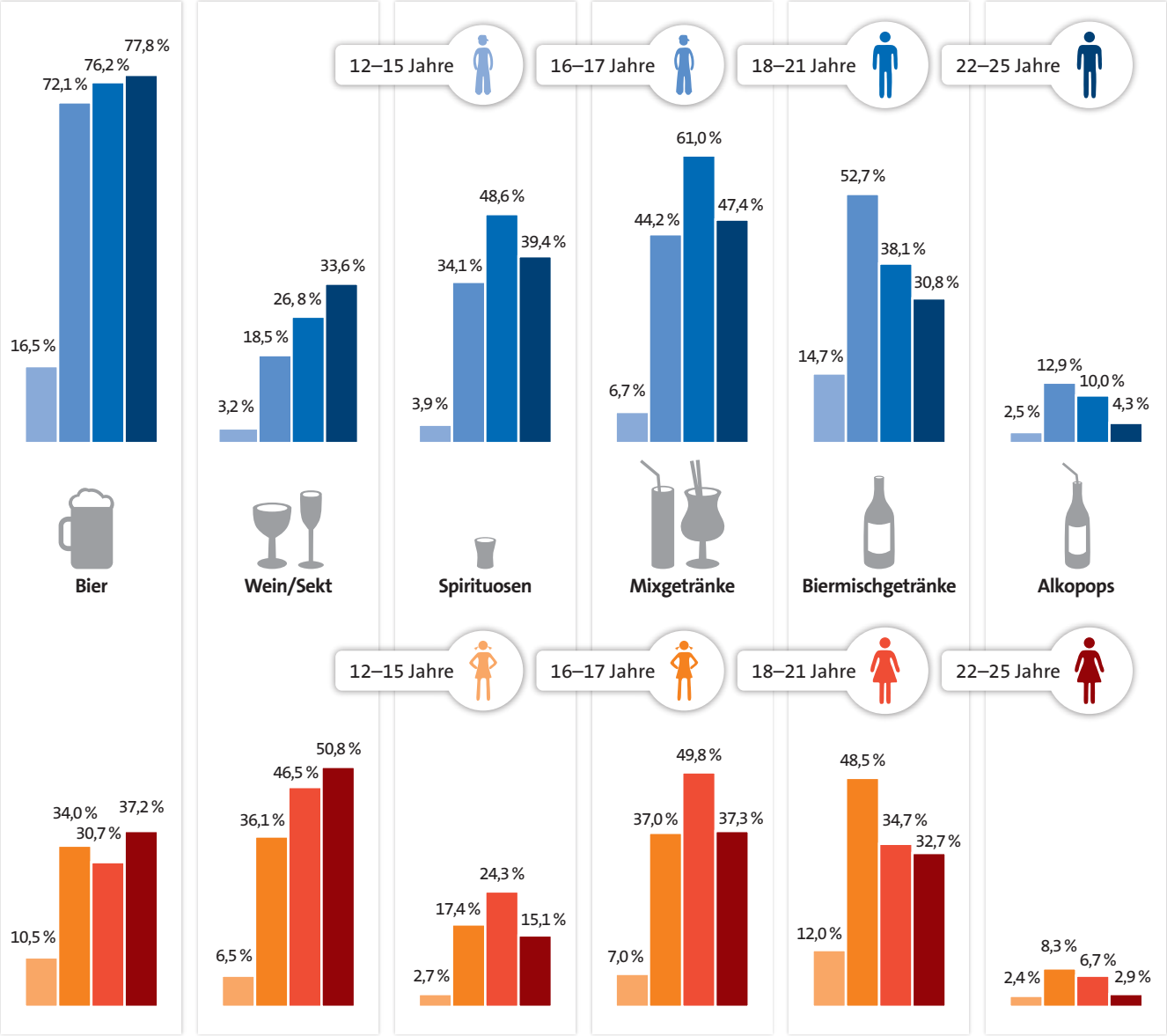


Trends des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke (mindestens einmal pro Monat) bei 12- bis 25-Jährigen nach Getränkeart, Geschlecht und Erhebungsjahr | Bier, Wein/Sekt, Spirituosen, Mixgetränke, Biermischgetränke, spirituosenhaltige Alkopops | Daten: BZgA

Bei Jugendlichen unter 16 Jahren sind Bier und Biermischgetränke bei beiden Geschlechtern die beliebtesten Getränke, gefolgt von Mixgetränken und – bei den Mädchen – Wein und Sekt. Auch bei den über 16-jährigen Jungen und jungen Männern ist Bier das beliebteste alkoholische Getränk: Rund drei Viertel der regelmäßigen Konsumenten trinken mindestens einmal im Monat ein Bier. Mädchen und junge Frauen ab 16 Jahren greifen dagegen bevorzugt zu Wein und Sekt, Biermischgetränken und Mixgetränken.

Alkopops werden vorwiegend von 16- und 17-Jährigen getrunken: Rund 13 Prozent der Jungen und etwa acht Prozent der Mädchen dieser Altersgruppe trinken diese mindestens einmal im Monat.

Der Konsum von Alkopops ist nach der Einführung der Alkoposteuer im Jahr 2004 kontinuierlich gesunken. Zu Biermixgetränken wird hingegen seit ein paar Jahren etwas verstärkt gegriffen – vor allem von Mädchen und jungen Frauen.



Konsum verschiedener alkoholischer Getränke (mindestens einmal pro Monat) bei 12- bis 25-Jährigen nach Getränkeart, Geschlecht und Altersgruppen | Bier, Wein/Sekt, Spirituosen, Mixgetränke, Biermischgetränke, spirituosenhaltige Alkopops | 12–15 Jahre, 16–17 Jahre, 18–21 Jahre, 22–25 Jahre | Daten: BZgA 2011

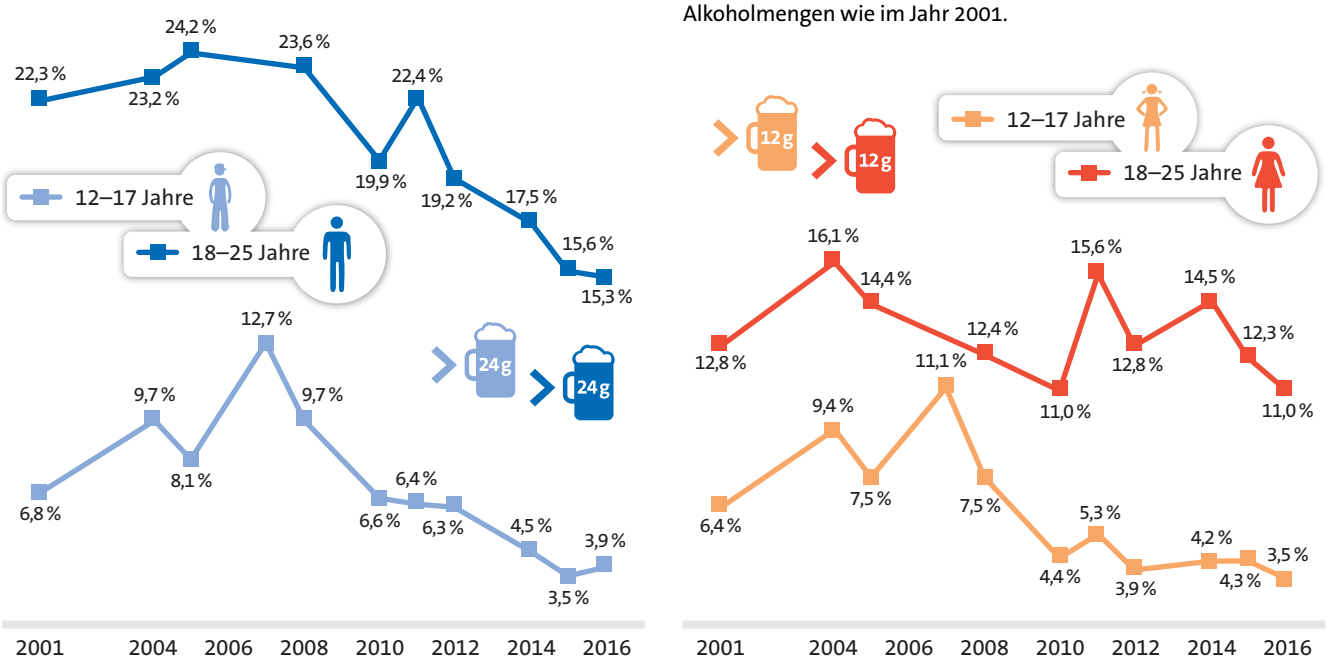
3.8 Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – riskanter Konsum

Jugendlichen wird empfohlen, zur Vermeidung von Gesundheitsschäden gar keinen Alkohol zu trinken. Dennoch trinken vier Prozent der 12- bis 17-Jährigen Alkohol in Mengen, die bei Erwachsenen als riskanter Konsum eingestuft werden, das heißt durchschnittlich mehr als 24 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern und mehr als zwölf Gramm Reinalkohol pro Tag bei Frauen. 15 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen haben innerhalb der vergangenen 30 Tage mindestens einmal mehr als fünf beziehungsweise vier alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken und zwei Prozent haben dieses sogenannte Rauschtrinken sogar an vier Tagen oder öfter innerhalb der letzten 30 Tage praktiziert.

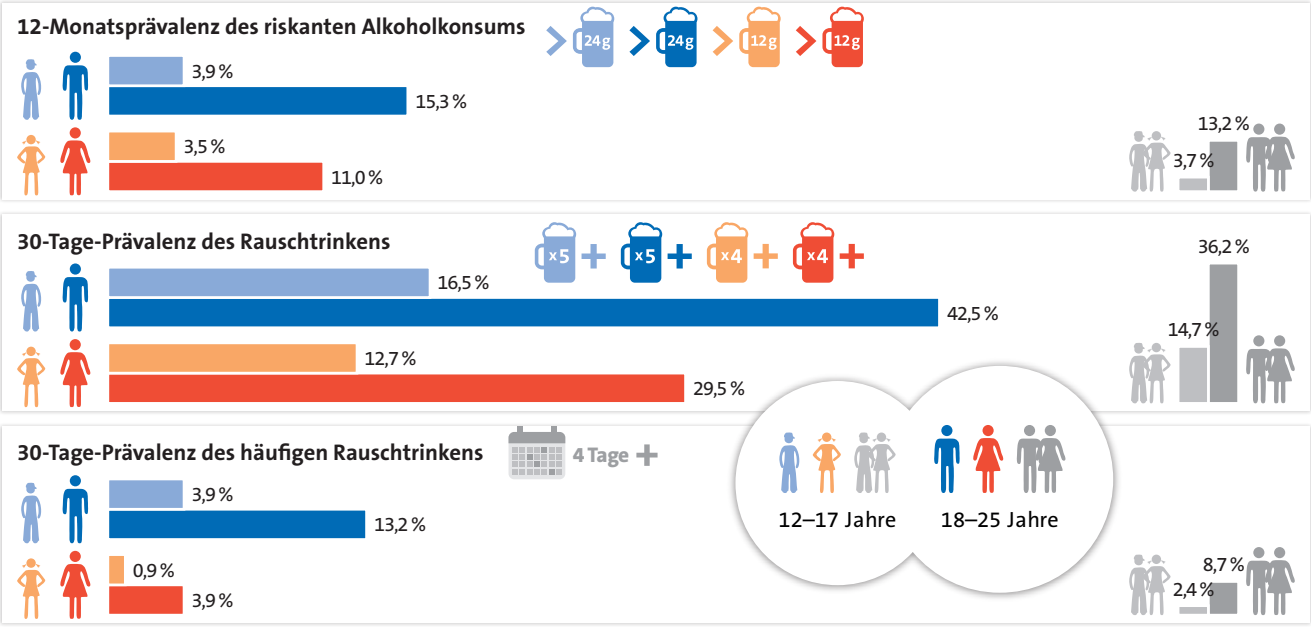
Eine Befragung von 11- bis 17-Jährigen, bei der ein Kurzfragebogen des Alcohol Use Disorder Identification Tests (AUDIT-C, siehe Infobox) als Indikator für riskanten Alkoholkonsum herangezogen wurde, verdeutlicht, dass dieser mit steigendem Alter zunimmt: Von den 14-Jährigen zeigten rund sechs Prozent einen riskanten Alkoholkonsum, bei den 15-Jährigen bereits 16 Prozent der Jungen und 25 Prozent der Mädchen und bei 17-Jährigen sogar 51 Prozent der Jungen und 45 Prozent der Mädchen.

Unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren sind der Konsum riskanter Alkoholmengen (mehr als 24 beziehungsweise zwölf Gramm Reinalkohol pro Tag) und das Rauschtrinken deutlich mehr verbreitet als bei Minderjährigen. In dieser Altersgruppe konsumierten innerhalb der letzten zwölf Monate insgesamt 13 Prozent riskante Alkoholmengen, 43 Prozent der jungen Männer und 30 Prozent der jungen Frauen haben sich innerhalb der letzten 30 Tage einen Rausch angetrunken und 13 Prozent der jungen Männer und vier Prozent der jungen Frauen taten dies sogar an vier oder mehr Tagen.

Im Vergleich zu vergangenen Jahren ist der riskante Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jungen zunächst von knapp sieben Prozent im Jahr 2001 auf fast 13 Prozent im Jahr 2007 gestiegen, sank dann aber bis zum Jahr 2016 auf rund vier Prozent. Der Anteil 18- bis 25-jähriger junger Männer mit riskantem Alkoholkonsum reduzierte sich von 22 Prozent im Jahr 2001 auf 15 Prozent im Jahr 2016. Bei den 12- bis 17-jährigen Mädchen hingegen reduzierte sich der riskante Alkoholkonsum von rund sechs Prozent im Jahr 2001 nach einem Zwischenanstieg auf elf Prozent im Jahr 2007 auf vier Prozent im Jahr 2016. Von den 18- bis 25-jährigen jungen Frauen tranken im Jahr 2015 mit elf Prozent ähnlich viele riskante Alkoholmengen wie im Jahr 2001.



Trends der Verbreitung des riskanten Alkoholkonsums (> 24 g Reinalkohol/Tag, > 12 g Reinalkohol/Tag) bei 12- bis 25-Jährigen nach Geschlecht und Altersgruppen | 12–17 Jahre, 18–25 Jahre | Daten: BZgA



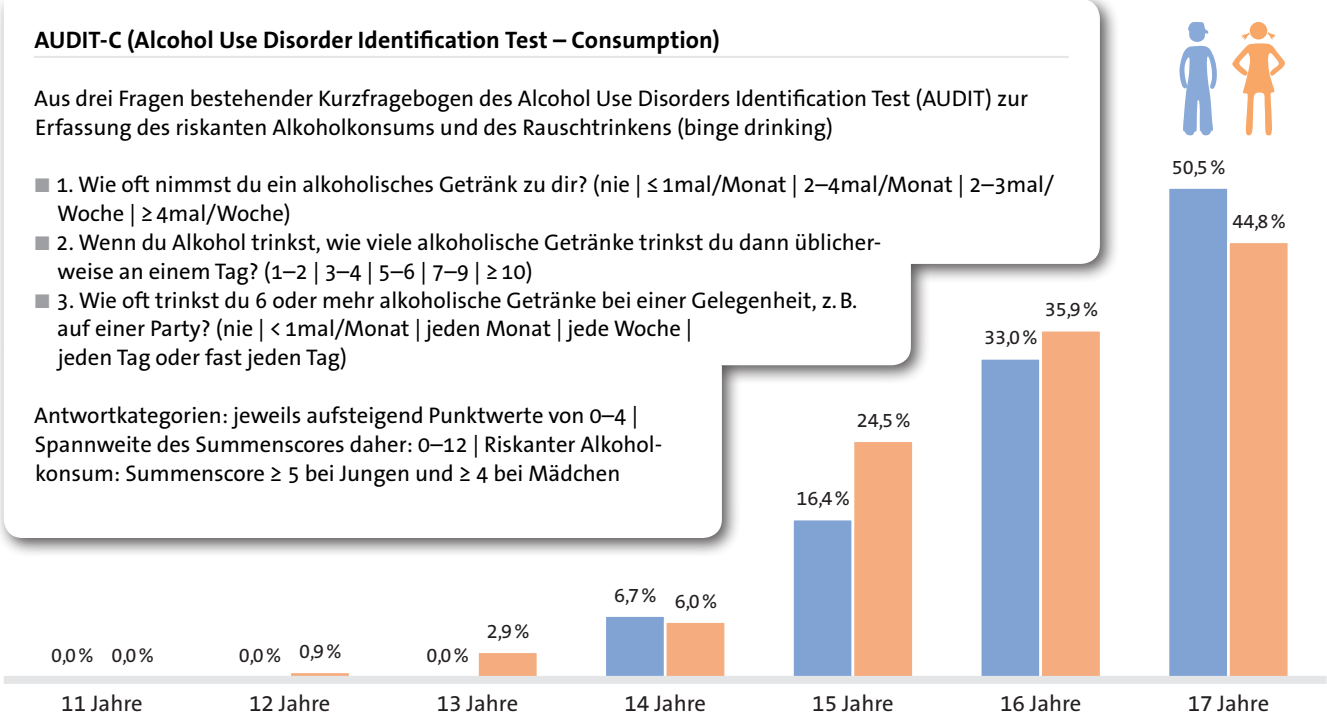
Riskanter Alkoholkonsum (innerhalb der letzten 12 Monate), Rauschtrinken (5 oder mehr bzw. 4 oder mehr Gläser Alkohol hintereinander innerhalb der letzten 30 Tage) und häufiges Rauschtrinken (an vier Tagen oder öfter innerhalb der letzten 30 Tage) bei 12- bis 25-Jährigen im Jahr 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen | 12–17 Jahre, 18–25 Jahre | Daten: BZgA 2016

AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption)

Aus drei Fragen bestehender Kurzfragebogen des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) zur Erfassung des riskanten Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens (binge drinking)

- 1. Wie oft nimmst du ein alkoholisches Getränk zu dir? (nie | ≤ 1mal/Monat | 2–4mal/Monat | 2–3mal/Woche | ≥ 4mal/Woche)
- 2. Wenn du Alkohol trinkst, wie viele alkoholische Getränke trinkst du dann üblicherweise an einem Tag? (1–2 | 3–4 | 5–6 | 7–9 | ≥ 10)
- 3. Wie oft trinkst du 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, z. B. auf einer Party? (nie | < 1mal/Monat | jeden Monat | jede Woche | jeden Tag oder fast jeden Tag)

Antwortkategorien: jeweils aufsteigend Punktwerte von 0–4 | Spannweite des Summenscores daher: 0–12 | Riskanter Alkoholkonsum: Summenscore ≥ 5 bei Jungen und ≥ 4 bei Mädchen



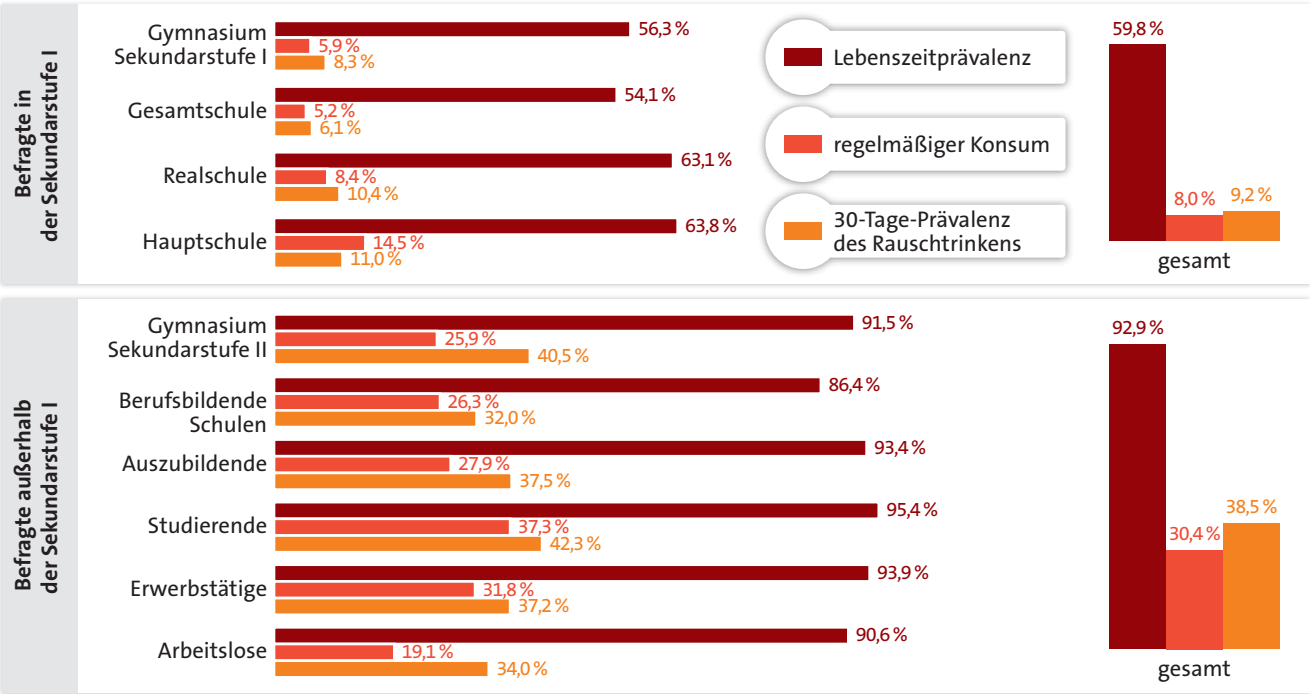
Riskanter Alkoholkonsum nach AUDIT-C bei 11- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und Alter | Jungen: AUDIT-C-Summenscore ≥ 5, Mädchen: AUDIT-C-Summenscore ≥ 4 | Daten: KiGGS 2009/2012

3.9 Alkoholkonsum und sozialer Status

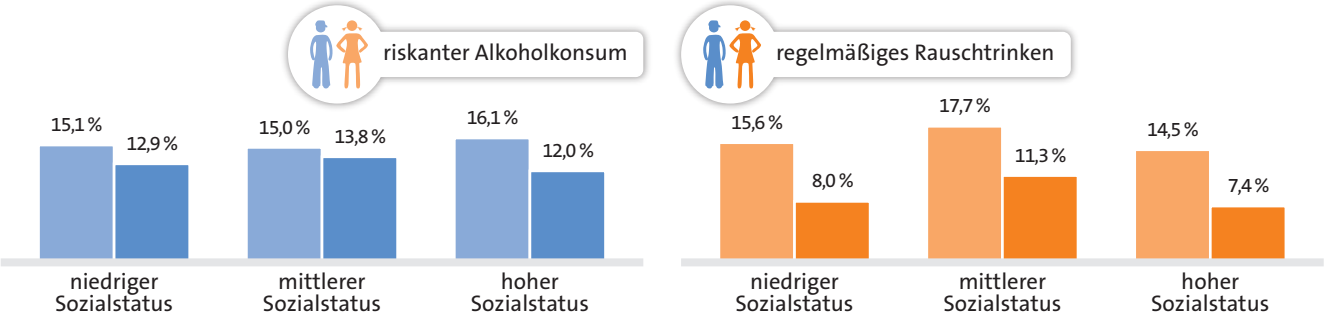
Bei Jugendlichen unterschiedlicher sozialer Herkunft oder aus den verschiedenen Schultypen weist der Alkoholkonsum keine bedeutenden Unterschiede auf. Unter Studierenden und jungen Erwerbstätigen ist der regelmäßige Alkoholkonsum etwas häufiger als bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen der gymnasialen Oberstufe und aus Berufsschulen, bei Auszubildenden und bei jungen Arbeitslosen. Das Rauschtrinken ist unter jungen Arbeitslosen am wenigsten verbreitet.

Bei den Erwachsenen zeichnet sich in allen Altersgruppen ein deutlicher Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Häufigkeit des Alkoholkonsums ab, denn in höheren sozialen Schichten ist er mehr verbreitet als in niedrigeren. So konsumieren rund 70 Prozent der Männer mit hohem Sozialstatus mindestens einmal in der Woche Alkohol, rund 60 Prozent der Männer mit mittlerem Sozialstatus und nur rund 50 Prozent der Männer mit niedrigem Sozialstatus. Der riskante Alkoholkonsum (wöchentlicher Konsum mit durchschnittlich mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag) unterscheidet sich bei den Männern unterschiedlicher sozialer Herkunft allerdings nicht wesentlich. Von den Frauen mit hohem Sozialstatus trinkt rund die Hälfte mindestens wöchentlich Alkohol und ein Fünftel trinkt sogar wöchentlich riskante Mengen, das heißt durchschnittlich mehr als zehn Gramm Reinalkohol pro Tag. Von den Frauen mit niedrigem Sozialstatus konsumiert ein Viertel mindestens wöchentlich Alkohol und rund ein Zehntel tut dies in riskanten Mengen; der Alkoholkonsum von Frauen mit mittlerem Sozialstatus liegt dazwischen.

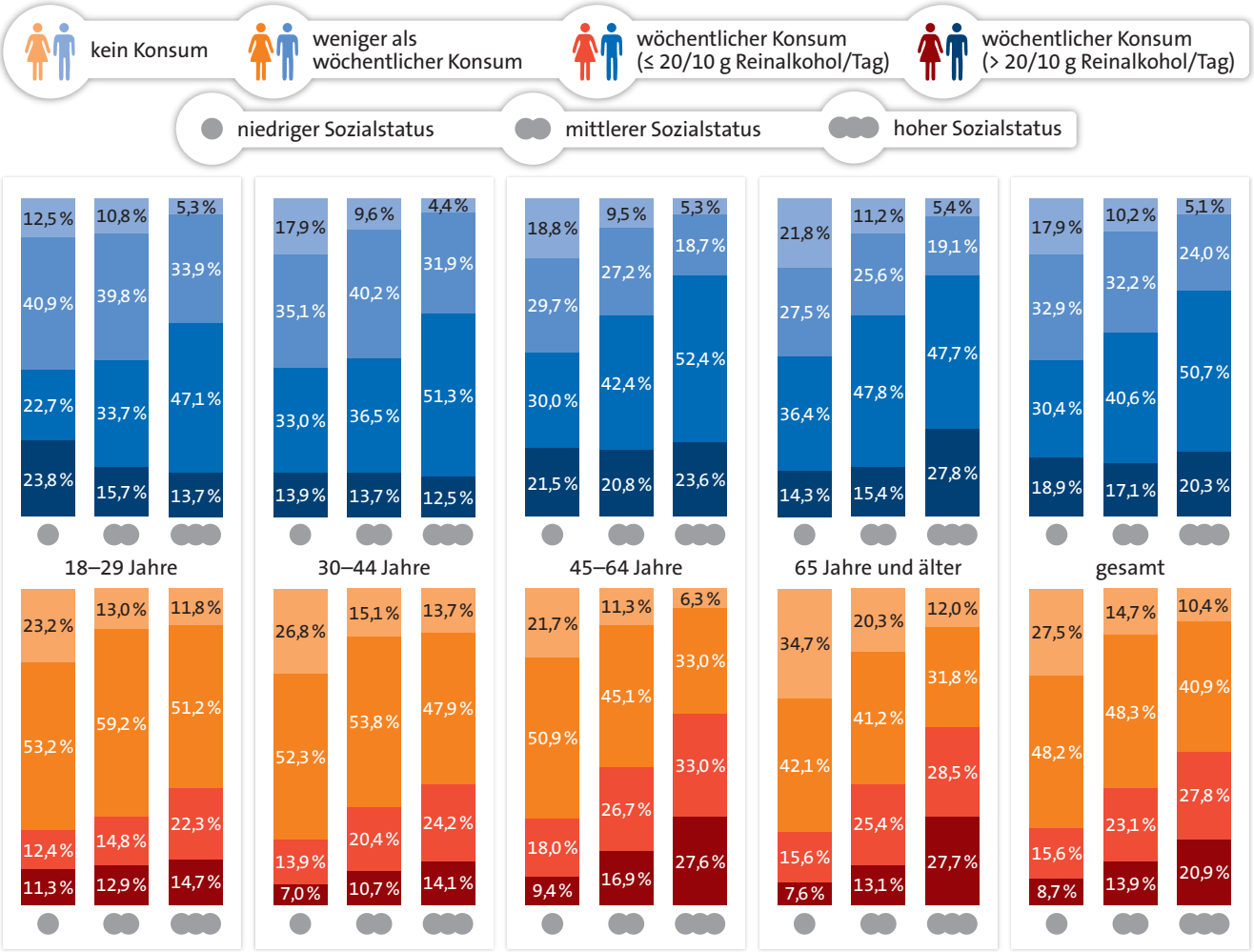
> Ein gleich hoher Alkoholkonsum kann in benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu mehr Gesundheitsschäden führen als in privilegierten.



Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums, regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich) und 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens (5 oder mehr bzw. 4 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit) bei 12- bis 25-Jährigen in und außerhalb der Sekundarstufe I nach sozialen Merkmalen | Daten: BZgA 2016



Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken bei 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen nach Sozialstatus | riskanter Alkoholkonsum (AUDIT-C Summenscore ≥ 5 bei Jungen und ≥ 4 bei Mädchen, siehe Infobox Seite 49), regelmäßiges Rauschtrinken (mindestens einmal im Monat 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, AUDIT-C, Frage 3) | Daten: KiGGS 2009/2012



Prävalenz des Alkoholkonsums bei Männern und Frauen nach Sozialstatus, Altersgruppen und Menge/Häufigkeit | kein Konsum, weniger als wöchentlicher Konsum, wöchentlicher Konsum (durchschnittliche Trinkmenge bis 20/10 g Reinalkohol/Tag), wöchentlicher Konsum (durchschnittliche Trinkmenge mehr als 20/10 g Reinalkohol/Tag) | Daten: GEDA 2014/2015

3.10 Durch Alkoholkonsum bedingte Erkrankungen

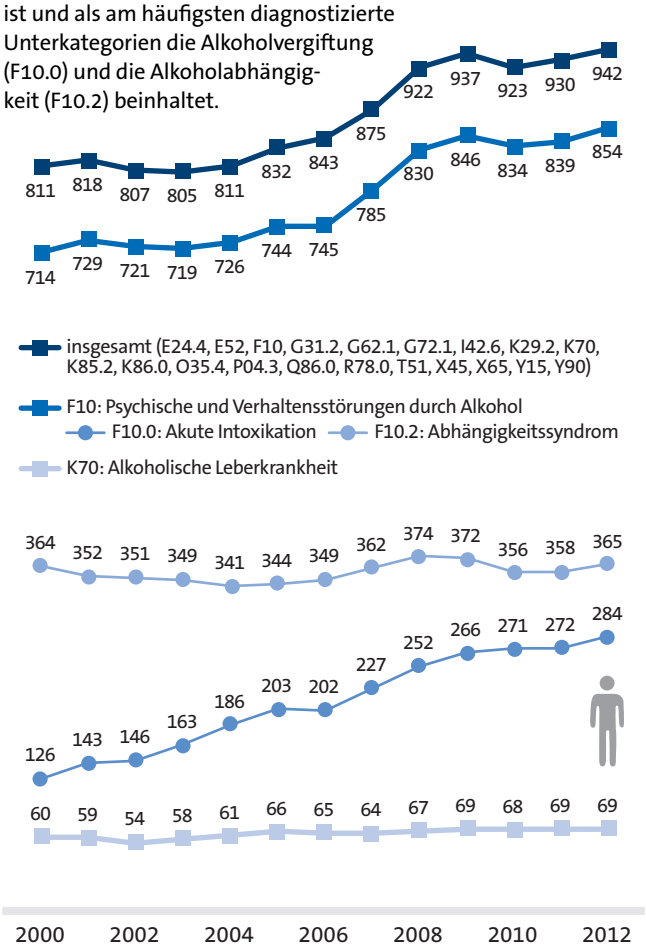
Im Jahr 2012 gingen rund 530 000 Krankenhausaufenthalte von 15- bis 64-Jährigen auf eine alkoholbedingte Erkrankung zurück. Dies umfasst Erkrankungen, die ausschließlich auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind (siehe Kapitel 2.3, Gesundheitsschäden durch Alkoholkonsum), sowie anteilig auch die Erkrankungen, für die Alkoholkonsum ein Risikofaktor ist. Rund 64 Prozent der durch Alkoholkonsum bedingten Krankenhausaufenthalte entfielen auf die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol", die in der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) als F10 kategorisiert ist und als am häufigsten diagnostizierte Unterkategorien die Alkoholvergiftung (F10.0) und die Alkoholabhängigkeit (F10.2) beinhaltet.

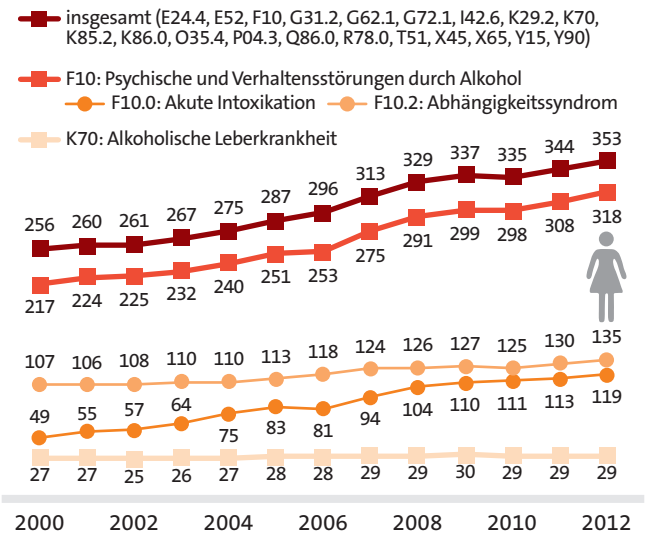
Weitere häufige alkoholbedingte Erkrankungen, die zu Krankenhausaufenthalten führten, waren Erkrankungen des Verdauungssystems einschließlich der Leber (14 Prozent) und Krebserkrankungen (neun Prozent).

Über die letzten Jahre hinweg ist die Häufigkeit der Diagnosen für ausschließlich auf Alkoholkonsum zurückführbare Erkrankungen angestiegen – bei Frauen stärker als bei Männern – wobei der deutlichste Anstieg für die Diagnose F10 zu verzeichnen ist. Dieser Anstieg wiederum ist größtenteils auf die zunehmende Anzahl von Krankenhauseinlieferungen wegen akuter Alkoholvergiftung (F10.0) zurückzuführen.

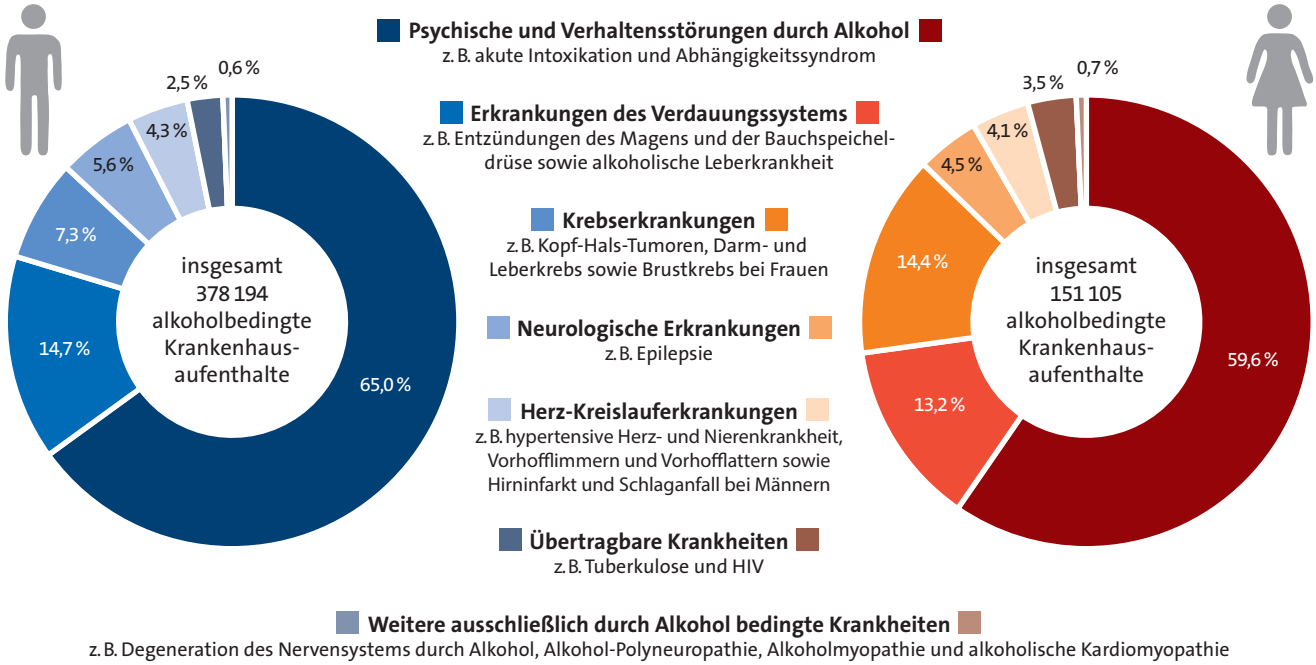
Am häufigsten werden ausschließlich alkoholbedingte Krankheiten bei Männern in Mecklenburg-Vorpommern diagnostiziert, am seltensten in Baden-Württemberg; bei Frauen wurden die meisten solcher Diagnosen in Bremen gestellt, die wenigsten – wie bei Männern – in Baden-Württemberg.

Schätzungen zufolge waren im Jahr 2010 rund 13 000 Krebs-Neuerkrankungen auf Alkoholkonsum zurückzuführen.

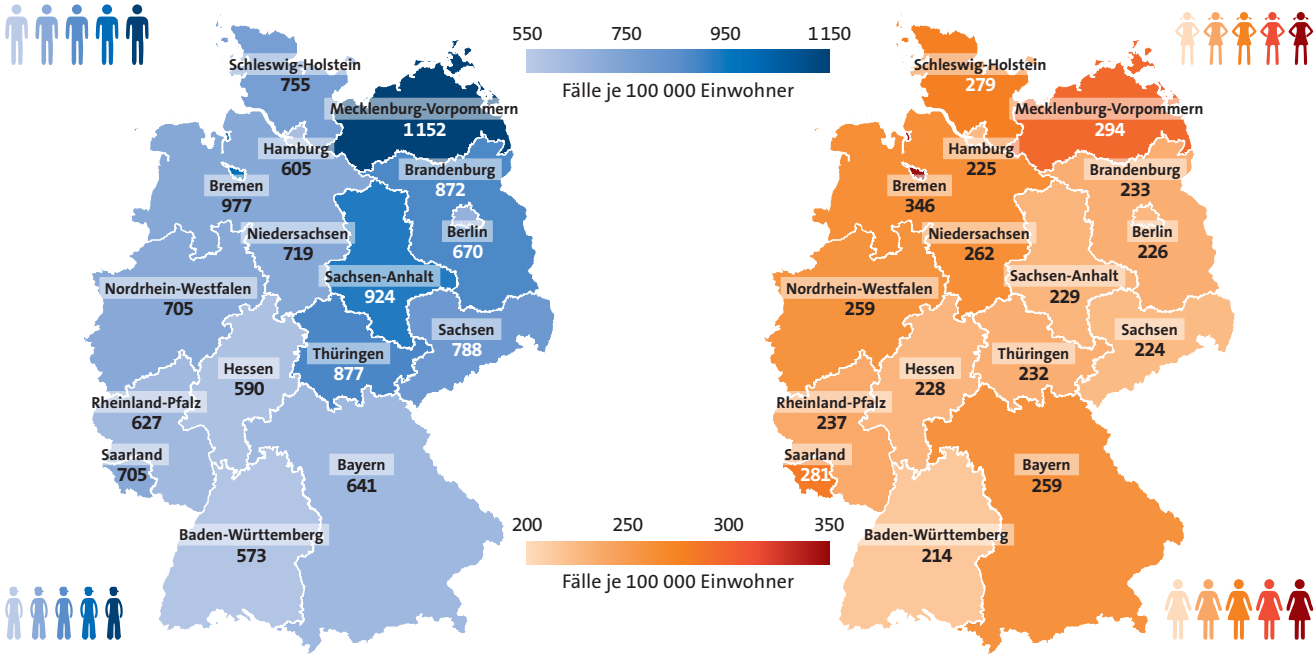




Krankenhausaufenthalte mit ausschließlich durch Alkohol bedingten Diagnosen bei 15- bis 64-Jährigen nach Geschlecht und Jahr | insgesamt, F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, F10.0: Akute Intoxikation, F10.2: Abhängigkeitssyndrom, K70: Alkoholische Leberkrankheit | Fälle je 100 000 Einwohner | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



Alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte (sämtliche Fälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind) bei 15- bis 64-jährigen Männern und Frauen nach Geschlecht und Erkrankungen | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2012



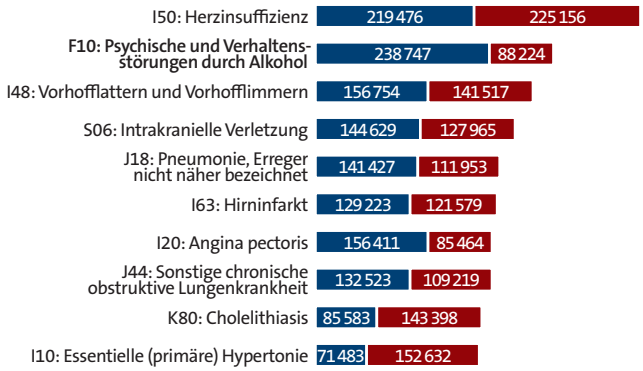
Krankenhausaufenthalte mit ausschließlich durch Alkohol bedingten Diagnosen bei Jungen/Männern und Mädchen/Frauen (alle Altersgruppen) nach Geschlecht und Bundesland-Wohnsitz | Fälle je 100 000 Einwohner | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2015 und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

3.11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

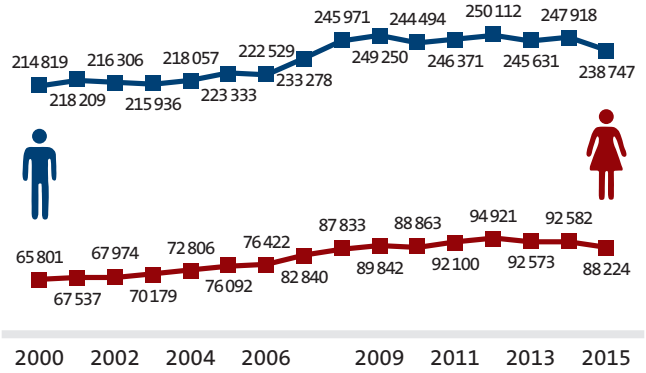
Die Diagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“, die in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) als F10 kategorisiert ist, wurde im Jahr 2015 in deutschen Krankenhäusern rund 327 000 Mal gestellt und war damit nach der Herzinsuffizienz die zweithäufigste Diagnose. Bei Männern ist sie bereits seit zehn Jahren die häufigste Diagnose – im Jahr 2015 waren es 238 747 Fälle. Bei Frauen lag sie mit 88 224 Fällen lediglich auf Rang 19.

Innerhalb der letzten 15 Jahre wurden psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol bis zum Jahr 2012 bei beiden Geschlechtern zunehmend häufig diagnostiziert: Bei den Männern stieg die Anzahl dieser Diagnose von rund 215 000 im Jahr 2000 auf über 250 000 im Jahr 2012; bei den Frauen im gleichen Zeitraum von rund 66 000 auf fast 95 000. Danach ging die Fallzahl dieser Diagnosen leicht zurück.

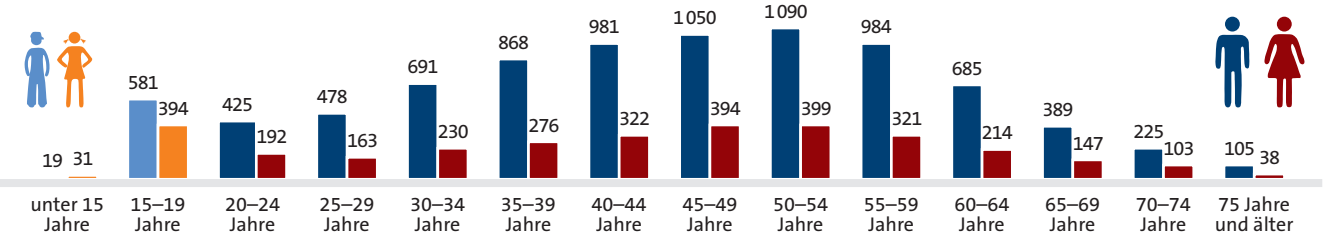
Neben geschlechtsspezifischen bestehen auch regionale Unterschiede: Bezogen auf je 100 000 Einwohner wird die Diagnose F10 in allen Bundesländern bei erwachsenen Männern durchschnittlich dreimal so häufig gestellt wie bei Frauen; im Osten Deutschlands sogar rund viermal häufiger. Tendenziell wird F10 bei erwachsenen Männern in allen nördlich gelegenen Bundesländern häufiger gestellt als in den südlichen, insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern oder Bremen. Frauen mit dieser Diagnose stammen – mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern – hingegen öfter aus den alten als aus den neuen Bundesländern. Sie leben am häufigsten in Bremen, gefolgt von Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern. Bei Minderjährigen ist der Geschlechterunterschied weniger stark ausgeprägt als bei Erwachsenen. Am häufigsten wird die Diagnose F10 bei Jungen aus dem Saarland sowie aus Bayern und bei Mädchen aus dem Saarland und Bremen gestellt.



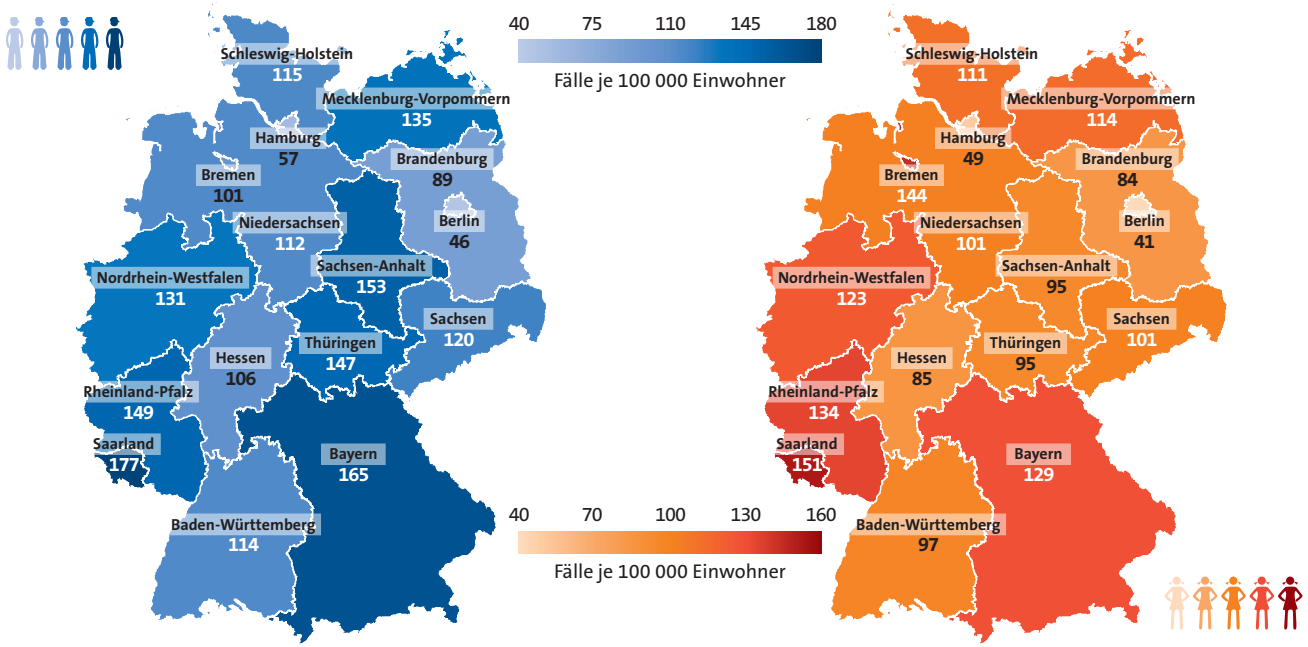
Zehn häufigste ICD-10-Diagnosen in Krankenhäusern (ohne Geburten) nach Geschlecht | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2015



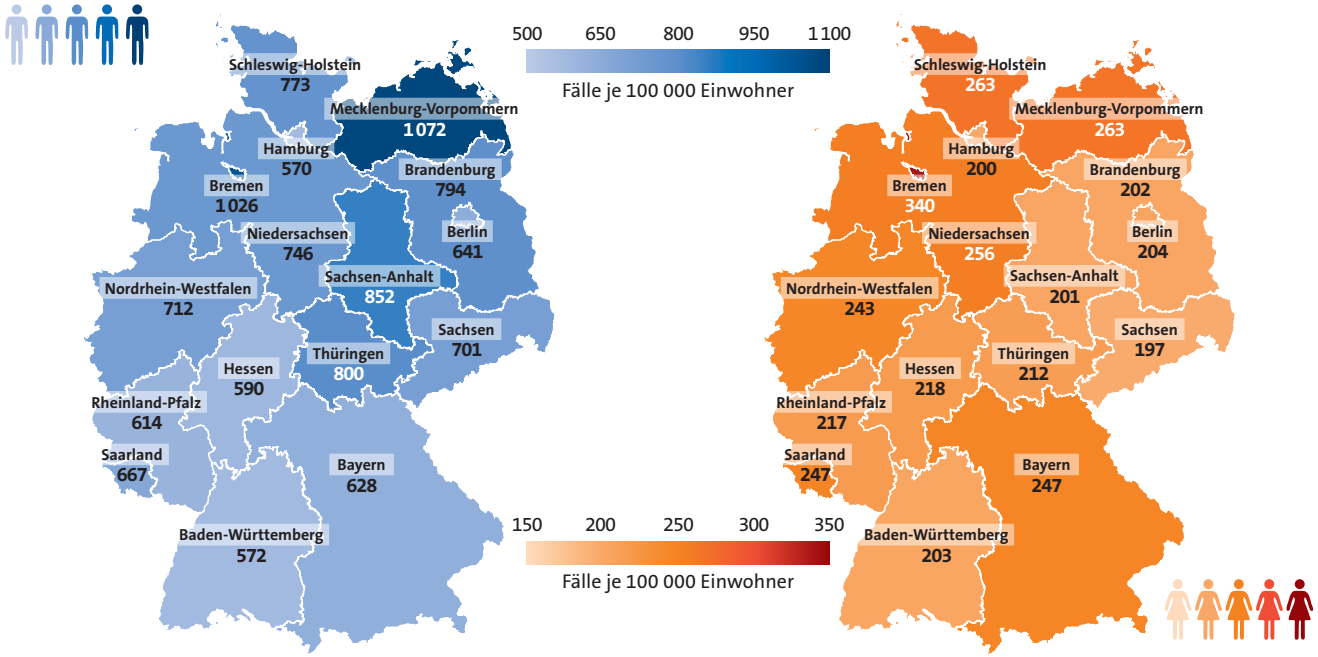
Krankenhausdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10) nach Geschlecht und Jahr | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten



Krankenhausdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10) bei Jungen/Männern und Mädchen/Frauen mit Wohnsitz in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppen | Fälle je 100 000 Einwohner | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2015 und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



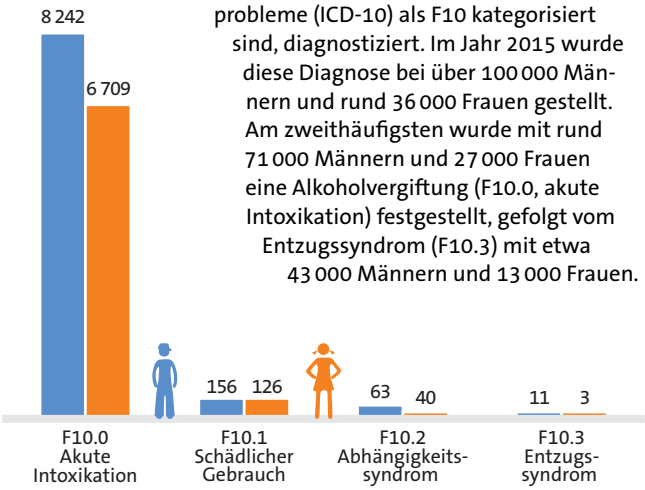
Krankenhausdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10) bei Jungen und Mädchen im Alter von unter 18 Jahren nach Geschlecht und Bundesland-Wohnsitz | Fälle je 100 000 Einwohner | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2015 und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



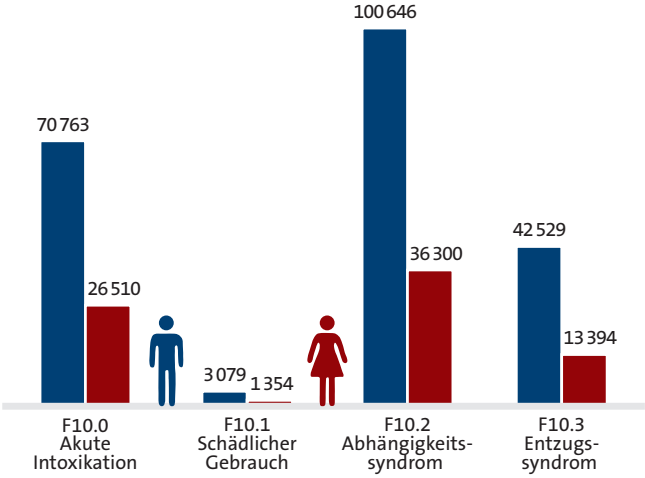
Krankenhausdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10) bei Männern und Frauen im Alter von 18 Jahren und älter nach Geschlecht und Bundesland-Wohnsitz | Fälle je 100 000 Einwohner | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2015 und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

3.12 Akute Alkoholvergiftung und Abhängigkeit

Das Abhängigkeitssyndrom (F10.2) wird in Deutschland in Krankenhäusern bei Erwachsenen als häufigste Unterkategorie der psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, die in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) als F10 kategorisiert sind, diagnostiziert. Im Jahr 2015 wurde diese Diagnose bei über 100 000 Männern und rund 36 000 Frauen gestellt. Am zweithäufigsten wurde mit rund 71 000 Männern und 27 000 Frauen eine Alkoholvergiftung (F10.0, akute Intoxikation) festgestellt, gefolgt vom Entzugssyndrom (F10.3) mit etwa 43 000 Männern und 13 000 Frauen.



Häufigste F10-Diagnosen in Krankenhäusern bei Minderjährigen nach Geschlecht | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2015

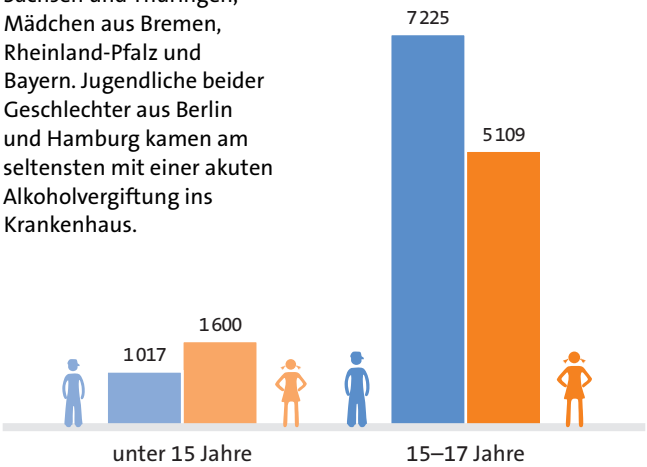


Häufigste F10-Diagnosen in Krankenhäusern bei Erwachsenen nach Geschlecht | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2015

Am häufigsten wurden erwachsene Männer aus Sachsen-Anhalt mit akuter Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingewiesen, gefolgt vom Saarland und von Mecklenburg-Vorpommern. Frauen, bei denen eine akute Alkoholvergiftung diagnostiziert wurde, hatten hingegen am häufigsten ihren Wohnsitz im Saarland. Vergleichsweise selten war die Diagnose bei Männern und Frauen aus Berlin und Hamburg.

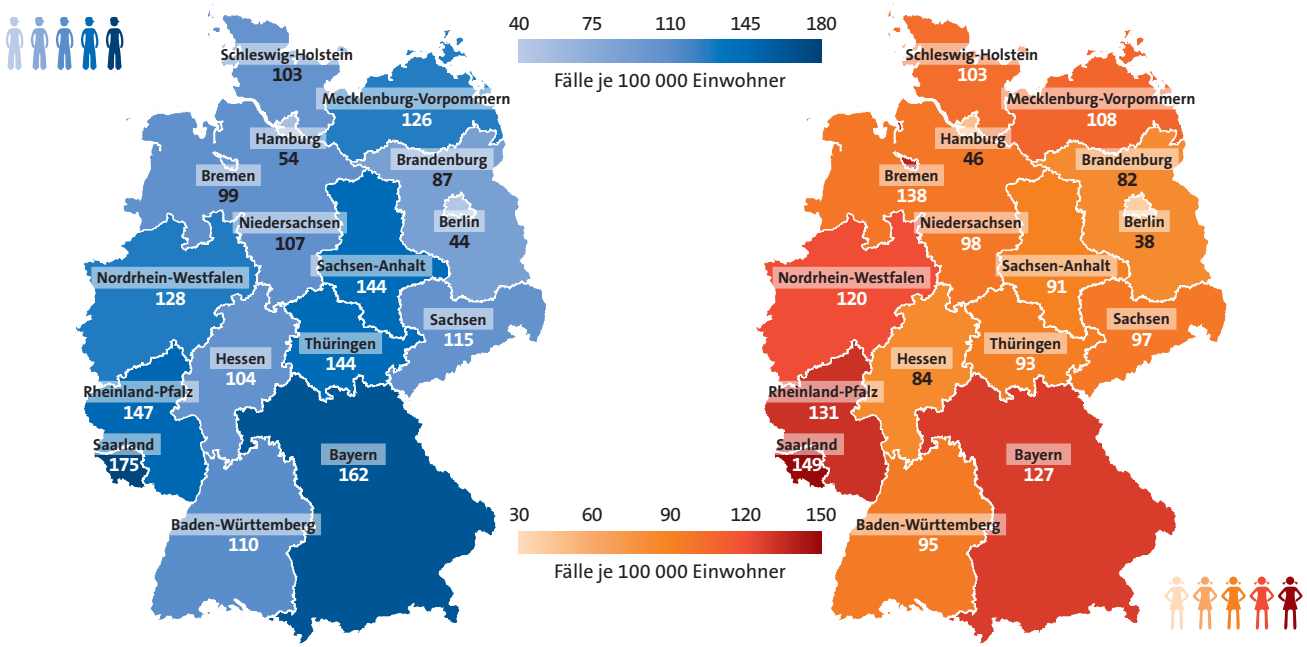
Bei Minderjährigen ist die akute Intoxikation die mit Abstand am häufigsten gestellte F10-Diagnose. Dabei erhielten im Jahr 2015 bei den unter 15-Jährigen mehr Mädchen als Jungen diese Diagnose, bei 15- bis 17-Jährigen hingegen mehr Jungen als Mädchen.

Akute Alkoholvergiftungen wurden am häufigsten bei Jungen und Mädchen aus dem Saarland diagnostiziert. Jungen mit einer akuten Alkoholvergiftung stammten außerdem häufig aus Bayern, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen, Mädchen aus Bremen, Rheinland-Pfalz und Bayern. Jugendliche beider Geschlechter aus Berlin und Hamburg kamen am seltensten mit einer akuten Alkoholvergiftung ins Krankenhaus.

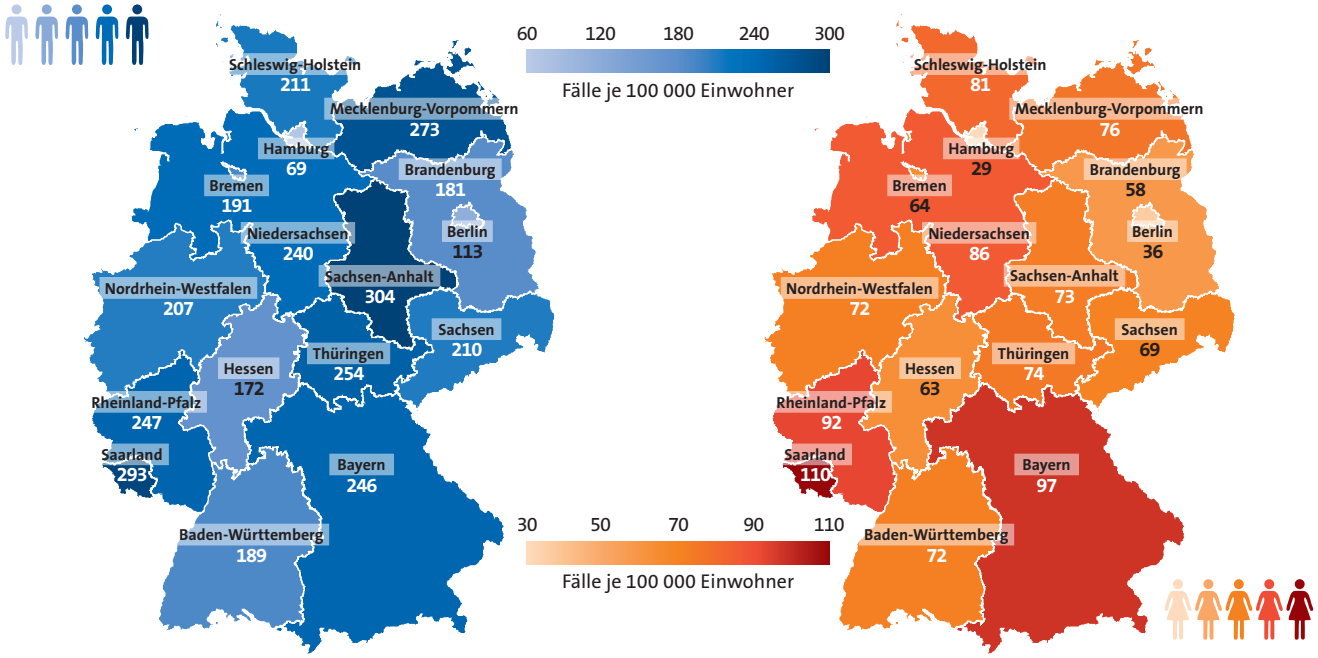


In Krankenhäusern diagnostizierte akute Alkoholvergiftungen bei unter 15-Jährigen und 15- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und Altersgruppen | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2015

Im Jahr 2015 wurden fast 15 000 Kinder und Jugendliche mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus gebracht.



In Krankenhäusern diagnostizierte akute Alkoholvergiftungen bei Jungen und Mädchen im Alter von unter 18 Jahren nach Geschlecht und Bundesland-Wohnsitz | Fälle je 100 000 Einwohner | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2015 und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



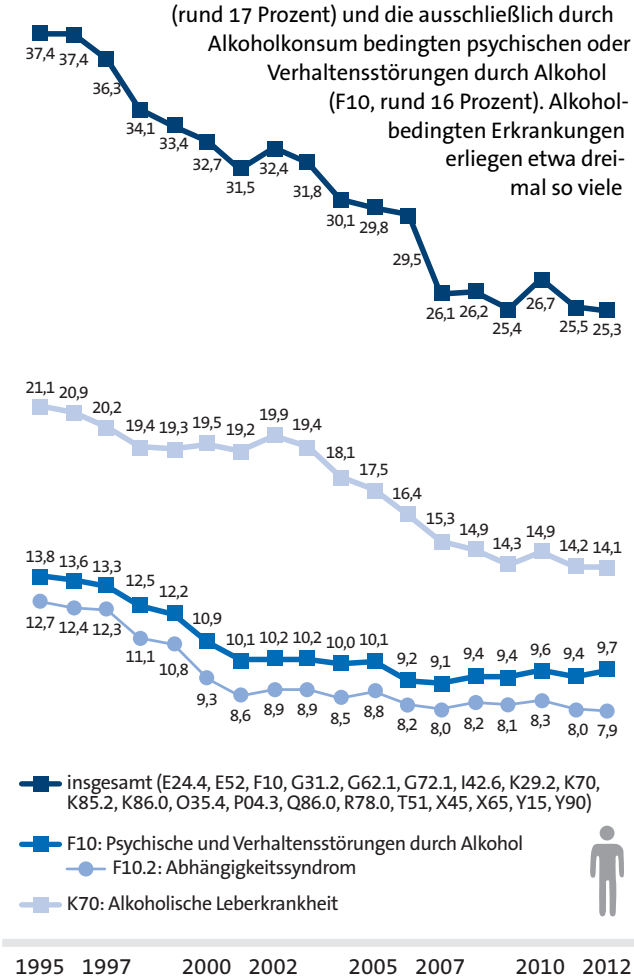
In Krankenhäusern diagnostizierte akute Alkoholvergiftungen bei Männern und Frauen im Alter von 18 Jahren und älter nach Geschlecht und Bundesland-Wohnsitz | Fälle je 100 000 Einwohner | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2015 und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

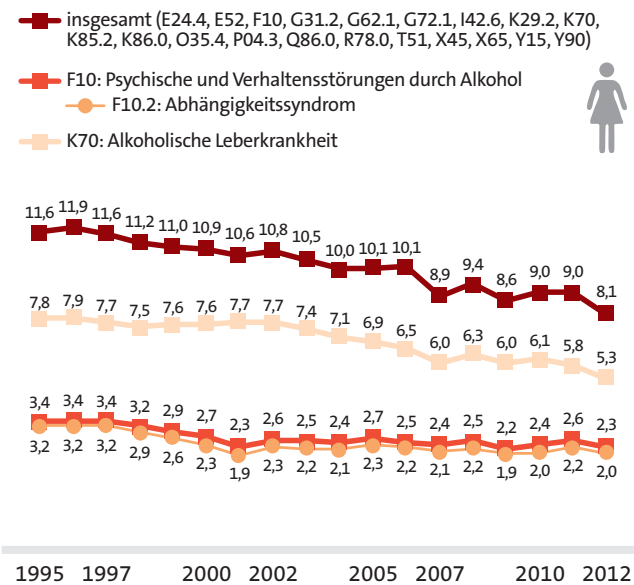
3.13 Durch Alkoholkonsum bedingte Todesfälle

Im Jahr 2012 starben in Deutschland rund 21 000 Menschen im Alter von 15 bis 64 Jahren (rund 16 000 Männer und 5 000 Frauen) an Erkrankungen, die entweder ausschließlich auf Alkohol zurückzuführen sind oder für die der Alkoholkonsum ein Risikofaktor darstellt. Dies entspricht insgesamt 2,3 Prozent aller Todesfälle in diesem Jahr. Etwa die Hälfte der alkoholbedingten Todesfälle geht auf Erkrankungen des Verdauungssystems (einschließlich alkoholischer Leberkrankheit) zurück. Die nächsthäufigsten Ursachen sind alkoholbedingte Krebserkrankungen (rund 17 Prozent) und die ausschließlich durch Alkoholkonsum bedingten psychischen oder Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10, rund 16 Prozent). Alkoholbedingten Erkrankungen erliegen etwa dreimal so viele Männer wie Frauen – dies lässt sich darauf zurückführen, dass Männer mehr Alkohol trinken als Frauen.

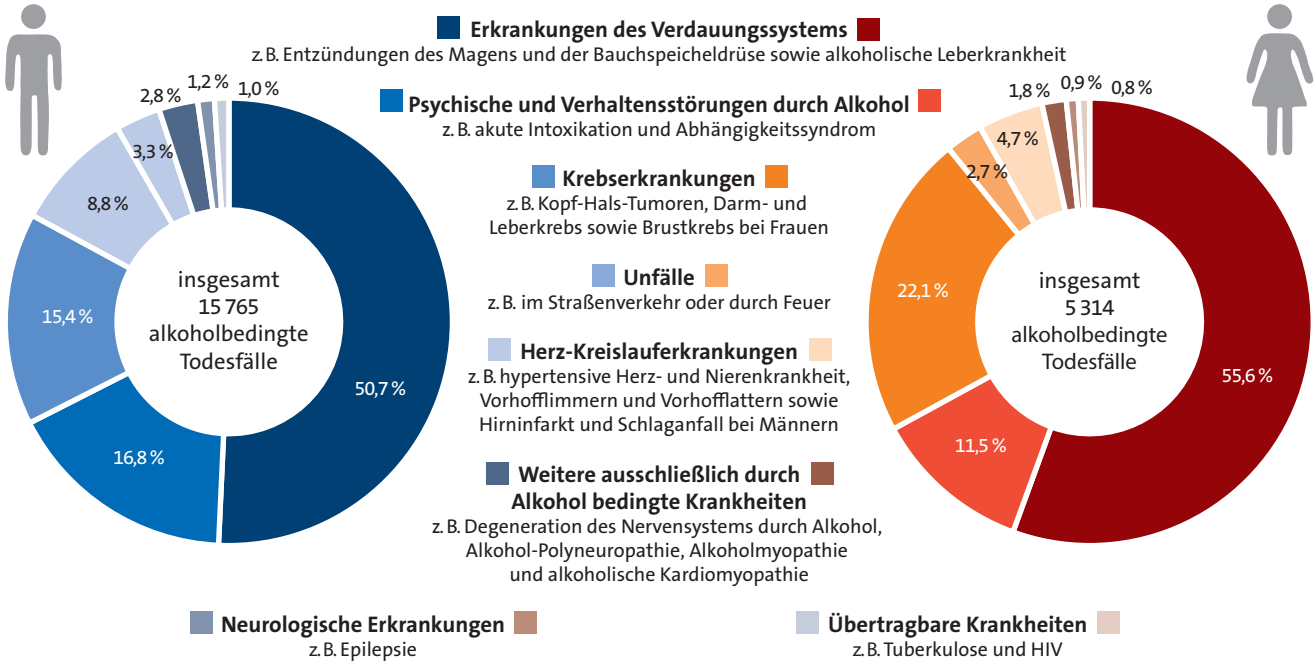
In den vergangenen 20 Jahren ist die Anzahl der Todesfälle, die ausschließlich durch Alkoholkonsum bedingt sind, entsprechend dem gesunkenen Alkoholkonsum zurückgegangen, und zwar bei Männern wesentlich deutlicher als bei Frauen. Im Osten und tendenziell auch im Norden Deutschlands sterben mehr Menschen an Erkrankungen, die ausschließlich auf den Alkoholkonsum zurückzuführen sind, als im Westen und im Süden. So traten im Jahr 2015 ausschließlich alkoholbedingte Todesfälle bei Männern am häufigsten in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern und bei Frauen in Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Sachsen-Anhalt auf; am seltensten hingegen starben Männer in Bayern und Baden-Württemberg an den Folgen ausschließlich alkoholbedingter Erkrankungen und Frauen am seltensten im Saarland, Bayern und Baden-Württemberg.

Im Jahr 2012 waren 2,3 Prozent aller Todesfälle auf den Alkoholkonsum zurückzuführen.

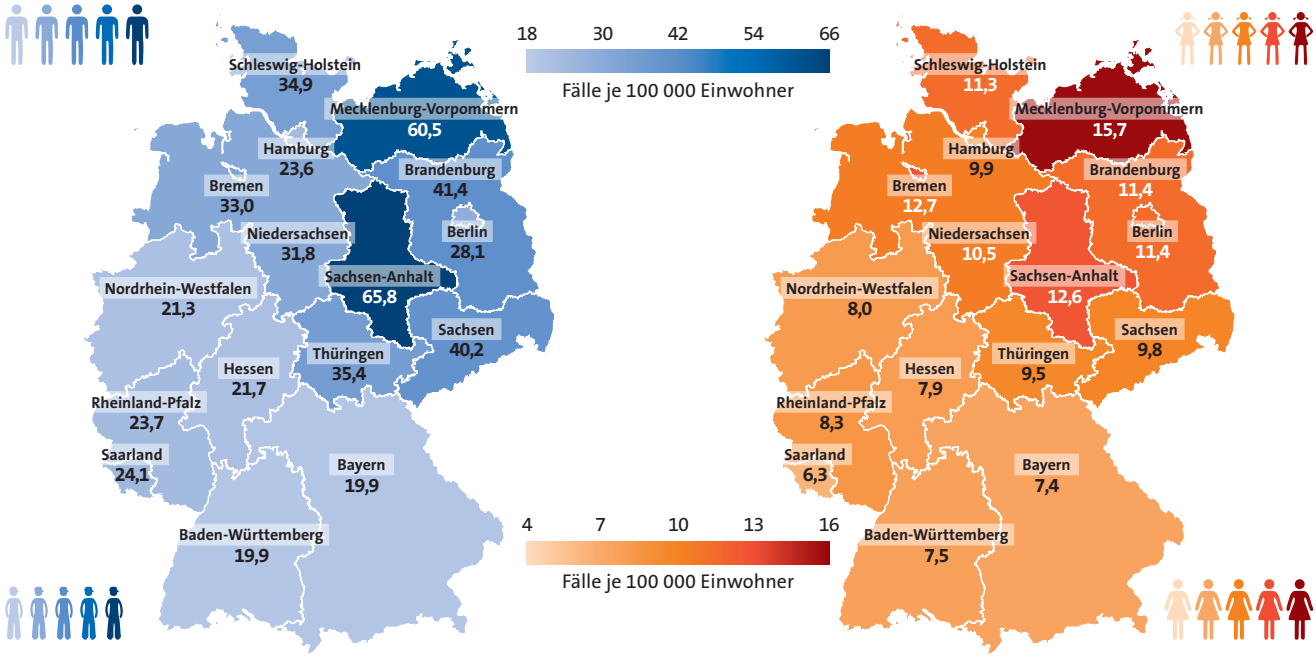




Todesfälle aufgrund von ausschließlich durch Alkohol bedingten Erkrankungen bei 15- bis 64-Jährigen nach Geschlecht und Jahr | insgesamt, F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), F10.2 (Abhängigkeitssyndrom), K70 (Alkoholische Leberkrankheit) | Fälle je 100 000 Einwohner | Daten: Todesursachenstatistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



Alkoholbedingte Todesfälle (sämtliche Fälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind) bei 15- bis 64-jährigen Männern und Frauen nach Geschlecht und Todesursache | Daten: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten 2012



Todesfälle aufgrund von ausschließlich durch Alkohol bedingten Erkrankungen bei Jungen/Männern und Mädchen/Frauen (alle Altersgruppen) nach Geschlecht und Bundesländern | Fälle je 100 000 Einwohner | Daten: Todesursachenstatistik 2015 und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Soziale und ökonomische Aspekte des Alkoholkonsums

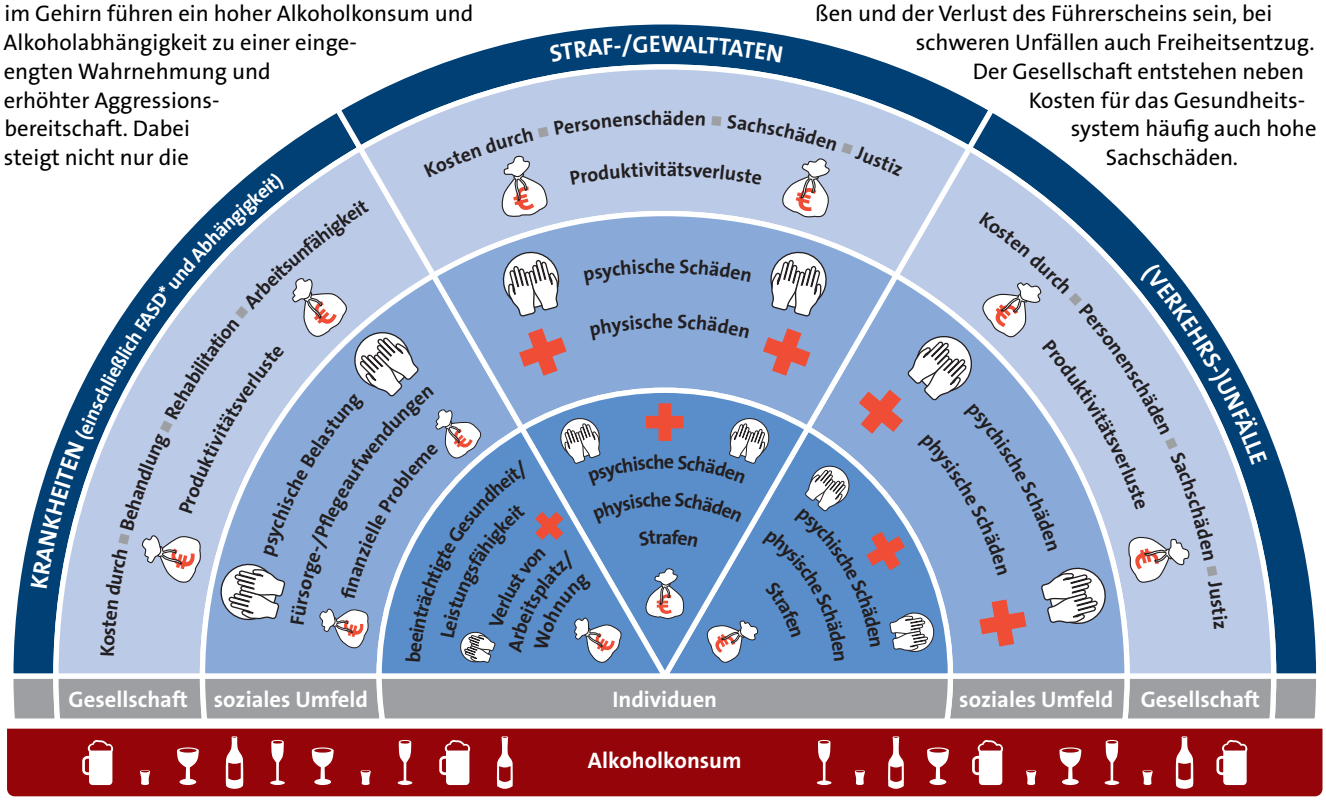
4

4.1 Gesellschaftliche Folgen des Alkoholkonsums

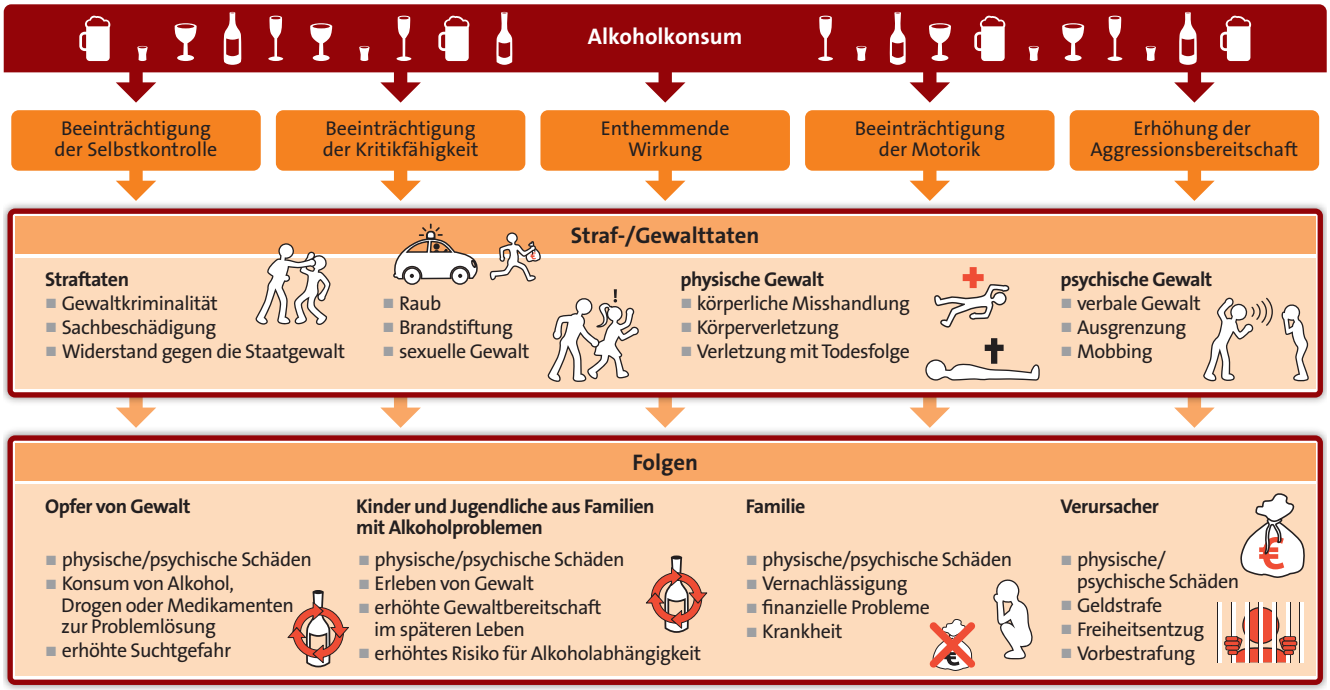
Übermäßiger Alkoholkonsum schadet durch seine körperlichen und psychischen Wirkungen nicht nur dem Individuum, sondern auch dem sozialen Umfeld und der gesamten Gesellschaft. So können ein hoher Alkoholkonsum sowie Abhängigkeit zu familiären Schwierigkeiten führen. Insbesondere Kinder und Jugendliche sind einer außerordentlichen psychischen Belastung ausgesetzt, wenn Elternteile trinken. Kinder aus suchtbelasteten Familien haben ein erhöhtes Risiko, Gewaltausbrüche mitzuerleben, misshandelt zu werden und selbst abhängig zu werden. Außerdem bereiten der Familie die Sorge um die Gesundheit des Betroffenen, physische, psychische und sexuelle Gewalt sowie finanzielle Schwierigkeiten oftmals große Probleme. Dies kann zu sozialen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bis hin zur Arbeitslosigkeit, dem Verlust der Wohnung und sozialer Ausgrenzung führen.

Über die Beeinträchtigung kognitiver Kontrollfunktionen im Gehirn führen ein hoher Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit zu einer eingeengten Wahrnehmung und erhöhter Aggressionsbereitschaft. Dabei steigt nicht nur die Gewaltbereitschaft gegenüber anderen, sondern auch die Gefahr, selbst Opfer von Gewalttaten zu werden. Männer mit erhöhtem Alkoholkonsum werden etwa doppelt so häufig körperlich oder sexuell gewalttätig gegen ihre Partnerin wie Männer mit geringerem Alkoholkonsum und sie wenden auch häufiger psychische Gewalt gegen die Partnerin an. Einige Frauen greifen infolge von partnerschaftlicher Gewalt ihrerseits zu Alkohol, um mit der Situation besser zurechtzukommen.

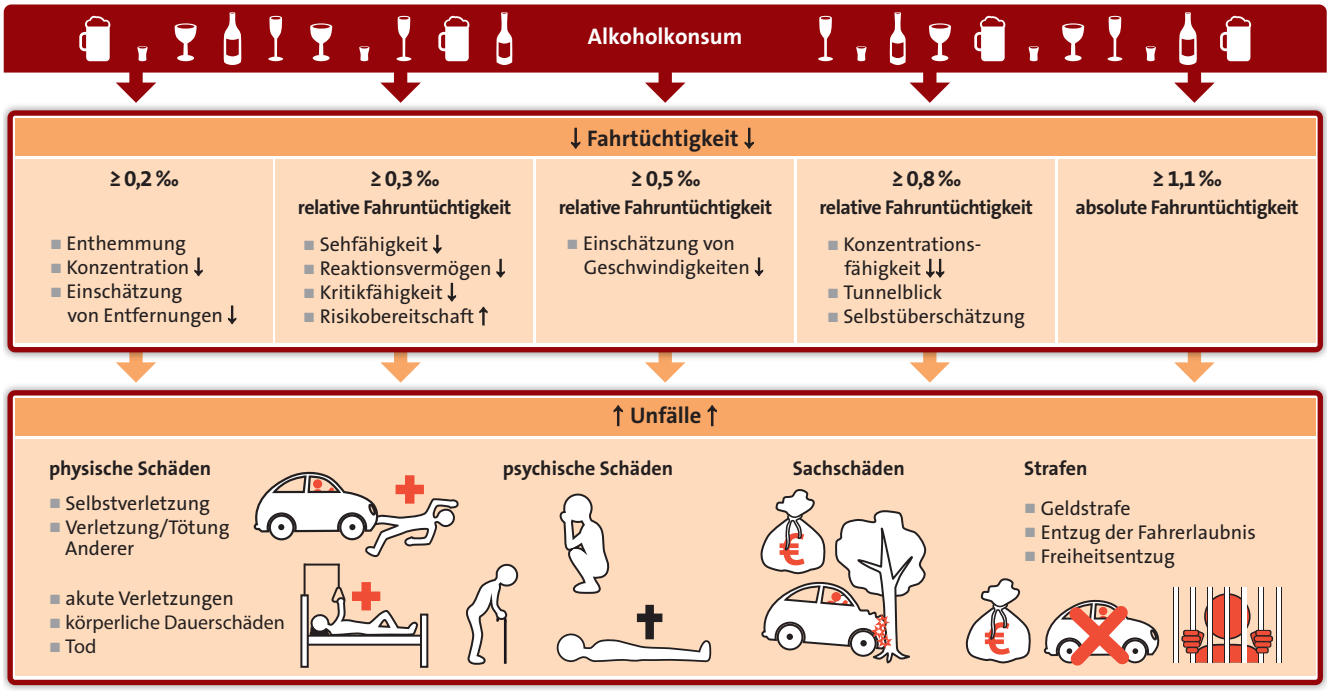
Da Alkohol die Seh-, Konzentrations- und Kritikfähigkeit einschränkt, kann Alkoholkonsum im Straßenverkehr schwerwiegende Folgen haben. Unter Alkoholeinfluss nimmt die Schwere der Unfälle zu, sodass bei Alkoholunfällen oftmals Menschen verletzt oder getötet werden, was den Unfallverursacher, Unfallbeteiligte sowie Angehörige psychisch belasten kann. Nachhaltige Folgen für den Unfallverursacher können Geldbußen und der Verlust des Führerscheins sein, bei schweren Unfällen auch Freiheitsentzug. Der Gesellschaft entstehen neben Kosten für das Gesundheitssystem häufig auch hohe Sachschäden.



Mögliche Folgen des Alkoholkonsums für Individuen und für die Gesellschaft | *FASD: Fetale Alkoholspektrumstörungen



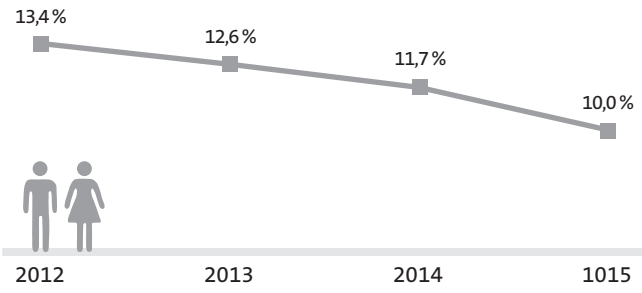
Zusammenhang von Alkoholkonsum und Straf-/Gewalttaten sowie gesellschaftliche Folgen



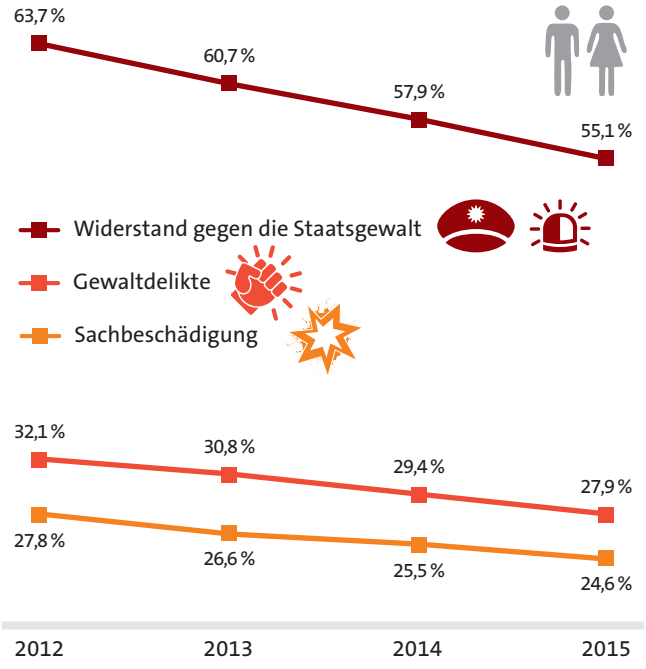
Wirkung von Alkoholkonsum auf die Fahrtüchtigkeit und Folgen von Alkoholunfällen

4.2 Alkoholeinfluss bei Straftaten

Im Jahr 2015 standen 236 843 Tatverdächtige – dies sind zehn Prozent aller Tatverdächtigen – bei ihrem Vergehen unter einem offensichtlichen oder einem nach den polizeilichen Ermittlungen wahrscheinlichen Alkoholeinfluss, der die Urteilskraft während der Tatausführung beeinträchtigte. In den letzten Jahren ist der Anteil der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss leicht zurückgegangen.

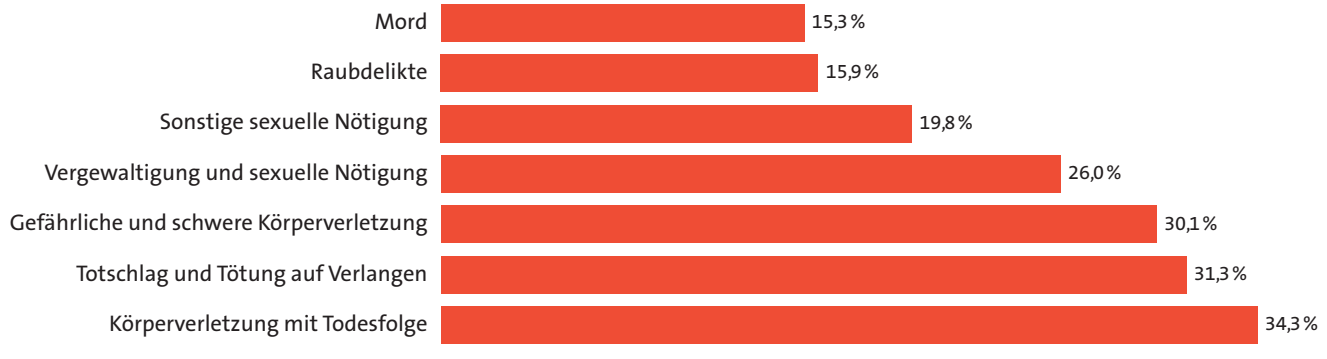


Anteile der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss an allen Tatverdächtigen nach Jahr | Daten: Polizeiliche Kriminalstatistik



Anteile der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss an allen Tatverdächtigen bei ausgewählten Straftaten mit besonders hohen Anteilen nach Jahr | Widerstand gegen die Staatsgewalt, Gewaltdelikte, Sachbeschädigung | Daten: Polizeiliche Kriminalstatistik

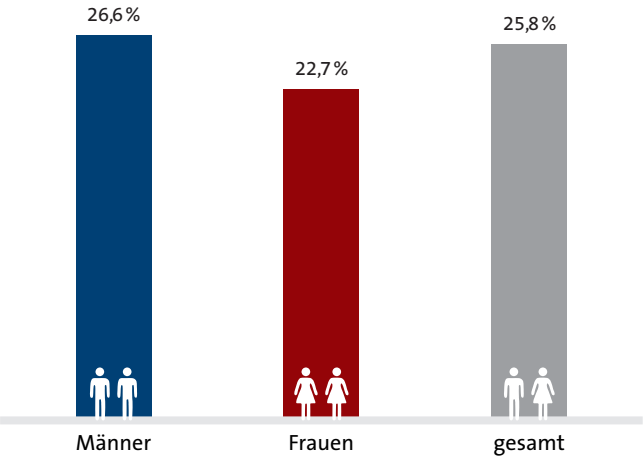
Besonders Gewaltdelikte werden überdurchschnittlich häufig unter Alkoholeinfluss verübt.



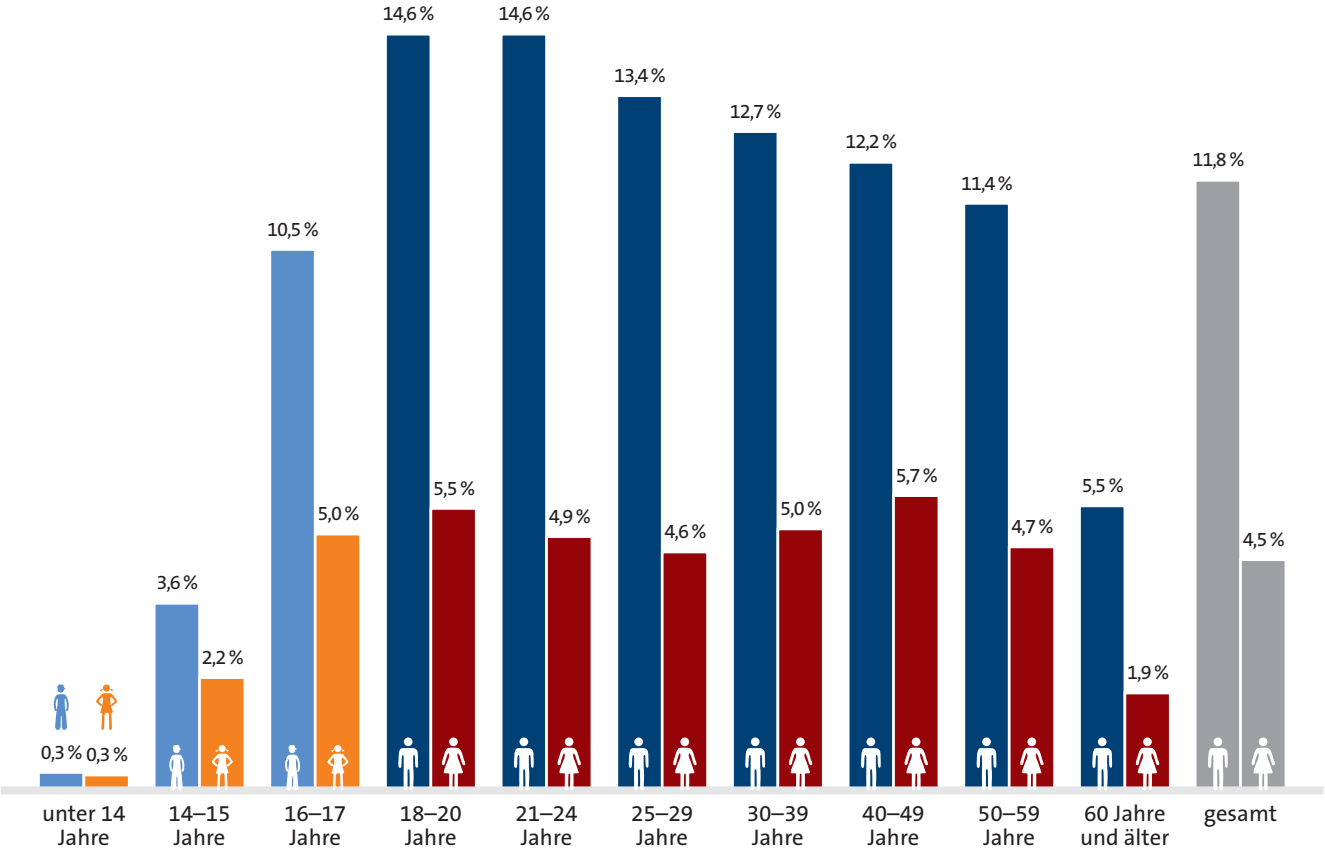
Anteile der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss an allen Tatverdächtigen bei ausgewählten Gewaltdelikten | Daten: Polizeiliche Kriminalstatistik 2015

Überdurchschnittlich häufig ist Alkoholeinfluss bei Widerstand gegen die Staatsgewalt: Im Jahr 2015 stand über die Hälfte der dieser Tat Verdächtigten unter Alkoholeinwirkung. Auch Gewaltdelikte und Sachbeschädigung werden besonders häufig unter Alkoholeinfluss verübt. Bei Tatverdächtigen von Gewalttaten war insgesamt über ein Viertel alkoholisiert; bei gefährlicher und schwerer Körperverletzung, Körperverletzung mit Todesfolge sowie Totschlag und Tötung auf Verlangen sogar jeweils über 30 Prozent der Tatverdächtigen. Bei Gewalt in der Partnerschaft standen 27 Prozent der tatverdächtigen Männer und 23 Prozent der tatverdächtigen Frauen unter Alkoholeinfluss.

Insgesamt begehen deutlich häufiger Männer – vor allem junge – Straftaten unter Alkoholeinfluss als Frauen. So standen knapp zwölf Prozent der männlichen und nur rund fünf Prozent der weiblichen Tatverdächtigen aller Straftaten während der Tat unter Alkoholeinwirkung. Der Anteil alkoholisierter Tatverdächtiger ist mit rund 15 Prozent unter den 18- bis 24-jährigen Männern am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter ab.



Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss bei Partnerschaftsgewaltdelikten nach Geschlecht | Männer, Frauen, gesamt | Daten: Polizeiliche Kriminalstatistik 2015



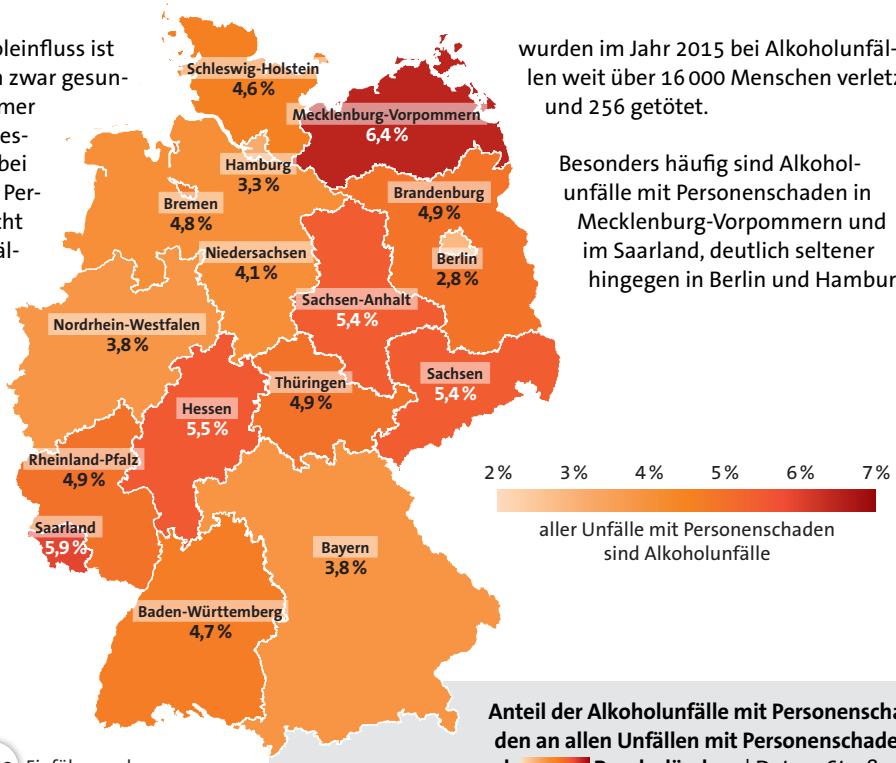
Anteile von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss an allen Tatverdächtigen nach Geschlecht und Altersgruppen | männliche minderjährige und volljährige Tatverdächtige, weibliche minderjährige und volljährige Tatverdächtige, gesamt | Daten: Polizeiliche Kriminalstatistik 2015

4.3 Alkoholeinfluss bei Verkehrsunfällen

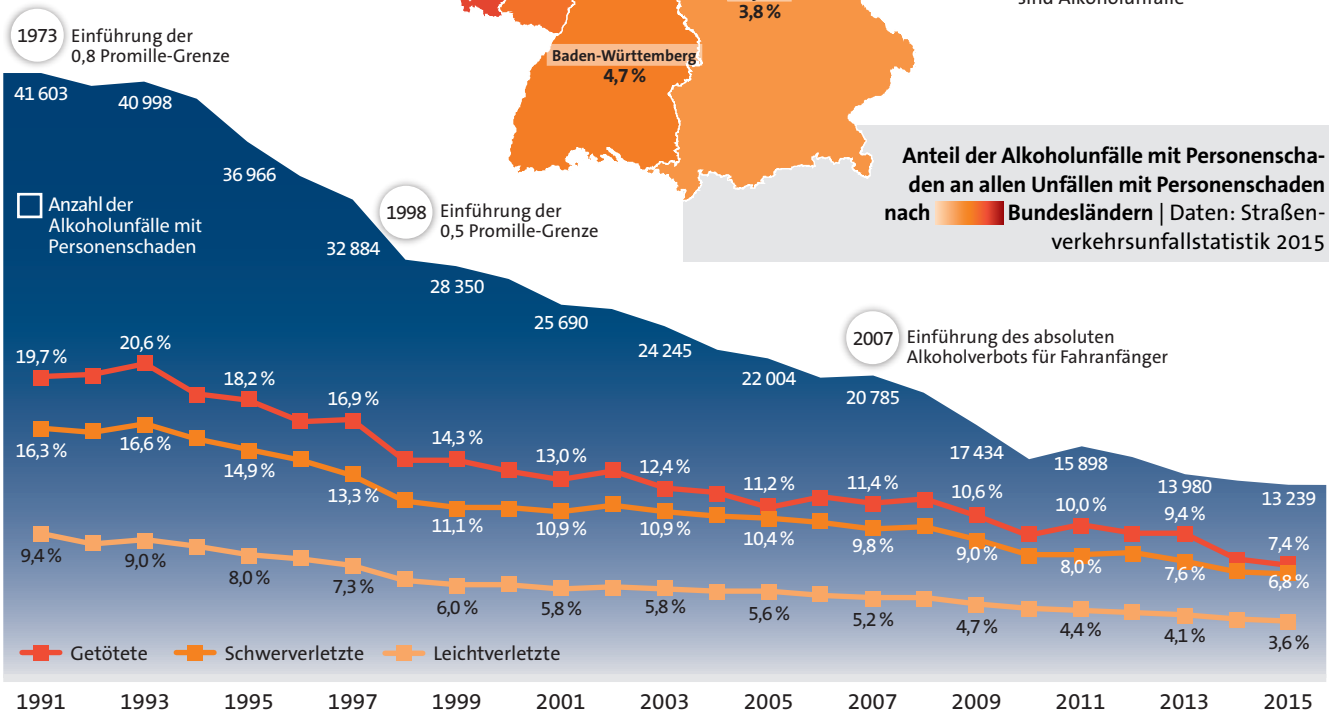
Die Anzahl der Verkehrsunfälle mit Alkoholeinfluss ist in Deutschland in den letzten Jahrzehnten zwar gesunken, aber im Jahr 2015 ereigneten sich immer noch rund 34 500 Unfälle, bei denen mindestens ein Beteiligter alkoholisiert war, und bei über 13 000 dieser Alkoholunfälle wurden Personen verletzt oder getötet – dies entspricht einem Anteil von 4,3 Prozent an allen Unfällen mit Personenschaden. Insgesamt wurden im Jahr 2015 bei Alkoholunfällen weit über 16 000 Menschen verletzt und 256 getötet.

Besonders häufig sind Alkoholunfälle mit Personenschaden in Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland, deutlich seltener hingegen in Berlin und Hamburg.

Im Jahr 2015 starben bei Alkoholunfällen 256 Menschen.

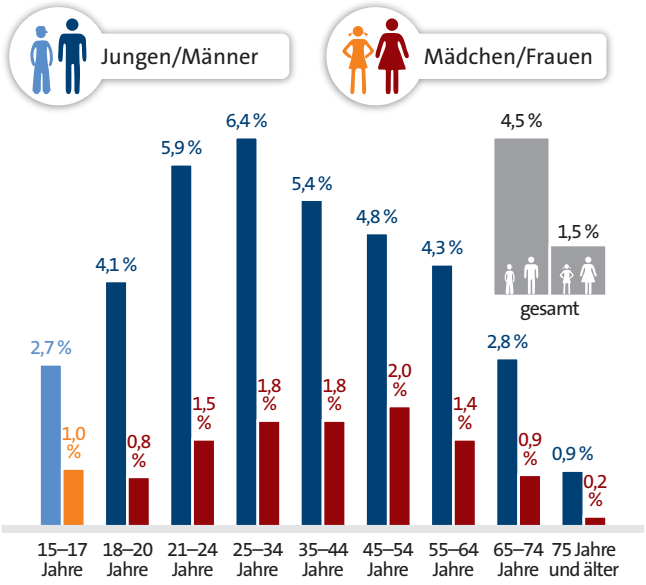


Anteil der Alkoholunfälle mit Personenschaden an allen Unfällen mit Personenschaden nach Bundesländern | Daten: Straßenverkehrsunfallstatistik 2015



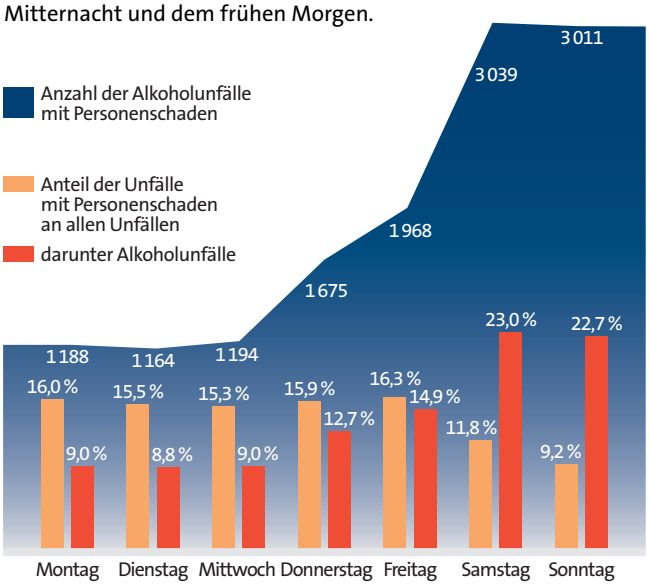
Alkoholunfälle und dabei Verunglückte nach Jahr | Anzahl der Alkoholunfälle mit Personenschaden sowie Anteile der bei Alkoholunfällen Getöteten, Schwer- und Leichtverletzten an allen bei Verkehrsunfällen Getöteten, Schwer- und Leichtverletzten | Daten: Straßenverkehrsunfallstatistik

Mehr als die Hälfte (51,5 Prozent) der Alkoholunfälle mit Personenschaden wurde dadurch verursacht, dass der Fahrer die Kontrolle über das Fahrzeug verlor – weit mehr, als bei Unfällen allgemein (17,6 Prozent). Bei Alkoholunfällen mit Personenschaden hatten 70,7 Prozent der am Unfall beteiligten PKW-Fahrer einen Blutalkoholwert von mindestens 1,1 Promille und galten somit als absolut fahruntüchtig. Bei Männern – insbesondere im Alter von 21 bis 34 Jahren – ist Alkoholeinfluss als Unfallursache wesentlich häufiger als bei Frauen.



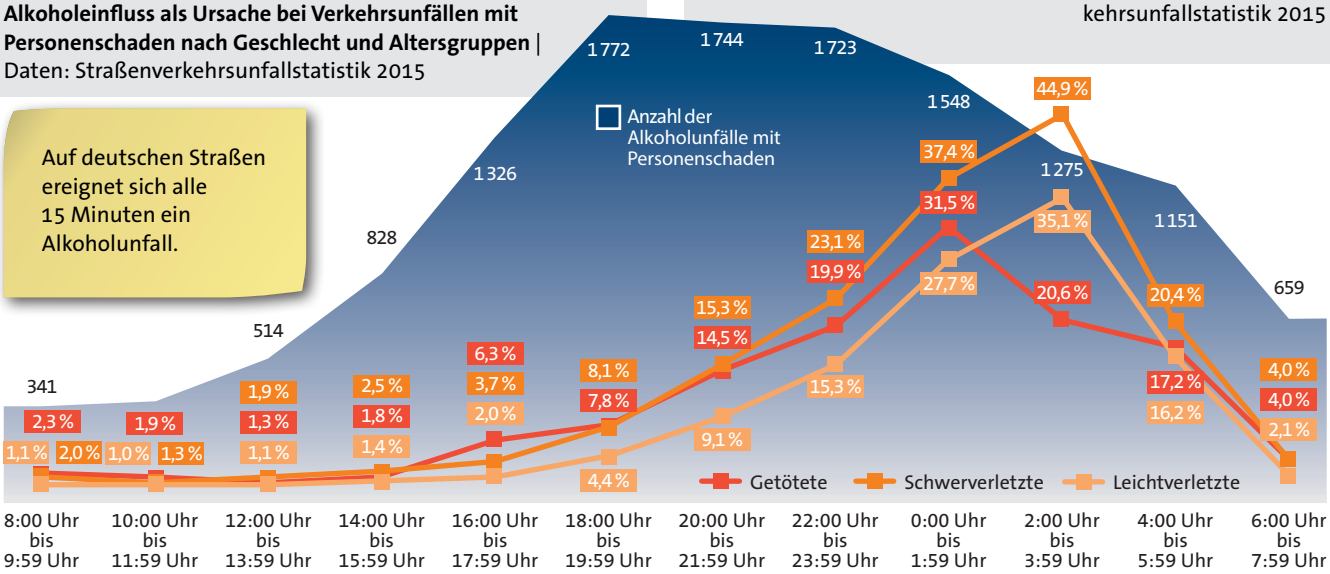
Alkoholeinfluss als Ursache bei Verkehrsunfällen mit Personenschaden nach Geschlecht und Altersgruppen | Daten: Straßenverkehrsunfallstatistik 2015

Am Wochenende ereignen sich zwar insgesamt weniger Unfälle als während der Woche, der Anteil alkoholbedingter Unfälle mit Personenschaden ist aber an Samstagen und Sonntagen besonders hoch. So ist am Wochenende jeder vierte Unfall mit Personenschaden alkoholbedingt, an Wochentagen hingegen nur etwa jeder zehnte. Im Tagesverlauf ereignen sich die meisten Alkoholunfälle zwischen 18 und 24 Uhr, schwerwiegende Alkoholunfälle mit Getöteten und Verletzten am häufigsten zwischen Mitternacht und dem frühen Morgen.



Verkehrsunfälle mit Personenschaden und Anteil der Alkoholunfälle nach Wochentagen | Daten: Straßenverkehrsunfallstatistik 2015

Auf deutschen Straßen ereignet sich alle 15 Minuten ein Alkoholunfall.



Alkoholunfälle und dabei Verunglückte nach Uhrzeit | Anzahl der Alkoholunfälle mit Personenschaden sowie Anteile der bei Alkoholunfällen Getöteten, Schwer- und Leichtverletzten an allen bei Verkehrsunfällen Getöteten, Schwer- und Leichtverletzten | Daten: Straßenverkehrsunfallstatistik 2015

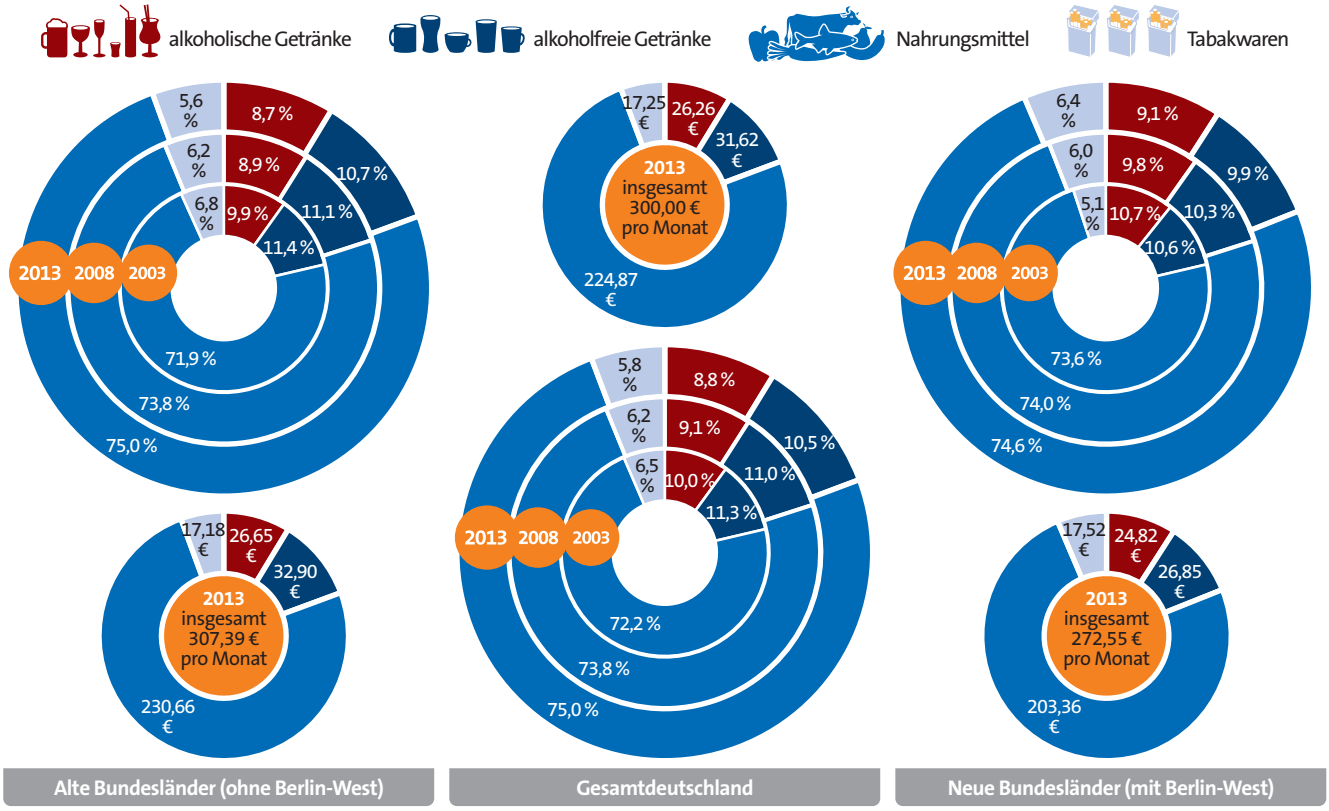
4.4 Ausgaben privater Haushalte für den Alkoholkonsum

Im Jahr 2013 wurden pro Haushalt monatlich durchschnittlich 26 Euro für alkoholische Getränke ausgegeben (ohne Gaststättendienstleistungen und Käufe im Ausland). Dies entspricht 8,8 Prozent der Ausgaben eines Haushalts für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren, die ihrerseits rund ein Sechstel der privaten Konsumausgaben ausmachen. Von diesen 26 Euro für Alkoholika entfielen 9 Euro (35,5 Prozent) auf Bier, 13 Euro (47,8 Prozent) auf Wein und weinhaltige Getränke, und 4 Euro (16,7 Prozent) auf Spirituosen.

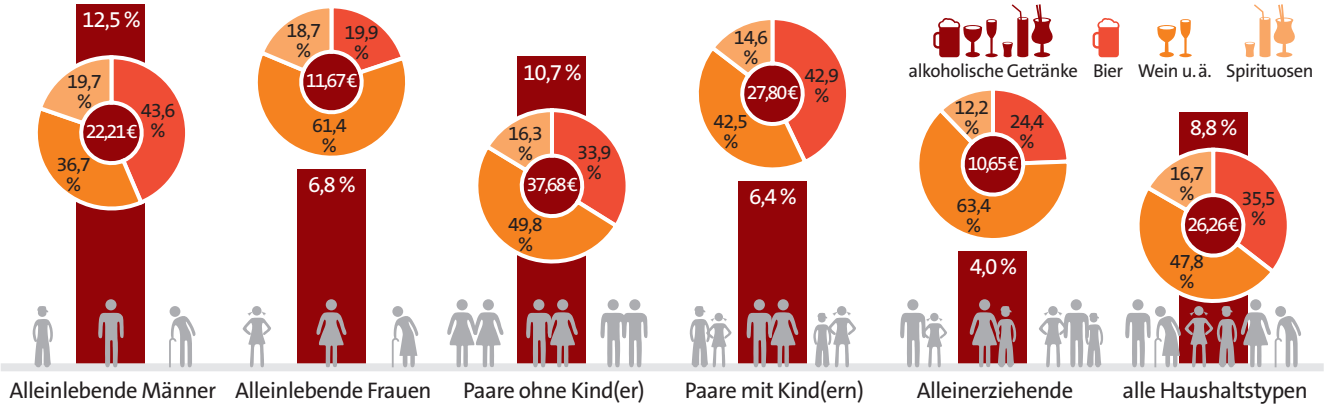
Im Osten Deutschlands geben die Menschen zwar jeden Monat durchschnittlich etwa zwei Euro weniger für alkoholische Getränke aus als in den alten Bundesländern, der Anteil der Ausgaben für Alkohol an den Ausgaben für Lebensmittel, Alkohol und Tabak ist bei ihnen jedoch höher als bei Haushalten im Westen Deutschlands.

Bei alleinlebenden Männern ist der finanzielle Aufwand für den Kauf von alkoholischen Getränken etwa doppelt so hoch wie bei alleinlebenden Frauen. Paare ohne Kinder geben einen deutlich größeren Anteil ihres Einkommens für alkoholische Getränke aus als Paare mit Kindern oder Alleinerziehende.

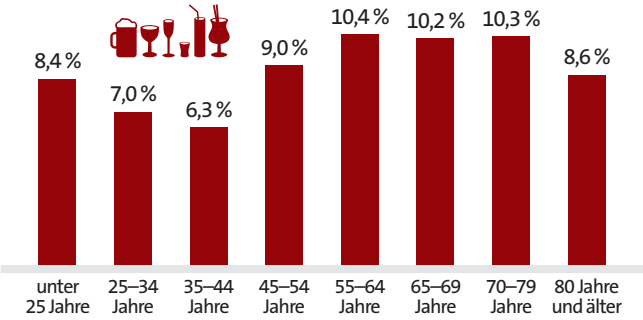
Haushalte mit einer Haupteinkommensperson bis zum Alter von 45 Jahren verwenden einen geringeren Anteil ihres Einkommens für Alkohol als Haushalte von 45- bis 79-Jährigen. Auch in Haushalten mit einem monatlichen Nettoeinkommen unter 2000 Euro wird weniger vom Einkommen für Alkoholika ausgeben als in Haushalten mit einem höheren Einkommen. Arbeitslosenhaushalte verbrauchen einen geringeren Anteil ihrer Lebensmittel-, Getränke- und Tabakausgaben für den Alkoholkonsum als Erwerbstätigenhaushalte.



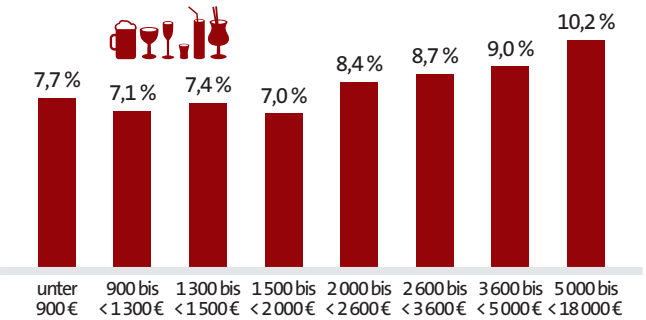
Anteilige Aufwendungen privater Haushalte für alkoholische Getränke, alkoholfreie Getränke, Nahrungsmittel und Tabakwaren an den monatlichen Gesamtausgaben für Getränke, Nahrungsmittel und Tabakwaren für Gesamtdeutschland sowie für alte und neue Bundesländer nach Jahr | Daten: Mikrozensus – Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003, 2008 und 2013



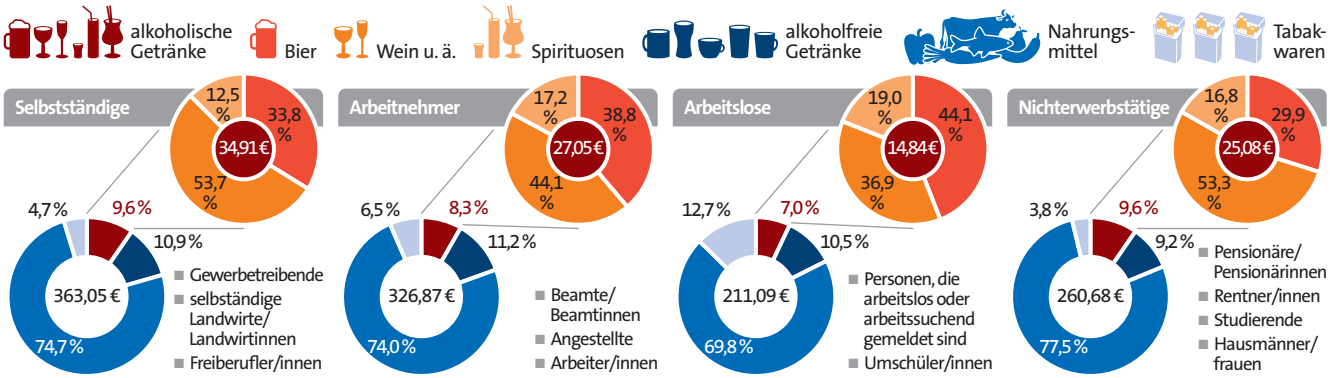
Anteilige Aufwendungen ausgewählter Haushaltstypen für alkoholische Getränke an den monatlichen Gesamtausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren sowie anteilige Aufwendungen für Bier, Wein und Spirituosen an den monatlichen Gesamtausgaben für alkoholische Getränke nach Haushaltstyp | Daten: Mikrozensus – Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2013



Anteilige Aufwendungen privater Haushalte für alkoholische Getränke an den monatlichen Gesamtausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren nach Alter der Haupteinkommensperson | Daten: Mikrozensus – Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2013



Anteilige Aufwendungen privater Haushalte für alkoholische Getränke an den monatlichen Gesamtausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen | Daten: Mikrozensus – Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2013



Anteilige Aufwendungen privater Haushalte für alkoholische Getränke, alkoholfreie Getränke, Nahrungsmittel und Tabakwaren an den monatlichen Gesamtausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren sowie anteilige Aufwendungen für Bier, Wein und Spirituosen an den monatlichen Gesamtausgaben für alkoholische Getränke nach sozialer Stellung der Haupteinkommensperson | Daten: Mikrozensus – Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2013

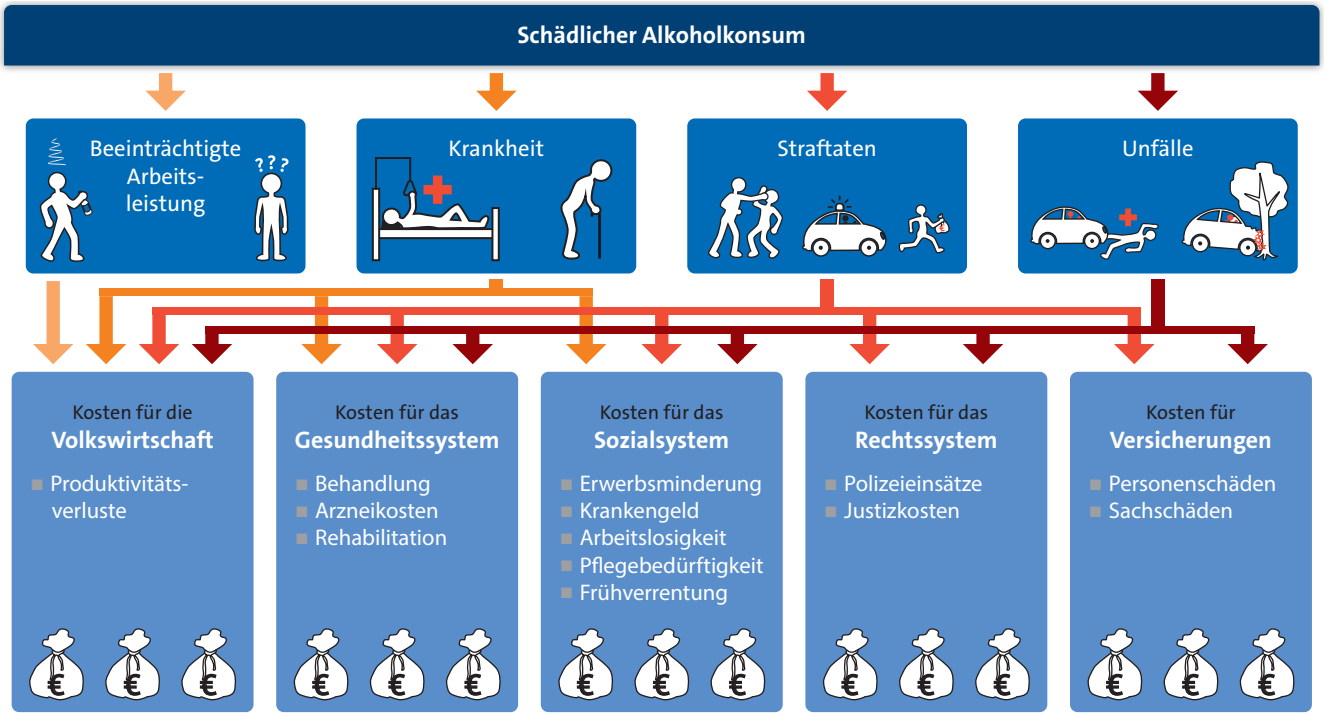
4.5 Kosten des schädlichen Alkoholkonsums für die Gesellschaft

Schädlicher Alkoholkonsum verursacht der Gesellschaft durch alkoholbedingte Krankheiten und Unfälle zusätzliche Kosten, die sich aus direkten und indirekten Kosten zusammensetzen.

Die direkten Kosten beinhalten Behandlungs- und Rehabilitationskosten für alkoholbedingte Krankheiten und Unfälle, Medikamente und andere Hilfsmittel sowie Kosten zur Reintegration der Patienten ins Arbeitsleben. Die indirekten Kosten umfassen Kosten, die aufgrund von Produktivitätsverlusten infolge des Alkoholkonsums entstehen. Dazu zählen Fehlzeiten bei der Arbeit, Frühberentung und vorzeitiger Tod infolge alkoholbedingter Krankheiten sowie alkoholbedingte Arbeitslosigkeit. Am Arbeitsplatz erhöht Alkoholkonsum nicht nur das Risiko für Arbeitsunfälle, sondern Alkoholkranke erbringen auch nur drei Viertel der normalen Arbeitsleistung. Sie bleiben dem Arbeitsplatz 16-mal häufiger fern, sind 2,5-mal häufiger krank und fehlen nach Unfällen länger als nichttrinkende Kollegen.

Die Kosten des schädlichen Alkoholkonsums belaufen sich in Deutschland auf jährlich 39,30 Milliarden Euro. Davon entfällt etwa ein Viertel auf direkte Kosten für das Gesundheitssystem (9,15 Milliarden Euro direkte Kosten) und drei Viertel entstehen der Volkswirtschaft durch Produktivitätsverluste (30,15 Milliarden Euro indirekte Kosten). Diese Berechnung basiert auf den Krankheitskosten einer Stichprobe von Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse sowie auf den alkoholbedingten Ressourcenausfällen zuzüglich der Kosten von Arbeitslosengeldzahlungen. Sie vergleicht die über einen bestimmten Zeitraum bei Personen mit schädlichem Alkoholkonsum anfallenden Kosten mit denen von Personen ohne schädlichen Alkoholkonsum.

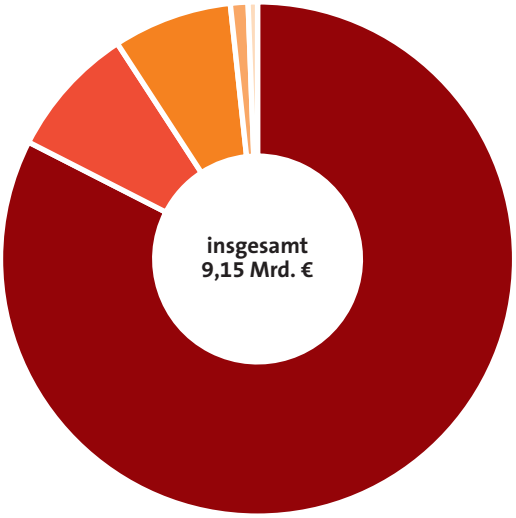
Ein weiterer Kostenfaktor sind Kosten durch Sachschäden, die bei alkoholbedingten Verkehrs- und Arbeitsunfällen sowie durch Sachbeschädigung unter Alkoholeinfluss entstehen. Im Jahr 2007 lagen diese bei schätzungsweise 1,91 Milliarden Euro.



Folgen des schädlichen Alkoholkonsums und dadurch verursachte Kostenarten

Jährliche direkte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum

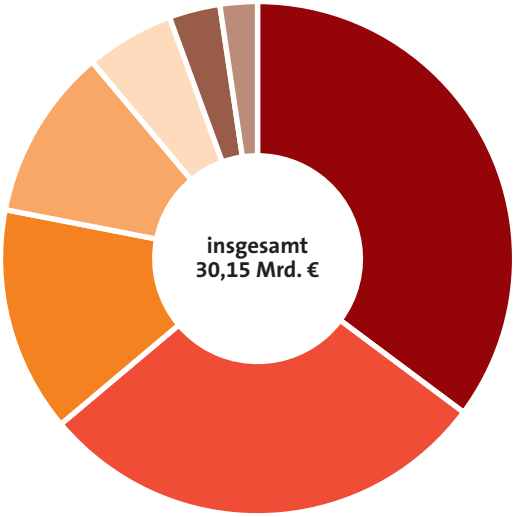
Schädlicher Alkoholkonsum verursacht der Gesellschaft jährlich Gesamtkosten in Höhe von rund 39 Milliarden Euro.



Krankheitskosten	7,55 Mrd. €
Pflegekosten	760,03 Mio. €
Rehabilitationsmaßnahmen	685,20 Mio. €
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	101,27 Mio. €
Unfälle	53,99 Mio €

Jährliche direkte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum in Deutschland | Berechnungen: Tobias Effertz 2016

Jährliche indirekte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum



Ressourcenverlust durch Mortalität	10,61 Mrd. €
Langzeitarbeitslosigkeit (Arbeitslosengeld II)	8,64 Mrd. €
Arbeitsunfähigkeit	4,28 Mrd. €
Kurzfristige Arbeitslosigkeit (Arbeitslosengeld I)	3,26 Mrd. €
Erwerbsminderung durch Frühverrentung	1,68 Mrd. €
Zeit der Rehabilitationsmaßnamen	968,96 Mio. €
Produktivitätsverluste durch Pflegebedürftigkeit	709,54 Mio. €

Jährliche indirekte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum in Deutschland | Berechnungen: Tobias Effertz 2016

4.6 Alkoholsteuern

Alkoholsteuern sind Verbrauchsteuern, die auf den Konsum bestimmter alkoholischer Getränke anfallen. Jährlich nimmt der Staat rund drei Milliarden Euro durch Alkoholsteuern ein.

Alkoholsteuern gehören zu den ältesten Steuern, die teilweise – wie die Biersteuer – schon im Mittelalter erhoben wurden. Die Schaumweinsteuer wurde im Jahr 1902 als neue Einnahmequelle zur Deckung der steigenden Militärkosten eingeführt, während der Weltwirtschaftskrise aufgehoben und 1939 zur Deckung der Militärkosten erneut eingeführt.

Die verschiedenen Arten alkoholischer Getränke sind unterschiedlich besteuert, Wein ist allerdings steuerfrei. Seit 1982 gab es keine wesentlichen Steuererhöhungen – abgesehen von der Einführung der Alkopopsteuer. Diese wurde im Jahr 2004 zum Schutz junger Menschen eingeführt, weil Alkopops, alkoholhaltige Süßgetränke mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozent, aber weniger als zehn Volumenprozent, die trinkfertig gemischt verkauft werden, unter Jugendlichen sehr beliebt waren.

Der Biersteuer unterliegen nach dem Biersteuergesetz (BierStG) Bier aus Malz und Mischungen von Bier mit nichtalkoholischen Getränken; alkoholfreies Bier mit einem Alkoholgehalt bis 0,5 Volumenprozent ist steuerfrei. Die Höhe der Biersteuer richtet sich nach dem Stammwürzegehalt des Bieres, der in Grad Plato gemessen wird.

Die Schaumwein- und Zwischenerzeugnissteuer richtet sich entsprechend dem Gesetz zur Besteuerung von Schaumwein und Zwischenerzeugnissen (SchaumwZwStG) nach deren Alkoholgehalt. Zwischenerzeugnisse sind gegorene Erzeugnisse, denen Destillationsalkohol zugesetzt wurde. Sie haben einen Alkoholgehalt von 1,2 Volumenprozent bis 22 Volumenprozent und dürfen weder Schaumwein, Wein oder Bier sein; dazu gehören beispielsweise verstärkte Weine wie Portwein, Sherry und Madeira.

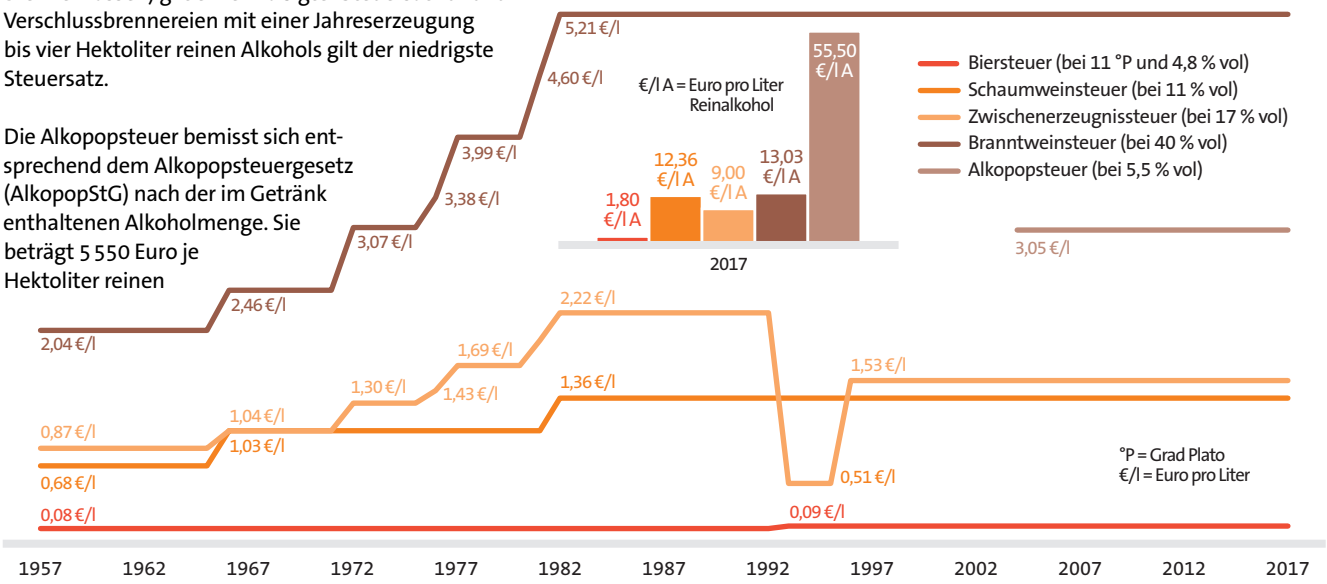
Die Branntweinsteuer wird bis Ende 2017 durch das Branntweinmonopolgesetz (BranntwMonG) geregelt, das dann bei gleichbleibenden Steuersätzen durch das ab dem 1. Januar 2018 geltende Alkoholsteuergesetz (AlkStG) ersetzt wird. Die Branntweinsteuer hängt von der Größe des Erzeugerbetriebs ab, wobei

Biersteuergesetz (BierStG)	Schaumwein- und Zwischenerzeugnissteuergesetz (SchaumwZwStg)		Alkoholsteuergesetz (AlkStG)*	Alkopopsteuergesetz (AlkopopStG)
Bier	**Schaumwein**	**Zwischenerzeugnisse**	**Branntwein**	**Alkopops**
ab 0,5 % vol, einschließlich Mischungen von Bier mit nichtalkoholischen Getränken	Getränke in Flaschen mit Schaumweinstopfen, oder die bei 20 °C einen auf gelöstes CO_2 zurückzuführenden Überdruck von ≥ 3 bar aufweisen	gegorene Erzeugnisse, denen Destillationsalkohol zugesetzt wurde, mit > 1,2 % vol bis 22 % vol	durch Destillation hergestellte Erzeugnisse mit > 1,2 % vol sowie gegorene Erzeugnisse mit > 22 % vol	alkoholhaltige Süßgetränke mit > 1,2 % vol bis < 10 % vol, die trinkfertig gemischt abgefüllt sind
0,787 €/hl je °P (°P = Grad Plato = Stammwürzegehalt in g je 100 g Bier) gestaffelte ermäßigte Steuersätze bei Gesamtjahreserzeugung < 200 000 hl	**136 €/hl** bei ≥ 6 % vol **51 €/hl** bei < 6 % vol	**153 €/hl** bei > 15 % vol **102 €/hl** bei ≤ 15 % vol **136 €/hl** bei ≤ 15 % vol in Flaschen mit Schaumweinstopfen oder Überdruck von ≥ 3 bar	**1 303 €/hl Reinalkohol** ermäßigt 1 022 €/hl Reinalkohol für Abfindungsbrennereien und Stoffbesitzer 730 €/hl Reinalkohol für Verschlussbrennereien mit Jahreserzeugung bis 4 hl Reinalkohol	**5 550 €/hl Reinalkohol**
Beispiel Pils 11 °P 8,657 €/hl = 0,043 €/0,5 l	Beispiel Sekt 11 % vol 136 €/hl = 1,02 €/0,75 l	Beispiel Sherry 17 % vol 153 €/hl = 1,15 €/0,75 l	Beispiel Whiskey 40 % vol 521,20 €/hl = 3,65 €/0,7 l	Beispiel Rum-Mixgetränk 5,5 % vol 305,25 €/hl = 0,84 €/0,275 l

Höhe der Alkoholsteuern in Deutschland nach Steuerart | Biersteuer, Schaumweinsteuer, Zwischenerzeugnissteuer, Branntweinsteuer, Alkopopsteuer | *bis Ende 2017 durch das Branntweinmonopolgesetz (BranntwMonG) geregelt

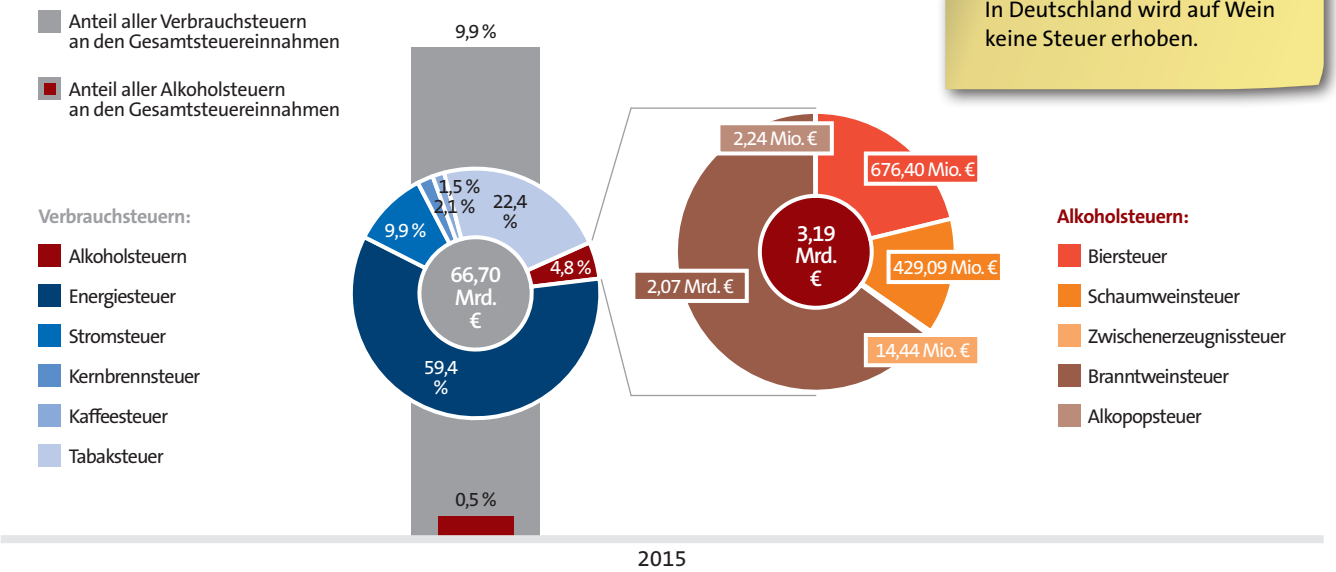
Großbrennereien den höchsten Regelsteuersatz bezahlen. Für Abfindungsbrennereien (nicht zollamtlich verschlossene Brennereien, bei denen die hergestellte Alkoholmenge nicht amtlich festgestellt, sondern vorausgeschätzt wird) und Stoffbesitzer (Personen, die selbstgewonnenes Obst in einer fremden Brennerei brennen lassen) gilt ein ermäßigter Steuersatz und für Verschlussbrennereien mit einer Jahreserzeugung bis vier Hektoliter reinen Alkohols gilt der niedrigste Steuersatz.

Die Alkopopsteuer bemisst sich entsprechend dem Alkopopsteuergesetz (AlkopopStG) nach der im Getränk enthaltenen Alkoholmenge. Sie beträgt 5 550 Euro je Hektoliter reinen Alkohols bei 20 °C. Dies entspricht bei einer 0,275-Liter-Flasche und einem Alkoholgehalt von 5,5 Volumenprozent rund 84 Cent. Die Alkopopsteuer hat unter den Alkoholsteuern den mit Abstand höchsten Steuersatz, ist mit einem Aufkommen von etwa 2,2 Millionen Euro im Jahr 2015 jedoch die kleinste aller Verbrauchsteuern.



Entwicklung der Alkoholsteuern in Deutschland seit 1957 in Euro pro Liter (€/l, Biersteuer bei 11 Grad Plato und 4,8 % vol, Schaumweinsteuer bei 11 % vol, Zwischenerzeugnissteuer bei 17 % vol, Branntweinsteuer bei 40 % vol, Alkopopsteuer bei 5,5 % vol) sowie in Euro pro Liter Reinalkohol (€/l A) im Jahr 2017 nach Steuerart

In Deutschland wird auf Wein keine Steuer erhoben.



Steuereinnahmen durch Verbrauchsteuern | Alkoholsteuern im Jahr 2015 (Biersteuer, Schaumweinsteuer, Zwischenerzeugnissteuer, Branntweinsteuer, Alkopopsteuer), Energiesteuer, Stromsteuer, Kernbrennsteuer, Kaffeesteuer und Tabaksteuer | Daten: Steuerstatistik 2015

Alkoholprävention und Therapie der Alkoholabhängigkeit

5

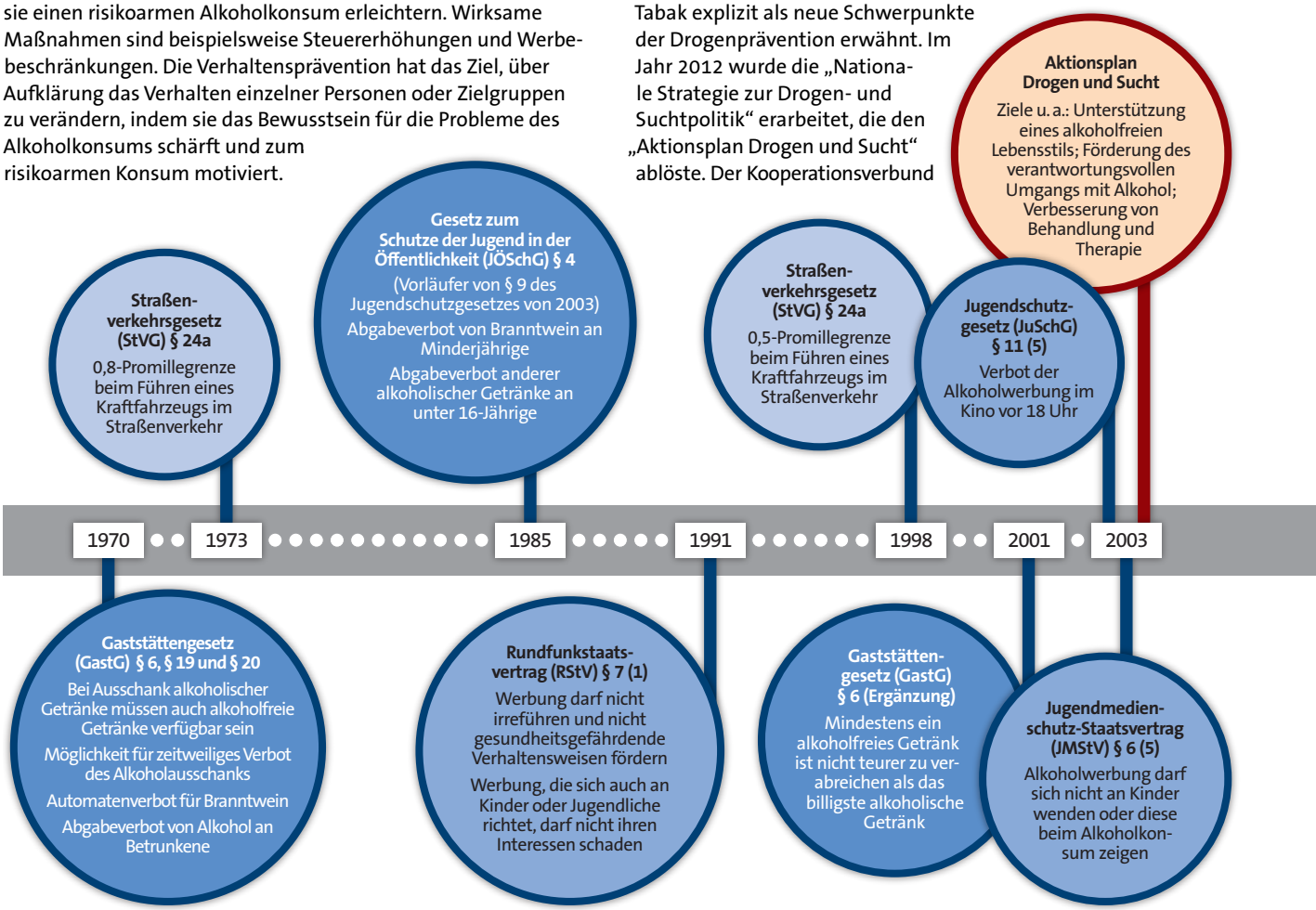
5.1 Strategien zur Alkoholprävention

Ziel der Alkoholprävention ist es, das Ausmaß des schädlichen Alkoholkonsums und seiner negativen Folgen zu vermindern. Um dies zu erreichen, gilt es, den Einstieg in den Konsum zu verhindern oder zumindest zu verzögern, riskantes Konsumverhalten frühzeitig zu erkennen und ihm entgegenzuwirken sowie Abhängigkeit zu verringern.

Effektive Alkoholprävention basiert auf zwei sich ergänzenden Ansätzen: Die Verhältnisprävention verändert die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen dahingehend, dass sie einen risikoarmen Alkoholkonsum erleichtern. Wirksame Maßnahmen sind beispielsweise Steuererhöhungen und Werbebeschränkungen. Die Verhaltensprävention hat das Ziel, über Aufklärung das Verhalten einzelner Personen oder Zielgruppen zu verändern, indem sie das Bewusstsein für die Probleme des Alkoholkonsums schärft und zum risikoarmen Konsum motiviert.

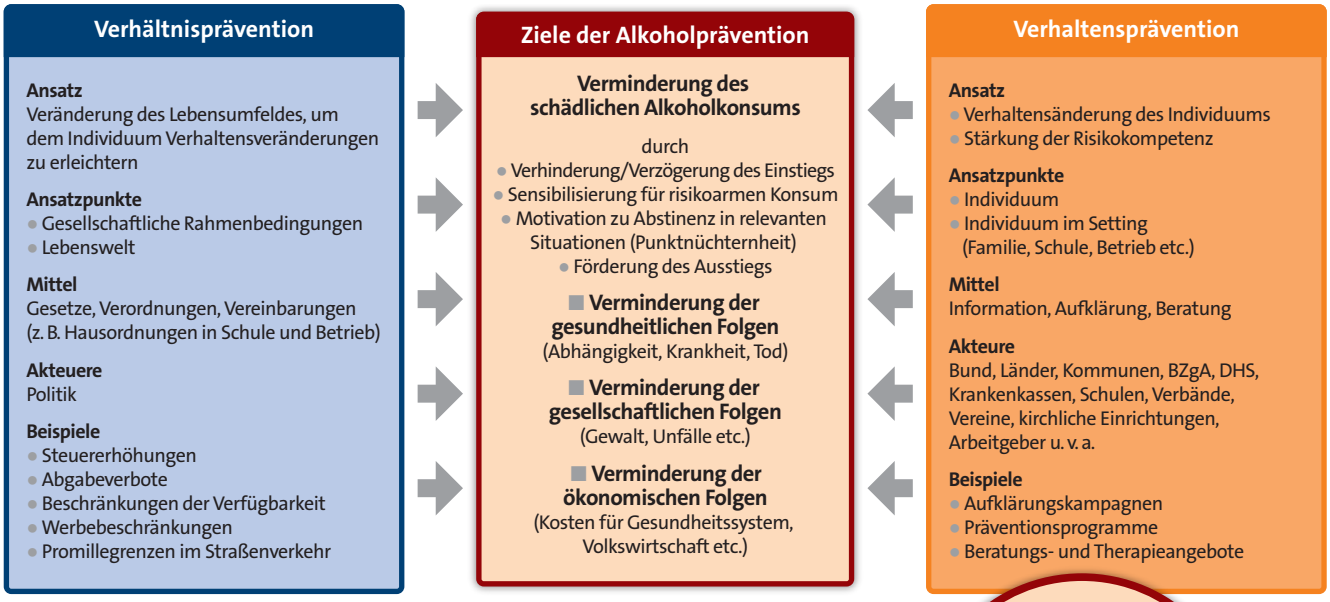
Verhaltenspräventive Maßnahmen sind beispielsweise Aufklärungskampagnen und Präventionsprojekte. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Deutschland die Verhältnisprävention bislang nicht ausreichend ausschöpft. So sind die Alkoholsteuern niedriger als in einigen anderen europäischen Ländern, und auch Altersbegrenzungen und Werbebeschränkungen werden weniger restriktiv als in manchen anderen europäischen Ländern eingesetzt.

In Deutschland wurden im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ von 2003 erstmals legale Drogen wie Alkohol und Tabak explizit als neue Schwerpunkte der Drogenprävention erwähnt. Im Jahr 2012 wurde die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ erarbeitet, die den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ ablöste. Der Kooperationsverbund

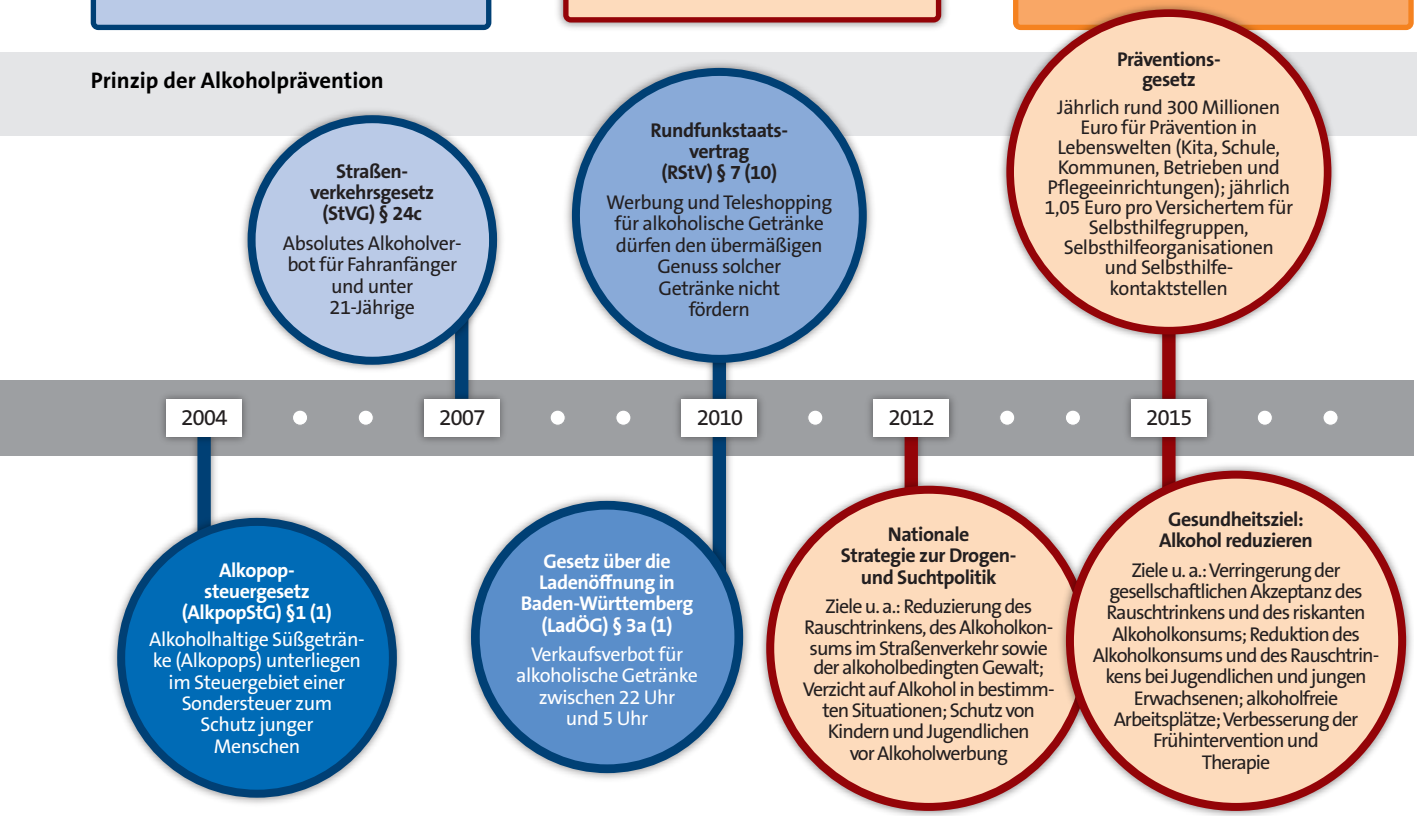


Gesetzliche Maßnahmen und nationale Strategien zur Alkoholprävention in Deutschland seit 1970 |
○ verhältnispräventive Maßnahmen (● Steuern, ● Beschränkungen der Abgabe und Verfügbarkeit, ● Werbebeschränkungen und

gesundheitsziele.de hat im April 2015 das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ verabschiedet. Das im Juli 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention rückt erstmals die Prävention in Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen in den Vordergrund.



Prinzip der Alkoholprävention



○ Regelungen im Straßenverkehr) sowie ○ nationale Strategien und Gesetze zur Stärkung der (Sucht-)Prävention

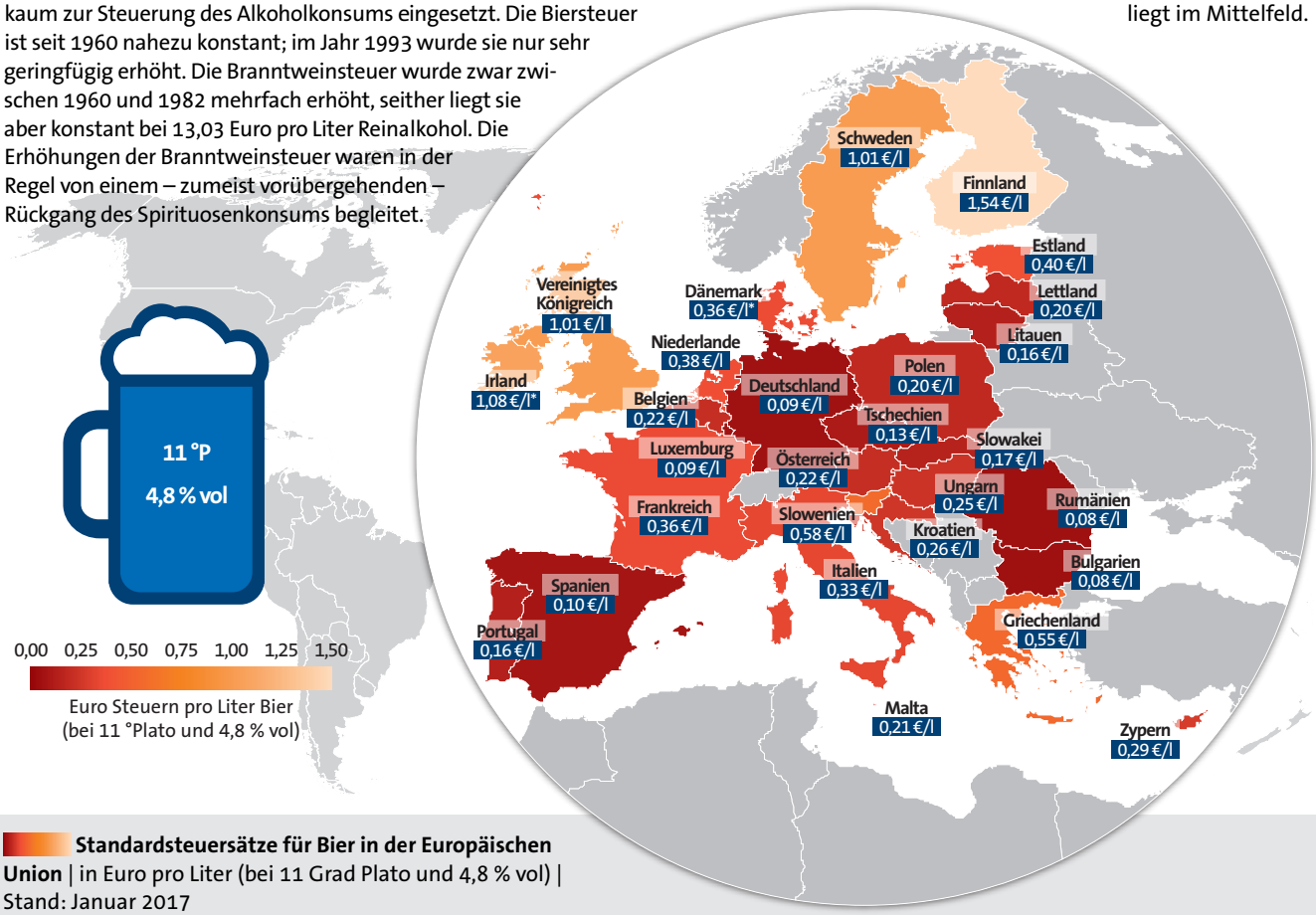
5.2 Erhöhung von Alkoholsteuern als gesundheitspolitische Maßnahme

Die Höhe der Preise wirkt sich entsprechend der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf das Konsumverhalten aus. So senkt eine Preiserhöhung um zehn Prozent den Konsum um durchschnittlich fünf Prozent. Eine Besteuerung nach Alkoholgehalt, die dazu führt, dass Getränke mit geringem Alkoholgehalt billig und solche mit hohem Alkoholgehalt teuer sind, motiviert dazu, dass eher Getränke mit geringem Alkoholgehalt gewählt werden und somit insgesamt weniger Alkohol getrunken wird. Preiserhöhungen wirken sich auf alle Konsumentengruppen aus, auch junge Menschen und Personen mit hohem Alkoholkonsum oder problematischem Trinkverhalten. Zudem führen sie zu einer Reduktion von Gewalt, Verkehrsunfällen und alkoholbedingten Gesundheitsschäden.

Die Alkoholsteuern wurden in Deutschland in den letzten 30 Jahren kaum zur Steuerung des Alkoholkonsums eingesetzt. Die Biersteuer ist seit 1960 nahezu konstant; im Jahr 1993 wurde sie nur sehr geringfügig erhöht. Die Branntweinsteuer wurde zwar zwischen 1960 und 1982 mehrfach erhöht, seither liegt sie aber konstant bei 13,03 Euro pro Liter Reinalkohol. Die Erhöhungen der Branntweinsteuer waren in der Regel von einem – zumeist vorübergehenden – Rückgang des Spirituosenkonsums begleitet.

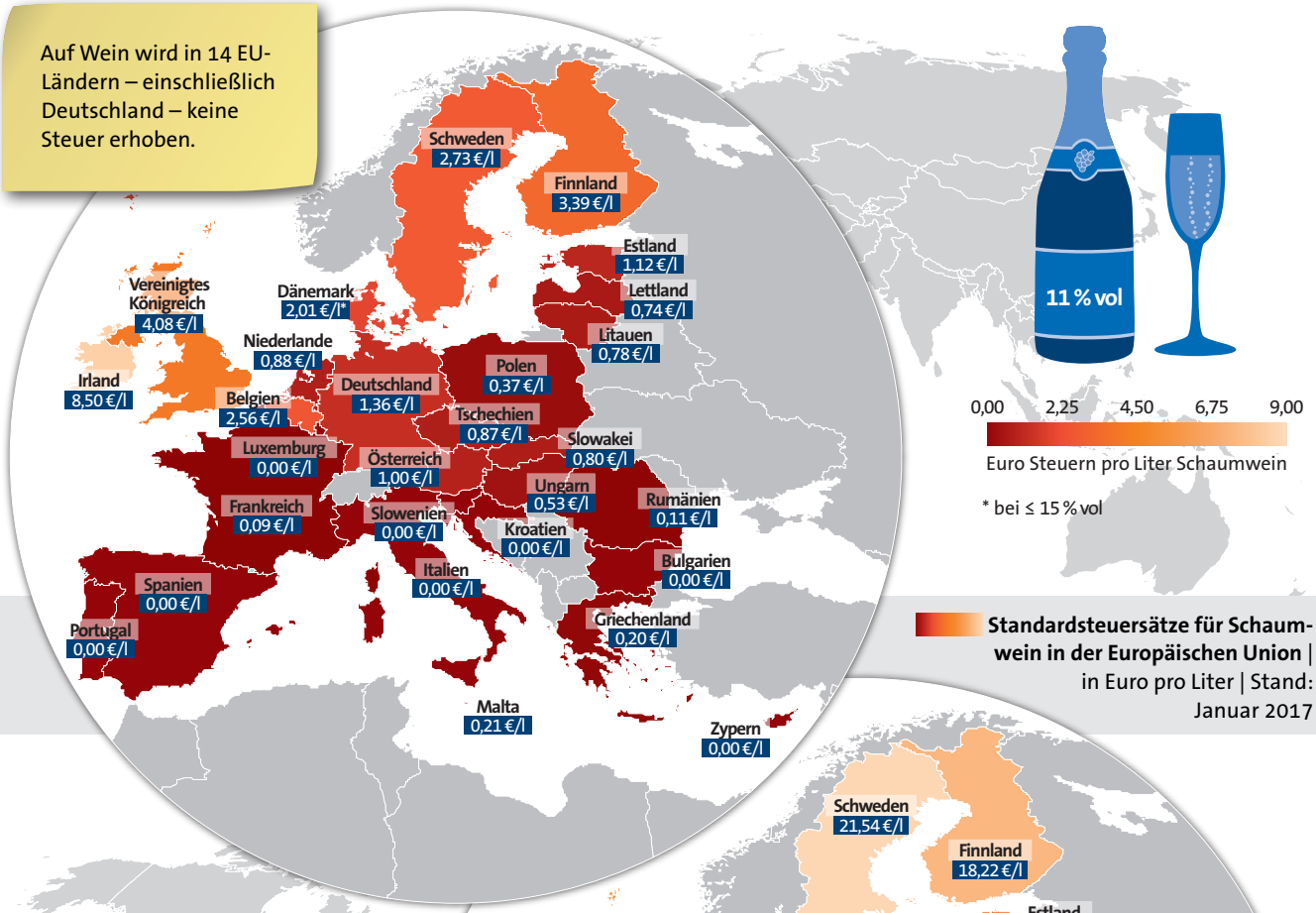
Die Alkopopsteuer wurde im Jahr 2004 mit dem Ziel eingeführt, den Konsum dieser bei Jugendlichen beliebten Getränke zu senken, um gesundheitlichen Schäden vorzubeugen. Es gelang zwar, durch die Steuer die Nachfrage von Jugendlichen nach Alkopops zu senken, doch stieg im Gegenzug der Konsum von Spirituosen an und die Jugendlichen bevorzugen nach der Steuererhöhung anstelle von Alkopops nun Bier und Spirituosen. Auf den Gesamtalkoholkonsum von Jugendlichen hatte die Steuer keinen wesentlichen Einfluss.

Im europäischen Vergleich gehört Deutschland zu den Ländern mit eher niedrigen Alkoholsteuern. Die aktuell gültigen Steuersätze für Bier und Schaumwein entsprechen den untersten Steuersätzen der EU-Staaten; die Branntweinsteuer liegt im Mittelfeld.

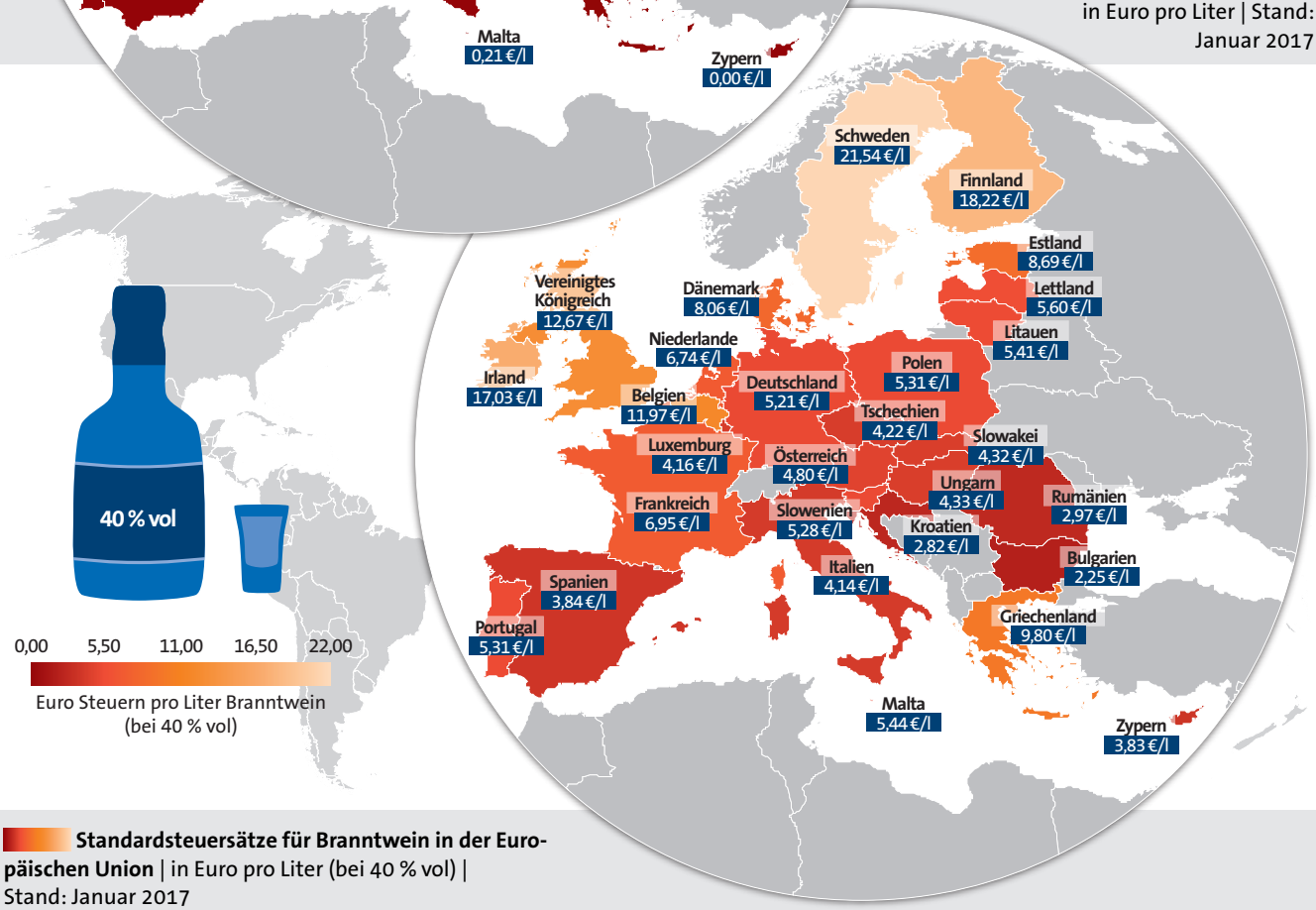


Standardsteuersätze für Bier in der Europäischen Union | in Euro pro Liter (bei 11 Grad Plato und 4,8 % vol) | Stand: Januar 2017

Auf Wein wird in 14 EU-Ländern – einschließlich Deutschland – keine Steuer erhoben.



Standardsteuersätze für Schaumwein in der Europäischen Union | in Euro pro Liter | Stand: Januar 2017



Standardsteuersätze für Branntwein in der Europäischen Union | in Euro pro Liter (bei 40 % vol) | Stand: Januar 2017

5.3 Beschränkungen der Abgabe und Verfügbarkeit von Alkohol

Maßnahmen zur Begrenzung der Verfügbarkeit von Alkohol haben das Ziel, den Erwerb von alkoholischen Getränken zu erschweren. Dadurch tragen sie dazu bei, den Alkoholkonsum und dessen negative Folgen wie Krankheit, Sterblichkeit, Straftaten, alkoholbedingte Gewalt und Unfälle zu reduzieren. Die Verfügbarkeit von Alkohol kann zeitlich und räumlich durch Ladenöffnungszeiten, Sperrstunden in Gaststätten, ein nächtliches Alkoholverkaufsverbot, eine Verringerung der Dichte von Verkaufsstellen sowie monopolisierten Alkoholverkauf beschränkt werden. Auch Preiserhöhungen tragen dazu bei, den Zugang zu erschweren.

Eine Anhebung des Mindestalters, ab dem Alkohol erworben und konsumiert werden darf, ist entsprechend der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die wirksamste Maßnahme, um unter jungen Menschen den Alkoholkonsum und dessen Folgen zu senken – allerdings nur, wenn die Regelung auch konsequent umgesetzt wird. Die Erfahrung aus skandinavischen Ländern deutet darauf hin, dass eine Erhöhung der Verfügbarkeit von Getränken mit geringem Alkoholgehalt dazu motivieren kann, diesen Getränken den Vorzug vor höherprozentigen Alkoholika zu geben.

In Deutschland dürfen entsprechend dem Jugendschutzgesetz Jugendliche ab dem Alter von 16 Jahren Bier und Wein kaufen und in der Öffentlichkeit konsumieren; für Branntwein und branntweinhaltige Getränke gilt ein Mindestalter von 18 Jahren. In den meisten Ländern der Europäischen Union besteht eine Altersgrenze von 18 Jahren für den Erwerb von Alkohol.

Alkohol ist in Deutschland rund um die Uhr verfügbar. In den meisten Bundesländern dürfen Läden an Wochentagen und oftmals auch samstags von 0 bis 24 Uhr geöffnet sein, nur sonntags müssen sie grundsätzlich geschlossen bleiben. Lediglich in Baden-Württemberg besteht seit 2010 ein Verbot, in Läden zwischen 22 und 5 Uhr Alkohol zu verkaufen.

Für Gaststätten sehen acht Bundesländer eine Sperrzeit von 5 bis 6 Uhr vor, Baden-Württemberg von 3 bis 6 Uhr und Bremen von 2 bis 6 Uhr; die restlichen Bundesländer haben keine Sperrzeitregelungen. In Gaststätten darf kein Alkohol an stark alkoholisierte Gäste ausgeschenkt werden. An einzelnen Orten und in manchen Betrieben des öffentlichen Nahverkehrs besteht ein Verbot, Alkohol zu konsumieren.

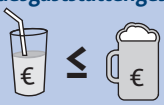
Jugendschutzgesetz, § 9

- an unter 18-Jährige dürfen Branntwein, branntweinhaltige Getränke und Lebensmittel, die Branntwein in nicht geringfügiger Menge enthalten, weder abgegeben noch darf ihnen der Verzehr gestattet werden
- an unter 16-Jährige dürfen jegliche alkoholische Getränke weder abgegeben noch darf ihnen der Verzehr gestattet werden (Ausnahme: bei 14- bis 16-Jährigen für Bier und Wein, wenn sie von einer personensorgeberechtigten Person begleitet werden)

- Automatenverbot für alkoholische Getränke in der Öffentlichkeit (Ausnahme: wenn sichergestellt ist, dass Kinder und Jugendliche keine Getränke entnehmen können)
- Hinweis „Abgabe an Personen unter 18 Jahren verboten, § 9 Jugendschutzgesetz“ für alkoholhaltige Süßgetränke

Gaststättengesetz, § 6, § 19 und § 20, und entsprechende Paragraphen der Landesgaststättengesetze

- mindestens ein alkoholfreies Getränk darf höchstens so viel kosten wie das billigste alkoholische Getränk (§ 6)



- aus besonderem Anlass kann der Alkoholausschank zeitlich oder räumlich verboten werden (§ 19)

- Automatenverbot für Branntwein und überwiegend branntweinhaltige Lebensmittel (§ 20)
- Verbot der Alkoholabgabe an erkennbar Betrunkene (§ 20)

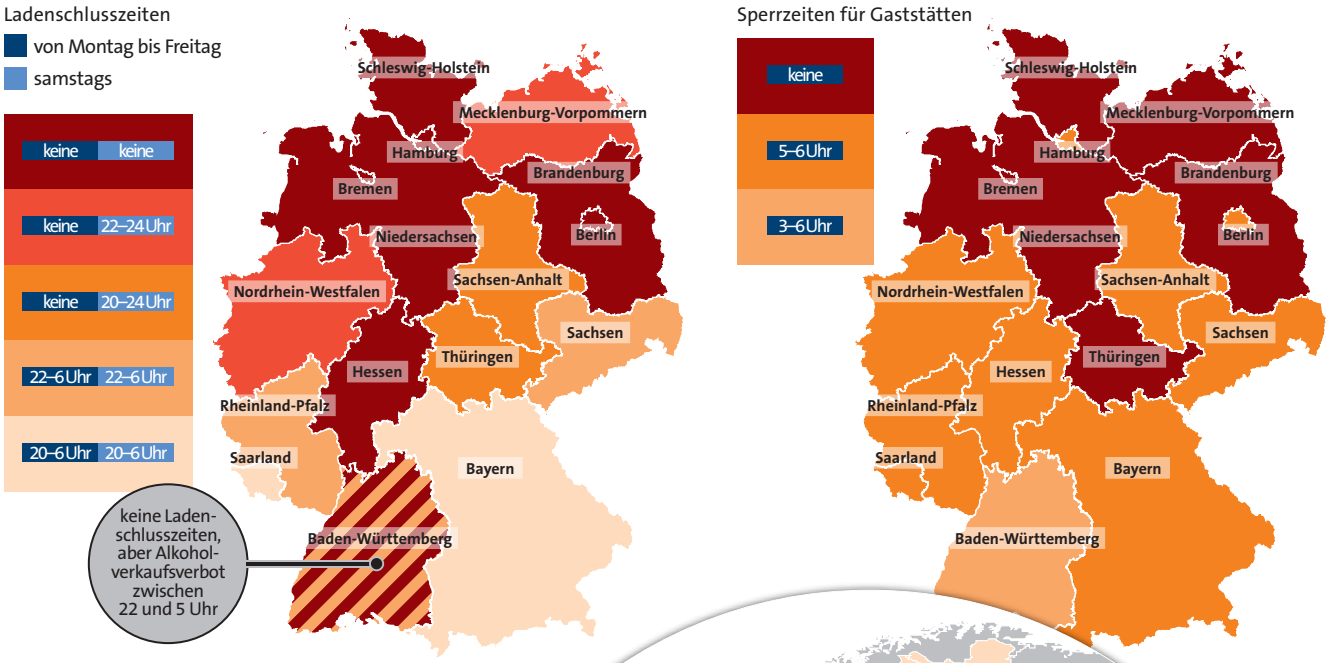
- Verbot, den Verkauf alkoholfreier Getränke von der Bestellung alkoholischer Getränke abhängig zu machen oder bei der Nichtbestellung alkoholischer Getränke die Preise zu erhöhen (§ 20)

Gesetz über die Ladenöffnung in Baden-Württemberg, § 3a

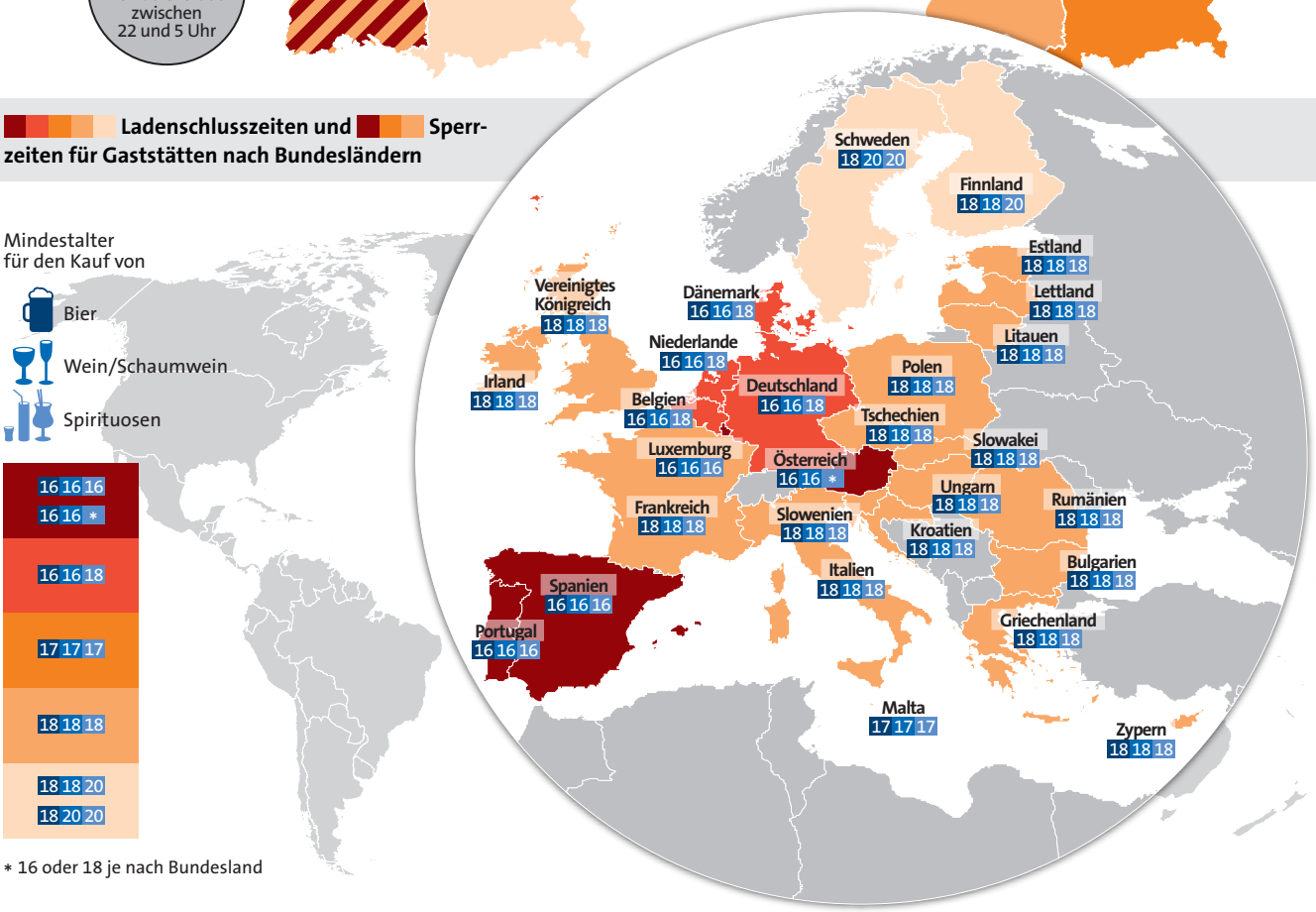
- zwischen 22 und 5 Uhr Verbot des Verkaufs von alkoholischen Getränken in Verkaufsstellen (Ausnahmen: Hofläden u. ä. sowie Flughafenterminals)

- einzelne lokale Alkoholverbotszonen
- Alkoholverbot in manchen öffentlichen Nahverkehrsmitteln

Abgabebeschränkungen für alkoholische Getränke in Deutschland



Ladenschlusszeiten und Sperrzeiten für Gaststätten nach Bundesländern



* 16 oder 18 je nach Bundesland

Mindestalter für den Kauf von Bier, Wein und Spirituosen in Geschäften in der Europäischen Union

5.4 Werbebeschränkungen für alkoholische Getränke

Werbung für alkoholische Produkte fördert entsprechend der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Einstieg junger Menschen in den Alkoholkonsum und erhöht bei denjenigen, die bereits trinken, die getrunkene Alkoholmenge. Je häufiger Jugendliche Alkoholwerbung sehen, umso mehr Alkohol trinken sie.

Um der Macht des Marketings entgegenzuwirken, wird eine gesetzliche Regulierung von Alkoholwerbung zum Schutz der Gesundheit von Jugendlichen und anderen vulnerablen Bevölkerungsgruppen empfohlen. Über die Wirksamkeit von Werbebeschränkungen lässt sich aufgrund der begrenzten und teilweise widersprüchlichen Studienergebnisse derzeit keine klare Aussage treffen. Freiwillige Werbebeschränkungen der Industrie haben sich allerdings als schwach und wenig wirksam erwiesen. Das Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA) der Europäischen Kommission und die WHO empfehlen, die Exposition von Kindern und Jugendlichen gegenüber Alkoholwerbung zu beschränken. So sollte sich Alkoholwerbung nicht an Kinder und Jugendliche richten und sie sollte nicht zum Rauschtrinken animieren. Zudem sollten der Inhalt und der Umfang der Alkoholwerbung reguliert werden, ebenso wie Sponsoring und neue Werbeformen.

In der Europäischen Union bestehen in den meisten Ländern partielle Marketingverbote für alkoholische Getränke, wobei die umfassendsten Verbote in Frankreich und Schweden bestehen.

In Deutschland verbietet das Jugendschutzgesetz Werbung für alkoholische Getränke im Kino vor 18 Uhr. Entsprechend dem Jugendmedienschutz-Staatsvertrag darf sich Werbung für Alkoholika in Rundfunk, Telemedien, Teleshopping und Sponsoring weder an Kinder oder Jugendliche richten noch durch die Art der Darstellung Kinder und Jugendliche besonders ansprechen oder diese beim Alkoholgenuss darstellen. Hersteller, Händler und Importeure alkoholhaltiger Getränke haben gemeinsam mit dem Zentralverband der deutschen Werbewirtschaft (ZAW) Verhaltensregeln für die Werbung für Alkoholika aufgestellt. Die Einhaltung dieser Regeln wird durch den Deutschen Werberat überwacht.

Erlaubte Werbemaßnahmen

- Fernsehwerbung
- Radiowerbung
- Printwerbung
- Werbung im Internet
- Plakatwerbung
- Verkaufsförderung (Promotion)
- Werbung im Kino nach 18 Uhr
- Ambient Media
- Brand Stretching/Brand Sharing

Verbotene Werbemaßnahmen

Jugendschutzgesetz, § 11 (5)

- Werbeverbot für alkoholische Getränke im Kino vor 18 Uhr

Allgemeine Beschränkungen

Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, § 5

- Werbung darf nicht irreführend sein

Rundfunkstaatsvertrag, § 7 (1) und § 7 (10)
(gültig für Radio und Fernsehen)

- Werbung und Teleshopping dürfen nicht irreführen oder den Interessen der Verbraucher schaden oder Verhaltensweisen fördern, die die Gesundheit gefährden
- Werbung und Teleshopping für alkoholische Getränke dürfen den übermäßigen Genuss solcher Getränke nicht fördern

Inhaltsbeschränkungen

Jugendmedienschutz-Staatsvertrag, § 6 (5)

- Werbung für alkoholische Getränke in Radio und Fernsehen darf sich nicht
  - an Kinder oder Jugendliche richten
  - nicht durch die Art der Darstellung Kinder und Jugendliche besonders ansprechen
  - nicht Kinder und Jugendliche beim Alkoholgenuss darstellen

Erlaubte Werbemaßnahmen und Werbebeschränkungen für alkoholische Getränke in Deutschland

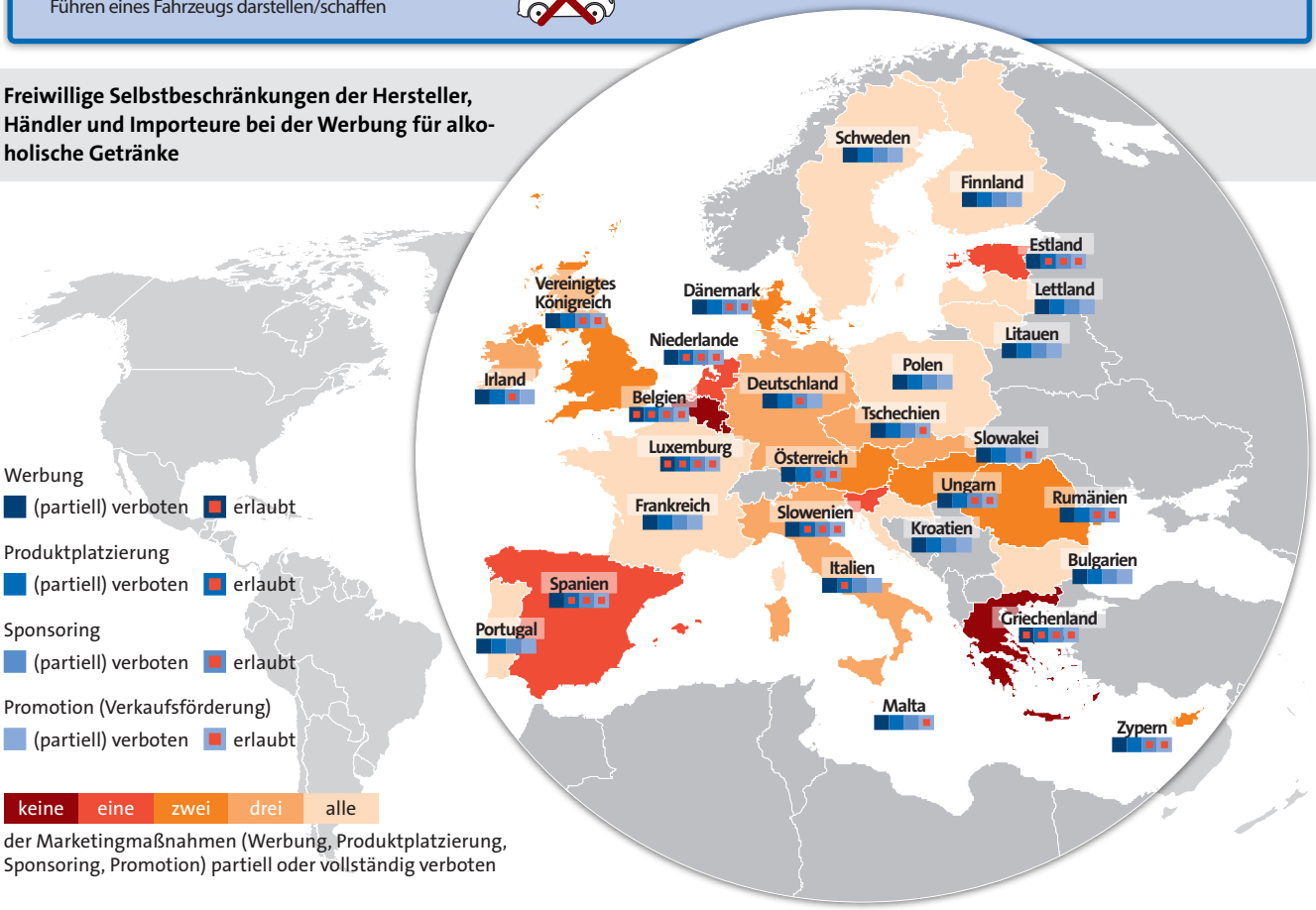
Freiwillige Selbstbeschränkungen

Verhaltensregeln des Deutschen Werberats über die kommerzielle Kommunikation für alkoholhaltige Getränke

Zur Einreichung einer Beschwerde bei Verstößen gegen diese Regeln siehe http://www.werberat.de/beschwerde

- keine Aufforderung zu missbräuchlichem Konsum
- keine Flatrate/all-you-can-drink-Angebote
- keine betrunkenen Menschen zeigen
- keine Verbindung von Alkoholkonsum und Gewalt
- Förderung des verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol
- keine Abwertung von Verzicht auf Alkohol
- keine Aufforderung von Kindern/Jugendlichen zum Alkoholkonsum
- keine Darstellung von zum Trinken auffordernden Kindern/Jugendlichen
- keine Alkoholwerbung in Medien, deren redaktioneller Teil sich mehrheitlich an Kinder/Jugendliche richtet
- keine Werbung/kein Sponsoring im Zusammenhang mit Kindern/Jugendlichen
- keine Darstellung von trinkenden oder zum Trinken auffordernden Leistungssportlern
- keine Verbindung zwischen Alkoholkonsum und dem Führen eines Fahrzeugs darstellen/schaffen
- keine Darstellung von Alkoholkonsum in Situationen, die gegen Sicherheitsanforderungen verstoßen
- keine Verbindung von Alkoholkonsum und Heilwirkung oder Heilberufen schaffen
- kein Herausstellen eines hohen Alkoholgehalts als besonderes Merkmal
- keine Werbung, die den Eindruck erweckt, ein niedriger Alkoholgehalt verhindere missbräuchlichen Konsum
- keine Werbung, die Alkoholkonsum eine enthemmende, angstlösende oder konfliktbeseitigende Wirkung zuschreibt
- keine Werbung, die den Eindruck erweckt, Alkoholkonsum steigere die körperliche Leistungsfähigkeit
- keine Werbung, die den Eindruck erweckt, Alkoholkonsum verbessere den sexuellen oder sozialen Erfolg
- dargestellte Personen müssen als mindestens junge Erwachsene erkennbar sein

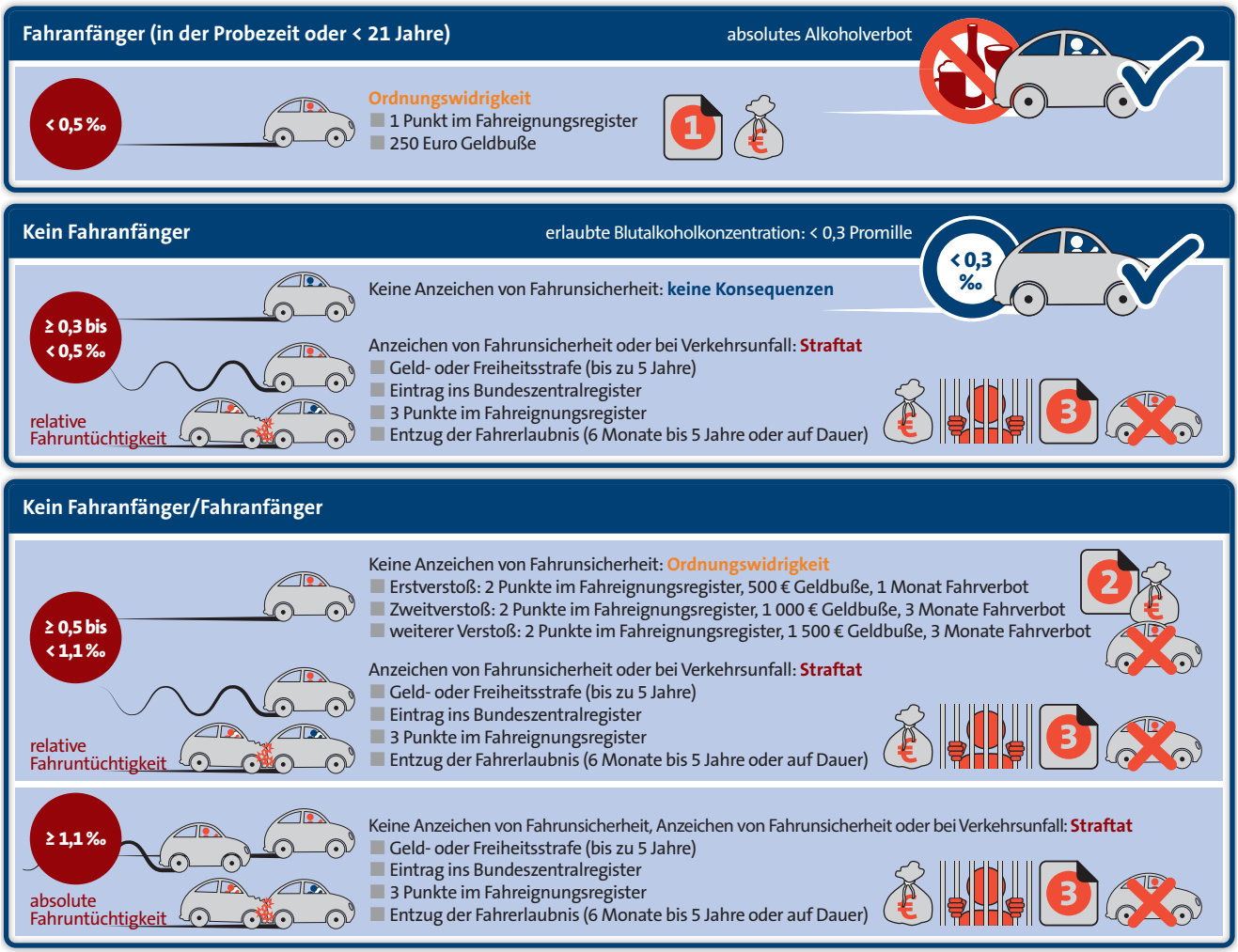
Freiwillige Selbstbeschränkungen der Hersteller, Händler und Importeure bei der Werbung für alkoholische Getränke



Beschränkungen von Marketingmaßnahmen für alkoholische Getränke in der Europäischen Union | Werbung, Produktplatzierung, Sponsoring und Promotion (Verkaufsförderung)

5.5 Gesetzliche Regelungen zu Alkohol im Straßenverkehr

Regelungen zum Alkoholkonsum bei Teilnahme am Straßenverkehr tragen entsprechend der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu einer Reduzierung der alkoholbedingten Fahrten und Unfälle sowie der damit zusammenhängenden Verletzungen und Todesfälle bei. So hat sich eine Begrenzung der Blutalkoholkonzentration (BAK), mit der ein Kraftfahrzeug geführt werden darf, als wirksam erwiesen, wobei die Wirkung umso größer ist, je niedriger der maximal erlaubte Blutalkoholwert ist, je besser die Vorschriften kontrolliert und je strenger Verstöße bestraft werden. Effektiv sind auch die Erteilung einer graduellen Fahrerlaubnis – wie beispielsweise in Deutschland das Begleitete Fahren ab 17 Jahren (BF17) und die zweijährige Probezeit für Fahranfänger – und niedrigere maximal erlaubte Blutalkoholwerte für junge Menschen und Fahranfänger.



Promillegrenzen und Strafen für Alkohol im Straßenverkehr beim Führen eines Kraftfahrzeugs in Deutschland

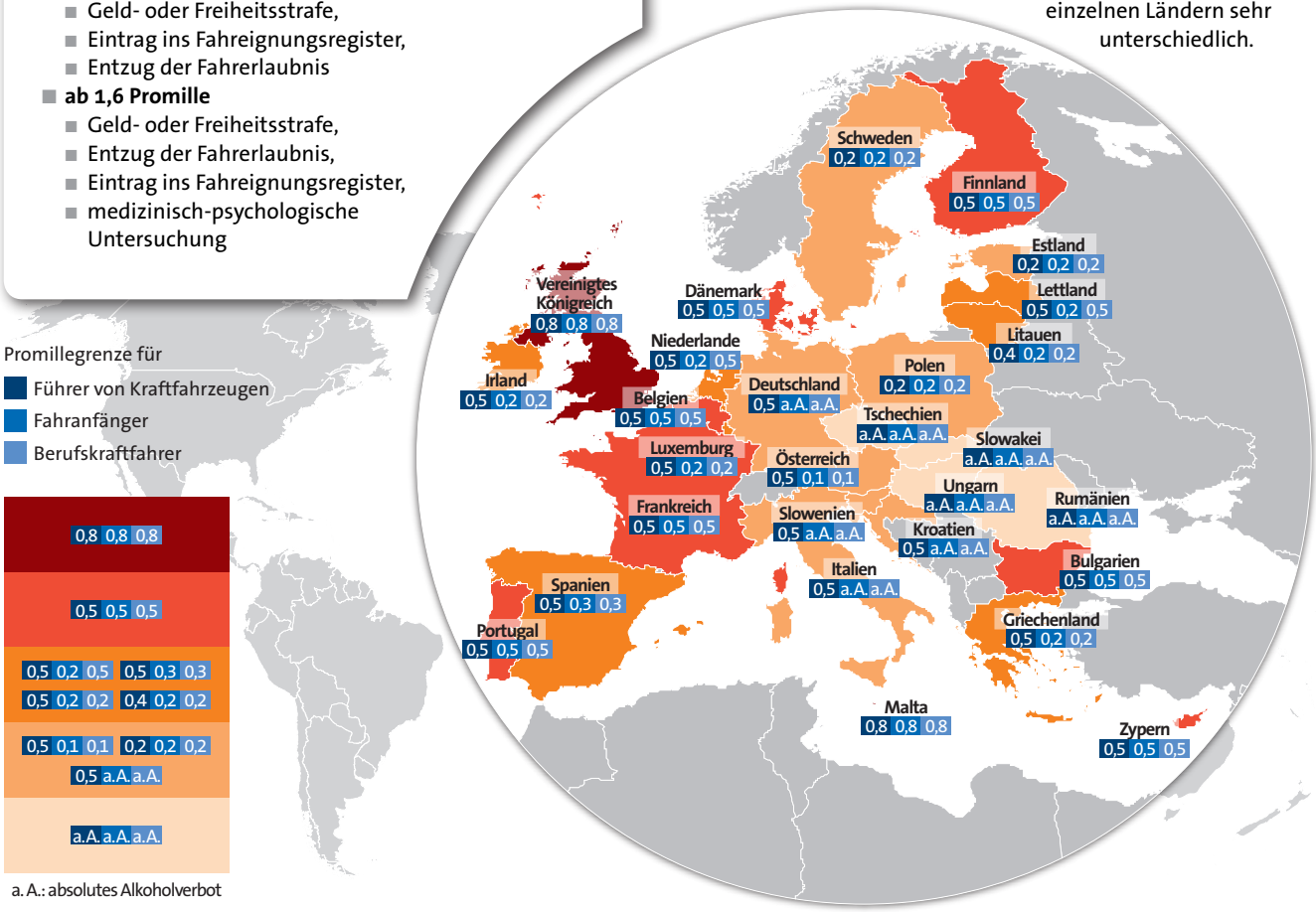
In Deutschland wurde für den Straßenverkehr im Jahr 1973 die 0,8-Promillegrenze eingeführt, die im Jahr 1998 auf 0,5 Promille gesenkt wurde. Seit 2007 gilt für Fahranfänger während der Probezeit sowie vor Vollendung des 21. Lebensjahres ein absolutes Alkoholverbot. Dieses gilt auch für Berufskraftfahrer, Zugführer und Piloten. Verstöße gegen die Promillegrenzen im Straßenverkehr werden in Abhängigkeit von der ermittelten BAK und davon, ob eine Fahrunsicherheit festgestellt oder ein Unfall verursacht wurde, mit Geldbuße, Geldstrafe, Eintrag ins Bundeszentralregister, Entzug der Fahrerlaubnis oder sogar Freiheitsentzug bestraft. Personen, die mit mehr als 1,6 Promille ein Fahrzeug geführt haben und deswegen ihre Fahrerlaubnis verloren haben, müssen eine kostenpflichtige medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) bestehen, um ihren Führerschein wiederzubekommen.

Die Einführung des absoluten Alkoholverbots für Fahranfänger (in der Probezeit oder unter 21 Jahre) führte in dieser Gruppe innerhalb der ersten 12 Monate zu einem Rückgang der Anzahl der alkoholisierten Fahrer, die an einem Unfall beteiligt waren, um neun Prozent. **▼9%**

In der Europäischen Union besteht in nur vier Ländern ein generelles Alkoholverbot am Steuer (Tschechien, Slowakei, Ungarn, Rumänien). Die meisten Mitgliedstaaten haben eine 0,5-Promillegrenze, wobei davon in vier Ländern für Fahranfänger und Berufskraftfahrer ein vollständiges Alkoholverbot gilt (Deutschland, Slowenien, Kroatien, Italien). In Schweden, Estland und Polen gilt eine generelle BAK-Grenze von 0,2 Promille und das Vereinigte Königreich und Malta erlauben 0,8 Promille. Die Geldbußen für Verstöße sind in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich.

In Deutschland gilt für Radfahrer ‰

- **ab 0,3 Promille**, bei Fahrunsicherheit oder Unfall
  - Geld- oder Freiheitsstrafe,
  - Eintrag ins Fahreignungsregister,
  - Entzug der Fahrerlaubnis
- **ab 1,6 Promille**
  - Geld- oder Freiheitsstrafe,
  - Entzug der Fahrerlaubnis,
  - Eintrag ins Fahreignungsregister,
  - medizinisch-psychologische Untersuchung



Promillegrenzen für Führer von Kraftfahrzeugen, Fahranfänger und Berufskraftfahrer in der Europäischen Union | a. A.: absolutes Alkoholverbot

5.6 Beispiele für Suchtprävention für Kinder

Klasse2000 | Das schulische Präventionsprogramm Klasse2000 soll bei Grundschülern die Entwicklung eines gesunden Lebensstils fördern und so Sucht und Gewalt vorbeugen. Die Kinder lernen im Rahmen des Programms ihren Körper besser kennen und erfahren, was sie tun können, um gesund zu bleiben und sich wohl zu fühlen. Dabei informiert das Programm unter anderem über die Gesundheitsgefahren des Rauchens und des Alkoholkonsums. Klasse2000 stellt Lehrern Arbeitsmaterialien für 10 bis 15 Schulstunden pro Schuljahr zur Verfügung, setzt pro Jahr in zwei bis drei Schulstunden speziell geschulte Gesundheitsförderer ein und bezieht die Eltern ein.

Klasse2000 wurde im Jahr 1991 von Dr. Pál Bölcskei, Chefarzt am Klinikum Nürnberg ins Leben gerufen, seither kontinuierlich weiterentwickelt und kommt heute in allen Bundesländern zum Einsatz. Eine Nachbefragung von Kindern drei Jahre nach der Teilnahme am Programm ergab Hinweise darauf, dass Klasse2000 das Ausmaß des problematischen Alkoholkonsums reduzieren kann.

Klasse2000®

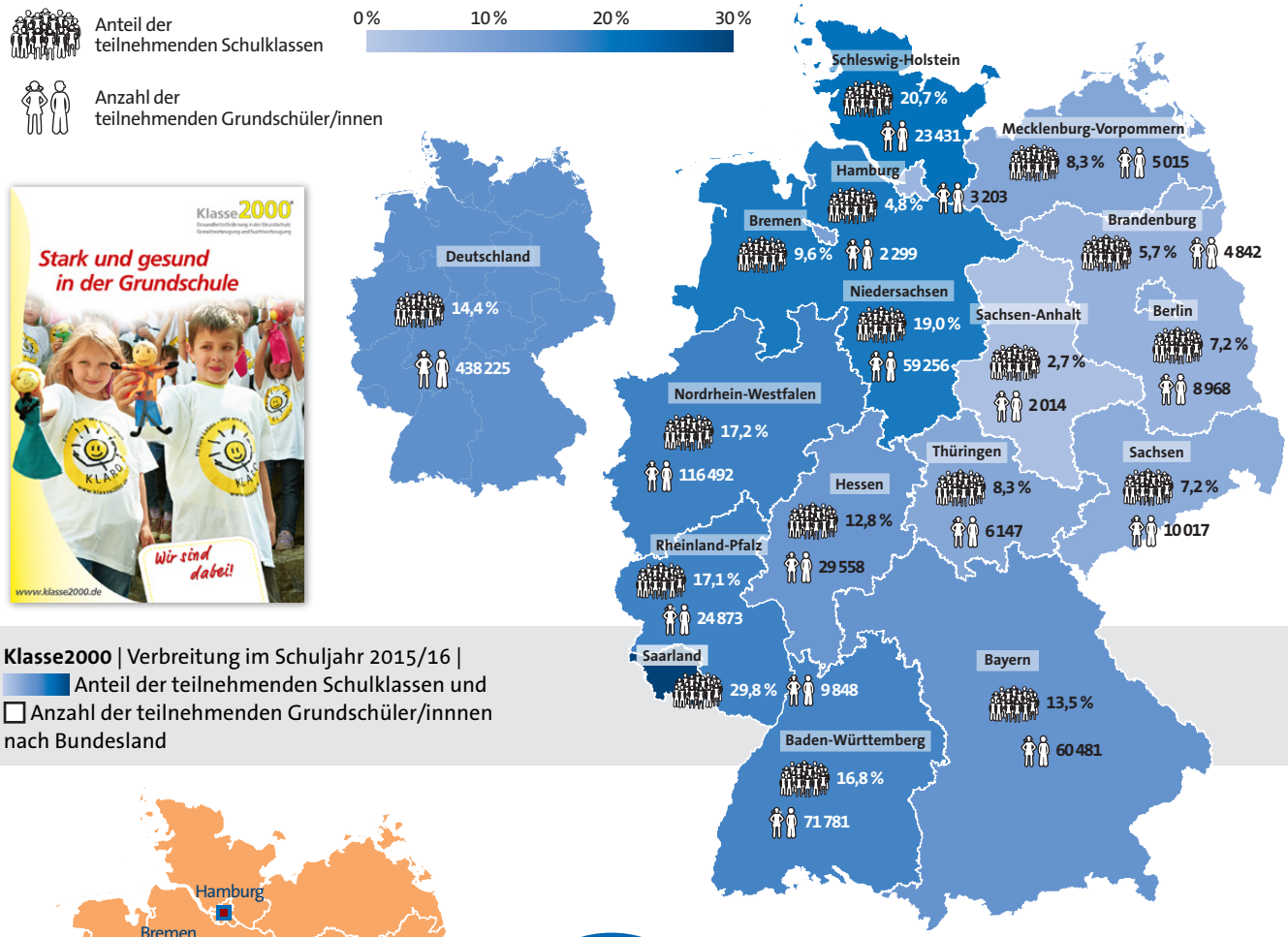
- Projektbeginn: 1991
- Initiator: Institut für Präventive Pneumologie des Klinikums Nürnberg; seit 2003 Weiterentwicklung und Verbreitung durch den gemeinnützigen Verein Programm Klasse 2000 e. V.
- Website: http://www.klasse2000.de

Kinder stark machen

- Projektbeginn: 1995
- Initiator: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Website: http://www.kinder-starkmachen.de

Kinder stark machen | Diese Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) fördert zur frühen Suchtprävention die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen ab dem vierten Lebensjahr und stärkt deren Persönlichkeit. Dazu gehören die Verbesserung der Frusttoleranz, der Konflikt- und Teamfähigkeit sowie die Stärkung von Eigenverantwortung und Selbstvertrauen. Als Multiplikatoren werden Eltern, Erziehende, Lehrer und Bezugspersonen aus Verein und Kinder- und Jugendarbeit einbezogen, die bei Veranstaltungen mit einem Aktionspaket unterstützt werden. Im Jahr 2016 war die Kampagne bundesweit bei 22 Familien- und Sportveranstaltungen mit insgesamt rund 535 000 Besuchern vertreten.

Klasse2000 | ■ Anzahl der teilnehmenden Schulklassen seit Programmbeginn nach Schuljahr



Klasse2000 | Verbreitung im Schuljahr 2015/16 | Anteil der teilnehmenden Schulklassen und Anzahl der teilnehmenden Grundschüler/innnen nach Bundesland

Kinder stark machen – Für ein suchtfreies Leben

„Kinder stark machen"-Paket

- Broschüren und Faltblätter zum Thema Suchtvorbeugung
- T-Shirts
- Spiel- und Werbematerialien (u. a. Geburtstagskalender, Reflektoren, Stadt-Land-Tier-Blöcke, Luftballons, Eindruckplakate)

Kinder stark machen | Orte, an denen im Jahr 2016 Veranstaltungen stattfanden, bei denen die Kampagne vertreten war, und „Kinder stark machen"-Paket

5.7 Beispiele für Alkoholprävention und Aufklärung für junge Menschen

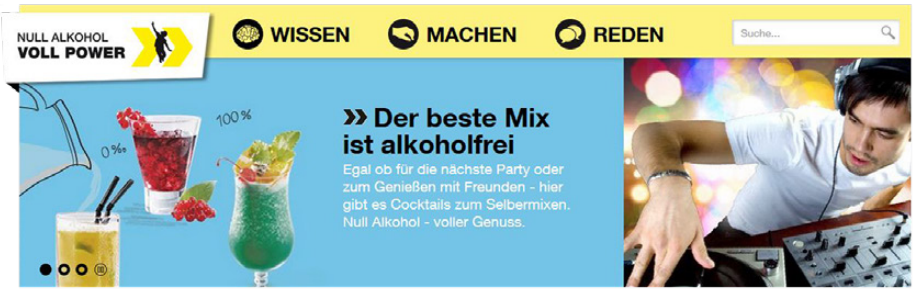
Null Alkohol – Voll Power | Die seit 2012 bestehende Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) richtet sich an 12- bis 16-Jährige mit dem Ziel, Nichtkonsumierende in ihrem Verhalten zu stärken, den Beginn des Alkoholkonsums zu verzögern und eine kritische Einstellung gegenüber Alkohol zu fördern. Zentrales Element ist die Internetplattform, die Informationen zum Alkoholkonsum, Mitmachangebote und Informationsmaterial zum Bestellen bietet.

NULL ALKOHOL
VOLL POWER

- Projektbeginn: 2012
- Initiator: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Website: http://www.null-alkohol-voll-power.de

Im Jahr 2016 wurden über 34 000 Jugendliche mit Hilfe der Materialien von „Null Alkohol – Voll Power“ über den Alkoholkonsum informiert.

Alkohol? Kenn dein Limit. | Diese seit 2009 von der BZgA mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen durchgeführte Jugendkampagne wendet sich an 16- bis 20-Jährige. Sie hat das Ziel, bei jungen Menschen einen kritischen Umgang mit Alkohol zu fördern und das riskante Trinken und Rauschtrinken zu reduzieren. Dabei spricht sie die Jugendlichen in den Bereichen Schule, Freizeit und Sportverein an. Die Kampagne ist mit Plakaten, Werbematerialien, Kinospots, bei Festivals, Sportveranstaltungen, Jugendfilmtagen, Mitmach-Angeboten in der Schule sowie Beiträgen in den sozialen Medien sehr präsent. Zudem werden Jugendliche über speziell geschulte junge Menschen im Alter von 18 bis 24 Jahren (Peers) in Städten, bei Festivals und anderen Veranstaltungen persönlich angesprochen und für das Thema Alkoholkonsum sensibilisiert. Die Internetplattform der Kampagne bietet Informationen zu den Wirkungen des Alkoholkonsums, Tipps zum Umgang mit Alkohol, einen Selbsttest und Kontakt zu Peers an.

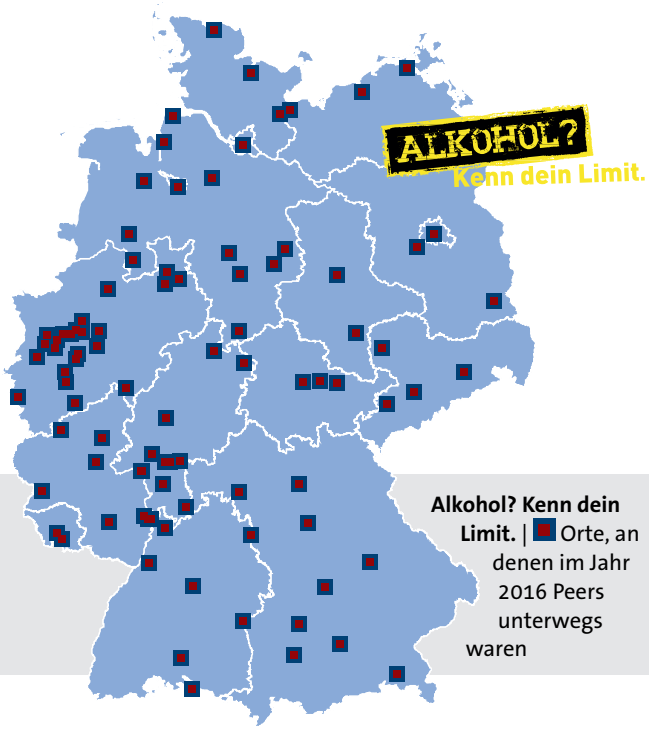


Null Alkohol – Voll Power / Alkohol? Kenn dein Limit. | Website-Banner und Plakat

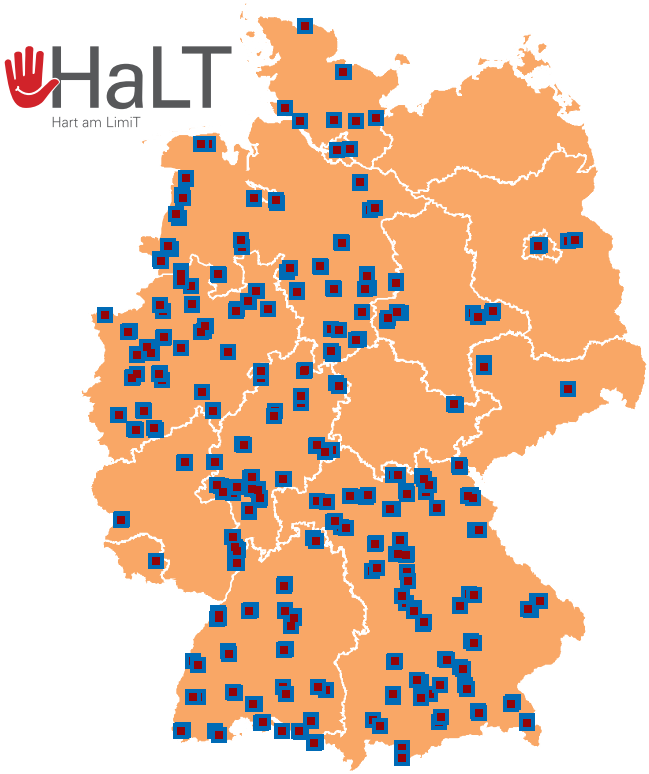
ALKOHOL? Kenn dein Limit.

- Projektbeginn: 2009
- Initiator: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Website: http://www.kenn-dein-limit.info

Im Jahr 2016…
…war die Kampagne über 80 Prozent der 16- bis 20-Jährigen bekannt.
…erreichte die Website durchschnittlich 98 000 Besuche pro Monat.
…waren 24 Peers in 121 Städten sowie auf 15 Festivals und 17 weiteren Veranstaltungen im Einsatz und sprachen 18 500 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 20 Jahren an.



Alkohol? Kenn dein Limit. | ■ Orte, an denen im Jahr 2016 Peers unterwegs waren



HaLT – Hart am LimiT | ■ Standorte des Präventionsprogramms | Stand: 2017

HaLT – Hart am LimiT | Dieses Alkoholpräventionsprogramm für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum wurde von der Villa Schöpflin gGmbH – Zentrum für Suchtprävention entwickelt. Nach einer Pilotphase in Lörrach im Jahr 2003 und einer Bundesmodellphase wurde das Programm deutschlandweit implementiert. Im Jahr 2017 wurde HaLT an 160 Standorten in 14 Bundesländern umgesetzt.

Das Programm besteht aus zwei sich gegenseitig ergänzenden und verstärkenden Bausteinen und verbindet Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention. Mit dem Baustein „HaLT reaktiv“ erhalten Jugendliche, die nach einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden, sowie deren Eltern ein Einzelberatungs- und ein Gruppenangebot. Der zweite Baustein, „HaLT proaktiv“, umfasst strukturelle suchtpräventive Maßnahmen auf kommunaler Ebene mit dem Ziel, Alkoholexzesse und schädlichen Alkoholkonsum im Vorfeld zu verhindern.

HaLT
Hart am LimiT

- Projektbeginn: 2003
- Initiator: Villa Schöpflin gGmbH – Zentrum für Suchtprävention
- Website: http://www.halt.de

5.8 Beispiele für Alkoholprävention und Aufklärung für die Gesamtbevölkerung

Alkohol? Kenn dein Limit. | Die Erwachsenenkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wendet sich an Erwachsene, um über die Gesundheitsrisiken des Alkoholkonsums zu informieren, einen risikoarmen Konsum und Punktnüchternheit während der Schwangerschaft, bei Medikamenteneinnahme, bei der Arbeit sowie im Straßenverkehr zu fördern und außerdem die Vorbildfunktion von Erwachsenen gegenüber Kindern zu stärken. Zentrales Element ist das Internetportal, das Informationen zum Alkoholkonsum, Tipps zur Reduktion des Trinkens und einen Selbsttest anbietet. Ergänzt wird dieses Angebot durch umfangreiche Informationsmaterialien, telefonische Beratung sowie seit 2015 eine E-Mailberatung für Eltern und Informationen über Twitter. Im Jahr 2016 verzeichnete die Website monatlich im Durchschnitt 110 000 Besuche.

ALKOHOL? Kenn dein Limit.

- Projektbeginn: 2009
- Initiator: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Website: https://www.kenn-dein-limit.de

ALKOHOL? Kenn dein Limit.

Ziele der Kampagne
- Information über Gesundheitsrisiken des Alkoholkonsums
- Risikoarmer Konsum bei Erwachsenen
- Förderung der Vorbildfunktion

Verzicht auf Alkohol
- bei Medikamenteneinnahme
- bei Teilnahme am Straßenverkehr
- am Arbeitsplatz
- in der Schwangerschaft

Aufbau des Informationsportals www.kenn-dein-limit.de

Informieren >
- Alkoholwissen kompakt
- Alkoholkonsum
  - Risikoarmer Konsum
  - Riskanter Konsum
  - Schädlicher Konsum
  - Abhängigkeit
  - Verzicht
  - Alkoholfrei leben
  - Bodymap
- In der Schwangerschaft
- Für Eltern
- Für Ältere
- Infomaterial
- Häufige Fragen

> Risikoarm genießen
> So viel ist zu viel
> Wirkung auf Ihren Körper
> Schleichender Übergang
> Abhängig vom Alkohol
> Nur mit null Promille

Testen >
- Alkohol-Selbsttest
- Alkohol-Selbsttest für Schwangere
- Motivationstest
- Wissenstest
- Promillerechner
- Trinktagebuch

TRINKTAGEBUCH

Handeln >
- Beratung
  - Telefonberatung
  - E-Mailberatung für Eltern
  - Beratungsstellensuche
- Weniger trinken – So geht's
- Wie kann ich helfen?
- Fastenaktion und Fastenblog

0221 89 20 31
Das BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung

Alkohol? Kenn dein Limit. | Ziele der Kampagne sowie Aufbau und Inhalte des Informationsportals

Aktionswoche Alkohol | Seit 2007 findet alle zwei Jahre die Aktionswoche Alkohol statt, die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) geplant und koordiniert wird. Im Rahmen der Aktionswoche Alkohol organisieren bundesweit Freiwillige, Ehrenamtliche und Fachkräfte aus den Bereichen Selbsthilfe, Suchthilfe und Suchtprävention zahlreiche Veranstaltungen und Aktionen, die über die Gesundheitsgefahren des Alkoholkonsums informieren, zur Reflexion über den eigenen Alkoholkonsum anregen und zu einem risikoarmen Konsum von Alkohol anregen sollen. Die DHS unterstützt die Aktionen durch umfangreiches Informationsmaterial, Plakate und einen Internetauftritt, der reichhaltige Hintergrundinformationen zu Alkohol und Alkoholkonsum bietet.

AKTIONSWOCHE ALKOHOL

- Projektbeginn: 2007
- Initiator: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- Website: http://www.aktionswoche-alkohol.de

Im Jahr 2015 wurden an über 500 Orten mehr als 1 200 Veranstaltungen angemeldet und noch mehr durchgeführt. Rund ein Drittel der Veranstalter, die sich an der Evaluation beteiligt haben, waren Beratungsstellen, daneben führten vor allem Betriebe und Selbsthilfegruppen sowie verschiedene Einrichtungen wie beispielsweise Jugendämter, Präventionsfachstellen, Wohnheime oder die Polizei Aktionen durch. Am häufigsten wurden Informationsstände aufgebaut, oft gab es aber auch Mitmachaktionen, alkoholfreie Getränke und Informationsveranstaltungen. Die Aktionen wandten sich in erster Linie an die allgemeine Bevölkerung, Mitarbeiter von Betrieben und Jugendliche.

Im Jahr 2017 gibt es erstmals zwei neue Botschaften: „Alkohol? Nicht am Arbeitsplatz!“ und „Alkohol? Nicht im Straßenverkehr!“ sowie das Schwerpunktthema: „Kein Alkohol unterwegs!“. Im Rahmen einer internationalen Kooperation stellt das Schweizer Bundesamt für Gesundheit für das Schwerpunktthema zwei Kurzfilme zur Verfügung.

Aktionswoche Alkohol | Materialien: Logo mit Motto und Ausschnitte aus Plakaten zum Schwerpunktthema 2017 „Kein Alkohol unterwegs“

5.9 Beispiele für Alkoholprävention während der Schwangerschaft

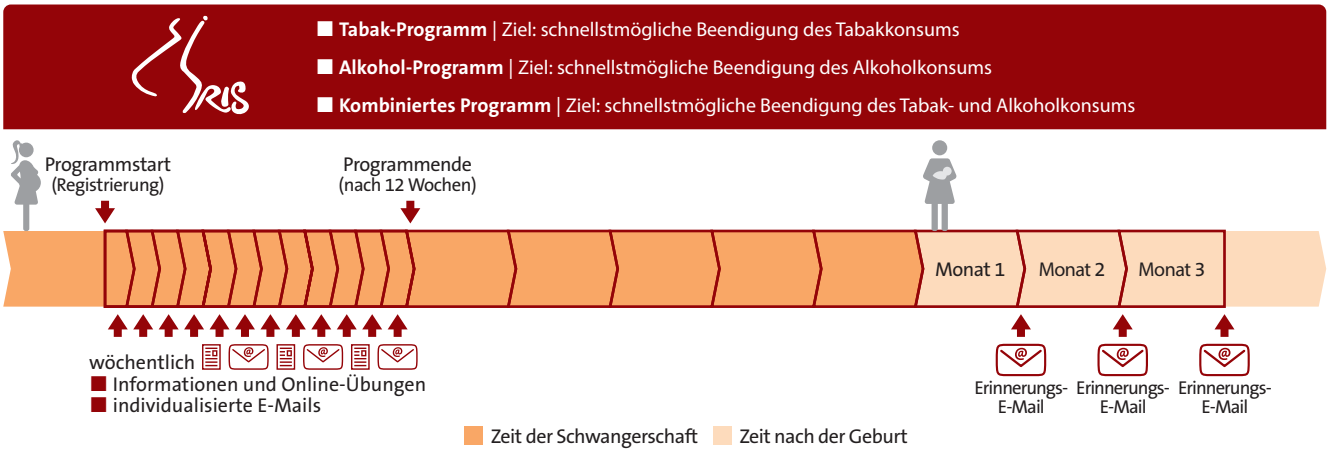
Während der Schwangerschaft sollten Frauen keinerlei Alkohol trinken (Punktnüchternheit), da jegliche Menge Alkohol bei Ungeborenen irreversible Schäden verursachen kann (Fetale Alkoholspektrumstörungen, FASD). Nicht nur die betroffenen Kinder leiden ihr Leben lang unter diesen Schädigungen, sondern auch deren Familie und die Gesellschaft. Daher hat die Prävention des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft eine besondere Bedeutung.

IRIS | Das Online-Programm IRIS – individualisierte, risikoadaptierte, internetbasierte Intervention zur Verringerung des Alkohol- und Tabakkonsums bei Schwangeren – wurde im Jahr 2011 von der Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen ins Leben gerufen und wird seither kontinuierlich weiterentwickelt. Es beinhaltet drei Module, die sich an rauchende Schwangere, Alkohol konsumierende Schwangere sowie an Alkohol und Tabak konsumierende Schwangere richtet.

Schwangere ab einem Alter von 18 Jahren, die in der Schwangerschaft mindestens einmal Tabak oder Alkohol konsumiert haben, können sich online registrieren und anonym an dem kostenlosen Programm teilnehmen. Sie erhalten dann entsprechend ihrem Substanzkonsum (Alkohol, Tabak, kombinierter Konsum) über zwölf Wochen hinweg jede Woche Hintergrundinformationen zum Rauchen oder/und zum Alkoholkonsum und erlernen Strategien, die das Aufhören erleichtern. Dazu gehören beispielsweise Entspannungstechniken, Strategien zum Umgang mit Versuchungssituationen, interaktive Online-Übungen sowie individualisierte E-Mails. Nach der Geburt erhalten die Teilnehmerinnen drei weitere E-Mails, die sie in ihrer Abstinenz bestärken. Im Sommer 2017 geht die neue IRIS-III-Version online, die durch Aufgabe der Wochenstruktur eine größere Flexibilität und Bedürfnisorientierung ermöglicht. Zudem wird es eine Kontaktmöglichkeit zu einem therapeutisch ausgebildeten E-Coach geben, so dass die Nutzerinnen hinsichtlich ihrer individuellen Anliegen noch besser unterstützt werden können.

Seit Beginn des Programms im Jahr 2011 haben sich bis März 2017 bundesweit 1 029 Frauen registriert. Etwa jede sechste registrierte sich, um ihren Alkoholkonsum zu beenden.

- Projektbeginn: 2011
- Initiator: Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen
- Website: https://www.iris-plattform.de



IRIS | Ablauf des Online-Programms | Stand: 2016 (ab Sommer 2017 Aufgabe der Wochenstruktur)

Weitere Maßnahmen zur Alkoholprävention während der Schwangerschaft | Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen stellt eine Broschüre „Alkohol in der Schwangerschaft“ zur Verfügung. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung informiert im Rahmen von „Alkohol – Kenn dein Limit!“ sowie auf dem Portal „http://www.familienplanung.de“ über die Problematik und unterstützt das Online-Programm IRIS. Mit dem Projekt „Schwanger? Dein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – Kein Risiko!“ informiert die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V. in präventiven ärztlichen Gesprächen gezielt Heranwachsende der Klassen acht bis 13 über die Problematik des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft, um sie zum Verzicht auf Alkohol in einer zukünftigen Schwangerschaft zu ermutigen. Daneben gibt es weitere, zumeist lokale Projekte.

Ausschnitte aus dem Flyer „Schwanger! Mein Kind trinkt mit“ der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V.

5.10 Beispiele für Alkoholprävention an Hochschulen und in Betrieben

eCHECKUP TO GO | Dieses anonyme, vollautomatisierte Online-Programm ist eine an die deutschen Verhältnisse angepasste Version des gleichnamigen amerikanischen Online-Präventionsprogramms, das von der Hochschule Esslingen entwickelt, erprobt und evaluiert wurde. Es gibt den teilnehmenden Studierenden Rückmeldung zum eigenen Trinkverhalten und dessen Folgen. Zur Stärkung des Programms werden studentische Peers ausgebildet, die das Programm an der Hochschule bekannt machen und den riskanten Alkohol unter Studierenden ansprechen sollen. Im Rahmen von zwei Studien reduzierten teilnehmende Studierende ihren Alkoholkonsum stärker als nicht teilnehmende Kontrollgruppen. eCHECKUP TO GO wird seit 2017 an mehreren Hochschulen implementiert.

echeckup TO GO ALKOHOL

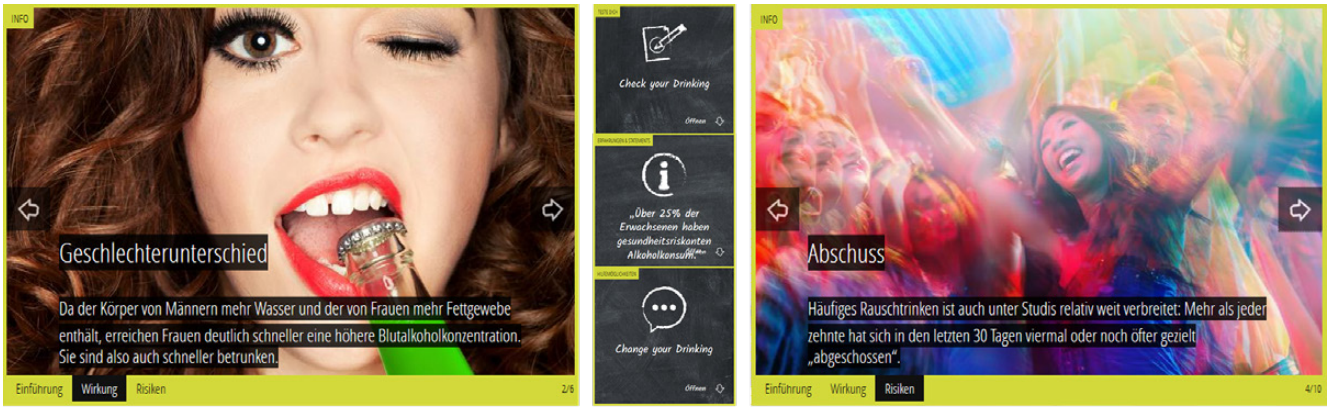
- Projektbeginn: 2013
- Projektleitung: Hochschule Esslingen
- Website (San Diego State University): http://www.echeckuptogo.com

DEIN MASTERPLAN

ABSCHLUSS STATT ABSCHUSS

- Projektbeginn: 2013
- Projektleitung: Delphi Gesellschaft
- Webseite: https://dein-masterplan.de/alkohol

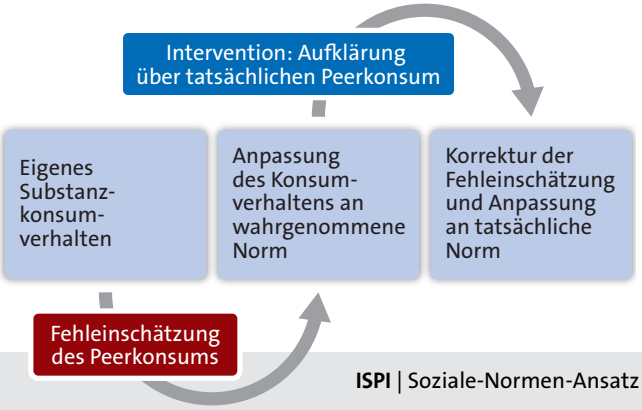
Dein Masterplan | Dieses Internetportal, das Studierenden die Möglichkeit bietet, über ihr Substanzverhalten nachzudenken und es zu ändern, ist ein Kooperationsprojekt der Delphi-Gesellschaft, der Minax-Agentur, der Universität Hildesheim und der Hochschule Magdeburg-Stendal. Neben dem Alkoholkonsum werden auch der Konsum von Tabak, Cannabis, Medikamenten, Partydrogen und Online-Nutzung sowie studienspezifische Probleme wie beispielsweise Prüfungsangst und Lernstress thematisiert. Die Seite bietet zur Alkoholprävention Informationen, interaktive Selbsttests, Erfahrungsberichte, Online-Interventionen sowie eine Online-Beratung an.



Dein Masterplan | Screenshots vom Internetportal

ISPI (Internet, Studierende, Peers & Intervention) | Dieses geschlechtsspezifische webbasierte Programm gibt den teilnehmenden Studierenden ein individuelles Feedback zu ihrem persönlichen Substanzkonsum und zu ihrer Einschätzung des Substanzkonsums von Mitstudierenden. Entsprechend dem zugrundeliegenden Soziale-Normen-Ansatz führt ein Aufzeigen von Diskrepanzen zwischen der Einschätzung des Substanzkonsums von Gleichaltrigen (Peers) und deren tatsächlichen Konsum zu einer Veränderung des eigenen Substanzkonsums.

- Projektbeginn: 2013
- Projektleitung: Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH
- Website: https://www.ispi-studie.de/home.html



ISPI | Soziale-Normen-Ansatz

Prev@WORK | Dieses betriebliche Suchtpräventionsprogramm wendet sich in erster Linie an Auszubildende, denen es einen verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln und digitalen Medien vermitteln soll. In zwei je zweitägigen Seminaren informieren speziell ausgebildete Prev@WORK-Trainer die Auszubildenden vorwiegend mit Hilfe interaktiver Methoden über Suchtmittel, Suchtentstehung, Risikofaktoren und darüber, was vor der Suchtentstehung schützen kann. Zudem lernen die Auszubildenden, ihre eigenen Verhaltensweisen kritisch zu hinterfragen, und eine Risikokompetenz zu entwickeln.

Ein weiteres Modul des Programms richtet sich an Führungskräfte und Entscheidungsträger in Unternehmen mit dem Ziel, die Suchtprävention in das betriebliche Gesundheitsmanagement einzubinden. Daneben werden Führungskräften, Personalverantwortlichen und Ausbildern eintägige Fortbildungen angeboten, um deren suchtpräventive Handlungskompetenz zu fördern.

- Projektbeginn: 2008
- Initiator: Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
- Website: http://prevatwork.de

Bislang wurden knapp 300 Fachkräfte zu Prev@WORK-Trainern ausgebildet. Bundesweit wurden seit Programmstart fast 300 Seminare durchgeführt. Insgesamt wurden rund 3 800 Auszubildende erreicht.

Prev@WORK®		
Beratung von Unternehmen	**Fortbildungen**	**Präventionsseminare**
■ Entscheidungsträger ■ Führungskräfte ■ Personalverantwortliche	■ Führungskräfte ■ Personalverantwortliche ■ Ausbilder	■ Auszubildende ■ Berufsschüler
Strukturelle Verankerung von Prävention	Stärkung der Handlungskompetenz	Verantwortungsvoller Umgang mit Suchtmitteln und digitalen Medien

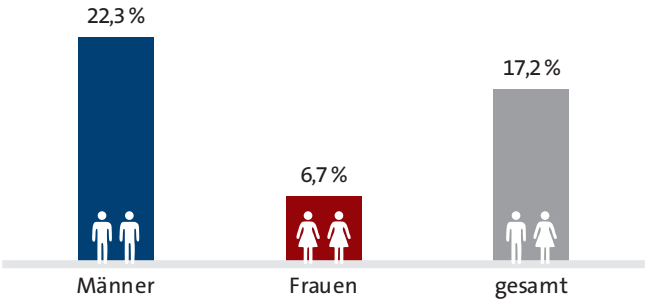
Prev@WORK | Konzept des Suchtpräventionsprogramms | ■ Module, ■ Zielgruppen und ■ Ziele

5.11 Therapie der Alkoholabhängigkeit

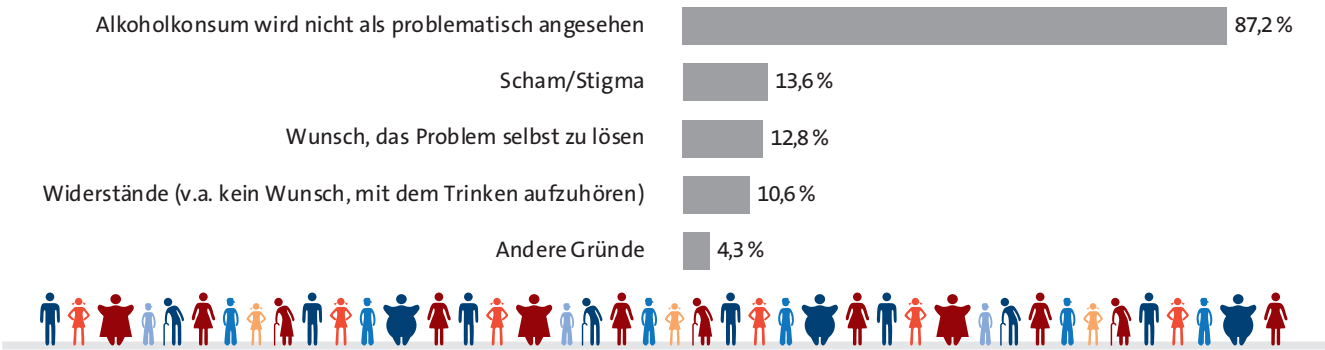
Der Ausstieg aus der Alkoholabhängigkeit ist ohne Hilfe kaum zu schaffen. Ziel der Therapie ist in der Regel die lebenslange Abstinenz, also die Einstellung jeglichen Alkoholkonsums aus eigenem Entschluss, da der Versuch, Alkohol gelegentlich oder gemäßigt zu konsumieren, häufig scheitert. Falls dies nicht möglich ist, oder bei einem schädlichen Alkoholkonsum ohne Abhängigkeitssyndrom kann die Reduktion der getrunkenen Alkoholmenge ein Zwischenziel auf dem Weg zur vollständigen Abstinenz sein. Je früher die Behandlung beginnt, umso größer ist die Erfolgschance.

Die Therapie der Alkoholabhängigkeit gelingt nur dann, wenn der Patient zur Verhaltensänderung bereit ist und durch die Umstellung langfristig ein ausgewogenes, zufriedenes Gefühlsleben erreicht. Alkoholabhängige wissen zwar oftmals, dass sie ihr Trinkverhalten ändern müssten, wollen sich aber nicht mit dem Problem auseinandersetzen. Daher ist der erste Schritt der Therapie die Motivation des Patienten zu einer Verhaltensänderung; gleichzeitig werden realistische Therapieziele festgelegt. Im zweiten Schritt wird unter ärztlicher Aufsicht ein körperlicher Entzug durchgeführt, wobei in 30 bis 50 Prozent der Fälle die dabei auftretenden Entzugssymptome medikamentös behandelt werden müssen. Etwas weniger als fünf Prozent der Patienten erleiden bei der Entgiftung schwere, lebensbedrohliche Symptome mit Krampfanfällen und geistiger Verwirrung (Delir). Der Entzug kann im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung durch eine psychotherapeutische Behandlung ergänzt werden, um die Motivation zu einer weiterführenden Behandlung zu erhöhen. Wird der Entzug stationär durchgeführt, gelingt er bei rund 85 Prozent der Patienten, ambulant durchgeführt hat er eine Erfolgsquote von knapp 70 Prozent. Da ohne weitere therapeutische Maßnahmen nach der Entgiftung 85 Prozent der Patienten rückfällig werden, sollte sich an den Entzug eine längere Entwöhnungsphase anschließen, in der die Abstinenz durch eine psychotherapeutische Behandlung stabilisiert wird. Gleichzeitig werden Begleiterkrankungen behandelt und es findet eine Rehabilitation statt. Im letzten Schritt wird der Patient in eine Selbsthilfegruppe integriert, um ihn dabei zu unterstützen, dauerhaft abstinent zu bleiben.

In Deutschland nehmen nur rund 17 Prozent der Alkoholabhängigen eine Therapie in Anspruch. Das größte Hindernis, eine Therapie zu beginnen, ist ein mangelndes Problembewusstsein, eine wichtige Rolle spielen aber auch Scham sowie der Wunsch, das Problem selbst zu lösen. Nur etwa zwei bis vier Prozent der Alkoholabhängigen nehmen eine Rehabilitationsbehandlung in Anspruch.



Anteile der alkoholabhängigen Patienten, die eine Behandlung in Anspruch nehmen



Barrieren, aufgrund derer trotz der aktuellen Diagnose Alkoholabhängigkeit keine Behandlung in Anspruch genommen wird

Inhalte und Ziele der Therapie

- Sicherung des (möglichst gesunden) Überlebens
- Reduzierung des Alkoholkonsums und anderer Substanzen
- Aufbau alkoholfreier Phasen
- Dauerhafte Abstinenz
- Sicherung der Lebensqualität

Motivationsphase

Frühintervention

Ziel: Beratung erhöht die Motivation für eine Behandlung

Akteure: Hausarzt, psychosoziale Beratungsstelle, Arbeitsplatz

Dauer: Tage bis Monate

Akuttherapie

Körperliche Entgiftung

Ziel: Vermeidung schwerwiegender Entzugssymptome

Durchführung: ärztliche Begleitung, Gabe von Medikamenten

Qualifizierte Entzugsbehandlung

Ziel: Vermeidung schwerwiegender Entzugssymptome und Motivation zu weiterer Behandlung

Durchführung: Entgiftung und psycho- und soziotherapeutische sowie psychosoziale Behandlung

Dauer: zwei bis drei Wochen, stationär/ambulant

Medizinische Rehabilitation

Entwöhnung

Ziel: Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für eine langfristige Abstinenz; ggf. Zwischenziel: Reduktion des Alkoholkonsums

Durchführung: Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, (medikamentöse) Rückfallprophylaxe, Behandlung von Komorbiditäten, Reintegration ins Arbeitsleben, Suchtselbsthilfe

Dauer: mehrere Wochen

Stabilisierung

Nachsorge

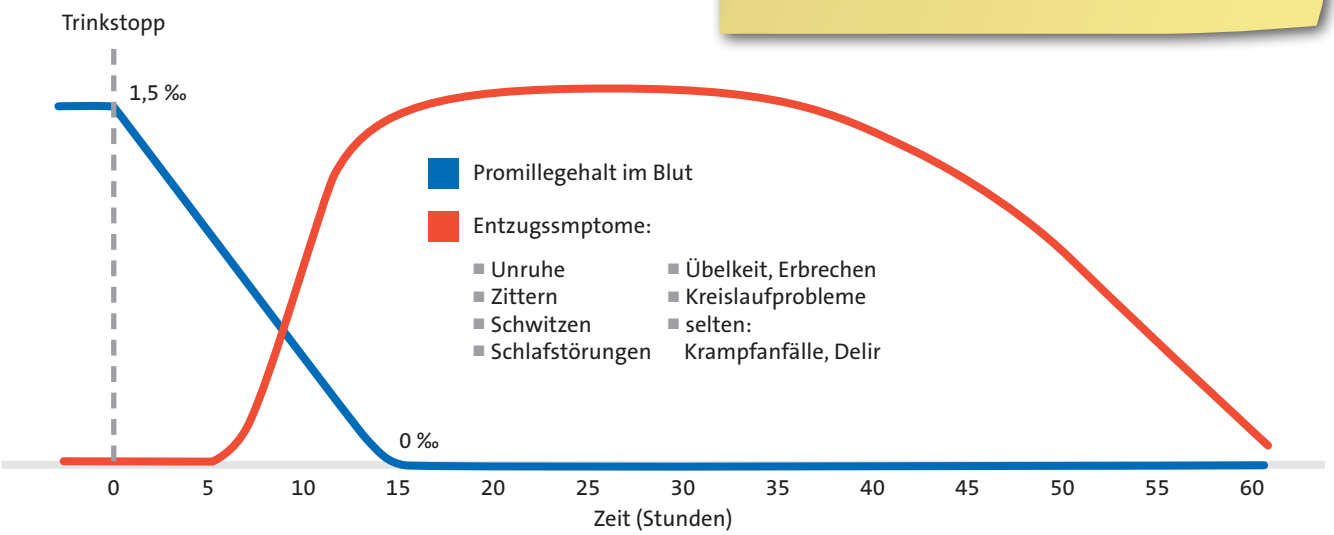
Ziele: ausgewogenes und zufriedenes Gefühlsleben, (Re-)Integration ins Arbeitsleben, gesellschaftliche Teilhabe

Umsetzung: Einbindung in eine Selbsthilfegruppe

Dauer: mehrere Wochen bis Jahre

Die Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit. Die Kosten für die Entgiftung im Krankenhaus tragen die gesetzlichen Krankenversicherungen, die medizinische Rehabilitation wird von den Rentenversicherungsträgern oder den Krankenkassen übernommen.

Therapie der Alkoholabhängigkeit



Schematische Darstellung des Verlaufs von Entgiftung und Entzugssymptomen

5.12 Beratungs- und Therapieangebote

Die Alkoholabhängigkeit gilt seit 1968 als Krankheit, deren Behandlung durch die Krankenkassen und die Rentenversicherung erstattet wird. Ziel der Therapie einer Alkoholabhängigkeit ist entsprechend der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ die Einstellung des Alkoholkonsums oder zumindest die Reduktion der getrunkenen Alkoholmenge als Zwischenziel auf dem Weg zur vollständigen Abstinenz sowie die Reintegration des Betroffenen in die Gesellschaft.

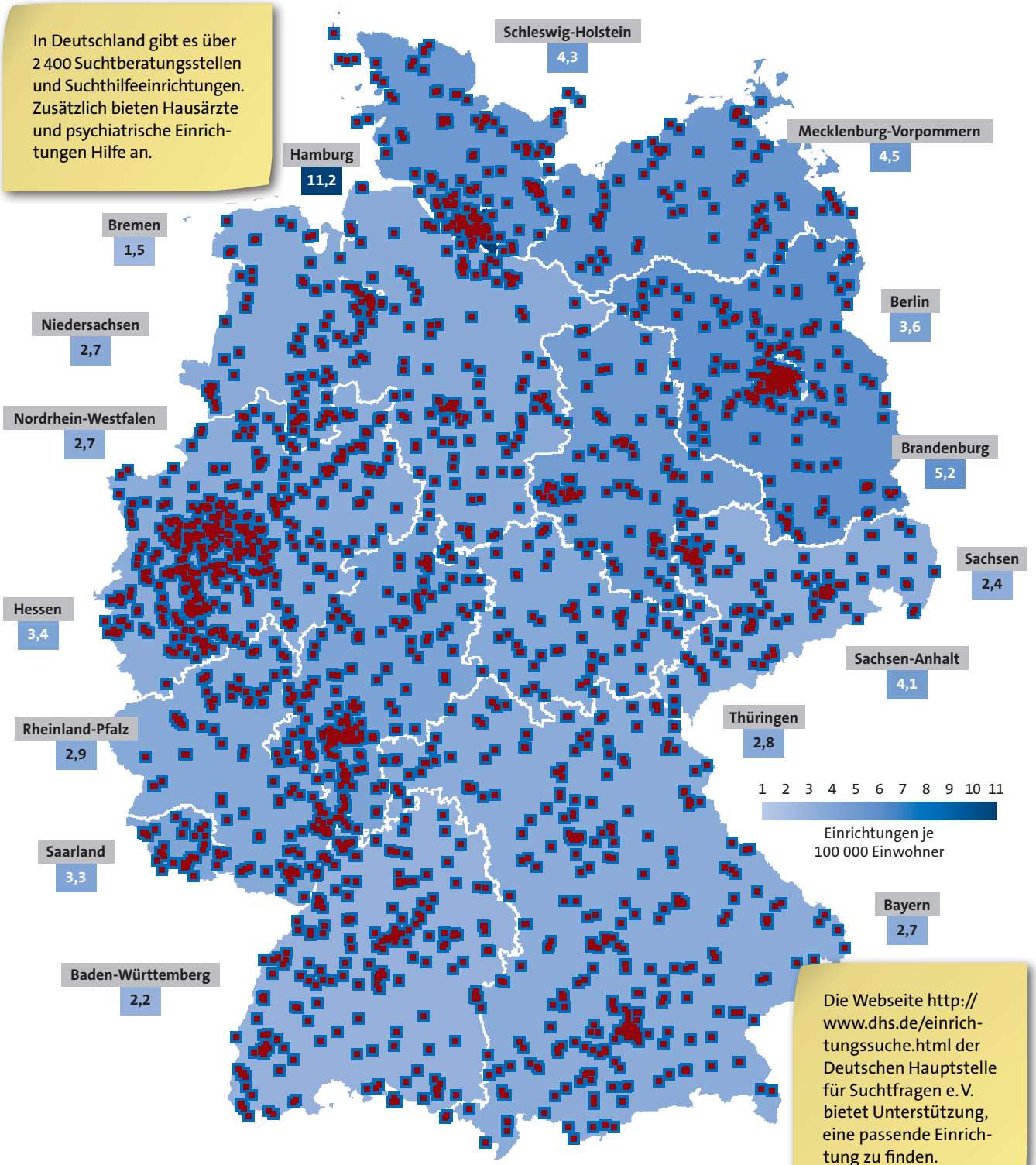
In Deutschland standen im Jahr 2017 bundesweit über 1 400 ambulante Suchtberatungs- und Behandlungsstellen zur Verfügung. Diese motivieren Personen mit schädlichem Alkoholkonsum zum Handeln gegen die Abhängigkeit und vermitteln Betroffene, die ihren Alkoholkonsum verändern wollen, an weiterführende Behandlungseinrichtungen. Der körperliche Entzug unter ärztlicher Aufsicht wird in der Regel stationär in Krankenhäusern oder psychiatrischen Einrichtungen durchgeführt. Die Entwöhnungsbehandlung, die sich an die Entgiftung anschließt, findet ambulant oder stationär vor allem in psychosozialen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen beziehungsweise in Fachkliniken statt. In der Stabilisierungsphase gibt es zur Unterstützung und zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft neben niedergelassenen Ärzten und den Fachberatungsstellen fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände (Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Blaues Kreuz in Deutschland, Guttempler in Deutschland, Kreuzbund e. V., Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe) sowie die Interessengemeinschaft Anonyme Alkoholiker.

Eine kausale Therapie der Fetalen Alkoholspektrumstörungen ist nicht möglich; die Betroffenen brauchen eine lebenslange Unterstützung. Hilfe und Beratung bietet unter anderem FASD Deutschland e. V.

Motivationsphase	Akuttherapie	Medizinische Rehabiltitation	Stabilisierung
Suchtberatungsstelle, Haus- oder Facharzt, Krankenhaus, Psychiatrie, psychosoziale Versorgung Aufgaben: ■ Motivation zum Handeln gegen Abhängigkeit ■ Vermittlung in weiterführende Behandlung ■ Beratung von Betroffenen, Angehörigen, Fachkräften, Selbsthilfegruppen ■ Vernetzung Finanzierung durch freiwillige kommunale Mittel („Allgemeine Daseinsfürsorge“)	**Kliniken, psychiatrische Einrichtungen, Fachambulanzen** ■ Entgiftung des Patienten unter ärztlicher Aufsicht Finanzierung durch Krankenversicherung	ambulant: **psychosoziale Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** ■ 12 bis 18 Monate ■ ein- bis zweimal wöchentlich therapeutische Gruppen- oder Einzelgespräche stationär: **Fachkliniken** ■ Kurzzeittherapie: 6 bis 8 Wochen ■ Langzeittherapie: 12 bis 16 Wochen ■ therapeutische Einzel- und Gruppengespräche und weitere Angebote ■ Festlegung der Nachsorgemaßnahmen Finanzierung ambulanter und stationärer Entwöhnungsbehandlung durch Renten- oder Krankenversicherung	Nachsorge: **Arzt, Fachberatungsstelle, Adaptionseinrichtungen, Selbsthilfegruppen** ■ regelmäßige Gesprächstermine ■ Bewältigung der Abhängigkeitsproblematik ■ Schaffung neuer sozialer Kontakte ■ Schaffung neuer Perspektiven Finanzierung durch Rentenversicherung, zum Teil auch durch Krankenversicherung oder kommunale Mittel

Phasen der Therapie der Alkoholabhängigkeit und zuständige Einrichtungen

In Deutschland gibt es über 2 400 Suchtberatungsstellen und Suchthilfeeinrichtungen. Zusätzlich bieten Hausärzte und psychiatrische Einrichtungen Hilfe an.



Die Webseite http://www.dhs.de/einrichtungssuche.html der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. bietet Unterstützung, eine passende Einrichtung zu finden.

Suchtberatungsstellen und Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland im Jahr 2017 | Anzahl der Einrichtungen je 100 000 Einwohner (Angaben machen keine Aussagen über die Anzahl der Mitarbeiter pro Einrichtung)

Alkoholkonsum in der Europäischen Union und dessen Folgen

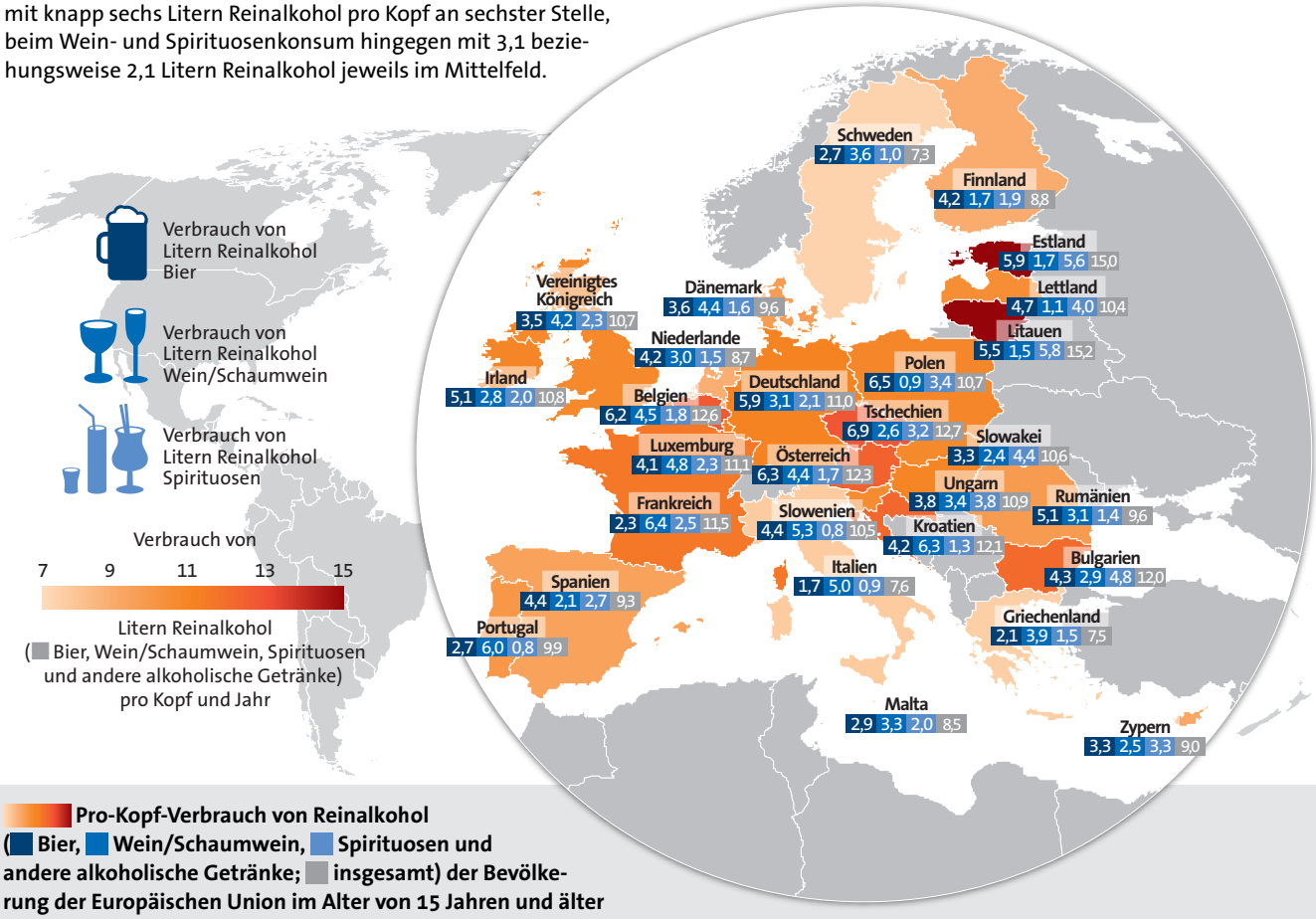
6

6.1 Alkoholkonsum von Erwachsenen in der Europäischen Union

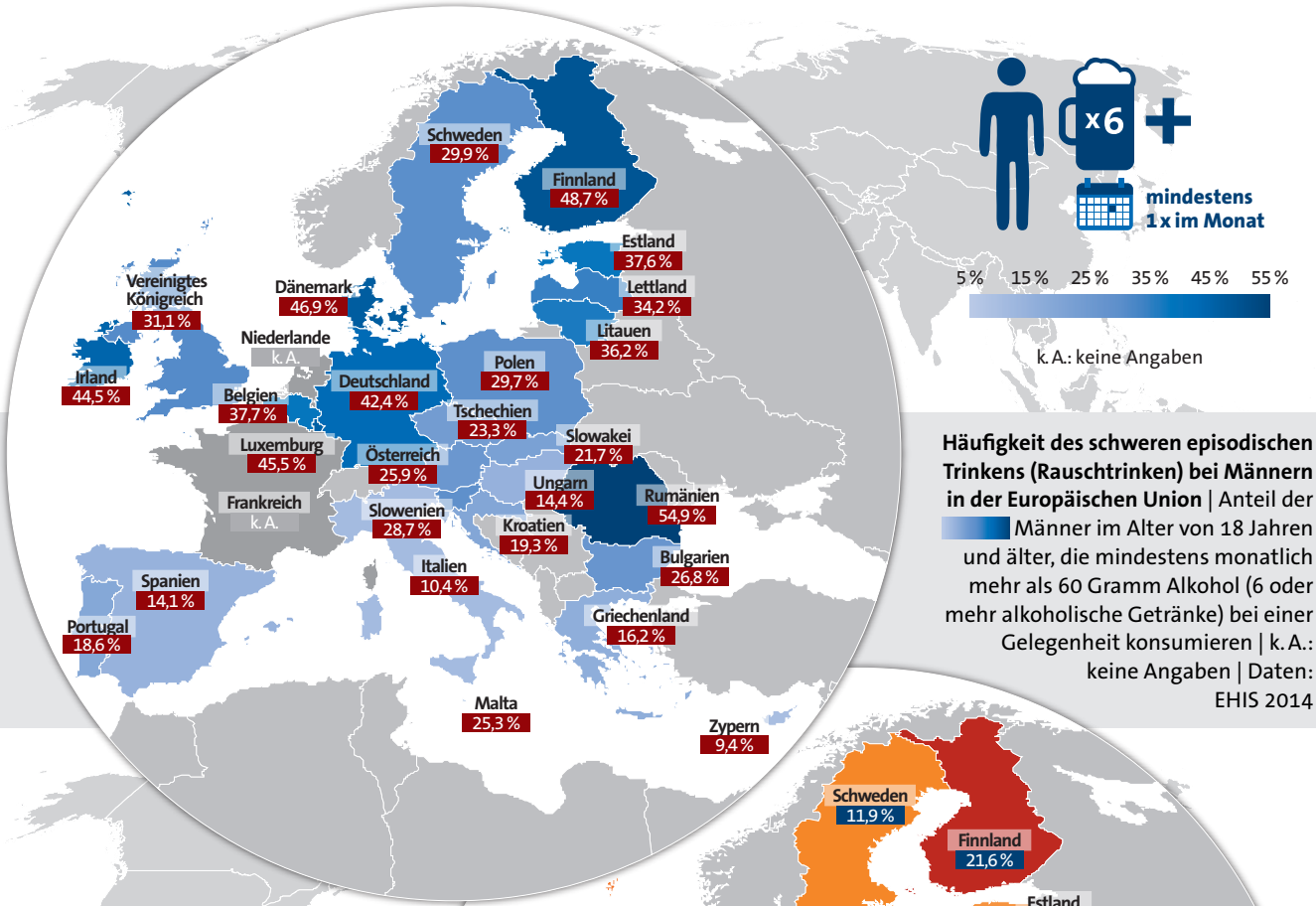
Europa ist weltweit die Region mit dem höchsten Alkoholkonsum. Das Trinken von Alkohol war in der Europäischen Union im Jahr 2012 nach dem Tabakkonsum und Bluthochdruck der drittgrößte Risikofaktor für Krankheit und Tod.

Deutschland liegt mit einem Konsum von 11 Litern Reinalkohol pro Jahr und Person im Alter von 15 Jahren und älter etwas über dem durchschnittlichen Alkoholkonsum der EU-Mitgliedstaaten von 10,6 Litern. Am geringsten ist der jährliche Pro-Kopf-Alkoholverbrauch mit unter acht Litern in Schweden, Griechenland und Italien, am höchsten mit jährlich über 15 Litern in Estland und Litauen. Beim Bierkonsum liegt Deutschland im europäischen Vergleich nach Tschechien, Polen, Österreich, Belgien und Estland mit knapp sechs Litern Reinalkohol pro Kopf an sechster Stelle, beim Wein- und Spirituosenkonsum hingegen mit 3,1 beziehungsweise 2,1 Litern Reinalkohol jeweils im Mittelfeld.

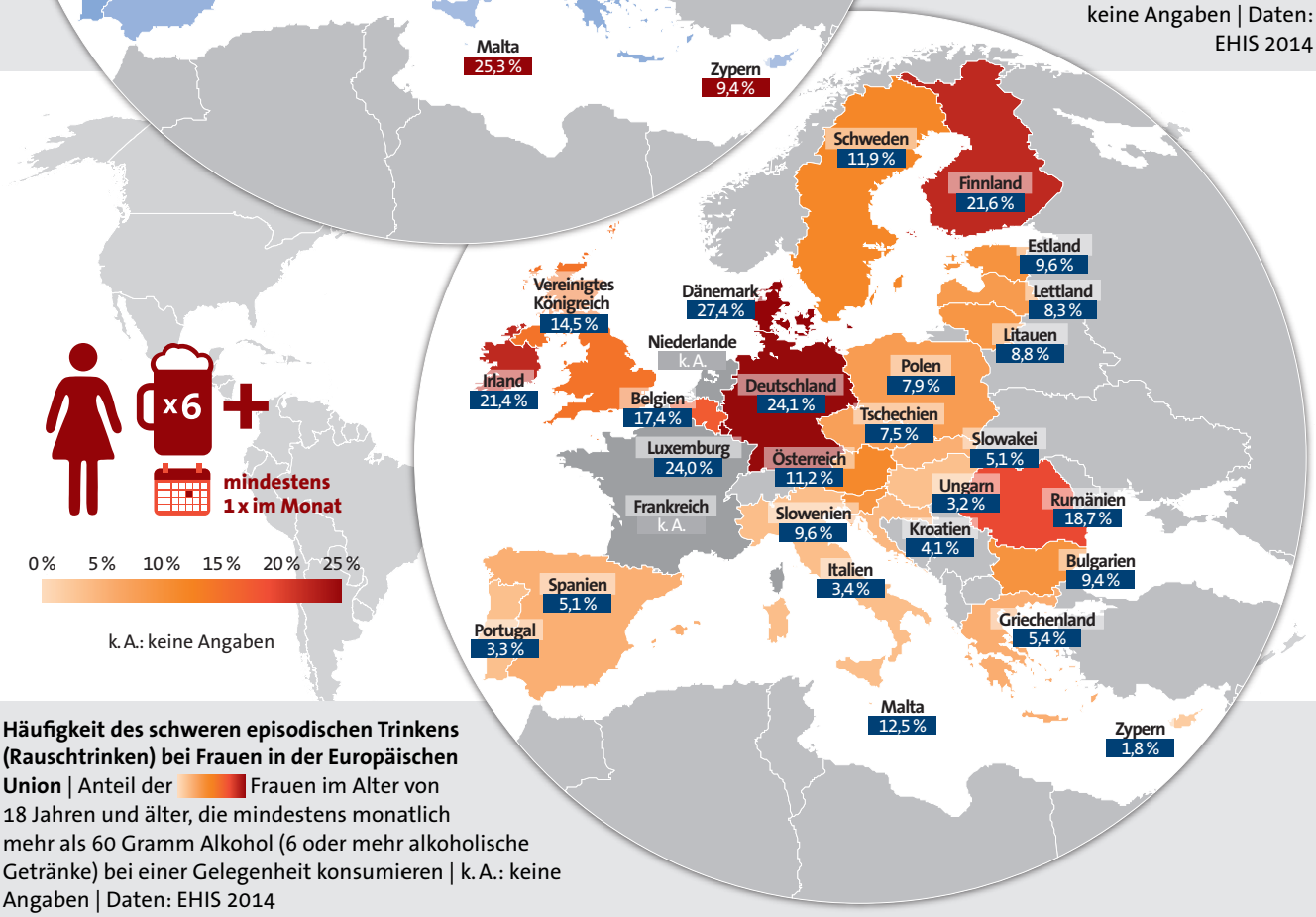
Auch das besonders gesundheitsschädliche Rauschtrinken (in diesem Fall definiert als sechs oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit mindestens einmal pro Monat innerhalb des letzten Jahres) ist in Deutschland weiter verbreitet als im EU-Durchschnitt: Hierzulande trinken sich rund 33 Prozent der Erwachsenen (42,4 Prozent der Männer und 24,1 Prozent der Frauen) mindestens einmal im Monat einen Rausch an, im EU-Durchschnitt nur etwa 20 Prozent (rund 29 Prozent der Männer und 12 Prozent der Frauen). Deutschland gehört damit zusammen mit Dänemark, Rumänien, Luxemburg und Finnland zu den EU-Ländern, in denen das Rauschtrinken am weitesten verbreitet ist. Am seltensten (unter 10 Prozent) ist Rauschtrinken in Zypern, Italien, Ungarn und Spanien.



Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol (Bier, Wein/Schaumwein, Spirituosen und andere alkoholische Getränke; insgesamt) der Bevölkerung der Europäischen Union im Alter von 15 Jahren und älter in Litern pro Jahr | Daten: GISAH (Estland: 2010; Lettland, Niederlande, Ungarn und Zypern: 2013; Vereinigtes Königreich: 2015; alle anderen Länder: 2014)



Häufigkeit des schweren episodischen Trinkens (Rauschtrinken) bei Männern in der Europäischen Union | Anteil der Männer im Alter von 18 Jahren und älter, die mindestens monatlich mehr als 60 Gramm Alkohol (6 oder mehr alkoholische Getränke) bei einer Gelegenheit konsumieren | k. A.: keine Angaben | Daten: EHIS 2014



Häufigkeit des schweren episodischen Trinkens (Rauschtrinken) bei Frauen in der Europäischen Union | Anteil der Frauen im Alter von 18 Jahren und älter, die mindestens monatlich mehr als 60 Gramm Alkohol (6 oder mehr alkoholische Getränke) bei einer Gelegenheit konsumieren | k. A.: keine Angaben | Daten: EHIS 2014

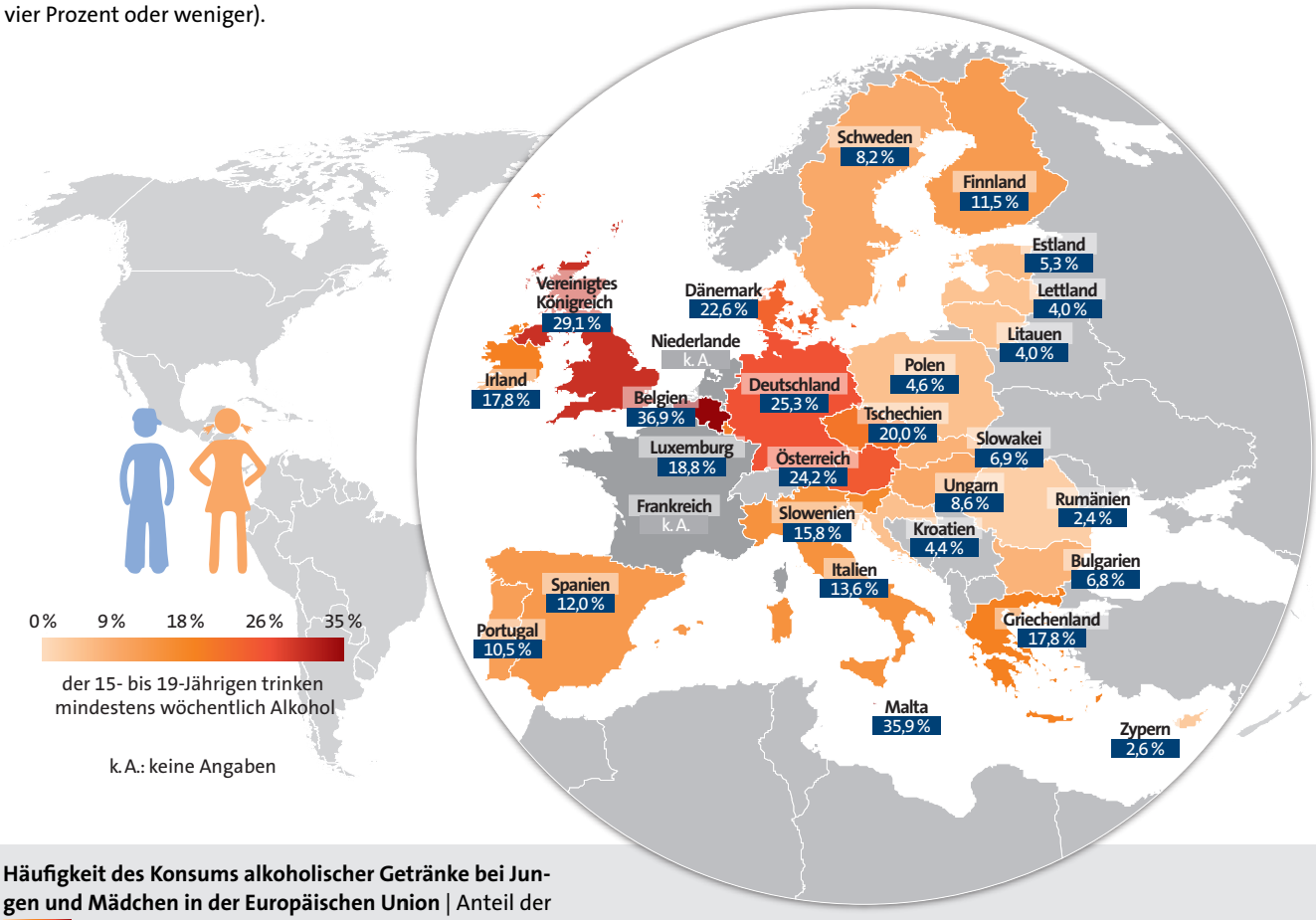
6.2 Alkoholkonsum von Jugendlichen in der Europäischen Union

Deutschland gehört in der Europäischen Union zu den Ländern, in denen besonders viele Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken. So konsumieren in der EU durchschnittlich etwa 16 Prozent der 15- bis 19-Jährigen (19 Prozent der Jungen und 13 Prozent der Mädchen) wöchentlich Alkohol, wobei dies überall – mit Ausnahme von Estland – unter Jungen weiter verbreitet ist als unter Mädchen.

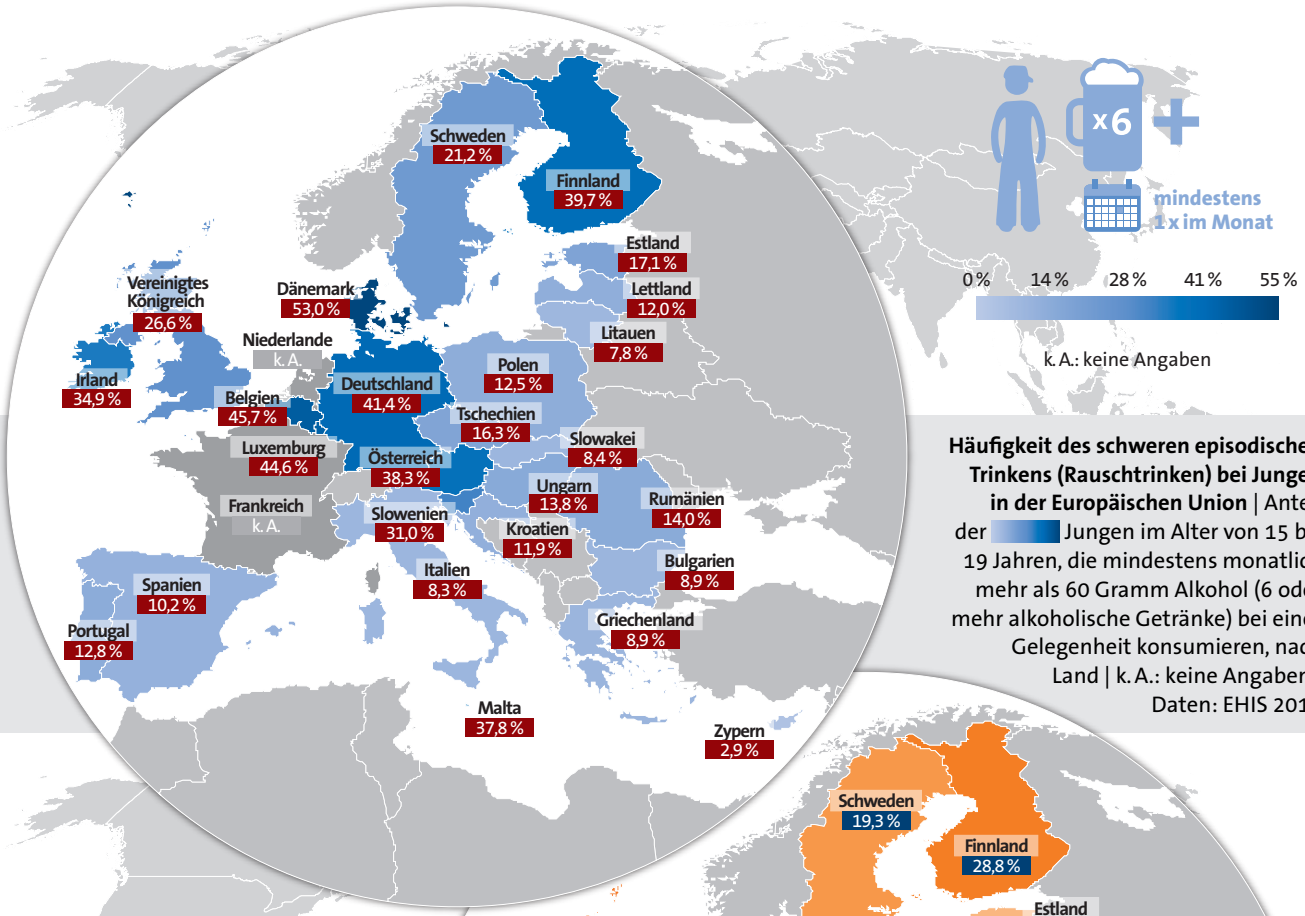
In Deutschland trinkt rund ein Viertel der Jugendlichen regelmäßig Alkohol, lediglich in Belgien, Malta und im Vereinigten Königreich ist der Anteil mit rund einem Drittel noch höher. Am wenigsten verbreitet ist der wöchentliche Alkoholkonsum unter Jugendlichen in Rumänien, Zypern, Lettland und Litauen (jeweils vier Prozent oder weniger).

Auch beim Rauschtrinken (mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit) nimmt Deutschland hinter Dänemark und Belgien im europäischen Vergleich eine Spitzenposition ein.

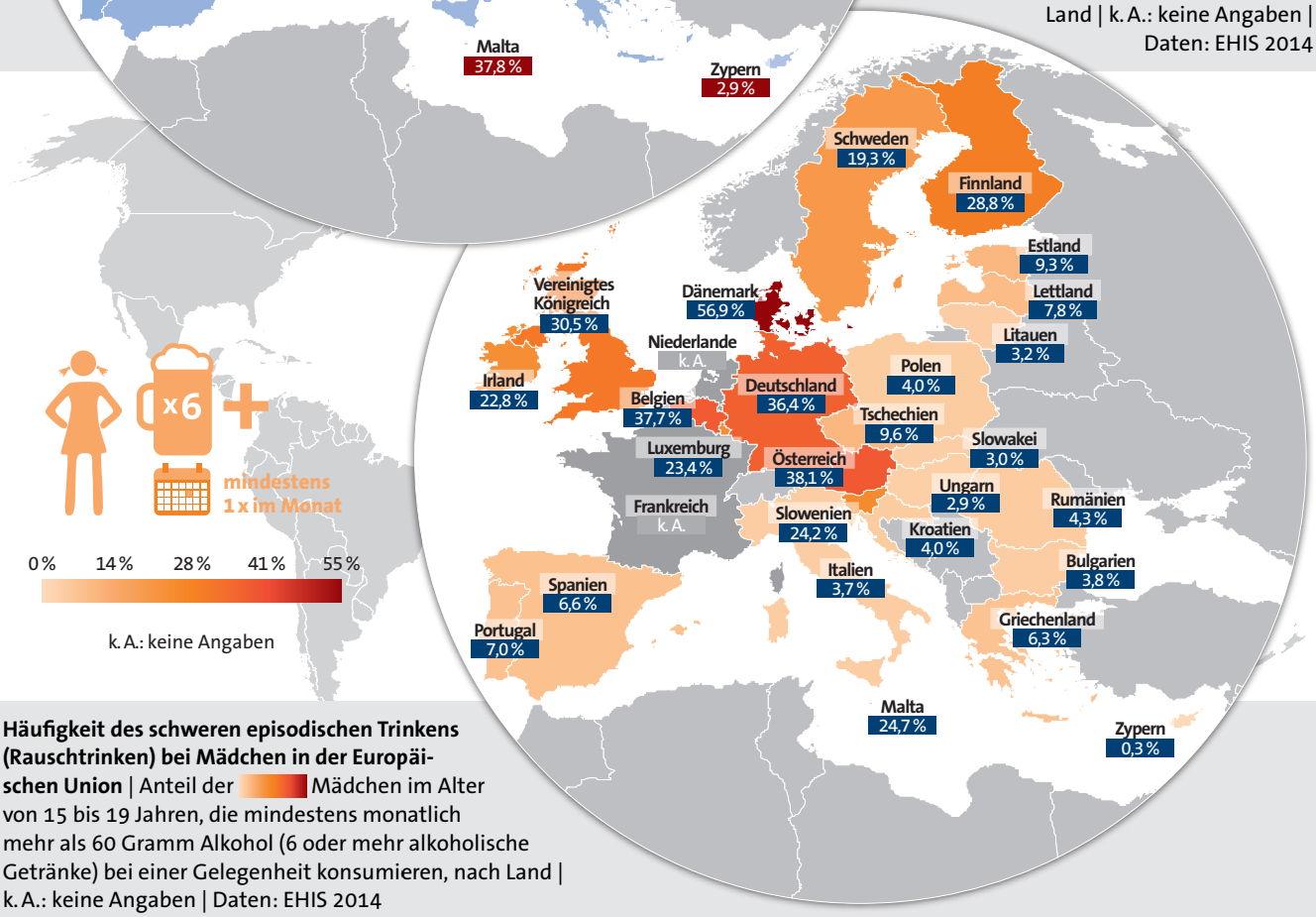
In allen Ländern mit Ausnahme von Dänemark und dem Vereinigten Königreich ist das Rauschtrinken unter Jungen weiter verbreitet als unter Mädchen. Im Durchschnitt trinken sich in der EU rund 20 Prozent der Jugendlichen regelmäßig einen Rausch an, am niedrigsten ist der Anteil mit unter sechs Prozent bei Jugendlichen aus Zypern, Litauen und der Slowakei.



Häufigkeit des Konsums alkoholischer Getränke bei Jungen und Mädchen in der Europäischen Union | Anteil der Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren, die mindestens wöchentlich alkoholische Getränke trinken, nach Land | k. A.: keine Angaben | Daten: EHIS 2014



Häufigkeit des schweren episodischen Trinkens (Rauschtrinken) bei Jungen in der Europäischen Union | Anteil der Jungen im Alter von 15 bis 19 Jahren, die mindestens monatlich mehr als 60 Gramm Alkohol (6 oder mehr alkoholische Getränke) bei einer Gelegenheit konsumieren, nach Land | k. A.: keine Angaben | Daten: EHIS 2014



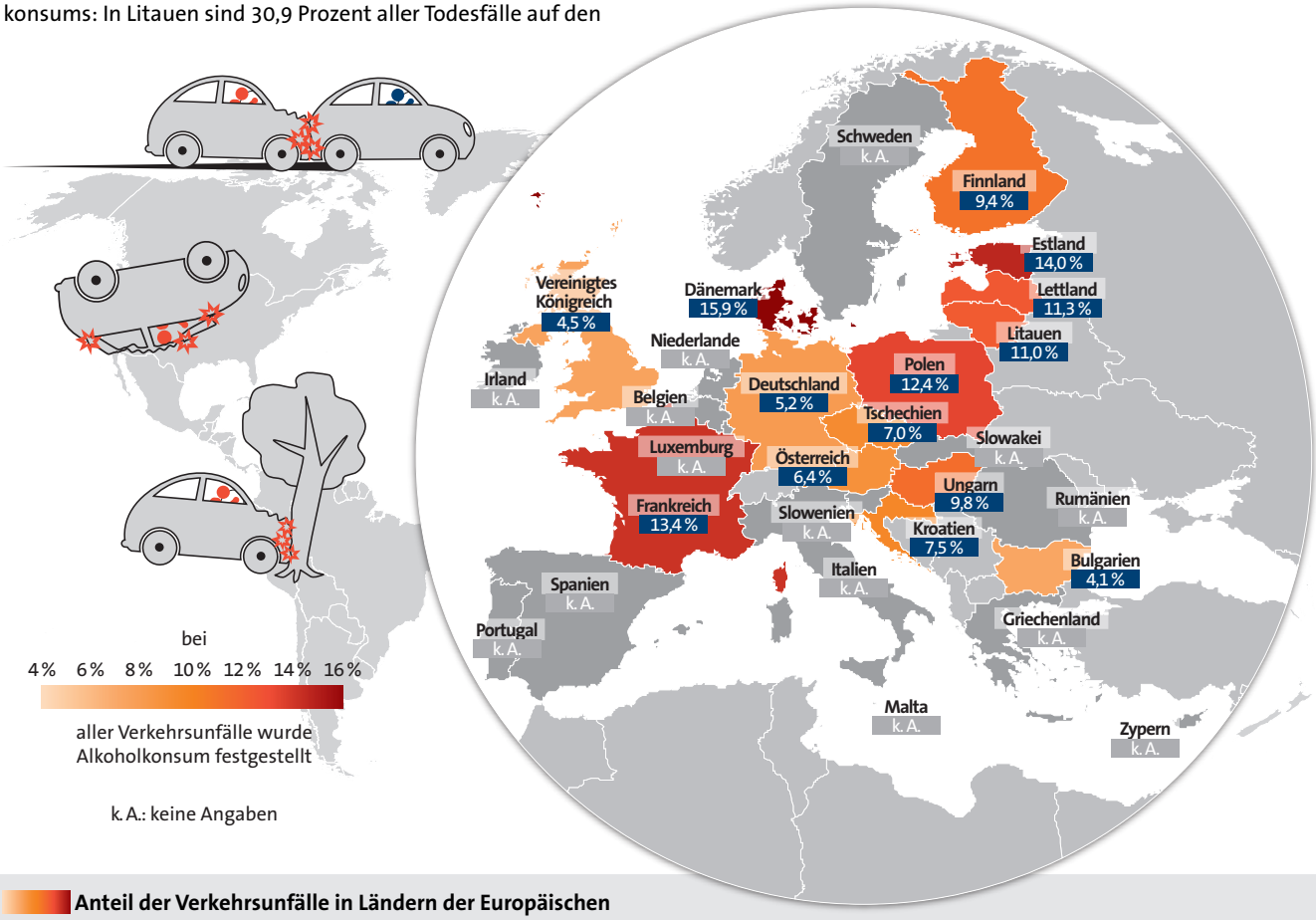
Häufigkeit des schweren episodischen Trinkens (Rauschtrinken) bei Mädchen in der Europäischen Union | Anteil der Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren, die mindestens monatlich mehr als 60 Gramm Alkohol (6 oder mehr alkoholische Getränke) bei einer Gelegenheit konsumieren, nach Land | k. A.: keine Angaben | Daten: EHIS 2014

6.3 Folgen des Alkoholkonsums in der Europäischen Union

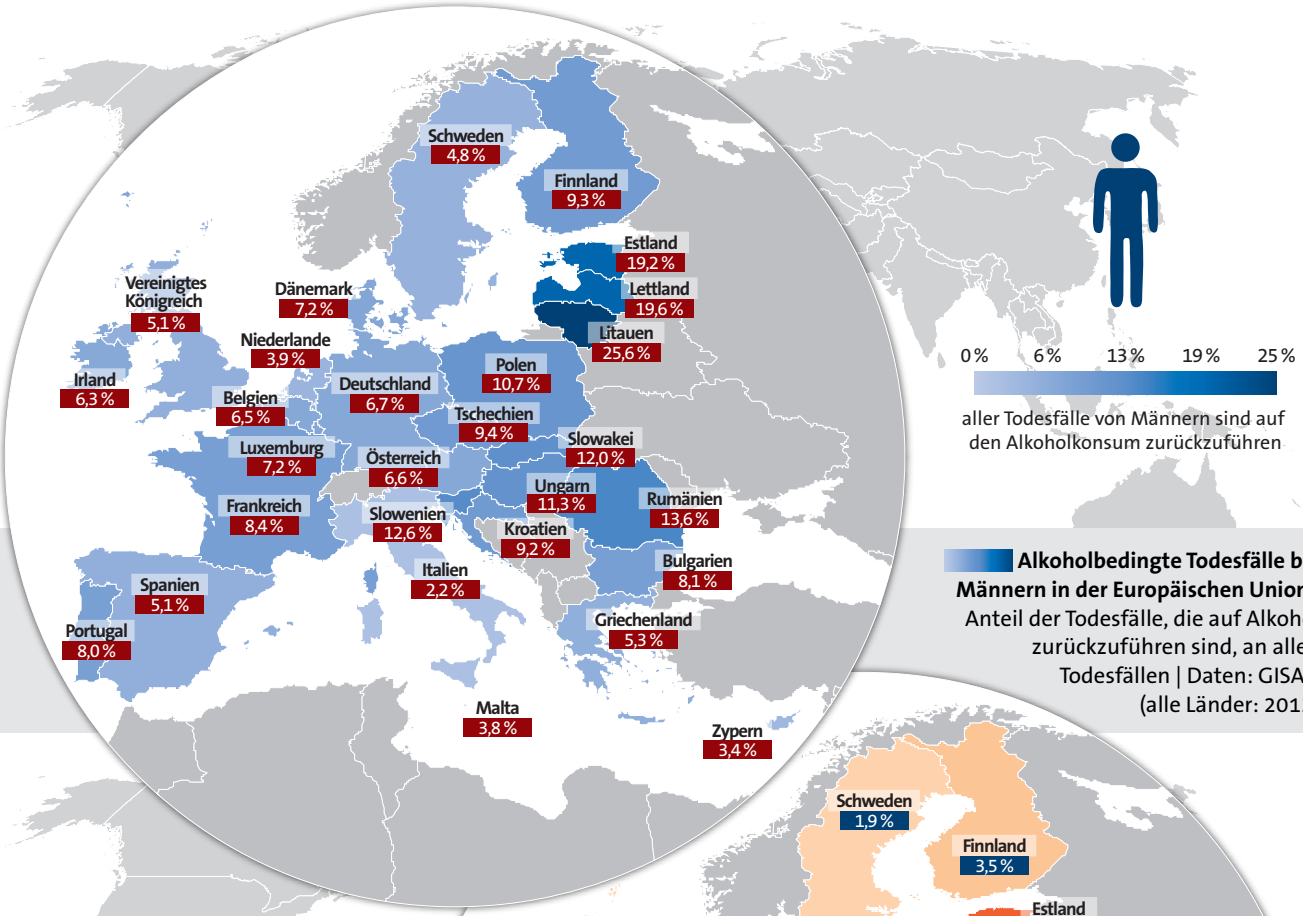
Im Jahr 2011 wurde in der Europäischen Union bei rund neun Prozent aller Verkehrsunfälle bei mindestens einem Beteiligten Alkoholeinfluss festgestellt (Durchschnitt von 14 EU-Ländern). Besonders gering war dieser Anteil mit je unter fünf Prozent in Bulgarien und dem Vereinigten Königreich, besonders hoch mit über 13 Prozent in Dänemark, Estland und Frankreich.

In der Europäischen Union wurden im Jahr 2012 rund sieben Prozent aller Todesfälle durch Alkoholkonsum verursacht. Deutschland liegt dabei unter dem europäischen Durchschnitt. Am geringsten ist der Anteil mit jeweils unter drei Prozent in Italien, Zypern und den Niederlanden. In den baltischen Staaten sterben besonders viele Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums: In Litauen sind 30,9 Prozent aller Todesfälle auf den Alkoholkonsum zurückzuführen, in Lettland 24,4 Prozent und in Estland 21,4 Prozent.

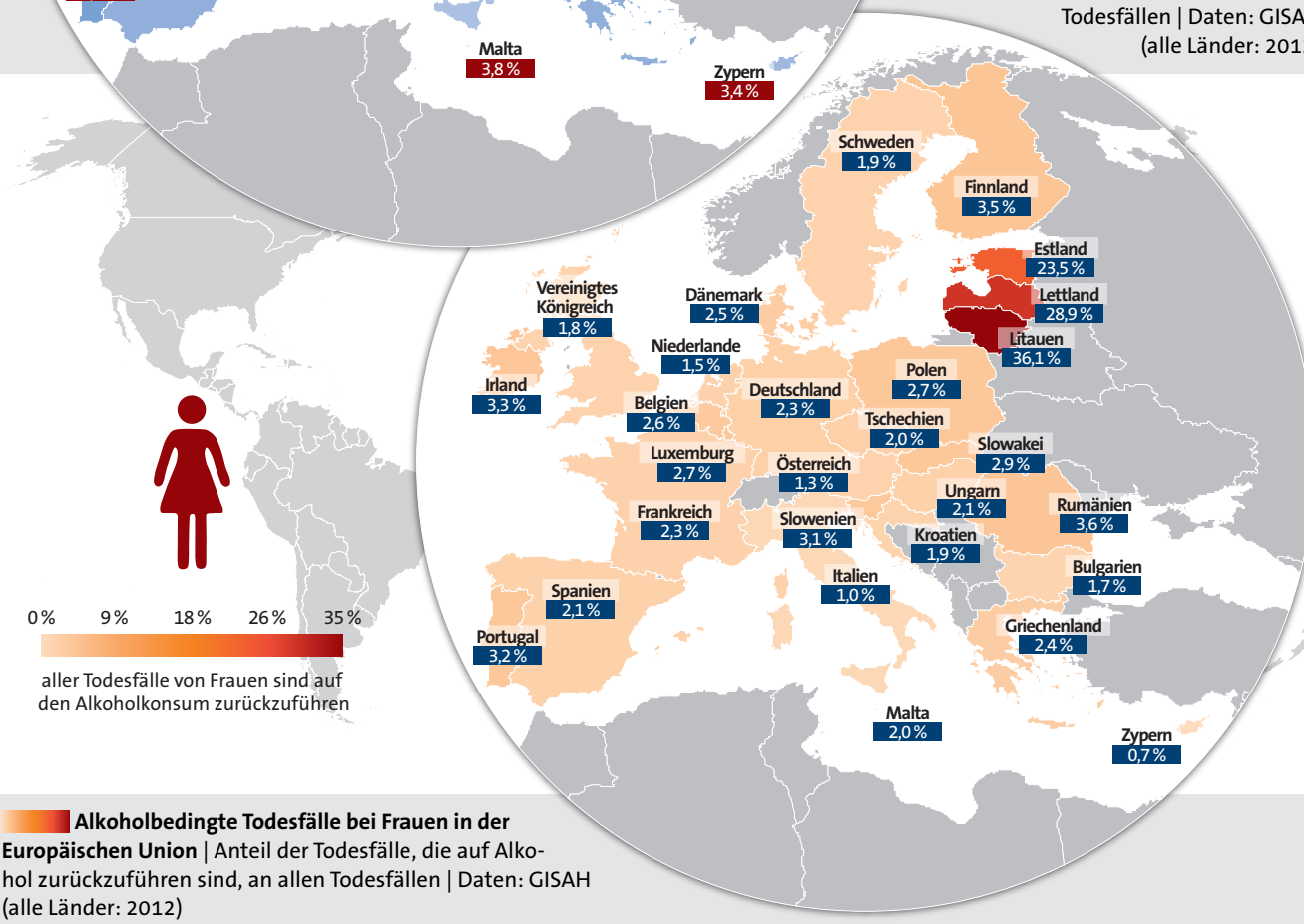
In allen Ländern – mit Ausnahme der baltischen Staaten – ist der Anteil alkoholbedingter Todesfälle unter Frauen niedriger als unter Männern. Ein besonders großer Geschlechtsunterschied besteht diesbezüglich in Rumänien, Slowenien, Ungarn und der Slowakei, wo jeweils über 11 Prozent der Todesfälle unter Männern, aber nur rund zwei bis vier Prozent der Todesfälle unter Frauen durch Alkoholkonsum verursacht sind. In Litauen, Lettland und Estland hingegen ist der Anteil alkoholbedingter Todesfälle unter Frauen höher als unter Männern.



Anteil der Verkehrsunfälle in Ländern der Europäischen Union, bei denen bei mindestens einem der Beteiligten Alkoholkonsum festgestellt wurde, an allen Verkehrsunfällen | k. A.: keine Angaben | Daten: GISAH (alle Länder: 2011)



Alkoholbedingte Todesfälle bei Männern in der Europäischen Union | Anteil der Todesfälle, die auf Alkohol zurückzuführen sind, an allen Todesfällen | Daten: GISAH (alle Länder: 2012)



Alkoholbedingte Todesfälle bei Frauen in der Europäischen Union | Anteil der Todesfälle, die auf Alkohol zurückzuführen sind, an allen Todesfällen | Daten: GISAH (alle Länder: 2012)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Alle Abbildungen (sofern nicht anders angegeben)

© Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

1 Alkoholprodukte, Herstellung, Handel und Marketing

Foto: © puifaiminiiz/Fotolia

1.1 Biersorten und Bierherstellung

Text

Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und für Wirtschaft & Bundesminsister der Finanzen (2008) Bierverordnung vom 2. Juli 1990 (BGBl. I S. 1332), die zuletzt durch Artikel 5 der Verordnung vom 8. Mai 2008 (BGBl. I S. 797) geändert worden ist

Deutscher Brauer-Bund (2017) Das Reinheitsgebot sichert seit fast 500 Jahren die Bier-Qualität. http://www.brauer-bund.de/bier-ist-rein/reinheitsgebot.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Deutscher Brauer-Bund e. V. (2017) So wird Bier gebraut. http://www.brauer-bund.de/bier-ist-rein/so-wird-bier-gebraut.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Georg Thieme Verlag (2017) Römpp. Online-Enzyklopädie, https://roempp.thieme.de, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Pflaum T, Rajcic de Rezende T, Stellmacher L & Lachenmeier DW (2016) Bier – 500 Jahre Reinheitsgebot. Amtsleitungen der Chemischen und Veterinäruntersuchungsämter (CVUA) Stuttgart, Karlsruhe, Freiburg und Sigmaringen sowie des Staatlichen Tierärztlichen Untersuchungsamtes (STUA) Aulendorf – Diagnostikzentrum, http://www.ua-bw.de/pub/beitrag.asp?subid=0&Thema_ID=2&ID=2249&Pdf=No&lang=DE (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Einteilung von Bieren nach der verwendeten Hefeart

Deutscher Brauer-Bund e. V. (2017) So wird Bier gebraut. http://www.brauer-bund.de/bier-ist-rein/so-wird-bier-gebraut.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Georg Thieme Verlag (2017) Römpp. Online-Enzyklopädie, https://roempp.thieme.de, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Abbildung: Brauvorgang

Deutscher Brauer-Bund e. V. (2017) So wird Bier gebraut. http://www.brauer-bund.de/bier-ist-rein/so-wird-bier-gebraut.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Die deutschen Brauer (2009) Vom Halm zum Glas. Wie deutsches Bier gebraut wird. Deutscher Brauer-Bund e. V., Berlin

Georg Thieme Verlag (2017) Römpp. Online-Enzyklopädie, https://roempp.thieme.de, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Abbildung: Ausgewählte Biersorten

Deutscher Brauer-Bund e. V. (2017) Biersorten im Porträt. http://www.brauer-bund.de/bier-ist-genuss/biersorten-im-portraet.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Georg Thieme Verlag (2017) Römpp. Online-Enzyklopädie, https://roempp.thieme.de, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Gesellschaft für Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Brauwirtschaft e. V. (2003) Deutsche Biere. Einzigartige Sortenvielfalt. Bonn

Verbraucherzentrale Bayern e. V. (2015) Malzbier und Malztrunk – was ist der Unterschied? Pressemitteilung vom 18.6.2015, http://www.verbraucherzentrale-bayern.de/malzbier-und-malztrunk--was-ist-der-unterschied- (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Fotos: © Deutscher Brauer-Bund e. V.

1.2 Bierproduktion und Bierhandel

Text

Statistisches Bundesamt (2016) Finanzen und Steuern. Absatz von Bier. Dezember und Jahr 2015. Fachserie 14, Reihe 9.2.1, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2017) Aus- und Einfuhr (Außenhandel): Deutschland, Jahre,Ware (4-/6-Steller), Länder. WA2203 Bier aus Malz. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Statistisches Bundesamt (2017) Finanzen und Steuern. Brauwirtschaft 2016. Fachserie 14, Reihe 9.2.2, Wiesbaden

The Brewers of Europe (2016) Beer statistics 2016 edition. Brüssel, Belgien

Abbildung: Anzahl der betriebenen Braustätten und Gesamtjahreserzeugung von Bier (ohne alkoholfreie Biere und Malztrunk) in Millionen Hektolitern nach Betriebsgrößenklassen

Statistisches Bundesamt (2017) Finanzen und Steuern. Brauwirtschaft 2016. Fachserie 14, Reihe 9.2.2, Wiesbaden

Abbildung: Zehn weltweit führende Länder für den Export und Import von Bier aus und nach Deutschland in Tausend Tonnen

Statistisches Bundesamt (2017) Aus- und Einfuhr (Außenhandel): Deutschland, Jahre,Ware (4-/6-Steller), Länder. WA2203 Bier aus Malz. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Anzahl der betriebenen Braustätten und Gesamtjahreserzeugung von Bier (ohne alkoholfreie Biere und Malztrunk) in Millionen Hektolitern im Jahr 2016 nach Bundesländern, Stammsitz der Brauereien der Biermarken mit dem größten Ausstoß im Jahr 2015 sowie Hopfenanbaugebiete in Deutschland

Bundesamt für Kartographie und Geodäsie (2014) Übersichtskarte Deutschland – Hopfen- und Weinanbau. Frankfurt am Main

Die Welt (2017) Bierreport. Sonderausgabe, Mai 2017, WeltN24 GmbH

Inside Getränke Verlags-GmbH (2016) Biermarken-Hitliste Januar bis Dezember 2015, https://www.inside-getraenke.de/biermarken-hitliste.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Statistisches Bundesamt (2017) Finanzen und Steuern. Brauwirtschaft 2016. Fachserie 14, Reihe 9.2.2, Wiesbaden

1.3 Wein, verwandte Erzeugnisse und Weinherstellung

Text

Autor nicht genannt (2002) Leitsätze für weinähnliche und schaumweinähnliche Getränke vom 27. November 2002 (BAnz. Nr. 46b vom 7. März 2003, GMBl 2003 S. 150), zuletzt geändert am 07. Januar 2015 (BAnz. AT 27.01.2015 B1, GMBl 2015 S. 113)

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Wirtschaft & Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (1995) Weinverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. April 2009 (BGBl. I S. 827), die durch Artikel 16 Absatz 2 des Gesetzes vom 10. März 2017 (BGBl. I S. 420) geändert worden ist

Bundessortenamt (2008) Beschreibende Sortenliste Reben. Hannover

Bundestag (1994) Weingesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2011 (BGBl. I S. 66), das durch Artikel 12 des Gesetzes vom 10. März 2017 (BGBl. I S. 420) geändert worden ist

Georg Thieme Verlag (2017) Römpp. Online-Enzyklopädie, https://roempp.thieme.de, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Mahlmeister K & Klasna T (2012) Sekt und Perlwein. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz, https://www.vis.bayern.de/ernaehrung/lebensmittel/gruppen/sekt_perlwein.htm (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Meier B (2012) Wein, Schaumwein, Perlwein, Likörwein, weinähnliche, aromatisierte und weinhaltige Getränke. Meiers Wein-Seite. http://www.wzw.tum.de/public-html/bmeier (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Pflanzenforschung.de (2017) Pflanzen im Fokus. Weinrebe. Vitis vinifera. http://www.pflanzenforschung.de/de/themen/pflanzen-im-fokus/weinrebe (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Rat der Europäischen Union (2009) Verordnung (EG) Nr. 491/2009 des Rates vom 25. Mai 2009 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1234/2007 über eine gemeinsame Organisation der Agrarmärkte und mit Sondervorschriften für bestimmte landwirtschaftliche Erzeugnisse (Verordnung über die einheitliche GMO). Amtsblatt der Europäischen Union, L 154

Statistisches Bundesamt (2016) Land- und Forstwirtschaft, Fischerei. Grunderhebung der Rebflächen. Fachserie 3, Reihe 3.1.5, Wiesbaden

Abbildung: Weinherstellung

Georg Thieme Verlag (2017) Römpp. Online-Enzyklopädie, https://roempp.thieme.de, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Meier B (2012) Wein, Schaumwein, Perlwein, Likörwein, weinähnliche, aromatisierte und weinhaltige Getränke. Meiers Wein-Seite. http://www.wzw.tum.de/public-html/bmeier (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Wein und verwandte Erzeugnisse

Autor nicht genannt (2002) Leitsätze für weinähnliche und schaumweinähnliche Getränke vom 27. November 2002 (BAnz. Nr. 46b vom 7. März 2003, GMBl 2003 S. 150), zuletzt geändert am 07. Januar 2015 (BAnz. AT 27.01.2015 B1, GMBl 2015 S. 113)

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Wirtschaft & Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (1995) Weinverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. April 2009 (BGBl. I S. 827), die durch

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Artikel 16 Absatz 2 des Gesetzes vom 10. März 2017 (BGBl. I S. 420) geändert worden ist

Bundestag (1994) Weingesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2011 (BGBl. I S. 66), das durch Artikel 12 des Gesetzes vom 10. März 2017 (BGBl. I S. 420) geändert worden ist

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2013) Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. Dezember 2013 über eine gemeinsame Marktorganisation für landwirtschaftliche Erzeugnisse und zur Aufhebung der Verordnungen (EWG) Nr. 922/72, (EWG) Nr. 234/79, (EG) Nr. 1037/2001 und (EG) Nr. 1234/2007

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2014) Verordnung (EU) Nr. 251/ des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Februar 2014 über die Begriffsbestimmung, Beschreibung, Aufmachung und Etikettierung von aromatisierten Weinerzeugnissen sowie den Schutz geografischer Angaben für aromatisierte Weinerzeugnisse und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 1601/91 des Rates

Mahlmeister K & Klasna T (2012) Sekt und Perlwein. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz, https://www.vis.bayern.de/ernaehrung/lebensmittel/gruppen/sekt_perlwein.htm (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Rat der Europäischen Union (2009) Verordnung (EG) Nr. 491/2009 des Rates vom 25. Mai 2009 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1234/2007 über eine gemeinsame Organisation der Agrarmärkte und mit Sondervorschriften für bestimmte landwirtschaftliche Erzeugnisse (Verordnung über die einheitliche GMO). Amtsblatt der Europäischen Union, L 154

1.4 Weinbau und Weinhandel

Text

European Commission (2017) Committee for the Common Organisation of the Agricultural Markets – Sector Wine. Tuesday April 25th, 2017. 2.1 Exchange of views on the wine market 2016, Comext Wine Trade results,Tour de table. European Commission, Directorate G. Markets and Observatories, G.2. Wine, spirits and horticultural products

Eurostat (2017) Crop statistics (from 2000 onwards) [apro_acs_a]. Grapes for wines. Area (cultivation/harvested/production) (1000 ha). Last update 29.04.2017. http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/APRO_ACS_A (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Eurostat (2017) Crop statistics (from 2000 onwards) [apro_acs_a]. Grapes for wines. Harvested production (1000 t). Last update 29.04.2017. http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/APRO_ACS_A (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Statistisches Bundesamt (2016) Land- und Forstwirtschaft, Fischerei. Grunderhebung der Rebflächen 2015. Fachserie 3, Reihe 3.1.5, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2017) Aus- und Einfuhr (Außenhandel): Deutschland, Jahre,Ware (4-/6-Steller), Länder. WA2204 Wein und Traubenmost, gegoren. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Statistisches Bundesamt (2017) Land- und Forstwirtschaft, Fischerei. Landwirtschaftliche Bodennutzung. Rebflächen 2016. Fachserie 3, Reihe 3.1.5, Wiesbaden

Abbildung: Mit weißen und roten Keltertrauben bestockte Rebfläche in Tausend Hektar nach Rebsorten, die am häufigsten in Deutschland angebaut werden

Statistisches Bundesamt (2017) Land- und Forstwirtschaft, Fischerei. Landwirtschaftliche Bodennutzung. Rebflächen 2016. Fachserie 3, Reihe 3.1.5, Wiesbaden

Abbildung: Zehn weltweit führende Länder für den Export und Import von Wein aus und nach Deutschland in Tausend Tonnen

Statistisches Bundesamt (2017) Aus- und Einfuhr (Außenhandel): Deutschland, Jahre,Ware (4-/6-Steller), Länder. WA2204 Wein und Traubenmost, gegoren. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Anzahl der Weinbaubetriebe in Tausend und Größe der Rebflächen in Tausend Hektar nach Bundesländern und Hauptweinbaugebieten

Bundesamt für Kartographie und Geodäsie (2014) Übersichtskarte Deutschland – Hopfen- und Weinanbau. Frankfurt am Main

Statistisches Bundesamt (2016) Land- und Forstwirtschaft, Fischerei. Grunderhebung der Rebflächen 2015. Fachserie 3, Reihe 3.1.5, Wiesbaden

1.5 Spirituosenarten und Spirituosenherstellung

Text

Autor nicht genannt (2008) Alkoholhaltige Getränke-Verordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Juni 2003 (BGBl. I S. 1255), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 8. Mai 2008 (BGBl. I S. 797) geändert worden ist (AGeV)

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2008) Verordnung (EG) Nr. 110/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Januar 2008 zur Begriffsbestimmung, Bezeichnung, Aufmachung und Etikettierung von Spirituosen sowie zum Schutz geografischer Angaben für Spirituosen und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 1576/89. Amtsblatt der Europäischen Union, L39/16–L39/54

Georg Thieme Verlag (2017) Römpp. Online-Enzyklopädie, https://roempp.thieme.de, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Rimbach G, Nagursky J & Erbersdobler H (2015) Lebensmittel-Warenkunde für Einsteiger. 2. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg

Abbildung: Herstellung von Spirituosen durch alkoholische Gärung und Destillation (diskontinuierliches oder kontinuierliches Brennen)

Chemie.de (2017) Lexikon. Chemie.de Information Service GmbH, http://www.chemie.de/lexikon (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Forschungsgemeinschaft für angewandte Systemsicherheit und Arbeitsmedizin (FSA) & Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) (2016) Praxisleitfaden zur Erstellung eines Explosionsschutzdokumentes für Brennereien und Spirituosenbetriebe. 3. überarbeitete Ausgabe (12/2016), FSA-Schriftenreihe Nr. F05-0501/05-08

Rimbach G, Nagursky J & Erbersdobler H (2015) Lebensmittel-Warenkunde für Einsteiger. 2. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg

Abbildung: Ausgewählte Spirituosenarten und Alkopops

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2008) Verordnung (EG) Nr. 110/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Januar 2008 zur Begriffsbestimmung, Bezeichnung, Aufmachung und Etikettierung von Spirituosen sowie zum Schutz geografischer Angaben für Spirituosen und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 1576/89. Amtsblatt der Europäischen Union, L39/16–L39/54

Georg Thieme Verlag (2017) Römpp. Online-Enzyklopädie, https://roempp.thieme.de, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Rimbach G, Nagursky J & Erbersdobler H (2015) Lebensmittel-Warenkunde für Einsteiger. 2. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg

Fotos: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

1.6 Spirituosenproduktion und Spirituosenhandel

Text

Autor nicht genannt (2013) Branntweinmonopolgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 612-7, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juni 2013 (BGBl. I S. 1650) geändert worden ist (BranntwMonG)

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2014) Markt, Handel und Export. Das Branntweinmonopol läuft aus. https://www.bmel.de/DE/Landwirtschaft/Markt-Handel-Export/_Texte/Branntweinmonopol.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Bundestag (2013) Gesetz zur Abschaffung des Branntweinmonopols (Branntweinmonopolabschaffungsgesetz) vom 21. Juni 2013. Bundesgesetzblatt Teil I: 1650–1666

Bundestag (2017) Gesetz zur Auflösung der Bundesmonopolverwaltung für Branntwein und zur Änderung weiterer Gesetze (Branntweinmonopolverwaltung-Auflösungsgesetz – BfBAG) vom 10. März 2017. Bundesgesetzblatt Teil I: 420–424

Bundesverband der deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e. V. (BSI) (2016) Daten aus der Alkoholwirtschaft 2016. Mit Sonderteil Europa. Bonn

Generalzolldirektion (2017) Privates Brennen. http://www.zoll.de/DE/Privatpersonen/Alkohol-Kaffee-Kraftstoffe-Strom-im-Haushalt/Brauen-Brennen-Roesten/Branntwein/branntwein_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Statistisches Bundesamt (2017) Aus- und Einfuhr (Außenhandel): Deutschland, Jahre, Ware (4-/6-Steller), Länder. WA2208 Alkohol, unvergällt, Branntwein, Likör. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Statistisches Bundesamt (2017) Finanzen und Steuern. Arbeitsunterlage zur Branntweinsteuerstatistik 2016, Wiesbaden

Abbildung: Brennereiarten in Deutschland

Autor nicht genannt (2013) Branntweinmonopolgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 612-7, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juni 2013 (BGBl. I S. 1650) geändert worden ist (BranntwMonG)

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2014) Markt, Handel und Export. Das Branntweinmonopol läuft aus. https://www.bmel.de/DE/Landwirtschaft/Markt-Handel-Export/_Texte/Branntweinmonopol.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Bundestag (2013) Gesetz zur Abschaffung des Branntweinmonopols (Branntweinmonopolabschaffungsgesetz) vom 21. Juni 2013. Bundesgesetzblatt Teil I: 1650–1666

Abbildung: 25 am häufigsten verkaufte Spirituosenarten in den alten und neuen Bundesländern im Jahr 2015

Bundesverband der deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (BSI) (2016) Daten aus der Alkoholwirtschaft. Mit Sonderteil Europa. 2016. Bonn

Abbildung: Zehn weltweit führende Länder für den Export und Import von unvergälltem Alkohol, Branntwein und Likör aus und nach Deutschland in Tausend Tonnen

Statistisches Bundesamt (2017) Aus- und Einfuhr (Außenhandel): Deutschland, Jahre, Ware (4-/6-Steller), Länder. WA2208 Alkohol, unvergällt, Branntwein, Likör. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online (aufgerufen am 28. Juni 2017)

1.7 Alkoholmarketing

Text

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graha K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2010) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford University Press, Oxford

Bundesverband der deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (BSI) (2016) Daten aus der Alkoholwirtschaft. Mit Sonderteil Europa. 2016. Bonn

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2010) Alkohol und Werbung. Factsheet

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2011) Beobachtung von Alkoholwerbung in Deutschland. AMMIE – Alcohol Marketing Monitoring in Europe. Kurzbericht

Effertz T (2008) Kindermarketing. Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main

Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N & Lobstein T (2017) Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. Addiction 112 Suppl 1: 7–20

Winpenny E, Patil S, Elliott M, Villalba van Dijk L, Hinrichs S, Marteau T & Nolte E (2012) Assessment of young people's exposure to alcohol marketing in audiovisual and online media. RAND Europe Report, commissioned by the European Commission Health and Consumer Directorate-General (DG SANCO)

Abbildung: Wirkungsweise von Alkoholwerbung

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graha K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2010) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford University Press, Oxford

Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N & Lobstein T (2017) Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. Addiction 112 Suppl 1: 7–20

Abbildung: Werbeausgaben für alkoholische Getränke (Bier, Wein, Schaumwein, Spirituosen) in Deutschland im Jahr 2015 in Millionen Euro

Bundesverband der deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (BSI) (2016) Daten aus der Alkoholwirtschaft 2016. Mit Sonderteil Europa. Bonn

Abbildung: Beispiele für Alkoholwerbung

Fotos: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

2 Wirkungen von Alkohol auf Körper und Gesundheit

Foto: © Photographee.eu/Fotolia

2.1 Aufnahme und Abbau von Alkohol im Körper

Text

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016) Kenn dein Limit. Was sind Promille? http://www.kenn-dein-limit.info/was-sind-promille.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Costardi JV, Nampo RA, Silva GL, Ribeiro MA, Stella HJ, Stella MB & Malheiros SV (2015) A review on alcohol: from the central action mechanism to chemical dependency. Rev Assoc Med Bras (1992) 61: 381–387

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Jones AW, Jonsson KA & Kechagias S (1997) Effect of high-fat, high-protein, and high-carbohydrate meals on the pharmacokinetics of a small dose of ethanol. Br J Clin Pharmacol 44: 521–526

Michalak A & Biala G (2016) Alcohol Dependence – Neurobiology and Treatment. Acta Pol Pharm 73: 3–12

Seitz HK & Mueller S (2012) Metabolism of alcohol and its consequences. In: Anzenbacher P & Zanger UM, Metabolism of drugs and other xenobiotics. Wiley-VCH Verlag GmbH, Seiten 493–516

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Stehle P (2013) The nutrition report 2012 summary. European Journal of Nutrition & Food Safety 4: 14–62

Abbildung: Alkoholaufnahme in den Körper und Einflussfaktoren auf die Alkoholaufnahme

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Blutalkoholkonzentration (g/l) im Zeitverlauf

Jones AW, Jonsson KA & Kechagias S (1997) Effect of high-fat, high-protein, and high-carbohydrate meals on the pharmacokinetics of a small dose of ethanol. Br J Clin Pharmacol 44: 521–526

Abbildung: Alkoholabbau im Körper

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Seitz HK & Mueller S (2012) Metabolism of alcohol and its consequences. In: Anzenbacher P & Zanger UM, Metabolism of drugs and other xenobiotics. Wiley-VCH Verlag GmbH, Seiten 493–516

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

2.2 Physiologische Wirkungen von Alkohol

Text

Costardi JV, Nampo RA, Silva GL, Ribeiro MA, Stella HJ, Stella MB & Malheiros SV (2015) A review on alcohol: from the central action mechanism to chemical dependency. Rev Assoc Med Bras (1992) 61: 381–387

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Binge-Drinking und Alkoholvergiftung. DHS Factsheet, Hamm

Michalak A & Biala G (2016) Alcohol Dependence – Neurobiology and Treatment. Acta Pol Pharm 73: 3–12

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Wirkung von Alkohol im Gehirn

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Einflussfaktoren auf die Wirkung von Alkohol

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Abbildung: Wirkungen von Alkohol im Gehirn und mögliche Folgen für den Konsumenten sowie für andere

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Wirkungen von Alkohol auf Psyche, Verhalten und Motorik

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016) Kenn dein Limit. Promille und Folgen bei Alkohol. http://www.kenn-dein-limit.info/promille-und-folgen.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

2.3 Gesundheitsschäden durch Alkoholkonsum

Text

Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, Scotti L, Jenab M, Turati F, Pasquali E, Pelucchi C, Galeone C, Bellocco R, Negri E, Corrao G, Boffetta P & La Vecchia C (2015) Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. Br J Cancer 112: 580–593

Crews FT, Sarkar DK, Qin L, Zou J, Boyadjieva N & Vetreno RP (2015) Neuroimmune function and the consequences of alcohol exposure. Alcohol Res 37: 331–351

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Fernandez-Sola J (2015) Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. Nat Rev Cardiol 12: 576–587

Klatsky AL (2015) Alcohol and cardiovascular diseases: where do we stand today? J Intern Med 278: 238–250

Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gmel G, Shield KD, Frick H & Rehm J (2015) Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. Eur Addict Res 21: 262–272

Pasala S, Barr T & Messaoudi I (2015) Impact of alcohol abuse on the adaptive immune system. Alcohol Res 37: 185–197

Praud D, Rota M, Rehm J, Shield K, Zatonski W, Hashibe M, La Vecchia C & Boffetta P (2016) Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. Int J Cancer 138: 1380–1387

Seitz H & Bühringer G (2010) Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm

Shield KD, Parry C & Rehm J (2013) Chronic diseases and conditions related to alcohol use. Alcohol Res 35: 155–173

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Ausschließlich durch Alkohol bedingte Krankheiten

Shield KD, Parry C & Rehm J (2013) Chronic diseases and conditions related to alcohol use. Alcohol Res 35: 155–173

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Durch Alkohol verursachte Krankheiten und Erkrankungsrisiko für diese Krankheiten für Männer und Frauen

Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, Scotti L, Jenab M, Turati F, Pasquali E, Pelucchi C, Galeone C, Bellocco R, Negri E, Corrao G, Boffetta P & La Vecchia C (2015) Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. Br J Cancer 112: 580–593

Connor J (2017) Alcohol consumption as a cause of cancer. Addiction: 112(2): 222–228

Fernandez-Sola J (2015) Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. Nat Rev Cardiol 12: 576–587

Katzke VA, Kaaks R & Kuhn T (2015) Lifestyle and cancer risk. Cancer J 21: 104–110

Klatsky AL (2015) Alcohol and cardiovascular diseases: where do we stand today? J Intern Med 278: 238–250

Praud D, Rota M, Rehm J, Shield K, Zatonski W, Hashibe M, La Vecchia C & Boffetta P (2016) Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. Int J Cancer 138: 1380–1387

Shield KD, Parry C & Rehm J (2013) Chronic diseases and conditions related to alcohol use. Alcohol Res 35: 155–173

Szabo G & Saha B (2015) Alcohol's effect on host defense. Alcohol Res 37: 159–170

2.4 Alkohol und Krebs

Text

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (2010) Alcohol consumption and ethyl carbamate.

Volume 96, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization, Lyon, France

International Agency for Research on Cancer (2012) Consumption of alcoholic beverages. In: Personal habits and indoor combustions. A review of human carcinogens. Volume 100 E, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization, Lyon, France

Praud D, Rota M, Rehm J, Shield K, Zatonski W, Hashibe M, La Vecchia C & Boffetta P (2016) Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. Int J Cancer 138: 1380–1387

Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD & Shuper PA (2017) The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. Addiction 112: 968–1001

Varela-Rey M, Woodhoo A, Martinez-Chantar ML, Mato JM & Lu SC (2013) Alcohol, DNA methylation, and cancer. Alcohol Res 35: 25–35

Abbildung: Hypothetische Abläufe der Krebsentstehung bei Alkoholkonsum nach aktuellem Forschungsstand

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (2010) Alcohol consumption and ethyl carbamate. Volume 96, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization, Lyon, France

Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD & Shuper PA (2017) The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. Addiction 112: 968–1001

Varela-Rey M, Woodhoo A, Martinez-Chantar ML, Mato JM & Lu SC (2013) Alcohol, DNA methylation, and cancer. Alcohol Res 35: 25–35

Abbildung: Durch Alkoholkonsum begünstigte Krebsarten und relative Erkrankungsrisiken für diese Krankheiten für Männer und Frauen bei erhöhtem und hohem Alkoholkonsum im Vergleich zu keinem Konsum

Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, Scotti L, Jenab M, Turati F, Pasquali E, Pelucchi C, Galeone C, Bellocco R, Negri E, Corrao G, Boffetta P & La Vecchia C (2015) Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. Br J Cancer 112: 580–593

Connor J (2017) Alcohol consumption as a cause of cancer. Addiction 112: 222–228

Praud D, Rota M, Rehm J, Shield K, Zatonski W, Hashibe M, La Vecchia C & Boffetta P (2016) Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. Int J Cancer 138: 1380–1387

Abbildung: Synergistische Wirkung von Alkohol- und Tabakkonsum am Beispiel von Speiseröhrenkrebs

Boeing H & Epic Working Group on Dietary Patterns (2002) Alcohol and risk of cancer of the upper gastrointestinal tract: first analysis of the EPIC data. IARC Sci Publ 156: 151–154

2.5 Auswirkungen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft

Text

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkohol in der Schwangerschaft. DHS Factsheet

Dörrie N, Focker M, Freunscht I & Hebebrand J (2014) Fetal alcohol spectrum disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 23: 863–875

Landgraf MN & Heinen F (2016) S3-Leitlinie. Diagnose der Fetalen Alkoholspekturmstörungen. FASD. Langfassung. AWMF-Registernr.: 022-025

Spohr H-L (2016) Das Fetale Alkoholsyndrom. De Gruyter, Berlin/Boston

Abbildung: Alkoholkonzentration (mg/ml) im mütterlichen Blut und im Fruchtwasser nach dem Trinken von 0,3 g Reinalkohol/kg Blut

Burd L, Blair J & Dropps K (2012) Prenatal alcohol exposure, blood alcohol concentrations and alcohol elimination rates for the mother, fetus and newborn. J Perinatol 32: 652–659

Abbildung: Organspezifische Schädigungen in den einzelnen Schwangerschaftswochen

Dörrie N, Focker M, Freunscht I & Hebebrand J (2014) Fetal alcohol spectrum disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 23: 863–875

Spohr H-L (2016) Das Fetale Alkoholsyndrom. De Gruyter, Berlin/Boston

Abbildung: Auswirkungen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft auf den Fetus und langfristige Folgen für die körperliche und geistige Entwicklung

Dörrie N, Focker M, Freunscht I & Hebebrand J (2014) Fetal alcohol spectrum disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 23: 863–875

Spohr H-L (2016) Das Fetale Alkoholsyndrom. De Gruyter, Berlin/Boston

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung: Abstufungen der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (fetal alcohol spectrum disorders, FASD)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkohol in der Schwangerschaft. DHS Factsheet

Dörrie N, Focker M, Freunscht I & Hebebrand J (2014) Fetal alcohol spectrum disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 23: 863–875

Abbildung: Symptome des Fetalen Alkoholsyndroms (fetal alcohol syndrome, FAS) in den verschiedenen Lebensphasen

Dörrie N, Focker M, Freunscht I & Hebebrand J (2014) Fetal alcohol spectrum disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 23: 863–875

Spohr H-L (2016) Das Fetale Alkoholsyndrom. De Gruyter, Berlin/Boston

2.6 Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Entwicklung von Jugendlichen

Text

Crews FT, Vetreno RP, Broadwater MA & Robinson DL (2016) Adolescent alcohol exposure persistently impacts adult neurobiology and behavior. Pharmacol Rev 68: 1074–1109

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2016) Alkohol und Jugendliche. Factsheet

Grant BF & Dawson DA (1997) Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. J Subst Abuse 9: 103–110

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Squeglia LM, Jacobus J & Tapert SF (2014) The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. Handb Clin Neurol 125: 501–510

Abbildung: Schädigung durch Alkohol im jugendlichen Gehirn

Spohr H-L (2016) Das Fetale Alkoholsyndrom. De Gruyter, Berlin/Boston

Squeglia LM, Jacobus J & Tapert SF (2014) The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. Handb Clin Neurol 125: 501–510

Abbildung: Alter beim ersten Alkoholkonsum und Risiko für Alkoholabhängigkeit

Grant BF & Dawson DA (1997) Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. J Subst Abuse 9: 103–110

Abbildung: Wirkung des Alkoholkonsums im Jugendalter auf das Gehirn und Folgen der schädigenden Alkoholwirkung

Crews FT, Vetreno RP, Broadwater MA & Robinson DL (2016) Adolescent alcohol exposure persistently impacts adult neurobiology and behavior. Pharmacol Rev 68: 1074–1109

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2016) Alkohol und Jugendliche. Factsheet

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Squeglia LM & Gray KM (2016) Alcohol and drug use and the developing brain. Curr Psychiatry Rep 18: 46

Squeglia LM, Jacobus J & Tapert SF (2014) The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. Handb Clin Neurol 125: 501–510

2.7 Alkoholabhängigkeit

Text

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-SUCHT) (2016) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register Nr. 076-001, Stand: 28. Februar 2016

Batra A, Müller CA, Mann K & Heinz A (2016) Alcohol dependence and harmful use of alcohol – diagnosis and treatment options. Dtsch Arztebl Int 113: 301–310

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Alkohol. Basisinformation, Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2016) Jahrbuch Sucht 16. Pabst Science Publishers, Lengerich

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Diagnosekriterien für eine Alkoholabhängigkeit (nach ICD-10, F10.2)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (2016) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". AWMF-Register Nr. 076-001, Stand: 28. Februar 2016

Abbildung: Einflussfaktoren auf die Alkoholabhängigkeit

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

3 Ausmaß des Alkoholkonsums und seiner gesundheitlichen Folgen

Foto: © Кирилл Рыжов/*Fotolia*

3.1 Datenquellen, Definitionen und Methoden

Text

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB & Monteiro MG (2001) Audit. The Alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. Second edition, Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Genf, Schweiz

Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD & Bradley KA (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 158: 1789–1795

International Agency for Research on Cancer (2012) Consumption of alcoholic beverages. In: Personal habits and indoor combustions. A review of human carcinogens. Volume 100 E, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, Lyon

Organisation for Economic Co-operation and Development (2016) OECD Health Statistics 2016. http://www.oecd.org/health/health-data.htm (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Rumpf HJ, Wohlert T, Freyer-Adam J, Grothues J & Bischof G (2013) Screening questionnaires for problem drinking in adolescents: performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. Eur Addict Res 19: 121–127

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

World Health Organization (2016) Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). http://www.who.int/gho/alcohol/en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Übersicht der verwendeten epidemiologischen Studien zur Erfassung der Verbreitung des Alkoholkonsums

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Forschung – Studien/Untersuchungen – Studien – Suchtprävention. http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Gomes de Matos E, Atzendorf J, Kraus L & Piontek D (2016) Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Sucht 62: 271–281

Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P, Butschalowsky H, Schlaud M & Kurth BM (2012) Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 55: 836-842

IFT Institut für Therapieforschung (2017) ESA. Epidemiological Survey of Substance Abuse. http://www.esa-survey.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Lange C (2016) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015. Persönliche Mitteilung im November 2016, Robert Koch-Institut, Berlin

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Piontek D, Kraus L, Gomes de Matos E & Atzendorf J (2016) Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015. Sucht 62: 259–269

Robert Koch-Institut (2017) GEDA. Gesundheit in Deutschland aktuell. http://www.geda-studie.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Robert Koch-Institut (2017) KiGGS. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. http://www.kiggs-studie.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Definitionen zu Maßzahlen zur Erfassung der Verbreitung des Alkoholkonsums und zu Formen des gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums entsprechend den verwendeten epidemiologischen Studien

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Forschung – Studien/Untersuchungen – Studien – Suchtprävention. http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P, Butschalowsky H, Schlaud M & Kurth BM (2012) Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 55: 836-842

IFT Institut für Therapieforschung (2017) ESA. Epidemiological Survey of Substance Abuse. http://www.esa-survey.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

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. IFT Institut für Therapieforschung, München

Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E & Piontek D (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter 1995–2012. IFT Institut für Therapieforschung, München

Kuntz B, Lange C & Lampert T (2015) Alkoholkonsum bei Jugendlichen – aktuelle Ergebnisse und Trends. GBE kompakt 6(2), Robert Koch-Institut, Berlin

Lampert T & Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50: 600–608

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57: 830–839

Lange C (2016) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015. Persönliche Mitteilung im November 2016, Robert Koch-Institut, Berlin

Lange C, Manz K, Rommel A, Schienkiewitz A & Mensink GBM (2016) Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. Journal of Health Monitoring 1: 2–21

Orth B & Töppich J (2015) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Orth B (2016) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Alter 1995–2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Piontek D, Kraus L, Gomes de Matos E & Atzendorf J (2016) Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015. Sucht 62: 259–269

Robert Koch-Institut (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin

Robert Koch-Institut (2017) GEDA. Gesundheit in Deutschland aktuell. http://www.geda-studie.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Robert Koch-Institut (2017) KiGGS. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. http://www.kiggs-studie.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Methoden zur Bestimmung der Konsummenge reinen Alkohols pro Tag sowie Getränkevolumen, deren Reinalkoholgehalt Grenzwerten für riskanten Alkoholkonsum entspricht

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Forschung – Studien/Untersuchungen – Studien – Suchtprävention. http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

IFT Institut für Therapieforschung (2017) ESA. Epidemiological Survey of Substance Abuse. http://www.esa-survey.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Lange C (2016) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015. Persönliche Mitteilung im November 2016, Robert Koch-Institut, Berlin

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Robert Koch-Institut (2017) GEDA. Gesundheit in Deutschland aktuell. http://www.geda-studie.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Robert Koch-Institut (2017) KiGGS. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. http://www.kiggs-studie.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Seitz H & Bühringer G (2010) Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm

3.2 Verbrauch von alkoholischen Getränken

Text

Bundesverband der deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (BSI) (2016) Daten aus der Alkoholwirtschaft 2016. Mit Sonderteil Europa. Bonn

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Verbrauch von alkoholischen Getränken und Tabakwaren. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, alkoholische Getränke und Tabakwaren. http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

World Health Organization (2014) Global status report on alcohol and health 2014. Genf

World Health Organization (2016) Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). http://www.who.int/gho/alcohol/en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Verbrauch von alkoholischen Getränken in Millionen Hektolitern pro Jahr nach Erhebungsjahr und Getränkeart

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Verbrauch von alkoholischen Getränken und Tabakwaren. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, alkoholische Getränke und Tabakwaren. http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Pro-Kopf-Verbrauch verschiedener Getränke im Jahr 2015 in Liter Fertigware

Bundesverband der deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (BSI) (2016) Daten aus der Alkoholwirtschaft 2016. Mit Sonderteil Europa. Bonn

Abbildung: Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter in Litern pro Jahr nach Erhebungsjahr und Getränkeart

World Health Organization (2016) Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH?lang=en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

3.3 Alkoholkonsum bei Erwachsenen – Trends und Getränkearten

Text

Kraus L, Piontek D, Atzendorf J & Gomes de Matos E (2016) Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Sucht 62: 283–294

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf

klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Piontek D, Kraus L, Gomes de Matos E & Atzendorf J (2016) Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015. Sucht 62: 259–269

Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen vom RKI und Destatis. Robert Koch-Institut, Berlin

Abbildung: 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums bei 18- bis 59-jährigen Männern und Frauen in Prozent nach Erhebungsjahr und Geschlecht

Kraus L, Piontek D, Atzendorf J & Gomes de Matos E (2016) Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Sucht 62: 283–294

Abbildung: Durchschnittlicher Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Gramm Reinalkohol pro Tag bei 18- bis 59-jährigen männlichen und weiblichen Konsumenten nach Erhebungsjahr und Geschlecht

Kraus L, Piontek D, Atzendorf J & Gomes de Matos E (2016) Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Sucht 62: 283–294

Abbildung: 30-Tage-Prävalenz für verschiedene Getränkearten (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen, Mixgetränke) bei 18- bis 64-Jährigen in Prozent nach Altersgruppen und Geschlecht

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Abbildung: Trinkmengen verschiedener Getränkearten (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen, Mixgetränke) bei 18- bis 64-jährigen Konsumenten in Litern pro Woche nach Altersgruppen und Geschlecht

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

3.4 Alkoholkonsum bei Erwachsenen – riskanter Konsum

Text

Lange C (2016) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015. Persönliche Mitteilung im November 2016, Robert Koch-Institut, Berlin

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Alter 1995–2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Abbildung: Riskanter Alkoholkonsum bei 18- bis 59-jährigen männlichen und weiblichen Konsumenten der letzten 30 Tage und Kategorisierung entsprechend der Konsummenge (Gramm Reinalkohol/Tag) nach Erhebungsjahr

Piontek D (2017) Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA) 1995–2015. Persönliche Mitteilung am 2. Mai 2017, IFT Institut für Therapieforschung, München

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Alter 1995–2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Abbildung: Riskanter Alkoholkonsum bei Männern (> 20 g Reinalkohol/Tag) und Frauen (> 10 g Reinalkohol/Tag) nach Altersgruppen

Lange C (2016) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015. Persönliche Mitteilung im November 2016, Robert Koch-Institut, Berlin

Abbildung: Riskanter Alkoholkonsum bei Männern (> 20 g Reinalkohol/Tag) und Frauen (> 10 g Reinalkohol/Tag) nach Bundesländern

Lange C (2016) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015. Persönliche Mitteilung im November 2016, Robert Koch-Institut, Berlin

3.5 Alkoholkonsum bei Erwachsenen – alkoholbezogene Störungen

Text

Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E & Piontek D (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter 1995–2012. IFT Institut für Therapieforschung, München

Kraus L, Pabst A, Piontek D & Gomes de Matos E (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980–2012. Sucht 59: 333–345

Kraus L, Pabst A, Piontek D & Müller S (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Sucht 56: 337–347

Kraus L, Piontek D, Atzendorf J & Gomes de Matos E (2016) Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Sucht 62: 283–294

Kraus L, Piontek D, Pabst A & Gomes de Matos E (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Trends substanzbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter: Prävalenz und Hochrechnung 1997–2012. IFT Institut für Therapieforschung, München

Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E & Piontek D (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 59: 321–331

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Alter 1995–2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends des klinisch relevanten Substanzkonsums nach Geschlecht und Alter: Prävalenz und Hochrechnung 1997–2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Abbildung: Trends des episodischen Rauschtrinkens (5 oder mehr Gläser Alkohol an einem Tag) von 18- bis 59-jährigen Konsumenten der letzten 30 Tage nach Geschlecht, Altersgruppen und Erhebungsjahr

Kraus L, Piontek D, Atzendorf J & Gomes de Matos E (2016) Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Sucht 62: 283–294

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Alter 1995–2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends des klinisch relevanten Substanzkonsums nach Geschlecht und Alter: Prävalenz und Hochrechnung 1997–2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Abbildung: Rauschtrinken (6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit) bei Erwachsenen nach Geschlecht, Altersgruppen und Häufigkeit

Lange C (2016) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015. Persönliche Mitteilung im Dezember 2016, Robert Koch-Institut, Berlin

Abbildung: Trends des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach AUDIT in den letzten 12 Monaten bei 18- bis 59-Jährigen nach Geschlecht und Erhebungsjahr

Kraus L, Pabst A, Piontek D & Müller S (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Sucht 56: 337–347

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Alter 1995–2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J & Kraus L (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends des klinisch relevanten Substanzkonsums nach Geschlecht und Alter: Prävalenz und Hochrechnung 1997–2015. IFT Institut für Therapieforschung, München

Abbildung: Trends der Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten bei 18- bis 59-Jährigen nach Geschlecht, Altersgruppen und Erhebungsjahr

Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E & Piontek D (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter 1995–2012. IFT Institut für Therapieforschung, München

Kraus L, Piontek D, Pabst A & Gomes de Matos E (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Trends substanzbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter: Prävalenz und Hochrechnung 1997–2012. IFT Institut für Therapieforschung, München

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

3.6 Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Trends

Text

Orth B & Töppich J (2015) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Orth B (2016) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Abbildung: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums bei 12- bis 25-Jährigen nach Geschlecht, Altersgruppen und Erhebungsjahr

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Abbildung: Alkoholkonsum im Leben, in den letzten 30 Tagen und regelmäßig (mindestens wöchentlich in den letzten 12 Monaten) bei 12- bis 25-Jährigen im Jahr 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Abbildung: Trends der Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums (mindestens wöchentlich in den letzten 12 Monaten) nach Geschlecht, Altersgruppen und Erhebungsjahr

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

3.7 Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Getränkearten

Text

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Entwicklung des Tabak-, Alkohol- und illegalen Drogenkonsums bei 12- bis 25-Jährigen in Prozent der Befragten. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht. Datenquelle: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Häufigkeit des Alkoholkonsums der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Prozent der Befragten. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Getränkeart. Datenquelle: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Müller S, Piontek D, Pabst A, Baumeister SE & Kraus L (2010) Changes in alcohol consumption and beverage preference among adolescents after the introduction of the alcopops tax in Germany. Addiction 105: 1205–1213

Orth B & Töppich J (2015) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Abbildung: Trends des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke (mindestens einmal pro Monat) bei 12- bis 25-Jährigen nach Getränkeart, Geschlecht und Erhebungsjahr

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Entwicklung des Tabak-, Alkohol- und illegalen Drogenkonsums bei 12- bis 25-Jährigen in Prozent der Befragten. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht. Datenquelle: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Konsum verschiedener alkoholischer Getränke (mindestens einmal pro Monat) bei 12- bis 25-Jährigen nach Getränkeart, Geschlecht und Altersgruppen

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Häufigkeit des Alkoholkonsums der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in

Prozent der Befragten. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Getränkeart. Datenquelle: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

3.8 Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – riskanter Konsum

Text

Bundeszentrale für politische Bildung (2016) Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in Zusammenarbeit mit Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin), Bonn, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Datenreport.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Kuntz B, Lange C & Lampert T (2015) Alkoholkonsum bei Jugendlichen – aktuelle Ergebnisse und Trends. GBE kompakt 6(2), Robert Koch-Institut, Berlin

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57: 830–839

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Abbildung: Trends der Verbreitung des riskanten Alkoholkonsums (> 24 g Reinalkohol/Tag, > 12 g Reinalkohol/Tag) bei 12- bis 25-Jährigen nach Geschlecht und Altersgruppen

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Abbildung: Riskanter Alkoholkonsum (innerhalb der letzten 12 Monate), Rauschtrinken (5 oder mehr bzw. 4 oder mehr Gläser Alkohol hintereinander innerhalb der letzten 30 Tage) und häufiges Rauschtrinken (an vier Tagen oder öfter innerhalb der letzten 30 Tage) bei 12- bis 25-Jährigen im Jahr 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Abbildung: Riskanter Alkoholkonsum nach AUDIT-C bei 11- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und Alter

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57: 830–839

3.9 Alkoholkonsum und sozialer Status

Text

Bundeszentrale für politische Bildung (2016) Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in Zusammenarbeit mit Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin), Bonn, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Datenreport.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Alkoholkonsum (Anteil der Befragten in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Bildung. Datenquelle: Gesundheit in Deutschland aktuell – telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA), Robert Koch-Institut, Berlin, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Grittner U, Kuntsche S, Graham K & Bloomfield K (2012) Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. Alcohol Alcohol 47: 597–605

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57: 830–839

Lange C (2016) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015. Persönliche Mitteilung im November 2016, Robert Koch-Institut, Berlin

Lange C, Manz K, Rommel A, Schienkiewitz A & Mensink GBM (2016) Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. Journal of Health Monitoring 1: 2–21

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Abbildung: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums, regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich) und 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens (5 oder mehr bzw. 4 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit) bei 12- bis 25-Jährigen in und außerhalb der Sekundarstufe I nach sozialen Merkmalen

Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016

und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Abbildung: Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken bei 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen nach Sozialstatus

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57: 830–839

Abbildung: Prävalenz des Alkoholkonsums bei Männern und Frauen nach Sozialstatus, Altersgruppen und Menge/Häufigkeit

Lange C (2016) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015. Persönliche Mitteilung im November 2016, Robert Koch-Institut, Berlin

3.10 Durch Alkoholkonsum bedingte Erkrankungen

Text

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Wohnsitz (ICD10-4-Steller, ab 2000). Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gmel G, Shield KD, Frick H & Rehm J (2015) Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. Eur Addict Res 21: 262–272

Abbildung: Krankenhausaufenthalte mit ausschließlich durch Alkohol bedingten Diagnosen bei 15- bis 64-Jährigen nach Geschlecht und Jahr

Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gmel G, Shield KD, Frick H & Rehm J (2015) Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. Eur Addict Res 21: 262–272

Abbildung: Alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte (sämtliche Fälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind) bei 15- bis 64-jährigen Männern und Frauen nach Geschlecht und Erkrankungen

Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gmel G, Shield KD, Frick H & Rehm J (2015) Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. Eur Addict Res 21: 262–272

Abbildung: Krankenhausaufenthalte mit ausschließlich durch Alkohol bedingten Diagnosen bei Jungen/Männern und Mädchen/Frauen (alle Altersgruppen) nach Geschlecht und Bundesland-Wohnsitz

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Wohnsitz (ICD10-4-Steller, ab 2000). Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

3.11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Text

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 für die 10/20/50/100 häufigsten Diagnosen (Fälle, Verweildauer, Anteile). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauerklassen, ICD10. Datenquelle: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, http://www.gbe-bunde.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer. Datenquelle: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, http://www.gbe-bunde.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Fälle je 100 000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, Art der Standardisierung. Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser für Deutschland ab 1994 (Fälle/Sterbefälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, Krankheiten gemäß Europäischer Kurzliste, Verweildauerklassen. Datenquelle: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten

und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Zehn häufigste ICD-10-Diagnosen in Krankenhäusern (ohne Geburten) nach Geschlecht

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 für die 10/20/50/100 häufigsten Diagnosen (Fälle, Verweildauer, Anteile). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauerklassen, ICD10. Datenquelle: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, http://www.gbe-bunde.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Krankenhausdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" (F10) nach Geschlecht und Jahr

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser für Deutschland ab 1994 (Fälle/Sterbefälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, Krankheiten gemäß Europäischer Kurzliste, Verweildauerklassen. Datenquelle: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Krankenhausdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" (F10) bei Jungen/Männern und Mädchen/Frauen mit Wohnsitz in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppen

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100 000 Einwohner (altersstandardisiert), Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10, Art der Standardisierung. Datenquelle: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Krankenhausdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" (F10) bei Jungen und Mädchen im Alter von unter 18 Jahren nach Geschlecht und Bundesland-Wohnsitz

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100 000 Einwohner (altersstandardisiert), Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10, Art der Standardisierung. Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Krankenhausdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" (F10) bei Männern und Frauen im Alter von 18 Jahren und älter nach Geschlecht und Bundesland-Wohnsitz

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100 000 Einwohner (altersstandardisiert), Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10, Art der Standardisierung. Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

3.12 Akute Alkoholvergiftung und Abhängigkeit

Text

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Fälle je 100 000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, Art der Standardisierung. Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Häufigste F10-Diagnosen in Krankenhäusern bei Minderjährigen nach Geschlecht

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Fälle je 100 000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, Art der Standardisierung. Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: In Krankenhäusern diagnostizierte akute Alkoholvergiftungen bei unter 15-Jährigen und 15- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und Altersgruppen

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Fälle je 100 000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, Art der Standardisierung. Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung: Häufigste F10-Diagnosen in Krankenhäusern bei Erwachsenen nach Geschlecht

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Fälle je 100 000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, Art der Standardisierung. Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: In Krankenhäusern diagnostizierte akute Alkoholvergiftungen bei Jungen und Mädchen im Alter von unter 18 Jahren nach Geschlecht und Bundesland-Wohnsitz

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Fälle je 100 000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, Art der Standardisierung. Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: In Krankenhäusern diagnostizierte akute Alkoholvergiftungen bei Männern und Frauen im Alter von 18 Jahren und älter nach Geschlecht und Bundesland-Wohnsitz

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Fälle je 100 000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, Art der Standardisierung. Datenquellen: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

3.13 Durch Alkoholkonsum bedingte Todesfälle

Text

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100 000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Datenquellen: Todesursachenstatistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gmel G, Shield KD, Frick H & Rehm J (2015) Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. Eur Addict Res 21: 262–272

Rommel A, Saß A-C & Rabenberg M (2016) Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen. Journal of Health Monitoring 1: 37–42

Abbildung: Todesfälle aufgrund von ausschließlich durch Alkohol bedingten Erkrankungen bei 15- bis 64-Jährigen nach Geschlecht und Jahr

Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gmel G, Shield KD, Frick H & Rehm J (2015) Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. Eur Addict Res 21: 262–272

Abbildung: Alkoholbedingte Todesfälle (sämtliche Fälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind) bei 15- bis 64-jährigen Männern und Frauen nach Geschlecht und Erkrankungen

Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gmel G, Shield KD, Frick H & Rehm J (2015) Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. Eur Addict Res 21: 262–272

Abbildung: Todesfälle aufgrund von ausschließlich durch Alkohol bedingten Erkrankungen bei Jungen/Männern und Mädchen/Frauen (alle Altersgruppen) nach Geschlecht und Bundesländern

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100 000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Alkoholbedingte Krankheiten. Datenquellen: Todesursachenstatistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, Bonn, Wiesbaden, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

4 Soziale und ökonomische Aspekte des Alkoholkonsums

Foto: © weyo/Fotolia

4.1 Gesellschaftliche Folgen des Alkoholkonsums

Text

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graha K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Österberg E,

Rehm J, Room R & Rossow I (2010) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford University Press, Oxford

Beck A & Heinz A (2013) Alcohol-related aggression – social and neurobiological factors. Dtsch Arztebl Int 110: 711–715

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016) Kenn dein Limit. Promille und Folgen bei Alkohol. http://www.kenn-dein-limit.info/promille-und-folgen.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Room R & Borges G (2012) Attribution of alcohol to violence-related injury: self and other's drinking in the event. J Stud Alcohol Drugs 73: 277–284

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

Rummel C (2010) Alkohol und Gewalt. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Jahrbuch Sucht 10, Neuland-Verlag, Geesthacht

Abbildung: Mögliche Folgen des Alkoholkonsums für Individuen und für die Gesellschaft

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graha K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2010) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford University Press, Oxford

Beck A & Heinz A (2013) Alcohol-related aggression – social and neurobiological factors. Dtsch Arztebl Int 110: 711-715

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

Rummel C (2010) Alkohol und Gewalt. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Jahrbuch Sucht 10, Neuland-Verlag, Geesthacht

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Zusammenhang von Alkoholkonsum und Straf-/Gewalttaten sowie gesellschaftliche Folgen

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graha K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2010) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford University Press, Oxford

Beck A & Heinz A (2013) Alcohol-related aggression – social and neurobiological factors. Dtsch Arztebl Int 110: 711–715

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

Rummel C (2010) Alkohol und Gewalt. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Jahrbuch Sucht 10, Neuland-Verlag, Geesthacht

Abbildung: Wirkung von Alkoholkonsum auf die Fahrtüchtigkeit und Folgen von Alkoholunfällen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016) Kenn dein Limit. Promille und Folgen bei Alkohol. http://www.kenn-dein-limit.info/promille-und-folgen.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2017) Aktionswoche Alkohol. Promille. http://www.aktionswoche-alkohol.de/alkoholverkehr/promillegrenzen (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

4.2 Alkoholeinfluss bei Straftaten

Text

Bundeskriminalamt (2013) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2012. 60. Ausgabe, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundeskriminalamt (2014) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2013. 61. Ausgabe, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundeskriminalamt (2015) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2014. 62. Ausgabe, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundeskriminalamt (2016) Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung – Berichtsjahr 2015. Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundeskriminalamt (2016) Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS). Fachbereich IZ 35, Bundeskriminalamt (BKA), Wiesbaden, https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/pks_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Bundeskriminalamt (2016) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2015. 63. Ausgabe, Version 3.0, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Abbildung: Anteile der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss an allen Tatverdächtigen nach Jahr

Bundeskriminalamt (2013) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2012. 60. Ausgabe, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundeskriminalamt (2014) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2013. 61. Ausgabe, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundeskriminalamt (2015) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2014. 62. Ausgabe, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundeskriminalamt (2016) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2015. 63. Ausgabe, Version 3.0, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Abbildung: Anteile der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss an allen Tatverdächtigen bei ausgewählten Straftaten mit besonders hohen Anteilen nach Jahr

Bundeskriminalamt (2013) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2012. 60. Ausgabe, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundeskriminalamt (2014) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2013. 61. Ausgabe, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundeskriminalamt (2015) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2014. 62. Ausgabe, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundeskriminalamt (2016) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2015. 63. Ausgabe, Version 3.0, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Abbildung: Anteile der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss an allen Tatverdächtigen bei ausgewählten Gewaltdelikten

Bundeskriminalamt (2016) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2015. 63. Ausgabe, Version 3.0, Kriminalistisches Institut, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Abbildung: Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss bei Partnerschaftsgewaltdelikten nach Geschlecht

Bundeskriminalamt (2016) Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung – Berichtsjahr 2015. Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Abbildung: Anteile von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss an allen Tatverdächtigen nach Geschlecht und Altersgruppen

Bundeskriminalamt (2017) Polizeiliche Kriminalstatistik 2015. PKS 2015 – Standard Übersicht Tatverdächtigentabellen. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2015/Standardtabellen/standardtabellenTatverdaechtige.html?nn=51356 (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Bundeskriminalamt (2017) Polizeiliche Kriminalstatistik 2015. PKS 2015 – BKA Übersicht Tatverdächtigentabellen. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2015/BKATabellen/bkaTabellenTatverdaechtige.html?nn=51356 (aufgerufen am 28. Juni 2017)

4.3 Alkoholeinfluss bei Verkehrsunfällen

Text

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden, Getötete und Verletzte unter Alkoholeinfluss (Anzahl und in Prozent), Gliederungsmerkmale: Jahre, Region. Datenquelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle, Statistisches Bundesamt, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Statistisches Bundesamt (2016) Pressekonferenz „Unfallentwicklung auf deutschen Straßen 2015“ am 12. Juli 2016 in Berlin. Statement von Präsident Dieter Sarreither. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2016) Unfallentwicklung auf deutschen Straßen 2015. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 12. Juli 2016 in Berlin. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2016) Verkehr. Verkehrsunfälle 2015. Fachserie 8, Reihe 7, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2016) Verkehrsunfälle. Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr. 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2016) Verkehrsunfälle. Zeitreihen. 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/VerkehrsunfaelleZeitreihen.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Anteil der Alkoholunfälle mit Personenschaden an allen Unfällen mit Personenschaden nach Bundesländern

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden, Getötete und Verletzte unter Alkoholeinfluss (Anzahl und in Prozent), Gliederungsmerkmale: Jahre, Region. Datenquelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle, Statistisches Bundesamt, http://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Statistisches Bundesamt (2016) Verkehrsunfälle. Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr. 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Abbildung: Alkoholunfälle und dabei Verunglückte nach Jahr

Statistisches Bundesamt (2016) Verkehrsunfälle. Zeitreihen. 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/VerkehrsunfaelleZeitreihen.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Alkoholeinfluss als Ursache bei Verkehrsunfällen mit Personenschaden nach Geschlecht und Altersgruppen

Statistisches Bundesamt (2016) Verkehrsunfälle. Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr. 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Abbildung: Verkehrsunfälle mit Personenschaden und Anteil der Alkoholunfälle nach Wochentagen

Statistisches Bundesamt (2016) Verkehr. Verkehrsunfälle 2015. Fachserie 8 Reihe 7, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2016) Verkehrsunfälle. Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr. 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Abbildung: Alkoholunfälle und dabei Verunglückte nach Uhrzeit

Statistisches Bundesamt (2016) Verkehrsunfälle. Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr. 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

4.4 Ausgaben privater Haushalte für den Alkoholkonsum

Text

Statistisches Bundesamt (2016) Statistisches Jahrbuch. Deutschland und Internationales. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2016) Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Aufwendungen privater Haushalte für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren 2013. Fachserie 15, Heft 3, Wiesbaden

Abbildung: Anteilige Aufwendungen privater Haushalte für alkoholische Getränke, alkoholfreie Getränke, Nahrungsmittel und Tabakwaren an den monatlichen Gesamtausgaben für Getränke, Nahrungsmittel und Tabakwaren für Gesamtdeutschland sowie für alte und neue Bundesländer nach Jahr

Statistisches Bundesamt (2016) Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Aufwendungen privater Haushalte für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren 2013. Fachserie 15, Heft 3, Wiesbaden

Abbildung: Anteilige Aufwendungen ausgewählter Haushaltstypen für alkoholische Getränke an den monatlichen Gesamtausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren sowie anteilige Aufwendungen für Bier, Wein und Spirituosen an den monatlichen Gesamtausgaben für alkoholische Getränke nach Haushaltstyp

Statistisches Bundesamt (2016) Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Aufwendungen privater Haushalte für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren 2013. Fachserie 15, Heft 3, Wiesbaden

Abbildung: Anteilige Aufwendungen privater Haushalte für alkoholische Getränke an den monatlichen Gesamtausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren nach Alter der Haupteinkommensperson

Statistisches Bundesamt (2016) Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Aufwendungen privater Haushalte für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren 2013. Fachserie 15, Heft 3, Wiesbaden

Abbildung: Anteilige Aufwendungen privater Haushalte für alkoholische Getränke an den monatlichen Gesamtausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen

Statistisches Bundesamt (2016) Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Aufwendungen privater Haushalte für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren 2013. Fachserie 15, Heft 3, Wiesbaden

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung: Anteilige Aufwendungen privater Haushalte für alkoholische Getränke, alkoholfreie Getränke, Nahrungsmittel und Tabakwaren an den monatlichen Gesamtausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren sowie anteilige Aufwendungen für Bier, Wein und Spirituosen an den monatlichen Gesamtausgaben für alkoholische Getränke nach sozialer Stellung der Haupteinkommensperson

Statistisches Bundesamt (2016) Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Aufwendungen privater Haushalte für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren 2013. Fachserie 15, Heft 3, Wiesbaden

4.5 Kosten des schädlichen Alkoholkonsums für die Gesellschaft

Text

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

Effertz T (2015) Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Habilitationsschrift

Effertz T (2017) Gesundheitskosten von Ehegatten eines Alkoholikers. Persönliche Mitteilung am 16. Februar 2017, Universität Hamburg

Effertz T, Verheyen F & Linder R (2017) The costs of hazardous alcohol consumption in Germany. Eur J Health Econ 18: 703–713

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Folgen des schädlichen Alkoholkonsums und dadurch verursachte Kostenarten

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

Effertz T (2017) Gesundheitskosten von Ehegatten eines Alkoholikers. Persönliche Mitteilung am 16. Februar 2017, Universität Hamburg

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Jährliche direkte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum in Deutschland

Effertz T (2015) Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Habilitationsschrift

Effertz T, Verheyen F & Linder R (2017) The costs of hazardous alcohol consumption in Germany. Eur J Health Econ 18: 703–713

Abbildung: Jährliche indirekte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum in Deutschland

Effertz T (2015) Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Habilitationsschrift

Effertz T, Verheyen F & Linder R (2017) The costs of hazardous alcohol consumption in Germany. Eur J Health Econ 18: 703–713

4.6 Alkoholsteuern

Text

Bundesministerium der Finanzen (2017) Zoll – Verbrauchsteuern. http://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Themen/Zoll/Verbrauchsteuern/verbrauchsteuern.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Generalzolldirektion (2017) Höhe der Alkopopsteuer. http://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Alkopop/alkopop_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Generalzolldirektion (2017) Höhe der Biersteuer. https://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Bier/bier_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Generalzolldirektion (2017) Höhe der Branntweinsteuer. http://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Branntwein/branntwein_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Generalzolldirektion (2017) Höhe der Schaumwein- und Zwischenerzeugnissteuer. http://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/

Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Schaumwein-Zwischenerzeugnisse-Wein/schaumwein-zwischenerzeugnisse-wein_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Höhe der Alkoholsteuern in Deutschland nach Steuerart

Generalzolldirektion (2017) Höhe der Alkopopsteuer. http://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Alkopop/alkopop_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Generalzolldirektion (2017) Höhe der Biersteuer. https://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Bier/bier_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Generalzolldirektion (2017) Höhe der Branntweinsteuer. http://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Branntwein/branntwein_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Generalzolldirektion (2017) Höhe der Schaumwein- und Zwischenerzeugnissteuer. http://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Schaumwein-Zwischenerzeugnisse-Wein/schaumwein-zwischenerzeugnisse-wein_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Entwicklung der Alkoholsteuern in Deutschland seit 1957 in Euro pro Liter (€/l, Biersteuer bei 11 Grad Plato und 4,8 % vol, Schaumweinsteuer bei 11 % vol, Zwischenerzeugnissteuer bei 17 % vol, Branntweinsteuer bei 40 % vol, Alkopopsteuer bei 5,5 % vol) sowie in Euro pro Liter Reinalkohol (€/l A) im Jahr 2017 nach Steuerart

Hofmann (2017) Entwicklung der Verbrauchsteuersätze auf alkoholische Getränke in der Bundesrepublik Deutschland. Persönliche Mitteilung am 23. Februar 2017, Generalzolldirektion, Dresden

Abbildung: Steuereinnahmen durch Verbrauchsteuern

Statistisches Bundesamt (2016) Finanzen und Steuern. Steuerhaushalt 2015. Fachserie 14 Reihe 4, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

5 Alkoholprävention und Therapie der Alkoholabhängigkeit

Foto: © ssoil322/Fotolia

5.1 Strategien zur Alkoholprävention

Text

Bundestag (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 17. Juli 2015. Bundesgesetzblatt Teil I: 1368–1379

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2014) Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft. DHS Stellungnahme, Juni 2014, Hamm

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003) Aktionsplan Drogen und Sucht

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012) Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. 15. Februar 2012

Gesundheitsziele.de (2015) Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“. Gesundheitsziele.de: Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG), Berlin

World Health Organization Regional Office for Europe (2013) Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. Kopenhagen, Dänemark

Abbildung: Gesetzliche Maßnahmen und nationale Strategien der Alkoholprävention in Deutschland seit 1970

Bundestag (1985) Gesetz zum Schutze der Jugend in der Öffentlichkeit (JÖSchG). Bundesgesetzblatt Teil I: 425–430

Bundestag (2015) Gaststättengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. November 1998 (BGBl. I S. 3418), das zuletzt durch Artikel 286 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist.

Bundestag (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 17. Juli 2015. Bundesgesetzblatt Teil I: 1368–1379

Bundestag (2016) Straßenverkehrsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. März 2003 (BGBl. I S. 310, 919), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. November 2016 (BGBl. I S. 2722) geändert worden ist

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003) Aktionsplan Drogen und Sucht

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012) Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. 15. Februar 2012

Die Medienanstalten (2016) Staatsvertrag für Rundfunk und Telemedien (Rundfunkstaatsvertrag – RStV) vom 31. August 1991 in der Fassung des Neunzehnten Staatsvertrages zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge (Neunzehnter Rundfunkänderungsstaatsvertrag) in Kraft seit 1. Oktober 2016

Gesundheitsziele.de (2015) Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“. Gesundheitsziele.de: Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses.

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG), Berlin

Kommission für Jugendmedienschutz & die Medienanstalten (2015) Staatsvertrag über den Schutz der Menschenwürde und den Jugendschutz in Rundfunk und Telemedien (Jugendmedienschutz-Staatsvertrag – JMStV) in der Fassung des Neunzehnten Staatsvertrages zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge (Neunzehnter Rundfunkänderungsstaatsvertrag)

Landtag Baden-Württemberg (2007) Gesetz über die Ladenöffnung in Baden-Württemberg (LadÖG) vom 14. Februar 2007 vom 14. Februar 2007 (GBl. Nr. 4, S. 135); zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 29. Dezember 2015 (GBl. Nr. 25, S. 1184). In Kraft getreten am 1. April 2016

Bundestag (2016) Jugendschutzgesetz (JuSchG) vom 23. Juli 2002 (BGBl. I S. 2730, 2003 I S. 476), geändert durch Artikel 7 Abs. 2 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3007), geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3076), geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Juli 2004 (BGBl. I S. 1857, 2600), geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. Februar 2007 (BGBl. I S. 179, 251), geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 (BGBl. I S. 1595), geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juni 2008 (BGBl. I S. 1075), geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 31. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2149), geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 03. März 2016 (BGBl. I S. 369)

Bundestag (2004) Alkopopsteuergesetz vom 23. Juli 2004 (BGBl. I S. 1857), das durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2221) geändert worden ist

Abbildung: Prinzip der Alkoholprävention

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2014) Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft. DHS Stellungnahme, Juni 2014, Hamm

5.2 Erhöhung von Alkoholsteuern als gesundheitspolitische Maßnahme

Text

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graha K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2010) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford University Press, Oxford

Hofmann (2017) Entwicklung der Verbrauchsteuersätze auf alkoholische Getränke in der Bundesrepublik Deutschland. Persönliche Mitteilung am 23. Februar 2017, Generalzolldirektion, Dresden

Müller S, Piontek D, Pabst A, Baumeister SE & Kraus L (2010) Changes in alcohol consumption and beverage preference among adolescents after the introduction of the alcopops tax in Germany. Addiction 105: 1205-1213

Organisation for Economic Co-operation and Development (2015) Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy. OECD Publishig. DOI:10.1787/9789264181069-en

Schlieckau J (2015) Kompendium der deutschen Alkoholpolitik: Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention. Disserta Verlag, Hamburg

World Health Organization (2010) Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World Health Organization, Genf, Schweiz

World Health Organization Regional Office for Europe (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

World Health Organization Regional Office for Europe (2012) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

World Health Organization Regional Office for Europe (2013) Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

Abbildung: Standardsteuersätze für Bier in der Europäischen Union

European Commission (2017) Excise duties – alcoholic beverages. http://ec.europa.eu/taxation_customs/business/excise-duties-alcohol-tobacco-energy/excise-duties-alcohol/excise-duties-alcoholic-beverages_en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

European Commission (2017) Excise duty tables. Part I – alcoholic beverages. Shows the situation as at 01/01/2017, European Commission, Directorate-General Taxation and Customs Union, Indirect Taxation and Tax Administration, indirect taxes other than VAT, Brüssel, Belgien

Abbildung: Standardsteuersätze für Schaumwein in der Europäischen Union

European Commission (2017) Excise duties – alcoholic beverages. http://ec.europa.eu/taxation_customs/business/excise-duties-alcohol-tobacco-energy/excise-duties-alcohol/excise-duties-alcoholic-beverages_en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

European Commission (2017) Excise duty tables. Part I – alcoholic beverages. Shows the situation as at 01/01/2017, European Commission, Directorate-General Taxation and Customs Union, Indirect Taxation and Tax Administration, indirect taxes other than VAT, Brüssel, Belgien

Abbildung: Standardsteuersätze für Branntwein in der Europäischen Union

European Commission (2017) Excise duties – alcoholic beverages. http://ec.europa.eu/taxation_customs/business/excise-duties-alcohol-tobacco-energy/excise-duties-alcohol/excise-duties-alcoholic-beverages_en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

European Commission (2017) Excise duty tables. Part I – alcoholic beverages. Shows the situation as at 01/01/2017, European Commission, Directorate-General Taxation and Customs Union, Indirect Taxation and Tax Administration, indirect taxes other than VAT, Brüssel, Belgien

5.3 Beschränkungen der Abgabe und Verfügbarkeit von Alkohol

Text

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graha K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2010) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford University Press, Oxford

Bundestag (2015) Gaststättengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. November 1998 (BGBl. I S. 3418), das zuletzt durch Artikel 286 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2015) Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy. OECD Publishig. DOI:10.1787/9789264181069-en

Schlieckau J (2015) Kompendium der deutschen Alkoholpolitik: Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention. Disserta Verlag, Hamburg

World Health Organization Regional Office for Europe (2012) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

World Health Organization Regional Office for Europe (2013) Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

Abbildung: Abgabebeschränkungen für alkoholische Getränke in Deutschland

Bundestag (2015) Gaststättengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. November 1998 (BGBl. I S. 3418), das zuletzt durch Artikel 286 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist

Landtag Baden-Württemberg (2007) Gesetz über die Ladenöffnung in Baden-Württemberg (LadÖG) vom 14. Februar 2007 vom 14. Februar 2007 (GBl. Nr. 4, S. 135); zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 29. Dezember 2015 (GBl. Nr. 25, S. 1184). In Kraft getreten am 1. April 2016

Bundestag (2016) Jugendschutzgesetz (JuSchG) vom 23. Juli 2002 (BGBl. I S. 2730, 2003 I S. 476), geändert durch Artikel 7 Abs. 2 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3007), geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3076), geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Juli 2004 (BGBl. I S. 1857, 2600), geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. Februar 2007 (BGBl. I S. 179, 251), geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 (BGBl. I S. 1595), geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juni 2008 (BGBl. I S. 1075), geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 31. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2149), geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 03. März 2016 (BGBl. I S. 369)

Abbildung: Ladenschlusszeiten und Sperrzeiten für Gaststätten nach Bundesländern

Landtag Baden-Württemberg (2007) Gesetz über die Ladenöffnung in Baden-Württemberg (LadÖG) vom 14. Februar 2007 vom 14. Februar 2007 (GBl. Nr. 4, S. 135); zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 29. Dezember 2015 (GBl. Nr. 25, S. 1184). In Kraft getreten am 1. April 2016

Landtag Berlin (2010) Berliner Ladenöffnungsgesetz (BerlLadÖffG) vom 14. November 2006 (GVBl.S.1045), zuletzt geändert durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Berliner Ladenöffnungsgesetzes vom 13. Oktober 2010 (GVBl. S. 467)

Landtag Bremen (2007) Bremisches Ladenschlussgesetz. Gesamtausgabe in der Gültigkeit vom 01.04.2012 bis 27.07.2015

Landtag Hessen (2006) Hessisches Ladenöffnungsgesetz (HLöG), GVBl. I 2006 S. 606 vom 29.11.2006

Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2007) Gesetz über die Ladenöffnungszeiten für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Ladenöffnungsgesetz – LöffG M-V) vom 18. Juni 2007. Verkündet als Artikel 1 des Gesetzes zur Neuregelung der

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Ladenöffnungszeiten vom 18. Juni 2007 (GVOBl. M-V S. 226) GVOBl. M-V 2007, S. 226

Landtag Saarland (2015) Gesetz über den Ladenschluß in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 2003 (BGBl. I S. 744), das zuletzt durch Artikel 430 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist

Landtag Sachsen (2012) Gesetz über die Gaststätten im Freistaat Sachsen (Sächsisches Gaststättengesetz – SächsGastG) = Artikel 1 des Gesetzes zur Neuordnung des Gaststättenrechts vom 3. Juli 2011. Fassung vom 01.07.2012

Landtag Sachsen-Anhalt (2001) Sperrzeitverordnung – Sperrzeit VO Sachsen-Anhalt. Verordnung über die Festsetzung der Sperrzeit für Schank- und Speisewirtschaften sowie für öffentliche Vergnügungsstätten (Sperrzeit VO) vom 21. Oktober 1991. Stand: letzte berücksichtigte Änderung: §§ 1 und 5 geändert durch Verordnung vom 18. Dezember 2001 (GVBL. LSA S. 589)

Schlieckau J (2015) Kompendium der deutschen Alkoholpolitik: Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention. Disserta Verlag, Hamburg

Abbildung: Mindestalter für den Kauf von Bier, Wein und Spirituosen in Geschäften in der Europäischen Union

World Health Organization Regional Office for Europe (2013) Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

5.4 Werbebeschränkungen für alkoholische Getränke

Text

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graha K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2010) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford University Press, Oxford

Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA) (2014) Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014–2016)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2011) Beobachtung von Alkoholwerbung in Deutschland. AMMIE – Alcohol Marketing Monitoring in Europe. Kurzbericht

Deutscher Werberat (2009) Alkoholhaltige Getränke. Verhaltensregeln des Deutschen Werberats über die kommerzielle Kommunikation für alkoholhaltige Getränke (Fassung von 2009)

Kommission für Jugendmedienschutz & die Medienanstalten (2015) Staatsvertrag über den Schutz der Menschenwürde und den Jugendschutz in Rundfunk und Telemedien (Jugendmedienschutz-Staatsvertrag – JMStV) in der Fassung des Neunzehnten Staatsvertrages zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge (Neunzehnter Rundfunkänderungsstaatsvertrag)

National Foundation for Alcohol Prevention (STAP) (2007) Alcohol marketing in Europe: strengthening regulation to protect young people. Conclusions and recommendations of the ELSA-project. Utrecht, Niederlande

National Foundation for Alcohol Prevention (STAP) (2007) Regulation of alcohol marketing in Europe. ELSA project overview on the existing regulations on advertising and marketing of alcohol. Utrecht, Niederlande

Organisation for Economic Co-operation and Development (2015) Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy. OECD Publishig. DOI:10.1787/9789264181069-en

World Health Organization (2010) Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Genf, Schweiz

World Health Organization (2014) Management of substance abuse. Country profiles 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

World Health Organization Regional Office for Europe (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

World Health Organization Regional Office for Europe (2012) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

Abbildung: Erlaubte Werbemaßnahmen und Werbebeschränkungen für alkoholische Getränke in Deutschland

Bundestag (2016) Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. März 2010 (BGBl. I

S. 254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Februar 2016 (BGBl. I S. 233) geändert worden ist

Bundestag (2016) Jugendschutzgesetz (JuSchG) vom 23. Juli 2002 (BGBl. I S. 2730, 2003 I S. 476), geändert durch Artikel 7 Abs. 2 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3007), geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3076), geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Juli 2004 (BGBl. I S. 1857, 2600), geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. Februar 2007 (BGBl. I S. 179, 251), geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 (BGBl. I S. 1595), geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juni 2008 (BGBl. I S. 1075), geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 31. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2149), geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 03. März 2016 (BGBl. I S. 369)

Die Medienanstalten (2016) Staatsvertrag für Rundfunk und Telemedien (Rundfunkstaatsvertrag – RStV) vom 31. August 1991 in der Fassung des Neunzehnten Staatsvertrages zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge (Neunzehnter Rundfunkänderungsstaatsvertrag) in Kraft seit 1. Oktober 2016

Abbildung: Freiwillige Selbstbeschränkungen der Hersteller, Händler und Importeure bei der Werbung für alkoholische Getränke

Deutscher Werberat (2009) Alkoholhaltige Getränke. Verhaltensregeln des Deutschen Werberats über die kommerzielle Kommunikation für alkoholhaltige Getränke (Fassung von 2009)

Abbildung: Beschränkungen von Marketingmaßnahmen für alkoholische Getränke in der Europäischen Union

Schlieckau J (2015) Kompendium der deutschen Alkoholpolitik: Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention. Disserta Verlag, Hamburg

World Health Organization (2014) Management of substance abuse. Country profiles 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

5.5 Gesetzliche Regelungen zu Alkohol im Straßenverkehr

Text

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graha K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2010) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford University Press, Oxford

Bundesanstalt für Straßenwesen (2010) Alkoholverbot für Fahranfänger. Evaluation der Wirksamkeit. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft M 211

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 22 Absatz 5 des Gesetzes vom 23. Juni 2017 (BGBl. I S. 1693) geändert worden ist

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2010) Fahrerlaubnis-Verordnung vom 13. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1980), die durch Artikel 4 der Verordnung vom 18. Mai 2017 (BGBl. I S. 1282) geändert worden ist

Bundestag (2016) Straßenverkehrsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. März 2003 (BGBl. I S. 310, 919), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. November 2016 (BGBl. I S. 2722) geändert worden ist

Kraftfahrt-Bundesamt (2014) Promille-Grenzwerte (Stand 1.5.2014). https://www.kba.de/DE/Fahreignungs_Bewertungssystem/Promillegrenzwerte/promillegrenzwerte_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Organisation for Economic Co-operation and Development (2015) Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy. OECD Publishig. DOI:10.1787/9789264181069-en

STVA (2017) Medizinisch-Psychologische Untersuchung. http://www.strassenverkehrsamt.de/lokal/heidelberg-%28neckar%29/mpu (aufgerufen am 28. Juni 2017)

World Health Organization Regional Office for Europe (2012) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

World Health Organization Regional Office for Europe (2013) Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

Abbildung: Promillegrenzen und Strafen für Alkohol im Straßenverkehr beim Führen eines Kraftfahrzeugs in Deutschland

Bundestag (2016) Straßenverkehrsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. März 2003 (BGBl. I S. 310, 919), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. November 2016 (BGBl. I S. 2722) geändert worden ist

Kraftfahrt-Bundesamt (2014) Promille-Grenzwerte (Stand 1.5.2014). https://www.kba.de/DE/Fahreignungs_Bewertungssystem/Promillegrenzwerte/promillegrenzwerte_node.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Promillegrenzen für Führer von Kraftfahrzeugen, Fahranfänger und Berufskraftfahrer in der Europäischen Union

World Health Organization Regional Office for Europe (2013) Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

5.6 Beispiele für Suchtprävention für Kinder

Text

Maruska K, Isensee B & Hanewinkel R (2012) Das Unterrichtsprogramm Klasse2000: Effekte auf Substanzkonsum und Gesundheitsverhalten 3 Jahre nach Ende der Intervention. Abschlussbericht

Verein Programm Klasse 2000 e. V. (2017) Jahres- und Wirkungsbericht 2015/2016. http://www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_15-16.pdf (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Klasse2000 | Anzahl der teilnehmenden Schulklassen seit Programmbeginn nach Schuljahr

Verein Programm Klasse 2000 e. V. (2016) Klasse2000. Verbreitung im Schuljahr 2015/16. http://www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/Verbreitung-SJ-15-16.pdf (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Klasse2000 | Verbreitung im Schuljahr 2015/16

Verein Programm Klasse 2000 e. V. (2016) Klasse2000. Verbreitung im Schuljahr 2015/16. http://www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/Verbreitung-SJ-15-16.pdf (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Kinder stark machen | Orte, an denen im Jahr 2016 Veranstaltungen stattfanden, bei denen die Kampagne vertreten war, und „Kinder stark machen"-Paket

Goecke M (2017) Kinder stark machen. Persönliche Mitteilung am 17. März 2017. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

5.7 Beispiele für Alkoholprävention und Aufklärung für junge Menschen

Text

Abbildung: Null Alkohol – Voll Power / Alkohol? Kenn dein Limit | Website-Banner und Plakat

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Alkohol? Kenn dein Limit. http://www.kenn-dein-limit.info (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Null Alkohol – Voll Power. http://www.null-alkohol-voll-power.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015) Drogen- und Suchtbericht. Mai 2015

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016) Drogen- und Suchtbericht. Juni 2016

Goecke M (2017) Null Alkohol – Voll Power. Persönliche Mitteilung am 17. März 2017. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufkärung

Schmitt S (2017) Alkoholpräventionsprogramm „HaLT – Hart am LimiT". Persönliche Mitteilung am 15. August 2017, Villa Schöpflin gGmbH – Zentrum für Suchtprävention

Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention (2017) Überregional – HaLT – Hart am LimiT. http://www.villa-schoepflin.de/halt.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Alkohol? Kenn dein Limit | Orte, an denen im Jahr 2016 Peers unterwegs waren

Goecke M (2017) Alkohol? Kenn dein Limit. Persönliche Mitteilung am 17. März 2017. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufkärung

Abbildung: HaLT – Hart am LimiT | Standorte des Präventionsprogramms

Schmitt S (2017) Alkoholpräventionsprogramm „HaLT – Hart am LimiT". Persönliche Mitteilung am 15. August 2017, Villa Schöpflin gGmbH – Zentrum für Suchtprävention

5.8 Beispiele für Alkoholprävention und Aufklärung für die Gesamtbevölkerung

Text

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Aktionswoche Alkohol 2015. Evaluationsergebnisse

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2017) Die Aktionswoche. Akuelles. Videos zum Schwerpunktthema, http://www.aktionswoche-alkohol.de/die-aktionswoche/aktuelles/meldung/news/videos-zum-schwerpunktthema (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015) Drogen- und Suchtbericht. Mai 2015

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016) Drogen- und Suchtbericht. Juni 2016

Goecke M (2017) Alkohol? Kenn dein Limit. Persönliche Mitteilung am 17. März 2017. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufkärung

Abbildung: Alkohol? Kenn dein Limit | Ziele der Kampagne sowie Aufbau und Inhalte des Informationsportals

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Alkohol? Kenn dein Limit. https://www.kenn-dein-limit.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Aktionswoche Alkohol | Materialien: Logo mit Motto und Ausschnitte aus Plakaten zum Schwerpunktthema 2017 „Kein Alkohol unterwegs“

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2017) Aktionswoche Alkohol. http://www.aktionswoche-alkohol.de/die-aktionswoche (aufgerufen am 28. Juni 2017)

5.9 Beispiele für Alkoholprävention während der Schwangerschaft

Text

Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung (2016) Jahresbericht 2016 der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. nach dem Social Reporting Standard (2014)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Alkohol? Kenn dein Limit. In der Schwangerschaft. Warum es jetzt und in der Stillzeit wichtig ist, auf Alkohol zu verzichten. https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schwangerschaft-und-stillzeit (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Familienplanung.de. Schwangerschaft. Die Schwangerschaft. Das Baby vor Gefahren schützen. Alkohol und Schwangerschaft. http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/das-baby-vor-gefahren-schuetzen/alkohol (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Alkohol in der Schwangerschaft. DHS Factsheet

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016) Drogen- und Suchtbericht. Juni 2016

Stiegler A, Abele H & Batra A (2016) IRIS – an internet based intervention as a suitable path to addictive substance use prevention and counselling in pregnancy? Beneficiary profiles and user satisfaction. Geburtshilfe Frauenheilkd 76: 1163–1171

Batra A (2017) IRIS. Persönliche Mitteilung am 3. März 2017. Universitätsklinikum Tübingen

Abbildung: IRIS | Ablauf des Online-Programms

Batra A (2017) IRIS. Persönliche Mitteilung am 3. März 2017. Universitätsklinikum Tübingen

Stiegler A, Abele H & Batra A (2016) IRIS – an internet based intervention as a suitable path to addictive substance use prevention and counselling in pregnancy? Beneficiary profiles and user satisfaction. Geburtshilfe Frauenheilkd 76: 1163–1171

Abbildung: Ausschnitte aus dem Flyer „Schwanger! Mein Kind trinkt mit“ der Ärztlichen Gesellschaft für Gesundheitsförderung e.V.

Ärztliche Gesellschaft für Gesundheitsförderung e.V. (2015) Schwanger! Mein Kind trinkt mit. Flyer

5.10 Beispiele für Alkoholprävention an Hochschulen und in Betrieben

Text

Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH (2016) Prev@WORK. Ein Programm zur Suchtprävention im betrieblichen und überbetrieblichen Kontext

Laging M, Heidenreich T, Ganz T & Braun M (2016) Online-Prävention substanzbezogener Störungen bei Studierenden. Forschungsprojekt im Rahmen der Förderlinie „Prävention von riskantem Substanzkonsum unter Studierenden“ des Bundesministeriums für Gesundheit. Sachbericht

Schmidt A (2017) Persönliche Mitteilung am 27. Februar 2017. Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH

Tossmann P, Soellner R, Bräker A, Helle M, Jonas B, Oliver-Vollmer C & Türk R (2015) Abschließender Sachbericht zum Bundesmodellprojekt Prävention von riskantem Substanzkonsum bei Studierenden (PräviS). Hildesheim und Berlin

Abbildung: Dein Masterplan | Screenshots vom Internetportal

Delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH & Minax Intermedia GmbH & Co. KG (2017) Dein Masterplan. https://dein-masterplan.de (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: ISPI | Soziale-Normen-Ansatz

Helmer S & Zeeb H (2013) Internetbasierte soziale Normen Intervention zur Prävention von Substanzkonsum von Studierenden. Statusgespräch „Substanzmissbrauch bei Studierenden“,

Leibnitz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS)

Abbildung: Prev@WORK | Konzept des Suchtpräventionsprogramms

Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH (2016) Prev@Work. Ein Programm zur Suchtprävention im betrieblichen und überbetrieblichen Kontext. Berlin

5.11 Therapie der Alkoholabhängigkeit

Text

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-SUCHT) (2016) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register Nr. 076-001, Stand: 28. Februar 2016

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkohol. Basisinformationen. 12., aktualisierte Auflage, Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2016) Jahrbuch Sucht 16. Pabst Science Publishers, Lengerich

Probst C, Manthey J, Martinez A & Rehm J (2015) Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. Subst Abuse Treat Prev Policy 10: 32

Rehm J, Allamani A, Elekes Z, Jakubczyk A, Manthey J, Probst C, Struzzo P, Della Vedova R, Gual A & Wojnar M (2015) Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. BMC Fam Pract 16: 90

Singer M, Batra A & Mann K (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Abbildung: Anteile der alkoholabhängigen Patienten, die eine Behandlung in Anspruch nehmen

Rehm J, Allamani A, Elekes Z, Jakubczyk A, Manthey J, Probst C, Struzzo P, Della Vedova R, Gual A & Wojnar M (2015) Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. BMC Fam Pract 16: 90

Abbildung: Barrieren, aufgrund derer trotz der aktuellen Diagnose Alkoholabhängigkeit keine Behandlung in Anspruch genommen wird

Probst C, Manthey J, Martinez A & Rehm J (2015) Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. Subst Abuse Treat Prev Policy 10: 32

Abbildung: Therapie der Alkoholabhängigkeit

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-SUCHT) (2016) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register Nr. 076-001, Stand: 28. Februar 2016

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Alkoholabhängigkeit. 6. Auflage, Februar 2015, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm

Abbildung: Schematische Darstellung des Verlaufs von Entgiftung und Entzugssymptomen

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-SUCHT) (2016) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register Nr. 076-001, Stand: 28. Februar 2016

5.12 Beratungs- und Therapieangebote

Text

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

(DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-SUCHT) (2016) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register Nr. 076-001, Stand: 28. Februar 2016

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Alkohol? Kenn dein Limit. Alkoholkonsum, Abhängigkeit, Behandlung und Therapie, Schritt 4: Die Nachsorge. Die Basis für ein neues Leben. http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/die-nachsorge (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Alkohol? Kenn dein Limit. Alkoholkonsum, Abhängigkeit, Behandlung und Therapie. Die Entwöhnung. Das Leben ohne Alkohol neu lernen. http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/die-entwoehnung (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Alkohol? Kenn dein Limit. Alkoholkonsum, Abhängigkeit, Behandlung und Therapie. Nüchtern werden, nüchtern bleiben. http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2017) Einrichtungssuche. http://www.dhs.de/einrichtungssuche.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2017) Suchtstoffe/-verhalten. Alkohol. http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/alkohol.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Fachverband Sucht e. V. (2017) Hinweise zu Beratungs- und Behandlungsangeboten. http://www.sucht.de/2_2_hinweise_m.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Spohr H-L (2016) Das Fetale Alkoholsyndrom. De Gruyter, Berlin/Boston

Abbildung: Phasen der Therapie der Alkoholabhängigkeit und zuständige Einrichtungen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017) Alkohol? Kenn dein Limit. Alkoholkonsum, Abhängigkeit, Behandlung und Therapie. Nüchtern werden, nüchtern bleiben. http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Fachverband Sucht e. V. (2017) Hinweise zu Beratungs- und Behandlungsangeboten. http://www.sucht.de/2_2_hinweise_m.html (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Suchtberatungsstellen und Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland im Jahr 2017

Brodd A (2017) Suchtberatungsstellen und Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland. Persönliche Mitteilung am 2. März 2017. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

6 Alkoholkonsum in der Europäischen Union und dessen Folgen

Foto: © DaveLongMedia/iStock

6.1 Alkoholkonsum von Erwachsenen in der Europäischen Union

Text

Eurostat (2014) Health determinants. Alcohol consumption. Frequency of heavy episodic drinking by sex, age and educational attainment level. http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Global Health Observatory data repository (2016) Recorded alcohol per capita consumption, from 2000, last update: May 2016, http://apps.who.int/gho/data/view.main.52160 (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Organisation for Economic Co-operation and Development & European Commission (2016) Health at a glance: Europe 2016 – state of health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris. DOI:10.1787/9789264265592-en

Abbildung: Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol (Bier, Wein/Schaumwein, Spirituosen und andere alkoholische Getränke; insgesamt) der Bevölkerung der Europäischen Union im Alter von 15 Jahren und älter in Litern pro Jahr

World Health Organization (2016) Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Recorded alcohol per capita consumption, from 2000. Last update: May 2016. http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1026?lang=en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Häufigkeit des schweren episodischen Trinkens (Rauschtrinken) bei Männern in der Europäischen Union

Eurostat (2014) Health determinants. Alcohol consumption. Frequency of heavy episodic drinking by sex, age and educational attainment level. http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Häufigkeit des schweren episodischen Trinkens (Rauschtrinken) bei Frauen in der Europäischen Union

Eurostat (2014) Health determinants. Alcohol consumption. Frequency of heavy episodic drinking by sex, age and educational attainment level. http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

6.2 Alkoholkonsum von Jugendlichen in der Europäischen Union

Text

Eurostat (2014) Health determinants. Alcohol consumption. Frequency of alcohol consumption by sex, age and educational attainment level. http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Eurostat (2014) Health determinants. Alcohol consumption. Frequency of heavy episodic drinking by sex, age and educational attainment level. http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Häufigkeit des Konsums alkoholischer Getränke bei Jungen und Mädchen in der Europäischen Union

Eurostat (2014) Health determinants. Alcohol consumption. Frequency of alcohol consumption by sex, age and educational attainment level. http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Häufigkeit des schweren episodischen Trinkens (Rauschtrinken) bei Jungen in der Europäischen Union

Eurostat (2014) Health determinants. Alcohol consumption. Frequency of heavy episodic drinking by sex, age and educational attainment level. http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Häufigkeit des schweren episodischen Trinkens (Rauschtrinken) bei Mädchen in der Europäischen Union

Eurostat (2014) Health determinants. Alcohol consumption. Frequency of heavy episodic drinking by sex, age and educational attainment level. http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database (aufgerufen am 28. Juni 2017)

6.3 Folgen des Alkoholkonsums in der Europäischen Union

Text

World Health Organization (2016) Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Harms and consequences. Morbidity. Alcohol-related road traffic crashes (%) by country. http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1108?lang=en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

World Health Organization (2016) Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Harms and consequences. Mortality. Alcohol-attributable fractions, all-cause deaths (%) by country, http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1091?lang=en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Anteil der Verkehrsunfälle in Ländern der Europäischen Union, bei denen bei mindestens einem der Beteiligten Alkoholkonsum festgestellt wurde, an allen Verkehrsunfällen

World Health Organization (2016) Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Harms and consequences. Morbidity. Alcohol-related road traffic crashes (%) by country. http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1108?lang=en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Alkoholbedingte Todesfälle bei Männern in der Europäischen Union

World Health Organization (2016) Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Harms and consequences. Mortality. Alcohol-attributable fractions, all-cause deaths (%) by country, http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1091?lang=en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

Abbildung: Alkoholbedingte Todesfälle bei Frauen in der Europäischen Union

World Health Organization (2016) Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Harms and consequences. Mortality. Alcohol-attributable fractions, all-cause deaths (%) by country, http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1091?lang=en (aufgerufen am 28. Juni 2017)

DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Alkohol ist in geringen Mengen genossen zwar gesundheitlich wenig bedenklich, in größeren Mengen konsumiert schädigt er aber viele Organe des Körpers und ist ein bedeutender Risikofaktor für die Entstehung der häufigsten Todesursachen: Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs und Typ-2-Diabetes. Ein übermäßiger Alkoholkonsum ist außerdem häufig eine Ursache für Unfälle und Gewalttaten. Insgesamt verursacht der Alkoholkonsum daher großes menschliches und gesellschaftliches Leid.

Der Alkoholatlas Deutschland 2017 gibt erstmals in einem übersichtlichen Gesamtwerk einen umfassenden Überblick über alkoholische Getränke, die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf den Körper und die Folgen für die Gesellschaft. Er fasst die aktuellsten Daten zum Alkoholkonsum zusammen und verdeutlicht die regionalen Unterschiede im Konsum und die daraus resultierenden regional unterschiedlich hohen Zahlen alkoholbedingter Erkrankungen und Todesfälle. Gleichzeitig zeigt er mögliche Maßnahmen und aktuell durchgeführte Aktivitäten zur Prävention des riskanten Alkoholkonsums auf.

Der Alkoholatlas Deutschland 2017 bietet mit seinen anschaulichen Grafiken und Karten und den kurzen, prägnanten Texten vielschichtige Informationen. Er ist ein leicht verständliches und ansprechendes Handbuch für politische Entscheidungsträger, Journalisten, Angehörige aller Gesundheitsberufe und Lehrende.

ISBN 978-3-95853-334-9

PABST

www.pabst-publishers.de

9 783958 533349 >