



Jürgen Schlieckau

Kompendium der deutschen Alkoholpolitik

Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen
brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention

disserta
Verlag

Schlieckau, Jürgen: Kompendium der deutschen Alkoholpolitik: Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention. Hamburg, disserta Verlag, 2015

Buch-ISBN: 978-3-95425-988-5

PDF-eBook-ISBN: 978-3-95425-989-2

Druck/Herstellung: disserta Verlag, Hamburg, 2015

Covermotiv: pixabay.com

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Mit einem Vorwort von Rolf Hüllinghorst,
Vorstandsmitglied IOGT International, Sachberater Alkoholpolitik,
Guttempler in Deutschland, Kuratoriumsmitglied Synanon, Berlin

Mit 23 Abbildungen, 17 Tabellen,
3 Exkursen, 2 Synopsen und einem Fallbeispiel.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Diplomica Verlag GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© disserta Verlag, Imprint der Diplomica Verlag GmbH
Hermannstal 119k, 22119 Hamburg
<http://www.disserta-verlag.de>, Hamburg 2015
Printed in Germany

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur den Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung bzw. Onlineveröffentlichung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, Fachinformationen zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Autor macht sich die Meinungen der zitierten Quellen und Autoren ausdrücklich nicht zu Eigen und überlässt es dem Leser, diese zu bewerten.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

Hinweis: Im folgenden Text wurde zur besseren Lesbarkeit auf die Verwendung der weiblichen Formen verzichtet, die jeweils unter der männlichen Form subsumiert wurden.

Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Es liegen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation vor.

Ich danke meiner Frau für ihre unendliche Geduld,
als ich mich mit diesem Buch beschäftigte.

Referenzen für copyright-geschütztes Material fremder Autoren

Das Buch enthält einige Übersetzungen aus dem Englischen ins Deutsche von Babor et al., sowie Abbildungen und Tabellen aus den Werken anderer Autoren, die im Folgenden gesondert kenntlich gemacht werden:

Aus dem Buch

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingstone, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I. Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy. 2nd edition, Oxford: Oxford University Press, 2010.

Chapter „Global structure and strategies of the alcohol industry“

- Page 80 / Box 5.2 „Brasil and the Latin American market“,
- Page 81 / Box 5.3 „Russia“,
- Page 83 / Box 5.5 „China“.

This tables have been translated from Alcohol: No Ordinary Commodity (Babor et al., 2010), by permission of the authors. Oxford University Press holds the copyright for the English version.

Aus dem Werk

World Health Organization (WHO)(2011). Global status report on alcohol and health.

- Page 4 / Figure 1 „Alcohol consumption 2005“.

Aus dem Buch

World Health Organization (WHO); DIMDI (2005). ICF.

- Page 21 / Figure „The bio-psycho-social model of components of health.“

Aus dem Buch

Susann Hößelbarth, Jens M. Schneider, Heino Stöver (Hrsg.)(2013). „Kontrollierter Kontrollverlust“. Jugend – Gender – Alkohol. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Auszüge aus dem Kapitel „Der Paternalismus-Streit in der Alkoholpolitik – Antithese zu Alfred Uhls Paternalismuskritik“ von Jürgen Schlieckau.

- Auszüge aus den Seiten 107-140.

Aus der Internetpräsenz

Verband deutscher Mineralbrunnen e.V. (VDM) 2014; in: www.vdm-bonn.de/index.php?eID=tx_naw_secured1&u=0&file, sowie www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_aid=48597821&p_uid=gast&p_sprache=D&p_knoten=FID&p_suchstring=11545#fid11540=fileadmin/user_upload/Mineralwasserfakten/Marktdaten/Flyer_Zahlen_Fakten_2013.pdf&t=1412623062&hash=b5106bdf505f4fe9ccf7e539f0983cacfb76b7b2, aufgerufen am 10.11.2014.

- Daten der Privatwirtschaft (VDM) in Abbildung 7 und Tabelle7 dargestellt

Aus der Broschüre

HaLT-Projekt (2007). InfoLetter No. 3, August 2007. In: www.halt-projekt.de/.

- Abbildung „HaLT-Kooperationspartner im proaktiven Bereich“,
- Abbildung „HaLT-Kooperationspartner im reaktiven Bereich“.

Alle genannten Quellen wurden mit freundlicher Genehmigung der jeweiligen Autoren und Verlage in diesem Kompendium abgedruckt.

Vorwort

Es ist immer wieder eine Herausforderung, ein Vorwort für ein Buch zu schreiben. Auf der einen Seite sind es viele Seiten, die gelesen werden müssen, und auf der anderen Seite wird davon ausgegangen, dass man alles versteht, kennt und weiß. Denn das ist ja die Voraussetzung, um in einem Vorwort das vorliegende Werk einordnen und beschreiben zu können. Das vorliegende Buch von Jürgen Schlieckau *„Kompendium der deutschen Alkoholpolitik – Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention“* macht vor allen Dingen deutlich, dass die Sorge um die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen durch Alkoholkonsum berechtigt, aber auch nicht einfach zu lösen ist. Der Ruf nach immer mehr Prävention (bei anderen) trifft es nur ansatzweise. Wenn wir Kindern und Jugendlichen wirklich helfen wollen, ist eine stringente Alkoholkontrollpolitik das einzige Mittel.

Das wiederum findet in unserer Gesellschaft nur wenig Unterstützer. Noch immer wird das eigene (Konsum-)Verhalten als Maßstab genommen, und immer wieder fällt der Normalbürger auf all die Beteuerungen der Alkoholwirtschaft und der mit ihr verbundenen Dienstleister herein.

Deshalb ist das dargestellte Paradox (S. 111), dass die am häufigsten eingesetzten alkoholpolitischen Massnahmen nicht die effektivsten, sondern die populärsten sind und andererseits die am wenigsten eingesetzten alkoholpolitischen Massnahmen zwar die effektivsten, jedoch die unpopulärsten sind, eine Folie, auf der alle Kapitel des Buches gelesen werden können.

Die Aussage der derzeitigen Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler, *„Rückgänge beim Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum unter Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren zeigen, dass wir in der Drogen- und Suchtpolitik richtig aufgestellt sind. Die ausgewogene Ausrichtung auf Massnahmen zur Prävention, Beratung und Hilfe, Schadensminimierung und gesetzlicher Regulierung zur Angebotsreduzierung ist erfolgreich. Wir haben in Deutschland gute Angebote in der Prävention und Behandlung von Suchterkrankten. Das Ziel der Drogen- und Suchtpolitik ist, wirksame und bewährte Ansätze fortzuführen sowie frühzeitig auf neue Herausforderungen zu reagieren.“* ist nicht falsch, aber absolut nicht ausreichend, um die vom Autor aufgezeigten Probleme in unserer Gesellschaft auch nur ansatzweise zu bewältigen.

Dieses Buch zeichnet sich dadurch aus, dass es konsequent Stellung nimmt. Wenn Probleme gelöst werden sollen, ist Folgendes zu tun – so kann man es lesen. Das ist es aber nicht alleine. Man kann das Buch auch benutzen, um eine Risikodiskussion zu führen, denn der Autor berichtet nicht einseitig, sondern er lässt die Fakten sprechen. Evidenzbasiert auf der einen Seite und Erfahrungswissen auf der anderen Seite, politische Aussagen auf dieser und juristische Bewertungen auf der anderen Seite.

Man könnte auch sagen: Die Fakten über die alkoholbedingten Probleme und Folgeschäden in unserer Gesellschaft sind hinreichend bekannt. Auch die zu ergreifenden Massnahmen sind bekannt. Es fehlt der politische Gestaltungswille, der durch eine fast schon menschenverachtend zu nennende Lobbyarbeit von Produzenten, Händlern und Marketing klein gehalten oder verhindert wird.

Natürlich gibt es im Buch auch eine Diskussion darüber, wie weit ein Staat seine Bürgerinnen und Bürger vor Schaden zu bewahren hat bzw. wie weit die persönliche Verantwortung reicht, in die sich der Staat nicht einzumischen hat. Die Argumente sind vielfältig, so dass der

Leser genügend Argumente für sein persönliches, verbandliches oder politisches Handeln finden kann.

Deutlich wird, dass auch für eine umfängliche, wirksame Alkoholpolitik eine ethische Fundierung erforderlich ist. Immer wieder wird deutlich, dass diese ethische Fundierung in erster Linie in der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen zu begründen ist, die Alkoholprobleme in einem Ausmass haben, das den meisten Menschen in unserem Land nicht bekannt ist.

Eines meiner Bücher, die ich wie einen Schatz hüte, ist ein Bericht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) über eine internationale Tagung zu Alkoholproblemen im Jahre 1964 in Frankfurt. Sully Ledermann stellte dort erstmals seine These vor, dass es eine konstante Verteilung der Alkoholprobleme auf der Basis des Pro-Kopf-Konsums in einer Gesellschaft gebe. Jens-Ole Skog kam später auf einer anderen Rechenbasis auf das gleiche Ergebnis.

Worum geht es also? Wir wissen, dass die Schäden in einer Gesellschaft umso höher sind, je mehr Alkohol getrunken wird. Deshalb ist der Pro-Kopf-Konsum ein ganz wichtiger Gradmesser, und deshalb ist es das Ziel aller alkoholpolitischen Massnahmen, den Pro-Kopf-Konsum zu senken.

In Deutschland (und Westeuropa) geht dieser Indikator zurück, liegt aber immer noch auf einem zu hohen Niveau. Die Schäden sind immens und die gesellschaftliche Kosten-Nutzen-Rechnung ist nach wie vor negativ.

Gerade deshalb ist dieses Buch so wichtig. Fakten, die in diesem Umfang nur hier zusammengetragen sind, Wertungen, die konsequent die Benachteiligten im Auge haben und Ziele, die gemeinsam zu erreichen sind. Engagiert und überzeugend dargestellt – eigentlich muss nur noch gehandelt werden. Der Weg ist klar – aber doch noch weit.

Bielefeld, 11.12.2014

Rolf Hüllinghorst

Vorstandsmitglied IOGT International; Sachberater Alkoholpolitik, Guttempler in Deutschland; Kuratoriumsmitglied Synanon, Berlin; von 1990 bis 2009 Geschäftsführer Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e. V.

Danksagung

Die Beiträge zur aktuellen alkoholpolitischen Situation in den Schwellenländern wären nicht entstanden ohne die Genehmigung der Autoren [Thomas F. Babor et al.](#) und des Verlages [Oxford University Press](#) zur Reproduktion und Übersetzung aus dem Englischen von Teilen des Kapitels „*Global structure and strategies of the alcohol industry*“ aus dem Buch „*Alcohol. No ordinary commodity. Research and public policy. Second edition*“ von 2010. Ich danke dem [Fachhochschulverlag](#) in Frankfurt am Main und Herrn Prof. Ulrich Stascheit für die freundliche Genehmigung, Teile meines 2013 veröffentlichten Beitrages „*Der Paternalismus-Streit in der Alkoholpolitik – Antithese zu Alfred Uhls Paternalismuskritik*“ aus dem Buch „*Kontrollierter Kontrollverlust. Jugend – Gender – Alkohol.*“ von Susann Höselbarth, Jens M. Schneider und Prof. Heino Stöver, für die Erstellung des Kapitels zu ethischen Aspekten reproduzieren zu dürfen. Ich danke der [Weltgesundheitsorganisation](#) (WHO) in Genf für die freundliche Genehmigung, zwei Abbildungen aus Originalveröffentlichungen der WHO reproduzieren zu dürfen. Ich habe dem [GRIN Verlag](#), München, der größten deutschen Self-Publishing-Plattform für akademische Texte, zu danken für die Erlaubnis, Teile meiner Buchveröffentlichung „*Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen und evidenzbasierte Alkoholkontrollpolitik*“ aus dem Jahr 2010 für dieses Buch völlig neu bearbeiten und reproduzieren zu dürfen. Mein Dank geht an Frau [Gisela Michalowski](#) von [fasd Deutschland](#) für ihre Informationen und kritischen Hinweise zu FASD, an Frau [Heidi Kuttler](#) vom [HaLT-Projekt](#) für die freundliche Genehmigung des Abdrucks zweier Abbildungen zum HaLT-Projekt und an Frau [Heidi Schilberg](#), die mir wertvolle Kontakte vermittelt hat. Herrn [Arne Lashlee](#) danke ich für seine fachlichen Hinweise zur Thematik Alkoholmissbrauch im Sportbereich. Das [Statistische Bundesamt](#) hat mir mit der gegebenen Möglichkeit der Reproduktion von bereits veröffentlichtem statistischen Material und Abbildungen sehr die Arbeit am Kapitel zur Epidemiologie erleichtert. Dem [Verband Deutscher Mineralbrunnen e.V.](#) (VDM) sei gedankt für die freundliche Genehmigung des Abdrucks aktueller statistischer Daten aus der Mineralwasserwirtschaft. Der [Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen](#) (DHS) und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bin ich wegen der über zwei Jahrzehnte erfahrenen Anregungen und Information zur Alkoholpolitik, sowie für die Genehmigung der Nutzung diverser Abbildungen und Textzitate ebenfalls zutiefst zu Dank verpflichtet. Ich danke ganz besonders Herrn [Rolf Hüllinghorst](#) für das von ihm verfasste Vorwort, vor allem aber für seinen unermüdlichen und verdienstvollen Einsatz für die Suchtkrankenhilfe in Deutschland, für die er eine politisch wichtige Stimme ist. Allen anderen Sucht- und Präventionsexperten, Weggefährten und Freunden, die im Zusammenhang mit dieser Publikation keine Erwähnung fanden, mein herzlicher Dank für Ihre stete Aufmerksamkeit und ihren Rat. Herrn [Malte Groß](#) vom [Diplo-mica-Verlag](#) möchte ich für seinen Rat und die freundliche Begleitung des Buchprojektes danken.

Ich möchte nicht zuletzt [meiner Frau Michaela](#) danken für ihre ‚Engels-Geduld‘. Ohne ihren nicht selbstverständlichen Verzicht auf gemeinsam verbrachte Lebenszeit wäre die Arbeit an diesem Buch nicht möglich gewesen.

Großenkneten-Ahlhorn

Jürgen Schlieckau

Inhalt

Vorwort	1
Danksagung	3
Teil I – Einführung	10
1. Warum braucht Deutschland eine Alkoholkontrollpolitik?	11
2. Evidenzbasierte Forschung	18
2.1 Was bedeutet „Evidenz“ bei wissenschaftlichen Studien?	18
2.2 Recherchemöglichkeiten in der Forschungsliteratur zur Alkoholkontrollpolitik	19
3. Begriffsdefinitionen	22
3.1 Begriff „Jugend“	22
3.2 Begriffe „Alkoholrausch“ und „Rauschtrinken“	23
3.3 Begriffe „Komatrinken“, „Kampftrinken“ und „Kofferraumsaufen“	24
3.4 Begriff „Binge drinking“	25
3.5 Begriff „Akute Alkoholvergiftung“	28
3.6 Begriffe „risikoarmer Alkoholkonsum“ und „riskanter Alkoholkonsum“	29
3.7 Begriff „Alkoholkontrollpolitik“	29
3.8 Begriff „Paternalismus“	30
3.9 Präventionsbegriffe	30
4. Ethische Aspekte der Alkoholforschung und Alkoholkontrollpolitik und Präventionstheorien	36
4.1 Menschenbild und ethische Aspekte	36
4.2 Antithesen zu Alfred Uhl’s Paternalismuskritik	37
4.3 Präventionstheorien	44
4.4 Politikfolgenabschätzung	46
5. Kultursoziologische Aspekte des Alkoholkonsums	51
5.1 Trinkkulturen	51
5.2 Alkohol als „Kulturgut“? – Von der Kultur des Wegsehens zur Kultur des Hinschauens	52
6. Ausgewählte historische und aktuelle Beispiele der Alkoholkontrollpolitik	56
6.1 <u>Historische Beispiele der Alkoholkontrollpolitik in vier entwickelten Industriestaaten</u>	56
6.2 USA	57
6.3 Norwegen	58
6.4 Schweden	61
6.5 Finnland	64
6.6 Zusammenfassung	67
6.7 <u>Synopse 1: Alkoholkontrollpolitik in den USA, Norwegen, Schweden und Finnland</u>	69

6.8	<u>Aktuelle Beispiele der Alkoholkontrollpolitik in fünf Schwellenländern</u>	70
6.9	Estland	71
6.10	Türkei	72
6.11	Russische Föderation	73
6.12	China	75
6.13	Brasilien	77
7.	Wirtschaftspolitische, juristische und gesundheitspolitische Aspekte der Alkoholkontrollpolitik	80
7.1	Internationale Abkommen in der globalen und europäischen Alkoholpolitik	80
7.2	Alkohollobbyismus und Alkoholmarketing in der globalen und europäischen Alkoholpolitik	81
7.3	Regulierung des Wettbewerbs von Großunternehmen	85
7.4	Globale Alkoholkontrollpolitik	87
7.5	Europäische Alkoholkontrollpolitik	93
7.6	Förderung von Präventionsprojekten zur Alkoholprävention durch die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (GD SANCO)	96
7.7	<u>Exkurs 1</u> : Review zur Regulation des Marktes für Alkopops in Europa	96
7.8	Deutsche Alkoholkontrollpolitik	99
7.9	<u>Exkurs 2</u> : Review zur weiteren Entwicklung im Marktsegment der Alkopops nach Einführung der Alkopopsondersteuer 2004	103
7.10	<u>Exkurs 3</u> : Diskussion alkoholpolitischer Massnahmen am Beispiel des Schutzes der deutschen Jugend vor bier- und weinhaltigen Premix-Getränken (RTD)	112
7.11	<u>Synopse 2</u> : Gesundheitspolitischen Aussagen zur Prävention in deutschen Parteiprogrammen (2007 bis 2014)	118
7.12	Zitate von Politikerinnen und Politikern zur Alkoholpolitik	122
	Teil II – Epidemiologie	124
8.	Sozialwissenschaftliche Aspekte der Alkoholforschung und -prävention	125
8.1	Epidemiologie des Alkoholmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen	125
8.2	Eine Risikodiskussion	129
8.3	Risikogruppen von Kindern und Jugendlichen für Alkoholmissbrauch	129
8.4	Risikofaktoren für Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter	131
8.5	Früher Beginn des Alkoholkonsums und das Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen	132
8.6	Funktionen des Alkoholkonsums im Kindes- und Jugendalter	136
9.	Medizinische Aspekte der Alkoholforschung und -prävention	140
9.1	Alkoholmissbrauch	140
9.2	Alkoholabhängigkeit	141

Teil III – Strategien und Interventionen der Alkoholkontrollpolitik	148
10. Strategien und Interventionen der Alkoholkontrollpolitik	149
10.1 <u>Verhältnispräventive Massnahmen</u>	152
<u>A. Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol</u>	153
10.2 Senkung des Pro-Kopf-Verbrauchs von Alkohol	159
10.3 Rationierung von Alkohol	163
10.4 Reduzierung des Rauschtrinkens	166
10.5 Begrenzung der Öffnungszeiten von Alkoholverkaufsstellen	170
10.6 Örtlich, zeitlich und situativ begrenzte Alkoholverkaufsverbote	179
10.7 Alkoholverkaufsverbot an Tankstellen, Flug- und Fährhäfen	183
10.8 Beschränkung der Dichte von Alkoholverkaufsstellen	189
10.9 Lizenzierung von Alkoholverkaufsstellen / Garantenpflicht	191
10.10 Staatliches Einzelhandelsmonopol für Alkohol	194
10.11 Branntweinmonopol	197
10.12 Verbraucherschutz bei schwarz gehandeltem Alkohol	200
10.13 Beobachtung und Überwachung des Abbaus alkoholassoziierter Störungen durch die Bundesländer	204
<u>B. Massnahmen gegen Alkohol im Straßenverkehr</u>	209
10.14 Niedrige BAK-Grenzen	210
10.15 Verdachtsunabhängige Kontrollen im Straßenverkehr	213
10.16 Entzug der Fahrerlaubnis	217
10.17 Medizinisch-Psychologische Untersuchung	221
10.18 Stufenfahrerlaubnis	225
10.19 Mitfahrprogramme und „Wer fährt?“-Programme	228
<u>C. Erhöhung von Alkoholverbrauchsteuern und Alkoholpreisen</u>	231
10.20 Erhöhung der Alkoholverbrauchsteuern	232
10.21 Harmonisierung der Alkoholverbrauchsteuern	244
10.22 Erhöhung der Alkoholpreise: Fixpreise, Mindestpreisregeln	249
<u>D. Massnahmen gegen Alkoholwerbung</u>	254
10.23 Verbot der Alkoholwerbung und Jugendmedienschutz	255
10.24 Gegenwerbung	262
<u>E. Verbraucherschutz beim Erwerb von Alkohol</u>	264
10.25 Verschärfung der Bestimmungen der Gaststättengesetze	265
10.26 Verbot von Flatrate- und Sondertarifen bei Alkohol	270
10.27 Verbot des Automatenverkaufs und Internethandels von Alkohol	273
10.28 Warnhinweise auf Trinkbehältnissen und Verpackungen von alkoholischen Getränken	276
10.29 Schulung der Geschäftsführer und des Verkaufspersonals	279
10.30 Kassenwarnsysteme	284
10.31 Jugendschutzkontrollen, Ausweiskontrollen	287
10.32 Testkäufe von Alkohol durch Minderjährige	293
<u>F. Settingbezogene Verhältnisprävention</u>	300
10.33 Punktnüchternheit	301
10.34 Ärztefortbildung (Setting Arztpraxis)	306
10.35 Früh- und Kurzintervention in Arztpraxen und Krankenhäusern	

	(Settings Arztpraxis und Krankenhaus)	309
10.36	Kein Alkohol in der Schwangerschaft / Senkung der FASD-Fälle!	313
10.37	Gesundheitsfördernde KiTas und Schulen (Settings KiTa und Schule)	326
10.38	Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Suchthilfe (Setting Jugendhilfe)	331
10.39	Betriebliche Suchtprävention (Setting Betrieb)	336
10.40	Zusammenarbeit von Altenhilfe und Suchthilfe (Setting Altenhilfe)	342
10.41	Unterstützung der Suchtselbsthilfe (Setting Suchtselbsthilfe)	346
10.42	Schulung von Sportübungsleitern (Setting Sportverein)	351
10.43	Gemeindemobilisierung, lokale Alkoholpolitik (Setting Gemeinde)	354
10.44	Stadtentwicklungsplanung / Quartiersmanagement (Setting Gemeinde)	361
10.45	Strategien zur Änderung von Einstellungen zum Alkoholkonsum und von sozialen Normen	363
	<u>F. Verhaltenspräventive Massnahmen</u>	366
	<u>A. Zielgruppenübergreifende Massnahmen</u>	367
10.46	Information, Aufklärungskampagnen, Social Media	368
10.47	Handlungsempfehlungen für den risikoarmen Alkoholkonsum	371
10.48	Media advocacy	375
10.49	Förderung alkoholfreier Veranstaltungen	379
	<u>B. Zielgruppenspezifische Massnahmen</u>	382
10.50	Alters-, gender- und zielgruppenspezifische Prävention	383
10.51	Elternerziehungsprogramme (Setting Familie)	387
10.52	Familienorientierte Ansätze (Setting Familie)	392
10.53	Unterstützung suchtbelasteter Familien (Setting Familie)	396
10.54	Informations-, affektiv-, alternativ-, resilienz- und normativ-orientierte Schulpräventionsprogramme (Setting Schule)	400
10.55	Lebenskompetenztraining (Setting KiTa und Schule)	404
10.56	Peer-to-peer-Programme und Mentorenprogramme (Setting Schule)	408
10.57	Gewaltprävention (Settings Schule, Jugendhilfe, Rehabilitation und Jugendhaft)	411
10.58	Kurzintervention	418
10.59	Interaktive internetbasierte Programme (Settings Schule und Universität)	425
10.60	Personalisierte webbasierte Feedbacks (Setting Universität)	427
	<u>C. Suchtberatung und Suchtbehandlung</u>	429
10.61	Suchtberatung (Setting Beratung)	430
10.62	Suchtbehandlung (Setting Medizinische Rehabilitation)	433
10.3	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	444
10.3.1	Zusammenfassung der Ergebnisse für verhältnispräventive Massnahmen	455
10.3.2	Zusammenfassung der Ergebnisse für verhaltenspräventive Massnahmen	465
10.3.3	Diskussion der Ergebnisse	470
10.4	Ausblick	477

Anhang		483
1	Häufig gestellte Fragen (Frequently Asked Questions, FAQ)	484
2	Internationale, europäische und nationale Organisationen, Behörden, NGO's/NRO's, Netzwerke, Bündnisse und Projekte zur Alkoholpolitik (Public Health-Bereich)	491
3	Deutsche Verbände der Suchtkrankenhilfe	509
4	Best practice-Beispiele der Alkoholprävention in Deutschland	514
5	Alkohol-Maßeinheiten	518
6	Glossar	520
7	Abkürzungsverzeichnis	522
8	Tabellen- und Synopsenverzeichnis	527
9	Abbildungsverzeichnis	528
10	Autorenverzeichnis	529
11	Sachverzeichnis	535
12	Verzeichnis der themenbezogenen Websites	540
13	Verzeichnis der Zeitschriften- und Periodika nach Verlagsstandorten	553
14	Literaturverzeichnis	565
Der Autor		853

Teil I – Einführung

1. Warum braucht Deutschland eine Alkoholkontrollpolitik?

Die Arbeit mit jungen Abhängigkeitskranken ist eine sehr sinnvolle und wertvolle Tätigkeit. Deshalb macht es auch jeden Tag Freude, sich für diese Menschen einzusetzen, die unter einem Mangel leiden, der u. a. zu Suchtstörungen geführt hat. Es macht Freude, ihnen einen guten Ort zu bieten und ihre positiven Entwicklungsschritte während der Behandlung in der Klinik zu beobachten.

Was bewegt einen Pädagogen und Sozialtherapeuten einer Suchtklinik, der doch mit dieser beruflichen Tätigkeit voll ausgelastet ist eigentlich dazu, sich mit der komplexen Thematik der Alkoholkontrollpolitik zu beschäftigen? - Die Antwort ist denkbar einfach: Es ist notwendig, den Diskurs über die deutsche Alkoholpolitik auf breiter Basis zu führen. Denn eine gute Alkoholpolitik, die ihren Namen verdient, kann nach heutigem Kenntnisstand einen Teil der Menschen davor bewahren, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln. Sie kann andere Menschen zum Teil davor bewahren, einen übermässigen Alkoholkonsum zu betreiben. In der Summe könnte es in Zukunft in Deutschland viel weniger alkoholassoziierte Schäden geben, als dies heute der Fall ist. Am interessantesten aber sind jene alkoholpolitischen Fragen, die von Politikern nicht gestellt werden.

Das allgemeine Desinteresse an der Problematik des Alkoholmissbrauchs steht in einem eigentümlichen Missverhältnis zur hohen gesellschaftlichen Schadensbilanz durch Alkohol. Dass Alkohol abhängig machen kann, wissen zwar die meisten, aber wie hoch die gesundheitlichen Risiken durch den Konsum von Alkohol wirklich sind, wird häufig nicht gewusst oder verdrängt. Alkoholkontrollpolitik ist notwendig wegen der hohen Prävalenz alkoholbezogener Folgen und der hohen Morbidität und Mortalität durch Alkoholkonsum.

Die Bedeutung der nicht übertragbaren Krankheiten nimmt global zu; dabei spielen Tabak und Alkohol eine große Rolle, besonders bei Männern. Abhängigkeitserkrankungen gehören in Deutschland zu den am meisten verbreiteten gesundheitlichen Störungen. Alkoholabhängigkeit steht nach Tabakabhängigkeit und Bluthochdruck an dritter Stelle der vermeidbaren Störungen.

„Kein anderes Konsumgut, nicht einmal Tabak, hat so viele negative Auswirkungen auf den Körper“¹.

Alkohol und Tabak werden von zehnmal mehr Menschen konsumiert, als alle illegalen Drogen zusammengenommen. Die mit Alkoholkonsum assoziierten Störungen verursachen in der deutschen Bevölkerung immenses Leid und führen letztlich zu einem bedeutenden Verlust von Lebensjahren.

Die meisten Schäden durch Alkohol könnten, wie gesagt, vermieden werden, wenn es gelänge, den Gesamtalkoholkonsum, also den durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum, zu senken. Damit wäre jeder Alkoholkonsument, gleich welchen Alters, Adressat bevölkerungsbezogener Präventionsmassnahmen. Und viele Bürger werden dafür Verständnis zeigen, wenn sie sachgerecht informiert und aufgeklärt werden. Neben der Höhe des Gesamtalkoholkonsums sind die Trinkkonsummuster für alkoholassoziierte gesundheitliche und soziale Probleme

¹ Babor et al. 2005, 35, vgl. Leung 1986.

me bedeutsam². Exzessiver Alkoholkonsum und Rauschtrinken sind besonders problematisch.

Auch für das Rauschtrinken gilt der Satz, den die frühere Bundesdrogenbeauftragte Marion Caspers-Merk (SPD) wiederholt geäußert hat:

„Auf internationaler Ebene wird darüber diskutiert, dass es mehr Sinn macht, von weichen und harten Konsummustern zu reden, als von weichen und harten Drogen.“³

In Ländern mit steigender Kaufkraft steigt auch der Alkoholkonsum. Noch immer sind die Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums in der Gesamtbevölkerung nicht genügend bekannt, und Alkoholkonsum wird häufig bagatellisiert. Die Tabak- und Alkoholhersteller verfolgen eine stringente Absatzsteigerungspolitik. „*Sie üben Druck auf Regierungen aus, strikte Alkoholpolitik aufzuweichen.*“⁴ Die World Health Assembly, das oberste Entscheidungsgremium der WHO sowie die Generalversammlung der UNO haben 2010 alle Mitgliedsländer dazu aufgerufen, dem schädlichen Alkoholkonsum mehr Aufmerksamkeit zu schenken und effektive Massnahmen gegen Alkohol zu ergreifen. Die Zuständigkeiten für die einzelstaatliche Alkoholpolitik in der EU liegen aber hauptsächlich bei den EU-Mitgliedstaaten (Subsidiaritätsprinzip). Und die Alkoholkontrolle in Deutschland ist bisher schlecht mit öffentlichen Gesundheitsinteressen abgestimmt.

Eingedenk dessen, dass durch eine hoch evidenzbasierte Alkoholpolitik die absolute Häufigkeit der Abhängigkeitserkrankungen, aber auch die Häufigkeit der negativen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums bei nicht alkoholabhängigen Menschen wahrscheinlich auf etwa die Hälfte verringert werden könnte, könnten gesundheitliche Störungen, damit verbundenes Leid und der Verlust von Lebensjahren in Zukunft zum Teil vermieden werden. Deshalb lohnt es sich auch, den Blick von der individuumszentrierten Perspektive auf den bevölkerungsbezogenen Ansatz zu lenken. Die Aufgabe, das umfassende, von der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Kommission und Alkoholforschern vertretene Public Health-Ziel „*Verringerung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung*“ zu erreichen, ist weitreichender und wirkt im Ergebnis nachhaltiger, als die isolierte Arbeit an Teilproblemen. Mit evidenzbasierter Alkoholkontrollpolitik kann einer viel größeren Anzahl von Mitmenschen schneller geholfen werden, als „nur“ mit medizinischer Rehabilitation bei der Minderheit von Abhängigkeitskranken - muss Suchtprävention sich aber an den Standards der evidenzbasierten Medizin orientieren oder eigene Kriterien für Evidenzbasiertheit entwickeln?

Die Behinderung von Entwicklung und die Entstehung von Störungen kann vermieden werden, wenn der Gesundheitsförderung und Prävention ein höherer Stellenwert in der Politik zugemessen wird. Das bedeutet in aller Konsequenz, dass die aktuellen ‚Verhältnisse‘ verändert werden müssen. Die global gut vernetzte Alkoholindustrie muss reguliert werden. Sie macht gegenwärtig in boomenden Alkoholmärkten in verschiedenen Weltregionen, insbesondere in den sog. Schwellenländern, hohe Gewinne. Damit gewinnt sie immer mehr Durchsetzungskraft für ihre Absatzinteressen. In Abwandlung des alten Slogans „*Keine Macht den Drogen*“ (KMDD) müsste der Slogan also heißen: „*Keine Macht den (globalen)*

² Babor et al. 2005, 66 und 100.

³ www.cannabislegal.de/medien/artikel/akz/caspersmerk.htm. Aufgerufen am 23.11.2014; ähnlich in: www.welt.de/print-welt/article308722/Gefaehrlicher-Trend-zum-Koma-Trinken-bei-Jugendlichen.html. Aufgerufen am 23.11.2014.

⁴ Bartsch 2011, 27. In: www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/Fachkonferenz_2011/Bartsch_final.pdf. Aufgerufen am 15.11.2014.

Alkoholkonzernen“ (KMDA). Der Slogan würde mit dieser Änderung m.E. auch glaubwürdiger und nachvollziehbarer werden. Suchtprävention ist in Deutschland nach wie vor noch nicht gesetzlich verankert. Der aktuell vorliegende Entwurf des neuen deutschen Präventionsgesetzes greift aber inhaltlich viel zu kurz, wie dies die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), andere Suchtverbände und andere Suchtexperten ebenfalls kritisiert haben. Da Alkoholpolitik eine Querschnittsaufgabe der Politik ist, ist es an der Zeit, das Ressortdenken vieler Politikebenen und -bereiche aufzugeben zugunsten „vernetzten Denkens“ über die Politikebenen und Ressortgrenzen hinweg.

Alkoholkonsum ist schon in der mittleren Adoleszenz weit verbreitet. Das Phänomen des frühen kindlichen und jugendlichen Rauschtrinkens kann nicht getrennt von den aktuellen Rahmenbedingungen der Gesellschaft betrachtet werden. Es gibt enge Zusammenhänge zwischen dem Rauschtrinken von Jugendlichen und Erwachsenen, der Haltung der Bürgerinnen und Bürger zum Alkoholkonsum, der praktizierten Alkoholkontrollpolitik und der zunehmenden marktliberalen Ökonomisierung aller Bereiche der Gesellschaft. Alkohol, chemisch eigentlich *Ethylalkohol* (C₂H₅OH), ist ein Zellgift, aber auch eine in Deutschland gesellschaftlich weitgehend akzeptierte Alltagsdroge. Diese Tatsache macht es heute so schwierig, der Öffentlichkeit die Notwendigkeit evidenzbasierter *alkoholpolitischer* Massnahmen verständlich zu machen. Internationale Handelsabkommen, Alkoholwirtschaft, Alkoholpolitik und Public Health bilden einen gefährlichen Cocktail, denn die verschiedenen Player, die darin involviert sind, verfolgen durchaus unterschiedliche und sich widersprechende Ziele. Es besteht einerseits die Möglichkeit, dass zahlreiche alkoholpolitische Massnahmen intensiviert und/oder besser aufeinander abgestimmt werden. Andererseits werden vom Staat ausdrücklich nur neue Ansätze durch Forschungsgelder finanziert; begonnene Forschung oder bereits vorhandene bewährte Ansätze werden nicht weiter finanziert. Forschungsergebnisse können in der praktischen Politik von Nutzen sein. Doch auch die Forschungsfragen, Studiendesigns und die Beachtung wissenschaftlicher Gütekriterien in den Studien müssen einer kritischen Durchsicht unterzogen werden. Schließlich kommt es neben dem Erkenntnisgewinn aus Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung auf deren Berücksichtigung in der Politik und Präventionspraxis und insgesamt auf den Nutzen für die Menschen und das Gemeinwohl an. Babor et al. konstatieren:

„Der Unterschied zwischen guter und schlechter Alkoholpolitik ist nicht abstrakt, sondern oft eine Frage von Leben oder Tod“⁵.

„No excuses!“ - Es ist keine Zeit mehr für Entschuldigungen, denn es ist seit vielen Jahren bekannt, welche alkoholpolitischen Strategien gut wirken. Alkoholpolitische Massnahmen sind zwar konsensbedürftig; die Politik sollte aber auf allen Ebenen für Massnahmen mit den höchsten Evidenzstärken zur Reduktion sowohl des Pro-Kopf-Konsums, wie des jugendlichen Alkoholkonsums werben. Sie sollte diese konsequent umsetzen, um den Gesundheits-, Kinder- und Jugendschutz besser als bisher gewährleisten zu können. Nicht nur der Autor vertritt die These, dass dies im Bereich der Verhältnisprävention bisher noch sehr unzureichend geschah. Auf der Basis einer klaren und quellengestützten Argumentation und nachvollziehbarer Praxisbeispiele werden dafür Belege geliefert. Weil es sich um eine globale Problematik handelt, werden ausgewählte Aspekte und Interdependenzen der internationalen, europäischen und deutschen Alkoholforschung und -politik dargestellt. Vier historische und

⁵ Babor et al. 2005, 277.

fünf aktuelle Beispiele sollen verschiedene Aspekte und Trends der Alkoholkontrollpolitik veranschaulichen: Die Prohibition in den USA, die Alkoholkontrollpolitik der skandinavischen Staaten Norwegen, Schweden und Finnland und die gegenwärtige Alkoholkontrollpolitik in Estland, in der Türkei, in der russischen Föderation, in China sowie in Brasilien und auf dem lateinamerikanischen Alkoholmarkt. Moderne evidenzbasierte Präventionsmassnahmen werden als alkoholpolitische Handlungsstrategien aufgezeigt. Die verschiedenen Strategien und Instrumente der Alkoholkontrollpolitik werden in diesem Buch erstmals in einer Gesamtschau ausführlich diskutiert unter Angabe

- nachgewiesener Evidenz,
- vorliegender Meta-Studien,
- weiterer Studien,
- zuständiger Adressaten,
- Zahlen, Daten und Fakten,
- maßgeblicher Gesetze,
- Verordnungen,
- Gerichtsentscheide,
- sonstiger Massnahmen,
- der aktuellen alkoholpolitischen Realität.

In einer Zusammenfassung werden

- Zielgruppen,
- Evidenz,
- Kosten der Umsetzung und
- aktueller Realisierungsgrad der Massnahmen

dargestellt. Die Ergebnisse der beiden Bände von Babor et al. (2003 und 2010) fanden in diesem Buch besondere Berücksichtigung.

Wenn über das komplexe Thema Jugend und Alkohol diskutiert wird, geschieht dies teilweise recht emotional. In den Medien wird das Rauschtrinken allzu oft effektiv als Problem bei Jugendlichen präsentiert, obwohl es in allen Altersstufen praktiziert wird und Schäden hervorruft. In der Debatte um das Rausch- und Komatrinken von Jugendlichen hilft eine Dramatisierung oder Bagatellisierung der alkoholassoziierten Störungen nicht weiter. Eine sachgerechte Information und Diskussion der Risiken des Alkoholkonsums ist notwendig. Es geht in der Konsequenz auch nicht um Verbote oder Eingriffe in Persönlichkeitsrechte, sondern vielmehr um Hilfen, Schutz vor vermeidbaren alkoholassoziierten Schäden und Schadensminimierung (Harm reduction) durch eine zielführende Regulation des Alkoholmarktes. In der Literatur besteht hohe Übereinstimmung darin, dass mit Nachdruck durchgesetzte politische Massnahmen gegen Produktion, Marketing und Verkauf von alkoholischen Getränken eine größere primärpräventive Public Health-Wirkung entfalten können, wesentlich schneller greifen und wesentlich kostengünstiger sind, als Massnahmen der Verhaltensprävention, die auf die Alkoholkonsumenten zielen. Ein Mensch könnte ohne Wirbelsäule nicht leben, eine Schildkröte ohne Panzer wohl ebenso wenig. Die Verhaltensprävention braucht in Analogie zu diesem zugegeben drastischen Vergleich den robusten Rahmen der Verhältnisprävention. Das setzt jedoch voraus, dass die Umsetzung der verhältnispräventiven Massnahmen auch ausreichend und konsequent kontrolliert wird. Wegen der Unterschiede in den politischen Zielen und Strategien hinsichtlich legaler und illegaler Substanzen wird in Deutschland vorzugsweise der Begriff „Drogen- und Suchtpolitik“ verwendet.

„Die bevölkerungsweit wirkungsvollste Prävention setzt bei den Strukturen und Verhältnissen an und ist zudem nicht teuer. Verhältnispräventive Massnahmen erfordern von Bund, Ländern und Gemeinden in der Regel keine oder nur geringfügige finanzielle Investitionen. Massnahmen dieser Art haben sich sowohl in Deutschland als auch international als besonders wirksam bei der Reduzierung alkoholbedingter Schäden erwiesen, auch und gerade bei Jugendlichen. Daher empfehlen WHO und Europäischer Rat den Regierungen dringend, verhältnispräventive Massnahmen in ihre Präventionsstrategien aufzunehmen. Alkoholpolitik darf die Verhältnisprävention nicht außer Acht lassen.“⁶

⇒ Deshalb braucht Deutschland eine Alkoholkontrollpolitik mit dem starken Rahmen evidenzbasierter Verhältnisprävention.

Dieses Buch beschreibt den aktuellen Stand der Umsetzung alkoholpolitischer Massnahmen in Deutschland. Gerade auch in Deutschland vernachlässigte bzw. fehlende Massnahmen zur Reduktion alkoholassoziierter Störungen werden genannt.

Ziel des Buches ist die Förderung eines tieferen Verständnisses für die Alkoholkontrollpolitik in Deutschland mit ihren Voraussetzungen und Rahmenbedingungen und die Förderung einer neuen „Kultur des Hinschauens“. Zielgruppen sind vor allem Politiker, aber auch Verwaltungsbeamte, Juristen, Verbandsvertreter, Praktiker in Schule, Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchthilfe, Altenhilfe und Medizin und interessierte Bürger.

Einerseits soll im ersten und zweiten Teil des Buches ein Überblick über den aktuellen Diskussionsstand zum Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen und zur evidenzbasierten Alkoholkontrollpolitik gegeben werden. Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung für eine evidenzbasierte Alkoholprävention werden vorgestellt, aus denen sich Grundlagen für alkoholpolitische Entscheidungen ergeben können. Neue Erkenntnisse der Alkoholforschung und neue Entwicklungen im Bereich der Alkoholkontrollpolitik (bis zum 30.11.2014) finden in diesem Werk Berücksichtigung. Insgesamt werden 62 Strategien zur Verhältnis- und Verhaltensprävention systematisch im dritten und mit Abstand längsten Teil des Buches dargestellt. Die Forschung zu einzelnen Massnahmen ist unterschiedlich weit gediehen.

Andererseits folgt ein Appell: Die Politik wird nachdrücklich zur Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in konkretes politisches Handeln aufgefordert, denn viele effektive Massnahmen sind noch nicht adäquat in die Praxis umgesetzt worden. - Das geht noch besser, meine Damen und Herren Politiker!

Das Buch bietet als Nachschlagewerk (Kompendium) eine immense Fülle an aktuellen Informationen. Es folgt zwar der Logik *vom Allgemeinen zum Besonderen* bzw. nähert sich der Thematik aus verschiedenen fachwissenschaftlichen Perspektiven, ist aber *modular* aufgebaut, so dass jeder Abschnitt und jedes einzelne Kapitel prinzipiell auch unabhängig vom Rest des Buches gelesen werden können. So ist dem Leser die größtmögliche Autonomie und Flexibilität bei der Nutzung des Werkes gegeben. Der Anhang dieser Publikation ist sehr umfangreich gehalten. Er soll über Verzeichnisse der aktuellen Fachliteratur, Fachzeitschriften, Internetlinks, Adressen und Organisationen die weitere Recherche vereinfachen.

⁶ Bartsch, G (2010). Vorwort. In: Schlieckau, J (2010a). Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen und evidenzbasierte Alkoholkontrollpolitik. Über die hohe Bedeutung der Verhältnisprävention. München: GRIN-Verlag. 4.

Die Lektüre des Buches könnte sich lohnen, wenn sie dem Leser dazu verhilft, einige evtl. verinnerlichte Alkoholmythen, Stereotype und Halbwahrheiten kritisch zu reflektieren. Denn Mythen wie: „*Der Staat verdient an Alkoholsteuern*“, „*Die Schweden sind eine Nation von Alkoholikern, weil sie auf den Fähren exzessiv Alkohol trinken*“ oder „*Ein paar Gläser Alkohol sind doch nicht schädlich*“, basieren auf der relativen Uninformiertheit der Bürger und fördern eher die viel beklagte „*Kultur des Wegschauens*“. Sie bewahren den Status Quo in der Alkoholpolitik und verhindern einen Paradigmenwechsel in der Haltung zum Alkohol.

Dieses Werk ist ohne Interessenkonflikte, ohne finanzielle Unterstützung und unabhängig von Meinungen und Einflussnahmen Dritter, sozusagen völlig korruptionsfrei, entstanden. Der Autor möchte Anregungen geben zur kritischen Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Alkoholpolitik in Deutschland und wünscht viel Spass bei der Lektüre!

Der Autor.

2. Evidenzbasierte Alkoholforschung

2.1 Was bedeutet „Evidenz“ bei wissenschaftlichen Studien?

In diesem Buch ist viel die Rede von „evidenzbasierten“ Präventionsstrategien. Das Wissen darüber ist entstanden auf der Basis von gut angelegten wissenschaftlichen Studien mit hoher „Evidenz“-stärke. „Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“⁷. Gemäß der Empfehlung des Europarates von 2002, basierend auf den Guidelines von AHPCR 1995 und SIGN 1999 und nach dem Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) werden wissenschaftliche Studien nach vier „Evidenz“-stärken in „Evidenz“-klassen bewertet⁸:

Tabelle 1: „Evidenz“-stärken von wissenschaftlichen Studien

- Ia: "Evidenz" aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien (RCTs).
- Ib: "Evidenz" aufgrund mindestens eines RCT.
- Ila: "Evidenz" aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung.
- Ilb: „Evidenz" aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie.
- III: "Evidenz" aufgrund einer gut angelegten, nicht-experimentellen deskriptiven Studie (z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studien).
- IV: "Evidenz" aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertengremien, Konsensuskonferenzen und oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten.

Der Bezug zur Empfehlung wird i. d. R. nach 3 Empfehlungsklassen vorgenommen:

- A) Empfehlung ist belegt durch schlüssige Literatur von insgesamt guter Qualität, die mindestens einen RCT enthält ("Evidenz"-klassen Ia, Ib),
- B) Empfehlung ist allgemein begründet durch gut durchgeführte nicht-randomisierte klinische Studien ("Evidenz"-klassen Ila, Ilb, III),
- C) Empfehlung ist belegt durch Berichte / Meinungen von Expertengremien, Konsensuskonferenzen und oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten; weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin ("Evidenz"-klasse IV).

Ein Konsens ist vorhanden, wenn mindestens 75% der Teilnehmer zustimmen. Stimmen weniger als die Hälfte der Teilnehmer zu, liegt kein Konsens vor⁹. Die Konsensusstärke in Konsensuskonferenzen ist dann stark, wenn mindestens 95% der Teilnehmer zustimmen.

⁷ Deutsches Cochrane-Zentrum, Jüngling 2014.

⁸ Sackett et al. 1996, SIGN 1999, ÄZQ 2000, Europarat 2002.

⁹ Hoffmann et al. 2004, 986.

Eine alternative Klassifizierung von fünf Evidenzstärken bietet das Oxford Centre of Evidence-based Medicine.

Tabelle 2: „Evidenz“-stärken von wissenschaftlichen Studien

- 1A: Systematische Reviews von RCT
- 1B: Einzelne RCT
- 2A: Systematische Reviews von Kohortenstudien
- 2B: Einzelne Kohortenstudien und RCT
- 2C: Outcome Research niedriger Qualität
- 3A: Systematische Reviews von Fall-Kontrollstudien
- 3B: Einzelne Fall-Kontrollstudien
- 4: Fallserien, Kohortenstudien und Fall-Kontrollstudien schlechter Qualität
- 5: Reine Expertenmeinungen, Laborbeobachtung, theoretische Annahmen.

Die Bewertung erfolgt über GSWG-Checklisten¹⁰.

Leider sind viele klinische Untersuchungen und Behandlungsangebote immer noch nicht hinreichend „evidenzbasiert“ und in der Fachliteratur sowie auf Kongressen und Fachtagungen lediglich als Expertenmeinungen publiziert. Dennoch sind solche Präventionsansätze und Therapien akzeptabel, solange es noch keine Untersuchungen, Präventionsansätze und Behandlungsformen mit höherer Evidenzstärke, Wirksamkeit und Effektivität gibt. Gray konstatiert, *“The absence of excellent evidence does not make evidence-based decision-making impossible; what is required is the best evidence available, not the best evidence possible”*¹¹. Andererseits wird mitunter kritisch gefragt, wo die Grenzen der Evidenzbasierung beispielsweise in der Suchtbehandlung liegen: *“Wie ‘evidenzbasiert’ kann ganzheitliche Therapie sein?”*¹². Auch Alfred Uhl kritisiert, dass es *“in sehr vielen komplexen Bereichen des Lebens auch mit großem Aufwand nicht möglich ist, zu sachlich fundierten, intersubjektiv gültigen und finale Urteilen zu gelangen”*¹³.

2.2 Recherchemöglichkeiten in der Forschungsliteratur

Um sich dem Phänomen des Rauschtrinkens wissenschaftlich zu nähern, empfiehlt sich zunächst der Blick in die einschlägige Forschungsliteratur, die immer noch stark us-amerikanisch dominiert ist. Forschungsarbeiten können über verschiedene Suchsysteme gezielt recherchiert werden. Forschungsarbeiten zur Alkoholprävention und -politik finden sich über folgende Datenbanken:

BIOSYS Previews, CCMed, Cochrane Library-CDSR, Cochrane Library-Central, DAHTA, Derwent Drug File, Deutsches Ärzteblatt, EMBASE, ETHMED, GLOBAL Health, Gms, Hogrefe Verlagsdatenbank und -Volltexte, IPA, KARGER-Verlagsdatenbank, Krause & Pachernegg Verlagsdatenbank, MEDIKAT, MEDLINE, NHS Economic Evaluation Database, NHS-CDR-HTA, NHS-CRD-DARE, PsycINFO, PSYINDEX, SciSearch, Social SciSearch, SOMED, Thieme-Verlagsdatenbank, Thieme Verlagsdatenbank PrePrint und PubMed mit folgenden Suchbegriffen in Englisch und Deutsch:

CT Alcohol Abuse, CT Alcohol Misuse, CT Alcohol Dependency, CT Binge drinking, Alcopops, alcoholic beverages, Malternatives, Flavoured malt beverages (FMB), Ready-to-drinks, Alco-

¹⁰ German Scientific Working Group Technology Assessment for Health Care.

¹¹ Gray 2001.

¹² Titel der 101. Wissenschaftlichen Jahrestagung des buss e.V..

¹³ Uhl 2014.

hol Abuse, Alcohol Misuse, Binge Drinking, hazardous drinking, harmful drinking, At-risk drinking, CT prevention, CT Prophylaxis, CT Protection, Prevention, Drinking Prevention, Prophylaxis, Protection, Community-based prevention, School-based prevention, beer, wine, spirits, CT Treatment, CT Therapy, CT Psychotherapy, CT Social Therapy, Treatment, Therapy, Social Therapy, Family Therapy, Functional Family Therapy (FFT), Purdue Brief Family Therapy (PBFT), Behaviour therapy, Cognitive behavioural therapy, Systemic Therapy, Brief strategic family therapy (BSFT), Structural Ecosystems Therapy (SET), Multisystemic Therapy (MST), Ecologically Based Family Therapy (EBFT), Multidimensional Family Therapy (MFT), CT Child, CT Children, CT Adolescent, CT Adolescence, CT Juvenile, CT Teen#, CT Teenage#, Youngster, Young adult, Child, Children, infant, girl, boy, Teen#, Teenage#, Early Adulthood, Pre-Teen, Underage, Youth, kids, CT Economics, CT Socioeconomics, CT economic aspect, CT Medical economics, CT Health economics, CT Cost, CT Efficienc#, CT Benefit, Economics, Costs, Efficienc#, Effectiveness, Economic evaluation, CT Ethics, Ethic, episodic heavy drinking, intoxication, drunkenness, Prevalence, Epidemiology, Survey, Young people, Europe, Accidents, Injuries, Intentional injuries, Unintentional injuries, Crime, Violence, Aggression, Domestic violence, Child abuse, Suicide, Murder, Homicide, Heart disease, Cardiovascular diseases, Strokes, Price, Tax, Legal age, Availability, Advertising, Drink driving, Education, Massmedia, Information, Server training, Bars, Communities, Treatment, Safety, CT Law, Law, CT Social aspects, Aggressiveness, worksite, SME, abuse, prevention, worksite health promotion, alcohol, tobacco, drugs, games, computer.

CT Alkoholmissbrauch, CT Alkoholabusus, CT Alkoholabhängigkeit, CT Rauschtrinken, CT Jugendalkoholismus, CT Trinksucht, Alkoholmissbrauch, Alkoholabusus, Alkoholabhängigkeit, akute Intoxikation, Alkoholvergiftung, Rauschtrinken, Alcopops, Alcopops, Designerdrinks, exzessives Trinken, Komatrinken, KomaSaufen, Jugendalkoholismus, Problematischer Alkoholkonsum, riskanter Alkoholkonsum, Riskante Alkoholkonsummuster, Alkoholbezogene Probleme, CT Prävention, CT Prophylaxe, CT Schutz, Prävention, Prophylaxe, Schutz, Verhinderung, Vorbeugung, Verhaltensprävention, Verhältnisprävention, Schule, Gemeindenahe Prävention, sektorübergreifende Prävention, Universelle Prävention, Selektive Prävention, Indizierte Prävention, CT Behandlung, CT Therapie, CT Psychotherapie, CT Sozialtherapie, Behandlung, Therapie, Einzeltherapie, Gruppentherapie, Psychotherapie, Sozialtherapie, Familientherapie, Verhaltensbezogene Massnahmen, Verhaltensstörung, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Soziale Betreuung, Soziotherapie, Milieuthherapie, Pädagogische Therapie, Motivierungsprogramm, Systemische Therapie, systemische Familientherapie, Systemische Einzeltherapie, systemische Paartherapie, systemische Gruppentherapie, Systemische Multi-Familien-Gruppen-Therapie, Kognitive Verhaltenstherapie, KVT-Gruppentherapie, Mailänder Modell, Brügge-Modell, CT Kind#, CT Jugendliche#, CT Halbwüchsige#, CT Heranwachsende#, CT Junge# Erwachsene#, Kind#, Junge, Mädchen, Jugend#, Halb-wüchsige#, Heranwachsende#, junge Erwachsene#, CT Ökonomie, CT Kosten, CT Effizienz, CT Nutzen, Kosten, Ökonomie, Effizienz, Effektivität, CT Ethik, Ethik, Ethische Aspekte, CT Gesetz, CT Juristisch, Recht, Gesetz, Juristisch, Juristische Aspekte, CT Soziale Aspekte, Soziales Umfeld, Soziale Kompetenz, Aggressionspotential, Ressourcen, Ressourcenrealisierung, Ressourcenpotential, Steuererhöhung#, Alkoholbesteuerung, Alkoholsteuer, Sondersteuer, Verbrauchsteuer, Alkoholverbrauchsteuer, Betrieb, KMU, betriebliche Gesundheitsförderung, betriebliches Eingliederungsmanagement, Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen, Spiel, Internet.

3. Begriffsdefinitionen

Für die Auseinandersetzung mit Fragen der „Alkoholkontrollpolitik“ ist es unerlässlich, einige Begriffe klar zu definieren.

3.1 Begriff „Jugend“

Die Jugend ist die Lebensphase zwischen der Kindheit und dem Erwachsensein. Die Bezeichnung „Jugendlicher“ wird in Deutschland nicht einheitlich verwendet und umfasst eine Altersspanne von zwölf bis 27 Jahren, wie an einigen gängigen Definitionen deutlich wird:

- Im zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) wird Jugendlichen bzw. erwerbsfähigen jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 25 Jahren ein besonderes Augenmerk bei der Förderung der beruflichen Eingliederung gegeben (§ 3 Abs. 2 SGB II).
- Im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) wird als Jugendlicher definiert, „wer 14 Jahre, aber noch nicht 18 Jahre alt ist“ und als junger Volljähriger „wer 18, aber noch nicht 27 Jahre alt ist“.
- Der Jugendsurvey des Deutschen Jugendinstituts im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erfasst in der dritten Welle Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von zwölf bis 29 Jahren.
- Die Shell-Jugendstudien gehen von der Kohortengruppe der Zwölf- bis 25-Jährigen als Jugendliche aus.
- Im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung sind Kinder unter zwölf Jahre, Jugendliche zwölf bis unter 18 Jahre und junge Erwachsene 18 bis unter 27 Jahre alt.
- Volljährig, wahlberechtigt und voll geschäftsfähig ist in Deutschland derjenige, der das 18. Lebensjahr vollendet hat. Juristisch und vertragsrechtlich erwirbt ein Jugendlicher somit durch das vollendete 18. Lebensjahr den Erwachsenenstatus.

Als Jugendlicher gilt in diesem Buch, in Anlehnung an die Definition des 13. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung, wer zwölf bis 17 Jahre alt ist. Vor Vollendung des zwölften Lebensjahres handelt es sich um Kinder. Die Spanne von 18 bis 27 Jahren wird entsprechend als junges Erwachsenenalter bezeichnet.

Bei bestimmten sozialrechtlichen Fragestellungen müssen allerdings die in den Sozialgesetzbüchern üblichen Definitionen herangezogen werden.

Trotz dieser Einteilungen muss man sich darüber bewusst sein, dass innerhalb dieser Altersspanne die einzelnen biografischen Verläufe und Lebenslagen sehr unterschiedlich sein können. Dies hängt z. B. sowohl von dem tatsächlichen Beginn der Geschlechtsreife ab, der sich von zehn bis 15 Jahren erstrecken kann, wie von der schulischen Situation (Schul- oder Berufsausbildungsabbruch, Förderschule, Hauptschule, Realschule, Gesamtschule, Berufsschule, oder Gymnasium) oder der Erwerbssituation (Berufsausbildung, Arbeiter-/Angestelltenverhältnis, Studium, Arbeitslosigkeit)¹⁴.

¹⁴ DIMDI 2011. HTA-Bericht 112, 28.

3.2 Begriffe „Alkoholrausch“ und „Rauschtrinken“

Der Alkoholrausch kann begrifflich von einer kaum merklichen Beeinträchtigung (leichter Schwips) über eine Berausung und einen starken Rausch (Vollrausch) bis zur komatösen Bewusstlosigkeit (extremes „Komatrinken“, s. u.) reichen.

Rauschtrinken bezeichnet ein Trinkkonsummuster von Alkohol, das zu einem Rausch führen soll.

Diese Definition kann zu Problemen bei der Interpretation des Begriffes Rauschtrinken führen. Die Europäische Schülerstudie ESPAD fragte 2003 daher explizit nach der Stärke der Rausche, von „*nur etwas beschwipst*“ bis „*sturzbetrunken*“ und „*so schwer berauscht, dass ich nicht mehr auf den eigenen Beinen stehen konnte*“. So konnten mit den ESPAD-Studien differenzierte Daten erhoben werden.

Ältere Jugendliche und junge Erwachsene praktizieren das Rauschtrinken am Häufigsten. Gelegentliche Rauschtrinker, nicht aber die Gruppe der Alkoholabhängigen verursachen die meisten alkoholbezogenen Probleme. Dieser Umstand wird in der Literatur als Präventions-Paradoxon bezeichnet¹⁵. G. Rose verstand unter dem Begriff „Präventions-Paradoxon“, anders als Kreitman, den Umstand, dass sinnvolle und erfolgreiche bevölkerungsbezogene Massnahmen aus der persönlichen Sicht der Mehrheit der Bürger durchaus als sinnlos aufgefaßt werden können¹⁶.

Uhl & Springer weisen allerdings darauf hin, dass bei Bevölkerungsumfragen das Ausmass der alkoholassoziierten Probleme bei starken Trinkern systematisch unterschätzt werde¹⁷.

Bei jedem Alkoholrausch sterben Gehirnzellen ab. Regelmäßiges Betrinken führt zu einem schlechteren Gedächtnis und verminderter Intelligenz. Schlaganfälle und Herzrhythmusstörungen können direkt durch einen schweren Rausch ausgelöst werden. Die Unfallgefahr ist für Betrunkene in allen Bereichen um ein Vielfaches erhöht.

Die Beeinträchtigungen der Psyche sind abhängig von...

- der Blutalkoholkonzentration (BAK; das Maximum wird nach 45 bis 75 Minuten erreicht),
- den Persönlichkeitsmerkmalen,
- der Erfahrung im Umgang mit Alkohol (Anpassung, Lernen),
- der Umgebung und Wirkungserwartung,
- dem Mischkonsum mit Alkohol und anderen Drogen.

Durch den Rausch sind eingeschränkt...

- Bewegungssinn, Gleichgewichtssinn,
- Reaktionszeit¹⁸,
- Urteilsvermögen,
- Emotionen, Sensibilität.

¹⁵ Kreitman 1986, vgl. Rossow & Romelsjö 2006 und Uhl 2005f, 6f..

¹⁶ Rose, G 2001.

¹⁷ Uhl & Springer 1996.

¹⁸ Grenzwert: 0,4 Promille; Eckardt et al. 1998b.

Rauschzustände können nach Feuerlein et al.¹⁹ wie folgt klassifiziert werden:

- *Leichte Rauschzustände* entstehen (bei Erwachsenen!) bei einer BAK von 0,5 bis 1,5 Promille und führen zu verminderter Selbstkontrolle.
- *Mittlere Rauschzustände* entstehen bei einer BAK von 1,5 bis 2,5 Promille und führen zu einer stark verminderten Selbstkontrolle und ausgeprägten motorischen und neurologischen Störungen.
- *Schwere Rauschzustände* entstehen bei einer BAK von 2,5 bis 4 Promille und führen zu starken psychischen und körperlichen Symptomen.
- Ab einer BAK von 4,0 Promille beginnt bei Erwachsenen das *alkoholische Koma* mit möglicher Todesfolge nach Ersticken, Kreislauf- und Atemstörungen.

[ACHTUNG: BAK-Promilleangaben gelten für Erwachsene!]

Rauschtrinken führt häufig zu Schäden z. B. durch Unfälle, Gewalt, usw. Die große COGA-Studie grenzte spezifische Genregionen ein, die mit dem Alkoholrisiko assoziiert sind, konnte aber keine Gene für Alkoholismus identifizieren^{20, 21}.

3.3 Begriffe „Komatrinken“, „Kampftrinken“ und „Kofferraumsaufen“

„Komatrinken“, „Kampftrinken“ und „Kofferraumsaufen“ sind, ähnlich wie der Begriff Rauschtrinken, ungenaue deutsche Begriffe für den exzessiven Alkoholmissbrauch. Diese Begriffe entsprechen nicht dem Begriff *Binge drinking*.

Der Begriff „Komatrinken“ bedeutet den Konsum einer Alkoholmenge, die ein Koma hervorruft. Als Koma (griechisch „tiefer Schlaf“) bezeichnet man eine Form der Bewusstlosigkeit, bei der das Individuum auch durch starke äußere Stimuli wie wiederholte Schmerzreize nicht geweckt werden kann.

Die Begriffe „Kampftrinken“ oder „Kofferraumsaufen“ werden oft synonym mit dem Begriff „Komatrinken“ verwandt und legen den Fokus begrifflich weniger auf das Erreichen eines komatösen Zustandes, sondern auf das Ziel des Sieges im Wettbewerb um das Trinken der höchsten Alkoholmenge bei einem Trinkgelage.

Die wissenschaftliche Begleitstudie des HaLT-Projektes fasst die Motive für schwere Alkoholintoxikationen in vier Hauptgruppen zusammen:

- (1) Wetten und Trinkspiele,
- (2) Exzessives Trinken als Zeitvertreib,
- (3) Naivität und Unwissenheit im Umgang mit Alkohol und
- (4) Trinken als Problemverdrängung²².

Da bei einem schweren Rauschzustand akute Lebensgefahr bestehen kann, ist eine intensivmedizinische Behandlung notwendig. Das alkoholische Koma beginnt meist bei einer Blutal-

¹⁹ Feuerlein et al. 1998.

²⁰ Rose et al. 2001, Dick et al. 2002.

²¹ Zu den neurobiologischen Aspekten des Rauschtrinkens und des dopaminergen Systems s. Stolle et al. 2009, 326f. und vgl. Abel 1988, Peterson et al. 1990, Goodlett & Peterson 1995, Finckh et al. 1997, Kono et al. 1997, Brown et al. 2000, De Bellis et al. 2000, Mann 2002 und 2008, Agartz et al. 2003, Hiller-Sturmhövel & Swartzwelder 2004, Nagel et al. 2005, Sowell et al. 2005, Zeigler et al. 2005, Spear & Varlinskaya 2006, Tapert & Schweinsberg 2006, DHS 2008, IAS 2009b, Beutel in: www.diakonie-baden.de/aktuelles/bingedrinking.htm, Sommer, Meinhardt & Klee 2014.

²² PROGNOSE AG 2007, vgl. Kuttler 2009 und DAK 2010.