

Univ.-Prof. Dr. Ute Mons

Universitätsprofessorin für Kardiovaskuläre Epidemiologie des Alterns  
am Universitätsklinikum der Universität zu Köln

Köln, 25. Februar 2021

## Stellungnahme zu den Drucksachen 19/24386 und 19/26118

*Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drucksache 19/24386) umfasst die Forderung an die Bundesregierung, eine Alkoholpräventionsstrategie für Deutschland zu entwickeln und auch auf europäischer Ebene voranzubringen. Der Antrag der Fraktion der FDP (Drucksache 19/26118) beinhaltet die Forderung an die Bundesregierung, ungeborene Kinder besser vor den schweren Schäden durch Alkohol zu schützen. Beide Anträge haben zum Ziel, die Prävention alkoholbedingter Gesundheitsrisiken zu stärken und sind damit grundsätzlich zu begrüßen. Wenngleich beide Anträge sinnvolle punktuelle Maßnahmen und Ansätze der Alkoholprävention benennen und insbesondere der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zu Recht eine wissenschaftsbasierte Alkoholpräventionsstrategie einfordert, so sind beide Anträge doch letztlich nicht konsequent genug. Denn wesentliche nachgewiesenermaßen wirksame regulatorische Maßnahmen der Alkoholprävention, wie Erhöhungen der Alkoholsteuern, Marketingrestriktionen und Einschränkungen der Verfügbarkeit von Alkohol sind im Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen lediglich als Prüfauftrag enthalten und fehlen im Antrag der FDP komplett. Darüber hinaus fokussiert der Antrag der FDP nur auf ein einzelnes alkoholbedingtes Gesundheitsproblem, statt den Risikofaktor Alkoholkonsum in der gesamten Breite zu berücksichtigen. Wie im Folgenden ausgeführt wird, ist es für eine nachhaltig wirksame Alkoholpräventionsstrategie jedoch erforderlich, zum einen die gesamten nachteiligen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen des Alkoholkonsums in den Blick zu nehmen. Zum anderen sollte eine solche Alkoholpräventionsstrategie neben einer Implementierung flächendeckender Früherkennung und Frühintervention sowie einer Optimierung niedrigschwelliger Interventionsangebote auch das Potential der regulatorischen bzw. verhältnispräventiven Maßnahmen ausschöpfen und somit ein gesellschaftliches Umfeld schaffen, das risikoarmen Alkoholkonsum und Abstinenz zusätzlich unterstützt und erleichtert.*

**Trotz leicht rückläufiger Trends ist Alkoholkonsum in Deutschland weiterhin weit verbreitet.** Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2018 hatten rund 72 % der Befragten angegeben, innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken zu haben. Von diesen berichtete rund jede dritte Person mindestens eine Episode des Rauschtrinkens. Rund jede fünfte Person berichtete durchschnittliche Konsummengen im riskanten Bereich, d.h. mehr als 12 Gramm (Frauen) bzw. 24 Gramm (Männer) Reinalkohol pro Tag (1). Laut Epidemiologischem Suchtsurvey kann außerdem bei rund 3 % der Befragten im Alter von 18-59 Jahren von einer Alkoholabhängigkeit ausgegangen werden, was hochgerechnet auf die Bevölkerung einer Anzahl von 1,6 Mio. Personen entspricht (1). Im internationalen Vergleich gilt Deutschland als Hochkonsumland (2), was nicht zuletzt daran liegt, dass die Alkoholsteuern und -preise niedrig, Alkoholwerbung allgegenwärtig und Alkohol an einer Vielzahl von Verkaufsstellen (wie Tankstellen und Kiosken) fast rund um die Uhr verfügbar ist (3).

**Die gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen des Alkoholkonsums sind enorm.** Bei regelmäßigem Rauschtrinken oder Konsum im riskanten Bereich ist langfristig mit schweren gesundheitlichen Schäden zu rechnen, denn Alkohol ist ein Zellgift, das alle Organe schädigen kann. Eine Reihe an Erkrankungen ist ausschließlich durch Alkohol verursacht (z.B. alkoholische Leberkrankheit, Alkoholgastritis, alkoholinduzierte Pankreatitis), zusätzlich ist Alkohol an der Entstehung von über 200 weiteren Krankheiten beteiligt, die u.a. das Nervensystem, die Leber, die Bauchspeicheldrüse und das Immunsystem betreffen (3, 4). Im Jahr 2012 gingen rund 530.000 Krankenhausaufenthalte von 15- bis 64-Jährigen auf eine alkoholbedingte Erkrankung zurück (5). Rund 44.500 Todesfälle (31.500 Männer, 13.000 Frauen) können Schätzungen zufolge im Jahr 2016 dem Alkoholkonsum zugerechnet werden (6). Und für das Jahr 2018 wurde geschätzt, dass rund 9.600 Krebsfälle auf Alkoholkonsum im riskanten Konsumbereich zurückgeführt werden können (7). Hinzu kommen im Jahr 2018 rund 13.500 Verkehrsunfälle mit Personenschaden, bei denen die Fahrzeuglenkenden unter Alkoholeinfluss standen, 244 Personen wurden dabei getötet (2). Schätzungen zufolge sind pro Jahr 177 von 10.000 Geburten von der Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) betroffen, die durch Alkoholkonsum der werdenden Mutter während der Schwangerschaft verursacht wird (8); im Jahr 2019 entspräche dies rund 13.800 Neugeborenen. Die direkten und indirekten gesellschaftlichen Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum betragen jährlich rund 57 Mrd. € (9).

**Angesichts der in Deutschland weiterhin hohen Verbreitung riskanten Alkoholkonsums und der immensen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen ist eine effektive Alkoholprävention unerlässlich.** Ziel einer effektiven Alkoholpräventionsstrategie muss es sein, 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 sowie riskantes Konsumverhalten und Abhängigkeit frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren (3). In der Alkoholprävention gibt es zwei unterschiedliche Ansätze: Während die Verhältnisprävention mittels regulatorischer Maßnahmen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so gestaltet, dass sie einen risikoarmen Alkoholkonsum erleichtern, hat die Verhaltensprävention das Ziel, das Verhalten einzelner Personen oder von Gruppen zu verändern, indem sie mittels Aufklärungsmaßnahmen sowie durch persönliche Ansprache und Beratung das Bewusstsein für die Folgen schädlichen Alkoholkonsums schärft und zum risikoarmen Konsum motiviert (3, 4). Nur isoliert auf einen der beiden Ansätze zu setzen, ist nicht ausreichend. So kann eine Strategie, die ausschließlich auf Aufklärung und Beratung setzt, kaum ihr volles Potential erreichen, denn eine Reduktion oder die Aufgabe des Alkoholkonsums sind für das Individuum umso schwerer zu erreichen, je mehr die Umwelt beispielsweise durch niedrige Alkoholpreise, hohe Verfügbarkeit und weite Verbreitung von Alkoholwerbung den Alkoholkonsum fördert. Umgekehrt können regulatorische verhältnispräventive Maßnahmen wie Erhöhungen der Alkoholsteuern oder Werbe- und Verfügbarkeitsbeschränkungen zwar zu einer Reduktion des durchschnittlichen Alkoholkonsums und der damit verbundenen Krankheitslast beitragen, doch Hochrisikogruppen werden ohne zusätzliche passgenaue Beratungs- und Unterstützungsangebote weiterhin gefährdet bleiben. Für eine nachhaltig wirksame Alkoholpräventionsstrategie ist es daher erforderlich, erwiesenermaßen effektive Maßnahmenpakete beider Ansätze, d.h. sowohl der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention, zu berücksichtigen und aufeinander abzustimmen.

**Insbesondere im internationalen Vergleich zeigt sich jedoch, dass Deutschland die Potentiale der Verhältnisprävention bislang zu wenig ausschöpft.** So sind die Alkoholsteuern und -preise deutlich niedriger als beispielsweise in den nordischen Ländern und in Großbritannien, und auch Altersbegrenzungen und Werbebeschränkungen werden weniger restriktiv als in anderen europäischen Ländern eingesetzt (3). Als effektivste und kosteneffiziente Maßnahmen zur Senkung des Alkoholkonsums gelten Erhöhungen der Alkoholsteuern, Marketingrestriktionen und eine Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol (z.B. durch reduzierte Verkaufszeiten, Limitierung auf

lizenzierte Verkaufsstellen, Anhebung des Mindesterwerbsalters) – diese Maßnahmen werden entsprechend von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als die „best buys“ empfohlen (10, 11). Hinsichtlich der Besteuerung von Alkohol empfiehlt die WHO eine inflationsindexierte Besteuerung, vergleichbare Besteuerung aller Produkte (mit Ausnahme von hochvolumigem Alkohol, der höher besteuert werden sollte), sowie eine begleitende Festlegung von Mindestpreisen (10). In diesem Zusammenhang konnte beispielsweise eine deutsche Simulationsstudie zeigen, dass eine erhebliche Zahl an Krebsfällen vermieden werden könnte, wenn die Alkoholsteuern so gestaltet würden, dass der riskante Alkoholkonsum wirksam gesenkt würde (12). Weitere Maßnahmen, die von der WHO als Teil einer Alkoholpräventionsstrategie empfohlen werden, sind Warnhinweise auf alkoholischen Getränken, um das Bewusstsein für die Gesundheitsrisiken zu erhöhen und eine informierte Entscheidung zu fördern (10).

**Eine zielgerichtete Alkoholpräventionsstrategie fehlt bislang in Deutschland.** Weder die im Jahr 2012 veröffentlichte „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ noch das im April 2015 verabschiedete Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de haben zu einer wesentlichen Stärkung der Anstrengungen in der Alkoholprävention geführt. Die Entwicklung einer Alkoholpräventionsstrategie, die unter Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise ein aufeinander abgestimmtes Maßnahmenpaket enthält, wie von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen gefordert, ist daher dringend notwendig. Eine solche Strategie sollte klare Ziele und Zeitpläne umfassen und Ansätze der Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander verzahnen. Dabei sollte neben der Zielsetzung, die strukturellen Voraussetzungen für eine flächendeckende Etablierung von Früherkennung und Frühintervention in der medizinischen Versorgung sowie zur Gewährleistung niedrigschwelliger Angebote und nahtloser Leistungserbringung zu schaffen, wie im Rahmen der S3-Alkoholleitlinie gefordert (13), auch das Potential regulatorischer Maßnahmen genutzt werden, wie insbesondere Erhöhungen von Alkoholsteuern und -preisen, Marketingrestriktionen und Einschränkungen der Verfügbarkeit.

**Eine zielgerichtete Alkoholpräventionsstrategie würde zur Prävention einer Vielzahl an nachteiligen gesellschaftlichen und gesundheitlichen Folgen des riskanten Alkoholkonsums beitragen, einschließlich der Fetalen Alkoholspektrumstörung.** So kann davon ausgegangen werden, dass eine förderliche Gestaltung der Lebenswelten von Schwangeren durch verhältnispräventive Maßnahmen dahingehend, dass Alkohol-Abstinenz erleichtert wird, die Wirksamkeit von Interventionen und Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems zusätzlich verstärkt. Als Maßnahmen speziell zur Prävention des Alkoholkonsums bei Schwangeren sollten insbesondere Früherkennung und Kurzinterventionen sowie die spezifische Unterstützung und psychosoziale Begleitung von Risikogruppen berücksichtigt werden. Auf Basis überzeugender Studienergebnisse empfehlen beispielsweise die S3-Alkoholleitlinie und weitere einschlägige Guidelines (13-15) die Beratung aller Schwangeren hinsichtlich der Schädlichkeit von Alkoholkonsum während Schwangerschaft und Stillzeit sowie ein Screening auf Alkoholkonsum (idealerweise mittels laborchemischer Methoden). Bei Vorliegen einer alkoholbezogenen Störung ist eine Entzugs- und Suchtbehandlung anzubieten sowie psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen. Auch Hausbesuche durch Angehörige von Fachberufen im Sozial- und/oder Gesundheitswesen werden empfohlen (13). Für von der Fraktion der FDP geforderte öffentliche Aufklärungskampagnen gibt es hingegen nur wenig wissenschaftliche Belege, allenfalls auf die Zielgruppe maßgeschneiderte Kampagnen könnten möglicherweise eine begrenzte Wirkung entfalten (15). Ferner sei angemerkt, dass das von der FDP geforderte Ziel einer Halbierung der Zahl der von einer Fetalen Alkoholspektrumstörung betroffenen Neugeborenen bis zum Jahr 2025 zwar im Grundsatz zu begrüßen ist, aber praktisch der Grad der Zielerreichung nicht messbar sein wird, weil es in Deutschland kein Register o.ä. gibt, an dem sich Entwicklungen der Zahl der betroffenen Kinder ablesen lassen könnten.

**Ferner besteht eine Notwendigkeit zur Stärkung der Alkoholprävention auch auf EU-Ebene, da die EU ihren regulatorischen Spielraum hinsichtlich Besteuerung, Marketingrestriktionen und Warnhinweisen bislang nicht ausgeschöpft wird.** Darüber hinaus ist eine Harmonisierung der Besteuerung alkoholischer Getränke im EU-Raum sinnvoll, um den Anreiz zur Steuervermeidung durch grenzüberschreitenden Handel zu reduzieren. Die im Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen enthaltene Aufforderung an die Bundesregierung, sich für die Neuauflage einer gemeinsamen europäischen Alkoholpräventionsstrategie einzusetzen, ist daher sehr zu begrüßen. Auch wenn die Deutsche Ratspräsidentschaft mittlerweile beendet ist, gibt es weiterhin Möglichkeiten für die Bundesregierung, sich auf EU-Ebene für eine solche gemeinsame Strategie einzusetzen. Hier ist insbesondere der Europäische Krebsplan (Europe's Beating Cancer Plan) zu nennen, der die Krebsprävention als ein wesentliches Handlungsfeld identifiziert und in diesem Kontext die relative Reduktion des schädlichen Alkoholkonsums um 10% bis 2025 zum Ziel erklärt hat (16). Auch vor dem Hintergrund der deutschen Anstrengungen im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Krebs wäre hier ein stärkeres Engagement der Bundesregierung auf EU-Ebene zu begrüßen, um das Krebspräventionspotential besser auszuschöpfen.

## Literatur

1. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN, Lochbuhler K, Kraus L. The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines: An Estimate of Consumption and Substance-Related Disorders in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2019;116(35-36):577-584.
2. John U, Hanke M, Freyer-Adam J, Baumann S, Meyer C. Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.). *DHS Jahrbuch Sucht 2020*. Lengerich: Pabst; 2020.
3. Deutsches Krebsforschungszentrum. *Alkoholatlas Deutschland 2017*. Lengerich: Pabst; 2017.
4. Kropp S, Schaller K, Mons U. Alkoholbezogene Störungen, somatische Komorbidität und Frühintervention. *SuchtAktuell.* 2018;25:5-11.
5. Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gmel G, Shield KD, Frick H, et al. Temporal Changes in Alcohol-Related Morbidity and Mortality in Germany. *Eur Addict Res.* 2015;21(5):262-272.
6. Shield K, Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health.* 2020;5(1):e51-e61.
7. Mons U, Gredner T, Behrens G, Stock C, Brenner H. Cancers Due to Smoking and High Alcohol Consumption. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(35-36):571-577.
8. Kraus L, Seitz NN, Shield KD, Gmel G, Rehm J. Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. *BMC Med.* 2019;17(1):59.
9. Effertz T. Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.). *DHS Jahrbuch Sucht 2020*. Lengerich: Pabst; 2020.
10. World Health Organization (WHO). *Alcohol and cancer in the WHO European Region: an appeal for better prevention*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
11. World Health Organization (WHO). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
12. Gredner T, Niedermaier T, Brenner H, Mons U. Impact of reducing alcohol consumption through price-based policies on cancer incidence in Germany 2020-50-a simulation study. *Addiction.* 2020; im Druck.
13. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT). *S3 Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>; 2020.
14. Thibaut F, Chagraoui A, Buckley L, Gressier F, Labad J, Lamy S, et al. WFSBP (\*) and IAWMH (\*\*) Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women. *World J Biol Psychiatry.* 2019;20(1):17-50.
15. World Health Organization (WHO). *Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member States*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
16. European Commission. *Europe's Beating Cancer Plan*. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/non\\_communicable\\_diseases/docs/eu\\_cancer-plan\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-plan_en.pdf); 2021.