



Alkoholkonsum der Berliner Bevölkerung

Einleitung

Keine andere Droge ist in Deutschland so allgegenwärtig wie Alkohol. Alkohol ist mal entspannender, mal anregender Begleiter beim guten Essen, bei Jubiläum und beim Jahreswechsel. Alkohol präsentiert das Wetter und die Nationalmannschaft. Alkohol ist Wirtschaftsfaktor. Alkohol tötet im Straßenverkehr und ist häufige Ursache von Gewaltexzessen. Alkohol verursacht viele schwerwiegende Erkrankungen. Alkohol bringt Menschen in Reha- und Suchtkliniken.

Trotzdem - oder vielleicht auch wegen dieser Allgegenwärtigkeit - wird Alkohol nach wie vor häufig nicht als Droge wahrgenommen. Dazu trägt auch die lange kulturelle Tradition des Alkoholkonsums in Deutschland bei (1). Dabei ist Alkohol eine psychoaktive Substanz, die eine starke Abhängigkeit erzeugen und gravierende gesundheitliche Konsequenzen haben kann (2). Eine aktuelle Studie, die auf einer umfangreichen Befragung von Expertinnen und Experten basiert, stuft Alkohol unter 33 psychoaktiven Substanzen als viertschädlichste Droge ein (3).

Neben den individuellen Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums, die von Stigmatisierung über familiäre Probleme oder einem Arbeitsplatzverlust bis zu gravierenden gesundheitlichen Folgen reichen, kann es durch übermäßigen Alkoholkonsum zu Schädigungen Dritter kommen. So erfolgt eine große Anzahl von Unfällen und Gewaltausübungen unter Alkoholeinfluss und ein übermäßiger Konsum führt häufig zu erheblichen Belastungen für Partnerinnen und Partner, Kinder und Freunde. Darüber hinaus hat der Alkoholkonsum der Bevölkerung erhebliche gesellschaftliche Folgen, beispielsweise durch Belastungen für das Gesundheitssystem oder durch Produktivitätsverluste aufgrund ausfallender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In diesem KURZ INFORMIERT werden aktuelle Kennzahlen zur Verbreitung, zu Konsummengen und -mustern, zu Folgen sowie zur Prävention des schädlichen Alkoholkonsums in der Berliner Bevölkerung anhand unterschiedlicher Datenquellen dargestellt und interpretiert.

Methoden

Um den Alkoholkonsum der Berliner Bevölkerung und seine Folgen abbilden zu können, ist es sinnvoll auf unterschiedliche Datenquellen zurückzugreifen. Diese werden zu unterschiedlichen Zwecken erhoben und haben z.B. hinsichtlich des Detailgrades, der Aktualität und der Repräsentativität unterschiedliche Stärken und Schwächen. Daher werden in diesem Abschnitt zunächst die einzelnen Datenquellen beschrieben, bevor im nächsten Abschnitt die Ergebnisse vorgestellt und interpretiert werden.

Daten zu Verbrauch, Umsatz und Kosten

Datenquellen für die Angaben zu Verbrauch und Umsatz sind sowohl amtliche (4, 5) als auch Industriestatistiken (6). Die Angaben zu den volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland basieren auf Schätzverfahren (7).

Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)

Aussagen zur Verbreitung des Alkoholkonsums und zu Konsummustern in verschiedenen Gruppen der Berliner Bevölkerung können auf Basis der Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) gemacht werden. Die Erhebung des Robert Koch-Instituts erfasst Daten zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland. Dazu werden seit 2008 wiederholte Querschnittsbefragungen durchgeführt. Zwischen April 2019 und September 2020 wurden in GEDA 2019/2020-EHIS etwa 23.000 zufällig ausgewählte Personen der deutschsprachigen Wohnbevölkerung Deutschlands telefonisch befragt (8). Die Stichprobe schließt 2.077 Personen ab 18 Jahren aus Berlin ein.

Der Alkoholkonsum wurde dabei anhand verschiedener Fragen erfasst: Zunächst wurden die Teilnehmenden nach der Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten gefragt. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „täglich oder fast täglich“ bis „nie [...]“. Bei mindestens wöchentlichem Konsum wurde die Trinkmenge differenziert nach Wochentagen und Wochenenden erfasst, worüber der Konsum in Reinalkohol pro Woche geschätzt wurde. Als riskanter Alkoholkonsum wird ein Konsummuster bezeichnet, welches das Risiko von schädlichen Konsequenzen deutlich erhöht (5).

Die bisherigen Empfehlungen in Deutschland geben hierfür geschlechtsspezifische Grenzwerte (z.B. 10 Gramm Alkohol pro Tag für Frauen und 20 Gramm Alkohol pro Tag für Männer) an. In einer umfangreichen Studie in mehreren Hocheinkommensländern konnten 100 Gramm pro Woche sowohl bei Männern als auch bei Frauen als Schwellenwert identifiziert werden, ab der ein Alkoholkonsum mit einer höheren allgemeinen Sterblichkeit assoziiert ist (9). Daher wurde für die vorliegenden Auswertungen ein Konsum von mindestens 100 Gramm Alkohol pro Woche als riskant definiert. Dies führt dazu, dass der Anteil der Frauen mit riskantem Konsum in der vorliegenden Auswertung deutlich niedriger liegt als in anderen Studien in Deutschland. Begrifflich vom riskanten Konsum abzugrenzen sind Alkoholmissbrauch (Konsum, der zu Gesundheitsschäden führt und in der Regel mit dem regelmäßigen Konsum großer Alkoholmengen einhergeht) und Alkoholabhängigkeit (übermächtiger Konsumwunsch oder -zwang) (3, 4).

Als Rauschtrinken wird das Trinken von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit bezeichnet. Rauschtrinken gilt als eine besonders riskante Form des Alkoholkonsums, die - auch unabhängig von der durchschnittlich konsumierten Alkoholmenge - zu akuten Schäden durch Alkoholintoxikation (s.u.), Verletzungen oder Gewaltanwendungen führen kann. Das Rauschtrinken wurde anhand folgender Frage erfasst: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einem Anlass getrunken? [...]“. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „täglich oder fast täglich“ bis „nie in meinem Leben“. Berichtet wird hier Rauschtrinken mindestens einmal pro Monat.

Die Ergebnisse werden stratifiziert nach den Merkmalen Alter, Migrationshintergrund und Bildungsstatus (kategorisiert anhand der CASMIN-Klassifikation (10)) dargestellt, die ebenfalls anhand von Selbstangaben der Befragten erfasst wurden.

Krankenhausdiagnosestatistik

Aussagen zur Häufigkeit von Behandlungsfällen aufgrund einer alkoholbezogenen Störung oder alkohol-assoziierten Diagnosen in Krankenhäusern können anhand der Krankenhausdiagnosestatistik getätigt werden. Die Krankenhausdiagnosestatistik ist Teil der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes. Es handelt sich dabei

um eine jährliche Vollerhebung, bei der von allen vollstationären Patientinnen und Patienten in allen deutschen Krankenhäusern die Angaben zur Hauptdiagnose nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) sowie zu Alter, Geschlecht, Wohnort und einigen weiteren Parametern erfasst werden (11). Wenn Patienten in einem Berichtsjahr mehrfach in einem Krankenhaus behandelt werden, wird jeder Krankenhausaufenthalt als eigenständiger Fall in die Statistik aufgenommen. Die Daten für Berlin werden dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg übermittelt und von dort der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung für Auswertungen zur Verfügung gestellt. Berichtet werden die alters- und bevölkerungsstandardisierten Fallzahlen in Berliner Krankenhäusern aufgrund alkoholische Leberkrankheit (ICD-10: K70) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10) in der Berliner Wohnbevölkerung. Darüber hinaus wird die Anzahl der Krankenhausfälle aufgrund einer Alkoholintoxikation (ICD-10: F10.0) bei Kindern und Jugendlichen dargestellt.

Statistik der Straßenverkehrsunfälle

Unfälle, die durch Personen unter Alkoholeinfluss verursacht wurden, werden durch die statistischen Landesämter in der Statistik der Straßenverkehrsunfälle erfasst (12). Erhoben werden Unfälle unter Alkoholeinfluss und mit Personenschaden je 100 Unfälle, darunter gesondert Verunglückte unter Alkoholeinfluss als Prozent aller Verunglückten, Getötete unter Alkoholeinfluss in Prozent aller Getöteten und Verletzte unter Alkoholeinfluss in Prozent aller Verletzten. Unfälle unter Alkoholeinfluss werden als solche registriert, wenn mindestens einer der Unfallbeteiligten unter Alkoholeinfluss stand. Die Darstellung bezieht sich auf Unfälle, die sich in dem jeweiligen Bundesland ereignet haben, unabhängig vom Wohnort der Beteiligten.

Deutsche Suchthilfestatistik

Im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik werden jährlich bundesweit Daten von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe erhoben. Die Teilnahme der Einrichtungen ist freiwillig (Gelegenheitsstichprobe). 2020 beteiligten sich bundesweit rund zwei Drittel der Einrichtungen der Suchthilfe an der Erfassung, für Berlin gingen die Daten von 50 ambulanten und 9 stationären Einrichtungen in die

Auswertungen ein (13, 14). Die Einrichtungen dokumentieren anhand einer speziellen Dokumentationssoftware einerseits Angaben zur Einrichtung (z.B. zu Angeboten oder Mitarbeitendenstruktur), andererseits werden auch Daten zu den betreuten Klienten und Klientinnen erfasst (z.B. Diagnosen oder soziodemografische Angaben). Die Daten werden in voraggregierter Form an das IFT Institut für Therapieforschung übermittelt, das daraus jährliche Berichte auf Bundes-, Landes- und Verbandsebene erstellt.

Darüber hinaus werden im folgenden Abschnitt Daten und Zahlen zum Verbrauch und Umsatz von Alkoholprodukten und zu den Folgekosten des Alkoholkonsums auf Bundesebene berichtet. Nähere Informationen zu den Datenquellen sind den jeweiligen Literaturangaben zu entnehmen.

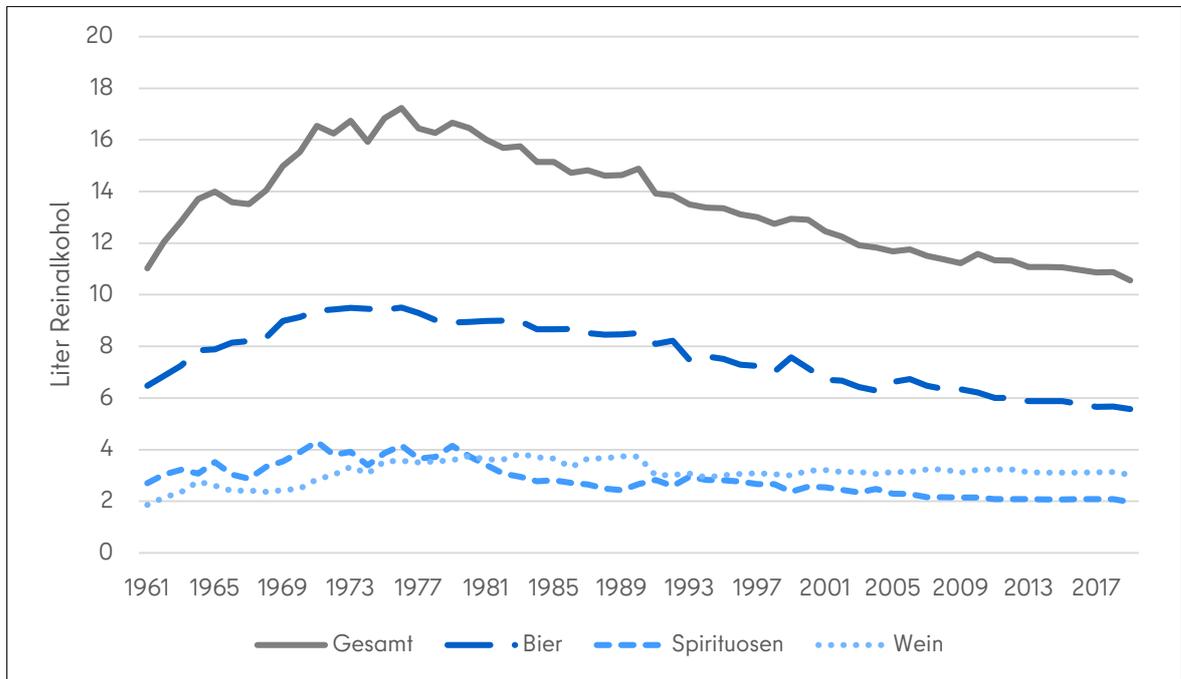
Ergebnisse

Verbrauch, Umsatz und Kosten

In Deutschland liegt der Pro-Kopf-Verbrauch (ab 15 Jahre) bei jährlich gut 10 Liter Reinalkohol (Abbildung 1). Das heißt, dass umgerechnet durchschnittlich jede Person – vom Jugendlichen bis zum Greis – jährlich über 400 Flaschen Bier, 70 Flaschen Wein oder 30 Flaschen Wodka trinkt. Anders ausgedrückt entspricht diese Menge einer Badewanne voll alkoholischer Getränke, die pro Kopf und Jahr konsumiert werden.

Im langfristigen Trend zeigt sich, dass die Konsummenge seit den 1960er Jahren zunächst stark zugenommen hat. Sie erreichte mit knapp 17 Liter Reinalkohol Mitte der 1970er Jahre einen Höchststand und sinkt seitdem, wobei insbesondere der Konsum von Bier und Spirituosen zurückgegangen ist. Trotzdem gehört Deutschland nach wie vor zu den Hochkonsumländern, und die Konsummenge liegt deutlich über der durchschnittlichen Menge in südeuropäischen Ländern oder Skandinavien. Im Vergleich zum weltweiten Konsum wird in Deutschland pro Kopf sogar fast doppelt so viel Alkohol konsumiert (5).

Abbildung 1:
Pro-Kopf-Verbrauch (ab 15 Jahre) von Alkohol in Deutschland 1961-2019 - in Liter
Reinalkohol



(Datenquelle: Weltgesundheitsorganisation (WHO) / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

Die Alkoholindustrie erzielte in Deutschland mit der Herstellung von Spirituosen, Bier und Wein im Jahr 2020 rund 14 Milliarden Euro Umsatz (6) und gibt jährlich rund eine halbe Milliarde Euro für Alkoholwerbung aus (Nieslen Media Research zitiert nach: 6).

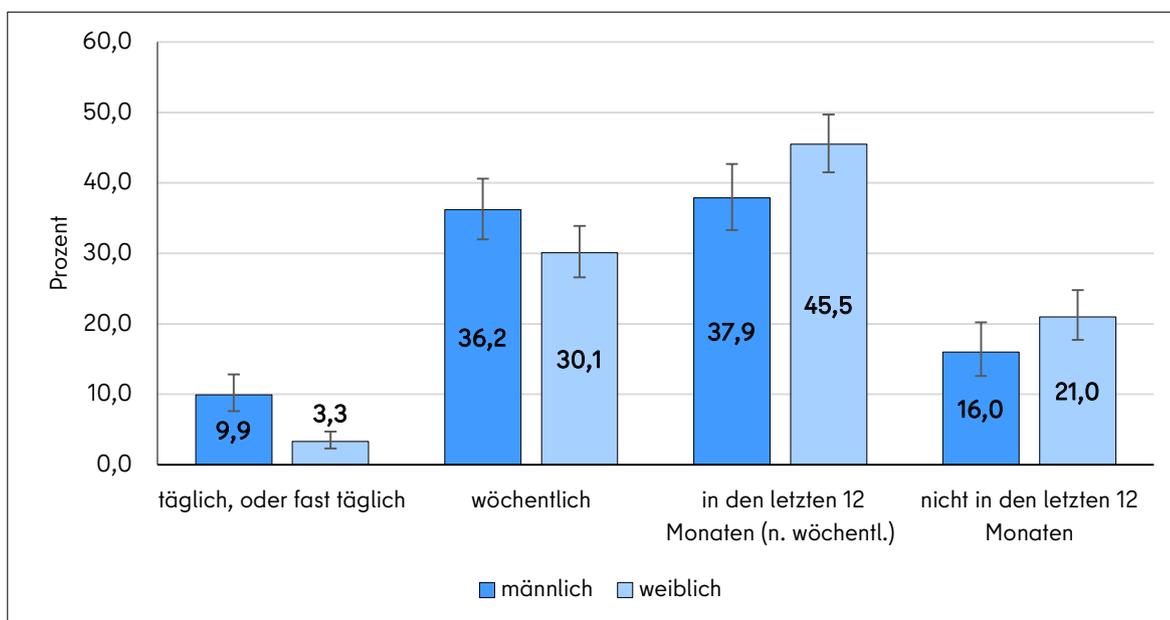
Alkoholische Getränke sind in Deutschland relativ niedrig besteuert: So wird beispielsweise auf Wein keine gesonderte Steuer erhoben und auch die Bier- und Spirituosensteuern liegen in Deutschland im europäischen Vergleich eher niedrig (2). Trotzdem erzielte der deutsche Staat im Jahr 2020 rund 3 Milliarden Euro Einnahmen aus Alkoholsteuern (4). Stellt man diesen Einnahmen die geschätzten Kosten gegenüber, die durch den Alkoholkonsum verursacht werden, so liegen diese um ein Vielfaches höher. Je nachdem welche Schätzverfahren hier angewendet werden und inwieweit neben den direkten Kosten für das Gesundheitssystem auch indirekte Kosten wie eine Arbeitsunfähigkeit oder der Produktivitätsverlust durch eine vorzeitige Sterblichkeit berücksichtigt werden, lagen diese beispielsweise für das Jahr 2018 bei 16 Milliarden Euro (nur direkte Kosten) bis 57 Milliarden Euro (inklusive indirekter Kosten) (7). Während die Steuereinnahmen jedoch direkt der Staatskasse zugutekommen,

werden die Folgekosten des Alkoholkonsums auf unterschiedlichen Ebenen beglichen, beispielsweise durch die Krankenkassen, die Rentenversicherung oder die Familie.

Verbreitung und Konsummuster

Laut den Daten der GEDA-Studie trinken 21,0 % der Berlinerinnen und 16,0 % der Berliner keinen Alkohol (Abbildung 2). 45,5 % der Frauen und 37,9 % der Männer geben an gelegentlich, das heißt seltener als wöchentlich Alkohol zu trinken. Jede dritte Frau und fast die Hälfte der Männer in Berlin trinken mindestens wöchentlich Alkohol.

Abbildung 2:
Häufigkeit des Alkoholkonsums in der Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren nach Geschlecht in den Jahren 2019/2020 (Anteile in % mit 95 %-Konfidenzintervall)



(Datenquelle: RKI GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

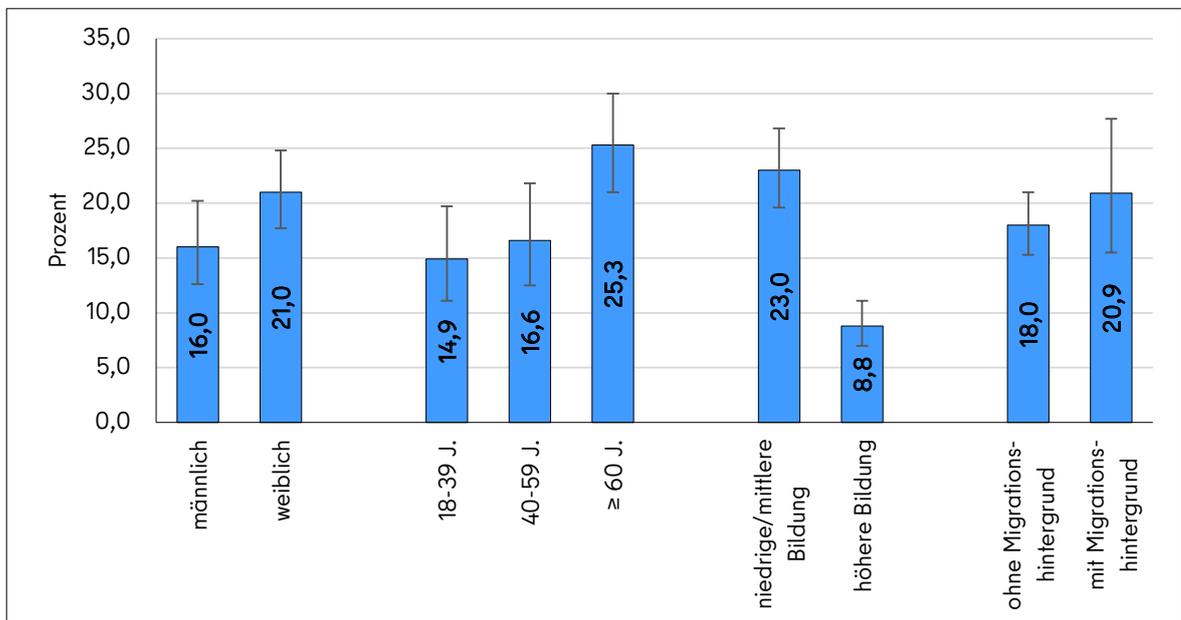
Datentabellen mit den Ergebnissen zum Alkoholkonsum Erwachsener in Berlin auf Basis von GEDA 2019/2020-EHIS können abgerufen werden unter:

[Gesundheits- und Sozialinformationssystem](http://www.gsi-berlin.info) (www.gsi-berlin.info).

Der Anteil der Befragten, der niemals oder nicht innerhalb der letzten 12 Monate Alkohol getrunken hat (Abstinenz), steigt mit dem Alter an (Abbildung 3). Zudem ist eine Alkoholabstinenz mit nur 8,8 % der Personen mit hohem Bildungsstatus in dieser Gruppe deutlich seltener als unter Personen mit mittlerem oder niedrigem Bildungsstatus (23,0 %). Hinsichtlich des Geschlechts und des Migrationshintergrunds

zeigen sich bezüglich der Abstinenz keine statistisch signifikanten Zusammenhänge. Weitergehende Analysen ergeben, dass diese Effekte auch bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Bildung und Migrationshintergrund bestehen bleiben (Berechnet wurde ein multivariates logistisches Regressionsmodell mit Merkmal Abstinenz als abhängiger Variable und Alter, Geschlecht Bildung und Migrationshintergrund als unabhängige Variablen. Ergebnisse siehe Online-Tabellen).

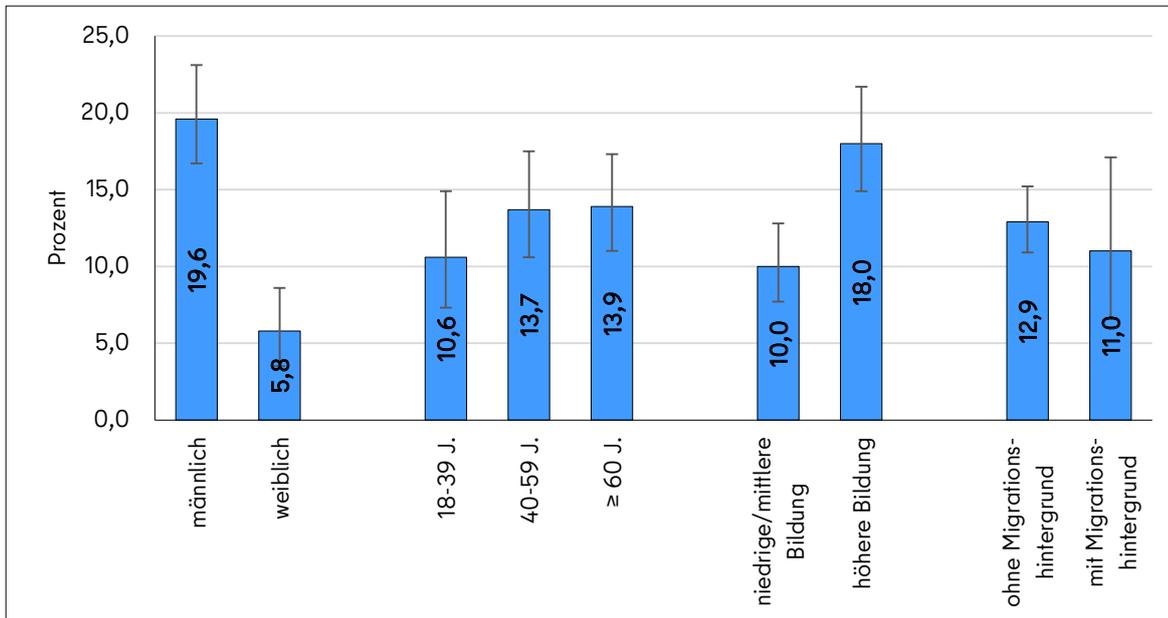
Abbildung 3:
Alkoholabstinenz (in den letzten 12 Monaten) in der Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren nach Geschlecht, Alter, Bildungsstatus und Migrationshintergrund in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)



(Datenquelle: RKI GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

5,8 % der Berlinerinnen und 19,6 % der Berliner ab 18 Jahren weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf, d.h. sie trinken umgerechnet mehr als 100 g Reinalkohol pro Woche (Abbildung 4). 100 g entsprechen etwa fünf großen Bieren (zu je 0,5 Liter) oder eineinhalb Flaschen Wein (zu je 0,75 Liter).

Abbildung 4:
Risikantem Alkoholkonsum in der Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren nach Geschlecht, Alter, Bildungsstatus und Migrationshintergrund in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)



(Datenquelle: RKI GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

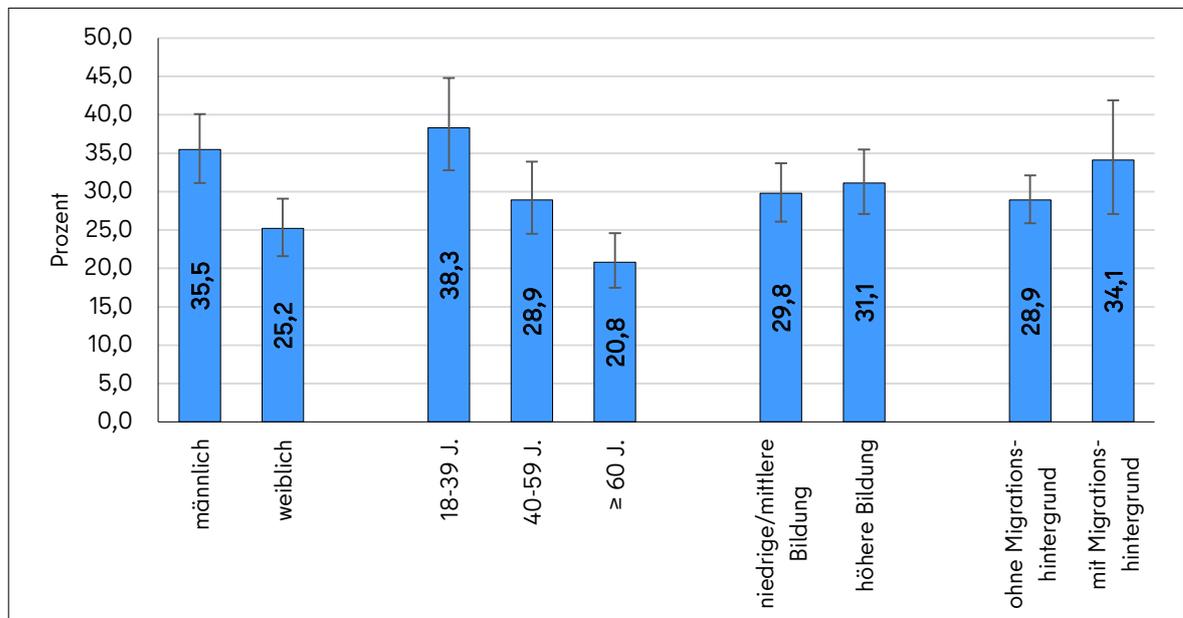
Zwischen den Altersgruppen können hinsichtlich des Anteils der Berlinerinnen und Berliner mit riskantem Alkoholkonsum keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden. In der geschlechterstratifizierten Auswertung zeigt sich jedoch, dass unter älteren Männern der Anteil der Risikokonsumenten tendenziell höher ist als in den jungen Altersgruppen. Bei den Frauen kann dieses Muster nicht beobachtet werden. Betrachtet man den Anteil der Befragten mit riskantem Alkoholkonsum differenziert nach dem Bildungsabschluss, so zeigt sich bei Männern mit höherem Bildungsabschluss ein höherer Anteil im Vergleich zu Männern mit niedrigem oder mittlerem Bildungsabschluss. Hinsichtlich des Migrationshintergrunds ergeben sich keine bedeutenden Unterschiede. Auch beim riskanten Alkoholkonsum zeigt die gleichzeitige Berücksichtigung von Alter, Bildung und Migrationshintergrund keine grundsätzliche Veränderung der beschriebenen Zusammenhänge (multivariable logistische Regressionsmodelle, siehe Online-Tabellen). Dass unter Personen mit höherem Bildungsstatus ein riskanter Alkoholkonsum weiter verbreitet ist als unter Personen mit niedrigem oder mittlerem Bildungsstatus, konnte schon in verschiedenen

Studien in Deutschland gezeigt werden, jedoch häufig insbesondere bei Frauen (15-17). Dabei ist zu beachten, dass hierbei meist deutlich niedrigere Grenzwerte für Frauen als für Männer herangezogen wurden, die dazu führen, dass der Anteil der Frauen mit riskantem Konsum in diesen Studien höher liegt als in der vorliegenden Auswertung.

Im Vergleich der Bundesländer weicht der Anteil an Berlinerinnen und Berlinern mit riskantem Alkoholkonsum nicht bedeutend vom Bundesdurchschnitt ab, der bei Frauen 5,2 % (95 %-Konfidenzintervall (KI): 4,6 - 5,8) und bei Männern 22,1 % (95 %-KI: 20,9 - 23,3) beträgt (eigene Berechnungen).

Rund jede vierte Berlinerin und jeder dritte Berliner ab 18 Jahren gibt an, mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu trinken (Abbildung 5). Der Anteil nimmt sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit steigendem Alter deutlich ab.

Abbildung 5:
Mindestens monatliches Rauschtrinken in der Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren nach Geschlecht, Alter, Bildungsstatus und Migrationshintergrund in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)



(Datenquelle: RKI GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

Hinsichtlich des Bildungsstatus zeigen sich keine bedeutenden Unterschiede. In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigen sich ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede. Auch beim Rauschtrinken können die gezeigten Zusammenhänge im multivariablen Modell bestätigt werden: Bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller Merkmale zeigt sich eine deutlich höhere statistische Chance für mindestens monatliches Rauschtrinken unter Männern gegenüber Frauen sowie unter Befragten der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre im Vergleich zu den höheren Altersgruppen (siehe Online-Tabellen).

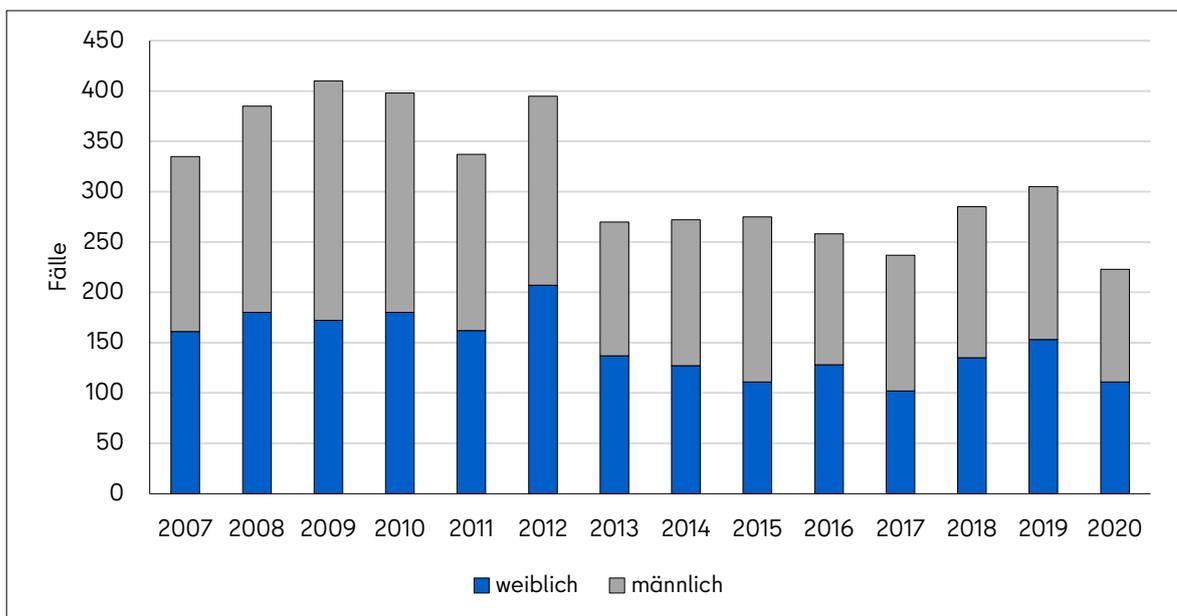
Hinsichtlich des Rauschtrinkens liegt Berlin im Vergleich der Bundesländer bei den Männern tendenziell eher unter dem Bundesdurchschnitt von 38,7 % (95 %-KI: 37,3 - 40,2), bei den Frauen tendenziell leicht über dem Bundesdurchschnitt von 22,2 % (95 %-KI: 21,1 - 23,4). Diese Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant (17).

Da auf Basis der GEDA-Studie keine Aussagen zum Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen in Berlin getätigt werden können, muss hier auf Ergebnisse für das gesamte Bundesgebiet verwiesen werden. Der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zufolge haben knapp zwei Drittel der 12- bis 17-Jährigen schon einmal Alkohol getrunken, ungefähr einer von elf trinkt mindestens einmal pro Woche (18). Im langfristigen Trend zeigt sich seit den 1980er Jahren dabei ein sehr deutlicher Rückgang: So ist der Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die schon einmal Alkohol getrunken haben, von 87 % im Jahr 2001 auf 58 % im Jahr 2021 zurückgegangen. Der Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die innerhalb der letzten 30 Tage Rauschtrinken praktiziert hat, liegt laut der BZgA-Studie bei 10 %. Trotz eines Rückgangs gegenüber den 2000er Jahren (18) ist in Deutschland der Anteil der regelmäßig trinkenden Jugendlichen im europäischen Vergleich immer noch sehr hoch (2).

(Gesundheitliche) Folgen des Alkoholkonsums

Rauschtrinken kann für Heranwachsende in besonderem Maße problematisch sein: Langfristig ist beispielsweise das Risiko einer späteren Alkoholabhängigkeit erhöht, kurzfristig besteht die Gefahr einer akuten Alkoholintoxikation und für Verletzungen nach (Verkehrs-) Unfällen (19). Teilweise müssen Kinder und Jugendliche, die Rauschtrinken praktizieren, akut medizinisch behandelt werden. Die Anzahl der Behandlungsfälle wegen einer Alkoholintoxikation in Berliner Kliniken kann anhand der Krankenhausdiagnosestatistik abgebildet werden: 2020 wurden bei Berliner Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren insgesamt 223 Fälle mit einer entsprechenden Diagnose in Berliner Krankenhäusern registriert (Abbildung 6), wobei dies bei Jungen und Mädchen in etwa gleichhäufig der Fall war. Nach einem Rückgang von 2013 bis 2017 ist die Zahl der Behandlungsfälle in den Jahren 2018 und 2019 wieder leicht angestiegen und 2020 erneut gesunken.

Abbildung 6:
Krankenhausbehandlungsfälle in Berlin (nur Berliner Wohnbevölkerung inkl. Stundenfälle) aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation (ICD-10: F10.0) bei 0- bis 19-Jährigen 2007-2020 nach Geschlecht



(Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg) / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

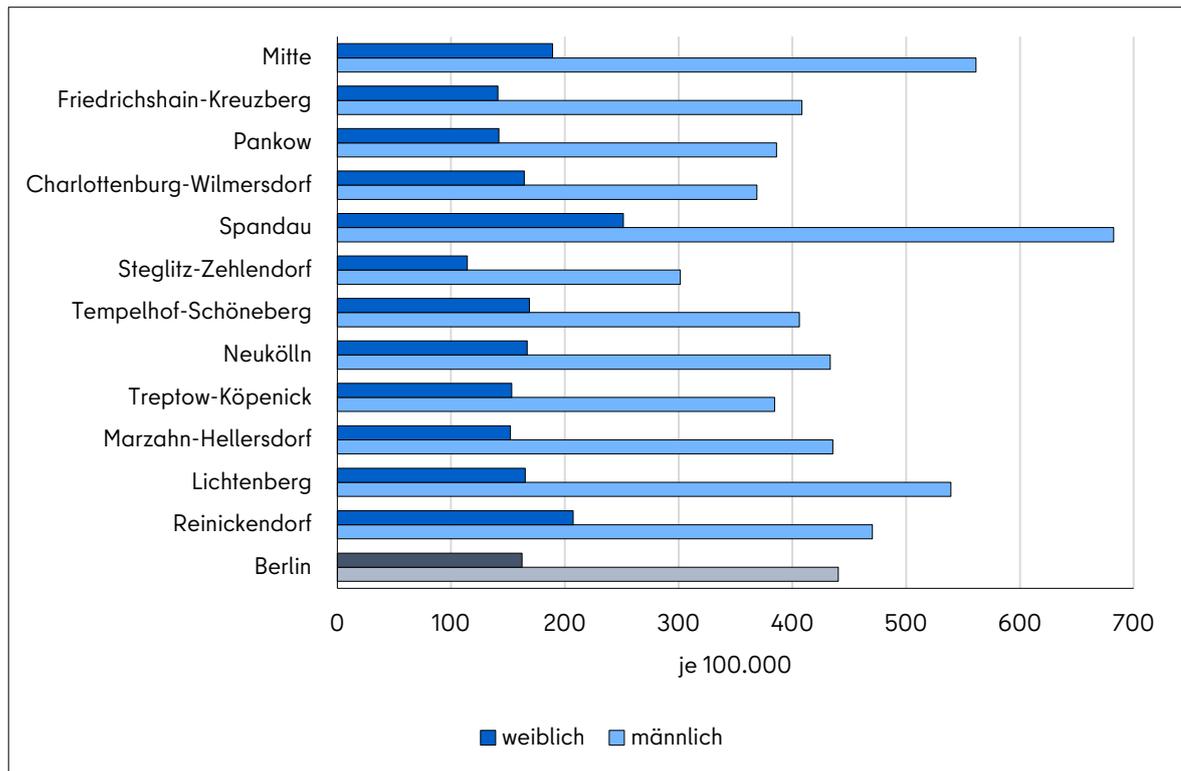
Die gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums sind vielfältig und reichen von psychischen Erkrankungen, über Kreislauferkrankungen und Erkrankungen des Verdauungssystems bis zu neurologischen und Krebserkrankungen (2). Anhand zweier Beispiele – alkoholische Leberkrankheit sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – wird im Folgenden die Entwicklung alkoholbedingter Krankenhausbehandlungsfälle in Berlin dargestellt.

Im Jahr 2019 wurden in Berlin 1.792 Krankenhausbehandlungsfälle aufgrund einer alkoholischen Leberkrankheit registriert, was 41 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Männer (68 Fälle je 100.000 Einwohner) waren mehr als doppelt so häufig betroffen wie Frauen (27 Fälle je 100.000 Einwohnerinnen). Seit 2007 ist die Anzahl der Fälle bezogen auf die Bevölkerung leicht zurückgegangen.

Insgesamt wurden im Jahr 2019 zudem über 11.000 Krankenhausbehandlungsfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10) registriert, was 314 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern entspricht. Männer sind mit 471 Fällen je 100.000 Einwohner fast dreimal so häufig betroffen wie Frauen (162 Fälle je 100.000 Einwohnerinnen). In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Behandlungsfälle sowohl bei Frauen als auch bei Männern zurückgegangen. Zwischen den Bezirken sind hierbei teilweise erhebliche Unterschiede zu beobachten (Abbildung 7): So wurden beispielsweise 2019 in Spandau mehr als doppelt so viele Fälle (464 je 100.000) registriert wie in Steglitz-Zehlendorf (201 je 100.000). Tendenziell weisen insbesondere Bezirke mit günstiger gesundheitlicher Lage und Sozialstruktur eine niedrige Fallzahl auf (20). Dies bestätigt ein sich häufig zeigendes vermeintliches Paradox: Während der Alkoholkonsum bei Personen mit höherem sozialen Status ähnlich oder sogar weiterverbreitet ist als bei Personen mit niedrigem sozialen Status, zeigen sich die negativen Auswirkungen des (übermäßigen) Alkoholkonsums früher und stärker bei von sozialer Benachteiligung betroffenen Personengruppen. Mögliche Ursachen hierfür werden in den Lebensverhältnissen verortet: Von sozialer Benachteiligung betroffene Personen verfügen häufig über weniger soziale und materielle Ressourcen, so dass die Folgeprobleme des

Alkoholkonsums deutlich früher und gravierender auftreten. Zudem können Barrieren in Bezug auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten bestehen (21, 22).

Abbildung 7:
Krankenhausbehandlungsfälle in Berlin (nur Berliner Wohnbevölkerung) aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10) 2019 nach Bezirken (je 100.000 altersstandardisiert¹⁾)

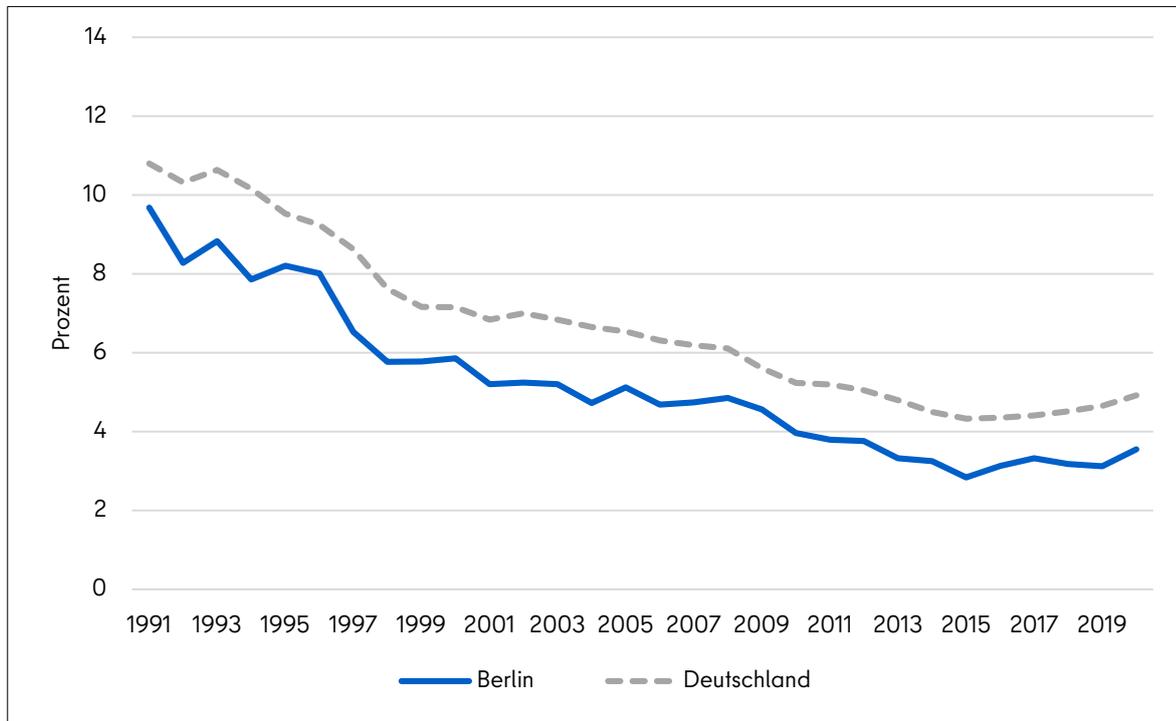


¹⁾ altersstandardisiert anhand der alten Europa-Standardbevölkerung

(Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg) / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

Im Jahr 2020 gab es in Berlin 467 alkoholbedingte Unfälle mit Personenschaden, bei denen insgesamt 577 Personen verunglückten. Damit stellen die alkoholbedingten Unfälle den bei weitem größten Anteil aller Unfälle unter Drogeneinfluss dar (12). Seit 1991 ist die Zahl der alkoholbedingten Unfälle und der dadurch verletzten bzw. getöteten Personen deutlich gesunken. Auch der Anteil der alkoholbedingten Unfälle mit Personenschaden an allen Unfällen mit Personenschaden ist von 10 % (1991) auf 3 % (2015) gesunken (Abbildung 8). In den letzten Jahren ist kein Rückgang mehr zu beobachten. Der Anteil von Unfällen mit Personenschäden, die durch Alkohol verursacht wurden, ist in Berlin kleiner als für das gesamte Bundesgebiet.

Abbildung 8:
Anteil alkoholbedingter Unfälle mit Personenschaden in Berlin und Deutschland in den Jahren 1991 bis 2020



(Datenquelle: StBA, Statistik der Straßenverkehrsunfälle / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

Behandlung und Rehabilitation einer Alkoholabhängigkeit

Die Daten der Suchthilfestatistik 2020 zeigen, dass eine alkoholbezogene Problematik in Berlin mit Abstand den häufigsten Behandlungsanlass in Einrichtungen der Suchthilfe darstellt: 37 % der Hauptdiagnosen in ambulanten Einrichtungen und 39 % der Hauptdiagnosen in stationären Einrichtungen der Suchthilfe sind alkoholbezogen (14). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (ambulant: 48 %; stationär: 64 %) ist der Anteil in Berlin allerdings deutlich geringer (13). Unter den Behandlungsfällen aufgrund einer alkoholbezogenen Problematik finden sich etwa doppelt so viele Männer wie Frauen. Der Altersdurchschnitt ist mit 45,7 Jahren (ambulant) bzw. 43,0 Jahren (stationär) im Vergleich zu anderen Substanzen relativ hoch: Mehr als ein Drittel der wegen einer alkoholbezogenen Problematik behandelten Patientinnen und Patienten sind über 50 Jahre alt. Im ambulanten (15 %) sowie im stationären Bereich (16 %) ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer alkoholbezogenen Problematik, die einen Migrationshintergrund aufweisen, relativ gering. Dies gilt sowohl im Vergleich

zu anderen Substanzen als auch zur Allgemeinbevölkerung. Jede zweite Person, die wegen einer alkoholbezogenen Problematik in einer ambulanten Einrichtung behandelt wird, ist erwerbstätig, in stationären Einrichtungen sind es nur etwa 30 % (14).

Prävention

Anhand der vorher dargestellten Daten wird deutlich wie wichtig Alkoholprävention ist.

Ziel der Alkoholprävention ist es, das Ausmaß des schädlichen Alkoholkonsums und seiner negativen Folgen zu vermindern. Um dieses Ziel zu erreichen, gilt es den Einstieg in den Konsum zu verhindern oder zumindest zu verzögern, riskantes Konsumverhalten früh zu erkennen und ihm entsprechend entgegen zu wirken sowie Abhängigkeit zu verringern (2).

Zur Alkoholprävention gehört sowohl die Verhältnisprävention als auch die Verhaltensprävention, beide Bausteine sollten miteinander Hand in Hand gehen. Unter Verhältnisprävention versteht man gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die so verändert werden, dass sie Alkoholkonsum erschweren oder Zugang zu Alkohol beschränken, z.B. durch Steuererhöhungen oder auch Werbeverbote. Die Verhaltensprävention dagegen hat zum Ziel z.B. über Aufklärung das Verhalten von Personen oder Zielgruppen zu verändern (2). Hier wird ein Fokus darauf gesetzt, ein Bewusstsein für den schädlichen Konsum zu schaffen und Menschen in ihrer Konsumkompetenz beziehungsweise Risikokompetenz zu stärken. Risikokompetenz gehört dabei zu den im Rahmen der Gesundheitsförderung zu vermittelnden Fähigkeiten und soll zur „Konsummündigkeit“ führen. Das bedeutet, dass Risiken und Folgen des Konsums von Suchtmitteln bekannt sind und bewertet werden können (23).

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Deutschland noch nicht alle Möglichkeiten der Verhältnisprävention ausgeschöpft hat. Maßnahmen hierbei könnten sein, Alkoholsteuern und Altersbeschränkungen anzuheben sowie gezielte Werbeverbote auszusprechen. Schätzungen zufolge könnten mit einem Preisanstieg für alkoholische Getränke um 25 Prozent alle fünf Jahre in Deutschland über einen Zeitraum von 30 Jahren (2020 bis 2050) über 143.000 alkoholbedingte Krebsfälle vermieden werden, (Frauen: 28.600, Männer: 114.900) (2).

Alkoholprävention wurde bundesweit auch im nationalen Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ adressiert (24). Nationale Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der relevanten Akteure im deutschen Gesundheitssystem. Sie fungieren als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument und wollen die Qualität der Versorgung und Gesundheit der Bevölkerung verbessern (25). Für das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ wurden jedoch bisher keinerlei konkrete Maßnahmenempfehlungen erarbeitet. Hier besteht noch deutlicher Handlungsbedarf.

Die vom Berliner Senat für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung geförderten Projekte in der Alkoholprävention sind in den verschiedenen Lebenswelten wie Kita, Schule oder auch im Freizeitbereich verankert. Hierbei stehen besonders die Zielgruppen Kinder und Jugendliche sowie Kinder aus suchtbelasteten Familien im Fokus.

Einige geförderte Projekte für Kinder und Jugendliche:

- [HaLT - Frühinterventionsprojekt für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene](https://www.halt-berlin.de)
(<https://www.halt-berlin.de>).
- [Vergiss mich nicht - Patenschaft für Kinder aus sucht betroffenen Familien](https://www.diakonie-stadtmitte.de/suchthilfe/vergiss-mich-nicht/ueber-uns)
(<https://www.diakonie-stadtmitte.de/suchthilfe/vergiss-mich-nicht/ueber-uns>).
- [Fluffi-Klub - Programm zur Suchtprävention und Stärkung der Resilienz](https://nacoa.de/projekte/praeventionsprojekt-fluffi-klub)
(<https://nacoa.de/projekte/praeventionsprojekt-fluffi-klub>).
- [Wigwam Zero - Alkoholkonsum in der Schwangerschaft](https://www.wigwamzero.de)
(<https://www.wigwamzero.de>).
- [Berliner Präventionspraxis - Raus aus der Grauzone](https://www.berlin-praeventionspraxis.de)
(<https://www.berlin-praeventionspraxis.de>).
- [Karuna Prevents - Interaktive Suchtprävention für Kinder und Jugendliche](https://www.karuna-prevents.de/)
(<https://www.karuna-prevents.de/>).

Da sich unsere Gesellschaft in einem ständigen Wandel befindet, muss sich auch die Suchtprävention entsprechend der Veränderungen anpassen. Alkohol wird vermehrt auch mit anderen Substanzen zusammen konsumiert, sodass Präventionsangebote entsprechend ausgerichtet werden müssen. Zudem bedarf es zusätzlicher digitaler Angebote um möglichst viele Zielgruppen auf einem ansprechenden und lebensweltnahen Weg zu erreichen.

Literatur

1. Groenemeyer A. Alkohol, Alkoholkonsum und Alkoholprobleme. In: Handbuch soziale Probleme: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden; 1999. S. 174-235.
2. Deutsches Krebsforschungszentrum, Hrsg. [Alkoholatlas Deutschland 2022. Heidelberg; 2022](#) [Stand: 17.10.2022]. Verfügbar unter: <https://www.dkfz.de/de/nationale-krebspraeventionswoche/alkoholatlas-2022.html>.
3. Bonnet U, Specka M, Soyka M, Alberti T, Bender S, Grigoleit T et al. Ranking the Harm of Psychoactive Drugs Including Prescription Analgesics to Users and Others-A Perspective of German Addiction Medicine Experts. *Frontiers in Psychiatry* 2020; 11:872. doi: 10.3389/fpsyt.2020.592199.
4. Bundesministerium der Finanzen. [Steuereinnahmen \(ohne Gemeindesteuern\) nach Steuerarten im gesamten Bundesgebiet; 2022](#) [Stand: 25.04.2022]. Verfügbar unter: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaeetzungen_und_Steuereinnahmen/1-kassenmaessige-steuereinnahmen-nach-steuerarten-und-gebietskoerperschaften.html.
5. World Health Organization (WHO). [Global Information System on Alcohol and Health; 2022](#) [Stand: 25.04.2022]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>.
6. Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e. V. [Daten aus der Alkoholwirtschaft 2021; 2021 \(PDF\)](#) [Stand: 09.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.spirituosen-verband.de/fileadmin/introduction/downloads/BSI-Datenbroschuere_2021.pdf.
7. Effertz T. Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hrsg. DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst; 2020. S. 225-34.
8. Allen J, Born S, Damerow S, Kuhnert R, Lemcke J, Müller A et al. Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) - Hintergrund und Methodik. *Journal of Health Monitoring* 2021; 6(3). doi: 10.25646/8558.

9. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T et al. Risk thresholds for alcohol consumption: Combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet* 2018; 391(10129):1513-23. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30134-X.
10. UNESCO Institute for Statistics. International Standard Classification of Education - ISCED 2011. Montreal, Canada; 2012.
11. Statistisches Bundesamt. [Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2018; 2020](#) [Stand: 08.06.2022]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html.
12. Statistisches Bundesamt. Verkehrsunfälle. [Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2020; 2021 \(PDF\)](#) [Stand: 08.06.2022]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-alkohol-5462404207004.pdf?__blob=publicationFile.
13. Schwarzkopf L, Künzel J, Murawski M, Specht S. [Suchthilfe in Deutschland 2020: Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik \(DSHS\)](#). IFT Institut für Therapieforschung, Hrsg. München; 2021 [Stand: 18.10.2022]. Verfügbar unter: <https://www.suchthilfestatistik.de/publikationen/jahresberichte.html>.
14. Specht S, Künzel J, Murawski M, Schwarzkopf L. [Suchthilfestatistik 2020: Jahresbericht zur aktuellen Situation der Suchthilfe in Berlin](#). Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Hrsg.; 2021 [Stand: 18.10.2022]. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/service/statistiken-und-berichte/>.
15. Lange C, Manz K, Rommel A, Schienkiewitz A, Mensink G. Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. *Journal of Health Monitoring* 2016; 1(1). doi: 10.17886/RKI-GBE-2016-025.
16. Pabst A, van der Auwera S, Piontek D, Baumeister SE, Kraus L. Decomposing social inequalities in alcohol consumption in Germany 1995-2015: An age-period-cohort analysis. *Addiction* 2019; 114(8):1359-68. doi: 10.1111/add.14616.

17. Robert Koch-Institut (RKI). [Alkohol: Rauschtrinken: Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020; 2022](#). Verfügbar unter: https://public.tableau.com/app/profile/robert.koch.institut/viz/Gesundheit_in_Deutschland_aktuell/GEDA_20192020-EHIS.
18. Orth B, Merkel C. Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland.: Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.; 2022.
19. Stolle M, Sack P-M, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: Epidemiology, consequences, and interventions. *Deutsches Arzteblatt international* 2009; 106(19):323-8. doi: 10.3238/arztebl.2009.0323.
20. Zeiher J, Häßler K, Finger JD, Hermann S. [Gesundheits- und Sozialstrukturatlas Berlin 2022](#). Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Hrsg. Berlin; 2022 [Stand: 01.06.2022]. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/gesundheits-und-sozialstruktur/>.
21. Griftner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social Inequalities and Gender Differences in the Experience of Alcohol-Related Problems. *Alcohol and Alcoholism* 2012; 47(5):597-605. doi: 10.1093/alcalc/ags040.
22. Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology* 2014; 43(4):1314-27. doi: 10.1093/ije/dyu043.
23. Weibel J, Scheuber N, Blakeney C, Blakeney R. Risikokompetenz und Drogenmündigkeit im Spannungsfeld von Kritik- und Genussfähigkeit: Literaturanalyse und Empfehlungen für die Praxis der Suchtprävention. Stadt Zürich - Suchtpräventionsstelle, Hrsg.; 2007.

24. gesundheitsziele.de. [Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“; 2015 \(PDF\)](#); 2015 [Stand: 07.09.2022]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Alkoholkonsum_reduzieren.pdf.
25. Maschewsky-Schneider U, Goecke M, Gocke M, Hölscher U, Kolip P, Kuhn A et al. Gesundheitsziele.de. Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2013; 56(9):1329-34. doi: 10.1007/s00103-013-1805-3.

Impressum

Autoren:

Johannes Zeiher¹⁾, Katharina Klaus²⁾, Heide Mutter²⁾, Kathleen Häßler¹⁾, Marjolein Haftenberger¹⁾, Jonas Finger¹⁾, Sylke Oberwöhrmann¹⁾

¹⁾ Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Gesundheit, Referat I A: Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme, Statistikstelle.

²⁾ Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Gesundheit, Referat I B: Psychiatrie, Sucht und Gesundheitsvorsorge

Herausgegeben von:

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Gesundheit, Referat I A: Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme, Statistikstelle.

[E-Mail](mailto:gbe@senwpgp.berlin.de) (gbe@senwpgp.berlin.de),

[SenWPGP, Gesundheitsberichterstattung](http://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung) (www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung),

[Gesundheits- und Sozialinformationssystem](http://www.gsi-berlin.info) (www.gsi-berlin.info).

Stand: November 2022