

# Informationen zum Thema:

---

## Alkohol in Europa <sup>1</sup>

### Alkohol und soziale Kosten

- Die bezifferbaren Kosten im Zusammenhang mit Alkohol werden für das Jahr 2003 für die EU auf 125 Mrd. € geschätzt. Das entspricht 1,3% der Bruttonationalproduktes und ist vergleichbar mit den Kosten, die durch Tabakkonsum verursacht werden.
- Alkohol verursacht in vielen Bereichen des Lebens Kosten: 59 Mrd. € auf Produktivitätsverluste durch das Fehlen am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit und vorzeitigem Tod, 22 Mrd. € für die Gesundheitsversorgung und Behandlung, 33 Mrd. durch alkoholbedingte Kriminalität und 10 Mrd. € für Sachschäden durch den Alkoholkonsum am Steuer .
- Wenn man über diese materiellen Verluste hinaus auch alkoholbezogenen Schmerzen und Leiden und auch dem Leben an sich einen Wert beimisst, so gelangt man zu wesentlich höheren Zahlen, 150 – 760 Mrd. € im Jahr, abhängig davon, wie hoch das Leben bewertet wird.

### Deutschland

- Die durch Alkoholkonsum verursachten direkten und indirekten Kosten belaufen sich für das Jahr 2007 auf 26,7 Mrd. Euro. (Adams, Effertz 2011)

### Alkohol und Arbeitsplätze

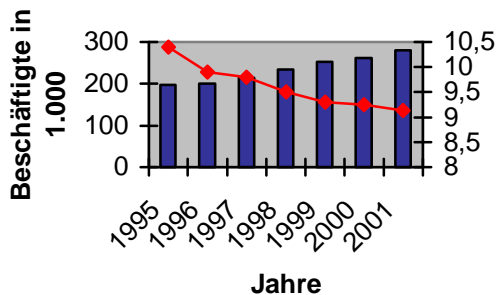
- Die Alkoholindustrie gehört mit über 750.000 Arbeitsplätzen zu den größten Industriezweigen Europas (und vielen mehr, die mit der Alkoholindustrie indirekt verbunden sind). Der Handel mit Alkohol trägt 9 Mrd. zur EU -Handelsbilanz bei.
- Dies bedeutet allerdings nicht, dass wirksame Maßnahmen der Alkoholpolitik notwendigerweise zu Arbeitsplatzverlusten führen.
- Der Zusammenhang zwischen Trends der Entwicklung der Trinkmenge und Trends im Arbeitsplatzangebot ist nur sehr schwach und inkonsistent.
- Wichtiger ist, dass Menschen, die weniger Geld für Alkohol ausgeben, mehr Geld zur Verfügung haben, welches sie für andere Dinge ausgeben können. Die Weltbank fand z.B. in Bezug auf Tabak heraus, dass es auf längere Sicht sogar mehr Arbeitsplätze in

---

<sup>1</sup> Die europabezogenen Daten sind dem Bericht „Alcohol in Europe – A Public Health Perspective“ entnommen. Anderson, R. & Baumberg, B. (2006), London, Institute of Alcohol Studies. Daten aus Deutschland werden, sofern vorhanden, jeweils am Ende eines Abschnitts genannt. Die Quellen werden dort jeweils angegeben.

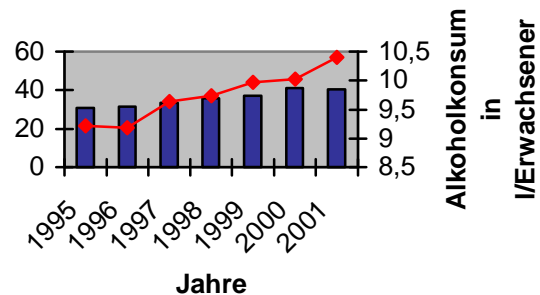
den USA geben würde, wenn Tabak von einem Tag zum anderen verschwinden würde.  
 (The World Bank 2003)

**Beschäftigung in Bars in Italien**



■ Beschäftigung —◆ Alkoholkonsum

**Beschäftigung in Hotels, Restaurants, Bars in Finnland**



■ Beschäftigung —◆ Alkoholkonsum

## Auswirkungen auf die Gesundheit

- Alkohol ist verantwortlich für 7,4% der gesundheitlichen Störungen und vorzeitigen Todesfälle in Europa, wenn man den gesundheitlichen Nutzen mit einberechnet. Dies macht Alkohol zur dritt wichtigsten Ursache für Krankheit und vorzeitigem Tod nach Tabak und Bluthochdruck, noch vor anderen Faktoren wie Übergewicht, hohem Cholesterinspiegel oder illegalen Drogen.
- Alkohol ist verantwortlich für 115.000 Todesfälle bei Menschen, die vor dem 70. Lebensjahr sterben (wenn man den gesundheitlichen Nutzen von Alkohol mit einrechnet) und ist die Haupttodesursache bei jungen Männern in der EU.
- Alkohol verursacht Leid für Dritte. Dies schließt 60.000 Kinder ein, die durch Alkoholkonsum der Mutter mit Untergewicht geboren werden, 5-9 Mio. Kinder, die in Familien leben, die durch Alkohol negativ beeinflusst werden, 10.000 Verkehrstote durch Alkohol am Steuer (ausschließlich der betrunkenen Fahrer) und 2.000 tödliche Gewaltakte jährlich in der EU.
- Alkohol verursacht gesundheitliche Ungleichheiten, sowohl zwischen den als auch innerhalb der EU-Länder. Dies führte zu 90 zusätzlichen Todesfällen pro 100.000

Männern und 60 zusätzlichen Todesfällen pro 100.000 Frauen in den 10 Ländern, die 2004 der EU beitraten, im Vergleich zu den 15 „alten“ EU-Mitgliedsländern.

### Deutschland

- Ca. 1,3 Mio. Menschen in Deutschland sind alkoholabhängig. Ein Missbrauch von Alkohol liegt bei ca. 2 Mio. Menschen vor und ca. 9,5 Mio. konsumieren Alkohol in riskanter Weise. (Kraus 2010; Pabst 2008)
- Jährlich sterben etwa 74.000 Personen allein durch den Alkoholkonsum oder den Konsum von Alkohol und Tabak. Davon gehen 26% dieser Todesfälle allein auf den Konsum von Alkohol zurück. (John, Hanke 2002)
- Der Anteil an alkoholbedingten Todesfällen im Alter zwischen 35 und 65 Jahren beträgt bei Männern 25% und bei Frauen 13%. (John, Hanke 2002)
- Der Anteil der bei Alkoholunfällen getöteten Personen lag 2009 bei 10,5%. (Albrecht, Heinrich, Schulze 2011)
- Im Jahr 2009 standen 13,7% aller Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss. Fast jedes dritte Gewaltdelikt wurde unter Alkoholeinfluss begangen. (Egg 2011)

### **Jugendliche und Alkohol**

- Die im Jahr 2009 veröffentlichte „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD) kommt zu dem Ergebnis, dass fast alle 15-16 Jahre alten Schüler (>90%) in ihrem Leben schon einmal Alkohol getrunken haben. Jeder zweite Schüler hatte bereits mindestens einen Rausch erlebt.
- „Binge drinking“ (Den Konsum von fünf oder mehr Gläsern Alkohol bei einer Gelegenheit nennt man international „binge drinking“.) liegt bei Jugendlichen im Trend. So hatten 2007 46 % der Jungen und 42% der Mädchen einen Alkoholrausch.
- Das Trinkverhalten von Mädchen hat europaweit große Besorgnis ausgelöst. Es ist jedoch immer noch so, dass Jungen deutlich mehr trinken und häufiger betrunken

werden als Mädchen und dass sich die Differenz der absoluten Trinkmenge zwischen Mädchen und Jungen nur geringfügig reduziert hat. (Hibell 2009)

### Deutschland

- In der Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2010 gaben die 12- bis 25-Jährigen an im Alter von 14,5 Jahren (Durchschnitt) das erste Mal Alkohol konsumiert zu haben. Ihren ersten Rausch haben die Jugendlichen mit durchschnittlich 15,9 Jahren. (BZgA 2011)
- 20,4% der 12- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen und 12,8% der weiblichen Jugendliche dieser Altersgruppe haben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal fünf oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken. Bei den 18- bis 25-Jährigen ergaben sich bei den Männern 48,5% und den Frauen 25,9% für die 30-Tage-Prävalenz den Binge-Trinkens. (BZgA 2011)

### **Erwachsene und Alkohol**

- Die meisten Erwachsenen trinken keine großen Mengen. Der Anteil an Konsumenten mit riskanten Konsummustern ist dennoch hoch in der Europäischen Union: 40 Mio. Bürger der „alten“ 15 Mitgliedstaaten der EU geben an, monatlich zu viel zu trinken und 100 Mio. (einer von dreien) geben mindestens einmal monatlich „binge drinking“ an.
- Während 266 Mio. Erwachsene Alkohol relativ risikoarm<sup>2</sup> konsumieren, haben 58 Mio. Erwachsene ein höheres Konsumniveau, einschließlich der 20 Mio., die Alkohol in einer schädlichen Weise trinken. 23 Mio. Europäer (5% der Männer, 1% der Frauen) sind in jedem Jahr alkoholabhängig.
- Viele Menschen haben stereotype Ansichten über die Trinkgewohnheiten in den verschiedenen europäischen Ländern. Die Unterschiede zwischen den Ländern, besonders zwischen Nord- und Südeuropa, sind jedoch geringer als angenommen wird.

---

<sup>2</sup>Risikoarm = < 20g (Frauen) oder < 40g (Männer) täglich; schädlicher Konsum = > 40g (Frauen) oder > 60g (Männer) täglich.

Bier wird z.B. immer häufiger in Südeuropa getrunken und Wein immer häufiger in Nordeuropa. Spanier nehmen Alkohol häufiger in Form von Bier als von Wein zu sich und Menschen in Griechenland und Spanien trinken mehr Spirituosen als Menschen in Schweden und Norwegen.

### Deutschland

- Jeder vierte Mann in Deutschland, der im Alter von 35 bis 65 Jahren stirbt, stirbt an den Folgen von Alkoholkonsum. (John, Hanke 2002)
- Für Personen mit chronischem Alkoholmissbrauch verkürzt sich die Lebenserwartung um ca. 20 Jahre (Bergmann, Horch 2002)
- Die Diagnoseklasse F10 (ICD-10) „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ ist der häufigste Behandlungsanlass in Krankenhäusern bei Männern (Bundeministerium für Gesundheit 2011)
- Abhängig vom Schweregrad einer alkoholbedingten Leberzirrhose sterben im Zeitraum von fünf Jahren nach Diagnosestellung zwischen 40 und 80% der Betroffenen (Statistisches Bundesamt 1998)
- 

### **Welche Maßnahmen haben sich als wirksam erwiesen?**

- Bildungs- und Aufklärungskampagnen sind politisch populär und sie sind auch ein Menschenrecht. Ihre Wirksamkeit bei der Reduzierung von alkoholbedingtem Leid und Schaden bezogen auf die gesamte Bevölkerung ist jedoch gering, wenn sie nicht mit strukturellen Maßnahmen der Verhältnisprävention kombiniert werden. Das heißt, sie stellen keine Alternative zu wirksameren Maßnahmen dar, sondern sind sinnvoll im Zusammenwirken mit anderen Ansätzen.
- Die Besteuerung von Alkohol hat sich durchgängig als wirksam bei der Reduzierung von alkoholverursachtem Leid und Schaden erwiesen, besonders was Jugendliche und starke Trinker betrifft. Wenn Alkoholsteuern den Preis von alkoholischen Getränken in

der EU um 10% verteuern würden, könnten über 9.000 Todesfälle im darauf folgenden Jahr verhindert werden und ungefähr 13 Mrd. an zusätzlichen Steuern eingenommen werden.

- Am Ende des Berichtes „Alkohol in Europa“ wird eine Reihe von Empfehlungen aus verschiedenen Politikbereichen ausgesprochen. Sie richten sich strikt danach, ob ihre Wirksamkeit belegt ist. Die Empfehlungen sind in der Zusammenfassung des Berichtes nachzulesen und beziehen sich auf die folgenden 10 Themen: 1. Definition von alkoholischen Getränken, 2. Evidenzbasierung schaffen, 3. Vorbereitung und Implementierung von Aktionsplänen, 4. Länderübergreifende Unterstützung, 5. Alkohol am Steuer, 6. Bildung und Aufklärung, 7. Produkt- und Warnhinweise, 8. Regulierung des Alkoholmarktes, 9. Alkohol und Trinkumfeld, 10. Kurzinterventionen für starke Trinker.

Auch der Europäische Rat hat sich damit beschäftigt, welche alkoholpolitischen Strategien ergriffen werden sollten und ersucht seine Mitgliedsstaaten

- die wirksamsten Maßnahmen zu nutzen, um auf einzelstaatlicher Ebene eine Regelung und Durchsetzung im Bereich der Alkoholpolitik zu gewährleisten;

- die Rolle der Preispolitik – etwa in Form von Regelungen für "Happy Hour"-Angebote, Sondersteuern auf Mix und Gratisgetränke – als wirksames Instrument zur Verringerung alkoholbedingter Schäden in Betracht zu ziehen und ihre Auswirkungen abzuschätzen;

[...]"(Rat der Europäischen Union 2009).

## Literatur:

Adams, M.; Effertz, T. (2011): Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In: Singer, M. V.; Batra, A.; Mann, K. (Hrsg.): *Alkohol, Tabak und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Thieme

Albrecht, M.; Heinrich, St.; Schulze, H. (2011): Suchtmittel im Straßenverkehr 2009 - Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2011*. Geesthacht: Neuland. 168-180.

Anderson, P.; Baumberg, B. (2006): Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission. London: Institute for Alcohol Studies UK.

Internet:

Gesamtbericht und Zusammenfassung in deutscher Sprache „Alcohol in Europe“:

[http://ec.europa.eu/health-eu/news\\_alcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm)

Bergmann, E.; Horch, K. (2002): Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Daten des Gesundheitswesens 2011. Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Kurzbericht zu Ergebnissen einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln.

Egg, Rudolf (2011): Delikte unter Alkoholeinfluss. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2011. Geesthacht: Neuland. 155-167.

Hibell, B. (et al.) (2009): The 2007 ESPAD Report: Substance Abuse among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, 2009.

John, U.; Hanke, M. (2002): Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. In: Alcohol and Alcoholism, 37; 581-585.

Kraus, L.; Pabst, A. (Gasthrsg.) (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Sucht, 56(5).

Pabst, A.; Kraus, L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, 54(Sonderheft 1), S36-S46.

Rat der Europäischen Union (2009): Council Conclusions on Alcohol and Health. 2980th EMPLOYMENT, SOCIAL POLICY AND CONSUMER AFFAIRS Council meeting. Brussels, 1 December 2009

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

The World Bank (2003): Der Tabakepidemie Einhalt gebieten: Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle / Herausgeber der deutschen Ausgabe: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention und WHO Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle. Washington D.C.

Stand: November 2011



Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Westenwall 4 | 59065 Hamm | tel 02381.90 15-0 | fax 02381.90 1530 | EMail info@dhs.de | www.dhs.de

---

## **Kontakt**

Gabriele Bartsch

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4

59065 Hamm

Tel. 02381 9015-17

Fax 02381 9015-30

[bartsch@dhs.de](mailto:bartsch@dhs.de)

[www.dhs.de](http://www.dhs.de)