

W

Deutscher Bundestag ■ Wissenschaftliche Dienste

Alkoholabhängigkeit

Definition, Prävalenz, Einflussfaktoren, Auswirkungen

- Ausarbeitung -



Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages



Alkoholabhängigkeit

Definition, Prävalenz, Einflussfaktoren, Auswirkungen

Ausarbeitung WD 9 - 202/06

Abschluss der Arbeit: 07.12.2006

Fachbereich WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und
Jugend



Ausarbeitungen und andere Informationsangebote der Wissenschaftlichen Dienste geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Die Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste sind dazu bestimmt, Mitglieder des Deutschen Bundestages bei der Wahrnehmung des Mandats zu unterstützen. Der Deutsche Bundestag behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor. Diese bedürfen der Zustimmung des Direktors beim Deutschen Bundestag.

1. Einleitung

Der Konsum von Alkohol gilt vielen als integraler Bestandteil unserer Kultur. Häufig wird der relativ hohe Verbrauch in Deutschland so begründet. Er liegt mit jährlich 10,1 Litern reinem Alkohol pro Person deutlich höher als in Ländern mit restriktiver Alkoholpolitik (z. B. Schweden 5,1 Liter) (Mann 2006). Dieser anhand der nationalen Verbrauchsstatistiken errechnete Wert gibt noch keine Auskunft über individuelle Trinkmuster, negative Auswirkungen oder kausale Zusammenhänge. Hierzu sind schriftliche Befragungen von Personen aus repräsentativen Stichproben notwendig. Da es sich beim Alkoholmissbrauch um ein sozial unerwünschtes Verhalten handelt, besteht eine Tendenz zur „Untertreibung“ des Konsums und Unterschätzung der durch den Alkohol bedingten Störungen. Hinzu kommt, dass besonders stark Konsumierende nur eingeschränkt erreichbar sein dürften. So ergibt sich beispielsweise aus den Selbstangaben zur Konsummenge aus Repräsentativerhebungen nur die Hälfte des Verbrauchs, der durch die Produktionsstatistik errechnet wurde (BMG 2000: 11).

2. Datenbasis

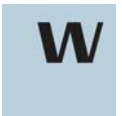
Bei den im Folgenden dargestellten Zahlen handelt es sich um Schätzwerte, denen Angaben aus dem Gesundheitssurvey 1998¹ und dem Epidemologischen Suchtsurvey 2000² zu Grunde liegen. Die Daten werden in regelmäßigen Abständen über schriftliche Befragungen erhoben.

3. Terminologie

Der Konsum von Alkohol ist – im Gegensatz zu einer Reihe anderer Suchtmittel – nicht in jedem Fall gesundheitsschädlich. In den letzten Jahren häufen sich sogar Berichte über mögliche protektive Eigenschaften von moderatem Alkoholkonsum, speziell im Hinblick auf Herz-Kreislaufkrankungen. Daher bedarf es einer Definition, ab welchem Mengengrad der Alkoholkonsum noch tolerierbar ist und ab wann von einer Gefahr für die Gesundheit auszugehen ist. In den internationalen Krankheitsklassifikati-

-
- 1 Repräsentativerhebung des Robert-Koch-Instituts (1998) per Fragebogen zum Gesundheitsverhalten von 7.124 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Zusätzlich diente eine ärztliche Untersuchung und Anamnese der Teilnehmer zur Datengewinnung.
 - 2 Vom BMG geförderte Repräsentativerhebungen zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen, früher „Bundesstudie“, per Fragebogen von 8.139 18- bis 59-jährigen Personen (2000).

onssystemen ICD-10 und DSM-IV wird Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeit in drei Kategorien beschrieben (Mann 2006):



riskanter Konsum: deutlich erhöhtes Risiko für gesundheitliche Folgeschäden ab 20 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen und 30 g bei Männern. 20 g entsprechen etwa einem halben Liter Bier oder 0,2 l Wein.

schädlicher Konsum: Ein schädlicher Gebrauch liegt vor, wenn der Alkoholkonsum bereits zu körperlichen, psychischen und sozialen Störungen geführt hat. Diese Schädigungen müssen kontinuierlich über einen Zeitraum von mindestens einem Monat oder mehrfach im Verlaufe von 12 Monaten aufgetreten sein. Eine Abhängigkeit ist hierbei auszuschließen.

Alkoholabhängigkeit liegt vor, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren,
- verminderte Kontrollfähigkeit, den Alkoholkonsum zu beenden,
- Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu lindern,
- körperliches Entzugssyndrom,
- Nachweis einer Toleranz,
- eingegengtes Trinkverhalten, d. h. Alkoholkonsum eher nach dem psychischen oder körperlichen Bedarf als nach äußeren Anlässen,
- Vernachlässigung von Interessen zugunsten des Alkoholkonsums,
- anhaltender Konsum trotz Nachweises der negativen Folgen.

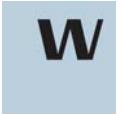
4. Prävalenz³

Gemäß den oben beschriebenen Kriterien ergibt sich nach neusten Schätzungen des Instituts für Therapieforschung (Kraus 2006) auf der Grundlage des Epidemiologischen Suchtsurveys folgende Prävalenz bei Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol:

- Missbrauch (schädlicher Konsum, s. o.): 1,6 Mio. (3,3 % der 18- bis 59-Jährigen);
- Abhängigkeit: 1,5 Mio. Personen (3,1 % der 18- bis 59-Jährigen);

3 Die **Prävalenz** oder **Krankheitshäufigkeit** ist eine Kennzahl der Gesundheits- und Krankheitslehre und sagt aus, wie viel Menschen einer bestimmten Gruppe (Population) an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind.

- in Behandlung: 350.000 - 420.000 Personen (Mittelwert: 385.000 Personen; 0,5 % der Gesamtbevölkerung).



Die Gruppe mit riskantem Alkoholkonsum ist statistisch schwer zu erfassen. Außerdem ist sie nicht von den Gruppen „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ abgegrenzt, so dass Personen mit riskantem Konsum gleichzeitig in die beiden anderen Gruppierungen fallen. Die Schätzungen der Prävalenzen für diese Kategorie fallen daher entsprechend unterschiedlich aus: zwischen 3,2 Millionen (Mann 2006) und 10,4 Millionen Menschen (DHS⁴).

5. Zusammenhang zwischen verschiedenen Einflussfaktoren und Missbrauch/Abhängigkeit, bzw. Alkoholkonsum

Die im Folgenden dargestellten Zusammenhänge beziehen sich unter Punkt 5.1. auf die Gruppen „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ und unter Punkt 5.2. auf die wesentlich größere Gruppe der Alkohol Konsumierenden. Klare soziale Unterschiede beim Trinkverhalten sind schwer auszumachen. Außerdem muss das Ausmaß von festgestellten Einflüssen bestimmter Faktoren auf das Trinkverhalten vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Messprobleme relativiert werden.

5.1. Missbrauch/Abhängigkeit

Auf der Grundlage des Suchtsurveys 2000 kommt das Institut für Therapieforchung zu folgenden Ergebnissen: Das Verhältnis von Männern zu Frauen beträgt sowohl bei Abhängigen als auch bei Missbrauch etwa 4:1. Im Vergleich zu Männern aus der Oberschicht haben Männer aus der Mittelschicht ein signifikant höheres Risiko für den Konsum von 5 oder mehr Gläsern alkoholischer Getränke an mindestens einem Tag pro Woche und für einen Score im Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), einem Indikator für schädlichen und riskanten Alkoholkonsum. Männer aus der Unterschicht weisen darüber hinaus ein signifikant höheres Risiko für eine Abhängigkeitsdiagnose auf. Frauen aus der Mittelschicht hatten ein signifikant niedrigeres Risiko für eine Missbrauchsdiagnose als Frauen aus der Oberschicht. Das Trinkverhalten von Frauen aus der Unterschicht und denen aus der Oberschicht ähnelt sich (Kraus 2006).

5.2. Alkoholkonsum

Das Robert Koch Institut (RKI 2003) kommt anhand der Daten des Gesundheitssurveys 1998 beim Alkoholkonsum (Grenzwerte für riskanten Konsum: 20 g Alkohol pro Tag für Männer bzw. 10 g Alkohol pro Tag für Frauen.) zu ähnlichen Ergebnisse mit etwas

4 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. http://www.optiserver.de/dhs/presse_86.html

höheren Signifikanzen – d. h. die Zusammenhänge sind etwas prägnanter – als bei Missbrauch und Abhängigkeit.

Etwa ein Drittel der Männer und ein Sechstel der Frauen konsumieren alkoholische Getränke auf einem Niveau, welches mit einem erhöhten Risiko für alkoholassoziierte Erkrankungen in Verbindung gebracht wird. Dabei werden die Grenzwerte zum Alkoholkonsum deutlich überschritten. Bei Männern beträgt der Alkoholkonsum 33 g pro Tag, bei Frauen 16 g pro Tag (Mediane der Alkoholzufuhr).

Bei den Frauen zeigt sich, dass die Zugehörigkeit zu einer Personengruppe mit höherem sozioökonomischem Status mit einem höheren Alkoholkonsum einhergeht. Während 9 % aller Frauen mit geringem sozioökonomischem Status angeben, mehr als 10 g Alkohol täglich aufzunehmen, sind es in der mittleren Statusgruppe 14 % und in der hohen Statusgruppe sogar 30 %.

In der Personengruppe mit hohem sozioökonomischem Status wird die gesundheitlich verträgliche Alkoholzufuhrmenge besonders häufig überschritten. Auch bei den Männern ist der Anteil an Personen mit einem Alkoholkonsum oberhalb der tolerierbaren oberen Menge bei denjenigen mit hohem sozioökonomischem Status relativ groß (35 %). In der Personengruppe mit mittlerem sozioökonomischem Status konsumieren 29 % und in der Personengruppe mit geringem sozioökonomischen Status 32 % der Männer mehr als 20 g Alkohol pro Tag.

Ergebnisse einer europäischen Vergleichsstudie⁵ zeigen, dass geschiedene Männer und Frauen mehr Alkohol trinken als solche, die in einer Partnerschaft leben. Frauen mit Kindern konsumieren weniger Alkohol als Frauen ohne Kinder. Thesen, die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Rollenkombinationen bei Frauen und Trinkgewohnheiten postulieren, wurden nicht bestätigt. So konnte kein erhöhter Alkoholkonsum bei mehrfacher Rollenbelastung durch Erwerbstätigkeit, Ehe und Mutterschaft („role overload“) festgestellt werden. Ebenso fand sich keine klare Bestätigung für die These, dass schlechtere Zugangschancen für Frauen zur Erwerbstätigkeit mit Vereinsamung und Alkoholkonsum einhergehen („role deprivation“).

Vielmehr zeigt sich, dass die Kombination verschiedener Rollen in den einzelnen Ländern unterschiedliche Auswirkungen auf den Alkoholkonsum hat. So ist bei Frauen in Deutschland starker Alkoholkonsum am weitesten verbreitet bei unverheirateten Frauen mit oder ohne Kinder. In der Schweiz fanden sich die meisten Frauen mit hohem

5 „Gender Culture and Alcohol Problems: A Multinational Study“ 2002 - 2004.

Alkoholkonsum bei Rollenkombinationen, die von der typischen Hausfrauen- und Mutterrolle abwichen. In Finnland waren es vor allem jüngere Frauen mit wenigen Rollen, die viel Alkohol tranken. In Frankreich schließlich ließ sich kaum ein Zusammenhang zwischen verschiedenen Rollenkombinationen und dem Alkoholkonsum ausmachen. Offensichtlich ergeben länderspezifische Rollenerwartungen, Rollenbelastungen und Trinkkulturen eine jeweils spezifische Mischung (HLS 2002). Auch die Ergebnisse dieser Studie sind vor dem Hintergrund der bereits beschriebenen Messungengenauigkeit zu betrachten. Als zusätzliche Fehlerquelle kommen hier die unterschiedlichen Erfassungsmethoden der einzelnen Länder hinzu.

6. Auswirkungen auf Kinder alkoholabhängiger Eltern

Die folgenden Aussagen (siehe Kasten) sind zusammengefasste Ergebnisse der Dissertation: „Die alkoholranke Familie und ihre Kinder“ (Reiners-Kröncke 2005) und des Abschlussberichts einer Situationsanalyse über Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (Klein 2003). Aus den Aussagen lässt sich kein Anspruch auf Allgemeingültigkeit ableiten, zumal sich auch hier die Datenerhebung als schwierig erwies. Dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind, liegt nahe. Dennoch ist eine eindeutige Kausalität im Hinblick auf bestimmte Störungen und Auffälligkeiten nicht nachweisbar. Vielmehr sind die hier beschriebenen Defizite typisch auch für Kinder, deren Eltern ihren Kindern auch aus anderen Gründen nicht genug Schutz, Sicherheit und Geborgenheit geben konnten. Auch in den alkoholbelasteten Familien ist der Alkohol selten das einzige Problem. In den meisten Fällen kommen weitere Beeinträchtigungen (z. B. finanzielle Sorgen, psychische und physische Krankheiten der Eltern, häusliche Gewalt) hinzu, so dass der Alkohol nicht allein als Ursache für Entwicklungsstörungen betrachtet werden kann. Außerdem muss bedacht werden, dass nicht zwangsläufig die unten beschriebenen Probleme und Störungen auftreten müssen, da Kinder und auch Erwachsene sehr unterschiedlich auf Belastungen und Frustrationen reagieren.

Kinder aus alkoholbelasteten Familien zeigen ein sehr verantwortungsvolles und selbständiges Verhalten, da sie früh gelernt haben, Verantwortung zu übernehmen, sich um alles selbst zu kümmern und sich auf niemanden verlassen zu können. Das für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung wichtige Kindsein wird durch ein zu frühes „Erwachsen-Werden-Müssen“ gebremst bzw. beeinträchtigt. Aufgrund starker Verlustängste neigen sie dazu, in Beziehungen zu klammern. Sie haben nicht gelernt, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen und diese umzusetzen. Stattdessen kommt es oft zu selbstzerstörerischem Verhalten. Da es ihnen an vertrauensvollen und sicheren Beziehungen mangelt, sind sie ihren Mitmenschen gegenüber eher misstrauisch. Minderwertigkeitsgefühle und Selbstzweifel versuchen sie durch aggressives Verhalten oder Impioniergehabe zu kompensieren. Aber auch introvertiertes Verhalten und Rückzug bis hin zum Einzelgängertum sind mögliche Verhaltensweisen von Kindern aus Alkoholikerfamilien. Auf der anderen Seite entwickeln Kinder aus alkoholbelasteten Familien im Sinne einer Schutzfunktion oder „Überlebensstrategie“ auch Fähigkeiten und Stärken. Dazu zählen: gute Geschwisterbeziehungen, kreative Potenziale, die Wahrnehmung der familiären Umwelt als Herausforderung und angemessene Bewältigungsmechanismen. Entwicklungsstörungen im Kindesalter setzen sich im Erwachsenenalter häufig fort. Viele haben später in ihrer eigenen Familie wieder ein Alkoholproblem. Sie haben Schwierigkeiten intime Beziehungen aufzubauen und neigen zu „Co-Abhängigkeit“, einer zerstörerischen Art zu leben, in der man sich nur noch auf das Gegenüber konzentriert und nicht mehr auf sich selbst. Sie zeichnen sich durch übertriebene Verantwortungsübernahme oder Verantwortungslosigkeit aus, sind nicht konfliktfähig und insgesamt in ihrer Lebensführung eingeschränkt. Es fällt ihnen schwer, an einer Sache „dran zu bleiben“, sie sind oft unruhig und nervös.

7. Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Bd. 128.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. http://www.optiserver.de/dhs/presse_86.html

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (HLS) (2002). Alkoholkonsum und Alkoholprobleme von Frauen in Europa. Forschungsbrief 3/2002.

Klein, Michael (2002). Abschlussbericht: Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen.

Kraus, Ludwig (2006). Ausführungen Alkoholabhängigkeit. Institut für Therapiefor- schung (IFT).

Mann, Karl (2006/2007). Alkoholabhängigkeit. Vorzeitiger Auszug aus: Voderholzer, Ulrich; Hohagen, Fritz (Hg.) Therapie psychischer Erkrankungen.

Reiners-Kröncke, Werner (2005). Die alkoholranke Familie und ihre Kinder.

Robert Koch Institut (RKI) (2003). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. http://www.rki.de/cln_011/nn_260532/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattu ng/GBEDownloadsB/alkohol,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/alkohol

