

1. Alkoholkonsum in Deutschland und präventive Strategien – eine Übersicht

1.1 Alkoholkonsum in Deutschland

Allgemeinbevölkerung

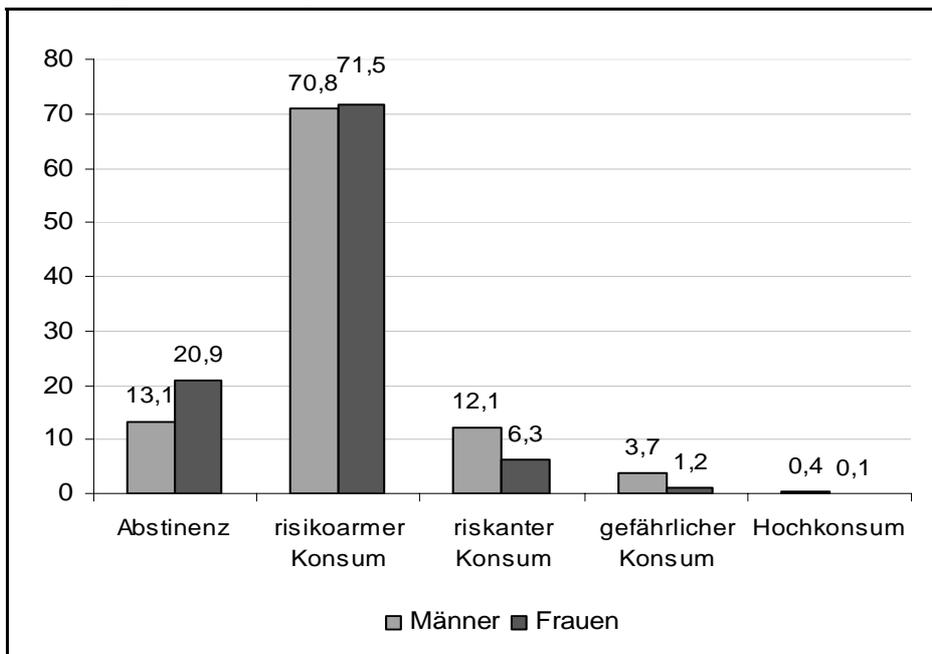
Mit einem Konsum von durchschnittlich 10,1 Liter reinem Alkohol jährlich pro Kopf der Bevölkerung gehört Deutschland weltweit zu den fünf Ländern mit dem höchsten Alkoholkonsum. Das Niveau des Alkoholkonsums hat sich seit 1970 kaum verändert (Meyer & John 2006).

Die Ergebnisse einer Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland (Augustin & Kraus 2005) zeigen für das Jahr 2003, dass lediglich 16,9 Prozent der befragten Personen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung keinen Alkohol getrunken haben. 9,3 Prozent der Befragten wiesen einen riskanten Konsum auf (Männer: 16,2 Prozent, Frauen: 7,6 Prozent), das heißt, sie lagen über dem Schwellenwert für risikoarmen Konsum. 2,5 Prozent hatten einen gefährlichen und 0,3 Prozent einen Hochkonsum von Alkohol, wobei diese Konsumformen unter Männern deutlich stärker verbreitet sind als unter Frauen (vgl. Abbildung 1).

Das Rauschtrinken ist unter männlichen Alkoholkonsumenten weiter verbreitet als unter weiblichen. Während fast die Hälfte der Männer in den letzten 30 Tagen zumindest einmal fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke konsumiert hatte (44,6 Prozent), waren es bei den Frauen weniger als ein Fünftel (16,3 Prozent).

Zwar steigt der Anteil des Rauschtrinkens mit dem durchschnittlichen Alkoholkonsum, aber auch unter Personen mit einem risikoarmen Durchschnittskonsum ist das Rauschtrinken verbreitet: Etwa ein Viertel der risikoarm konsumierenden Personen berichtete von mindestens einem Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen, wobei die Gruppe der jüngeren Konsumenten deutlich höhere Werte aufwies.

Abbildung 1: Verteilung des Alkoholkonsums im Jahre 2003*



*Quelle: Augustin & Kraus 2005; Abstinentz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholgengen pro Tag in Prozent (Abstinentz: mindestens die letzten 30 Tage kein Alkohol; risikoarmer Konsum: Männer <30g, Frauen: <20g; riskanter Konsum: Männer >30g-60g; Frauen >20-40g; gefährlicher Konsum: Männer >60g-120g, Frauen >40g-80 g; Hochkonsum: Männer >120g, Frauen >80g)¹.

Der Einstieg in den Alkoholkonsum erfolgte bei 60 Prozent der 18- bis 20-jährigen Männer und bei 42 Prozent der gleichaltrigen Frauen spätestens mit 16 Jahren. Mit dem regelmäßigen Konsum (mindestens einmal pro Monat) hatten 78 Prozent der Männer in dieser Altersgruppe bis zum 18. Lebensjahr begonnen, bei den Frauen waren es 57 Prozent.

Jugendliche

Beim Alkoholkonsum Jugendlicher zeigte sich 2004 in der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Wende. Der seit den 70er-Jahren anhaltende Trend zu weniger regelmäßigem Alkoholkonsum bei Jugendlichen wurde erstmalig gebrochen. Dies dokumentierte sich besonders in

¹ Aufgrund neuer Untersuchungen werden für einen risikoarmen Alkoholkonsum die folgenden Grenzwerte genannt: Erwachsene Frauen sollten nicht mehr als 10 Gramm reinen Alkohol (ein Standardglas eines alkoholischen Getränks) an nicht mehr als 5 Tagen pro Woche zu sich nehmen, Männer nicht mehr als 20 Gramm reinen Alkohol pro Tag an nicht mehr als 5 Tagen pro Woche.

den wöchentlichen Trinkmengen in der Gruppe der Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren wie auch in der Zunahme des riskanten Alkoholkonsums (Rauschtrinken/Binge-Drinking) im Jugendalter (BZgA 2004).

Die Trinkmenge war in den jüngeren Altersgruppen besorgniserregend: Während im Jahre 2001 die Gruppe der 12- bis 15-Jährigen wöchentlich noch durchschnittlich 14,1 g reinen Alkohol trank, stieg der Konsum in dieser Altersgruppe im Jahre 2004 auf 20,9 g an. Bei den 16- bis 19-Jährigen stieg der Konsum von durchschnittlich 65,5 g/Woche in 2001 auf 97,5 g/Woche in 2004. Das entspricht für beide Altersgruppen jeweils Steigerungen um 48 Prozent.

Abbildung 2: Alkoholkonsum in Gramm reinen Alkohols pro Woche (Angaben in Prozent)*

				Arithmetisches Mittel in g/Woche:	
	über 120 g	1 bis 120 g	weniger als 1 g	2004	2001
insgesamt					
2001	14	51	35		53,9
2004	17	52	31	68,8	
Männer	26	48	26	96,5	77,1
Frauen	8	56	36	39,2	29,3
12 bis 15 Jahre	5	31	64	20,9	14,1
16 bis 19 Jahre	24	61	15	97,5	65,5
20 bis 25 Jahre	22	59	19	82,2	73,1

*Quelle: Drogenaffinitätsstudie der BZgA 2004.

Männliche und weibliche Jugendliche im Alter von 12-25 Jahren unterschieden sich erheblich: Bei Jungen bzw. jungen Männern lag der Konsum pro Woche durchschnittlich bei 96,5 g, 26 Prozent tranken mehr als 120 g pro Woche. Mädchen bzw. junge Frauen dieser Altersgruppe tranken im Durchschnitt 39,2 g, 8 Prozent von ihnen mehr als 120 g pro Woche.

Der Anstieg des Alkoholkonsums war zurückzuführen auf die Einführung und intensive Vermarktung von fertig abgefüllten spirituosenhaltigen Mixgetränken in Flaschen (Alkopops). Alkopops wurden bei Jugendlichen zu den beliebtesten alkoholischen Getränken – vor Bier, Wein/Sekt und Spirituosen – insbesondere bei den Jüngeren. Zwischen Jungen und Mädchen gab es keine Unterschiede im Alkopop-Konsum.

Obwohl rund 80 Prozent der Minderjährigen wussten, dass Bier/Weinmixgetränke nicht an Jugendliche unter 16 Jahren und Spirituosenmixgetränke nicht an unter 18-Jährige abgegeben werden dürfen, hinderte sie dies nicht am Erwerb und Konsum dieser Getränke. Bemerkenswert dabei ist, dass mehr als die Hälfte (54 Prozent) der jungen Befragten angaben, keine hochprozentigen Alkoholika zu trinken. Über den Konsum von Alkopops tranken aber insgesamt 75 Prozent der Jugendlichen doch in mehr oder weniger hohem Maße Spirituosen.

Vor dem Hintergrund des dramatischen Anstiegs des Konsums, dem geringen Alter der Konsumenten und den irreversiblen Folgeschäden, die der Alkoholkonsum in diesem Alter zur Folge haben kann, bestand dringender Handlungsbedarf. Mitte 2004 wurde eine Kennzeichnungspflicht für Alkopops gesetzlich verankert (Jugendschutzgesetz § 9 Abs. 4), die besagt, dass Alkopops mit Spirituosenanteil nicht an Personen unter 18 Jahren abgegeben werden dürfen. Gleichzeitig wurde eine Sondersteuer auf Alkopops (Alkopopsteuergesetz) eingeführt, die zu einer deutlichen Steigerung der Preise dieser Produkte führte.

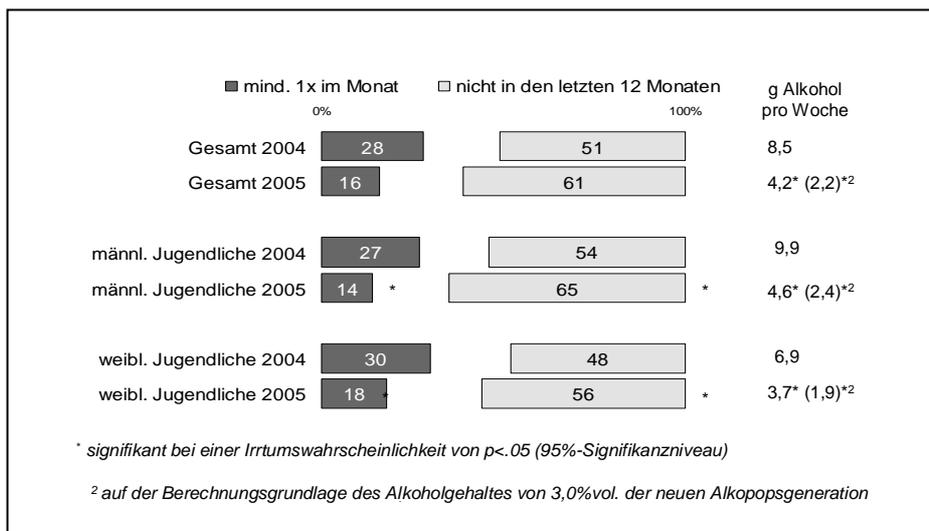
Die BZgA führte zwischen März und April 2005 eine Repräsentativbefragung zur Entwicklung des Alkoholkonsums bei 12- bis 25-Jährigen durch. Der Alkopopkonsum stand dabei im Mittelpunkt der Erhebung. Ziel der Untersuchung war die Überprüfung der Auswirkungen des „Alkopopsteuergesetzes“. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass bei Jugendlichen sowohl der Alkopopkonsum als auch der Alkoholkonsum insgesamt wieder zurückgegangen sind.

Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die mindestens einmal im Monat spirituosehaltige Alkopops trinken, ging von 28 Prozent im Jahr 2004 auf 16 Prozent im Jahr 2005 zurück (vgl. Abbildung 3). Noch deutlicher reduzierten die 12- bis 15-Jährigen den Konsum: Von 20 Prozent in 2004 auf 10 Prozent in 2005.

Wesentliche Gründe für diese Entwicklung sind der gestiegene Preis dieser Getränke durch die Einführung der Alkopopsteuer und ein besseres Wissen über die gesundheitlichen Gefahren. Positiv ist, dass der Bier- und Spirituosenkonsum nicht in gleichem Umfang zugenommen hat, wie der Alkopopkonsum zurückgegangen ist. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen zeichnet sich insgesamt wieder eine Reduzierung der konsumierten Alkoholmenge bei Jugendlichen ab. Nahmen die 12- bis 17-Jährigen im Jahr 2004 noch 43,9 Gramm pro Woche durch alkoholische Getränke zu sich, so lag die Alkoholmenge im Jahr 2005 bei 35,7 Gramm.

Im Jahr 2004 berichteten 23 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von mindestens einer Binge-Drinking-Erfahrung innerhalb der letzten 30 Tage, im Jahr 2005 waren es mit 19 Prozent der Jugendlichen etwas weniger. 13 Prozent der männlichen Jugendlichen gaben sowohl in 2004 als auch in 2005 an, Binge-Drinking an 1-2 Tagen des letzten Monats praktiziert zu haben. Bei den weiblichen 12- bis 17-Jährigen lag dieser Wert im Jahr 2004 bei 13 Prozent und 2005 bei 10 Prozent (BZgA 2004, 2005).

Abbildung 3: Konsum von spirituosenhaltigen Alkopops, 12- bis 17-jährige Jugendliche in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2005 (Angaben in Prozent)*



*Quelle: BZgA 2005.

1.2 Folgen des Alkoholkonsums

Auf der Grundlage der „Global Burden of Disease“-Studie kommt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu der Schlussfolgerung, Alkohol sei nach Tabak und Bluthochdruck in den industrialisierten Ländern die dritthäufigste Ursache für verlorene Lebensjahre (Ezzati u.a. 2002).

Nach Schätzungen auf Basis von Repräsentativerhebungen sind etwa 1,6 Mio. Deutsche alkoholabhängig. Das sind 2,4 Prozent der Bevölkerung über 18 Jahre. Bei etwa vier Prozent der Bevölkerung (ca. 2,7 Millionen Personen) ist das Trinkverhalten als Alkoholmissbrauch einzustufen. Darüber hinaus praktizieren weitere vier Millionen Menschen ein riskantes Trinkverhalten (Bühringer u.a. 2000).

Eine Vielzahl von Studien belegt, dass Alkoholkonsum in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer Reihe von Krebserkrankungen (wie z.B. Mund-, Pharynx-, Larynx-, Ösophagus- und Leberkrebs) steht. Alkohol erhöht das Risiko für hohen Blutdruck, Schlaganfall und Leberzirrhose. Aus einem von der EU-Kommission in Auftrag gegebenen Bericht geht hervor, dass 7,4 Prozent aller Erkrankungen und Todesfälle von unter 70-Jährigen in Europa auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind.

Analysen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen gehen von jährlich etwa 42 000 Todesfällen in Deutschland aus, die durch riskanten Alko-

holkonsum oder durch den kombinierten Konsum von Alkohol oder Tabak verursacht werden. Die volkswirtschaftlichen Kosten alkoholbezogener Erkrankungen belaufen sich pro Jahr auf schätzungsweise 20 Mrd. Euro (Bergmann & Horch 2002).

Alkoholkonsum von Personen unter 16 Jahren ist sowohl auf psychischer wie auf körperlicher Ebene besonders schädlich. Das Abhängigkeitspotenzial von Alkohol bei Konsumenten unter 14 Jahren ist hoch. Eine körperliche Alkoholabhängigkeit tritt bei Jugendlichen sehr viel schneller ein als bei Erwachsenen. Während diese Entwicklung bei Erwachsenen in der Regel mehrere Jahre dauert, entsteht im Jugendalter bei vergleichbarer Alkoholmenge eine Abhängigkeit oftmals in nur sechs bis neun Monaten. Gründe sind u.a. die höhere Empfindlichkeit für schädliche Zellgifte, das noch in der Entwicklung befindliche Gehirn und die noch nicht ausgereifte Stoffwechsellkapazität der Leber. Da sich im Alter von 12-15 Jahren das Gehirn noch in einer strukturellen Entwicklung befindet (Brown & Tapert 2004), beeinträchtigt frühzeitiger Alkoholkonsum die volle Ausreifung und spätere Funktionalität des Gehirns dauerhaft.

Aufgrund der Vulnerabilität Jugendlicher gegenüber Alkohol lässt sich keine risikoarme Schwelle für den Konsum von Alkohol für die Altersgruppe unter 16 definieren. Anders als bei Erwachsenen kann keine tolerable Obergrenze angegeben werden, bei der Langzeitfolgen für Organsysteme und insbesondere für das Gehirn praktisch auszuschließen sind.

1.3 Rahmenbedingungen für Alkoholprävention

Bei der Entwicklung von alkoholpräventiven Strategien in Deutschland müssen folgende Rahmenbedingungen berücksichtigt werden:

- Alkohol ist eine in Deutschland gesellschaftlich weitgehend akzeptierte Droge mit psychoaktiven Wirkungen. Die Wirkungen auf die Emotionalität sind vielfältig (u.a. Entspannung, Lockerheit bis zur Enthemmung), und ihr Charakter variiert in Abhängigkeit von der jeweiligen Dosis. Dieser Effekt wird von Jugendlichen in der Entwicklungsphase der Pubertät sehr geschätzt (Möglichkeit, aus sich herauszugehen, Kontaktängste zu überwinden/überspielen, gemeinschaftlich in Stimmung zu kommen usw.).
- Alkoholprävention kann vor diesem Hintergrund von Jugendlichen, aber auch von Erwachsenen rasch als „Spaß verderben“ erlebt werden. Es ist daher nahe liegend, alkoholpräventive Handlungsansätze zu entwickeln, die Möglichkeiten reflektieren und vorschlagen, auch ohne Alkohol Spaß zu haben und Geselligkeit zu erleben.
- Der Konsum von alkoholischen Getränken ist bei Erwachsenen innerhalb und außerhalb der Familie fester Bestandteil der Geselligkeit und des Freizeitverhaltens. Es gibt in der Erwachsenenwelt traditionell viele Trinkanlässe, die Kindern und Jugendlichen unreflektiert vorgelebt werden. Die kritische

Reflexion des Trinkverhaltens ist eine der vorrangigen Aufgaben, die sich der Alkoholprävention stellt. Die betrifft insbesondere Eltern, aber auch andere Erwachsene, die eine Vorbildfunktion für Jugendliche einnehmen.

- Die mediale Werbung setzt mit hoher Impulsdichte positive Assoziationen mit dem Konsum von Alkohol:
 - ▲ sich belohnen mit Alkohol (Entspannung/Genuss/Geselligkeit) nach anstrengender Freizeitaktivität oder Arbeit,
 - ▲ Wir-Gefühl in einer angesagten Gruppe,
 - ▲ Lässigkeit, Souveränität,
 - ▲ Fröhlichkeit, Spritzigkeit,
 - ▲ wer das Richtige trinkt, ist nicht einsam, gehört dazu,
 - ▲ mit Alkohol kann man gut flirten, Mann/Frau ist attraktiv.

Die Realität bzw. die mit übermäßigem Alkoholkonsum verbundenen negativen Folgen werden in der Werbung für Alkohol dagegen systematisch ausgeblendet und sollten deshalb bei alkoholpräventiven Maßnahmen thematisiert werden:

- peinliche Situationen,
- Aussetzer,
- Neigung zu Aggressivität und Selbstüberschätzung,
- kurz- und langfristige gesundheitliche Gefahren (veränderte Wahrnehmung der Umwelt/des eigenen Körpers, Intoxikation, verminderte Hirnleistung),
- durch Kontrollverlust drohende Gefahren (Gewaltdelikte, sexuelle Übergriffe),
- Gefahren im Straßenverkehr (alkoholbedingte Unfälle, Selbstüberschätzung).

Alkohol ist in Deutschland täglich nahezu rund um die Uhr im Einzelhandel, an Tankstellen und in Gaststätten zugänglich. Die Abgabebeschränkungen nach dem Jugendschutzgesetz werden unzureichend beachtet bzw. kontrolliert.

1.4 Interventionsansätze der Alkoholprävention

Ziele

Um das Konsumniveau in Deutschland und die damit verbundenen Folgeprobleme zu reduzieren, wird eine Vielzahl von unterschiedlichen Präventionszielen verfolgt:

- Förderung des risikoarmen, verantwortungsvollen Konsums; Vermeidung des riskanten Alkoholkonsums und insbesondere des Rauschtrinkens;
- Hinauszögerung des Konsumbeginns bzw. Erhöhung des Einstiegsalters in den Alkoholkonsum;
- Konsumverzicht in bestimmten Situationen, in denen Alkohol ein hohes Risiko darstellt: Punktnüchternheit im Verkehr, in der Schwangerschaft, bei der Arbeit, bei Medikamentenkonsum und im Umgang mit Kindern;

- positives Vorbildverhalten von Erwachsenen und konsequentes erzieherisches Verhalten gegenüber Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Alkoholkonsum;
- kritische Reflexion des eigenen Konsumverhaltens: der Bagatellisierung der schädlichen Folgen des Alkoholkonsums entgegenwirken;
- Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholproblemen: z.B. Erhöhung der Beratungskompetenz von Ärzten im Umgang mit Patienten mit kritischem Alkoholkonsum;
- Anstieg des (handlungsrelevanten) Wissens über die gesundheitsschädigenden Folgen übermäßigen Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung: z.B. Information über Trinkmengengrenzen;
- Einhalten des Jugendschutzes bzw. Förderung der Akzeptanz und Bekanntheit bei Jugendlichen und Erwachsenen.

Strategien der Alkoholprävention

Maßnahmen der Alkoholprävention lassen sich der Verhältnisprävention oder Verhaltensprävention zuordnen.

Verhaltensprävention

Zur Verhaltensprävention zählen Interventionen, die sich auf Wissen, Einstellung und Verhalten einzelner Personen oder Gruppen beziehen. Hierzu gehören:

- Medienarbeit (Print, audio-visuelle Medien, Internet, Presse),
- Schulungen und erzieherische Maßnahmen,
- Gruppenarbeit für Kinder und Jugendliche,
- Einzelberatung,
- Frühintervention,
- „Peer-Education“,
- Multiplikatoren-Arbeit (Arbeitshilfen, Leitfäden, Fortbildung),
- kulturpädagogische und erlebnispädagogische Maßnahmen.

Verhältnisprävention

Maßnahmen der Verhältnisprävention orientieren sich auf Settings, auf Einrichtungen oder gesellschaftliche Bereiche, deren Strukturen und Regeln gestaltet bzw. beeinflusst werden, um auf diese Weise einen (riskanten) Konsum einzuschränken oder zu verhindern. Hierzu gehören u.a.:

- Abgabebeschränkungen nach dem Jugendschutzgesetz und deren Überwachung, Abgabebeschränkungen auf Sport- und anderen Großveranstaltungen,
- Steuererhöhungen für alkoholische Produkte,
- Verbot von Alkohol im Straßenverkehr und Alkoholkontrollen,
- Kontrollen der Einhaltung des „Apfelsaftgesetzes“,
- Werbebeschränkungen und deren Überwachung,

- Betriebsvereinbarungen in Unternehmen,
- Änderungen ärztlicher Regelversorgung in Richtung auf Früherkennung und Frühintervention.

Die aktuelle „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“ (Bühler und Kröger, BZgA 2006) verdeutlicht, dass die Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen Voraussetzung für die Wirksamkeit von Prävention ist. Alkoholpräventive Maßnahmen, die allein auf Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen basieren, sind nicht ausreichend, um angesichts der o.g. Rahmenbedingungen bevölkerungswide messbare Veränderungen zu erreichen.

1.5 Wettbewerbsbeiträge „Alkoholprävention vor Ort“ – ihre Schwerpunkte

Die Beiträge zum Kommunalen Wettbewerb 2005/2006 bilden das ganze Spektrum der oben genannten Zielsetzungen ab. Die Einhaltung des Jugendschutzes, die Hinauszögerung des Konsumbeginns, die Vermeidung eines riskanten Konsums, die kritische Reflexion des Konsumverhaltens ebenso wie Punktnüchternheit (z.B. bei jungen Fahrern) gehören zu den am häufigsten genannten Zielsetzungen.

Die Beiträge zeigen in der Mehrzahl ein hohes Engagement im Bereich „Jugendschutz“ bzw. „Alkopop-Prävention“. Während sich in früheren Jahren Alkoholprävention vor allem auf pädagogische Maßnahmen im Bereich der Schule oder der Kinder- und Jugendarbeit konzentrierte, werden nun in stärkerem Maße auch Ansätze der Verhältnisprävention umgesetzt. Diese Wettbewerbsbeiträge zeigen, dass gesetzliche Regelungen zum Jugendschutz ohne kommunales Engagement weitgehend ins Leere laufen würden.

In anderen Feldern gibt es eigene Handlungsspielräume für die Kommunen, die auch vermehrt genutzt werden: Regelungen in eigenen Behörden, Gebäuden oder auf Grundstücken (Werbung). Hinzu kommen Möglichkeiten der Steuerung über die Bewilligung bzw. Ablehnung von Zuwendungen. Hier sei das Beispiel einer Kommune genannt, die die Förderung freier Träger der Jugendhilfe davon abhängig gemacht hat, dass Mitarbeiter Fortbildungen zum Thema Alkoholprävention nachweisen können. Interventionen mit verhaltenspräventivem Ansatz, z.B. in Schule oder Jugendarbeit, sind weiterhin einer der Schwerpunkt der Beiträge dieses Wettbewerbs.

Aber mit der stärkeren Betonung der Verhältnisprävention geht in der kommunalen Alkoholprävention auch eine Hinwendung zur Kommune einher: Zielgruppe sind nicht mehr nur einzelne Schüler oder Jugendliche, sondern Personengruppen, die mit dem Verkauf oder Ausschank von alkoholischen Getränken zu tun haben oder Veranstalter von Festen und Feiern sind. Diese Entwicklung bedeutet

eine stärkere Auseinandersetzung mit der Lebenswirklichkeit und der „Normalität“ einer Kommune, als es im rein pädagogischen Rahmen möglich ist.

Einige Kommunen stellen ihre Aktionen unter das Dach einer übergreifenden Kampagne, die das alkoholpräventive Anliegen auch der Öffentlichkeit vermittelt und um Unterstützung der Bürger, der Presse und der Politik wirbt.

Im Vergleich zum vorangegangenen Wettbewerb zur Tabakprävention sind die Maßnahmen der Alkoholprävention stärker integriert in die jeweilige übergreifende suchtpreventive Gesamtkonzeption der Kommune. In vielen Kommunen sind die alkoholpräventiven Aktivitäten das „Herzstück“ der Suchtprävention und daher auch schwer isoliert darzustellen. Dies mag für die besondere Aufgabenstellung eines Wettbewerbs mit dem eingegrenzten Thema „Alkoholprävention“ Probleme aufwerfen. In der Umsetzung kann diese „Verzahnung“ von Handlungsansätzen allerdings durchaus effektiv sein und aus Gründen der Effizienz und der beschränkten Ressourcen auch die einzig mögliche Strategie darstellen.

Vergleichsweise schwach vertreten sind in den Wettbewerbsbeiträgen Projekte, die sich an Erwachsene richten und sich mit dem Alkoholkonsum dieser Zielgruppen auseinandersetzen. Auch der Bereich der Frühintervention hat noch nicht die Bedeutung, die ihm angesichts der Problemlage und der Forschungsergebnisse zukommen müsste. Zwar gibt es bemerkenswerte Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Bundesmodellprojekt HaLT – allerdings geht das kaum in die Fläche. Nur selten gelingt es, den medizinischen Sektor systematisch mit einzubeziehen. Auch im Handlungsansatz „Frühintervention“ fehlt die Zielgruppe Erwachsene nahezu komplett. Projekte, die sich an bestimmte Risikogruppen wenden, z.B. an Migranten oder Arbeitslose, sind ebenfalls unterrepräsentiert.

Insgesamt dokumentieren die in diesem Wettbewerb eingereichten Beiträge deutlich das Bemühen, Bürger in der Kommune direkt anzusprechen und zur Auseinandersetzung mit dem Thema „Alkohol“ anzuregen. Hierzu werden ganz verschiedene Medien und Veranstaltungen sowie die Presse genutzt. Damit setzen Kommunen mit ihren begrenzten Ressourcen den allgegenwärtigen Werbeaktivitäten der Alkoholindustrie eigene Botschaften entgegen, die sich durch Bürgernähe und Glaubwürdigkeit auszeichnen.

1.6 Alkoholpräventive Aktivitäten der BZgA

Mit der Kampagne „Alkohol. Verantwortung setzt die Grenze!“ hat die BZgA eine Plattform geschaffen, Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene in eine Gemeinschaftsinitiative für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol einzubinden. Die Kampagne ist als Beitrag des Bundes zur Umsetzung des Aktionsplans Alkohol der Bundesländer entwickelt worden. Für die langfristig angelegte Kampagne, die insgesamt auf die Reduzierung des Konsumniveaus von Alkohol in Deutschland zielt, wurden folgende *Teilziele* festgelegt:

- der Bagatellisierung der Folgen des riskanten, schädlichen und abhängigen Alkoholkonsums entgegenwirken,
- über Trinkmengengrenzen informieren,
- die kritische Reflexion des eigenen Alkoholkonsums fördern,
- für Punktnüchternheit im Verkehr, in der Schwangerschaft, bei der Arbeit, bei Medikamentenkonsum und im Umgang mit Kindern werben,
- positives Vorbildverhalten gegenüber Kindern und Jugendlichen fördern,
- Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholproblemen fördern,
- neue Multiplikatorengruppen für die Alkoholprävention gewinnen und qualifizieren,
- Partner für einen Konsens über die zentralen Botschaften und ein gemeinsames Erscheinungsbild gewinnen, um die Alkoholprävention in Deutschland sichtbar zu machen.

Um diese Ziele zu erreichen, hat die BZgA seit dem Jahr 2000 schrittweise ein Bündel von Medien und Maßnahmen entwickelt und bundesweit bereitgestellt. Sie dienen vor allem dazu, die Allgemeinbevölkerung über die Folgen gesundheitsschädigenden Alkoholkonsums zu informieren und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durch Arbeitshilfen zu unterstützen. Dazu gehören:

- *Basismedien* für Erwachsene, die dazu dienen, ihren persönlichen Umgang mit Alkohol anhand eines Tests zu überprüfen sowie über kritische Konsummengen zu informieren;
- Medien für Menschen, die bereits riskant oder abhängig konsumieren, um sie für Beratung und Behandlung zu gewinnen. Diese *Medien, gemeinsam entwickelt mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)*, werden über Präventionsfachstellen, Ehe-, Familien-, Erziehungsberatungsstellen, die Bundeswehr und Arztpraxen gestreut;
- Maßnahmen, die die *Beratungskompetenz in der Ärzteschaft und anderen Berufen im Gesundheitswesen fördern*, um die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Alkoholproblemen einzuleiten. Es handelt sich um Arbeitshilfen für niedergelassene Allgemeinärztinnen und -ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen, die in der Schwangerenvorsorge tätig sind;
- Medienpaket für die Alkoholprävention im Betrieb.

Die BZgA hat sich mit ihren Maßnahmen zunächst bewusst auf Erwachsene konzentriert. Denn zum einen setzen sie gegenüber der nachwachsenden Generation durch ihr Vorbild Standards im Umgang mit Alkohol, zum anderen sind sie zahlenmäßig die stärkste Gruppe, was problematische Konsumformen anbetrifft.

Ergänzend zu „Alkohol. Verantwortung setzt die Grenze!“ hat die BZgA die Jugendkampagne „NA TOLL!“ entwickelt, die 2006 an den Start ging. Außer zielgruppengerechten Medien (Print und Internet) werden im Rahmen der Kampagne

auch personalkommunikative Instrumente angeboten, die in Gemeinschaftsaktionen mit Bundesländern bzw. mit Kommunen eingesetzt werden:

- *NA TOLL! – Peer-Aktion*: Hier werden speziell geschulte Jugendliche, so genannte Peers, in Ferien- und Urlaubsorten sowie bei Musik- und Sportveranstaltungen eingesetzt, um mit den Jugendlichen über das Thema Alkohol zu sprechen.
- *„Klar Sicht“ – Mitmachparcours*: Wird vor allem in Schulen eingesetzt und besteht aus sieben Stationen, an denen sich Jugendliche durch spielerische Aktionen mit den Suchtmitteln Tabak und Alkohol kritisch auseinandersetzen.
- *JugendFilmTage „Sucht“*: Unter dem Motto: „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ werden die JugendFilmTage bundesweit durchgeführt. Diese richten sich an Schulklassen. Lehrkräfte haben die Möglichkeit, sich in einem Workshop auf die JugendFilmTage vorzubereiten.

Im Rahmen der Kampagne „Alkohol. Verantwortung setzt die Grenze!“ sowie bei den Maßnahmen für Jugendliche arbeitet die BZgA u.a. mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren, einigen Bundesländern, der Bundesärztekammer und Berufsverbänden aus dem Gesundheitswesen zusammen.

In Zukunft wird es darauf ankommen, weitere Partner für gemeinsame Aktionen zu gewinnen und Schritt für Schritt die knappen öffentlichen Mittel zu bündeln. Ziel muss es sein, angesichts der allgegenwärtigen Werbung für Alkohol für die Bevölkerung bundesweit sichtbare Präventionsmaßnahmen zu realisieren. Nur so kann in Deutschland ein öffentliches Bewusstsein geschaffen werden, dass Alkohol nicht nur mit Genuss, Geselligkeit und Entspannung verbunden ist, sondern dass Alkohol ein Produkt ist, mit dessen Konsum auch erhebliche Risiken verbunden sind, für die der Einzelne, viele Familien und die Gesellschaft insgesamt einen hohen Preis zahlen.