

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Dr. Janosch Dahmen, Stefan Schmidt, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Sven-Christian Kindler, Beate Müller-Gemmeke, Lisa Paus und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Alkoholpräventionsstrategie entwickeln und europäisch voranbringen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Alkohol wird in Deutschland mit Geselligkeit, dem gemütlichen Feierabendbier oder großen Volksfesten assoziiert. In der Ärzteschaft, von Suchtexpertinnen und -experten und zunehmend auch in der öffentlichen Diskussion wird adressiert, dass übermäßiger Alkoholgebrauch der Gesundheit ernsthaften Schaden zufügt. Es bedarf daher auch beim Alkohol einer ausgewogenen Präventionsstrategie. Diese muss auf die Selbstverantwortung und Selbstbestimmung der Menschen setzen und zugleich der gesellschaftlichen und politischen Verantwortung gerecht werden, Voraussetzungen für einen möglichst verantwortungsvollen und risikoarmen Drogengebrauch zu schaffen. Dazu gehört insbesondere wirksamer Jugendschutz. Zusätzlich sind auch Hilfen für suchtblastete Familien, Aufklärung, bedarfsgerechte Behandlungsmöglichkeiten und niedrigschwellige Angebote der Schadensminderung Teil der gesellschaftlichen Verantwortung.

Ein nicht gesundheitsschädlicher Konsum von Alkohol, wie ihn jüngst die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ausmachte (vgl. https://twitter.com/Daniela_LudwigMdB/status/1278993087017226241) oder gar ein gesundheitsfördernder Konsum sind wissenschaftlich stark umstritten (<https://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2018/09/there-is-no-safe-level-of-alcohol,-new-study-confirms>).

Alkoholassoziierte Erkrankungen fordern in Deutschland jährlich etwa 74.000 Todesopfer und verursachen über 50 Milliarden Euro direkte und indirekte Kosten für das Gesundheitssystem (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Jahrbuch Sucht 2020, Seite 16). Vor diesem Hintergrund ist es richtig, dass das Ziel einer Verringerung des Alkoholkonsums bereits seit 2015 Bestandteil der Nationalen Gesundheitsziele ist (vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html#c1358>). Doch seither ist von Seiten der Bundesregierung nicht viel geschehen, um dieses Ziel wirksam zu erreichen.

II. Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. eine Alkoholstrategie vorzulegen, die unter Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise ein aufeinander abgestimmtes Maßnahmenpaket enthält. Hierzu gehören neben Maßnahmen zur wirksameren Durchsetzung des Jugendschutzes insbesondere auch bessere Hilfen für suchtbelastete Familien und deren Kinder, niedrighschwellige Angebote der Schadensminderung und passgenaue Behandlungs- und Beratungsangebote;
2. Vorschläge unabhängiger Expertinnen und Experten aus der Suchthilfe zur Verhältnisprävention zu prüfen, wie etwa
 - a) zur Werbung und zum Sponsoring;
 - b) zur Besteuerung bzw. der Preisgestaltung;
 - c) zur Verfügbarkeit, insbesondere in Bezug auf Jugendschutzmaßnahmen in den Verkaufsstellen;
3. Maßnahmen zu ergreifen, um bestehende Jugendschutzregeln durchzusetzen und die Länder bei deren Umsetzung zu unterstützen;
4. sich im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft, insbesondere bei Sitzungen der nationalen Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren für die Neuaufgabe einer gemeinsamen europäischen Alkoholpräventionsstrategie einzusetzen.

Berlin, den 17. November 2020

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

Auch zehn Jahre nachdem die globale Alkoholpräventionsstrategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet wurde, ist nur wenig Fortschritt hinsichtlich der Gesundheitsförderung erreicht (vgl. Bull World Health Organ 2020;98:222–223).

Die EU-Kommission entschied im Jahr 2015, Pläne für eine neue EU-Alkoholpräventionsstrategie nicht weiter zu verfolgen. Daraufhin legten mehrere Nichtregierungsorganisationen aus dem Gesundheitsbereich ihre Arbeit im europäischen Forum für Alkohol und Gesundheit (EAFH) aus Protest nieder (vgl. <https://www.euractiv.de/section/gesundheit-und-verbraucherschutz/news/ngos-verlassen-europaisches-alkoholforum-aus-protest-gegen-brussel/>). Seither ist keine Weiterentwicklung einer EU-Alkoholpräventionsstrategie in Sicht.

Die Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) veröffentlichte bereits 1997 und (in einer überarbeiteten Auflage) 2008 einen „Aktionsplan Alkohol“, der politische Handlungsfelder aufzeigt (https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/aktionsplan_alkohol_der_dhs_2008final_din.pdf), der aber ebenso wie die internationalen Bestrebungen nicht in politischem Handeln mündete. Auch die Arbeitsgruppe zum Nationalen Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ und deren Beschluss von 2015 (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Alkoholkonsum_reduzieren.pdf) konnte zwar die Problematik beschreiben und Ziele formulieren, die jedoch abermals ohne entsprechende Folgen blieben. Ausführungen zu den Themen Werbung, Preisgestaltung und Verfügbarkeit sind explizit nicht aufgenommen worden (vgl. ebd., Seite 8), was auch in der Einflussnahme der Alkoholindustrie auf die Arbeitsgruppe begründet sein dürfte (vgl. BT-Drs. 18/13211).

Eine abgestimmte Alkoholpräventionsstrategie ist nicht zu erkennen. Isolierte Maßnahmen wie beispielsweise die jüngst von der Bundeskanzlerin und den RegierungschefInnen der Länder beschlossenen möglichen zeitlich eingegrenzten Ausschankverbote für Alkohol (vgl. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/videoschaltkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-29-september-2020-1792240>) haben einen prohibitiven Charakter ohne einen evaluierten Nutzen hinsichtlich der Suchtprävention vorweisen zu können. Alkoholverbote im öffentlichen Raum treffen bestimmte Bevölkerungsgruppen wie Obdachlose oder junge (nicht zahlungskräftige) Menschen in besonderer Weise und führen statt zu einem gesundheitlichen Mehrwert eher zu Verdrängungsprozessen (vgl. <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2017-05/alkoholverbote-oeffentlichkeit-bahn-innenstadt-folgen/komplettansicht>). Deswegen ist es notenwendig Maßnahmen aufeinander abzustimmen, wissenschaftlich zu begleiten und nicht den bequemsten, sondern den wirksamsten Ansatz zu wählen.

Bei der Prävention von Alkoholabhängigkeit und riskantem Konsum setzt die Bundesregierung fast ausschließlich auf Aufklärungsmaßnahmen und Kampagnen mit Verhaltensappellen wie „Alkohol? – Kenn Dein Limit.“. Die Studie „Alcohol in Europe“ im Auftrag der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2006 zeigt allerdings, dass Aufklärungsmaßnahmen allein nur wenig bewirken.

Jährlich geben Alkoholhersteller Millionen Euro für die Produktwerbung aus, mit dem Ziel, ihren Profit zu steigern. Auch im Zuge von Sportübertragungen, auf (Jugend-)Sportplätzen, im Bereich von Spielplätzen und Schulen ist die Werbung für Alkohol allgegenwärtig. Die Bierwerbung wurde jüngst deutlich intensiviert (Anstieg von 378,6 Mio. Euro im Jahr 2016 um 12 Prozent auf 424,3 Mio. Euro im Jahr 2017); die Werbeausgaben für Liköre sind im gleichen Zeitraum sogar um 80 Prozent gestiegen (Angaben des Zentralverbands der deutschen Werbewirtschaft, ZAW e. V.). In Ländern wie Island, Norwegen, Dänemark oder Polen ist die Werbung von alkoholischen Getränken verboten oder effektiv beschränkt. Gerade diese Länder weisen einen niedrigeren Alkoholkonsum pro Kopf als Deutschland auf.

Deutschland gehört mit einem Alkoholkonsum von 10,5 Liter Reinalkohol pro Jahr pro Person zu den Hochkonsumländern (Jahrbuch Sucht 2020, DHS). Obwohl der allgemeine Alkoholkonsum in Deutschland seit dem Jahr 1970 sinkt, wird hierzulande noch immer mehr als im Durchschnitt der OECD-Länder sowie im weltweiten Vergleich getrunken (ebd.). Im Vergleich der 27 Mitgliedstaaten der EU liegt Deutschland bei der Besteuerung von Spirituosen nach Angaben der Alkoholwirtschaft im hinteren Mittelfeld auf Platz 16, bei der Besteuerung von Bier sogar nur auf Platz 24 hinter Belgien, Tschechien oder Ungarn (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-

Industrie und –Importeure e. V., Daten aus der Alkoholwirtschaft 2020). Zudem beträgt der Steuersatz auf Wein, anders als in vielen anderen Ländern, null Prozent.

Schottland hat 2018 einen Mindestpreis für Alkohol eingeführt und erste Auswertungen deuten darauf hin, dass Konsumierende dort bereits zu kleineren Konsumeinheiten und weniger starken alkoholischen Getränken greifen (vgl. <https://www.alcohol-focus-scotland.org.uk/media/440014/mup-two-years-on-briefing-may-2020.pdf>).

In Norwegen bestand bereits 2006 ein weitgehendes Alkoholwerbeverbot (vgl. DHS, Factsheet Alkohol und Werbung, 2010), in Schweden werden Getränke mit einem Alkoholgehalt von mehr als 3,5 Volumenprozent ausschließlich in bestimmten staatlichen Shops verkauft, in Island wurde in den letzten Jahren ein ganzes Maßnahmenbündel zum Jugendschutz etabliert (vgl. <http://www.spektrum.de/news/suchtpraevention-in-island/1515343>).

Während der regelmäßige Konsum Minderjähriger zwar auch in Deutschland tendenziell rückläufig ist, stagniert das sogenannte Rauschtrinken von fünf Gläsern oder mehr unter 12- bis 17-Jährigen bei einer 30-Tage-Prävalenz von aktuell 13,6 Prozent. Der regelmäßige Konsum junger Erwachsener zwischen 18 und 25 Jahren entwickelt sich seit 2014 nicht weiter zurück. In dieser Altersgruppe ist zuletzt sogar ein deutlicher Anstieg des sogenannten Rauschtrinkens auf 37,8 Prozent zu verzeichnen (2016: 32,8 Prozent) (Alkoholsurvey 2018, BZgA). Laut des Drogen- und Suchtberichts der Bundesregierung gelten 3,1 Prozent der Bevölkerung in Deutschland als alkoholabhängig (Drogen- und Suchtbericht 2019), etwa 6,7 Mio. Menschen zwischen 18 und 64 Jahren praktizieren einen riskanten Gebrauch, ohne Einbeziehung der Dunkelziffer. Mehr als 2 Millionen Kinder unter 18 Jahren leben mit mindestens einem alkoholkranken Elternteil. Circa jedes 6. Kind ist von einer stofflichen Sucht in der Familie betroffen (vgl. <https://nacoa.de/fakten/zahlen>). Jährlich sterben etwa 21.000 Menschen im Alter von 15 bis 64 Jahren an Erkrankungen, die entweder ausschließlich auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind oder für die der Alkoholkonsum einen Risikofaktor darstellt (Alkoholatlas Deutschland 2017, dkfz).

Alkohol hat nicht nur für die Konsumierenden, sondern auch für ihr soziales Umfeld sowie gesamtgesellschaftliche Folgen. Diese Folgen werden auch als Passivtrinken bezeichnet. Am häufigsten sind Familienangehörige, KollegInnen sowie Teilnehmende im Straßenverkehr betroffen. Alkoholeinfluss war 2019 bei 4,6 % aller Unfälle mit Personenschaden ursächlich – mit überdurchschnittlich schweren Folgen. 7,5 % der tödlich Verletzten starben infolge eines Alkoholunfalls. Während bei allen Unfällen mit Personenschaden 10 Getötete und 217 Schwerverletzte auf 1 000 Unfälle kamen, waren es bei Alkoholunfällen 16 Getötete und 329 Schwerverletzte je 1 000 Unfälle (Statistisches Bundesamt, Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2019). Insgesamt leben in Deutschland etwa acht Millionen Angehörige alkoholkranker Menschen, die wegen der Abhängigkeit ihres Angehörigen in eine schwierige wirtschaftliche oder gesundheitliche Lage geraten können (vgl. Jahrbuch Sucht 2018, DHS). Mehr als 80 Prozent der Tatverdächtigen partnerschaftlicher Gewalt sind männlich und rund 24 Prozent von ihnen standen während der Tat unter Alkoholeinfluss (BKA: Partnerschaftsgewalt, Kriminalstatistische Auswertung – Berichtsjahr 2018). Wirksame Maßnahmen der Alkoholprävention gelten auch den zahlreichen Betroffenen des Passivtrinkens.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.