

Mitteilung des Senats

Alkoholabhängigkeit besser bekämpfen und Alkoholkonsum reduzieren

Große Anfrage

**der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Die Linke vom 02.04.2025
und Mitteilung des Senats vom 13.05.2025**

Vorbemerkung der Fragesteller:

Alkoholkonsum ist grundsätzlich gesundheitsschädlich. Dennoch gehört Alkohol in weiten Teilen unserer Gesellschaft zum geselligen Miteinander dazu. Riskanter Alkoholkonsum, was nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Konsumieren von Alkohol mit Gefährdung der eigenen Gesundheit oder der Gesundheit anderer bezeichnet, ist allerdings verbreitet und hat vielfältige Formen. Manche Menschen trinken zu oft, andere selten, aber dann deutlich zu viel. Die Gruppe mit riskantem Alkoholkonsum ist statistisch schwer zu erfassen und nicht klar abgegrenzt von Alkoholabhängigkeit. Abhängiges Konsumieren hat laut WHO verschiedene Ausprägungen, wie starkes Verlangen nach Alkohol, verminderte Konsumkontrolle, körperliche Entzugssyndrome, eine nachweislich hohe Toleranz von Alkohol, oder Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums.

Der Alkoholkonsum in Deutschland nimmt zwar seit etwa 40 Jahren kontinuierlich ab, dennoch bleibt Deutschland ein Hochkonsumland. Mit einem durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum von rund zehn Litern Reinalkohol pro Jahr liegt Deutschland auf Platz 9 der 27 EU-Staaten. Dieses hohe Konsumniveau bringt gravierende gesundheitliche Folgen mit sich: Regelmäßiger Alkoholkonsum erhöht das Risiko für schwerwiegende Erkrankungen wie Leber- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Schädigungen des Gehirns. Laut Landesgesundheitsbericht Bremen (2024) waren psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol 2021 bei Männern die häufigste Hauptdiagnose bei Krankenhausaufnahmen. Darüber hinaus tritt eine Alkoholabhängigkeit häufig in Kombination mit weiteren Abhängigkeitserkrankungen auf, da die Ursachen für diese Erkrankungen oftmals in den sozialen Lebensverhältnissen liegen. Die Abhängigkeitserkrankungen können wiederum die Lebensverhältnisse weiter verschlechtern und nicht selten in Armut oder Obdachlosigkeit münden.

Eine Analyse der BARMER zeigt, dass im Land Bremen ein erheblich höherer Anteil der Bevölkerung von Alkoholabhängigkeit betroffen ist als im bundesweiten Durchschnitt. 2022 waren 2,28 Prozent der Bevölkerung des Landes Bremen aufgrund von Alkoholabhängigkeit in ambulanter oder stationärer Behandlung – über ein Drittel mehr als im Bundesdurchschnitt. Die Daten der NAKO-Gesundheitsstudie (Nationale Kohorte), die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie vom Bund, den Ländern und der Helmholtz-Gemeinschaft gefördert wird, zeigen, dass 34,1 Prozent der Teilnehmenden im Land Bremen einen riskanten

Alkoholkonsum aufweisen. Die größte Risikogruppe dabei sind Männer, sowie generell jüngere Menschen.

Es ist erwiesen, dass gezielte Maßnahmen zur Prävention, insbesondere in Schulen und Jugendeinrichtungen, dazu beitragen, dass junge Menschen vorsichtiger Alkohol konsumieren. Programme zur Sensibilisierung von Lehrkräften und Eltern, Einschränkungen von Alkoholverkauf oder strengere Abgabevorschriften sind ebenfalls Versuche, Alkoholkonsum unter Jugendlichen zu reduzieren.

Im Land Bremen gibt es bereits schulische Präventionsmaßnahmen, etwa durch das Landesinstitut für Schule (LIS), das Projekte zur Suchtprävention und zur psychischen Gesundheit unterstützt. Programme wie „Verrückt? Na und!“ (LIS) oder der Einsatz von „Mental Health Coaches“ im Rahmen eines Modellprojekts des Bundesfamilienministeriums fördern das Bewusstsein für seelische Gesundheit in Bremen und helfen, riskantem Verhalten vorzubeugen.

Neben der Intensivierung von Präventionsprogrammen stellt sich die Frage, was sowohl im Land Bremen als auch bundesweit getan werden kann, um den Alkoholkonsum insgesamt zu reduzieren und vor allem Rauschtrinken (Trinken bis zum Vollrausch) und Alkoholabhängigkeit zu bekämpfen. Der Beauftragte für Sucht- und Drogenfragen des Bundes, Burkhard Blienert, wirbt inzwischen dafür, Alkohol erst ab 18 Jahren zugänglich zu machen, denn das Zellgift ist besonders für Jugendliche in der Entwicklungsphase schädlich. Insbesondere der Schutz von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollte dabei im Fokus stehen, um langfristig die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Alkoholkonsums zu reduzieren.

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

- 1. Welche aktuellen Daten liegen dem Senat über die Anzahl alkoholabhängiger Menschen im Land Bremen vor? Inwiefern zeigen sich Auffälligkeiten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sowie in Bezug auf Geschlecht, Alter und soziale Lage? (Informationen wenn möglich für Bremen und Bremerhaven differenzieren)**

Obwohl detaillierte Zahlen über die Anzahl alkoholabhängiger Menschen im Land Bremen nicht flächendeckend vorliegen, lassen sich anhand verschiedener Erhebungen und Schätzungen Tendenzen abbilden. Dafür stehen unterschiedliche Datenquellen zur Verfügung, die meistens bundeslandbezogen ausgerichtet sind:

Alkoholatlas/GEDA-Studie:

Etwas ältere Daten aus dem vom Deutschen Krebsforschungszentrum (dkfz) herausgegebenen **Alkoholatlas** beziehen sich auf die Ergebnisse der GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) -Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) aus 2019/2020 zum riskanten Alkoholkonsum in Deutschland. Hier liegt die Betroffenheit von Männern im Bundeslandvergleich nach Sachsen an zweiter Stelle, wobei Frauen in Bremen die vergleichsweise niedrigste Betroffenheit aufweisen:

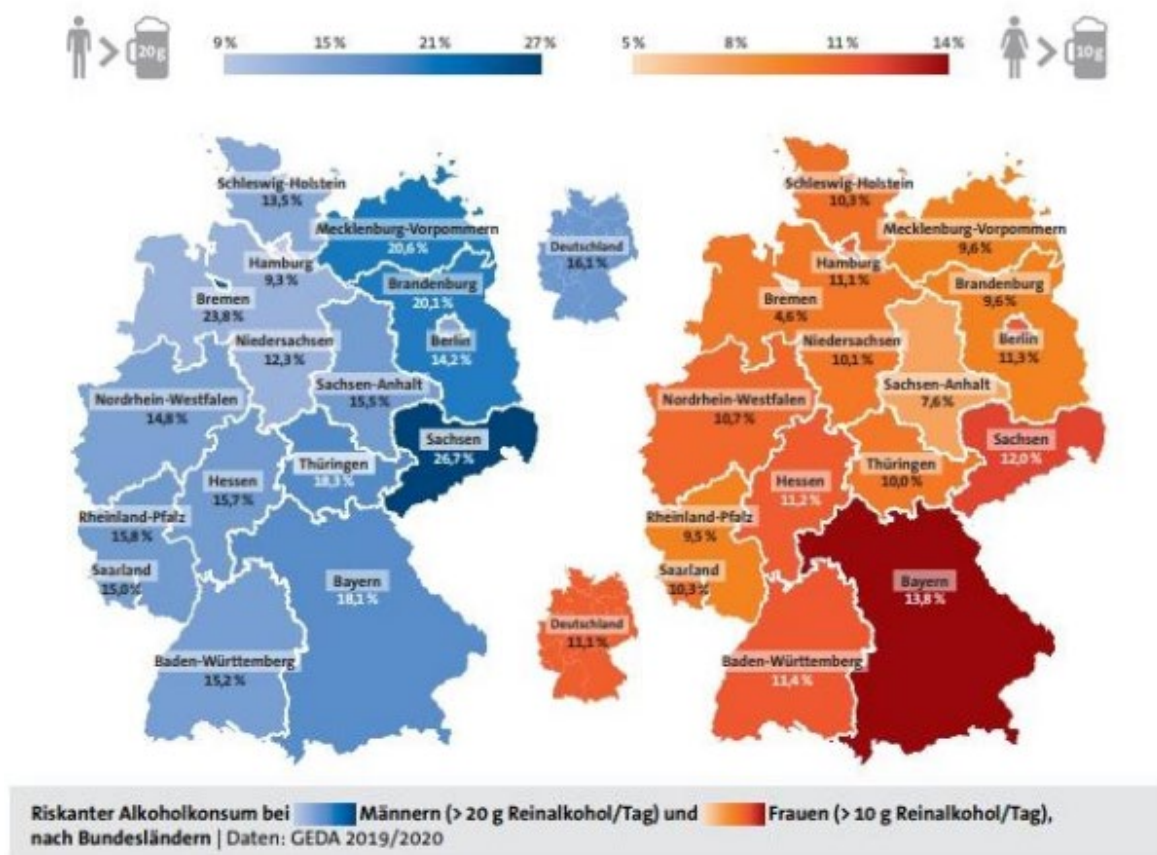


Abb. 1: Riskanter Alkoholkonsum bei Männern und Frauen in den Bundesländern nach GEDA (2019/2020)
https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2022_Alkoholatlas-Deutschland-2022_Auf-einen-Blick.pdf

BARMER Hochrechnung von Diagnosedaten:

Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) veröffentlicht jährlich eine Hochrechnung bzw. Standardisierung der für die BARMER-Versicherten dokumentierten Diagnosedaten zu Alkoholabhängigkeit auf das Bundesgebiet bzw. die Bundesländer. Die Hochrechnung basiert auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung in Bundesländern im jeweiligen Jahr. Hier wird über die bei den Krankenkassen gemeldeten ärztlich gestellten Diagnosen die Prävalenz der Diagnose Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 F10 geschätzt. Erkrankte Personen, die sich im Berechnungsjahr nicht in ärztliche Behandlung begeben haben, sind in den Analysedaten also nicht enthalten.

Die folgende Tabelle beschreibt die Hochschätzung des prozentualen Anteils der Bevölkerung (pro 100 Einwohnende), der sich aufgrund von alkoholbezogener Störungen in Behandlung befand für die Jahre 2018 bis 2023 für Bremen, Hamburg, Berlin und den Bundesdurchschnitt. Aus dieser Hochschätzung lässt sich ableiten, dass Bremen sich in allen betrachteten Jahren über dem Bundesdurchschnitt befand. Die Tabellen sagen jedoch nichts darüber aus, ob bei der Behandlung der betroffenen Personen die Abhängigkeitserkrankung selbst oder deren Folgeerkrankungen/-wirkung (z. B. internistisch, neurologisch, unfallchirurgisch) im Fokus standen.

Diagnose pro 100 Einwoh- nende	Bremen	Hamburg	Berlin	Bund
2023	2,02	1,94	2,02	1,69
2022	2,28	2,08	2,14	1,71
2021	2,08	1,83	1,88	1,45
2020	2,25	1,81	1,74	1,39
2019	2,11	1,71	1,77	1,42
2018	2,27	1,84	1,78	1,4

Tab.1: Hochschätzungsdaten BARMER Bevölkerungsanteil, der sich wegen einer diagnostizierten alkoholbezogenen Störung im jeweiligen Jahr in Behandlung befand

Für das Jahr 2023 teilt sich Bremen mit Berlin in dieser Hochrechnung den sechsthöchsten prozentualen Wert im Vergleich der Länder in Deutschland und liegt knapp ein Fünftel über dem Bundesdurchschnitt:

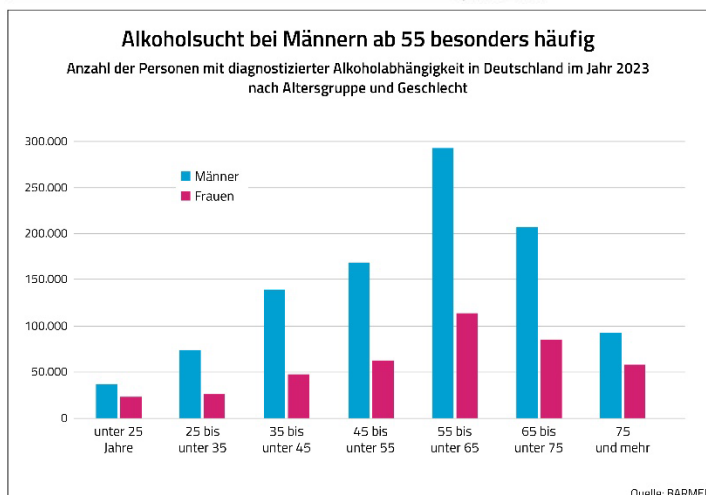
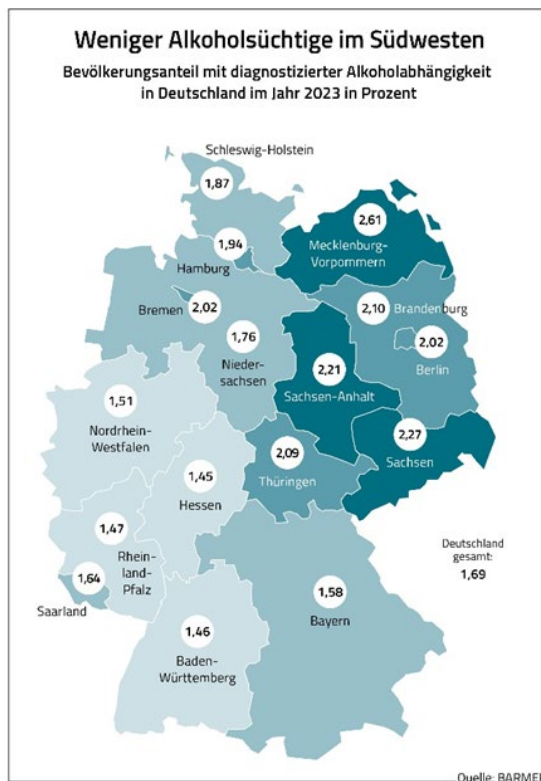


Abb. 2 und 3: Hochrechnung und Altersverteilung Diagnosedaten Alkoholabhängigkeit der BARMER im Jahr 2023

Frauen sind bundesweit deutlich seltener an einer Alkoholabhängigkeit erkrankt. Da es sich um eine chronische Erkrankung handelt, summiert sich die Betroffenheit über die Lebensjahre, ab 65 Jahren sinken die Zahlen wegen des erhöhten Sterberisikos aufgrund der Erkrankung deutlich.

Aus den Daten des BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) für 2022 lässt sich die

Verteilung der Diagnosedaten auf die Geschlechter und Altersgruppen ansehen:

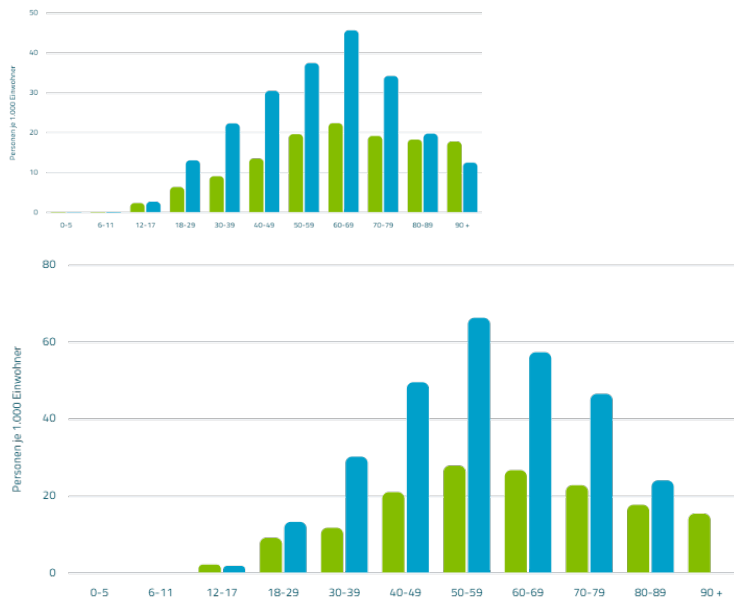


Abb. 4 und 5: Anzahl der von einer Diagnose Drogen- bzw. Alkoholabhängigkeit betroffenen Personen nach Alter und Geschlecht je 1.000 Einwohnende auf Bundesebene und in Bundesland Bremen im Jahr 2022 [Drogen-, Alkoholmissbrauch in Deutschland | Morbiditäts- und Sozialatlas - bifg] (grüne Balken Frauen, blaue Männer).

Die Daten der bifg geben zudem einen Hinweis auf ein Zusammenwirken von Abhängigkeits-erkrankungen mit der sozialen Lage der Betroffenen. Allerdings könnte sich durch die im Vergleich zur privaten Krankenversicherung anderen Mitgliederstruktur in gesetzlichen Krankenkassen ein dementsprechendes Bias ergeben:

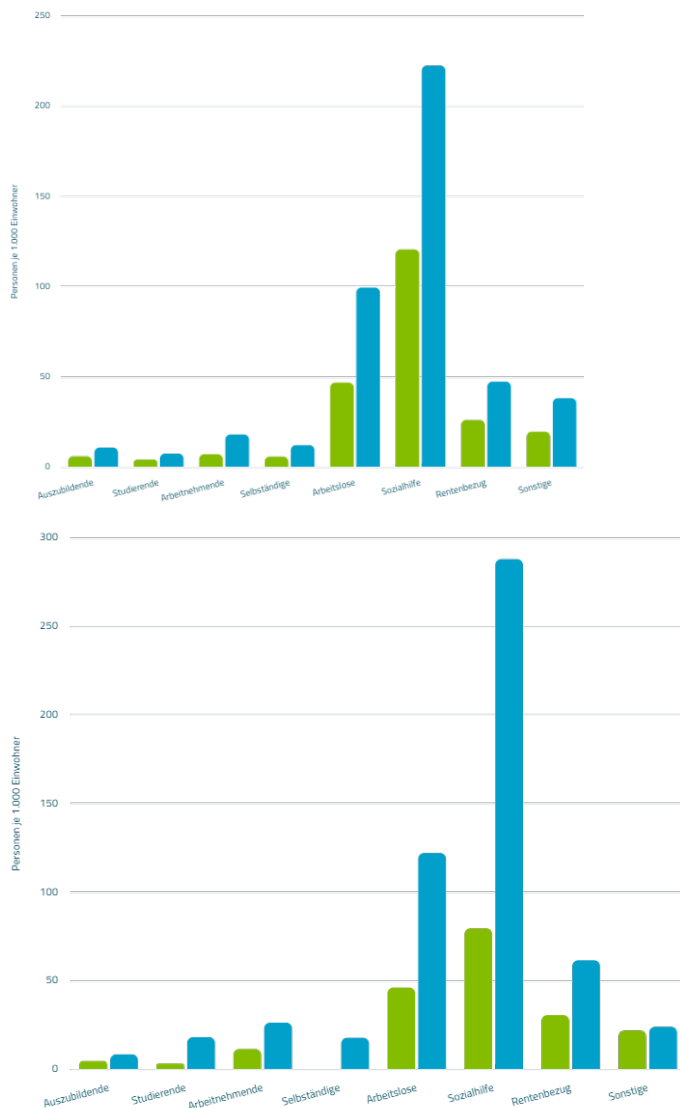


Abb. 6 und 7: Anzahl der von einer Diagnose Alkoholabhängigkeit betroffenen Personen und Einkommensart je 1.000 Einwohnende auf Bundesebene und in Bundesland Bremen im Jahr 2021 [Drogen-, Alkoholmissbrauch in Deutschland | Morbiditäts- und Sozialatlas - bifg.

Eine Suchterkrankung entwickelt sich höchst unterschiedlich und ist bio-psycho-sozial und damit multifaktoriell bedingt. Genetische Faktoren, psychische und soziale Bedingungen können risikomindernd oder suchtfördernd wirken. So können Belastungen, Sorgen und Stressfaktoren im Alltag, Arbeitsumfeld oder im familiären Umfeld den verstärkten Konsum von Alkohol begünstigen. Gerade sozial benachteiligte Menschen haben häufiger mit Existenzsorgen und -ängsten zu kämpfen, daher liegt ein Zusammenhang zur sozialen Lage nahe. Gleichzeitig verschlechtern die Auswirkungen einer Suchterkrankung häufig die soziale Lage von betroffenen Menschen beispielsweise durch Verlust von Arbeitsplatz und durch Trennung.

Epidemiologisches Suchtsurvey 2021

Im Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 hatten in Bremen 61,1 Prozent der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern etwas höher lag als unter Frauen (64,4 vs. 58,4 Prozent). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der zu diesem Zeitpunkt als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 13,7 Prozent der männlichen und 22,9 Prozent der weiblichen Alkoholkonsument:innen. Von episodischem Rauschtrinken (fünf oder mehr

alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 42,2 Prozent der männlichen und 28,0 Prozent der weiblichen Konsument:innen. Bei 16,1 Prozent der befragten Personen (ca. 66.000 Personen) wurden Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT festgestellt (Männer: 22,8 Prozent, Frauen: 9,4 Prozent).

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten 25,9 Prozent der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 10,1 Prozent an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) berichteten 51,6 Prozent der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach AUDIT bezogen auf die letzten 12 Monate konnten bei 5,8 Prozent der 15- bis 17-Jährigen gefunden werden.

NAKO-Gesundheitsstudie:

Die NAKO-Gesundheitsstudie ist eine Langzeit-Bevölkerungsstudie. Hier werden mehr als 200.000 (in der Stadt Bremen 10.500) zufällig ausgewählte Bürger:innen im Alter von 20–69 Jahren umfassend medizinisch untersucht und nach ihren Lebensgewohnheiten befragt (z. B. körperliche Aktivität, Rauchen, Ernährung, Beruf). Das Programm der Basisuntersuchung, die in den Jahren 2014 bis 2019 durchgeführt wurde, umfasste neben einem umfangreichen Interview zu soziodemografischen Faktoren und der medizinischen Vorgeschichte auch Fragebögen zu Lebensgewohnheiten wie etwa Ernährung, körperliche Aktivität und Fitness, Persönlichkeitsfragen sowie weitere gesundheitsrelevante Faktoren. Darüber hinaus wurden medizinische Untersuchungen durchgeführt.

Jedoch ist die NAKO-Gesundheitsstudie nicht repräsentativ für die Bremer Bevölkerung. Die Altersstruktur der NAKO-Teilnehmenden weicht aufgrund des Studiendesigns von der Normalbevölkerung ab. Es wird immer wieder beobachtet, dass Personen, die an Gesundheitsstudien teilnehmen, im Mittel einen höheren Bildungsabschluss und einen gesünderen Lebenswandel haben.

In der Basis-Erhebung der NAKO-Gesundheitsstudie wurde bei 34,1 Prozent der Teilnehmenden ein riskanter Alkoholkonsum ermittelt. Zur Bewertung des Alkoholkonsums wurde in der NAKO-Studie der sogenannte AUDIT-C-Fragebogen (Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption) eingesetzt. Bei Männern wird ein Wert über vier und bei Frauen über drei als riskanter Alkoholkonsum bewertet. Im Allgemeinen gilt: Je höher der AUDIT-C-Wert, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Alkoholkonsum die Gesundheit beeinträchtigt. Dabei lag der Anteil bei Männern etwas höher als bei Frauen, und in den Gruppen mit mittlerem bzw. höherem Bildungsstand lag er höher als in der Gruppe mit dem niedrigsten Bildungsstand:

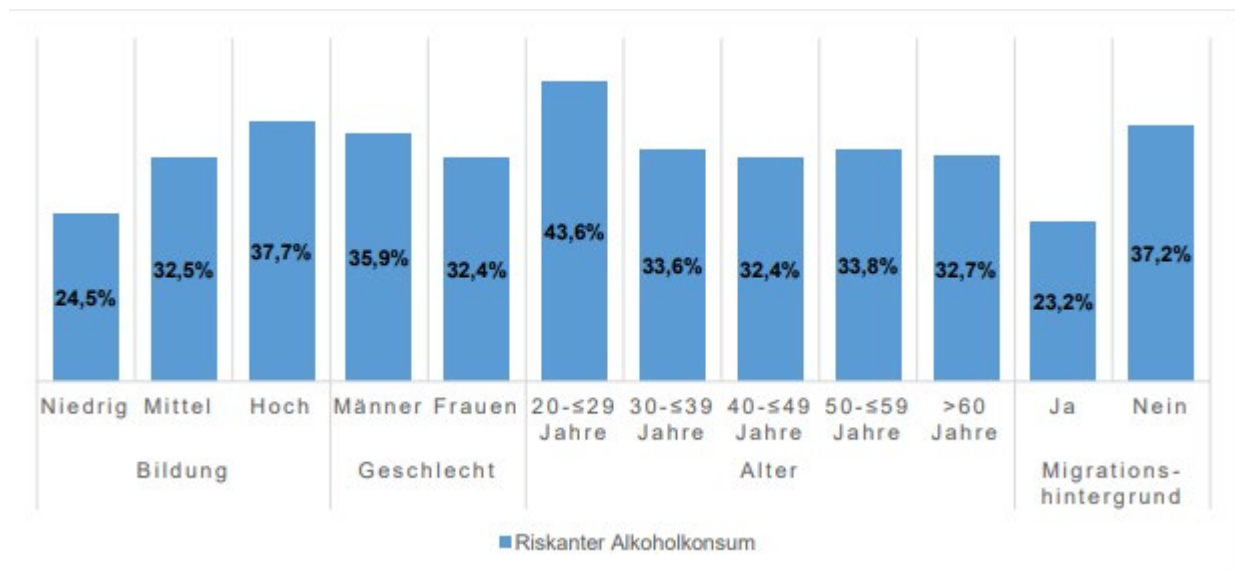


Abb. 8: Prozentualer Anteil an Personen mit riskantem Alkoholkonsum, differenziert nach Bildung, Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund in Bremen. Quelle NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Darüber hinaus gibt es noch weitere Definitionen eines riskanten Alkoholkonsums, bei denen die durchschnittliche Reinalkoholaufnahme pro Tag herangezogen wird. Die Reinalkoholaufnahme wird ebenfalls aus den Angaben des Fragebogens berechnet. Als Grenzwerte wurden hier für Männer > 20 g Reinalkohol/Tag und für Frauen > 10 g Reinalkohol/Tag festgelegt. Bei den Bremer NAKO-Teilnehmenden lag der Anteil von Personen mit riskantem Alkoholkonsum, wenn die Reinalkoholaufnahme betrachtet wird, bei 18,3 Prozent.

Das sogenannte Rauschtrinken ist unter Männern weiter verbreitet als bei Frauen. Vor allem bei den jüngeren Altersgruppen zeigt sich dies am deutlichsten:



Abb. 9 und 10: Prozentuale Häufigkeit des Rauschtrinkens bei Männern und Frauen (sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit), differenziert nach Alter gemäß NAKO-Basiserhebung

SCHULBUS-Untersuchung 2021/2022:

Die Schätzung der SCHULBUS-Untersuchung 2021/22 zur Anzahl der minderjährigen suchtgefährdeten Schüler:innen in Bremen kam zu folgendem Ergebnis:

	Hamburg	Bremen	Bremerhaven
Problematischer Alkoholkonsum	17,4 %	22,0 %	16,1 %
Monatliches Binge-Drinking	11.040 Schüler:innen	4.360 Schüler:innen	720 Schüler:innen

Tabelle 2: Prozentualer Anteil und geschätzte Betroffenenzahl von Schüler:innen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum. Quelle: Baumgärtner / Hiller: SCHULBUS-Untersuchung 2021/22

22 Prozent der Schüler:innen in der Stadtgemeinde Bremen im Alter von 14 bis 17 Jahren trinken laut Studienergebnis in erheblichen und schädlichen Mengen Alkohol. In Bremerhaven ist dieser Anteil mit 16,1 Prozent etwas geringer. Der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen ist besonders problematisch, weil ihre körperliche und geistige Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist.

2. Welche konkreten Maßnahmen ergreifen das Land Bremen und die Städte Bremen und Bremerhaven zur Bekämpfung von Alkoholabhängigkeit und welche Angebote stehen Betroffenen zur Verfügung?

Suchtprävention

Nicht nur die Risiken zur Entwicklung einer alkoholbezogenen Störung bzw. einer Abhängigkeitserkrankung sind in der Einschätzung zum gesundheitlichen Schadenspotential von Alkohol maßgeblich: Aufgrund des wissenschaftlich belegten linearen Zusammenhangs von Alkoholkonsum und der Entwicklung von Erkrankungen, z. B. bluthochdruckbedingte Herzerkrankungen, Herz-Rhythmusstörungen, Schlaganfall sowie sieben Krebserkrankungen, unter anderem der oberen Atem- und

Verdauungswege, der weiblichen Brust und der Leber, sowie dem vorzeitigen Versterben haben sich die Empfehlungen zum Konsum von Alkohol verändert. Die Weltgesundheitsorganisation betont, dass jeglicher Alkoholkonsum riskant sei [World Health Organization. (2023). *Beim Alkoholkonsum gibt es keine gesundheitlich unbedenkliche Menge*. Verfügbar unter:

<https://www.who.int/europe/de/news/item/28-12-2022-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>]

Der Empfehlung des World Cancer Research Fund zufolge ist es am besten keinen Alkohol zu trinken, um Krebs vorzubeugen. [World Cancer Research Fund. (2023). *Alcoholic drinks and cancer risk*. Available from: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/topics/alcohol-and-cancer/#our-cancer-prevention-recommendation>]

In ihrem Positionspapier von Oktober 2024 stellt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) fest: *„Es gibt keine potenziell gesundheitsfördernde und sichere Alkoholmenge für einen unbedenklichen Konsum. Die DGE empfiehlt daher, auf alkoholische Getränke zu verzichten. Wer dennoch alkoholische Getränke konsumiert, soll v. a. hohe Alkoholmengen vermeiden. Dies gilt insbesondere für junge Menschen. Kinder, Jugendliche, Schwangere und Stillende sollen auf Alkohol generell verzichten.“*

Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) [[https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/WK der DHS - Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/WK_der_DHS_-_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Alkohol.pdf)] reüssiert:

„Ein positiver Zusammenhang von Alkoholkonsum und Gesundheit, wie er in früheren Studien gefunden wurde, ist auf methodische Mängel zurückzuführen. Somit kann nicht von einer gesundheitsförderlichen Wirkung von Alkohol ausgegangen werden. Der Stand der Literatur belegt einen linearen Zusammenhang von Alkoholkonsum und der Entwicklung von Erkrankungen sowie dem vorzeitigen Versterben. Die linearen Beziehungen von Alkoholkonsummengen mit Erkrankungs- oder Sterbewahrscheinlichkeiten betreffen verbreitete Erkrankungen. Schlussfolgerung: Empfehlungen auf der Basis von risikoarmen Trinkmengen lassen sich nicht mehr aufrechterhalten. Stattdessen wird empfohlen, den Alkoholkonsum – unabhängig von der Alkoholtrinkmenge – zu reduzieren. Für die körperliche Gesundheit ist es am besten keinen Alkohol zu trinken.“

Maßnahmen zur Bekämpfung von Alkoholabhängigkeit bietet das Landesinstitut für Schule (LIS) in Form von **schulischer und außerschulischer Suchtprävention** im Jugendbereich an. Die damit verbundenen Maßnahmen klären über die Gefahren von Alkohol nach den neuesten WHO-Erkenntnissen auf, arbeiten Mythen des Alkohols resp. des Alkoholtrinkens auf, vermitteln Projekte des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit (BIÖG) zum Erkennen kritischen Konsums bei Jugendlichen und vermitteln Erkenntnisse zum „Safer Use“ im Party Setting. Die Beratung von Freizeiteinrichtungen für Jugendliche oder Jugendhilfestationen zu dem Thema nimmt zu. Eine Beteiligung am Konzept der offenen Jugendarbeit in Hinblick auf Gesundheitskonzepte wird vom LIS angestrebt, um den außerschulischen Bereich zu stärken. Sportvereine müssen dringend besser erreicht werden, um Alkoholkonsum z. B. im Bereich Fußball zu thematisieren.

Im **Amt für Jugend, Familie und Frauen** in Bremerhaven wird in der Abteilung Jugend- und Frauenförderung durchgehend pädagogisch-präventiv an diesem Themenkomplex gearbeitet. So werden u.a. niedrigschwellige Beratung, Aufklärungsgespräche und weitere Unterstützungsangebote (wie etwa Begleitung zu/Vermittlung an Fachdienste(n)) offeriert. Die genannten Angebote richten sich vorrangig, aber nicht ausschließlich, an Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren.

Alle zwei Jahre beteiligt sich das Land Bremen an der bundesweiten **Aktionswoche Alkohol** in Form einer Aktionswoche Sucht mit vielfältigen Informationsveranstaltungen für Betroffene, Bürger:innen sowie Interessierte. Die Aktionswoche ist wichtige Initiative in Bremen und Bremerhaven, über die vielfältigen Aspekte von Suchtmittelkonsum und exzessivem Verhalten zu informieren, ein Verständnis für die Entwicklung von Suchterkrankungen zu entwickeln und Barrieren zur Inanspruchnahme von Hilfen zu verringern. Bei diesen Veranstaltungen können auch vielen Angebote der Selbsthilfe und der professionellen Suchthilfe kennengelernt werden.

Frühintervention

Die frühzeitige Erreichung von Menschen mit einem riskanten Suchtmittelkonsum durch Hilfsangebote ist von Bedeutung, um Gesundheitsschäden durch exzessiven Konsum zu vermeiden bzw. zu begrenzen und um eine Entwicklung zu einer Abhängigkeitserkrankung bzw. eine Chronifizierung zu verhindern.

Seit 2018 wird das **Projekt FreD - Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsument:innen** - in Bremen und Bremerhaven mit großem Erfolg durchgeführt. Leitidee des Konzepts ist es, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die wegen ihres riskanten Konsums von Suchtmitteln aufgefallen sind, ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwilliges Angebot zur Reflexion anzubieten. Die regelmäßige Evaluation der Teilnahmeergebnisse gehört mit zum Programm und bestätigt die Effektivität der Maßnahme, die in Bremen durch das DRK und die ASHB, in Bremerhaven durch die AWO Suchtberatung durchgeführt wird.

Suchtberatung

Die ambulanten Suchthilfe-Einrichtungen sind aktiv bei der sogenannten Suchtbegleitung, bei der betroffenen Menschen ohne Abstinenzabsicht bzw. -vermögen unterstützt werden, risikoreduziert zu konsumieren und somit die vielen möglichen Gesundheitsschädigungen zu reduzieren. Suchtbegleitung hilft dabei, Konsum-Eskalationen und deren Folgewirkungen zu vermeiden und psychosoziale Probleme zu mindern und tragen somit zur Verbesserung des Gesundheitsstatus betroffener Menschen bei. Außerdem unterstützen die Hilfseinrichtungen auf dem Weg zu einer dauerhaften Abstinenz.

Die **Psychiatrische Behandlungszentren** der Gesundheit Nord bieten über SGB V und ÖGD in den fünf Bremer Regionen teilstationäre, ambulante sowie nachgehende Behandlungs- und Beratungsangebote für Menschen mit einer alkoholbezogenen Störung an.

Die **Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation** der Caritas Bremen berät Menschen mit alkoholbezogenen Störungen und bietet auch ambulante Sucht-Rehabilitation und Nachsorge im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung für die Zielgruppe an. Sie wird nur zu einem geringen Anteil kommunal über Zuwendungen finanziert, der überwiegende Teil der Beratung wird über Kirchenmittel finanziert.

Die beiden **Suchthilfezentren Mitte und Nord** der Ambulante Suchthilfe Bremen (ASHB) beraten schwerpunktmäßig bei Abhängigkeitserkrankungen mit illegalen Substanzen und versorgen häufig bei Mischkonsum auch Menschen mit alkoholbezogenen Abhängigkeitserkrankungen mit Hilfe von Zuwendungsfinanzierung. Die ASHB bietet ebenfalls ambulante Sucht-Rehabilitation und Nachsorge sowie spezifische Angebote für Angehörige an. Hierzu zählen unter anderem suchtmittelübergreifende Gruppenformate sowie eine Angehörigen-Gruppe.

Die Ambulanz für junge Menschen mit Suchtproblemen **[Esc]ape** bietet ein Beratungs- und Unterstützungsangebot über ÖGD-Mittel für Suchtmittel missbrauchende Jugendliche und für junge Menschen mit Substanz ungebundenen Verhaltensauffälligkeiten an. Das Angebot richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 18. Lebensjahr. Auch Eltern und Einrichtungen, deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Jugendlichen zu tun haben, können sich an die Beratungsstelle wenden.

In Bremerhaven steht zur Bekämpfung der Alkoholabhängigkeit das **AWO-Suchtberatungszentrum** zur Verfügung und die Beratung wird kommunal über Zuwendungen finanziert. Die zentrale Aufgabe des Suchtberatungszentrums ist die Beratung und Therapie (ambulante Therapie) von Menschen, die von einer Suchtproblematik direkt oder indirekt betroffen sind. Das Suchtberatungszentrum ist offen für alle Hilfesuchenden, unabhängig vom Schweregrad der Abhängigkeit und dem jeweiligen Suchtmittel.

Digitale Suchtberatung über die DigiSucht-Plattform wird im Land Bremen aktuell über alle oben genannten Beratungsstellen außer den Behandlungszentren angeboten. Die Plattform wird über Landesmittel finanziert. Ratsuchende (Selbstbetroffenen oder Angehörige) können auf der Plattform Kontakt zu den Fachkräften aufnehmen, ihr Anliegen per Nachricht übermitteln oder einen Termin für einen direkten Austausch per Videochat oder per Messenger (Textchat) buchen. Die auf der Plattform vorhandenen digitalen Tools und Übungen (bspw. Konsumtagebuch, Motivationswaage) helfen dabei, den digitalen Beratungsprozess zu strukturieren und unterstützen bei einer Verhaltensänderung. Bei Bedarf erfolgt eine Vermittlung der Ratsuchenden in die vorhandenen Hilfestrukturen vor Ort.

Entzugsbehandlung und Qualifizierte Entgiftung

Den Körper von Alkohol oder Drogen zu entgiften, dauert in der Regel zwischen einer und drei Wochen. Die Entzugsbehandlung ist ein bedeutsamer Schritt auf dem Weg in eine dauerhafte Abstinenz. Die Dauer des Entzugs hängt unter anderem vom Wirkstoff, von der Dauer der Einnahme und vom Gesundheitszustand des suchtkranken Menschen ab. Bei einer chronischen Abhängigkeitserkrankung mit Komplikationsrisiken wird beim Entzug in der Regel eine stationäre Entzugsbehandlung im Krankenhaus empfohlen.

Bei der Entzugsbehandlung wird der „körperliche Entzug“ von dem „qualifizierten Entzug“ (QE) unterschieden. Der sog. „qualifizierte Entzug“ ist Startpunkt für eine Abstinenzbehandlung (Entwöhnung). Da ein körperlicher Entzug alleine keine hinreichende Therapie der Suchterkrankung darstellt, sollen weitere suchtmittelmedizinische/-therapeutische Hilfen wie eine Entwöhnungsbehandlung vorgehalten und angeboten bzw. im Anschluss möglichst nahtlos vermittelt werden.

Die **Kliniken Bremen-Ost und Bremen-Nord** und dazugehörigen Tageskliniken in den Regionen führen die Entzugsbehandlungen und Qualifizierten Entgiftungsbehandlungen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol und Medikamenten durch.

Medizinische Suchtrehabilitation

In der Stadt Bremen steht die ganze Bandbreite von Einrichtungen der Suchtrehabilitation zur Verfügung: Das stationär ausgerichtete Reha-Centrum Alt-Osterholz mit der Tagesklinik CHANGE! Bremen, die Adaptionsbehandlung Am Wall und die beiden Reha-Ambulanzen von ASHB und Caritas mit einem zusätzlichen Nachsorge-Angebot. In Bremerhaven bietet das AWO-Suchtberatungszentrum ambulante Suchtrehabilitation und Nachsorge an,

Das Suchthilfesystem im Bereich Alkoholabhängigkeit ist in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Motivationsphase	Akuttherapie	Medizinische Reha- bilitation	Stabilisierung
Beratung/Frühintervention <u>Ziel:</u> Beratung erhöht die Motivation für eine Behandlung <u>Durchführung:</u> Screening, Kurzintervention <u>Dauer:</u> Tage bis Monate <u>Akteur:innen:</u> Haus-/Facharzt/-ärztin, psychosoziale Beratungsstelle, betriebliche Suchtprävention <u>Finanzierung:</u> Krankenversicherung, Kommunale Mittel („Allgemeine Daseinsfürsorge“) Arbeitsplatz	Körperliche Entgiftung <u>Ziel:</u> Vermeidung schwerwiegender Entzugssymptome <u>Durchführung:</u> Ärztliche Begleitung, Gabe von Medikamenten Qualifizierte Entzugsbehandlung <u>Ziel:</u> Vermeidung schwerwiegender Entzugssymptome und Motivation zu weiterer Behandlung <u>Durchführung:</u> Entgiftung und psycho- und psychotherapeutische sowie psychosoziale Behandlung <u>Dauer:</u> Bis max. 28 Tage <u>Akteur:innen:</u> stationär/tagesklinisch in Kliniken, psychiatrischen Einrichtungen <u>Finanzierung:</u>	Entwöhnung <u>Ziel:</u> Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für eine langfristige Abstinenz; ggf. Zwischenziel: Reduktion des Alkoholkonsums <u>Durchführung:</u> - ambulant: - ganztägig ambulant - stationär - Kombinationsbehandlung Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, (medikamentöse) Rückfallprophylaxe, Behandlung von Komorbiditäten, Festlegung der Nachsorgemaßnahmen <u>Dauer:</u> - ambulant: 12 bis 18 Monate - stationär: 6 bis 16 Wochen <u>Akteur:innen:</u> - ambulant: psychosoziale Beratungs- und Behandlungseinrichtungen - stationär: und ganztägig ambulant: Fachkliniken <u>Finanzierung:</u>	Nachsorge <u>Ziel:</u> Ausgewogenes und zufriedenes Gefühlsleben, (Re-)Integration ins Arbeitsleben, gesellschaftliche Teilhabe <u>Durchführung:</u> Bewältigung der Abhängigkeitsproblematik, Schaffung neuer sozialer Kontakte und neuer Perspektiven, Einbindung in eine Selbsthilfegruppe <u>Dauer:</u> Mehrere Wochen bis Jahre <u>Akteur:innen:</u> Arzt/Ärztin, Fachberatungsstelle, Adaptionseinrichtungen, Selbsthilfegruppen <u>Finanzierung:</u> Rentenversicherung, selten Krankenversicherung oder kommunale Mittel

	Krankenversicherung	Rentenversicherung, selten Krankenversicherung	
Anbieter:innen in Bremen: ▪ BHZ Mitte, Süd, Ost, West, Nord ▪ Fachambulanz Suchtprävention und Rehabilitation Caritas ▪ Ambulanz für junge Menschen mit Suchtproblemen [Esc]ape Anbieterin in Bremerhaven: ▪ AWO-Suchtberatungszentrum	Anbieter:innen in Bremen: Stationär: ▪ Klinikum Bremen Ost ▪ BHZ Nord Tagesklinisch: ▪ BHZ Mitte, Süd, Ost, West, Nord Anbieterin in Bremerhaven: Stationär: ▪ Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	Anbieter:innen in Bremen: Stationär: ▪ Reha-Centrum Alt-Osterholz Ganztätig ambulant: ▪ Tagesklinik CHANGE! Ambulant: ▪ Ambulante Suchthilfe Bremen ▪ Fachambulanz Suchtprävention und Rehabilitation Caritas Anbieterin in Bremerhaven: Ambulant: ▪ AWO-Suchtberatungszentrum	Anbieter:innen in Bremen: ▪ Ambulante Suchthilfe Bremen ▪ Fachambulanz Suchtprävention und Rehabilitation Caritas ▪ Adaption am Wall Anbieterin in Bremerhaven: ▪ AWO-Suchtberatungszentrum

Abb. 11: Das Bremer Hilffssystem für alkoholbezogene Störungen

Eingliederungshilfemaßnahmen nach BTHG

Über die bisher beschriebenen Maßnahmen hinaus stehen verschiedene Angebote der Eingliederungshilfe gem. SGB IX für Menschen mit Alkoholerkrankungen (stationär und ambulant begleitetes Wohnen) sowie CMA *[Einrichtungen für Menschen mit einer Chronischen Mehrfach-Abhängigkeitserkrankung]*-Einrichtungen zur Verfügung. Hier werden niedrigschwellige Einrichtungen für konsumierende von Angeboten für abstinent lebende Personen unterschieden.

Selbsthilfegruppen für Suchtkranke [\[https://www.selbsthilfe-wegweiser.de/\]](https://www.selbsthilfe-wegweiser.de/)

Die Suchtselbsthilfe ergänzt mit ihren Angeboten und Aktivitäten die professionellen Angebote der Suchthilfe und schließt Versorgungslücken. Durch die wechselseitige Hilfe auf der Basis gleicher Betroffenheit wird die Chance jedes Einzelnen vergrößert, mit der Suchterkrankung selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu leben und die eigenen Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung zu steigern. Selbsthilfeorganisationen sind darüber hinaus beratend in der Suchthilfe eingebunden und tragen dazu bei, die medizinische Versorgung patient:innenorientierter auszurichten. In Bremen gibt es eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen für Menschen mit einer alkoholbezogenen Suchterkrankung. Das Netzwerk Selbsthilfe unterstützt bei der Gründung, dem Betrieb und der Vermittlung in und von Selbsthilfegruppen.

Die finanzielle Förderung von Suchtselbsthilfegruppen kann über die kommunale Selbsthilfemittel der Gesundheitsämter, der Deutschen Rentenversicherung oder Mittel der Krankenkassen erfolgen.

a. Wie bewertet der Senat die derzeit bestehenden Maßnahmen und Angebote bezüglich ihrer Wirksamkeit?

Der kontinuierliche Rückgang des Rauschtrinkens bei Jugendlichen kann über die SCHULBUS-Studie (Schüler:innen- und Lehrkräftebefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln) von 2021 und den Reitoxbericht Workbook Prävention 2024 für die zurückliegenden

Jahre nachgewiesen werden [„Insgesamt sinkt der Alkoholkonsum in Deutschland seit den 1970er Jahren zwar kontinuierlich, er war 2020 mit 10 Litern Reinalkohol pro Einwohnerin und Einwohner ab 15 Jahren im internationalen Vergleich weiterhin sehr hoch.“ **John, U., Rumpf, H.-J., & Meyer, C. (2022).** *Alkoholkonsum in Deutschland: Trends und gesundheitliche Auswirkungen. In Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hrsg.), REITOX-Bericht 2024 – Workbook Prävention (S. 5). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen*], gleichwohl steht in Bremen das Rauschmittel Alkohol noch immer an erster Stelle. Die Erfolge der **Suchtprävention** sind nie isoliert zu betrachten: Erreicht werden Menschen, die unentschieden sind, ob sie Alkohol konsumieren. Ihre Haltung, es nicht zu tun, wird gestärkt. Die Maßnahmen der Prävention sind also durchweg erfolgreich und können durch Ausweitung wie z.B. zurzeit durch die Stärkung der Suchtprävention durch die integrierte Drogenhilfestrategie intensiviert werden.

Unter jungen Menschen ist die Risikogruppe derer, die in der Transformation von Schule in den Beruf stehen, am größten. Unsicherheiten und die Adaption toxischer Trinkkulturen zur Integration führen zu stärkerem Rauch- und Trinkverhalten. In der Schule sind entsprechende suchtpreventive Workshops erfolgreich, die einerseits die Transformation mit Resilienzprojekten vorbereiten, die z. B. in den Berufsschulen durch weitere Maßnahmen aufgegriffen werden. Suchtprävention in Berufsschulen wird verstärkt vom LIS mit Fördergeldern der Krankenkassen durchgeführt.

Das **Suchthilfesystem** und dessen Angebote und Maßnahmen in Deutschland zeigen eine Wirksamkeit. In einer SROI- Studie [**Packmohr, K.; Weiß, P. (2020).** *Suchtberatung wirkt.* [Packmohr K. Suchtberatung wirkt.pdf](#)] zu den volkswirtschaftlichen Einsparpotentialen durch die Suchtberatung wird durch die Monetarisierung von Einzelfällen aufgezeigt, welche volkswirtschaftlichen Kosten eines Falles durch das Hilfesystem vermieden werden können. Fazit der Studie ist, dass ein investierter Euro Kosten in Höhe von 28 € vermeiden kann, was aufzeigt, dass Maßnahmen und Angebote der Suchthilfe wirksam sind. Im „Bericht zur Finanzierung der Suchtberatung“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) [**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). (2024).** *Bericht zur Finanzierung der Suchtberatung in Deutschland: Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven.* https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-09-26-Bericht_zur_Finanzierung_der_Suchtberatung_FINAL.pdf] wird dieser Nutzen unterstrichen und gleichzeitig auf die zugespitzte Unterfinanzierung der Suchtberatungsstellen hingewiesen.

Unabhängig von den methodischen Schwierigkeiten, die Wirksamkeit von Maßnahmen der Beratung und Unterstützung nachzuweisen, ist festzuhalten, dass eine **Limitation durch die Kapazitäten** (Platzzahlen, Personal) und den **Zugang zu den Angeboten** (z.B. Öffnungszeiten) besteht.

Durch internationale Forschungen ist bekannt, dass nur ca. 10 bis 20 Prozent der Menschen bundesweit mit einer Alkoholabhängigkeit im Jahr professionelle Unterstützung, wie ambulante Suchtberatung, hausärztliche Hilfe, Psychotherapie, oder stationäre Rehabilitation, in Anspruch nehmen. Lediglich **10 Prozent der Alkoholabhängigen erhalten eine spezialisierte Suchtbehandlung** und viele erhalten die Behandlung zu spät. Im Durchschnitt erfolgt eine stationäre Alkoholbehandlung erst 12 Jahre nach den ersten Alkoholproblemen.

In der von SGFV geförderten IMPELA-Studie, die 2016 durchgeführt wurde, wurde herausgefunden, dass nur 2,9 Prozent aller Personen mit riskantem Alkoholkonsum in Bremen durch ihre Hausärzt:innen gescreent wurden; die Hälfte davon (1,4 Prozent) erhielt eine **Kurzintervention**. Dem gegenüber steht, dass sich Betroffene im Nachhinein ein früheres Ansprechen von Hausärzt:innen, vom sozialen Umfeld und am Arbeitsplatz wünschen, um ihrem fehlenden

Problembewusstsein entgegenzuwirken. Betroffene suchen häufig lange keine Hilfe, weil sie Konsequenzen fürchten und weil sie ihre Probleme nicht wahrhaben wollen.

Die IMPELA Studie beschreibt auch, dass sich insbesondere 21- bis 39-Jährige zu selten einer stationären Entzugsbehandlung unterziehen. Die Früherkennung einer Konsumproblematik bzw. eine höhere Inanspruchnahme der Entzugsbehandlung könnte jedoch das Risiko für das Entstehen von Suchtfolgeerkrankungen und für die Chronifizierung der alkoholbezogenen Störung deutlich senken.

Alkoholerkrankungen (ICD-10 F10-Diagnosen) sind trotzdem ein **häufiger Grund für Krankenhausbehandlungen**, insbesondere bei Männern. In Bremen und Bremerhaven liegen bei Männern die Alkoholerkrankungen sogar auf dem ersten Platz bei den Hauptdiagnosen im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts.

Auch, wenn sich die Zahl der mit der Hauptdiagnose F-10 im ICD-10 entlassenen Patient:innen in Bremer Krankenhäusern in den letzten fünf Jahren deutlich verringert hat, kann dies aus Sicht der Gesundheitsbehörde keine Entwarnung geben. Diese Entwicklung hat auch etwas mit der sich verringenden Verfügbarkeit von Krankenhaus-Betten in fast allen Indikationen zu tun.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Männlich	2.449	2.020	1.735	1.564	1.399	1.507
Weiblich	817	699	537	498	480	455
Gesamt	3.266	2.719	2.272	2.062	1.879	1.962

Tab. 3: Anzahl in Krankenhäusern mit Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit entlassenen Patient:innen mit Wohnsitz im Land Bremen. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025 | Stand: 25.4.2025

Auch in dieser Statistik ist nicht unterschieden, ob der Behandlungsanlass eine Entgiftungsbehandlung war oder die Behandlung von Folgeerkrankungen eines möglicherweise schon chronischen Konsums. Wir wissen aus den Behandlungsdaten der Bremer Entgiftungskliniken der GENO, dass dort die Anzahl der Behandlungen gesunken sind.

3. Beteiligt sich das Land Bremen inzwischen am Bundesprogramm HaLT – Hart am Limit und an welchen anderen Bundesprogrammen oder Kampagnen im Bereich Prävention und Sensibilisierung für Alkoholkonsum ist das Land Bremen beteiligt?

Eine Prüfung des HaLT-Programms wird derzeit von SGFV gemeinsam mit dem LIS, dem Gesundheitsamt Bremen, FreD (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumierenden), der Ambulanz für junge Menschen mit Suchtproblemen und [Esc]ape und weiteren Beteiligten geprüft. Die intensiven Gespräche mit den Entwickler:innen des Programms sind für Bremen ergebnisoffen geblieben. Stattdessen hat eine Arbeitsgruppe mit den oben aufgeführten Akteur:innen zur Anschlussversorgung von Jugendlichen nach einer Intoxikation ein Programm entwickelt, das regelmäßig beurteilt wird. In der Folge wurde ein Elternbrief zur pädagogischen Aufarbeitung eines Klinikaufenthalts als Beilage zum Arztbrief, verstärkte Beobachtung von Elternverhalten, das dem Jugendamt gemeldet werden müsste und Vermittlung in Frühinterventionsprogramme wie FreD sowie Vermittlung zur Drogenberatung [Esc]ape umgesetzt. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass das Programm tragfähig zu sein scheint und ausgebaut werden sollte. Damit wird die Idee von HaLT in Bremen ressourcenschonend umgesetzt.

4. Wie hoch ist die Auslastung der Präventions- und Hilfsangebote im Land Bremen und wie bewertet der Senat vor dem Hintergrund den Bedarf an weiteren Präventions- oder Hilfsangeboten?

Alle **Präventionsangebote** in der Stadt Bremen vermitteln Warnungen gegen Rauchen und Alkohol als essentielle Botschaft. Darüber hinaus passt sich das Angebot dann weiteren Themen der Gruppen an, mit denen gearbeitet wird. Zielgruppe des LIS sind vor allem (aber nicht ausschließlich) Schüler:innen der 8. und 9. Klasse aus Oberschulen und Gymnasien sowie aus Berufsschulen in Bremen. In der Suchtprävention wurden mit dem Basisprogramm „Sprung ins Leben“ bisher ca. 3.100 Schüler:innen pro Schuljahr, das sind zirka 30 Prozent dieser Zielgruppe, erreicht. Diese Quote konnte durch den Einsatz von Fachkräften aus der integrierten Drogenhilfestrategie um knapp 19 Prozent im ersten Quartal 2025 gesteigert werden. Hinzu kommen drittmittelfinanzierte Projekte, meist mit Geldern der Krankenkassen, die in Zusammenarbeit mit dem LIS (Fachaufsicht und Netzwerk) von Trägern wie dem Deutschen Alpenverein, der Wilden Bühne e.V., der Medienagentur „vomhörensehen“ oder dem Hood Training umgesetzt werden. Diese erreichen noch einmal knapp 1.000 Schüler:innen im Schuljahr. Es wird angestrebt, mit Hilfe der weiteren Arbeit der Fachkräfte der Integrierten Drogenhilfestrategie 50 Prozent der jungen Menschen in den 8. und 9. Klassen der Oberschulen und Gymnasien in der Grundversorgung zu erreichen.

Weitreichendere Effekte hätte eine Verzahnung von Maßnahmen für jedes Schuljahr ab der 8. Klasse. Suchtpräventive Botschaften könnten somit entweder schulisch oder außerschulisch in jeder Altersgruppe bis zum ca. 21. Lebensjahr und älter einmal im Jahr erreicht werden, was die Botschaften verfestigen und anpassungsfähiger gegenüber Veränderungen bei den Angeboten und Moden der Drogen möglich machen würde.

Die **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Gesundheit Nord** hält ein umfassendes Spektrum an Versorgungsangeboten für Menschen mit suchtmmedizinischen Behandlungs- und Beratungsbedarfen vor. Dieses umfasst vollstationäre, teilstationäre, ambulante sowie nachgehende Behandlungs- und Beratungsangebote. Vollstationäre Aufnahmen akut behandlungsbedürftiger Menschen mit alkoholassoziierten Störungsbildern sowie Entgiftungen mit dem Ziel einer anschließenden rehabilitativen Weiterbehandlung erfolgen mit hoher Priorität. Für Patienten:innen mit weiterführendem suchtmmedizinischem Behandlungsbedarf variiert die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz im Jahresverlauf teils deutlich und ist in bestimmten Phasen als kritisch lang einzustufen.

Die suchtmmedizinische Versorgung im teilstationären und ambulanten Setting erfolgt regionalisiert und unterscheidet sich aufgrund der jeweiligen infrastrukturellen Gegebenheiten. Fluktuationen im Personalkörper können temporär Auswirkungen auf suchtmmedizinische Kompetenzen und Behandlungskapazitäten haben, was durch gezielte Personalentwicklung und -rekrutierung adressiert wird.

Die Anzahl der Behandlungen bzw. Vorstellungen aufgrund einer alkoholbedingten psychischen oder Verhaltensstörung im Jahr 2024 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Bremen-Nord bzw. des Klinikums Bremen-Ost kann folgender Tabelle entnommen werden:

	Fälle
Psychiatrie KBN	892
Notaufnahme	183

Beratungsstelle	243
teilstationäre Beh.	134
vollstationäre Beh.	332
Psychiatrie KBO	3074
Notaufnahme	1227
Krisendienst	147
Beratungsstelle	597
teilstationäre Beh.	361
vollstationäre Beh.	237
vollstationäre Beh. (Stat. 72)	476
aufsuchende Beh.	29
Gesamtergebnis	3966

Tab. 4: Anzahl der Vorstellungen bzw. Behandlungen aufgrund einer alkoholbedingten psychischen oder Verhaltensstörung in den Einrichtungen der GENO im Jahr 2024.

Innerhalb der letzten sechs Jahre ergibt sich folgende Entwicklung. Aus den Daten der Klinik lässt sich schließen, dass sich die Anzahl der Entgiftungsbehandlungen bei der GENO in den letzten fünf Jahren übergreifend um knapp ein Viertel reduziert haben. Insbesondere die stationären Entgiftungen im KBO haben sich deutlich reduziert.

Jahr	KBN		KBO		BravO	Summe
	tagesklinisch	vollstationär	tagesklinisch	vollstationär		
2019	151	398	220	1239		2008
2020	88	325	145	1138		1696
2021	83	264	117	1076		1540
2022	99	251	150	889		1389
2023	68	232	252	904		1456
2024	134	332	361	713	29	1569

Tab. 5: Anzahl der Patient:innen mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose (F102.x) in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der Gesundheit Nord nach Behandlungsart und Jahr der Aufnahme.

Bei den Daten zur Entgiftungsbehandlung bei der GENO erfolgt keine Differenzierung nach körperlicher Entgiftung und qualifizierter Entgiftung. Die qualifizierte Entgiftung ist Voraussetzung für eine nachfolgende Entwöhnungstherapie, während eine ausschließliche körperliche Entgiftung häufig bei Notfallbehandlung bei beginnendem Delir durchgeführt wird.

2018 und 2023 wurden gemäß der Transformation im Rahmen der Psychiatriereform zwei der ursprünglich drei Entgiftungsstationen des Klinikum Bremen-Ost geschlossen und es wurden mehr Kapazitäten für den tagesklinischen Entzug aufgebaut. Die mit der letzten Station verbundenen Behandlungsplätze sollten auf die vier Regio-Stationen des Klinikums verteilt werden, so dass weiterhin insgesamt 40 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung stehen.

Auch wenn die gemeinsame Behandlung von suchtkranken und psychisch kranken Menschen auf einer Station im Klinikum Bremen-Nord funktioniert, hat sich die Mischung der Indikationen auf den Regio-Stationen im Klinikum Bremen-Ost als nicht sinnvoll erwiesen. Daher werden aktuell in der Therapiestation des KBO zehn zusätzliche stationäre Behandlungsplätze für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit auf dann 30 Plätze aufgebaut. Denn es müssen ausreichend stationäre Entzugsplätze in ansprechender und zeitgemäßer Umgebung mit über die

suchtmedizinischen Maßnahmen hinausgehenden psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen vorgehalten werden, um die Voraussetzungen für Menschen mit Abstinenzabsicht für die Weitervermittlung in eine Entwöhnungsbehandlung zu schaffen. Die Wahlmöglichkeit des Behandlungssettings (Tagesklinik, Suchtstation, Regio-Station) in Absprache mit den Patient:innen ist dabei essenziell. Für manche Betroffene ist es bedeutsam, die komplette Entgiftungsbehandlung von 21 bis 28 Tagen im stationären (Schutz-)Bereich durchführen zu können.

Das **Rehacentrum Alt-Osterholz und Tagesklinik CHANGE! Bremen** befinden sich im Bremer Stadtteil Osterholz in unmittelbarer Nähe zum Klinikum Bremen-Ost und bieten 80 stationäre und 20 ganztägig-ambulante Behandlungsplätze für drogen-, alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr. Die Entwöhnungs-Behandlung erfolgt suchtmittelübergreifend durch Einteilung in sogenannte Bedarfsgruppen auf Basis eines neuropsychotherapeutischen Konzeptes. In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der abgeschlossenen Abstinenz-Behandlungen für Menschen mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit im RehaCentrum in den letzten fünf Jahren aufgeführt:

	RehaCentrum Alt-Osterholz	CHANGE! Bremen
2019	54	44
2020	45	40
2021	44	38
2022	46	35
2023	40	41

Tab. 6: Anzahl der abgeschlossenen stationären und ganztägig-ambulanten Suchtrehabilitationen bei einer Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit im Rehacentrum Alt-Osterholz und in der Tagesklinik CHANGE! Bremen

Der Anteil dieser Patient:innen-Gruppe innerhalb des RehaCentrums erscheint angesichts der durchschnittlichen Gesamtzahl von ca. 350 abgeschlossenen stationären Behandlungen und ca. 90 abgeschlossenen ganztägig-ambulanten Behandlungen pro Jahr gering. Im Verhältnis zu der hohen Betroffenheit Bremens und den klinischen Behandlungszahlen wirken die oben aufgeführten Rehabilitationen als nicht ausreichend. Offensichtlich kommt in Bremen nur eine kleine Anzahl von betroffenen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit in der Suchtrehabilitation an.

Die Inanspruchnahme des RehaCentrums kann nur durch vorherige Beratung und qualifizierte Entgiftung stattfinden. Ein guter Erreichungsgrad von Menschen in der Qualifizierten Entgiftungsbehandlung ist ausschlaggebend für die spätere Entwöhnungstherapie, die idealerweise wortortnah mit Sozialraumbezug stattfindet. Die Erhöhung der Inanspruchnahme der stationären und ganztägig ambulanten Suchtrehabilitation durch Bremer Bürger:innen bleibt daher ein fortwährendes Ziel.

Die **Fachambulanz Suchtprävention und Rehabilitation der Caritas** hat im Jahr 2024 526 Klient:innen betreut. Es fanden insgesamt 753 Beratungskontakte in der Fachambulanz statt, sowie 330 Telefonberatungen im Rahmen der Sprechstunde. Zusätzlich zu den Face-to-Face Betreuungen gab es 47 Fälle, die ausschließlich digital über DigiSucht oder die Caritas-Plattform beraten wurden. Weitere Fälle haben den Erstkontakt über DigiSucht aufgebaut und sind dann selbst in die Beratungsstelle gekommen. Zudem fanden im Jahr 2024 3454 therapeutische Sitzungen im Rahmen der ambulanten Rehabilitation statt. 70 Prozent der Klient:innen hatten als Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit.

Betreuungen	2019	2020	2021	2022	2023	2024
-------------	------	------	------	------	------	------

Gesamt	505	522	499	474	459	526
Davon männlich	343	332	342	334	312	393
Davon weiblich	162	189	157	139	145	132
Davon divers		1		1	2	1
Davon selbstbetroffen	426	460	476	449	424	484

Tab. 7: Anzahl alkoholbezogener Beratungen durch die Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation der Caritas

In den aufgeführten Berichtsjahren ergaben sich aus Kapazitätsgründen immer wieder längere Wartezeiten für Klient:innen, die leider auch dazu führten, dass Klient:innen nicht im Hilfesystem angekommen sind.

In Bremerhaven hat eine **Einrichtung der besonderen Wohnform** mit einem niedrigschwelligen und akzeptierenden Ansatz mit 24 Plätzen an zwei Standorten den Betrieb zum 31.03.2025 beendet. Die Leistungsberechtigten zogen in andere Einrichtungen um, zum Teil auch außerhalb Bremerhavens. Für Bremerhaven ergibt sich somit aktuell ein Versorgungsdefizit hinsichtlich einer Einrichtung mit niedrigschwelligem Ansatz. Eine weitere Einrichtung mit einem sozialrehabilitativen Ansatz verfügt über 26 Plätze sowie Angebote der beschäftigungsorientierten Teilhabe.

5. Welche spezifischen Präventionsmaßnahmen werden im Land Bremen zum Schutz Minderjähriger, insbesondere der Altersgruppe der 16 bis 18-Jährigen, umgesetzt und welche Rolle spielt in den Maßnahmen auch die Verbindung von Armut und Alkoholabhängigkeit? Gibt es Unterschiede zwischen Bremen und Bremerhaven?

Bei den **Präventionsangeboten** werden vor allem gesundheitliche Fragestellungen aufgegriffen. Es werden zudem Möglichkeiten, gesundheitlich adäquat zu handeln, auch in Hinblick auf die sozio-ökonomische Situation, besprochen. Themen wie Sicherheit, Hilfsangebote, Freundschaft und Arbeit ergeben sich fast automatisch in den Workshops. Sie werden dann im Bereich „Psychische Gesundheit“ diskutiert. Die Stärkung des Themas „Psychische Gesundheit“ gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Suchtprävention und wird durch die regionalen Fachkräfte für Psychische Gesundheit sowohl an Schüler:innen adressiert als auch per Fortbildungen an das Personal im LIS.

Grundsätzlich gilt an Schulen ein **Alkoholverbot**. Die „Richtlinien zur Suchtprävention und zum Umgang mit Suchtmittelkonsum, Sucht und Suchtgefährdung in den Schulen im Land Bremen“ verpflichten alle Schulen, ein Konzept zur Suchtprävention zu erstellen. Zudem bearbeiten die Schulen das Thema in eigener Verantwortung individuell.

Für Bremerhaven beispielhaft sind hier die Veranstaltungen „Alkohol? Kenn dein Limit“ an der Johann-Gutenberg-Schule im Rahmen der Suchtpräventionstage „Alkohol“ im Jahr 2023 sowie der Besuch von Mitgliedern der Anonyme Alkoholiker (AA) an den Kaufmännischen Lehranstalten (KLA) im Jahr 2022 zu nennen.

Darüber hinaus arbeiten die Schulen eng mit den ReBUZ zusammen.

Ein wichtiger Baustein zum Schutz vor den Gefahren des Alkoholkonsums ist die **Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes**. Diese Aufgabe übernimmt in der Stadtgemeinde Bremen der beim Senator für Inneres und Sport angesiedelte Ordnungsdienst.

SGFV, SASJI und SKB beteiligen sich an der Finanzierung der sogenannten **SCHULBUS-Studie**, die im Auftrag von SGFV in Bremen und Bremerhaven durchgeführt wird. Im Rahmen dieser Untersuchung werden in Bremen und Bremerhaven alle drei Jahre Schüler:innen im Alter von 14 bis 17 Jahren befragt. Im Fokus steht unter anderem der Konsum von Suchtmitteln, der Umgang mit Glücksspiel- und Internetangeboten und die selbstkritische Körperwahrnehmung. Die Ergebnisse bieten einen umfassenden Überblick über die Situation von Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven. Im 3. Quartal 2025 werden die Resultate der aktuellen SCHULBUS-Studie veröffentlicht.

Die des Amtes für Jugend, Familie und Frauen in Bremerhaven verfolgt einen durchgehend pädagogisch-präventiven Ansatz zur Alkoholbekämpfung, besonders bei Jugendlichen und jungen Heranwachsenden. So werden Beratungs- und Aufklärungsgespräche angeboten; in Form von Workshops oder Themenwochen wird auf die Risiken des (übersteigerten) Alkoholkonsums hingewiesen. Eine Vermittlung zu betreffenden Fachdiensten erfolgt auf Wunsch sowie anlassbezogen; gelegentlich ist hierbei eine physische Begleitung durch die jeweiligen Fachkräfte gewünscht.

6. Wie bewertet der Senat die derzeit im Land Bremen angewendeten Maßnahmen, die auf Kinder und Jugendliche abzielen und sieht der Senat hinsichtlich der Präventionsarbeit bei Jugendlichen darüber hinaus Handlungsbedarf?

Die vom Landesinstitut für Schule (LIS) konzipierten und umgesetzten Präventions- und Unterstützungsmaßnahmen stellen einen zentralen Bestandteil des Jugendschutzes dar. Diese verfolgen das Ziel, die gesundheitlichen und sozialen Folgen von Alkoholkonsum langfristig zu verringern.

Die Maßnahmen der Suchtprävention und des Gesundheitsamtes Bremen ([Esc]ape) sowie aller anderen Akteur:innen werden regelmäßig in ihrer Wirkung besprochen und den Bedarfen der Zielgruppe angepasst. Die entwickelten Maßnahmen Bremens sind insofern von ihrer Qualität überzeugend und haben 2016 den zweiten Platz sowie 2020 den ersten Platz im Bundeswettbewerb der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, jetzt BIÖG) zur innovativen Suchtprävention belegt (2016 Ausweggesucht, 2020 Wilde Bühne e.V.).

Die Stärkung der Suchtprävention durch die Integrative Drogenhilfestrategie hat gezeigt, wie wichtig ein solcher Schritt zur Ausweitung der Programme ist. Dies insbesondere auch dadurch, dass neben den Basisbotschaften zum Thema Rauchen (bzw. aktuell Vapen und NPS) und Alkohol spezifische Themen wie Pornographiesucht und Stressbewältigung besser aufgegriffen werden können. Das Thema Psychische Gesundheit wird immer stärker ein Basisthema der Suchtprävention, weswegen der Bereich nicht nur die damit typischen Symptommerscheinungen wie Selbstmedikation durch Rauchmittel umfasst, sondern letztlich typische Krankheitsbilder Jugendlicher wie Angststörungen und Depression mit abdecken müsste. Dies bedeutet noch spezifischere Schüler:innen-Maßnahmen und vor allem im Bereich der Fortbildung von Schulpersonal und Beratung von Schulen weitere Anstrengungen.

7. Inwiefern werden dabei Konzepte aus anderen Bundesländern, die sich speziell an Kinder und Jugendliche richten, in Betracht gezogen, wie etwa das bayerische Projekt „Spaß ohne Punkt und Koma“?

Das Referat 14 (Gesundheit und Suchtprävention) des LIS repräsentiert die Landesstelle für Suchtprävention Bremens und ist damit in regelmäßigem Austausch mit dem BIÖG, dem BMG und den Vertreter:innen der Landesstellen für Suchtprävention aus den Bundesländern. Des Weiteren ist das Referat 14 Gründungsmitglied des Deutschen Netzwerks für Suchtprävention, in dem alle in den Bundesländern aktiven Protagonist:innen der Suchtprävention einen zusätzlichen, besonders fachlichen Diskurs unterhalten. Innerhalb zweier Begegnungen jährlich werden Projekte vorgestellt und Erfahrungen aus den Bundesländern ausgetauscht. Indes ist es eine fachliche Erkenntnis der zurückliegenden Jahre, dass suchtpreventive Konzepte stark abhängig von den kommunalen Voraussetzungen ihrer Umsetzung sind.

Der reine „Import“ von erfolgreichen Konzepten von einer Region in eine andere ist oft damit belastet, dass die Voraussetzungen für Suchtprävention von vielen kommunalen Partnern abhängig und in jeder Region unterschiedlich sind. Als bekanntestes Beispiel gilt die Übertragung des in Schleswig-Holstein sehr erfolgreichen Projekts „JiMs Bar“ (JiM = Jugendschutz im Mittelpunkt), einer alkoholfreien Cocktailbar, die in Schleswig-Holstein integrativer Bestandteil der Präventionsmaßnahmen von Betrieben geworden ist und dort mit Auszubildenden und Interessierten der Betriebe umgesetzt wurde. Das Angebot war in dieser Form in Bremen kaum umsetzbar, trotz weitreichender Unterstützung unterschiedlicher Partner:innen. Daher ist es notwendig, dass die Umsetzung von Projekten hinsichtlich ihrer Voraussetzungen geprüft werden. „Spaß ohne Punkt und Komma“ spielt für Bremen momentan keine Rolle.

8. Wie viele Fälle von „Rauschtrinken“ (Trinken bis zum Vollrausch) sind den Kliniken und Rettungsdiensten im Land Bremen bekannt und wie verteilen sich diese Fälle auf Altersgruppen und Geschlechter? Welche statistischen Auffälligkeiten zeigen sich? (bitte für die letzten 5 Jahre aufführen und für Bremerhaven und Bremen differenzieren)

In der Stadtgemeinde Bremen besteht erst seit Mitte 2023 eine digitale Einsatzdokumentation für den **Rettungsdienst**. Vorher wurden Einsatzprotokolle händisch erfasst. Angesichts der hohen Anzahl von etwa 90.000 Einsätzen pro Jahr, ist eine manuelle Auswertung nicht ohne erheblichen Aufwand zu möglich. In den digitalen Protokollen wird in solchen Zusammenhängen die Erstdiagnose „Alkoholintoxikation“ erfasst, da der Begriff „Rauschtrinken“ keine medizinische Relevanz hat. Die Erstdiagnose stellt eine schnelle erste fachliche Beurteilung dar. Für 2024 wurden 2.859 erfasste Einsätze erkannt, welche eine Alkoholintoxikation als Haupt- oder Co-Diagnose hatten. Die nachstehende Tabelle für 2024 unterscheidet nach Alter und Geschlecht. Das Alter unbekannt wird erfasst, wenn der Betroffene bei der Behandlung entweder keinen Ausweis vorlegen konnte oder der Deutschen Sprache nicht mächtig war. Die Auflistung lässt keinen Rückschluss auf eine ggfs. stattgefundene stationäre Aufnahme zu.

Alter	Anzahl gesamt	männlich	Weiblich	Keine Angaben
unter 20	208	93	111	4
20 bis 39	833	588	234	11
40 bis 59	1040	790	242	8
60 bis 80	510	354	153	3
über 80	12	9	3	0
unbekannt	256	192	44	20
	2.859	2026	787	46

Tab. 8: Anzahl der Rettungsdiensteinsätze mit Haupt- und Co-Diagnose Alkoholintoxikation im Jahr 2024 in Bremen

Der Rettungsdienst Bremerhaven dokumentiert auswertbar nur die sog. führende Diagnose, die die Grundlage der Zuweisung in eine Behandlungseinrichtung ist. Die Ursache, die zur dokumentierten Diagnose führt, ist nicht statistisch auswertbar. Der Alkoholkonsum assoziierte Einsatz kann Teil unterschiedlicher Diagnosen sein, z. B. Bewusstlosigkeit, verschiedene Verletzungen, aber auch Intoxikationen. Eine Beantwortung der Frage ist daher mit dem vorhandenen Zahlenmaterial des Rettungsdienstes für Bremerhaven nicht möglich.

Die folgenden Zahlen geben die **vollstationären Aufnahmen** aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen durch akute Alkohol-Intoxikation wieder. Ambulante Behandlungen in der Zentralen Notaufnahmen (NA) sind folglich nicht enthalten. Es zeigt sich seit 2020 eine deutliche Abnahme der Zahlen:

Altersgruppe		2020	2021	2022	2023	2024	Gesamt
	12-18	53	55	40	25	20	193
		♀: 26 ♂: 27	♀: 30 ♂: 25	♀: 18 ♂: 22	♀: 13 ♂: 12	♀: 12 ♂: 8	
	19-40	22	16	8	10	5	61
		♀: 6 ♂: 16	♀: 6 ♂: 10	♀: 7 ♂: 1	♀: 2 ♂: 8	♀: 1 ♂: 4	
	41-60	46	27	16	21	14	124
		♀: 14 ♂: 32	♀: 8 ♂: 19	♀: 4 ♂: 12	♀: 5 ♂: 16	♀: 1 ♂: 13	
	61-80	8	9	7	15	8	47
		♀: 3 ♂: 5	♀: 2 ♂: 7	♀: 1 ♂: 6	♀: 1 ♂: 14	♀: 2 ♂: 6	
	Gesamt	129	107	71	71	47	425

Tab. 9: Anzahl der vollstationären Aufnahmen aufgrund von Alkoholintoxikation in den Kliniken der Gesundheit Nord in den letzten fünf Jahren

Die Anzahl der aufgrund von Intoxikationen aufgenommen Patient:innen ist jedoch auch aufgrund von Krankenhaus-organisatorischen Gegebenheiten zurückgegangen. Aufgrund des allgemeinen Rückgangs von Krankenhausbetten werden in früheren Zeiten stationär aufgenommene intoxikierte Patient:innen, wenn es der gesundheitliche Zustand erlaubt, mit Medikamenten versorgt und in Begleitung nach Hause entlassen. Insofern kann von einem Rückgang der stationären Aufnahmen bei Intoxikation nicht linear auf einen Rückgang von gesundheitlich riskanten Intoxikationen geschlossen werden.

9. Bei wie vielen Verkehrsunfällen im Land Bremen in den vergangenen 5 Jahren war der/die Unfallverursacher:in unter Alkoholeinfluss? (Bitte für Bremen und Bremerhaven aufführen und nach Geschlecht differenzieren)

Im Zeitraum von 2020 bis einschließlich 2024 wurden im Land Bremen insgesamt 103.585 Verkehrsunfälle polizeilich registriert. Davon wurden 1.367 oder 1,3 % unter Alkoholeinfluss verursacht. In der nachfolgenden Tabelle werden die Verkehrsunfälle mit Alkoholeinfluss bei den Verursachenden detailliert für Bremen und Bremerhaven, männlich, weiblich und ohne Angabe des Geschlechts dargestellt.

	VU gesamt	Ursache Alkohol	davon männlich	davon weiblich	davon ohne Angaben
Bremen	83.201	1.026	862	145	19
Bremerhaven	20.384	341	292	48	1
Land Bremen	103.585	1.367	1.154	193	20

Tab. 10: Gesamtzahl der Verkehrsunfälle in Bremen und Bremerhaven in den Jahren 2020 bis 2024

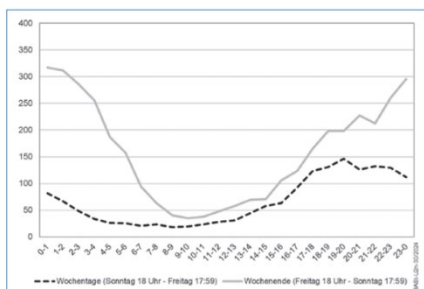
Betrachtet man den bundesweiten Trend von Suchtmitteln im Straßenverkehr, so wird deutlich, dass sich sowohl die Zahl von Alkoholunfällen mit Personenschaden (15.652 Personen) als auch die Zahl der alkoholisiert Beteiligten Unfälle mit Personenschaden (15.806 Personen) zwischen 2014 und 2023 um je 15% erhöht hat. Besonders beteiligt sind dabei 35- bis 44-jährige Männer [Färber, N.; Klipp, S. (2025). Suchtmittel im Straßenverkehr 2023 – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2025 (S. 179–189). Lengerich: Pabst Science Publishers.].

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
U(P) alkoholisiert	13.612	13.239	13.403	13.343	13.934	13.949	13.003	13.628	16.807	15.652
dabei Getötete	260	256	225	231	244	228	156	165	242	198
dabei Schwerverl.	4.688	4.590	4.506	4.531	4.634	4.592	4.106	4.272	5.016	4.262
dabei Leichtverl.	12.168	11.836	12.264	12.040	12.595	12.591	11.385	11.889	15.102	14.424
alkohol. Beteiligte	13.742	13.361	13.532	13.463	14.056	14.070	13.098	13.745	16.947	15.806

BAST-U2n-30/2024

Tab. 11: Alkoholunfälle mit Personenschaden und alkoholisierte Beteiligte in Deutschland 2014-2023

Das Unfallgeschehen ist im Sommer allgemein höher und ereignet sich insbesondere am Wochenende. Es wird deutlich, dass ein Schwerpunkt der Unfälle in Nächten und am Wochenende auszumachen ist.



Tab. 12: Alkoholunfälle mit Personenschaden in Deutschland nach Wochentagen und Uhrzeit 2023

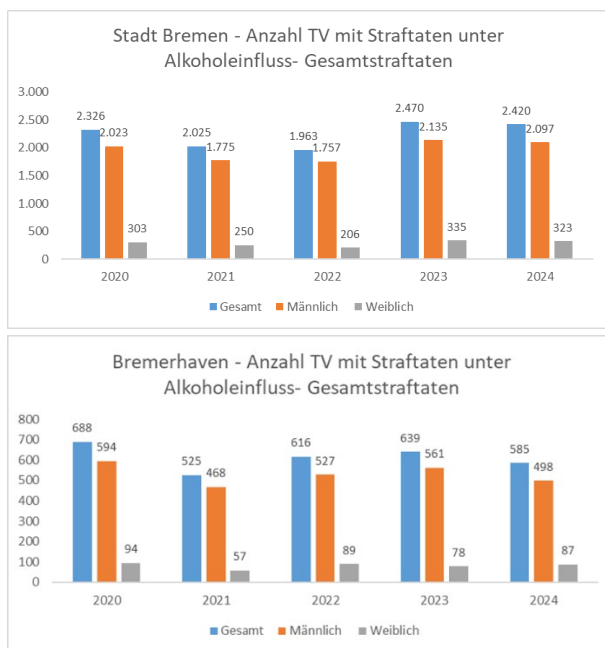
10. Wie viele Tatverdächtige haben im Land Bremen in den letzten 5 Jahren ihre Tat unter Alkoholeinfluss begangen? (Bitte für Bremen und Bremerhaven aufführen und nach Straftatbeständen und Geschlecht differenzieren)

Bei der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) handelt es sich um eine Ausgangsstatistik, d.h. eine Fallzählung erfolgt erst nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungen. Bei der Interpretation ist daher zu berücksichtigen, dass Tatzeit und Zählung des Falls in der PKS in unterschiedlichen Jahren liegen können, da Fälle nicht immer in dem Jahr angezeigt werden, in dem sie sich ereignet haben und mitunter auch nicht immer im selben Jahr polizeilich abschließend bearbeitet werden.

Verkehrsdelikte werden in der Polizeilichen Kriminalstatistik nicht abgebildet. Auch eine separate, vergleichbare Ausgangsstatistik wird für Verkehrsdelikte nicht geführt. Aus diesem Grund sind diese Delikte in der nachfolgenden Auswertung nicht inkludiert.

Die Zahl der Tatverdächtigen im PKS Berichtsjahr 2024 in der Stadt Bremen, die Straftaten unter dem Einfluss von Alkohol begangen haben, liegt bei 2.420 Personen. Damit hat sich die

Zahl der Tatverdächtigen im Vergleich vom Vorjahr um 50 Personen bzw. 2 Prozent reduziert. Im Fünfjahresvergleich liegt der Wert auf einem überdurchschnittlichen Niveau (Durchschnitt 2020-2024: 2.241 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt deutlich über der Zahl der weiblichen Tatverdächtigen. Im Berichtsjahr 2024 wurden 2.097 männliche Tatverdächtige registriert. Die Zahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 323 Personen. Beide Werte liegen im Fünfjahresvergleich auf einem überdurchschnittlichen Niveau.



▪ **Abb. 13 und 14: Anzahl Tatverdächtige mit Straftaten unter Alkoholeinfluss (Gesamtstraftaten) – Stadt Bremen und Bremerhaven**

In Bremerhaven liegt die Zahl der Tatverdächtigen im PKS Berichtsjahr 2024, die Straftaten unter dem Einfluss von Alkohol begangen haben, bei 585 Personen. Damit hat sich die Zahl der Tatverdächtigen im Vergleich vom Vorjahr um 54 Personen bzw. 8,5 Prozent reduziert. Im Fünfjahresvergleich liegt der Wert auf einem unterdurchschnittlichen Niveau (Durchschnitt 2020-2024: 611 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt auch in Bremerhaven deutlich über der Zahl der weiblichen Tatverdächtigen: Im Berichtsjahr 2024 wurden 498 männliche Tatverdächtige registriert. Die Zahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 87 Personen. Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt auf einem unterdurchschnittlichen Niveau; die Zahl der weiblichen Tatverdächtigen hingegen auf einem überdurchschnittlichen Niveau.

Bei **Straftaten gegen das Leben** wurden im PKS Berichtsjahr 2024 in der Stadt Bremen 8 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Der Wert ist im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gleichbleibend und im Fünfjahresvergleich auf einem unterdurchschnittlichen Niveau. Alle Tatverdächtigen in den Jahren 2023 und 2024 waren männlich.

In Bremerhaven wurden im PKS Berichtsjahr 2024 4 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Der Wert ist im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gestiegen. Alle Tatverdächtigen im Jahr 2024 waren männlich. Die Fallzahlen liegen insgesamt auf einem sehr geringen Niveau.

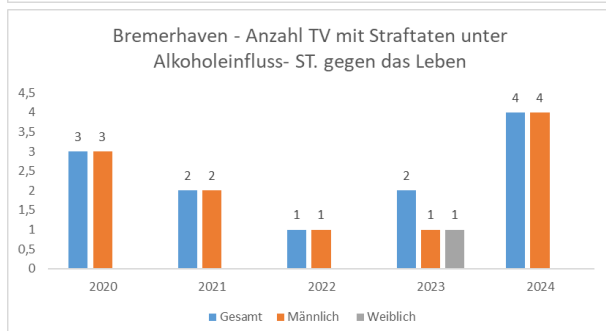
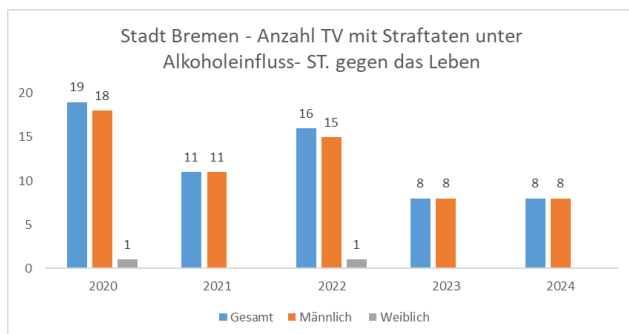


Abb. 15 und 16: Anzahl Tatverdächtige mit Straftaten unter Alkoholeinfluss (Straftaten gegen das Leben) – Stadt Bremen und Bremerhaven

Bei **Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung** wurden im PKS Berichtsjahr 2024 in der Stadt Bremen 114 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 13 Personen bzw. 13 Prozent gestiegen und liegt damit auf einem überdurchschnittlichen Niveau im Fünffjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 104 Tatverdächtige). In diesem Deliktsbereich wurden fast ausschließlich männliche Tatverdächtige registriert; der Anteil der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 97 Prozent. Die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 3 Personen (3 Prozent).

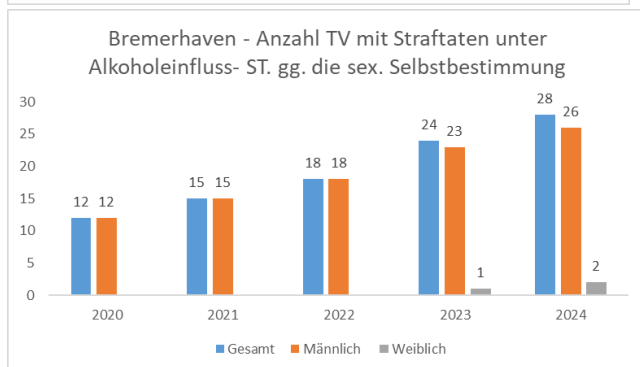
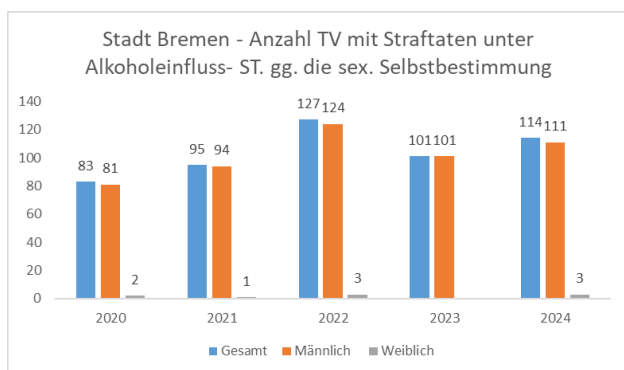


Abb. 17 und 18: Anzahl Tatverdächtige mit Straftaten unter Alkoholeinfluss (Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung) – Stadt Bremen und Bremerhaven

In Bremerhaven wurden im PKS Berichtsjahr 2024 28 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 4 Personen gestiegen und liegt auf einem Höchststand (Durchschnitt 2020-2024: 19 Tatverdächtige). Auch in Bremerhaven liegen fast ausschließlich männliche Tatverdächtige in diesem Deliktsbereich vor.

Bei den **Raubdelikten** wurden im PKS Berichtsjahr 2024 in der Stadt Bremen 68 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 16 Personen bzw. 31 Prozent gestiegen und liegt damit auf einem Höchststand im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 62 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 62 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 6 Personen.

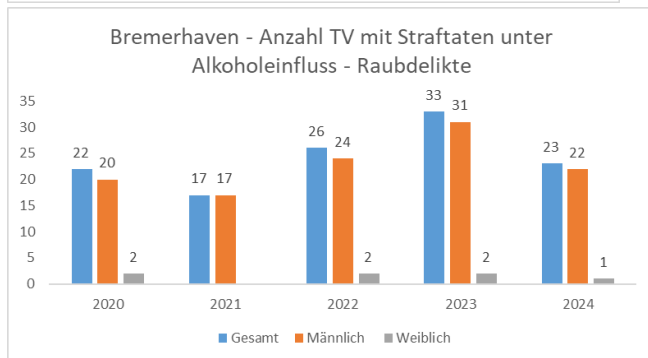
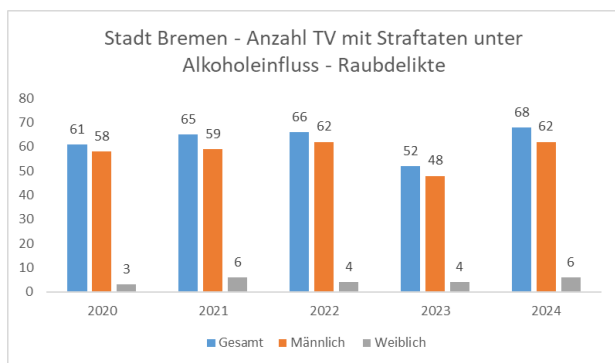


Abb. 19 und 20: Anzahl Tatverdächtige mit Straftaten unter Alkoholeinfluss (Raubdelikte) – Stadt Bremen und Bremerhaven

In Bremerhaven wurden im Bereich der Raubdelikte im PKS Berichtsjahr 2024 23 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 10 Personen bzw. 30 Prozent gesunken und liegt damit auf einem unterdurchschnittlichen Niveau im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 24 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 22 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei einer Person.

Bei den **leichten Körperverletzungen** wurden im PKS Berichtsjahr 2024 in der Stadt Bremen 836 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 58 Personen bzw. 7 Prozent gesunken, liegt damit trotzdem auf einem überdurchschnittlichen im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 719 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 714 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 122 Personen.

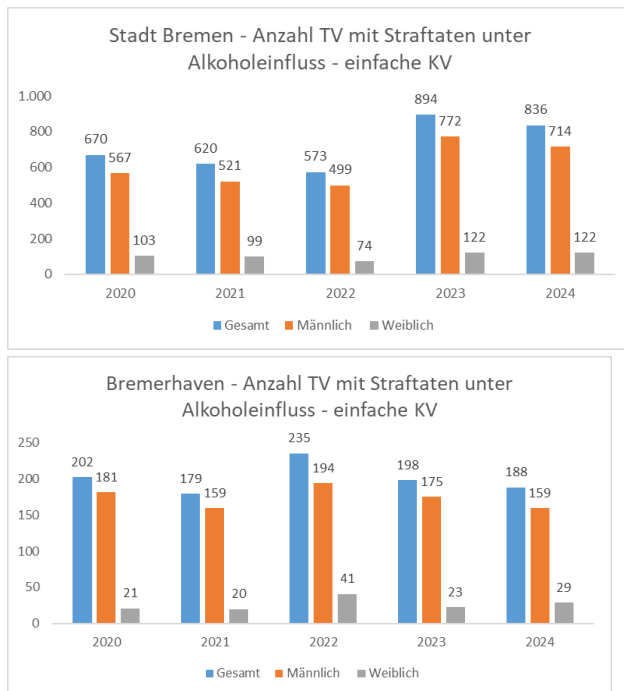


Abb. 21 und 22: Anzahl Tatverdächtige mit Straftaten unter Alkoholeinfluss (leichte Körperverletzung) – Stadt Bremen und Bremerhaven

In Bremerhaven wurden im Bereich der leichten Körperverletzung im PKS Berichtsjahr 2024 188 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 10 Personen bzw. 5 Prozent gesunken und liegt damit auf einem unterdurchschnittlichen im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 200 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 159 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 29 Personen.

Bei den **gefährlichen und schweren Körperverletzungen** wurden im PKS Berichtsjahr 2024 in der Stadt Bremen 279 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 186 Personen bzw. 40 Prozent gesunken und liegt damit auf einem Tiefstwert im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 360 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 237 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 42 Personen.

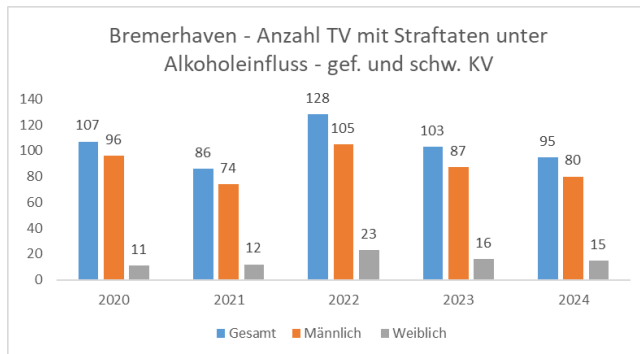
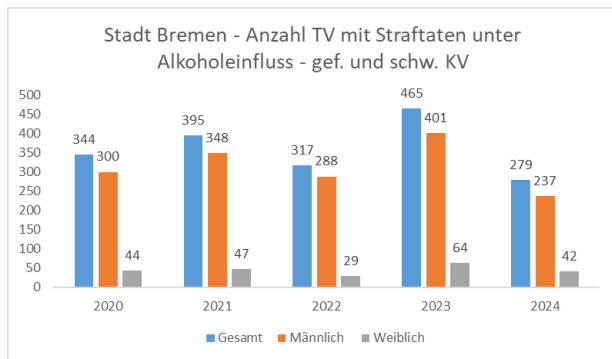


Abb. 23 und 24: Tatverdächtige mit Straftaten unter Alkoholeinfluss (gefährliche und schwere Körperverletzung) – Stadt Bremen und Bremerhaven

In Bremerhaven wurden im Bereich der gefährlichen und schweren Körperverletzung im PKS Berichtsjahr 2024 95 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 8 Personen bzw. 8 Prozent gesunken und liegt damit auf einem unterdurchschnittlichen im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 104 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 80 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 15 Personen.

Im Bereich der **Diebstahldelikte** wurden im PKS Berichtsjahr 2024 in der Stadt Bremen 405 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 45 Personen bzw. 13 Prozent gestiegen und liegt damit auf einem Höchstwert im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 313 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 366 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 39 Personen.

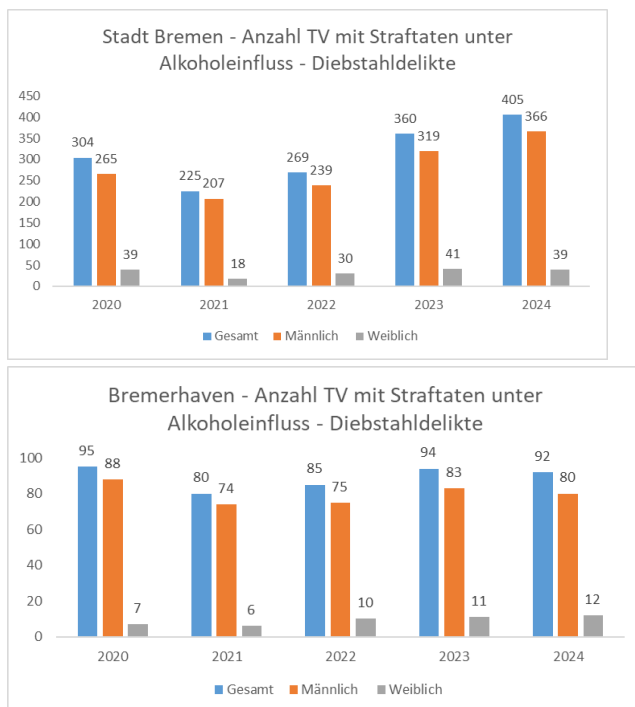


Abb. 25 und 26: Anzahl Tatverdächtige mit Straftaten unter Alkoholeinfluss (Diebstahldelikte) – Stadt Bremen und Bremerhaven

In Bremerhaven wurden im Bereich der Diebstahldelikte im PKS Berichtsjahr 2024 92 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl in etwa konstant geblieben und hat sich lediglich um 2 Personen bzw. 2 Prozent verringert. Trotzdem liegt der Wert auf einem überdurchschnittlichen im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 89 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 80 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 12 Personen.

Im Bereich der **Vermögens- und Fälschungsdelikte** wurden im PKS Berichtsjahr 2024 in der Stadt Bremen 108 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 28 Personen, bzw. 35 Prozent, gestiegen und liegt damit auf einem überdurchschnittlichen Niveau im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 94 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 92 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 16 Personen.

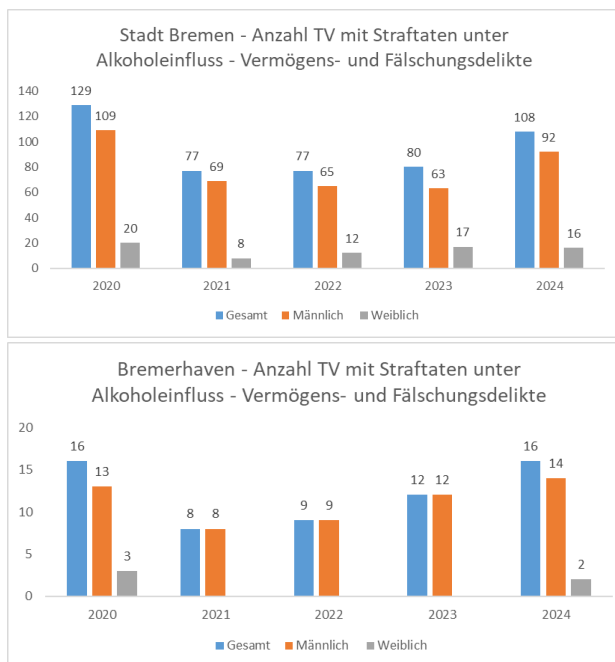


Abb. 27 und 28: Anzahl Tatverdächtige mit Straftaten unter Alkoholeinfluss (Vermögens- und Fälschungsdelikte) – Stadt Bremen und Bremerhaven

In Bremerhaven wurden im Bereich der Diebstahldelikte im PKS Berichtsjahr 2024 16 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum hat sich die Anzahl um 4 Personen bzw. 33 Prozent erhöht und liegt auf einem überdurchschnittlichen im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 12 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 14 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 2 Personen

Bei den **Betäubungsmitteldelikten** wurden im PKS Berichtsjahr 2024 in der Stadt Bremen 69 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist die Anzahl um 43 Personen bzw. 38 Prozent gesunken und liegt damit auf einem Tiefstwert im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 146 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen Tatverdächtigen liegt bei 64 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 5 Personen.

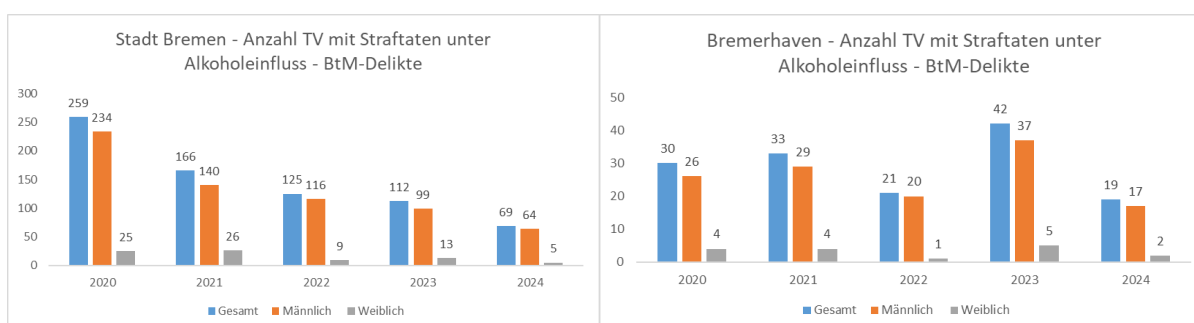


Abb. 29 und 30: Anzahl Tatverdächtige mit Straftaten unter Alkoholeinfluss (BtM-Delikte) – Stadt Bremen und Bremerhaven

In Bremerhaven wurden im Bereich der Betäubungsmitteldelikte im PKS Berichtsjahr 2024 19 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss registriert. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum hat sich die Anzahl um 23 Personen bzw. 55 Prozent verringert und liegt ebenfalls auf einem Tiefstwert im Fünfjahresvergleich (Durchschnitt 2020-2024: 29 Tatverdächtige). Die Zahl der männlichen

Tatverdächtigen liegt bei 17 Personen; die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen liegt bei 2 Personen.

11. Wie bewertet der Senat den Vorschlag die Promillegrenze für das Führen von Kraftfahrzeugen von 0,5 auf 0,0 Promille abzusenken?

Eine Herabsenkung auf 0,0 Promille kann aus verkehrspolizeilicher Sicht befürwortet werden, wenn mit einer Formulierung „unter der Wirkung alkoholischer Getränke“ eine Blutalkoholkonzentration von mehr als 0,19 Promille gemeint ist, da es medizinisch möglich ist, eine Blutalkoholkonzentration nachzuweisen, ohne Alkohol getrunken zu haben.

Insgesamt hat das eingeführte Alkoholverbot für Fahranfänger in der zweijährigen Probezeit und für Personen vor Vollendung des 21. Lebensjahres, welches in § 24 c Straßenverkehrsgesetz (StVG) als „Handlungsverbot“ ausgestaltet ist, Wirkung gezeigt. Dies hat eine Untersuchung der Bundesanstalt für Straßenwesen nachgewiesen (BAST - Forschung kompakt - Langfristige Wirksamkeit des Alkoholverbots für Fahranfänger). Trunkenheitsfahrten gingen in diesem Segment zurück und somit auch die Zahl der Getöteten und Schwerverletzten.

Vor dem Hintergrund unterschiedlichster Promille-Grenzen, die in Deutschland gelten, bis zur Beweisführung einer relativen oder absoluten Fahruntüchtigkeit, wäre aus verkehrspolizeilicher Sicht ein klares Verbot „Kein Alkohol am Steuer“ die richtige Botschaft, um Unklarheiten beim Kraftfahrzeugführenden zu beseitigen und damit die Verkehrssicherheit für alle Verkehrsteilnehmenden zu erhöhen. Ob eine gesellschaftliche Akzeptanz dafür vorliegt, kann nicht bewertet werden.

Auch aus suchtp Präventiver Sicht sind Maßnahmen zu begrüßen, die Punktabstinenz im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz voraussetzen. Das stärkt nicht nur die Gefährdungseinschätzung von Rauschmitteln im Straßenverkehr und anderenorts. Die Erfahrung, ohne Alkohol auskommen zu müssen, wenn eine Autofahrt ansteht, erhöht die Netto-Abstinentenzeiten von Menschen und damit die Erkenntnis, dass Aktivitäten ohne Alkohol möglich sind. Allgemein gilt dies als wichtiger Erfahrungswert, kritisches Konsumverhalten gegenüber Drogen abzubauen.

12. Wie bewertet der Senat die Auswirkungen des Mischkonsums von Cannabis und Alkohol auf die Verkehrssicherheit?

Die Polizeien der Länder und des Bundes haben sich ausgiebig mit den Konsequenzen einer Legalisierung von Cannabis im Kontext der Verkehrssicherheitsarbeit befasst und sind zu der Einschätzung gekommen, dass mit einer zunehmenden Liberalisierung der Cannabispolitik die Wahrscheinlichkeit steige, dass die Verkehrssicherheit negativ beeinträchtigt wird. Das Ziel ist die „Vision Zero“ – keine getöteten und schwerverletzten Menschen im Straßenverkehr. Es gibt jedoch Hinweise, dass die Unfallwahrscheinlichkeit und damit auch die Wahrscheinlichkeit von getöteten und schwerverletzten Menschen im Straßenverkehr, durch eine Legalisierung steigt. Die Legalisierung kann zur Folge haben, dass mehr Menschen Cannabis konsumieren. Sollte dies eintreten, gäbe es voraussichtlich es mehr Verkehrsunfälle mit leichten, aber auch mit schweren Folgen, die auf Cannabis-Einfluss zurückzuführen sind.

Es gibt jedoch bisher keine Hinweise, dass es seit der Teil-Legalisierung von Cannabis zu einer signifikanten Zunahme von Fahrten unter dem Einfluss von Cannabis gab. Weitere Studien sind jedoch abzuwarten.

Im Unterschied zum körpereigenen Abbau von Alkohol, unterliegt der Abbau von THC keiner Regelmäßigkeit. Der Zeitpunkt der Fahrtüchtigkeit nach erfolgtem Cannabiskonsum ist für Konsumentinnen und Konsumenten daher nur schwer abschätzbar, ein Mischkonsum mit Alkohol macht dies noch unberechenbarer.

Der Mischkonsum von Cannabis und Alkohol im Straßenverkehr stellt ein erhebliches Risiko dar, da beide Substanzen die kognitiven und motorischen Fähigkeiten wie die Aufmerksamkeit, die Reaktionszeit oder die Koordination der konsumierenden Person beeinträchtigen. Dieser Effekt potenziert sich, werden Substanzen gemeinsam oder nacheinander konsumiert. Während Alkohol im Straßenverkehr meist zu riskantem Verhalten wie überhöhte Geschwindigkeit und einem geringeren Sicherheitsabstand und damit eher zu einem Überschätzen der eigenen Fähigkeiten führt, zeigen Konsumierende von Cannabis ein eher vorsichtiges Fahrverhalten. Personen fahren langsam und halten größeren Abstand, zeigen aber schon bei geringer THC-Konzentration (etwa 8ng/ml) Probleme dabei, die Spur zu halten. Besonders problematisch ist hierbei, dass es beim Konsum von THC-haltigen Produkten keine verlässliche Dosis-Wirkungs-Beziehung gibt. Faktoren wie Inhalationstiefe, Temperatur oder Packdichte beeinflussen die Wirkstoffaufnahme stark [Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM) & Deutsche Gesellschaft für Verkehrspsychologie (DGVP). (2024). Positionspapier Nr. 12: Cannabismissbrauch – Eignungszweifel bei erstmaliger Verkehrsauffälligkeit. https://dgvm-verkehrsmedizin.de/wp-content/uploads/2024/09/Positionspapier-Nr.-12-Cannabissmissbrauch-Par-13-a-FeV_final-13.09.24-002.pdf.

Man kann davon ausgehen, dass gelegentlicher Konsum von Cannabis nicht zwangsläufig zu Fahruntüchtigkeit führt, sofern ausreichend Wartezeit eingehalten wird. Anders ist dies jedoch beim Mischkonsum. Hier besteht ein deutlich erhöhtes Risiko, welches auch rechtlich zunehmend Beachtung findet. Beim 63. Deutschen Verkehrsgerichtstag 2025 wurde daher vom zuständigen Arbeitskreis I explizit eine Nulltoleranzgrenze für Mischkonsum von Cannabis und Alkohol im Straßenverkehr gefordert [Deutscher Verkehrsgerichtstag. (2025). Empfehlungen des Arbeitskreises I: Cannabis-Missbrauch im Straßenverkehr. 63. Deutscher Verkehrsgerichtstag, 29.–31. Januar 2025, Goslar. Verfügbar unter: <https://deutscher-verkehrsgerichtstag.de/media/Editorien/63.%20VGT/AK%20I%20Cannabis-Missbrauch%20im%20Stra%C3%9Fenverkehr.pdf>.

Auch empirische Daten betonen das Risiko durch Mischkonsum. Studien zeigen, dass Cannabis beim Fahren sehr häufig in Kombination mit anderen Rauschmitteln gefunden wird [Schranz, A., Verthein, U., & Manthey, J. (2024). Road safety implications of the partial legalisation of cannabis in Germany: Protocol for a quasi-experimental study. *BMJ Open*, 14(6), e084611. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084611>], was Erkenntnisse aus Norwegen bestätigt, in denen deutlich wird, dass die Mehrheit der THC-positiven Fahrer auch positiv auf Alkohol und/oder andere Drogen getestet worden sind [Gjerde, H., Bogstrand, S. T., Jamt, R. E. G., & Vindenes, V. (2023). Crash-involved THC-positive drivers in Norway have a high frequency of polysubstance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 244, 109800. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109800>.

13. Was ist dem Senat über den Mischkonsum von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen, z. B. Kokain, bekannt?

Der Mischkonsum von Alkohol und Kokain ist sowohl in Freizeitkontexten als auch in offenen Drogenszenen ein relevantes Phänomen mit erheblichen gesundheitlichen Risiken. Die Kombination beider Substanzen wird oft gezielt zur Wirkungsverstärkung eingesetzt, birgt jedoch erhebliche Gefahren, einschließlich der Bildung von Cocaethylen und der damit erhöhten Gefahr eines plötzlichen Herztods. Die gegenseitige Verstärkung des Konsums kann zudem die Entwicklung von Abhängigkeiten fördern.

In einer Schweizer Erhebung zum Freizeitkonsum von Alkohol und Drogen [Maier, L. J. (2014). *Charakteristika und Konsummuster von Freizeitdrogenkonsumierenden in der Schweiz: Ergebnisse aus dem Projekt F+F Nightlife 2013*. Zürich: Infodrog] konnte herausgestellt werden, dass sich nur 34,8 Prozent der Party-Konsumierenden an den Leitsatz „kein Mischkonsum“ halte, während 33,2 Prozent der Befragten regelmäßig zwei und weitere 32 Prozent sogar drei oder mehr Substanzen konsumieren. Die häufigsten Kombinationen sind dabei:

- Alkohol mit Cannabis (33,8 %)
- Alkohol mit Ecstasy (24,1 %)
- Alkohol mit Amphetamin (18,0 %)
- Cannabis mit Ecstasy (16,2 %)
- Ecstasy mit Amphetamin (15,6 %)
- sowie Alkohol mit Kokain (14,4 %)

89,5 Prozent der Freizeitkonsumierenden haben bereits schlechte Erfahrung mit dem Mischkonsum gemacht. Darunter fallen depressive Verstimmungen, Probleme mit der Polizei oder das Fahren unter Einfluss von Drogen und/oder Alkohol. Langfristig berichten zwei Drittel der Befragten von Belastungen wie Antriebslosigkeit, Beziehungsprobleme oder Schlafstörungen. Alkohol bleibt weiterhin die dominierende Partydroge, der Mischkonsum hat im Freizeit- und Feierverhalten jedoch eine zentrale Rolle [Maier, L. J. (2014). *Charakteristika und Konsummuster von Freizeitdrogenkonsumierenden in der Schweiz: Ergebnisse aus dem Projekt F+F Nightlife 2013*. Zürich: Infodrog.]

Der Mischkonsum von Alkohol und Kokain ist häufig mit weiteren psychischen Störungen verbunden. In Bremen wurde festgestellt, dass viele Konsument:innen in offenen Drogenszenen unter chronischer Mehrfachabhängigkeit leiden, was die Behandlung erschwert. Die Kombination verschiedener Substanzen erhöht das Risiko für Organschäden und psychische Erkrankungen. Angesichts dieser Risiken ist es wichtig, über die Gefahren des Mischkonsums aufzuklären und präventive Maßnahmen zu fördern.

Etwa ein Drittel der Patient:innen, die aufgrund alkoholbedingter Störungen vollstationär bei der GENO suchtmedizinisch behandelt werden, konsumiert zusätzlich Cannabis. Rund 5 Prozent weisen einen multiplen Substanzgebrauch auf, bei dem neben Alkohol auch Kokain, Amphetamine sowie legale und/oder illegale Schmerzmittel (Opioide) verwendet werden.

In der **Suchtberatung der ASHB** ist Mischkonsum eher der Regelfall, aber leider nicht über das Dokumentationssystem auswertbar.

14. Wie bewertet der Senat verschiedene Möglichkeiten der stärkeren Einschränkung von Alkoholwerbung, insbesondere

a. die Einführung eines bundesweiten Alkoholwerbeverbots?

Ein bundesweites Verbot von Alkoholwerbung wird seit Jahren diskutiert. Die rechtliche Machbarkeit eines solchen Verbots wurde von den wissenschaftlichen Diensten des Bundestages geprüft. Demnach wäre ein umfassendes Werbeverbot für alkoholhaltige Getränke grundsätzlich verfassungsgemäß, sofern es verhältnismäßig ist und dem Schutz von Gesundheit und Jugend dient [Deutscher Bundestag – Wissenschaftlicher Dienst. (2021). *Werbeverbot für alkoholhaltige Getränke – Die Verfassungsmäßigkeit eines umfassenden Werbeverbots für alkoholhaltige Getränke* (WD 10 - 3000 - 002/21). <https://www.bundestag.de/resource/blob/840012/d518ec24e66f2ece527ff92fb10c85ff/WD-10-002-21-pdf-data.pdf?utmj>].

- Fachgesellschaften wie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und ihre Mitgliedsverbände sowie die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), DER PARITÄTISCHE, die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und fünf Sucht-Selbsthilfeverbände fordern größere Anstrengungen der Politik zur strukturellen Prävention der Folgen des Alkoholkonsums, u. a. die Regulierung von Werbung und Sponsoring in Form eines vollständigen Werbeverbots für Alkohol und Nikotin und der Kennzeichnung alkoholhaltiger Produkte mit gut sichtbaren gesundheitsbezogenen Warnhinweisen. Gerade in Bezug auf Alkohol sind viele Menschen ziemlich uninformiert über die gesundheitlichen Risiken außerhalb der Suchtgefährdung.

Studien zeigen, dass sich Alkoholwerbung auf den Konsum auswirkt. Sie dient einer Ausweitung der abgesetzten Menge alkoholischer Getränke und erhöht den gesamtgesellschaftlichen Konsum und damit die gesundheitlichen Folgen. Werbebotschaften für Erwachsene haben einen messbaren Einfluss auf Kinder und Jugendliche. Diverse Studien zeigen, dass Jugendliche früher und exzessiver Alkohol trinken, je mehr Alkoholwerbung sie sehen. Und diese sehen sie nicht nur auf Plakaten und im Fernsehen, sondern auch auf Social Media, vermittelt durch die Getränkehersteller, aber häufig auch durch „Influencer:innen“.

Für Jugendliche gilt darüber hinaus, dass eine kritische Bewertung von Werbung dann wegfällt, wenn sie lebensstilverstärkend wirkt und damit in Phasen experimenteller Identitätsbildung beeinflusst, so dass gesundheitliche Fragestellung weniger berücksichtigt werden. In solchen Fällen schaffen es beworbene Produkte darüber hinaus, sich über ihre Gefahr, körperlich gesundheitseinschränkend zu wirken, psychisch als Ankerpunkt für Sicherheit und Individualismus zu entwickeln. Insofern ist jede Form der Einschränkung (Verbot) von Werbung ein Schritt, eine Gesellschaft mit eingeschränktem Konsumverhalten z. B. bei Alkohol zu unterstützen. Das hat auch das Verbot von Zigarettenwerbung in der Vergangenheit gezeigt.

Darüber hinaus sind Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung sowie Menschen, die versuchen, ihre Abhängigkeitserkrankung zu überwinden und noch rückfallgefährdet sind, besonders anfällig für Alkoholwerbung. Werbung für Suchtmittel steht in direktem Widerspruch zu gesundheitspolitischen Zielen.

Ein Verbot der Vermarktung von Alkohol sollte umfassend sein und alle Getränkearten und alle Medien abdeckt. Partielle Verbote, die nur bestimmte Getränke oder nur bestimmte Arten von Medien betreffen, dürften wirkungslos sein. Eine Studie zeigte, dass auf ein Verbot der TV-Vermarktung ein sprunghafter Anstieg der Marketingausgaben für Sponsoring folgte. Dem entsprechend muss ein Verbot umfassend sein und alle Arten von Getränken und Medien abdecken, um Substitutionseffekte zu vermeiden und wirksam zu sein. Dies wird in einem digitalen Umfeld, in dem ein großer Teil der Industrieausgaben für das Alkoholmarketing anfällt (z. B. ~40 Prozent in Deutschland im Jahr 2021) und Influencer:innen „Product Placement“ in einer bisher rechtlichen Grauzone betreiben, immer komplexer und bedeutsamer. Diese Beispiele verdeutlichen zudem die Notwendigkeit, die Auswirkungen und Grenzen solcher Verbote zu überwachen.

Laut Krebsforschungszentrum (DKFZ) befürworten 68 Prozent der Bevölkerung ein umfassendes Verbot von Alkoholwerbung und Sponsoring.

Aus Gründen des Gesundheitsschutzes erscheint ein umfassendes Werbeverbot im Rahmen der EU-rechtlich geregelten Warenverkehrsfreiheit notwendig und verfassungsrechtlich zulässig. Daher ist eine Initiative auch auf europäischer Ebene zu befürworten.

b. in Bereichen, die von Minderjährigen stark frequentiert werden, wie Schulen, Sportstätten oder öffentlichen Orten?

Zwischen der Stadtgemeinde Bremen und der Deutschen Telekom AG ist ein „Gestattungsvertrag über die Ausübung von Werberechten auf öffentlichen Flächen der Freien Hansestadt Bremen“ geschlossen worden. In diesem ist Unzulässigkeit von Werbung für Suchtmittel in der Nähe von Schulen und Kindergärten, soweit die Werbung von dem Schul- oder Kindergarten-gelände aus einsehbar ist, festgelegt.

In dem Vertrag mit der Stadtgemeinde Bremen und der Firma Ströer sind die öffentlichen Sportstätten inkludiert. Hier heißt es, dass Bandenwerbung sowie Reiterwerbung als veranstaltungsbezogene Werbung auf städtischen Sportanlagen durch die Firma Ströer gestellt werden kann. Das Sportamt erteilt seitdem keine Genehmigungen für Werbung auf städtischen Sportanlagen und verweist bei Werbeanfragen auf die Firma Ströer.

Nach § 8 Sportstättenordnung ist *„in den für sportliche Zwecke vorgesehenen Räumen wie Hallen, Umkleideräumen, Sanitäreinrichtungen, Fluren etc. (...) der Genuss von alkoholischen Getränken und das Rauchen untersagt“*.

c. über die Ausgestaltung des neuen Konzessionsvertrags für Werberechte auf öffentlichem Grund?

Es wurde durch externen juristischen Rat untersucht, ob eine vertragliche Beschränkung der Werbung (z.B. Alkoholwerbeverbot) möglich ist. Im Ergebnis dürfte ein Werbeverbot ohne (bundes-)gesetzliche Regelung rechtlich angreifbar sein. Eine dem Tabakwerbeverbot vergleichbare gesetzliche Regelung fehlt. Aufgrund der Signalwirkung eines solchen Verbotes ist zudem zu erwarten, dass die Marktteilnehmer gegen ein solches Verbot gerichtlich vorgehen würden. Die Bewertung, ob der neue Konzessionsvertrag trotz des rechtlichen Risikos ein absolutes Verbot für den öffentlichen Grund enthalten sollte (auf privatem Grund würde eine Handhabe ohnehin fehlen), ist noch nicht abgeschlossen. Sollte auf eine entsprechende Regelung verzichtet werden, wird der Senat allerdings im Rahmen der Vertragsgestaltung den Versuch unternehmen, z.B. um Schulen einen Umkreis zu vereinbaren, in dem Alkoholwerbung verboten ist, zu statuieren. Solche Regelungen sind nach Auskunft der Fachberatung im Markt anerkannt und werden regelmäßig akzeptiert.

d. weitere Möglichkeiten, Werbung für Alkohol im Land Bremen ohne bundesweite Regelung einzuschränken?

Aus Gründen des Gesundheitsschutzes und des hohen Stellewertes von Social Media erscheint ein umfassendes Werbeverbot im Rahmen der EU-rechtlich geregelten Warenverkehrsfreiheit notwendig und am zielführendsten. Daher ist eine Initiative auf europäischer Ebene zu befürworten.

15. Wie bewertet der Senat die Ausschöpfung bestehender rechtlicher Handlungsspielräume zur Beschränkung des Alkoholverkaufs, beispielsweise auf Grundlage des Bremischen Ladenschlussgesetzes?

Das Bremische Ladenschlussgesetz regelt die Öffnungszeiten von Verkaufsstellen. Da für die Werktage eine komplette Freigabe der Öffnungen erfolgt ist, gibt es nur Regelungen für Sonn-

und Feiertage. Für einige Öffnungen an Sonn und Feiertagen (Apotheken, Bäckereien, Ausflugsorte) erfolgte im Gesetz eine Eingrenzung auf bestimmte Waren. Dies war aufgrund des Sonn- und Feiertagsschutz erforderlich. Für den allgemeinen Verkauf bietet das Gesetz derzeit keine Ermächtigungsgrundlage um bestimmte Waren einzuschränken.

Die Reduzierung der Verfügung von Alkohol durch die Änderung von Ladenschlusszeiten verringert sicher den spontanen Kauf von Alkohol. Die Regelungen müssten allerdings so weit greifen, dass auch Automaten, Kioske, Tankstellen und 24-Stunden-Supermärkte ihr Angebot reduzieren müssten. Grundsätzlich wäre zielführender, Alkohol in zertifizierten Abgabestellen zur Verfügung zu stellen, die begrenzt geöffnet sind.

16. Wie bewertet der Senat die Einführung eines Verbots, direkt an der Supermarktkasse Alkohol zu präsentieren und zum Verkauf anzubieten?

Im Bereich der Kasse werden insbesondere Tabak, Süßigkeiten und Alkohol zum Verkauf angeboten. Durch „Impulskäufe“ kann der Umsatz entsprechend gesteigert werden – kleine Waren auf kleiner Fläche, die einen vergleichsweise großem Umsatz bringen. Der Alkohol in der Kassenzone, dort verkauft in kleinen Flaschen, kann dort für bestimmte Kundengruppen einen im Sinne einer Präventionsstrategie kritische Wirkung entfalten. Dies soll spontane Entscheidungen anregen und den Alkoholkonsum im Alltag normalisieren. Besonders für vulnerable Gruppen wie Kinder, Jugendliche und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen birgt die Platzierung im Kassbereich und die damit einhergehende Erhöhung der Alltagspräsenz alkoholischer Produkte Risiken. Auch die OECD (2021) empfiehlt, die Sichtbarkeit von Alkohol einzuschränken, um den Konsum zu reduzieren [OECD. (2021). *Preventing harmful alcohol use. OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>].

Ein Verbot der Platzierung von alkoholischen Getränken an der Supermarktkasse ist dementsprechend aus gesundheitspräventiven Aspekten unterstützenswert.

Häufig wird der Entschluss, Alkohol zu kaufen, jedoch nicht erst beim Einkauf im Supermarkt geweckt. Insofern würde ein solches Verbot voraussichtlich helfen, die Attraktivität von Alkohol im Sinne des Marketings und Spontankäufe zu reduzieren, entschlossene Käufer:innen aber nicht vom Erwerb des Alkohols abhalten.

17. Inwiefern sieht der Senat in der Kennzeichnung von Lebensmitteln, in denen Alkohol vorhanden ist, noch Verbesserungsbedarf?

Die Kennzeichnung von Alkohol im vorverpackten Lebensmitteln ist in der VO (EU) Nr. 1169/2011 geregelt. Bei Getränken, die mehr als 1,2 Volumenprozent Alkohol enthalten, ist der Alkoholgehalt bei der Kennzeichnung des Lebensmittels anzugeben. Bei allen anderen vorverpackten Lebensmitteln erfolgt die Angabe des Alkohols oder der alkoholhaltigen Zutat im Zutatenverzeichnis (z.B. Zutat: Alkohol, Ethylalkohol, Amaretto, Rum oder Weinbrand). Weitere Angaben zum Alkoholgehalt sind nicht erforderlich. Der Verbraucher muss sich also über das Zutatenverzeichnis informieren, ob das Lebensmittel Alkohol enthält. Einige Hersteller, insbesondere Hersteller von alkoholhaltigen Süßwaren, weisen freiwillig auf einen Zusatz von Alkohol hin (z.B. Enthält Alkohol. Nicht für Kinder geeignet.) Bei Lebensmitteln in kleinen Packungen, deren größte Fläche kleiner als 10 cm² ist, ist allerdings kein Zutatenverzeichnis erforderlich.

Auch bei unverpackten Lebensmitteln ist kein Zutatenverzeichnis erforderlich. Die Verwendung von Alkohol z.B. in Backwaren oder Süßwaren muss nicht ausgewiesen werden. Hier

bleibt nur das Erfragen der Zutaten beim Personal. Auch werden Lebensmittel, die von Natur aus Alkohol enthalten (z.B. Fruchtsäfte, Frischobst und Gärgetränke), nicht deklariert.

Die Kennzeichnung alkoholhaltiger Lebensmittel in Deutschland weist somit einen Regulierungs-Bedarf auf, insbesondere im Hinblick auf den Schutz von vulnerablen Gruppen wie Schwangere, Menschen mit Abhängigkeitserkrankung oder Kinder und Jugendlichen. Alkohol ist als Zellgift zu verstehen, welches bereits bei geringen Mengen negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann. Selbst kleine Mengen an Alkohol können beim ungeborenen Kind zur fetalen Alkoholspektrum-Störung (FASD) führen können. Diese geht einher mit schweren körperlichen, kognitiven und sozialen Entwicklungsstörungen. Auch für weitere vulnerable Gruppen wie Menschen mit Abhängigkeitserkrankung stellt die fehlende Kennzeichnung eine erhebliche Hürde dar, da der Konsum von solchen Lebensmitteln eine potenzielle Rückfallgefahr darstellen.

Aus gesundheitspräventiver Sicht ist die Kennzeichnung von Alkohol auf Lebensmitteln also dringend notwendig. Aber es werden mittlerweile auch Forderungen laut, auf den Flaschen dezidiert auf die gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums hinzuweisen. Nachdem die Weltgesundheitsorganisation die Feststellung getroffen hat, dass jede Alkoholmenge gesundheitseinschränkend ist, empfiehlt sie dementsprechend, auf alkoholischen Getränken vor dem Krebsrisiko durch Alkohol zu warnen, ähnlich den Warnhinweisen auf Zigarettenschachteln. Mit prominent platzierten Warnhinweisen auf entsprechenden Getränken sollte das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass Alkoholkonsum zu Krebs führen kann. Irland setzt diese Empfehlung als erstes europäisches Land ab 2026 um: Auf den Etiketten von alkoholischen Getränken sollen neben dem Alkoholgehalt und den Kalorien auch Angaben zu Gefahren bei Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und zum Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Leberkrankheiten bzw. zu bestimmten Krebsarten gemacht werden gemacht werden. Grundsätzlich sollte jedoch eine einheitliche europäische Regelung angestrebt werden.

18. Wie bewertet der Senat die Effekte einer Erhöhung von Steuern auf Alkohol?

Die Steuer auf Alkohol ist in Deutschland sehr gering: Für Wein wird gar keine Steuer erhoben, die Steuer auf ein übliches Vollbier beträgt nur ca. ein Viertel des EU-Durchschnitts. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt eine Erhöhung der Alkohol-Steuer als eines der effektivsten Mittel ein, um den Alkohol Gebrauch zu verringern.

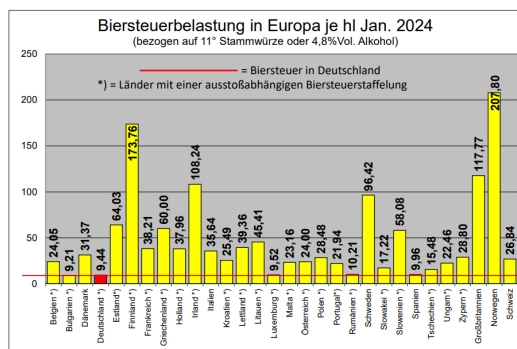


Abb. 31: Biersteuer in Europa je Hektoliter in 2024 laut Bayerischem Brauerbund [\[https://www.bayerisches-bier.de/wp-content/uploads/2024/01/9-biersteuerbelastung-in-europa-je-hektoliter.pdf\]](https://www.bayerisches-bier.de/wp-content/uploads/2024/01/9-biersteuerbelastung-in-europa-je-hektoliter.pdf)

In Skandinavien, wo Alkohol vergleichsweise hoch besteuert wird, ist der Alkohol-Gebrauch deutlich geringer als in Deutschland (Bierkonsum pro Kopf 2022: 92 Liter in Deutschland, 65 Liter in Dänemark, 64 Liter in Finnland, 57 Liter in Schweden, 56 Liter in Norwegen).

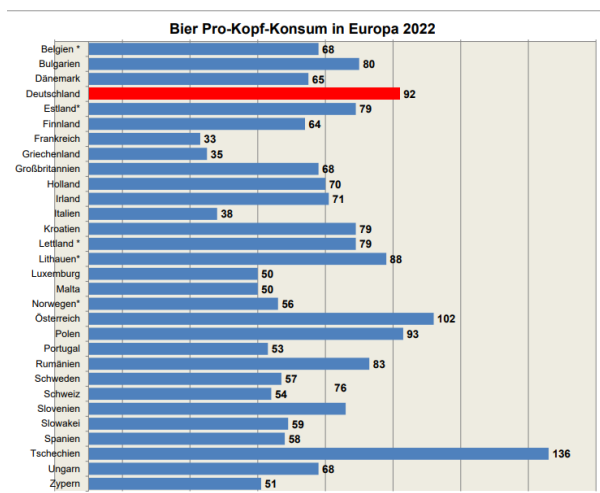


Abb. 32: Bier Pro-Kopf-Konsum in Europa laut Bayrischem Brauerbund

Laut Europäische Gesundheitsbericht der WHO (<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057547>) aus dem Jahr 2021 sind die zehn Länder mit dem höchsten Alkoholkonsum pro Kopf (Reiner Alkohol pro Jahr in Litern) in Europa (Durchschnitt 9,5 Liter) folgende:

- Tschechien (14,3)
- Lettland (13,2)
- Republik Moldau (12,9)
- **Deutschland (12,8)**
- Litauen (12,8)
- Irland (12,7)
- Spanien (12,7)
- Bulgarien (12,5)
- Luxemburg (12,4)
- Rumänien (12,3)

Deshalb empfiehlt es sich, die Alkohol-Steuer in Deutschland schrittweise mindestens auf den EU-Durchschnitt angehoben werden. Eine Studie der OECD von 2015 zeigt, dass sich bereits durch eine zehnprozentige Anhebung des Alkoholpreises in Deutschland Alkoholmissbrauch (-3 Prozent) und -abhängigkeit (-10 Prozent) erheblich verringern lassen.

Der Preis von Alkohol ist eine Steuerungsmöglichkeit, um den Kauf von Alkohol und damit die Verfügung in Haushalten zu reduzieren. Das DHS Factsheet „Alkohol: Mythen und Meinungen“ ([DHS-Factsheet Alkohol Mythen Meinungen 2021.pdf](#)) sagt hierzu: „Keine andere alkoholpolitische Maßnahme ist so intensiv beforscht worden wie die Auswirkung von Preisänderungen auf den Alkoholkonsum, z. B. durch höhere oder niedrigere Alkoholsteuern. Wenn alkoholische Getränke teurer werden, sinkt der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum von Alkohol; fällt der Preis, steigt der Verbrauch an. Das gilt auch für Deutschland. Einen besonders großen Einfluss haben Preiserhöhungen auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen und von Menschen, die viel Alkohol trinken.“

Fachgesellschaften

https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/Positionspapier_%E2%80%933_Structurelle_Pr%C3%A4vention_der_Folgen_des_Alkoholkonsums_3.pdf fordern im Rahmen von Maßnahmen einer wirksamen Verhältnisprävention die spürbare Anhebung von Alkoholpreisen zur Senkung des Gesamtkonsums in der Bevölkerung, der alkoholbezogenen Probleme und der vorzeitigen Sterblichkeit, wie zuletzt vor 20 Jahren durch die Einführung des Gesetzes zur Besteuerung von Alkopops. Auch die Besteuerung des Alkoholgehaltes, nicht der Getränketypen, wird als sinnvolles Instrument der Beeinflussung von Alkoholpreisen genannt wie auch die Einführung eines Mindestpreises, um eine Verlagerung des Alkoholgebrauchs auf das preiswerteste alkoholische Getränk zu verhindern.

19. Wie bewertet der Senat den Vorschlag des Bundesbeauftragten für Sucht- und Drogenfragen die Abgabe von alkoholhaltigen Getränken, einschließlich Bier und weinhaltigen Getränken, generell auf Personen ab 18 Jahren zu beschränken?

In Deutschland ist der Alkoholkonsum im internationalen Vergleich nach wie vor auf einem hohen Niveau – nicht nur unter Erwachsenen, sondern auch unter Jugendlichen. Alkohol ist gesellschaftlich weitgehend akzeptiert und wird in vielen sozialen Kontexten als normales Genussmittel betrachtet. Dabei wird jedoch oft übersehen, dass Alkohol ein gesundheitsschädigendes Zellgift und ein potentes Suchtmittel ist, das an der Entstehung von rund 200 Krankheiten mitbeteiligt ist.

Besonders kritisch ist der Alkoholkonsum im Jugendalter zu bewerten. Das Gehirn befindet sich während der Adoleszenz noch in der Entwicklung, und Alkoholeinfluss kann in dieser sensiblen Phase zu Schäden in der Reifung des Gehirns führen. Mögliche Folgen sind Konzentrations- und Lernstörungen, aber auch Persönlichkeitsveränderungen. Darüber hinaus besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem frühen Beginn des Alkoholkonsums und dem Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln: Wer bereits vor dem 15. Lebensjahr regelmäßig Alkohol trinkt, hat ein vierfach erhöhtes Risiko, eine Sucht zu entwickeln.

Auch körperlich verursacht Alkohol schwerwiegende Schäden. Als Zellgift greift er unter anderem Leber, Bauchspeicheldrüse und das Nervensystem an. Besonders betroffen ist auch die Hirnsubstanz, was langfristige kognitive und emotionale Folgen nach sich ziehen kann. Hinzu kommt die erhöhte Unfall- und Verletzungsgefahr: Alkohol reduziert die Reaktionsfähigkeit und verzerrt die Risikoeinschätzung, was insbesondere im Straßenverkehr oder bei sportlichen Aktivitäten schwerwiegende Folgen haben kann.

Zudem besteht ein starker Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und riskanten Verhaltensweisen, wie etwa risikoreichem Sexualverhalten, aggressivem Verhalten, Gewaltanwendung oder gesetzeswidrigem Handeln. Auch das Risiko für psychische Störungen steigt nachweislich mit dem Alkoholkonsum im Jugendalter.

Besorgniserregend ist auch die einfache Verfügbarkeit von Alkohol für Minderjährige: Etwa 66 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Alkoholerfahrung beziehen alkoholische Getränke von ihren Eltern, weitere 50 Prozent nennen Freunde als häufigste Bezugsquelle. Diese Zahlen machen deutlich, dass Prävention nicht nur bei Jugendlichen selbst ansetzen muss, sondern auch ihr soziales Umfeld stärker in die Verantwortung nehmen sollte.

Früher Suchtmittelkonsum birgt die höchsten Risiken für gesundheitliche und soziale Schädigungen. Diese werden durch die Trink-Begleitung durch Erwachsene nicht geringer, zumal ein hoher Prozentsatz der Jugendlichen auch ohne Erwachsene trinkt. Es ist davon auszugehen, dass die Begleitungsregel eher eine verharmlosende Wirkung auf den frühen Alkoholkonsum hat.

Die derzeit diskutierte Abschaffung des „**begleiteten Trinkens ab 14 Jahren**“ ist eine folgerichtige und kongruente Konsequenz dieser Sichtweise. Ein weiterer bedeutsamer Effekt dieser neuen Regelung wäre, dass nicht nur Jugendliche geschützt, sondern auch deren Eltern in die Verantwortung genommen werden würden. Es wäre ein deutliches Signal, dass zu früher Alkoholkonsum kein gesellschaftlich akzeptiertes „Heranführen an den Konsum“ ist, sondern nachhaltig schädliche Folgen für die jugendliche Gesundheit hat. So wäre also die geplante Änderung des Gesetzes ein dringender Paradigmenwechsel, der dem Jugendschutz in Deutschland mehr Raum gäbe. Unbedingt mitbedacht werden sollte aber auch der Ausbau und die Verstärkung der unterstützenden Aufklärungskampagnen und Präventionsangebote.

Die Begrenzung der Abgabe von alkoholhaltigen Getränken, einschließlich Bier und weinhalten Getränken, generell auf Personen ab 18 Jahren ist aus gesundheitlicher Sicht sinnvoll und sollte generell für alle legale Suchtmittel gelten. Suchtmittel wirken sich nachweislich schädlich auf hirnphysiologische Reifungsprozesse in der Jugend aus. Die Gehirnentwicklung ist erst zwischen dem 21. und 25. Lebensjahr abgeschlossen. Suchtmittelgebrauch im Jugendalter ist weitaus schädlicher als im Erwachsenenalter. Die langfristigen Kosten von frühem Suchtmittelkonsum sind für Jugendliche sowie die Gesellschaft hoch und können unter anderem geringere Bildungsabschlüsse, frühe Abhängigkeitserkrankungen, hohe Behandlungskosten, Krankschreibungen und verringerte Arbeitsfähigkeit umfassen.

20. Welche Kooperationen bestehen mit der DEHOGA und der Bremer Gastro Gemeinschaft (BGG), um für verantwortungsvollen Alkoholkonsum und das Vermeiden von Alkohol am Steuer zu sensibilisieren?

Seitens der DEHOGA und der BGG gibt es keine direkten Kooperationen, jedoch sensibilisieren beide Organisationen stets für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Ihnen ist insbesondere der Jugendschutz wichtig, konkret die Einhaltung der einschlägigen Regelungen des Gaststättengesetzes. Dieses soll zudem einen übermäßigen Alkoholkonsum verhindern. Daher unterstützen sie entsprechende Kampagnen für einen maßvollen Alkoholkonsum sowie alkoholfreies Autofahren.

21. Welche langfristigen Ziele verfolgt das Land Bremen im Bereich Prävention und Bekämpfung von Alkoholabhängigkeit?

Ziel der Prävention und Bekämpfung von Alkoholabhängigkeit ist es, alkoholbedingte gesundheitliche und soziale Folgen wirksam zu verringern und insbesondere junge Menschen frühzeitig zu schützen. Ein zentrales Anliegen ist die Förderung eines risikoarmen und verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol sowie die nachhaltige Verringerung des problematischen Konsums.

Verschiedene Indikatoren deuten darauf hin, dass im Bundesland Bremen vergleichsweise mehr und vor allem jüngere Menschen von einer Alkoholabhängigkeit betroffen sind als im Bundesdurchschnitt oder in den anderen Stadtstaaten. Ursache ist neben anderen Faktoren ein zu hoher Konsum schon in jungen Jahren.

Die Konzeption der **Suchtprävention** für die Jahre 2025 – 2027 sieht den verstärkten Einsatz im Bereich der Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe vor, um Tabak und Alkohol zu thematisieren.

Wünschenswert wäre eine Gesamtstrategie Prävention des Landes Bremens, in denen die Maßnahmen, z. B. bei Alkohol, aufgeführt werden, die bereits mit vorhandenen Ressourcen in Vorbereitung sind. Beispiele sind:

- Kontinuität im Prozess der Stärkung der Suchtprävention im Rahmen der Integrativen Drogenhilfestrategie
- Ausbau von Strategien zur Erreichung von Jugendlichen mit Beratungsbedarf
- Kontinuität in der Arbeitsgruppe „Intoxikation bei Jugendlichen“
- Aufbau eines Meldewesens von Fällen intoxikierter Jugendlicher, die stationär beurteilt und aufgenommen werden
- Schließung der Lücke für präventive Maßnahmen von Menschen zwischen 25 Jahren und 40 Jahren (chronifizierter Alkoholkonsum führt im Alter von etwa 40 Jahren zu klinisch relevanten Organveränderungen)
- Begleitung von Menschen aus dem Berufsleben in den Ruhestand zur Vermeidung von Anpassungsstrategien Betroffener mit Rauschmitteln
- Unterstützung der Selbsthilfegruppen zum Thema Alkohol zur Gewinnung junger Menschen für dies niedrigschwellige Angebot
- Entwicklung öffentlicher Kampagnen zur Gefahr von Alkohol und Begegnung von Mythen des Alkoholtrinkens
- Verstärkte Angebote alkoholfreier Freizeitmöglichkeiten
- Stärkung des vorhandenen Angebots zur Unterstützung von Kindern aus suchtbelasteten Familien

Im Bereich der **Beratung** gilt es, den **Zugang noch niedrigschwelliger zu gestalten**. Dieses soll durch den weiteren Ausbau der **digitalen Suchtberatung** erreicht werden, die gerade junge Menschen besser erreicht. Außerdem soll die Zusammenführung der Beratung von „legalen“ und „illegalen Suchtmitteln“ vorangebracht werden, da dieses den aktuellen Konsumtrends zum Mischkonsum eher entspricht. Zudem soll der Zugang durch **stadtteilnahe** Erweiterung des Beratungsangebotes erleichtert werden. Perspektivisch braucht es mehr Beratungsstellen, die auch Frühinterventionsangebote, Angehörigenberatung und die Beratung von suchtbelasteten Familien vorhalten.

Da sich eine Suchterkrankung meisten über einen längeren Zeitraum entwickelt, braucht es sektorenübergreifende Bemühungen, suchtgefährdeten Menschen **rechtzeitig Frühinterventionen** zum Schutz vor Chronifizierung anzubieten: Bei der Früherkennung kommt dem ärztlichen Versorgungssystem eine große Rolle zu, da Betroffene hierzu am häufigsten Kontakt haben. Ein rechtzeitiges Screening kann für Betroffene richtungsweisend werden. Hier könnte die Erweiterung des Fokus auf die zusätzlichen gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums jenseits der Suchtgefahren unterstützend sein.

Ebenfalls werden die Bemühungen, wegen Suchtmittelintoxikationen eingelieferten Minderjährigen verbindlich ein Frühinterventionsangebot zu machen, auf weitere Regionen und auf Bremerhaven ausgedehnt. Nicht zuletzt braucht es aufsuchende Sozialarbeit in der **Bremer Partyszene** und Schulungen des Diskotheken-Personals im Umgang mit exzessiv konsumierenden jungen Menschen.

Bereits suchtkranke Menschen gilt es dabei zu unterstützen, das Risiko zu Folgeerkrankungen durch Risikominimierung oder wenn möglich durch eine Abstinenztherapie zu senken. Daher arbeiten wir in Zusammenarbeit mit dem KBO daran, die **Anzahl der stationären Entgiftungsplätze** für den qualifizierten Entzug perspektivisch wieder auf 40 zu erhöhen und die Weiterleitung in die Suchtrehabilitation zu verbessern.

Um die Lebensqualität und die Gesundheit von weiterhin Alkohol konsumierenden Menschen zu unterstützen, wird an einem **nachstationären Versorgungskonzept** für diese Zielgruppe gearbeitet, auch um Drehtüreffekte bei der stationären Notfall-Behandlung zu senken.

Weiterhin muss verstärkt an der **Entstigmatisierung von Suchterkrankungen** gearbeitet werden, die eine der größten Barrieren zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen ist und die Krankheitslast deutlich verschärft.

Beschlussempfehlung:

Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) nimmt die Antworten des Senats auf die Große Anfrage – „Alkoholabhängigkeit besser bekämpfen und Alkoholkonsum reduzieren“ zur Kenntnis.