Autorinnen und Autor:
Cornelia Lange, Kristin Manz, Benjamin Kuntz

Journal of Health Monitoring · 2017 2(2)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-031
Robert Koch-Institut, Berlin

Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen

Abstract

Gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum wird als mitverursachend für über 200 Krankheiten angesehen. Die Grenzwerte für riskante Alkoholtrinkmengen liegen bei mehr als 10 g pro Tag für Frauen und 20 g für Männer. Nach den Daten von GEDA 2014/2015-EHIS weisen 13,8 % der Frauen und 18,2 % der Männer einen mindestens wöchentlichen riskanten Alkoholkonsum auf. Bei den 45- bis 64-Jährigen ist riskanter Alkoholkonsum am stärksten verbreitet. Frauen der oberen Bildungsgruppe weisen in allen Altersgruppen höhere Prävalenzen riskanten Alkoholkonsums auf als Frauen aus unteren Bildungsgruppen, bei Männern trifft dies lediglich auf die 65-Jährigen und Älteren zu. Durch verhältnispräventive Maßnahmen und das öffentliche Eintreten für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol sollte der riskante Alkoholkonsum in der Bevölkerung weiter reduziert werden.

ALKOHOL · RISKANTE TRINKMENGEN · ERWACHSENE · DEUTSCHLAND · GESUNDHEITSMONITORING

Einleitung

Alkohol ist eine psychoaktive Substanz, die Abhängigkeit erzeugen kann. Gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum wird als mitverursachend für mehr als 200 Krankheiten angesehen und zählt zu den fünf wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten, Beeinträchtigungen und Todesfälle weltweit [1]. Neben den gesundheitlichen Folgen riskanten Alkoholkonsums für die Konsumenten führt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auch die sozioökonomischen Folgen für die Betroffenen sowie die Schäden für andere Personen und die Gesellschaft insgesamt auf [1]. Zu den gesellschaftlichen Folgen des gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums zählen neben den direkten Kosten für das Gesundheitssystem und Produktivitätsverlusten auch immaterielle Kosten wie der Verlust an Lebensqualität. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland werden je nach Schätzung auf einen Betrag von bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr taxiert, davon entfällt rund ein Viertel auf direkte Kosten für das Gesundheitssystem [2, 3]. Zur Reduktion gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums in der Bevölkerung hat die WHO Strategien auf globaler und europäischer Ebene entwickelt [4, 5]. In dem WHO „Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases“ wird eine relative Reduktion des riskanten Alkoholkonsums um 10 Prozent bis 2025 (im Vergleich zu 2010) angestrebt [6]. Das Nationale Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“, das in einer ersten Fassung 2015 veröffentlicht wurde, orientiert sich teilweise an den WHO-Strategien [7]. Ergebnisse

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamtsstichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

der Verbrauchsstatistiken und Trendanalysen zeigen in Deutschland einen rückläufigen Alkoholkonsum in der Bevölkerung [8]. Diese grundsätzlich positive Entwicklung sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Deutschland weiter deutlich über dem Durchschnitt der europäischen Mitgliedsstaaten liegt [9] und in Deutschland deutlich weniger regulatorische Maßnahmen zur Verringerung des gesundheitsriskanten Alkoholkonsums umgesetzt werden als im EU-Durchschnitt [10].

Indikator

Als Konsum riskanter Alkoholtrinkmengen („Risikokonsum“) wird ein Konsummuster bezeichnet, welches das Risiko von schädlichen Konsequenzen für die körperliche und psychische Gesundheit erhöht. Die Grenzwerte für eine riskante Alkoholtrinkmenge liegen bei durchschnittlich mehr als 10–12 g pro Tag für Frauen und 20–24 g für Männer [11, 12]. In der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2014/2015-EHIS (GEDA 2014/2015-EHIS) wurde zur Erfassung von Frequenz und Menge des Alkoholkonsums das Instrument aus dem Europäischen Health Interview Survey (EHIS) eingesetzt [13]. In diesem, an den Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption Questions (AUDIT-C) [14] angelehnten Instrument, wird zunächst die Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten zwölf Monaten ermittelt und anschließend, differenziert nach Wochentagen (Montag bis Donnerstag) und Wochenende (Freitag bis Sonntag), die Menge des Alkoholkonsums auf der Basis von Standardgetränken erfasst. Aus diesen Angaben lässt sich bei den wöchentlichen Konsumentinnen und Konsumenten der Konsum in g Reinalkohol/Tag bestimmen sowie der Anteil der Personen, welche die Grenzwerte (Konsum von mehr als 10 g Reinalkohol/Tag bei Frauen, von mehr als 20 g Reinalkohol/Tag bei Männern) über- bzw. unterschreiten (Kategorien „Risikokonsum“ und „Kein Risikokonsum“). Zusätzlich wird der Anteil der Personen, die Alkohol nie oder nicht in den vergangenen 12 Monaten konsumierten (Kategorie „Nie-Trinker“) und derjenigen, die nicht wöchentlich Alkohol konsumieren (Kategorie „Kein wöchentlicher Konsum“), ausgewiesen. Die Ergebnisse werden nach Geschlecht, Alter und Bildung sowie für den Risikokonsum nach Geschlecht und Bundesland stratifiziert dargestellt. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Die Analysen basieren auf Daten von 23.561 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (12.913 Frauen, 10.648 Männer) mit gültigen Angaben zum Alkoholkonsum. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die Angaben der Teilnehmenden zur Bildung vergleichbar zu machen [15]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell – neue

Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

16,9 % der Frauen und 10,3 % der Männer trinken niemals Alkohol. Einen mindestens wöchentlichen Konsum riskanter Alkoholtrinkmengen weisen 13,8 % der Frauen und 18,2 % der Männer auf. Männer konsumieren demnach signifikant häufiger Alkohol in riskanten Trinkmengen als Frauen. Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich die höchste Prävalenz bei den 45- bis 64-Jährigen mit 17,2 % bei Frauen und 21,7 % bei Männern (Tabelle 1 und Tabelle 2). Bis auf die Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen haben Frauen der oberen Bildungsgruppe in den anderen Altersgruppen höhere Prävalenzen des Risikokonsums als Frauen aus der unteren Bildungsgruppe. Ein vergleichbares Ergebnis zeigt sich auch bei den Auswertungen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS 1) [8] und in internationalen Studien [16, 17]. Bei Männern zeigt sich in der Altersgruppe ab 65 Jahren das gleiche Bild wie bei Frauen mit höheren Anteilen des Konsums riskanter Trinkmengen in der oberen Bildungs-

14 % der Frauen und 18 % der Männer trinken Alkohol in gesundheitlich riskanten Mengen.

Frauen	Nie-Trinker		Kein wöchentl. Konsum		Kein Risikokonsum		Risikokonsum	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**16,9**	**(15,9–17,8)**	**47,1**	**(45,9–48,4)**	**22,2**	**(21,2–23,1)**	**13,8**	**(13,0–14,7)**
18–29 Jahre	15,0	(12,8–17,4)	56,9	(54,1–59,6)	15,3	(13,6–17,3)	12,8	(11,1–14,7)
Untere Bildungsgruppe	26,5	(20,4–33,6)	55,5	(48,6–62,2)	8,9	(5,9–13,4)	9,1	(6,1–13,4)
Mittlere Bildungsgruppe	11,7	(9,6–14,2)	59,7	(56,6–62,7)	15,5	(13,3–18,0)	13,1	(11,0–15,5)
Obere Bildungsgruppe	10,7	(7,9–14,2)	47,5	(42,4–52,7)	24,4	(20,1–29,2)	17,4	(14,0–21,4)
30–44 Jahre	16,5	(14,8–18,3)	52,0	(49,8–54,3)	20,5	(18,6–22,4)	11,0	(9,5–12,8)
Untere Bildungsgruppe	27,8	(21,6–35,0)	53,1	(45,9–60,2)	11,4	(7,7–16,6)	7,7	(4,5–12,7)
Mittlere Bildungsgruppe	15,0	(12,9–17,4)	54,1	(51,1–56,9)	20,3	(17,9–22,9)	10,6	(8,9–12,7)
Obere Bildungsgruppe	13,6	(11,6–15,9)	46,7	(43,5–50,0)	25,8	(22,9–28,8)	13,9	(11,2–17,2)
45–64 Jahre	12,5	(11,5–13,7)	44,2	(42,5–45,9)	26,1	(24,7–27,6)	17,2	(15,9–18,6)
Untere Bildungsgruppe	21,5	(18,0–25,3)	45,0	(40,4–49,6)	22,1	(18,1–26,5)	11,5	(8,9–14,7)
Mittlere Bildungsgruppe	11,5	(10,2–13,0)	46,6	(44,5–48,7)	25,5	(23,7–27,4)	16,3	(14,7–18,1)
Obere Bildungsgruppe	7,9	(6,5–9,6)	35,4	(32,7–38,1)	31,5	(28,8–34,2)	25,3	(22,8–28,0)
≥ 65 Jahre	24,3	(22,3–26,4)	40,9	(38,8–43,1)	22,5	(20,6–24,5)	12,2	(10,7–13,9)
Untere Bildungsgruppe	32,1	(28,7–35,6)	41,2	(37,6–44,8)	18,0	(15,2–21,2)	8,8	(6,9–11,1)
Mittlere Bildungsgruppe	19,5	(17,0–22,2)	41,6	(38,3–45,1)	25,6	(22,8–28,5)	13,3	(11,2–15,9)
Obere Bildungsgruppe	17,4	(12,9–23,1)	35,9	(31,1–41,1)	25,3	(21,2–30,0)	21,3	(17,7–25,5)
Gesamt (Frauen und Männer)	**13,7**	**(13,0–14,4)**	**38,9**	**(38,0–39,8)**	**31,4**	**(30,6–32,3)**	**16,0**	**(15,3–16,6)**

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1
Alkoholkonsum nach Alter und Bildungsstatus bei Frauen (n = 12.913)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

gruppe. In den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre gibt es hinsichtlich des Bildungsstatus keine relevanten Unterschiede im Risikokonsum. Untergliedert nach Bundesländern unterscheiden sich die Prävalenzen der Länder kaum vom Bundesdurchschnitt. Bei Männern ist der Anteil von Konsumenten riskanter Trinkmengen in Schleswig-Holstein mit 14,7 % am niedrigsten; in Berlin, Sachsen und Thüringen liegen die Anteile mit jeweils über 22 % signifikant über diesem Wert. Bei Frauen liegt die Prävalenz des Risikokonsums in Hamburg mit 16,7 % signifikant über der in Brandenburg mit 9,4 % (Abbildung 1).

Instrumente wie der in GEDA 2014/2015-EHIS eingesetzte Frequenz-Mengen-Index aus dem EHIS beruhen auf Selbstangaben der Befragten, wobei sowohl das Erinnerungsvermögen, die richtige Einschätzung von Glasgrößen als auch sozial erwünschtes Antwortverhalten die Ergebnisse beeinflussen können. Der Konsum größerer Alkoholmengen bei einzelnen Gelegenheiten, das Rauschtrinken, zählt ebenfalls zum riskanten Alkoholkonsum, wurde jedoch in der vorliegenden Auswertung nicht berücksichtigt. Eine gesonderte Analyse zu diesem Thema ist im Fact sheet Alkoholkonsum bei Erwachsenen

In der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre ist bei Frauen und Männern die Prävalenz riskanten Alkoholkonsums am höchsten (17 % Frauen, 22 % Männer).

Männer	Nie-Trinker		Kein wöchentl. Konsum		Kein Risikokonsum		Risikokonsum	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	**10,3**	**(9,6–11,2)**	**30,3**	**(29,2–31,5)**	**41,1**	**(39,8–42,5)**	**18,2**	**(17,3–19,1)**
18–29 Jahre	10,5	(8,5–12,8)	39,2	(36,1–42,4)	33,1	(30,1–36,2)	17,3	(15,2–19,6)
Untere Bildungsgruppe	14,1	(9,9–19,7)	43,2	(36,4–50,3)	24,3	(18,7–30,9)	18,4	(13,4–24,9)
Mittlere Bildungsgruppe	10,1	(7,9–12,7)	39,0	(35,4–42,6)	33,4	(29,8–37,2)	17,6	(15,1–20,4)
Obere Bildungsgruppe	5,4	(3,0–9,4)	33,5	(28,2–39,2)	47,3	(41,3–53,4)	13,8	(10,2–18,4)
30–44 Jahre	9,4	(7,9–11,1)	36,9	(34,3–39,5)	40,3	(37,7–42,8)	13,5	(11,8–15,4)
Untere Bildungsgruppe	22,8	(16,5–30,8)	33,5	(26,1–41,8)	26,8	(20,1–34,6)	16,9	(11,6–23,9)
Mittlere Bildungsgruppe	8,6	(6,7–10,9)	40,1	(36,4–44,0)	38,5	(34,9–42,2)	12,8	(10,5–15,5)
Obere Bildungsgruppe	5,4	(3,9–7,4)	32,1	(28,6–35,8)	49,6	(45,8–53,4)	13,0	(10,6–15,8)
45–64 Jahre	10,0	(9,0–11,1)	25,3	(23,7–27,0)	43,0	(41,1–44,9)	21,7	(20,2–23,3)
Untere Bildungsgruppe	16,5	(12,8–21,0)	31,2	(26,6–36,1)	30,9	(25,9–36,4)	21,4	(17,7–25,7)
Mittlere Bildungsgruppe	11,0	(9,6–12,6)	26,5	(24,2–28,9)	41,7	(39,0–44,4)	20,9	(18,6–23,3)
Obere Bildungsgruppe	6,1	(4,9–7,4)	21,1	(19,0–23,4)	49,4	(46,6–52,3)	23,4	(21,3–25,5)
≥65 Jahre	11,8	(10,4–13,4)	24,6	(22,6–26,8)	45,6	(43,3–47,8)	17,9	(16,4–19,6)
Untere Bildungsgruppe	17,3	(13,9–21,3)	30,1	(25,3–35,3)	39,6	(34,2–45,3)	13,0	(9,4–17,7)
Mittlere Bildungsgruppe	13,3	(11,2–15,9)	24,6	(21,7–27,8)	45,2	(41,9–48,5)	16,8	(14,5–19,4)
Obere Bildungsgruppe	7,0	(5,6–8,7)	21,9	(19,4–24,7)	49,0	(45,9–52,1)	22,1	(19,6–24,8)
Gesamt (Frauen und Männer)	**13,7**	**(13,0–14,4)**	**38,9**	**(38,0–39,8)**	**31,4**	**(30,6–32,3)**	**16,0**	**(15,3–16,6)**

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 2
Alkoholkonsum nach Alter und Bildungsstatus bei Männern (n = 10.648)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

in Deutschland: Rauschtrinken zu finden. Da sich das Befragungsinstrument und der Indikator im Vergleich zu den vorherigen GEDA-Erhebungswellen geändert haben, ist eine Aussage zu zeitlichen Verläufen nicht möglich. Zur Einordnung der Ergebnisse lassen sich aber die Ergebnisse anderer Studien heranziehen. Nach Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015, in dem die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen einbezogen wurde, geben 13,4 % der Frauen und 17,0 % der Männer an, innerhalb der letzten 30 Tage in riskantem Maß

Bei Frauen aus oberen Bildungsgruppen ist der riskante Alkoholkonsum häufiger als bei Frauen aus unteren Bildungsgruppen; bei Männern trifft das auf die Altersgruppe ab 65 Jahren zu.

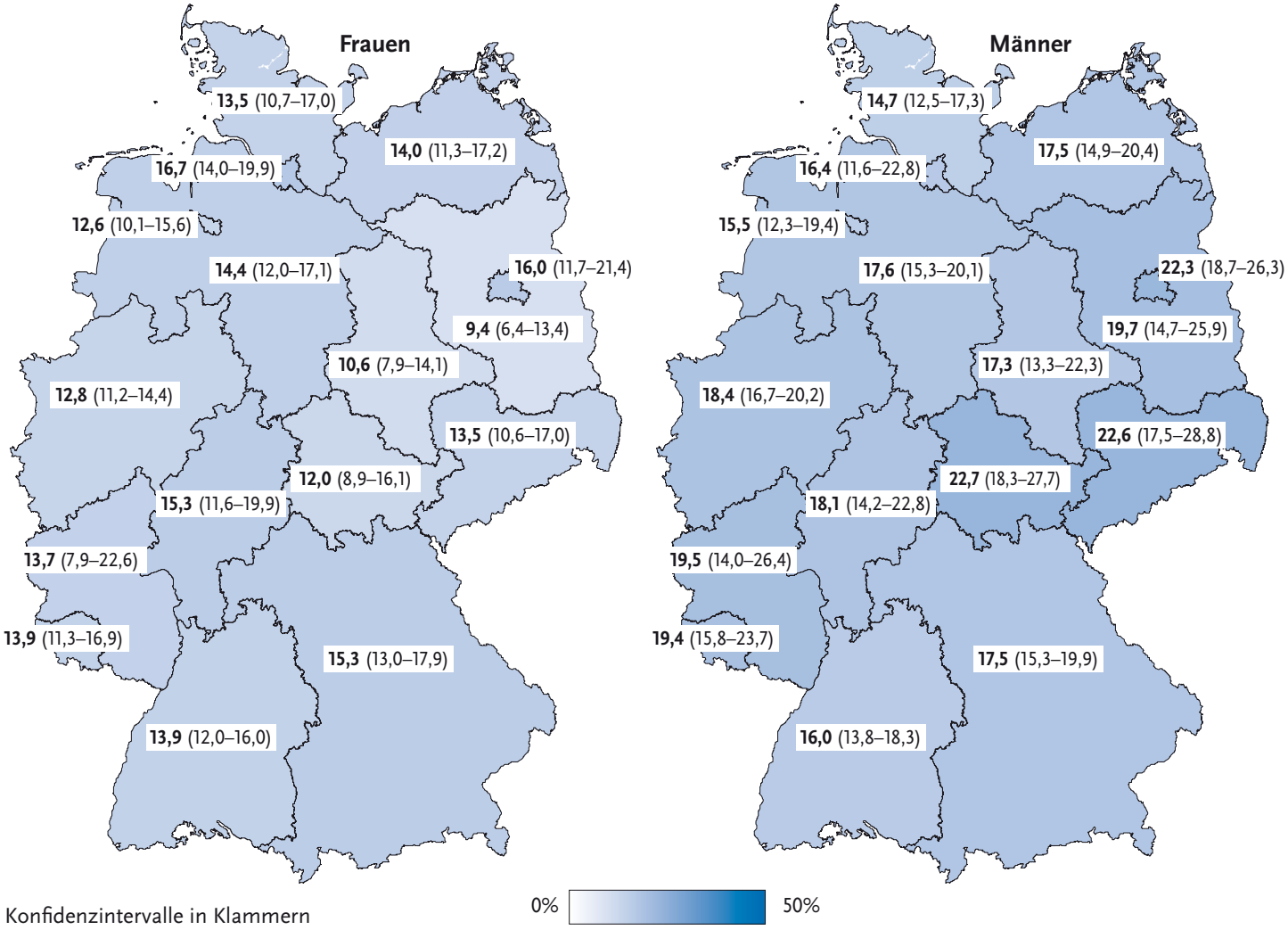

Abbildung 1
Risikokonsum bei Frauen und Männern nach Bundesland (n = 12.913 Frauen; n = 10.648 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Konfidenzintervalle in Klammern

Alkohol getrunken zu haben (Konsum von mehr als 12 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen und mehr als 24 g bei Männern) [18]. Nach den Ergebnissen aus DEGS1 tranken 13,1 % der Frauen und 18,5 % der Männer durchschnittlich täglich mehr als 10 g (Frauen) und 20 g Reinalkohol (Männer), bezogen auf die letzten vier Wochen und die Altersgruppe 18 bis 79 Jahre [8]. Der dort untersuchte Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Alkoholkonsum zeigt ein zu den GEDA-Daten vergleichbares Ergebnis. Auch wenn die Indikatoren der angeführten Studien nicht vollständig übereinstimmend sind, haben die Ergebnisse doch eine sehr ähnliche Größenordnung. Etwa jede siebte Frau und fast jeder fünfte Mann trinken somit Alkohol in Mengen, die das Risiko für Gesundheitsschäden erhöhen. Neben verhältnispräventiven Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums in der Bevölkerung ist auch das öffentliche Eintreten für einen verantwortungsvollen Umgang mit alkoholischen Getränken ein sinnvoller Ansatzpunkt. Mit der Kampagne „Kenn dein Limit – Bewusst genießen, im Limit bleiben“ bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Informationen und Tipps zum risikoarmen Alkoholkonsum (https://www.kenn-dein-limit.de/).

Literatur

1. World Health Organization (2014) Global status report on alcohol and health. World Health Organization, Geneva
2. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Robert Koch-Institut, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/refNzCggQ8fNw/PDF/29PIbXnI56Jfc.pdf (Stand: 21.04.2017)
3. Effertz T (2015) Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Peter Lang, Frankfurt am Main
4. World Health Organization (2010) Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World Health Organization, Geneva
5. World Health Organization Regional Office for Europe (2012) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
6. World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. World Health Organization, Geneva
7. Gesundheitsziele.de (2015) Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“. Gesundheitsziele.de: Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, Köln
8. Lange C, Manz K, Rommel A et al. (2016) Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. Journal of Health Monitoring 1 (1):2-21 http://edoc.rki.de/oa/articles/reovSCBo8pwYQ/PDF/29w9dof7q-qpOk.pdf (Stand: 21.04.2017)
9. Organisation for Economic Co-operation and Development/ European Union (2016) Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris
10. Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C et al. (2015) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht. Pabst, Lengerich, S.39–71
11. Seitz H, Bühringer G (2010) Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Hamm
12. Burger M, Bronstrup A, Pietrzik K (2004) Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: a systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. Prev Med 39(1):111-127
13. European Commission (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2) – Methodological manual. Publications Office of the European Union, Luxembourg
14. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. (1998) The AUDIT alco-

hol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Archives of internal medicine 158(16):1789-1795

15. Eurostat (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 21.02.2017)

16. Ahlstrom S, Bloomfield K, Knibbe R (2001) Gender Differences in Drinking Patterns in Nine European Countries: Descriptive Findings. Subst Abus 22(1):69-85

17. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S et al. (2006) Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action "Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study". Alcohol Alcohol Suppl 41(1):i26-36

18. Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J et al. (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. Institut für Therapieforschung, München

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und des Autors
Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Dr. Cornelia Lange
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: LangeC@rki.de

Interessenkonflikt
Die korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorin und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Finanzierung
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Lange C, Manz K, Kuntz B (2017) Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. Journal of Health Monitoring 2(2): 66–73. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-031

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit