

# Alkoholassoziierte Krankheitslast in Deutschland

Sarah Forberger<sup>a</sup>, Jürgen Rehm<sup>a,b</sup>

## Die verkannte Rolle Alkohols

Bluthochdruck, Rauchen, ein zu hoher Blutzuckerspiegel, körperliche Inaktivität sowie Übergewicht/Fettleibigkeit zählen zu den führenden Todesursachen weltweit. Allein an Bluthochdruck starben 2004 12,8% der Weltbevölkerung<sup>1</sup>.

Fragt man jedoch nach der Krankheitslast, angegeben in „behinderungsbereinigten Lebensjahren“ (DALYs; disability-adjusted life years)<sup>2</sup>, findet man den Alkoholkonsum mit 4,6% der weltweiten verursachten DALYs (70,9 Mio.) auf Platz drei, nach Untergewicht (verantwortlich für 6% der weltweiten DALYs) und ungeschützten Sexualpraktiken (5% der weltweiten DALYs)<sup>1</sup>. Krankheitslast misst „verlorene“ Lebensjahre, d.h. Lebensjahre, die durch frühzeitigen Tod oder durch Behinderungen entstehen.

Laut dem Global Status Report on Alcohol der Weltgesundheitsorganisation (WHO) konsumierten 2004 weltweit über 2 Mrd. Menschen alkoholische Getränke und 76,3 Mio. erfüllten das Kriterium einer durch Alkohol bedingten Störung<sup>3</sup>. 3,8% aller weltweiten Todesfälle sind alkoholassoziiert (2,25 Mio. von 58,7 Mio. Toten weltweit). Das entspricht ca. 1,94 Mio. alkoholassoziierten Todesfällen bei Männern und 311.000 Todesfällen bei Frauen<sup>4</sup>. Somit stirbt jeder 26. Mensch weltweit an/durch den Alkohol. Die höchste Anzahl der weltweiten Todesfälle sind in der übergreifenden Kategorie alkoholassoziiertes unbeabsichtigter und beabsichtigter Unfälle/Verletzungen mit 938.000 Fällen zu finden. Es folgen die kardiovaskulären und Krebserkrankungen mit einem Anteil von 545.000 und 487.000 Todesfällen und Leberzirrhose (373.000)<sup>4</sup>.

In Europa konsumieren ca. 266 Mio. Erwachsene Alkohol auf einem risikoarmen Niveau<sup>5</sup>. Der empfohlene Richtwert für einen risikoarmen Konsum reinen Alkohols pro Tag liegt bei maximal zwei Standarddrinks (ca. 24 g reiner Alkohol) für Männer und einem Standarddrink (ca. 12 g reiner Alkohol) für Frauen. Ein Standarddrink oder Glas wird dabei definiert als ca. 330 ml Bier (entspricht einer kleinen Flasche oder Dose), einem kleinen Glas Wein (ca. 1 dl)

oder einem einfachen Schnaps<sup>6</sup>. 58 Mio. Erwachsene konsumieren Alkohol jedoch auf einem höheren Niveau, einschließlich 20 Mio., die ein riskantes Konsumverhalten aufweisen. Schätzungen besagten, dass jährlich 23 Mio. Europäer – 5% Männer und 1% Frauen – die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllen<sup>5</sup>. Von einem riskanten Konsum spricht man bei einer Einnahme zwischen 12 g–40 g (Frauen) bzw. 24 g–60 g (Männer) reinen Alkohols pro Tag. Werden 40 g bei Frauen oder 60 g bei Männern überschritten, spricht man von Hochrisikokonsum<sup>6</sup>.

Jährlich sterben in Europa ca. 115.000 Menschen (bis zu einem Alter von 70 Jahren) auf Grund von Alkohol<sup>5</sup>. Diese Zahl berücksichtigt bereits die protektive Wirkung des Alkohols. Ein moderater Konsum von Alkohol geht einher mit einem geringeren Sterberisiko im Vergleich zu abstinenten Personen und Personen mit einem starken Alkoholkonsum, wobei Männer mehr von einem moderaten Konsum profitieren als Frauen<sup>7-9</sup>. Bei einem geringen Konsum (12 g reinen Alkohols pro Tag) kann Alkohol einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden, Gallensteine, Diabetes mellitus, ischämischen Schlaganfall und andere kardiovaskulären Erkrankungen haben<sup>6</sup>. Dieser Effekt spiegelt sich in der Schätzung wider, dass jährlich weltweit etwa 227.000 vorzeitige Todesfälle auf Grund eines risikoarmen Konsums verhindert werden<sup>4</sup>. Frauen profitieren von der

protektiven Wirkung des Alkohols mit 132.000 verhinderten Todesfällen, während man bei Männern von 96.000 verhinderten Todesfällen ausgeht. Grund hierfür sind die gesünderen Konsummuster bei Frauen<sup>4</sup>.

Die EU zählt weltweit zur Region mit dem höchsten Alkoholkonsum. 2004 wurden 11 l reinen Alkohols pro Jahr und Erwachsener konsumiert<sup>3</sup>. In dieser Konsumhöhe ist der Pro-Kopf-Konsum von unregistrierten Alkohol (Schmuggel, Heimproduktion, Einkauf im Nachbarland) nicht berücksichtigt<sup>3,5,10,11</sup>. Im Vergleich zur EU liegt der amerikanische pro Kopf Konsum bei 8,7 l reinen Alkohols<sup>4</sup>. Den höchsten Pro-Kopf-Konsum in der EU verzeichnet Ungarn mit fast 20 l Reinalkohols pro Kopf im Jahr. Der niedrigste Pro-Kopf-Konsum ist in Malta zu finden. Der Pro-Kopf-Konsum in Deutschland lag 2004 bei 12,6 l Reinalkohol<sup>3</sup> (2006 bei 10,6 l Reinalkohol<sup>12</sup>). Etwa 55 Millionen Menschen leben in Europa alkoholabstinent<sup>4</sup>.

Der Einfluss des Alkoholkonsums auf die Gesundheit, das individuelle Wohlbefinden und die Entwicklung alkoholbedingter Erkrankungen oder psychischen Schäden ist sehr vielfältig. Er ist immer auch von individuellen Risiken, genetischer Disposition und der Höhe des Konsums abhängig. Es können drei wichtige Mechanismen unterschieden werden: biochemische Effekte, Rauschtrinken und Abhängigkeit (vgl. Abb. 1 als Überblick). Zum Einen beeinflusst

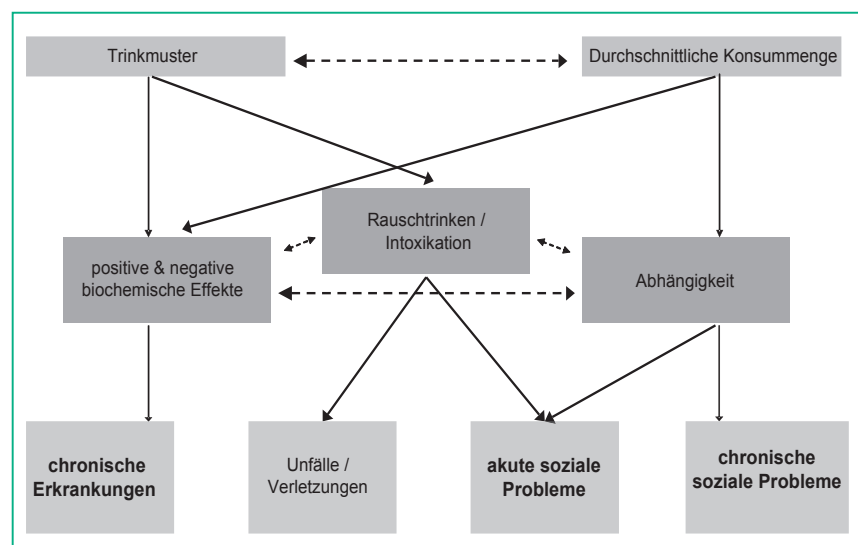


Abb. 1: Kausalität zwischen Alkoholkonsum, intermediären Faktoren und Langzeitkonsequenzen (Rehm et al. 2004)

1 Institut für Klinische Psychologie, Technische Universität Dresden, Deutschland  
 2 Public Health and Regulatory Policies, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada

Alkohol als Substanz biochemisch den persönlichen Gesundheitsstatus sowohl positiv als auch negativ. Ein geringer Konsum von Alkohol kann einen positiven Effekt z.B. auf die ischämischen Herzkrankheiten haben. Ein hoher Konsum wirkt sich jedoch negativ auf dem Metabolismus aus und führt unter anderem zu Leberzirrhose, Abhängigkeit und einer Vielzahl weiterer Erkrankungen. Episoden hohen Alkoholkonsums und Rauschtrinken wirken ihrerseits als intermediäre Variable sowohl auf die biochemischen Effekte als auch auf die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Sie beeinflussen weiterhin viele gesundheitliche und soziale Folgen des Alkoholkonsums, insbesondere akute Folgen wie Unfälle (vgl. Abb. 1). Alkoholabhängigkeit bewirkt neben der Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes eine Beeinträchtigung des sozialen Lebens bis hin zu akuten und permanenten sozialen Problemen<sup>13</sup>.

Neben der Alkoholabhängigkeit und den bekannten, durch Alkohol verursachten Erkrankungen wie Leberzirrhose oder Bauchspeicheldrüsenentzündungen ist Alkohol für mehr als 60 verschiedene Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen verantwortlich. Zu den prominentesten zählen Verletzungen, gastrointestinale Störungen, verschiedene Arten von Krebs, kardiovaskuläre Krankheiten, Immunstörungen, geistige Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, reproduktive Störungen und vorgeburtliche Schädigungen, einschließlich Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht. Für die meisten Erkrankungen ist Alkohol ein Risikofaktor, der mit zunehmendem Konsum steigt. Innerhalb der ICD-10 Klassifikation finden sich 30 drei- oder vierstelligen diagnostischen Zuordnungen in denen Alkohol einen Namensbestandteil bildet. Es finden sich jedoch auch mehr als 200 dreistellige Diagnosen, in denen Alkohol eine Ursachenkomponente darstellt<sup>4,5</sup>. Alkohol ist somit für einen vorzeitigen Tod und Behinderung bei 12 % aller europäischen Männer und 2 % aller Frauen verantwortlich. Er ist der dritt wichtigste von 26 Risikofaktoren für Krankheitslast, vor Übergewicht/Fettleibigkeit und nach Tabak und Bluthochdruck<sup>13</sup>.

### Wie sehen die Zahlen für Deutschland aus?

Laut dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung (2009) konsumieren in Deutschland 9,5 Mio. Menschen Alkohol in gesundheitlich riskanter Form<sup>14</sup>. Etwa 1,3 Mio. der 18–64-jährigen in Deutschland gelten als alkoholabhängig<sup>16</sup>. Jährlich sterben 73.000 Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums und -missbrauchs allein oder durch den Konsum von Tabak und Alkohol<sup>14</sup>. Man geht davon aus, dass in Deutschland jeder vierte Mann im Alter von

35–65 Jahren an den Folgen des Alkoholkonsums stirbt<sup>15</sup>.

2006 erfüllten 3,8 % (ca. 2 Mio.) der 18–64-jährigen Einwohner Deutschlands die DSM-IV Kriterien für einen Alkoholmissbrauch (3,4 % Männer und 1,2 % der Frauen). 2,4 % erfüllten die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom nach DSM-IV (3,4 % Männer und 1,4 % Frauen)<sup>16</sup>.

Im Jahre 2006 konsumierte durchschnittlich jeder Deutsche 116, l Bier, gefolgt von 20,1 l Wein (Weinkonsum je Einwohner einschl. Wermut- und Kräuterwein, Weinwirtschaftsjahr (01.09.–31.08.), 3,8 l Schaumwein und 5,7 l Spirituosen<sup>12</sup>.

Die Diagnoseklasse F10 (ICD-10) „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ wurde 2003 bei Männern als zweithäufigster Behandlungsanlass in Krankenhäusern nach der chronisch ischämischen Herzkrankheit vergeben [http://www.dhs.de/makeit/cms/cms\_upload/dhs/09-02-fs\_alkohol\_in\_europa\_neu.pdf]. Etwa Zehntausend in Deutschland geborene Babys leiden an den gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums ihrer Mütter während der Schwangerschaft [www.nacoo.de].

Von insgesamt 159.178 aufgeklärten Fällen im Bereich der Gewaltkriminalität 2008 wurden 52.381 Fälle (32,9 %) unter Alkoholeinfluss verübt (2007: 27,0 %). Insbesondere bei schweren und gefährlichen Körperverletzungsdelikten (44.691 Fälle) ist der Anteil der Delikte unter Alkoholeinfluss mit ca. 1/3 sehr hoch (2008: 34,55%; 2007: 34,0%)<sup>17</sup>.

Somit verwundert es nicht, dass die durch vorzeitigen Tod und durch Krankheit verlorenen Lebensjahre durch Alkohol in Deutschland 2004 insgesamt 577.000 DALYs umfassten. Dies entspricht einem Anteil von 12,8 % bei Männern und –0,4 % bei Frauen an allen DALYs 2004<sup>4</sup>.

Bei der Beurteilung der alkoholbedingten Krankheitslast sind insbesondere die Unter-

schiede zwischen den Geschlechtern von Bedeutung, die vor allem auf Grund unterschiedlicher Konsummuster und -volumen entstanden. Während der Einfluss des Alkoholkonsums bei Männern ohne die Berücksichtigung des positiven Effekts bei 738.000 DALYs und netto bei 594.000 DALYs lag, und somit 12,8 % aller deutschlandweiten DALYs für sich beanspruchte, betrug der Einfluss von Alkohol bei Frauen 254.000 DALYs, netto –17.000 DALYs, und somit –0,4 % der gesamten Krankheitslast. Mit anderen Worten, insgesamt verursachte Alkoholkonsum im Jahre 2004 in Deutschland mehr als 10 % der gesamten Krankheitslast bei Männern, wirkte bei Frauen aber leicht protektiv<sup>4</sup>.

Tabelle 1 umfasst die Krankheiten, die maßgeblich zur alkoholbedingten Krankheitslast beitragen (vgl. Tab 1). Bei Männern wie Frauen waren dies vor allem neuropsychiatrische Krankheiten und innerhalb dieser Kategorie vor allem Alkoholabhängigkeit. Es folgen Leberzirrhose (vor allem bei Männern), Krebs (relativ wichtiger bei Frauen) sowie Verletzungen/Unfälle. Bei den protektiven Effekten sind vor allem ischämische Herzkrankheiten zu nennen (vgl. Tab. 1)<sup>4</sup>.

Wenn man den Anteil der durch Alkohol verursachten Krankheitslast der jeweiligen Krankheiten betrachtet, ist diese bei den Leberzirrhosen mit 85% aller DALYs bei Männern und 78% bei Frauen am größten. Es folgen die neuropsychiatrischen Erkrankungen mit einem Anteil von 30 % alkoholassoziierter DALYs bei Männern und 7 % bei Frauen sowie unbeabsichtigten Verletzungen mit 26 % bei Männern und 17 % bei Frauen (vgl. Tab. 1)<sup>4</sup>.

Die alkoholassozierten Erkrankungen spielen jedoch nicht nur bei der durch Alkohol verursachten Krankheitslast eine Rolle, sondern auch bei den verursachten (Krankheits-) Kosten für das Gesundheitssystem.

Für Gesamteuropa beliefen sich die tangiblen (direkten und indirekten) Kosten 2003

Tab. 1: Durch Alkohol verursachte Krankheitslast (in 1.000 DALYs) in Deutschland 2004 (nach Rehm et al. 2009)

	Männer	Frauen
<b>Erkrankungen, auf die Alkohol einen schädigenden Einfluss hat</b>		
Krebs	83 (9%)	63 (8%)
Neuropsychiatrische Erkrankungen	365 (30%)	88 (7%)
Kardiovaskuläre Erkrankungen	35 (3%)	16 (2%)
Leberzirrhosen	141 (85%)	57 (78%)
Verletzungen	113 (26%)	30 (17%)
<b>Alle alkoholassozierten DALYs</b>	<b>738</b>	<b>254</b>
DALYs mit positiven Effekt von Alkohol	-144	-271
<b>All alcohol-attributed net DALYs</b>	<b>594</b>	<b>-17</b>
Anteil alkoholassoziierter DALYs an DALYs Gesamt für Deutschland	12,8%	-0,4%

In Klammern sind die attributiven Anteile der jeweiligen Krankheit in Prozent angegeben. Beispiel 30% aller neuropsychiatrischen Krankheiten bei Männern wurden durch Alkohol verursacht.

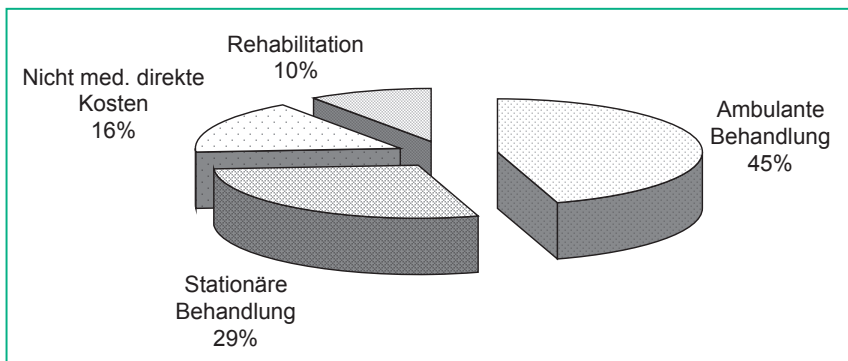


Abb. 2: Anteil der Einzelkosten an den direkter Kosten alkoholassoziierter Erkrankungen in Deutschland 2002 (Konnopka & König 2007)

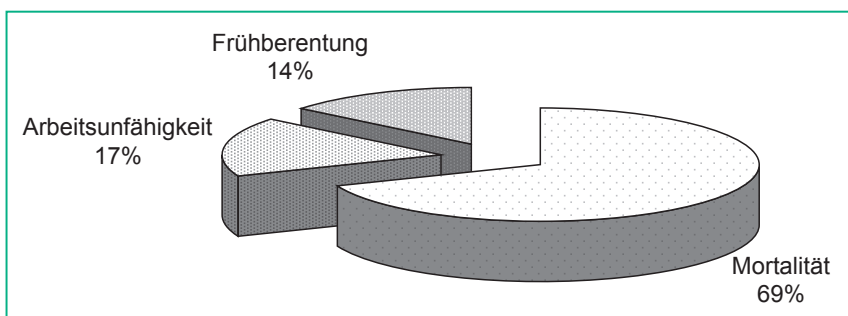


Abb. 3: Anteil der Einzelkosten an den indirekter Kosten alkoholassoziierter Erkrankungen in Deutschland 2002 (Konnopka & König 2007)

auf € 125 Mrd. Sie haben somit einen Anteil von 1,3 % am BIP Europas<sup>5</sup>. Die Gesamtkosten können aufgeschlüsselt werden in Ausgaben auf Grund von Gewaltverbrechen (entstandenen Schaden, Verteidigung, Polizei) mit € 33 Mrd., Schäden durch Verkehrsunfälle (€ 10 Mrd.), Gesundheitsausgaben (€ 17 Mrd.), Behandlungs- und Präventionsausgaben (€ 5 Mrd.), Kosten verursacht durch Mortalität (€ 36 Mrd.), Kosten auf Grund von Abwesenheit am Arbeitsplatz (€ 9 Mrd.) sowie Arbeitslosigkeit (€ 14 Mrd.). Zu diesen klar bezifferbaren Kosten addieren sich die intagiblen Kosten, die die individuellen Kosten von Schmerz, Trauer oder Verlust auf Grund von Alkohol wiedergeben. Sie wurden 2003 auf € 270 Mrd. geschätzt<sup>5</sup>.

Die Gesamtkosten alkoholassoziierter Erkrankungen in Deutschland beliefen sich 2002 auf € 24,4 Mrd.<sup>18</sup>. Dies entspricht einem Anteil von 1,16 % am BIP. Bricht man diese Summe auf die Einwohner Deutschlands nieder, entspricht das in etwa einer Summe von € 296 pro Einwohner. Berücksichtigt man die Verluste auf Grund von Alkoholkonsum bei unbezahlter Arbeit nicht, entstand 2002 ein Schaden von € 18,76 Mrd. oder 0,89 % des BIP. Dies entsprach € 228 pro Einwohner. Von den € 8,4 Mrd. direkten Kosten entfallen € 4,9 Mrd. auf Männer und € 3,47 Mrd. auf Frauen. 2/3 der Kosten (€ 15,9 Mrd.) zählen zu den indirekten Kosten. Die höchsten Kosten entstehen bei Mortalität (€ 10,9 Mrd.), Arbeitsunfähigkeit (€ 2,7 Mrd.) und Frühberentung (€ 2,27 Mrd.)

(vgl. Abb. 2 und Abb. 3). Der Großteil der entstandenen Kosten (70 %) entfallen auf Männer<sup>18,19</sup>.

### Und zukünftig?

Ein riskanter und schädlicher Alkoholkonsum geht mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer alkoholassozierten Krankheit oder Befindlichkeitsstörung einher. Da durch Alkoholkonsum und -missbrauch verursachte Krankheitslasten nachweislich vermeidbar sind, werden effektive Präventionsprogramme benötigt, um risikobehaftetes Konsumverhalten zu ändern.

Obwohl der Hauptanteil der alkoholbedingten Krankheitslast erst im Alter zwischen 40 und 64 Jahren anfällt, sollte Prävention schon frühzeitig beginnen. Neue Studien zeigen, dass der frühe Beginn des Substanzkonsums mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeitsstörung einhergeht<sup>20</sup>. Vor allem die Gruppe der 12–17-jährigen, von der in Deutschland rund ¾ bereits Alkohol konsumiert haben<sup>14</sup>, stellt eine Hochrisikogruppe für ein riskantes Alkoholkonsummuster dar, oft mit Folgen für das spätere Trinkverhalten und daraus entstehende Krankheiten. Es gilt also zum einen, den Zeitpunkt von Alkoholkonsum möglichst lag hinaus zu zögern<sup>20</sup>. Zum anderen gilt es, Rauschtrinken zu vermeiden, das in Deutschland in den letzten Jahren unter Jugendlichen, insbesondere Mädchen, deutlich zugenommen und zu einem deutlichen Anstieg der alkoholbe-

dingten Notfallaufnahmen geführt hat. Wenn dieser Trend anhält, wird sich die alkoholbedingte Krankheitslast der Frauen bald der der Männer angleichen.

Effektive und in die europäische Alkoholpolitik eingebettete nationale Strategien mit einem spezielleren Fokus auf Jugendliche sind daher weiter von Nöten. Dabei sollte bedacht werden, dass Erziehung allein keine Veränderung der alkoholbedingten Folgen erwarten lässt. Hingegen haben sich Maßnahmen wie Besteuerung, andere Beschränkungen der Verfügbarkeit, spezielle Maßnahmen gegen Trunkenheit am Steuer sowie Kurzinterventionen als effektive und kosteneffektive Maßnahmen zur Verringerung von alkoholbedingter Krankheitslast herausgestellt<sup>21</sup> und sollten auch in Deutschland vermehrt eingesetzt werden.

### Referenzen

1. World Health Organization. GLOBAL HEALTH RISKS. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva; 2009.
2. Gmel G, Rehm J. Zusammenfassende Gesundheitsmaße von Sterblichkeit und Krankheit: Der steinige Weg zwischen PYLL, YLD, DALY und HALE. Suchttherapie 2006;7:143-153.
3. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol. Geneva; 2004.
4. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap S, Teerawattananon S, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost. Lancet 2009;2223-2233.
5. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: a public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
6. Seitz HK, Bühringer G, Mann K. Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, ed. Jahrbuch Sucht 2008. Hamm: Neuland, Geesthacht, 2008:205-209.
7. Keil U, Chambless LE, Döring A, Filipiak B, Stieber J. The relation of alcohol intake to coronary heart disease and all-cause mortality in a beer-drinking population. Epidemiology 1997;8:150-156.
8. Rehm J, Greenfield TK, Rogers JD. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking, and all-cause mortality: results from the US National Alcohol Survey. Am J Epidemiol 2001;153:64-71.
9. Ruf E, Ladwig K-H, Baumert J, Meisinger C, Döring A, Wichmann H-E. Protektiver Effekt von Alkohol auf Gesamtmortalität: Missklassifikation oder Confounding psychosozialer Variablen? Ergebnisse der MONICA/KORA Kohortenstudien 1984-2002. In: Medizin und Gesellschaft; 2007 17.09.-21.09.2007; Augsburg; 2007.
10. Leifman H. Estimations of Unrecorded Alcohol Consumption Levels and Trends in 14 European Countries. Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift 2001;18 (English Supplement):54-70.

11. Trolldall B. Alcohol Sales Figures in 15 European Countries: Corrected for Consumption Abroad and Tax-Free Purchases. Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift 2001;18 (English Supplement):71-81.
12. Merfert-Diete C. Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, ed. Jahrbuch Sucht. Hamm: Neuland – Geesthacht, 2008:7-22.
13. Rehm J, Room R, Monteiro R, Gmel G, Graham K, Rehn Tea. Alcohol. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJ, eds. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: WHO, 2004:959-1108.
14. Bundesministerium für Gesundheit. Drogen- und Suchtbericht. Berlin; 2009.
15. Hanke M, John U. Tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2003;128:1387-1390.
16. Pabst A, Kraus L. Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys. Sucht 2008;54(S1):36-46.
17. Bundesministerium des Innern. Polizeiliche Kriminalstatistik 2008. Berlin; 2008.
18. Konnopka A, König HH. Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. Pharmacoeconomics 2007;25(7):605-618.
19. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothisamut J, Lertpitakpong C, Chaikledkaew U. The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2009;4(20).
20. Behrendt S, Wittchen H, Höfler M, Lieb R, Beesdo K. Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? Drug and Alcohol Dependence 2009;99(1-3):68-78.
21. Christholm D, Rehm J, Frick U, Anderson P. Alcohol Policy Cost-effectiveness Briefing Notes for 22 European Countries. London: Institute of Alcohol Studies; 2009.

**Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. Jürgen Rehm  
 Technische Universität Dresden  
 Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 Technische Universität Dresden  
 Chemnitz Str. 46  
 01187 Dresden  
 Tel.: ++49-351-463 39827  
 Fax: ++49 351 463 36984  
 E-Mail: jtrehm@aol.com

**Literaturhinweise**

**Spitzer, M., Bertram, W. (Hrsg.): Hirnforschung für Neu(rol)gierige – Braintertainment 2.0, Stuttgart 2010, ISBN: 978-3-7945-2736-6, 29,95 €**

Ein Autorenteam aus renommierten Neuro- und Geisteswissenschaftlern, Forschern und preisgekrönten Wissenschaftsjournalisten beleuchtet die Funktionen und Leistungen des Gehirns. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, dass das scheinbar „trockene“ Thema in lebendiger und leicht verdaulicher Weise dargestellt wird. Entstanden ist eine brillante Mixtur aus fundierter wissenschaftlicher und anspruchsvoller Unterhaltung, welches Themen behandelt wie „Geschichte der Hirnforschung“, „Wie Bindung das Gehirn verändert“, „Von den Spiegelneuronen zum Mitgefühl“, „Der Mythos vom großen Unterschied zwischen Mann und Frau“, „Wie das Unbewusste arbeitet“, „Psychische und neuronale Selbstorganisation im therapeutischen Prozess“, „Wie therapiert das Gehirn seine Störungen?“, „Moderne Hirnforschung und religiöse Gefühle“ und vieles mehr.

**Heinemann, D.: Die Erbringung sozialer Dienstleistungen durch Dritte nach deutschem und europäischem Vergaberecht, Baden-Baden 2009, ISBN: 978-3-8329-4125-3, 64,00 €**

Die vorliegende Dissertationsarbeit geht der Fragestellung nach, ob soziale Dienstleistungen öffentlich ausgeschrieben werden müssen. Das Buch gliedert sich in folgende Teile:

- Grundlagen der Erbringung sozialer Dienstleistungen,
- die Erbringung sozialer Dienstleistungen in den einzelnen Sozialrechtsbereichen,

- Grundlagen des deutschen und europäischen Vergaberechts,
- vergaberechtliche Einordnung sozialer Dienstleistungen,
- vergaberechtliche Behandlung

Im Fazit kommt die Autorin zum Schluss, dass zwischen Sozial- und Vergaberecht kein unüberwindbarer Gegensatz besteht, sondern diese vielmehr ineinander greifen und sich gegenseitig ergänzen. Alle Sozialleistungsträger sind nach Auffassung der Autorin öffentliche Auftraggeber im Sinne des Vergaberechts. Kein vergaberechtlicher öffentlicher Auftrag liegt nur in solchen Fällen vor, wenn der Leistungserbringer selbst das wirtschaftliche Risiko seiner Tätigkeit trägt und im Wettbewerb um die meisten Sozialberechtigten steht. In diesem Falle wählen die Sozialleistungsberechtigten den Leistungserbringer aus, beauftragen ihn mit der Leistungserbringung und dieser erhält seine Vergütung erst nach tatsächlicher Inanspruchnahme durch den Sozialleistungsberechtigten. Entsprechende Konstellationen sind als Dienstleistungskonzession zu beurteilen, so das Fazit der Autorin.

**Petry, J.: Dysfunktionaler und Pathologischer PC- und Internet-Gebrauch, Göttingen 2010, ISBN: 978-3-8017-2102-2, 26,95 €**

Die virtuelle Medienwelt beinhaltet neben der Chance, eigene kreative Kräfte zu entwickeln, auch die Gefahr, sich in dieser virtuellen Welt zu verlieren. Zum Verständnis des normalen bis zum pathologischen Umgang mit dem PC/Internet beleuchtet der Autor zunächst die kulturhistorischen und medienpsychologischen Hintergründe der

Mediennutzung. Des Weiteren werden die entwicklungspsychologischen und bindungstheoretischen Entstehungsbedingungen für einen selbstschädigenden Umgang mit den neuen Medien behandelt. Der dysfunktionale PC-/Internet-Gebrauch und das pathologische PC-/Internet-Spielen werden ihrem Wesen nach als Spielverhalten verstanden. Vor diesem Hintergrund lässt sich ableiten, wie sich die kindliche Medienkompetenz in einem aktiven, Regeln vermittelnden Erziehungsprozess entwickeln lässt, um negative Folgen zu vermeiden. Zentraler Ansatz des Autors ist die Formulierung eines biopsychosozialen Entstehungs- und Veränderungsmodells zum pathologischen PC-/Internet-Spielen, das medientheoretische, allgemeinpsychologische und klinische Sichtweisen integriert. So wird das klinische Phänomen des pathologischen PC-/Internet-Spielens als Resultat einer dynamischen Wechselwirkung zwischen psychisch anfälligen Personen und den besonderen Anreizen des Mediums PC/Internet beschrieben. Ausführlich dargestellt werden die aktuellen Rahmenbedingungen der Behandlung, die diagnostischen, symptomorientierten und ursachenbezogenen Therapiestrategien sowie die Erfordernisse der Therapeut-Patienten-Beziehung. Enthalten sind des Weiteren Falldarstellungen sowie verschiedenen Instrumente (z.B. Kurzfragebogen, Anamnesebogen, Interviewleitfaden etc.). Grundsätzlich handelt es sich beim pathologischen PC-/Internet-Spielen nach Auffassung des Autors um eine neues komplexes Störungsbild, welches primär eine psychosomatische Behandlung indiziert. Beim Vorliegen einer zusätzlichen komorbiden Abhängigkeitserkrankung sollte die Behandlung hingegen in einer Entwöhnungseinrichtung erfolgen.