



Kernaussagen

- ▶ Häufiger Alkoholkonsum im Jugendalter ist mit Gesundheits- und Entwicklungsrisiken verbunden und erhöht die Wahrscheinlichkeit problematischen Alkoholkonsums und der damit einhergehenden Folgen im späteren Leben.
- ▶ Jungen weisen sowohl beim regelmäßigen Alkoholkonsum als auch beim Rauschtrinken höhere Prävalenzen auf als Mädchen.
- ▶ Die vorliegenden Studien sprechen dafür, dass der Alkoholkonsum bei Jugendlichen in den letzten Jahren zurückgegangen ist.
- ▶ Das durchschnittliche Alter beim ersten Alkoholkonsum und beim Erleben des ersten Alkoholrauschs ist angestiegen.
- ▶ 2013 wurden deutlich weniger Kinder und Jugendliche mit akuter Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt als im Vorjahr; die Fallzahlen liegen jedoch noch immer rund doppelt so hoch wie zu Beginn der 2000er Jahre.
- ▶ Präventionsmaßnahmen können dazu beitragen, den Alkoholkonsum bei Jugendlichen und in der Gesamtbevölkerung zu reduzieren.

Alkoholkonsum bei Jugendlichen - Aktuelle Ergebnisse und Trends

Regelmäßiger Alkoholkonsum gefährdet die Gesundheit und geht mit einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen einher. Zu den Krankheiten, für die ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol belegt ist, zählen Leberzirrhose, Hirnschädigungen, Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und der Magenschleimhaut sowie verschiedene Krebserkrankungen. Zudem steigt unter Alkoholeinfluss die Unfallgefahr und die Wahrscheinlichkeit von Gewalthandlungen (Rehm et al. 2010, Anderson et al. 2012, Gaertner et al. 2015).

Nach Hochrechnungen aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 weisen knapp 3,4 Millionen Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren eine alkoholbezogene Störung auf und erfüllen damit entweder die Kriterien für Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit (Pabst et al. 2013). Schätzungen gehen von bis zu 74.000 Personen aus, die in Deutschland pro Jahr an den Folgen ihres Alkoholkonsums sterben (John, Hanke 2002). Allein an Krankheiten, für deren Entstehung einzig der Konsum von Alkohol verantwortlich gemacht werden kann, starben laut Todesursachenstatistik 2013 rund 15.000 Personen (Statistisches Bundesamt 2015a). Fast 400.000 Personen mussten im gleichen Jahr aufgrund von ausschließlich alkoholbedingten Erkrankungen stationär behandelt werden (Statistisches Bundesamt 2015b). Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums, die durch die Versorgung alkoholassoziierter Erkrankungen oder konsumbedingte Produktivitätsausfälle entstehen, belaufen sich Schätzungen zufolge auf 26,7 Milliarden Euro jährlich (Adams, Effertz 2011).

Im Folgenden gilt das Interesse dem Alkoholkonsum im Jugendalter, da Jugendliche als wichtigste Zielgruppe der Alkoholprävention angesehen werden können. Einstellungen zum Alkohol, Trinkmotive und Konsummuster, die sich im Jugendalter ausbilden, haben häufig noch im Erwachsenenalter Bestand. Studien deuten darauf hin, dass ein früher Einstieg und regelmäßiger Alkoholkonsum in jungen Jahren die Wahrscheinlichkeit problematischen Alkoholkonsums im späteren Leben und das Risiko für eine Alkoholabhängigkeit erhöht (Dawson et al. 2008, Rossow, Kuntsche 2013).

Um die Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen zu beschreiben, kann auf die Ergebnisse mehrerer bevölkerungsweiter Studien zurückgegriffen werden (Infokasten). Besonders detailliert wird der Alkoholkonsum in den Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (BZgA 2014a) und der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) (Kraus et al. 2011) des Instituts für Therapieforschung (IFT) erfasst. Angaben zum Alkoholkonsum werden auch in der vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutsch-

land (KiGGS) (Lampert, Thamm 2007, Lampert et al. 2014) und der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geförderten Studie »Health Behaviour in School-aged Children« (HBSC) (Currie et al. 2012, Richter et al. 2012) erhoben. Da alle Studien wiederholt durchgeführt werden, können neben Ergebnissen zur aktuellen Verbreitung auch Aussagen zur zeitlichen Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen getroffen werden. Als ergänzende Datenquelle wird die Krankenhausdiagnosestatistik herangezogen, die Auskunft darüber erteilt, wie viele Jugendliche pro Jahr mit akuter Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt werden (Statistisches Bundesamt 2015c).

Die vorliegende Ausgabe von GBE kompakt erscheint anlässlich der **Aktionswoche Alkohol** (13. bis 21. Juni 2015), die in diesem Jahr bereits zum fünften Mal stattfindet. Ziel der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) koordinierten Präventionskampagne ist es, das Motto »Alkohol? Weniger ist besser!« in die Öffentlichkeit zu tragen und die Bevölkerung für die gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen übermäßigen Alkoholkonsums zu sensibilisieren (DHS 2015). Einen weiteren aktuellen Anknüpfungs- und Bezugspunkt stellt das Gesundheitsziel »Alkoholkonsum reduzieren« dar, das kürzlich im Rahmen des nationalen Gesundheitszieleprozesses (www.gesundheitsziele.de) veröffentlicht wurde (GVG 2015).

Verbreitung des Alkoholkonsums

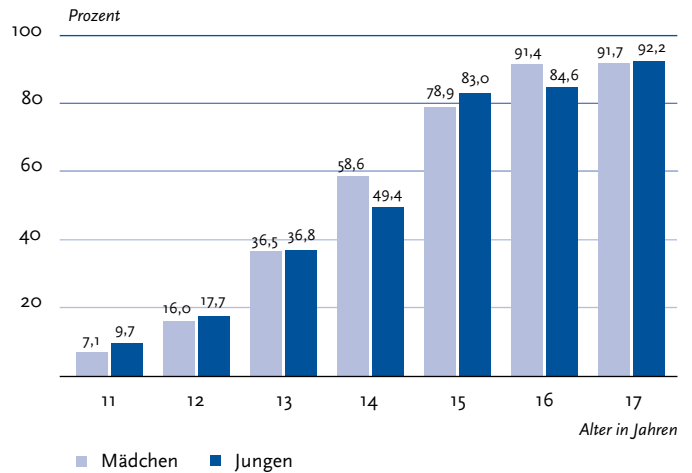
Nach Daten von KiGGS Welle 1 haben mit 54,4% mehr als die Hälfte der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland schon einmal Alkohol getrunken (Lampert et al. 2014). Während von den 11-Jährigen in etwa jeder zwölfte schon einmal Alkohol getrunken hat, gilt dies bei den 13-Jährigen bereits für mehr als jeden dritten und bei den 14-Jährigen für jeden zweiten Jugendlichen. Bei den 17-Jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums bei über 90% (Abbildung 1).

In dem von der BZgA durchgeführten Alkoholsurvey 2012 wurden neben der Lebenszeitprävalenz auch Informationen zum Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten bzw. 30 Tagen vor der Befragung erhoben (BZgA 2014a). Demnach haben 69,3% der 12- bis 17-Jährigen jemals, 60,4% in den letzten 12 Monaten und 41,1% auch in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Die Jugendlichen, die bereits Erfahrungen mit dem Konsum von Alkohol gemacht haben, waren im Durchschnitt 13,8 Jahre alt, als sie das erste Glas Alkohol getrunken haben.

Sowohl die KiGGS- als auch die BZgA-Daten belegen, dass sich Mädchen und Jungen bei den hier betrachteten Indikatoren des Alkoholkonsums kaum unterscheiden. Lediglich beim Durchschnittsalter des Erstkonsums zeigt sich auf Grundlage der BZgA-Daten, dass Mädchen mit 14,0 Jahren rund 5 Monate älter waren als Jungen mit 13,6 Jahren (BZgA 2014a).

Abbildung 1
Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen

Datenquelle: KiGGS Welle 1 (2009–2012), Lampert et al. 2014



Regelmäßiger Konsum und Getränkepräferenzen

Deutlich stärkere Geschlechtsunterschiede zeichnen sich bei der Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums ab (Lampert, Thamm 2007, Richter et al. 2012, BZgA 2014a). Den BZgA-Daten zufolge liegt der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal pro Woche Alkohol getrunken haben, bei Jungen mit 18,0% doppelt so hoch wie bei Mädchen mit 9,0% (BZgA 2014a). Auch die Daten der aktuellen HBSC-Studie belegen, dass ein wöchentlicher Konsum alkoholischer Getränke bei 11- bis 15-jährigen Jungen mit 11,3% gegenüber 6,2% deutlich häufiger anzutreffen ist als bei gleichaltrigen Mädchen (HBSC-Team Deutschland 2012, Richter et al. 2012).

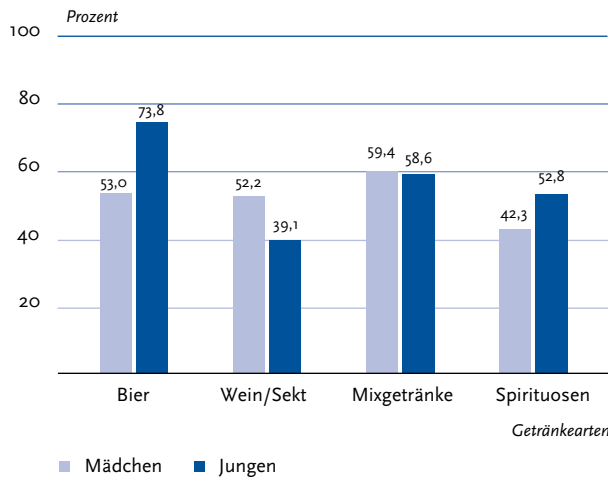
Mädchen und Jungen unterscheiden sich zudem mit Blick auf die bevorzugt konsumierten Getränkegruppen (Lampert, Thamm 2007, Kraus et al. 2011, HBSC-Team Deutschland 2012). In der ESPAD-Studie 2011 wurden 15- und 16-jährige Schülerinnen und Schüler gefragt, welche Getränkearten sie in den letzten 30 Tagen vor der Befragung konsumiert haben. Während ein deutlich höherer Anteil der Jungen angab, Bier und Spirituosen getrunken zu haben, ist der Konsum von Wein und Sekt bei Mädchen häufiger anzutreffen. Lediglich bei Mixgetränken zeigen sich keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede in der 30-Tage-Prävalenz des Konsums (Abbildung 2).

Konsum gesundheitlich riskanter Alkoholmengen

Jugendliche sollten den Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zufolge Alkohol weitgehend meiden (Seitz et al. 2008). Grenzwerte für risikoarmen Konsum existieren daher für sie nicht. Bei Erwachsenen gelten tägliche Konsummengen von mehr als 24 Gramm Reinalkohol bei Männern und 12 Gramm Reinalkohol bei Frauen als gesundheitsriskant. Diese Schwellenwerte werden bei Männern bei täglichem

Abbildung 2
30-Tage-Prävalenz des Konsums verschiedener Getränkearten bei 15- und 16-jährigen Jugendlichen

Datenquelle: ESPAD-Studie 2011, Kraus et al. 2011



Konsum von z. B. 0,5–0,6 Liter Bier oder rund einem viertel Liter Wein erreicht, bei Frauen genügt bereits die Hälfte der jeweiligen Menge an Bier bzw. Wein. In bevölkerungsbezogenen Studien wird die konsumierte Alkoholmenge zumeist über einen getränkesspezifischen Menge-Frequenz-Index erfasst, wobei neben der Anzahl der Konsumtage und der Konsummengen auch der durchschnittliche Alkoholgehalt der unterschiedlichen Getränkearten in die Berechnung der durchschnittlichen Alkoholmenge pro Tag einfließt (BZgA 2014a).

Wie die BZgA-Daten zeigen, konsumieren rund 5% der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen Alkoholmengen, die für Erwachsene als gesundheitsriskant gelten. Auf Jungen trifft dies deutlich häufiger zu als auf Mädchen (6,3% gegenüber 3,9%). Bei den 16- bis 17-Jährigen kommen die geschlechtsspezifischen Unterschiede besonders deutlich zum Tragen (Jungen: 16,6%, Mädchen: 8,9%) (BZgA 2014a). Allerdings sind die Ergebnisse zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden in den verschiedenen Studien nicht einheitlich, was unter anderem mit der unterschiedlichen Erfassung des riskanten Alkoholkonsums und den differierenden Altersgruppen zusammenhängt. So sind die Geschlechtsunterschiede in der aktuellen ESPAD-Studie weniger stark ausgeprägt. Außerdem deuten sie auf ein umgekehrtes Verteilungsmuster hin: Bei 15- bis 16-jährigen Mädchen lagen 11,1% über dem geschlechtsspezifischen Schwellenwert für risikoarmen Alkoholkonsum, bei gleichaltrigen Jungen erreichten 9,1% entsprechend hohe Trinkmengen (Kraus et al. 2011).

In KiGGS Welle 1 wurde zur Erfassung des riskanten Alkoholkonsums das aus drei Fragen bestehende AUDIT-C-Instrument eingesetzt (Infokasten). Werden auch hier die in der Regel bei Erwachsenen verwendeten Grenzwerte herangezogen, ist bei insgesamt 15,8% der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen riskanter Alkoholkonsum festzustellen (Lampert et al. 2014). Auffällige Unterschiede zwischen Mädchen (16,5%) und Jungen (15,1%) bestehen nicht. Bei beiden Geschlechtern

zeichnet sich im Altersgang eine deutliche Zunahme des riskanten Alkoholkonsums ab (Abbildung 3).

Epidemiologische Studien zur Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen in Deutschland

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

<i>Datenhalter:</i>	Robert Koch-Institut
<i>Teilnehmerzahl:</i>	17.641 (KiGGS-Basiserhebung), 12.368 (KiGGS Welle 1)
<i>Alter:</i>	0 bis 17 Jahre
<i>Erhebungsturnus:</i>	KiGGS-Basis (2003-2006), KiGGS Welle 1 (2009-2012), KiGGS Welle 2 (2014-2016)
<i>Besonderheit:</i>	Verknüpfung mit weiteren Gesundheitsthemen; Längsschnitt
<i>Weitere Informationen:</i>	www.kiggs-studie.de

Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

<i>Datenhalter:</i>	BZgA
<i>Teilnehmerzahl:</i>	ca. 5.000
<i>Alter:</i>	12-25 Jahre, getrennte Darstellung für Jugendliche (12-17 Jahre) und junge Erwachsene (18-25 Jahre)
<i>Erhebungsturnus:</i>	regelmäßig seit 1973; zuletzt 2012
<i>Besonderheit:</i>	Lange Zeitreihen; zusätzliche Berücksichtigung junger Erwachsener
<i>Weitere Informationen:</i>	www.bzga.de

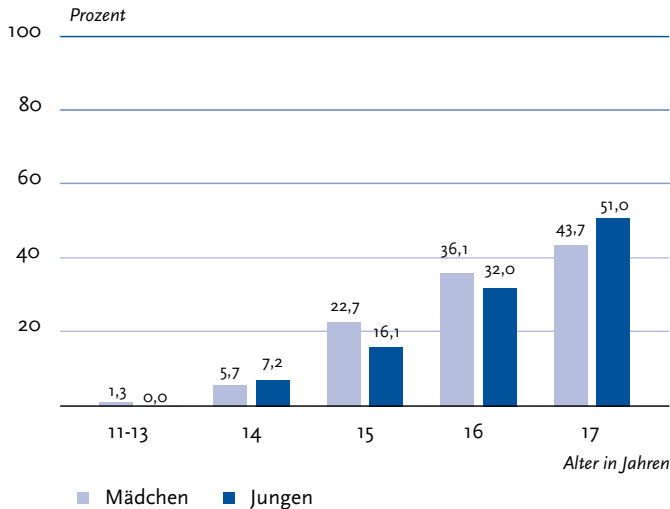
Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)

<i>Datenhalter:</i>	Institut für Therapieforchung (IFT)
<i>Teilnehmerzahl:</i>	ca. 6.000
<i>Alter:</i>	15 bis 16 Jahre
<i>Erhebungsturnus:</i>	seit 1995 alle vier Jahre; deutsche Beteiligung seit 2003 (fünf Bundesländer); zuletzt 2011
<i>Besonderheit:</i>	internationaler Vergleich
<i>Weitere Informationen:</i>	www.espad.org , www.ift.de

Studie »Health Behaviour in School-aged Children« (HBSC)

<i>Datenhalter:</i>	HBSC-Studienverbund Deutschland, Koordination: Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg
<i>Teilnehmerzahl:</i>	ca. 5.000
<i>Alter:</i>	11 bis 15 Jahre
<i>Erhebungsturnus:</i>	seit 1982 alle vier Jahre; deutsche Beteiligung seit 1993/94 (zunächst nur NRW); zuletzt 2009/2010 (15 Bundesländer)
<i>Besonderheit:</i>	internationaler Vergleich
<i>Weitere Informationen:</i>	www.hbsc-germany.de , www.hbsc.org.de

Abbildung 3
 Anteil der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum
 (AUDIT-C-Gesamtwert: ≥ 4 (Mädchen) bzw. ≥ 5 (Jungen))
 Datenquelle: KiGGS Welle 1 (2009-2012), Lampert et al. 2014



Rauschtrinken und Rauscherfahrungen

Episodisch exzessiver Alkoholkonsum wird auch als Rauschtrinken (binge drinking) bezeichnet (Stolle et al. 2009). Je nach Definition wird Rauschtrinken bei Personen unterstellt, die bei einer Gelegenheit (z. B. auf einer Party) mehr als eine bestimmte Menge an alkoholischen Getränken konsumieren (Kraus et al. 2011, BZgA 2014a, Lampert et al. 2014). In KiGGS Welle 1 wird von regelmäßigem Rauschtrinken ausgegangen, wenn Jugendliche mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken haben. Der Anteil der 11- bis 17-jährigen, die regelmäßiges Rauschtrinken praktizieren, liegt insgesamt bei 11,5 % und steigt mit zunehmendem Alter stark an (Lampert et al. 2014). In der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen ist regelmäßiges Rauschtrinken bei Jungen mit 23,2 % im Vergleich zu 16,5 % stärker verbreitet als bei Mädchen.

In der ESPAD-Studie wird Rauschtrinken definiert als der Konsum von fünf oder mehr Einheiten Alkohol bei einer Gelegenheit. In den letzten 30 Tagen hat mehr als die Hälfte der befragten 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schüler mindestens einmal entsprechend viel Alkohol getrunken. Rund ein Drittel der Jungen und ein Fünftel der Mädchen berichten davon, sogar dreimal oder noch häufiger in diesem Zeitraum jeweils fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit konsumiert zu haben (Abbildung 4).

Subjektiv erlebte Rauscherfahrungen werden mitunter ebenfalls als Indikator für problematischen Alkoholkonsum herangezogen. Die Ergebnisse der HBSC-Studie belegen, dass wiederholte (2 oder mehr) Rauscherfahrungen von 13- und 15-jährigen Jungen häufiger berichtet werden als von gleichaltrigen Mädchen (HBSC-Team Deutschland 2011, Richter et al. 2012). Laut ESPAD-Studie war mehr als die Hälfte der 15- und 16-jährigen mindestens einmal in ihrem Leben bzw. in den letzten 12 Monaten betrunken (Kraus et al. 2011). Mehr als jeder vierte Junge (26,3 %) und rund jedes

Erfassung des riskanten Alkoholkonsums in KiGGS Welle 1

Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums wurden in KiGGS Welle 1 mithilfe des AUDIT-C-Instruments erhoben (Bush et al. 1998, Rumpf et al. 2013). Hierbei handelt es sich um einen Kurzfragebogen des im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), der auch in den Erwachsenenengesundheitssurveys am RKI eingesetzt wird (Hapke et al. 2013).

Die drei Fragen des AUDIT-C-Instruments lauten:

»Wie oft nimmst du ein alkoholisches Getränk zu dir?«
 Antwortkategorien: »Nie«, »Einmal pro Monat oder seltener«, »2 bis 4 mal im Monat«, »2 bis 3 mal pro Woche«, »4 mal pro Woche oder öfter«

»Wenn du Alkohol trinkst, wie viele alkoholische Getränke trinkst du dann üblicherweise an einem Tag?«
 Antwortkategorien: »1 bis 2«, »3 bis 4«, »5 bis 6«, »7 bis 9«, »10 oder mehr alkoholische Getränke«

»Wie oft trinkst du sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, z. B. auf einer Party?«
 Antwortkategorien: »Nie«, »Seltener als einmal im Monat«, »Jeden Monat«, »Jede Woche«, »Jeden Tag oder fast jeden Tag«

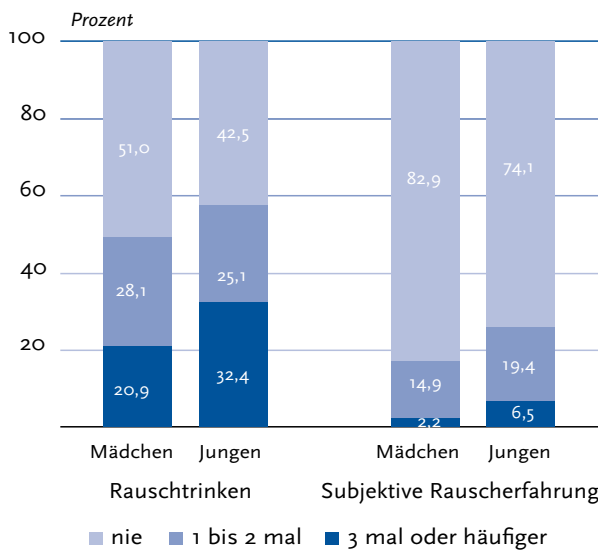
Zu den Fragen wurde jeweils der Hinweis gegeben, dass mit einem alkoholischen Getränk zum Beispiel eine kleine Flasche Bier (0,33 l), ein kleines Glas Wein (0,125 l) oder ein doppelter Schnaps (0,04 l) gemeint ist (Lampert et al. 2014). Entsprechend der Instrumentenvorgaben wurden die Antwortkategorien der drei Einzelfragen jeweils aufsteigend mit Punktwerten von 0 bis 4 versehen und anschließend aufsummiert. Die Spannweite des auf diese Weise gebildeten Summenscores reicht demnach von 0 bis 12. Von riskantem Alkoholkonsum ist bei einem AUDIT-C-Gesamtwert von ≥ 4 bei Mädchen und ≥ 5 bei Jungen auszugehen (Gual et al. 2002, Reinert, Allen 2007).

sechste Mädchen (17,4 %) berichtet von mindestens einem Trunkenheitserlebnis in den letzten 30 Tagen. 6,5 % der Jungen und 2,2 % der Mädchen geben an, mindestens dreimal in diesem relativ kurzen Zeitraum betrunken gewesen zu sein (Abbildung 4).

Bei Gegenüberstellung der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens und der 30-Tage-Prävalenz der subjektiv erlebten Rauscherfahrung, fällt auf, dass mehr als die Hälfte der Jugendlichen, die Rauschtrinken praktiziert haben, nach eigener Auffassung nicht betrunken waren. Diese Diskrepanz spiegelt sich auch in den BZgA-Daten wider (BZgA 2014a). Im Alkoholsurvey 2012 gaben 8,1 % der 12- bis 17-jährigen Jungen und 4,9 % der gleichaltrigen Mädchen an, innerhalb der letzten 30 Tage betrunken gewesen zu sein, jedoch hatten 18,7 % der Jungen und 16,1 % der Mädchen im gleichen Zeitraum mehr als fünf bzw. mehr als vier alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit konsumiert. Das Durchschnittsalter, in dem 12- bis 17-Jährige mit Rauscherfahrungen

Abbildung 4
30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens und der subjektiven Rauscherfahrung bei 15- und 16-jährigen Jugendlichen

Datenquelle: ESPAD-Studie 2011, Kraus et al. 2011



gen zum ersten Mal betrunken waren, liegt bei Mädchen wie Jungen bei 14,9 Jahren (BZgA 2014a).

Soziale Determinanten des Alkoholkonsums

Für die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen werden Informationen darüber benötigt, inwieweit sich mit Blick auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen soziale Unterschiede abzeichnen. Soziale Merkmale, die in diesem Zusammenhang betrachtet werden können, sind z. B. der soziale Status bzw. das Wohlstandsniveau der Herkunftsfamilie, die besuchte Schulform der Jugendlichen oder der Migrationshintergrund. Insgesamt zeigen die vorliegenden Studienergebnisse, dass anders als z. B. beim Tabakkonsum für die Mehrzahl der Indikatoren des Alkoholkonsums im Jugendalter keine oder nur geringe bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede festgestellt werden können (Lampert, Thamm 2007, Kraus et al. 2011, Richter et al. 2013, BZgA 2014a, Lampert et al. 2014).

Der soziale Status der Herkunftsfamilie, der sich aus Angaben der Eltern zu Bildung, Beruf und Einkommen zusammensetzt, steht demnach weder mit dem in der KiGGS-Basiserhebung untersuchten regelmäßigen Alkoholkonsum in Zusammenhang (Lampert, Thamm 2007) noch mit dem in KiGGS Welle 1 betrachteten Risikokonsum oder dem regelmäßigen Rauschtrinken (Lampert et al. 2014). Lediglich bei der Lebenszeitprävalenz sprechen die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 dafür, dass Jugendliche mit hohem Sozialstatus häufiger schon einmal Alkohol getrunken haben als jene mit niedrigem Sozialstatus. Den HBSC-Daten zufolge ist der Anteil der 15-jährigen Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol trinken, ebenfalls bei jenen aus wohlhabenden Familien etwas größer als bei Gleichaltrigen aus weniger wohlhabenden Familien (HBSC-Team Deutschland 2012,

Richter et al. 2013).

Die Ergebnisse zur Bedeutung der weiterführenden Schulform der Jugendlichen sind ebenfalls nicht immer eindeutig und hängen mitunter vom Indikator des Alkoholkonsums, dem Alter und dem Geschlecht der Jugendlichen sowie der jeweiligen Studie ab (Lampert, Thamm 2007, Kohler et al. 2009, Kraus et al. 2011, Orth, Töppich 2012, BZgA 2014a). Während sich in der HBSC-Studie und den BZgA-Erhebungen kaum Schulformunterschiede im Alkoholkonsum abzeichnen (Orth, Töppich 2012, Richter et al. 2013, BZgA 2014a), sprechen die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung dafür, dass 14- bis 17-jährige Jungen, die eine Haupt- oder Realschule besuchen, häufiger regelmäßig Alkohol trinken als Gymnasiasten (Lampert, Thamm 2007). Auch die Ergebnisse der ESPAD-Studie weisen darauf hin, dass der Anteil der 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schüler, die in den letzten 30 Tagen mindestens dreimal Rauschtrinken praktiziert haben, an Haupt- und Realschulen mit 33,2 % bzw. 29,8 % größer ist als an Gymnasien (21,8 %) und Gesamtschulen (20,5 %) (Kraus et al. 2011).

Jugendliche mit Migrationshintergrund trinken seltener und weniger Alkohol als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund (Lampert, Thamm 2007, Kohler et al. 2009, Orth, Töppich 2012, BZgA 2014a). Dies gilt insbesondere für jene mit beidseitigem Migrationshintergrund (RKI 2008, Kolip et al. 2012). Diese sind entweder selbst nach Deutschland zugewandert und haben mindestens ein im Ausland geborenes Elternteil oder beide Eltern sind in einem anderen Land geboren bzw. haben nicht die deutsche Staatsangehörigkeit (RKI 2008). Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund, für die dies nur auf ein Elternteil zutrifft, ähneln hingegen in ihrem Trinkverhalten eher jenen ohne Migrationshintergrund. Während den Daten der KiGGS-Basiserhebung zufolge lediglich 17,9 % der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund regelmäßig Alkohol trinken, gilt dies für 33,6 % der Jugendlichen mit einseitigem und sogar 40,8 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (RKI 2008, Kohler et al. 2009). Weiterführende Analysen der KiGGS-Daten zeigen, dass insbesondere Jugendliche aus islamisch geprägten Ländern wie der Türkei vergleichsweise selten Alkohol trinken (RKI 2008). Auch die BZgA-Daten bestätigen, dass Jugendliche aus diesen Herkunftsländern häufiger abstinent leben und ein deutlich geringerer Anteil von ihnen zum Konsum riskanter Alkoholmengen und zum Rauschtrinken neigt (Orth, Töppich 2012, BZgA 2014a).

Zeitliche Entwicklung unter Berücksichtigung der Krankenhausdiagnostik

Auf Befragungsdaten beruhende Studien weisen weitestgehend konsistent darauf hin, dass mittlerweile weniger Jugendliche in Deutschland Alkohol trinken als noch vor einigen Jahren (Kraus et al. 2011, Richter et al. 2012, BZgA 2014). Dies lässt sich an verschiedenen Indikatoren festmachen. Der KiGGS-Studie zufolge ist der Anteil der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen, die jemals Alkohol getrunken

haben, im Zeitraum von 2003–2006 bis 2009–2012 von 62,8% auf 54,4% zurückgegangen (Lampert et al. 2014). Auch auf Basis der BZgA- und ESPAD-Daten zeichnet sich ein deutlicher Rückgang in der Lebenszeitprävalenz sowie in der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz ab (Kraus et al. 2011, BZgA 2014a). Gleichzeitig ist das Durchschnittsalter der 12- bis 17-Jährigen beim Erstkonsum von Alkohol von 2004 bis 2012 um fast ein Jahr von 13,0 auf 13,8 Jahre angestiegen (BZgA 2014a).

Für Aussagen zum regelmäßigen Alkoholkonsum kann mit den BZgA-Daten ein Zeitraum von mehr als 30 Jahren überblickt werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass sich die Werte bis 1990 nur auf die alten Bundesländer beziehen (Abbildung 5). Der Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die regelmäßig Alkohol trinken, hat sich bis zum Jahr 1997 zunächst deutlich verringert. Nach einem neuerlichen Anstieg bis 2007 sind die Prävalenzen seither bei Jungen etwa auf den Ausgangswert von 1997, bei Mädchen sogar auf ein noch niedrigeres Niveau gesunken.

Ein Trend hin zu niedrigeren Prävalenzen lässt sich auch für den Konsum riskanter Alkoholmengen und für das regelmäßige Rauschtrinken belegen (Kraus et al. 2011, BZgA 2014a). Während 2007 noch 20,0% der 12- bis 17-jährigen Mädchen und 30,7% der gleichaltrigen Jungen angaben, innerhalb der letzten 30 Tage mindestens einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken zu haben, waren es zuletzt nur noch 10,5% der Mädchen und 18,7% der Jungen (Abbildung 6) (BZgA 2014a). Auch der Anteil der 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die von zwei oder mehr alkoholbedingten Rauscherfahrungen im Leben berichten, war den HBSC-Daten zufolge im

Jahr 2002 signifikant höher als 2010 (Richter et al. 2012). Zu diesem Befund passt, dass sich das Durchschnittsalter beim ersten Alkoholrausch bei beiden Geschlechtern im Zeitraum von 2004 bis 2012 von rund 14,3 Jahren auf 14,9 Jahre erhöht hat (BZgA 2014a).

Die Krankenhausdiagnosestatistik erteilt Auskunft darüber, wie sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen entwickelt hat, die aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation in einem Krankenhaus stationär versorgt werden mussten (Statistisches Bundesamt 2015c). Während im Jahr 2000 in der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen knapp unter 10.000 Fälle mit akuter Alkoholvergiftung registriert wurden, stieg diese Zahl bis zum Jahr 2008 sukzessive an (Abbildung 7).

Von 2008 bis 2012 wurden pro Jahr rund 26.000 Kinder und Jugendliche und damit mehr als doppelt so viele wie zu Beginn der 2000er Jahre mit der Diagnose »akute Alkoholintoxikation« im Krankenhaus behandelt. Im Jahr 2013 war erstmals seit Beginn der Zeitreihe ein deutlicher Rückgang der Fallzahlen um rund 13% gegenüber dem Vorjahr zu beobachten. Die Entwicklung verlief bei Mädchen und Jungen weitestgehend parallel, wobei mit einem Gesamtanteil von rund 60% in jedem Jahr mehr Jungen als Mädchen mit Alkoholvergiftung versorgt werden mussten. Der Rückgang der Fallzahlen in 2013 fiel jedoch bei Mädchen (-7,6%) deutlich schwächer aus als bei Jungen (-16,1%) (Abbildung 7).

Internationaler Vergleich

Nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Ländern sind die Alkoholkonsumraten bei Jugendlichen in den letzten zehn Jahren zurückgegangen (Johnston et al.

Abbildung 5

Zeitliche Entwicklung des regelmäßigen Alkoholkonsums (mindestens einmal pro Woche in den letzten 12 Monaten) bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren

Datenquelle: BZgA-Repräsentativerhebungen 1979–2012 (BZgA 2014a)

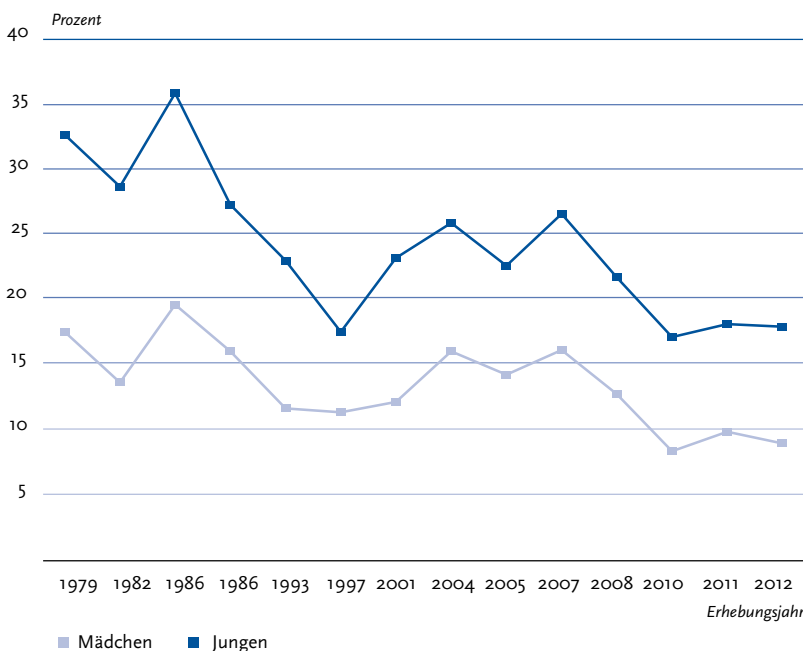
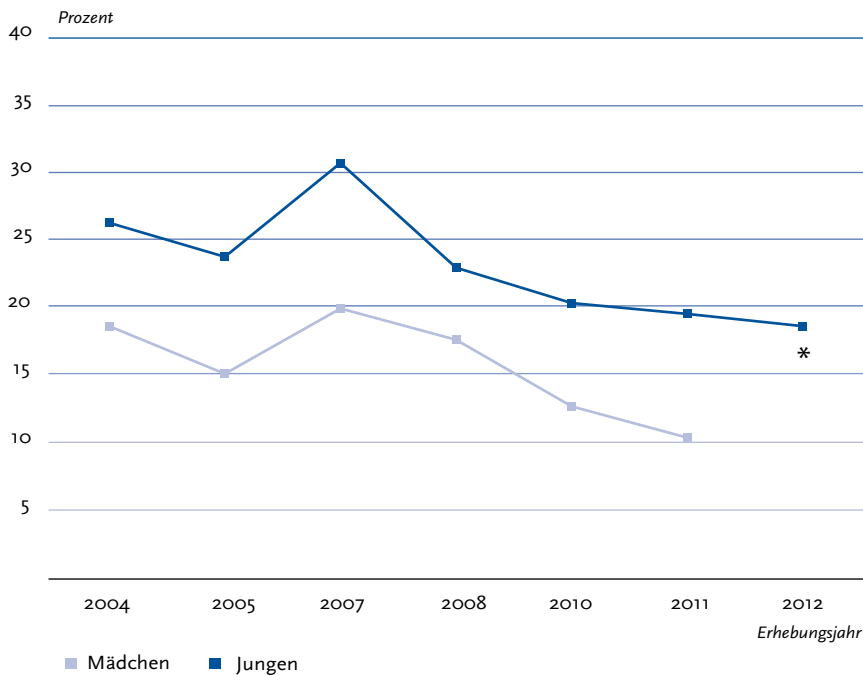


Abbildung 6
Zeitliche Entwicklung der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren

Datenquelle: BZgA-Repräsentativerhebungen 2004–2012, BZgA 2014a



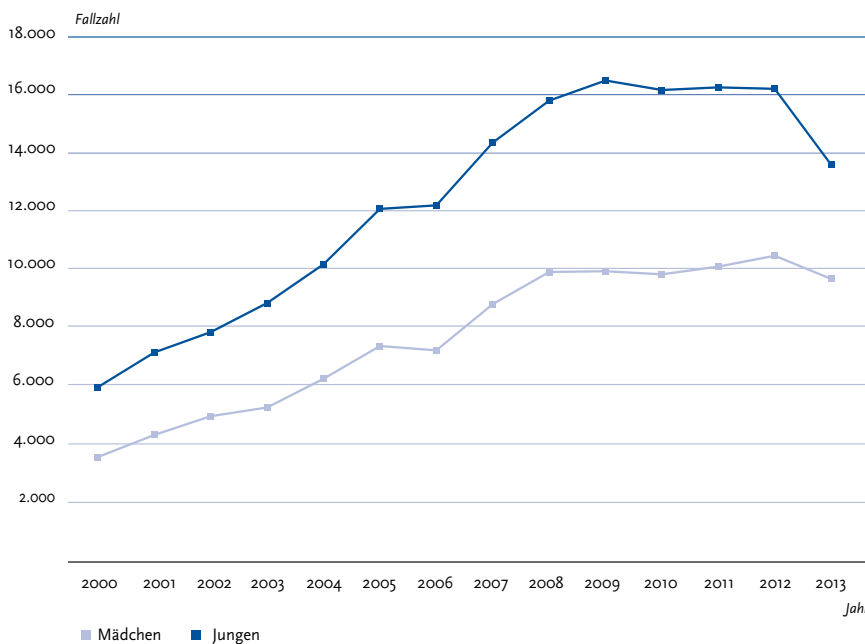
* Seit 2012 erhebt die BZgA Rauschtrinken bei Mädchen nur noch mit veränderten Grenzwerten (≥ 4 anstatt ≥ 5 Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit); die Prävalenz von 16,1% (2012) ist daher nicht mit den Werten aus den Vorjahren vergleichbar.

2014, Livingston 2014). So ist der Anteil 11- bis 15-jähriger Schülerinnen und Schüler, die bereits regelmäßig wöchentlich Alkohol trinken, in 20 von 28 untersuchten Teilneh-

merländern der HBSC-Studie im Zeitraum von 2002 bis 2010 gesunken (Looze et al. 2015). Auf Basis der ESPAD-Daten lässt sich mit Blick auf die Lebenszeit-, 12-Monats- und

Abbildung 7
Zeitliche Entwicklung der wegen akuter Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelten Kinder und Jugendlichen im Alter von 10 bis 19 Jahren

Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2000 bis 2013, Statistisches Bundesamt 2015c



30-Tage-Prävalenz für den Zeitraum von 2003 bis 2011 über alle Teilnehmerländer hinweg ein Rückgang von drei bis sieben Prozentpunkte feststellen (Hibell et al. 2012).

Der internationale Vergleich zeigt, dass der Anteil der Jugendlichen, die Alkohol trinken, in Deutschland relativ hoch ist (Steketee et al. 2013, Soellner et al. 2014). Den Daten der ESPAD-Studie 2011 zufolge, die einen Vergleich von insgesamt 36 europäischen Ländern ermöglicht, werden lediglich in Tschechien und Dänemark noch höhere 12-Monats-

bzw. 30-Tage-Prävalenzen des Alkoholkonsums erreicht als in Deutschland (Hibell et al. 2012). Bei anderen Indikatoren wie dem regelmäßigen Alkoholkonsum oder wiederholten subjektiven Rauscherfahrungen, die in der HBSC-Studie 2010 berichtet werden, liegt Deutschland im Mittelfeld aller Teilnehmerländer (Currie et al. 2012). So ist der Anteil der 15-jährigen Jugendlichen, die mindestens einmal in der Woche Alkohol trinken bzw. bereits mehr als zweimal in ihrem Leben betrunken waren, bei Mädchen in Deutschland

Tabelle 1

Anteil der 15-jährigen Jugendlichen, die mindestens einmal in der Woche Alkohol trinken bzw. bereits mehr als zweimal betrunken waren, im internationalen Vergleich

Datenquelle: HBSC-Studie 2009/2010, Currie et al. 2012

Land / Region	Wöchentlicher Alkoholkonsum (in %)		Rauscherfahrungen (mind. 2-mal) (in %)	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Tschechien	33	44	40	46
Griechenland	34	43	19	26
Ukraine	30	44	24	38
Kroatien	27	43	26	44
Österreich	28	37	31	39
Italien	26	39	14	19
Wales	29	35	50	47
Schottland	25	29	46	40
Slowenien	20	33	36	45
England	22	31	43	38
Ungarn	20	32	35	47
Belgien (flämischsprachig)	16	32	23	32
Belgien (französischsprachig)	20	27	23	25
Rumänien	11	36	18	47
Lettland	21	26	42	51
Spanien	22	23	36	31
Slowakei	16	28	31	39
Dänemark	17	26	56	55
Deutschland	15	28	27	35
Niederlande	18	25	17	19
Litauen	17	25	47	57
Luxemburg	15	26	17	20
Schweiz	13	26	20	27
Frankreich	13	25	17	26
Armenien	11	27	8	37
Mazedonien	12	23	8	19
Estland	13	20	42	48
Kanada	13	17	35	33
Polen	11	17	27	35
Irland	9	13	28	30
Russland	9	13	19	24
Norwegen	9	11	28	26
Schweden	9	11	27	21
USA	9	11	13	15
Portugal	6	12	18	23
Finnland	8	7	44	37
Grönland	8	6	52	41
Island	5	8	16	18
HBSC-Durchschnitt	17	25	29	34

geringfügig niedriger und bei Jungen nur leicht höher als der Durchschnitt aller HBSC-Teilnehmerländer (Tabelle 1).

Diskussion

Auf Befragungsdaten basierende Studien sprechen dafür, dass der Alkoholkonsum bei Jugendlichen in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Dies lässt sich z. B. an einer niedrigeren Lebenszeitprävalenz, einer Abnahme der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens und einem höheren Einstiegsalter in den Alkoholkonsum festmachen. Auch die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die mit akuter Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt werden mussten, ist 2013 erstmals gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Aufgrund der erheblichen sozialen und gesundheitlichen Folgen des regelmäßigen Alkoholkonsums weisen aber auch die aktuellen Zahlen zur Verbreitung und zu den Konsummustern bei Jugendlichen auf die hohe Public Health-Relevanz des Themas hin.

Aus Sicht der WHO ist für eine wirkungsvolle Alkoholprävention nicht allein die Gesundheitspolitik verantwortlich. Vielmehr ist die Einbeziehung aller relevanten Politikbereiche und vielfältiger Akteure erforderlich (WHO 2010). Im Rahmen der globalen Strategie zur Reduzierung gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums werden zehn Handlungs- und Zielbereiche definiert. Neben der Notwendigkeit politischer Unterstützung und einem gesteigerten Problembewusstsein relevanter Akteure, Maßnahmen des Gesundheitswesens und gemeindebezogenen Ansätzen werden auch Maßnahmen im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit, der Vermarktung und der Preisgestaltung von Alkohol vorgeschlagen (WHO 2010). Des Weiteren werden politische Maßnahmen zur Eingrenzung von Alkohol im Straßenverkehr sowie zur Verringerung der gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen riskanten Alkoholkonsums beschrieben sowie die Notwendigkeit eines regelmäßigen Monitorings hervorgehoben.

Die von der WHO definierten Handlungsfelder wurden in dem Nationalen Gesundheitsziel »Alkoholkonsum reduzieren« aufgegriffen und mit konkreten Zielen und Teilzielen unterlegt. Mit Blick auf Jugendliche werden die Verringerung des Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens sowie die gesundheitsförderliche und alkoholfreie Gestaltung von Lebenswelten bzw. -kontexten wie Schule und Ausbildung als wichtige Ziele genannt. Weitere Ziele beziehen sich z. B. auf ein gesteigertes Problembewusstsein in Politik und Gesellschaft, die Sicherstellung einer effektiven Früherkennung und Frühintervention, die Verbesserung von Beratungs- und Behandlungsangeboten sowie die Unterstützung von suchtbelasteten Familien und ihren Kindern (GVG 2015). In einem nächsten Schritt sollen Ziele zum Handlungsfeld »Werbung, Preisgestaltung, Verfügbarkeit« ergänzt werden. Aktuell erarbeitet die zuständige Arbeitsgruppe Vorschläge für Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele und Teilziele.

Die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen in Deutschland beziehen sich vor allem auf die Verfügbarkeit von Alko-

hol für Jugendliche. In § 9 des Jugendschutzgesetzes ist unter anderem festgehalten, dass in Gaststätten, Verkaufsstellen oder sonst in der Öffentlichkeit Branntwein oder branntweinhaltige Getränke weder an Jugendliche abgegeben, noch ihnen deren Verzehr gestattet werden darf. Für die Abgabe anderer alkoholischer Getränke gilt eine Altersgrenze von 16 Jahren.

Zudem legt § 6 des Gaststättengesetzes fest, dass in Gaststätten mindestens ein alkoholfreies Getränk genauso billig sein muss wie das billigste alkoholische Getränk. Damit soll erreicht werden, dass nicht deswegen alkoholische Getränke konsumiert werden, weil sie billiger als alkoholfreie Getränke sind. In Baden-Württemberg ist der Verkauf von Alkohol zwischen 22 und 5 Uhr in Tankstellen und Supermärkten untersagt (Marcus, Siedler 2015). Diese Regelungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit aber einer effektiven Kontrolle sowie Sensibilisierung und Information aller Akteure, wie z. B. durch die Aktion »Jugendschutz: Wir halten uns daran« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Die vorhandenen verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen zielen darauf ab, Jugendliche über die mit dem Alkoholkonsum einhergehenden Risiken aufzuklären und sie so zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu befähigen. Die BZgA veranstaltet seit 2009 in Kooperation mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) mit »Alkohol? Kenn dein Limit.« die bundesweit größte Kampagne zur Alkoholprävention für Jugendliche (BZgA 2014b). Eine weitere BZgA-Kampagne mit dem Titel »Null Alkohol – volle Power« verfolgt das Ziel, bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahren eine kritische Einstellung gegenüber Alkohol zu fördern und den Einstieg in den Alkoholkonsum hinauszuzögern (BZgA 2014c). Das Alkoholpräventionsprojekt »HaLT« (»Hart am Limit«) richtet sich insbesondere an Jugendliche, die bereits wegen riskantem Alkoholkonsum (etwa Krankenhausaufenthalt wegen Alkoholvergiftung) auffällig geworden sind (Kuttler, Lang 2010).

Einstellungen gegenüber Alkohol, Trinkmotive und Konsummuster, die sich im Jugendalter ausbilden und verfestigen, haben häufig noch im Erwachsenenalter Bestand. Umso wichtiger erscheint daher eine Alkoholprävention, die bereits bei Kindern und Jugendlichen ansetzt, verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen kombiniert und auch einen gesellschaftlichen Diskurs über die negativen sozialen und gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums anstößt.

*Dr. Benjamin Kuntz, Dr. Cornelia Lange,
PD Dr. Thomas Lampert
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsmonitoring*

Literatur

- Adams M, Effertz T (2011) Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In: Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg) Alkohol und Tabak Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme, Stuttgart, S 57-62
- Anderson P, Moller L, Galea G (Hrsg) (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
- BZgA (Hrsg) (2014a) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln
- BZgA (2014b) Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« www.kenn-dein-limit.info (Stand: 10.06.2015)
- BZgA (2014c) Kampagne »Null Alkohol, voll Power.« www.null-alkohol-voll-power.de (Stand: 10.06.2015)
- Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 158 (16): 1789-1795
- Currie C, Zanotti C, Morgan A et al. (Hrsg) (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No 6. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP et al. (2008) Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. Alcohol Clin Exp Res 32 (12): 2149-2160
- DHS (2015) Aktionswoche Alkohol 2015. Motto: »Alkohol? Weniger ist besser!« www.aktionswoche-alkohol.de (Stand: 10.06.2015).
- 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 2015. Pabst, Lengerich, S 39-71
- Gual A, Segura L, Contel M et al. (2002) Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol Alcohol 37 (6): 591-596
- GVG (2015) Nationales Gesundheitsziel »Alkoholkonsum reduzieren«. Veröffentlicht am 19. Mai 2015. www.gesundheitsziele.de (Stand: 10.06.2015)
- Hapke U, von der Lippe E, Gaertner B (2013) Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56 (5-6): 809-813
- HBSC-Team Deutschland (2011) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt »Binge Drinking/ Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen«. WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion, Bielefeld
- HBSC-Team Deutschland (2012) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt »Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen«. WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion, Bielefeld
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S et al. (Hrsg) (2012) The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm
- John U, Hanke M (2002) Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany. Alcohol Alcohol 37 (6): 581-585
- Johnston LD, O'Malley PM, Miech RA et al. (2014) Monitoring the Future national results on drug use: 1975-2013: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use. Institute for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor
- Kohler S, Richter A, Lampert T et al. (2009) Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus EsKiMo. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 52 (7): 745-752
- Kolip P, Bucksch J, Deutsches HBSC-Team (2012) Gesundheitsriskantes Verhalten im Jugendalter. Monatsschr Kinderheilkd 160 (7): 657-661
- Kraus L, Pabst A, Piontek D (2011) Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Band 181. IFT Institut für Therapieforschung, München
- Kuttler H, Lang S (2010) Abschlussbericht. Bundestransfer des HaLT-Projektes 1.1.2007 – 31.12.2009. www.halt-projekt.de (Stand: 10.06.2015)
- Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50 (5-6): 600-608
- Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57 (7): 830-839
- Livingston M (2014) Trends in non-drinking among Australian adolescents. Addiction 109 (6): 922-929
- Looze M, Raaijmakers Q, Bogt TT et al. (2015) Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. Eur J Public Health 25 Suppl 2: 69-72
- Marcus J, Siedler T (2015) Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. Journal of Public Economics 123 (0): 55-77
- Orth B, Töppich J (2012) Rauschtrinken und durchschnittlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen

- Erwachsenen in Deutschland: Konsummuster, soziodemografische Unterschiede und Trends. *Suchttherapie* 13 (1): 6-14
- Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E et al. (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 59 (6): 321-331
- Rehm J, Baliunas D, Borges GL et al. (2010) The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 105 (5): 817-843
- Reinert DF, Allen JP (2007) The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 31 (2): 185-199
- Richter M, Pfortner T-K, Lampert T et al. (2012) Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. *Gesundheitswesen* 74 Suppl: S42-48
- Richter M, Kuntsche E, de Looze M et al. (2013) Trends in socioeconomic inequalities in adolescent alcohol use in Germany between 1994 and 2006. *Int J Public Health* 58 (5): 777-784
- RKI (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit In: RKI (Hrsg) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Rosow I, Kuntsche E (2013) Early onset of drinking and risk of heavy drinking in young adulthood--a 13-year prospective study. *Alcohol Clin Exp Res* 37 Suppl 1: E297-304
- Rumpf HJ, Wohler T, Freyer-Adam J et al. (2013) Screening questionnaires for problem drinking in adolescents: performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. *Eur Addict Res* 19 (3): 121-127
- Seitz HK, Bühringer G, Mann K (2008) Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2008. Neuland, Geesthacht, S 205-209
- Soellner R, Göbel K, Scheithauer H et al. (2014) Alcohol use of adolescents from 25 European countries. *Journal of Public Health* 22 (1): 57-65
- Statistisches Bundesamt (2015a) Todesursachenstatistik. www.gbe-bund.de (Stand: 10.06.2015)
- Statistisches Bundesamt (2015b) Krankenhausdiagnosestatistik. www.gbe-bund.de (Stand: 10.06.2015)
- Statistisches Bundesamt (2015c) Behandlungen aufgrund akuter Intoxikation (akuter Rausch durch Alkohol), Krankenhausdiagnosestatistik 2000-2013. www.gbe-bund.de (Stand: 10.06.2015).
- Steketee M, Jonkman H, Berten H et al. (Hrsg) (2013) Alcohol use among adolescents in Europe. Environmental research and preventive actions. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht
- Stolle M, Sack PM, Thomasius R (2009) Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int* 106 (19): 323-328
- World Health Organization (2010) Global strategy to reduce harmful use of alcohol. Geneva. www.who.int (Stand: 10.06.2015)

Impressum
GBE kompakt

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Dr. Livia Ryl
Robert Koch-Institut
Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin
Tel.: 030-18754-3400
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gesundheitsberichterstattung

Zitierweise
Kuntz B, Lange C, Lampert T (2015)
Alkoholkonsum bei Jugendlichen –
Aktuelle Ergebnisse und Trends
Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin.
GBE kompakt 6(2)
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 13.11.2015)

ISSN 2191-4974

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