3.2 Alkoholkonsum

Im Überblick

- Der Einstieg in den Alkoholkonsum erfolgt häufig schon vor dem 14. Lebensjahr.
- Nicht wenige Jugendliche trinken Alkohol in einer Intensität oder Häufigkeit, die gesundheitsriskant bis schädigend ist.
- Das mit Abstand beliebteste alkoholische Getränk ist Bier.
- Spirituosenhaltige Alkopops haben unter anderem durch das Alkopopsteuergesetz an Bedeutung verloren.
- Ein umfassendes Maßnahmenkonzept mit bevölkerungsweiten Informationsangeboten und Aufklärung (spätestens im Alter von 10 Jahren) zur Förderung eines verantwortungsvollen Alkoholkonsums ist notwendig.
- Um Jugendliche zu erreichen, die Alkohol intensiv konsumieren oder missbrauchen, sind zielgruppenorientierte Informations- und Aufklärungsprogramme erforderlich.

3.2.1 Einführung: Relevanz für die Gesundheitspolitik

Das Einstiegsalter für regelmäßigen Alkoholkonsum unter Jugendlichen hat sich in den vergangenen 30 Jahren stetig verringert [1]. Dies ist von Bedeutung, weil Personen, die schon in jungen Jahren zu trinken beginnen, im späteren Leben ein höheres Risiko aufweisen, alkoholabhängig zu werden. Zudem werden Konsumgewohnheiten oft bereits im Jugendalter angelegt und verfestigt. Des Weiteren geht ein früh einsetzender Alkoholkonsum mit gesteigerter Gewaltbereitschaft und erhöhter Verletzungs- und Unfallgefahr einher [2]. Bei jungen Männern im Alter von 15 bis 29 Jahren ist jeder vierte und bei gleichaltrigen Frauen jeder zehnte Todesfall auf Alkohol zurückzuführen [3].

Jugendliche, die sich noch in der Wachstumsphase befinden, sind weitaus anfälliger gegenüber alkoholbedingten Gesundheitsrisiken als Erwachsene. Ein ernst zu nehmendes Problem ist dabei das exzessive Rauschtrinken (»Binge-Drinking«), das bis zur Alkoholvergiftung führen kann. Dieses Konsummuster hat sich unter Jugendlichen in den vergangenen Jahren stark verbreitet. Anlass zur Besorgnis gibt insbesondere der Anstieg stationärer Behandlungen wegen Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen [4]. Nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes hat sich die Zahl der 10- bis 20-Jährigen, die mit einer akuten Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, von 9.500 im Jahr 2000 auf 19.500 im Jahr 2006 mehr als verdoppelt.

Langfristig begünstigt der Konsum von Alkohol die Entwicklung zahlreicher Krankheiten, beispielsweise neurologische Störungen, Krebs-, Herz-Kreislauf- sowie Magen-Darm-Leiden. Daneben fallen psychische und soziale Probleme, wie familiäre und finanzielle Krisen, ins Gewicht [5]. Bereits im Jugendalter gibt es Fälle von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit [6]. Im Alter von 16 bis 17 Jahren sind ca. 4 % der Jugendlichen als alkoholabhängig einzustufen [7].

3.2.2 Häufigkeit und Altersbezug

Die repräsentativen Studien der BZgA zeigen Veränderungen des Alkoholkonsums von Jugendlichen in den vergangenen Jahren: Umgerechnet auf die Menge an Reinalkohol pro Woche liegt der Konsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen im Jahr 2004 bei durchschnittlich 44,2 g, sinkt 2005 auf 34,1 g und steigt 2007 um fast 50 % auf 50,4 g (Tabelle 3.2.2.1) [8].

Die Daten zeigen, dass die konsumierte Menge Alkohols bei 16- bis 17-Jährigen als gesundheitsriskant eingeschätzt werden muss. Die männlichen Jugendlichen in diesem Alter sind besonders gefährdet. Jüngere Jugendliche (12- bis 15-Jährige) konsumieren durchschnittlich weniger, weil in dieser Altersgruppe die noch relativ hohe Zahl der abstinenten Jugendlichen ins Gewicht fällt. Der Mittelwert steht folglich für einen starken Konsum nur weniger Jugendlicher. Beunruhigend ist, dass etwa 20 % der 12- bis 17-Jäh-

Tabelle 3.2.2.1
Durchschnittliche Menge des konsumierten Alkohols bei 12- bis 17-Jährigen (in Gramm Reinalkohol pro Woche) (BZgA 2007)

	2004	2005	2007
12–17 Jahre			
Gesamt	**44,2**	**34,1**	**50,4**
Männlich	59,7	47,2	71,1
Weiblich	27,5	19,8	28,8
12–15 Jahre			
Gesamt	21,0	13,5	21,1
Männlich	26,7	17,6	26,1
Weiblich	14,8	9,0	15,9
16–17 Jahre			
Gesamt	92,2	76,1	104,6
Männlich	126,5	107,6	154,2
Weiblich	54,1	41,8	52,6

rigen exzessives Rauschtrinken (»Binge-Drinking«) praktizieren [9].

Aussagen über den Konsum von Alkoholika erlauben zudem die bundesweit repräsentative KiGGS-Studie und die daran angeschlossene »Ernährungsstudie als KiGGS-Modul« (EsKiMo), die mit einer Unterstichprobe durchgeführt wurde (n=1.272) [10]. Von den 11- bis 17-Jährigen gaben 64,8 % der Jungen und 63,8 % der Mädchen an, in ihrem bisherigen Leben schon mindestens einmal Alkohol getrunken zu haben. Dabei steigt der Anteil der Jugendlichen mit Alkoholerfahrung mit zunehmendem Alter an (Tabelle 3.2.2.2) [11].

Bedenklich ist, dass bereits 11-, 12- und 13-Jährige unter denjenigen zu finden sind, die regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche, Alkohol trinken [11]. Dennoch ist der Alkoholkonsum unter den 11- bis 13-Jährigen insgesamt noch recht wenig verbreitet. Deshalb wurde die Analyse bevölkerungsgruppenspezifischer Unterschiede auf die 14- bis 17-jährigen Jugendlichen beschränkt. Das Trinkverhalten unterscheidet sich deutlich nach dem Geschlecht: Jungen trinken weitaus häufiger regelmäßig Alkohol als Mädchen. Während sich nach sozialem Status kaum Unterschiede bezüglich des regelmäßigen Alkoholkonsums feststellen lassen, zeigt sich bei den Jungen – nicht jedoch bei den Mädchen – ein Effekt des besuchten Schultyps. Jungen, die ein Gymnasium besuchen, konsumieren im Vergleich zu Haupt- oder Realschülern weniger häufig Alkohol. Im Vergleich zu Jugendlichen mit Migrationshintergrund trinken Jungen und Mädchen ohne Migrationshintergrund deutlich häufiger regelmäßig Alkohol (Tabelle 3.2.2.3).

Die am häufigsten von 11- bis 17-Jährigen konsumierte alkoholische Getränkesorte – vor allem unter männlichen Jugendlichen – ist Bier. Diese Beobachtung zeigt sich in verschiedenen deutschen Studien zum Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen [8, 11, 12, 13]. Auch auf internationaler Ebene lässt sich dies z. B. mit den Daten der europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) bestätigen [14].

Wein, Obstwein und Sekt entsprechen eher den Geschmackspräferenzen der weiblichen als der männlichen Kinder und Jugendlichen [8, 11, 12].

Auch der Spirituosenkonsum ist unter Jugendlichen verbreitetet [8, 11, 12]. So liegt beispielsweise in der KiGGS-Studie der Anteil der mindestens einmal wöchentlich Spirituosen konsumierenden 14- bis 17-jährigen Jugendlichen bei 17,5 % für Jungen und bei 11,2 % für Mädchen [11].

Der Konsum von Alkopops, darunter sind wein- oder spirituosenhaltige Limonaden zu verstehen, steigt mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen an (Tabelle 3.2.2.4).

Die durchschnittlichen täglichen Verzehrsmengen der verschiedenen alkoholischen Getränke bei den 12- bis 17-Jährigen sind auf Basis der EsKiMo-Daten in Tabelle 3.2.2.4 dargestellt.

Tabelle 3.2.2.2
Anteile Jugendlicher, die bereits einmal Alkohol getrunken haben (KiGGS)

Alter	Jungen	Mädchen
11 Jahre	19,6 %	11,7 %
13 Jahre	44,3 %	48,1 %
17 Jahre	95,0 %	95,0 %

Tabelle 3.2.2.3
Anteile 14- bis 17-jähriger Jugendlicher, die mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken, nach besuchtem Schultyp und Migrationshintergrund (KiGGS)

	Jungen	Mädchen
Gesamt	40,7 %	23,1 %
Schultyp		
Hauptschule	50,5 %	
Realschule	48,8 %	
Gesamtschule	41,3 %	
Gymnasium	43,9 %	
Migrationshintergrund		
Ja	37,4 %	16,0 %
Nein	48,4 %	27,5 %

Tabelle 3.2.2.4
Mittelwerte (in ml pro Tag) zum Konsum alkoholischer Getränke bei 12- bis 17-Jährigen (EsKiMo)

	Jungen			Mädchen		
	12–13 Jahre	14–15 Jahre	16–17 Jahre	12–13 Jahre	14–15 Jahre	16–17 Jahre
Alkoholische Getränke	**2**	**60**	**230**	**1**	**36**	**72**
Bier	2	55	198	0	26	45
Wein	0	2	6	0	4	8
Spirituosen etc.	0	4	27	0	6	19
Alkopops	0	2	15	0	4	10

3.2.3 Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Viele Jugendliche beginnen bereits frühzeitig mit dem Alkoholkonsum. Nicht wenige tun dies mit einer Intensität oder Häufigkeit, die gesundheitsriskant bis schädigend ist. Diese Problematik wurde als zentrales Handlungsfeld in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit [15] verankert.

Es besteht dringender Bedarf nach einer Verstärkung alkoholpräventiver Maßnahmen. Die gesamte Bevölkerung sollte für einen verantwortlichen Alkoholkonsum gewonnen werden. Um dies zu erreichen, ist ein »Nationales Programm zur Alkoholprävention« notwendig, das sowohl auf die Stärkung individueller Gesundheitskompetenz abzielt (Verhaltensprävention) als auch Schwerpunkte auf die Verbesserung übergreifender Strukturen setzt (Verhältnisprävention). Internationale Erfahrungen, Studien und Empfehlungen stimmen darin überein, dass nur durch ein umfassendes Maßnahmenkonzept (»Policy-Mix«) ein relevanter Rückgang des Alkoholkonsums erzielt werden kann [5, 16]. Dieser Ansatz liegt den folgenden Konzepten zugrunde, die sich an den Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates an die Drogenbeauftragte der Bundesregierung orientieren (Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention [17]).

Um in der Bevölkerung eine größere Akzeptanz des Alkoholverzichts zu erreichen, müssen Informationen und Präventionsbotschaften durch Massenmedien (z. B. BZgA-Kampagne »Bist du stärker als Alkohol?«) breit gestreut und durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren nachhaltig verankert werden (z. B. Einbindung der Ärzteschaft bei der Aufklärung durch Informationsmaterialien).

An der Allgemeinbevölkerung ausgerichtete Kampagnen zur Alkoholprävention müssen durch zielgruppenorientierte Informations- und Aufklärungsprogramme ergänzt werden. Ziel ist absoluter Verzicht auf Alkohol während der Schwangerschaft, da schon geringer Alkoholkonsum oder einzelne Trinkexzesse zu dauerhaften körperlichen und geistigen Behinderungen des ungeborenen Kindes führen. Da jährlich mehr als 8 von 1.000 Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren schwanger werden [18], sollten sich die Aufklärungsmaßnahmen auch an weibliche Jugendliche richten.

Es ist notwendig, den Schwerpunkt auf Maßnahmen zu legen, die einen frühen Einstieg in den Alkoholkonsum verhindern oder verzögern. Somit sollten auch Kinder (spätestens ab dem 10. Lebensjahr) in die Präventions- und Aufklärungsprogramme einbezogen werden. Programme zur Steigerung der Lebenskompetenz und des Selbstwertgefühls haben sich als besonders wirksam erwiesen. Peer-Projekte und Imagekampagnen zum Alkoholverzicht bestärken noch abstinente Kinder und Jugendliche und verhindern bzw. verzögern den Einstieg in den Alkoholkonsum.

Um verantwortlichen Alkoholkonsum bzw. Abstinenz bei jungen Menschen zu stabilisieren und die Entwicklung eines Intensivkonsums zu verhindern, sollten jugendbezogene Kampagnen über Gefahren aufklären und zur Einschränkung des Konsums motivieren. Hier haben sich Methoden der frühen Intervention bewährt, wie z. B. der »Mitmach-Parcours« zum Thema Alkohol der BZgA. Diese sollten vor allem in der Jugendhilfe und in der Schule verstärkt werden.

Dauerhafter Hochkonsum kann bei Jugendlichen innerhalb kurzer Zeit zur Alkoholabhängigkeit führen. Notwendig ist, das Hilfsangebot für Erwachsene um Angebote speziell für Jugendliche bei Beratung, Therapie und Rehabilitation zu erweitern.

Beim Alkoholkonsum werden geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Häufigkeit und der Menge des konsumierten Alkohols deutlich. Beispielsweise wird das »Binge-Drinking« von Jungen häufiger praktiziert. Aufklärungs- und Informationsangebote sollten daher diese Unterschiede des Alkoholkonsums berücksichtigen und mit entsprechenden Maßnahmen reagieren.

Auch familiäre Bedingungen beeinflussen das Konsumverhalten – nicht nur der Umgang mit Alkohol, auch die Qualität der Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern und der Erziehungsstil. Alkoholpräventive Maßnahmen müssen daher die Eltern bzw. die ganzen Familie erreichen.

Über die genannten Maßnahmen hinaus, die auf das individuelle Konsumverhalten abzielen, sollten strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Jugendlichen den Zugang zu alkoholischen Getränken erschweren. Zum Beispiel könnte im Interesse der Kinder- und Jugendgesundheit der Verkauf von alkoholischen Getränken in Tankstellen eingestellt werden. Gleichzeitig ist eine Verstärkung der Kontrollen des Jugendschutzes erforderlich, um das bestehende Vollzugsdefizit im Einzelhandel und im gastronomischen Gewerbe abzustellen.

Da Jugendliche besonders sensibel auf Preiserhöhungen reagieren, sollten die Alkoholsteuern für alle Sorten alkoholischer Getränke spürbar angehoben werden. Beschränkt man die Erhöhung lediglich auf einzelne Getränkearten, weichen Jugendliche auf andere Alkoholsorten aus.

Internationale Untersuchungen konnten nachweisen, dass Werbeverbote einen positiven Einfluss auf das Konsumverhalten Jugendlicher haben. Es wird daher eine Regulierung der Alkoholwerbung empfohlen [5].

Bezogen auf alkoholische Getränke zeigen die Daten, dass sich Konsumtrends Jugendlicher schnell

ändern können. Die Qualität der Alkoholprävention insbesondere im Jugendbereich hängt nicht zuletzt von der schnellen Reaktion auf aktuelle Entwicklungen ab, wie das erfolgreiche Beispiel Alkopopsteuer zeigt.

Um Veränderungen und Trends zeitnah zu erkennen, bedarf es eines Monitorings relevanter Kennzahlen, das insbesondere durch die Drogenaffinitätsstudien der BZgA und die epidemiologischen Studien des Robert Koch-Instituts sichergestellt wird. Zur Überprüfung, inwieweit einzelne Präventionsmaßnahmen bzw. die Alkoholprävention insgesamt die gewünschten Erfolge erzielen, ist eine verstärkte Evaluation der Programme erforderlich.

Literaturverzeichnis

[1] Hurrelmann K (2003) Vorwort. In: Farke W, Graß H, Hurrelmann K (Hrsg) Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Thieme, Stuttgart, S VII

[2] Grant B, Dawson D (1997) Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. Journal of Substance Abuse 9: S 103–110

[3] European Commission (Hrsg) (2007) Report: Attitudes towards Alcohol ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs272_en.pdf (Stand: 27.10.2008)

[4] Prognos AG (2004) Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms »Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen«, bundesweite Datenerhebung – Kurzanalyse www.slsev.de/alkoholvergiftungen2004.pdf (Stand: 27.10.2008)

[5] Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2003) Alcohol: no ordinary commodity. Oxford: Oxford University Press

[6] Settertobulte W (2003) Problematische Formen des Alkoholkonsums – Häufigkeiten, Trends, Ursachen. In: Farke W, Graß H, Hurrelmann K (Hrsg) Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Thieme, Stuttgart, S 81–85

[7] Holly A, Türk D, Nelson CB et al. (1997) Prävalenz von Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Zeitschrift für Klinische Psychologie 26 (3): 171–217

[8] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007) Kurzbericht Juni 2007, Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln

[9] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum. Erste Ergebnisse zu aktuellen Entwicklungen und Trends. BZgA, Köln

[10] Mensink GBM, Heseker H, Richter A et al. (2007) Forschungsbericht – Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo). RKI, Berlin, Universität Paderborn www.bmelv.de/SharedDocs/downloads/03-Ernaehrung/EsKiMoStudie.html

[11] Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 600–608

[12] Kohler S, Kleiser C, Richter A et al. (2007) Trinkverhalten von Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse aus EsKiMo. Ernährung 1: 444–450

[13] Richter M, Settertobulte W, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Prävalenzen und Trends im Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 15-Jährigen: Ergebnisse der nordrhein-westfälischen HBSC Studien 1994 bis 2006. In: Wichmann HE, Nowak D, Zapf A (Hrsg) Abstractband zum Kongress »Medizin und Gesellschaft«. Rheinwarverlag, Mönchengladbach, S 279–280

[14] Kraus L, Heppekausen K, Barrera A et al. (2004) Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Institut für Therapieforschung, München, IFT-Berichte 141

[15] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf (Stand: 23.10.2008)

[16] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) (2006) Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Band 29, Köln

[17] Drogen- und Suchtrat (2008) Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates an die Drogenbeauftragte der Bundesregierung für ein Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention. Erarbeitet von der Fachgruppe »Suchtprävention« im Auftrag des Drogen- und Suchtrates, 9. Juni 2008

[18] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) (2007) Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen; Erste Ergebnisse einer Studie des Bundesverbands der pro familia, gefördert durch die BZgA. Köln

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin
www.rki.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
www.bzga.de

Redaktion
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Angelika Rieck
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Referat Aufgabenplanung und -koordinierung
Dr. Frank Lehmann, MPH
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln

Grafik/Layout
Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck
Oktoberdruck AG, Berlin

Zitierweise
Robert Koch-Institut (Hrsg), Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008)
Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von
Kindern und Jugendlichen in Deutschland.
RKI, Berlin

Dezember 2008

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-109-7