

Autorinnen und Autor:

Cornelia Lange, Kristin Manz,
Benjamin Kuntz

Journal of Health Monitoring · 2017 2(2)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-032

Robert Koch-Institut, Berlin

Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken

Abstract

Gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum wird als mitverursachend für über 200 Krankheiten angesehen. Rauschtrinken ist ein besonders riskantes Trinkmuster, welches akute Schäden wie Alkoholvergiftung und Verletzungen sowie Gewalt verursachen kann. In GEDA 2014/2015-EHIS wird als Rauschtrinken der mindestens monatliche Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit definiert. 24,9 % der Frauen und 42,6 % der Männer praktizieren mindestens einmal im Monat Rauschtrinken. Bei den 18- bis 29-Jährigen ist das regelmäßige Rauschtrinken am stärksten verbreitet. Bei Frauen (alle Altersklassen) und Männern (ab 45 Jahren) aus der oberen Bildungsgruppe ist der Anteil der Rauschtrinkerinnen und -trinker niedriger als in den unteren Bildungsgruppen. Zur Prävention eines gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums sind verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen notwendig, bei denen junge Erwachsene sowie die unterschiedlichen Konsummuster in den Bildungsgruppen im Fokus stehen sollten.

ALKOHOL · RAUSCHTRINKEN · 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 Alkoholkonsums zählen neben den direkten Kosten für das Gesundheitssystem und Produktivitätsverlusten auch immaterielle Kosten wie der Verlust an Lebensqua-

lität. 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].

Rauschtrinken ist ein gesundheitlich besonders riskantes Trinkmuster, welches akute Schäden wie Alkoholvergiftungen und Verletzungen sowie Gewalt verursachen kann. Langfristig können Alkoholabhängigkeit und vielfältige organische Schäden Folgen des Rauschtrinkens sein [4]. Diese können auch eintreten, wenn die durchschnittlich konsumierten Alkoholmengen einer Person relativ gering sind [1]. Zur Reduktion gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums in der Bevölkerung hat die WHO Strategien auf globaler und europäischer

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

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Response rate: 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

Ebene entwickelt [5, 6]. 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 [7]. Das Nationale Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“, das in einer ersten Fassung 2015 veröffentlicht wurde, orientiert sich teilweise an den WHO-Strategien [8].

Indikator

Als Rauschtrinken („Heavy episodic drinking“ HED) wird ein mindestens einmal im Monat stattfindender Konsum von 60 g oder mehr Reinalkohol zu einer Trinkgelegenheit bezeichnet [1]. Diese Menge entspricht dem Konsum von sechs Standardgläsern alkoholischer Getränke, die jeweils etwa 10 g Reinalkohol pro Glas enthalten. 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 [9]. Die Frage zum Rauschtrinken lautete: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken? Zum Beispiel während einer Party, eines Essens, beim Ausgehen mit Freunden oder alleine zu Hause.“ Für die Berechnung des Indikators wurden die neun Antwortmöglichkeiten in vier Kategorien zusammengefasst: „mindestens jede Woche“ (täglich oder fast täglich; an 5–6 Tagen pro Woche; an 3–4 Tagen pro Woche; an 1–2 Tagen pro Woche), „jeden Monat“ (an 2–3 Tagen pro Monat; einmal pro Monat), „seltener als einmal im

Monat“ (weniger als einmal pro Monat) und „nie“ (nicht in den letzten 12 Monaten; nie in meinem Leben). Zudem wurde die Kategorie „mindestens monatliches Rauschtrinken“ gebildet, in der die Kategorien „mindestens jede Woche“ und „jeden Monat“ zusammengefasst werden. Die Ergebnisse werden nach Geschlecht, Alter und Bildung sowie für „mindestens monatliches Rauschtrinken“ 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 23.704 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (12.953 Frauen, 10.751 Männer) mit gültigen Angaben zum Rauschtrinken. 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 [10]. 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

48,8% der Frauen und 29,7% der Männer geben an, nie bzw. nicht in den letzten 12 Monaten sechs oder mehr

25% der Frauen und 43% der Männer praktizieren mindestens einmal im Monat Rauschtrinken.

alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken zu haben. Mindestens monatliches Rauschtrinken praktizieren 24,9% der Frauen und 42,6% der Männer (Tabelle 1 und Tabelle 2). Im Alter von 18 bis 29 Jahren ist der Anteil der Personen, die mindestens monatlich Rauschtrinken praktizieren, am höchsten (Frauen: 35,6%, Männer: 54,3%). In den anderen Altersgruppen zeigen sich bei Frauen kaum Unterschiede im Anteil der Rauschtrinkerinnen. In den Altersgruppen ab 30 Jahre konsumiert gut ein Fünftel der Frauen mindestens monatlich sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gele-

genheit. Bei Männern sinken die Anteile der Rauschtrinkenden zwar mit dem Alter, bei den über 65-Jährigen beträgt der Anteil mindestens monatlicher Rauschtrinker jedoch noch mehr als ein Drittel (35,1%).

Frauen aus oberen Bildungsgruppen trinken in allen Altersgruppen zu geringeren Anteilen sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit als Frauen aus unteren oder mittleren Bildungsgruppen. Bei Männern lassen sich in den Altersgruppen zwischen 18 und 44 Jahren keine Unterschiede nach Bildungsstatus beobachten. Ab dem Alter von 45 Jahren ist der Anteil der

Frauen	Nie		Seltener als einmal im Monat		Jeden Monat		Mindestens jede Woche		Mindestens monatl. (jeden Monat + mind. jede Wo.)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	48,8	(47,5–50,0)	26,4	(25,4–27,3)	19,2	(18,3–20,1)	5,7	(5,3–6,2)	24,9	(23,9–25,8)
18–29 Jahre	32,9	(30,3–35,7)	31,4	(28,9–34,1)	28,6	(26,0–31,4)	7,0	(5,6–8,6)	35,6	(32,9–38,4)
Untere Bildungsgruppe	40,7	(34,1–47,7)	23,8	(18,2–30,6)	26,0	(20,3–32,5)	9,5	(6,2–14,2)	35,4	(29,2–42,1)
Mittlere Bildungsgruppe	29,5	(26,5–32,6)	32,9	(29,8–36,1)	30,9	(27,8–34,1)	6,8	(5,3–8,7)	37,7	(34,4–41,0)
Obere Bildungsgruppe	34,4	(29,3–39,9)	37,8	(32,7–43,2)	23,7	(19,3–28,6)	4,1	(2,6–6,4)	27,8	(23,1–33,0)
30–44 Jahre	47,2	(44,7–49,6)	30,8	(28,8–32,9)	17,6	(15,9–19,5)	4,4	(3,6–5,4)	22,0	(20,0–24,2)
Untere Bildungsgruppe	46,2	(38,9–53,6)	32,2	(25,8–39,4)	17,8	(13,0–24,0)	3,8	(1,9–7,6)	21,6	(16,1–28,4)
Mittlere Bildungsgruppe	43,8	(40,8–46,8)	31,4	(28,9–34,0)	19,7	(17,3–22,3)	5,2	(4,0–6,7)	24,9	(22,2–27,8)
Obere Bildungsgruppe	55,9	(52,1–59,7)	28,8	(25,5–32,4)	12,5	(10,5–14,8)	2,8	(1,9–4,0)	15,3	(13,1–17,6)
45–64 Jahre	50,2	(48,3–52,0)	26,0	(24,5–27,5)	18,3	(16,9–19,7)	5,6	(4,9–6,4)	23,9	(22,4–25,5)
Untere Bildungsgruppe	47,1	(42,8–51,4)	23,5	(20,0–27,5)	20,7	(17,6–24,3)	8,6	(6,4–11,5)	29,3	(25,5–33,5)
Mittlere Bildungsgruppe	50,1	(47,8–52,5)	26,3	(24,4–28,2)	18,3	(16,5–20,2)	5,3	(4,4–6,4)	23,6	(21,7–25,7)
Obere Bildungsgruppe	52,9	(50,2–55,7)	27,2	(24,8–29,6)	16,0	(14,0–18,3)	3,9	(2,9–5,2)	19,9	(17,8–22,3)
≥ 65 Jahre	58,0	(55,8–60,3)	20,1	(18,4–21,9)	15,8	(14,2–17,5)	6,1	(5,1–7,3)	21,9	(20,1–23,8)
Untere Bildungsgruppe	60,9	(57,1–64,6)	16,0	(13,4–19,0)	17,3	(14,7–20,2)	5,8	(4,0–8,2)	23,1	(19,9–26,6)
Mittlere Bildungsgruppe	54,5	(51,3–57,8)	23,5	(21,0–26,2)	15,3	(13,2–17,8)	6,7	(5,2–8,4)	22,0	(19,4–24,8)
Obere Bildungsgruppe	64,8	(59,9–69,3)	19,6	(16,1–23,7)	10,8	(8,1–14,3)	4,8	(3,2–7,0)	15,6	(12,4–19,5)
Gesamt (Frauen und Männer)	39,4	(38,4–40,4)	27,0	(26,4–27,7)	23,7	(22,9–24,5)	9,8	(9,4–10,3)	33,5	(32,7–34,4)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1
Rauschtrinken nach Alter und Bildungsstatus bei Frauen (n=12.953)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Im Alter zwischen 18 und 29 Jahren trinken mehr als die Hälfte der Männer und über ein Drittel der Frauen mindestens monatlich sechs und mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit.

Rauschtrinker in den oberen Bildungsgruppen niedriger als in den unteren Bildungsgruppen. Im Vergleich zum Konsum riskanter Trinkmengen zeigt sich beim Rauschtrinken ein umgekehrter Bildungsgradient. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit anderen Studien, die zeigen, dass in benachteiligten Gruppen die Prävalenz riskanter Konsummuster, wie episodisches Rauschtrinken, höher ist [11]. Zudem kann ein gleich hoher Alkoholkonsum in benachteiligten Gruppen zu mehr gesundheitlichen Schäden führen als in privilegierten Gruppen, was als auch als „alcohol harm paradox“

bezeichnet wird [11]. Da langfristig Frauen und Männer mit niedriger Bildung ein größeres Risiko für alkoholbedingte Schäden haben [12], sollte diesen Gruppen bei der Planung verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen besondere Aufmerksamkeit gezollt werden.

Der Anteil der Rauschtrinker ist bei Männern in Nordrhein-Westfalen signifikant höher als im Bundesdurchschnitt, während er in Baden-Württemberg signifikant niedriger ist. Bei Frauen zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den Ländern und dem Bundesdurchschnitt. Die niedrigste Prävalenz des Rauschtrinkens haben mit

Männer	Nie		Seltener als einmal im Monat		Jeden Monat		Mindestens jede Woche		Mindestens monatl. (jeden Monat + mind. jede Wo.)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	29,7	(28,5–31,0)	27,7	(26,6–28,8)	28,4	(27,3–29,6)	14,1	(13,3–15,0)	42,6	(41,2–43,9)
18–29 Jahre	19,9	(17,4–22,6)	25,9	(23,4–28,5)	33,9	(31,2–36,8)	20,4	(17,8–23,1)	54,3	(51,2–57,3)
Untere Bildungsgruppe	26,3	(20,4–33,1)	22,6	(17,4–28,8)	25,1	(19,4–31,9)	26,0	(20,0–33,0)	51,1	(44,2–58,0)
Mittlere Bildungsgruppe	18,6	(15,8–21,7)	26,6	(23,1–30,3)	36,4	(33,1–39,9)	18,4	(15,5–21,7)	54,8	(51,1–58,6)
Obere Bildungsgruppe	13,9	(9,8–19,2)	27,9	(22,5–34,0)	40,1	(33,9–46,6)	18,2	(14,0–23,3)	58,3	(51,4–64,8)
30–44 Jahre	26,0	(23,8–28,3)	30,9	(28,6–33,3)	31,4	(29,1–33,7)	11,8	(10,1–13,6)	43,1	(40,6–45,7)
Untere Bildungsgruppe	35,7	(28,4–43,8)	20,5	(14,6–27,8)	26,0	(19,5–33,8)	17,8	(12,1–25,4)	43,8	(35,8–52,2)
Mittlere Bildungsgruppe	24,5	(21,6–27,6)	31,9	(28,7–35,3)	32,1	(29,1–35,2)	11,5	(9,4–14,0)	43,6	(40,2–47,1)
Obere Bildungsgruppe	24,9	(21,9–28,0)	32,9	(29,6–36,3)	32,5	(29,1–36,1)	9,8	(7,7–12,3)	42,3	(38,4–46,3)
45–64 Jahre	30,2	(28,4–32,0)	28,8	(27,1–30,6)	27,5	(25,7–29,3)	13,5	(12,3–14,9)	41,0	(39,0–43,0)
Untere Bildungsgruppe	32,2	(27,8–37,0)	19,9	(16,5–23,8)	26,3	(22,2–30,7)	21,7	(17,8–26,1)	47,9	(43,0–52,9)
Mittlere Bildungsgruppe	29,8	(27,5–32,3)	28,6	(26,2–31,1)	27,7	(25,3–30,2)	13,9	(12,2–15,8)	41,6	(38,9–44,3)
Obere Bildungsgruppe	30,2	(27,8–32,7)	32,3	(30,1–34,7)	27,4	(25,0–29,9)	10,1	(8,6–11,8)	37,5	(34,9–40,0)
≥ 65 Jahre	40,8	(38,4–43,3)	24,1	(22,2–26,1)	22,5	(20,8–24,2)	12,6	(11,2–14,1)	35,1	(33,0–37,2)
Untere Bildungsgruppe	37,3	(32,2–42,8)	21,9	(18,0–26,5)	24,6	(20,0–29,9)	16,2	(12,4–20,7)	40,7	(35,5–46,2)
Mittlere Bildungsgruppe	40,7	(37,0–44,5)	23,5	(20,7–26,6)	22,8	(20,1–25,6)	13,0	(11,2–15,2)	35,8	(32,8–38,9)
Obere Bildungsgruppe	43,0	(39,8–46,3)	26,2	(23,2–29,5)	20,7	(18,3–23,3)	10,1	(8,4–12,1)	30,8	(28,0–33,7)
Gesamt (Frauen und Männer)	39,4	(38,4–40,4)	27,0	(26,4–27,7)	23,7	(22,9–24,5)	9,8	(9,4–10,3)	33,5	(32,7–34,4)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 2
Rauschtrinken nach Alter und Bildungsstatus bei Männern (n=10.751)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

20,7% Frauen in Brandenburg; signifikant häufiger praktizieren Frauen in Nordrhein-Westfalen mit 27,5% Rauschtrinken (Abbildung 1).

Die in GEDA 2014/2015-EHIS ermittelten Werte liegen deutlich über den in der „Studie zur Gesundheit

Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) [13] und GEDA 2012 [14] erhobenen Werten. Da sich der Erhebungsmodus und das Befragungsinstrument im Vergleich zu DEGS1 und den vorherigen GEDA-Erhebungswellen geändert haben, kann aus den Daten keine zeitliche Ent-

Von den 65-Jährigen und Älteren praktizieren mehr als ein Drittel der Männer und gut ein Fünftel der Frauen mindestens einmal im Monat Rauschtrinken.

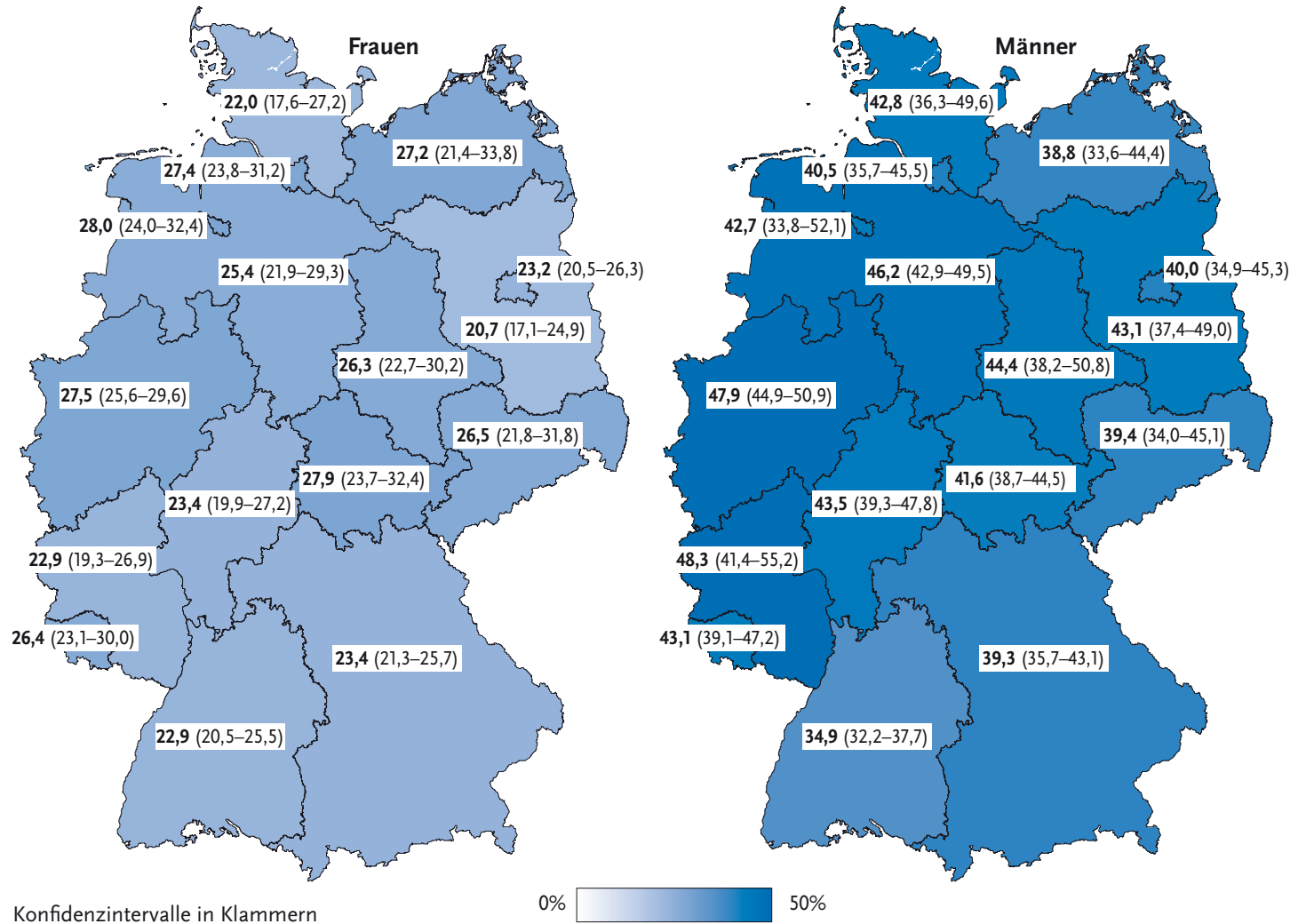


Abbildung 1
Mindestens monatliches Rauschtrinken bei Frauen und Männern nach Bundesland (n=12.953 Frauen; n=10.751 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Bei Frauen in oberen Bildungsgruppen ist Rauschtrinken seltener als in unteren Bildungsgruppen; bei Männern trifft das auf die Altersgruppen ab 45 Jahre zu.

wicklung abgeleitet werden. Es zeigt sich aber übereinstimmend, dass Rauschtrinken in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen am stärksten verbreitet ist. Auch die aktuellen Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys weisen ein vergleichbares Altersmuster auf [15]. Dies belegt die Notwendigkeit, gezielte verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen für diese Altersgruppe anzubieten, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Konsummuster in den Bildungsgruppen. Die Kampagne „Kenn dein Limit – Eine Kampagne für Jugendliche zum Thema verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) richtet sich gezielt an die Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Für die Zielgruppe der Erwachsenen liefert die Kampagne „Kenn dein Limit – Bewusst genießen, im Limit bleiben“ Informationen und Tipps zum risikoarmen Alkoholkonsum (<https://www.kenn-dein-limit.de/>).

Literatur

- World Health Organization (2014) Global status report on alcohol and health. World Health Organization, Geneva
- 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/29PibXnl56jfc.pdf (Stand: 21.04.2017)
- 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
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) Binge Drinking und Alkoholvergiftungen. DHS Factsheet. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Binge_drinking.pdf (Stand: 20.04.2017)
- World Health Organization (2010) Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World Health Organization, Geneva
- 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
- World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. World Health Organization, Geneva
- Gesundheitsziele.de (2015) Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“. Gesundheitsziele.de: Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, Köln
- European Commission (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2) – Methodological manual. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- 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)
- Bellis MA, Hughes K, Nicholls J et al. (2016) The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. BMC Public Health 16(1):1-10
- Grittner U, Kuntsche S, Graham K et al. (2012) Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. Alcohol Alcohol 47(5):597-605
- Hapke U, von der Lippe E, Gaertner B (2013) Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5-6):809-813 <http://edoc.rki.de/oa/articles/reUcYxholqx2/PDF/2761VkRLqt-xBw.pdf> (Stand: 21.04.2017)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28GsuWuNtFjVqY.pdf (Stand: 21.04.2017)

15. 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: Rauschtrinken. Journal of Health Monitoring 2(2):74–81. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-032

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