

Rauschtrinken und durchschnittlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland: Konsummuster, soziodemografische Unterschiede und Trends

Binge Drinking and Average Alcohol Consumption among Adolescents and Young Adults in Germany: Patterns, Socio-demographic Differences and Trends

Autoren

B. Orth, J. Töppich

Institut

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Schlüsselwörter

- Alkoholkonsummuster
- Rauschtrinken
- Jugendliche
- junge Erwachsene
- Repräsentativbefragung
- Trends

Key words

- alcohol consumption patterns
- binge drinking
- average consumption of alcohol
- adolescents
- young adults
- representative survey
- trends

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1291352>
Suchttherapie 2012; 13: 6–14
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. B. Orth
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Referat 2–25 Wissenschaftliche Untersuchungen, Qualitätssicherung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
boris.orth@bzga.de

Zusammenfassung

Zielsetzung: In Anlehnung an die aktuellen Empfehlungen zum Konsum alkoholischer Getränke wird die Verbreitung den Empfehlungen entsprechender oder nicht entsprechender Alkoholkonsummuster bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland untersucht.

Methoden: Datenauswertung aus 5 bundesweiten Repräsentativbefragungen des Zeitraums 2004–2010, multivariate Analyse soziodemografischer Unterschiede und Trendanalysen (n = 18 490).

Ergebnisse: Riskante Konsummuster treten ab dem 14. Lebensjahr häufig auf, zeigen den Höchstwert bei jungen Erwachsenen und kommen bei männlichen Befragten öfter vor. Die Verteilung der Alkoholkonsummuster hat sich im Zeitraum von 2004 bis 2010 im Sinne der Trinkempfehlungen positiv verändert.

Fazit: Prävention muss frühzeitig ansetzen, wenn sie Jugendliche erreichen will, die noch keine riskanten Konsumformen entwickelt haben. Bei jungen Erwachsenen dominiert das Rauschtrinken als riskantes Konsummuster. Aufklärung über die damit verbundenen Risiken ist von großer Bedeutung.

Abstract

Aims: The study examines the prevalence of different alcohol consumption patterns among adolescents and young adults in Germany, focusing on socio-demographic differences and changes within the period 2004–2010. Five distinct consumption patterns were derived from the current German alcohol-drinking guidelines: (1) abstinence over the last year, (2) consumption of small amounts of alcohol over the last year, without binge drinking in the last 30 days, (3) small amounts of alcohol, with binge drinking, (4) large amounts of alcohol, without binge drinking and (5) large amounts of alcohol, with binge drinking. These patterns are associated with different alcohol-related risks, as undesirable medical and social consequences.

Methods: Data were taken from 5 representative random samples of German adolescents and young adults aged between 12 and 25 years (n=18490). Surveys were conducted in 2004–2010 using computer-assisted telephone interviews. Response rates varied from 52.6% to 71.4%. Socio-demographic differences and trends were tested using multinomial logistic regression models.

Results: Harmful alcohol consumption patterns are frequent from age 14; they peak in early adulthood and are more prevalent among males. Between 2004 and 2010, the patterns change positively in terms of the definitions laid down in the drinking guidelines.

Conclusions: In order to reach adolescents who have yet not developed undesirable consumption patterns, prevention measures should be implemented at an early stage of adolescence. Since risky drinking patterns, including binge drinking, are the most common among young adults, the provision of information about the health risks of binge drinking is essential.

Einleitung

Der Konsum von Alkohol kann kurz- und langfristig zu vielfältigen gesundheitlichen Schäden und negativen sozialen Folgen führen. Damit ihr Risiko für solche Alkoholwirkungen möglichst gering bleibt, wird gesunden Erwachsenen empfohlen, im Durchschnitt nicht mehr als 24g Alkohol (Männer) bzw. 12g Alkohol (Frauen) pro Tag zu konsumieren. Sie sollten außerdem mindestens 2 alkoholfreie Tage in der Woche einhalten und den Konsum größerer Mengen Alkohol (Männer 5 Gläser oder mehr, Frauen 4 Gläser oder mehr) bei einer Trinkepisode unterlassen. Jugendliche sollten weitgehend auf Alkohol verzichten. Je nach Kontext und individuellen Voraussetzungen gelten für einen risikoarmen Umgang mit Alkohol weitere Einschränkungen und Empfehlungen [1].

Für Erwachsene gilt: pro Tag im Schnitt nicht mehr als 24 g (Männer) bzw. 12 g (Frauen) Reinalkohol, 2 alkoholfreie Tage in der Woche, kein Konsum größerer Mengen bei einer Gelegenheit. Für Jugendliche gilt Alkoholverzicht.

Ab Schwellenwerten von durchschnittlich 20–24g Alkohol pro Tag für Männer bzw. von 10–12g für Frauen ist das Risiko für Leberzirrhose sowie Krebserkrankungen von Mund, Rachen, Kehlkopf und Speiseröhre erhöht. Mit steigendem durchschnittlichem Alkoholkonsum nimmt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten weiterer Erkrankungen zu [2].

Rauschtrinken (binge drinking) – ein Konsummuster mit erhöhtem Risiko für sowohl kurz- als auch langfristige alkoholbezogene Schädigungen – wird international definiert als Konsum von 5 (bzw. 4) oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit [3]. Andere Bezeichnungen wie „episodisch exzessiver Alkoholkonsum“ [4] oder „risky single-occasion drinking“ [5,6] betonen die großen Mengen oder die mit dem Konsum verbundenen Risiken. Obwohl – insbesondere in Abhängigkeit von der Dauer einer Trinkepisode – durch den Konsum von 5 alkoholischen Getränken nicht immer eine deutlich erhöhte Blutalkoholkonzentration erreicht werden muss [7,8], wird im Folgenden für dieses Konsummuster der Begriff Rauschtrinken verwendet.

Rauschtrinken kann in vielerlei Hinsicht Probleme verursachen oder mitbedingen. In den USA waren bei Schülerinnen und Schülern der 9. bis 12. Jahrgangsstufen, bei denen Rauschtrinken vorlag, die Risiken für das Mitfahren bei einem Fahrer, der Alkohol konsumiert hat, für Gewalterlebnisse, für Suizidgedanken und -versuche und den Konsum von Tabak oder illegalen Drogen erhöht [9]. Bei Studierenden mit Rauschtrinken war der Alkoholkonsum mit einem erhöhten Risiko für Katersymptome, Gedächtnisverlust, Versäumen von Lehrveranstaltungen, Lernrückstände, Streitereien mit Freunden, Verletzungen, Sachbeschädigungen, Schwierigkeiten mit der Polizei, ungeplante Sexualkontakte oder ungeschützten Geschlechtsverkehr sowie Fahrten unter Alkoholeinfluss verbunden [10]. Für Erwachsene werden als mögliche negative Folgen des Rauschtrinkens koronare Herzerkrankungen, Fahren unter Alkoholeinfluss, Verletzungen und soziale Folgen wie Gewalt, Störung der öffentlichen Ordnung, Probleme am Arbeitsplatz oder in der Familie genannt [3].

Ein hoher Durchschnittskonsum und Rauschtrinken erhöhen jeweils das Risiko für gesundheitliche Schäden und negative soziale Folgen.

Repräsentative Studien zeigen, dass die Empfehlungen zur durchschnittlichen Konsummenge und zum Rauschtrinken in Deutschland von vielen Menschen nicht eingehalten werden. Dies gilt sowohl für die erwachsene Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren (Epidemiologischer Suchtsurvey [11]), für Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Jahrgangsstufe (ESPAD-Studie [12]) als auch für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren [13], deren Alkoholkonsum Gegenstand von Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist. Insbesondere aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey [14] und den Studien der BZgA [13] liegen Daten aus vielen Wiederholungsbefragungen vor und sind Trendanalysen auf Basis großer Stichproben möglich. Aus präventiver Sicht ist dabei die Untersuchung von Veränderungen des Alkoholkonsums in der Altersgruppe der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen besonders bedeutsam. Ungünstige Alkoholkonsummuster können schon in der Adoleszenz und vor Erreichen der Volljährigkeit entstehen [12,13].

Die Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen im Jahr 2010 im Vergleich zu 2004 niedrigere Anteile der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die im Durchschnitt mehr als 24g bzw. 12g Alkohol pro Tag konsumieren. Auch die 30-Tages-Prävalenz des Rauchtrinkens ist zurückgegangen [13]. Beide Indikatoren wurden bislang nur getrennt betrachtet. Alkoholkonsumenten können aber mehr als 24g bzw. 12g Alkohol pro Tag trinken und gleichzeitig auf Rauschtrinken verzichten. Sie können trotz eines Durchschnittskonsums unterhalb dieser Schwellen Trinkepisoden mit Alkoholrausch aufweisen, indem sie ihren Alkoholkonsum auf wenige Gelegenheiten konzentrieren [6,15]. Schließlich können sie den Konsum hoher Durchschnittsmengen mit Rauschtrinken kombinieren. Jedes dieser Alkoholkonsummuster ist mit anderen Risikoprofilen für alkoholbedingte negative Konsequenzen verbunden. An einer Stichprobe mit nicht alkoholabhängigen Krankenhauspatienten zeigt sich, dass die Gruppe mit hohen Mengen und Rauschtrinken im Vergleich zu anderen Gruppen ein erhöhtes Risiko für Alkoholabhängigkeitssymptome oder alkoholbedingte körperliche Erkrankungen hat [16].

Im Folgenden wird untersucht, wie häufig die beschriebenen Alkoholkonsummuster in Deutschland bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren vorkommen, wie die Alkoholkonsummuster sich in Abhängigkeit soziodemografischer Merkmale unterscheiden und welche der verschiedenen Alkoholkonsummuster sich im Beobachtungszeitraum von 2004 bis 2010 verändern.

Methodik

Studien, Studiendesign und Ausschöpfung

Die BZgA führte im Zeitraum von 2004 bis 2010 insgesamt 5 repräsentative Querschnittsbefragungen Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland durch, in denen Daten zum Alkoholkonsum erhoben wurden (Drogenaffinitätsstudien 2004/2008 [17,18], Alkopopsstudie 2005 [19], „rauchfrei“-Studie 2007 [20], Alkoholsurvey 2010 [13]). Alle in diesem Beitrag untersuchten Indikatoren des Alkoholkonsums wurden in allen 5 Erhebungen mit identischen Frageformulierungen erfasst.

Unterschiede bestanden lediglich in der Position der Fragen innerhalb des Interviews und in einer Anpassung der als Beispiele verwendeten Markennamen oder Getränkebezeichnungen an Veränderungen im aktuellen Marktgeschehen.

Die Datenerhebung erfolgte in allen Untersuchungen durch deutschsprachige, computergestützte Telefoninterviews (CATI). Die Grundgesamtheit bildeten alle Personen im Alter von 12 bis 25 (2007: bis 19) Jahren, deren Haushalt über einen Festnetzanschluss telefonisch erreichbar ist und deren Sprachkenntnisse für die Durchführung des Interviews ausreichen. Die Stichprobenziehungen erfolgten nach dem Gabler-Häder-Design [21]. Aus einem computergenerierten Datensatz, der auch die Telefonnummern umfasste, die nicht in öffentlichen Verzeichnissen enthalten waren, wurden zufällig Festnetznummern ausgewählt, angerufen und festgestellt, ob eine Person im zutreffenden Alter dort wohnte. Lebten in einem erreichten Haushalt mehrere infrage kommende Jugendliche oder junge Erwachsene, wurde eine dieser Personen per Zufall für das Interview ausgesucht. Es wurden Ausschöpfungsquoten zwischen 71,4% (Drogenaffinitätsstudie 2004) und 52,6% (Alkoholsurvey 2010) erreicht. Die Datenerhebung wurde bis 2008 von forsa, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH und 2010 von KantarHealth GmbH durchgeführt.

Merkmale und Indikatoren

Soziale Unterschiede Soziale Unterschiede wurden anhand der Angaben zur derzeitigen Tätigkeit und zum Schulbesuch abgebildet. Die Befragten wurden als Schülerinnen und Schüler in Haupt-, Real-, Gesamtschulen, Gymnasien (Sekundarstufe I oder

Sekundarstufe II) oder berufsbildenden Schulen, als Auszubildende, Studierende, Erwerbstätige, Arbeitslose oder Sonstige klassifiziert. Da diese Ausprägungen altersabhängig sind, wurden bei getrennter Auswertung für Jugendliche und junge Erwachsene gering besetzte Kategorien jeweils den Sonstigen zugeordnet (s. **Tab. 1**).

Migrationshintergrund Der Migrationshintergrund wurde über Angaben zum Geburtsland und zur Staatsangehörigkeit der Befragten selbst und ihrer Eltern bestimmt [22]. Je nach Herkunftsland des Befragten oder seiner Eltern erfolgte eine Zuordnung zu den Kategorien (1) kein Migrationshintergrund, (2) Westeuropa, (3) Osteuropa (einschließlich ehemalige Sowjetunion), (4) Asien (einschließlich Türkei und ausschließlich ehemalige Sowjetunion) oder (5) Sonstige.

Rauschtrinken, Abstinenz, niedrige und hohe durchschnittliche Alkoholkonsummengen

Rauschtrinken – definiert als der Konsum von 5 Gläsern Alkohol oder mehr hintereinander – wurde in Bezug auf die letzten 30 Tage erhoben (30-Tages-Prävalenz). Die durchschnittlich konsumierten Alkoholmengen wurden für die letzten 12 Monate über einen getränkespezifischen Menge-Frequenz-Index erhoben, der an anderem Ort genauer beschrieben ist [16]. In Anlehnung an die Grenzwertempfehlungen für einen risikoarmen Alkoholkonsum [1] erfolgte eine Unterteilung der Befragten in alkoholabstinente Personen, Personen mit Konsum niedriger Alkoholmengen (von mehr als 0g/Tag bis zu 24g/Tag für Männer bzw. bis zu 12g/Tag für Frauen) und Personen mit Konsum hoher Alkoholmengen (Männer mehr als 24g/Tag,

Tab. 1 Soziodemografische Merkmale der Teilstichproben Jugendlicher und junger Erwachsener in den Studien 2004–2010.

		2004	2005	2007 ^a	2008	2010		
Teilstichproben 12- bis 17-jähriger Jugendlicher							p ^b	
Fallzahlen ^c		1270	1259	2607	1180	2686		
Alter ^d		14,5 (1,7)	14,6 (1,7)	14,6 (1,7)	14,6 (1,7)	14,6 (1,7)	0,339	
Geschlecht ^e	männlich	51,5	51,5	51,2	51,5	51,2	0,999	
	deutsch	95,2	95,2	94,1	94,8	94,5	0,478	
	nicht deutsch	4,4	4,4	5,5	4,8	5,3		
keine Angabe	keine Angabe	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2		
	soziale Unterschiede ^e	Gymnasium Sek. I	32,2	34,3	29,5	32,0	32,0	0,027
	Gesamtschule	8,0	6,8	8,0	8,5	7,1		
Realschule	Realschule	26,6	27,0	27,0	24,5	25,3		
	Hauptschule	10,3	11,4	11,3	11,2	9,5		
	Gymnasium Sek. II	7,8	7,2	9,3	9,9	10,3		
berufsbildende Schulen	berufsbildende Schulen	6,2	5,6	6,3	6,6	6,2		
	Auszubildende	5,9	4,8	5,5	4,0	6,0		
	Sonstige	3,1	3,0	2,9	3,1	3,7		
Teilstichproben 18- bis 25-jähriger junger Erwachsener							p ^b	
Fallzahlen ^c		1711	1714		1764	4251		
Alter ^d		21,5 (2,3)	21,5 (2,3)		21,5 (2,3)	21,5 (2,3)	0,609	
Geschlecht ^e	männlich	50,9	50,9		51,1	51,1	0,998	
	deutsch	94,8	94,8		94,9	94,9	0,993	
	nicht deutsch	5,1	4,7		4,9	5,0		
keine Angabe	keine Angabe	0,1	0,5		0,2	0,0		
	soziale Unterschiede ^e	Gymnasium Sek. II	10,4	10,6		11,5	7,8	<0,001
	berufsbildende Schulen	4,8	5,4		5,7	4,7		
Auszubildende	Auszubildende	19,4	16,7		19,8	20,2		
	Studierende	23,4	25,9		24,1	29,2		
	Erwerbstätige	27,6	27,4		27,1	24,9		
Arbeitslose	Arbeitslose	6,0	4,8		4,7	5,9		
	Sonstige	8,4	9,3		7,1	7,3		

^a 2007 wurden 12- bis 19-jährige befragt, deshalb entfällt 2007 die Altersgruppe 18 bis 25 Jahre ^b p-Wert für Unterschiede zwischen den Erhebungsjahren (Alter: Einfaktorische Varianzanalyse; Sonstige Variablen: Chi²-Test) ^c Ungewichtete Fallzahlen ^d Gewichteter Mittelwert (Standardabweichung) ^e Gewichtete Prozentwerte

Frauen mehr als 12 g/Tag). Da der Begriff risikoarmer Mengen entsprechend den Empfehlungen für den Konsum alkoholischer Getränke nur für Erwachsene gilt und Jugendliche Alkohol weitgehend vermeiden sollten, ersetzte diese Untersuchung mit Jugendlichen die Begriffe „risikoarm“ und „riskant“ durch die Bezeichnungen „niedrig“ und „hoch“.

Alkoholkonsummuster Die Indikatoren zur Alkoholmenge pro Tag und zur 30-Tages-Prävalenz des Rauschtrinkens wurden zu 5 sich gegenseitig ausschließenden Alkoholmustern kombiniert: Personen, die in den letzten 12 Monaten alkoholabstinent waren (Gruppe „abstinent“), Personen mit Konsum durchschnittlich niedriger Mengen pro Tag in den letzten 12 Monaten und ohne Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (Gruppe „niedrige Menge ohne Rausch“), Personen mit Konsum durchschnittlich niedriger Mengen mit Rauschtrinken (Gruppe „niedrige Menge mit Rausch“), Personen mit Konsum durchschnittlich hoher Mengen ohne Rauschtrinken (Gruppe „hohe Menge ohne Rausch“) und Personen mit Konsum durchschnittlich hoher Mengen mit Rauschtrinken (Gruppe „hohe Menge mit Rausch“). Wegen widersprüchlicher ($n=5$) oder fehlender ($n=252$) Angaben in einer der beiden zusammenfassenden Variablen konnte für 1,4% der Befragten der Indikator zum Alkoholkonsummuster nicht gebildet werden. Somit beruhen die Auswertungen insgesamt auf 18490 Fällen.

Auswertung und Gewichtung

Da die abhängige Variable „Alkoholkonsummuster“ mehrkategorial ist, wurden zur Prüfung soziodemografischer Unterschiede und der Trends multinomiale logistische Regressionen verwendet. Bei Überprüfung der Trends wurde das Erhebungsjahr als stetige Variable behandelt, sodass die resultierenden Odds Ratios der Faktor sind, um den sich das Verhältnis einer Merkmalskategorie zur Referenzkategorie pro Jahr ändert. Die Daten wurden bei den Analysen durch einen Gewichtungsfaktor an die Alters-, Geschlechts- und regionale Verteilung der amtlichen Statistiken des jeweiligen Erhebungsjahres angepasst. Datenmanagement und -analysen erfolgten mit SPSS 17.0.

Ergebnisse



Soziodemografische Merkmale der Stichproben

Die Teilstichproben der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen stimmen im Vergleich der Erhebungen von 2004 bis 2010 hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und der Staatsangehörigkeit sehr gut überein und unterscheiden sich statistisch nicht signifikant (● Tab. 1). Hinsichtlich der sozialen Unterschiede zeigen sich zwischen den Befragungen sowohl für Jugendliche ($p=0,027$) als auch junge Erwachsene ($p<0,001$) statistisch bedeutsame Abweichungen. Post-hoc-Analysen zeigen, dass sich die Verteilungen der Jahre 2004–2008 statistisch nur unbedeutend unterscheiden. Der signifikante Befund geht auf Unterschiede zwischen 2010 und den Vorjahren zurück. Bei Jugendlichen ist in 2010 der Anteil der Schülerinnen und Schüler in der Sekundarstufe II des Gymnasiums erhöht. In der Teilstichprobe der jungen Erwachsenen sind in der Erhebung 2010 weniger Erwerbstätige und Gymnasiasten (Sek. II) dafür aber mehr Auszubildende und Studierende vertreten.

Alkoholkonsummuster, Alter und Geschlecht im Jahr 2010

● Abb. 1 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der verschiedenen Alkoholkonsummuster nach Geschlecht und 7 Altersgruppen für 12- bis 25-Jährige im Jahr 2010. In beiden Geschlechtergruppen nimmt der Anteil derjenigen, die in den letzten 12 Monaten abstinent gelebt haben, bis zum 18. Lebensjahr stetig ab. Im Alter von 12 und 13 Jahren geben knapp 75% der Jungen und Mädchen an, im Jahreszeitraum vor der Befragung keinen Alkohol konsumiert zu haben. Innerhalb des Altersbereichs von 18 bis 25 Jahren liegen die entsprechenden Anteilswerte der jungen Männer nur noch bei etwa 6–7%, der der jungen Frauen bei etwa 8–10%.

Ein Vergleich der 12- und 13- sowie 14- und 15-Jährigen zeigt zwischen diesen Altersgruppen den stärksten altersabhängigen Rückgang der Abstinenzrate. Dieser geht zum größeren Teil mit einem Anstieg des Anteils derjenigen einher, die im Alter von 14 und 15 Jahren niedrige durchschnittliche Alkoholmengen

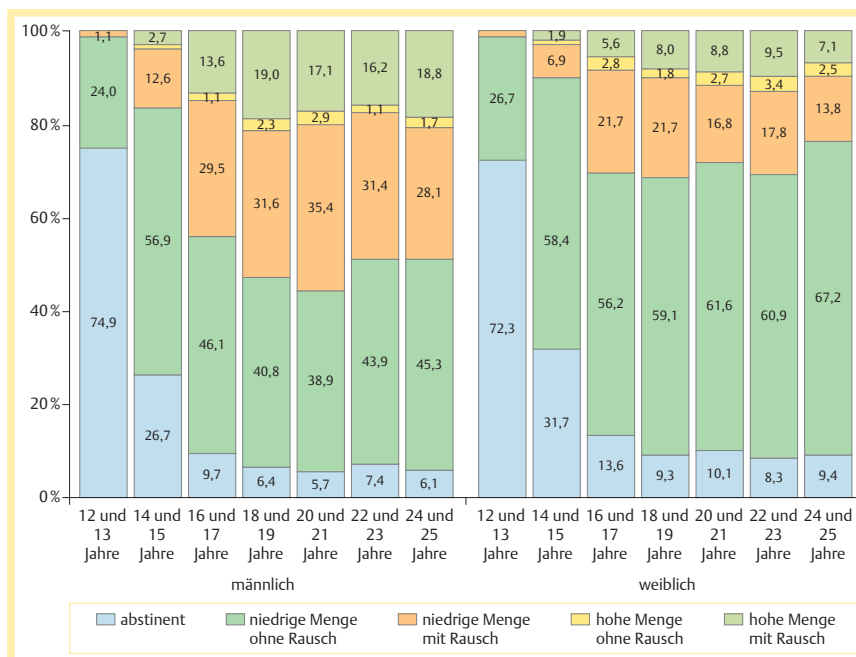


Abb. 1 Alkoholkonsummuster bei männlichen und weiblichen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren nach Alter und Geschlecht im Jahr 2010 (Angaben in Prozent, Prozentzahlen kleiner als 1 nicht abgedruckt).

konsumieren und in den letzten 30 Tagen auf Rauschtrinken verzichtet haben (niedrige Menge ohne Rausch). In dieser Altersgruppe finden sich mit 12,6% (männlich) und 6,9% (weiblich) aber auch schon Jugendliche, die niedrige durchschnittliche Alkoholmengen konsumieren und in den letzten 30 Tagen an mindestens einer Trinkgelegenheit 5 Gläser Alkohol oder mehr getrunken haben (niedrige Menge mit Rausch). Insgesamt 1,0% der männlichen und 1,1% der weiblichen 14- und 15-Jährigen konsumieren im Durchschnitt Alkoholmengen, die für Erwachsene ein gesundheitliches Risiko darstellen, weisen aber kein Rauschtrinken auf und 2,7% (männlich) bzw. 1,9% (weiblich) verbinden diesen hohen Durchschnittskonsum mit Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (hohe Menge mit Rausch).

Mit steigendem Alter zeigen sich für beide Geschlechter weitere Verschiebungen in den Alkoholkonsummustern. Das Rauschtrinken ist bei 16- und 17-Jährigen deutlich häufiger zu beobachten als bei 14- und 15-Jährigen und erhöht sich bei männlichen 18 bis 19-Jährigen nochmals. Im Alter von 18 bis 21 Jahren haben junge Männer die ungünstigsten Konsummuster. Nur noch 39–41% trinken durchschnittlich niedrige Alkoholmengen und verzichten gleichzeitig auf Rauschtrinken (niedrige Menge ohne Rausch). 32–35% kombinieren den Konsum niedriger Mengen mit Rauschtrinken (niedrige Menge mit Rausch) und 17–19% trinken durchschnittlich für Erwachsene riskante Mengen und haben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal 5 Gläser Alkohol und mehr bei einer Gelegenheit konsumiert (hohe Menge mit Rausch). Bei den Frauen erreicht der Konsum hoher Durchschnittsmengen in Verbindung mit Rauschtrinken in der

Altersgruppe der 22- und 23-Jährigen mit 9,5% den Höchstwert (hohe Menge mit Rausch). Für sie zeigen sich ab dem 18. Lebensjahr aber auch steigende Anteilswerte der Gruppe „niedrige Menge ohne Rausch“.

In allen untersuchten Gruppen spielt das Konsummuster „hohe Menge ohne Rausch“ die geringste Rolle. Männer erreichen hier einen Höchstwert von 2,9%, Frauen von 3,4%.

Alkoholkonsummuster, soziale Unterschiede und Migrationshintergrund im Jahr 2010

In **Tab. 2** sind die prozentualen Verteilungen der Alkoholkonsummuster für 12- bis 17-jährige männliche und weibliche Jugendliche im Jahr 2010 nach sozialen Unterschieden und Migrationshintergrund dargestellt. Mit multivariaten, multinomialen logistischen Regressionsmodellen wurde jeweils für männliche und weibliche Jugendliche überprüft, welche Gruppen sich statistisch signifikant in ihren Alkoholkonsummustern unterscheiden. Um das Problem zu kleiner Zellenbesetzungen zu umgehen, wurden die Gruppen „hohe Menge ohne Rausch“ und „niedrige Menge ohne Rausch“ in einer Kategorie „Konsum ohne Rausch“ zusammengefasst. Vergleiche werden also zwischen Abstinente(n), Personen, die unabhängig der Durchschnittsmenge auf Rauschtrinken verzichten und den 2 Gruppen mit Rauschtrinken gezogen. Referenzkategorie der Prädiktorvariablen sind Gymnasium Sek. I sowie kein Migrationshintergrund, die Referenzkategorie der abhängigen Variable ist die Gruppe „abstinent“.

Tab. 2 Alkoholkonsummuster nach sozialen Unterschieden und Migrationshintergrund bei männlichen und weiblichen 12- bis 17-jährigen Jugendlichen im Jahr 2010.

		Gesamt n ^f	hM mR ^a Zeilen % ^g	nM mR ^b Zeilen % ^g	oR ^c Zeilen % ^g	Abst ^d (Ref. ^e) Zeilen % ^g	
männlich	Gesamt	1278	5,7	14,9	43,3	36,1	
	soziale Unterschiede	Gymnasium Sek. I (Ref. ^e)	361	2,6	12,0	39,8	45,6
		Gesamtschule	79	3,9	9,0	27,3*	59,8
		Realschule	304	2,7	12,4	45,3	39,6
		Hauptschule	130	3,6	7,6	51,0*	37,8
		Gymnasium Sek. II	153	11,4	27,7	52,4	8,6
		berufsbildende Schulen	84	11,8	24,3	52,8	11,1
		Auszubildende	110	21,6	29,5	38,5	10,3
		Sonstige	57	9,7	16,7*	40,3*	33,4
	Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund (Ref. ^e)	926	6,6	17,0	43,4	33,0
		Westeuropa	50	4,8	13,7	58,8*	22,7
		Osteuropa	153	5,6*	10,5*	41,5*	42,4
		Asien einschl. Türkei	104	0,2*	5,6*	42,2*	51,9
		Sonstige	45	2,0*	9,6*	29,8*	58,5
weiblich	Gesamt	1262	2,8	10,0	48,7	38,4	
	soziale Unterschiede	Gymnasium Sek. I (Ref. ^e)	423	1,7	6,8	44,4	47,1
		Gesamtschule	80	4,3	2,4	48,8	44,5
		Realschule	294	1,6	6,5	47,2	44,7
		Hauptschule	93	0,4	4,8	39,4	55,4
		Gymnasium Sek. II	173	4,9	23,4	61,0	10,7
		berufsbildende Schulen	93	4,4	23,7	59,5	12,4
		Auszubildende	66	11,1	19,0	59,2	10,8
		Sonstige	40	2,4	5,4	42,2	50,0
	Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund (Ref. ^e)	922	2,3	12,2	51,0	34,5
		Westeuropa	50	15,1*	6,3	39,2	39,4
		Osteuropa	143	2,3	3,8*	56,1	37,7
		Asien einschl. Türkei	90	1,8*	4,4*	29,3*	64,5
		Sonstige	57	3,3	8,0	37,9*	50,9

*p<0,05 in multinomialen logistischen Regressionen mit den Prädiktoren Soziale Unterschiede, Migrationshintergrund und Alter ^aGruppe hohe Menge mit Rausch ^bGruppe niedrige Menge mit Rausch ^cGruppe Konsum ohne Rausch ^dGruppe Abstinente ^eReferenzkategorie ^fUngewichtete Fallzahlen ^gGewichtete Prozentwerte

Insgesamt zeigen sich nur geringfügige Effekte der sozialen Unterschiede und deutliche Effekte des Migrationshintergrundes. Bei männlichen Jugendlichen in der Gesamtschule ist der Anteil der Abstinenter höher und der Anteil derer, die zwar Alkohol trinken, aber auf Rauschtrinken verzichten, niedriger als bei Gymnasiasten. Unter männlichen Jugendlichen in Hauptschulen ist die Gruppe „Konsum ohne Rausch“ häufiger zu beobachten als im Gymnasium. Die signifikanten Unterschiede bei den Sonstigen sind für diese Restkategorie inhaltlich nicht interpretierbar. Bei weiblichen Jugendlichen finden sich unter Kontrolle des Alters und des Migrationshintergrundes keine signifikanten Zusammenhänge zwischen sozialen Unterschieden und Alkoholkonsummern. Hinsichtlich des Migrationshintergrundes zeigt sich, dass insbesondere bei männlichen und weiblichen Jugendlichen, die selbst oder deren Familie aus dem Raum Asien (einschließlich Türkei) stammen, der Anteil der Abstinenter höher und entsprechend der Anteil aller Konsumierenden niedriger ist als bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Auch bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist in beiden Geschlechtergruppen die Abstinenzrate bei denen besonders hoch, die einen Migrationshintergrund aus der Region Asien (einschl. Türkei) aufweisen. Im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund sind die Anteile der Alkoholkonsummern mit Rauschtrinken in beiden Geschlechtergruppen niedriger, wenn die Befragten oder deren Familie aus Asien (einschl. Türkei) stammen (● Tab. 3). Das Konsummuster hohe Mengen mit Rausch ist bei Gymnasiasten der Sekundarstufe II seltener zu beobachten als bei jungen Männern in berufsbildenden Schulen, bei Auszubildenden, Studierenden oder Arbeitslosen. Von den 18- bis 25-jährigen weiblichen Arbeitslosen trin-

ken 1,4% hohe Mengen und geben Rauschtrinken an, dieser Anteil unterscheidet sich signifikant von dem in der Referenzgruppe der Gymnasiastinnen der Sekundarstufe II (7,4%).

Veränderungen der Alkoholkonsummuster von 2004 bis 2010

Bei männlichen Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren hat sich der Anteil derjenigen, die in den letzten 12 Monaten auf Alkohol verzichtet haben von 25,1% im Jahr 2004 auf 36,1% im Jahr 2010 erhöht (● Tab. 4). Gleichzeitig gehen alle anderen Konsummuster zurück. So haben sich die Gruppen „niedrige Mengen ohne Rausch“ von 46,9% (2004) auf 42,6% (2010) und „niedrige Mengen mit Rausch“ von 18,4% (2004) auf 14,9% (2010) verringert. Die Gruppe „niedrige Mengen mit Rausch“ zum Beispiel nimmt im Verhältnis zur Gruppe der Abstinenter zwischen 2004 und 2010 pro Jahr signifikant um den Faktor 0,861 ab (s. ● Tab. 4, Spalten 10 und 11). Auch bei den 12- bis 17-jährigen weiblichen Jugendlichen steigt der Anteil der Abstinenter (2004:24,8%; 2010:38,4%) und auch hier verringert sich der Anteil aller anderen Konsummuster prozentual als auch signifikant im Verhältnis zur Gruppe der abstinenter weiblichen Jugendlichen. Bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen nimmt für Männer und Frauen von 2004 bis 2010 die Referenzgruppe der Abstinenter leicht zu. In beiden Geschlechtergruppen steigt auch der Anteil der Personen mit niedriger Konsummenge ohne Rausch an (Männer von 34,8% in 2004 auf 42,2% in 2010; Frauen von 58,0% in 2004 auf 62,2% in 2010). Das Verhältnis dieser beiden Gruppen zueinander ändert sich im Beobachtungszeitraum statistisch nicht signifikant (Männer: $p=0,604$; Frauen: $p=0,074$), beide Konsummuster nehmen also gemeinsam zu.

Tab. 3 Alkoholkonsummuster nach sozialen Unterschieden und Migrationshintergrund bei männlichen und weiblichen 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen im Jahr 2010.

			Gesamt	hM mR ^a	nM mR ^b	oR ^c	Abst ^d (Ref. ^e)
			n ^f	Zeilen % ^g	Zeilen % ^g	Zeilen % ^g	Zeilen % ^g
männlich	Gesamt		2 186	17,8	31,7	44,2	6,4
	soziale Unterschiede	Gymnasium Sek. II (Ref. ^e)	186	9,2	34,7	47,9	8,2
		berufsbildende Schulen	120	21,5*	35,9	35,8	6,8
		Auszubildende	424	20,4*	30,0	43,5	6,1
		Studierende	641	16,2*	31,6	46,7	5,6
		Erwerbstätige	503	15,4	33,0	44,5	7,0
		Arbeitslose	130	22,4*	31,0	38,9	7,7
		Sonstige	182	24,5*	27,8	42,6	5,1
	Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund (Ref. ^e)	1 671	18,6	31,6	44,7	5,0
		Westeuropa	81	17,8	32,3	42,3	7,6
		Osteuropa	270	17,2	37,4	39,4	6,1
Asien einschl. Türkei		108	8,3*	17,2*	50,1*	24,5	
Sonstige		56	16,7	35,1	41,4	6,8	
weiblich	Gesamt		2 206	8,4	17,6	64,8	9,3
	soziale Unterschiede	Gymnasium Sek. II (Ref. ^e)	226	7,4	22,2	63,0	7,4
		berufsbildende Schulen	101	8,4	22,8	54,1	14,7
		Auszubildende	447	7,4	20,2	58,7	13,8
		Studierende	648	10,3	16,7	67,0	6,0
		Erwerbstätige	564	8,9	16,3	68,8	5,9
		Arbeitslose	97	1,4*	17,4	62,3	18,9
		Sonstige	123	7,1	6,9*	70,2	15,7
	Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund (Ref. ^e)	1 690	9,5	20,1	64,3	6,0
		Westeuropa	78	4,4	11,7	78,4	5,5
		Osteuropa	262	4,9*	12,6*	73,1	9,4
Asien einschl. Türkei		125	0,7*	5,9*	55,3*	38,1	
Sonstige		51	15,6*	6,8*	49,0*	28,6	

* $p < 0,05$ in multinomialen logistischen Regressionen mit den Prädiktoren Soziale Unterschiede, Migrationshintergrund und Alter ^aGruppe hohe Menge mit Rausch ^bGruppe niedrige Menge mit Rausch ^cGruppe Konsum ohne Rausch ^dGruppe Abstinenter ^eReferenzkategorie ^fUngewichtete Fallzahlen ^gGewichtete Prozentwerte

Tab. 4 Trends der Alkoholkonsummuster bei männlichen und weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2004–2010.

Alter in Jahren	Geschlecht	Alkoholkonsummuster		Erhebungsjahr					95%-KI			
				2004	2005	2007 ^a	2008	2010	p ^b	OR ^c	UG ^d	OG ^d
12 bis 17	männlich	hohe Menge mit Rausch	% ^e	8,2	7,2	11,7	7,9	5,7	<0,001	0,837	0,787	0,891
		hohe Menge ohne Rausch	% ^e	1,4	0,8	0,9	1,7	0,7	0,011	0,832	0,723	0,958
		niedrige Menge mit Rausch	% ^e	18,4	16,7	19,1	15,2	14,9	<0,001	0,861	0,819	0,905
		niedrige Menge ohne Rausch	% ^e	46,9	43,3	41,0	42,7	42,6	<0,001	0,912	0,879	0,945
		abstinent	% ^e	25,1	32,0	27,3	32,7	36,1	(Ref.)			
		n ^f	676	649	1 344	602	1 278					
	weiblich	hohe Menge mit Rausch	% ^e	6,6	4,7	8,1	5,9	2,8	<0,001	0,780	0,727	0,837
		hohe Menge ohne Rausch	% ^e	2,9	2,8	3,0	1,3	1,4	<0,001	0,760	0,686	0,841
		niedrige Menge mit Rausch	% ^e	12,4	10,6	12,0	11,7	10,0	<0,001	0,847	0,801	0,895
		niedrige Menge ohne Rausch	% ^e	53,3	52,7	51,1	48,5	47,4	<0,001	0,876	0,845	0,908
abstinent		% ^e	24,8	29,2	25,9	32,7	38,4	(Ref.)				
	n ^f	650	635	1 314	593	1 262						
18 bis 25	männlich	hohe Menge mit Rausch	% ^e	19,5	21,2		21,0	17,8	0,025	0,938	0,887	0,992
		hohe Menge ohne Rausch	% ^e	3,9	3,0		2,8	2,0	0,001	0,872	0,801	0,948
		niedrige Menge mit Rausch	% ^e	37,1	32,1		32,1	31,7	0,027	0,942	0,893	0,993
		niedrige Menge ohne Rausch	% ^e	34,8	38,1		39,9	42,2	0,604	0,986	0,935	1,040
		abstinent	% ^e	4,6	5,6		4,2	6,4	(Ref.)			
		n ^f	836	855		865	2 186					
	weiblich	hohe Menge mit Rausch	% ^e	10,9	9,0		9,0	8,4	0,005	0,923	0,872	0,976
		hohe Menge ohne Rausch	% ^e	5,0	5,5		3,5	2,6	<0,001	0,846	0,787	0,909
		niedrige Menge mit Rausch	% ^e	18,8	15,9		19,1	17,6	0,067	0,954	0,908	1,003
		niedrige Menge ohne Rausch	% ^e	58,0	62,6		60,5	62,2	0,074	0,961	0,919	1,004
abstinent		% ^e	7,3	7,0		7,9	9,3	(Ref.)				
	n ^f	819	834		886	2 206						

^a 2007 wurden 12- bis 19-Jährige befragt, deshalb entfällt 2007 die Altersgruppe 18 bis 25 Jahre ^b p-Wert für den Prädiktor Erhebungsjahr (multinomiale logistische Regression mit der Kovariaten Alter) ^c Odds Ratios für Erhebungsjahr ^d Untere (UG) und obere (OG) Grenze des 95%-Konfidenzintervalls für OR ^e Gewichtete Prozentwerte ^f Ungewichtete Fallzahlen

Für junge Männer sind für alle weiteren Alkoholkonsummuster im Zeitraum 2004–2010 sowohl prozentual als auch im Verhältnis zur Gruppe der Abstinente Rückgänge zu beobachten. Auch bei den jungen Frauen verringern sich die prozentualen Anteile der weiteren Alkoholkonsummuster zwischen 2004 und 2010. Das Verhältnis zur Referenzgruppe „Abstinenz“ verringert sich dabei in den Gruppen „hohe Mengen mit Rausch“ und „niedrige Mengen mit Rausch“ signifikant. Während also bei den jungen Erwachsenen die risikoarmen Konsumgruppen wachsen, sind gleichzeitig Rückgänge der für Erwachsene gesundheitlich risikanten Konsumformen zu verzeichnen.

Diskussion

Gegenstand dieses Beitrags sind Alkoholkonsummuster von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Erstmals werden für diese Altersgruppe nicht nur einzelne Indikatoren des Alkoholkonsums, sondern eine Kombination verschiedener Konsumdimensionen im Trendverlauf betrachtet. Die untersuchten Konsummuster unterscheiden sich darin, ob die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge und das Rauschtrinken den Empfehlungen für einen risikoarmen Umgang mit alkoholischen Getränken [1] entsprechen oder nicht. Es werden 5 Gruppen untersucht. Für jugendliche und junge Erwachsene, die ganz auf Alkohol verzichten, bestehen keine gesundheitlichen Gefahren durch eigenen Alkoholkonsum. Bei Jugendlichen mit niedrigem Durchschnittskonsum und ohne Rauschtrinken liegen alkoholbedingte Entwicklungsrisiken vor. So ist das noch in der Reifung befindliche Gehirn jugendlicher gegenüber negativen Alko-

holwirkungen anfälliger als das von Erwachsenen. Alkohol beeinträchtigt in diesem Alter Lernprozesse stärker oder kann die Schlafqualität beeinträchtigen [23]. Junge Erwachsene mit diesem Konsummuster konsumieren Alkohol noch im Rahmen der Empfehlungen. Die anderen 3 Konsummuster – niedrige Durchschnittsmengen mit Rauschtrinken, hohe Mengen ohne Rauschtrinken, hohe Mengen mit Rausch – sind für alle Altersgruppen mit Risiken für die Gesundheit und negativen sozialen Folgen verbunden.

Hinsichtlich der Verbreitung der verschiedenen Konsummuster zeigen sich in Übereinstimmung mit anderen Studien Geschlechtsunterschiede [11, 12, 24]. Die riskanteren Konsummuster kommen ab dem vierzehnten Lebensjahr bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufiger vor als bei weiblichen. Bei 12- bis 17-Jährigen finden altersabhängig die deutlichsten Verschiebungen in den Konsummustern statt. In dieser Entwicklungsphase nehmen die Anteile problematischer Konsummuster sukzessive zugunsten unproblematischer bzw. weniger problematischer Konsummuster zu. Die auch für Erwachsene ungünstigen Konsummuster mit hohen Mengen oder Rauschtrinken treten schon bei 14- und 15-Jährigen häufig auf und sind im Alter von 16 und 17 Jahren fast so weit verbreitet wie bei den jungen Erwachsenen. Dies macht vor dem Hintergrund, dass Jugendlichen der Alkoholverzicht empfohlen wird, die Bedeutung von Präventionsmaßnahmen im Kindes- und frühen Jugendalter deutlich.

Schon bei 14- und 15-Jährigen treten häufig Alkoholkonsummuster auf, die für Erwachsene ungünstig sind.

In der Untersuchung deutet sich bei den jungen Männern etwa ab dem 22. und den jungen Frauen ab dem 24. Lebensjahr aber auch ein leichter Rückgang des gesundheitlich problematischen Alkoholkonsums an. Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys, der über das 25. Lebensjahr hinaus auch ältere Personen bis zu 64 Jahren untersucht, zeigen, dass mit steigendem Alter zumindest die Prävalenz des Rauschtrinkens wieder sinkt [11]. Auch in anderen europäischen Ländern zeigen sich im späten Jugend- und frühen Erwachsenenalter die höchsten Werte für das Rauschtrinken [24]. Menschen in diesem Alter stehen also unter einem höheren Risiko für akute negative Folgen des Rauschtrinkens als andere Altersgruppen und stellen somit eine wichtige Zielgruppe für präventive Maßnahmen dar.

In der hier untersuchten Stichprobe ergibt sich ab dem 14. Lebensjahr für alle Altersgruppen eine gleichbleibende Rangfolge der (für Erwachsene) riskanten 3 Alkoholkonsummuster. Am weitesten verbreitet ist der Konsum niedriger Mengen mit Rausch. Es folgen hohe Mengen Alkohol mit Rausch. Der Konsum hoher Mengen ohne Rauschtrinken spielt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Vergleich zu den anderen Konsummustern eine geringere Rolle. Dies zeigt, wie wichtig die Kommunikation über Gefahren des Rauschtrinkens in Präventionskampagnen und -angeboten für Jugendliche und junge Erwachsene ist.

Bei jungen Erwachsenen sind riskante Alkoholkonsummuster fast immer mit dem Auftreten von Rauschtrinken verbunden.

Für die hier untersuchten Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden sich nur wenige soziale Unterschiede in der Verbreitung der Alkoholkonsummuster. Deutschland gehört innerhalb der EU-Staaten zu den Ländern mit einem sehr hohen Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol [25], nur 2,9% der Allgemeinbevölkerung ist lebenslang abstinent [11], der Alkoholkonsum ist in unserer Kultur weit verbreitet. Neben Alter und Geschlecht zeigen sich soziodemografische Unterschiede vor allem noch bezüglich des Migrationshintergrundes. Eine Herkunft aus Asien (einschl. Türkei) erweist sich gegenüber dem Alkoholkonsum als schützend. Dies weist wahrscheinlich auf Einflüsse der muslimisch geprägten Herkunftsländer hin, in denen der Alkoholkonsum im weltweiten Vergleich sehr gering ist [25]

Im Zeitraum 2004–2010 entwickeln sich Trends, die ganz im Sinne der Empfehlungen zum Alkoholkonsum verlaufen. Bei Jugendlichen, die auf Alkohol verzichten sollen, steigt die Abstinenzrate – alle anderen Konsummuster, auch der Konsum niedriger Mengen ohne Rausch, verringern sich. Bei jungen Erwachsenen nimmt der Konsum niedriger Mengen ohne Rauschtrinken zu. Dieses Alkoholmuster entspricht den Grenzwerten für einen risikoarmen Konsum, wie sie für Erwachsene gelten. Riskante Konsumformen gehen bei den jungen Erwachsenen im Trendverlauf zurück. Bezogen auf die Abstinenz sowie den Konsum niedriger und hoher Mengen werden im Zeitraum von 2003 bis 2009 für die 18- bis 59-jährige Allgemeinbevölkerung ähnliche Veränderungsmuster berichtet [14].

Die Verbreitung der verschiedenen Alkoholkonsummuster hat sich im Zeitraum von 2004 bis 2010 im Sinne der Trinkempfehlungen positiv verändert.

Für diese Entwicklungen kann eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema Alkohol und Jugendliche von Bedeutung sein. Seit 2004 sind die Gefahren des Alkohols in Zusammenhang mit der Einführung des Alkopopssteuergesetzes, der steigenden Zahlen für die Behandlung akuter Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen im Krankenhaus oder durch die bundesweit sichtbare Präventionskampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ [13] immer wieder Gegenstand der öffentlichen Debatte.

Einschränkungen

Die Verteilung der Alkoholkonsummuster wird durch die beiden ihnen zugrunde liegenden Maße zur Alkoholmenge und zum Rauschtrinken bestimmt. Wegen des unterschiedlichen Alkoholstoffwechsels von Männern und Frauen wird diskutiert, Rauschtrinken geschlechtsspezifisch zu erfassen und bei Frauen zu erheben, wie oft sie 4 (statt 5) Gläser Alkohol und mehr hintereinander trinken [26]. Bei einer so modifizierten Frage wäre zu erwarten, dass sich bei Frauen ein höherer Anteil im Rauschtrinken ergibt.

Die in den BZgA-Studien verwendeten Verfahren der Stichprobenziehung und die Erhebungsmethode wurden im hier dargestellten Beobachtungszeitraum konstant gehalten. Die im Laufe der Jahre abnehmenden Ausschöpfungsquoten entsprechen einer generellen Entwicklung in der Umfrageforschung und können teilweise mit einer geringeren Teilnahmebereitschaft wegen der Zunahme kommerzieller Anrufe erklärt werden [27]. Die soziodemografischen Merkmale der untersuchten Stichproben sind trotz sinkender Ausschöpfung gut vergleichbar. Eine Ausnahme sind Abweichungen zwischen der Erhebung 2010 und Vorjahren in den sozialen Unterschieden. Hier besteht zum Einen die Möglichkeit, dass tatsächliche Veränderungen abgebildet werden. Die Verschiebung der Anteilswerte von Gymnasium (Sek. II) kann mit der Einführung des G8 in Verbindung stehen. Zum Anderen findet sich zwischen sozialen Unterschieden und Alkoholkonsummustern nur ein geringer Zusammenhang, sodass die Einschränkungen für Trendvergleiche geringfügig sein dürften. Da bei der Einwilligung zur Interviewteilnahme das Thema Alkoholkonsum nicht angesprochen wurde, ist außerdem im Vorfeld keine themenspezifische Verweigerung möglich.

Abschließend ist festzuhalten, dass die hier vorgestellten Ergebnisse eine Einschätzung der Verbreitung und der Veränderung von Alkoholkonsummustern bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland erlauben. Repräsentativbefragungen wie die hier vorgestellten liefern wichtige Hinweise zur Beurteilung der Problemlage und zur Planung und Steuerung alkoholbezogener Präventionsmaßnahmen.

Fazit für die Praxis

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland dominiert als riskantes Konsummuster das Rauschtrinken. Der Konsum durchschnittlich großer Mengen Alkohol geht bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen fast immer auch mit Rauschtrinken einher. Wegen des niedrigen Alters, in dem das Rauschtrinken bei Jugendlichen schon zu beobachten ist, ist es wichtig, diejenigen, die noch keine riskanten Konsummuster ausgebildet haben, frühzeitig mit universellen Präventionsmaßnahmen zu erreichen. Prävention ist aber auch bei jungen Erwachsenen indiziert – im Alter von etwa 18 bis 21 Jahren ist riskanter Alkoholkonsum weit verbreitet und das Risiko für die akuten negativen Folgen des Alkoholrauschs hoch.

Zur Person



Boris Orth, geb. 1967, Diplom-Psychologe, war von 2001 bis 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Münster. Von 2002 bis 2004 und in 2006 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Soziale Epidemiologie am IFT Institut für Therapieforchung, München. Seit Mai 2006 ist er als wissenschaftlicher Referent im Referat

Wissenschaftliche Untersuchungen und Qualitätssicherung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln tätig. Arbeitsschwerpunkt ist die Durchführung repräsentativer Bevölkerungsbefragungen zu den Themen Alkohol, Tabak, illegale Drogen und Glücksspielsucht.



Jürgen Töppich, geb. 1950, Diplom-Soziologe, war von 1976 bis 1977 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt zur Entwicklung des Studiengangs „Öffentliche Wirtschaft“ an der Fachhochschule Frankfurt am Main. Von 1977 bis 1983 arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Referat „Aufgabenplanung und Koordinierung, Ablaufplanung, Forschungsförderung

und -koordinierung“ der BZgA mit dem Schwerpunkt „Forschung“. Seit 1983 leitet er in der BZgA das Referat „Wissenschaftliche Untersuchungen und Qualitätssicherung“, ist Forschungsbeauftragter der BZgA und stellvertretender Leiter der Abteilung „Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Aufklärung“.

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

- Seitz KH, Bühringer G, Mann K. Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hrsg. Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland; 2008: 205–209
- Burger M, Brönstrup A, Pietrzik K. Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: a systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine* 2004; 39: 111–127

- Gmel G, Rehm J, Kuntsche E. Binge drinking in Europe: Definitions, epidemiology, and consequences. *Sucht* 2003; 49: 105–116
- Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. *Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention*. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106: 323–328
- Gmel G, Kuntsche E, Rehm J. Risky single-occasion drinking: bingeing is not bingeing. *Addiction* 2010; 106: 1037–1045
- Kuntsche S, Plant ML, Plant MA et al. Spreading or concentrating drinking occasions – who is most at risk? *European Addiction Research* 2008; 14: 71–81
- Beirness DJ, Foss RD, Vogel-Sprott M. Drinking on campus: self-reports and breath tests. *Journal of Studies on Alcohol* 2004; 65: 600–604
- Lange JE, Voas RB. Defining binge drinking quantities through resulting BACs. *Annual Proceedings/Association for the Advancement of Automotive Medicine* 2000; 44: 389–404
- Miller JW, Naimi TS, Brewer RD et al. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics* 2007; 119: 76–85
- Wechsler H, Davenport A, Dowdall GW et al. Health and behavioural consequences of binge drinking in college – a national survey of students at 140 campuses. *JAMA* 1994; 272: 1671–1677
- Pabst A, Piontek D, Kraus L et al. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht* 2010; 56: 327–336
- Kraus L, Papst A, Steiner S. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen (IFT-Berichte Bd. 165). München: IFT Institut für Therapieforchung; 2008
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Kurzbericht zu Ergebnissen einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: BZgA; 2011
- Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995–2009. *Sucht* 2010; 56: 337–347
- Rehm J, Gmel G. Aggregating dimensions of alcohol consumption to predict medical and social consequences. *Journal of Substance Abuse* 2000; 12: 155–168
- Coder B, Freyer-Adam J, Lau K et al. Male at-risk drinkers with heavy episodic drinking: a subclinical diagnosis? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2008; 69: 85–90
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband: Alkohol. Köln: BZgA; 2004
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Köln: BZgA; 2009
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops. Köln: BZgA; 2005
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland. Kurzbericht. Köln: BZgA; 2007
- Gabler S, Häder S, Hrsg. Telefonstichproben. Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland. Münster: Waxmann; 2002
- Schenk L, Bau A-M, Borde T et al. Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2006; 9: 853–860
- Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA et al. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine* 2005; 40: 23–32
- Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine* 2004; 59: 113–127
- Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C et al. Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hrsg. Jahrbuch Sucht 2011. Geesthacht: Neuland; 2011: 29–50
- Wechsler H, Dowdall GW, Davenport A et al. A gender-specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health* 1995; 85: 982–985
- Schnauber A, Daschmann G. States oder Traits? Was beeinflusst die Teilnahmebereitschaft an telefonischen Interviews? *Methoden – Daten – Analysen* 2008; 2: 97–123