

Alkoholkonsum

Einleitung

Übermäßiger und häufiger Alkoholkonsum gefährdet die Gesundheit und geht mit einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen einher. Zudem steigt unter Alkoholeinfluss die Gefahr von Unfällen, Verletzungen und gewalttätigen Auseinandersetzungen (RKI 2008; Anderson et al. 2012; Gaertner et al. 2014). In Maßen getrunken ist Alkohol ein gesellschaftlich weit hin akzeptiertes Genussmittel, weshalb das Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol eine wichtige Entwicklungsaufgabe des Jugendalters darstellt (Hurrelmann, Settertobulte 2008; Petermann, Helbig 2008). Dabei kann bei Jugendlichen Alkohol aufgrund ihrer Unerfahrenheit und der erhöhten Vulnerabilität des noch nicht ausgereiften Organismus zu gravierenden gesundheitlichen Schäden führen (Riegg, Pogarell 2012). Darüber hinaus sind soziale Probleme wie Schwierigkeiten in der Schule oder Auseinandersetzungen mit Freunden oder Eltern oftmals Folge des Alkoholkonsums im Jugendalter (Kraus et al. 2011). Studien deuten darauf hin, dass ein früher Einstieg und übermäßiger 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). Jugendliche stellen daher eine wichtige Zielgruppe der Alkoholprävention dar.

Indikator

Der Alkoholkonsum wurde in KiGGS Welle 1 anhand von vier Fragen erhoben (Lampert et al. 2014). Um die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums zu erfassen, wurden zunächst alle Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren gefragt: »Hast du schon einmal Alkohol getrunken?« (Antwortkategorien: »ja«, »nein«). Darüber hinaus wurde das aus drei Fragen bestehende, international etablierte AUDIT-C-Instrument eingesetzt (Bush et al. 1998). Hierbei handelt es sich um einen Kurzfragebogen des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), der zur Erfassung des riskanten Alkoholkonsums und zur Verbreitung des Rauschtrinkens verwendet wird.

Die drei Fragen des AUDIT-C-Instruments lauten:

1. 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«).

2. 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«).

3. 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«).

Entsprechend der Instrumentenvorgaben wurden die Antwortkategorien der drei Einzelfragen jeweils aufsteigend mit Punktwerten von 0 bis 4 versehen und anschließend aufsummiert (Saunders et al. 1993; Bush et al. 1998). Die Spannweite des auf diese Weise gebildeten Summenscores reicht demnach von 0 bis 12. Von riskantem Alkoholkonsum ist bei einem Summenscore von ≥ 4 bei Mädchen und ≥ 5 bei Jungen auszugehen (Hapke et al. 2013; Rumpf et al. 2013). Die Verbreitung des Rauschtrinkens wird anhand der dritten Einzelfrage des AUDIT-C-Instruments bestimmt. Von regelmäßigem Rauschtrinken ist im Folgenden die Rede, wenn die Jugendlichen angeben, mindestens einmal im Monat oder häufiger 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu konsumieren.

In den Tabellen werden neben der Lebenszeitprävalenz Angaben zum Risikokonsum und zum regelmäßigen Rauschtrinken gemacht. Dabei wird nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus differenziert.

Kernaussagen

- Mehr als die Hälfte (54,4 %) der 11- bis 17-Jährigen hat schon einmal Alkohol getrunken. Ein riskanter Alkoholkonsum gemäß AUDIT-C ist bei 15,8 % der Jugendlichen festzustellen, regelmäßiges Rauschtrinken wird von 11,5 % der Jugendlichen praktiziert.

- ▶ Für alle drei Indikatoren des Alkoholkonsums sind mit zunehmendem Alter stark ansteigende Prävalenzen zu beobachten.
- ▶ In Bezug auf die Häufigkeit des Alkoholkonsums bestehen kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern; lediglich bei den 14- bis 17-Jährigen zeigt sich, dass Jungen häufiger als Mädchen zu regelmäßigem Rauschtrinken neigen (23,1 % vs. 16,5 %).
- ▶ Anhand der hier dargestellten Prävalenzen ist kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus und dem Alkoholkonsum von Jugendlichen festzustellen.

Einordnung der Ergebnisse

Da das AUDIT-C-Instrument in der KiGGS-Basiserhebung nicht eingesetzt wurde, können zeitliche Entwicklungen lediglich für die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums berichtet werden. Der Anteil der Jugendlichen, die jemals Alkohol getrunken haben, ist demnach von 62,8 % auf 54,4 % deutlich gesunken (Lampert et al. 2014). Auch aus anderen Studien werden rückläufige Trends im Alkoholkonsum von Jugendlichen berichtet. Dies gilt z. B. für die regelmäßig durchgeführten Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Health Behaviour in School-aged Children Studie (HBSC) sowie die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) (Kraus et al. 2011; Richter et al. 2012; BZgA 2014). Im scheinbaren Widerspruch zu den rückläufigen Alkoholkonsumraten, die in bevölkerungsrepräsentativen Befragungssurveys ermittelt werden, steht der Befund, dass immer mehr Kinder und Jugendliche aufgrund akuter Alkoholvergiftungen in Krankenhäuser eingeliefert werden. Wie aus der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes hervorgeht, wurden im Jahr 2012 rund 26.600 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 aufgrund exzessiven Alkoholkonsums stationär behandelt – knapp dreimal so viele wie im Jahr 2000 (Statistisches Bundesamt 2014). Aktuelle Forschungen sprechen jedoch dafür, dass zumindest ein Teil des Anstiegs der Krankenhausbehandlungszahlen auf eine verstärkte Problemwahrnehmung und eine gestiegene Notrufbereitschaft in der Bevölkerung zurückzuführen ist (Wurdak et al. 2013). Empfohlen wird daher eine vorsichtige Interpretation der den Zahlen zugrundeliegenden Statistik (Kraus et al. 2013). Bei der Einordnung der KiGGS-Ergebnisse zum riskanten Alkoholkonsum ist zu berücksichtigen, dass die Definition der Schwellenwerte wie bei den RKI-Surveys zu Erwachsenen in Anlehnung an internationale Vorgaben erfolgte (Reinert, Allen 2007; Gual et al. 2013;

Hapke et al. 2013). Ein AUDIT-C-Gesamtwert unterhalb der definierten Schwellenwerte ist für die hier betrachtete Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen jedoch nicht mit risikoarmem Alkoholkonsum gleichzusetzen. Gemäß der Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sollten Jugendliche Alkohol weitgehend meiden; etablierte Grenzwerte für risikoarmen Konsum existieren für sie nicht (Seitz et al. 2008).

Hinweis: Eine detaillierte Studienbeschreibung sowie methodische Erläuterungen sind auf der Internetseite der KiGGS-Studie www.kiggs-studie.de zu finden sowie bei Lange et al. (2014). Weiterführende Ergebnisse zum Alkoholkonsum finden sich bei Lampert et al. (2014).

Literatur

- 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
- 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
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2014) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln www.bzga.de (Stand: 12.11.2014)
- 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
- Gaertner B, Meyer C, John U et al. (2014) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2014. Pabst, Lengerich, S 37–63
- 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). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 56 (5/6): 809–813
- Hurrelmann K, Settertobulte W (2008) Alkohol im Spannungsfeld von kultureller Prägung und Problemverhalten. APuZ 28/2008: 9–14
- Kraus L, Hannemann TV, Pabst A et al. (2013) Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? Gesundheitswesen 75 (7): 456–464
- 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 Therapieforchung, München
www.ift.de (Stand: 12.11.2014)

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). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 830–839

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

Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 747–761

Petermann F, Helbig S (2008) Entwicklungsaufgabe »Substanzgebrauch«: Bewältigungskompetenzen und Ressourcenförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Sucht aktuell (2/2008): 14–19

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 1): S42–S48

Riegg F, Pogarell O (2012) Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Pädiatrische Praxis 79 (1): 137–145

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 40. RKI, Berlin
www.rki.de (Stand: 12.11.2014)

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, Wohlert 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

Statistisches Bundesamt (2014) Krankenhausdiagnosestatistik: Entwicklung der Fallzahlen aufgrund akuter Alkoholvergiftungen (ICD10: F10.0) im Krankenhaus behandelter Kinder und Jugendlicher im Alter von 10 bis 19 Jahren von 2000 bis 2012
www.gbe-bund.de (Stand: 12.11.2014)

Wurdak M, Ihle K, Stürmer M et al. (2013) Indikatoren für das Ausmaß jugendlichen Rauschtrinkens in Bayern. Sucht 59 (4): 225–233

Tabelle 1
Verbreitung des Alkoholkonsums bei 11- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter und Sozialstatus

	Lebenszeitprävalenz		Risikokonsum		Regelmäßiges Rauschtrinken	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen	54,8	(52,2 – 57,5)	16,5	(14,5 – 18,8)	9,8	(8,3 – 11,7)
Alter						
11–13 Jahre	20,2	(17,3 – 23,4)	1,3	(0,5 – 3,1)	0,9	(0,3 – 2,8)
14–17 Jahre	80,6	(76,7 – 83,9)	27,9	(24,5 – 31,6)	16,5	(13,8 – 19,5)
Sozialstatus						
Niedrig	49,7	(41,5 – 57,8)	15,6	(10,5 – 22,7)	8,0	(4,4 – 13,9)
Mittel	58,4	(55,2 – 61,6)	17,7	(15,2 – 20,5)	11,3	(9,2 – 13,8)
Hoch	50,9	(45,7 – 56,1)	14,5	(11,3 – 18,2)	7,4	(5,3 – 10,3)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	54,4	(52,2 – 56,5)	15,8	(14,2 – 17,6)	11,5	(10,2 – 13,0)

Tabelle 2
Verbreitung des Alkoholkonsums bei 11- bis 17-jährigen Jungen nach Alter und Sozialstatus

	Lebenszeitprävalenz		Risikokonsum		Regelmäßiges Rauschtrinken	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Jungen	53,9	(51,1 – 56,8)	15,1	(13,1 – 17,3)	13,1	(11,3 – 15,2)
Alter						
11–13 Jahre	21,9	(18,3 – 25,9)	0,0	(0,0 – 0,1)	0,3	(0,1 – 0,7)
14–17 Jahre	78,5	(75,0 – 81,7)	26,6	(23,3 – 30,2)	23,1	(20,0 – 26,5)
Sozialstatus						
Niedrig	51,1	(42,9 – 59,3)	15,1	(10,7 – 20,7)	12,9	(9,0 – 18,2)
Mittel	54,5	(51,0 – 57,9)	15,0	(12,7 – 17,7)	13,8	(11,6 – 16,2)
Hoch	57,3	(53,5 – 61,0)	16,1	(12,6 – 20,3)	12,0	(9,0 – 15,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	54,4	(52,2 – 56,5)	15,8	(14,2 – 17,6)	11,5	(10,2 – 13,0)

Redaktion

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Dr. Benjamin Kuntz, Laura Krause,
Panagiotis Kamtsiuris, PD Dr. Thomas Lampert
General-Pape-Straße 62-66
12101 Berlin

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Alkoholkonsum. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. RKI, Berlin
www.kiggs-studie.de (Stand: 12.11.2014)