

Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen

Das Trinken großer Mengen Alkohol in kurzer Zeit ist kein neues Phänomen. Es existiert nicht erst seitdem sich der Begriff *Binge-Drinking* in Deutschland durchgesetzt hat. Die Dramatik des tödlichen Ausgangs von Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen hat in der Öffentlichkeit dazu geführt, dass das Trinken großer Mengen Alkohols vor allem als Problem der Jugend wahrgenommen wird. Für die sensationsorientierte Berichterstattung eignen sich

Extremsituation und Alkoholexzesse zur Auflagesteigerung. Tatsächlich kann man jedoch bei Volksfesten oder in der Karnevalszeit und bei vielen weiteren Gelegenheiten erleben, dass vor allem Erwachsene jede Gelegenheit nutzen, Alkohol zu trinken, häufig bis zum Rausch. Übermäßiger Alkoholkonsum ist kein spezifisches Problem der Jugend, sondern eines, das große Teile der Gesellschaft quer durch alle sozialen Schichten betrifft.

Zahlen und Fakten auf einen Blick

• Definition: Binge-Drinking

In Deutschland wird der Konsum von fünf oder mehr Gläsern eines alkoholischen Getränks bei einer Trinkgelegenheit als Binge-Drinking definiert. Ein Glas enthält ca. 10-12g reinen Alkohol. Diese Alkoholmenge findet sich bei den in Deutschland typischen Glasgrößen jeweils in einem kleinen Glas Wein (0,125 l), in einem kleinen Glas Bier (0,33 l) oder in einem Schnapsglas (0,04 l). Die „Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke“ spezifizieren noch einmal den Konsum für Männer (fünf Gläser und mehr) und für Frauen (vier Gläser und mehr) mit je etwa 10g Alkohol bei einer Trinkepisode (BZgA 2009; DHS 2008).

• Die Substanz Alkohol

Alkohol ist ein Zellgift, das Körperorgane und Nervenzellen schädigt. Alkoholkonsum ist verantwortlich für über 60 verschiedene Krankheiten und stellt nach Tabakkonsum und Bluthochdruck das dritthöchste Risiko für Krankheit und Tod dar (Babor et al. 2005; Anderson & Baumberg 2006).

• Mortalität

Jeder vierte Mann, der im Alter zwischen 35 und 65 Jahren stirbt, stirbt an den Folgen von Alkoholkonsum. Chronischer Alkoholmissbrauch verkürzt die Lebenserwartung um durchschnittlich 23 Jahre (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998).

• Alkoholvergiftungen

Die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Alkoholvergiftungen ist seit 2000 **in allen Altersgruppen** gestiegen. Bei den 10- bis 20-Jährigen betrug die Steigerung 170 Prozent zwischen den Jahren 2000 und 2008 (Statistisches Bundesamt 2000-2009).

• Erstkonsum und erster Rausch

Alkohol wird in Deutschland im Durchschnitt erstmalig im Alter von 13,2 Jahren konsumiert. Den ersten Rausch haben Jugendliche mit ca. 13,9 Jahren (Setttertobulte & Richter 2007).

• Konsummenge

Jede/r Deutsche, einschließlich Säuglingen und Greisen, hat in diesem Jahrzehnt jährlich ca. 10 Liter Reinalkohol konsumiert (DHS 2009).

• Jugendlicher Alkoholkonsum und Bildung

Bei der Konsumhäufigkeit lassen sich kaum Unterschiede zwischen den Jugendlichen der unterschiedlichen Schulformen finden. Jedoch sind riskante Konsummuster unter Haupt- und Realschülern weiter verbreitet als bei Gymnasiasten (BZgA 2009).

• Alkoholwerbung

Die Ausgaben für Alkoholwerbung und -sponsoring betragen in Deutschland über 1 Mrd. Euro. Alkohol- und Marketingindustrie setzen besonders auf die so genannte Imagewerbung. Sie ist bei Kindern und Jugendlichen erfolgreicher als reine Produktwerbung (DHS 2008). Alkoholwerbung wirkt sich steigend auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen aus (Anderson 2007).

• Preis / Steuern

Die Steuern auf alkoholische Getränke (Bier, Schaumwein, Spirituosen) sind in Deutschland seit 27 Jahren nicht erhöht worden, obwohl sich Preisgestaltung als besonders wirksam erwiesen hat, um alkoholbedingte Schädigungen zu senken. Höhere Preise für alkoholische Getränke wirken sich protektiv aus für Jugendliche und Menschen, die viel Alkohol trinken (Chisholm et al. 2009; RAND Europe 2009).

Definitionen von Binge-Drinking und Alkoholvergiftung

Begriffsklärung: Binge-Drinking

Der Begriff *Binge-Drinking* stammt aus dem angelsächsischen Sprachgebrauch. Er lässt sich mit „Rauschtrinken“, „Besäufnis“ oder – einem etwas veralteten Sprachausdruck – „Trinkgelage“ übersetzen. In der medialen Berichterstattung wird auch häufig das Wort „Komasaufen“ verwendet. Dieser Begriff wird in den Medien allerdings undifferenziert gebraucht. Zum einen beschreibt er tatsächlich Fälle, bei denen Konsumenten durch den Alkoholkonsum ins Koma gefallen sind, zum anderen wird er verwendet, um das Trinken einer großen Menge Alkohol in einer relativ kurzen Zeit zu beschreiben. Im letzteren Fall entspricht der Begriff dem englischen Binge-Drinking.

International werden hauptsächlich drei verschiedene Konzepte zur Beschreibung und Erfassung von Binge-Drinking verwendet:

1. In Deutschland und anderen europäischen Ländern sind Definitionen mit einer **genauen Mengenangabe an Gläsern in einem bestimmten Zeitraum** zu finden. Dabei wird eine festgelegte Mindestanzahl konsumierter alkoholischer Getränke (5 Gläser) bei einer Gelegenheit benannt, um Binge-Drinking zu charakterisieren. Diese Definition wurde bis 2007 auch in der europaweiten Studie *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) verwendet. Seit 2007 wird bei ESPAD der Terminus „Heavy Episodic Drinking“ statt Binge-Drinking benutzt.

In vielen angelsächsischen Ländern wird statt von Gläsern von „Standarddrinks“ gesprochen. Ein solcher Standarddrink (exakt 10g reiner Alkohol) wird als Recheneinheit (wie Meter oder Kilogramm etc.) verstanden. Für jedes Getränk kann so anhand der Glas- oder Flaschengröße und des Alkoholgehalts ausgerechnet werden, wie vielen Standarddrinks es entspricht. Auf allen verkauften Getränken (Flaschen Dosen etc.) wird z.B. in Australien angegeben, wie viele Standarddrinks das Getränk enthält. Ab welcher Anzahl von Standarddrinks von Binge-Drinking gesprochen wird, ist in den Ländern unterschiedlich.

Formel zur Umrechnung in Standarddrinks

Getränk in Litern	x	Vol.-%t	x	0,79 Kg/l	=	Anzahl Standarddrinks
Zwei Beispiele für das Umrechnen in Standarddrinks:						
0,5 l Bier	x	4,8	x	0,79	=	1,9 Standarddrinks
0,2 l Wein	x	11,0	x	0,79	=	1,7 Standarddrinks

In Großbritannien ist Binge-Drinking der Konsum von acht oder mehr Getränkeeinheiten für Männer und sechs oder mehr für Frauen. Hier

wird jedoch mit 7,9g Alkohol pro Getränkeeinheit gerechnet. (Alcohol Concern 2003).

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rückt bei ihrer Definition das Element der **Absicht, sich zu Betrinken**, in den Fokus. Demnach wird Binge-Drinking als der Konsum einer großen Menge Alkohol bezeichnet (WHO 2009).
- Das National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) orientiert sich in seiner Definition am **Blutalkohol**: Das Trinken von Alkohol, das einen Blutalkoholwert von 0,8 ‰ und mehr zur Folge hat. Für einen typischen Erwachsenen werden hier fünf oder mehr Drinks für Männer und vier oder mehr Drinks für Frauen innerhalb von etwa zwei Stunden angegeben (NIAAA 2004, S. 3). Diese Definition ist problematisch, da der Blutalkoholwert in Verbindung mit einer Anzahl von Drinks genannt wird. Verschiedene Faktoren, wie z.B. Geschlecht, Körperbau und körperliche Verfassung können den Blutalkoholwert beeinflussen.

Getränke und Glasgrößen

	ml	Vol.-% ^(a)	g Alkohol
„Gläser“			
Kleines Bier	330	4,8% ^(b)	12
kleines Glas Wein	125	11,0% ^(b)	11
doppelter Schnaps, Korn	40	33,0% ^(b)	10
andere Glasgrößen			
Großes Bier	400	4,8%	15
Flasche Bier	500	4,8%	19
Großes Glas Wein	200	11,0%	17
Viertel Liter Wein	250	11,0%	22
Schnaps, Korn	20	33,0%	5
Wodka, Whisky, Rum, Weinbrand	20	40,0%	6

^(a)Auf Getränkebehältern wird der Alkoholgehalt in Volumenprozent angegeben. Bei der Umrechnung von ml in g Alkohol ist zu beachten, dass Alkohol eine relativ geringe Dichte (ca. 0,79 Kg/l) hat.

^(b)Die Volumenprozent der Getränke sind Durchschnittswerte, die von Vertretern der Alkoholindustrie und einer vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Arbeitsgruppe festgelegt wurden (Bühninger 1999).

Begriffsklärung:

Alkoholvergiftung (Alkoholintoxikation)

„Die akute Alkoholintoxikation stellt in ihrer Wirkung auf das Zentrale Nervensystem (ZNS) eine reversible, körperlich begründbare, exogene Psychose dar“ (Feuerlein et al. 1998). Unter klinischen Gesichtspunkten wird eine Intoxikation (Vergiftung) schon bei geringen Blutalkoholkonzentrationen erreicht. Ein Grenzwert lässt sich hierfür nicht definieren, jedoch können psychische und somatische Ausfallerscheinungen bereits bei 0,4 ‰

auftreten (Feuerlein et al. 1998). Um den Schweregrad einer solchen Vergiftung zu bestimmen, gibt es verschiedene Klassifikationen, wobei der geringste Grad stets bei ersten Anzeichen der Alkoholwirkung erreicht ist. Im Alltagsverständnis gehen die meisten Menschen dagegen erst bei einer sehr hohen Dosierung von einer Alkoholvergiftung aus. Grundsätzlich besteht ein Zusammenhang zwischen aufgenommener Alkoholmenge und Schwere der Intoxikation: Je mehr der Konsument getrunken hat, desto schwerer ist die Alkoholvergiftung. Darüber hinaus beeinflussen das Geschlecht, das Körpergewicht, die genetisch bedingte Alkoholtoleranz, die Persönlichkeitsstruktur sowie situative Einflüsse (z.B. Speiseaufnahme) die Aufnahme des Alkohols und damit die Blutalkoholkonzentration (BAK) und die Schwere der Intoxikation. Werden im Zusammenhang mit einer Klassifizierung von Intoxikationen BAK-Werte genannt, so können diese lediglich als Anhaltspunkte angesehen werden.

Die Begriffe „Binge-Drinking“ und „Alkoholintoxikation“ können nicht synonym verwendet werden. Während Binge-Drinking ein Trinkverhalten beschreibt, ist die Alkoholvergiftung die körperliche Reaktion auf hohen Alkoholkonsum. Beides steht in engem Zusammenhang, ist aber nicht gleichzusetzen. Besondere Gefahren entstehen durch den so genannten „Sturztrunk“ (daher der Ausdruck „sturzbetrunken“), bei dem große Mengen Alkohol auf einmal „hinuntergestürzt“ werden (z.B. Stiefeltrinken, Eintrichtern der Getränke mit einem Schlauch, mit dem Strohalm aus Eimern trinken, Wetttrinken – wer in kürzester Zeit am meisten

trinken kann etc.). Dies ist besonders gefährlich, wenn dabei Spirituosen getrunken werden, denn hier wird der Körper in kürzester Zeit von Alkohol überschwemmt.

Im Gegensatz zu Bier oder Wein kann dem Körper durch Spirituosen eine erheblich größere Menge Alkohol in kurzer Zeit zugeführt werden. Die gleiche Menge Alkohol durch Bier aufzunehmen, erfordert einen viel längeren Zeitraum (eine Flasche Korn mit 750ml enthält die gleiche Menge reinen Alkohols wie 5 Liter Bier, bei Wodka mehr als 6 Liter). Über einen längeren Zeitraum führen Ausfallerscheinungen (z.B. Übelkeit und Erbrechen, Müdigkeit oder Reaktionsschwächen) bei den meisten Konsumenten dazu, dass sie nicht weitertrinken. Beim Binge-Drinking mit Spirituosen entfällt dieser Schutzmechanismus. Die ersten Anzeichen, dass der Körper die große Alkoholmenge nicht verträgt, werden vom Konsumenten nicht bemerkt, dieses sehr wichtige Feedback des eigenen Körpers bleibt aus. Der Übergangszustand – angetrunken zu sein – entfällt, stattdessen tritt eine Vergiftung plötzlich auf.

Zusätzlich entfällt die Möglichkeit, dass der Körper den Alkohol allmählich abbaut, denn er muss mit der gesamten Menge Alkohol auf einmal fertig werden.

Klassifikationen von Rauschzuständen

Feuerlein et al., die die Akute Alkoholintoxikation auch als *Alkoholrausch* bezeichnen, unterscheiden vier Rauschzustände. Eine andere Klassifikation der Alkoholintoxikation ist bei Schulz et al. zu finden, die den Schweregrad der Vergiftung ebenfalls in vier Stadien unterteilt.

Rauschzustände nach Feuerlein et al. 1998	Klassifikation der Alkoholintoxikation nach Schulz et al. 1976
Leichte Rauschzustände (BAK 0,5 – 1,5 ‰) Gang- und Standunsicherheit, verwaschene Sprache, Verminderung der Kritikfähigkeit und der Selbstkontrolle, erhöhte Bereitschaft zu sozialen Kontakten	Exzitatives Stadium geringe Trunkenheit, leichte Gangstörung, Entspannung, Sorglosigkeit, Gesprächigkeit, Enthemmung, Selbstüberschätzung, Kritischschwäche, unpräzise Reaktionen
Mittelgradige Rauschzustände (BAK 1,5 – 2,5 ‰) Zunahme der neurologischen und motorischen Störungen, affektive Enthemmung, unangemessenes Sexualverhalten, gehobene Stimmungslage bis hin zur Euphorie, Benommenheit, schneller Wechsel der Intentionen, primitive, vorwiegend explosive Reaktionsweisen	Hypnotisches Stadium Schlafneigung, aber noch weckbar, beim Gehen zeigen sich schwere Gleichgewichtsstörungen, Verlangsamung von Auffassung, Gedankengang und Assoziationen, verminderte Geschicklichkeit, deutliche, oft aggressive Verstimmung
Schwere Rauschzustände (BAK über 2,5 ‰) Zunehmende Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Benommenheit, Angst, Erregung und illusionäre Verknennung, Sprach-, Gleichgewichtsstörungen und Krampfanfälle können auftreten	Narkotisches Stadium (BAK über 2,5 ‰) tiefe Bewusstlosigkeit, Reflexe setzen aus, verminderte Schmerzempfindlichkeit, Schwerbesinnlichkeit und spätere Erinnerungslücken, Muskeler schlaffheit, Schock
Alkoholisches Koma (BAK über 4 ‰) Dämpfung der Atmung und des Atemzentrums, gefährlich ist die Aspiration von Erbrochenem (Erstickungstod); möglicher Tod durch Kreislauf- und/oder Atemstörungen	Asphyktisches Stadium (BAK über 4 ‰) Kreislauf- und/oder Atemstörungen, rasche Auskühlung in der Kälte (möglicher Erfrierungstod); möglicher Tod durch Kreislauf- und/oder Atemstörungen

Gesundheitliche und soziale Folgen

Riskante Konsummuster können schwere gesundheitliche und auch soziale und wirtschaftliche Folgen für den Betroffenen nach sich ziehen. Bei häufigem oder regelmäßigem Binge-Drinking bzw. Alkoholintoxikationen steigen die gesundheitlichen Risiken stark an, und soziale und berufliche Beziehungen können nachhaltig gestört werden. Dadurch entstehen erhebliche Schäden auch für Dritte.

Gesundheitliche Folgen

Die akuten Gesundheitsgefahren einer Alkoholvergiftung reichen von leichten Ausfallerscheinungen wie Sprach- und Gangstörungen im ersten Stadium einer Intoxikation bis hin zum Koma und Tod im letzten Stadium.

Im Gegensatz zu anderen Giften toleriert der menschliche Körper eine relativ hohe Alkoholkonzentration im Blut. Todesfälle in akuter Alkoholvergiftung können einen Blutalkoholspiegel von 1,8 bis über 6 Promille aufweisen [Schmidbauer & vom Scheidt 1998, S. 40].

Während die ernstesten Gesundheitsgefahren in fortgeschrittenen Stadien der Intoxikation eine akute Lebensgefahr darstellen, können aber auch die leichteren Ausfallerscheinungen erhebliche Folgen nach sich ziehen. Denn verminderte Reaktionsfähigkeit und Gedächtnisleistung sind z.B. im Straßenverkehr oder in Situationen im Arbeitsleben ein Risikofaktor, der schwere Unfälle nach sich ziehen kann.

Neben den akuten Gesundheitsgefahren kommen durch häufiges Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen eine Reihe chronischer Gefährdungen hinzu. Neben einer Alkoholabhängigkeit können

über 60 Krankheiten durch Alkohol entstehen, und nahezu jedes Körperorgan kann durch regelmäßigen Alkoholkonsum dauerhaft geschädigt werden [Anderson & Baumberg 2006].

Soziale Folgen

Die direkt spürbaren sozialen Folgen von Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen können individuell stark variieren und hängen auch von anderen riskanten Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum ab.

Alkoholkonsum senkt die Hemmschwelle für Gewalttaten. Verletzungen und strafrechtliche Konsequenzen sind die Folge von gewalttätigen Auseinandersetzungen. Zusätzlich entstehen durch Gewalt familiäre Probleme oder Probleme mit dem Umfeld, Freunden und Bekannten. Auch die Wahrscheinlichkeit, Opfer von Gewalttaten und sexuellen Übergriffen zu werden, wird erhöht.

Alkohol im Straßenverkehr erhöht die Unfallgefahr und ist jedes Jahr Ursache zahlreicher Verkehrstoter. Aber auch wenn bei Unfällen keine Personenschäden entstehen, führen Sachschäden zu weiteren Kosten und sozialen Problemen [Für 2006 wurden im Straßenverkehr knapp 21.000 Alkoholunfälle mit knapp 600 Toten registriert; vgl. DHS 2008].

Riskantes Sexualverhalten erhöht die Ansteckungsgefahr mit sexuell übertragbaren Krankheiten und das Risiko ungewollter Schwangerschaften.

In der Arbeitswelt kann Alkoholkonsum zum Jobverlust führen. Chronische Alkoholprobleme führen zur Isolation, sozialem Abstieg und psychosozialen Störungen.

Chronische und akute Folgen von häufigem Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen			
<pre> graph TD RI[Rausch/Intoxikation] --> BE[Biochemische Effekte] RI --> A[Abhängigkeit] RI --> AKU[Akute Krankheiten/Unfälle/Verletzungen] RI --> ASF[Akute soziale Folgen] RI --> CSF[Chronische soziale Folgen] BE --> CK[Chronische Krankheiten] A --> CSF </pre>			
Quelle: Abbildung (eigene Bearbeitung) nach: „Verbindung zwischen Alkoholkonsum, Mediatorenvariablen und kurzfristigen und langfristigen Folgen“ in: Babor et al. 2005			
Chronische Krankheiten	Akute Krankheiten/Unfälle/Verletzungen	Akute soziale Folgen	Chronische soziale Folgen
<ul style="list-style-type: none"> Leberschäden Bluthochdruck Koronare Herzkrankheit Psychische Erkrankungen Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung noch Tage nach dem Alkoholkonsum Alkoholabhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Verminderte Reaktionsfähigkeit Alkoholamnesie Alkoholisches Koma (Aspiration von Erbrochenem, Erstickungstod, Erfrieren) Schlaganfälle Tod durch Kreislauf- und/oder Atemstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> Riskantes Sexualverhalten und ungewollte Schwangerschaften Leistungsprobleme Begehen von kriminellen Delikten Erhöhte Gefahr Opfer von gewalttätigen oder sexuellen Übergriffen zu werden 	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit Erhöhtes Risiko eines niedrigen sozioökonomischen Status im Erwachsenenalter Störung der psychosozialen Entwicklung Arbeitsplatzverlust Isolation
<ul style="list-style-type: none"> Herzrhythmusstörungen, Palpitationen Herzschwäche 		<ul style="list-style-type: none"> Direkte und indirekte Kosten Probleme mit Eltern, Freunden, Polizei 	

Quelle: Folgen (eigene Einteilung) nach: Feuerlein et al. 1998; ESPAD 2007; Pabst & Kraus 2008; Heffernan 2008; Viner & Taylor 2007

Wie wird eine Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt?

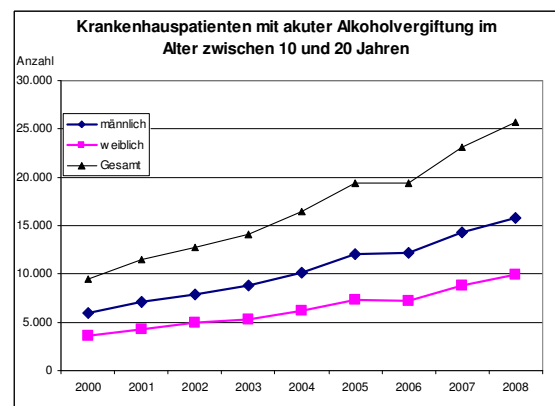
Die Behandlung im Krankenhaus bei einer akuten Alkoholvergiftung hängt von der Ausprägung der Intoxikation bzw. von der Menge des konsumierten Alkohols ab. Wenn der Konsum noch nicht lange zurück liegt oder eine gefährlich hohe Menge getrunken wurde, kann eine Magenspülung vorgenommen werden. Um den Flüssigkeitsverlust

auszugleichen, werden Infusionen mit Glukose- und Elektrolytlösungen durchgeführt. Die Vitalparameter (z.B. Herz- und Atemfrequenz, Blutdruck) werden überwacht. Bei schweren Kreislauf- oder Atemstörungen und bei hohen Blutalkoholwerten muss gegebenenfalls eine Beatmung erfolgen und eine *Hämodialysetherapie* (Blutreinigung) durchgeführt werden (Schneider et al. 2008).

Verbreitung von Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen in Deutschland

Die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Alkoholvergiftungen ist seit 2000 in allen Altersgruppen gestiegen. Besonders besorgniserregend ist die hohe Anzahl der Behandelten 15- bis 20-Jährigen. In keiner anderen Altersgruppe kommt das riskante Verhalten so häufig vor. Aber es handelt sich nicht ausschließlich um ein Problem der Jugend. Auch in den Altersgruppen zwischen 40 und 55 Jahren treten auffällig viele Alkoholvergiftungen auf. Die Gefährdung für die Gesundheit ist bei dieser Bevölkerungsgruppe – die zahlenmäßig in der Bevölkerung übrigens viel stärker vertreten ist als die Jugend – auch deshalb besonders hoch einzuschätzen, weil zu der akuten Gefährdung auch chronische Probleme hinzukommen. Alkohol wirkt, wenn über viele Jahre hinweg regelmäßig konsumiert, selbst wenn es nicht zu schweren Vergiftungen kommt, äußerst gesundheitsschädigend.

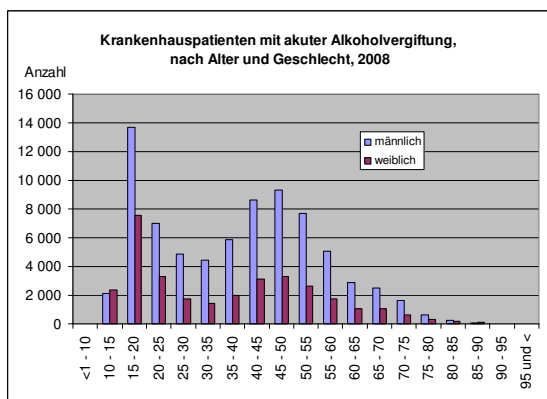
ins Krankenhaus eingeliefert wurden mehr als verdoppelt, von 9.514 auf 25.709.



Quelle: Statistisches Bundesamt 2000-2009

Europäischer Vergleich

Ein internationaler Vergleich zeigt, dass Deutschland beim Binge-Drinking im oberen Drittel liegt. Etwa 34 % der Deutschen über 15 Jahre geben für 2007 an, mindestens einmal in der Woche mehr als fünf Gläser alkoholischer Getränke zu konsumieren. Der Durchschnitt aller EU-Mitgliedsländer liegt bei 28 %.

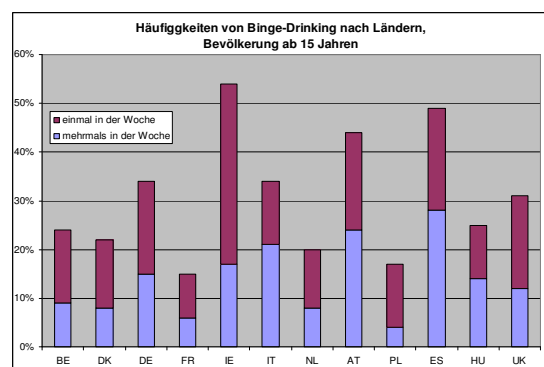


Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Alkoholvergiftungen treten bei Männern in fast allen Altersgruppen deutlich häufiger auf als bei Frauen. Nur bei den 10- bis 15-Jährigen, die nach dem Gesetz überhaupt keinen Alkohol trinken dürften, kamen im Jahr 2008 Alkoholvergiftungen bei Mädchen sogar häufiger vor als bei Jungen.

Entwicklungstrends

Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen nehmen seit der Jahrtausendwende zu. Zwischen den Jahren 2000 und 2008 hat sich die Zahl der 10- bis 20-Jährigen, die mit einer akuten Alkoholintoxikation



Quelle: Eurobarometer 2007

Alkoholkonsum nach Schulform

In der Drogenaffinitätsstudie 2008 der BZgA wurden Konsumprävalenzen von Schülern der Sek.I nach Schulformen getrennt untersucht. In den Indikatoren für das Vorkommen des Alkoholkonsums (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tages-

Prävalenzen) lassen sich kaum Unterschiede zwischen den Schulformen feststellen. Dagegen weisen Indikatoren für riskantes Konsumverhalten (30-Tages-Prävalenz von Binge-Drinking und wöchentliches Binge-Drinking) daraufhin, dass das riskante Verhalten unter Haupt- und Realschülern weiter verbreitet ist als unter Gesamtschülern und Gymnasiasten. Auch andere Indikatoren wie regelmäßiger Konsum (mind. wöchentlich) weisen daraufhin, dass Gymnasiasten insgesamt weniger riskante Verhaltensweisen zeigen (BZgA 2009).

Alkoholkonsum nach Schulformen (Angaben in Prozent)				
	Haupt- schule	Real- schule	Gesamt- schule	Gymnasium
30-Tages- Pävalenz Binge- Drinking	19,5	18,7	11,4	10,9
Wöchentliches Binge-Drinking	6,2	5,3	3,8	2,3
Regelmäßiger Konsum (mind. wöchentlich)	13,5	15,9	13,8	7,1

Quelle: BZgA 2009

Gründe und Hintergründe für exzessiven Alkoholkonsum

Es gibt viele unterschiedliche Ursachen für riskante Konsummuster wie Binge-Drinking. Neben individuellen und persönlichen Gründen existieren auch strukturelle Faktoren, die Alkoholkonsum und Trinkmuster beeinflussen. Deutschland gehört zu den Ländern, in denen Alkohol sehr leicht verfügbar ist und die Preise verglichen mit dem Lebensstandard extrem niedrig sind. Die Konkurrenzsituation auf dem Alkoholmarkt und die ordnungspolitischen Bestimmungen zur Alkoholwerbung führen zu aggressiven Vermarktungsmethoden. Diese Faktoren tragen erwiesenermaßen zu einem erhöhten Alkoholkonsum in der Gesellschaft bei und auch zu mehr riskanten Konsummustern (Anderson & Baumberg 2006, Babor et al. 2005, RAND Europe 2009).

Besondere Aufmerksamkeit bei der Erklärung für Ursachen riskanter Konsummuster genießt stets der Alkoholkonsum der Jugend. Generell kann man die Erklärungsansätze auf zwei Ebenen identifizieren. Entwicklungspsychologische Ansätze befassen sich seit langem mit Substanz- und Alkoholkonsum der Jugend. Jedoch lassen sich die neueren Trends damit allein nicht erklären. Hier spielen die erwähnten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen eine besondere Rolle. Verfügbarkeit und Preise müssen in die Erklärungsansätze mit einbezogen werden.

Die entwicklungspsychologische Ebene

Mit der Pubertät beginnt der Prozess der Identitätsfindung. Dabei ist nicht ungewöhnlich, dass Jugendliche Grenzen austesten. Sowohl die Grenzen des erlaubten (z.B. Alkoholkonsum vor dem gesetzlichen Mindestalter für den Erwerb alkoholischer Getränke) als auch die Grenzen, die der eigene Körper beim Alkoholkonsum setzt, werden getestet und überschritten (Richter & Settertobulte 2003).

Der Konsum von Alkohol übernimmt bestimmte Funktionen bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, z.B. bei der Abgrenzung von der Kindheit, bei der Ablösung von den Eltern, beim Nachahmen erwachsenen Verhaltens oder beim Aufbau von Liebesbeziehungen (Richter & Settertobulte 2003).

Mit dem während der Jugendphase auftretenden exzessiven Konsum sind unterschiedliche Motive und Wirkerwartungen geknüpft. Diese lassen sich grob einteilen in Konsumerwartungen, die von einer positiven, sozial öffnenden Wirkung geprägt sind, und jenen, die durch einen Rausch Stress und Probleme vergessen machen bzw. diese vorübergehend verdrängen.

Sie unterscheiden sich nicht im Wesentlichen von der Erwartungshaltung Erwachsener.

Wirkerwartungen jugendlicher Alkoholkonsumenten beim Binge-Drinking	
Motivationsstrang A: „Soziales Trinken“ <ul style="list-style-type: none"> • Spaß haben, Vergnügung • Steigerung der Kontaktfreudigkeit • Glücksgefühle und Entspannung • Erwartung aufregender Erlebnisse • Sicherung eines hohen Status in der Gruppe • Vereinfachter Sozialkontakt, Rückgang der sozialen Hemmungen (Erwartung der gesteigerten sexuellen Aktivitäten) 	Motivationsstrang B: „Bewältigung von Frust“ <ul style="list-style-type: none"> • Spannungsreduktion • Stressbewältigung • Selbstmedikation zur Regulierung negativer Affekte • Vergessen der Probleme • (vorübergehende) Verdrängung von Problemen

Quelle: Kraus et al. 2008, Kuntsche et al. 2004, Stumpp et al. 2009, Stolle et al. 2009

Üblicherweise nehmen die besonders exzessiven Konsummuster im weiteren Entwicklungsverlauf ab („maturing out“) (Stolle et al. 2009). Doch Konsummuster, die sich in der Jugend ausprägen, verfestigen sich im Erwachsenenalter. Je früher Jugendliche beginnen, Alkohol regelmäßig zu konsumieren, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, später alkoholbezogene Probleme zu entwickeln.

Deshalb befasst sich ein Erklärungsansatz zu den neueren Entwicklungstrends des Binge-Drinkings bei Jugendlichen mit dem Konsumeinstieg. Der Erstkonsum verlagert sich zunehmend von einem familiären in einen außerfamiliären Kontext. Damit entfällt bei der Initiation des Alkoholkonsums die familiäre Obhut, die eine Regelungsfunktion übernimmt. Laut einer Studie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) rückt auch das Durchschnittsalter des ersten Alkoholkonsums und der ersten Rauscherfahrung zusammen: Im Alter von 13,2 Jahren machten Jugendliche im Jahr 2006 ihre erste Alkoholerfahrung. Den ersten Rausch erlebten sie mit 13,9 Jahren (Settertobulte & Richter 2007). Das zeitliche Zusammenrücken von erstem Alkoholkonsum und erstem Alkoholrausch zeigt deutlich, dass Jugendliche bereits kurz nach der ersten Erfahrung mit Alkohol ihren Alkoholkonsum derart steigern, dass er zu Trunkenheit führt. Beim Erlernen des Umgangs mit Alkohol fehlt Jugendlichen also eine Orientierung im Sinne familiärer Kontrolle.

Strukturelle Rahmenbedingungen

Alkoholpreise, Verfügbarkeit und Werbung haben wesentlichen Einfluss auf den Alkoholkonsum. Niedrige Preise und hohe Verfügbarkeit erhöhen den Pro-Kopf-Konsum in der Gesellschaft, beeinflussen die Trinkmuster und damit auch riskante Verhaltensweisen wie Binge-Drinking.

Die neueren Entwicklungstrends (Anstieg von Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen seit 2000)

Sinnvolle Präventionsmaßnahmen und Intervention

Um dem riskanten Alkoholkonsum entgegenzuwirken und die individuellen und gesellschaftlichen Folgen und Kosten zu verringern, muss Prävention auf zwei Ebenen wirken. Verhaltensprävention richtet sich an die Konsumenten und versucht deren Konsummuster und das Verhalten positiv zu beeinflussen, so dass die riskanten Konsummuster ausbleiben. Verhältnisprävention richtet sich an die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Auf ordnungspolitischer Ebene können über gesetzliche Bestimmungen solche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die schädliche Konsummuster reduzieren. Eine Strategie, die Elemente der Verhaltens- und

stehen in direktem Zusammenhang mit den strukturellen Rahmenbedingungen.

Erklärungsansätze, die sich mit dieser neuen Entwicklung befassen, sehen diesen Trend darin begründet, dass sich in den letzten 10 Jahren die Erschwinglichkeit („Affordability“) und die Verfügbarkeit („Availability“) verändert haben. Einen Grund für den Anstieg der Alkoholvergiftungen sehen Experten in dem relativen Sinken der Preise von Alkohol (d.h. die Alkoholpreise sind in den letzten 10 Jahren weniger stark gestiegen, als die verfügbaren Einkommen). Alkoholische Getränke sind in Deutschland in den letzten Jahren erschwinglicher geworden. Insbesondere Jugendlichen steht heute wesentlich mehr Geld zur freien Verfügung als es vor 10-15 Jahren der Fall war (RAND Europe 2009).

Hinzu kommt, dass Alkohol mit der Liberalisierung der Ladenöffnungszeiten (2003 und 2006) zu immer längeren Verkaufszeiten verfügbar ist, an Tankstellen sogar 24 Stunden am Tag. Jugendliche haben damit die Möglichkeit, immer länger an Alkohol zu gelangen.

Desweiteren spielt die Alkoholwerbung eine besondere Rolle. Die Imagewerbung von Alkoholherstellern wirkt besonders bei Jugendlichen. Eine in Deutschland durchgeführte Studie zur Alkoholwerbung belegt, dass Alkoholwerbung in direktem Zusammenhang mit dem Konsum Jugendlicher steht (DAK 2009). Die Strategie der Alkoholindustrie beschränkt sich nicht auf traditionelle Werbung, z.B. führt auch gezieltes Produkt-Design für Jugendliche zu Veränderungen im Konsumverhalten (DHS Factsheet Alkohol und Werbung 2009). Die Verbreitung von Alkopops (gesüßte Spirituosenmischgetränke) und deren enormer Beliebtheit bei Jugendlichen verlief Anfang des Jahrtausends parallel zu einem starken Anstieg riskanten Konsumverhaltens (BZgA 2003).

Verhältnisprävention kombiniert, ist besonders wirksam.

Verhaltensprävention

Um das Konsumverhalten, insbesondere das Trinkverhalten Jugendlicher zu beeinflussen, gibt es umfassende Interventionsansätze. In Deutschland reicht das Maßnahmenpektrum hierbei von Frühintervention (indizierter Prävention) über Einzelberatungen in Krankenhäusern oder Beratungsstellen sowie zielgruppenspezifischer Alkoholprävention (selektive Prävention), bis hin zu Aufklärungskampagnen (universelle Prävention).

Konsumreduzierung durch Kurzzeitintervention

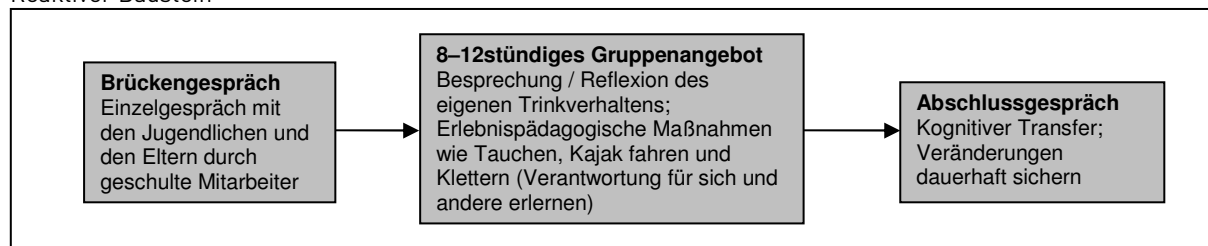
Häufig wird das Risiko des Alkoholkonsums unterschätzt. Bei vielen Jugendlichen, die sich selbst als „gelegentliche Partytrinker“ bezeichnen, liegen aus medizinischer Sicht bereits gefährliche und gesundheitsgefährdende Konsummuster vor (Stolle et al. 2009). Eine stationäre Behandlung aufgrund einer Alkoholvergiftung bietet die Möglichkeit, die Jugendlichen über ihr riskantes Trinkverhalten aufzuklären und Hilfestellung zu leisten. In der Vergangenheit haben sich dabei Kurzzeitinterventionen als wirksam erwiesen. Dabei werden Beratungsgespräche in ein bis vier Sitzungen zwischen 30 und 60 Minuten durch geschulte Mitarbeiter der Klinik (z.B. durch Psychologen, Ärzte oder Sozialarbeiter) durchgeführt. Eine Analyse mehrerer Studien zeigte eine Verringerung des Alkoholkonsums bei den Teilnehmern der Kurzzeitinterventionen, verglichen mit denjenigen, die an keiner Intervention teilnahmen (Monti et al. 2004/2005).

HaLT-Projekt

Das Projekt „HaLT – Hart am Limit“ wurde vom Bundesministerium für Gesundheit als Modellprojekt initiiert. Auch bei „HaLT“ wird das Konzept der

Kurzzeitintervention aufgegriffen. Das Projekt besteht aus zwei unterschiedlichen, sich ergänzenden Bausteinen und verbindet damit sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention. Der *reaktive* Baustein setzt auf individueller Ebene an. Hier werden Jugendliche (aber auch deren Eltern) nach einer stationär behandelten Alkoholvergiftung noch im Krankenhaus angesprochen. In den darauf folgenden 8–12stündigen Gruppenberatungen erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem eigenen, riskanten Alkoholkonsum. In einem Abschlussgespräch sollen die Erfahrungen aus der Behandlung nochmals reflektiert werden, um eine nachhaltige Verhaltensänderung zu sichern. Bei komplexen Problematiken werden in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen längerfristige Hilfen angeboten (Senghaas 2008). Im *proaktiven* Baustein geht es um Prävention auf kommunaler Ebene und um die Sensibilisierung der Öffentlichkeit. Die Gastronomie und der Einzelhandel, aber beispielsweise auch Festveranstalter und Vereine sollen so zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol animiert werden (Kuttler & Lang 2004; Senghaas 2008).

Reaktiver Baustein



Quelle: Kuttler & Lang 2004; Senghaas 2008, eigene Darstellung

Aufklärungskampagnen und -angebote

Verschiedene Aufklärungskampagnen und Angebote helfen dabei, die Sensibilisierung der Bevölkerung hinsichtlich eines moderaten Alkoholkonsums zu fördern. Für Kinder und Jugendliche werden spezielle Angebote bereitgehalten:

Links zu Internetauftritten verschiedener Kampagnen und Angebote

Aktionswoche Alkohol:

<http://www.aktionswoche-alkohol.de>

Kinder stark machen:

<http://www.kinderstarkmachen.de/>

Bist Du stärker als Alkohol („Na toll!“):

<http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de/>

KlarSicht:

<http://www.klarsicht.bzga.de/>

Kenn Dein Limit:

<http://www.kenn-dein-limit.de/>

Drugcom:

<http://www.drugcom.de/>

Bundesweit gibt es ein breit gefächertes System an Beratungs- und Hilfsangeboten. Das Spektrum an Maßnahmen richtet sich an spezielle Personengruppen z.B. speziell an Jugendliche oder an Kinder und deren Eltern. Aber auch andere Personengruppen (wie z.B. Erwachsene, Frauen oder Migranten) werden in Maßnahmen gezielt angesprochen. Um eine Beratung in Anspruch nehmen zu können, muss man nicht abhängig sein. Auch wenn nur eine Reduzierung des Alkoholkonsums gewünscht ist, helfen die Beratungseinrichtungen weiter, auch anonym. Die Beratung ist kostenlos, die Einrichtungen unterliegen der Schweigepflicht. Eine bundesweite Einrichtungssuche nach Beratungsstellen ist auf den Internetseiten der DHS und der BZgA möglich: <http://www.dhs.de> oder <http://www.bzga.de>

Wer telefonisch oder online Hilfe sucht, hat die Möglichkeit sich an verschiedene Verbände und Institutionen zu wenden. Sie bieten Hilfe in Gruppen- oder Einzelchats und per Mail an.

Telefon-Hotlines:	Online-Beratung:
<p>BZgA-Info-Telefon Telefon: 0221 892031 Mo.-Do. 10.00 bis 22.00 Uhr Fr.-So. 10.00 bis 18.00 Uhr (Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz)</p> <p>Telefonseelsorge Telefon: 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222 (kostenlose und anonyme Beratung rund um die Uhr, die Telefonseelsorge kann auch geeignete Beratungsstellen nennen)</p> <p>Sucht und Drogen Hotline Telefon: 01805 313031 Mo.-So. 0.00 bis 24.00 Uhr (Kostenpflichtig - 14 Cent / Min. a. d. Festnetz; andere Mobilfunkpreise möglich)</p>	<p>Caritas Emailberatung. Beratungsportal des Deutschen Caritasverbandes, nicht nur zum Thema Alkohol. Beantwortung der Mail innerhalb von 48 Stunden. http://www.beratung-caritas.de</p> <p>Drugcom Email- und Chatberatung Mo. – Fr., 15:00 – 17:00 Uhr. Außerdem: 10-Tage-Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums http://www.drugcom.de</p> <p>Mindzone Chat- und Emailberatung. Termine für Einzelberatung im Chat buchbar. Auch Austausch mit Betroffenen im Gruppenchat möglich. http://www.mindzone.info/beratung/onlineberatung/</p>

Verhältnisprävention:

Handlungsoptionen für die Politik

Entscheidungsträger der Politik haben die Möglichkeit durch gesetzliche Vorgaben das Konsumverhalten zu beeinflussen. Gesetzliche Regelungen sind in ihrer Breitenwirkung der Verhaltensprävention überlegen. Deswegen muss die Verhältnisprävention in einer effektiven Alkoholpolitik einen hohen Stellenwert einnehmen. Das Ziel von Alkoholpolitik ist, über Maßnahmen, deren Wirksamkeit belegt ist, die schädlichen Auswirkungen von Alkoholkonsum zu verringern.

Am wirkungsvollsten ist ein Ansatz, der verschiedene Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention in einem „Policy Mix“ verbindet (WHO 2006).

Eine kohärente Alkoholpolitik schafft Rahmenbedingungen für den Alkoholmarkt unter Berücksichtigung der Marktmechanismen von Angebot und Nachfrage. Hierfür stehen Instrumente zur Verfügung, die sich national und international als wirksam erwiesen haben.

Als Handlungsoption besteht die Möglichkeit, über Lizenzierungsverfahren die Anzahl der Verkaufsstellen von Alkohol zu begrenzen, und somit Einfluss auf das Angebot zu nehmen. Eine hohe Dichte an Verkaufsstellen, die zu einer hohen Verfügbarkeit beiträgt, trägt auch zu hohem Alkoholkonsum bei. Eine weitere Möglichkeit, Einfluss auf das Angebot zu nehmen, ist die Beschränkung des zeitlichen Rahmens der Verfügbarkeit, indem Ladenöffnungszeiten reguliert werden und 24-Stunden-Angebote (z.B. an Tankstellen) nicht mehr

möglich sind (Anderson & Baumberg 2006; Babor et al. 2005).

Hinsichtlich der Nachfrage besteht die Möglichkeit, Einfluss auf die Preise zu nehmen. Hohe Preise wirken sich reduzierend auf die Nachfrage aus. Das gilt in besonderem Maße für das riskante Konsumverhalten Jugendlicher und Erwachsener (RAND Europe 2009). Maßnahmen der Preis- und Steuerpolitik sind in ihrer Anwendung und Durchsetzung effektiv und kosteneffektiv (Chisholm et al. 2009). Die Nachfrage lässt sich ebenfalls über Regelungen bezüglich des Marketings von Alkohol beeinflussen. Ein weiteres Instrument zur Beeinflussung der Nachfrage stellt die Regulierung des Marketings für Alkohol dar. Wie Studien belegen, erhöht Werbung den Alkoholkonsum Jugendlicher. Gesetzliche Regulierungen der Alkoholwerbung sind erforderlich um dem entgegenzuwirken (Science Group of the European Alcohol and Health Forum 2009; Saffer & Dave 2006).

Die Wirksamkeit verhältnispräventiver Maßnahmen ist an die Durchsetzung der Regelungen geknüpft. Hinsichtlich des Jugendschutzes müssen bestehende Regelungen konsequent angewandt werden, um den intendierten Schutz tatsächlich gewährleisten zu können (Homel et al. 2001; Wagenaar et al. 2005).

Im Straßenverkehr erweisen sich niedrige Promillegrenzen als wirksame Verhältnisprävention, besonders in Verbindung mit zufälligen Atemalkoholkontrollen. Riskantes Verhalten in diesem situativen Kontext kann dadurch reduziert werden (Anderson & Baumberg 2006; Grube & Stewart 2004).

Evidenz für alkoholpolitische Handlungsoptionen zur Verhältnisprävention

Verhältnisprävention, die an den Rahmenbedingungen des Marktes für alkoholhaltige Getränke ansetzt, beeinflusst über Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von Alkohol das Konsumverhalten und die Trinkmuster:

Angebotsorientiert:

- Verringerung der Dichte von Verkaufsstellen über ein Lizenzierungsverfahren (Ramstedt 2002)
- Begrenzung der Verkaufszeiten über Ladenschlussgesetze (Babor et al. 2005)
- Festlegung eines Mindestalters für den Erwerb alkoholhaltiger Getränke (Wagenaar & Toomey 2000)

Nachfrageorientiert:

- Erhöhung der Alkoholpreise über Preispolitik (z.B. Alkoholsteuern, zweckgebundene Zwangsabgaben, Mindestpreise, Verbot von Rabatten, Sonderangeboten und Flatrates) (RAND Europe 2009)
- Regulierung der Alkoholwerbung und der kommerziellen Kommunikation von Alkoholproduzenten über gesetzliche Rahmenbedingungen (Science Group of the European Alcohol and Health Forum 2009; Saffer & Dave 2006)

Verhältnisprävention, die über gesetzliche Regelungen den Konsum in bestimmten Kontexten beeinflusst:

Kontextorientiert:

- Senkung des Unfallrisikos im Straßenverkehr durch niedrige Promillegrenzen und zufällige Atemalkoholkontrollen (Grube & Stewart 2004)
- Gewaltprävention über Verbote, an Betrunkene weiteren Alkohol auszuschenken (wie z.B. im deutschen Gaststättengesetz vorgesehen) (Hommel et al. 2001)

Darüber hinaus muss die Einhaltung bestehender gesetzlicher Regulierungen gewährleistet werden, wie z.B. die des **Gaststättengesetzes** oder des **Jugendschutzes** (Wagenaar et al. 2005).

Literatur

Alcohol Concern (2003). Factsheet 20: Binge drinking. [Verfügbar unter]

http://www.alcoholconcern.org.uk/files/20031212_114408_Binge%20drinking%20update%20%202003.pdf

[Aufgerufen am 11.08.2009]

Anderson, P. (2007). The impact of Alcohol Advertising: ELSA project report on the evidence to strengthen regulation to protect young people. Utrecht: National Foundation for Alcohol Prevention.

Anderson, P., Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission. [Verfügbar unter] http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm [Aufgerufen am 19.08.2009]

Australian Government Department of Health and Aging (2009). The Australian Standard Drink. [Verfügbar unter] <http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/standard> [Aufgerufen am 03.08.2009]

Babor, Th. et al. (2005). Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Hogrefe. Göttingen.

Bühringer, G. (1999). Vereinbarung über einheitliche Faktoren zur Umrechnung von alkoholischen Getränken in reinen Alkohol. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 45 (5).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA](2003). Bekanntheit, Kauf und Konsum von Alcopops in der Bundesrepublik Deutschland 2003. Ergebnisse einer Repräsentativen Befragung. [Verfügbar unter] www.prevnet.de/portal/brd/dokumente/herunterladen/93 [Aufgerufen am 18.08.2009]

Chisholm, Dan; Rehm, Jürgen; Frick, Ulrich; Anderson, Peter (2009). Alcohol Policy Cost-effectiveness. Briefing Notes für 22 European Countries. Institute of Alcohol Studies, London.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA](2009). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. [Verfügbar unter] <http://www.bzga.de/pdf.php?id=d87dafdbe39e87c26d7d5bd6255b129c> [Aufgerufen am 29.07.2009]

Deutsche Angestellten-Krankenkasse [DAK] (2009). Jugendliche und Alkoholwerbung: Besteht ein Zusammenhang zu Einstellung und Verhalten? Forschungsreport. IFT-Nord, Kiel. [Verfügbar unter] http://www.ift-nord.de/pdf/bericht_alkoholwerbung.pdf [Aufgerufen am 20.10.2009]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS] (2008). Jahrbuch Sucht 2008. Neuland Verlagsgesellschaft, Geesthacht.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS] (2009). Jahrbuch Sucht 2009. Neuland Verlagsgesellschaft, Geesthacht.

EU Kommission [Eurobarometer] (2007). Special Eurobarometer 272: Attitudes towards alcohol, Eurobarometer 272b / Wave 66.2 – TNS Opinion & Social [Verfügbar unter] http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272b_en.pdf [Aufgerufen am 09.07.2009]

European School Survey Project on Alcohol and other Drugs [ESPAD] (2003). The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. [Verfügbar unter] http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf [Aufgerufen am 12.08.2009]

European School Survey Project on Alcohol and other Drugs [ESPAD] (2007). The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. [Verfügbar unter] http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_090617.pdf [Aufgerufen am 12.02.2009]

Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M. (1998). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Thieme, Stuttgart, New York.

Grube J.W., Stewart K. (2004). Preventing impaired driving using alcohol policy. Traffic Inj Prev 2004 Sep;5(3):199-207.

Heffernan, T. (2008). The Impact of Excessive Alcohol Use on Prospective Memory: A Brief Review. [Verfügbar unter] <http://www.bentham.org/cdar/samples/cdar%201-1/Heffernan.pdf> [Aufgerufen am 20.08.2009]

Hommel R., McIlwain, and Carvolth R. (2001), Creating safer drinking environments. In: Heather N., Peters T.J., and Stockwell T. (eds.) Handbook of Alcohol Dependence and Alcohol-Related Problems, pp. 721-740. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Kraus, L., Pabst, A., Steiner, S. (2008). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). Befragungen von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen. IFT Bericht (165). IFT, München.

Kuntsche, E., Rehm, J., Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. In: Social Science & Medicine (59).

Kuttler, H., Lang, S. (2004). Halt sagen – Halt geben. Ein Präventionsprojekt für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 27 (1).

Monti, P., O'Leary, T., Borsari, B. (2004/2005). Drinking among young adults. Screening, brief intervention, and outcome. [Verfügbar unter] <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh284/236-244.pdf> [Aufgerufen am 18.08.2009]

Pabst, A., Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 54, Sonderheft 1.

Ramstedt M. (2002). The repeal of medium strength beer in grocery stores in Sweden: the impact on alcohol-related hospitalizations in different age groups. In: Room R. (ed.) The Effects of Nordic Alcohol Policies: Analyses of Changes in Control Systems Publication No. 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

RAND Europe (2009). The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. [Verfügbar unter] http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_rand_en.pdf [Aufgerufen am 19.08.2009]

Richter, M., Settertobulte, W. (2003). Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens. Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Juventa, Weinheim, München.

Saffer, H., Dave, Dhaval (2006). Alcohol advertising and alcohol consumption by adolescents. In: Health Economics, John Wiley & Sons, Ltd., vol. 15(6), pages 617-637

Schmidbauer, W., vom Scheidt, J. (1998). Handbuch der Rauschdrogen. Fischer, Frankfurt am Main.

Schneider, A., Haas, S., Teysen, S., Singer, M. (2008). Alkoholvergiftungen bei Kindern. In: Klein, M. (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Schattauer, Stuttgart, New York.

Schulz, V., Schnabel, K.-H., Erdmann, W. (1976). Die Alkoholintoxikation. Erkennung und Abgrenzung gegenüber anderen Vergiftungen. In: Frey, R. (Hrsg.): Die Alkoholvergiftung. Springer, Berlin.

Science Group of the European Alcohol and Health Forum (2009). Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? – a review of longitudinal studies. Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum [Verfügbar unter] http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/docs/science_o01_en.pdf [Aufgerufen am 22.10.2009]

Senghaas, J. (2008). „Hart am Limit“ – HaLT. Ein Projekt zur Prävention von riskantem Alkoholkonsum. [Verfügbar unter] http://www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/projugend_senghaas_3_08.pdf [Aufgerufen am 04.08.2009]

Settortobulte, W., Richter, M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006, In: Mann, K., Havemann-Reineke, U., Gassmann, R. (Hrsg.). Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen. Freiburg: Lambertus, S. 7-27.

Stolle, M., Sack, P.-M., Thomasius, R. (2009). Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. In: Deutsches Ärzteblatt 106 (19). [Verfügbar unter] <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=64513> [Aufgerufen am 29.07.2009]

Stumpp, G., Stauber, B., Reinl, H. (2009). Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Tübingen. [Verfügbar unter] http://www.bmg.bund.de/cln_151/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen-Sucht/Alkohol/Studie_20Rauschtrinken_20Uni_20T_C3_BCbingen_20mit_20Anh_C3_A4ngen.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Studie%20Rauschtrinken%20Uni%20Tübingen%20mit%20Anhängen.pdf [Aufgerufen am 25.08.2009]

Viner, R., Taylor, B. (2007). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. In: Journal of Epidemiology and Community Health 61 (10).

Wagenaar A.C., Toomey T.L. (2000). Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. Contemporary Drug Problems 27, 681-733.

Wagenaar A.C., Toomey T.L., Erickson D.J. (2005). Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial. Addiction, 100, 335-345.

World Health Organisation [WHO] (2006). Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO. [Verfügbar unter] <http://www.euro.who.int/document/e883356.pdf> [Aufgerufen am 15.10.2009]

World Health Organisation [WHO] (2009). Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. [Verfügbar unter] http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ [Aufgerufen am 05.08.2009]

Internetquellen

Link zur Übersicht der bundesweiten Beratungsstellen auf der Internetseite der BZgA:

<http://www.bzga.de/?uid=edac61de5ca4183df7b2f5167f4d60c0&id=Seite48>

Link zur Onlineberatung auf mindzone.info:

<http://www.mindzone.info/beratung/onlineberatung/>

Link zum Präventionsprojekt HaLT:

<http://www.halt-projekt.de/>

Link zum statistischen Bundesamt:

<http://www.destatis.de>

Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten; jeweils der Jahre 2000 bis 2009

Stand: März 2010

Kontakt

Peter Raiser
Tel. 02381 9015-21
raiser@dhs.de

Gabriele Bartsch
Tel. 02381 9015-17
bartsch@dhs.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.

Westenwall 4, 59065 Hamm, Telefon: 02381/9015-0, Telefax: 02381/901530, Internet: www.dhs.de