

Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen

Seit Jahren beobachten Präventionsfachkräfte und Suchtexperten das Ansteigen des sogenannten Rauschtrinkens und damit zusammenhängend einen Anstieg an Alkoholvergiftungen. In der Öffentlichkeit wird dieser Trend vor allem als Problem der Jugend wahrgenommen. Tatsächlich nutzen jedoch vor allem Erwachsene Volksfeste, die Karnevalszeit

und viele weitere Gelegenheiten als Anlass, Alkohol bis zum Rauschzustand zu trinken. Übermäßiger Alkoholkonsum ist kein spezifisches Problem der Jugend, sondern eines, das große Teile der Gesellschaft quer durch alle sozialen Schichten betrifft.

Begriffe zum Thema

Trinkverhalten

Rauschtrinken: Der Konsum von fünf oder mehr Gläsern alkoholischer Getränke bei einer Trinkgelegenheit wird als Rauschtrinken definiert. Bei dieser Menge nimmt der Konsumierende mehr als 50g reinen Alkohol zu sich. Zahlreiche gesundheitliche Gefährdungen und Unfallrisiken stehen mit dieser Menge in Zusammenhang (Papst et al. 2013).

Binge-Drinking: Der Begriff stammt aus dem englischen Sprachraum und bezeichnet ebenfalls das Rauschtrinken. Auch in Deutschland wird seit einiger Zeit verwendet (Eurobarometer 2010).

Trinkfolgen

Ausfallerscheinungen: Eine Wirkung von Alkohol im menschlichen Körper ist die Verminderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Wahrnehmungsstörungen, Einschränkung motorischer Fähigkeiten und Kontrollverlust zählen hierzu. Die Beeinträchtigungen werden auch als Ausfallerscheinungen bezeichnet (Feuerlein et al. 1998; Schulz et al. 1976).

Rauschzustand: Die wahrnehmbaren Folgen von Alkoholkonsum werden auch als Rausch bezeichnet. Wie schwer der Rausch ist, kann anhand der Ausfallerscheinungen bestimmt werden (Feuerlein et al. 1998; Schulz et al. 1976).

Alkoholvergiftung: Mit Alkoholvergiftung wird die schädliche Wirkung auf Körper und Geist bezeichnet. Eine Alkoholvergiftung mit leichten Ausfallerscheinungen tritt bereits bei geringen Mengen von Alkohol auf (ab einer Blutalkoholkonzentration von 0,2 bis 0,3 Promille). Allerdings ist beim Binge-Drinking die Gefahr einer schweren Alkoholvergiftung enorm hoch (Feuerlein et al. 1998; Schulz et al. 1976).

Fakten und Zahlen im Überblick

Binge-Drinking in Deutschland: 26,1% der Männer (15,4% der Frauen) in Deutschland trinken 1–3-mal im Monat bis in den Alkoholrausch. Weitere 20,6% der Männer und 6,6% der Frauen sogar 4-mal oder öfter im Monat. Am häufigsten ist Binge-Drinking bei jungen Erwachsenen verbreitet, mit dem Alter nimmt die Häufigkeit ab (Papst et al. 2013).

Alkoholvergiftungen in Deutschland: Die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Alkoholvergiftungen ist zwischen 2000 und 2012 in allen Altersgruppen gestiegen. Zuletzt gab es einen Rückgang der Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen. In vielen anderen Altersgruppen hat sich der steigende Trend auch 2013 und 2014 fortgesetzt. Die Behandlungszahlen insgesamt sind im Vergleich zur Jahrtausendwende immer noch mehr als doppelt so hoch (Statistisches Bundesamt; jährliche Fortschreibung).

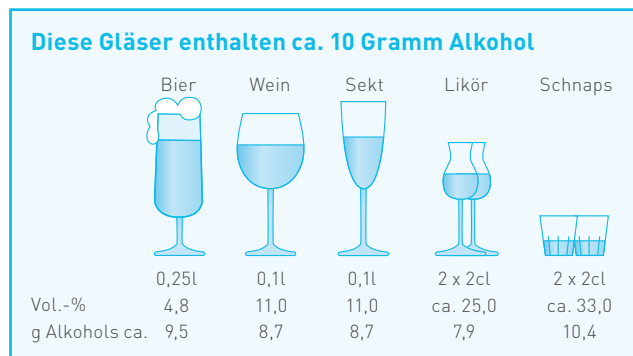
Definitionen von Binge-Drinking und Alkoholvergiftung

Begriffsklärung: Binge-Drinking

Der Begriff Binge-Drinking stammt aus dem englischen Sprachgebrauch. Er lässt sich mit „Rauschtrinken“, „Besäufnis“ oder – einem etwas veralteten Sprachausdruck – „Trinkgelage“ übersetzen. Auch das Wort „Komasaufen“ ist vor allem in der medialen Berichterstattung verwendet worden, allerdings häufig sehr undifferenziert. Zum einen soll es Fälle beschreiben, 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 eher dem englischen Binge-Drinking.

Als Definition für Binge-Drinking bzw. Rauschtrinken gelten in Deutschland und anderen europäischen Ländern meist genaue Mengenangaben an getrunkenen Gläsern in einem bestimmten Zeitraum. Als Anzahl werden häufig fünf Gläser bei einer Gelegenheit genannt. Diese Definition gilt für Erwachsene und dient auch Untersuchungen wie dem Epidemiologischen Suchtsurvey bei der Erhebung der Verbreitung von Rauschtrinken in Deutschland. Auch international wird diese Definition bei Erhebungen des Binge-Drinkings verwendet, z. B. dem Eurobarometer (2010).

Getränke und Glasgrößen



Andere Glasgrößen

	ml	Vol.-% ^(a)	g Alkohol
Großes Bier	400	4,8%	15,2
Flasche Bier	500	4,8%	19,0
Großes Glas Wein	200	11,0%	17,4
Viertel Liter Wein	250	11,0%	21,7
Schnaps, Korn	20	33,0%	5,2
Wodka, Whisky, Rum, Weinbrand	20	40,0%	6,3

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

Standartgläser / Standard Drinks / Units

In vielen angelsächsischen Ländern wird statt von Gläsern von „Standard Drinks“ oder „Unit“ (auf Deutsch „Einheit“) gesprochen. Ein solches Standardgetränk (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 Standard Drinks es entspricht. Auf allen verkauften Getränken (Flaschen Dosen etc.) wird z. B. in Australien angegeben, wie viele Einheiten das Getränk enthält.

Formel zur Umrechnung in Standard Drinks

$$\text{Getränk in Litern} \times \text{Vol.-%} \times 0,79 \text{ Kg/l} = \text{Standard Drinks}$$

Zwei Beispiele für das Umrechnen in Standard Drinks:

$$0,5 \text{ l Bier} \times 4,8 \times 0,79 = 1,9 \text{ Standard Drinks}$$

$$0,2 \text{ l Wein} \times 11,0 \times 0,79 = 1,7 \text{ Standard Drinks}$$

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 0,3‰ auftreten (Feuerlein et al. 1998). Um den Schweregrad einer solchen Vergiftung zu bestimmen, gibt es verschiedene Klassifikationen, wobei schon bei ersten Anzeichen ein Vergiftungsgrad 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.

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 und noch leichten Anzeichen einer Vergiftung, als sehr wichtiges Feedback des eigenen Körpers bleiben aus. Der Übergangszustand – angetrunken zu sein – entfällt, stattdessen tritt eine schwere 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

Rauschzustände und Alkoholintoxikationen werden jeweils in vier Schweregrade eingeteilt (vgl. Feuerlein et al. 1998; Schulz et al. 1976)

Rauschzustände

nach Feuerlein et al. 1998

Leichte Rauschzustände (BAK 0,5 – 1,5 ‰)

Gang- und Standunsicherheit, verwaschene Sprache, Verminderung der Kritikfähigkeit und der Selbstkontrolle, erhöhte Bereitschaft zu sozialen Kontakten

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

Schwere Rauschzustände (BAK über 2,5 ‰)

Zunehmende Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Benommenheit, Angst, Erregung und illusionäre Verknennung, Sprach-, Gleichgewichtsstörungen und Krampfanfälle können auftreten

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

Klassifikation der Alkoholintoxikation

nach Schulz et al. 1976

Exzitatives Stadium

geringe Trunkenheit, leichte Gangstörung, Entspannung, Sorglosigkeit, Gesprächigkeit, Enthemmung, Selbstüberschätzung, Kritischschwäche, unpräzise Reaktionen

Hypnotisches Stadium

Schlafneigung, aber noch weckbar, beim Gehen zeigen sich schwere Gleichgewichtsstörungen, Verlangsamung von Auffassung, Gedankengang und Assoziationen, verminderte Geschicklichkeit, deutliche, oft aggressive Verstimmung

Narkotisches Stadium (BAK über 2,5 ‰)

tiefe Bewusstlosigkeit, Reflexe setzen aus, verminderte Schmerzempfindlichkeit, Schwerbesinnlichkeit und spätere Erinnerungslücken, Muskeler schlaffheit, Schock

Asphyktisches Stadium (BAK über 4 ‰)

Kreislauf- und/oder Atemstörungen, rasche Auskühlung in der Kälte (möglicher Erfrierungstod); möglicher Tod

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).

Gesundheitliche und soziale Folgen

Risikante 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 200 Krankheiten sowie 80 Arten von Unfällen bzw. Verletzungen durch Alkohol entstehen, und nahezu jedes Körperorgan kann durch regelmäßigen Alkoholkonsum dauerhaft geschädigt werden (Seitz et al. 2013).

Soziale Folgen

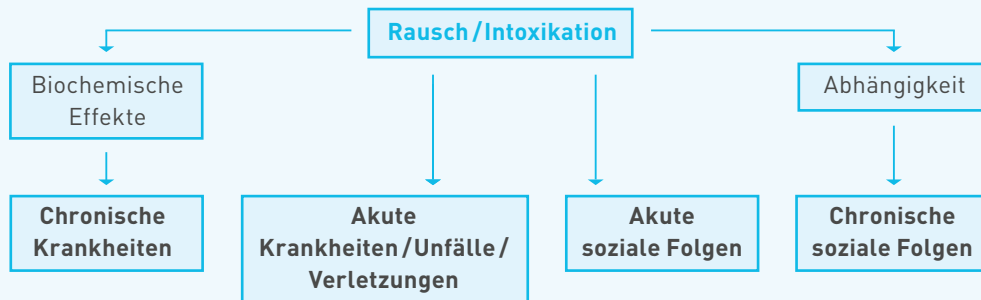
Die direkt spürbaren sozialen Folgen von Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen können individuell stark variieren und hängen auch von anderen riskanten Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum ab. Alkoholkonsum senkt die Hemmschwelle für Gewalttaten gegen Sachen und Personen. Verletzungen 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 erhöht die Unfallgefahr und ist im Straßenverkehr jedes Jahr ursächlich für hunderte Verkehrstote sowie tausende Verletzte. Aber auch wenn bei Unfällen keine Personenschäden entstehen, führen Sachschäden zu weiteren Kosten und sozialen Problemen.

Risikantes 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



Quelle: Abbildung (eigene Bearbeitung) nach:
„Verbindung zwischen Alkoholkonsum, Mediatorenvariablen und kurzfristigen und langfristigen Folgen“ in: Babor et al. 2005

Chronische Krankheiten	Akute Krankheiten/ Befindlichkeitsstörungen 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 ▶ Leistungsminderung ▶ Begehen von kriminellen Delikten ▶ Erhöhte Gefahr, Opfer von gewalttätigen oder sexuellen Übergriffen zu werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 	

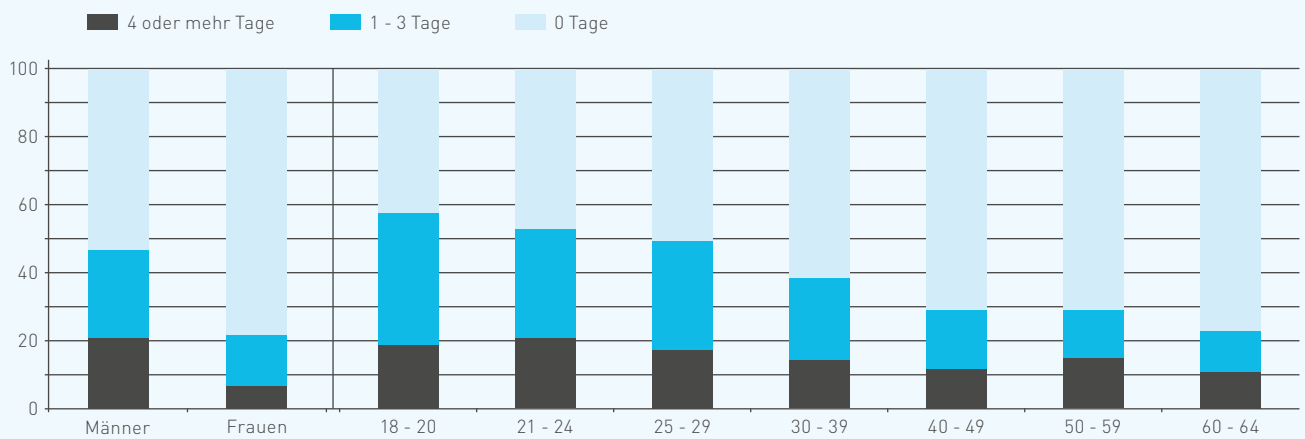
Quelle: Folgen (eigene Einteilung) nach: Feuerlein et al. 1998; ESPAD 2007; Pabst & Kraus 2008; Heffernan 2008; Viner & Taylor 2007

Häufigkeiten von Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen in Deutschland

Im Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 (Pabst et al. 2013) wurde die Häufigkeit des Rauschtrinkens in der deutschen Bevölkerung abgefragt. Bezogen auf die letzten 30 Tage berichteten 35,6% der Alkoholkonsumenten, an mindestens einem Tag mindestens fünf alkoholische Getränke zu sich genommen zu haben. Männer weisen eine mehr als dreifach so hohe Wahrscheinlichkeit als Frauen auf, an vier oder mehr Tagen Binge-Drinking zu betreiben.

Darüber hinaus ist Rauschtrinken vermehrt unter jungen Erwachsenen zu beobachten. 57,7% der 18- bis 20-Jährigen gaben an, Alkohol an mindestens einem Tag in den letzten 30 Tagen in den entsprechenden Mengen konsumiert zu haben. Ferner steigt die Wahrscheinlichkeit an keinem der letzten 30 Tage mindestens fünf alkoholische Getränke konsumiert zu haben, bei zunehmendem Alter.

Prävalenz des Rauschtrinkens bezogen auf die letzten 30 Tage



Quelle: (Pabst et al. 2013)

Rauschtrinken Jugendlicher

Die Umfrage „Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014“ der BZgA hat das Konsumverhalten von 12- bis 25-Jährigen untersucht. Dabei wurde auch das Rauschtrinken untersucht, wobei sich die in diesem Zusammenhang verwendeten Definitionen und Grenzwerte auf Erwachsene bezogen (mindestens fünf alkoholische Getränke während einer Trinkgelegenheit). Jedoch vertragen Jugendliche und junge Erwachsene in der Regel geringere Mengen Alkohol. Bei der Untersuchung stellte sich bei der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren heraus, dass fast siebzig Prozent der

Jugendlichen (67,9%) schon einmal Alkohol getrunken haben. Bezogen auf das Rauschtrinken sind es 15,4% der Befragten dieser Altersgruppe, die in den letzten 30 Tagen an mindestens einem Tag einen Alkoholrausch hatten. Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren, sind es bereits 95,3%, die schon einmal im Leben Alkohol getrunken haben und 37,5% der Befragten gaben an, sich an mindestens einem der letzten 30 Tage in einen Rausch getrunken zu haben.

Rauschtrinken Jugendlicher nach Schulform

In der gleichen Umfrage wurde das Trinkverhalten von Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe I nach Schulformen getrennt untersucht. Zwischen den Schülerinnen und Schülern der verschiedenen Schulformen lassen sich nur wenige Unterschiede im Alkoholkonsum feststellen. Einzig die Schülerinnen und Schüler von Gesamtschulen weisen eine deutlich geringere 30-Tage-Prävalenz bezogen auf das Binge-Drinking auf (BZgA 2015).

**Alkoholkonsum nach Schulformen
(Angaben in Prozent) Binge-Drinking an:**

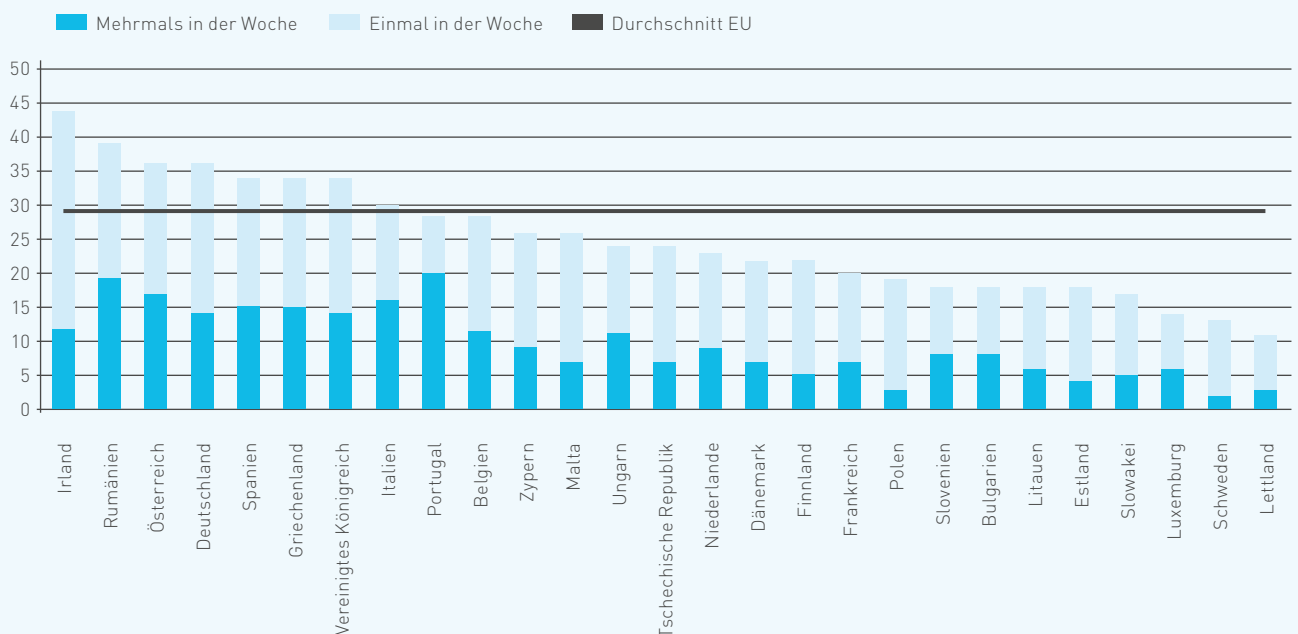
	mindestens einem der letzten 30 Tage	vier Tagen oder öfter in den letzten 30 Tagen
Gymnasium	8,6	1,4
Gesamtschule	3,5	0,7
Realschule	10,3	2,5
Hauptschule	11,3	2,0

Quelle: BZgA 2015

Europäischer Vergleich (Bevölkerung ab 15)

Ein internationaler Vergleich zeigt, dass Deutschland beim Binge-Drinking im oberen Viertel liegt. 36% der Deutschen über 15 Jahre geben für 2010 an, mindestens einmal in der Woche mehr als fünf Gläser alkoholischer Getränke zu konsumieren. Der Durchschnitt aller EU-Mitgliedsländer liegt bei 29%.

Häufigkeit von Binge-Drinking nach Ländern, Bevölkerung ab 15 Jahren



Quelle: Eurobarometer 2010

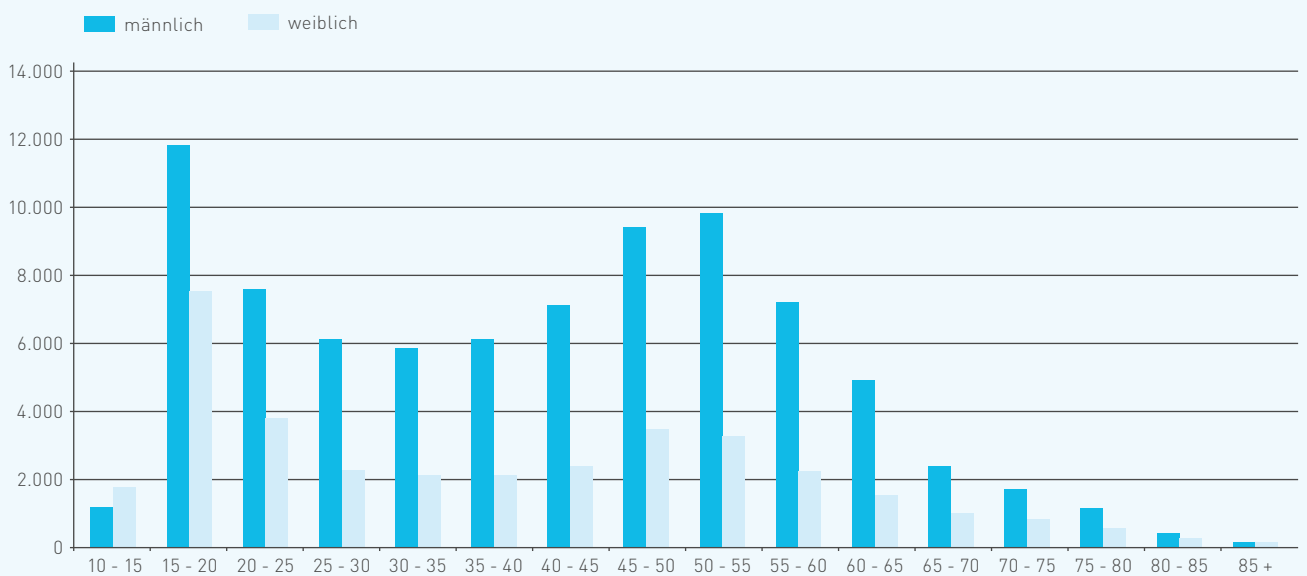
Häufigkeiten von Alkoholvergiftungen in Deutschland

Die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Alkoholvergiftungen ist seit 2000 bis 2014 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.

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 2014 Alkoholvergiftungen bei Mädchen sogar häufiger vor als bei Jungen.

Prävalenz des Rauschtrinkens bezogen auf die letzten 30 Tage



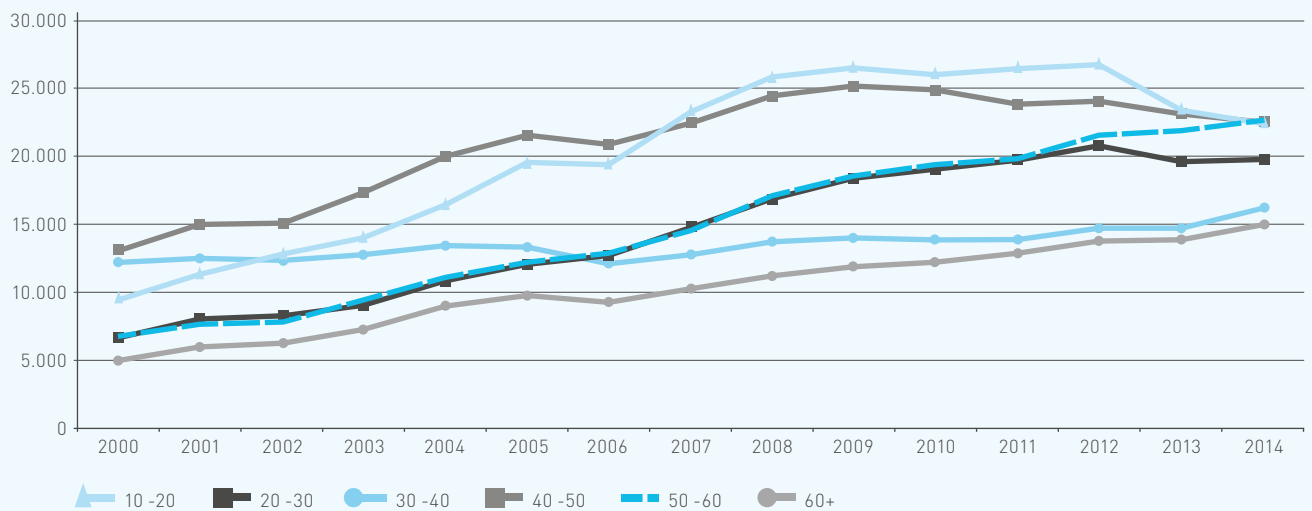
Quelle: Statistisches Bundesamt 2014

Entwicklungstrends

In der öffentlichen Wahrnehmung beherrscht der drastische Anstieg von Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen viele Jahre die Berichterstattungen zum Thema „Komasaufen“. Im Zeitraum zwischen den Jahren 2000 und 2012 stieg die Zahl der 10- bis 20-Jährigen, die mit einer akuten Alkoholintoxikation ins Krankenhaus eingeliefert wurden, von 9.514 auf 26.673. Weniger häufig wurde darüber berichtet, dass auch in etlichen anderen Altersgruppen im selben Zeitraum ein ähnlich starker

Anstieg der Krankenhausbehandlungen verzeichnet wurde. Erfreulicherweise ist die Zahl der Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2013 und 2014 gesunken – liegt mit 22.628 Fällen jedoch immer noch auf einem Niveau über dem doppelten Wert aus dem Jahr 2000. Noch weniger erfreulich ist, dass sich der Anstieg in vielen anderen Altersgruppen (30- bis 40-Jährigen, 50- bis 60-Jährigen und bei über 60-Jährigen) nahezu unvermindert fortsetzt.

Krankenhauspatienten mit akuter Alkoholvergiftung



Quelle: Statistisches Bundesamt 2000-2014

Gründe und Hintergründe für exzessiven Alkoholkonsum

Es gibt viele unterschiedliche Ursachen für riskante Konsummuster wie Binge-Drinking. Neben individuellen und persönlichen Gründen beeinflussen auch strukturelle Faktoren und Rahmenbedingungen den Alkoholkonsum und die Trinkmuster.

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

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 zu einem erhöhten Alkoholkonsum in der Gesellschaft bei und auch zu mehr riskanten Konsummustern (Anderson & Baumberg 2006, Babor et al. 2005, RAND Europe 2009).

Die Untersuchungen und Erhebungen zum Alkoholkonsum seit dem Jahr 2000 zeigen einen Entwicklungstrend hin zu

vermehrtem Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen. Erklärungsansätze, die sich mit dieser Entwicklung befassen, sehen diesen Trend darin begründet, dass sich in den letzten 10 Jahren die Erschwinglichkeit („Affordability“; d.h. die Alkoholpreise sind in den letzten 10 Jahren weniger stark gestiegen, als die verfügbaren Einkommen) erhöht hat. 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 die Verfügbarkeit („Availability“) gestiegen ist: Alkohol ist mit der Liberalisierung der Ladenöffnungszeiten (2003 und 2006) zu immer längeren Verkaufszeiten verfügbar, an Tankstellen sogar 24 Stunden am Tag. Auch die Verkaufsdichte ist insbesondere in Deutschland extrem hoch: Jeder Kiosk und Supermarkt bietet Alkohol an.

Des Weiteren spielt die Alkoholwerbung eine besondere Rolle. Die Imagewerbung von Alkoholherstellern wirkt besonders bei Jugendlichen. Eine in Deutschland durchgeführte Studie zur Alkoholwerbung belegt, dass die Bewerbung von alkoholischen Getränken in direktem Zusammenhang mit dem Konsum Jugendlicher steht (Morgenstern, Isensee, Hanewinkel 2015). 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 2010). 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).

Besondere Bevölkerungsgruppe: Jugendliche und junge Erwachsene

Besondere Aufmerksamkeit bei der Erklärung für Ursachen riskanter Konsummuster genießt 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 testen Jugendliche Grenzen aus. 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 verknüpft. 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“

- ▶ 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“

- ▶ 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

Viele 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. Laut einer Studie der BZgA rückt auch das Durchschnittsalter des ersten

Alkoholkonsums und der ersten Rauscherfahrung zusammen: Im Alter von 13,8 Jahren machten Jugendliche (12- bis 17-Jährige) im Jahr 2014 ihre erste Alkoholerfahrung. Den ersten Rausch erlebten sie mit 15,0 Jahren (BZgA 2015). 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.

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. Verhältnisprävention richtet sich an die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Auf ordnungspolitischer Ebene können über gesetzliche Bestimmungen solche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die schädliche Konsummuster reduzieren. Verhaltensprävention richtet sich an die Konsumenten und versucht deren Konsummuster und das Verhalten positiv zu beeinflussen, so dass die riskanten Konsummuster ausbleiben. Am wirkungsvollsten ist ein Ansatz, der verschiedene Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention in einem „Policy Mix“ verbindet (WHO 2006).

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 nimmt die Verhältnisprävention in einer effektiven Alkoholpolitik einen hohen Stellenwert ein. Das Ziel von Alkoholpolitik ist, über Maßnahmen, deren Wirksamkeit belegt ist, die schädlichen Auswirkungen von Alkoholkonsum zu verringern.

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 führt zu einer hohen Verfügbarkeit. Der Zusammenhang hoher Verfügbarkeit und erhöhtem Alkoholkonsum ist vielfach belegt worden (Babor et al. 2005).

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). 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 (Hommel 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. DHS 2015)

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).

Verhaltensprävention

Um das Konsumverhalten, insbesondere das Trinkverhalten Jugendlicher zu beeinflussen, gibt es umfassende Interventionsansätze. In Deutschland reicht das Maßnahmenspektrum 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; vgl. Grafik „Chronische und akute Folgen von häufigem Binge-Drinking und Alkohol-

vergiftungen“ in diesem Factsheet). 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).

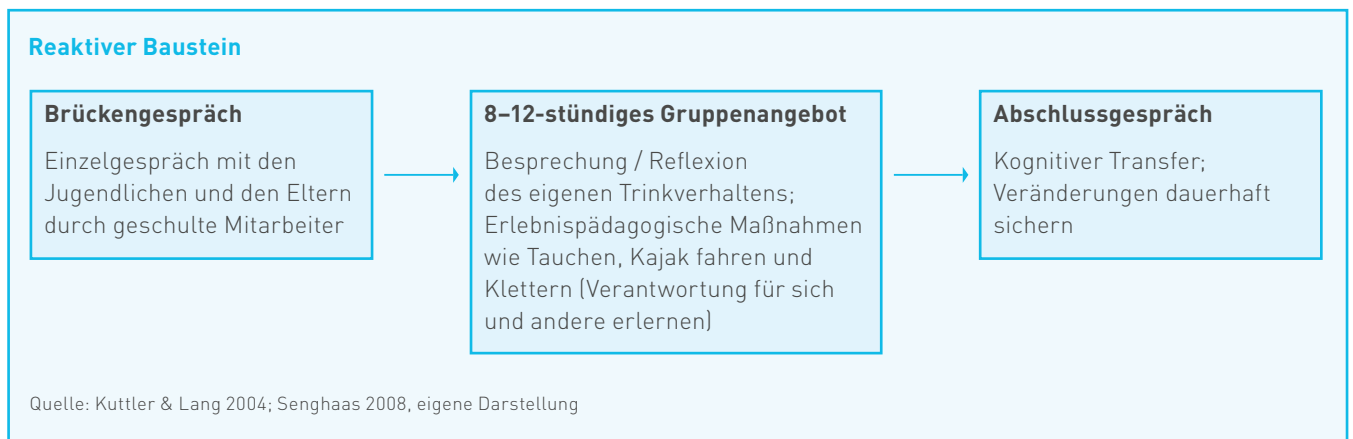
Bewährte Praxis: das HaLT-Projekt

Das Projekt „HaLT – Hart am Limit“ wurde von der Villa Schöpfung – Zentrum für Suchtprävention entwickelt und in einer 18-monatigen Pilotphase in Lörrach erprobt.

Unterstützt wurde das Modellprojekt vom Bundesministerium für Gesundheit. Es verknüpft Ansätze auf der individuellen Ebene mit Ansätzen kommunaler Prävention. Ein **Reaktiver Baustein** richtet sich an Personen mit riskanten Trinkmustern bzw. nach einer Alkoholvergiftung. Auch hier wird das Konzept der Kurzzeitintervention aufgegriffen. 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 8–12-stündigen 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).

Ein **proaktiver Baustein** als verhältnispräventiver Ansatz auf kommunaler Ebene fokussiert die Einhaltung des Jugendschutzes vor Ort sowie die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und bezieht Gastronomie, Einzelhandel, Festveranstalter und Vereine mit ein. Auch Verantwortung und Vorbildverhalten von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol wird thematisiert. Eine kommunal verankerte Präventionsstrategie soll Alkoholexzessen und schädlichem Alkoholkonsum vorbeugen. (Kuttler & Lang 2004; Senghaas 2008).

Nachdem das evaluierte Projekt die Förderphase als Modellprojekt beendete, erfolgte eine Transferphase zur nachhaltigen Sicherung des bewährten Konzeptes in mittlerweile circa 170 HaLT- Standorten im gesamten Bundesgebiet. In 15 Bundesländern ist eine HaLT-Länderkoordination eingerichtet worden. Aktuelle Informationen befinden sich auf der Internetseite <http://www.halt-projekt.de/>



Beratung und Behandlung

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 ge-

wünscht ist, helfen die Beratungseinrichtungen weiter, auch anonym. 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

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)

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)

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)

Online-Beratung:

Drugcom

Email- und Chatberatung Mo. – Fr., 15:00 – 17:00 Uhr.
Außerdem: 10-Tage-Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums

<http://www.drugcom.de/beratung-finden/>

Mindzone

Chat- und Emailberatung.
Termine für Einzelberatung im Chat buchbar. Auch Austausch mit Betroffenen im Gruppenchat möglich.

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

Onlineberatungsangebot der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke)

Für Jugendliche <https://jugend.bke-beratung.de/views/home/index.html>

Für Eltern <https://eltern.bke-beratung.de/views/home/index.html>

Online-Beratung der Wohlfahrtsverbände

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO) <http://www.awo-beratung.org/index.php?id=357>

Deutscher Caritasverband e.V. – Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht <http://www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/suchtberatung/>

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V. <http://www.der-paritaetische.de/startseite/online-beratung/beratungsstellen/nach-anlass/>

Literatur

- Anderson, P.; Baumberg, B. (2006): Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission. Internet: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf, Zugriff: 23.11.2015
- Australian Government Department of Health and Aging (2009): The Australian Standard Drink. Internet: <http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/standard>, Zugriff: 26.11.2015
- Babor, T. 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, 45(5).
- Bühringer, Gerhard et al. (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; 128. Nomos Verl.-Ges., Baden-Baden.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (2003): Bekanntheit, Kauf und Konsum von Alcopops in der Bundesrepublik Deutschland 2003. Ergebnisse einer Repräsentativen Befragung. Internet: http://suessesgift.de/pdf/presse/alcopops_jugendliche.pdf, Zugriff: 23.11.2015
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (2015): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Internet: <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/?sub=92>, Zugriff: 23.11.2015
- Chisholm, Dan et al. (2009): Alcohol Policy Cost-effectiveness. Briefing Notes for 22 European Countries. Institute of Alcohol Studies, London.
- EU Kommission [Eurobarometer] (2010): Special Eurobarometer 331: EU citizens' Attitudes towards alcohol, Eurobarometer 331/Wave 72,3 – TNS Opinion & Social. Internet: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf, Zugriff: 18.11.2015
- European School Survey Project on Alcohol and other Drugs [ESPAD] (2007): The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Internet: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf, Zugriff: 23.11.2015
- Feuerlein, W., Kufner, 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*, 5(3),199-207.
- Heffernan, T. (2008): The Impact of Excessive Alcohol Use on Prospective Memory: A Brief Review. Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19630703>, Zugriff: 26.11.2015
- Hommel R.; McIlwain R.; 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*, Chichester, UK: John Wiley and Sons. 721-740.
- 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. Internet: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh284/236-244.pdf>, Zugriff: 26.11.2015
- Morgenstern, M.; Isensee, B.; Hanewinkel, R. (2015): Alkoholwerbung und häufiges Rauschtrinken im Jugendalter. In: *Sucht*, 61(4).
- Pabst, A.; Kraus, L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: *Sucht*, 54(1).
- Pabst, A. et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: *Sucht*, 59(6).
- 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. Internet: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_rand_en.pdf, Zugriff: 23.11.2015

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), 617-637.

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

Schneider, A. et al. (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. Internet: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/docs/science_o01_en.pdf, Zugriff: 23.11.2015

Senghaas, J. (2008): „Hart am Limit“ – HaLT. Ein Projekt zur Prävention von riskantem Alkoholkonsum. Internet: http://www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/projugend_senghaas_3_08.pdf, Zugriff: 23.11.2015

Seitz, H. et al. (2013): Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 1. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm.

Statistisches Bundesamt (jährliche Fortschreibung): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Wiesbaden

Stolle, M.; Sack, P.-M.; Thomasius, R. (2009): Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. In: Deutsches Ärzteblatt, 106(19). Internet: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=64513>, Zugriff: 26.11.2015

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. Internet: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Alkohol/Downloads/Studie_Rauschtrinken_Uni_Tuebingen_090401_Drogenbeauftragte.pdf, Zugriff: 23.11.2015

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. Internet: <http://www.euro.who.int/document/e883356.pdf>, Zugriff: 23.11.2015

World Health Organisation [WHO] (2009): Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. Internet: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/, Zugriff: 23.11.2015

Überarbeitet von: Gabriele Bartsch, Christine Kreider, Peter Raiser

Stand: Dezember 2015