

Binge-Drinking/Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen

Hintergrund

Alkohol gehört in unserer Gesellschaft größtenteils zu den akzeptierten Rauschmitteln. Da der Einstieg in den Alkoholkonsum in der Regel im Jugendalter liegt, ist ein verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol eine wichtige Entwicklungsaufgabe (1, 2). Rauschhafter Alkoholkonsum (Binge-Drinking oder Rauschtrinken, d.h. der Konsum von vier (Mädchen) bzw. fünf (Jungen) oder mehr Gläsern alkoholischer Getränke bei einer Trinkgelegenheit) gilt als Risikoverhalten, welches im Jugend- und jungem Erwachsenenalter praktiziert wird (1). Binge-Drinking ist mit unmittelbaren negativen gesundheitsrelevanten Folgen für Heranwachsende assoziiert. So können physiologische Entwicklungsschritte des Gehirns gestört werden, wodurch sich negative Konsequenzen für die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung ergeben (3); Mädchen erweisen sich hinsichtlich der Folgen von Binge-Drinking für die Gehirnfunktion als besonders verletzlich (1). Darüber hinaus hängt ein riskanter Alkoholkonsum nachweislich mit (tödlichen) Unfällen, (sexuellen) Gewalterfahrungen, aggressivem Verhalten, verschiedenen körperlichen und emotionalen Problemen, Suizid-Versuchen, ungewollten Schwangerschaften, schulischen Leistungseinbrüchen, Schulschwänzen sowie dem Konsum anderer Substanzen zusammen (1, 3-5). Binge-Drinking ist für Jugendliche oftmals eine Strategie, negative Stimmungen und Gedanken zu bewältigen. Unter den Jugendlichen, die Binge-Drinking betreiben, sind vor allem Mädchen häufiger von Suizidgedanken betroffen(1).

Wie wurde Binge-Drinking erfasst?

Die Heranwachsenden wurden gefragt, an wie vielen Tagen sie in ihrem Leben und in den letzten 30 Tagen betrunken waren. Die siebenstufige Antwortskala reichte dabei von „nie“ bis „mehr als 10-mal“. Hieraus wurde ermittelt, ob jemals im Leben (Lebenszeitprä-

valenz) und ob mindestens einmal in den letzten 30 Tagen (30-Tage-Prävalenz) Binge-Drinking betrieben wurde. Tabelle 1 am Ende des Faktenblatts zeigt hierfür den geschlechtsspezifischen Anteil der Jugendlichen differenziert nach Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund. Abbildungen 1 und 2 veranschaulichen den Anteil der Mädchen und Jungen, differenziert nach Alter.

Hauptergebnisse

- 17,2% der 11- bis 15-Jährigen haben bereits mindestens einmal in ihrem Leben und 8,0% mindestens einmal in den letzten 30 Tagen eine alkoholbedingte Rauscherfahrung gemacht. Jungen haben hier etwas höhere Prävalenzen als Mädchen.
- Für beide Prävalenzen ist ein deutlicher Anstieg mit dem Alter zu verzeichnen. Während 1,6% der 11-Jährigen mindestens einmal Binge-Drinking betrieben haben, erhöht sich der Anteil unter den 13-Jährigen auf 6,6% und unter den 15-Jährigen auf 41,7%. Etwa ein Fünftel der 15-Jährigen war mindestens einmal in den letzten 30 Tagen betrunken. Bei den 11- bis 13-Jährigen liegt der Anteil bei unter 4%.
- 11- bis 15-Jährige mit niedrigem familiären Wohlstand haben seltener jemals in ihrem Leben und in den letzten 30 Tagen Binge-Drinking betrieben. Mädchen mit mittlerem und Jungen mit hohem familiären Wohlstand zeigen vergleichsweise höhere Prävalenzen.
- Heranwachsende mit Migrationshintergrund zeigen fürs Binge-Drinking eine niedrigere Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz als Heranwachsende ohne Migrationshintergrund.

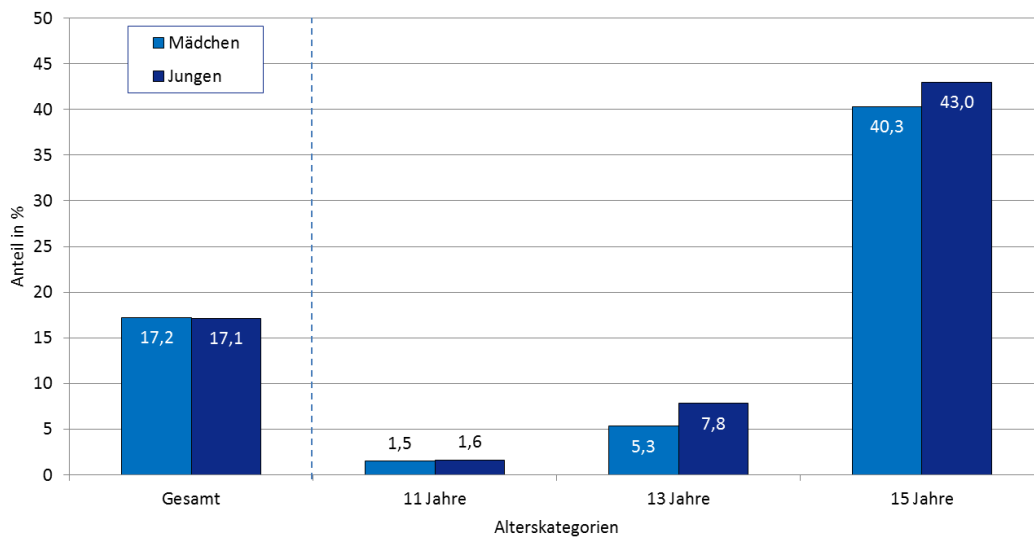


Abbildung 1: Anteil der Mädchen und Jungen, die mind. einmal im Leben betrunken waren (Lebenszeitprävalenz), nach Alter (in %)

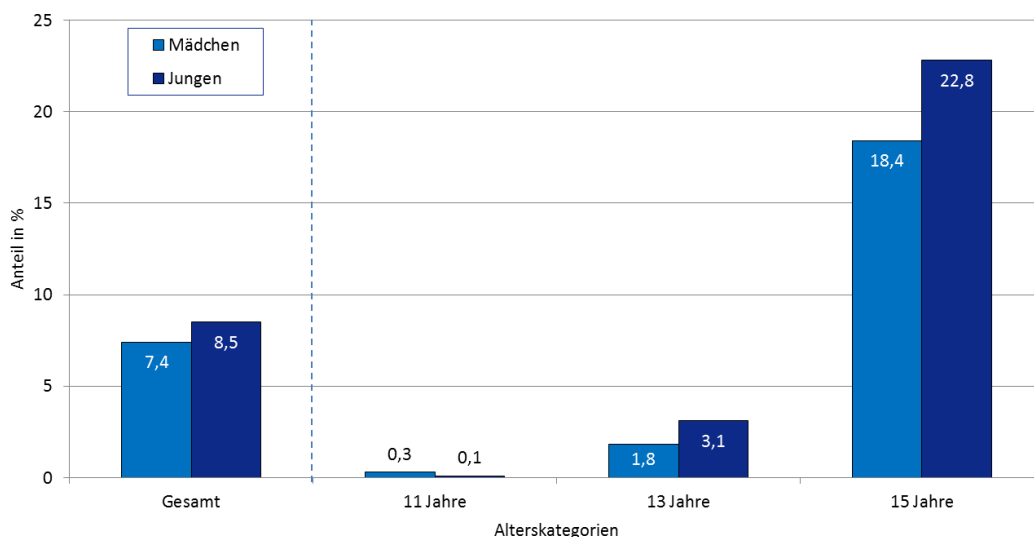


Abbildung 2: Anteil der Mädchen und Jungen, die mind. einmal in den letzten 30-Tagen betrunken waren (30-Tage-Prävalenz), nach Alter (in %)

Bewertung und Schlussfolgerungen

Obwohl die Ergebnisse der BZgA-Studie und der internationalen HBSC-Studie zeigen, dass Binge-Drinking bei Jugendlichen seit den 2000er-Jahren stark abgenommen hat (6, 7), verdeutlichen die jüngsten Ergebnisse der HBSC-Studie 2017/18, dass Binge-Drinking unter den 15-Jährigen nach wie vor weit verbreitet ist. Mehr als jeder dritte 15-Jährige war mindestens einmal im Leben und rund jeder fünfte mindestens einmal in den letzten 30 Tagen betrunken. Die Befunde legen nahe, dass ein maßvoller und kontrollierter Um-

gang mit Alkohol weiterhin ein wichtiges Präventionsziel bleiben sollte; insbesondere vor dem Hintergrund, dass ein riskanter Alkoholkonsum mit sozial unverträglichen und schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen für die Jugendlichen verbunden ist (1, 3-5). Zudem erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich im weiteren Lebensverlauf ein gesundheitsriskanter Lebensstil etabliert (8). Binge-Drinking wird von Jugendlichen u.a. zur Bewältigung von Problemen und schlechter Stimmung betrieben. Daher könnte die Vermittlung von funktionalen Coping-Strategien für die Jugendlichen hilfreich sein, sodass sie einen besseren Umgang

mit ihren negativen Gefühlen und Problemen lernen und sich somit nicht mehr in Rauschtrinken flüchten (1). Da der Einstieg in den Alkoholkonsum oftmals schon mit etwa 13 Jahren beginnt (vgl. Faktenblatt zum Alkoholkonsum) und ein rauschhaftes Trinkverhalten in der Altersspanne zwischen 13 und 15 Jahren rasant ansteigt, sollten Präventionsmaßnahmen diese Altersgruppe besonders ins Auge fassen.

Literatur

1. Donath, C. (2016). Binge Drinking unter Jugendlichen: Wie drängend ist das Problem?. In: Lenahrd, W. (Hrsg.). Psychische Störungen bei Jugendlichen. Berlin, Heidelberg: Springer, 167-184.
2. Stauber, B., Wißmann, C., Walter, S., Stumpp, G. & Litau, J. (2017). Not just drinking—grundlagentheoretische Erkenntnisse der Forschung zu jugendkulturellem Alkoholkonsum. Soziale Passagen, 8(2), 345-361.
3. Vieno, A., Inchley, J., Moor, I. & Heilmann, K. (2018). Introduction. In: Inchley, J., Currie, D., Vieno, A., Torsheim, T., Ferreira-Borges, C., Weber, M. M. et al. (2018). Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014. Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, S. 1-7.
4. Kraus, L., Hannemann, T.V., Pabst, A. et al. (2013). Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? Gesundheitswesen, 75, 456-464.
5. Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S. et al. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. Pediatrics, 121(Suppl 4), 290-310.
6. Orth, B. & Merkel, C. (2019). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
7. Canale, N. & Inchley, J. (2018). Trends in drunkenness, by gender and subregion. In: Inchley, J., Currie, D., Vieno, A., Torsheim, T., Ferreira-Borges, C., Weber, M. M. et al. (2018). Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014. Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, S. 19-29.
8. Rossow, I. & Kuntsche, E. (2013). Early Onset of Drinking and Risk of Heavy Drinking in Young Adulthood-A 13-Year Prospective Study. Alcohol Clin Exp Res, 37, E297-E304.

Tabelle 1: Lebenszeitprävalenz und 30-Tage-Prävalenz für Binge-Drinking von **Mädchen und Jungen** nach Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (in %) ¹

	Lebenszeitprävalenz		30-Tage-Prävalenz	
	%		%	
	♀	♂	♀	♂
Alterskategorien	n=2.273	n=2.005	n=2.263	n=2.004
11 Jahre	1,5	1,6	0,3	0,1
13 Jahre	5,3	7,8	1,8	3,1
15 Jahre	40,4	43,0	18,4	22,8
Familiärer Wohlstand	n=2.238	n=1.962	n=2.228	n=1.961
Niedrig	10,1	13,8	3,8	6,6
Mittel	20,4	16,7	8,7	8,5
Hoch	14,7	23,3	7,6	11,2
Migrationshintergrund	n=2.269	n=2.001	n=2.259	n=2.000
Kein	19,5	19,2	9,1	9,8
Einseitig	17,3	14,0	5,7	6,4
Beidseitig	12,0	13,7	4,3	6,2
Gesamt	17,2	17,1	7,4	8,5

Anmerkungen: Lebenszeitprävalenz: mind. einmal im Leben Binge-Drinking betrieben, 30-Tage-Prävalenz: mind. einmal in den letzten 30 Tagen Binge-Drinking betrieben.

¹ Angaben zur absoluten Häufigkeit n beziehen sich auf die ungewichteten Daten; Prozentangaben beziehen sich auf die gewichteten Daten

Bitte zitieren Sie dieses Faktenblatt wie folgt:

HBSC-Studienverbund Deutschland* (2020). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Binge-Drinking/Rauschtrinken von Kindern und Jugendlichen“ (AutorInnen Moor, Hinrichs, Heilmann, Richter).

AutorInnen: Irene Moor, Richard Hinrichs, Kristina Heilmann, Matthias Richter

Kontakt HBSC-Studie

Prof. Dr. Matthias Richter
Institut für Medizinische Soziologie (IMS)
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Tel +49 (0) 345 | 557 1166
Fax +49 (0) 345 | 557 1165

E-Mail: hbsc-germany@medizin.uni-halle.de



*Der HBSC-Studienverbund Deutschland setzt sich aus den folgenden Standorten zusammen: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Leitung und Koordination, Prof. Dr. Matthias Richter); Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Ludwig Bilz); Pädagogische Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Jens Bucksch); Universität Bielefeld (Prof. Dr. Petra Kolip); Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck MPH); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer MPH)