

HBSC-Team Deutschland



Faktenblatt zur Studie

Health Behaviour in School-aged Children 2009/10

Hier gelangen Sie zum [Nachfolger aus der Studie 2013/14](#) und hier zur [Übersicht der Faktenblätter](#)

Binge Drinking/Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen

Hintergrund

Alkohol gehört zu den gesellschaftlich breit akzeptierten Rauschmitteln, deshalb gilt der angemessene Umgang mit Alkohol als wichtige Entwicklungsaufgabe im Jugendalter (1). Rauschhafter Alkoholkonsum (Binge Drinking), also der (punktuelle) Konsum von mehreren alkoholischen Getränken bis zum Rauscherleben, gilt als Risikoverhalten, das vor allem im Jugendalter ausgeübt wird (2). Binge Drinking kann soziale, psychische und physische gesundheitliche Konsequenzen in dieser Altersgruppe nach sich ziehen. So ist Trunkenheit u.a. mit (tödlichen) Unfällen, Suizid-Versuchen, ungewollten Schwangerschaften oder auch Gewalt und einem schulischen Scheitern verbunden (3). Darüber hinaus wird ein im Jugendalter etablierter riskanter Alkoholkonsum häufig auch im Erwachsenenalter praktiziert und hängt dort insgesamt mit einem gesundheitsrisikanten Lebensstil zusammen (4). Auffällig ist, dass sich riskante Alkoholkonsummuster in allen sozialen Schichten zeigen und sich geschlechtsspezifische Muster, die bei Jungen ein riskanteres Verhalten nachweisen, nur noch kaum zu erkennen sind (5). Vielmehr werden mittlerweile mehr Mädchen als Jungen im frühen Jugendalter mit einer Alkoholvergiftung in das Krankenhaus eingewiesen (6).

Wie wurde Binge Drinking erfasst?

Die Jugendlichen wurden gefragt, ob sie jemals so viel Alkohol getrunken haben, so dass sie anschließend betrunken waren. Die Bejahung dieser Frage entspricht grundsätzlich der Definition von Binge Drinking (2). Die fünfstufige Antwortmöglichkeit reichte dabei von „nein, nie“ bis zu „ja – öfter als 10 Mal“. Die Tabellen 1 & 2 am Ende des Faktenblatts zeigen, wie groß der Anteil der Mädchen und Jungen ist, die „nie“, „1 Mal“, „2-3 Mal“ und „4 oder mehr Mal“ betrunken waren, differenziert nach Alterskategorien, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund. In Abbildung 1 wird der Anteil der Mädchen und Jungen dargestellt, die jemals bei 2 oder mehr Gelegenheiten betrunken waren.

Hauptergebnisse

- 11,1% der Mädchen und 12,8% der Jungen waren bislang bei 2 oder mehr Gelegenheiten betrunken (Lebenszeitprävalenz).
- 80,8% der Mädchen und 79,5% der Jungen gaben an, noch nie betrunken gewesen zu sein.
- Mit dem Alter steigt der Anteil derjenigen, die jemals bei 2 oder mehr Gelegenheiten betrunken waren, bei beiden Geschlechtern stark an. Der größte Anstieg ist von den 13- zu den 15-Jährigen zu beobachten (Mädchen +24,6 Prozentpunkte, Jungen +28,9 Prozentpunkte).
- Im Altersverlauf steigt der Geschlechterunterschied zu Ungunsten der Jungen an und beträgt 6,8 Prozentpunkte zwischen den 15-jährigen Mädchen und Jungen, die bei 2 oder mehr Gelegenheiten betrunken waren.
- Die Analysen mit dem familiären Wohlstand deuten nur für Jungen einen leichten Zusammenhang an: Je höher der familiäre Wohlstand, desto geringer ist der Anteil derjenigen, die jemals bei 2 oder mehr Gelegenheiten betrunken waren (Unterschied zwischen hohem und niedrigem familiären Wohlstand 2,9 Prozentpunkte).
- Über den Migrationshintergrund zeigt sich kein einheitliches Muster mit der Ausnahme, dass sowohl Mädchen (14,1%) als auch Jungen (17,6%) mit einseitigem Migrationshintergrund am häufigsten bereits bei 2 oder mehr Gelegenheiten betrunken waren. Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund stellen die Gruppe mit den geringsten Rauscherfahrungen. Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund sind zwar am häufigsten noch nie betrunken gewesen, sie unterscheiden sich allerdings nicht von Jungen ohne Migrationshintergrund bei 2 oder mehr Rauscherfahrungen.

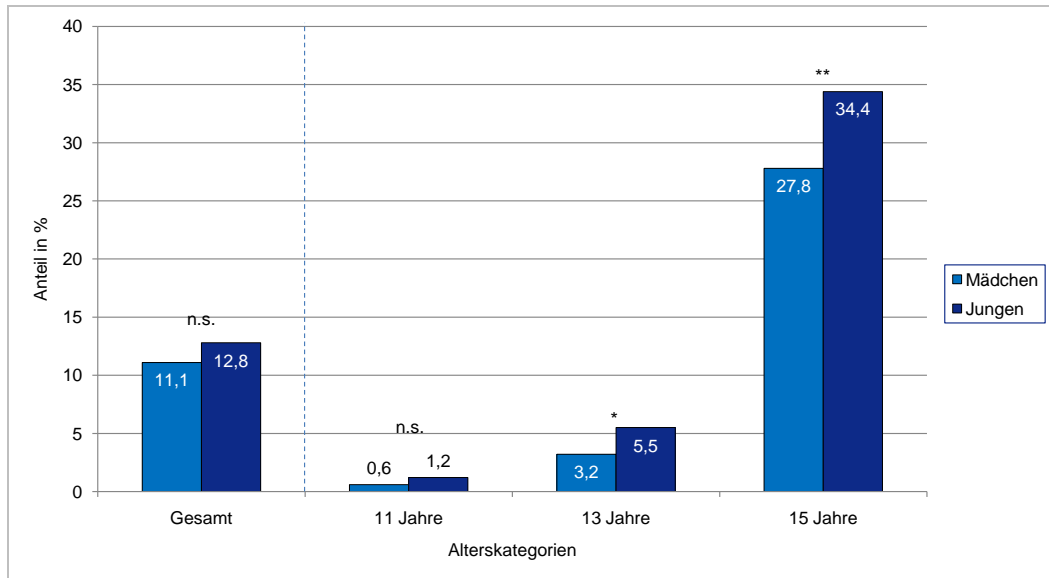


Abbildung 1: Geschlechts- und altersspezifischer Anteil (in %) der Mädchen und Jungen, die jemals bei 2 oder mehr Gelegenheiten betrunken waren (Lebenszeitprävalenz)
 (*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$, n.s.: nicht signifikant)

Bewertung und Schlussfolgerungen

Die HBSC-Daten der Welle 2009/10 zeigen, dass die Vermeidung von Rauschtrinken ein wichtiges Präventionsziel sein sollte, da ein riskanter Alkoholkonsum schwerwiegende gesundheitliche Folgen für Jugendliche hat (3) und im weiteren Lebensverlauf sich ein gesundheitsriskanter Lebensstil wahrscheinlicher etablieren kann (4). Obgleich Rauscherfahrungen zumeist bei den 15-Jährigen auftreten, ist ein frühzeitiges Intervenieren notwendig, um den maßvollen Umgang mit Alkohol zu vermitteln. Die HBSC-Daten zu Rauscherfahrungen zeigen einen deutlichen Geschlechterunterschied zu Ungunsten der Jungen, wobei in den europäischen Ländern eine zunehmende Angleichung zwischen den Geschlechtern zu beobachten ist. Deshalb sollten Programme sich auch stärker an Mädchen richten (5). Eine weitere Zielgruppenspezifisierung lässt sich den Daten allerdings nur schwerlich entnehmen, da die Unterschiede im familiären Wohlstand oder auch nach dem Migrationshintergrund nur gering sind. Insgesamt lässt sich allerdings vermuten, dass neben individuumsbezogenen Interventionsprogrammen zum maßvollen Umgang mit Alkohol auch gesellschaftliche und politische Anstrengungen (wie z.B. die Beschränkung von Werbung und den Zugang zu alkoholischen Produkten) die Prävention von Binge Drinking erfolgreich unterstützen (5).

Literatur

- Petermann, F. & Helbig, S. (2008). Entwicklungsaufgabe „Substanzgebrauch“. Bewältigungskompetenzen und Ressourcenförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Sucht aktuell*, 2, 14-19.
- Kuntsche, E., Rehm, J. & Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine*, 59(1), 113-127.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M. G. et al. (2004). Alcohol use. In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray (Eds.), *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Vol 1 (pp. 959-1108). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R. & Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 745-750.
- Kuntsche, E., Kuntsche, S., Knibbe, R., Simons-Morton, B., Farhat, T., Hublet, A., et al. (2011). Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: evidence from 23 European and North American countries. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(2), 152-158.
- Statistisches Bundesamt (2011). Diagnosedaten der dKrankenhäuser ab 2000, Diagnose F10.0. Ad-hoc-Tabelle über www.gbe-bund.de (8.12.2011).

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung von Rauscherfahrungen in der Gruppe der **Mädchen** nach Alterskategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund

	Nie	1 Mal	2-3 Mal	4 oder mehr Mal
	%	%	%	%
Mädchen gesamt (n=2.558) ♀	80,8	8,1	6,1	4,9
Alterskategorien				
11 Jahre (n=826)	98,1	1,3	0,5	0,1
13 Jahre (n=824)	90,2	6,7	2,0	1,1
15 Jahre (n=908)	56,7	15,5	15,0	12,8
Familiärer Wohlstand				
Niedrig (n=227)	80,1	8,2	4,3	7,4
Mittel (n=965)	82,9	7,1	5,5	4,5
Hoch (n=1.300)	79,3	8,8	6,9	4,9
Fehlend (n=66)	81,8	9,1	6,1	3,0
Migrationshintergrund (n=2.554)				
Kein (n=1.948)	80,4	8,1	6,4	5,1
Einseitig (n=195)	77,3	8,6	9,6	4,5
Beidseitig (n=411)	84,9	7,7	3,4	4,1
Gesamt				
Jungen und Mädchen (n=4.965)	80,2	7,9	6,2	5,7

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung von Rauscherfahrungen in der Gruppe der **Jungen** nach Alterskategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund

	Nie	1 Mal	2-3 Mal	4 oder mehr Mal
	%	%	%	%
Jungen gesamt (n=2.407) ♂	79,5	7,8	6,3	6,5
Alterskategorien				
11 Jahre (n=857)	95,7	3,1	0,6	0,6
13 Jahre (n=812)	86,9	7,7	2,7	2,8
15 Jahre (n=738)	52,5	13,1	16,9	17,5
Familiärer Wohlstand				
Niedrig (n=147)	78,5	6,0	7,4	8,1
Mittel (n=812)	79,1	7,8	6,6	6,6
Hoch (n=1.365)	79,7	7,7	6,3	6,3
Fehlend (n=83)	81,0	10,7	1,2	7,1
Migrationshintergrund (n=2.401)				
Kein (n=1.853)	79,8	7,8	6,6	5,8
Einseitig (n=197)	72,4	10,1	6,0	11,6
Beidseitig (n=351)	81,5	6,2	4,8	7,6
Gesamt				
Jungen und Mädchen (n=4.965)	80,2	7,9	6,2	5,7

Bitte zitieren Sie dieses Faktenblatt wie folgt:
HBSC-Team Deutschland* (2011). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Binge Drinking/Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

Kontakt

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
Postfach 100131
33501 Bielefeld

E-Mail: hbsc@uni-bielefeld.de



*Das HBSC Team Deutschland setzt sich aktuell aus den folgenden Standorten zusammen: Universität Bielefeld (Leitung: Prof. Dr. Petra Kolip); Technische Universität Dresden (Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Melzer); Fachhochschule Frankfurt a.M. (Leitung: Prof. Dr. Andreas Klocke); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Leitung: Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer)