

Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch von Jugendlichen und Maßnahmen zur Suchtprävention in Thüringen

Erfurt 2012

Gliederung

1. *Was konkret gibt es schon im Einzelnen zur Verhinderung von Alkoholkonsum/-missbrauch bei Jugendlichen in Thüringen?*
2. *Warum konsumieren Jugendliche Alkohol und betreiben Rauschtrinken?*
- 2.1 *Zahlen, Daten und Fakten zum Binge-Drinking*
3. *Was sollte zusätzlich zu den schon vorhandenen Maßnahmen entwickelt/ durchgeführt werden und wie könnten die schon vorhandenen Maßnahmen alle Jugendlichen besser und nachhaltiger erreichen?*

1. Was konkret gibt es schon im Einzelnen zur Verhinderung von Alkoholkonsum/-missbrauch bei Jugendlichen in Thüringen?

Insgesamt 65,1% der von den Thüringer Präventionsfachkräften durchgeführten **Maßnahmen** bezogen sich im Jahre **2011** auf das Themengebiet Alkohol, gefolgt von Cannabis (62,2%) und Amphetaminen (55,6%) (vgl. Dotsys 2011).

Bezogen auf die aktuellen Arbeits- bzw. **Projektschwerpunkte** des Jahres **2012** (vgl. Tabelle 1 „Projekte Suchtprävention Thüringen 2012“) waren davon vornehmlich im schulischen Kontext verortet die „Begleitung von Seminar- und Projektarbeiten“ (52%), die Kampagne „Alkohol – Alles im Griff?“ (21%) (www.bueroimpuls.de), die „DVD Schule - Jugend – Drogen“ (13%) (www.prae-venio.de) und das „Hausaufgaben- und Lehrerbegleitheft“ (13%) (www.prae-venio.de und www.erfurt.de). In den primärpräventiven Bereich gehören die schulischen Präventionsprogramme „Klasse 2000“ (13%), das Präventionsprojekt „Sport, Spiel, Spaß“ (8%) (www.erfurt.de) und das „Lebenskompetenzprogramm IPSY“ (4%). Die praktische Umsetzung der angeführten Projekte erfordert in der Regel die Einbindung und Begleitung durch die Lehrerschaft. Darüber hinaus bilden die Eltern über Elternabende und Informationsveranstaltungen eine wichtige Zielgruppe (vgl. Tabelle Präventionsprojekte 2012).

Die alkoholbezogenen Projekte „HaLT – Hart am Limit zur Risikoreduzierung jugendlichen Alkoholkonsums“ (26%), „BOB als Öffentlichkeitskampagne zur Alkoholprävention im Straßenverkehr“ (13%), „FreD^{PLUS}“ (8%) zur Frühintervention erstauffälligen Alkoholkonsums und „SKOLL“ als Selbstkontrolltraining bei riskantem Konsumverhalten beziehen sich eher auf den außerschulischen Bereich.

Weitere Veranstaltungsschwerpunkte bilden Mitmachparcours wie „Klar-Sicht“ und „Durchblick“ zu den Themen Tabak und Alkohol in Bad Salzungen, Eisenach und Hildburghausen.

Projekttitel Suchtprävention Thüringen 2012 (n = 23)	wird aktuell durchgeführt (Rohwerte, in %)
1. Begleitung von Seminarfach- und Projektarbeiten im schulischen Bereich	12 (52%)
2. „HaLT“ Risikoreduzierung jugendlichen Alkoholkonsums (www.bueroimpuls.de)	6 (26%)
3. Kampagne „Alkohol - Alles im Griff?“ (www.bueroimpuls.de)	5 (21%)
4. Thüringer Bündnis für einen verantwortungsvollen Umgang mit „Alkohol – Alles im Griff“ (www.bueroimpuls.de)	4 (17%)
5. DVD zur Drogenprävention „Schule – Jugend – Drogen“ (www.prae-venio.de)	3 (13%)
6. Hausaufgaben- und Lehrerbegleitheft 2011/2012 und 2011/2012 (www.erfurt.de; www.prae-venio.de)	3 (13%)
7. „Klasse 2000“ Programm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention (www.klasse2000.de)	3 (13%)
8. „BOB“ Öffentlichkeitskampagne zu Alkohol im Straßenverkehr (www.bob.be oder www.bueroimpuls.de)	3 (13%)
9. Präventionsprojekt „Sport, Spiel, Spaß“ (www.erfurt.de)	2 (8%)
10. „FreD^{PLUS}“ - Frühintervention erstauffälliger Alkoholkonsumenten (www.blsev.de)	2 (8%)
11. „SKOLL“ Selbstkontrolltraining bei riskantem Konsumverhalten“ (www.caritas-os.de)	1 (4%)
12. IPSY Lebenskompetenzprogramm zur Suchtprävention (www2.uni-jena.de →Forschung)	1 (4%)

Tab. 1 Projekte der Suchtprävention Thüringen 2012

Auf den Bereich Vernetzung und Kooperation verweisen die folgenden Maßnahmenfelder und Zielbereiche auch als Schnittstellen zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention:

- *Jugend und Alkohol im Straßenverkehr, Jugend, Alkohol, Gewalt und Selbstgefährdung sowie Fremdgefährdung:* Verkehrskontrollen, Auflagen für auffällige Jugendliche, Präventionskampagne BOB.
- *Prävention und Jugendschutz:* Altersgrenzen - Kontrollmaßnahmen – Frühintervention bei erstauffälligem Alkoholkonsum - Fanprojekte Sport - *FreD^{PLUS}*.
- *Vernetzung, Kooperation:* Ärzteschaft - Frühwarnsysteme - Vorsorgeuntersuchungen - Arbeit im Verbundsystem - Jugendamt, Sozialamt, sozialpsychiatrische Dienste - Alkohol- und Spirituosenindustrie, Wirtschaft, Gaststätten, Handel und Gewerbe, Verkaufsstellen - Jugendeinrichtungen - Schule - Polizei, Jugendgerichtshilfe – betriebliche Ausbildung und Lehre - Selbsthilfegruppen - Betriebe - *Vorsorge-/Reihenuntersuchungen - Kassenkontrollsysteme.*

2. Warum konsumieren Jugendliche Alkohol und betreiben Rauschtrinken?

Die Arbeitserfahrungen der Suchtprävention, Suchthilfe, Jugendhilfe und der Gesundheitsförderung sowie Forschungsprojekte des Bundesministeriums für Gesundheit und der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verdeutlichen zusammengefasst folgende Befunde:

1. Je früher Jugendliche mit Alkohol im **Elternhaus** und dem Herkunftsmilieu konfrontiert sind, desto größer ist die Gefahr für einen kontinuierlichen Alkoholkonsum bereits im Jugendalter.
2. Je weniger Jugendliche kontinuierlich in **Arbeit und Ausbildung** eingebunden sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit von häufigem Alkoholkonsum.
3. Je stärker Alkoholexzesse und damit auch das **Rauschtrinken als Statussymbol** in den betroffenen peer-groups verankert ist, desto häufiger werden derartige Trinkrituale vorkommen (vgl. Universität Tübingen: Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen 2009; BMG/DIMDI: Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2011; BMG: Empfehlungen für Eltern im Umgang mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder 2011).

Als weitere Aspekte und Ursachenzusammenhänge für den exzessiven Alkoholkonsum und -missbrauch gelten natürlich Stichworte wie Kompensation von Defiziten, Spaßgesellschaft, Orientierungslosigkeit, Grenzüberschreitungen und Freisetzen von Verpflichtungen. Darüber hinaus erwarten Jugendliche von den Erwachsenen Hilfestellungen und eindeutige Orientierungen.

2.1 Zahlen, Daten und Fakten zum Binge-Drinking:

Binge-Drinking wird definiert als Konsum von fünf Gläsern Alkohol oder mehr anlässlich einer Trinkgelegenheit in unmittelbarer Folge hintereinander.

In die Auswertung der repräsentativen **HBSC-Studie 2010** (11- bis 16-Jährige) (Health Behavior in School-aged Children) einbezogen wurden die Antworten von 4.788 Thüringer Schülerinnen und Schülern allgemeinbildender Schulen (Regelschule und Gymnasium) der 5., 7. und 9. Klassenstufen. Thüringen hat sich zum zweiten Mal an dieser Erhebung beteiligt (2005 und 2010). Die HBSC-Studie verdeutlicht einen Rückgang der Schüler, die angaben, öfter als dreimal betrunken gewesen zu sein, von 11% im Jahre 2005 auf 6,5% im Jahre 2010. Da das „Binge-Drinking“ (Rauschtrinken) erstmalig im Jahre 2010 durch die HBSC-Studie in Thüringen erhoben wurde, lassen sich hier keine Vergleichswerte anführen (vgl. HBSC-Studie 2010).

Die **Europäische Schülerstudie 2011** (15- bis 16-Jährige) belegt für Thüringer Schülerinnen und Schüler zwischen 2007 und 2011 einen Rückgang des Rauschtrinkens nach der 30-Tage-Prävalenz. Gemäß der Selbstangaben der *unter 16-Jährigen* haben 23,0% (2007 waren das 28,4%) *in den letzten 30 Tagen Bier*, 8,2 % *Wein oder Sekt*, 16,0% *Alkopops* und 8,7% *Spirituosen in Geschäften, Getränkemärkten, Kiosken oder Tankstellen* gekauft, obwohl die Abgabe alkoholischer Getränke an Jugendliche unter 16 Jahren (für Spirituosen an Jugendliche unter 18 Jahren) gesetzlich verboten ist.

Aber auch jedem Fünften (19,0%) *der 16-Jährigen* oder älteren Jugendlichen war es möglich, *Spirituosen* in Geschäften oder vergleichbaren Stellen zu kaufen (2007 war das mit 25,4% jeder Vierte). In der Befragung gaben darüber hinaus 25,4% *der unter 16-Jährigen* an, *in den letzten 30 Tagen* mindestens einmal *Bier*, 23,1% *Wein oder Sekt*, 22,3% *alkoholische Mixgetränke* und 13,5% *Spirituosen in öffentlichen Lokalen* getrunken zu haben.

Bezogen auf *alkoholbedingte Problemen* berichteten 15,1% der Befragten von *Unfällen oder Verletzungen* und 13,5% von *körperlichen Auseinandersetzungen (Rauferei, Kampf)*. Die erlebten Schwierigkeiten im *Sozialverhalten* bezogen sich auf *Probleme mit den Eltern* (21,9%), mit *Freunden* (17,2%), schlechte Leistungen in der *Schule* (12,8%), Probleme mit der *Polizei* (7,7%) und *Sexualität* (7,6%). Darüber hinaus wurden 2,2% der Jugendlichen nach eigener Aussage *in den vergangenen 12 Monaten* vor der Befragung aufgrund von Alkohol in ein *Krankenhaus* oder die *Notaufnahme* eingewiesen (2003 waren das 1,0% und 2007 ebenfalls 2,2%). Für *Thüringen* sind das *hochgerechnet* ungefähr *1.000 Jugendliche* pro Jahr, die mit einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert werden (vgl. Europäische Schülerstudie 2011).

30-Tage-Prävalenz des Binge-Drinkings der 15- bis 16-Jährigen 2003 – 2011 (in %)					
	Bayern	Berlin	Brandenburg	Meckl.-Vorp.	Thüringen
2003					
Nie	40,8	49,8	39,9	38,7	34,9
1-2mal	30,9	25,6	30,2	32,1	33,3
≥ 3mal	28,3	24,6	29,9	29,2	31,8
2007					
Nie	40,9	55,3	36,8	38,4	32,0
1-2mal	28,2	22,3	27,8	27,5	30,6
≥ 3mal	30,8	22,4	35,3	34,1	37,4
2011					
Nie	44,3	62,5	44,1	46,3	43,4
1-2mal	27,1	21,6	29,5	29,0	27,7
≥ 3mal	28,6	15,9	26,4	24,7	29,0

Tab. 2 30-Tage-Frequenz des Binge-Drinking der 15- bis 16-Jährigen nach Bundesland 2003 bis 2011 (in Prozent)

Die Zahlen der **Drogenaffinitätsstudie 2011** (12- bis 25-Jährige) belegen bezogen auf die 30-Tage-Prävalenz des Binge-Drinking einen Rückgang bei den 12- bis 15-Jährigen und bei den 16- bis 17-jährigen Frauen zwischen 2004 und 2011. Für die Altersgruppen der 16- bis 17-jährigen Männer, der 18- bis 21-Jährigen und der 22- bis 25-Jährigen ist demgegenüber wieder ein Anstieg zu verzeichnen.

30-Tage-Prävalenz des Binge-Drinking der 12- bis 25-Jährigen 2004 bis 2011							
Alter	Geschlecht	2004	2005	2007	2008	2010	2011
12 bis 15 Jahre	Gesamt	12,8	9,2	11,7	8,0	6,6	5,6
	Männlich	13,8	11,2	12,8	7,9	8,3	6,7
	Weiblich	11,8	7,0	10,5	8,1	4,9	4,5
16 bis 17 Jahre	Gesamt	42,9	40,1	50,6	41,4	35,4	33,9
	Männlich	52,3	48,5	63,1	48,5	43,1	45,0
	Weiblich	33,0	31,3	37,3	33,9	27,3	22,2
18 bis 21 Jahre	Gesamt	46,5	43,7	- ¹	44,1	39,9	43,6
	Männlich	58,6	59,5	- ¹	54,6	51,5	55,7
	Weiblich	33,9	27,3	- ¹	33,1	27,6	30,9
22 bis 25 Jahre	Gesamt	40,5	35,1	- ¹	37,5	35,9	40,2
	Männlich	54,7	47,3	- ¹	51,4	47,3	53,4
	Weiblich	25,9	22,4	- ¹	23,2	24,1	26,6

1) Die Altersgruppen der 18- bis 21-Jährigen und der 22- bis 25-Jährigen wurden 2007 nicht erhoben.

Tab. 3 30-Tage-Prävalenz des Binge-Drinkings der 12- bis 25-Jährigen nach vier Altersgruppen und Geschlecht von 2004 bis 2011 (n=7.000, Angaben in %)

Die Zahlen des **Epidemiologischen Suchtsurvey Deutschland 2009** (18- bis 64-Jährige) belegen für die Jüngeren (18- bis 20-Jährige und 21- bis 24-Jährige) und für die Älteren (50- bis 59-Jährige und 60- bis 64-Jährige) ein Riskantes Konsumverhalten.

Konsumkategorien (n=7.795; in %)	Alkoholkonsum nach Konsumprävalenzen der 18- bis 64-Jährigen 2009									
	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen						
		Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Konsumprävalenz	7.795	3.471	4.324	1.026	969	1.078	1.459	1.365	1.221	677
- Lebenslang abstinente	2,9%	2,2%	3,6%	6,0%	3,2%	3,1%	4,0%	2,4%	2,0%	1,7%
- Nur letzte 12 Monate abstinente	7,3%	6,1%	8,5%	3,6%	3,9%	5,8%	7,0%	6,5%	9,1%	12,7%
- Nur letzte 30 Tage abstinente	13,4%	9,2%	17,9%	16,1%	14,7%	15,6%	13,3%	12,6%	13,0%	12,5%
- Risikoarmer Konsum ¹⁾	59,9%	64,0%	55,7%	55,2%	61,7%	60,6%	62,5%	62,7%	57,0%	53,3%
- Riskanter Konsum ²⁾	16,5%	18,5%	14,3%	19,1%	16,5%	14,9%	13,2%	15,7%	18,9%	19,9%

1) Risikoarmer Konsum (Männer: >0-24g und Frauen: >0-12g Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen)

2) Riskanter Konsum (Männer: >24g und Frauen: >12g Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen)

Tab. 4 Verteilung des Alkoholkonsums der 18- bis 64-Jährigen in Deutschland 2009 (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag) (Deutschland, Anzahl und Angaben in %)

Geschlechtsspezifische Unterschiede: Während in der Pubertät bei Jungen die Muskelmasse wächst, nimmt bei Mädchen der Fettanteil zu. Da gleichzeitig der Anteil an Körperwasser sinkt, erreichen Mädchen eher einen höheren Promillewert als Jungen, sind also eher betrunken. Darüber hinaus scheinen Männer mit riskantem Konsumverhalten eher ihre vermeintliche Unverletzlichkeit und Furchtlosigkeit zu demonstrieren (vgl. BZgA: Alkoholspiegel Mai 2012).

Das **Rauschtrinken im Jugendalter** führt zu Störungen wichtiger Hirnfunktionen. Hoher Alkoholkonsum beeinträchtigt kognitive Leistungen, Impulskontrolle, Handlungsplanung und abstraktes Denken. Derartige Störungen sind auch nach zehn Jahren noch nachweisbar. Ein für Jugendliche typisches Konsummuster beinhaltet häufig, wochentags zwar nicht zu trinken, dafür aber am Wochenende übermäßig viel. Rauschtrinken verändert die Gehirnstrukturen, so dass die Gedächtnisbildung bei Rauschtrinkern reduziert ist. Je früher Jugendliche mit dem Konsum von Alkohol beginnen, desto größer ist das Risiko einer späteren Abhängigkeit (BZgA: Alkoholspiegel Oktober 2011).

3. Was sollte zusätzlich zu den schon vorhandenen Maßnahmen entwickelt/durchgeführt werden und wie könnten die schon vorhandenen Maßnahmen alle Jugendlichen besser und nachhaltiger erreichen?

Hier könnten viele Maßnahmen der WHO aufgeführt werden. Insbesondere bezogen auf die **strukturelle Maßnahmenebene** und konzertierte Aktionen wären folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. **Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennung und Frühintervention:** Als ergänzende Maßnahmen der *Diagnostik und Frühintervention* sind die Ansprache, Einbindung und Sensibilisierung von Hebammen, Gynäkologen, Kinderärzten, Erzieherinnen, praktischen Ärzten, Kliniken und Gesundheitsämtern als positive

- Anbindung von verbindlichen *Vorsorge- und Frühuntersuchungen* (Krippe, Kindergarten, Hort und Schuluntersuchungen in den Gesundheitsämtern) anzusehen. Darüber müsste die maßnahmenbegleitende Ansprache und Einbindung der *Sozialleistungsträger* als primäre Ansprechpartner von Risikopopulationen erfolgen.
2. Nachhaltige **Einbindung der Eltern und Angehörigen** einschließlich der familienbezogenen Netzwerke in die Erstinformationen anlässlich einer Schwangerschaft.
 3. Im Rahmen der Arbeitsgruppe „Suchtmittelmissbrauch reduzieren“ der Thüringer Gesundheitsziele vorgeschlagen wurde, dass in allen für Jugendliche zugänglichen Einrichtungen (einschließlich den öffentlichen Toiletten) kurze **Visitenkartenverweise** auf **zentrale Ansprechpartner mit Telefonnummern** vorhanden sein sollten.
 4. **Alkoholsteuer** (Preiserhöhungen)
 5. Senkung der **Promillegrenze im Straßenverkehr (0,0)**
 6. **Altersbegrenzungen:** Anhebung der *Altersgrenze* zum Erwerb von alkoholischen Getränken ab dem achtzehnten Lebensjahr
 7. **Kontrollmaßnahmen:** Durchsetzung der bisherigen Regeln des JuSchG und anderer Regelungen, d.h. die positive Bewertung von *Kontrollmaßnahmen* (Jugendschutz, Ordnungsämter), die gesetzliche Sanktionierung bei Nichteinhaltung des Jugendschutzgesetzes und Gaststättengesetzes (Bußgelderhöhungen), Zertifikate für verantwortliche Einzelhändler (z.B. *Alterskontrollen* im Einzelhandel, *Initiative 18+* von DIAGEO) sowie § 8a *Alkoholverzehr in der Öffentlichkeit* der Erfurter Stadtverordnung vom 26.06.2008.
 8. Auch die in Handel und Gewerbe eingeführten **Kassenkontrollsysteme** einschließlich der Schulungsmaßnahmen für das Verkaufspersonal und elektronischen Warnhinweise (vgl. real, REWE etc.) könnten auf andere Handelsketten ausgeweitet werden.
 9. Verstärkte **Verkehrskontrollen** (Polizei)
 10. Intensive **Öffentlichkeitsarbeit** (Fernsehen, Rundfunk, Presse) zur Präventionsthematik. Eine weitere Maßnahme besteht darin, **substanz- und konsumbezogene Präsentationen** (Alkohol, Rauchen, Drogen etc.) im Medienbereich als Senkung der Zugangsschwelle (Werbeeffekte) zu **unterbinden**.
 11. **Verkaufsbeschränkungen** für Handel und Gewerbe sowie Verkaufszeiten (Alkohol in Tankstellen, Garantenstellung nach GastG § 20)
 12. Die **Verkaufsstellen** und die entsprechenden *Ausbildungsberufe* stehen für die Umsetzung einer nachhaltigen und gesetzlich verankerten Alkoholprävention in der Pflicht (Gastronomie, Tankstellen, Einzelhandel).
 13. **Einschränkungen der Werbung für Alkohol** nach dem *Jugendmedienschutzgesetz*, der *Fernsehrichtlinie* oder dem *Alkoholwerbkontrollgesetz*
 14. Einbeziehung der **Gaststättenverbände**
 15. Einbindung der **Ärztammer** und Krankenkassen
 16. Berücksichtigung und Einbeziehung der **Alkoholindustrie**

Auch nach dem **WHO-Bericht „Alkoholkonsum und Gemeinwohl“** sind Beschränkungen der Verfügbarkeit von Alkohol ein wirksamer Teil des gesundheitspolitischen Ansatzes, den Alkoholkonsum zu reduzieren und dadurch die damit verbundenen Probleme zu verringern. Prohibitionen sind möglicherweise von beträchtlich zunehmender illegaler Herstellung und illegalem Verkauf von Alkohol begleitet. Vom Standpunkt öffentlicher Gesundheit und des Sozialwesens kann Prohibition aber nicht als völliger Fehlschlag angesehen werden. Während der *Prohibition* in Amerika sank z.B. die Zahl der *Zirrhose-Sterblichkeit* um fast 50% (von 13,4% auf 7,3% pro 100.000 Einwohner), wie auch andere alkoholbedingte Probleme. Weiterhin besteht wenig Zweifel daran, dass in den ersten Jahren der Prohibition in Kanada, Finnland und den

USA alle Indikatoren für den Alkoholkonsum und für Alkoholprobleme den niedrigsten Wert erreichten, seitdem relevante Daten vorliegen.

Das in der UDSSR 1985 verabschiedete nationale Programm zur *Einschränkung und Herstellung von Alkohol* wurde zwar 1986 wieder beendet, aber unbestritten bleibt, dass die Reform sich positiv auf die öffentliche Gesundheit ausgewirkt hat, die *Gesamtsterblichkeit* gesunken und die *Lebenserwartung* der Männer angestiegen ist (vgl. Edwards, G.: Alkoholkonsum und Gemeinwohl – Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke Verlag, 1997).

Erfurt 2012

Bernd Dembach
(*Geschäftsstelle*)