

Themen dieser Ausgabe:

Wie gesund sind unsere Kinder? - Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS)

Seite 1

Pläne zur Kommerzialisierung von Körperteilen sowie Errichtung einer Arzneimittelagentur gestoppt

Seite 3

Rauschtrinken Jugendlicher

Seite 4

Impressum

Seite 6

Die zweite Ausgabe des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung in diesem Jahr beschäftigt sich mit den Ergebnissen der Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit, kommentiert den Stopp der Pläne zur Kommerzialisierung von Körperteilen sowie zur Errichtung einer Arzneimittelagentur und skizziert den aktuellen Wissensstand zum Thema Rauschtrinken bei Jugendlichen.

Die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung wünscht viel Spaß beim Lesen dieser **Ausgabe**. Der IPG-Newsletter wird derzeit an alle E-Mail Adressen des Verteilers verschickt, Änderungen ihrer Adresse teilen Sie bitte der Redaktion per E-Mail mit, da das Online-Modul derzeit überarbeitet wird. Ältere Ausgaben finden Sie im Archiv nun entweder als pdf-Datei oder als html-Dokumente.

Veranstaltungen/Tagungen**29.06.2007 [Bonn]**

Wissenschaftliches Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG). Wettbewerbsrecht und Sozialgerichtsbarkeit. [[Mehr dazu](#)]

05.07.2007 [Hannover]

Fachtagung des Netzwerks Kita und Gesundheit Niedersachsen. Partizipation - gesund - gestalten. [[Mehr dazu](#)]

21.08.2007 [Essen]

Tagung des Deutschen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung. Fit for work. [[Mehr dazu](#)]

10.09.2007 [Berlin]

Fachtagung. Gemeinsam Zukunft gestalten - Gesundheitsziele konkret! Veranstalter: gesundheitsziele.de - Forum für Gesundheitsziele Deutschland. [[Mehr dazu](#)]

17.-21.09.2007 [Augsburg]

Kongress :Medizin und Gesellschaft, Prävention und Versorgung innovativ - qualitätsgesichert - sozial. Kongresse und Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V. (DGMS) u.a. [[Mehr dazu](#)]

19.-21.09.2007 [Saarburg]

12. Nationale Konferenz für Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Veranstalter: Deutsches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e. V. [[Mehr dazu](#)]

Wie gesund sind unsere Kinder? - Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS)

■ Guido Grunenberg

Im Mai 2007 sind die ersten umfassenden Ergebnisse der Kinder- und Jugendstudie (KiGGS) veröffentlicht worden. Die als Sonderheft des Bundesgesundheitsblatts erschienenen Ergebnisse sollen den Auftakt zu weiteren, tiefer gehenden Auswertungen darstellen. KiGGS ist eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gemeinsam initiierte und (in einem Umfang von knapp 12 Mio. Euro) finanzierte Studie, die am Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin durchgeführt wird.

Das Ziel der Studie ist, nach Angaben der Initiatoren, umfassende Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu erheben, zu analysieren und die Ergebnisse an die Politik, die Fachwelt und die Öffentlichkeit weiter zu geben, um Problemfelder frühzeitig erkennen und vor allem Handlungsbedarfe - wie die Entwicklung von zielgerichteten präventiven Konzepten und Maßnahmen - ableiten zu können. Die gewonnenen Daten sollen darüber hinaus eine valide Grundlage der Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene für die weitere Beobachtung der gesundheitlichen Entwicklung der nachwachsenden Generationen darstellen und damit ein (nicht weiter spezifiziertes) „Monitoring“ ermöglichen.

Der Umfang der Studie kann in vielfacher Hinsicht durchaus als einmalig bezeichnet werden. In einem Zeitraum von 3 Jahren (Mai 2003 bis Mai 2006) wurden fast 18.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren in 167 Städten und Gemeinden medizinisch untersucht und zum Teil unter Einbeziehung der Eltern befragt. Die Teilnehmerquote betrug 66,6%. Dabei wurden erstmalig auch Personen mit Migrationshintergrund repräsentativ in einen bundesweiten Gesundheitssurvey eingebunden. Insbesondere an diesem Punkt hegen die Initiatoren der Studie die Hoffnung, durch migrationspezifische Analysen Wissenslücken schließen zu können.

In der nun veröffentlichten „Basispublikation“ werden erstmals thematisch breit angelegte Ergebnisse der KiGGS-Studie dargestellt. Angaben zum gesundheitsbezogenen Verhalten wie Ernährung, Bewegung, Drogen- und Alkoholkonsum ebenso wie zum Impfstatus und zum Vorsorgeverhalten sollen erste Hinweise auf Risikofaktoren und besonders betroffene Gruppen ermöglichen.

Dabei untergliedert sich die Ergebnisdarstellung in die folgenden groben Themenbereiche: Gesundheitsverhalten, körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, Entwicklung und Versorgung. Der Aufbau der Studie ist modular angelegt. Der Kernsurvey, der weitestgehend Gegenstand der Basispublikation ist und die Eckwerte der gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen erhebt, wird ergänzt durch Studien (Module) zur psychischen Gesundheit (BELLA), zu Umweltbelastungen in den Haushalten (Kinder-Umwelt-Survey), zur motorischen Leistungsfähigkeit (Mo-Mo) und zur Ernährung (EsKiMo), die an Unterstichproben durchgeführt werden, um tiefer gehende Fragestellungen und Zusammenhänge zu untersuchen. Die insgesamt 41 Einzelbeiträge der Basispublikation sind unter www.kiggs.de verfügbar.

Insgesamt zeigt sich in der Studie ein Wandel von akuten zu chronischen Erkrankungen wie Fettleibigkeit, Asthma oder Allergien und eine Zunahme psychischer Erkrankungen, den die Leiterin der Studie, Bärbel-Maria Kurth (RKI), als „neue Morbidität“ deutet, die vorrangig von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt sei.

Im Zuge der Veröffentlichung der Ergebnisse ließ Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt bereits verlauten, dass es den Kindern in Deutschland im Großen und Ganzen gut gehe, um jedoch gleich einzuschränken, dass dieses leider nicht für Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund gälte, die häufiger einen ungesunden Lebensstil und ein erhöhtes Unfallrisiko aufweisen.

Tatsächlich deckt sich die Einschätzung von Ulla Schmidt im „Großen und Ganzen“ mit der subjektiven Einschätzung der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern, die ihren Gesundheitszustand zu etwa 90% als gut bis sehr gut einschätzen.

Jedoch zeigen sich die wachsenden sozialen Unterschiede in Deutschland nicht nur bei Einkommen und Bildung, sondern auch beim Gesundheitszustand. Denn die (keineswegs überraschende) alarmierende Erkenntnis der Studie ist die Bestätigung, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien in durchweg allen Bereichen (mit Ausnahme von Allergien) von Gesundheit und Lebensqualität schlechtere Ergebnisse aufweisen. Ob Rauchen, Übergewicht, Essstörungen, Verhaltensauffälligkeiten oder Unfälle – die Risikofaktoren sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher liegen teilweise dreifach höher als die von Kindern aus der Mittel- und Oberschicht.

Beim derzeitigen Stand der Auswertungen und Diskussionen sollte jedoch nicht vergessen werden, dass es sich im Rahmen der vorgestellten Ergebnisse um die Auswertungen des breit angelegten Kernsurveys handelt, in dem „nur“ die wichtigsten Indikatoren als Eckwerte erhoben worden sind. Differenzierte Analysen sind den bereits oben erwähnten ergänzenden Modulstudien vorbehalten.

Hier liegen nur zum Teil erst erste Ergebnisse vor (wie. z.B. beim Kinder-Umwelt-Survey), oder darüber wurde noch gar nicht berichtet (z. B. Motorik-Modul, Ernährungsmodul).

Einzig das Modul „Psychische Gesundheit“ (BELLA-Studie) kann bereits jetzt mit einer detaillierten Auswertung aufwarten und präsentiert nähere Zusammenhänge. Untersucht wurde die Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten an einer repräsentativen Unterstichprobe im Umfang von 2863 Familien mit Kindern im Alter von 7-17 Jahren. Neben den spezifischen psychischen Auffälligkeiten (Ängste bei 10,0%, Störungen des Sozialverhaltens bei

7,6% und Depressionen bei 5,4% der Kinder und Jugendlichen) werden hier Zusammenhänge zum Kernsurvey hergestellt, die das Ausmaß der sozial bedingten Ungleichheiten stärker fokussieren.

Die Daten der BELLA-Studie belegen, dass Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status weniger personale, soziale und familiäre Ressourcen aufweisen und deutliche Zusammenhänge zwischen diesen so genannten „Schutzfaktoren“ und dem gesundheitlichen Risikoverhalten bestehen.

Deutlich wird die Empfehlung ausgesprochen, bei der Identifikation von Risikogruppen nicht nur Risikofaktoren für die psychische und subjektive Gesundheit einzubeziehen, sondern auch die vorhandenen Ressourcen zu berücksichtigen und die Stärkung dieser als wesentliches Ziel von Prävention und Intervention auszugeben.

Konkretere Interventionsvorschläge finden sich in den 41 Einzelbeiträgen der Basispublikation im Übrigen nicht. Vielmehr konstatieren die verschiedenen Autoren einen dringenden gesundheitspolitischen Handlungsbedarf und fordern, dass die ersten vorliegenden Ergebnisse Ausgangspunkt für zielgruppenbezogene Präventionsmaßnahmen sein und insbesondere den Sozial- und Migrationsstatus berücksichtigen sollen. Ansonsten findet man jedoch die üblichen Allgemeinplätze: Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Kinder, Jugendliche und Familien müssen gestärkt, soziale Netze unterstützt und Chancengleichheit gefördert werden etc.

Als erste Antwort stellt das BMG und das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BELV) den „Aktionsplan Ernährung und Bewegung“ als Schlüssel für mehr Lebensqualität vor.

Das bereits vom Bundeskabinett beschlossene Eckpunktepapier soll die Grundlage zur Erarbeitung eines nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten sein.

Allerdings ist der Ansatz hier (noch) eher global als zielgruppenspezifisch ausgerichtet und greift die ersten aus der Studie resultierenden Handlungsempfehlungen kaum auf.

So spielen die Bereiche psychische Gesundheit und Umweltbelastungen bisher offenbar nur eine untergeordnete Rolle. Ebenso befinden sich die beiden für Bewegung und Ernährung relevanten Module der KiGGS-Studie noch in der Phase der Auswertung.

Es bleibt daher vorerst abzuwarten, ob und inwieweit die Chancen und Potenziale, die ohne Zweifel in der KiGGS-Studie liegen, bei der zukünftigen Planung von Interventionen

und Konzepten gesundheitspolitisch wirksam und zielgerichtet genutzt und umgesetzt werden können.

Auf die weiteren Ergebnisse der KiGGS-Studie und die ersten konkreten Maßnahmen im Rahmen des Aktionsplans darf man bis dahin gespannt sein.

Weitere Informationen:

[KiGGS](#)

[Eckpunktepapier zum Aktionsplan „Ernährung und Bewegung“](#)

Pläne zur Kommerzialisierung von Körperteilen sowie Errichtung einer Arzneimittelagentur gestoppt

■ Siegfried Dierke

- wegen massiver Kritik an Gesetzesvorhaben muss die Bundesregierung nachbessern -

In der letzten Ausgabe des ipg-newsletter (1/2007) berichteten wir über zwei Gesetzesvorhaben der schwarz-roten Koalition, die bei Sachverständigen, Opposition und Verbänden heftigste Kritik hervorriefen: Durch das Gewebegesetz sollten u.a. Körperteile zur Handelsware gemacht werden, so die Kritiker. Und die geplante Ersetzung des für die Arzneimittelzulassung und -sicherheit zuständigen Bundesinstituts BfArM durch eine Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur (DAMA) würde die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zugunsten der Interessen der Pharmaindustrie opfern. Bei den Anhörungen und Beratungen der Gesetzesentwürfe im Gesundheitsausschuss im März wurde an diesen Plänen kein gutes Haar gelassen. Daraufhin zog sich die Regierungskoalition unerwarteter Weise zu langwierigen, internen Beratungen zurück.

Erst 2 Monate nach der Einbringung des Gewebegesetzes präsentierten die Regierungsfaktionen Dutzende von Änderungsanträgen, mit denen sie einen Großteil der Kritik aufgreifen wollten: Die Knochenmark-Spende von nicht-einwilligungsfähigen Erwachsenen wurde aus dem Gesetzentwurf herausgenommen, der Vorrang von Organ- vor Gewebespende festgeschrieben, die Verpflichtung zur Zulassung als „Arzneimittelhersteller“ für Augenhornhautbanken sowie Spezialabteilungen für Brandopfer in Kliniken fallengelassen, und z.B. Herzklappen und Augenhornhäute mit einem Handelsverbot belegt.

Dennoch bleibt ein grundlegender Webfehler: Statt das Gesetzesvorhaben komplett zurückzuziehen und neu aufzurollen, haben Union und SPD daran festgehalten, Gewebespenden über das Arzneimittelrecht zu regeln. Mit einer Fülle von Ausnahmeregelungen soll nun die hier grundsätzlich bestehende Möglichkeit des kommerziellen Handels für einen Großteil von Gewebespenden unterbunden werden. Ein eigener gesetzlicher Regelungsrahmen jedoch – wie z.B. in Österreich – hätte die Vorgaben der EU völlig erfüllt und wäre den ethischen Bedenken und der Verhinderung einer Kommerzialisierung zuträglicher gewesen.

Zudem fehlen Regelungen hinsichtlich Entschädigung und Vergütung für Entnahme, Aufbereitung und Lagerung von Gewebespenden sowie zu deren Verteilung; dies gilt insbesondere für Gewebe, an denen Mangel herrscht. Eine weitere Kritik richten die Fachverbände gegen die im nun verabschiedeten Gesetz vorgesehenen Bedingungen für fremdnützige Spenden: Zwar wurde der potentielle Empfängerkreis eingeschränkt, doch mit Zustimmung der Familiengerichte darf Kindern zukünftig Knochenmark entnommen werden, obwohl sie selbst nicht zustimmungsfähig sind.

Trotz der weiterhin bestehenden Kritikpunkte ist es zu begrüßen, dass sich die Regierungsfaktionen beim Gewebegesetz zumindest teilweise einsichtig und beweglich zeigten. Überraschender Weise sind auch die weiteren Beratungen des DAMA-Errichtungsgesetzes im Gesundheitsausschuss auf Wunsch der Koalition seit über 2 Monaten ausgesetzt. Seitdem liegt der Aufbau einer Arzneimittelzulassungsagentur, die finanziell von den Gebühren der Pharmaindustrie abhängig sein soll und somit gezwungen wäre, die ökonomischen Interessen der Arzneimittelhersteller vor die Sicherheitsinteressen der Patientinnen und Patienten zu stellen, auf Eis. Vor allem in Kreisen der CDU scheinen die massiven

Bedenken hinsichtlich der Arzneimittelsicherheit aufgegriffen worden zu sein. Unklar ist derzeit noch, ob der Gesetzentwurf komplett zurückgezogen oder – wie vom BMG gewünscht – mit Nachbesserungen doch noch verabschiedet wird.

Die fast einhellige Kritik richtet sich vor allem gegen die finanzielle Abhängigkeit einer solchen Agentur von den Erlösen aus der Arzneimittelzulassung. Die Pharma-Hersteller haben größtes Interesse an einer möglichst kurzen Zulassungszeit. Daran werden sie ihre Bereitschaft ausrichten, bei welcher der miteinander auf dem EU-Markt konkurrierenden Zulassungsbehörden bzw. -agenturen sie Gebühren in welcher Höhe zahlen werden. So wäre zu befürchten, dass Medikamente nach einer zu kurzen Prüfungszeit auf den Markt gelangen bzw. dass sie trotz vorliegender Verdachtsmomente auf gravierende unerwünschte Nebenwirkungen und Gefährdungen nicht rechtzeitig wieder vom Markt genommen werden. Internationale Erfahrungen mit derartigen Umwandlungen in industriefreundliche Zulassungsagenturen lassen Schlimmstes befürchten: So wurden aus eben diesen Gründen unzureichend geprüfte Medikamente in den USA und Großbritannien in den Handel gebracht und zu spät zurückgezogen. Fachleute gehen von mehreren 10.000 Todesfällen, verursacht durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen, aus.

Die für die DAMA vorgesehene finanzielle Notwendigkeit, möglichst viele Medikamente möglichst schnell zuzulassen, kombiniert mit einem umsatzabhängigen Gehalt-Bonus für die Vorstandsmitglieder der Zulassungsagentur und einer unzureichenden finanziellen Ausstattung der Pharmakovigilanz, also der systematischen Überwachung von schon zugelassenen Arzneimitteln, sind die Hauptkritikpunkte an dem Gesetzentwurf. Das Gesundheitssystem muss in allererster Linie an den Bedürfnissen von PatientInnen ausgerichtet sein. Doch die Bundesregierung hat sich schon im Gesundheitskapitel des Koalitionsvertrags an erster Stelle den Wirtschaftsinteressen verpflichtet und erklärt im DAMA-Gesetzentwurf einleitend, dass es ihr darum geht, der Pharmaindustrie im globalen Wettbewerb entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Bleibt zu hoffen, dass es zumindest bei der Frage der Arzneimittelzulassung und -überwachung einstweilig gelingt, Schlimmstes zu verhindern.

Weitere Informationen

<http://www.medknowledge.de/abstract/med/med2006/01-2006-7-natrecor-da.htm>

Pharma-brief 1-2/2007 der BUKO-Pharma-Kampagne

Rauschtrinken Jugendlicher

■ Burkhard Gusy & Sarah Quappen

Nachdem ein 16-jähriger Gymnasiast in Folge exzessiven Alkoholkonsums nach einem vierwöchigen Koma verstarb, haben Politiker nun das Bewerben und Veranlassen von Flatrate-Parties gesetzlich verboten.

Die Attraktivität des Angebots für Jugendliche bestand darin, zu einem Festpreis so viel Alkohol zu trinken wie gewünscht – auch in bereits erkennbar alkoholisiertem Zustand. Die Drogenbeauftragte Sabine Bätzing begrüßt das Verbot von Flatrate-Parties: „Angebote zum Rauschtrinken sind unverantwortlich. Ein verantwortlicher Umgang mit Alkohol wird besonders bei Jugendlichen und jungen Menschen durch diese Angebote deutlich unterlaufen.“
[Mehr]

Der Alkoholkonsum bei 12-17-jährigen Jugendlichen ist nach leichtem Rückgang von 2004 auf 2005 im Jahr 2007 wieder deutlich angestiegen. Neben dem regelmäßigen Alkoholkonsum stellen auch bestimmte Konsummuster, wie das episodisch starke Trinken (auch „binge drinking“), ein erstzunehmendes gesundheitliches Risiko dar.

Was ist binge drinking bzw. Rauschtrinken?

Die Weltgesundheitsorganisation definiert den englischen Begriff ‚binge drinking‘ (binge [engl.]: Gelage) als „heftigen episodischen Alkoholkonsum mit dem Ziel, einen Alkoholrausch herbeizuführen. Im deutschsprachigen Raum wird die Trinkmotivation, „einen Rausch herbeizuführen“ in der Wortwahl ‚Rauschtrinken‘ noch deutlicher hervorgehoben.

In den Erhebungen der [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung](#) (BZgA) wird „Rauschtrinken“ über die Trinkmenge (5+, d.h. fünf Gläser oder mehr) an einem Tag erfasst. Die Mengenangaben werden genutzt, um die Blutalkoholkonzentration zu bestimmen, die bei fünf Gläsern Alkohol nach Berechnungen des US-amerikanischen National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism um 0,8‰ liegt. Die diesen Berechnungen zu Grunde liegenden Angaben basieren auf „typischen“ Gläsergrößen und „mittleren“ Werten des Alkoholgehalts pro konsumierter Substanz. Dass diese Angaben jedoch länderspezifisch variieren, zeigten Uhl et al. (2005): 5 „drinks“ in Schottland entsprechen 33 Gramm Reinalkohol, während 5 Trinkeinheiten in Österreich ungefähr 100 Gramm Reinalkohol entsprechen.

Trotz weitgehender Einigkeit über die zu nutzenden Kriterien zur Erhebung des binge drinking (Trinkmenge, Zeiteinheit, Referenzzeitraum, Effekt [Rauschzustand]) gibt es erhebliche Differenzen in den jeweils genutzten Schwellenwerten:

- der Trinkmenge: drei bis zu sechs Trinkeinheiten,
- der Zeiteinheit, die entweder vage bestimmt wird wie z.B. „bei einer Gelegenheit“ oder als „aufeinander folgender Konsum“ und bei der Nennung von Zeitspannen von einer Stunde bis zu mehreren Tagen reichen kann,
- des erfragten Referenzzeitraums: von vierzehn über dreißig Tagen bis hin zu einem gesamten Jahr und
- der Folgen des Trinkens (Rausch) der bei einigen Autoren als handlungsleitendes Trinkmotiv gilt.

Der aus der Trinkmenge und der Blutalkoholkonzentration objektiv abgeleitete Rauschzustand und das subjektive Erleben stimmen dabei nicht immer überein. In einem Vergleich in vier nordischen Ländern wurde ermittelt, dass die befragte dänische Population einen

Rauschzustand bei einer mittleren Trinkmenge von sechs und mehr Einheiten, die schwedische und finnische Population hingegen erst bei neun und mehr Trinkeinheiten berichtete (Mäkelä et al., 2001). Ein Alkoholrausch als definitorischer Bestandteil des binge drinking ist demzufolge mit dem Problem behaftet, dass die Art der Messung (subjektiv vs. objektiv) zu unterschiedlichen Ergebnissen führt.

Diskutiert werden international alters- und geschlechtsspezifische Differenzierungen. Bei Kindern und Jugendlichen werden geringere Schwellenwerte genannt (drei Trinkeinheiten für die Altersgruppe der 13 bis 16-jährigen), bei weiblichen Jugendlichen werden vier und bei männlichen Jugendlichen fünf Trinkeinheiten als Schwellenwerte genutzt. Die von der BZgA verwendeten Indikatoren (fünf Trinkeinheiten) führen in dieser Perspektive zu konservativen Schätzungen des Problems.

Ist Rauschtrinken ein neues Problem?

Das Ergebnis der „College Alcohol Study“ (CAS), dass 44,4% der Studierenden an 119 Colleges des Landes Rauschtrinker seien, alarmierte bereits Anfang der neunziger Jahre die amerikanische Öffentlichkeit und führte dazu, dieses Verhalten zum wichtigsten Problem Studierender zu erklären, in die Gesundheitsberichterstattung aufzunehmen und eine Reihe präventiver Maßnahmen anzustoßen. Die [College Alcohol Study](#) wurde zwischenzeitlich dreimal wiederholt (1997, 1999, 2001). Längsschnittdaten zeigen, dass die Rate niedrigfrequenter und abstinenten College-Studierender zugenommen hat, die Rate an binge drinkern aber über die Zeit (44,4%) und ohne relevante regionale Unterschiede stabil geblieben ist [Mehr].

In Europa wurde dieses Phänomen erst zur Jahrtausendwende beschrieben und in periodische epidemiologische Erhebungen integriert. So gibt es für die Schweiz eine Prävalenzschätzung auf der Basis verschiedener Umfragen aus den Jahren 1997 – 2002. Das Rauschtrinken hat sich in diesem Zeitraum in den verschiedenen Alterskohorten kaum verändert, der Anteil von binge drinkern liegt zeitstabil bei 200.000 Personen in den jüngeren Alterskohorten (15-24, 25-34 und 35-44-jährigen), erst bei den über 45-jährigen wird der Anteil geringer. Die Ergebnisse der Schweizer Studie legen nahe, dass Rauschtrinken kein jugendspezifisches Phänomen ist und insofern Prävention in verschiedenen Altersklassen erfordert [Mehr].

Für die Bundesrepublik Deutschland gibt es noch keine Trendstudien. In einer Wiederholungsbefragung zur Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland wurde dieses Konsummuster erstmalig 2004 erhoben, 23% der befragten 12-17-jährigen Jugendlichen berichten mindestens eine binge-drinking Episode in den

letzten 30 Tagen gegenüber 19% im Jahr 2005 und 26% im Jahre 2007. Eine klare Interpretation dieser Werte wird jedoch durch eine Veränderung der Definition erschwert: Während 2004 und 2005 erfragt wurde, wie oft 5 oder mehr alkoholische Getränken *hintereinander* getrunken wurden, wurde 2007 erhoben, wie oft dieselbe Menge *an einem Tag konsumiert wurde*. In der Altersgruppe der 12-15jährigen war der Anstieg moderater und liegt unter dem Ausgangswert aus dem Jahre 2004 (2004: 13%; 2005: 9% und 2007: 12%), anders hingegen in der Altersgruppe der 16-17jährigen (2004: 43%; 2005: 40%; 2007: 51%). Der Trend ähnelt sich bei weiblichen und männlichen Jugendlichen, für die letztgenannten aber auf deutlich höherem Niveau [Mehr]. Die Bewertung des binge drinking als gesundheitliches Risiko ist, trotz jahresgleichen Anteilen an Alkoholrauscherfahrenen, von 2004 auf 2005 zurückgegangen. Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang, dass der Anteil der Jugendlichen, der einen Alkoholrausch als gesundheitliches Risiko bewertete, im gleichen Zeitraum angestiegen ist. Dieser Widerspruch wird im Bericht nicht kommentiert, könnte aber darauf hindeuten, dass „binge drinking“ (definiert über fünf Gläser Alkohol) und der „Alkoholrausch“ (bestimmt über die subjektive Bewertung des Zustandes nach dem Alkoholgenuss) im Empfinden der Jugendlichen nicht so deutlich assoziiert sind.

Die gesundheitlichen und sozialen Folgen sind direkt und augenscheinlich: Verletzungen in Folge alkoholisierten Autofahrens oder aggressiven Verhaltens, sexuelles Risikoverhalten, ungeplante Schwangerschaften sowie abnehmende Leistungen in der Aus- und Weiterbildung. So führt binge drinking zwar nicht zwangsläufig zur Alkoholabhängigkeit, kann aber, vor allem bei Kindern, cerebrale Schädigungen verursachen.

Welche Faktoren begünstigen Rauschtrinken?

Auf die Frage, warum Rauschtrinken trotz der daraus resultierenden gesundheitlichen Risiken so verbreitet ist, ist keine einfache Antwort möglich. Vielmehr wird dieses Phänomen durch unterschiedliche soziale, psychische und regionale Faktoren beeinflusst.

So spielen bei Jugendlichen die Schule und das Elternhaus als soziale Kontexte eine wichtige Rolle. Bei Schülern, die angaben, dass ihre Lehrer sich um sie sorgten, ebenso wie bei Jugendlichen aus moderat kontrollierenden Elternhäusern, in denen die Eltern ihr Erziehungsverhalten erklären und begründen, waren die binge

drinking-Raten am geringsten [Mehr]. Wie Dent et al. (2004) zeigten, begünstigen auch niedrige gesetzliche Zugangsschwellen zu Alkohol in der Region dieses Konsummuster.

Ebenso spielen normative Einstellungen und die (Fehl-) Einschätzung des Phänomens in der sozialen Umwelt eine weitere wichtige Rolle bei der Aufnahme des binge drinking. Binge drinker begründen ihr Verhalten häufig damit, dass die Menschen in ihrer Umgebung sich ähnlich verhalten wie sie und gleiches von ihnen erwarten [Mehr]. Die Gründe für den Alkoholkonsum sind häufig auch funktional und hängen mit aktuellen Problemen zusammen, die durch eine binge-drinking-Episode verdrängt werden sollen (Williams & Clark, 1998).

Was gibt es für Initiativen zur Vorbeugung /Eindämmung des Rauschtrinkens?

In den USA gab es sowohl Initiativen, den Alkoholkonsum an Colleges generell zu verbieten, als auch Gesundheitserziehungsangebote, um über die Risiken des Alkoholkonsums aufzuklären und die normativen Überzeugungen von Jugendlichen zu ändern. Ein Rückgang der Prävalenzraten auf Grund beider Programmvarianten konnte bislang nicht nachgewiesen werden.

Das „A matter of degree“ (AMOD) Programm, welches ebenso in den USA angewendet wird, bringt regionale Akteure und Colleges zusammen, um gemeinsam Umgebungsbedingungen zu verändern. Auch wenn dieser Ansatz in den bisherigen Evaluationsstudien (1993 – 2001) nicht den erwünschten Erfolg (Reduktion des Alkoholkonsums) zeigte, lässt sich mutmaßen, dass dieser sich längerfristig einstellen wird. In Regionen, in denen das Programm konsequenter implementiert wurde, zeigten sich erste leichte Änderungen [Mehr]. Amerikanische Forscher beobachten eine Polarisierung der Konsumentengruppen, die Anteile an Abstinentern wie auch an binge drinkern sind gestiegen. Sie vermuten, dass die Interventionen das Trinkverhalten niedrigfrequenter, nicht aber das hochfrequenter Konsumenten verändert haben könnte.

Rauschtrinken – so legen die aktuellen Zahlen nahe – wird auch in Deutschland zunehmend ein erstzunehmendes Thema. Sinnvoll erscheint daher nicht nur die Entwicklung einer einheitlichen Methode zur Erhebung des Rauschtrinkens, sondern auch die Planung von langfristigen angelegten Interventionen, die die komplexen Bezüge dieses Themenfelds berücksichtigen.

Impressum

Herausgeber:

FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
e-Mail: newsletter-redaktion@ipg-berlin.de

Redaktion:

Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 13.09.2007

Abonnement

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den Verteiler aufnehmen lassen.