



## **Stellungnahme der Kommission Jugendmedizin der DAKJ zum Thema „Jugend und Rauschtrinken: die Rolle der Jugendmedizin“**

Die Kommission Jugendmedizin der DAKJ möchte mit dieser Stellungnahme die Aufmerksamkeit von Pädiatern auf das Thema „Jugend und Rauschtrinken“ lenken, dabei auf einige in Zukunft noch näher zu untersuchende Aspekte von Epidemiologie und Ätiologie des Missbrauchs von Alkohol hinweisen und Handlungsempfehlungen für den jugendmedizinischen Klinik- und Praxisalltag geben.

### **Epidemiologische Aspekte**

Alkohol hat in unserer Kultur einen hohen Stellenwert, im Vergleich zu anderen Industrieländern weist Deutschland einen sehr hohen Pro-Kopf-Konsum mit besonders häufigen alkoholbezogenen Erkrankungen und Todesfällen auf [17]. In den letzten Jahrzehnten nimmt der Konsum, auch im Jugendalter, aber insgesamt langsam ab. Allerdings werden in der Öffentlichkeit in der letzten Zeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vermehrt Phänomene wie der Konsum von „Alcopops“, öffentliches Trinken in Gruppen, „Vorglühen“ vor Parties und Disco-Besuchen sowie „Komatrinken“ registriert und problematisiert, teilweise aber auch medial sensationalisiert. Besorgnis erregend ist die in den letzten 5 Jahren deutlich zunehmende Zahl Jugendlicher, die mit Alkoholvergiftungen stationär aufgenommen werden [25]. In der jugendmedizinischen Versorgung können Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Trinkverhalten nur dann erfolgreich sein, wenn psychosozialer Kontext und sich wandelnde Konsum- und Freizeitgewohnheiten ausreichend berücksichtigt werden [9].

Im Zusammenhang mit Befragungen zu jugendlichem Alkoholkonsum sind viele zentrale Begriffe unscharf definiert und führen zu missverständlichen Umfrageergebnissen. So konnte bei einigen internationalen Studien beispielsweise aufgezeigt werden, dass Befragte unter Rausch ein Spektrum zwischen Schwips und Vollrausch verstanden und damit die Zahl jugendlicher „Rauschtrinker“ wahrscheinlich eher überschätzt wird [26]. Weitere Unschärfen werden bei der Definition von riskanten Trinkmustern wie dem „Binge-Trinken“ [9], also dem Konsum von fünf alkoholischen Getränken oder mehr an einem Tag, sowie bei der nach Auffassung vieler Fachleute bei Jugendlichen gar nicht exakt möglichen Trennung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit [5] mit den gängigen Diagnostikmanualen beschrieben; hier besteht Handlungsbedarf in der Jugendliche betreffenden Alkoholforschung.

In allen Industrieländern berichten neuere Repräsentativerhebungen über sinkende Quoten sowohl von experimentellem als auch regelmäßigem Alkoholkonsum und von eher episodisch stattfindendem Rauschtrinken [3]. Besorgniserregend ist nach einer früheren Erhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2007 [4] jedoch der Anstieg von konsumierter Alkoholmenge und der Häufigkeit von Binge-Trinken bei 16- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ebenso wie die Jungen haben auch die Mädchen dieser Altersgruppe besonders den Konsum von Bier gesteigert. Eine genauere Analyse epidemiologischer Trends sollte Entwicklungen wie eine allgemeine „Akzeleration“ von Verhaltensweisen, die „Emanzipation“ von Trinkmustern bei Mädchen (auch im Hinblick auf Intoxikationen) und die zunehmende „Globalisierung“ von Trinkmoden berücksichtigen [9,26].

### **Motive und Prädiktoren von riskantem Alkoholkonsum im Jugendalter**

Die „Alkoholsozialisation“ beginnt schon im Vorschulalter [28], Alkoholerwartungen bilden sich durch „Lernen am Modell“ heraus [1]. Trinkmotive sind überwiegend Neugier, das Austesten von Grenzen, Normenüberschreitung, die Erleichterung sozialer, später auch sexueller Beziehungen, Spaß, Genuss, der Erwerb von Risikokompetenz, bei Jungen immer noch Hilfe beim Erwerb einer maskulinen Identität [2,6,8,10,14]. Diese Aspekte werden von Jugendlichen überwiegend positiv bewertet und verweisen auf eine Funktionalität des Alkoholkonsums in unserer Gesellschaft [22]. Während die genannten Motive eher vorübergehender Natur sind, kann der Einsatz von Alkohol zur Bewältigung von Stress, Schulproblemen und emotionalen Störungen rasch zu Gewöhnung mit dem Risiko späterer Abhängigkeit führen [6,14]. Weitere Prädiktoren von riskantem Konsum sind verschiedene genetische Determinanten, bestimmte psychische Eigenschaften und Störungen wie dissoziales Verhalten, „Novelty seeking“, Angstsyndrome, ADHS [2,10] aber auch die Erreichbarkeit alkoholischer Getränke und die Beeinflussung durch Werbemaßnahmen.

### **Risiken und Folgen jugendlichen Alkoholmissbrauchs**

Eine Reihe von Forschungsarbeiten verweist auf beträchtliche Risiken jugendlichen Problemtrinkens für die Entwicklung, insbesondere im Hinblick auf die neuronale Kognition (umfangreiche Übersichten finden sich in einem Supplement der Zeitschrift Pediatrics, April 2008 [8]). - Mehrere prospektiv-longitudinale Studien erlauben mittlerweile Aussagen über unterschiedliche Verläufe des Alkoholkonsums von der frühen Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter [z. B. 23,27]. Die viel diskutierte Frage, ob ein früher Einstieg in den Alkoholkonsum explizit zu häufigeren psychischen Problemen oder Abhängigkeitsentwicklungen führt, ist bisher nicht exakt zu beantworten. Wahrscheinlich ist der Zusammenhang aber nicht rein kausal, weil früher Konsum von psychischen Substanzen meistens mit ebenso frühen Verhaltensproblemen assoziiert ist. Präventiv machen die Vermeidung früher Verhaltensstörungen (auch mit Hilfe des Pädiaters) und gesamtgesellschaftlich initiierte und durchgesetzte verhältnispräventive Maßnahmen [13] wahrscheinlich mehr Sinn eine einfache „Verschiebung“ des Einstiegsalters, beispielsweise durch schulische Präventionsmaßnahmen.

Folgen übermäßigen Alkoholkonsums sind in der jugendmedizinischen Versorgung in Praxis oder Klinik immer wieder zu beobachten: Unfälle, besonders im Straßenverkehr, und Intoxikationen sind häufige Phänomene sowohl bei Jugendlichen als auch bei jungen Erwachsenen besonders an

Wochenenden [9,18,21]. Dazu kommen Folgen aggressiven und gewalttätigen Verhaltens, aber auch riskanten Sexualverhaltens bis hin zu Vergewaltigung oder ungewollter Schwangerschaft und zu sexuell übertragenen Infektionen, kognitive Beeinträchtigungen bei häufigen Intoxikationen, Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit in Schule und Beruf, Zunahme von Ängsten und Depressionen, paralleler Konsum anderer Drogen (Nikotin, Cannabis etc.) und eventuell die Entwicklung von Abhängigkeit [8].

### **Früherkennung und Interventionen in der Jugendmedizin**

Jugendliche werden von Pädiatern zumeist nur oberflächlich zu ihrem Substanzkonsum gefragt [12], obgleich sowohl bei Vorsorgeuntersuchungen als auch in Notfallambulanzen Gelegenheit dazu wäre, aber auch bei Vorstellungen wegen somatoformer Störungen und bei Krankschreibungswünschen am Wochenanfang. Hauptsächliche Hindernisse beim Erkennen möglicher Alkoholprobleme und ihres Kontextes sind Zeitmangel und fehlende Ausbildung in den notwendigen Gesprächstechniken. Fragen zum Alkoholkonsum sollten in ein allgemeines Gespräch zum Lebensumfeld eingebettet sein, Vertraulichkeit und wertschätzender, empathischer und nicht urteilender Gesprächsstil sind dabei unabdingbar [11,19]. Alkohol-Screening-Verfahren mit Fragebögen sind im Praxisalltag bei Jugendlichen kaum einsetzbar.

Pädiatrische Praxen oder Klinikprechstunden können als niedrigschwellige Anlaufstellen für Jugendliche mit Problemen aller Art dienen. Bei entsprechendem Aufbau von Vertrauen sind motivierende und lösungsorientierte Interventionen auch bei substanzkonsumierenden Jugendlichen durchaus möglich [11,16,25]. Schwerpunkt solcher Interventionen sollte bei nur gelegentlichem und noch nicht sehr problematischem Konsum weniger das Drängen zu abstinem Verhalten sondern eher Risikominderung sein, also im Anschluss an die Abwägung von Nutzen und Risiken die allmähliche Veränderung von Konsummustern in Richtung größerer Sicherheit und Integrität. Erfolgversprechende Ansätze für die primärärztliche Versorgung sind in der Literatur zu finden [z. B. 7,24], in Deutschland aber noch nicht systematisch untersucht. – Auch ein Krankenhausaufenthalt in der Unfallambulanz [20] oder nach Alkoholintoxikation bietet die Möglichkeit, aus einer oft als beschämend erlebten Situation zu lernen. Krankenhauspersonal kann trainiert werden, nach Aufklaren des jungen Patienten einen kurzen Kontakt zu einem Psychologen anzubahnen, der zu einem längeren Gespräch nach der Entlassung oder zu einem Gruppenkurs einlädt (z. B. Projekt Hart am Limit = HaLT [15] oder das Grazer Projekt „Psychologische Beratung nach Alkoholintoxikation“ [9]). – Eine weitere wichtige Aufgabe von Pädiatern ist die geeignete Beratung hilfesuchender Eltern, eventuell auch ihre Weiterleitung zu Suchtberatungsstellen oder zu Selbsthilfegruppen [11].

Bei erheblichen alkoholbezogenen Problemen sowie bei erheblicher psychischer Komorbidität oder auch sozialen Problemen in der Umgebung ist die Kooperation mit weiteren Hilfesystemen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Drogenberatungsstellen, Jugendhilfe und Vertrauenslehrern unbedingt erforderlich [11]. Die Mitwirkung von Pädiatern in kommunalen und regionalen Netzwerken kann sowohl den Kontakt im Bedarfsfall erleichtern, aber auch Gestaltungsmöglichkeiten z. B. im Jugendschutz eröffnen. Hierbei sollten Kinder- und Jugendärzte großen Wert auf die Ausweitung der

bisher noch unterentwickelten Jugendpartizipation legen. Nur wenige Pädiater haben bisher die Gelegenheit genutzt, im Sinne von „Child and Youth Advocacy“ bei Jugendschutzmaßnahmen in ihrer Gemeinde oder auch in der Gesundheits- und Alkoholpolitik von Ländern und Bund mitzuwirken, wie es z. B. bei der Alcopops-Gesetzgebung der Fall war. Jedenfalls scheint bei den Verantwortlichen die Bereitschaft zu wachsen, künftig mehr auf Kompetenz und Engagement von Jugendmedizinern zurückzugreifen.

### **Praktische Empfehlungen**

- Konsum und Missbrauch von Alkohol werden zunehmend ein Thema der Jugendmedizin, sie sollten sowohl bei Routinekonsultationen als bei Vorsorgeuntersuchungen unter Wahrung der Vertraulichkeit und unter Benutzung patientenzentrierter, vorwurfsfreier und empathischer Gesprächstechniken erfragt werden.
- Es sollte eindeutig differenziert werden zwischen experimentierendem und gelegentlichem Konsum und dem Einsatz von Alkohol zur Lösung emotionaler und anderer Probleme der betreffenden Jugendlichen. Dazu sind Basisinformationen zum jeweiligen Lebenskontext unerlässlich.
- Sowohl in der Praxis als auch in der Klinik haben Pädiater eine größere Kapazität, bei jugendlichen Problemen alleine oder in Zusammenarbeit mit Anderen helfen zu können, als sie es selbst meinen. Mit relativ kurzen Trainingsmaßnahmen, die Kenntnisse in motivierenden und lösungsorientierten Gesprächsmethoden vermitteln, ließe sich diese Kompetenz deutlich verbessern. Wenn notwendig, sollten in Absprache mit dem betroffenen Jugendlichen Eltern, Lehrer, Beratungsstellen, bei Komorbidität auch Jugendpsychiater einbezogen werden.
- Selbstverständlich stellt die Prävention von Alkoholproblemen bei Jugendlichen und Erwachsenen eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft dar. Auch hier sollten sich Pädiater gemeinsam mit anderen Disziplinen um die Reduktion von alkoholassozierten Risiken bemühen.

### **Literaturliste**

1. Barnow S, Stopsack M, Spitzer C, Freyberger H-J (2007) Korrelate von Alkoholwirksamkeitserwartungen im Jugendalter. Zeitschr Klin Psychol Psychother 36(1): 1-10.
2. Blomeyer D, Schmidt MH, Laucht M (2008) Rauschtrinken bei Jugendlichen: Zusammenhang mit Temperament, Freundeskreis und elterlichem Erziehungsverhalten. Kindheit Entwicklung 17(1): 22-30.
3. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum. Erste Ergebnisse zu aktuellen Entwicklungen und Trends. Oktober 2008. Köln, BZgA
4. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007) Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007. Kurzbericht Juni 2007. Köln, BZgA
5. Caetano R, Babor TF (2006) Diagnosis of alcohol dependence in epidemiological surveys: an epidemic of youthful alcohol dependence or a case of measurement error? Addiction 101 (Suppl. 1): 111-114.
6. Coleman L, Cater C (2005) Underage ‚risky‘ drinking. Motivations and outcomes. York, Joseph Rowntree Foundation.
7. D’Amico EJ, Miles JNV, Stern SA, Meredith LS (2008) Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomised pilot study in a primary care clinic. J Substance Abuse Treatment 35: 53-61.
8. Faden VB, Goldman MS (Eds)(2008) Underage drinking: understanding and reducing risk in the context of human development: Pediatrics 121: S231-S354.

9. Fandler E, Scheer P, Rödl S, Müller W (2008) Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschr Kinderheilk.* 156: 591-604.
10. Hinckers A, Laucht M, Heinz A, Schmidt MH (2005) Alkoholkonsum in der Adoleszenz – soziale und individuelle Einflussfaktoren. *Zeitschr Kinder Jugendpsychiatrie Psychother* 33(4): 273-284.
11. Horn W-R (2006) Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In: Stier B, Weissenrieder N (Hrsg.) *Jugendmedizin – Gesundheit und Gesellschaft.* Heidelberg, Springer Medizin Verlag: 335-351.
12. Knight JR (2001) The role of the primary care provider in preventing and treating alcohol problems in adolescents. *Ambulatory Pediatrics* 1:150-161.
13. Kraus L, Müller S, Pabst A (2008) Alkoholpolitik in Deutschland. *Suchttherapie.* 9: 103-110.
14. Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engel R (2005) Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clin Psychol Review* 25: 841-861.
15. Kuttler H, Lang S (2004) Halt sagen – halt geben: ein Präventionsprojekt für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum. *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 27 (1) 24-26.
16. McArdle P (2008) Alcohol abuse in adolescence. *Arch Dis Child.* 93(6):524-527.
17. Meyer C, John U (2008) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 2008.* Geesthacht; Neuland: 23-53.
18. Meyer S et al. (2008) Recent trends in the burden of alcohol intoxication on pediatric in-patient services in Germany. *Klin Pädiatr* 220: 6-9.
19. Michaud P-A (2007) Alkoholmissbrauch im Jugendalter – eine Herausforderung für Hausärzte. *Ther Umschau* 64(2): 121-126.
20. Monti PM et al. (1999) Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Counsel Clin Psychol* 67: 989-994.
21. Schöberl S et al. (2008) Alkoholintoxikation bei Kindern und Jugendlichen : eine retrospektive Analyse von 173 an einer Universitätskinderklinik betreuten Patienten. *Klin Pädiatr* 220: 253-258
22. Silbereisen RK, Reese A (2001) Substanzgebrauch Jugendlicher: Illegale Drogen und Alkohol. In: Raithel J (Hrsg.) *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher: Formen, Erklärungen und Prävention.* Opladen, Leske + Budrich: 131-153
23. Steinhausen H-C, Eschmann S, Heimgartner A, Winkler-Metzke C (2008) Frequency, course and correlates of alcohol use from adolescence to young adulthood in a Swiss community survey. *BMC Psychiatry.* 8:5 doi: 10.1186/1471-244X-8-5
24. Stern SA et al. (2007) Project CHAT: A brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *J Substance Abuse Treatment* 32: 153-165.
25. Stolle M, Sack PM, Thomasius R (2009) Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter: Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. *Dtsch Arztebl Int* 106 (19): 323-328
26. Uhl A, Springer A, Kobrna U, Bachmayer S (2003) Expertise über alkohol- und nikotinspezifische Jugendschutzbestimmungen in Österreich und international. Wien, Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, S. 41.
27. Viner RM, Taylor B (2007) Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. *J Epidemiol Community Health* 61:902-907.
28. Wiedig M, Weber H (2002) Das Alkoholkonzept von Grundschulkindern. *Zeitschr Gesundheitspsychol* 10(3) 108-120.

**Kommission Jugendmedizin der  
Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.:**

Dr. med. U. Büsching, Dr. med. W.-R. Horn ( Kommissionsvorsitzender, verantwortlich für den Inhalt )  
Prof. Dr. med. Dr. h.c. D. Niethammer, Prof. Dr. med. K. O. Schwab, Dr. med. A. Seidler, Dr. med. B.  
J. M. Stier, Dr. med. G. Trost-Brinkhues, Dr. med. R. Wegner

**Korrespondenzadresse:**

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.  
Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Nentwich, Generalsekretär

Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin | Tel.: 030.4000588-0 | Fax.: 030.4000588-88 | e-Mail:  
kontakt@dakj.de | Internet: www.dakj.de