

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 43 (2017)

Heft: 4

Artikel: Jugend und Alkohol

Autor: Hanewinkel, Reiner / Morgenstern, Matthis

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800157>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.01.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Jugend und Alkohol

Die leichte Verfügbarkeit des Alkohols in Mitteleuropa ist eine der zentralen Ursachen für die hohe Verbreitung des Rauschtrinkens im Jugendalter. Die Reduzierung der Verfügbarkeit des Alkohols über höhere Preise, Anhebung des legalen Bezugsalters sowie Einschränkungen des Verkaufs sind zentrale Massnahmen einer evidenzbasierten Alkoholkontrollpolitik. Die Laissez-faire-Einstellung der Gesellschaft, auch vieler Eltern, steht einer wirksamen Prävention des Rauschtrinkens im Jugendalter entgegen.¹

Reiner Hanewinkel

Prof. Dr., Institutsleiter IFT-Nord gGmbH, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Harmsstr. 2, D-24114 Kiel, hanewinkel@ift-nord.de, www.ift-nord.de

Matthis Morgenstern

PD Dr., stellvertretender Institutsleiter IFT-Nord gGmbH, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Harmsstr. 2, D-24114 Kiel, morgenstern@ift-nord.de, www.ift-nord.de

Schlagwörter:

Alkohol | Jugendalter | Rauschtrinken | Verfügbarkeit | Regulierung | Eltern |

Alkoholkonsum im Jugendalter: Warum ist er besonders gefährlich?

Der Konsum von Alkohol ist ein wesentlicher Risikofaktor für eine ganze Reihe von Erkrankungen. Er begünstigt die Entstehung von Erkrankungen der Leber, des Herz-Kreislauf-Systems, des metabolischen Systems sowie von Krebserkrankungen und psychischen Störungen.² Bisher war man davon ausgegangen, dass dies insbesondere dann zutreffend ist, wenn der Alkoholkonsum regelmässig und vor allem in grösseren Mengen erfolgt. Neuere Untersuchungsergebnisse sprechen nun dafür, dass das tägliche Glas Wein das Gehirn möglicherweise mehr schädigt als bislang gedacht. Darauf weist eine aktuelle Studie hin, bei der eine britische Kohorte von 550 Frauen und Männern über einen Zeitraum von 30 Jahren wiederholt hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit untersucht wurde. Die Ergebnisse von modernen Bildgebungsverfahren deuten darauf hin, dass es auch bei moderatem Konsum im Erwachsenenalter zu Beeinträchtigungen des Gedächtnisses kommen kann.³

Generell mindert der Alkoholkonsum die Reaktionsfähigkeit und das Koordinationsvermögen und erhöht gleichzeitig die Risikobereitschaft. Bereits im Jugendalter kann daher der Alkoholkonsum verschiedene gesundheitliche, psychische und soziale Probleme nach sich ziehen. Jugendlicher Alkoholkonsum ist in bedeutsamer Weise mit den drei häufigsten Todesursachen dieser Altersgruppe verknüpft: Verkehrsunfälle, andere Unfälle mit oder ohne Gewalthandlungen sowie Suizid.⁴ Ausserdem ist die Gehirnentwicklung im Jugendalter nicht abgeschlossen, sodass insbesondere hochfrequenter Alkoholkonsum zu einem beschleunigten Volumenrückgang in frontalen und temporalen kortikalen Strukturen, die für die Handlungssteuerung und das Gedächtnis bedeutsam sind, sowie zu einem abgeschwächten Wachstum der weissen Substanz führen kann.⁵ Ferner mehren sich Belege, dass Jugendliche, die Alkohol häufig und in hohen Mengen konsumieren, dieses Konsummuster oftmals nicht etwa im Laufe des Prozesses des Erwachsenwerdens aufgeben, sondern im Erwachsenenalter beibehalten mit der Gefahr der Entwicklung späterer alkoholbezogener Probleme.⁶ Letztlich

postuliert die «Gateway»-Theorie eine bestimmte Abfolge im zeitlichen Auftreten des Konsums psychotroper Substanzen. Danach experimentieren Jugendliche zunächst mit Tabak und Alkohol bevor sie illegale Drogen wie Cannabis ausprobieren. In einer ersten Kohortenstudie mit über 6'000 New Yorker SchülerInnen zeigte sich, dass 27% der SchülerInnen, die zur Eingangserhebung rauchten und tranken, ein halbes Jahr später auch Cannabis konsumiert hatten, während dies lediglich bei 2% der SchülerInnen der Fall war, die keine legalen Drogen konsumierten.⁷

Alkohol: Die populärste Droge im Jugendalter

Die gute Nachricht zuerst: Der durchschnittliche Alkoholkonsum, definiert als jährlicher Pro-Kopf-Verbrauch reinen Alkohols, ist in der Schweiz und Deutschland seit Jahren rückläufig, wenn auch in kleinsten Schritten. Die Weltgesundheitsorganisation WHO quantifiziert für die Bevölkerung ab 15 Jahren aufwärts den aktuellen Konsum im Jahr 2016 in der Schweiz mit 10,0 l reinem Alkohol im Jahr und in Deutschland mit 11,4 l reinem Alkohol im Jahr.⁸

Auch der regelmässige, d.h. mind. wöchentliche Alkoholkonsum unter Jugendlichen ist europaweit unter Einschluss der Schweiz und Deutschland rückläufig. Abbildung 2 veranschaulicht grafisch eine Analyse der zeitlichen Trends des wöchentlichen Alkoholkonsums in 28 Staaten Europas und Nordamerikas von 2002 bis 2010. Datengrundlage bildet die Studie Health Behavior in

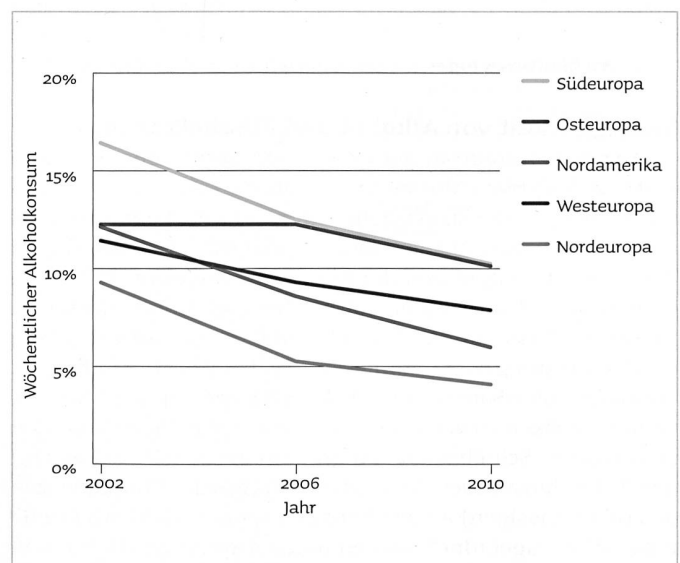


Abb. 1: **Wöchentlicher Alkoholkonsum Jugendlicher in Europa und Nordamerika von 2002 bis 2010.**¹⁰

School-Aged Children (HBSC), in der 11-, 13- und 15-Jährige auch zu ihrem Alkoholkonsum befragt werden.⁹ Es zeigt sich für 20 der 28 Staaten und in allen Untersuchungsregionen, dass der wöchentliche Alkoholkonsum im Jugendalter rückläufig ist. Dieser Trend hat sich auch in jüngsten Jahren weiter fortgesetzt.

Bei der Beurteilung jugendlichen Alkoholkonsums ist über die Häufigkeit des Konsums alkoholischer Getränke hinaus natürlich die Frage von Bedeutung, wie intensiv getrunken wird, wenn getrunken wird. Eine Analyse des Trinkverhaltens von insgesamt 48'423 Jugendlichen im Alter von 12 bis 16 Jahren gibt hier Aufschluss.¹¹ Mittels Cluster-Analyse wurden 25 europäische Staaten in drei voneinander unterscheidbare Gruppen sortiert:

- Staaten mit einer hohen Anzahl nicht-konsumierender Jugendlicher
- Staaten mit einer hohen Anzahl regelmässig konsumierender Jugendlicher, aber mit einer geringen Rate jugendlichen Rauschtrinkens und
- Staaten mit sowohl einer hohen Anzahl konsumierender Jugendlicher als auch häufigem Rauschtrinken im Jugendalter.

Acht Staaten wurden der «unproblematischen» Gruppe mit überwiegend nicht-konsumierenden Jugendlichen zugeordnet, weitere sechs Staaten der mittleren Gruppe mit häufigem Konsum, aber geringem Anteil Rauschtrinken im Jugendalter und die verbleibenden elf Staaten der «problematischen» Gruppe mit regelmässigem Alkoholkonsum im Jugendalter sowie einer hohen Anzahl Jugendlicher, die Rauschtrinken praktizieren. Die deutschsprachigen Länder Österreich, Schweiz und Deutschland sind allesamt der letzten Gruppe zuzuordnen.

Trinkkulturen Jugendlicher in einzelnen Ländern Europas		
Überwiegend nicht-konsumierende Jugendliche	Überwiegend häufig konsumierende Jugendliche, aber wenig Rauschtrinker	Überwiegend häufig konsumierende Jugendliche sowie hoher Anteil Rauschtrinker
Schweden	Estland	Niederlande
Norwegen	Tschechische Republik	Deutschland
Portugal	Litauen	Schweiz
Zypern	Russland	Österreich
Bosnien-Herzegowina	Armenien	Belgien
Spanien	Ungarn	Polen
Frankreich		Italien
Island		Slowenien
		Dänemark
		Finnland
		Irland

Tab. 1: **Trinkkulturen Jugendlicher in einzelnen Ländern Europas.**¹²

Verfügbarkeit von Alkohol und Alkoholkonsum

Generell werden in der Prävention verhaltens- von verhältnispräventiven Massnahmen unterschieden. Die Verhältnisprävention oder strukturelle Prävention will Einfluss auf die Gesundheit bzw. Krankheit nehmen, indem sie Veränderungen der Lebensbedingungen der Menschen anstrebt, um diese möglichst risikoarm zu gestalten. Die Verhaltensprävention nimmt Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten; durch Aufklärung oder Information, Stärkung der Persönlichkeit oder auch durch Sanktionen soll der/die Einzelne dazu motiviert werden, Risiken zu vermeiden und sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Schulbasierte Programme zur Aufklärung von Jugendlichen hinsichtlich der möglichen Folgen und Konsequenzen des (übermässigen) Alkoholkonsums können der Verhaltensprävention zugeordnet werden und haben lange Tradition in den deutschsprachigen Ländern.¹³ Deutlich seltener werden in diesen Ländern verhältnispräventive Massnahmen umgesetzt.

Im Bereich der Alkoholprävention zielen Massnahmen der Verhältnisprävention u.a. darauf ab, die Verfügbarkeit von bzw. den Zugang zu alkoholischen Getränken zu reduzieren. Drei mögliche Stellgrössen werden dabei vornehmlich betrachtet:

- der Preis für Alkoholika
- das legale Bezugsalter sowie
- die Dichte und Öffnungszeiten der Verkaufsstellen.

Ein häufig in der Literatur zitiertes Modell, das im Kern den Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit von Alkohol und dem Konsum beschreibt, stammt von Harald Holder und wird in Abbildung 2 veranschaulicht.¹⁴ Nach diesem Modell sollten sich alle Massnahmen, die in der Konsequenz eine Begrenzung der Verfügbarkeit von Alkohol nach sich ziehen, positiv auf den Alkoholkonsum auswirken, in der Folge langfristig soziale Normen verändern und letztlich helfen, alkoholbedingte Probleme in der Gesellschaft zu verringern.

Verschiedene Studien liefern empirische Hinweise für die Stichhaltigkeit des konzeptionellen Modells von Holder. Beispielsweise wurde in Schweden ein natürliches Experiment mit mehr als einer halben Million Personen durchgeführt. 1967-1968 wurde dort in einer spezifischen Region der Zugang zu Starkbier erleichtert, während in den übrigen Regionen Schwedens weiterhin restriktive Regelungen galten. 43 Jahre später zeigte sich nun für die Personen, die seinerzeit 14 bis 20 Jahre alt waren, dass die Wahrscheinlichkeit des Bezug einer Behindertenrente, einer alkoholbezogenen Störung sowie psychischer Störungen signifikant erhöht war in der Region, in der der Zugang zu Alkohol erleichtert worden war.¹⁶

Aber nicht nur die objektive Verfügbarkeit, sondern auch die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von Alkohol kann im Jugendalter von Bedeutung sein. Eine Beobachtungsstudie mit drei Erhebungszeitpunkten über einen Zeitraum von 30 Monaten verdeutlicht bspw., dass die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von Alkohol Einfluss auf die Initiierung des Rauschtrinkens im Kindes- und Jugendalter haben kann. Die Daten von 1'167 SchülerInnen zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für die Initiierung des Rauschtrinkens im Beobachtungszeitraum bei Kindern und Jugendlichen, die die Verfügbarkeit von Bier oder Wein als hoch einschätzten, im Vergleich zu denen, die sie für gering erachteten, mit einem Chancenverhältnis von 1,54 signifikant erhöht war.¹⁷

Bezugsquellen des Alkohols im Jugendalter

Alkoholische Getränke wie Wein, Bier oder Sekt sind in der Schweiz und Deutschland ein überall und zu fast jeder Tages- und Nachtzeit verfügbares Konsumgut, welches laut Gesetzgeber an Jugendliche ab 16 Jahren verkauft werden darf (im Tessin erst ab 18 Jahren). Dies macht auch eine aktuelle Sichtung von Alkoholverkaufsstellen in der Stadt Kiel vom Mai 2017 deutlich. Allein in der zentralen Innenstadt mit einem Radius von wenigen Kilometern fanden wir 58 verschiedene Stellen, an denen Alkohol gekauft werden konnte. Diese hohe Dichte dürfte auch in anderen Städten der Schweiz und Deutschland zu finden sein. Destillierte Alkoholika wie Spirituosen, Alcopops oder Liköre dürfen in beiden Ländern erst an Personen ab 18 Jahren abgegeben werden. Ein nicht unerheblicher Teil der Jugendlichen sammelt allerdings schon vor dem 16. Geburtstag Erfahrungen mit Alkohol. Es stellt sich daher die Frage der Bezugsquellen. Hierzu haben wir vor einigen Jahren 685 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 15 Jahren, die schon Alkohol konsumiert haben, befragt.¹⁸ Abbildung 3 veranschaulicht die Nutzungshäufigkeiten verschiedener Alkoholbezugsquellen. Die Kinder und Jugendlichen, die nach eigenen Angaben bereits Alkohol getrunken hatten, nannten als häufigste Bezugsquellen Eltern, Freunde

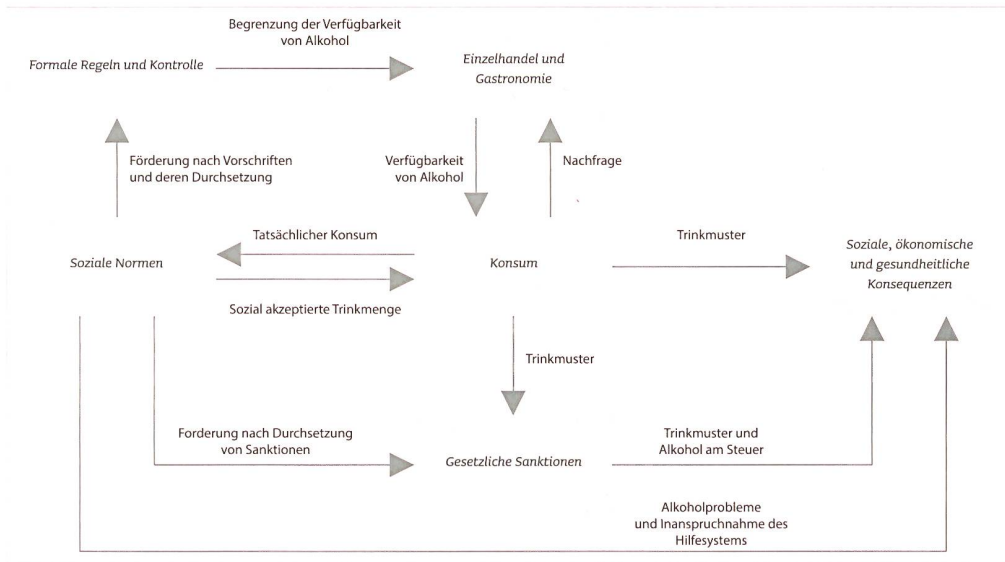


Abb. 2: **Konzeptionelles Modell des Zusammenhangs zwischen der Verfügbarkeit und dem Konsum von Alkohol nach Holder (1999).**¹⁵

und ältere Geschwister. Demnach gaben 486 SchülerInnen (70,9%) an, zumindest manchmal Alkohol von diesen sozialen Bezugsquellen zu bekommen. Im Gegensatz dazu wurde Alkohol deutlich seltener von Verkaufsstellen wie Supermärkten, Kiosken, Tankstellen, Bars und Diskotheken bezogen. 107 der Kinder und Jugendlichen (15,6%) berichteten, Alkohol wenigstens manchmal dort zu erwerben.

Eine Untersuchung, die im Bundesland Baden-Württemberg durchgeführt wurde, zeigt, dass die Verringerung der freien Alkoholverfügbarkeit durchaus erwünschte Effekte im Hinblick auf alkoholbezogene Probleme im Jugendalter nach sich ziehen kann. Als bisher einziges Bundesland führte das Land Baden-Württemberg am 1. März 2010 ein Verbot des Ausser-Haus-Verkaufs alkoholischer Getränke in der Zeit von 22:00 Uhr abends bis 5:00 Uhr morgens ein. Tankstellen, Supermärkte und Kioske dürfen in dieser Zeit keinen Alkohol verkaufen, wohl aber können alkoholische Getränke in der Gastronomie und in Diskotheken weiter konsumiert werden. Eine wissenschaftliche Begleitstudie untersuchte die Auswirkungen dieser verhältnispräventiven Massnahme auf die Anzahl stationärer Behandlungen aufgrund akuter Alkoholintoxikation. Für die Altersgruppe von Personen zwischen 15 und 24 Jahren fiel die Rate der stationären Behandlungen in den Jahren 2007 bis 2011 um 7%. Ferner fanden die Autoren Hinweise auf einen Rückgang von stationären Behandlungen im Untersuchungsraum aufgrund

von gewalttätigen Auseinandersetzungen, die bekanntermassen häufig unter Alkoholeinfluss geschehen.²⁰ Trotz dieser positiven Evaluationsergebnisse hat bislang kein weiteres Bundesland diese Regelung oder ein vergleichbares Verbot des nächtlichen Ausser-Haus-Verkaufs von Alkoholika umgesetzt. Dass ein derartiges Verbot ganz selbstverständlich landesweit gelten kann, zeigt das Beispiel Italien, wo es ein Verbot des Ausser-Haus-Verkaufs von Alkohol in den Nachtstunden gibt.

Die Gretchenfrage: Heranwachsende an den Alkohol heranführen oder fernhalten?

Wenn Kinder aus Schweizer oder Deutschen Haushalten ins Jugendalter kommen, gelangen sie häufig auch in Kontakt mit Alkohol. Verantwortungsvoller Alkoholkonsum ist in unserer Gesellschaft akzeptiert, aber kein Elternteil möchte, dass sein Kind übermässig viel Alkohol trinkt. Schon das legale Verkaufsalter von 16 Jahren, aber auch die mitteleuropäische Tradition, Kinder an das «Kulturgut» Alkohol heranzuführen, führen dazu, dass Kinder und Jugendliche schon in jungen Jahren Alkohol konsumieren.

Die sehr liberale, Laissez-faire-Einstellung vieler Eltern Deutschlands zum Alkoholkonsum ihrer Kinder wird in einer aktuellen (Januar 2017), repräsentativen Befragung im Auftrag der Krankenkasse DAK-Gesundheit deutlich. 1'000 Mütter bzw. Väter zwischen 30 und 75 Jahren, die selbst ein Kind zwischen 12

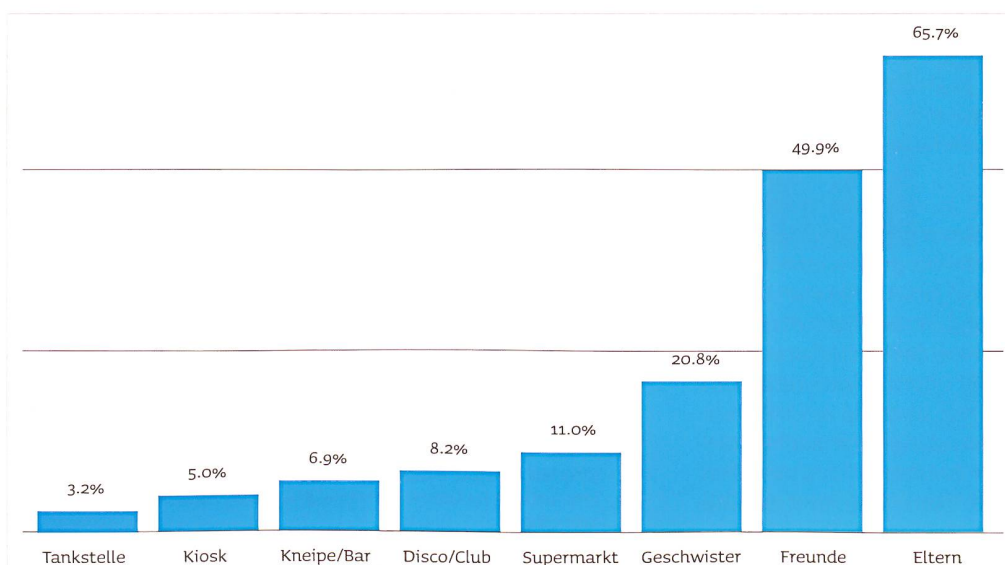


Abb. 3: **Nutzungshäufigkeit verschiedener Alkoholbezugsquellen. N = 685 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 15 Jahren mit Alkoholkonsumerfahrungen, die Alkohol mind. «manchmal» von diesen Quellen bezogen.**¹⁹

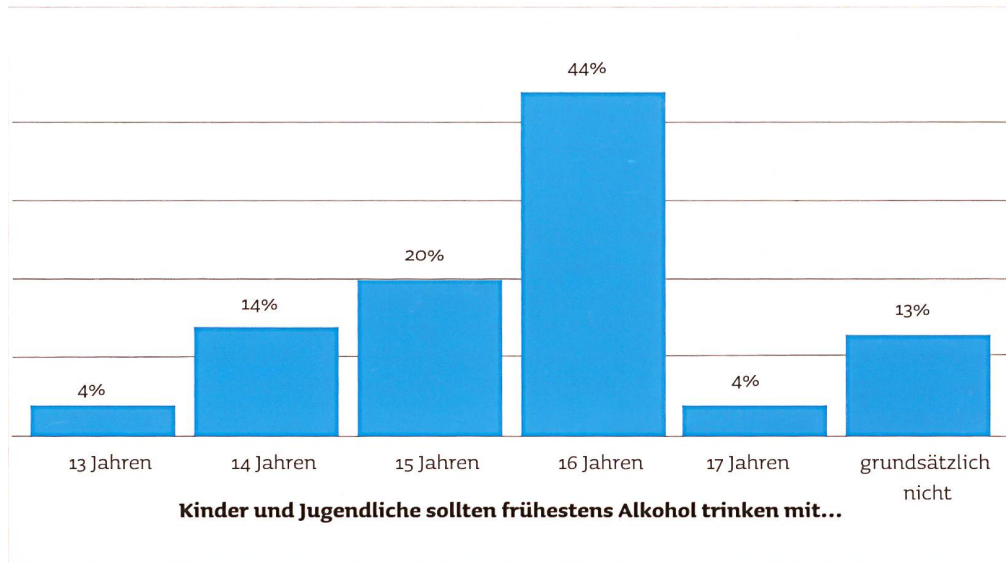


Abb. 4: **Einstellung der Eltern zum Alter des ersten Konsums von Alkohol ihrer Kinder (n=1'000 Eltern).**²²

und 17 Jahren haben, das bei ihnen im Haushalt lebt, wurden u.a. dazu befragt, ab welchem Alter ihre Kinder frühestens Alkohol probieren dürfen.²¹ Abbildung 4 veranschaulicht die Hauptergebnisse, wonach 38% der Eltern kein Problem damit haben, wenn ihr Kind auch unter 16 Jahren erstmals Alkohol probiert.

Ganz anders stellt sich die Situation in vielen anderen Staaten der Welt dar, darunter die Nordeuropäischen Staaten oder die USA, die ein erheblich höheres legales Verkaufsalter haben und somit die freie Verfügbarkeit für alkoholische Produkte im Jugendalter reduziert haben. In den USA bspw. liegt das legale Verkaufsalter bei 21 Jahren. Es ist die calvinistische Tradition, Heranwachsende möglichst lange vom Alkohol fernzuhalten. Gibt es nun empirische Belege für die eine oder die andere Sichtweise? Eine Reihe von longitudinalen Studien untersuchte den Zusammenhang zwischen dem frühzeitigen Beginn des Alkoholkonsums und der Entwicklung alkoholbezogener Probleme im weiteren Lebenslauf.²³ Kristina Jackson und Kollegen untersuchten bspw. 561 SchülerInnen der sechsten Klassenstufe und verfolgten sie bis zur neunten Klassenstufe. Die Prävalenz, schon einmal im Leben einen Schluck Alkohol getrunken zu haben, lag in der sechsten Klasse bei 29,5%. Der Erstkontakt mit Alkohol fand überwiegend zu Hause unter Aufsicht der Eltern statt. Auch unter Kontrolle weiterer Risikofaktoren zeigte sich, dass SchülerInnen, die in der sechsten Klasse schon einmal an einem Glas Alkohol genippt hatten, in der neunten Klasse im Vergleich zu SchülerInnen, die keine frühen Erfahrungen mit dem Alkohol hatten, ein grösseres Risiko aufwiesen, ein ganzes Glas Alkohol getrunken zu haben, betrunken gewesen zu sein und/oder Rauschtrinken zu praktizieren.²⁴ Die AutorInnen schlussfolgern, dass das Anbieten von Alkohol durch die Eltern – und sei es nur ein «Schluckchen» – keine hilfreiche Präventionsmassnahme darstellt.

Derzeit erproben und erforschen wir in einem europäischen Verbundprojekt unter finanzieller Mitförderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Umsetzung des schwedischen STAD-Ansatzes in Deutschland.²⁵ Neben einer strikteren Durchsetzung bestehender Ausschank- und Verkaufsgesetze zielt dieses Projekt auch auf eine Verringerung der Verfügbarkeit von Alkohol durch eine Sensibilisierung der Eltern. Diese werden im Rahmen des Modellprojektes nicht nur über die schädlichen Wirkungen von Alkohol auf die Hirnentwicklung Heranwachsender aufgeklärt, sondern ihnen wird auch der Zusammenhang zwischen dem frühen Anbieten von Alkohol im familiären Kontext und

dem erhöhten Risiko des späteren Rauschtrinkens vermittelt. Letztlich sollen sie zur Formulierung und Durchsetzung strikter Alkoholregeln zu Hause motiviert werden.

Implikationen für die Prävention und Suchtpolitik

Die leichte Verfügbarkeit des Alkohols in der Schweiz und in Deutschland ist eine der zentralen Ursachen für die hohe Verbreitung des Rauschtrinkens im Jugendalter in diesen Ländern. Die Politik ist gefordert, an den drei Stellgrössen der Verfügbarkeit – Preis, legales Bezugsalter sowie Verkaufsstellen – anzusetzen. Angesichts des jahrzehntelangen Laissez-Faire-Umgangs mit dem «Kulturgut» Alkohol in unserer Gesellschaft kein leichtes Unterfangen, sondern das Bohren eines dicken Brettes. Aber auch die Eltern müssen umdenken: Das gedankenlose Heranführen Heranwachsender an den Alkohol nach dem Motto «ein Schlückchen hat noch niemandem geschadet» muss angesichts der empirischen Daten hinterfragt werden. ●

Literatur

- Bräker, A.B./Soellner, R. (2016): Alcohol drinking cultures of European adolescents. *European Journal of Public Health* 26(4):581-586. doi: 10.1093. /eurpub. /ckw033.
- de Looze, M./Raaijmakers, Q./Bogt, T.T. et al. (2015): Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health* 25(2): 69-72. doi: 10.1093. /eurpub. /ckv031.
- Hanewinkel, R./Tomczyk, S./Goetze, M. et al. (2017): Preventing Binge Drinking in Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International* 114(16): 280-287. doi: 10.3238. /arztebl.2017.0280.
- Holder, H.D. (1999): *Alcohol and the community: a systems approach to prevention*. Cambridge: Cambridge University Press 1999.
- Jackson, K.M./Barnett, N.P./Colby, S.M. et al. (2015): The prospective association between sipping alcohol by the sixth grade and later substance use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 76(2): 212-221.
- Kandel, D. (1975): Stages in Adolescent Involvement in Drug Use. *Science* 190(4217): 912-914.
- Maimaris, W./McCambridge, J. (2014): Age of first drinking and adult alcohol problems: systematic review of prospective cohort studies. *Journal of Epidemiological Community Health* 68(3): 268-274. doi: 10.1136. /jech-2013-203402.
- Marcus, J./Siedler, T. (2015): Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *Journal of Public Economy* 123: 55-77. doi: 10.1016. /j. jpubeco.2014.12.010.
- McCambridge, J./McAlaney, J./Rowe, R. (2011): Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS Med* 8(2): e1000413. doi: 10.1371. /journal.pmed.1000413.
- Shield, K.D./Gmel, G./Gmel, G. et al. (2017): Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction* doi: 10.1111/ add.13827.

Stolle, M./Sack, P.M./Thomasius, R. (2009): Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences and interventions. Deutsches Ärzteblatt International 106(19): 323-328. doi: 10.3238./arztbl.2009.0323.

Suchert, V./Hanewinkel, R./Morgenstern, M. (2014): Wahrgenommene Verfügbarkeit und Alkoholkonsum Jugendlicher im Längsschnitt. Sucht 60(5): 279-287. doi: 10.1024./0939-5911.a000323.

Squeglia, L.M./Tapert, S.F./Sullivan, E.V. et al. (2015): Brain development in heavy-drinking adolescents. American Journal of Psychiatry 172(6): 531-42. doi: 10.1176./appi.ajp.2015.14101249.

Thern, E./de Munter, J./Hemmingsson, T./Davey Smith, G./Ramstedt, M./Tynelius, P./Rasmussen, F. (2017): Effects of increased alcohol availability during adolescence on the risk of all-cause and cause-specific disability pension: a natural experiment. Addiction 112(6): 1004-1012. doi:10.1111/add.13750.

Topiwala, A./Allan, C.L./Valkanova, V. et al. (2017): Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study. British Medical Journal 357: j2353. doi: 10.1136./bmj.j2353.

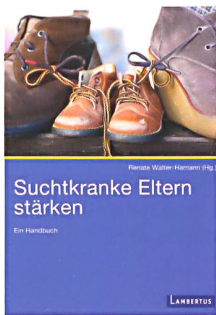
WHO – World Health Organization (2017): WHO Health Statistics 2017. Geneva: World Health Organization 2017.

Endnoten

- 1 Diese Arbeit wurde durch eine finanzielle Förderung aufgrund eines Beschlusses des deutschen Bundestages durch die Bundesregierung ermöglicht. Die Publikation ist Teil des Projektes <709661/SIE>, welches Fördermittel durch das EU Programm Gesundheit (2014-2020) erhielt.
- 2 Vgl. Shield/Gmel et al. 2017.

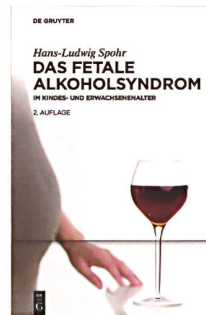
- 3 Vgl. Topiwala/Allan et al. 2017.
- 4 Vgl. Stolle/Sack et al. 2009.
- 5 Vgl. Squeglia/Tapert et al. 2015.
- 6 Vgl. McCambridge/McAlaney et al. 2011.
- 7 Vgl. Kandel 1975.
- 8 Vgl. WHO 2017.
- 9 Vgl. de Looze/Raaijmakers et al. 2015.
- 10 Abbildung erstellt nach Daten von ebd.
- 11 Vgl. Bräker/Soellner 2016.
- 12 Nach ebd..
- 13 Vgl. Hanewinkel/Tomczyk et al. 2017.
- 14 Vgl. Holder 1999.
- 15 Vgl. ebd..
- 16 Vgl. Thern/de Munter et al. 2017.
- 17 Vgl. Suchert/Hanewinkel et al. 2014.
- 18 Vgl. ebd..
- 19 Vgl. ebd..
- 20 Vgl. Marcus/Siedler 2015.
- 21 Befragung von forsa. Im Auftrag der DAK-Gesundheit.
- 22 Vgl. ebd..
- 23 Vgl. Maimaris/McCambridge 2014.
- 24 Vgl. Jackson/Barnett et al. 2015.
- 25 Schwedischer Stad-Ansatz (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem/Stockholm beugt Alkohol- und Drogenproblemen vor): www.stadineurope.eu

Bücher



Suchtkranke Eltern stärken. Ein Handbuch Renate Walter-Hamann (Hrsg.) 2017, Lambertus, 100 S.

Ein Suchtproblem hat in der Regel Auswirkungen auf das elterliche Verhalten und die Elternkompetenz sowie auf das Bindungsverhalten bzw. die Bindung zu den Kindern. Besteht ein Suchtproblem in einer Familie, ist das Hilfesystem sowohl präventiv im Interesse der Kinder als auch hinsichtlich der Beratung und Behandlung der Eltern gefordert. Dieses Manual gibt Impulse und Hinweise, das Thema Elternschaft von suchtkranken Männern und Frauen in die Beratung und Behandlung ihrer Suchtprobleme zu integrieren.



Das Fetale Alkoholsyndrom - Im Kindes- und Erwachsenenalter Hans-Ludwig Spohr 2016 (2. aktual. Aufl.), de Gruyter, 338 S.

Die aktualisierte und erweiterte Auflage des Bandes beinhaltet neben der ausführlichen Beschreibung des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) sowie der Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen (FASD) auch Informationen in Bezug auf die Entdeckung des Syndroms, zur Klinik, Diagnostik (4-Digit Diagnostic Code), Epidemiologie, Pathogenese, Psychopathologie und zum Langzeitverlauf bis ins Erwachsenenalter (FAS adult). Weitere Themen sind Prävention und Therapie, aber auch soziale Konsequenzen und gesetzliche Regelungen des FAS und FASD sowie Auswirkungen für FASD-Patienten im Erwachsenenalter – ergänzt um therapeutische Hilfen sowie Hinweise auf die neu erarbeiteten Leitlinien für das FAS.



Zurück in den Alltag – Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit Silvia Gavez/Samuel Keller/Trudi Beck 2016, Barbara Budrich, 120 S.

Welchen Herausforderungen sehen sich Mütter nach der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit gegenüber? Im Fokus der Studie standen Mütter, die eine stationäre oder tagesklinische Behandlung hinter sich hatten. Die Ergebnisse der qualitativen Studie geben einen Einblick in das Leben dieser Frauen bei der Rückkehr in ihren Alltag. Drei Herausforderungen erweisen sich dabei als relevant: die Positionierung als Mutter im sozialen Netz, die Wahrnehmung und Adressierung der Kinder sowie eigene Entwicklungen und Veränderungen. Ob und wie die Fachpersonen mit diesen Herausforderungen umgehen, wird anhand von Interviews aufgezeigt. Aus den Ergebnissen werden Empfehlungen für die Nachsorge abgeleitet.



Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening-Ansätze und Interventionsmöglichkeiten Gela Becker/ Klaus Henricke/ Michael Klein Unter Mitw. v. Mirjam Landgraf 2015, de Gruyter, 194 S.

Fast jeder zweite Erwachsene mit einer Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) entwickelt zusätzlich zur bestehenden Beeinträchtigung eine Suchtstörung. Dieses Buch gibt eine Einführung in die Diagnostik bei Erwachsenen mit FASD, zeigt Screening- und Interventionsansätze auf und ermöglicht so einen umfassenden Einblick in diese komplexe, schwer zu behandelnde Beeinträchtigung. Individualisierte, (prä)therapeutische Bausteine für ein ambulantes Beratungs- und Unterstützungsangebot werden dargestellt. Die komprimiert beschriebenen Module sollen dazu beitragen, vorhandene Betreuungskonzepte um die besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe zu erweitern. Sie bieten umfassende Anregungen für den diagnostischen, therapeutischen und pädagogischen Umgang mit dieser Klientel.