DOI 10.1463/2008.07.05

▶ Alexander Pabst[1] & Ludwig Kraus[1]

Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006

Alcohol consumption, alcohol-use disorders and trends. Results of the 2006 Epidemiological Survey of Substance Abuse

Key words
Population survey, alcohol consumption, risky single occasion drinking (RSOD), alcohol-related disorders, trends

Schlüsselwörter
Bevölkerungsbefragung, Alkoholkonsum, Rauschtrinken, alkoholbezogene Störungen, Trends

Abstract

Aims: *The prevalence of alcohol use, risky single occasion drinking (RSOD) and alcohol-use disorders, as well as trends in alcohol consumption since 1995 were assessed.* ***Method:*** *A representative sample of 7,912 people aged 18 to 64 years was drawn from the general population. The survey used self-administered questionnaires and telephone interviews (mixed-mode design); the response rate was 45 %.* ***Results:*** *Risky alcohol consumption (at least 30 g/20 g ethanol per day for males/females) in the last 30 days was reported by 10.7 % of the respondents. Overall, 3.8 % of the 18- to 64-year-olds fulfilled DSM-IV criteria of alcohol abuse and 2.4 % met the criteria for alcohol dependence. Trend analyses revealed that the quantity of alcohol consumed remained consistantly high during the last ten years. Among 18- to 24-year-olds, the 30-day prevalence of RSOD increased significantly from 33.0 % in 1995 to 45.4 % in 2006.* ***Conclusions:*** *Alcohol consumption in Germany is still widespread. The high prevalence of RSOD particularly among young adults and the associated negative consequences require that purposeful alcohol-political measures to be taken.*

Zusammenfassung

Ziel: Untersucht wurden Prävalenzen und Mengen des Alkoholkonsums, des Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen sowie Trends im Alkoholkonsum seit 1995. **Methodik:** Die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2006 umfasst 7.912 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren. Die Datenerhebung erfolgte als schriftliche Befragung bzw. telefonisches Interview (Mixed-Modus-Design). Die Antwortrate betrug 45 %. **Ergebnisse:** Bezogen auf die letzten 30 Tage zeigten 10,7 % der Befragten einen mindestens riskanten Alkoholkonsum von durchschnittlich mehr als 20/30 g Reinalkohol pro Tag für Frauen/Männer. Nach DSM-IV erhielten 3,8 % der 18- bis 64-Jährigen die Diagnose Alkoholmissbrauch und 2,4 % die Diagnose Abhängigkeit. Trendanalysen zeigen, dass die konsumierten Mengen im zehn Jahres Vergleich auf konstant hohem Niveau blieben. Rauschtrinken hat unter jungen Erwachsenen deutlich zugenommen. In der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen stieg der Anteil der Rauschtrinker (letzte 30 Tage) signifikant von 33,0 % in 1995 auf 45,4 % in 2006 an. **Schlussfolgerungen:** Alkoholkonsum ist in Deutschland nach wie vor weit verbreitet. Die hohe Prävalenz des Rauschtrinkens vor allem unter jungen Erwachsenen und die damit verbundenen Risiken für alkoholbezogene Probleme erfordern gezielte alkoholpolitische Maßnahmen.

Einleitung

In der deutschen Bevölkerung ist Alkoholkonsum nach wie vor weit verbreitet. Im Jahr 2005 wurden pro Kopf insgesamt 145 Liter alkoholische Getränke getrunken. Dies entspricht einem Pro-Kopf-Konsum von 10,0 Liter reinem Alkohol (Meyer & John, 2007). Damit nimmt Deutschland im internationalen sowie europäischen Vergleich weiterhin eine Spitzenposition ein. Gleichzeitig deuten die Produktions- und Verbraucherstatistiken der Alkoholwirtschaft in den letzten Jahren auf einen konstant rückläufigen Alkoholkonsum in der Bevölkerung hin. Dieser Trend wird durch Surveydaten in der erwachsenen Bevölkerung bestätigt (Augustin & Kraus, 2005). Jedoch trifft diese Entwicklung nicht auf alle Altersgruppen gleichermaßen zu. Insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist in jüngster Zeit ein zunehmender Alkoholkonsum zu beobachten. Eine Reihe von Studien weisen auf diese problematische Tendenz hin (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007; Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieber, 2003; Kraus, Augustin & Töppich, 2003).

Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und negativen Konsequenzen wird in Überblicksarbeiten, wie denen von Edwards et al. (1997),

1 IFT Institut für Therapieforschung, München

Bühringer et al. (2000) und Babor et al. (2005) umfassend beschrieben. Zu den negativen Folgen zählen unter anderem eine Vielzahl somatischer und psychischer Erkrankungen, Beeinträchtigungen im psychosozialen Lebensbereich der Konsumenten und deren Angehöriger. Von den jährlich 150.000 Verurteilungen wegen Straftaten im Straßenverkehr gehen etwa 60 % auf Alkohol zurück (Bühringer et al., 2000). Bezogen auf das Jahr 2005 war Alkohol bei rund 22.000 Verkehrsunfällen mit Personenschaden beteiligt und etwa 600 Personen wurden bei Verkehrsunfällen mit Alkoholeinfluss getötet (Albrecht, Hasse & Schulze, 2007). Die Folgekosten, die direkt (z. B. Behandlungskosten) und indirekt (z. B. Kosten verursacht durch den Ausfall von bezahlter und unbezahlter Arbeit) durch alkoholbedingte Störungen entstehen, belaufen sich auf etwa 24 Mrd. € für das Jahr 2002 (Konnopka & König, 2007). Da wesentliche Aspekte riskanten Alkoholkonsums, wie etwa Kosten durch Delinquenz, hierbei nicht berücksichtigt sind, dürften die tatsächlich durch Alkohol verursachten gesellschaftlichen Kosten deutlich höher liegen.

Alkohol stellt einen wesentlichen verhaltensbedingten Risikofaktor für Krankheit und vorzeitigen Tod in Europa dar (Anderson & Baumberg, 2006; Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2006). Die Lebenserwartung für Personen mit chronischem Alkoholmissbrauch verkürzt sich um etwa 23 Jahre (Statistisches Bundesamt, 1998). Die Zahl der jährlich an alkoholbedingten Krankheiten Verstorbenen ist in Deutschland laut Todesursachenstatistik zwischen 1980 und 2005 um fast die Hälfte auf über 16.000 gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2007). Dabei führt eine Auswertung der in der Todesursachenstatistik ausgewiesenen Todesfälle durch Alkohol aufgrund der monokausalen Erfassung der Todesursache mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Fallzahlen. An den direkten oder indirekten Folgen von Alkohol verstarben im Jahr 2002 in Deutschland schätzungsweise 48.000 Personen (Konnopka & König, 2007). Dies entspricht einem geschätzten Anteil von 5,5 % aller Todesfälle, der allein auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen ist. Andere Untersuchungen gehen von etwa 74.000 Todesfällen pro Jahr aus, die durch Alkoholkonsum allein oder die Kombination mit Tabakkonsum bedingt sind (John & Hanke, 2002).

Befragungen wie der Epidemiologische Suchtsurvey nehmen in modernen Monitoringsystemen für legale und illegale Drogen eine Schlüsselrolle ein und sind für die Planung kurz- und mittelfristiger Präventivmaßnahmen unerlässlich. Eine wesentliche Zielstellung des Moduls zum Alkoholkonsum ist dabei die Erfassung aktueller Daten zum Konsum und Missbrauch von Alkohol sowie assoziierter negativer Konsequenzen in der deutschen Bevölkerung. Die Analyse von Risikokonsummustern wie dem des Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach DSM-IV ermöglicht zudem die Einschätzung des Gefährdungspotenzials durch den Konsum von Alkohol. Darüber hinaus stellt die wiederholte Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys eine Möglichkeit dar, die Trends in der Prävalenz und Menge sowie des problematischen Konsums von Alkohol seit 1995 zu beurteilen.

Methode

Stichprobe

Auf Basis der Grundgesamtheit von etwa 52,3 Mio. in Privathaushalten lebenden deutschsprachigen Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stand 31.12.2005, Statistisches Bundesamt) wurde die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 über ein zweistufiges Verfahren zufällig ausgewählt. Im ersten Schritt wurden Gemeinden bzw. Stadtteile proportional zur Anzahl der Einwohner und stratifiziert nach Bundesland, Kreis, Regierungsbezirk und BIK-Gemeindegrößenklasse ausgewählt. Anschließend wurden Personen durch systematische Zufallsauswahl direkt aus den Einwohnermelderegistern gezogen. In der Erhebung von 2006 wurden erstmals postalische und telefonische Befragungsmethoden in einem Mixed-Modus-Design kombiniert. Die endgültige Stichprobe umfasst 7.912 Personen. Dies entspricht nach Abzug stichprobenneutraler Ausfälle (verstorben, unbekannt verzogen, usw.) einer Responserate von 45 %. Die Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys ist in Kraus und Baumeister (2008) detailliert beschrieben.

Instrumente

Alkoholkonsum. Mit einem getränkespezifischen Frequenz-Menge-Index wurde der Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen sowie in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung erfasst. Erfragt wurden die Häufigkeit des Konsums verschiedener Getränke (Bier, Wein/Sekt, Alkopops, Spirituosen) sowie die durchschnittlich konsumierte Menge jedes Getränkes pro Trinkgelegenheit. Daraus lässt sich die Gesamtmenge reinen Alkohols in Gramm bestimmen und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnen. Für die Umrechnung von Liter pro Getränk in Gramm Reinalkohol wurden für einen Liter Bier, Wein/Sekt und Spirituosen jeweils 4,8 Vol %, 11,0 Vol % bzw. 33,0 Vol % verwendet, was einer Alkoholmenge von 38,1g, 87,3g und 262,0g Reinalkohol pro Liter entspricht (Bühringer et al., 2000). Für Alkopops wurden 5,5 Vol % bzw. 43,7g Reinalkohol pro Liter zugrunde gelegt. Als Indikator riskanten Alkoholkonsums wurden Konsumgrenzen pro Tag verwendet, wie sie Bühringer et al. (2000) vorschlägt. Auf Basis der durchschnittlichen Tagesmenge wurde das individuelle Trinkverhalten eingeteilt in Abstinenz, risikoarmer Konsum (Männer: >0–30 g, Frauen: >0–20 g), riskanter Konsum (Männer: >30–60 g, Frauen: >20–40 g), gefährlicher Konsum (Männer: >60–120 g, Frauen: >40–80 g) und Hochkonsum (Männer: >120 g, Frauen: >80 g). Der als Rauschtrinken bezeichnete Konsum großer Mengen Alkohol bei einem Trinkanlass (Gmel, Rehm & Kuntsche,

2003) wurde über die Anzahl der Gelegenheiten erfasst, an denen fünf oder mehr Gläser Alkohol konsumiert wurden.

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol wurden analog der Kriterien des DSM-IV für den Zeitraum der letzten 12 Monate mit den Items der erweiterten Version des Münchner Diagnostic Interview Schedule (M-CIDI; Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1995) erfasst. Alkoholabhängigkeit liegt nach DSM-IV dann vor, wenn mindestens drei der sieben Kriterien für Abhängigkeit in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind. Bei Alkoholmissbrauch muss mindestens eines der vier DSM-IV-Kriterien für Missbrauch innerhalb desselben Zeitraumes erfüllt sein.

Analysen

Deskription. Zur Beschreibung der Verbreitung des Alkoholkonsums werden Prävalenzen dargestellt. Aufgrund fehlender Angaben weichen die angegebenen Stichprobenumfänge teilweise vom Gesamtstichprobenumfang (7.912) ab. Die Anzahl der zugrunde liegenden Fälle (ungewichtet) ist in den Tabellen angegeben. Prävalenzwerte sind auf die Gesamtstichprobe, Mengenangaben in Litern auf die Konsumenten des jeweiligen Getränks bezogen.

Trends des Alkoholkonsums. Für Trendanalysen wurden die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys seit 1995 verwendet. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurde die Stichprobe des letzten Surveys für die Trendauswertungen auf die Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen beschränkt. In allen Erhebungen wurde der Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen mit einem Frequenz-Menge-Index erfasst, wobei sowohl die erfragten Getränke als auch die Gläsergrößen gleich blieben. Verglichen wurden 30-Tage-Prävalenz und Trinkmenge in Litern pro Woche getrennt nach Geschlecht und Getränkesorte von 1995 bis 2006. Zusätzlich wurden Abstinenzraten und Prävalenzwerte verschiedener Trinkintensitäten sowie die Auftretenshäufigkeit von Rauschtrinken für den genannten Zeitraum einander gegenübergestellt. Alkopops wurden im Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 erstmals als eigenständige Getränkeart erfasst. In den Trendauswertungen des Alkoholkonsums sind Alkopops daher für das Erhebungsjahr 2006 mit berücksichtigt, da die Gesamtkonsummenge anderenfalls unterschätzt werden könnte.

Für die Jahre 1997 und 2006 wurden außerdem die Prävalenzen für Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV verglichen. Die Operationalisierungen der diagnostischen Kriterien für Alkoholabhängigkeit in den Surveys 1997 und 2000 sowie für Alkoholmissbrauch im Survey 1997 weichen in wenigen Itemformulierungen marginal von denen des M-CIDI (Wittchen et al., 1995) ab. Aufgrund der im Survey 2000 abweichenden Items zur Erfassung des Missbrauchskriteriums »Soziale Folgen« wurde bei den Trendanalysen auf diesen Messzeitpunkt verzichtet.

Statistische Verfahren. Als Maß für den Zusammenhang zwischen Prävalenz und Geschlecht bzw. Altersgruppe wurden logistische Regressionen (Prävalenz des Konsums von Bier, Wein/Sekt, Alkopops und Spirituosen, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV), negativ-binomiale Regressionen (Rauschtrinken) und multinomiale logistische Regressionen (Alkoholkonsum) berechnet. Es werden alters- und geschlechtsadjustierte Odds Ratios und die zugehörigen 95 %-Konfidenzintervalle berichtet. Trinkmengen wurden zur Annäherung an eine Normalverteilung logarithmiert (natürlicher Logarithmus) und lineare Regressionen berechnet. Es werden zusätzlich t- und p-Werte der Tests auf Geschlechtsunterschiede berichtet. Für die Trendanalysen wurden die Daten aller Surveys seit 1995 gepoolt (pooled cross-sections; Wooldridge, 2002). Es wurde geprüft, ob sich signifikante Veränderungen in den Prävalenzen bzw. Verteilungen im Vergleich zum Referenzjahr 2006 ergaben. Hierzu wurden multivariable Regressionsmodelle mit Surveyjahr, Alter und Geschlecht als Prädiktoren verwendet (Wooldridge, 2002). Für Prävalenzen wurden binäre logistische Regressionen, für rechtsschiefe Variablen (durchschnittliche Trinkmenge) OLS Modelle mit log-transformierten abhängigen Variablen (Manning & Mullahy, 2001) und für geordnete Variablen (Konsumkategorien) Multinomiale Logit Modelle (Long, 2003) berechnet. Unter Berücksichtigung des Effekts des komplexen Stichprobendesigns wurden alle Analysen mit Survey Verfahren in SPSS 15.0 Complex Samples (SPSS Inc., 2007) und Stata Special Edition 9.2 (Stata Corp., 2005) gerechnet. Um die Repräsentativität der Punktschätzer zu gewährleisten, wurden die Daten an die Verteilungen der Grundgesamtheit der bundesdeutschen Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 31.12.2004) durch die Verwendung von Poststratifikationsgewichten angeglichen.

Ergebnisse

Abstinenz und Alkoholkonsum

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben rund ein Drittel der Frauen und jeder fünfte Mann gänzlich auf Alkohol verzichtet. Dieser Anteil von Personen setzt sich zusammen aus 3,1 % Lebenszeitabstinenten, 8,0 % Alkoholerfahrenen mit Abstinenz in den letzten 12 Monaten und 14,1 %, die nur in den letzten 30 Tagen auf Alkohol verzichteten (Tabelle 1). Deutliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich bei der letztgenannten Gruppe, in der 18,1 % der Frauen, aber nur 10,3 % der Männer in den letzten 30 Tagen auf Alkohol verzichtet haben (OR 1,92; KI 1,64 – 2,25; $p < 0{,}001$).

Insgesamt wiesen 64,2 % der Befragten in den letzten 30 Tagen einen risikoarmen Konsum auf, 7,9 % einen riskanten Konsum, 2,4 % einen gefährlichen Konsum und 0,4 % einen Hochkonsum. Trotz höherer Grenzwerte für Männer war deren Anteil in den Klassen riskanter Konsum und gefährlicher Konsum/Hochkonsum deutlich höher als bei den Frauen (Riskanter Konsum:

OR 1,67; KI 1,38–2,01; gefährlicher Konsum/Hochkonsum: OR 2,74; KI 1,92–3,90). Über einem Schwellenwert von durchschnittlich 20/30g Reinalkohol pro Tag lagen 14,1 % der Männer und 7,1 % der Frauen. Insgesamt überschritten 10,7 % der Befragten diese Grenzwerte. Dieser Personenkreis trank fast die Hälfte (48,6 %) der insgesamt konsumierten Alkoholmenge der letzten 30 Tage. Die Prävalenzen aller Risikogruppen weisen bei beiden Geschlechtern Schwankungen zwischen den Altersgruppen auf. Mit Ausnahme von Verschiebungen zu einem im Durchschnitt risikoärmeren Konsum bei den 25- bis 39-Jährigen und einem leichten Rückgang des Risikokonsums bei über 59-jährigen Frauen nehmen die Anteile der Konsumenten oberhalb der definierten Grenzwerte im Alter zu (Tabelle 1).

Alkoholkonsum nach Getränk

Etwa die Hälfte der Befragten trank in den letzten 30 Tagen Bier (54,3 %) und Wein/Sekt (51,7 %), etwa ein Drittel Spirituosen (31,0 %) und 3,8 % Alkopops (Tabelle 2). Die Anteile männlicher und weiblicher Konsumenten variierten in der Art des konsumierten Getränks: während Männer häufiger Bier und Spirituosen konsumierten (Bier: OR 4,32; KI 3,85–4,84; Spirituosen: OR 1,85; KI 1,64–2,09), tranken anteilig mehr Frauen Wein oder Sekt (OR 1,89; KI 1,71–2,09). Hinsichtlich Alkopops unterscheiden sich die Trinkhäufigkeiten nicht signifikant zwischen den Geschlechtern (OR 1,07; KI 0,85–1,35). Mit Ausnahme von Wein/Sekt übersteigen die Trinkmengen der Männer signifikant die der Frauen (Bier: 2,7 vs. 0,9; $t=26,34$; $p<0,001$; Alkopops: 0,5 vs. 0,4; $t=3,08$; $p<0,01$; Spirituosen: 0,08 vs. 0,04; $t=11,40$; $p<0,001$).

Weiterhin zeigen sich klare Altersunterschiede in der Prävalenz der verschiedenen Getränke. Unabhängig vom Geschlecht wurden Spirituosen und Alkopops häufiger von jüngeren Konsumenten getrunken. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hatte fast jeder zweite Befragte während der letzten 30 Tage Spirituosen konsumiert, bei den über 25-Jährigen beträgt der Anteil etwa 30 %. Der Konsum von Alkopops spielt nur in den beiden jüngsten Altersgruppen eine nennenswerte Rolle. Während der Anteil an Wein-/Sekttrinkern im Alter zunimmt, waren bei Bierkonsumenten keine nennenswerten Altersunterschiede zu beobachten. Bier wurde in allen Altersgruppen von etwa jedem zweiten Befragten konsumiert.

Ähnlich den Konsumprävalenzen zeigen sich auch für die durchschnittlich konsumierte Menge unterschiedlicher Getränke Effekte zwischen den Altersgruppen. Mit Ausnahme von Wein/Sekt ist die Trinkmenge für alle Getränke in der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen am höchsten und nimmt mit dem Alter kontinuierlich ab. Unter den Wein- und Sekttrinkern konsumierten Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren im Durchschnitt 0,7 Liter pro Woche, jüngere Konsumenten tranken hingegen weniger.

Tabelle 1: Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag)

			Altersgruppen						
	Gesamt		18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Gesamt	**7573**		**898**	**911**	**867**	**1259**	**1391**	**1412**	**835**
Lebenslang abstinent	3,1	(264)	5,5	3,3	4,1	2,5	3,2	2,6	3,1
Nur letzte 12 Monate abstinent	8,0	(577)	5,8	5,5	6,3	6,7	7,6	11,1	9,5
Nur letzte 30 Tage abstinent	14,1	(1113)	14,5	15,5	16,6	14,3	14,1	13,0	12,2
Risikoarmer Konsum[a]	64,2	(4818)	62,4	63,8	65,5	69,4	64,2	60,2	60,8
Riskanter Konsum[b]	7,9	(599)	8,6	9,1	6,3	5,4	7,8	9,8	10,4
Gefährlicher Konsum[c]	2,4	(176)	2,9	2,1	1,1	1,2	2,9	3,1	3,4
Hochkonsum[d]	0,4	(26)	0,4	0,6	0,1	0,5	0,3	0,3	0,6
Männer	**3396**		**435**	**400**	**370**	**534**	**599**	**646**	**412**
Lebenslang abstinent	2,3	(91)	5,8	2,4	3,8	2,0	2,7	1,2	1,7
Nur letzte 12 Monate abstinent	7,6	(242)	5,0	3,7	3,8	4,9	7,5	12,4	11,0
Nur letzte 30 Tage abstinent	10,3	(353)	13,4	9,7	12,6	10,7	9,8	10,2	7,8
Risikoarmer Konsum[a]	65,7	(2210)	60,5	68,4	68,3	74,0	65,3	59,5	59,9
Riskanter Konsum[b]	10,0	(359)	10,5	12,1	9,7	6,1	10,3	11,6	13,5
Gefährlicher Konsum[c]	3,5	(121)	4,0	2,9	1,6	1,8	4,0	4,6	5,3
Hochkonsum[d]	0,6	(20)	0,7	0,9	0,3	0,6	0,5	0,5	0,9
Frauen	**4177**		**463**	**511**	**497**	**725**	**792**	**766**	**423**
Lebenslang abstinent	3,9	(173)	5,0	4,3	4,4	3,1	3,6	4,2	4,8
Nur letzte 12 Monate abstinent	8,3	(335)	6,8	7,4	8,6	8,5	7,6	9,6	7,7
Nur letzte 30 Tage abstinent	18,1	(760)	15,8	21,4	20,4	17,8	18,5	16,1	17,4
Risikoarmer Konsum[a]	62,7	(2608)	64,5	59,2	62,9	64,8	63,1	60,9	61,9
Riskanter Konsum[b]	5,7	(240)	6,2	6,1	3,1	4,8	5,3	7,8	6,6
Gefährlicher Konsum[c]	1,3	(55)	1,6	1,3	0,7	0,6	1,8	1,4	1,3
Hochkonsum[d]	0,1	(6)	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,3

[a] Männer: >0–30 g, Frauen: >0–20 g; [b] Männer: >30–60 g, Frauen: >20–40 g
[c] Männer: >60–120 g, Frauen: >40–80 g; [d] Männer: >120 g, Frauen: >80 g

Rauschtrinken

Etwa ein Drittel der befragten Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage trank mindestens einmal während der letzten 30 Tage fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke (Tabelle 3). Bei Männern zeigt sich dieses Trinkverhalten häufiger als bei Frauen: fast die Hälfte der Männer und nur knapp ein Fünftel der Frauen haben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal exzessiv Alkohol getrunken (OR 3,56; KI 3,12–4,07; $p<0,001$). Vor allem bei jüngeren Konsumenten war Rauschtrinken sehr weit verbreitet. Der Anteil mindestens einmaligen Rauschtrinkens war mit 61,1 % bei den 18- bis 20-Jährigen am höchsten und mit 21,0 % am geringsten bei den 60- bis 64-Jährigen. Bezogen auf alle Befragten trank etwa ein Viertel (Männer: 35,9 %; Frauen: 13,8 %; OR: 3,70; KI: 3,27–4,20) mindestens einmal während der letzten 30 Tage fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke (Daten nicht dargestellt).

Mit dem durchschnittlichen Alkoholkonsum steigt der Anteil der Rauschtrinker erwartungsgemäß stark an. So berichteten 8,3 % der Konsumenten, die im täglichen Mittel nicht mehr als 20/30g (Frauen/Männer) Reinalkohol konsumierten, mindestens vier Trinktage im letzten Monat mit Rauschkonsum (Tabelle 4). Im Bereich riskanter Konsummengen (20/30 g–40/60 g Reinalkohol pro Tag) waren es 35,6 % (Männer: 43,1 %; Frauen: 21,8 %) und bei den Konsumenten mit mehr als 40/60g Reinalkohol pro Tag 81,5 %. Obwohl das Risiko des Rauschtrinkens mit zunehmender Konsummenge steigt, waren Rauschtrinker mehrheitlich (72 %) risikoarme Konsumenten, da diese Gruppe mit 85,7 % den weitaus größten Anteil aller Konsumenten stellte. Hinsichtlich dieses Musters finden sich keine Unter-

Tabelle 2: Prävalenz und Trinkmenge verschiedener Getränkesorten in den letzten 30 Tagen

			Altersgruppen						
		Gesamt	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Gesamt		**7889**	**926**	**950**	**896**	**1304**	**1440**	**1477**	**896**
Bier	%[a]	54,3	54,5	57,6	54,1	55,8	54,5	51,8	53,9
	Liter[b]	2,1	2,3	2,3	1,8	1,9	2,2	2,3	2,5
Wein/Sekt	%	51,7	36,0	40,2	49,4	52,4	54,8	53,0	55,8
	Liter	0,5	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7
Spirituosen	%	31,0	47,8	45,5	33,4	28,3	28,8	28,2	29,5
	Liter	0,07	0,13	0,09	0,06	0,05	0,05	0,07	0,06
Alkopops	%	3,8	17,5	16,9	7,0	3,4	1,4	0,5	0,0
	Liter	0,5	0,6	0,5	0,6	0,3	0,2	0,4	0,0
Männer		**3523**	**447**	**418**	**382**	**552**	**622**	**672**	**430**
Bier	%	71,4	69,3	76,4	72,2	74,4	72,2	67,1	68,2
	Liter	2,7	2,9	2,8	2,3	2,4	2,8	2,9	3,2
Wein/Sekt	%	44,0	26,9	31,1	41,9	45,6	46,2	44,7	52,1
	Liter	0,6	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,7	0,8
Spirituosen	%	37,4	51,3	54,1	39,1	35,6	35,0	34,2	34,7
	Liter	0,08	0,16	0,12	0,09	0,06	0,06	0,09	0,07
Alkopops	%	3,7	14,7	16,2	8,0	3,2	1,5	0,4	0,0
	Liter	0,5	0,8	0,5	0,7	0,3	0,3	0,5	0,0
Frauen		**4366**	**479**	**532**	**514**	**752**	**818**	**805**	**466**
Bier	%	36,7	36,6	38,2	36,8	37,7	36,7	34,9	37,7
	Liter	0,9	1,1	1,2	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9
Wein/Sekt	%	59,6	47,1	49,6	56,6	59,2	63,4	62,2	60,1
	Liter	0,5	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7
Spirituosen	%	24,5	43,5	36,7	27,9	21,2	22,6	21,6	23,5
	Liter	0,04	0,08	0,06	0,03	0,04	0,03	0,04	0,03
Alkopops	%	4,0	20,9	17,7	6,0	3,6	1,3	0,6	0,0
	Liter	0,4	0,5	0,4	0,5	0,3	0,1	0,2	0,0

[a] Anteil der Konsumenten des Getränks (mindestens ein Glas in den letzten 30 Tagen), bezogen auf die Gesamtstichprobe

[b] Mittelwert in Liter pro Woche, bezogen auf Konsumenten des jeweiligen Getränks

Tabelle 3: Prävalenz des Rauschtrinkens[a] (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)

			Altersgruppen						
	Gesamt		18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Gesamt	**5774**		**699**	**709**	**651**	**973**	**1062**	**1052**	**628**
0-mal	66,7	(3733)	38,8	41,1	57,9	67,6	70,6	74,3	78,9
1- bis 3-mal	19,6	(1197)	33,4	36,2	27,5	20,8	16,9	13,2	10,7
4-mal oder häufiger	13,7	(844)	27,7	22,6	14,6	11,6	12,5	12,5	10,3
Männer	**2778**		**343**	**351**	**306**	**453**	**489**	**504**	**332**
0-mal	55,2	(1447)	30,0	29,6	43,8	55,8	59,0	62,7	70,7
1- bis 3-mal	24,8	(712)	32,7	40,7	33,4	26,8	22,8	18,2	14,8
4-mal oder häufiger	20,0	(619)	37,3	29,7	22,8	17,4	18,3	19,1	14,4
Frauen	**2996**		**356**	**358**	**345**	**520**	**573**	**548**	**296**
0-mal	80,3	(2286)	50,0	55,9	73,9	81,2	83,8	88,3	90,0
1- bis 3-mal	13,4	(485)	34,4	30,6	20,9	13,8	10,2	7,1	5,2
4-mal oder häufiger	6,2	(225)	15,7	13,5	5,2	5,0	6,0	4,6	4,8

[a] Fünf oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen

schiede zwischen den Geschlechtern, wobei Männer weit häufiger Rauschkonsum aufweisen als Frauen. Klare Unterschiede lassen sich hingegen zwischen den Altersgruppen feststellen. Während in der jüngsten Altersgruppe 56 % der Konsumenten mit durchschnittlich risikoarmen Konsummengen mindestens einmal im Monat bis zum Rausch tranken, waren es bei den 30- bis 39-Jährigen mit 28 % noch gut ein Viertel (Daten nicht dargestellt).

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Nach DSM-IV erhielten 2,4 % der befragten 18- bis 64-Jährigen die Diagnose Alkoholabhängigkeit und 3,8 % die Diagnose Alkoholmissbrauch (Tabelle 5). Bei Männern waren beide Befunde deutlich weiter verbreitet als bei Frauen (Missbrauch: OR 5,72; KI 4,11–7,97; $p<0{,}001$; Abhängigkeit: OR 2,45; KI 1,74–3,44; $p<0{,}001$). Neben Geschlechtsunterschieden sind klare Unterschiede über die Altersgruppen erkennbar. In höheren Altersgruppen nehmen die Prävalenzwerte für Missbrauch und Abhängigkeit kontinuierlich ab.

Trends

Abstinenz und Alkoholkonsum. Trotz zeitlicher Schwankungen ist in jeder Erhebung zwischen 1995 und 2006 der größte Anteil Alkoholtrinker in der Gruppe risikoarmer Konsumenten zu finden. In der letzten Erhebung ist dieser Anteil gegenüber den Jahren zuvor leicht zurückgegangen, mit 64,2 % tranken jedoch nach wie vor über die Hälfte der Befragten risikoarm. Nach einer Abnahme der Abstinenzrate von 1997 zu 2000 stieg sie in den nachfolgenden Erhebungen wieder an und liegt im Survey 2006 mit 25,2 % über dem Wert von 1995. Als rückläufig sind die Prävalenzen der beiden höchsten Konsumkategorien zu bewerten. Die Prüfung der Trends ergab signifikante Veränderungen in den Prävalenzen aller Konsumkategorien im Vergleich zum Referenzjahr 2006. Diese Verschiebungen von riskantem, gefährlichem und Hochkonsum hin zu einem höheren Anteil abstinenter und risikoarmer Konsumenten treten bei beiden Geschlechtern gleichermaßen auf (Tabelle 6).

Alkoholkonsum nach Getränk. Auch hinsichtlich der getränkespezifischen Prävalenzen setzt sich der insgesamt rückläufige Konsumtrend fort. Tranken im Jahr 2000 noch 84,2 % der Männer mindestens ein Glas Bier in den letzten 30 Tagen, waren es in der letzten Erhebung noch 71,8 %. Mit Ausnahme von Spirituosen bei den Frauen, deren Konsum im Vergleich zu 2003 relativ konstant blieb, sind bei beiden Geschlechtern die Prävalenzen aller Getränke seit 1995 zum Teil deutlich gesunken. Unterschiede lassen sich lediglich für das Jahr 2000 feststellen, in dem alle Prävalenzen leicht nach oben hin abweichen. Auf gleichem Niveau blieben seit 1995 die von den Konsumenten des jeweiligen Getränks durchschnittlich konsumierten Mengen an Wein/Sekt und Spirituosen. Rückläufig ist allenfalls der Konsum von Bier bei Männern. Tranken

Tabelle 4: Prävalenz des Rauschtrinkens[a] nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag; Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)

	Gesamt		risikoarmer Konsum[b]	riskanter Konsum[c]	gefährlicher / Hochkonsum[d]
Gesamt	**5540**		**4748**	**597**	**195**
0-mal	66,6	(3570)	72,1	41,4	10,7
1- bis 3-mal	19,5	(1148)	19,6	23,0	7,8
4-mal oder häufiger	13,9	(822)	8,3	35,6	81,5
Männer	**2683**		**2191**	**357**	**135**
0-mal	55,2	(1395)	61,3	35,2	5,0
1- bis 3-mal	24,6	(684)	26,0	21,7	8,8
4-mal oder häufiger	20,2	(604)	12,7	43,1	86,2
Frauen	**2857**		**2557**	**240**	**60**
0-mal	80,3	(2175)	84,0	52,8	27,8
1- bis 3-mal	13,4	(464)	12,5	25,4	4,9
4-mal oder häufiger	6,3	(218)	3,5	21,8	67,2

[a] Fünf oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen
[b] Männer: > 0–30 g, Frauen: > 0–20 g
[c] Männer: > 30–60 g, Frauen: > 20–40 g
[d] Männer: > 60 g, Frauen: > 40 g

Tabelle 5: Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV

	Gesamt		Altersgruppen 18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Gesamt	**7719**		**914**	**936**	**887**	**1288**	**1416**	**1435**	**843**
DSM-IV Missbrauch	3,8	(314)	8,8	7,4	4,2	3,5	3,2	3,1	2,5
DSM-IV Abhängigkeit	2,4	(206)	5,5	6,1	2,5	2,2	2,3	1,6	0,8
Männer	**3456**		**444**	**410**	**377**	**542**	**610**	**658**	**415**
DSM-IV Missbrauch	6,4	(245)	12,9	11,5	6,8	6,3	5,4	5,2	4,3
DSM-IV Abhängigkeit	3,4	(138)	7,3	9,4	4,1	3,1	2,8	2,2	1,1
Frauen	**4263**		**470**	**526**	**510**	**746**	**806**	**777**	**428**
DSM-IV Missbrauch	1,2	(69)	3,7	3,2	1,7	0,7	1,0	0,7	0,4
DSM-IV Abhängigkeit	1,4	(68)	3,2	2,7	0,9	1,3	1,9	0,8	0,4

diese 1995 durchschnittlich noch 3,5 Liter Bier pro Woche, waren es 2006 noch 2,7 Liter. Die Prüfung der Trends ergab signifikante Veränderungen in den Konsumprävalenzen aller Getränke gegenüber dem Jahr 2006. Für die durchschnittlich konsumierten Mengen lassen die Trendanalysen kaum bedeutsame Veränderungen erkennen. Aufgrund fehlender Vergleichswerte in den vorherigen Erhebungen wurden auf die Darstellung von Alkopops für das Surveyjahr 2006 verzichtet. (Tabelle 7).

Rauschtrinken. Der Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken zu einer Gelegenheit hat bei den 18- bis 59-jährigen Befragten über den Zeitraum der letzten zehn Jahre abgenommen. Allerdings zeigen sich bedeutsame altersspezifische Unterschiede. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen beiden Geschlechts hat der Anteil der mindestens einmaligen Rauschtrinker seit 1995 deutlich zugenommen und war mit 45,4 % so hoch wie in keiner Erhebung zuvor. In den darüber liegenden Altersgruppen ging die Prävalenz des Rauschtrinkens kontinuierlich zurück. Der stärkste Rückgang ist in der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen zu beobachten (Tabelle 8).

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Abgesehen von kleineren Schwankungen sind weder für Alkoholmiss-

Tabelle 6: Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag in den letzten 30 Tagen), 1995–2006

	1995	1997	2000	2003	2006
Gesamt	**6534**	**7210**	**7307**	**7553**	**6738**
Abstinent	20,3	21,2	13,7	16,8	25,2
Risikoarmer Konsum [a]	65,2 *	65,6 *	70,6 *	71,1 *	64,5
Riskanter Konsum [b]	10,0 *	9,8 *	11,3 *	9,3 *	7,7
Gefährlicher [c] / Hochkonsum [d]	4,6 *	3,4 *	4,4 *	2,8 *	2,6
Männer	**2919**	**3254**	**3264**	**3413**	**2984**
Abstinent	14,1	15,2	10,1	13,0	20,2
Risikoarmer Konsum	64,3 *	64,5 *	69,0 *	70,8 *	66,3
Riskanter Konsum	14,8 *	14,8 *	14,5 *	12,1 *	9,7
Gefährlicher / Hochkonsum	6,8 *	5,6 *	6,3 *	4,1 *	3,9
Frauen	**3615**	**3956**	**4043**	**4140**	**3754**
Abstinent	26,4	27,1	17,4	20,9	30,3
Risikoarmer Konsum	66,0 *	66,6 *	72,1 *	71,5 *	62,7
Riskanter Konsum	5,3	5,0	8,0 *	6,3 *	5,6
Gefährlicher / Hochkonsum	2,4 *	1,3	2,5 *	1,3	1,3

[a] Männer: > 0–30 g, Frauen: > 0–20 g
[b] Männer: > 30–60 g, Frauen: > 20–40 g
[c] Männer: > 60–120 g, Frauen: > 40–80 g
[d] Männer: > 120 g, Frauen: > 80 g
* p < .05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006; Multinomial Logit Regression zur Vorhersage der Prävalenzen in den Konsumgruppen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht), Basiskategorie: Abstinent

Tabelle 7: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995–2006

		1995		1997		2000		2003		2006	
Gesamt		**7780**		**7983**		**8088**		**7894**		**6958**	
Bier	%[a]	63,5 *		61,1 *		67,2 *		59,3 *		54,5	
	Liter [b]	2,8 *	(4404)[c]	2,6 *	(4535)	2,5 *	(5039)	2,1	(4328)	2,1	(3559)
Wein/Sekt	%	63,0 *		57,9 *		67,8 *		60,6 *		51,4	
	Liter	0,5 *	(4330)	0,5	(4266)	0,6 *	(5223)	0,5	(4564)	0,5	(3426)
Spirituosen	%	42,1 *		37,0 *		38,8 *		33,4		31,3	
	Liter	0,07	(2534)	0,07	(2426)	0,06 *	(2668)	0,05 *	(2608)	0,07	(2247)
Männer		**3541**		**3709**		**3670**		**3560**		**3086**	
Bier	%	82,8 *		79,8 *		84,2 *		78,7 *		71,8	
	Liter	3,5 *	(2764)	3,4 *	(2868)	3,2 *	(3003)	2,7	(2718)	2,7	(2182)
Wein/Sekt	%	58,7 *		51,9 *		62,0 *		53,0 *		43,2	
	Liter	0,5	(1731)	0,6	(1673)	0,6	(2115)	0,5	(1756)	0,5	(1230)
Spirituosen	%	51,5 *		46,5 *		46,2 *		41,6 *		37,7	
	Liter	0,08	(1474)	0,08	(1482)	0,07 *	(1473)	0,06 *	(1484)	0,08	(1218)
Frauen		**4239**		**4274**		**4418**		**4334**		**3872**	
Bier	%	44,1 *		42,1 *		49,5 *		38,8		36,8	
	Liter	1,2 *	(1640)	0,9	(1667)	1,0	(2036)	0,9	(1610)	0,9	(1377)
Wein/Sekt	%	67,3 *		64,0 *		73,8 *		68,6 *		59,8	
	Liter	0,5 *	(2599)	0,5	(2593)	0,6 *	(3108)	0,5	(2808)	0,5	(2196)
Spirituosen	%	32,6 *		27,4		31,1 *		24,7		24,6	
	Liter	0,04	(1060)	0,04 *	(944)	0,04 *	(1195)	0,04 *	(1124)	0,04	(1029)

[a] Anteil der Konsumenten des Getränks (mindestens ein Glas in den letzten 30 Tagen), bezogen auf die Gesamtstichprobe
[b] Mittelwert in Liter pro Woche, bezogen auf Konsumenten des jeweiligen Getränks
[c] Ungewichtete n der Konsumenten des jeweiligen Getränks
* p < .05 für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht).

Tabelle 8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens[a] 18- bis 59-Jähriger, 1995–2006

	Alter	1995	1997	2000	2003	2006
Gesamt		**7779**	**7612**	**8010**	**7873**	**6895**
	18–59	33,7 *	32,3 *	27,2	26,3	25,9
	18–24	33,0 *	36,8 *	37,0 *	38,8 *	45,4
	25–39	35,2 *	31,4 *	28,6	26,2	26,8
	40–59	32,7 *	31,2 *	23,0	23,2 *	20,8
Männer		**3539**	**3565**	**3638**	**3535**	**3054**
	18–59	47,5 *	47,1 *	40,7	39,1	37,1
	18–24	41,9 *	49,7 *	47,6 *	51,1 *	57,7
	25–39	50,5 *	47,3 *	43,3	39,1	39,2
	40–59	46,7 *	46,0 *	36,3 *	36,1 *	31,0
Frauen		**4240**	**4047**	**4372**	**4338**	**3841**
	18–59	19,8 *	17,2	13,0	12,9	14,4
	18–24	23,0 *	23,1 *	26,1 *	26,0 *	32,1
	25–39	19,8 *	15,4	12,9	12,5	14,7
	40–59	19,0 *	16,3 *	9,3	9,8	10,2

[a] Fünf oder mehr Gläser Alkohol bei mindestens einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen

* $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht)

Tabelle 9: Trends für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV bei 18- bis 59-Jährigen, 1997–2006

	1997		2000		2006	
Gesamt						
DSM-IV Missbrauch	3,4	(242)			3,9	(294)
DSM-IV Abhängigkeit	2,6	(205)	2,9	(211)	2,6	(200)
Männer						
DSM-IV Missbrauch	5,4 *	(182)			6,5	(227)
DSM-IV Abhängigkeit	4,2	(159)	4,5	(158)	3,6	(134)
Frauen						
DSM-IV Missbrauch	1,5	(60)			1,2	(67)
DSM-IV Abhängigkeit	1,0	(46)	1,2	(53)	1,5	(66)

* $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht)

brauch noch für Abhängigkeit nach DSM-IV signifikante Veränderungen in den Prävalenzen zwischen 1997 und 2006 festzustellen. Klare Unterschiede zeigen sich jedoch hinsichtlich des Geschlechts. In allen Befragungen war Abhängigkeit und 1997 und 2006 Missbrauch bei Männern deutlich weiter verbreitet als bei Frauen (Tabelle 9).

Diskussion

Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 weisen auf eine hohe Verbreitung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung hin. Nur 8,0 % der befragten 18- bis 64-Jährigen lebten in den letzten 12 Monaten alkoholabstinent. Etwa jeder vierte Befragte verzichtete in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung auf Alkohol. Betrachtet man den Durchschnittskonsum, trank die Mehrheit der Befragten im Durchschnitt der letzten 30 Tage vor der Erhebung risikoarm, d.h. unterhalb der von der British Medical Association (1995) formulierten Grenzwerte von höchstens 20 g (Frauen) bzw. 30 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Der Anteil an Konsumenten oberhalb dieses Schwellenwertes ist seit 1995 signifikant gesunken. Aktuelle Forschungsergebnisse weisen auf geringere Grenzwerte von 12/24 g (Frauen/Männer) Reinalkohol pro Tag hin, bei deren Einhaltung das Risiko für alkoholbezogene Krankheiten gering ist (Burger, Brönstrup & Pietrzik, 2004; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2007).

Legt man diese Schwellenwerte zugrunde, steigt der Anteil riskanter Konsumenten in den 30 Tagen vor der Erhebung von 10,7 % auf 17,5 % an. Obwohl der Großteil der Alkoholtrinker der letzten 30 Tage auch unter Berücksichtigung dieser neuen Richtwerte eher risikoarmes Konsumverhalten zeigte, ist der Fokus auf den Durchschnittskonsum allein nicht ausreichend. So gelten diese Grenzwerte für gesunde Menschen ohne zusätzliche Risiken und es wird empfohlen, nicht jeden Tag zu trinken (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2007).

Die konsumierten Mengen alkoholischer Getränke blieben mit Ausnahme von Bier im Zeitraum der letzten zehn Jahre bei den 18- bis 59-jährigen Erwachsenen relativ konstant. Gleichzeitig sind die Anteile der Konsumenten seit 1995 deutlich zurückgegangen. Bei insgesamt weniger Personen, die in den letzten 30 Tagen Alkoholkonsum berichteten, lassen sich somit höhere Trinkmengen und damit ein gestiegenes Gefährdungspotenzial für Alkoholtrinker ableiten. Bezogen auf den Pro-Kopf-Konsum der 18- bis 59-Jährigen verringerte sich die durchschnittlich konsumierte Menge Reinalkohol von 5,95 Liter im Survey 1995 auf 4,76 Liter in der letzten Erhebung. Die beobachteten Trends im Alkoholkonsum lassen sich gut mit anderen Surveys (Bundes-Gesundheitssurvey 1998; Nationaler Gesundheitssurvey 1991/92; für einen Überblick vgl. Bloomfield, Grittner & Kramer, 2005) vergleichen und teilweise durch Alkoholverbrauchsdaten bestätigen (Meyer & John, 2007). Aus den Gesundheitssurveys geht hervor, dass die getränkespezifischen Prävalenzen zwischen 1991/92 und 1998 signifikant zurückgingen (Bloomfield et al., 2005). Verglichen mit 1995 weisen auch die Statistiken der Alkoholwirtschaft einen Rückgang im Pro-Kopf-Verbrauch aller Getränke um 10 % auf 10,0 Liter im Jahr 2005 auf. Am stärksten sank der Verbrauch von Bier (–15 %) und Spirituosen (–12 %).

Der Verbrauch von Wein und Sekt erhöhte sich um 6 %.

Alkopops wurden in den Trendanalysen für 2006 erstmals berücksichtigt, nachdem sie sich als eigenständige Getränkeart auf dem Markt etabliert haben. Ob Alkopops einen Effekt auf die Gesamtmenge konsumierten Alkohols haben, wurde für das Erhebungsjahr 2006 durch weitere Analysen geprüft. Hierbei zeigte sich ein vernachlässigbarer Effekt hinsichtlich der Kategorien durchschnittlicher Konsummengen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung mit und ohne Alkopops. Daher kann eine Überschätzung des Gesamtkonsums durch die Berücksichtigung von Alkopops im Survey 2006 ausgeschlossen werden. Beim Vergleich von Konsumschätzungen aus individuellen Angaben mit aggregierten Verbrauchszahlen ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Gesamtkonsum mit Surveydaten unterschätzt wird (z. B. Kendell, 1987). Aufgrund der gleichbleibenden Erfassungsmethodik des Alkoholkonsums und der Annahme einer konstanten Unterschätzung der Selbstangaben können die Trends jedoch als valide angesehen werden. Insgesamt betrug der Anteil des Pro-Kopf-Konsums der Konsumenten der letzten 30 Tage aus Surveydaten am Pro-Kopf-Konsum aus aggregierten Verbrauchsstatistiken zwischen 1995 und 2006 im Mittel 53 %.

Neben dem Durchschnittskonsum sind negative alkoholbedingte Folgen mit bestimmten Trinkmustern assoziiert, wie beispielsweise der Häufigkeit alkoholbedingter Intoxikationen (z. B. Bondy, 1996; Rehm & Gmel, 1999). Im Suchtsurvey 2006 gab etwa jeder dritte Befragte an, mindestens einmal in den letzten 30 Tagen fünf oder mehr Getränke zu einer Gelegenheit getrunken zu haben. Auf die Gesamtheit der befragten 18- bis 64-Jährigen gerechnet, fand sich der größte Anteil davon in der Gruppe der moderaten Alkoholkonsumenten (bis durchschnittlich 20/30 g Reinalkohol pro Tag für Frauen/Männer). Dabei haben vor allem Personen, die an wenigen Gelegenheiten hohe Mengen Alkohol konsumieren, ein erheblich höheres Risiko insbesondere für koronare Herzkrankheiten als Personen mit einem regelmäßigen Konsum (Gmel, Rehm & Frick, 2003; für eine Übersicht vgl. Room, Babor & Rehm, 2005).

Der im Vergleich zu anderen Altersgruppen hohe Anteil an jugendlichen Rauschtrinkern in der letzten Erhebung legt ein besonders hohes Risiko dieser Altersgruppe beispielsweise für akute alkoholbezogene Unfälle oder Gewaltdelikte nahe. Auch in den Trendanalysen zeigte sich, dass die Häufigkeit des Rauschtrinkens in den vergangenen zehn Jahren bei den über 25-Jährigen zwar klar abgenommen hat, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen allerdings eine deutliche Zunahme festzustellen ist. Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007) bestätigen diesen problematischen Trend auch für Jüngere. Bei 16- bis 17-Jährigen weisen Trendvergleiche zwischen 2004 und 2007 auf eine Zunahme des Alkoholkonsums als auch auf eine Zunahme des Rauschtrinkens hin. Daher ist zu befürchten, dass zukünftig bei jungen Erwachsenen vermehrt mit akuten alkoholbedingten Problemen zu rechnen sein wird. Eine hohe Verbreitung von Rauschkonsum unter Jugendlichen wird auch in der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) berichtet (Kraus, Heppekausen, Barrera & Orth, 2004). Einen Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken zu mindestens einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen gaben 59 % der befragten 15- und 16-jährigen deutschen Schülerinnen und Schüler an.

Zwischen den Erhebungen 1997 und 2006 waren in der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen weder für Alkoholmissbrauch noch für Abhängigkeit bedeutsame Veränderungen in den Prävalenzen festzustellen. Aufgrund der sehr guten Übereinstimmung der DSM-IV Operationalisierung der Missbrauchs- (1997, 2006) und Abhängigkeitskriterien (1997, 2000, 2006) können die Aussagen bezüglich der Trendentwicklung als valide angesehen werden. Klare Unterschiede ließen sich für beide Diagnosen hinsichtlich des Alters feststellen. Bei beiden Geschlechtern nehmen die Prävalenzen in höheren Altersgruppen ab. Eine Untersuchung von Holly und Wittchen (1998) fand ähnlich hohe Prävalenzraten für Abhängigkeit und Missbrauch bei Jugendlichen. In der Literatur finden sich verschiedene Erklärungsansätze für dieses Phänomen. Anhand von US-Daten diskutieren Caetano und Babor (2006), dass Jugendliche die Folgen akuter Intoxikation mit der Symptomatik eines Alkoholentzugs verwechseln könnten, da sie in der Regel noch nicht an Alkoholkonsum gewöhnt sind. Folglich würden jüngere Befragte die DSM-IV-Kriterien anders interpretieren und wären nicht unmittelbar mit älteren Erwachsenen vergleichbar. Ebenfalls auf der Grundlage von US-Daten sieht Grant (1997) eine mögliche Ursache für dieses Phänomen im Vorhandensein von Kohorteneffekten. Demnach könnten die höchsten Prävalenzraten für Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV in der jüngsten untersuchten Kohorte nicht auf einen höheren Alkoholkonsum per se, sondern auf eine Veränderung in den Trinkmustern, die in einer höheren Disposition für Alkoholabhängigkeit resultiert, zurückzuführen sein.

Die vorliegende Studie weist verschiedene Limitationen auf. Eine zentrale Limitation besteht in der niedrigen Antwortrate von 45 %, da sich damit die Wahrscheinlichkeit eines Nonreponse-Bias erhöht. Da der Alkoholkonsum durch Selbstangaben erfasst wurde, können weiterhin Verzerrungen durch Erinnerungsfehler und sozial erwünschte Antworten nicht ausgeschlossen werden. Allerdings sind Selbstangaben in Form postalischer Befragungen und der verwendete Frequenz-Menge-Index als Standard epidemiologischer Studien zu betrachten (z. B. Rehm et al., 1999) und führen zu höheren Prävalenzschätzungen von getränkespezifischem Alkoholkonsum und exzessivem Rauschtrinken als telefonische Befragungen

(Kraus & Augustin, 2001). Weiterhin wurden die Teilnehmer des Surveys zufällig anhand der Einwohnermelderegister rekrutiert. Besonders gefährdete und marginalisierte Bevölkerungsgruppen, wie Wohnungslose und institutionalisierte Personen, sind daher in der Erhebung unterrepräsentiert. Bewusst und unbewusst fehlerhafte Selbstangaben sowie Selektionseffekte dürften zu der beobachteten Unterschätzung der Alkoholkonsummenge gegenüber den Verbrauchsstatistiken beigetragen haben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich der geringfügig rückläufige Konsumtrend in den letzten Erhebungen bei einem insgesamt hohen Konsumniveau weiter fortgesetzt hat. Zwar ist bei beiden Geschlechtern im Zeitraum der letzten zehn Jahre insgesamt eine Tendenz zu risikoärmerem Konsum zu erkennen, die konsumierten Trinkmengen bleiben jedoch auf einem konstant hohen Niveau. Darüber hinaus gibt es deutliche Hinweise auf eine Zunahme des Konsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Insbesondere das Rauschtrinken ist bei jungen Erwachsenen sehr weit verbreitet und hat seit 2003 deutlich zugenommen.

Dies zieht ein besonders hohes Risiko negativer gesundheitlicher Konsequenzen für diese Altersgruppe nach sich und bedarf gezielter Interventionsstrategien. Das kürzlich in Kraft getretene absolute Alkoholverbot für Fahranfänger stellt hierfür einen bedeutsamen Schritt dar. Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 weisen grundsätzlich auf einen erhöhten Handlungsbedarf für alkoholpolitische Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums in der Bevölkerung hin. Wie vielfach gefordert (vgl. Babor et al., 2005) stellen Präventivmaßnahmen wie die Einschränkung der Alkoholverfügbarkeit, Werbebeschränkungen oder individuell ausgerichtete therapeutische Interventionen sowie Initiativen in der Strafverfolgung und der Preispolitik nachweislich wirksame Strategien dar, Alkoholkonsum und das Ausmaß alkoholbezogener Probleme weiter zu verringern und langfristig gesundheitsbewußteres Verhalten zu fördern.

Danksagung

Die Studie wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: 119-4914-8/32). Mit der Finanzierung sind keinerlei Auflagen verbunden. Die Autoren bedanken sich für die konstruktive Kritik einer früheren Version des Artikels bei den anonymen Gutachtern.

Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Es bestehen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

Albrecht, M., Hasse, A. & Schulze, H. (2007). Suchtmittel im Straßenverkehr – Zahlen und Fakten. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2007* (S.116–129). Neuland Verlag. Geesthacht.

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe.* London: Institute of Alcohol Studies.

Augustin, R. & Kraus, L. (2005). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *SUCHT, 51* (Sonderheft 1), S29–S39.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2005). *Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik.* Hogrefe: Göttingen.

Bloomfield, K., Grittner, U. & Kramer, S. (2005). Developments in alcohol consumption in reunited Germany. *Addiction, 100* (12), 1770–1778.

Bondy, S. J. (1996). Drinking patterns and their consequences: report from an international meeting. *Addiction, 91* (11), 1663–1674.

British Medical Association (BMA) (1995). *Alcohol: guidelines on sensible drinking.* London: British Medical Association.

Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 128). Baden-Baden: Nomos.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007). *Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Burger, M., Bronstrup, A. & Pietrzik, K. (2004). Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: a systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine, 39* (1), 111–27.

Caetano, R. & Babor, T. F. (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.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2007). *Pressemitteilung von 5. Juni 2007: Grenzwerte für Alkoholkonsum neu festgelegt.* (http://www.optiserver.de/dhs/Presse_ pdf/06-05.PM1 Grenzwerte_fuer_Alkohol_neu_festgelegt.pdf) (Zugriff 18.07.2007).

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. & Skog, O.-J. (1997). *Alkoholkonsum und Gemeinwohl: Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung.* Stuttgart: Enke.

Gmel, G., Rehm, J. & Frick, U. (2003). Trinkmuster, Pro-Kopf-Konsum von Alkohol und koronare Mortalität. *SUCHT, 49* (2), 95–104.

Gmel, G., Rehm, J. & Kuntsche, E. (2003). Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology, and consequences. *SUCHT, 49* (2), 105–116.

Grant, B. F. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol, 58,* 464–473.

Holly, A. & Wittchen, H.-U. (1998). Patterns of use and their relationship to DSM-IV abuse and dependence of alcohol among adolescents and young adults. *European Addiction Research, 4* (1–2), 50–57.

Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003). *Jugendgesundheitssurvey.* Weinheim: Juventa.

John, U. & Hanke, M. (2002). Tobacco smoking- and alcohol drinking-attributable cancer mortality in Germany. *European Journal of Cancer Prevention, 11* (1), 11–17.

Kendell, R. E. (1987). Drinking sensibly. *British Journal of Addiction, 82* (12), 1279–1288.

Konnopka, A. & König, H. H. (2007). Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics, 25* (7), 605–618.

Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction, 96* (3), 459–471.

Kraus, L. & Baumeister, S. E. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *SUCHT, 54* (Sonderheft 1), S6–S15.

Kraus, L., Augustin, R., & Töppich, J. (2003). Alkoholkonsumtrends bei Jugendlichen und Erwachsenen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2003* (S. 118–131). Geesthacht: Neuland.

Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A. & Orth, B. (2004). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 141). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Long, J. S. & Freese, J. (2003). *Regression models for categorical and limited dependent variables using STATA* (Revised edition). College Station, TX: Stata Press.

Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T. & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet, 367* (9524), 1747–1757.

Manning, W. G. & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics, 20* (4), 461–494.

Meyer, C. & John, U. (2007). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2007* (S. 23–51). Neuland Verlag. Geesthacht.

Rehm, J. & Gmel, G. (1999). Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8-year follow-up study in Switzerland. *Addiction, 94* (6), 899–912.

Rehm, J., Greenfield, T. K., Walsh, G., Xie, X., Robson, L., & Single, E. (1999). Assessment methods for alcohol consumption, prevalence of high risk drinking and harm: a sensitivity analysis. *International Journal of Epidemiology, 28* (2), 219–224.

Room, R., Babor, T. & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet ,365* (9458), 519–530.

SPSS Inc. (2007). *SPSS for Windows Version 15.* Chicago, IL: SPSS Inc.

Stata Corp. (2005). *Survey data reference manual, release 9.* College Station, TX: Stata Press.

Statistisches Bundesamt (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Wiesbaden: Metzler und Poeschel.

Statistisches Bundesamt (2007). *Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research, 28* (1), 57–84.

Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Zieglgänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95.* München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.

Wooldridge, J. M. (2002). *Econometric analysis of cross section and panel data.* Cambridge, MA: MIT Press.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Ludwig Kraus
IFT Institut für Therapieforschung
Leiter des Fachbereichs Epidemiologische Forschung
Parzivalstr. 25
80804 München
Tel. +49-89-36 08 04-30
Fax +49-89-36 08 04-49
kraus@ift.de

Eingereicht: 16.09.2007
Angenommen: 18.12.2007