

**Additional material online**

An English full-text version of this article is available at SpringerLink under supplementary material:  
[dx.doi.org/10.1007/s00103-013-1699-0](http://dx.doi.org/10.1007/s00103-013-1699-0)

# Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung

## Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

### Hintergrund und Fragestellung

Deutschland zählt mit einem Konsum von 9,6 l Reinalkohol pro Kopf der Gesamtbevölkerung zu den Hochkonsumländern [1]. Hierbei werden 12,8% aller durch Behinderungen, Verletzungen oder Krankheiten verlorenen oder beeinträchtigten Lebensjahre bei Männern durch den Konsum von Alkohol verursacht [2]. Die durch alkoholassoziierte Erkrankungen bedingten volkswirtschaftlichen Kosten werden für das Jahr 2007 auf 26,7 Mrd. EUR geschätzt [3]. Während sich chronische Alkoholfolgeerkrankungen riskanten Alkoholkonsums wie Lebererkrankungen und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen oft erst nach langjährigem Alkoholkonsum einstellen, ist das Risiko für Verletzungen bei Risikokonsum und insbesondere dem Rauschtrinken zu jeder Zeit einer Trinkbiografie erhöht [4, 5, 6, 7]. Riskanter Alkoholkonsum ist dabei als eine durchschnittliche, tägliche Trinkmenge von mehr als 10–12 g (20–24 g) Reinalkohol für Frauen (Männer) definiert [8]. Rauschkonsum bezeichnet hingegen einen gelegentlichen, exzessiven Trinkstil [9]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass die Hälfte aller alkoholattributablen

Todesfälle auf Verletzungen zurückzuführen sind [10]. Beratungen in der medizinischen Versorgung haben einen hohen Stellenwert bei der Früherkennung und Frühintervention gesundheitlich bedenklichen Alkoholkonsums [5, 6].

Neben dem Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke ist die regelmäßige Erhebung verschiedener Trinkmuster in der deutschen Bevölkerung ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitsmonitorings, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wiederholt durchgeführt wird. Dieses erfolgt einerseits im Rahmen spezialisierter Befragungssurveys zum Suchtmittelkonsum [11] und andererseits durch das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) [12]. Hierbei werden in den regelmäßigen Gesundheitsbefragungen Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) Daten zum Alkoholkonsum erhoben [13]. Darüber hinaus besteht durch „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) die Möglichkeit, den Zusammenhang von Alkoholkonsum und gesundheitlichen Beeinträchtigungen näher zu untersuchen.

In diesem Beitrag werden die in DEGS1 erhobenen Häufigkeiten von Alkoholrisikokonsum und Rauschtrinken berichtet. Wegen der hohen Public-Health-Rele-

vanz von alkoholattributablen Verletzungen in Hochkonsumländern wie Deutschland werden darüber hinaus Assoziationen zu Verletzungen und Vergiftungen untersucht [2]. Da der Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem die Chance zur Sekundärprävention von alkoholbezogenen Störungen bietet [5, 14], wird die Beratungshäufigkeit zum Alkoholkonsum bei Arztpraxis- und Ambulanzbesuchen dargestellt.

### Methoden

Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI). Konzept und Design von DEGS sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben [12, 15, 16, 17, 18]. Die erste Erhebungswelle (DEGS1) wurde von 2008 bis 2011 durchgeführt und umfasste Befragungen, Untersuchungen und Tests [19, 20]. Zielpopulation war die in Deutschland lebende Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren. DEGS1 hat ein Mischdesign, das gleichzeitig quer- und längsschnittliche Analysen ermöglicht. Hierbei wurde eine Einwohnermeldeamtstichprobe durch ehemalige Teilnehmerinnen und Teilneh-

**Tab. 1** Prävalenz von Risikokonsum gemäß AUDIT-C unterteilt nach Geschlecht, Altersgruppen und sozioökonomischem Status (SES) [n=7591 (ungewichtet)]

Altersgruppe	18 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	Gesamt
	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)
<b>Frauen</b>					
SES niedrig	29,4 (21,6–38,7)	15,2 (8,3–26,2)	19,3 (13,9–26,0)	10,8 (6,6–17,2)	18,5 (15,2–22,4)
SES mittel	41,0 (34,8–47,4)	24,4 (20,0–29,4)	23,9 (20,7–27,5)	18,9 (15,1–23,5)	26,3 (23,9–28,8)
SES hoch	26,5 (17,4–38,2)	28,8 (22,3–36,3)	32,8 (27,2–38,9)	32,8 (24,4–42,5)	30,5 (26,8–34,5)
Gesamt	36,0 (31,8–40,5)	24,6 (21,0–28,5)	25,0 (22,4–27,7)	18,0 (15,1–21,4)	25,6 (23,8–27,5)
<b>Männer</b>					
SES niedrig	49,7 (37,5–61,9)	28,7 (20,4–38,7)	36,9 (28,7–45,9)	31,6 (22,5–42,4)	37,3 (32,5–42,3)
SES mittel	55,3 (49,1–61,4)	43,1 (37,3–49,1)	40,1 (35,1–45,3)	34,9 (29,9–40,2)	43,2 (40,4–46,1)
SES hoch	56,9 (43,1–69,7)	36,6 (29,4–44,4)	42,5 (36,6–48,5)	35,8 (28,0–44,4)	41,2 (36,7–45,9)
Gesamt	54,2 (49,4–58,9)	38,8 (34,9–42,9)	40,0 (36,6–43,5)	34,4 (30,4–38,7)	41,6 (39,5–43,6)

**Tab. 2** Prävalenz von Rauschtrinken<sup>a</sup> unterteilt nach Geschlecht, Altersgruppen und sozioökonomischem Status (SES) [n=7675 (ungewichtet)]

Altersgruppe	18 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	Gesamt
	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)
<b>Frauen</b>					
SES niedrig	22,5 (15,5–31,5)	7,1 (2,9–16,2)	8,0 (4,8–12,8)	6,3 (3,3–11,8)	10,7 (8,2–14,0)
SES mittel	22,5 (17,8–28,2)	10,9 (8,4–14,1)	7,6 (5,8–9,9)	8,1 (5,6–11,7)	11,3 (9,6–13,1)
SES hoch	10,3 (5,5–18,3)	7,9 (5,1–11,9)	9,0 (6,0–13,4)	7,6 (3,9–14,5)	8,7 (6,7–11,2)
Gesamt	20,7 (17,3–24,7)	10,1 (8,0–12,6)	7,9 (6,5–9,6)	7,5 (5,5–10,3)	10,8 (9,6–12,2)
<b>Männer</b>					
SES niedrig	43,0 (32,3–54,5)	30,1 (20,6–41,7)	30,4 (22,5–39,6)	21,0 (13,4–31,3)	31,5 (26,8–36,5)
SES mittel	47,9 (41,3–54,6)	33,7 (28,3–39,6)	27,1 (22,3–32,5)	24,9 (19,9–30,6)	32,8 (29,9–35,9)
SES hoch	54,3 (40,7–67,3)	24,4 (18,1–32,0)	22,4 (17,8–27,9)	17,2 (12,0–23,9)	26,2 (22,5–30,3)
Gesamt	47,7 (42,7–52,7)	30,2 (26,4–34,4)	26,6 (23,2–30,2)	22,5 (18,9–26,6)	31,0 (28,9–33,2)

<sup>a</sup>Mindestens einmal im Monat.

mer des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) ergänzt. Insgesamt nahmen 8152 Personen teil, darunter 4193 Erstein- geladene (Response 42%) und 3959 ehe- malige BGS98-Probanden (Response 62%). 7238 Personen besuchten eines der 180 Untersuchungszentren, 914 Personen wurden ausschließlich befragt. Die Net- tostichprobe [21] ermöglicht für den Al- tersbereich von 18 bis 79 Jahren repräsen- tative Querschnittanalysen und Trend- aussagen im Vergleich mit dem BGS98 (n=7988, davon 7116 in Untersuchen- gszentren). Die Daten der erneut Teilneh- menden sind für Längsschnittanalysen nutzbar. Die Querschnitt- und Trendana- lysen werden mit einem Gewichtungsfak- tor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruk- tur (Stand 31.12.2010) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region und Staatsangehö- rigkeit sowie Gemeindetyp und Bildung korrigiert [16]. Für den Untersuchen- steil wurde ein gesonderter Gewichtungs-

faktor erstellt. Bei der Berechnung der Gewichtung für die ehemaligen Teilneh- menden des BGS98 wurde die Wiederteil- nahmewahrscheinlichkeit, basierend auf einem logistischen Modell, berücksich- tigt. Für die Durchführung von Trend- analysen werden die Daten des Bundes- gesundheitssurveys 1998 auf den Bevöl- kerungsstand zum 31.12.2010 altersadju- stiert. Eine Nonresponder-Analyse und der Vergleich einzelner erhobener Indi- katoren mit Daten der amtlichen Statis- tik weisen auf eine hohe Repräsentativi- tät der Stichprobe für die Wohnbevölke- rung in Deutschland hin [21]. Um sowohl die Gewichtung als auch die Korrelation der Teilnehmenden innerhalb einer Ge- meinde zu berücksichtigen, wurden die Konfidenzintervalle mit den Verfahren für komplexe Stichproben von SPSS-20 bestimmt. Unterschiede werden als sta- tistisch signifikant angesehen, wenn sich die jeweiligen 95%-Konfidenzintervalle nicht überschneiden.

Risikokonsum wurde im Selbstauf- füllfragebogen mit den 3 Fragen des Al- cohol Use Disorder Identification Test – Consumption AUDIT-C [22], in deut- scher Übersetzung, erhoben. Das Prima- ry Health Care European Project on Al- cohol (PHEPA, <http://www.phepa.net>) kommt auf der Basis einer umfassenden Literaturanalyse zu dem Schluss, dass der AUDIT-C das am besten geeignete Inst- rument ist, um riskanten Alkoholkonsum zu identifizieren. Der maximale AUDIT- C-Summenwert beträgt 12. Risikokonsum besteht bei einem Wert von >3 bei Frau- en und >4 bei Männern [23, 24]. Rausch- konsum lag anhand der dritten Frage vor, wenn jemand 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, mindes- tens einmal im Monat oder häufiger ge- trunken hat.

Der sozioökonomische Status (SES) wurde anhand eines Indexes bestimmt, in den Angaben zu schulischer und berufli- cher Ausbildung, beruflicher Stellung so-

wie Haushaltsnettoeinkommen (bedarfs-gewichtet) eingehen und der eine Einteilung in niedrige, mittlere und hohe Statusgruppe ermöglicht [25].

Verletzungen wurden im Fragebogen mit der Frage erfasst: „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Verletzungen oder Vergiftungen, die ärztlich behandelt wurden?“

Ärztliche Beratung wurde im Fragebogen zusammen mit anderen Beratungsgründen mit der Frage erfasst: „Sind Sie bei einem Ihrer Arztpraxis- oder Ambulanzbesuche in den letzten 12 Monaten zu Ihrem Gesundheitsverhalten beraten worden?“ Wenn diese Frage mit Ja beantwortet wurde, wurden die Anlässe erfragt, unter anderem ob der Alkoholkonsum Anlass der Beratung war.

## Ergebnisse

■ **Tab. 1** zeigt die Prävalenzen von Risikokonsum gemäß AUDIT-C. Am häufigsten ist der Risikokonsum bei jüngeren Menschen im Alter von 19 bis 29 Jahren, in der Altersgruppe von 65 bis 79 Jahren ist die Häufigkeit am geringsten. Männer betreiben häufiger Risikokonsum als Frauen. Die Häufigkeit des Risikokonsums steigt bei Frauen mit dem sozioökonomischen Status an.

Bei Männern ist das Rauschtrinken dreimal so häufig wie bei Frauen (■ **Tab. 2**). Bei Frauen und Männern ist das Rauschtrinken in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen am häufigsten und nimmt danach mit zunehmendem Alter ab. Anders als beim Risikokonsum steigt die Häufigkeit des Rauschtrinkens bei Frauen nicht mit dem sozioökonomischen Status an.

Das Risiko für Verletzungen in den 12 Monaten vor der Befragung ist bei Männern mit Risikokonsum oder Rauschtrinken signifikant erhöht (■ **Tab. 3**). Bei Frauen gibt es eine entsprechende Tendenz, die jedoch nicht signifikant ist. Am höchsten ist das Verletzungsrisiko in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen mit Risikokonsum oder Rauschtrinken. Es verringert sich dann im Altersgang. Das Verletzungsrisiko bei Risikokonsum und Rauschtrinken variiert kaum zwischen den Sozialschichten. Aber Personen mit hohem sozioökonomischem Status, die

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:809–813 DOI 10.1007/s00103-013-1699-0  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

U. Hapke · E. v. der Lippe · B. Gaertner

## Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

### Zusammenfassung

Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) wurde von 2008 bis 2011 durchgeführt und umfasste Befragungen, Untersuchungen und Tests. Zielpopulation war die in Deutschland lebende Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren (N=8152). Daten zum Alkoholkonsum, Risikokonsum und Rauschtrinken wurden im Selbstausfüllfragebogen mit dem Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption (AUDIT-C) erhoben. Am häufigsten ist der Risikokonsum bei jüngeren Menschen im Alter von 19 bis 29 Jahren (Männer 54,9%; Frauen 36%). Im Alter ab 65 Jahren nimmt die Häufigkeit ab.

Bei Männern ist der Risikokonsum mit 41,6% häufiger als bei Frauen (25,6%). Das Rauschtrinken ist bei Männern dreimal so häufig wie bei Frauen. Verletzungen sind bei Personen mit Risikokonsum und Rauschtrinken häufiger. Sie werden bei Arztpraxis- oder Ambulanzbesuchen häufiger zum Alkoholkonsum beraten als Personen ohne diese Trinkmuster.

### Schlüsselwörter

Alkoholkonsum · Riskanter Alkoholkonsum · Rauschtrinken · Allgemeinbevölkerung · Gesundheitssurvey

## Alcohol consumption, at-risk and heavy episodic drinking with consideration of injuries and alcohol-specific medical advice. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)

### Abstract

The German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) was conducted from 2008–2011 and comprised interviews, examinations and tests. The target population was the resident population of Germany aged from 18–79 years (n=8,152). Data on alcohol consumption, at-risk drinking and heavy episodic drinking was collected in a self-administered questionnaire with the Alcohol Use Disorders Identification Test–Consumption (AUDIT-C). At-risk drinking is most common among young individuals aged from 19–29 years (men 54.9%; women 36%), becoming less common from an age of 65 years. With 41.6%, at-risk drinking is more prevalent in men than in women (25.6%).

Men are three times more likely to be heavy episodic drinkers than women. Injuries are more common among individuals with at-risk or heavy episodic drinking. They receive advice on alcohol consumption during visits to general practitioners/specialists or outpatient departments more often than individuals without these drinking patterns. An English full-text version of this article is available at SpringerLink as supplemental.

### Keywords

Alcohol consumption · At-risk drinking · Heavy episodic drinking · General population · Health Survey

rauschtrinken, haben häufiger Verletzungen, besonders im Vergleich zu Personen mit hohem SES, die kein Rauschtrinken betreiben, deren Verletzungsrisiko vergleichsweise niedrig ist.

Personen mit Risikokonsum oder Rauschtrinken wurden bei Arztpraxis- oder Ambulanzbesuchen in den letzten 12 Monaten zum Alkoholkonsum häufiger beraten als Personen ohne diese Trinkmuster (■ **Tab. 4**). Dabei ist die Häufigkeit, eine Beratung in Anspruch ge-

nommen zu haben, bei diesen Männern ca. um das Dreifache erhöht, bei Frauen verdoppelt. Bei Risikokonsum ist die Beratungsquote in der Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren signifikant erhöht. In der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen ist die Beratungsquote lediglich beim Rauschtrinken, nicht jedoch beim Risikokonsum erhöht. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen fällt die Beratungsquote beim Risiko- und Rauschtrinken geringer aus als in den anderen Altersgruppen. In

**Tab. 3** Prävalenz von Verletzungen bei Risikokonsum oder Rauschtrinken<sup>a</sup>, unterteilt nach Geschlecht, Altersgruppen und sozioökonomischem Status (SES)

	Risikokonsum n=7569 (ungewichtet)		Rauschtrinken n=7649 (ungewichtet)	
	Ja	Nein	Ja	Nein
	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)
<b>Geschlecht</b>				
Frauen	9,8 (7,7–12,5)	8,4 (7,3–9,6)	12,3 (8,6–17,3)	8,5 (10,9–14,3)
Männer	16,5 (14,3–19,0)	12,3 (10,6–14,2)	17,2 (14,6–20,2)	12,5 (10,9–14,3)
<b>Altersgruppe</b>				
18 bis 29 Jahre	22,5 (18,1–27,5)	14,7 (11,8–18,1)	23,4 (18,6–29,1)	15,4 (12,7–18,6)
30 bis 44 Jahre	13,4 (10,2–17,5)	10,0 (8,1–12,4)	15,7 (11,5–21,1)	10,1 (8,3–12,4)
45 bis 64 Jahre	9,9 (7,7–12,7)	10,3 (8,8–12,0)	12,1 (8,8–16,4)	9,7 (8,4–11,1)
65 bis 79 Jahre	9,1 (6,5–12,6)	6,1 (4,7–7,9)	7,0 (4,1–11,7)	7,2 (5,8–9,0)
<b>Sozialstatus</b>				
	n=7539 (ungewichtet)		n=7619 (ungewichtet)	
SES niedrig	14,3 (9,9–20,1)	9,4 (7,0–12,4)	15,6 (10,8–22,1)	9,4 (7,2–12,2)
SES mittel	14,5 (12,3–16,9)	11,0 (9,8–12,4)	15,6 (12,9–18,8)	11,3 (10,2–12,6)
SES hoch	12,4 (9,5–16,1)	8,1 (6,5–10,1)	17,7 (13,0–23,7)	7,9 (6,5–9,7)
Gesamt	14,0 (12,3–15,8)	10,1 (9,2–11,1)	15,9 (13,6–18,5)	10,2 (9,4–11,1)

<sup>a</sup>Mindestens einmal im Monat.**Tab. 4** Häufigkeit ärztlicher Beratung mit und ohne Risikokonsum oder Rauschtrinken<sup>a</sup>, unterteilt nach Geschlecht, Altersgruppen und sozioökonomischem Status (SES)

	Risikokonsum n=1233 (ungewichtet)		Rauschtrinken n=1241 (ungewichtet)	
	Ja	Nein	Ja	Nein
	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)
<b>Geschlecht 1233/1241</b>				
Frauen	5,5 (2,5–12,0)	3,6 (1,9–6,7)	8,4 (2,9–22,3)	3,6 (2,0–6,2)
Männer	15,2 (9,9–22,6)	5,2 (3,1–8,5)	16,7 (10,5–25,6)	5,8 (3,7–9,0)
<b>Altersgruppe</b>				
18 bis 29 Jahre	7,4 (3,2–15,9)	4,8 (1,9–11,3)	8,2 (3,3–18,7)	4,7 (2,1–10,4)
30 bis 44 Jahre	12,8 (6,7–23,2)	3,9 (1,9–8,1)	18,3 (9,4–32,7)	3,6 (1,9–6,7)
45 bis 64 Jahre	14,5 (8,9–22,8)	4,5 (2,7–7,4)	19,6 (11,4–31,6)	5,1 (3,2–8,1)
65 bis 79 Jahre	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
<b>Sozialstatus</b>				
	n=1230 (ungewichtet)		n=1238 (ungewichtet)	
SES niedrig	19,2 (9,4–35,2)	6,0 (2,3–14,8)	25,8 (13,0–44,7)	4,6 (1,8–11,3)
SES mittel	10,9 (6,5–17,5)	3,9 (2,3–6,5)	13,3 (7,5–22,4)	4,3 (2,7–6,7)
SES hoch	8,8 (4,5–16,7)	4,3 (2,0–8,8)	8,1 (3,5–17,8)	5,4 (2,9–9,6)
Gesamt	11,8 (7,8–17,5)	4,4 (2,8–6,8)	14,9 (9,5–22,7)	4,6 (3,1–6,8)

<sup>a</sup>Mindestens einmal im Monat. n.a. nicht ausgewertet.

der Altersgruppe ab 65 Jahren waren die Fallzahlen zu gering, um sie sinnvoll auswerten zu können. Je höher der sozioökonomische Status, desto geringer fällt die Beratungsquote bei Risikokonsum und dem Rauschtrinken aus.

## Diskussion

In diesem Beitrag werden erste Ergebnisse zum Risikokonsum und Rauschtrinken aus DEGS1 berichtet. Die Ergeb-

nisse bestätigen, dass Risikokonsum und Rauschtrinken in der deutschen Bevölkerung sehr verbreitet sind. Die Ergebnisse sind konsistent mit den Ergebnissen bisheriger bevölkerungsbezogener Studien zum Alkoholkonsum. Auffällig sind bei gleichem Erhebungsinstrument (AUDIT-C) die über alle Untergruppen hinweg höheren Prävalenzen von Risikokonsum im Vergleich zu der Gesundheitsbefragung GEDA [26]. Die Prävalenzunterschiede (Vergleich DEGS1 und GE-

DA 2010) bestehen bei Frauen und Männern. Bei Frauen beträgt der Unterschied in den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre 4 Prozentpunkte, ab 65 Jahren gibt es keinen. Bei Männern sind sie viel extremer (10 Prozentpunkte Unterschied) und durchgängig in allen Altersgruppen vorhanden. Ein möglicher Grund, könnte der sich unterscheidende Erhebungsmodus sein. Während in GEDA telefonische Interviews durchgeführt wurden, wurde in DEGS1 mittels Selbstaussfüllerfragebogen erhoben. Weiterhin wurden in diesem Fragebogen die Standardgetränke durch Abbildungen näher erläutert. Gegenwärtig wird im Auftrag des RKI eine Studie zur Untersuchung unterschiedlicher Erhebungsmodi durchgeführt. Wir versprechen uns davon, in Zukunft diese Abweichungen besser interpretieren zu können. In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass eine Face-to-face-Durchführung des AUDIT-C die Teilnahmebereitschaft senkt [27].

Von hoher Relevanz ist der Sachverhalt, dass Risikokonsum und Rauschtrinken insbesondere bei jungen Menschen und hierbei besonders bei Männern, sehr verbreitet sind. Hier bestehen deutliche Hinweise für die Entwicklung von akuten Verletzungen, von alkoholassoziierten chronischen Erkrankungen und Alkoholabhängigkeit. In speziellen Auswertungsprojekten, unter Hinzuziehung der Daten aus dem BGS98 und der Daten aus dem DEGS1-Modul psychische Gesundheit werden wir näher untersuchen, wie sich ein Alkoholrisikokonsum in jungen Jahren langfristig auswirkt.

Der Befund, dass der Risikokonsum bei Frauen in höheren Sozialschichten häufiger ist, deckt sich mit Ergebnissen frauenspezifischer Suchtforschung [28, 29].

Bei der Beratung von Menschen mit Risikokonsum und Rauschtrinken zeigt sich, dass Frauen und jüngere Menschen seltener in der ambulanten medizinischen Versorgung beraten werden. Zukünftige Datenanalysen haben das Ziel, die Hintergründe näher zu beleuchten. Während jüngere Menschen vielleicht schlicht seltener in medizinischer Behandlung sind, ist durch genderspezifische Analysen die geringere Beratungshäufigkeit bei Frauen näher zu untersuchen.



## Fazit

**Risikokonsum und Rauschtrinken sind in Deutschland ein Public-Health-relevantes Problem. Längsschnittanalyse und weitere Analysen zu Zusammenhängen mit den gesundheitlichen Auswirkungen sind notwendig.**

## Korrespondenzadresse

### U. Hapke

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin U.Hapke@RKI.de

**Finanzierung der Studie.** Die Studie wurde finanziert mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit.

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C, John U (2012) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2012. Pabst, S 38–63
- Rehm J, Mathers C, Popova S et al (2009) Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 373:2223–2233
- Adams M, Effertz T (2011) Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In: Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg) Alkohol, Tabak und Folgeerkrankungen. Thieme, Stuttgart, S 57–61
- Gerke P, Hapke U, Rumpf HJ, John U (1997) Alcohol-related diseases in general hospital patients. *Alcohol Alcohol* 32:179–184
- Hapke U (2000) Sekundärpräventive Interventionen bei Patienten mit einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus: Theoretische Grundlagen und empirische Befunde. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Rist F, Demmel R, Hapke U et al (2004) Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. Leitlinien der AWMF. *SUCHT – Z Wissenschaft Prax* 50:102–112 (*Journal of Addiction Research and Practice*)
- Rumpf HJ, Hapke U, Erfurth A, John U (1998) Screening questionnaires in the detection of hazardous alcohol consumption in the general hospital: direct or disguised assessment? *J Stud Alcohol* 59:698–703
- 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. *Prev Med* 39:111–127
- Seitz HK, Bühringer G, Mann K (2008) Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 08. Neuland, Geesthacht, S 205–209
- World Health Organization (2007) Alcohol and injury in emergency departments: summary of the report from the WHO Collaborative Study on Alcohol and Injuries. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva
- Kraus L, Pabst A (2010) Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. *Sucht* 56:309–384
- Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P, Hölling H (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 52:557–570
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin
- John U, Hapke U, Rumpf H-J (2001) Serie – Alkoholismus: Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol. *Dtsch Arztebl Int* 98:2438–
- Gößwald A, Lange M, Kamtsiuris P, Kurth BM (2012) DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesweite Quer- und Längsschnittstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 55:775–780
- Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al (2012) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56:620–630
- Kurth BM (2012) Das RKI-Gesundheitsmonitoring – was es enthält und wie es genutzt werden kann. *Public Health Forum* 20(76):4.e1–4.e3
- Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A et al (2012) German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS) – design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 12:730
- Gößwald A, Lange M, Dölle R, Hölling H (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Gewinnung von Studienteilnehmenden, Durchführung der Feldarbeit und Qualitätsmanagement. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56:611–619
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56:620–630
- Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol use disorders identification test. *Arch Intern Med* 158:1789–1795
- Gual A, Segura L, Contel M et al (2002) Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 37:591–596
- Reinert DF, Allen JP (2007) The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 31:185–199
- Lampert T, Kroll L, Müters S, Stolzenberg H (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56:631–636
- Robert Koch Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie. Gesundheit in Deutschland aktuell 2009. Robert Koch Institut
- Graham A, Moss C, Xu S et al (2007) Effect of using different modes to administer the AUDIT-C on identification of hazardous drinking and acquiescence to trial participation among injured patients. *Alcohol Alcohol* 42:423–429
- Franke A, Mohn K, Sitzler F et al (2001) Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen: Risiken und Widerstandsfaktoren: Risiken und Widerstandsfaktoren. Beltz Juventa
- Schnuerer I, Gaertner B, Baumann S et al (im Druck) Gender-specific predictors of risky alcohol use among general hospital inpatients. *General Hospital Psychiatry* 35:9–15