

**TU Dresden, Medizinische Fakultät
Aufbaustudiengang
Gesundheitswissenschaften/ Public Health**

Magisterarbeit

zum Thema:

**Jugendliche & Alkohol:
Ein Städtevergleich zwischen Leipzig und
Dresden hinsichtlich stationär behandelter
Alkoholintoxikationen im Rahmen des Projektes
Hart- am- Limit (HaLT) sowie Ermittlung von
Leitlinien für ein Dresdner Alkohol-
Präventionskonzept für Jugendliche.**

erstellt von: Katrin Konrad

1. Gutachter:

**Univ.-Prof. Dr. med. Dipl-Psych. J. Kugler,
TU- Dresden, Medizinische Fakultät, Lehrstuhl Gesundheitswissenschaften**

2. Gutachter:

**Fr. Dr. K. Ferse, Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden,
Abt. Gesundheitsförderung, SB Koordination Suchthilfe**

Dresden, Oktober 2013

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung

1.1 Formen des Alkoholgebrauchs und potentielle Folgen	5
1.1.1 <i>Potentielle Folgen von (zu viel) Alkohol bei einmaliger Einnahme</i>	6
1.1.2 <i>risikoarmer versus riskanter Alkoholkonsum</i>	6
1.1.3 <i>Binge Drinking</i>	7
1.1.4 <i>Akute Alkoholintoxikation</i>	8
1.1.5 <i>Alkoholmissbrauch/ Schädlicher Gebrauch</i>	8
1.1.6 <i>Abhängigkeitssyndrom</i>	9
1.2 Risikofaktoren	9
1.3 Begriff Prävention	11
1.3.1 <i>Primordiale Prävention</i>	11
1.3.2 <i>Primärprävention</i>	11
1.3.3 <i>Sekundärprävention</i>	12
1.3.4 <i>Tertiärprävention</i>	12
1.4 Entwicklung und Verbreitung des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen	13
1.5 Gesetzliche Regelung	15
1.6 Was ist HaLT und wie entwickelte sich das Konzept?	16
1.6.1 <i>Von der regionalen Initiative zum Bundesmodellprojekt</i>	16
1.6.2 <i>Konzeptaufbau von HaLT</i>	17
1.6.3 <i>Besonderheiten und Vorteile des HaLT- Projektes</i>	19
1.6.3.1 <i>Exkurs: Motivierende Gesprächsführung und Transtheoretisches Modell</i>	19
1.6.4 <i>Voraussetzungen für die Implementierung von HaLT- Projekten</i>	20
1.6.5 <i>Fünf Standards als Erfolgsvoraussetzung von HaLT</i>	21
1.6.6 <i>HaLT in Dresden</i>	22

2 Methodik

2.1 Ziele und Fragestellungen	23
2.1.1 <i>Teil A: Vergleich der Stichproben aus den HaLT- Projekten Dresden und Leipzig</i>	23
2.1.2 <i>Teil B: Ableitung von Leitlinien für präventive Maßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Teil A</i>	24
2.2 Angaben zur Datenerhebung und zur Stichprobe	24
2.3 Vorgehen bei der Datenanalyse	25

3 Ergebnisse	26
Ergebnisteil A: Vergleich der Stichproben aus den HaLT- Projekten Dresden und Leipzig	26
3 A. 1 HaLT- Fallzahlen ab 09/ 2008 in Dresden und Leipzig	26
3 A. 2 Erreichungsquoten mit HaLT- Brückengesprächen im jeweiligen Projektzeitraum	26
3 A. 3 Soziodemografische und soziostrukturelle Merkmale der Jugendlichen	27
3 A. 3.1 Alter und Geschlecht	27
3 A. 3.2 Familiäre Situation und Staatsangehörigkeit	29
3 A. 3.3 Familiäre Situation und deren subjektive Bewertung durch die Jugendlichen	32
3 A. 3.4 Bildungssituation	33
3 A. 3.4.1 Verteilung nach Schulform	33
3 A. 3.4.2 Einschätzung der Ausbildungssituation und der Zufriedenheit im Alltag	36
3 A. 3.4.3 Erwerbstätigkeit der Eltern	37
3 A. 4 Umstände der Alkoholvergiftung	37
3 A. 4.1 Festgestellte Blutalkoholgehalte	37
3 A. 4.2 Orte der Intoxikation	38
3 A. 4.3 Gründe für den Alkoholkonsum	38
3 A. 4.4 Bei der Alkoholintoxikation getrunkene Alkoholarten	39
3 A. 4.5 Bezugsquellen des Alkohols	39
3 A. 5 Konsumverhalten	40
3 A. 5.1 Konsum anderer Suchtmittel	40
3 A. 5.2 Bewusstsein für die lebensgefährliche Wirkung von Alkohol	41
3 A. 6 Weitere Ergebnisse	41
Ergebnisteil B: Ableitung von Leitlinien für präventive Maßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Städtevergleichs Dresden - Leipzig in Teil A	43
3 B. 1 Sucht- Präventionsmöglichkeiten im Überblick	43
3 B. 1.1 Allgemeines zur Suchtprävention in Sachsen	43
3 B. 1.2 Gesetzgeberische Maßnahmen	45
3 B. 1.3 Medienkampagnen und Öffentlichkeitsarbeit	46
3 B. 1.4 Maßnahmen in Kindergarten, Schule und Betrieb	47
3 B. 1.4.1 Kindertageseinrichtungen	47
3 B. 1.4.2 Schule	48
3 B. 1.4.3 Betriebliche Suchtprävention	50
3 B. 1.5 Programme für Eltern und Familien	50
3 B. 1.6 Prävention in Freizeit und Alltag	51
3 B. 1.7 suchtmittelübergreifende Präventionsangebote	52
3 B. 2 Ermittlung von Qualitätsmerkmalen von Suchtpräventionsmaßnahmen zur Nutzung als Auswahlkriterien	53
3 B. 3 HaLT- Projekt-bezogene bedeutsame Unterschiede	56
3 B. 3.1 Erreichungsquote	56
3 B. 3.2 Vorschläge zur Verbesserung der Erreichungsquote	57

4

1 Einführung

Die Motivation zum Schreiben dieser Arbeit entspringt vor allem einem großen persönlichen Interesse für den Bereich der Gesundheitsförderung, insbesondere der Frage, wie man etwas Schädliches abwenden kann noch bevor das sprichwörtliche Kind in den Brunnen gefallen ist. Und gerade beim Thema Alkohol hat das Miterleben von verschiedenen Leidensgeschichten im Rahmen diverser berufspraktischer Erfahrungen sowie sogar im eigenen Bekanntenkreis gewiss einen hohen Anteil an dieser Motivation.

Die Suche nach einem Thema für eine Magisterarbeit im Bereich Gesundheitsförderung führte über das Gesundheitsamt Dresden zu einem ersten Kontakt mit dem HaLT- Projekt. Es stellte sich heraus, dass es in Verbindung mit diesem Projekt einige interessante Aspekte näher zu beleuchten gibt, die mögliche Wege aufzeigen könnten, Jugendlichen einen umsichtigen, verantwortungsbewussten Umgang mit der Droge Alkohol zu vermitteln und so Phänomene wie Akute Alkoholintoxikationen oder gar eine „Suchtlaufbahn“ abzuwenden. Daher fiel die Entscheidung leicht, sich mit der Abschlussarbeit diesem Themenbereich zu widmen. Natürlich verbindet sich damit auch die Hoffnung und Erwartung, dass eventuelle (neue) Erkenntnisse zur Prävention in der Praxis verwertet werden können und werden.

Betreut wurde die Arbeit von universitärer Seite durch Herrn Prof. Dr. Kugler vom Lehrstuhl Gesundheitswissenschaften der TU Dresden sowie von Seiten des Gesundheitsamtes Dresden durch die Suchtbeauftragte Frau Dr. Ferse mit Unterstützung durch Frau Maatz aus dem Sachbereich Koordination Suchthilfe.

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile:

Ziel der Arbeit ist zum einen eine Analyse der Umstände und Hintergründe von akuten Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen um eventuelle Muster oder andere Auffälligkeiten herauszustellen. Dazu sollen die Daten aus den Fragebögen zu den HaLT- Brückengesprächen von Dresden und Leipzig miteinander verglichen werden, welche viele diesbezüglich relevante Fakten beinhalten.

Zum anderen sollen im zweiten Teil aus den gewonnenen Ergebnissen Ansatzpunkte bzw. Leitlinien für ein Dresdner Suchtpräventionskonzept im Rahmen von HaLT zusammengestellt werden.

Dafür ist es erforderlich, im zweiten Teil zunächst einen Überblick über die Präventionsmöglichkeiten in verschiedenen Bereichen zu erarbeiten, denn diesbezügliche Recherchen ergaben eine verwirrende Vielzahl entsprechender Adressen und Programme, die mehr oder minder miteinander kooperieren und sich ergänzen. Hinzu kommen regionale Unterschiede dahingehend auf welchen Bereich jeweils der Fokus liegt. Das HaLT- Projekt, welches hier unter anderem als Datenquelle dient, ist eines von Vielen, dessen Einsatz sich bereits bewährt hat und dessen Ziele über universelle primäre Prävention hinausgehen (siehe unten, Punkt 1.6).

Im zweiten Teil soll geprüft werden, ob und wie man das Projekt an sich noch verbessern kann und welche Maßnahmen des Weiteren im proaktiven Teil von HaLT eingesetzt werden könnten.

Um einen Anhaltspunkt zu liefern, wie man für solche Zwecke aus der Vielzahl von bestehenden Angeboten die zweckmäßigsten auswählt, werden in einem weiteren

Teilabschnitt gut etablierte und bewährte Programme auf ihre wichtigsten Wirkmechanismen reduziert um so eine Liste von Qualitätsmerkmalen von Suchtpräventionsprogrammen zusammenzustellen. Die Auswahl qualitativ hochwertiger Maßnahmen soll dabei auch bzw. insbesondere die Besonderheiten der Dresdner Population berücksichtigen.

1.1 Formen des Alkoholgebrauchs und potentielle Folgen

Alkohol hat einen dosisabhängigen Akuteffekt. Chronischer Konsum kann auch in geringen Mengen Schäden in multiplen Organsystemen verursachen und zahlreiche psychische und somatische Folgeerkrankungen zur Folge haben (Batra, A., Hentsch, O.-B.(2012)).

1.1.1 Potenzielle Folgen von (zu viel) Alkohol bei einmaliger Einnahme

Auch ohne alkoholabhängig zu sein hat auch eine einmalige Einnahme von zu viel Alkohol schädigende Wirkungen. Dies sind vor allem:

- Gehirnschädigung: Bei jedem Rausch sterben Millionen von Gehirnzellen ab.
- Die Neigung zu Alkoholunfällen im Verkehr oder am Arbeitsplatz steigt mit zunehmendem Alkoholkonsum steil an.
- Aggressionssteigerung: Mehr als ein Viertel aller Gewalttäter steht nach polizeilichen Erkenntnissen unter Alkoholeinfluss. Vergehen wie Körperverletzung, Totschlag, Vergewaltigung, Kindesmisshandlung und häusliche Gewalt sind für diese Gruppe die häufigsten Gewalttaten.
- In alkoholisiertem Zustand steigt das Risiko, selbst Opfer von Gewalt oder Verbrechen zu werden.
- Aufgrund der betäubenden Wirkung von Alkohol kann es zu Verletzungen, Verbrennungen und Erfrierungen kommen.
- Im Rausch steigt ebenfalls die Risikobereitschaft zu ungeschütztem oder gar ungewolltem Geschlechtsverkehr.
- Alkoholkonsum kann bei gleichzeitiger Einnahme von Medikamenten sehr gefährlich werden. Die Wirkung eines Medikaments kann aufgehoben oder die des Alkohols um ein Vielfaches gesteigert werden. Die Folge können Herz-Kreislauf-Probleme oder Vergiftungen sein. Besonders gefährlich ist die Kombination von Alkohol mit psychisch wirkenden Medikamenten, vor allem Beruhigungsmitteln.
- Jeder Rausch erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich. Während eines Rausches steigt außerdem die Gefahr eines Schlaganfalls sowie von Herzrhythmusstörungen.
- Im Extremfall führt die Alkoholvergiftung zum Schock, zu Kreislaufversagen und/ oder Atemstillstand und damit unbehandelt zum Tod. Ab wann eine Alkoholkonzentration im Blut tödlich wirkt ist sehr stark personenabhängig. Schon ein Blutalkoholgehalt von 3,0 ‰ kann jedoch tödlich sein.

(Quelle: BZgA unter www.kenn-dein-limit.de)

1.1.2 Risikoarmer versus riskanter Alkoholkonsum

Die Übergänge von einem risikoarmen Alkoholkonsum über riskanten Alkoholkonsum und schädlichen Konsum zu einer Abhängigkeit sind fließend. Alkoholtrinken gilt dann als risikoarm, wenn maßvoll und an die jeweilige Situation angepasst getrunken wird. Faktoren wie Alter, Geschlecht, Alkoholmenge und das Umfeld, in dem getrunken wird, spielen dabei wichtige Rollen.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) legt für einen nicht riskanten Konsum strenge Grenzwerte fest.

Der gesundheitlich unbedenkliche Alkoholkonsum liegt bei gesunden erwachsenen Frauen bei 12 g, d. h. etwa ein Standardglas Alkohol am Tag. Für gesunde erwachsene Männer liegt diese Grenze bei 24 g Alkohol pro Tag, d. h. etwa zwei Standardgläser. Wenn eine Frau mehr als 0,1 l Wein oder Sekt, mehr als 0,25 l Bier oder 4 cl Schnaps pro Tag trinkt, ist das bereits ein gesundheitlich riskanter Bereich. Für Männer gilt die doppelte Menge. Egal ob Mann oder Frau: grundsätzlich sollte nicht jeden Tag Alkohol getrunken werden. Die oben genannten Werte gelten bei regelmäßigem Konsum mit jedoch zwei alkoholfreien Tagen pro Woche. (DHS 2010).

1.1.3 Akute Alkoholintoxikation (akuter Alkoholrausch) nach ICD-10 (F10.0):

Eine *akute Alkoholintoxikation* (F10.0) wird festgestellt, wenn akute Beeinträchtigungen des Bewusstseins, der Kognition, der Wahrnehmung, der Affekte oder des Verhaltens vorhanden sind, die eindeutig auf die Wirkung von Alkohol zurückgeführt werden können. Für die Diagnose muss mindestens eine der folgenden Verhaltensauffälligkeiten beobachtet worden sein:

- Enthemmung,
- Streitlust,
- Aggressivität,
- Affektlabilität,
- Aufmerksamkeitsstörung,
- Einschränkung der Urteilsfähigkeit oder
- Beeinträchtigung der persönlichen Leistungsfähigkeit.

Zudem muss mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegen:

- Gangunsicherheit,
- Standunsicherheit,
- verwaschene Sprache,
- Nystagmus (ruckartige Augenbewegungen),
- Bewusstseinsminderung (z. B. Somnolenz, Koma),
- Gesichtsröte (Erröten),
- Bindehautrötung (konjunktivale Injektion).

Eine schwere Alkoholintoxikation kann auch mit Hypotonie (niedrigem Blutdruck), Hypothermie (Unterkühlung) und einem abgeschwächten Würgereflex einhergehen. Kommen bei einer akuten Vergiftung *Komplikationen* hinzu (z. B. Verletzungen, Aspiration von Erbrochenem, Delir, Wahrnehmungsstörungen, Koma), spricht man von einem *komplizierten Rausch*. Die Art der Komplikation wird im ICD-10 an fünfter Stelle (F10.0x) codiert.

Von einem *pathologischen Rausch* (*pathologische Alkoholintoxikation*, F10.07) spricht man, wenn die Alkoholintoxikation bereits bei einer Trinkmenge auftritt, die bei den meisten Menschen keine Intoxikation hervorruft (unter 0,5 Promille) und mit Verhaltensauffälligkeiten wie verbaler Aggressivität oder körperlicher Gewalt einhergeht, die für denjenigen untypisch ist. Die Symptomatik tritt meist wenige Minuten nach dem Alkoholgenuss auf (im Gegensatz zum einfachen Rausch) und es gibt keinen Hinweis auf eine andere organisch bedingte Hirnfunktionsstörung oder andere psychische Störungen (in diesem Fall sollte eine entsprechende andere Diagnose vergeben werden). Der pathologische Rausch ist insgesamt sehr selten. Er wird manchmal im Kindes- und Jugendalter beobachtet, z.B. nach erstmaligem Alkoholkonsum auf Klassenfahrten. Dann sollte auch eruiert werden, ob der betreffende Jugendliche Alkohol allein oder gemeinsam mit anderen Substanzen zu sich genommen hat (Deutsches Ärzteblatt, 2002).

Unter klinischen Gesichtspunkten wird eine Intoxikation schon bei geringen Blutalkoholkonzentrationen erreicht. Ein Grenzwert lässt sich hierfür nicht definieren; psychische und somatische Ausfallerscheinungen können jedoch schon bei 0,4 Promille auftreten, insbesondere wenn der Konsument Alkohol nicht gewöhnt ist oder schlecht verträgt. So besteht zwar ein Zusammenhang zwischen aufgenommener Alkoholmenge und Schwere der Intoxikation, doch das Alltagsverständnis, dass eine Vergiftung erst bei sehr hohen Konzentrationen auftritt, ist so nicht richtig (DHS, 2010). Eine Alkoholintoxikation ist abzugrenzen vom Begriff des „Binge Drinkings“.

1.1.4 Binge Drinking

Der Begriff beschreibt im Gegensatz zur Alkoholvergiftung, welches eine körperliche Reaktion auf hohen Alkoholkonsum darstellt, ein Trinkverhalten: es werden große Mengen Alkohol in kurzer Zeit konsumiert. Gefährlich ist dies, da erste Anzeichen, dass der Körper Alkohol nicht verträgt – das Angetrunkensein – übersprungen werden. Schutzmechanismen, wie Übelkeit, die den Konsumenten in der Regel davon abhalten mehr zu trinken, greifen nicht und eine Vergiftung kann sehr plötzlich auftreten (DHS, 2010). Bei dem in der Öffentlichkeit auch als „Rauschtrinken“ bezeichneten Trinkverhalten nehmen laut Definition Frauen mindestens vier, bzw. Männer mindestens fünf alkoholische Getränke in kurzer Zeit zu sich.

1.1.5 Alkoholmissbrauch/ Schädlicher Gebrauch

Vom Abhängigkeitssyndrom unterschieden wird der schädliche Gebrauch von Alkohol (oder Alkoholmissbrauch, F10.1, ICD-10). Diese Diagnose wird nur vergeben, wenn bisher kein Abhängigkeitssyndrom vorliegt, jedoch dem Betroffenen (oder seinem sozialen Umfeld) körperliche oder psychische Schäden durch seinen Alkoholkonsum entstanden sind (z. B. Unfall). Hierunter fallen auch negative Konsequenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen infolge von eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder problematischem Verhalten des Betroffenen. Für die Diagnose muss das schädliche Gebrauchsmuster seit mindestens einem Monat bestehen oder über ein Jahr hinweg mehrfach aufgetreten sein.

Laut BZgA ist Alkoholmissbrauch „jeder Alkoholkonsum, der – unabhängig von der getrunkenen Menge – zu [oben beschriebenen] Schäden führt.“

1.1.6 Abhängigkeitssyndrom

Die ICD-10 definiert sechs Kriterien, von denen drei oder mehr der folgenden Kriterien gemeinsam innerhalb eines Jahres mindestens einen Monat lang (oder bei kürzerer Dauer: innerhalb eines Jahres wiederholt) gleichzeitig vorhanden sein müssen, um die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms (F10.2) stellen zu können:

- Starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren (Craving).
- Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Menge, Beginn oder Ende des Konsums (d. h. es wird oft mehr Alkohol oder über einen längeren Zeitraum konsumiert als geplant, oder es bestehen der anhaltende Wunsch oder wiederholte Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren).
- Körperliche Entzugserscheinungen bei Konsumstopp oder Konsumreduktion.
- Nachweis einer Toleranz (um die gewünschte Wirkung hervorzurufen, sind zunehmend größere Mengen an Alkohol erforderlich, oder es treten bei fortgesetztem Konsum der gleichen Menge deutlich geringere Effekte auf).
- Einengung auf Alkohol, d. h. Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, oder ein erhöhter Zeitaufwand, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen (wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums oder eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen), obwohl der Betroffene sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.

Im Gegensatz zu früheren ICD-Versionen müssen die „klassischen“ Symptome der körperlichen Abhängigkeit, d.h. Toleranz und Entzugserscheinungen nicht mehr unbedingt vorhanden sein, wenn ausreichend andere Symptome zutreffen.

Laut BZgA ist „Alkoholabhängigkeit eine Krankheit, bei der sich das Leben zunehmend um die Droge Alkohol dreht. Alkohol zu trinken ist das Wichtigste, andere Interessen werden immer mehr vernachlässigt. Die Tage werden meist so geplant, dass Alkohol getrunken werden kann. Ein klarer Hinweis auf eine Abhängigkeit sind wiederholte, erfolglose Versuche, weniger oder gar nichts mehr zu trinken. Haben Alkoholabhängige einmal damit begonnen zu trinken, fällt es ihnen sehr schwer aufzuhören. Alkoholabhängig ist also, wer seinen Alkoholkonsum nicht mehr steuern kann.“

1.2 Risikofaktoren

Erst durch die Kenntnis von Risikofaktoren sind gezielte Präventionsmaßnahmen möglich. Alkoholbezogene Risikofaktoren im Jugendalter unterteilen sich in solche, die lediglich den Konsum begünstigen und solche, die das Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko erhöhen.

Der Umgang mit Alkohol kann zumindest teilweise im Rahmen einer Entwicklungsaufgabe von Jugendlichen betrachtet werden: sie müssen sich von den Eltern lösen und sich auf ein eigenständiges Leben vorbereiten. Der Konsum von Alkohol ist in unserer Kultur ein Zeichen des „Erwachsen-Seins“, da er nur den Erwachsenen gestattet ist und er gewinnt so eine bedeutsame Rolle. Als Symbol des

Erwachsen- Seins wird Alkoholkonsum attraktiv (Habermas, 2002 in Grob, A. und Jaschinski, U., 2003).

Im Hinblick auf sozial induzierten Alkoholkonsum haben sich frühere Betrachtungsweisen nicht bestätigt, die davon ausgingen, dass sozial schwache Schichten oder bestimmte Persönlichkeitstypen besonders prädestiniert dafür sind. „Vielmehr tragen allgemeine Umgebungsbedingungen, wie die Alkoholpolitik des Landes, der Preis und die Verfügbarkeit von Alkohol, kulturelle oder religiöse Traditionen oder Erwartungshaltungen von sozialen Netzwerken zum individuellen Konsum und daraus folgend einer möglichen Krankheitsentwicklung bei“ (Batra und Hentsch 2012).

Für das Risiko von Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit werden folgende Faktoren unterschieden:

Genetische Disposition:

Für Alkoholabhängigkeit ist eine hohe Erblichkeit nachgewiesen worden. Auch wenn der exakte Mechanismus noch nicht endgültig geklärt ist scheint die Dopamin-Regulation im Gehirn eine entscheidende Rolle zu spielen. Die Betroffenen reagieren – sowohl subjektiv als auch körperlich - anders auf Alkohol als Vergleichspersonen, Beispielsweise werden die berauschenden Effekte des Alkohols erst bei höheren Konzentrationen wahrgenommen und bewirken anscheinend eine erhöhte Stressdämpfung (DHS, 2010). Wer genetisch bedingt Alkohol gut verträgt hat ein erhöhtes Risiko für ein Abhängigkeitssyndrom. (Newlin et al. 1990; Schukitt et al. 2000 aus: Batra, A., Hentsch, O.-B.: Praxisbuch Sucht).

Kinder alkoholkranker Eltern haben ein mehrfach erhöhtes Risiko ebenfalls alkoholkrank zu werden. Auch das Einstiegsalter ist für sie oftmals geringer, was in Anbetracht der schädlichen Wirkung für das sich noch in Entwicklung befindenden Gehirns und Nervensystems besonders gefährlich ist. Dabei haben insbesondere Mädchen solcher Risikogruppen ein noch höheres Risiko als Jungen, später auch abhängig zu werden (Batra, A., Hentsch, O.-B., 2012). Bei den letzteren Aspekten spielen allerdings auch verschiedene familiäre Faktoren eine Rolle (siehe unten).

Familiäre Faktoren:

- Jugendliche die von ihren Eltern nicht in angemessener Art und Weise beaufsichtigt werden bzw. deren Eltern wenig über sie wissen, greifen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Drogen als Jugendliche die diesbezüglich besser „kontrolliert“ werden (Grob, A. und Jaschinski, U., 2003).
- Eltern dienen als Vorbild: schon im Grundschulalter wird die Einstellung zum Alkohol durch die Eltern geprägt. Wenn Kinder von den Eltern lernen, dass Alkohol zur Freizeit gehört und zur Problemlösung, Stressbewältigung o. ä. eingesetzt wird, übernehmen sie später oft diese Verhaltensweisen (BzgA, 2009).

Individuelle Faktoren/ Weitere Faktoren:

- Eine Prägung findet auch durch das erweiterte soziale Umfeld statt: meist bekommen Jugendliche ihren ersten Kontakt mit Alkohol durch Gleichaltrige.
- Jugendliche, die lediglich mit Alkohol experimentieren und ein geringes Risiko für Missbrauch oder Sucht aufweisen, fallen durch psychische Stärke und sichere soziale Bindungen auf (Shedler und Block, 1990 in Grob und Jaschinski, 2003). Damit spielt das Selbstbewusstsein eine wichtige Rolle.
- Weiterhin erhöht sich das Risiko für eine spätere substanzbezogene Störung bei einer Kombination mit anderen Suchtmitteln (Batra und Hentsch, 2012).

- Eine frühe Gewöhnung an Alkohol erhöht die Gefahr späteren Alkoholmissbrauchs. So haben Kinder, die mit 13, 14, oder 15 schon regelmäßig Alkohol trinken, ein Risiko von über 40% im späteren Leben alkoholabhängig zu werden. Erst mit 16 sinkt dieses Risiko, bis es sich ab etwa 20 Jahren bei einem Risiko von etwa 10% einpendelt (Laucht et al. 2007 in Batra und Hentsch, 2012).
- Verhaltensstörungen (z.B. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten oder Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung), andere kindheits- und jugendspezifische psychiatrische Störungen sowie Depressionen und Angststörungen können eine Alkoholabhängigkeit auslösen bzw. sind damit stark assoziiert (Zimmermann et al. , 2003 in Batra und Hentsch, 2012).

1.3 Begriff Prävention

Ziel der Prävention (lat. praevenire = zuvorkommen, verhüten), bezeichnet die Verhütung unerwünschter künftiger Ereignisse oder Entwicklungen. So soll z.B. die Verbreitung von Krankheiten möglichst verhindert oder verringert werden. Dies geschieht vor allem durch das Zurückdrängen oder Ausschalten der Auslösefaktoren von Krankheiten. Wenn man den Zeitverlauf von „gesund“ zu „krank“ betrachtet eröffnen sich unterschiedliche Alternativen für die Prävention. Aktuell wird zwischen primordialer, primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden, auch wenn diese vier Kategorien nicht immer scharf und eindeutig die verschiedenen Präventionsmaßnahmen zu trennen vermögen – beispielsweise fällt das Öfteren die Abgrenzung zwischen Tertiärprävention und Rehabilitation schwer. Außerdem lassen sich einige Maßnahmen mehreren Kategorien zuordnen, da sie auf mehreren Stufen der Prävention anwendbar sind.

In Teil B dieser Arbeit soll darauf eingegangen werden, wie zum einen die Primärprävention als auch die Sekundärprävention umgesetzt bzw. verbessert werden kann.

1.3.1. Primordiale Prävention

Primordiale Prävention bezeichnet Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von Risikofaktoren sowie auch die Risikofaktorenprävention bei bisher risikofreien Individuen. Sie grenzt damit einen Teil von Maßnahmen ab, die sonst der Primärprävention zugeordnet werden. Die Zielgruppe hat noch keine Risikofaktorbelastung.

So schränkt beispielsweise die Deinstallation von Zigarettenautomaten das problemlose Beschaffen von Zigaretten insbesondere für Minderjährige ein und vermindert damit das Risiko eines niedrigen Eintrittsalters für den Konsum mit den entsprechenden Folgeschäden.

1.3.2 Primärprävention

Primärprävention setzt vor Eintreten der Krankheit ein und zielt darauf ab, die Rate der Neuerkrankungen oder die Erkrankungswahrscheinlichkeit zu senken. Die Primärprävention richtet sich an Gesunde und Risikogruppen, die noch keine Krankheitssymptome aufweisen. Beispiele für Primärprävention sind die Beseitigung

von Expositionen und Übertragungswegen (u.a. z.B. durch Impfungen), die Eindämmung verhaltensbedingter Risikofaktoren (z.B. schulische Maßnahmen zur Ernährung und Bewegung), die Erhöhung der Widerstandskraft des Organismus und die Förderung der psychischen und physischen Gesundheit (z.B. Vermittlung von Stressbewältigungsmethoden) sowie die Veränderung gesundheitsschädigender Umweltfaktoren.

Damit lassen sich auch die in der Literatur häufig erwähnten Begriffe Verhaltens- und Verhältnisprävention meist in diese Kategorie einordnen: Verhaltensprävention setzt am individuellen Konsumverhalten und will gesundheitsgerechtes Verhalten fördern, z.B. durch Aufklärung Beratung und Intervention.

Verhältnisprävention heißt, dass durch die ordnungspolitische Gesetzgebung die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gesundheitsfördernd gestaltet werden. Wichtige, über Gesetze regulierbare Faktoren sind u. a. die Verfügbarkeit, Erschwinglichkeit, aber auch die Werbung.

Weiterhin kann Primärprävention universell (für die allgemeine Bevölkerung), selektiv (bei Personengruppen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko) oder indiziert (bei Risikogruppen bzw. bei Personen mit bekanntermaßen (sehr) hohem Risiko) stattfinden. Diese Einteilung wird oftmals im Bereich Sucht vorgenommen.

1.3.3 Sekundärprävention

Sekundärprävention verfolgt die Früherkennung von Krankheiten und der Eindämmung ihres Fortschreitens (Progredienz) oder des Chronischwerdens der Erkrankung. Beispiele sind die Massen Screenings bei Brust- oder Darmkrebs bzw. alle Vorsorge- / Früherkennungsuntersuchungen, aber auch Programme für Jugendliche, die bereits Kontakt zu Drogen hatten, um eine Abhängigkeit oder Sucht zu verhindern. Die Personen der Zielgruppe sind gesund bzw. fühlen sich gesund; Krankheitssymptome sind, wenn vorhanden, nur latent.

Die Definition schließt zwar die Krankheitsbehandlung mit ein, was streng genommen allein in dem Sinne nicht mehr als präventives Vorgehen zu bewerten wäre; jedoch ist in jedem Fall die Verhütung von Krankheitsprogressionen und Rückfällen als präventiv einzustufen.

Im HaLT- Projekt sind mit dem reaktivem (z.B. Brückengespräch im Krankenhaus) und dem proaktiven Baustein (z.B. Initiierung von präventiven Projekten in Schulen) die Primär- und Sekundärprävention enthalten.

1.3.4 Tertiärprävention

Die Tertiärprävention beginnt generell nach der Manifestation einer Erkrankung. Zum einen sollen dann eine Krankheitsverschlimmerung und weitere Funktionsverluste sowie Folge- / Begleiterkrankungen vermieden werden. Zum anderen sollen - in einem engeren Begriffsverständnis - krankheitsbedingte Behinderungen verhütet oder beseitigt und auch eine Ausgliederung aus Beruf und Gesellschaft vermieden werden. Die Tertiärprävention gehört allerdings nicht zum Projektziel.

(Quelle: Slesina (2007) sowie www.wikipedia.org)

1.4 Entwicklung und Verbreitung des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen (in Deutschland)

Etwa 75% der 12 bis 17- Jährigen haben schon Alkohol probiert, wobei die Jungen in der Regel häufiger und mehr trinken: 17,4% der weiblichen und 40,5% der männlichen Jugendlichen trinken regelmäßig Alkohol, wobei weibliche Jugendliche im Durchschnitt 33,5 g reinen Alkohol und männliche Jugendliche etwa 99,1 g pro Woche trinken (BZgA 2009).

Bezogen auf den einmal wöchentlichen Alkoholkonsum hat der regelmäßige Alkoholkonsum in den Jahren 1973 bis 2008 bei den 12 – 25 -Jährigen Männern von 71% auf 40% und bei den Frauen von 49% auf 17% abgenommen (BzgA 2008 in Batra und Hentsch, 2012). Dieser positiv zu wertende Rückgang ist aber kein kontinuierlicher Trend. So war beispielsweise 2004 der Konsum wieder weiter verbreitet als 2001. Außerdem gibt es eine zunehmende Gruppe von Jugendlichen, die mit einem Mal so viel konsumieren, dass auch stationäre Behandlungen (Diagnose: Akute Alkoholintoxikation) erforderlich sind.

Die Zahl der Alkoholvergiftungen bei Personen im Alter von 10 bis 20 Jahren, die im Krankenhaus behandelt werden müssen, ist in den Jahren 2000 bis 2008 um 178% gestiegen.

Im Jahr 2010 wurden weniger Kinder im Alter von 10 bis 15 Jahren aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs stationär im Krankenhaus behandelt. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis, 2013) mitteilt, ging ihre Anzahl je 100.000 Einwohner gegenüber 2009 um 5,5 % zurück. Aber: Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 20 Jahren hingegen stieg sie um 2,9 %. Die absoluten Fallzahlen der 10 bis 20- Jährigen gingen von etwa 26400 auf 26000 zurück; allerdings war bereits 2011 wieder ein Anstieg von 1,4% zu verzeichnen (Destatis 2000-2011). Die folgenden beiden Abbildungen zeigen einen Ausschnitt der Zahlen des Statistischen Bundesamtes.

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) 2002 bis 2011 in der BRD F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol Akute Intoxikation (akuter Rausch)										
Altersgruppen	Jahre									
von ... bis unter ... Jahre	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
Insgesamt (bis > 90 J.)	116 423	115 436	114 521	109 283	98 562	87 531	88 938	81 212	70 562	63 104
unter 1 Jahr	2	4	6	5	1	2	3	1	4	3
1 bis 5 Jahre	0	9	9	9	4	10	13	10	13	23
5 bis 10 Jahre	3	8	9	7	5	6	15	12	16	12
10 bis 15 Jahre	4 174	4 088	4 330	4 512	3 779	3 298	3 466	3 039	2 859	2 730
15 bis 20 Jahre	22 175	21 907	22 098	21 197	19 386	16 125	15 983	13 384	11 246	10 064
zusammen 10 bis 20 Jahre	26 349	25 995	26 428	25 709	23 165	19 423	19 449	16 423	14 105	12 794
20 bis 25 Jahre	12 137	11 715	11 258	10 354	9 018	7 784	7 391	6 651	5 606	4 994
...										

Abb. 1: Im Krankenhaus behandelte Alkoholintoxikationen (F 10.0) von 2002 bis 2011

(Quelle: DESTATIS 2013)

Jahr	Insgesamt						
					10-20		
		u. 1	1-5	5-10	zusammen	10-15	15-20
Insgesamt							
2000	65,2	2,0	0,8	0,4	100,9	46,1	156,9
2001	73,7	1,6	0,9	0,4	121,4	53,1	191,4
2002	75,8	0,4	0,7	0,3	136,6	58,5	214,6
2003	84,7	0,6	0,4	0,4	151,3	62,8	236,6
2004	97,6	0,1	0,3	0,3	178,5	69,2	278,9
2005	106,9	0,4	0,4	0,4	214,1	82,2	329,2
2006	105,1	0,3	0,3	0,2	217,2	80,6	333,2
2007	118,7	0,1	0,1	0,1	263,7	93,7	409,2
2008	131,8	0,7	0,3	0,2	298,1	112,5	460,6
2009	138,5	0,9	0,3	0,2	313,8	108,7	499,0
2010	139,6	0,6	0,3	0,2	314,7	102,8	513,3
Veränderung 2000 zu 2010 in %					211,8	122,7	227,1
Veränderung 2009 zu 2010 in %					0,3	-5,5	2,9

Abb. 2: Im Krankenhaus behandelte Akute Alkoholintoxikationen (F10.0) von 2000 bis 2010 in der BRD je 100.000 Einwohner
(einschließlich Sterbe- und Stundenfälle; Quelle: DESTATIS 2013)

2012 war im Vergleich zu 2000 ein bundesweiter Anstieg um das 2,5- Fache der Zahl der Betroffenen pro 100 000 Einwohner zu verzeichnen. Einzelne Fälle bei Kleinkindern liegen zumeist in unsachgemäßer Aufbewahrung - d.h. für die Kinder zugänglich – oder Verwendung nicht für Kinder geeigneter alkoholhaltiger Medikamente begründet. Die Krankenhausdiagnosestatistiken des Statistischen Bundesamtes (Destatis 2012) ergeben, dass die Zahlen der stationär behandelten Alkoholintoxikationen in Sachsen beim bundesweiten Vergleich im Mittelfeld rangieren.

Im **Ländervergleich** zeigt sich ein systematischer Stadt-Land-Unterschied bei den 10-20-Jährigen: die Quoten der Flächenstaaten liegen eher oberhalb und die der Stadtstaaten eher unterhalb des Bundesdurchschnitts.

Weiterhin gibt es ein offensichtliches **Nord-Süd Gefälle** der Alkoholintoxikationsraten: für die 15 bis unter 20- Jährigen fallen diese in den norddeutschen Flächenstaaten durchweg niedriger aus als in den südwestlich gelegenen Bundesländern (Baumgärtner, 2012).

Allgemein ist jedoch anzumerken, dass der Anstieg der Raten von Alkoholintoxikationen in allen Altersgruppen registriert wird und laut Baumgärtner (2012) auch nicht als Massenphänomen interpretiert werden kann. Denn es sei auch zu vermuten, dass in Anbetracht der steigenden Fallzahlen die Sensibilität für dieses Thema in der Gesellschaft zugenommen hat und die Schwelle – insbesondere wenn Jugendliche betroffen sind - gesunken ist, eine medizinische Versorgung einzuleiten (Baumgärtner, 2012). Dieser Aspekt könnte also ein wesentlicher Faktor sein, der „künstlich“ die Raten anheben würde; jedoch ist diese Vermutung nicht gesichert und kann nicht genutzt werden um damit vollständig die Steigerung der Raten zu erklären. In der folgenden Abbildung aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011 wird die Entwicklung der Fälle für das Bundesland Sachsen bis 2010 dargestellt. Die Form der Darstellung illustriert sehr gut die besorgniserregende Entwicklung der Fallzahlen.

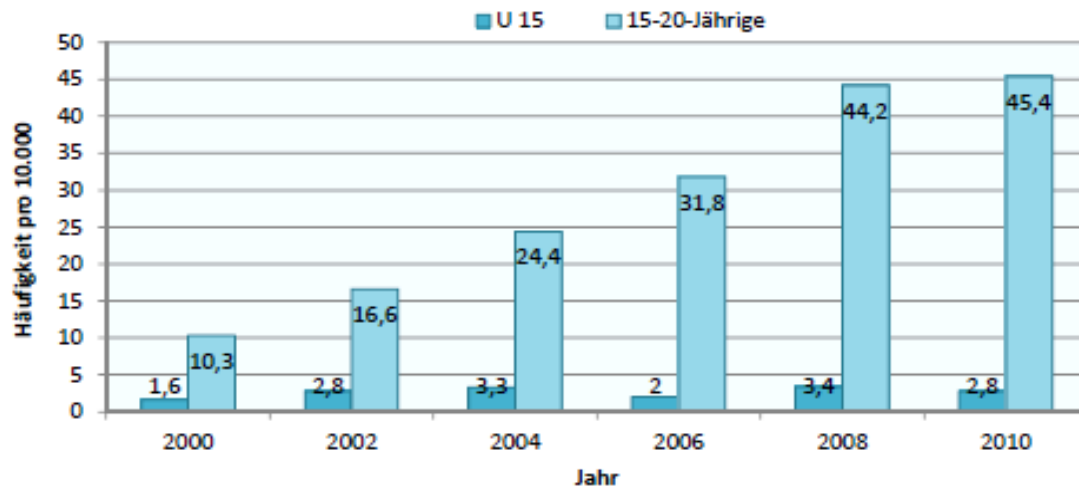


Abb. 3: Fallhäufigkeit (2000 – 2010), F10.0 Alkoholintoxikation, bezogen auf 10.000 der jeweiligen Altersgruppe, Patientenwohnort Sachsen

(Quelle: www.gbe-bund.de / SLS (2012) Sucht 2011 aus www.slsev.de)

Speziell für Dresden sind für das Jahr 2011 aus der Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen folgende Daten zu entnehmen: die notwendig gewordenen stationären Versorgungen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen sind zu 81% dem Alkohol geschuldet. Von den Alkohol betreffenden Hauptdiagnosen entfällt der größte Teil auf Akute Alkoholintoxikationen (38%). Alkohol gehörte 2011 auch bei den Dresdner Einwohnern unter 18 Jahren zum Hauptgrund einer stationären Versorgung; so sind 7% der anteiligen Akuten Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen unter 18 Jahren aufgetreten.

1.5 Gesetzliche Regelung Jugendschutzgesetz, § 9 Alkoholische Getränke

(1) In Gaststätten, Verkaufsstellen oder sonst in der Öffentlichkeit dürfen

1. Branntwein, branntweinhaltige Getränke oder Lebensmittel, die Branntwein in nicht nur geringfügiger Menge enthalten, sowie
2. andere alkoholische Getränke an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren weder abgegeben noch darf ihnen der Verzehr gestattet werden.

(2) Absatz 1 Nr. 2 gilt nicht, wenn Jugendliche von einer personensorgeberechtigten Person begleitet werden.

(3) In der Öffentlichkeit dürfen alkoholische Getränke nicht in Automaten angeboten werden. Dies gilt nicht, wenn ein Automat

1. an einem für Kinder und Jugendliche unzugänglichen Ort aufgestellt ist oder
2. in einem gewerblich genutzten Raum aufgestellt und durch technische Vorrichtungen oder durch ständige Aufsicht sichergestellt ist, dass Kinder und Jugendliche alkoholische Getränke nicht entnehmen können.

§ 20 Nr. 1 des Gaststättengesetzes bleibt unberührt.

(4) Alkoholhaltige Süßgetränke im Sinne des § 1 Abs. 2 und 3 des Alkopopsteuergesetzes dürfen gewerbsmäßig nur mit dem Hinweis "Abgabe an Personen unter 18 Jahren verboten, § 9 Jugendschutzgesetz" in den Verkehr gebracht werden. Dieser Hinweis ist auf der Fertigpackung in der gleichen Schriftart und in der gleichen Größe und Farbe wie die Marken- oder Phantasienamen oder, soweit nicht vorhanden, wie die Verkehrsbezeichnung zu halten und bei Flaschen auf dem Frontetikett anzubringen.

(Quelle: <https://www.gesetze-im-internet.de/juschg/>)

1.6 Was ist HaLT und wie entwickelte sich das Konzept?

1.6.1 Von der regionalen Initiative zum Bundesmodellprojekt

HaLT leitet sich ab von „Hart am LimiT“. Es ist ein Alkoholpräventionsprojekt für Kinder und Jugendliche. Es entstand, nachdem von dem Suchtpräventionszentrum Villa Schöpflin in Lörrach in Zusammenarbeit mit der dortigen Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Datenmaterial von stationär behandelten Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen ausgewertet und ein besorgniserregender Anstieg solcher Fälle dokumentiert wurde. Allein zwischen 1999 bis 2002 war die Zahl der 12 bis 17-Jährigen mit einer Alkoholvergiftung von 17 auf 56 gestiegen (Kliniken Lörrach, 2003). Ein solcher Anstieg wurde anschließend auch überregional dokumentiert.

Das Konzept wurde daraufhin im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) von Juni 2003 bis Dezember 2004 durch die Villa Schöpflin als Pilotprojekt erprobt. Die Basler Prognos AG wurde mit der externen Begleitforschung beauftragt. Nach erfolgreicher Bewertung der Pilotphase schrieb das Ministerium HaLT als Bundesmodellprojekt aus, worauf eine breite Umsetzung des Projektes im gesamten Bundesgebiet – gefördert durch das BMG und das jeweilige Bundesland - erfolgte. Rahmenbedingungen und Schwerpunkte der Projektumsetzung wurden dabei bewusst weit gefasst, um Erkenntnisse für die Möglichkeiten der Adaption an die jeweiligen regionalen Besonderheiten zu gewinnen.

Derzeitige Standorte von HaLT befinden sich in Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg- Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland- Pfalz, Sachsen- Anhalt, Saarland, Schleswig- Holstein und Thüringen. In Sachsen gibt es neben Dresden einen weiteren Standort in Leipzig. Wie aus der regionalen Initiative ein Bundesmodellprojekt wurde, veranschaulicht die folgende Abbildung.

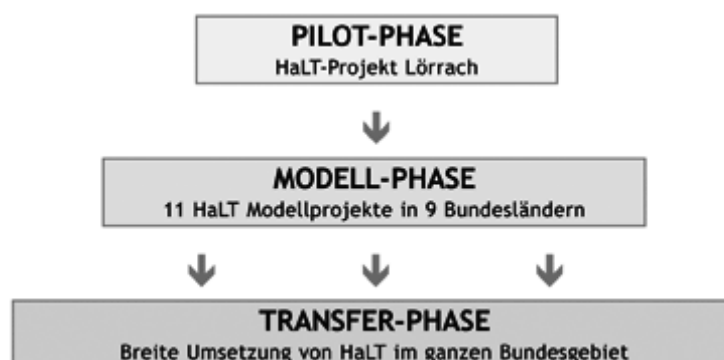


Abb. 4: Von der Pilot- zur Transferphase (Quelle: www.halt-projekt.de)

1.6.2 Konzeptaufbau von HaLT

Das Alkoholpräventionsprojekt besteht aus einem reaktiven und einem proaktiven Baustein. Diese sollen sich gegenseitig ergänzen und verstärken.

Im reaktiven Baustein wird auf der individuellen Ebene angesetzt. Jugendliche mit stationär behandelter Alkoholvergiftung werden mit einem so genannten „Brückengespräch“ meist noch im Krankenhaus angesprochen und mit einem standardisierten Fragebogen als Leitfaden befragt.

Zusätzlich zu diesen Einzelberatungen (auch für die Eltern) werden Gruppengespräche zur Auseinandersetzung mit dem riskanten Konsumverhalten angeboten. Regional unterschiedlich werden auch weitere Schnittstellen wie z.B. Jugendberufshilfe, Ärzte, Schulsozialarbeit oder Justiz mit eingeschaltet um diese Jugendliche frühzeitig zu erreichen. Diese Kurzintervention nennt sich „Risikocheck“. Es ist ein eintägiges (8 – 12 Stunden) Gruppenangebot, was den Jugendlichen Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol vermitteln soll. Die zentralen Säulen des Risikochecks sind substanzspezifische Informationsvermittlung, Erlebnispädagogik mit Reflexion sowie Risikowahrnehmung und Selbsteinschätzung.

Damit entspricht dieser Baustein einer Sekundärprävention (oder auch indizierter Prävention).

In dieser Arbeit stehen die Brückengespräche im Vordergrund.

Der zweite „proaktive“ Baustein stellt vorwiegend eine Primärpräventionsmaßnahme dar (bzw. auch universelle Präventionsmaßnahme). Sie ist kommunal verankert und dient der Verhinderung von schädlichem Alkoholkonsum schon im Vorfeld. Hierbei sind die Erwachsenen angesprochen, die verantwortungsvoll und als Vorbilder im Umgang mit Alkohol handeln sollen. Darunter fällt auch, dass unter anderem das Jugendschutzgesetz generell strikt eingehalten wird (z.B. auf Festen, oder im gastronomischen und Einzelhandelsbereich) und die Bevölkerung sensibilisiert wird.

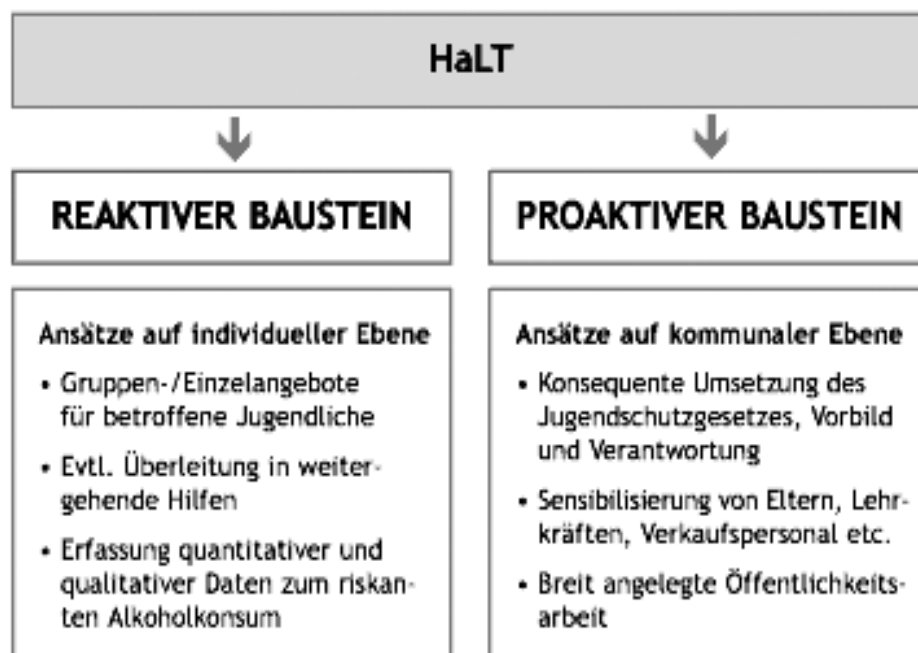


Abb. 5: Aufbau von HaLT

Im Folgenden werden die möglichen Kooperationspartner für beide Bausteine grafisch dargestellt:

Abb. 6:
Kooperationspartner
Reaktiver Baustein

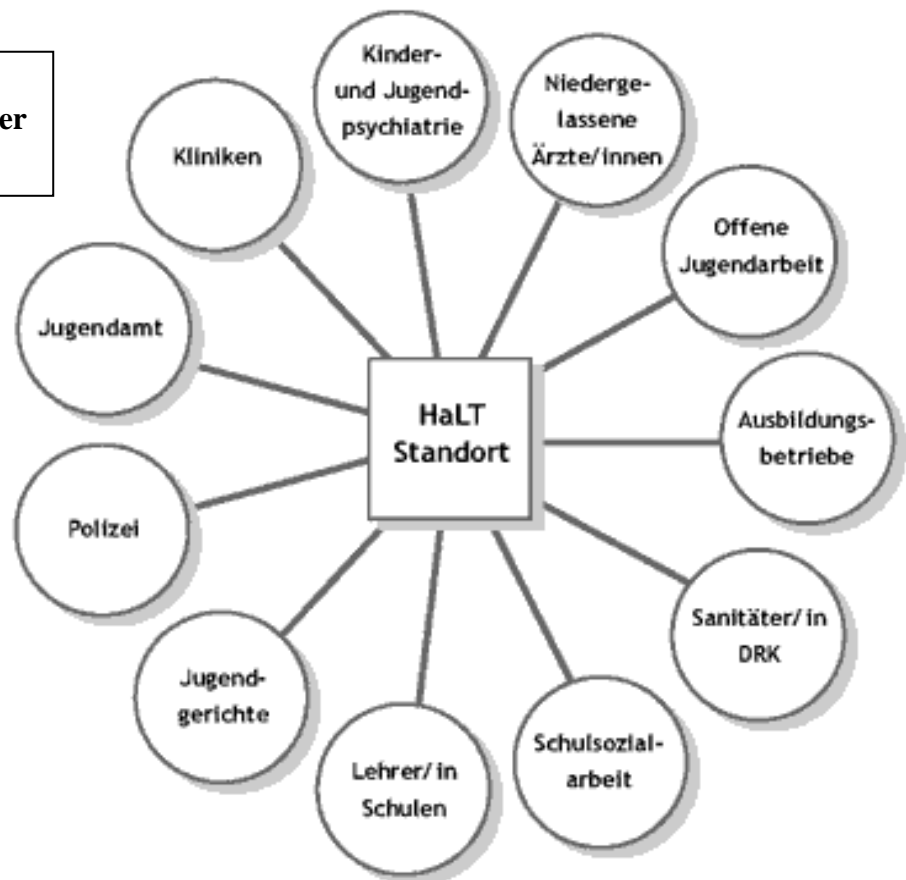
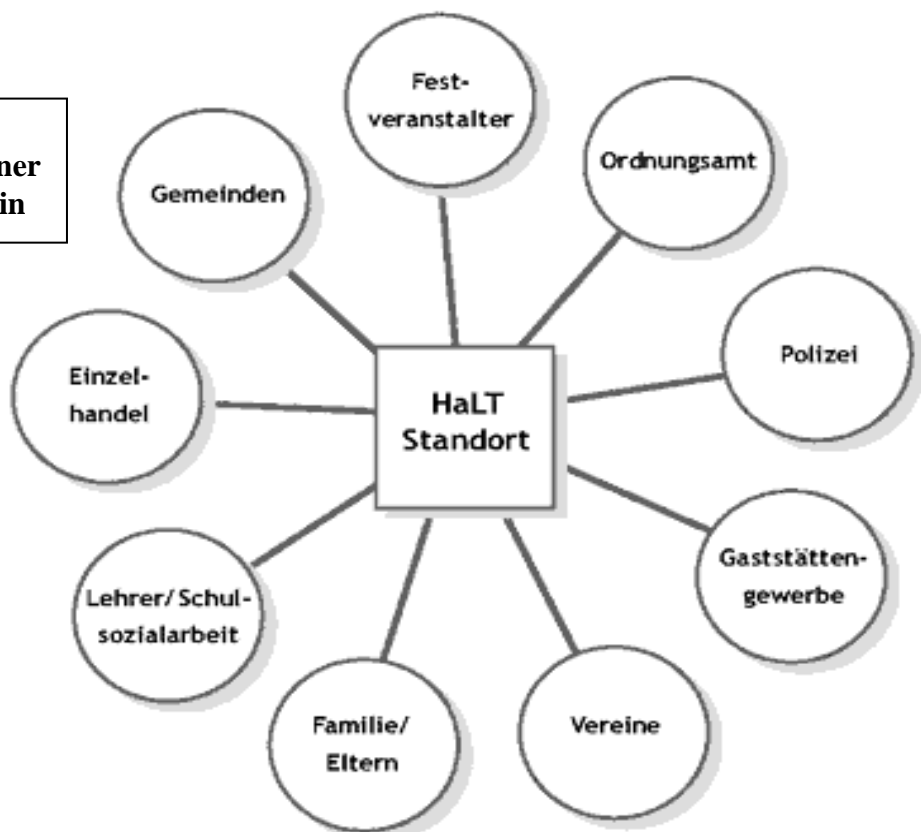


Abb. 7:
Kooperationspartner
Proaktiver Baustein



1.6.3 Besonderheiten und Vorteile des HaLT - Projektes:

1. Kinder und Jugendliche werden systematisch und zu einem frühen Zeitpunkt nach einer stationär behandelten Alkoholvergiftung angesprochen. Damit besteht die Chance an einem frühen Zeitpunkt einer möglichen weiteren zukünftigen Entwicklung von negativem Konsumverhalten mit Interventionen anzusetzen und eine Entwicklung bis hin zur Sucht zu verhindern. Das erste Gespräch erfolgt in einer sensiblen Phase, wo die Jugendlichen selbst und deren Eltern betroffen sind und das Problemverhalten offensichtlich ist.
2. Verhaltens- und Verhältnisprävention wird in Form des reaktiven und des proaktiven Bausteins miteinander verbunden.
3. Jugendlich und Erwachsene werden gleichzeitig angesprochen. Es wird eine Individualisierung jugendlichen Alkoholmissbrauchs sowie eine Zuschreibung der Verantwortung allein auf Jugendliche und/ oder ihre Eltern vermieden.
4. Der Kontext der Entstehung von Alkoholmissbrauch wird einbezogen. Nur auf diese Weise können nachhaltige Lösungsansätze abgeleitet werden.
5. HaLT ist öffentlichkeitswirksam und bringt den Kooperationspartnern ein Imagegewinn, da Beispiele von alkoholvergifteten Kindern alarmierend wirken.
6. Das im reaktiven Baustein integrierte erlebnispädagogische Modul macht das Angebot attraktiv. Damit wird zugleich das Risikoverhalten eher emotional statt kognitiv beeinflusst.
7. Die Implementierung von HaLT – Projekten wird, da es ein Bundesmodellprojekt ist, in vielen Bundesländern von damit beauftragten Koordinationsstellen unterstützt. Es ist damit in die nationale (präventive) Alkoholpolitik eingebettet, die eher mit massenmedialen Kampagnen arbeitet. Zugleich nutzt es die regionalen Netzwerke und kann damit unabhängig von regional unterschiedlichen Strukturen in den einzelnen Regionen gut verbreitet werden.
8. HaLT wurde durch die Prognos AG wissenschaftlich evaluiert (s. o.). Demnach ist das Projekt effizient, effektiv und auch kostengünstig.
9. Das Konzept ist in wesentlichen Teilen evidenzbasiert: der reaktive Baustein gilt als Frühintervention und basiert auf der Wirksamkeit Motivierender Gesprächsführung (MI) und dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM) in der Frühintervention (siehe unten Exkurs). Im proaktiven Baustein sind es vor allem steuernde Ansätze zur Angebotsreduktion in einem Gemeinwesen (z.B. Einhaltung von Altersgrenzen beim Verkauf).

1.6.3.1 Exkurs Motivierende Gesprächsführung und Transtheoretisches Modell

Motivierende Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) ist ein klientenzentrierter, direkter Beratungsansatz mit dem Ziel, intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung durch Explorieren und Auflösen von Ambivalenz aufzubauen. Das Konzept wurde ursprünglich 1991 von William Miller und Stephen Rollnick zur Beratung für Menschen mit Suchtproblemen entwickelt, bzw. für Menschen mit geringer Änderungsbereitschaft. Im Gegensatz zu vielen herkömmlichen Verfahren in diesem Bereich wird beim MI explizit auf ein konfrontatives Vorgehen verzichtet, da es beim Klienten vorrangig Widerstand hervorrufe.

Der Berater nimmt eine klientenzentrierte Haltung ein und versucht, durch aktives Zuhören die Situation aus der Sicht des Klienten zu betrachten und zu verstehen. Danach versucht er Diskrepanz zu erzeugen: Ein Jugendlicher könnte beispielsweise meinen, Alkohol fördere die

Geselligkeit, aber zugleich kann er sich dessen bewusst sein, dass es dem Körper schadet. Der Berater hilft bei der Bewusstmachung beider Seiten, was zu einer gewissen Ambivalenz und einem Konflikt beim Konsumenten führt. Wenn dem Klienten deutlich wird, dass sein momentanes Verhalten im Widerspruch zu wichtigen Zielen und Vorstellungen für seine Zukunft steht (kognitive Dissonanz), kann dies die Veränderungsbereitschaft stärken. Eventuell ist derjenige ein Sportler und kann sich körperliche Rückstände nicht leisten oder er findet die Vorstellung furchtbar, von seiner Freundin beim Erbrechen beobachtet zu werden. Wesentlich ist dabei, dass der Klient alle Argumente selbst liefert, anstatt von Außenstehenden zu einer Verhaltensänderung überredet zu werden. In der zweiten Phase des MI sollen dann konkrete Ziele und Wege zur Zielerreichung herausgearbeitet werden. Der Klient wird dann in der Zuversicht bestärkt, Veränderungen erreichen zu können.

Burke et al. (2003, aus Wikipedia: „Motivierende Gesprächsführung“) führten eine Metaanalyse von 30 randomisiert- kontrollierten Studien zum MI durch. Es zeigte sich, dass MI bei Alkohol- /Drogenabhängigkeit, Einhalten von Diäten und Steigerung der körperlichen Aktivität effektiv ist, nicht jedoch bei Rauchern oder Personen mit HIV-Risiko-Verhalten.

Das Transtheoretische Modell (TTM):

Das TTM ist ein Konzept zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung von intentionalen Verhaltensänderungen. Das von Prochaska et al. (1985) entwickelte Modell basiert auf der Annahme, dass Änderungsprozesse mehrere qualitativ unterschiedliche und sukzessive aufeinander aufbauende Stufen durchlaufen. Das Modell wurde auf unterschiedliche Gesundheitsverhaltensweisen, z. B. Tabakrauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, körperliche Bewegung/Sporttreiben adaptiert. Im Kern postuliert das Modell sechs Stadien der Verhaltensänderung:

- 1. Im Absichtslosigkeitsstadium („Precontemplation“) haben Personen keine Absicht, ein problematisches Verhalten zu verändern.*
- 2. Im Absichtsbildungsstadium („Contemplation“) haben Personen die Absicht, irgendwann das problematische Verhalten zu verändern.*
- 3. Im Vorbereitungsstadium („Preparation“) planen Personen konkret, demnächst ihr problematisches Verhalten zu ändern und unternehmen erste Schritte.*
- 4. Im Handlungsstadium („Action“) vollziehen Personen eine Verhaltensänderung.*
- 5. Im Aufrechterhaltungsstadium („Maintenance“) haben Personen seit einem längeren Zeitraum das problematische Verhalten aufgegeben.*
- 6. Im Abschlusstadium („Termination“) ist das alte Verhalten dauerhaft aufgegeben, das neue Verhalten ist verinnerlicht und wird aufrechterhalten.*

Das 6. Stadium wurde später von anderen Autoren vereinzelt hinzugefügt und ist nicht für alle Anwendungsfelder gleich sinnvoll (Sucht, Bewegung).

(Quelle: Verändert, weitergeführt und in Ausschnitten übernommen aus www.wikipedia.org.)

1.6.4 Voraussetzungen für die Implementierung von HaLT- Projekten

Für die Zertifizierung als HaLT- Standort gelten folgende Grundvoraussetzungen:

1. Die Mitarbeiter von HaLT verfügen in der Regel über einen (Fach-) Hochschulabschluss in den Bereichen Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, Pädagogik oder Psychologie.
2. Mindestens ein Projektmitarbeiter eines Standortes hat an einem HaLT.-Einführungsseminar teilgenommen.
3. Sponsoring wird angestrebt, wobei Sponsoring durch die Alkoholindustrie ausgeschlossen wird.
4. Bei der Umsetzung des Konzeptes werden die folgenden Standards eingehalten.

1.6.5 Fünf Standards (von Prognos) als Erfolgsvoraussetzung von HaLT

Prognos identifizierte im Rahmen der Pilotphase fünf Standards, die als wesentliche Erfolgsfaktoren bei der Projektumsetzung gesehen werden können. Prognos lieferte zugleich auch Hinweise für die Umsetzung um Akzeptanz, Wirksamkeit, Effizienz und Nachhaltigkeit zu erhöhen. Weiterhin dienen die Standards als Qualitätsnachweis um eine Förderung durch Krankenkassen und Kommunen zu erreichen.

Im Folgenden sind die Standards sowie eine jeweilige Begründung aufgeführt.

Standard 1

HaLT ist eine Kombination aus einem reaktiven (indizierte Prävention) und einem proaktiven Baustein (kommunal verankerte Strategie zur Alkoholprävention/ universelle Prävention).

Begründung: Beide Bausteine legitimieren und verstärken sich gegenseitig. Der Verweis auf mitunter lebensbedrohliche Alkoholvergiftungen verdeutlicht das Problem ohne Alkohol allgemein zu verteufeln. Allein mit dem reaktiven Vorgehen lässt sich das jedoch Problemverhalten nicht beeinflussen; zudem soll die proaktive Herangehensweise eine Reduktion auf eine lediglich jugendspezifische Problematik verhindern.

Standard 2

HaLT ist ein substanzspezifischer, auf Alkohol gerichteter Ansatz.

Begründung: Eine eindeutige Ziel- (Gruppenorientierung) erhöht die Wirksamkeit; Ziele lassen sich klarer und spezifischer kommunizieren. Außerdem zeigte die wissenschaftliche Begleitung des HaLT- Projektes, dass die betreffenden Jugendlichen i. d. R. keine/ kaum andere (illegale) Drogen konsumieren, was die Spezifizierung des Angebots rechtfertigt.

Standard 3

HaLT ist ein Netzwerkansatz, wobei die Kooperationen über die „klassischen“ Netzwerke der Suchtprävention – Suchthilfe und Pädagogik – hinausgehen.

Begründung: Vorhandene Strukturen/ Netzwerke und kommunale Entscheidungsträger werden genutzt und eingebunden. Dadurch ist HaLT kostengünstig, erzielt eine hohe Akzeptanz und Reichweite und tritt nicht als „isolierter Mahner“ auf. Des Weiteren entwickeln sich einmal etablierte Kooperationen durch die Mitverantwortung vieler Kooperationspartner zu Selbstläufern und sind so nachhaltig wirksam.

Standard 4

HaLT reaktiv ist eine niedrigschwellige, zeitlich begrenzte Frühintervention.

Begründung: Durch die Betonung von Risikoverhalten anstatt von Sucht sowie die zeitliche Begrenzung ist das Angebot niedrigschwellig. Die gefährdeten Jugendlichen werden frühzeitig in ein Hilfesystem eingebunden.

Standard 5

HaLT- Standorte verstehen sich als Kompetenzzentren, Impulsgeber und sind als Dienstleister im kommunalen Setting gut erkennbar.

Begründung: Konkrete unterstützende Angebote wie Vorträge, Schulungen, Materialien etc. i. S. v. Alkoholprävention sind für Kliniken sowie für Festveranstalter,

Kommunen, Einzelhandel etc. attraktiv. Die Einbindung von HaLT wird damit als Entlastung und nicht als Mehrarbeit empfunden.

1.6.6 HaLT in Dresden

Im September 2008 wurde durch die Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Dresden mit Unterstützung der AOK Plus, der Stadt Dresden, der Diakonie Dresden sowie den klinischen Partnern des Städtischen Krankenhauses Dresden Neustadt und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden ein regionales HaLT- Netzwerk eingerichtet. Weiterhin sind der Arbeitskreis Suchtprävention Dresden und die Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Dresden wesentliche Bestandteile dieses Netzwerkes. Anfang 2011 übernahm das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt die Projektkoordination.

Auch in Dresden besteht das HaLT- Projekt aus einem proaktiven und einem reaktiven Baustein.

Der reaktive Teil wird wie im Bundesmodellprojekt vorgesehen durchgeführt und dokumentiert (siehe 1.6.2).

Der proaktive Teil stellt sich für Dresden laut Konzeption wie folgt dar:

Über breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit soll die Bevölkerung zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol sensibilisiert werden. Derzeit wird erarbeitet, wie die Jugendlichen ab 12 Jahren noch gezielter erreicht werden. Diese Arbeit soll dazu beitragen.

Im Arbeitskreis Suchtprävention (gegründet 1993) haben sich in der Stadt tätige Suchtberatungs- und –Behandlungsstellen, Einrichtungen zur Gesundheitsförderung und Mitwirkende an Präventionsaufgaben zusammengeschlossen mit dem Ziel, Die Suchtpräventionsarbeit in der Stadt aufeinander abzustimmen und zu fördern. Des Weiteren besteht seit 2010 in Dresden die Arbeitsgruppe Jugendschutz, welche Maßnahmen für den erzieherischen Kinder- und Jugendschutz entwickeln soll. Diese Arbeitsgruppe setzt sich aus Vertretern der offenen Jugendarbeit, der Bildungsagentur und anderer kommunaler Strukturen wie Ordnungsamt, Sozialamt, Gesundheitsamt und Jugendamt zusammen.

(HaLT- Konzeption Dresden, Maatz, 2012)

2 Methodik

2.1 Ziele und Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Teile, wobei in Teil B die Ergebnisse von Teil A genutzt werden:

2.1.1 Teil A:

Vergleich der Stichproben aus den HaLT- Projekten Dresden und Leipzig

Vergleich der beiden Stichproben hinsichtlich deskriptiver Gesichtspunkte sowie (bedeutsamer) Unterschiede in Bezug auf:

1. Fallzahlen
2. Erreichungsquote durch HaLT
3. Soziodemografische und soziostrukturelle Merkmale
4. Umstände der Alkoholvergiftung
5. Konsumverhalten
6. weitere Ergebnisse

Mit dem Vergleich der Berichte zu den bisherigen HaLT- Fällen in Dresden und Leipzig sollen noch mehr Erkenntnisse über die Hintergründe von komatösem Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen gewonnen werden indem durch Feststellen eventueller Gemeinsamkeiten beider Stichproben Hinweise auf allgemeingültige Muster herausgefiltert werden. Weiterhin können neben der Überprüfung, inwieweit allgemein bekannte Risikofaktoren auch in den beiden Städten wirken, besondere Merkmale der Städte – hier für die Stadt Dresden - ermittelt werden.

2.1.2 Teil B:

Ableitung von Leitlinien für präventive Maßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Teil A

Welche gemeinsamen Aspekte sowie welche (bedeutsamen) Unterschiede der Städte Leipzig und Dresden sollten bei präventiven Maßnahmen beachtet werden?

Sollten sich aus der Kenntnis spezifischer Besonderheiten für Dresden sinnvolle Präventivmaßnahmen ableiten lassen gilt es, diese spezifischen Maßnahmen zusammen mit allgemein bewährten Präventionsmitteln in ein Gesamtkonzept zu integrieren, das für Dresden gut durchführbar ist.

2.2 Angaben zur Datenerhebung und zur Stichprobe

HaLT besteht aus zwei großen Bausteinen: dem proaktiven Baustein, der auf kommunaler Ebene ansetzt sowie den reaktiven Baustein, der auf der individuellen Ebene wirkt. Dabei werden Jugendliche, bei denen ein Risikoverhalten im Hinblick auf Alkohol aufgrund einer bestehenden Alkoholintoxikation offensichtlich geworden ist, in der Regel noch in der Klinik aufgesucht. Es wird dabei ausgenutzt, dass die Jugendlichen (und deren Eltern) zu diesem Zeitpunkt noch betroffen von dem Vorfall und damit für weitere Interventionen zugänglicher sind.

Die Jugendlichen werden von entsprechendem Fachpersonal (i. d. R. Sozialarbeiter, Psychologen etc.) in dem so genannten „Brückengespräch“ unter anderem mit Hilfe eines teilstandardisierten Fragebogens befragt.

Beschreibung des Fragebogens:

Der Fragebogen im Brückengespräch enthält insgesamt etwa 32 Items mit meist geschlossenen Fragen. Er enthält unter anderem allgemeine Fragen zur Person: Angaben zu Demographie und Ausbildung, Familien-, Schul- / Ausbildungssituation, Freundeskreis. Weiterhin erfolgen Angaben zu Schwere, Ort, Zeit und Gründen der Alkoholintoxikation, Bezugsquelle, Rahmenbedingungen und bisherigen Umgang mit Alkohol und anderen Suchtmitteln. Fragen zum subjektiven Erleben und zur Veränderungsmotivation sind ebenfalls enthalten.

Beschreibung der Stichproben und Datenquellen:

Zum reaktiven Teil des Projektes liegen statistisch zu großen Teilen ausgewertete Fragebögen aus den Brückengesprächen sowohl vom HaLT- Projekt in Dresden als auch von Leipzig ab September 2008 bis 2011, bzw. für Dresden auch für das Jahr 2012 vor. Zwecks einer Evaluation ist für beide Städte ein Bericht verfasst worden.

Als Datenquellen für die die Ergebnisse des Vergleichs dienen vorrangig, sofern nicht anders benannt, der Abschlussbericht der Stadt Leipzig (Hübner, 2011) über Alkoholprävention mit HaLT und der Bericht zur Auswertung der Brückengespräche im Rahmen des HaLT- Projektes Dresden (Manitz, 2012).

Zusätzlich werden eigene Auswertungen eingebracht, die aus der Fortführung der Analyse der Dresdner Brückengespräche ab dem zweiten Halbjahr 2012 resultieren.

Es sei darauf verwiesen, dass nur die HaLT- Fälle in die vergleichende Auswertung einfließen, die ein Brückengespräch durchliefen.

Die Daten wurden jeweils nach Erstellung einer einheitlichen Datenmaske mit Hilfe von SPSS in Form von Häufigkeitsverteilungen und Kreuztabellen ausgewertet. Die ausgewerteten Daten beinhalten biografische Daten und soziostrukturelle Merkmale der Jugendlichen, eine Analyse der Situation, die zur Alkoholvergiftung führte sowie eine Analyse von Konsumverhalten und –gewohnheiten.

In der Leipziger Stichprobe wurden 92 und in der Dresdener Stichprobe wurden bis einschließlich des ersten Halbjahres 2012 insgesamt 155 Fälle ausgewertet.

Für das zweite Halbjahr von 2012 wurden weitere 6 hinzugekommene Fälle selbst ausgewertet.

2.3 Vorgehen bei der Datenanalyse

Die statistisch bereits weitgehend ausgewerteten Fragebögen der Brückengespräche von HaLT- Dresden und HaLT- Leipzig sollen in dieser Arbeit miteinander verglichen werden. Eigene weitergehende Analysen erfolgen bei Bedarf. Durch den Vergleich beider Städte sollen eventuell bestehende bedeutsame Unterschiede herausgestellt werden, die unter Umständen Auswirkungen auf die Implementierung präventiver Maßnahmen haben könnten.

Für den Vergleich werden statistische Auswertungen mit Hilfe von SPSS (deskriptive Statistiken, Kreuztabellen, Korrelationen) genutzt um eventuelle Unterschiede herauszukristallisieren und auf ihre Signifikanz zu untersuchen.

3 Ergebnisse

Ergebnisteil A:

Vergleich der Stichproben aus den HaLT- Projekten Dresden und Leipzig

3 A. 1 HaLT- Fallzahlen ab 09/ 2008 in Dresden und Leipzig

Die Fallzahlen der mit akuter Alkoholintoxikation eingelieferten Jugendlichen ins Leipziger und Dresdener Universitätsklinikum sowie in die Kinderstation von Dresden Neustadt sind im Rahmen der HaLT- Projekte seit September 2008 erfasst und in der folgenden Tabelle dargestellt. Die Daten entstammen den HaLT- Berichten der beiden Städte, wobei diese in Leipzig noch nicht für 2012 aktualisiert wurden. Hier sind auch alle Fälle erfasst, die mit dem Brückengespräch nicht erreicht werden konnten.

Zeitraum	Dresden	Leipzig
ab 09/2008	104	88
2009	93	87
2010	97	68
2011	80	83
2012	81	104

Abb. 8: HaLT- Fallzahlen von Einlieferungen 12- 17 Jähriger mit akuter Alkoholintoxikation

Diese Zahlen beinhalten nicht alle tatsächlich in eine Klinik eingelieferten Jugendlichen, sondern nur die Zahlen der Klinik bzw. der Kliniken in denen der weitaus überwiegende Teil von Einlieferungen stattfindet. Während dies in Leipzig eindeutig die Universitätsklinik betrifft verteilt sich in Dresden neben der Universitätsklinik ein größerer Teil auch auf die Neustädter Kinderstation. Damit besteht zwar eine für den Städtevergleich leicht unterschiedliche Ausgangsbasis, dennoch ist erkennbar, dass sich die Zahlen beide Male auf hohem Niveau bewegen. Die Schwankungen erscheinen in Leipzig eher zufällig, während in Dresden ein kontinuierlicher leichter Rückgang zu verzeichnen ist.

3 A. 2 Erreichungsquoten mit HaLT- Brückengesprächen im jeweiligen Projektzeitraum

Leipzig:

Der Bericht über das Leipziger HaLT- Projekt umfasst den Projektzeitraum 01.08.2010 bis 04.12.2011. In der Zeit wurden von 110 Fällen 92 beraten, was einer Quote von 84% entspricht. 2012 sank die Quote allerdings auf 75% (78 beratene Jugendliche von 104 Fällen). Die Ursache ist noch zu ermitteln.

Dresden:

Zeitraum	Fälle	mit Brückengespräch erreicht absolut (prozentual)
ab 09/2008	104	20 (19%)
2009	93	20 (21%)
2010	97	40 (41%)
2011	80	53 (66%)
2012	81	36 (44%)
Summe	455	169 (39%)

Abb. 9: Erreichungsquote für Dresden

Als Vergleich für Dresden mit Leipzig bietet sich an dieser Stelle 2011 als das letzte voll erfasste Jahr von Dresden an, zumal es dem Projektzeitraum der Evaluation des Leipziger Projektes am nächsten kommt. Im Jahr 2011 sind in Dresden von 80 Fällen 53 beraten worden womit eine Quote von 66% erreicht wurde. Aus obiger Tabelle ist ersichtlich, dass sich die Erreichungsquote über die Jahre kontinuierlich stark verbesserte.

In Dresden wurde erst Anfang 2010 eine Wochenendbereitschaft eingerichtet. Außerdem wurden die Abläufe dahingehend geändert, dass die Projektmitarbeiter sieben Tage die Woche aktiv in der Klinik anrufen um so eine höhere Erreichungsquote zu garantieren. Wie in der Tabelle ersichtlich verdoppelte sich die Erreichungsquote 2010 im Vergleich zu 2009.

Nach einer weiteren starken Erhöhung 2011 sank die Quote 2012 wieder leicht ab, bzw. stagnierte sie.

Dennoch gelang es im Leipziger Projektzeitraum 18% mehr Jugendliche mit dem Brückengespräch zu erreichen. Mögliche (weitere) Gründe für eine Nichterreichung werden im Teil B (s. u.) dargelegt.

3 A. 3 Soziodemografische und soziostrukturelle Merkmale der Jugendlichen

3 A. 3.1 Alter und Geschlecht

Der Altersdurchschnitt beider Städte bei den eingelieferten Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren mit der Diagnose einer akuten Alkoholintoxikation ist sehr ähnlich (Dresden: 15,2 Jahre; Leipzig: 15,4 Jahre).

Hinsichtlich des Geschlechts stellte sich heraus, dass sowohl in Leipzig mit 60% als auch in Dresden mit 57% die Jungen in der Zahl etwas überwogen, was in Anbetracht bisheriger Statistiken zu dem Problem nicht überrascht (BZgA 2009).

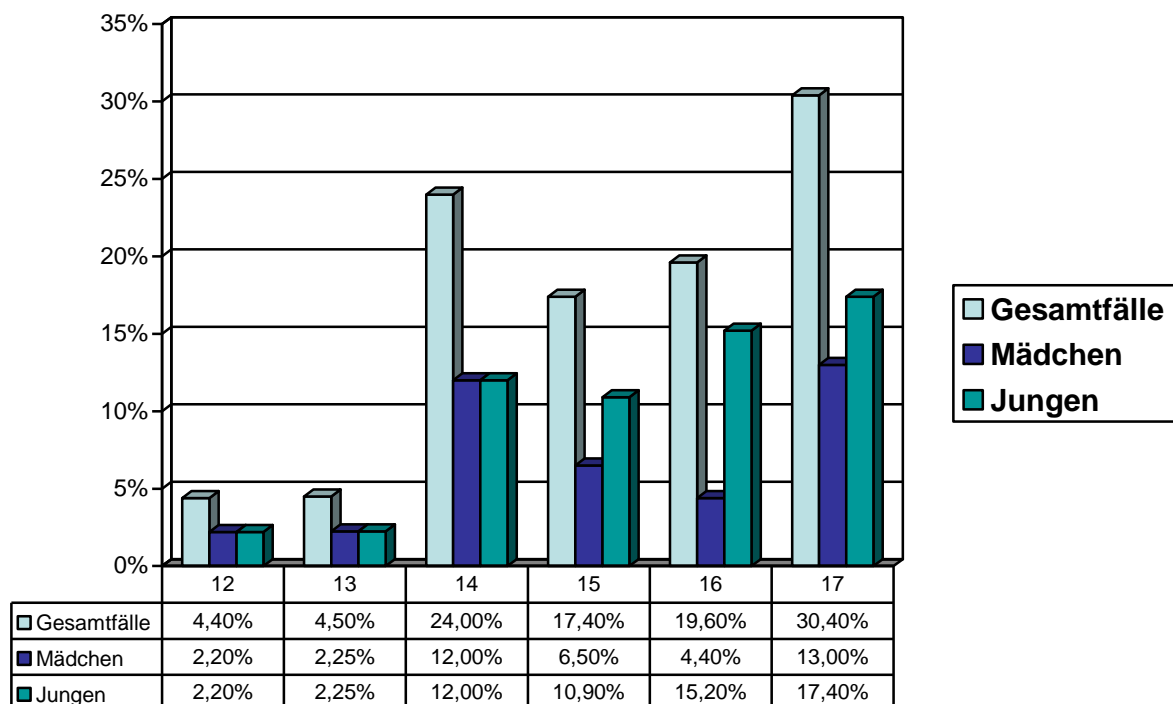
Für Leipzig stellte sich ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Alter und der Gesamtzahl der Fälle sowie zwischen Alter und der männlichen Fälle heraus. Wie die Grafik unten verdeutlicht scheint mit zunehmendem Alter die Gesamtfallzahl bzw. die Zahl der männlichen Fälle zuzunehmen. Die Verteilung der weiblichen Fälle über die

Altersstufen erscheint zufällig. Die meisten weiblichen Patienten wurden mit 14 oder mit 17 Jahren in eine Klinik eingeliefert.

Für die Dresdener Stichprobe ergeben sich zunächst keine signifikanten Korrelationen zwischen Geschlecht und Alter. Allerdings werden die Korrelationen für die Gesamtzahl sowie jeweils für die weiblichen und männlichen Fälle in Verbindung mit dem Alter signifikant wenn man die 17-Jährigen außen vor lässt – eine solche Auswertung wurde hinzugefügt aufgrund der grafischen Offensichtlichkeit dieses Faktus. Die entsprechenden Korrelationstabellen finden sich im Anhang.

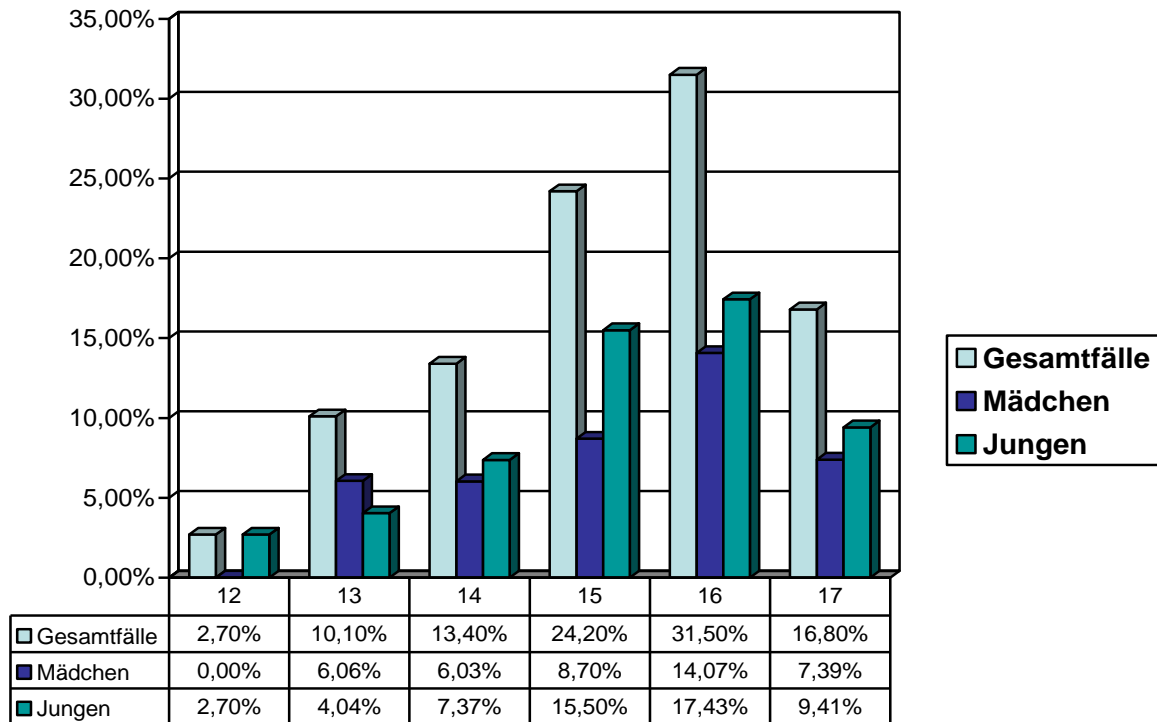
Wie die Grafik erkennen lässt steigen die Fallzahlen für beide Geschlechter bis zum Alter von 16 Jahren stetig an, wohingegen es bei den 17-Jährigen eine deutliche Abnahme von Fallzahlen gibt. Letzteres ist insofern bemerkenswert, da laut den Statistiken (DESTATIS 2013, siehe A 1.4) sich generell ein stetiger Anstieg zeigen sollte. Eine mögliche Erklärung könnten strukturelle oder andere Besonderheiten in Dresden sein, die dazu führen, dass 17-Jährige seltener in die Kinderstation der Universitätsklinik, bzw. des Neustädter Krankenhauses eingeliefert werden. Eventuell werden insbesondere in Dresden Jugendliche die fast volljährig sind, in andere Stationen eingeliefert (siehe auch B 1.1)

Die meisten Fallzahlen bewegen sich im Bereich der 14 bis 16 (Dresden) bzw. 17-Jährigen (Leipzig). Nichtsdestotrotz müssen auch die Fälle mit jüngeren Patienten (12 und 13 Jahre) besonders ernst genommen werden. Vor allem sollte verhindert werden, dass sich ein regelmäßiger Konsum entwickelt, da frühestens ab 16 Jahren das in dieser Gruppe erhöhte Risiko für eine spätere Alkoholkrankheit sinkt (DHS, 2010; Laucht et al., 2007 in Batra und Hentsch, 2012).



N = 92; Altersdurchschnitt: 15,4 Jahre

Abb. 10: Altersverteilung nach Geschlecht (Leipzig)



N = 147; Altersdurchschnitt: 15,2 Jahre

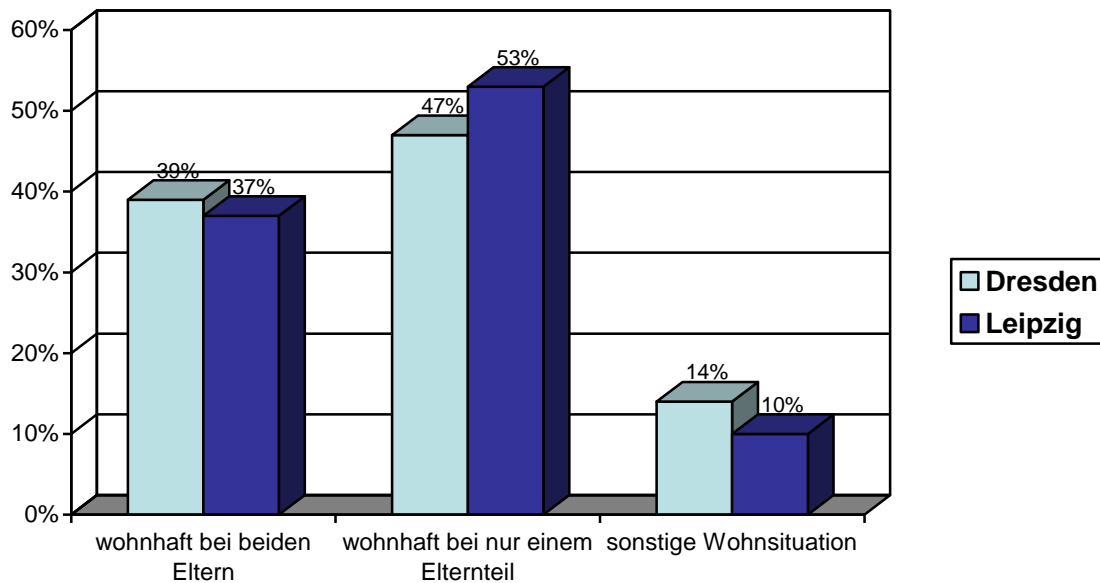
Abb. 11: Altersverteilung nach Geschlecht (Dresden)

3 A. 3.2 Familiäre Situation und Staatsangehörigkeit

Für beide Städte ist auffällig, dass etwa die Hälfte der Jugendlichen in einer Familie mit einem allein erziehenden Elternteil leben. Weiterhin entfallen für Dresden weitere 14% auf sonstige Wohnsituationen, wie WG oder betreutes Wohnen. Mit anderen Worten: nur 39% der Jugendlichen lebt bei beiden Elternteilen (Leipzig: 37%).

Und auch wenn dies nicht damit gleichzusetzen ist, dass der überwiegende Rest in einer unglücklichen oder instabilen Familiensituation aufwächst, so sind diese Jugendlichen jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Trennungserlebnissen konfrontiert worden.

Die Hypothese liegt nahe, dass solche Trennungserfahrungen als zeitlich vorausgehender Faktor in irgendeiner Form die Entstehung einer Akuten Alkoholintoxikation begünstigt.



N (Dresden) = 132

N (Leipzig) = 92

Abb. 12: Familiäre Situation

Diese Ergebnisse sind dennoch nur aussagekräftig, wenn sich die Zahlen aus den Brückengesprächen deutlich von den Prävalenzen abheben. Dies soll im Folgenden überprüft werden.

Als Anhaltspunkt für die Prävalenz der 12 bis 17-jährigen Jugendlichen, die nur bei einem Elternteil leben, dienen die Zahlen der allein erziehenden Mütter:

Insgesamt lebten 2011 334.200 Mütter mit jüngstem Kind unter 17 Jahren in Sachsen. Zu dem Zeitpunkt waren 73.600 allein erziehend (22 %), 260.600 Mütter lebten in einer ehelichen oder nicht-ehelichen Partnerschaft (78 %). Der Anteil der allein erziehenden Mütter lag damit in Sachsen höher als in Deutschland gesamt (18 %). Einen Überblick darüber wie viele Kinder in den jeweiligen Altersgruppen betroffen sind gibt die Abbildung 13 unten. In der Abbildung wurden allerdings nur die jeweils jüngsten Kinder einer Familie berücksichtigt. Außerdem sind darin allein erziehende Väter nicht mit beachtet – statistisch gesehen ist 1 von 10 Alleinerziehenden männlich, so dass für die Gesamtzahl der Alleinerziehenden zur Zahl der allein erziehenden Mütter noch etwa ein Zehntel dazu gerechnet werden müsste.

Auf Deutschland insgesamt bezogen zeigen die Zahlen der letzten Jahre, dass sich die Gruppe der Alleinerziehenden vergrößert hat (in Ostdeutschland auf bis zu 26% im Vergleich zu 18% im Jahr 1996). Etwa 2,2 Millionen Kinder leben bei allein erziehenden Eltern.

Summa summarum ergibt sich, dass derzeit fast jedes fünfte Kind in Deutschland mit einem allein erziehenden Elternteil zusammen lebt, wobei dies im Osten fast jedes vierte und im Westen fast jedes sechste Kind betrifft (Institut für Demoskopie Allensbach, 2010).

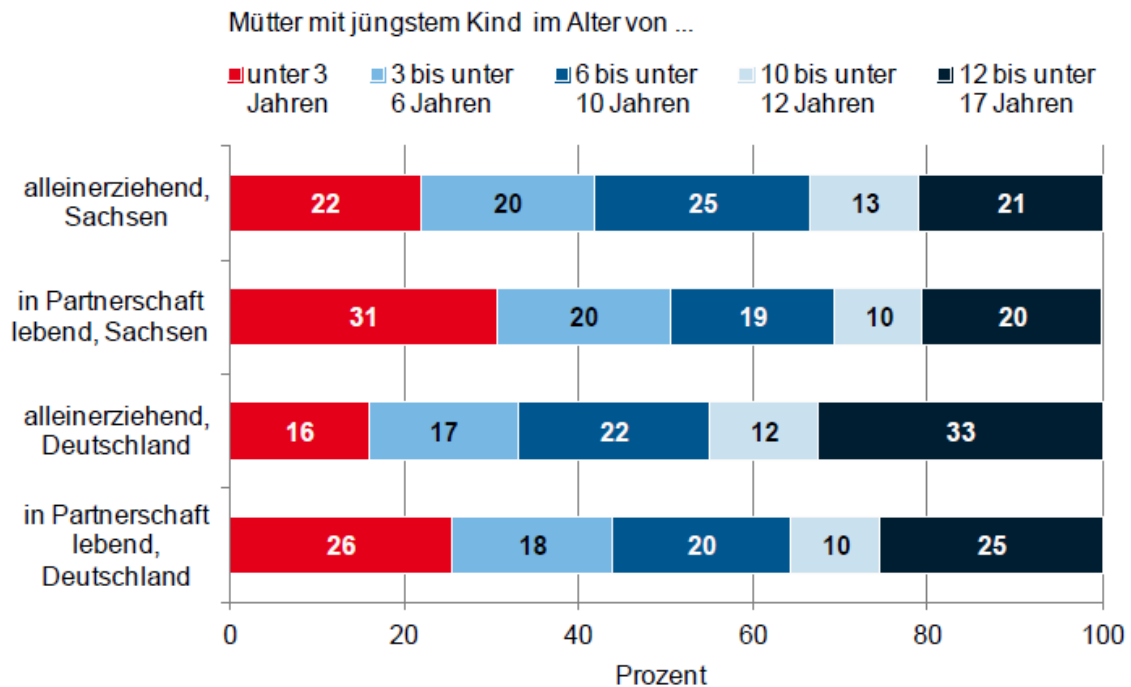


Abb. 13: Mütter nach Familienform und Alter ihres jüngsten Kindes in Sachsen und Deutschland, 2011 (in Prozent)

(Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2012); Statistisches Bundesamt (2012); Berechnung Prognos)

Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass 21% - also gut ein Fünftel - der allein erziehenden Mütter mit jüngstem Kind unter 18 Jahren auf die Altersgruppe der 12 – 17- Jährigen entfallen. Unter der Annahme, dass etwa ein Fünftel aller Kinder bei allein erziehenden Eltern lebt, so bedeutet das für die 12 – 17-Jährigen, dass – in Anbetracht der Zahlen aus der Abbildung – mindestens 5 von 100 Jugendlichen dieses Alters betroffen sind. Die wahren Zahlen müssen etwas höher sein, da sich in einer Familie auch (ein) zweit- oder dritt-jüngste(s) usw. Kind(er) befinden kann, welches noch unter 18 Jahren ist.

Um diese Überschlagsrechnung mit noch weiteren Zahlen zu stützen erfolgt eine weitere Rechnung:

Geht man von den Angaben zu den Zahlen minderjähriger Kinder in Deutschland nach Alter aus (de.statista.com, 2010), so sind etwa ein Drittel aller Kinder zwischen 12 und 17 Jahren, was auf die Alleinerziehenden – Statistik von im ungünstigsten Fall bis zu 25% (= jedes vierte Kind) übertragen bedeutet, dass etwa 8 von 100 Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren bei nur einem Elternteil aufwächst.

Als Fazit ergibt sich also, dass bis zu 8% der Zielgruppe von HaLT (12 – 17-jährige Jugendliche) bei nur einem Elternteil lebt. Angesichts der Akuten Alkoholintoxikationsfälle, von denen nur 39% bei beiden Elternteilen lebt und 47% nur bei einem Elternteil, bzw. weitere 14% in einer sonstigen Wohnsituation, erscheint der Faktor Wohnsituation somit eindeutig als einflussreicher Faktor für den Risikokonsum. Man kann sagen, dass das Wohnen in einer Familie mit Mutter und Vater (unabhängig davon ob es leibliche Kinder sind) vor dem Risikokonsum schützt oder umgekehrt das

Großwerden bei nur einem Elternteil (oder in einer sonstigen Wohnsituation) einen Risikofaktor darstellt und die Betroffenen eher zum Alkoholkonsum verleitet werden.

Der Faktor Staatsangehörigkeit lässt sich kurz abhandeln: In der Leipziger Stichprobe befanden sich 11 Jugendliche mit Migrationshintergrund, während in Dresden nur 5 Jugendliche angaben, aus einem anderen Land zu stammen – allerdings fehlten dort bei 38 Personen die Angaben zur Staatsangehörigkeit, weshalb eine statistische Auswertung nicht zweckdienlich ist. Jedoch ist anhand der vorliegenden Zahlen erkennbar, dass es sich nicht um ein spezielles Problem von Immigranten handelt, da sie nur einen kleinen Anteil der Fälle ausmachen.

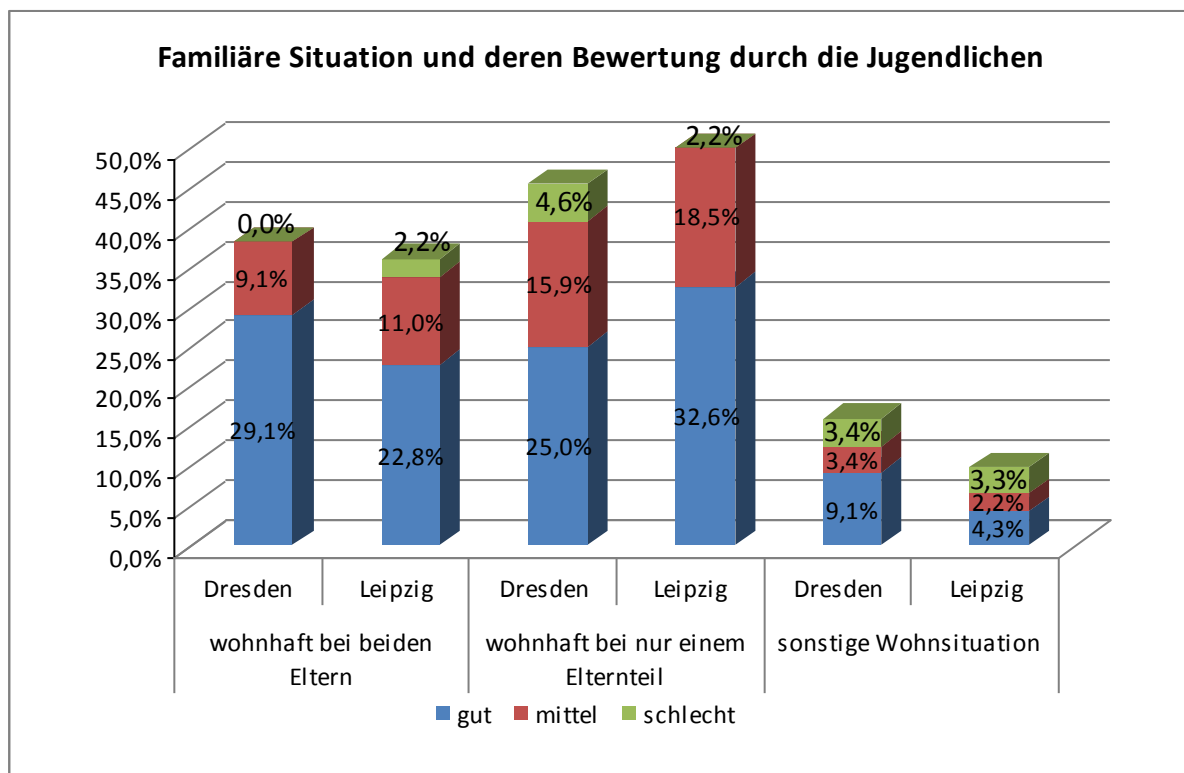
Dies wird auch von Gangway (2008, in Batra und Hentsch, 2012) bestätigt: es wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz des Suchtmittelgebrauchs unter den Immigranten etwa dem der deutschen Jugendlichen entspricht.

3 A. 3.3 Familiäre Situation und deren subjektive Bewertung durch die Jugendlichen

Die subjektive Einschätzung des jeweiligen Verhältnisses zur Familie ergab in beiden Städten bei dem Großteil der Jugendlichen ein gefühlt gutes Verhältnis, auch bei denen, die nur bei einem Elternteil leben. Wie in dem Leipziger Bericht bekundet ist dies „gemessen an den Umbrüchen in der Pubertät und dem damit verbundenen Konfliktpotential als positiv zu bewerten“.

Im Dresdner Bericht wurde des Weiteren untersucht, ob es einen Unterschied zwischen den Geschlechtern bei den Bewertungen gibt. Es konnte jedoch kein wesentlicher Unterschied herausgestellt werden.

Abb. 14



N (Dresden) = 88; N (Leipzig) = 77

3 A. 3.4 Bildungssituation

3 A. 3.4.1 Verteilung nach Schulform

In beiden Städten zeigten sich Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in allen Schulformen. Dies bestätigt die Erfahrungen aus anderen HaLT- Projekten und Studien, so dass auch hier bestätigt werden kann, dass es sich nicht um ein Problem handelt, welches allein eine spezielle Schulform betrifft.

So berichtet Kraus et. al (2007) in der ESPAD-Studie, dass „Binge Drinking“ bei 15-16-Jährigen am wenigsten bei Gymnasiasten auftrat und Haupt- und Realschule sich nicht signifikant unterschieden. Allerdings ist der Begriff „Binge Drinking“ nicht mit den Alkoholintoxikationen gleichzusetzen, da er nur für einen Genuss von sehr viel Alkohol in relativ kurzer Zeitspanne steht. Die Begriffe sollten nicht einfach unter „Umgang mit Alkohol“ subsumiert, sondern differenziert betrachtet werden. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) zeigte sich, dass Schüler von Gesamtschulen jeweils den niedrigsten Wert für regelmäßiges Trinken aufwiesen. Dabei tranken Jungen (14 bis 17 Jahre) aus Haupt- und Realschulen regelmäßiger als Gymnasiasten, während das Verhältnis bei den Mädchen umgekehrt war. Laut BZgA 2009 lassen sich kaum Unterschiede zwischen Jugendlichen unterschiedlicher Schulformen finden. Jedoch sind demnach riskante Konsummuster bei Haupt- und Realschülern weiter verbreitet als bei Gymnasiasten.

Die Datenlage ist uneinheitlich; es lässt sich maximal bei einigen Studien die Tendenz finden, dass Gymnasiasten etwas weniger trinken als Schüler anderer Schularten. Dies konnte wiederum nicht durch die hiesigen Zahlen der Alkoholintoxikationen bestätigt werden, was eher die Ergebnisse der Studien untermauert, nach denen tatsächlich keine bestimmte Schulform im negativen Sinn besonders auffällt, sondern dass die Zahlen jeweils abhängig von der Konsumart und –menge scheinbar zufällig schwanken und eventuell eher den regionalen Eigenheiten geschuldet sind.

Die Abbildungen 15 und 16 verdeutlichen die Verteilung der HaLT- Fälle, mit denen ein Brückengespräch geführt wurde, auf die einzelnen Schulformen.

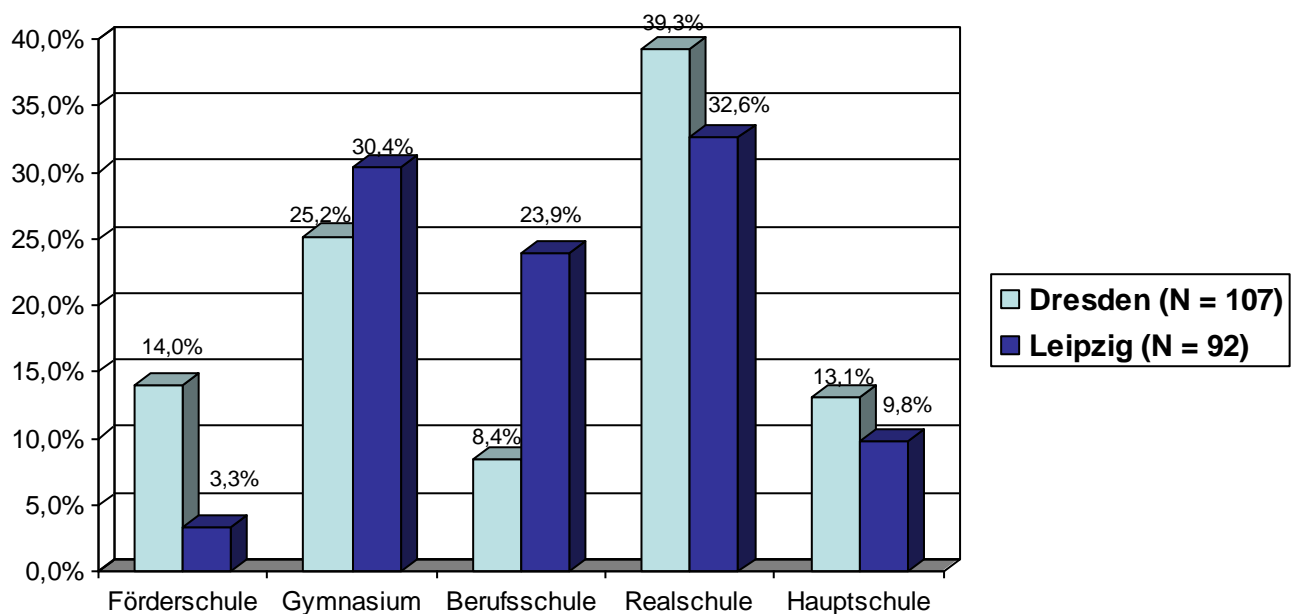


Abb. 15: Fallverteilung nach Schulform

In Abb. 15 ist ein deutlicher Unterschied zwischen Dresden und Leipzig bei den Berufsschülern und den Förderschülern zu erkennen. Die Berufsschüler sind in Dresden recht selten vertreten; in Leipzig dagegen umfassen sie fast ein Viertel der Fälle. Umgekehrt gibt es mehr Förderschüler in Dresden als in Leipzig, die zu HaLT-Fällen wurden.

Verglichen mit den aktuellen Zahlen der Schüler verschiedener allgemein bildender Schularten in Sachsen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2013) zeigt sich bei einem Vergleich (ohne Berücksichtigung von Berufsschülern) folgendes Bild: Gemeinsam ist beiden Städten, dass der größte Teil auf die Mittelschulen entfällt, was auch durch die hohe Prävalenz vorgegeben erscheint. Im Vergleich zur aktuellen Schülerzahl sind anteilmäßig jedoch weniger Gymnasiasten vertreten – konform zur BZgA-Studie von 2009. Deutliche Unterschiede gibt es bei den Förderschülern: während die Anzahl der HaLT-Fälle in Dresden über der Anzahl der aktuellen Förderschülerzahl liegt ist sie in Leipzig deutlich darunter lokalisiert.

Schulart	Schüler Sachsen	Schüler Sachsen (%)	Schüler Dresden HaLT (%)	Schüler Leipzig HaLT (%)
Mittelschule (Real- u. Hauptschule)	94536	46,7	52,4 (RS: 39,3; HS: 13,1)	42,4 RS: 32,6; HS: 9,8)
Gymnasium	88818	43,9	25,2	30,4
Förderschule	18948	9,4	14,0	3,3
Insgesamt	202302	100	91,6	76,1

N (Dresden) = 107; N (Leipzig) = 92

Abb. 16: Schüler an allgemein bildenden Schulen (ohne Grundschulen und Freie Waldorfschulen) im Schuljahr 2012/13 im prozentualen Vergleich mit den HaLT-Fällen in Dresden und Leipzig (ohne Berufsschüler)

In der Anzahl der Schüler Sachsens sind in der Tabelle die Grundschüler und Schüler der Freien Waldorfschule nicht mit einbezogen – diese hätten an der Gesamtzahl einen Anteil von 37,9% (Grundschüler) bzw. 0,4% (Waldorfschule).

Die Mittelschule gliedert sich in Sachsen in einen Hauptschulbildungsgang und einen Realschulbildungsgang und umfasst die Klassenstufen 5 bis 10. Ab Klassenstufe 7 beginnt eine auf Leistungsentwicklung und Abschlüsse bezogene Differenzierung. Sie entspricht den Gesamtschulen der westlichen Bundesländer, jedoch ohne gymnasialen Zug. An der Mittelschule können der Hauptschulabschluss (nach der 9. Klasse) bzw. bei guten Noten der qualifizierende Hauptschulabschluss und der Realschulabschluss (nach 10. Klasse) erworben werden.

Der in der Abbildung 16 dargestellte Vergleich liefert einen Anhaltspunkt für die Bewertung der HaLT-Fallzahlen im Hinblick auf deren Verteilung auf einzelne Schulformen. „Nur“ ein Anhaltspunkt ist es, da hier lediglich der aktuelle Stand bei der Prävalenz berücksichtigt wird, wobei aber zugleich alle HaLT-Fälle mit Brückengespräch seit Ende 2008 mit einbezogen werden. Nicht nur die Gesamtschülerzahl unterliegt bevölkerungsstatistisch bedingten Veränderungen, auch die Verteilung der Schüler auf die Schulen variiert über die Zeit.

Um abschätzen zu können, ob beim hiesigen Vergleich der Städte der zeitliche Einfluss oder/ und eine eventuell generell unterschiedliche Verteilung von Schülern auf die verschiedenen Schulformen das obige Ergebnis (mit-)bedingen sind in der folgenden Abbildung die aktuellsten Zahlen der Absolventen bzw. Abgänger und die Zahlen von 2008 (Beginn des HaLT- Projektes) von den verschiedenen Schulformen für Sachsen und jeweils für Dresden und Leipzig dargestellt.

	2012 (%)	2008 (%)
Absolventen/Abgänger insgesamt Sachsen	24567	38271
ohne Hauptschulabschluss	2 288	3134
mit Hauptschulabschluss	2 347	3078
mit Realschulabschluss	11 585	15977
mit allgemeiner Hochschulreife	6 459	13583
Förderschulabsolventen/ -abgänger	1888	2500
Dresden, Stadt insgesamt	2626	4018
Dresden ohne Hauptschulabschluss	218 (8%)	313 (8%)
Dresden mit Hauptschulabschluss	198 (8%)	256 (6%)
Dresden mit Realschulabschluss	1090 (42%)	1550 (39%)
Dresden mit allg. Hochschulreife	932 (35%)	1642 (41%)
Förderschulabsolventen/ -abgänger Dresden	188 (7%)	257 (6%)
Leipzig, Stadt insgesamt	2941	4332
Leipzig ohne Hauptschulabschluss	375 (13%)	468 (11%)
Leipzig mit Hauptschulabschluss	304 (10%)	351 (8%)
Leipzig mit Realschulabschluss	1113 (38%)	1530 (35%)
Leipzig mit allg. Hochschulreife	878 (30%)	1648 (38%)
Förderschulabsolventen/ -abgänger Leipzig	271 (9%)	335 (8%)

Abb. 17: Absolventen/Abgänger an allgemein bildenden Schulen in Sachsen nach Abschlussarten mit Förderschulabsolventen/ -abgänger, z. T. in Prozent

Wie aus der Abbildung ersichtlich ist gibt es keine drastischen Unterschiede in der Anzahl der jeweiligen Abgänger bzw. Absolventen nach Abschlussart zwischen Leipzig und Dresden. Auch im zeitlichen Verlauf verschieben sich die jeweiligen Anteile nur unwesentlich, wobei die Tendenzen in beiden Städten gleich sind. Angesichts der jedoch geringen Unterschiede in den zu vergleichenden Zahlen ist allenfalls auf einen leichten Rückgang der gymnasialen Abschlüsse (Dresden: 6%; Leipzig: 8%) in 2012 im Vergleich zu 2008 hinzuweisen.

Folglich ist damit die oben angesprochene Annahme oder Befürchtung entkräftet, dass eventuell der Faktor Zeit sowie regionale Unterschiede in den Verteilungen der Schüler auf die verschiedenen Schulformen möglicherweise eine bedeutsame Rolle bei der Erklärung der Unterschiede in den Städten in der Gruppe der HaLT- Fälle spielen.

3 A. 3.4.2 Einschätzung der Ausbildungssituation und Allgemeine Zufriedenheit im Alltag

Knapp die Hälfte der Befragten beider Städte schätzte ihre Ausbildungssituation als gut und fast ebenso viele schätzten sie zumindest als mittelmäßig ein. Nur Wenige (8 bzw. 14%) empfanden die Ausbildungssituation als schlecht.

Bei der Angabe der Allgemeinen Zufriedenheit im Alltag setzt sich diese positive Einstellung fort und ist dort sogar noch deutlicher abzulesen: dort gaben deutlich mehr als die Hälfte der Befragten (60 bzw. 65%) an, ihre Zufriedenheit im Alltag sei gut. Jeweils ein knappes Drittel fühlte sich zumindest mittelmäßig zufrieden, während die Quote der schlechten Bewertung bei nur 6% bzw. 7% lag.

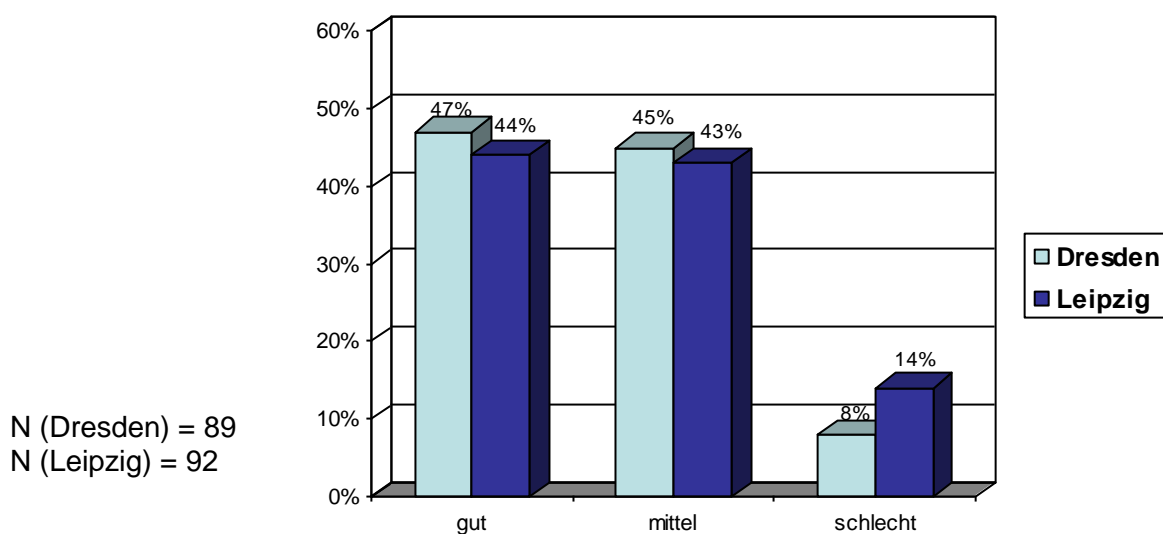


Abb. 18: Einschätzung der Ausbildungssituation

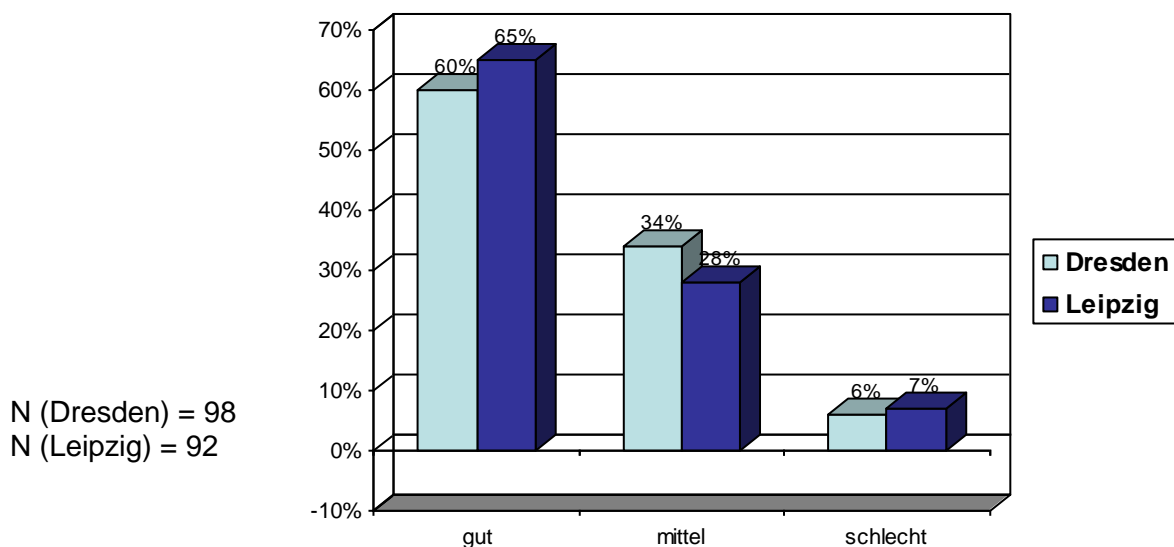


Abb. 19: Allgemeine Zufriedenheit im Alltag

3 A. 3.4.3 Erwerbstätigkeit der Eltern

Im Dresdner Bericht wurde zusätzlich ausgewertet, inwieweit die Elternteile erwerbstätig sind. Mit 92% der Väter (N=80) und 74% der Mütter (N=98) waren die meisten Elternteile der Jugendlichen zum Zeitpunkt der Alkoholintoxikation erwerbstätig. Daraus leitet sich ab, dass auch eine der Laienhypothesen - dass die Fälle in Zusammenhang mit der elterlichen Erwerbslosigkeit stehen - nicht zutrifft.

3 A. 4. Umstände der Alkoholvergiftung

3 A. 4.1 Festgestellte Blutalkoholgehalte

Die meisten Jugendlichen wurden mit einem Blutalkoholgehalt von 1‰ bis zu 2,5‰ eingeliefert – in beiden Städten mit einer Spitze um die 1,5‰. Jeweils weniger als 10% der Fälle hatten einen Wert über 2,5‰ bzw. unter 1,0‰.

59% der Dresdner Fälle und 69% der Leipziger Fälle wiesen einen Blutalkoholgehalt von 1,5‰ oder mehr auf. Bei Jugendlichen mit geringeren Werten überwiegen die Mädchen und umgekehrt traten Intoxikationen ab 2,5‰ nur bei Jungen auf.

Vermutlich ist Letzteres damit zu erklären, dass Männer physisch prinzipiell eine höhere Verträglichkeit für Alkohol aufweisen als Frauen – deshalb dürfen schließlich laut Definition „risikoarmer Konsum“ Männer auch etwa doppelt so viel trinken wie Frauen. Frauen würden höchstwahrscheinlich schon bei geringeren Dosen Intoxikationserscheinungen haben, die bei Männern erst mit höheren Dosen auftreten.

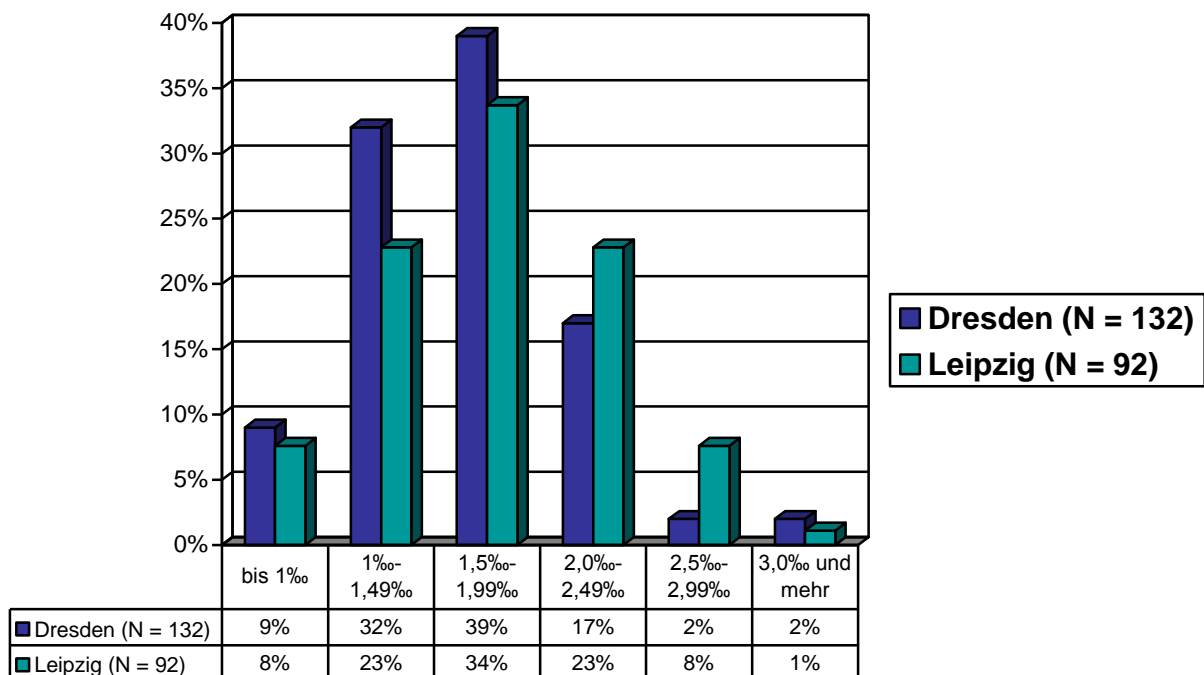


Abb. 20: Festgestellter Blutalkoholgehalt

3 A. 4.2 Orte der Intoxikation

Die Grafik unten zeigt deutlich, dass die meisten Jugendlichen beider Städte den Alkohol draußen/ unterwegs bzw. in der Wohnung von Freunden zu sich nahmen. Auch der Besuch einer Diskothek, Bar oder Gaststätte wurde häufig als Ort genannt. Dagegen verteilen sich die weiteren Fälle auf die übrigen drei Kategorien; d.h. zu Hause, während einer öffentlichen Veranstaltung oder an einem sonstigen Ort betranken sich nur Wenige.

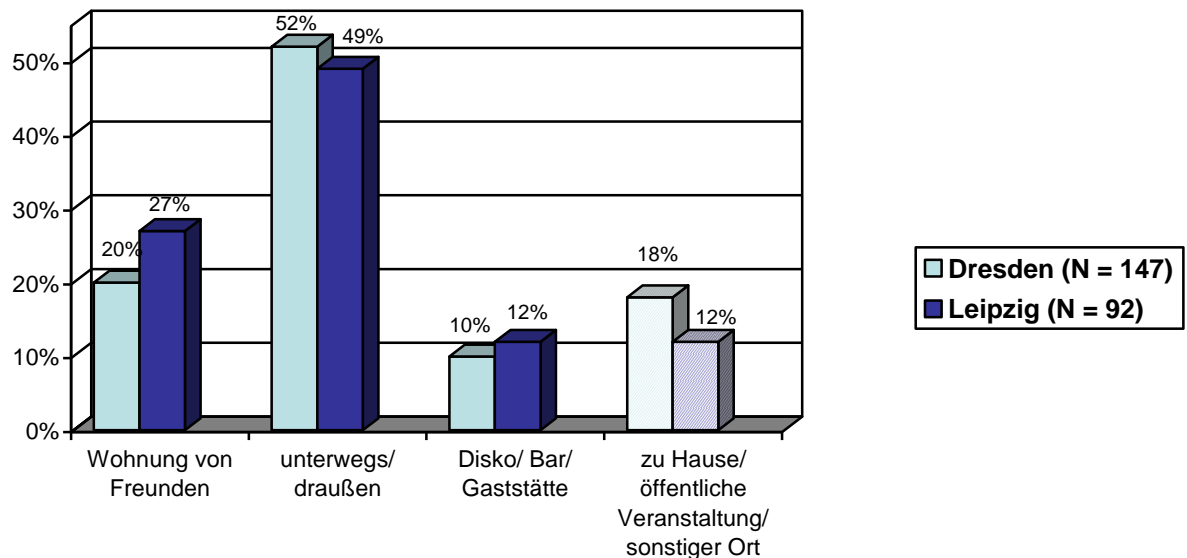


Abb. 21: Ort der Intoxikation

3 A. 4.3 Gründe für den Alkoholkonsum

Als Anlässe und Ursachen für das Rauschtrinken gab es folgende Antwortkategorien:

- Spaß
- Trinken um Sorgen, Probleme und Stress zu verdrängen
- Langeweile/ Zeitvertreib
- Feierlicher Anlass
- Trinkspiele oder Wetten
- Unerfahrenheit im Umgang mit Alkohol
- Hemmungen überwinden
- absichtliches Komatrinken
- Sonstiges

Es war eine Zuordnung zu mehreren Kategorien möglich; überwiegend wurden als Gründe für das übermäßige Trinken Spaß und ein feierlicher Anlass genannt. In der Leipziger Stichprobe wurde zudem häufig Unerfahrenheit angegeben, wobei insgesamt die wenigsten Intoxikationen durch Trinkspiele oder durch den Versuch Hemmungen zu überwinden entstanden. Die Frage nach absichtlichem Komatrinken gab es nur im Leipziger Fragebogen; jedoch beantworteten diese Frage dort nur drei Jugendliche mit ja.

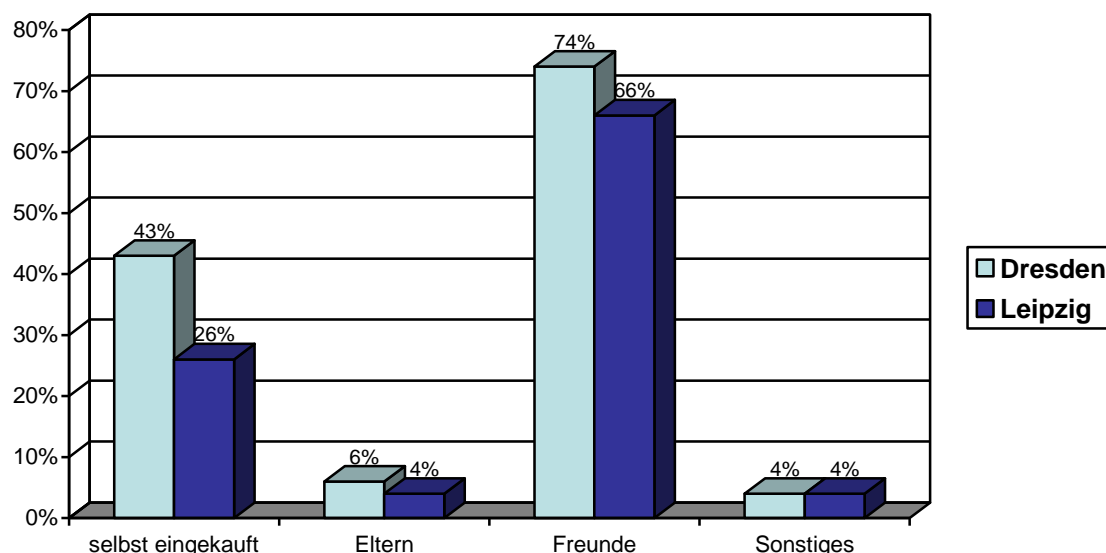
Diese angegebenen Gründe entsprechen gut den Ergebnissen bisheriger Studien. Allgemein trinken demnach Jugendliche vor allem wegen positiver und sozialer Motive. Negative Motive wie Konformitäts- und Bewältigungsmotive spielen eine untergeordnete Rolle (Batra und Hentsch, 2012).

3 A. 4.4 Bei der Alkoholintoxikation getrunkene Alkoholarten

Aus der Leipziger Stichprobe ist von 90 Fällen bekannt, was getrunken wurde. Dabei wurde von den meisten – 78 Jugendliche (87%) – auch Hochprozentiges konsumiert. Die Zahl ist für Dresden ähnlich hoch, wenn dabei die Mixgetränke mit Destillaten eingerechnet werden. Knapp 70% der Dresdner Fälle konsumierten Bier oder Wein. Festzuhalten bleibt, dass in der Regel beim Rauschtrinken mehrere Alkoholarten getrunken wurden.

3 A. 4.5 Bezugsquellen des Alkohols

Die Hauptbezugsquelle für die Getränke sind Freunde, was sich deutlich bei beiden Städten zeigte. Mindestens zwei Drittel bis zu drei Viertel der Getränke wurden von Freunden erhalten. Die Bezugsform über die Eltern oder sonstige Quellen wiegt dagegen gering. Die zweitwichtigste Bezugsquelle, die zwar deutlich weniger als die „Freunde“ ausmacht, aber zumindest noch mehr als ein Viertel in Leipzig bzw. bis zu über 40% in Dresden laut den Angaben der Jugendlichen betrug, war selbst eingekaufter Alkohol. Dieser Aspekt bietet insoweit einen Ansatzpunkt für Präventionsmaßnahmen als dass das Alter der Jugendlichen impliziert, dass hierbei in vielen Fällen das Jugendschutzgesetz verletzt wurde und folglich strikter durchgesetzt werden müsste.



N (Dresden) = 104; N (Leipzig) = 92

Abb. 22: Bezugsquelle des Alkohols

Besonders für Dresden veranschaulicht die Grafik, dass hier das Jugendschutzgesetz offenbar zu leger gehandhabt wird. Anhand der Fragebogenauswertung konnte für die

Stadt Dresden im Einzelnen ermittelt werden, dass 63% der selbst eingekauften alkoholischen Getränke vom Supermarkt bzw. Discounter stammten. Tankstellen, Spätshops, Diskotheken/ Bars und sonstige Orte rangieren dagegen lediglich zwischen 9 % – 13%.

Sowohl in Leipzig als auch in Dresden war teilweise der Erwerbsort und davon zum Teil sogar Adresse und Datum des Erwerbs bekannt. Ohne entsprechende Nachweise und eine Zeugenaussage der Jugendlichen bzw. deren Eltern ist eine Verfolgung durch das Ordnungsamt jedoch schwierig. Aus dem Leipziger Bericht geht hervor, dass dort im nach hinein versucht wurde, die Jugendlichen zur Zusammenarbeit mit dem Ordnungsamt zu bewegen, wozu sie bzw. deren Eltern jedoch nicht bereit gewesen seien.

3 A. 5. Konsumverhalten

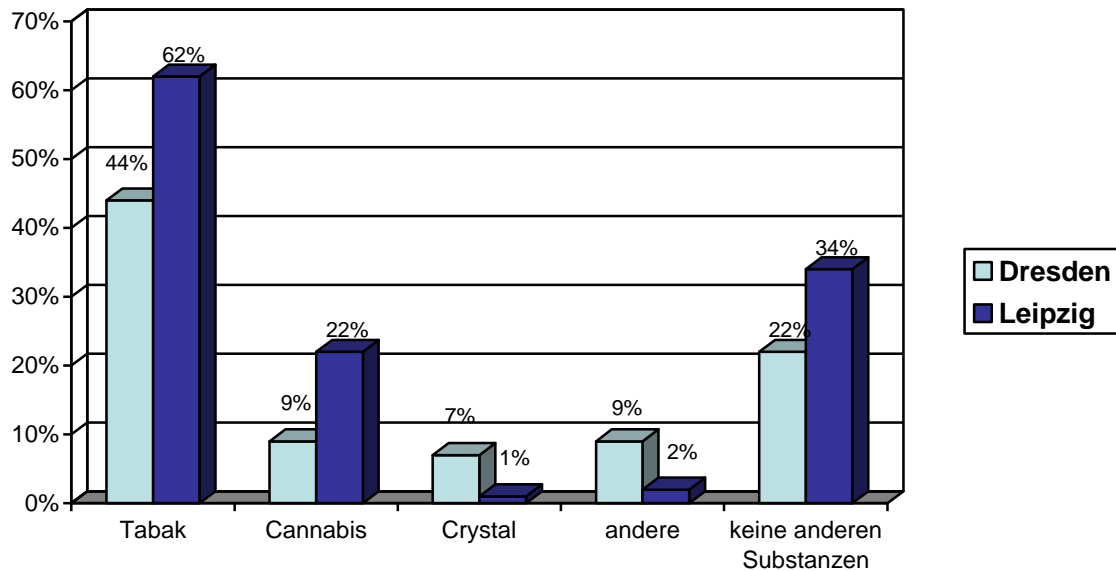
3 A. 5.1 Konsum anderer Suchtmittel

Erwartungsgemäß war Tabak in beiden Städten das Suchtmittel welches neben Alkohol am häufigsten entweder zumindest selten oder auch regelmäßig konsumiert wurde. Eventuell sind die Stichproben noch nicht groß genug um eindeutige Tendenzen herauszulesen; im Folgenden sind dennoch die Unterschiede der Stichproben beschrieben:

Insgesamt zeigte sich für die Dresdner Stichprobe, dass die betroffenen Jugendlichen im Vergleich zur Leipziger Stichprobe nur zu gut einem Fünftel (im Vergleich zu immerhin einem guten Drittel bei den Leipzigern) noch nie andere Suchtmittel probiert hatten.

Während es also mehr Dresdner Jugendliche mit Erfahrungen mit anderen Suchtmitteln gab, verlagert sich der Konsum anderer Suchtmittel in Leipzig deutlich auf den Tabakkonsum: die Leipziger Betroffenen konsumierten neben Alkohol um 18% mehr Tabak als die Dresdner. Lässt man Tabak außen vor wurden genauso häufig Erfahrungen mit weiteren Drogen gemacht – mit drogenspezifischen regionalen Unterschieden (Dresden: 25%; Leipzig: 25% wenn „Cannabis“, „Crystal“ und „andere“ zusammengerechnet werden, siehe Abb.).

Damit erweisen sich beide Gruppen als „experimentierfreudig“. Für die Dresdner gilt dies im Besonderen, da sie ihre Experimentierfreudigkeit weniger auf Tabak beschränkten und häufiger gefährlichere illegale Drogen zu sich nahmen.



N (Dresden) = 121 (Tabak), = 94 (Cannabis), = 46 (Crystal), = 47 (andere); N (Leipzig) = 90

Abb. 23: Konsum anderer Suchtmittel

3 A. 5.2 Bewusstsein für die lebensgefährliche Wirkung von Alkohol

In den Gesprächen wurden die Jugendlichen gefragt, ob ihnen die Lebensgefahr durch exzessiven Alkoholkonsum bewusst war. Die Zahlen für Dresden und Leipzig ähneln sich: von den Dresdnern gaben 22% an, es sei ihnen nicht bewusst gewesen, 31% war es eingeschränkt bewusst und 47% war es bekannt. Den Leipziger Jugendlichen war es zu 24% nicht, zu 31% eingeschränkt bewusst und zu 45% war es bekannt. Mit zunehmendem Alter steigt das Bewusstsein für die Gefahr durch exzessiven Alkoholkonsum - obwohl zugleich mehr Fälle von Alkoholintoxikationen auftreten.

Dass nur etwa der Hälfte der Jugendlichen klar war, dass sie mit dem übermäßigen Alkoholkonsum ihr Leben gefährden, zeigt dass an dieser Stelle in allen Altersgruppen noch Aufklärungsarbeit nötig ist. Andererseits ist sicher nicht nur die Aufklärung wichtig, sondern auch, die Mechanismen präventiv anzugehen, durch welche die Jugendlichen wider besseres Wissen riskantes Trinkverhalten zeigen.

Im Übrigen gibt es in Leipzig seit November 2010 einen erweiterten Fragebogen, der erhebt, ob die Jugendlichen genauere Angaben zur Gefährlichkeit machen können: von 60 konnten nur 35 differenziertere Angaben machen – d.h. mehr als eine Folge bzw. ein betroffenes Organ konnte genannt werden.

3 A. 6 Weitere Ergebnisse

Bei einigen Fragen gibt es zwischen den Städten große Unterschiede, inwieweit diese abgefragt wurden bzw. darauf gedrängt wurde, dass eine Antwort im Fragebogen erfolgt. Daher ergeben sich je nachdem noch weitere Auswertungsmöglichkeiten, die im Folgenden angesprochen werden.

Änderungsmotivation:

Die Auswertung zu Fragen bezüglich der Änderungsmotivation macht nur für Leipzig Sinn, da dort dazu ausreichend nachgefragt wurde und Antworten vorliegen. In Dresden wurden aufgrund der bisherigen Fragebogengestaltung nur 4 Personen dazu befragt. Die Antworten in der Leipziger Stichprobe ergaben, dass sich die meisten Jugendlichen vornehmen, nicht sofort wieder zu trinken, sondern frühestens in zwei Monaten bzw. noch später erst wieder zu trinken. Außerdem zeigte sich, dass der überwiegenden Anzahl der Jugendlichen eine Änderung wichtig oder sehr wichtig ist und sie diesbezüglich auch (sehr) zuversichtlich sind. Im Bericht von Leipzig wird dies als Bestätigung der Annahme gewertet, dass die meisten Jugendlichen durch das einschneidende Erlebnis einsichtig sind und in Zukunft besser auf ihren Umgang mit Alkohol achten wollen.

Zeitpunkt der Intoxikation:

Generell erfolgte eine Alkoholintoxikation vorrangig am Wochenende, vor allem samstags. Für Dresden zeigte sich, dass es sich meist nicht um die Ferien sondern um eine normale Schul- bzw. Arbeitswoche handelte (über 70% der Fälle).

Konsumhäufigkeit:

In Dresden zeigte sich, dass 75% der Jugendlichen maximal dreimal im Monat und nur etwa 5% mehrmals in der Woche Alkohol trinken. Damit liegt die Gefahr weniger in der Konsumhäufigkeit bzw. die Konsumhäufigkeit erscheint wenig dramatisch. Die Gefahr besteht tatsächlich eher in der Trinkmenge. Die Konsumhäufigkeit nimmt allerdings mit steigendem Alter zu. Weiterhin konsumieren Förder-/ Sonderschüler, die mit Alkoholintoxikation eingeliefert wurden öfter Alkohol als Schüler anderer Schulen.

Ergebnisteil B: Ableitung von Leitlinien für präventive Maßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Städtevergleichs Dresden - Leipzig in Teil A

In diesem Teil sollen zunächst die festgestellten bemerkenswerten Unterschiede noch einmal kurz umrissen werden, die aus dem Vergleich der HaLT- Berichte der Städte Dresden und Leipzig gewonnen wurden.

Aus diesen Unterschieden sollen einerseits Verbesserungsmöglichkeiten für das HaLT- Projekt an sich und andererseits Leitlinien für Präventionsmaßnahmen allgemein für die Stadt Dresden abgeleitet werden. Im Teil B 1 werden daher HaLT- Projekt- bezogene Unterschiede zwischen den Städten aufgezeigt und eventuelle Verbesserungsvorschläge gemacht, während im Teil B 2 mögliche Präventionsmaßnahmen im Allgemeinen aufgezeigt werden. Für Letzteres ist es nötig, zunächst einen Überblick darüber zu schaffen, welche Maßnahmen bereits (erfolgreich) eingesetzt werden und wie sie unter Umständen durch andernorts praktizierte Maßnahmen oder neue, innovative Ideen ergänzt werden können.

Auf dieser Basis soll dann ein Konzept für die Leitlinien entstehen.

3 B. 1 Sucht- Präventionsmöglichkeiten im Überblick

3 B. 1.1 Allgemeines zur Suchtprävention in Sachsen

Für die Planung und Umsetzung der Suchtprävention stehen im Freistaat Sachsen insgesamt 3 Fachstellen zur Verfügung. Sie unterstützen die suchtpreventive Arbeit in den Landkreisen und Kommunen mit Kooperationspartnern im gesamten Freistaat wie Suchtberatungsstellen, Jugendschutzbeauftragten, Gesundheitsämtern, Arbeitskreisen für Suchtprävention, Schulen und Vereinen.

Bei der Frage, was Suchtprävention leisten kann und sollte ist zunächst festzuhalten, dass weder abschreckende Beispiele noch einfache allgemeine Informationen Wirkung zeigen – Angst erzeugende Botschaften werden entweder aus dem Bewusstsein verdrängt oder wecken sogar die Neugier, die Erfahrungen selbst zu machen. Weiterhin ignorieren viele Erwachsene die Gefahren legaler Drogen – noch verstärkt durch entsprechende Werbung – so dass Gesundheitsappelle auch von Jugendlichen nicht ernst genommen werden.

Da ein früherer Einstieg in den Konsum es schwieriger macht sich später wieder von dem Konsummuster zu lösen und zudem die Gefahr beinhaltet, auch auf andere Drogen zuzugreifen, erscheinen folgende Punkte bei der Prävention wesentlich:

- frühzeitig über Risiken aufklären: Wichtig ist dabei eine sachliche, lebensnahe, nachvollziehbare und vor allem altersgemäße Information und Aufklärung
- Starke Persönlichkeiten formen: Allgemeines Ziel ist es, individuelle Schutzfaktoren zu entwickeln, vor allem aber für Jugendliche, die bestimmten Risikofaktoren ausgesetzt sind, welche Suchtverhalten begünstigen (siehe Teil A, 1.2 Risikofaktoren). Dabei haben unter anderem die Stärkung der Selbstbehauptung, das Nein- Sagen – Können, die Konfliktfähigkeit in Gruppen, die Beziehungsfähigkeit und die Vermittlung von Werten eine große Bedeutung. Jugendliche sollten sich aber auch altersgemäß erproben und bestätigen können. Dazu müssen mitunter Gelegenheiten geschaffen werden.

- Schlimmeres verhindern helfen: Die oben genannten Punkte betreffen universelle Präventionsmöglichkeiten. Wenn jedoch schon Erfahrungen mit Drogen gemacht wurden wird die indizierte Prävention auf den Plan gerufen. Folgeschäden und der Entwicklung von Suchtkrankheiten soll vorgebeugt werden. Dazu müssen zwingend notwendig die Erfahrungen der Jugendlichen mit einbezogen werden, insbesondere wenn vorwiegend positive (emotionale und somit besonders einschlägige) Erfahrungen gemacht wurden. Nur so können – z.B. im Rahmen von Projekten bzw. auch in der täglichen Auseinandersetzung mit den realen Lebensumständen Alternativen erlebbar und Präventionsbotschaften glaubhaft sein.
- Bestärkendes Umfeld schaffen: Den Heranwachsenden sollte eine bestärkende, motivierende Umgebung geschaffen werden. Vor allem die Bezugspersonen können auf gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen hinwirken. Denn Gesundheit als Ansatzpunkt für Suchtprävention wird nur zum Wert, wenn Zukunftschancen oder Sinnhaftigkeit im Leben gesehen werden.
- Prävention muss kontinuierlich und langfristig geleistet werden; die Wirkung kurzfristiger Einzelaktionen verpufft nach kurzer Zeit.
(Quelle: www.suchtpraevention-sachsen.de)

Auf der DHS – Fachkonferenz (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) 2010 wurden im Beitrag „Effektive Suchtprävention: wissenschaftliche Befunde, praktische Erfahrungen, politische Notwendigkeiten“ (Hallmann & Schmidt, 2010) folgende Grundaussagen zum Wesen effektiver Suchtprävention gemacht:

1. Mix aus Verhaltens- / Verhältnisprävention
2. Arbeit auf Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse
3. Politische Unterstützung notwendig
4. Ausreichende finanzielle Absicherung
5. Gesetzliche Grundlagen für Suchtprävention schaffen
6. Abstimmung zwischen Bund/ Ländern und Kommunen

Die BZgA hat 2006 eine Expertise veröffentlicht, in welcher suchtpreventive Maßnahmen und deren Wirkung analysiert wurden. Folgende Settings und Methoden wurden als am wirksamsten identifiziert:

- Gesetzgeberische Maßnahmen
- Medienkampagnen und Öffentlichkeitsarbeit
- Maßnahmen in der Schule
- Programme für Familien

Auch in einem neueren Beitrag der DHS – Fachkonferenz 2010 werden folgende methodische Ansätze – ähnlich denen der BZgA- Expertise – als effektive Suchtpräventionsmöglichkeiten betrachtet (Hallmann & Schmidt, 2010):

- umfassende, kombinierte Eltern-, Kinder-, Familientrainings in der Familie
- Interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme in der Schule
- Gesetzgeberische Maßnahmen zur Beeinflussung des Preises von Substanzen und der Verfügbarkeit

Im Übrigen wurden von Hallmann und Schmidt (2010, DHS- Fachkonferenz) folgende Maßnahmen als nutzlos oder zumindest kritisch beurteilt:

- Einmalige präventive Aktionen, wie etwa Aufklärungsmaßnahmen in Schulen oder Plakataktionen (nutzlos und kritisch).
- (alleinige) Informationsvermittlung als präventive Maßnahme (kritisch)

Der gemeinsame Nenner der als wirksam erkannten Settings und Maßnahmen aus den oben genannten Quellen dient im Folgenden als grober Leitfaden für die Gliederung der verschiedenen Präventionsmöglichkeiten.

In diesem Abschnitt B 1 werden einige universelle und selektiv an bestimmten (Risiko-) Gruppen einsetzbare primärpräventive Maßnahmen in den verschiedenen Bereichen oder Zielgruppen erörtert. Viele davon - jedoch nicht alle – sind auch den Angebotskatalogen der Fachstellen für Suchtprävention zu entnehmen. Sofern die jeweiligen Angebote in Dresden bereits genutzt werden wird dies, sofern nicht offensichtlich, im Text gekennzeichnet. Grundsätzlich sind sie als Anregungen oder Vorschläge zu verstehen, die die Präventionsmöglichkeiten in Dresden gut ergänzen könnten.

Es gibt eine große Fülle an innovativen Ideen, so dass die jeweils genannten Beispiele nur eine Auswahl in den jeweiligen Bereichen oder Zielgruppen bilden und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Ziel der folgenden Auflistungen von Präventionsmöglichkeiten soll jedoch sein, die verschiedenen Präventionsbereiche abzudecken und jeweils die möglichst effektivsten Ansätze vorzustellen.

3 B.1.2 Gesetzgeberische Maßnahmen

Über diese auch so genannte Verhältnisprävention können politische Entscheidungsträger generell und damit insbesondere auch für Jugendliche/ Minderjährige die Erschwinglichkeit und Verfügbarkeit von Alkohol beeinflussen.

Eine wissenschaftlich belegte hohe Wirksamkeit sowie Kosteneffektivität wird unter anderem folgenden bekannten Handlungsoptionen zugesprochen (DHS, 2010):

- Preis- und Steuerpolitik: Höhere Mindestpreise oder Alkoholsteuern verringern die Erschwinglichkeit und damit indirekt auch den Alkoholkonsum.
- Lizenzierung von Verkaufsstellen: Die Verfügbarkeit wird verringert, da die Dichte der Verkaufsstellen begrenzt wird.
- Ladenöffnungszeiten: Damit kann die (zeitliche) Verfügbarkeit beschränkt werden.
- Regulierung der Werbung: Für die Bewerbung von alkoholischen Produkten werden gesetzliche Rahmenbedingungen festgelegt, die insbesondere die Jugendlichen schützen sollen.
- legale Altersgrenze: Es wird festgelegt ab welchem Alter Alkohol legal konsumiert werden darf. Die Altersgrenze variiert in verschiedenen Ländern. Während in den meisten Ländern die Altersgrenze von 18 Jahren für den Erwerb von Alkohol gilt, so ist dies in den USA beispielsweise erst ab 21 Jahren möglich.

Untersuchungen von Baumgärtner (2012) ergaben allerdings, dass sich aus den Krankenhausdiagnosestatistiken für Maßnahmen wie nächtliche Alkoholverkaufsverbote für Tankstellen, Kioske und Supermärkte – wie beispielsweise 2010 in Baden- Württemberg eingeführt – „keine empirisch gestützten Hinweise auf die Wirksamkeit“ dieser Maßnahmen ableiten lassen.

So erscheint es am sinnvollsten, den Empfehlungen der WHO (2006) sowie dem Rat der Europäischen Union (2009) zu folgen, wonach eine Kombination von verschiedenen verhältnispräventiven Maßnahmen am wirksamsten sei (DHS, 2010). In diesem Zusammenhang spricht man von „Policy Mix“.

3 B. 1.3 Medienkampagnen und Öffentlichkeitsarbeit

Medienkampagnen können als alleinige Maßnahmen keinen Beitrag zur Verhaltensänderung leisten (BZgA 2006). Sie dienen aber als flankierende Maßnahmen. So kann bei einer regen Nutzung der Angebote von Öffentlichkeitsarbeit davon ausgegangen werden, dass viele Menschen zumindest für das Thema sensibilisiert werden und damit beispielsweise die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die Wahrnehmung der Eltern für problematisches Verhalten ihrer Kinder geschärft wird.

In Bericht von Leipzig sind beispielhaft verschiedene Projekte im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit erwähnt. Unter anderem in Kooperation mit den Leipziger Verkehrsbetrieben wurden dort Kurzfilme im Fahrgast- TV gezeigt sowie Plakatkampagnen in Fahrzeugen der LVB realisiert. Auch auf dem Hauptbahnhof Leipzig fanden verschiedene Aktionen statt – so die „Wandelhalle Sucht“ oder diverse Familienaktionen, was rege genutzt worden sei. Des Weiteren wurden in Leipzig im Projektzeitraum mehrere Artikel in der Lokalzeitung betreffs Projektvorstellung, Alkohol und Pubertät sowie Tipps für Eltern und Suchtprävention im frühen Kindesalter veröffentlicht.

Neben den der Zusammenarbeit mit verschiedenen Ämtern, Suchthilfestellen, Streetworkern, Verkehrsbetrieben etc. kooperierten unter anderem auch Krankenkassen und einige bekannte Sportler, die für die Werbeaktion gewonnen werden konnten. Ähnliche Aktionen gab es auch bereits in Dresden.

An die Öffentlichkeitsarbeit gliedern sich Maßnahmen an, die die Mitwirkung bei der Durchsetzung der gesetzlichen Jugendschutzbestimmungen fördern. Beispiele sind das Aushängen der Jugendschutzbestimmungen auf diversen Märkten oder auch eine Förderung der Zusammenarbeit mit dem Ordnungsamt. Letzteres ist in jedem Fall anzustreben um Verstöße gegen das Jugendschutzgesetz (auch innerhalb von HaLT) im Nachhinein ahnden zu können, denn der alleinige Einsatz von jugendlichen Testkäufern zur Überprüfung der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes ist – wie sich bei entsprechenden Analysen herausstellte - nicht effizient genug (Baumgärtner, 2012).

3 B. 1.4 Maßnahmen in Kindergarten, Schule und Betrieb

Programme, die an Schulen oder anderen Bildungseinrichtungen durchgeführt werden sollten nach Erkenntnis der BZgA (2006) möglichst interaktiv sein und auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauen. Alleinige Informationsveranstaltungen oder alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Maßnahmen würden sich demnach nicht auszahlen.

Ziel der im Folgenden beschriebenen Programme ist die Lebenskompetenzförderung (u. a. soziale und emotionale Fähigkeiten), die vor einem Leben mit Sucht und Gewalt schützen soll. Diese so genannte Life Skills Erziehung wird von der WHO (1994, in Maiwald & Bühler, 2000) für viele Präventionsbereiche propagiert, da es demnach die größten Erfolgsaussichten bei der Prävention (selbst-) zerstörerischer Verhaltensweisen (Sucht- und Drogenabhängigkeit, Gewaltbereitschaft, Suizidgefährdung) verspricht.

3 B. 1.4.1 Kindertageseinrichtungen

„Freunde“ und „Kindergarten plus“

„Freunde“ ist ein in sowohl in Dresden, Chemnitz und auch in Leipzig genutztes Präventionsangebot der sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. für Kindertageseinrichtungen und zielt ebenfalls auf die Stärkung der Lebenskompetenzen ab. Es orientiert sich am Sächsischen Bildungsplan und greift unter anderem folgende Themen auf: Kommunikation, Selbstwahrnehmung, kritisches Denken, Einfühlungsvermögen und Problemlösefähigkeit. Im Rahmen mehrtägiger Fortbildungsmodule werden die Erzieher durch ausgebildete „Freunde-Trainer“ geschult. Die Trainer begleiten die Erzieher auch bei der Umsetzung des Projektes in den Einrichtungen. Die pädagogischen Vorhaben sind so gestaltet, dass sie ohne großen Aufwand und ohne Kosten in die alltägliche Arbeit einfließen können. Dabei wird interaktiv und spielerisch gearbeitet.

„Kindergarten plus“ agiert ähnlich wie das „Freunde- Projekt“ und ist in Sachsen vor allem im Raum Meißen vertreten. Auch hier sollen Vier- bis Fünfjährige in ihrer Persönlichkeit gestärkt werden. Das Projekt besteht aus neun Bausteinen (Modulen), die in einer extra dafür zusammengestellten Gruppe im Zeitraum von etwa drei bis vier Monaten durchgeführt werden.

Zirkus – ein suchtpäventives Projekt für Kindertagesstätten

In Dresden existiert weiterhin das Projekt „Zirkus“, welches gezielte Angebote zu Selbsterfahrung und Ich-Stärkung im Alltag der Kinder bietet sowie kontinuierliche Proben in den beteiligten Kindergruppen und Zirkusaufführungen mit Eltern und Kindern beinhaltet.

"Alles total geheim" - Kinder in suchbelasteten Familien

Dieses Angebot ist eine Weiterbildung für Erzieher und Pädagogen, die mit Kindern aus betroffenen Familien in Berührung kommen. Es wird bereits von allen Fachstellen für Suchtprevention in Sachsen eingesetzt.

Kinder aus suchbelasteten Familien gehören zur größten Risikogruppe, selbst abhängig zu werden oder Ängste, Depressionen und andere psychische Störungen auszubilden und sind daher eine der wichtigsten Zielgruppen der Suchtprevention (Laucht et al. 2007 in Batra und Hentsch, 2012). Studien belegen, dass deutschlandweit ca. 2,7 Millionen Kinder unter 18 Jahren mit mindestens einem

alkoholkranken Elternteil leben. In Sachsen betrifft dies etwa 140.000 Kinder. Die Zahlen von Kindern aus Familien mit nicht stoffgebundenen Süchten oder Medikamentenabhängigkeit sind kaum bekannt (aus www.suchtpraevention-sachsen.de).

Die Fortbildung sensibilisiert für das Thema und vermittelt Kenntnisse zu Suchterkrankungen, Kompetenzen zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung in suchtbelasteten Familien sowie auch Kenntnisse bezüglich der Interventionsmöglichkeiten in der Arbeit mit den Kindern und methodische Anregungen.

Methodenkiste zur Suchtprävention

Die „Kiste“ enthält eine Vielzahl verschiedener Spiele und Spielideen für Kinder ab 3 Jahren und deren Eltern sowie auch Spiele für Jugendliche. Außerdem sind einige DVDs und auch die „Rauschbrille“ enthalten, die die Wahrnehmung unter Alkoholeinfluss simuliert. Ziel ist die Förderung der Gemeinschaft und die Stärkung der Persönlichkeit der Kinder. Die Methodenkiste kann in Schulen angewendet werden, ist aber vor allem für Multiplikatoren gedacht.

3 B. 1.4.2 Schule

Klasse2000:

Klasse2000 gilt als bundesweit größtes Programm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung in der Grundschule (d.h. 1. – 4. Klasse). Bewegung, gesunde Ernährung und Entspannung sind ebenso wichtige Bausteine von Klasse2000 wie der Umgang mit Gefühlen und Stress, Strategien zur Problem- und Konfliktlösung. Rund 300 Klassen beteiligen sich derzeit in Sachsen an dem Programm, darunter auch Dresden, Leipzig und Chemnitz. Das Programm erzielt langfristige Wirkungen, wie in einer Längsschnittstudie nachgewiesen wurde (siehe auch Maiwald & Bühler, 2000). Laut dieser Studie rauchen und vor allem trinken ehemalige Klasse2000- Schüler in der 7. Klasse deutlich weniger als Schüler der Kontrollgruppe. Das Projekt wird über Spenden finanziert, meist in Form von Patenschaften (auch Großpatenschaften) für einzelne Schulklassen. Weitere Informationen unter www.klasse2000.de.

Lions Quest „Erwachsen werden“

Dabei handelt es sich um ein Jugendförderprogramm für 10 bis 14-Jährige (5. – 8. Klasse), welches in Sachsen zurzeit in Leipzig zum Einsatz kommt. Die Schüler werden nachhaltig dabei unterstützt, ihr Selbstvertrauen und ihre kommunikativen Fähigkeiten zu stärken, Kontakte und positive Beziehungen aufzubauen und zu pflegen, Konflikt- und Risikosituationen in ihrem Alltag angemessen zu begegnen und konstruktive Lösungen für Probleme, die gerade die Pubertät gehäuft mit sich bringt, zu finden. Gleichzeitig möchte der Unterricht den jungen Menschen Orientierung beim Aufbau eines eigenen, sozial eingebundenen Wertesystems anbieten. Die Eltern werden in vielfältiger Weise ins Programm aktiv einbezogen. (mehr Informationen unter www.lions-quest.de).

Maiwald & Bühler (2000) geben in ihrem Bericht auch eine Übersicht über die bis dahin bekannten suchtpreventiven Lebenskompetenzprogramme in Deutschland inklusive einer Kennzeichnung ob und welche Studien und Evaluationen zu den Programmen durchgeführt wurden. Es sollen jedoch nicht alle der darin genannten Programme gesondert erläutert werden.

Programm	Altersgruppe	Umfang	Veröffentlichte Evaluation an dt. Stichprobe	Studien und Manuale
Klasse2000	1.-4. Klasse	Jährlich zwischen 6-11 Unterrichtsstunden	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 6166)	Bölskei, Hörmann, Holleeder, Jordan & Fenzel, 1997
Fit und stark fürs Leben	1.-4. Klasse	Insgesamt 40 Einheiten über 4 Jahre verteilt	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 2007)	Aßhauer & Hanewinkel, 2000; Burow, Aßhauer & Hanewinkel, 1998
ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten	5.-6. Klasse	Insgesamt 20 Einheiten (40 Stunden) über 2 Jahre	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 1448)	Kröger, Reese, Walden & Kutza, 1999; Walden, Kutza, Kröger & Kirmes, 1998; Walden, Kröger, Kirmes, Reese & Kutza, 2000
Bielefelder Suchtpräventionsprogramm	5.-7. Klasse	Insgesamt 80 Unterrichtsstunden über 3 Jahre	Ergebnisevaluation (n = 805)	Leppin, Freitag, Pieper, Szirmak & Hurrelmann, 1998; Leppin, Pieper, Szirmak, Freitag & Hurrelmann, 1999; Pieper, Szirmak, Leppin, Freitag & Hurrelmann, 1999
Soester Programm	5.-10. Klasse	Baukasten (ca. 300 Seiten) mit Unterrichtsmaterialien und -vorschlägen	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 1713)	Petermann, Müller, Kersch & Röhr, 1997; Müller, 1997; Petermann & Reißig, 1998; Kersch, 1998; Kersch, Petermann & Fischer, 1998; Petermann & Fischer, 1999
Interventionsprogramm zur Alkoholprävention	7.-10. Klasse	32 Unterrichtsstunden in 5 Projekttagen	Ergebnisevaluation (n = 284)	Jerusalem & Mittag, 1997
LionsQuest	5.-8. Klasse	Baukasten aus 70 Unterrichtslektionen für etwa zwei Jahre	Prozessevaluation (n = 9)	Hurrelmann, 1996 LionsQuest, 1996
Ecstasy-Präventionsprogramm	9.-11. Klasse	Insgesamt 10-12 Unterrichtsstunden innerhalb 4-5 Wochen oder einer Projektwoche	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 1100)	Kahnert, Freitag & Hurrelmann, 1998

(Quelle: Maiwald & Bühler, 2000)

Abb. 24: Übersicht über deutsche suchtpreventive Lebenskompetenzprogramme

Deutsches Hygiene- Museum

Das Deutsche Hygiene- Museum in Dresden bietet Präventionsveranstaltungen von je ca. 1,5 Stunden an. Diese richten sich insbesondere an Schüler von Klasse 5 bis 11. Die vor allem primärpräventiven Angebote sind als Anregung und Ergänzung zur kontinuierlichen Präventionsarbeit konzipiert. Themen wie Sucht und Suchtverhalten, legale und illegale Drogen werden angesprochen. Auch über geschichtliche Entwicklungen des Suchtmittelkonsums kann informiert werden. Dabei werden Bezüge zur aktuellen Jugendkultur hergestellt. Im Einzelnen stehen folgende Veranstaltungen zu den Themen Sucht und Drogen auf dem Programm:

- Berauscher Alltag (Klassen 5 bis 9)
- Vom Genuss zur Sucht – Jede Sucht hat eine Geschichte (Klassen 7 bis 10)
- Lebenslust – Lebensfrust. Leben zwischen Genuss und Abhängigkeit (ab Klasse 11)

„Trinklimit! Oder es wird peinlich“

Die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. stellt dieses Programm für Schüler der Klassen 7 bis 10 bereit. T-Shirts mit einem selbst gewählten Spruch zum Thema „Prävention des Alkoholmissbrauchs im Jugendalter“ werden gestaltet und auch ausgestellt. Damit soll eine kritische Einstellung gegenüber Alkohol gefördert werden. Außerdem soll sich mit den Risiken eines Alkoholkonsums ohne Grenzen auseinandergesetzt werden.

„ABSAUFEN“ – mobiles Klassenzimmerstück zur Alkoholprävention

Zum Inhalt: In diesem ca. 40-minütigen Monolog (ehemals „DURST“ genannt) setzt sich eine Sozialarbeiterin mit riskantem Alkoholkonsum auseinander, ohne auf die damit verbundenen Fragen eine eindeutige Antwort zu finden. Sie selbst kann Berufliches nicht mehr von Privatem trennen und kommt nicht von einem verlorenen Fall los. Zudem muss sie auch ihr eigenes Verhältnis zum Alkohol und das ihrer Umgebung hinterfragen.

Diese mobile Theaterproduktion kann seit Juni 2012 fürs Klassenzimmer, optimalerweise für jeweils eine Klasse (alter ca. 14 Jahre) gebucht werden. Zum Stück gehört eine theaterpädagogische Vor- und Nachbereitung. Mit Gesprächen, Gruppenarbeit, Improvisationen, Rollenspielen, geschlechtsspezifischer Betrachtung des Alkoholkonsums, Faktenvermittlung, Analyse der Lebensläufe der Jugendlichen im Stück und eigener Lebensentwürfe etc. wird sich mit den Schülern zusammen aktiv mit den Herausforderungen ihres Lebens auseinandergesetzt.

3 B. 1.4.3 Betriebliche Suchtprävention

Weiterbildung und Prev@work

Die Fachstelle für Suchtprävention in Dresden bietet eine Betriebliche Suchtprävention an, wo den Auszubildenden Handlungsstrategien im Umgang mit Suchtmittel konsumierenden Auszubildenden vermittelt werden. Das entsprechende Programm nennt sich Prev@work und ist ein ganzheitlicher Ansatz zur Suchtprävention in der Berufsorientierung, -vorbereitung und -ausbildung. Es ist wissenschaftlich fundiert und wird jeweils von zwei geschulten Trainern durchgeführt. Ziel ist das Erhöhen des Wissens zu Sucht oder süchtigen Verhaltensweisen bei Auszubildenden, damit diese ihr eigenes Verhalten reflektieren lernen und somit Risikokompetenz gewinnen. Auch Suchtmittelkonsumbedingte Arbeitsausfälle und Fehlerquoten sollen so gemindert werden.

Des Weiteren werden für Auszubildende, v. a. aber auch für Entscheidungsträger und Schlüsselkräfte im Unternehmen, Fortbildungen sowohl als Inhouse- Schulungen als auch in Form 2- tägiger Seminare rund um das Thema Sucht angeboten. Betriebliche Suchtprävention sollte im Interesse der Unternehmen sein, da es letztlich die Krankheitstage, Versicherungskosten und Arbeitsunfälle reduziert sowie die Gesundheit und Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter fördert.

3 B. 1.5 Programme für Eltern und Familien

Laut BZgA (2006) lohnen sich in diesem Umfeld nur umfassende Maßnahmen, dass heißt kombinierte Eltern- Kinder- und Familientrainings. Einige Beispiele folgen.

In Leipzig wurden – als eine weitere Form indizierter Prävention - für Eltern, deren Kinder durch Alkoholkonsum in Form von Übergabe durch die Polizei oder dem Ordnungsamt auffällig geworden waren, Flyer mit Informationen zum Thema ausgehändigt.

Die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle der GESOP Dresden bietet für Eltern und Schüler Informations- und Präventionsveranstaltungen zu verschiedenen Suchtformen an.

Themenspezifische Elternabende

Die Fachstelle für Suchtprävention Chemnitz bietet in Schulen Elternabende zu den Themen Sucht sowie auch Medienkompetenz an. Hierbei wird neben dem Basiswissen Sucht, besprochen, wie Erziehungsberechtigte mit dem Konsum ihrer Kinder umgehen können, welche Kompetenzen nötig sind, um den Missbrauch einer bestimmten Substanz vorzubeugen und wo es Hilfsmöglichkeiten gibt.

ELSA

Unter www.elternberatung-sucht.de steht seit Anfang Dezember 2012 ELSA, eine Plattform zur kostenlosen Onlineberatung für Eltern, die mit Suchtverhalten ihrer Kinder konfrontiert sind. Neben der Beratung sollen Erziehungskompetenzen gefördert und familiäre Konflikte reduziert werden.

ELSA wurde von der Delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH und der Villa Schöpflin, Zentrum für Suchtprävention in Kooperation mit erfahrenen Beratern aus Suchtberatungsstellen von elf Bundesländern entwickelt. Eine fachliche Unterstützung bei der Entwicklung leisteten darüber hinaus die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (bke) und die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS). In Sachsen stellt die SBB Impuls des Suchtzentrums Leipzig gGmbH personelle Ressourcen für die Beratung zur Verfügung. Von Vorteil ist, dass ELSA standortunabhängig über das Internet genutzt werden kann.

3 B. 1.6 Prävention in Freizeit und Alltag

2012 gab es im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit einen Bundeswettbewerb zur Alkoholprävention. Die BZgA und der Verband der Privaten Krankenversicherung als Veranstalter zeichneten insgesamt 14 Projekte von rund 150 Beiträgen aus, die mit neuartigen Methoden und nachhaltigem Vorgehen eine gute Aussicht haben, Jugendliche wirklich zu erreichen. Von den Projekten wurden 6 auch prämiert, was vor allem zum Ziel hatte, die ausgezeichneten Projektträger darin zu bestärken, ihre Arbeit fortzuführen und die innovativen Ansätze auch bundesweit bekannt zu machen und weiterzuempfehlen. Die Preisverleihung erfolgte im Februar 2013. Den hier genannten Projekten ist gemein, dass sie als Ansatzpunkte für Prävention in der Freizeit einzustufen sind.

So erhielt auch das HaLT- Projekt vom Standort in Osterode am Harz eine Prämie für eine **Handy-App für Alkohol-Notfälle**. Ein weiterer Beitrag „**Neue Festkultur mit Fairfest und Partypass**“ stellt ein sehr umfassendes Projekt dar. Im Mittelpunkt sollen bei Festen der gemeinsame Spaß und das gesellige Miteinander einer bunten, altersgemischten Festgemeinde mit einer verbindenden und ordnenden Festkultur

stehen, bei dem der Alkoholkonsum in den Hintergrund rückt. Ebenfalls prämiert wurde die „**Webgeflüster – Radiosendung King FM**“ (Karlsruhe) von Jugendlichen für Jugendliche, die ihre Zielgruppen besonders gut erreicht und des Weiteren das Projekt „**Starker Wille statt Promille**“ (München) mit interaktiven und lebensnahen Videoclips zum Thema Alkohol von Jugendlichen erdacht und mit ihnen produziert. Dabei trifft der Zuschauer selbst Entscheidungen und erlebt unmittelbar die Folgen. In Schulen und in der Jugendarbeit dient dies als Einstieg in eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema.

Auch „**KOMA**“ (Neustadt, Rheinland-Pfalz), ein Konzept, das Alkoholprävention innerhalb von neun Modulen im Rahmen von interaktiven Begegnungs- und Erlebnisveranstaltungen verwirklicht und der Wettbewerb „**Musikrausch**“ (Osnabrück), wo zum Thema Alkohol die Musik als expressives Medium genutzt wird, gewannen Preise.

Weitere nominierte Beiträge waren die Eröffnung alkoholfreier Cocktailbars („**Jims Bar**“), regelmäßige Peereinsätze in Straßenbahnen mit Quizfragen zum Thema „Alkohol und Gewalt“ und Aufforderungen zum „Risiko-Check“ zur Einschätzung des eigenen Gefährdungspotentials („**Abgefahren**“), oder auch das Projekt „**Standfest. Dein Wille gegen Promille**“, wo Jugendliche von Peers in Partyzonen mit provokanten und spielerischen (Quiz-) Fragen angesprochen werden. Bei diesem Projekt haben die Peers i. d. R. selbst Erfahrungen mit Alkohol und können daher Konsummotive, Vorteile und Vorurteile realistisch einschätzen. Alkoholkonsum wird nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Sie mischen sich unter die Feiern und sind Teil von ihr. Es wird unverkrampft zum Nachdenken angeregt und zugleich informiert. Diese Ziele sind in der Alkoholprävention bewährt und daran wird auch festgehalten. Doch Ansprache und Zugänge wurden modernisiert.

Dies sind einige Beispiele für nominierte Projekte, die Schule machen könnten. Ausführliche Informationen können eingeholt werden unter www.bundeswettbewerb-alkoholpraevention.de.

Der Saftladen

Der Saftladen ist eine für Feiern günstig zu mietende mobile Cocktailbar für z. B. Schulen, Vereine oder andere soziale Einrichtungen o. ä... Es beinhaltet ein Pavillonzelt mit Theke und alles was man zur Herstellung von Cocktails braucht. Der Veranstalter verpflichtet sich jedoch, im Rahmen des SAFTLADENS keine alkoholischen Getränke oder alkoholhaltige Mixgetränke auszuschenken.

Peer- Projekt an Fahrschulen zur Punktnüchternheit im Straßenverkehr

Angehende Fahrschüler werden über Alkohol und andere Drogen aufgeklärt, wobei gleichaltrige Fahranfänger, die bereits Erfahrungen mit der Vermeidung von Rauschfahrten gesammelt haben, diese Erfahrungen weitergeben.

3 B. 1.7 Suchtmittelübergreifende Präventionsangebote

SKOLL – Selbstkontrolltraining

Dies ist ein suchtmittelübergreifender Ansatz zur Frühintervention bei Jugendlichen und Erwachsenen. Es ist für alle, die sich z. B. fragen, ob sie übermäßig Drogen gebrauchen, problematisch spielen oder zu viel Alkohol trinken. SKOLL ist zieloffen. Die Teilnehmenden legen vorrangig ihre Ziele selbst fest. Letztlich soll jedoch der Konsum stabilisiert, reduziert oder bestenfalls ganz eingestellt werden. In zehn

Sitzungen werden der Konsum analysiert, ein individueller Trainingsplan erstellt und alternative Verhaltensmöglichkeiten aufgezeigt. Der Umgang mit Suchtdruck und sozialem Druck wird trainiert, Stressbewältigung gelernt und ein Krisenplan erarbeitet. Die Kontrolle über das Risikoverhalten wird somit durch gesundheitsbezogenes Selbstmanagement erhöht und bei riskant konsumierenden Menschen hilft es, Veränderungsmöglichkeiten frühzeitig einzuleiten und die Zugänge zu Hilfermöglichkeiten zu erleichtern.

SKOLL wird derzeit in Sachsen von der Fachstelle für Suchtprävention Chemnitz angeboten.

MOVE – Motivierende Kurzintervention bei Suchtmittel konsumierenden Jugendlichen
MOVE ist eine Fortbildung für Mitarbeiter in allen Bereichen, die mit Jugendlichen Kontakt haben (Schulen, Jugendarbeit, Sportvereine, Arge, etc.). Dabei will man mit motivierender Gesprächsführung dazu beitragen, die Kommunikation über Konsumverhalten zwischen Kontaktperson und Jugendlichen zu verbessern; außerdem soll eine professionelle Gesprächshaltung gestärkt werden. MOVE wird in Chemnitz und Dresden angeboten.

Informationsveranstaltungen/ Weiterbildungen

Das Fachteam Mobile Jugendarbeit zur Suchtprävention „No Addiction“ bietet Suchtpräventionseinsätze und –workshops für Personen zwischen 12 und 27 Jahren an, die mit verschiedensten Methoden mit den Grundsätzen mobiler Jugendarbeit (Aufsuchen, Freiwilligkeit, Akzeptanz, Partizipation, Anonymität, Niederschwelligkeit, Lebensweltorientierung, Flexibilität) einen verantwortungsbewussten Umgang mit potentiell riskanten Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotential erzielen wollen. Weiterhin werden für Multiplikatoren dazu Schulungen angeboten.

Die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle der Caritas bietet Informationsveranstaltungen bezüglich aller Suchtformen für Schüler, Auszubildende und Eltern an und hält für Menschen, die ihren Alkoholkonsum reduzieren möchten ebenfalls ein Programm für Kontrolliertes Trinken bereit. Die Caritas führt ebenso wie die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle der Diakonie Dresden- Neustadt sowie auch die gleichnamige Stelle der „GESOP“ und „HORIZONT“ Multiplikatorenschulungen mit suchtmittelübergreifender Informationsvermittlung durch.

3 B. 2 Ermittlung von Qualitätsmerkmalen von Suchtpräventionsmaßnahmen zur Nutzung als Auswahlkriterien

Um ein Konzept für wirksame Suchtprävention zu entwickeln müssen die Maßnahmen, die man darin einbeziehen will, sorgfältig ausgewählt werden. Dazu müssen möglichst zweckmäßige und effektive Maßnahmen ausgemacht werden. Bislang existieren keine Empfehlungen dafür, welche Aspekte Qualitätsmerkmale darstellen und in welcher Form darauf basierend passende Maßnahmen ausgewählt werden sollten.

Im Folgenden werden daher solche Merkmale zusammengestellt, welche die für den Erfolg ausschlaggebenden Aspekte bewährter, effektiver Programme zusammenfassen.

Betrachtet man die in der obigen Übersicht dargestellten Präventionsprogramme, so fallen zusammenfassend folgende Komponenten auf, die sich bereits häufig nachgewiesenermaßen bewährt haben:

Hauptbedingungen:

- Art und Weise der Informationsvermittlung:

Eine Wissensbasis ist notwendig (bei den HaLT- Brückengesprächen wurde Unwissenheit als ein wesentlicher Grund für Alkoholkonsum ermittelt). Reine Appelle oder Frontal- Vorträge scheinen allerdings deutlich geringere Effekte zu haben als ein Zugang auf sozialem und/ oder emotionalem Weg. Die Jugendlichen sollten sich nicht wie in einer Informationsveranstaltung fühlen sondern eher den Eindruck eines Erlebnisses haben. Die Art und Weise der Vermittlung des Wissens sollte am besten vielschichtig sein und die Jugendlichen sollten vor allem selbst aktiv werden können. Nur dann wirkt das Projekt auch nachhaltig. Auch aus der Lernpsychologie ist bekannt, das Lernen und damit eine stabile Verhaltensänderung am ehesten eintritt, wenn sozusagen über mehrere „Kanäle“ gelernt wird- d.h. ein einfaches Hören/ Sehen von Informationen ist weit weniger effektiv, als wenn man selbst aktiv werden und agieren muss.

- Kontinuität und Dauer:

Länger andauernde Projekte sind eintägigen Aktionen vorzuziehen, da auch durch eine längere Dauer eines Ereignisses bekanntermaßen eine stärkere Verwurzung im Gedächtnis resultiert. Außerdem fördert eine Wiederholung diesen Effekt. So ist der Erwerb von Lebenskompetenzen durch entsprechende Erziehungsmaßnahmen und Programme tiefergründiger und nachhaltiger als einmalig erhaltene Informationen, die schnell vergessen werden können. Die Sinnhaftigkeit von Wiederholungen bzw. einer längeren Einwirkung von Reizen im weitesten Sinn ist ebenfalls schon aus der frühen Geschichte der Lernpsychologie bekannt (siehe u. a. Lefrancois, 2008).

- hohe Erreichungsquote der Zielgruppe:

Es erklärt sich von selbst, dass bei allen präventiven Projekten, wie effektiv sie auch sein mögen, eine hohe Erreichungsquote der Zielgruppe angestrebt wird. Dazu gehört nicht nur, die Zielgruppe an sich gut mit einer Maßnahme fokussieren zu können, sondern auch zu beachten inwieweit die Zielgruppenerreichung kontrolliert werden kann (in Abb. 25 daher betitelt als (Kontrolle über die) Erreichung der Zielgruppe). Beispiel: Bei Aktionen in Schulklassen werden prinzipiell alle betreffenden Schüler erreicht, wohingegen bei Aktionen in Fußgängerzonen nicht garantiert werden kann, dass v. a. die Risikogruppe und davon auch noch ein möglichst hoher Anteil angesprochen wird.

- große Nähe zur Zielgruppe sozial und/ oder emotional:

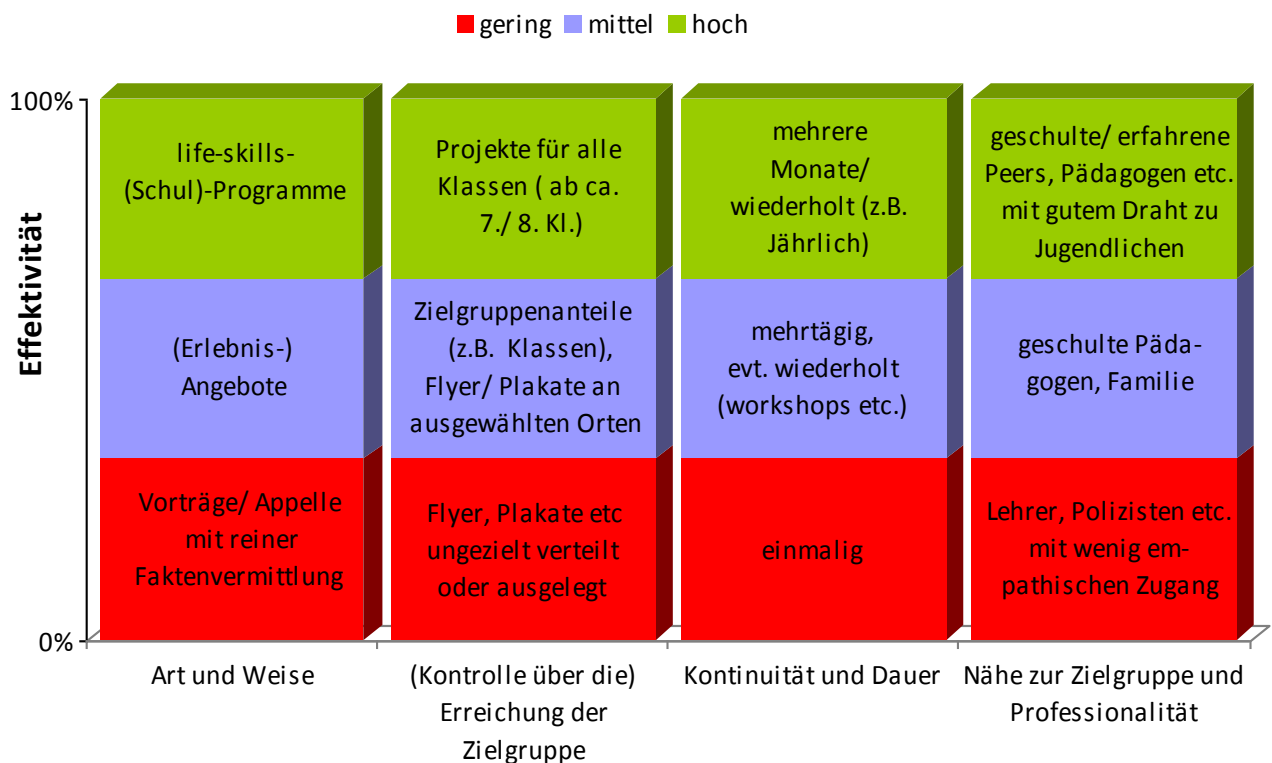
Die Jugendlichen müssen sich verstanden und angenommen fühlen und das Gefühl haben, in ihrer Individualität berücksichtigt zu sein (z.B. durch Peers/ Jugendliche selbst, junge Sozialarbeiter;). Ein „guter Draht“ zu denjenigen, die ein Projekt leiten erhöht die Bereitschaft das Vermittelte auch anzunehmen und danach zu handeln. In diesen Aspekt fließt auch die Erfahrung der Projektleiter mit ein.

Rand- und Rahmenbedingungen:

- hohe Professionalität der Durchführenden
- möglichst wissenschaftlich untermauert/ evidenzbasiert
- insgesamt verschiedene Bereiche abdecken (Jugendliche in Schule und Freizeit, Eltern, Öffentlichkeit/ Medien)
- Kosten- Nutzen- Relation: Erwägung welche eventuell teureren, länger andauernden Programme zu Gunsten des größeren Nutzens eingesetzt werden sollten anstatt auf viele kleine, aber ineffektivere Aktionen zu setzen

In der folgenden Abbildung 25 sind die wesentlichen bei der Recherche von Präventionsmaßnahmen als bedeutsam erkannten Wirkfaktoren zusammengefasst. Maßnahmen im roten Bereich sind in aller Regel als wenig effektiv anzusehen. Idealerweise sollten geplante Projekte so beschaffen sein, dass sie mit ihren Merkmalen mindestens im blauen oder besser noch im grünen Bereich einzuordnen sind, denn erst dann sind gute bis sehr gute Präventionseffekte zu erwarten. Manche Aspekte sind stark miteinander verbunden oder bedingen sich gegenseitig, weshalb zum Teil zwei Aspekte in einer Säule vereint werden.

Abb. 25: Abhängigkeit der Effektivität von Präventionsprogrammen von verschiedenen Faktoren



(Quelle: eigene Zusammenstellung von aus Verfassersicht entscheidenden Faktoren)

Für die konkrete Auswahl der spezifischen Programme, die im Detail im regionalen Plan berücksichtigt werden sollten können die Qualitätsmerkmale eine Hilfe sein.

Um auf die Zielgruppe von HaLT einzugehen müssen jedoch neben solchen Auswahlkriterien auch die im Vergleich Dresden versus Leipzig festgestellten bedeutsamen Unterschiede und musterhaften Gemeinsamkeiten der HaLT- Fälle berücksichtigt werden. Anregungen dazu folgen in den nächsten Abschnitten B. 3 und B. 4.

3 B. 3 HaLT- Projekt-bezogene bedeutsame Unterschiede

3 B.3.1 Erreichungsquote

Im Jahr 2011, welches das am wenigsten zurückliegende und voll in den Berichten dargestellte Jahr ist, konnte Leipzig 84% (92 von 110 Fällen) und in Dresden 66% (53 von 80 Fällen) mit dem Brückengespräch erreichen. Trotz dass beide Städte über eine tägliche Rufbereitschaft verfügten, konnten in Dresden nicht Quoten wie in Leipzig erreicht werden. Die Erreichungsquote stieg über die letzten Jahre allerdings stetig an, was für eine immer bessere Implementierung und Akzeptanz des Projektes im medizinischen Versorgungsbereich spricht.

Der Unterschied zwischen Dresden und Leipzig lässt sich unter anderem durch einige Faktoren erklären, die in beiden Städten unterschiedlich gehandhabt werden: in Leipzig besteht zwischen den HaLT- Beratern und den Klinikmitarbeitern eine Konsiliarvereinbarung, die ein Tätigwerden der Berater auch ohne Schweigepflichtentbindung ermöglicht. Zudem besteht eine Rufbereitschaft - auch über das Wochenende. In Dresden gibt es derzeit noch keinen Konsiliarvertrag und auch die Rufbereitschaft wurde zwar zunächst eingeführt, Mitte 2012 wieder abgeschafft und existiert erst seit April 2013 wieder. Nach Abschluss von 2013 lässt sich also eventuell deren Bedeutung ermessen. Des Weiteren wurden die bei den Brückengesprächen verwendeten Fragebögen im Laufe der Zeit einige Male überarbeitet, sodass sowohl zwischen den Fragebögen von Dresden und Leipzig als auch bei den einzelnen Städten über die Jahre hinweg geringfügige Unterschiede beim Vorgehen und jeweiligen Fokus bei den Brückengesprächen bestehen. Somit kam es vor, dass einzelne Fragen in der einen Stadt gestellt wurden und in der anderen Stadt nicht oder dass auf deren Beantwortung weniger gedrängt wurde.

Dieser Umstand erschwert zwar einerseits die Vergleichbarkeit der Berichte von Leipzig und Dresden; dennoch sind die wesentlichen Punkte immer erhalten geblieben und die schrittweise Ausarbeitung der Fragebögen mag auch zu einer Verbesserung der Erreichungsquote beigetragen haben.

Schamel, S. (2011) erklärt im Jahresbericht von Dresden 2010, dass im betreffenden Jahr 46% Patienten mit der Diagnose F 10.0 von HaLT erreicht wurden. Zwischen den beiden Kliniken Neustadt und Universitätsklinikum habe es keine signifikanten Unterschiede gegeben. 29% der nicht erreichten Fälle waren zumindest bekannt und von den restlichen 25% der Fälle hat HaLT- Dresden zu dem Zeitpunkt nicht erfahren. Die Gründe für die Nichterreichung *bekannter Fälle* von Jugendlichen mit F 10.0 – Diagnose sind vielschichtig und in der folgenden Abbildung dargestellt:

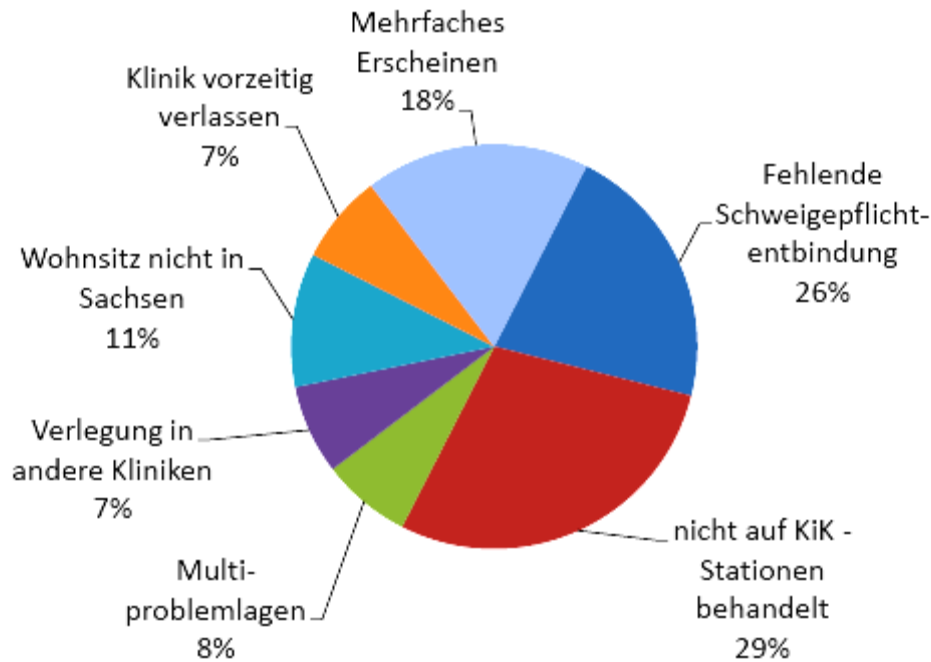


Abb. 26: Gründe für bekannte aber nicht erreichte HaLT- Fälle im Zeitraum Januar bis Dezember 2010

(Quelle: Schamel, S. (Projektkoordinator), 2011: Projekt HaLT Hart - am - Limit Dresden, Jahresbericht 2010)

Nähere Erläuterungen der einzelnen Gründe sind im folgenden Abschnitt integriert. Die Verteilung der Anteile der einzelnen Gründe mag sich seit 2010 schon wieder verschoben haben; jedoch gehen aus der Abbildung die wesentlichsten möglichen Gründe für eine Nicht- Erreichung per Brückengespräch hervor.

Beim Treffen des Arbeitskreises für Suchtprävention (April 2013) bestand zu dem Thema der Konsens, dass die fehlende bzw. zu spät erhaltene Schweigepflichtentbindung derzeit das Hauptproblem für die Nichterreichung bekannter Fälle sei.

3 B. 3.2 Vorschläge zur Verbesserung der Erreichungsquote

Eine zweckmäßige Maßnahme, die zwar nicht garantiert, dass sich die Jugendlichen auf eine Zusammenarbeit einlassen, die aber zumindest sichern würde, dass alle Fälle bekannt und theoretisch erreichbar sind, wäre die Einführung einer namentlichen Meldepflicht an das Gesundheitsamt analog zu bestimmten Infektionskrankheiten. Das ist sicherlich zu ideell. Und da dies noch dazu einer politischen und eventuell langwierigen Durchsetzung bedürfte, müssen andere Wege gefunden werden. Es wäre zumindest wichtig, alle Kliniken und die dortigen Stationen, die Kinder und Jugendliche behandeln, einzubeziehen und darauf zu drängen, jeden stationär aufgenommenen Fall sofort an das Gesundheitsamt zu melden. Denn wie aus der obigen Abbildung 26 hervorgeht ist die größte Anzahl (29%) der nicht erreichten Fälle nicht in einer Kinderstation behandelt worden – zumindest keiner, welche auch HaLT-Partner ist. Die Jugendlichen werden zwar theoretisch nur in den beiden

Kinderkliniken (Neustadt und Uni- Klinik) aufgenommen und behandelt, doch nicht alle der dortigen Stationen sind Partner des HaLT- Projektes. Letzterer Fakt sollte also geändert werden. Außerdem wäre dann auch eine Verlegung in eine andere Klinik/ Station weniger problematisch, da die Fälle eventuell nachverfolgbar und in der Anschlussklinik erreichbar sind. Solche „Verlegungsfälle“ machen 7% der bekannten, aber nicht erreichten Fälle aus. Dies setzt natürlich die Kooperation der Kliniken/ Stationen und auch die Bereitschaft der HaLT- Mitarbeiter für verschiedene (Inter) – Aktions- Orte voraus.

Wären sämtliche Kinderstationen HaLT- Partner und würden generell jeden Fall von Alkoholintoxikation bei Minderjährigen dem Gesundheitsamt melden, könnten damit also theoretisch 36% (29% + 7%; s. o.) mehr Jugendliche durch HaLT erreicht werden.

Das Problem der Schweigepflichtentbindung bestünde dabei allerdings trotzdem. Diese Hürde macht in der obigen Abbildung etwa ein Viertel der nicht erreichten Fälle aus.

Dazu wären Konsiliarverträge analog zu denen in Leipzig mit möglichst vielen Kooperationspartnern wünschenswert um die Erreichungsquote zu verbessern – in Leipzig ist dieser Tatbestand sicher ein wesentlicher Grund für die dortige vergleichsweise bessere Quote.

Auch eine Wiedereinführung der Rufbereitschaft insbesondere am Wochenende dürfte die Anzahl der „entgangenen“ Fälle verringern. Wie in Teil A schon dargelegt konnte die Quote 2010 im Vergleich zu 2009 verdoppelt werden. Dies scheint vor allem die logische Ursache der Einführung einer solchen Bereitschaft 2010 gewesen zu sein. Teilweise bestätigen dies die Zahlen von 2012, wo die Quote stagnierte bzw. sogar wieder leicht sank: in diesem Jahr wurde die Rufbereitschaft wieder aufgegeben. Da sie im April 2013 wieder eingeführt wurde ist zu vermuten, dass sich dadurch die Zahl „entgangener“ Fälle etwas verringert. Dies sollte sich nach Abschluss von 2013 zeigen.

Einige Gründe für die Nicht- Erreichung bekannter Fälle per Brückengespräch werden auch in Zukunft bestehen bleiben, stellen aber kein Defizit der Organisation dar: z.B. werden logischerweise bei Jugendlichen, die wiederholt mit der Diagnose Akute Alkoholintoxikation in die Klinik eingeliefert werden, nicht nochmals Brückengespräche geführt, da zwar die Situation beim wiederholten Male eine andere gewesen sein mag, aber die wesentlichen Daten des Jugendlichen schon erfasst sind. Dies macht 18% der bekannten, nicht erreichten Fälle aus („mehrfaches Erscheinen“), also fast ein Fünftel. Auch das bei „Multiproblemlagen“ zunächst die dringlicheren Indikationen angegangen werden und es dadurch nicht zum Brückengespräch kommt ist verständlich. Das betrifft laut Stand 2010 aber lediglich 8% der nicht erreichten Fälle.

Einige entgangenen Brückengespräche wegen vorzeitigen Verlassens der Klinik könnte man sicherlich schon durch den oben beschriebenen Konsiliarvertrag verhindern. Außerdem könnten Jugendliche, die nicht in Sachsen wohnen dennoch – zumindest für die Statistik erfassen.

HaLT – reaktiv (Brückengespräch und „Risikocheck“) entspricht taxonomisch der Sekundär- und auch der indizierten Prävention. Eine Verbesserung der Erreichungsquote würde dementsprechend die indizierte Prävention verbessern.

Zusammenfassend wären Konsiliarverträge analog zum Leipziger HaLT- Projekt sowie die Wiedereinführung der Rufbereitschaft die effektivsten und am schnellsten einsetzbaren Mittel um mit möglichst vielen Jugendlichen mit der Diagnose F 10.0 ein Brückengespräch zu führen und so die Erreichungsquote zu steigern.

3 B. 3.3 Gestaltung des Fragebogens für das Brückengespräch

In Anbetracht der Resultate aus dem statistischen Vergleich der Städte ist es auch zu überdenken, den Fragebogen für das Brückengespräch an einigen Stellen entsprechend anzupassen. Angesichts des offenbaren Defizits an Bewusstsein für die potentiell lebensgefährliche Wirkung von Alkohol wurde in Leipzig bereits Ende 2010 ein weiterer Punkt in der Befragung eingefügt, bei dem im Prinzip das Wissen erfragt wird, welche Folgen Alkohol hat bzw. welche Organe in Mitleidenschaft gezogen werden. Um in Erfahrung zu bringen, wo vor allem und in welchem Umfang Wissenslücken bestehen, könnte dieser Aspekt auch im Dresdner Fragebogen aufgenommen werden.

Weiterhin kann hier die Erkenntnis einfließen, dass offenbar Kinder und Jugendliche, die nicht bei zwei Elternteilen aufwachsen, eher „anfällig“ für Akute Alkoholintoxikationen sind: sofern der Befragte zu dieser Gruppe gehört könnten sich Fragen anschließen, die offenbaren sollen ob und wie sehr dies ein belastender Faktor für denjenigen ist. Unter Umständen kann der Betroffene an entsprechende Hilfe- und Beratungsstellen etc. weitergeleitet werden. Um dabei ehrliche, reflektierte Antworten zu erhalten sollten derartige Fragen nicht in der Aufwärmphase des Gesprächs behandelt werden, sondern erst wenn im Verlauf eine gewisse Vertraulichkeit entstanden ist; z.B. erst nach der Schilderung des Jugendlichen zum Hergang seiner Einlieferung.

Hinsichtlich der Bezugsquelle des Alkohols sollte bei selbst eingekauften Spirituosen und auch wenn minderjährige Freunde den Alkohol gekauft haben, mehr darauf gedrungen werden, den genauen Ort des Bezugs in Erfahrung zu bringen. Gegebenenfalls ist darauf hinzuweisen, dass die Bekanntgabe keine negativen Konsequenzen für einzelne Personen nach sich zieht, sondern die Erfassung der Daten für die Prävention von Alkoholmissbrauch und gefährlichen Rauschzuständen wichtig ist.

3 B. 4 Fallzahlbezogene bedeutsame Auffälligkeiten beim Städtevergleich und davon abgeleitete Anregungen zur Verbesserung der Prävention von Akuten Alkoholintoxikationen bei der HaLT- Zielgruppe

HaLT proaktiv hat die 12- 17-jährigen Jugendlichen als Zielgruppe. Es gilt, für diese Zielgruppe Präventionsmaßnahmen zu verwirklichen, die möglichst in hohem Maß den oben unter B. 2 genannten Qualitätskriterien entsprechen.

Sicherlich wäre es unabhängig von HaLT am idealsten wenn in der Stadt möglichst schon in Kindertageseinrichtungen mit einzelnen Projekten Präventivarbeiten geleistet werden und wenn noch dazu – unabhängig von den Altersklassen – in möglichst vielen Lebensbereichen (Freizeit, Ausbildung etc.) wirksame Präventionsangebote bestehen und auch die jeweiligen Pädagogen und Betreuer informiert und geschult sind sowie auch die Eltern mit einbezogen werden. Entsprechende Beispiele zur Verwirklichung sind oben unter B. 1 aufgeführt und es lassen sich bei ausgedehnter Recherche auch noch mehr finden. Die koordinierenden Stellen sollten auch auf jeden Fall ermuntert werden, noch mehr dieser Angebote auf hohem Qualitätsniveau und in gut dosierter Form in der Stadt Dresden umzusetzen. Gut dosiert soll heißen, dass viele Bereiche und Zielgruppen (Kinder, Eltern, Pädagogen,...) abgedeckt, aber auch nicht überschüttet werden. Die Wahl sollte eher auf Projekte fallen, die jungen

Menschen langfristig Lebenskompetenzen vermitteln als auf im Verhältnis dazu ineffektivere, unspezifische Bombardements mit Flyern etc.

Es würde jedoch den Rahmen von HaLT sprengen, dies noch weiter auszuführen, so dass sich die nachstehenden Vorschläge auf die HaLT- Zielgruppe konzentrieren. In den folgenden Absätzen werden zunächst die Besonderheiten der HaLT- Zielgruppe dargestellt. Im Anschluss an den jeweiligen Sachverhalt werden jeweils – sofern Handlungsbedarf besteht - mögliche Vorgehensweisen vorgeschlagen. Die Vorschläge für die Prävention sind dabei zum einen Teil auf die Prävention von Akuten Alkoholintoxikationen im Speziellen und zum anderen Teil auch generell auf die Prävention von Alkoholmissbrauch ausgelegt.

3 B. 4.1 Durchsetzung des Jugendschutzgesetzes

Hinsichtlich der Bezugsquelle des Alkohols wird in Dresden (zu 43% als Quelle genannt) im Vergleich zu Leipzig (26%) besonders viel Alkohol selbst eingekauft. Da die Betroffenen minderjährig sind folgt daraus in vielen Fällen ein klarer Verstoß gegen das Jugendschutzgesetz (§ 9 JuSchG: Branntweinhaltige Getränke dürfen nicht an Minderjährige abgegeben werden, andere alkoholische Getränke nicht an Jugendliche unter 16 Jahren). Damit besteht an dieser Stelle dringender Handlungsbedarf.

Weiterhin wird zwar eher selten die Einnahme anderer Drogen neben Alkohol von den wegen Akuter Alkoholintoxikation stationär behandelten Jugendlichen angegeben; dennoch zeigt sich in dieser Population die Tendenz, dass die Dresdner Jugendlichen eher zu illegalen Drogen greifen als die Betroffenen in Leipzig – dies wiederum im positiven Sinn zugunsten des Zigarettenkonsums: die Befragten aus Dresden rauchten deutlich seltener (um 20% weniger) als die Leipziger.

→ Um dagegen vorzugehen könnten einerseits namentlich genannte Einkaufsstellen angesprochen werden. Beispielsweise wurde „Netto“ und „Rewe“ mehrfach als Bezugsquelle genannt. Um die eventuelle Gefahr negativer Konsequenzen für einzelne Mitarbeiter gering zu halten sollte hierbei die allgemeine Geschäftsleitung dieser Einkaufsmärkte darauf angesprochen werden, ohne einen konkreten Standort bloßzustellen. Mögliche Maßnahmen innerhalb der Märkte wären z.B. zusätzliche Schulungen und Sensibilisierung der Mitarbeiter.

Andererseits besteht auch die Möglichkeit, die Zusammenarbeit mit dem Ordnungsamt zu vertiefen um das Bemühen um eine Zurückverfolgung von Verstößen gegen das Jugendschutzgesetz zu vertiefen.

3 B. 4.2 sozialer Hintergrund

Jeweils deutlich mehr als die Hälfte der Jugendlichen (61% in Dresden; 63% in Leipzig) lebt nicht bei beiden Elternteilen. Diese Jugendlichen stammen meist aus Trennungsfamilien bzw. bestehen oder bestanden andere Faktoren aufgrund derer die Jugendlichen nur bei einem oder bei keinem Elternteil leben. Damit kann diese familiäre Situation als Risikofaktor gewertet werden. Beziehungsweise scheint das Aufwachsen bei beiden Elternteilen vor übermäßigem Alkoholkonsum zumindest in einem gewissen Maße zu schützen.

Weitere eventuelle Einflussfaktoren wie Migrationshintergrund oder Erwerbstätigkeit der Eltern scheinen angesichts der Datenlage zu Dresden und Leipzig sowie Berücksichtigung dahingehender Studien kaum eine Rolle zu spielen.

→ Es gestaltet sich schwierig, die Gruppe von Jugendlichen zu erreichen, die nicht bei zwei Elternteilen aufwachsen. Es darf keiner Stigmatisierung gleichkommen, wenn man allein an die Jugendlichen mit diesem Merkmal herantritt. Zum anderen besteht schon darin die Hürde: es muss zunächst in Erfahrung gebracht werden, wer betroffen ist; allerdings gehört der Familienstand zu persönlichen Daten, die nicht ohne weiteres weitergegeben werden dürfen.

Das Jugendamt, welches über derartige Informationen verfügt, könnte jedoch beispielsweise als Vermittler zwischengeschaltet werden. Informationen über das erhöhte Risiko und zum Erkennen von riskanten Konsummustern für die Eltern könnten direkt vom Jugendamt an die Risikogruppen – beispielsweise auch in Briefform weitergegeben werden.

Die Koordinatoren und Mitarbeiter von HaLT sollten darauf achten, dass dieser Hochrisikofaktor – nicht bei zwei Elternteilen aufzuwachsen – in Aufklärungskampagnen und anderen Präventionsmaßnahmen mehr in den Fokus rückt und Schüler und Eltern dafür sensibilisiert und über die entsprechenden Angebote informiert werden. Das Jugendamt könnte z.B. den Betroffenen den Kontakt zu HaLT vermitteln und analog zur Suchtfachstelle Chemnitz könnte ein Selbstkontrolltraining angeboten werden, wozu vorrangig diese Jugendlichen eingeladen werden. Allerdings besteht die Hypothese bzw. Befürchtung, dass sich die Betroffenen mit entweder nicht als für negative Konsummuster anfällige Personen wahrnehmen oder auch subjektiv keinen Beratungsbedarf besitzen. Dies birgt dann das Risiko, dass diesbezügliche Investitionen entweder nutzlos verpuffen oder bestenfalls nur wenige Jugendliche erreicht werden.

Zumindest könnte aber im reaktiven Baustein – beim Brückengespräch – auf diesen Aspekt vertieft eingegangen und entsprechende Hilfsangebote vermittelt werden.

Dass Partnerschaften unter Umständen auseinander gehen und dabei Kinder und Jugendliche darunter zu leiden haben lässt sich nicht verhindern, doch sollten Angebote vorhanden sein, die helfen können, einen erhöhten Bedarf an Fürsorge und Selbstbestätigung, der daraus entstehen kann, zu kompensieren.

Diese Risikogruppe ist sicher am ehesten über politische Maßnahmen zu erreichen – ein Beispiel für eine finanzielle Unterstützung allein Erziehender wäre die Bezuschussung oder gar Kostenbefreiung für deren Kinder für einen (Sport-) Verein, durch den letztlich auch Selbstbestätigung erfahren werden kann.

3 B. 4.3 Alter und Geschlecht

Für Leipzig gilt bei Betrachtung der Zahlen der letzten Jahre, dass die Fallzahlen bis zum Alter von 17 jeweils signifikant ansteigen. Das gilt sowohl für die Gesamtzahl als auch für die alleinige Betrachtung der männlichen Fälle. Die Fallzahlen der Mädchen stiegen erst mit 14 Jahren sprunghaft und danach nicht stetig und geringfügiger als bei den Jungen weiter an.

Für Dresden zeigte sich ein signifikanter Anstieg nur bis zu einem Alter von 16 Jahren, d.h. bei den 17-Jährigen flauen in Dresden die Fallzahlen wieder ab. Dies gilt dort für Jungen und Mädchen gleichermaßen.

In der Regel gibt es mehr Fälle und zugleich auch mehr Fälle von höheren Blutalkoholwerten bei männlichen als bei weiblichen Jugendlichen mit der Diagnose Akute Alkoholintoxikation.

→ Auch wenn die Fallzahlen erst ab 14 Jahren stark ansteigen, so sind dennoch auch die 12- und 13-Jährigen Jugendlichen mit Alkoholvergiftung besonders ernst zu nehmen, da bei einer eventuellen Entwicklung einer Suchtproblematik bessere Prognosen bestehen, je später mit dem Konsum begonnen wird. „Mit 12 – 13 Jahren besteht ein besonders hohes Risiko für die Entwicklung von stressbedingten pathologischen Konsummustern bis hin zur späteren Abhängigkeit (Kohler et. al in Batra, A., Hentsch, O.-B.: Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter).

Die Statistiken für akute Alkoholintoxikationen zeigen eine kontinuierliche Zunahme der Fälle mit steigendem Alter – dass gerade die 17-Jährigen in Dresden bei den HaLT- Fällen weniger vertreten waren passt nicht dazu und könnte unter Umständen mit einer regional anderen Handhabung bei den Zuweisungen zu den Kliniken zu tun haben. Möglicherweise werden 17-Jährige häufiger nicht in die Kinderstationen eingeliefert, die HaLT- Partner sind, sondern eher als Erwachsene behandelt. Dies bleibt jedoch eine Spekulation.

3 B.4.4 Schulform

Jugendliche die eine Realschule oder ein Gymnasium besuchen machten bei beiden Städten zusammen etwa zwei Drittel der Fälle aus. Auch wenn generell alle Schulformen vertreten waren, so waren doch Haupt- und Förderschüler in geringerem Maß vertreten. Die Dresdner Berufsschüler waren am wenigsten betroffen wohingegen diese in Leipzig noch vor den Haupt- und Förderschülern lagen.

Verglichen mit den Schüler- Prävalenzen in verschiedenen Schulformen ergibt sich aber eine analog den Prävalenzen tendenzmäßige ähnliche Verteilung der HaLT- Fälle auf die Schulformen. Aus den hiesigen Daten ist jedoch für Dresden zu ersehen, dass es im Vergleich mit den Prävalenzen mehr Förderschüler gibt, die zu HaLT- Fällen geworden sind (in Leipzig gibt es umgekehrt deutlich weniger HaLT- Fälle aus Förderschulen). Weiterhin ist die Anzahl der Gymnasiasten in beiden Städten im Verhältnis zur Prävalenz etwas geringer. Es kann nicht festgestellt werden, ob dies ein zufälliger oder systematischer Unterschied beider Städte ist.

Damit bestätigen sich weitestgehend die Erkenntnisse aus anderen Studien (u. a. BzGA 2009), dass das Problem der Alkoholintoxikationen Jugendlicher zumindest im Hinblick auf die Schulform keinem definierten Muster folgt.

→ Generell können unabhängig von der Schulform in den Schulen verstärkt Programme genutzt werden, die langfristig die Lebenskompetenzen der Schüler stärken sollen. Da alle Jugendlichen eine Schule besuchen ist dies auch eine Einrichtung, über die man theoretisch, abhängig von der Maßnahme, alle oder zumindest einen Großteil der Zielgruppe erreichen kann. Die HaLT- Zielgruppe würde man beispielsweise gut mit dem oben beschriebenen „Lions - Quest“- Programm erreichen. Eventuell wäre es in Anbetracht der Statistik der HaLT- Fälle sinnvoll, ein solches Projekt in Dresden bevorzugt in Förderschulen zu implementieren.

3 B. 4.5 Ort und Zeitpunkt

Am häufigsten wurde angegeben, dass die Jugendlichen unterwegs/ draußen oder auch in der Wohnung bei Freunden waren als es zu dem übermäßigen Alkoholgenuss kam. Der Zeitpunkt lag meistens in der Schulzeit am Wochenende.

Der Anstieg von Alkoholintoxikationen an Wochenenden erklärt sich vor allem dadurch, dass dann natürlich die meisten Partys und andere Feiern stattfinden und bei solchen Veranstaltungen auch oft Alkohol in größerem Maße konsumiert wird.

→ Um dem zu begegnen könnte eine Umgestaltung der Party- und Festkultur zielführend sein. Das oben erwähnte Projekt unter dem Punkt Prävention in der Freizeit mit dem Namen „Neue Festkultur mit Fairfest und Partypass“ ist dafür ein gutes Beispiel. Dabei steht das Erleben der Gesellschaft an sich und nicht der Alkohol im Vordergrund.

3 B.4.6 Bewusstsein für die potentiell lebensbedrohliche Wirkung von Alkohol

Das Bewusstsein über die potentiell lebensbedrohliche Wirkung von Alkohol steigt zwar mit dem Alter; dennoch war dies nur etwa der Hälfte der Jugendlichen bewusst und einem weiteren Anteil nur eingeschränkt bewusst.

→ Dieser Faktor zeigt, dass noch Aufklärungsbedarf besteht. Hierbei sollte möglichst ein großer Anteil der HaLT- Zielgruppe erreicht werden. Würde man beispielsweise in allen 8. Klassen ein erlebnisorientiertes, eindrückliches Projekt in der Schule durchführen könnte man alle erreichen. Das HaLT- Theaterprojekt („Absaufen“) ist z.B. dafür geeignet, auch wenn damit allein nur einige teilnehmende Klassen erreicht werden – diese werden dann dafür effizient erreicht.

Da Suchtproblematiken in der Gesellschaft immerwährende große Brisanz besitzen wäre es angebracht, dass ein solches oder ähnliches erlebnisorientiertes Projekt im „riskanten“ Alter (ab etwa 12 Jahren) Schule macht und generell im Lehrplan eingebaut wird. Dabei müsste es nicht allein um das Thema Alkohol gehen; das Thema Sucht ist prinzipiell in diesem Alter relevant.

Aber auch dies erfordert politische Maßnahmen, die nicht kurzfristig umsetzbar sind. So bleibt das beispielhafte Theaterprojekt als eine Variante für Prävention unter diesem Gesichtspunkt.

B. 4.7 Konsum anderer Suchtmittel

Nach Auskunft der Dresdner Jugendlichen, die nach einer Akuten Alkoholintoxikation ein Brückengespräch hatten, erscheint diese Population als recht experimentierfreudig: nur gut ein Fünftel gab an keine weiteren Drogen wie Tabak, Cannabis, Crystal oder andere Drogen zu sich zu nehmen, während sich bei den anderen der Konsum weiterer Suchtmittel zwar mit 44% der Jugendlichen vor allem auf den Tabakkonsum beschränkt; allerdings entfallen jeweils knapp 10% auf Crystal, Cannabis und diverse weitere Drogen.

→ In diesem Zusammenhang spielen suchtmittelübergreifende, möglichst längerfristige Präventionskonzepte (SKOLL oder Programme zur Förderung der „Life Skills“) die wesentliche Rolle um Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu vermitteln,

wie man verantwortungsbewusst und reflektiert beim Kontakt mit Drogen reagiert. Zugleich sollte dabei gewährleistet sein, dass den Jugendlichen genügend alternative Möglichkeiten zur Verfügung stehen um sich auszuprobieren sowie Können und Mut zu beweisen und so mehr Selbstbewusstsein und Selbstwertschätzung erlangen.

3 B. 4.8 Fazit: Wie sieht ein prototypischer HaLT- Fall aus?

Würde man sich einen prototypischen HaLT- Fall von Akuter Alkoholintoxikation in Dresden vorstellen, so träfen wahrscheinlich – unabhängig von den jeweiligen Prävalenzen betrachtet - ein paar oder viele der folgenden Eigenschaften auf diesen zu:

- männlicher Mittelschüler oder Gymnasiast zwischen 14 und 16 Jahren
- 1‰ bis 2,0‰ Blutalkoholgehalt
- nicht bei beiden Elternteilen wohnhaft; Erziehende sind aber berufstätig
- getrunken wurde unterwegs/ draußen mit Freunden am Wochenende einer Schulwoche
- Alkohol wurde von Freunden erhalten oder selbst gekauft

4 Zusammenfassung der Vorschläge für die Prävention von Akuten Alkoholintoxikationen und Alkoholmissbrauch oder Leitlinien für die Prävention von Akuten Alkoholintoxikationen und Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen

Um bessere Präventionsarbeit im Hinblick auf Akute Alkoholintoxikationen und Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen zu leisten sind zusammenfassend folgende Wege denkbar:

1. Verbesserung der Effizienz des HaLT- Projektes durch inhaltliche und strukturelle Veränderungen bei der Durchführung:
 - Verbesserung der Erreichungsquoten mit dem Brückengespräch durch Konsiliarverträge mit den behandelnden Kliniken, die ein Brückengespräch auch ohne Schweigepflichtentbindung möglich machen ,
 - Ausbau und Erweiterung der Kooperationspartner für HaLT, insbesondere der Kliniken,
 - Überarbeitung des Fragebogens zum Brückengespräch mit Schwerpunktverlagerung auf in der Auswertung als bedeutsam erkannte Aspekte. Dies betrifft z.B. die Wohnhaftigkeit (bei beiden/ bei einem Elternteil(en), sonstige Wohnsituation), wobei es gilt, dass Risikogruppen wie Trennungskinder mit ihren speziellen Bedürfnissen erkannt und bei Bedarf beraten oder vermittelt werden können. Ein weiterer Aspekt ist die Bezugsquelle des Alkohols: für eine Analyse über die Beschaffung des Alkohols und um ein Zurückverfolgen zu ermöglichen muss stärker auf konkrete Antworten diesbezüglich gedrängt werden.
 - Verstärkung der Zusammenarbeit mit dem Ordnungsamt und
 - Herantreten an Verkaufsstellen und –ketten, die als Bezugsquelle genannt wurden um (indirekt über die Marktleiter) eventuell Schulungen herbeizuführen, eine Sensibilisierung der Mitarbeiter zu erreichen und diese zu motivieren sich im Zweifelsfall immer den Personalausweis zeigen zu lassen sowie
 - unter Umständen Testkäufer einsetzen um den Erfolg der Maßnahmen zu überprüfen.
2. Verbesserung der Präventionsarbeit durch Erweiterung und/ oder Schaffung von qualitativ hochwertigen, effektiven Maßnahmen zur Prävention
 - Einsatz von nachhaltigen, erlebnisorientierten Programmen; diese sollten möglichst sein:
 - längerfristige Programme mit Förderung der „life- skills“ und dabei Beginn in möglichst jungem Alter, denn mit jüngerem Alter steigt auch die Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung
 - bei kurzfristigen „Tagesaktionen“ Aufklärung eher „nebenbei“ und ebenfalls ein eindrückliches Erlebnis im Vordergrund
 - Unterstützung von Projekten, die Jugendliche auch in der Freizeit erreichen, insbesondere bei großer Nähe zur Zielgruppe (z.B. über Peers)

- Partys sind oftmals der Anlass für ein Rauschtrinken – daher Erarbeitung einer neuen Party- / Feierkultur, wo nicht Alkohol, sondern das gesellige Beisammensein im Vordergrund steht
- Eltern informieren, mit einbeziehen und Beratungsstellen vermitteln (auch Internetnutzung, wie bei „ELSA“ berücksichtigen) – z.B. Elternabendthema „Sucht“
- Sensibilisierung aller für das Jugendschutzgesetz: Das Gesetz sollte nicht nur unscheinbar auf einer kleinen Tafel am Rande eines Marktes etc. vermerkt sein, sondern analog zur Werbung auffällig in Szene gesetzt werden.

5 Diskussion

Ein wesentlicher Kritikpunkt beim Vergleich der Dresdner und Leipziger HaLT- Fälle könnte darin bestehen, dass in den Vergleich nur die Fälle einfließen konnten, die auch bei einem Brückengespräch dabei waren. Wie die Ergebnisse der Erreichungsquote jedoch zeigen, konnten nicht alle Jugendliche mit akuter Alkoholintoxikation für das Brückengespräch gewonnen werden, wobei die Quote für Leipzig mit 89% recht gut ist und für Dresden – je nach Jahr schwankend zwischen 19% im Projekt- Anfangsstadium und 66% im „besten“ Jahr die Quote noch steigerungsfähig ist.

Nach aktueller Einschätzung des Arbeitskreis Suchtprävention Dresden (Mai 2013) stellen fehlende Schweigepflichtentbindungen das Hauptproblem dar, weswegen ein Brückengespräch oft nicht stattfinden kann. Der Grund dafür liegt zuallererst an der hiesigen Organisation und Kooperation zwischen HaLT und den Kliniken in Dresden. Die Konsiliarverträge in Leipzig bewirken dort offenbar im Wesentlichen die höhere Quote, da dadurch ein Brückengespräch stattfinden kann, ohne dass die Schweigepflichtentbindung schon vorliegen muss. So entgeht den HaLT- Mitarbeitern in Dresden beispielsweise das Öfteren ein Brückengespräch, wenn die Schweigepflichtentbindung quasi erst mit Erscheinen der Eltern, die den Jugendlichen abholen, vorgelegt wird.

Damit liegt das Problem aber weniger an einer eventuell verzerrten (da selektiven) Stichprobe durch etwaige besondere Merkmale der Jugendlichen, bei denen es nicht zum Gespräch kommt, sondern vielmehr an den von der Stichprobe unabhängigen Rahmenbedingungen. Dies entkräftet den Kritikpunkt, denn dieser Fakt kommt der Vergleichbarkeit der Ergebnisse und damit auch der Übertragbarkeit auf die restlichen HaLT- Fälle zugute.

6 Anhang

6.1 Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Im Krankenhaus behandelte Alkoholintoxikationen (F10.0) von 2002 bis 2011
- Abb. 2: Im Krankenhaus behandelte Akute Alkoholintoxikationen (F10.0)
von 2000 bis 2010 in der BRD je 100.000 Einwohner
- Abb. 3: Fallhäufigkeit (2000 – 2010), F10.0 Alkoholintoxikation, bezogen auf 10.000
der jeweiligen Altersgruppe, Patientenwohnort Sachsen
- Abb. 4: Von der Pilot- zur Transferphase
- Abb. 5: Aufbau von HaLT
- Abb. 6: Kooperationspartner im reaktiven Baustein
- Abb. 7: Kooperationspartner im proaktiven Baustein
- Abb. 8: HaLT- Fallzahlen von Einlieferungen 12- 17 Jähriger mit akuter
Alkoholintoxikation
- Abb. 9: Erreichungsquote für Dresden
- Abb. 10: Altersverteilung nach Geschlecht (Leipzig)
- Abb. 11: Altersverteilung nach Geschlecht (Dresden)
- Abb. 12: Familiäre Situation
- Abb. 13: Mütter nach Familienform und Alter ihres jüngsten Kindes in Sachsen und
Deutschland, 2011 (in Prozent)
- Abb. 14: Familiäre Situation und Bewertung durch die Jugendlichen
- Abb. 15: Fallverteilung nach Schulform
- Abb. 16: Schüler an allgemein bildenden Schulen (ohne Grundschulen und Freie
Waldorfschulen) im Schuljahr 2012/13 im prozentualen Vergleich mit den
HaLT-Fällen in Dresden und Leipzig (ohne Berufsschüler)
- Abb. 17: Absolventen/Abgänger an allgemein bildenden Schulen in Sachsen nach
Abschlussarten mit Förderschulabsolventen/ -abgänger, z. T. in Prozent
- Abb. 18: Einschätzung der Ausbildungssituation
- Abb. 19: Allgemeine Zufriedenheit im Alltag
- Abb. 20: Festgestellter Blutalkoholgehalt
- Abb. 21: Ort der Intoxikation
- Abb. 22: Bezugsquelle des Alkohols
- Abb. 23: Konsum anderer Suchtmittel
- Abb. 24: Übersicht über deutsche suchtpräventive Lebenskompetenzprogramme
- Abb. 25: Effektivität von Präventionsprogrammen in Abhängigkeit von verschiedenen
Faktoren
- Abb. 26: Gründe für bekannte aber nicht erreichte HaLT- Fälle im Zeitraum Januar
bis Dezember 2010

6.2 SPSS- Auswertungen: Korrelation Geschlecht und Alter

Korrelationen der männlichen und weiblichen Fallzahlen mit dem Alter, jeweils für Dresden (DD) und Leipzig (L).

Korrelationen ohne 17-Jährige

		DD_gesamt	DD_weiblich	DD_männlich	L_gesamt	L_weiblich	L_männlich	Alter
DD_gesamt	Korrelation nach Pearson	1	,961(**)	,979(**)	,659	,201	,862	,989(**)
	Signifikanz (2-seitig)		,009	,004	,226	,746	,060	,001
	N	5	5	5	5	5	5	5
DD_weiblich	Korrelation nach Pearson	,961(**)	1	,885(*)	,599	,146	,808	,952(*)
	Signifikanz (2-seitig)	,009		,046	,286	,815	,098	,013
	N	5	5	5	5	5	5	5
DD_männlich	Korrelation nach Pearson	,979(**)	,885(*)	1	,665	,217	,860	,966(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,046		,221	,726	,062	,007
	N	5	5	5	5	5	5	5
L_gesamt	Korrelation nach Pearson	,659	,599	,665	1	,852	,934(*)	,759
	Signifikanz (2-seitig)	,226	,286	,221		,067	,020	,137
	N	5	5	5	5	5	5	5
L_weiblich	Korrelation nach Pearson	,201	,146	,217	,852	1	,609	,337
	Signifikanz (2-seitig)	,746	,815	,726	,067		,275	,579
	N	5	5	5	5	5	5	5
L_männlich	Korrelation nach Pearson	,862	,808	,860	,934(*)	,609	1	,921(*)
	Signifikanz (2-seitig)	,060	,098	,062	,020	,275		,027
	N	5	5	5	5	5	5	5
Alter	Korrelation nach Pearson	,989(**)	,952(*)	,966(**)	,759	,337	,921(*)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,013	,007	,137	,579	,027	
	N	5	5	5	5	5	5	5

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Korrelationen 12 bis 17Jährige

Korrelationen

		DD_gesamt	DD_weiblich	DD_männlich	L_gesamt	L_weiblich	L_männlich	Alter
DD_gesamt	Korrelation nach Pearson	1	,961(**)	,979(**)	,518	,164	,721	,759
	Signifikanz (2-seitig)		,002	,001	,293	,756	,106	,080
	N	6	6	6	6	6	6	6
DD_weiblich	Korrelation nach Pearson	,961(**)	1	,885(*)	,473	,124	,679	,733
	Signifikanz (2-seitig)	,002		,019	,343	,815	,138	,098
	N	6	6	6	6	6	6	6
DD_männlich	Korrelation nach Pearson	,979(**)	,885(*)	1	,511	,166	,710	,730
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,019		,300	,754	,114	,099
	N	6	6	6	6	6	6	6
L_gesamt	Korrelation nach Pearson	,518	,473	,511	1	,913(*)	,954(**)	,860(*)
	Signifikanz (2-seitig)	,293	,343	,300		,011	,003	,028
	N	6	6	6	6	6	6	6
L_weiblich	Korrelation nach Pearson	,164	,124	,166	,913(*)	1	,748	,617
	Signifikanz (2-seitig)	,756	,815	,754	,011		,087	,192
	N	6	6	6	6	6	6	6
L_männlich	Korrelation nach Pearson	,721	,679	,710	,954(**)	,748	1	,944(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,106	,138	,114	,003	,087		,005
	N	6	6	6	6	6	6	6
Alter	Korrelation nach Pearson	,759	,733	,730	,860(*)	,617	,944(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,080	,098	,099	,028	,192	,005	
	N	6	6	6	6	6	6	6

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

6.3 Quellenverzeichnis

Batra, A., Hentsch, O.-B.(2012): Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter (Thieme- Verlag).

Baumgärtner, T. (2012): Alkoholintoxikationen 200 bis 2010 bei Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland: Was taugen die Krankenhausdiagnosestatistiken bei der Wirksamkeitsbeurteilung von Maßnahmenstaatlicher Alkoholkontrollpolitik? Hamburg – Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2009): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der BZgA, Köln. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. (<https://www.kenn-dein-limit.de>)

Deutsches Ärzteblatt: Remschmidt, H. (2002): Serie Alkoholismus: Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. Dtsch Arztebl 2002; 99: A 787–792 [Heft 12]. Marburg.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS: Seitz, Prof. Dr. H., Bühringer, Prof. Dr. G. (2010): Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. DHS Stellungnahmen.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS: Raiser, P., Bartsch, G (2010): Factsheet: Alkohol und Jugendliche. (www.dhs.de)

Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden: Maatz, A.; (2013): Angebotsstruktur und Liste von Angeboten zur Suchtprävention in Dresden. (noch nicht veröffentlicht).

Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden, Abt. Gesundheitsförderung, SB Koordination Suchthilfe/ Suchtprävention: Maatz, A.; Dr. Wolfram, N. (2012): HaLT – Hart am Limit in Dresden. Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen. Konzeption. Dresden.

Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden. Abt. Gesundheitsförderung, SB Koordination Suchthilfe/ Suchtprävention: Manitz, D. (2012): Projekt Hart am Limit. Auswertung der Brückengespräche. Dresden.

Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden, Abt. Gesundheitsförderung, SB Koordination Suchthilfe/ Suchtprävention (April, 2013): Protokoll Arbeitskreis Suchtprävention Dresden, Netzwerktreffen HaLT. Dresden.

Gesundheitsamt der Stadt Leipzig, Abt. Gesundheitsförderung: Hübner, M.; Hinkelmann, U. (2012): Alkoholprävention mit HaLT – Hart am Limit: Modellphase 1. August 2010 – 4. Dezember 2011. Leipzig.

Grob, A. und Jaschinski, U.(2003): Erwachsen werden: Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Beltz- Verlag.

Hallmann, Dr. H.-J.; Schmidt, W. (2010): Effektive Suchtprävention: wissenschaftliche Befunde, praktische Erfahrungen, politische Notwendigkeiten. 50. DHS Fachkonferenz. Essen.

Institut für Demoskopie Allensbach (2010): Alleinerziehende in Sachsen: Lebens- und Arbeitssituation sowie Lebenspläne. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage. Allensbach.

Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien [Broschiert] (8. überarbeitete Aufl. 2011). H. Dilling (Herausgeber, Übersetzer), W. Mombour (Herausgeber, Übersetzer), M. H. Schmidt (Herausgeber, Übersetzer). Huber- Verlag.

Kraus et al. (2007): 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, Saarland und Thüringen. München 2008, IFT- Berichte Bd. 165.

Lefrançois, G. (2008, 4. u. erw. Aufl.): Psychologie des Lernens. Springer- Verlag, Berlin.

LionsQuest (Hrsg.). (1996). Erwachsen werden - Persönlichkeitsentfaltung von Jugendlichen. Wiesbaden: LionsQuest. Internet: www.lions-quest.de.

Maiwald, E. & Bühler, A. (2000): Effektivität suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme – Ergebnisse deutscher Evaluationsstudien. IFT Institut für Therapieforchung. Arbeitsgruppe Prävention und Gesundheitsförderung. München. Erschienen in der Zeitschrift SUCHT AKTUELL 1, 2000.

Prognos (2008): Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT - Hart am Limit“. Basel.

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.: Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe 2011. Dresden. Internet: www.slsev.de

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz: Lehmann, K.; Krämer, L. (2012): Schlussbericht: Arbeitszeitmodelle für erwerbstätige Mütter insbesondere Alleinerziehende im Freistaat Sachsen. Berlin.

Schamel, S. (Projektkoordinator HaLT- Projekt Dresden, 2011): Projekt HaLT Hart - am - Limit Dresden, Jahresbericht 2010. Dresden.

Statistisches Bundesamt Destatis (2013): Pressemitteilung Nr. 044 vom 05.02.2013: Diagnose Alkoholmissbrauch: 2011 wieder mehr Kinder und Jugendliche stationär behandelt. Berlin.

Slesina, A. (2007): Primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Eine Begriffsbestimmung. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2196-2198. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York.

Statistisches Bundesamt Destatis (2012): Krankenhausdiagnosestatistik: F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol Akute Intoxikation. Wiesbaden.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2012): Krankenhausstatistik Sachsen: Daten der Suchtversorgung in Dresden 2011. Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2013): Statistik allgemein bildender Schulen in Sachsen. Kamenz.

Quellen aus dem Internet:

[https://www.gesetze-im-internet.de/juschg/\(www.bundeswettbewerb-alkoholpraevention.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/juschg/(www.bundeswettbewerb-alkoholpraevention.de))

<https://www.klasse2000.de>

<https://www.suchtpraevention-sachsen.de>

<https://de.statista.com>: Anzahl der minderjährigen Kinder in Deutschland nach Alter (2010)

<https://www.wikipedia.org>: „Motivierende Gesprächsführung“ und „Das Transtheoretische Modell“

6.4 Leitfaden zur Dokumentation der Brückengespräche

Im Folgenden wird die aktuelle, bereits mehrfach bearbeitete und in Dresden verwendete Version des Fragebogens bzw. des Gesprächsleitfadens dargestellt (Freizeilen für Bemerkungen/ Erläuterungen :

HaLT: Gesprächsdokumentation Brückengespräch Seite 1 von 5

Leitfaden und Gesprächsdokumentation für das Brückengespräch

Name: _____ HaLT-Berater/in: _____ Datum: _____ Gesprächsdauer: _____ Krankenhaus und Station: _____

I. Allgemeine Angaben

(1) Alter: Geschlecht: () w () m

(2) Staatsangehörigkeit / Migration / Herkunft

Staatsangehörigkeit der/s Jugendlichen:

Migrationshintergrund:

(3) Familien- / Wohnsituation

() wohnhaft bei beiden Eltern

() bei einem Elternteil, wenn ja: () alleine oder () in einer neuen Partnerschaft

() andere (z.B. in Pflegefamilie, Heim, obdachlos):

(4) Erwerbstätigkeit der Eltern

Vater: () ja () nein Mutter: () ja () nein

(5) Subjektive Einschätzung des Verhältnisses zur Familie:

() gut () mittelmäßig () schlecht

Bemerkungen (z.B. besondere Umstände):

(6) Schulbildung

() Hauptschule () Realschule () Berufsschule () Gymnasium

() Sonstiges:

mit Abschluss: () ja () nein () noch nicht

(7) Aktuelle Ausbildungssituation

() Schüler/in () Auszubildende/r () berufsvorber. Maßnahme () arbeitslos

() berufstätig () keine Ausbildung; wenn ja, seit wann:

(8) Wenn Schüler/in oder Azubi: subjektive Einschätzung des Ausbildungserfolges

() gut () mittelmäßig () schlecht

Bemerkungen (z.B. besondere Umstände):

(9) Allgemeine Zufriedenheit im Alltag:

() gut () mittelmäßig () schlecht

Bemerkungen (z.B. besondere Umstände):

HaLT: Gesprächsdokumentation Brückengespräch Seite 2 von 5

II. Situation der Intoxikation

(10) Festgestellter Promillewert:

(11) Zeitpunkt der Intoxikation: Datum: Tag: Uhrzeit:

() während Schul-/Arbeitswoche () in den Ferien () an/vor einem Feiertag

(12) Wie kam es zur Alkoholvergiftung? Hintergründe, was war der Anlass, wer war beteiligt, wer hat den Notarzt gerufen etc.
.....
.....

(13) Überleg mal: Wo wäre der Moment gewesen, wo du hättest aussteigen können?
.....
.....

(14) Ist dir die lebensbedrohliche Gefahr einer Alkoholvergiftung bekannt?

☐ ja ☐ eingeschränkt ☐ nein

(15) Ort der Intoxikation:

☐ Zuhause ☐ Wohnung bei Freunden ☐ Diskothek/Gaststätte/Bar ☐ unterwegs/draußen
☐ öffentliche Veranstaltung, und zwar: ☐ sonstiger Ort:

(16) wiederholte Intoxikation: ☐ ja, und zwarte ☐ nein

mit Klinikeinweisung: ☐ ja und zwarte ☐ nein

(17) Bezugsquelle des Alkohols:

☐ von Freunden erhalten ☐ von den Eltern (ohne deren Wissen)
☐ von den Eltern (mit deren Duldung) ☐ selbst eingekauft – Wo?
☐ sonstige Quelle:

(18) Welche Alkoholsorten hast du getrunken?

☐ Destillate/ Spirituosen (pur) ☐ Liköre ☐ Bier, Wein, o.ä.
☐ Mixgetränke mit Destillaten selbst gemixt ☐ Mixgetränke mit Destillaten fertig gekauft (Alkopop)
Bemerkungen:

(19) Was waren mögliche Gründe/ Motive?

☐ Langeweile ☐ Spaß ☐ Trinkspiele / Wetten ☐ Neugier
☐ Sorgen/Probleme/Stress ☐ um Hemmungen zu überwinden/sich was zu trauen
☐ um sich bewusstlos zu trinken ☐ Sonstiges:
Bemerkungen:

(20) An der Klinik-Einlieferung beteiligte Personen oder Institutionen:

☐ an der Intoxikation Beteiligte ☐ Unbeteiligte ☐ Eltern
☐ Sanitätsdienst (RTW) ☐ Polizei ☐ Sonstige:

HaLT: Gesprächsdokumentation Brückengespräch Seite 3 von 5

III. Bisheriger Umgang mit Alkohol

(21) Wie oft trinkst du Alkohol und in welchen Mengen?

Konsumhäufigkeit:

☐ täglich ☐ 3-5mal wöchentlich ☐ 1-2mal wöchentlich ☐ 1-3mal monatlich ☐ seltener

Konsummenge:

während der Woche:

am Wochenende:

(22) Wie oft warst du im letzten Monat betrunken (Konzentrations-/Koordinationschwierigkeiten, Beeinträchtigung des Gleichgewichts, Sprachstörungen, Torkeln, Erbrechen)?: mal

(23) Trinkst Du öfter, weil Du Dich entspannen oder besser fühlen möchtest? ☐ Ja ☐ Nein

(24) Trinkst Du manchmal, wenn Du alleine bist? ☐ Ja ☐ Nein

(25) Trinkst Du manchmal, weil Du Dich dazugehörig fühlen möchtest? ☐ Ja ☐ Nein

(26) Konsum anderer Suchtmittel:

Tabak: ☐ nein ☐ selten ☐ regelmäßig, _____ Zigaretten/Tag

Cannabis: ☐ nein ☐ selten ☐ regelmäßig, _____ mal pro Monat

Crystal: ☐ nein ☐ selten ☐ regelmäßig, _____ mal pro Monat

andere: ☐ nein ☐ selten ☐ regelmäßig, _____ mal pro Monat

(27) Hattest du schon Probleme in der Schule/ in der Ausbildung/ mit der Polizei wegen deines Alkoholkonsums? (z.B. schlechte Noten, Ärger mit Vorgesetzten oder Eltern)

☐ ja ☐ nein

Bemerkungen:

(28) Hat Dir schon mal jemand gesagt, dass Du Deinen Alkoholkonsum reduzieren solltest?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, wer:

IV. Kontext Familie

(29) Was denken deine Eltern / deine Geschwister darüber, dass du mit einer Alkoholvergiftung in die Klinik eingeliefert wurdest? Ist Alkohol ein Gesprächsthema in deiner Familie?

.....
.....

(30) Gibt es zuhause besondere Regeln, die du befolgen musst? Bekommst du in irgendeiner Art und Weise Grenzen gesetzt?

HaLT: Gesprächsdokumentation Brückengespräch Seite 4 von 5

(31) Wenn du ein Problem hast, an wen wendest du dich?

() eher an deine Eltern () eher an deine Freunde () andere:

(32) Wie beurteilst du prinzipiell das Verhältnis zu deiner Familie?

.....
.....
.....

(33) Hat jemand in Deiner Familie Alkoholprobleme? () ja, wer?: () nein

V. Kontext Freundeskreis

(34) Hast du einen festen Freundeskreis/Clique? () ja () nein

Bemerkungen (z.B. Szenezugehörigkeit):

(35) Trinkt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mind. 1mal wöchentlich) Alkohol?

() ja () nein

Bemerkungen:

(36) Was sagen deine Freunde zur Alkoholintoxikation? Wie haben Sie reagiert?

.....
.....

VI. Konsum und Risikomanagement

(37) Was meinst du, was das Gefährliche an einer Alkoholvergiftung ist?

.....
.....

(38) Wirst du in Zukunft etwas anders machen, wenn du Alkohol trinkst? Und wenn ja, was?

.....
.....

(39) Wie wichtig ist für dich, dass du dein Konsumverhalten veränderst?

(1 bedeutet nicht wichtig; 10 bedeutet sehr wichtig)

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

ab 6 Frage 40 stellen

(40) Wie zuversichtlich bist du, dass du dein Konsumverhalten ändern kannst?

(1 bedeutet nicht zuversichtlich; 10 bedeutet sehr zuversichtlich)

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

HaLT: Gesprächsdokumentation Brückengespräch Seite 5 von 5

(41) Denkst Du, dass Du Hilfe brauchst, um etwas an Deinem Umgang mit Alkohol zu ändern?

() ja () nein () weiß nicht

(42) Wer oder was könnte Dir helfen?

.....
.....

(43) Könntest du dir vorstellen am Risiko-Check teilzunehmen?

() ja () nein () weiß nicht

VII. Platz für Notizen

6.5 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Katrin Konrad, an Eides statt, dass ich die vorliegende Magisterarbeit mit dem Titel „Jugendliche & Alkohol: Ein Städtevergleich zwischen Leipzig und Dresden hinsichtlich stationär behandelter Alkoholintoxikationen im Rahmen des Projektes Hart- am- Limit (HaLT) sowie Ermittlung von Leitlinien für ein Dresdner Alkohol- Präventionskonzept für Jugendliche.“ im Studiengang Public Health selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht oder in anderer Form als Prüfungsleistung vorgelegt worden.

Ich habe die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und prüfungsrechtlichen sowie die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung zur Kenntnis genommen.