

Endbericht

# **Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“**

Auftraggeber:

Bundesministerium für  
Gesundheit, Berlin

Ansprechpartner

Michael Steiner  
Tilman Knittel  
Ute Zweers

Basel, 21. April 2008  
51-6523

**Das Unternehmen im Überblick****Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

**Präsident des Verwaltungsrates**

Gunter Blickle

Basel-Stadt Hauptregister CH-270.3.003.262-6

**Rechtsform**

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

**Gründungsjahr**

1959

**Tätigkeit**

Prognos berät europaweit Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen werden praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber und internationale Organisationen entwickelt.

**Arbeitssprachen**

Deutsch, Englisch, Französisch

**Hauptsitz**

Prognos AG  
Henric Petri-Str. 9  
CH - 4010 Basel  
Telefon +41 61 32 73-200  
Telefax +41 61 32 73-300  
info@prognos.com

**Weitere Standorte**

Prognos AG  
Goethestr. 85  
D - 10623 Berlin  
Telefon +49 (0)30 520059-200  
Telefax +49 (0)30 520059-201

Prognos AG  
Wilhelm-Herbst-Straße 5  
D - 28359 Bremen  
Telefon +49 (0)421 2015-784  
Telefax +49 (0)421 2015-789

Prognos AG  
Schwanenmarkt 21  
D - 40213 Düsseldorf  
Telefon +49 (0)211 887-3131  
Telefax +49 (0)211 887-3141

Prognos AG  
Rue des Arts 39  
B - 1040 Brüssel  
Telefon +32 2 51322-27  
Telefax +32 2 50277-03

**Internet**

www.prognos.com

## Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>Management Summary</b>	<b>1</b>
<b>1</b>	<b>Riskanter Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen</b>	<b>5</b>
1.1	Analyse der Entwicklungen in Deutschland	7
1.1.1	Ergebnisse der BZgA-Befragungen	7
1.1.2	Daten des Statistischen Bundesamtes und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)	9
1.1.3	Fazit der statistischen Analysen	14
<b>2</b>	<b>Das Präventionskonzept Hart am Limit (HaLT)</b>	<b>16</b>
2.1	Wesentliche Elemente des HaLT-Konzepts	17
2.2	Kooperationspartner und Schnittstellen im reaktiven Bereich	19
2.3	Das Interventions-Angebot	22
2.4	Kooperationen im proaktiven Baustein	23
2.4.1	Schulen als Kooperationspartner	24
2.4.2	Kooperationen mit Festveranstaltern	25
2.4.3	Kooperationen mit Gaststätten und Einzelhandel	25
2.5	Der HaLT-Ansatz im Kontext der Präventionsstrategie der Europäischen Union	26
2.5.1	Die EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Prävention von übermäßigem Alkoholkonsum unter jungen Menschen	28
2.5.2	Einordnung des Präventionskonzepts HaLT in die EU Präventionsstrategie	30
<b>3</b>	<b>Die Umsetzung des Bundesmodellprogramms HaLT</b>	<b>34</b>
3.1	Verlauf des Modellprogramms	38
3.2	Darstellung des Pilotprojektes und der Modellprojekte	39
<b>4</b>	<b>Konzept und Instrumente der wissenschaftlichen Begleitung</b>	<b>51</b>
4.1	Handlungsforschung / Monitoring	52
4.2	Informationsmanagement	53
4.2.1	Unterstützung während der Startphase	53
4.2.2	Austausch zwischen den Projektbeteiligten	54
4.2.3	Information der Standorte	55
4.3	Begleitforschung zu den Hintergründen exzessiven Alkoholkonsums	56
<b>5</b>	<b>Auswertung der standardisierten Brückengesprächs-Dokumentationen</b>	<b>58</b>
5.1	Zahl, Geschlecht und Alter der erreichten Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen	59
5.2	Situation und Umstände der Intoxikation	63
5.2.1	Blutalkoholwerte	63

5.2.2	Ort und Zeit der Intoxikationen	64
5.2.3	Typische Anlässe und Ursachen für das Rauschtrinken	66
5.2.4	Art und Bezugsquellen der Alkoholika	68
5.2.5	Lebensbedrohende Risiken durch komatöse Alkoholvergiftungen	70
5.2.6	Mehrfachvergiftungen	72
5.3	Sozioökonomischer und familiärer Hintergrund der Jugendlichen	73
5.3.1	Familiäres Umfeld	76
5.4	Mögliche Belastungen und Konsum anderer Suchtmittel	78
5.4.1	Suchtmittelkonsummuster der Jugendlichen	80
5.5	Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Brückengesprächsbogen	81
<b>6</b>	<b>Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms</b>	<b>82</b>
6.1	Kooperationspartner und Schnittstellen im reaktiven Bereich	82
6.1.1	Kliniken	84
6.1.2	Schulen	86
6.1.3	Rettungsdienste, Sanitäter	88
6.1.4	Jugendwohnheime und -wohngruppen	89
6.1.5	Jugendgerichte, Diversionsbüros, Bewährungshilfe	89
6.1.6	Weitere Kooperationspartner im reaktiven Bereich	90
6.1.7	Ausgestaltung des Interventions-Angebots	92
6.2	Kooperationen im proaktiven Bereich	94
6.2.1	Präventionsarbeit auf Festen und Veranstaltungen	97
6.2.2	Präventionsarbeit an Schulen	100
6.2.3	Einzelhandel, Tankstellen und Gaststätten	103
6.2.4	Jugend-/Gesundheitsämter, Kommunale Arbeitskreise zur Suchtprävention	104
6.2.5	Weitere Kooperationspartner im proaktiven Projektteil	104
6.2.6	Öffentlichkeitsarbeit	105
<b>7</b>	<b>Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung</b>	<b>106</b>
7.1	Stärken-Schwächen-Bewertung des HaLT-Konzepts	107
7.2	Beurteilung zentraler Elemente im HaLT-Konzept	109
7.2.1	Tätigkeitsschwerpunkte der Projektarbeit	109
7.2.2	Schnittmengen und Synergien von proaktivem und reaktivem Projektbaustein	109
7.2.3	Substanzfokussierung auf Alkohol	111
7.2.4	Ausgestaltung des reaktiven Projektteils	111
7.2.5	Ausgestaltung des proaktiven Projektteils	112
7.3	Zur Wirksamkeit der HaLT-Präventionsstrategie	113
7.4	Optionen für eine (Weiter-)Finanzierung der HaLT-Projekte	115
7.4.1	Finanzierung über Kommunen	115
7.4.2	Finanzierung über Krankenkassen	116
7.5	Fazit und Ausblick	118
	<b>Literatur</b>	<b>121</b>
	<b>Anhang</b>	

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Binge Drinking, 12- bis 17-jährige Jugendliche in Deutschland (Prozentwerte)	8
Abbildung 1-2: Binge Drinking bei Jugendlichen in Deutschland nach Jahr, Geschlecht und Alter (Prozentwerte)	9
Abbildung 1-3: Entwicklung der stationären Behandlungen wegen akuter Alkoholintoxikation (Diagnose F10.0) bei Jugendlichen von 10 bis 19 Jahren	10
Abbildung 1-4: Entwicklung der stationären Behandlungen wegen Alkohol (Diagnose F10.0) bei Jugendlichen nach Altersgruppen (Fälle pro 10.000)	11
Abbildung 1-5: Entwicklung der stationären Behandlungen wegen Alkohol (Diagnose F10.0) bei Jugendlichen im Alter von 10 bis 19 Jahren nach Geschlecht	12
Abbildung 1-6: Stationäre Behandlungen wegen Alkohol (Diagnose F10) bei Jugendlichen im Alter von 10 bis 19 Jahren pro 10.000 Gleichaltrigen nach Bundesländern im Jahr 2005	14
Abbildung 2-1: Die Bausteine von HaLT	18
Abbildung 2-2: Kooperationspartner im reaktiven Bereich	22
Abbildung 2-3: Mögliche Kooperationspartner im proaktiven Bereich	24
Abbildung 3-1: Übersicht der Standortprojekte des Bundesmodellprogramms HaLT	35
Abbildung 5-1: Dokumentierte Brückengesprächsbögen nach Jahr (N=764)	59
Abbildung 5-2: Dokumentierte Brückengesprächsbögen nach Projektstandort (N=764)	60
Abbildung 5-3: Erreichte Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum nach Geschlecht (Prozentwerte, N=761)	60
Abbildung 5-4: Alter der von HaLT erreichten Kinder und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum (N=763)	61
Abbildung 5-5: Von HaLT erreichte Kinder und Jugendliche nach Alter und Geschlecht (N=760)	62
Abbildung 5-6: Festgestellter Blutalkoholwert nach Geschlecht (N=689)	63
Abbildung 5-7: Kinder und Jugendliche mit Alkoholintoxikationen: Festgestellter Blutalkoholwert nach Alter (N=590)	64
Abbildung 5-8: Ort der Intoxikation nach Geschlecht der Jugendlichen (N=677)	65
Abbildung 5-9: Bei der Alkoholintoxikation getrunkene Alkoholarten nach Geschlecht (N=694)	68

Abbildung 5-10: Bezugsquellen des Alkohols bei der komatösen Alkoholvergiftung von Jugendlichen unter 16 Jahren (N=351)	69
Abbildung 5-11: Bewusstsein für Lebensgefahr durch exzessiven Alkoholkonsum vor der Intoxikation nach Alter (N=692)	72
Abbildung 5-12: Kinder und Jugendliche mit wiederholten Alkoholvergiftungen (N=738)	73
Abbildung 5-13: Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum nach besuchter Schule bzw. Schulabschluss (Prozentwerte, N=675)	74
Abbildung 5-14: Höchster beruflicher Status von Mutter oder Vater der Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum (Prozentwerte, N= 635)	75
Abbildung 5-15: Ethnisch-kulturelle Herkunft der Eltern betroffener Jugendlicher nach Standort (N=690)	77
Abbildung 5-16: Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen (N=702)	78
Abbildung 5-17: Kinder und Jugendliche mit Alkoholintoxikationen: subjektive Einschätzung des Verhältnisses zur Familie (Prozentwerte, N=707)	79
Abbildung 5-18: Subjektive Einschätzung der Zufriedenheit im Alltag (N=715) und des Ausbildungserfolgs (N=699)	79
Abbildung 5-19: Kinder und Jugendliche mit Alkoholintoxikationen: Konsum anderer Suchtmittel (N=654)	80

### **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1-1: Alkoholintoxikationen nach Altersklassen 2005	12
Tabelle 2-1: Gegenüberstellung von Schwerpunktbereich 1 der EU-Präventionsstrategie und dem HaLT-Ansatz	31
Tabelle 2-2: Gegenüberstellung von Schwerpunktbereich 4 der EU-Präventionsstrategie und dem HaLT-Ansatz	32
Tabelle 3-1: Übersicht der Standortprojekte	36
Tabelle 5-1: Hintergründe und Ursachen der Alkoholintoxikationen (Beispiele)	67
Tabelle 5-2: Erlebte Risiken durch komatöse Alkoholvergiftungen (Beispiele aus den HaLT-Gesprächsdokumentationen)	70
Tabelle 6-1: Kooperationspartner der Standortprojekte im reaktiven Projektbaustein	83
Tabelle 6-2: Kooperationspartner der Standortprojekte im proaktiven Projektbaustein	95

## 0 Management Summary

In den vergangenen Jahren war in Deutschland ein dramatischer Anstieg der Zahlen von Kindern und Jugendlichen, die wegen komatöser Alkoholvergiftungen stationär behandelt werden mussten, zu verzeichnen. Zwischen den Jahren 2000 und 2006 hat sich laut Daten des Statistischen Bundesamts die Zahl der Behandlungen wegen akuter Alkoholintoxikation bei Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren mehr als verdoppelt. Im Jahr 2006 mussten 19.522 Kinder und Jugendliche aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation (ICD-10-Diagnoseschlüssel F10.0) stationär behandelt werden.

Der Trend zum „Binge Drinking“ und in der Folge die zunehmende stationäre Behandlung von Alkoholvergiftungen zeigt sich sowohl bei männlichen als auch weiblichen Jugendlichen. Dabei beschränken sich die Fallzahlsteigerungen nicht nur auf ältere Jugendliche und junge Erwachsene, sondern zeigen sich in ähnlicher Weise – wenn auch auf niedrigerem Niveau – auch bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 14 Jahren.

Die Präventionsstrategie „HaLT-Hart am Limit“ setzt exakt bei dieser besorgniserregenden Entwicklung an. Der im Rahmen eines Bundesmodellprogramms zwischen 2003 und 2007 an 11 Standorten erprobte und weiterentwickelte Präventionsansatz verfolgt hierbei zwei Zielsetzungen: zum einen soll exzessivem Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen unmittelbar verhaltenspräventiv begegnet werden, in dem gezielt der Kontakt zu auffällig gewordenen Kindern und Jugendlichen hergestellt wird. Zum anderen wird ein breiter Setting-Ansatz verfolgt, um auf kommunaler Ebene den verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol bei Jugendlichen und auch bei Erwachsenen zu fördern. Kennzeichnend für HaLT ist dabei, dass zur Erreichung beider Zielsetzungen konsequent Kooperationen über die Grenzen des Suchthilfesystems hinaus genutzt und aufgebaut werden.

Von den elf Standortprojekten des Bundesmodellprogramms wurden innerhalb einer – inklusive einjähriger Verlängerung – dreijährigen Programmphase 764 Kinder und Jugendliche mit Alkoholintoxikationen überwiegend direkt bei den behandelnden Kliniken erreicht. Hiervon waren 59% männlich und 41% weiblich. Die meisten erreichten Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen sind zwischen 15 und 16 Jahren alt. Die wegen riskantem Alkoholkonsum aufgefallenen Mädchen sind dabei im Durchschnitt ein Jahr jünger als die Jungen. Auswertungen nach dem sozioökonomischen Status der Eltern der Jugendlichen zeigen deutlich, dass komatöse Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen keineswegs ein auf sozial schwache Schichten beschränktes Problem darstellen.

Bei fast 90 Prozent der Alkoholintoxikationen, die zu einer stationären Behandlung führten, wurden von den Kindern und Jugendlichen hochprozentige Alkoholika (Destillate) entweder pur oder als Mixgetränke konsumiert.

Gleichzeitig gaben 37 Prozent der unter 18-jährigen und immerhin 22 Prozent der unter 16-jährigen Kinder und Jugendlichen an, die Alkoholika für ihre komatöse Alkoholvergiftung selbst eingekauft zu haben. Dies zeigt, dass die Bestimmungen des gesetzlichen Jugendschutzes offensichtlich in unzureichendem Maße eingehalten werden.

Die hohe Zahl der betroffenen Jugendlichen, die oft lebensbedrohenden Folgen der Intoxikationen und durchaus verbreitete wiederholte komatöse Alkoholvergiftungen (bei über einem Fünftel der erreichten Kinder und Jugendlichen) unterstreichen die Notwendigkeit einer gleichzeitig frühinterventiv als auch proaktiv wirksamen Präventionsstrategie wie dem HaLT-Ansatz.

HaLT begegnet dem riskanten Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen mit einer zweifachen Strategie. Zum einen werden im **reaktiven Projektteil** systematisch Kooperationen zu Kinderkliniken, Schulen und weiteren geeigneten Institutionen aufgebaut, die einen frühzeitigen Zugang zu auffällig gewordenen Kindern und Jugendlichen ermöglichen, um diese innerhalb eines präventiven Angebotes zur Reflexion ihrer Konsummuster zu bewegen. Zum anderen werden im **proaktiven Projektteil** im lokalen Umfeld Partner gesucht, um mit diesen für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zu werben und auf die konsequente Umsetzung des Jugendschutzes bei öffentlichen Veranstaltungen, bei Schulfesten, in Gaststätten und im Einzelhandel hinzuarbeiten.

Aufgefordert durch den Europäischen Rat legte die EU-Kommission 2006 Vorschläge für eine umfassende Gemeinschaftsstrategie zur Minderung alkoholbedingter Schäden vor. Ein im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zu HaLT erfolgter Vergleich dieser Strategie mit den Elementen des HaLT-Konzepts zeigt, dass der im Bundesmodellprojekt erprobte Ansatz den europäischen Weisungen in hohem Grade gerecht wird und gleichzeitig geeignet ist, flexibel an Besonderheiten der Kommunen vor Ort angepasst zu werden. HaLT kann damit als gelungenes Praxisbeispiel für die Umsetzung der EU-Strategie bezeichnet werden.

Die wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms konnte zeigen, dass der HaLT-Ansatz funktionsfähig und grundsätzlich übertragbar ist. Die besondere Stärke des HaLT-Ansatzes liegt in der außerordentlichen Effizienz, die durch die Kooperationsstruktur erreicht wird. Sowohl indizierte Frühintervention als auch universelle Prävention stehen typischerweise vor einem Effizienzproblem: bei der indizierten Prävention muss viel Aufwand für den Zugang zur Zielgruppe verwendet werden (und zwar je

frühzeitiger die Intervention, desto mehr Aufwand), bei der unspezifischen universellen Prävention drohen hohe Streuverluste bei der Erreichung der anvisierten Zielgruppe. Bei HaLT ermöglichen die Kooperationen im reaktiven Teil einen breiten Zugang zu gefährdeten Kindern und Jugendlichen, die Kooperationen im proaktiven Teil ermöglichen durch die faktische Übertragung von der konkreten Präventionsarbeit auf Partner breit angelegte Aktionen und zugleich hohe Glaubwürdigkeit bei relativ geringem Aufwand.

Die erfolgreiche Übertragbarkeit des Konzeptes des am Pilotstandort Villa Schöpflin in Lörrach entwickelten HaLT-Konzeptes ist an mehreren Modellstandorten bundesweit nachgewiesen worden. Die wissenschaftliche Begleitung empfiehlt nachdrücklich eine bundesweite Verbreitung von HaLT. Allerdings kann die Umsetzung des Konzeptes aufgrund der Abhängigkeit von gut funktionierenden Kooperationen Schwierigkeiten aufwerfen. Als wesentliche Erfolgsfaktoren, die für eine Umsetzung berücksichtigt werden müssen, gelten die Fokussierung auf die Kinder und Jugendlichen als Zielgruppe, der substanzspezifische Ansatz sowie die Kombination aus proaktivem und reaktivem Baustein.

Zusammengefasst bestehen die Stärken des HaLT-Ansatzes vor allem in:

- der hohen Effizienz und Reichweite durch die Nutzung von Kooperationsnetzwerken und die Einbindung kommunaler Akteure in die Präventionsarbeit;
- der frühzeitigen und niedrighschwelligigen Erreichung von Kindern und Jugendlichen durch Kooperationen und attraktive Angebote im reaktiven Baustein.
- dem relativ geringen notwendigen Mitteleinsatz;
- der hohen Öffentlichkeitswirksamkeit;
- der hohen Glaubwürdigkeit der proaktiven Präventionsarbeit.

Schwächen und Umsetzungsrisiken des HaLT-Konzeptes liegen darin, dass:

- der proaktive Baustein nur bedingt für Metropolen und wenig für einen sehr ländlichen Raum geeignet ist;
- der Erfolg der Umsetzung stark von den projektleitenden Persönlichkeiten vor Ort abhängt;
- der Erfolg stark von der Mitwirkungsbereitschaft und dem Engagement von Partnern innerhalb freiwilliger und in der Regel informeller Kooperationen abhängt. Potenzielle Kooperationspartner, zu denen auch Alkoholverkaufsstellen und Ausschankstellen gehören, müssen von einer Beteiligung überzeugt werden; die Möglichkeiten, hierbei Druck auszuüben, sind innerhalb des HaLT-Konzeptes gering. Auch eine regelmäßige Mit-

arbeit z.B. von Klinikärzten kann nicht über die Projekte vergütet werden.

- die Projekte typischerweise eine längere Anlaufphase zum Aufbau und zur Festigung von Kooperationen und Schnittstellen benötigen, ehe Erfolge sichtbar werden.

Der HaLT-Präventionsansatz wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen als grundsätzlich förderungswürdig eingestuft. In einer gemeinsamen Erklärung im September 2007 sprachen sich die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing und der Vorstandsvorsitzenden des IKK-Bundesverbandes, Rolf Stuppardt, für eine bundesweite Verbreitung von HaLT aus. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen die in dem Leitfadens Prävention, Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Förderkriterien bei HaLT prinzipiell als erfüllt an.

Für den Praxiseinsatz wurde von dem Team der Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention, das das HaLT-Konzept entwickelt hat, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein umfangreiches Handbuch mit einem fachlichen Überblick und einer Sammlung der im Bundesmodellprogramm erprobten Methoden, Konzepten und Materialien erstellt.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention 2007: Bundesmodellprojekt HaLT, Handbuch Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen.

Das Handbuch sowie weitere Informationen über geplante Informationsveranstaltungen können über die Villa Schöpflin angefordert werden: <http://www.blv-suchthilfe.de/villa-schoepflin/>

# 1 Riskanter Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Das Bundesmodellprogramm „HaLT – Hart am Limit“ verfolgt als Präventionsstrategie zwei Zielsetzungen: zum einen soll exzessivem Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen früh präventiv begegnet werden, zum anderen wird ein breiter Ansatz verfolgt, um auf kommunaler Ebene den verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol bei Jugendlichen und auch bei Erwachsenen zu fördern. Das Modellprogramm HaLT entstand in erster Linie als Reaktion auf die zunehmende Verbreitung exzessiver Alkoholkonsummuster und als Folge davon der steigenden Zahl stationärer Behandlungen wegen Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen.

Nach Ergebnissen von Befragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung<sup>2</sup> geben bereits zwölf Prozent der Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 15 Jahren an, mindestens einmal in der Woche Alkohol zu trinken. In der Altersgruppe von 16 bis 17 Jahren berichten 43 Prozent der Jugendlichen von mindestens wöchentlichem Alkoholkonsum. In beiden Altersgruppen liegt der Anteil der regelmäßig konsumierenden Jungen über dem der Mädchen: bei den 16 – 17jährigen berichten 54 Prozent der Jungen gegenüber 31 Prozent der Mädchen von regelmäßigem Konsum, bei den 12 – 15jährigen stehen 12 Prozent wöchentlich konsumierende Jungen acht Prozent der Mädchen gegenüber.

In den letzten Jahren wurde ein Besorgnis erregender Trend hin zu riskanten Konsummustern mit episodisch starkem Konsum bei Jugendlichen bemerkt und unter der Bezeichnung „Binge Drinking“ über den fachlichen Diskurs hinaus bekannt. Insbesondere die steigende Zahl der aufgrund von Alkoholintoxikationen in Krankenhäusern behandelten Jugendlichen spiegelt ein sich veränderndes Trinkverhalten von Kindern und Jugendlichen wider.

## Schädigungen durch riskanten Alkoholkonsum

Riskanter Alkoholkonsum kann auf vielfache Weise eine Gefahr für die Gesundheit der Jugendlichen darstellen. Eine spätere Substanzabhängigkeit ist dabei nur eine der Bedrohungen.

---

<sup>2</sup> BZgA 2007: Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Kurzbericht, Juni 2007. S. 8.

Folgende, zum Teil lebensbedrohende Risiken bestehen für Kinder und Jugendliche bei exzessivem Alkoholkonsum:<sup>3</sup>

- Das Risiko von Unfällen steigt erheblich.
- Betrunkene werden häufiger Opfer von Gewaltdelikten.
- Stark alkoholisierte Mädchen werden überdurchschnittlich häufig Opfer sexueller Gewalt.
- In den Wintermonaten steigt das Risiko von massiver Unterkühlung bis hin zum Erfrierungstod.
- Beim Rauschtrinken bis zur Bewusstlosigkeit können lebenswichtige Reflexe ausgeschaltet werden, so dass es beim Erbrechen zum Tod durch Ersticken kommen kann.
- Organische Schäden treten im Jugendalter schneller als bei Erwachsenen auf.
- Die Zeitspanne vom Missbrauch bis zur Abhängigkeit ist kürzer als bei Erwachsenen.
- Riskanter Alkoholkonsum stellt eine Belastung für die psychosoziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen dar.

Der Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen birgt für Kinder und Jugendliche insbesondere dann langfristige Gefahren, wenn er in einem sehr jungen Alter oder exzessiv erfolgt oder sich der Konsum als Verhaltensmuster bei Problemen oder Anforderungen verfestigt.<sup>4</sup>

Alkoholkonsum wird von Jugendlichen oft funktional, d.h. als Strategie zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben eingesetzt.<sup>5</sup> Zu den Entwicklungsaufgaben für Jugendliche gehören u.a. die Ablösung von den Eltern, die Ausbildung der Geschlechterrolle und die Ausgestaltung von Lebensstilen. Typischerweise werden in dieser Phase Alkohol, Tabak und illegale Drogen sowohl wegen ihres symbolischen Bedeutungsgehalts als auch wegen ihrer psychoaktiven Wirkung als Bewältigungsstrategien für entwicklungsbedingte Alltagsherausforderungen erprobt.

---

3 Eine Zusammenstellung zum Teil lebensbedrohender Situationen, die von Kindern und Jugendlichen nach exzessivem Alkoholkonsum erlebt wurden, ist in Kapitel 5.2.5 im Rahmen der Dokumentation der Brückengespräche des HaLT-Angebots aufgeführt.

4 Richter, M./Settertobulte, W. 2003: Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer (Hg) 2003: Jugendgesundheitsurvey. Weinheim.

5 Vgl. Hurrelmann, Klaus 2002: Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim-Basel; Silbereisen, R./ Reese, A. 2001: Substanzgebrauch, illegale Drogen und Alkohol. In: Raithel, J. (Hg): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention, Opladen.

Bei der Nichtbewältigung von Entwicklungsaufgaben aufgrund mangelnder personaler und sozialer Ressourcen besteht die Gefahr, dass sich der als vermeintliche Lösung eingesetzte Substanzkonsum verfestigt und intensiviert. Wird in diesen Fällen von den Jugendlichen der Konsum von Alkohol als Ersatzhandlung und -ziel anstatt der aktiven Bewältigung der Entwicklungsaufgaben praktiziert, können Jugendliche in einen Kreislauf geraten, wenn die unbewältigten Aufgaben zu dauerhaften Belastungen werden und damit der Druck zu Ausweich- und Vermeidungshandlungen steigt. Suchtprävention kann hier wirkungsvoll einsetzen, indem ein Reflexionsprozess bei den Jugendlichen bezüglich der Motive ihres Alkoholkonsums angestoßen wird. Je früher Alkoholmissbrauch erkannt und interveniert wird, desto höher und umfassender sind die Erfolgchancen, Belastungen der psychosozialen Entwicklung der Jugendlichen zu vermeiden.

## **1.1 Analyse der Entwicklungen in Deutschland**

Bei Start des Bundesmodellprogramms HaLT lagen keine bundesweiten Studien über die Verbreitung von Binge Drinking und Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen vor. Mittlerweile lässt sich das Ausmaß des riskanten Alkoholkonsums genauer einschätzen, wie im Folgenden kurz dargestellt wird. Zum einen erfasst die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung innerhalb der Drogenaffinitätsstudie seit 2004 den riskanten Konsum bei Kindern und Jugendlichen. Zudem sind im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zu HaLT Daten aus Kliniken sowie von den Statistischen Landesämtern und dem Statistischen Bundesamt analysiert worden. Darüber hinaus wird auf Daten des Statistischen Bundesamtes bzw. der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) zurückgegriffen, um die Entwicklungen der stationären Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen über das Jahr 2002 hinaus zu betrachten.

Es ist darauf hinzuweisen, dass den Analysen der Behandlungen wegen Alkoholintoxikationen z.T. unterschiedlich erhobene und kategorisierte Daten zugrunde liegen, so dass die Daten aus verschiedenen Quellen nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind, die verschiedenen Analysen aber mit der gebotenen Vorsicht für ein Gesamtbild herangezogen werden können.

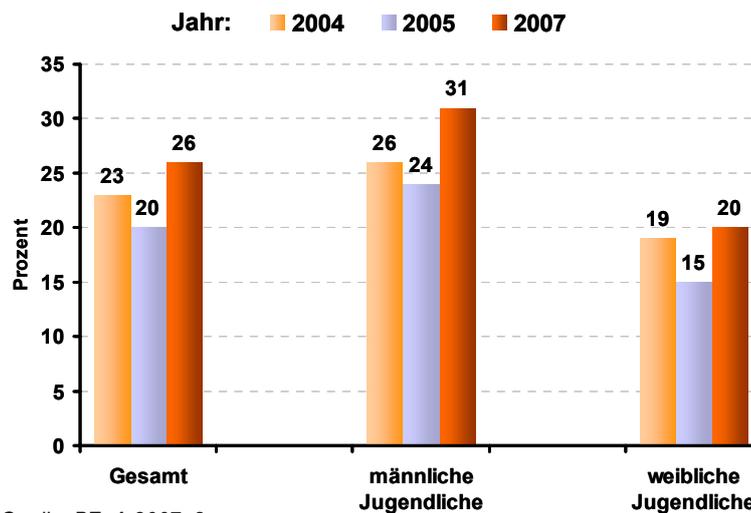
### **1.1.1 Ergebnisse der BZgA-Befragungen**

Als Indikator für riskanten Konsum wird von der BZgA die Häufigkeit von Binge Drinking – operationalisiert als Konsum von fünf oder mehr Gläsern Alkohol hintereinander – verwendet. Im Jahr

2007 gaben im Rahmen einer repräsentativen Befragung 26 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen an, mindestens einmal innerhalb der vergangenen 30 Tage eine Binge Drinking-Erfahrung gemacht zu haben.<sup>6</sup> Männliche Jugendliche praktizieren dabei häufiger Binge Drinking als weibliche Jugendliche: Während 31 Prozent der Jungen von Binge Drinking-Erfahrungen im letzten Monat berichten, sind dies bei Mädchen 20 Prozent. Nachdem für das Jahr 2005 ein Rückgang des riskanten Konsums beobachtet worden war, ist die Häufigkeit im Jahr 2007 über das Niveau des Jahres 2004 gestiegen (vgl. Abbildung 1-1).

Abbildung 1-1: Binge Drinking, 12- bis 17-jährige Jugendliche in Deutschland (Prozentwerte)

Konsum von mind. fünf Gläsern Alkohol an einem Tag innerhalb der letzten 30 Tage



Quelle: BZgA 2007: 8

Der erneute Anstieg der Binge Drinking-Häufigkeit ist vor allem auf die Altersgruppe der 16-17 Jährigen zurückzuführen. Bei den 12-15-Jährigen – sowohl bei Jungen wie bei Mädchen – liegt die Verbreitung von riskantem Alkoholkonsum im Jahr 2007 unter den Werten des Jahres 2004 (vgl. Abbildung 1-2).

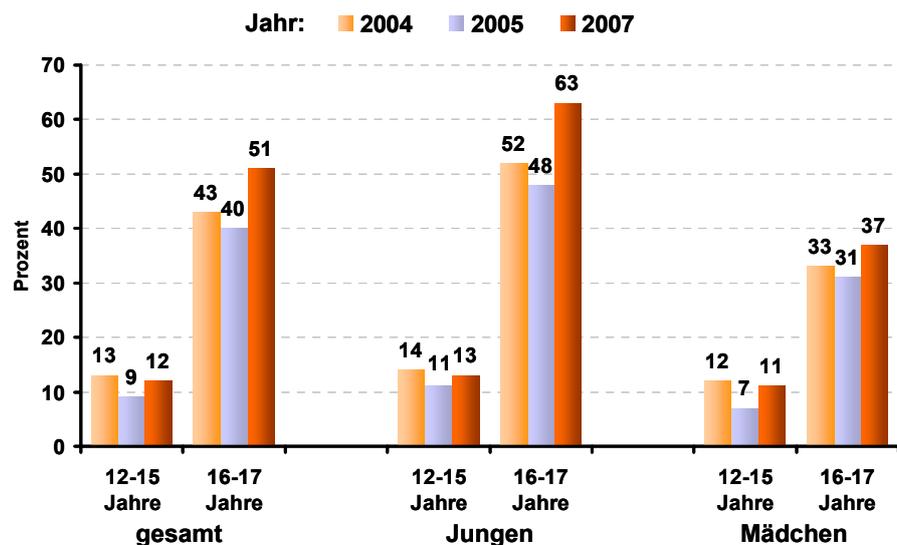
Während bei den 12-15jährigen Kindern der Anteil der riskant konsumierenden Jungen nur wenig über dem der Mädchen liegt (13% gegenüber 11%), trinken die männlichen Jugendlichen zwischen 16 und 17 Jahren erheblich öfter exzessiv als ihre Altersgenossinnen. Mit 63 Prozent geben deutlich mehr als die Hälfte der 16-17-

6 BZgA 2005: 18

Jährigen Jungen an, im letzten Monat exzessiv getrunken zu haben, bei den Mädchen in der Altersgruppe sind dies dagegen lediglich 37 Prozent.

Abbildung 1-2: *Binge Drinking bei Jugendlichen in Deutschland nach Jahr, Geschlecht und Alter (Prozentwerte)*

Konsum von mind. fünf Gläsern Alkohol an einem Tag innerhalb der letzten 30 Tage

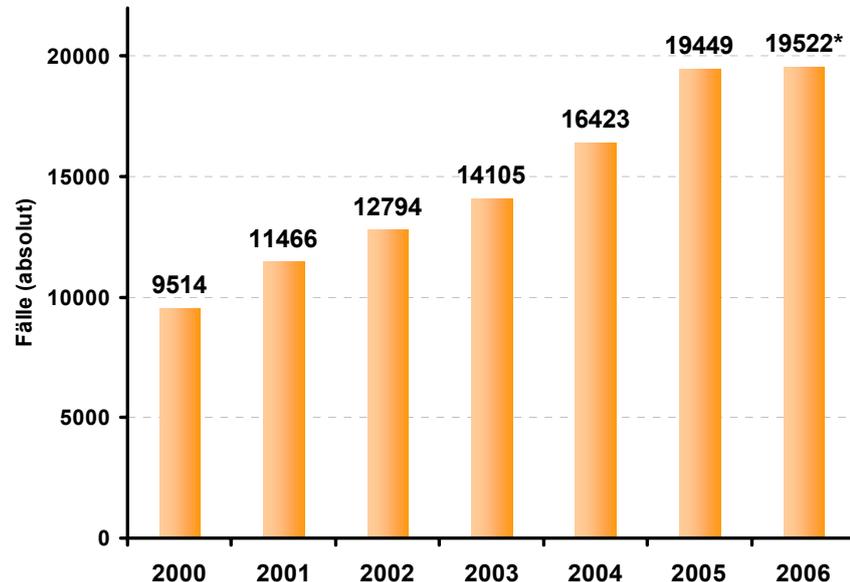


Quelle: BZgA 2007: 8

### 1.1.2 Daten des Statistischen Bundesamtes und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Während beim Start des Bundesmodellprogramms HaLT im Jahr 2003 noch keine bundesweiten Daten über die Entwicklung der Verbreitung von Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen vorlagen, sind mittlerweile längere Zeitreihen von Klinikdiagnosedaten verfügbar. Wie die Gesundheitsstatistik des Statistischen Bundesamtes zeigt, hat sich die Zahl der Behandlungen von Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren wegen akuter Alkoholintoxikation zwischen 2000 und 2006 mehr als verdoppelt. Der in den vergangenen Jahren bereits beobachtete dramatische Anstieg von Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen hat sich zumindest bis 2005 fortgesetzt.

Abbildung 1-3: Entwicklung der stationären Behandlungen wegen akuter Alkoholintoxikation (Diagnose F10.0) bei Jugendlichen von 10 bis 19 Jahren



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008  
 (\*für 2006: vorläufige Ergebnisse, da die Daten der Bundesländer Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein noch nicht vorlagen und daher geschätzt sind.)

Wurden im Jahr 2000 noch rund 9.500 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren mit der Diagnose F10.0 (akute Alkoholintoxikation) behandelt, bedeutet demgegenüber die Zahl von rund 19.500 Kindern und Jugendlichen im Jahr 2006 einen Anstieg von 105 Prozent. Für das Jahr 2006 ist gegenüber 2005 nur noch ein geringer Anstieg zu verzeichnen. Allerdings ist der Wert für 2006 noch vorläufig, da die Daten für drei fehlende Bundesländer auf Grundlage der durchschnittlichen Veränderungsrate der 13 vorliegenden Länder geschätzt worden sind.

Die Statistik beruht auf dem entsprechenden Diagnoseschlüssel des ICD-10. Aufgrund des Wechsels vom ICD-9 sind keine vor das Jahr 2000 zurückgehenden Zeitreihen-Auswertungen möglich. Der ICD-10-Code „F10.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)“ bezeichnet ein Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Unter diese Kategorie fallen (u.a.):

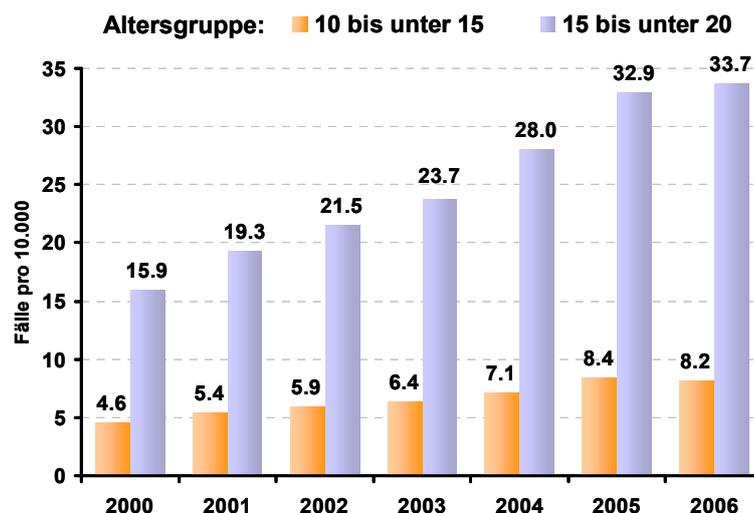
- Akuter Rausch
- Pathologischer Rausch
- Rausch ohne nähere Angabe.

Da die ebenfalls inhaltlich relevanten, mit Blick auf die Quantität aber eher unbedeutenden Diagnosen F10.1 (Schädlicher Gebrauch) und T51.9 (Alkohol, nicht näher bezeichnet) hierbei

nicht erfasst werden, wird die Zahl der Behandlungen wegen Alkoholintoxikation in der hier ausgewiesenen Statistik leicht unterschätzt.

Insgesamt sind bei 10.000 Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren in 2006 knapp 22 Fälle zu verzeichnen gegenüber etwas über 10 Fällen im Jahr 2000. Jugendliche in der Altersgruppe 15 bis 19 werden drei- bis viermal so häufig wegen einer akuten Alkoholintoxikation behandelt wie die jüngere Gruppe der 10- bis 14-Jährigen (vgl. Abbildung 1-4). Auf 10.000 Gleichaltrige kommen bei Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 19 knapp 34 Behandlungsfälle, bei 10 bis 14-Jährigen nur etwas über acht Fälle. Der Anstieg der Fallzahlen ist bei den 15- bis 19-Jährigen allerdings nur wenig stärker ausgeprägt als bei den 10- bis unter 15-Jährigen.

Abbildung 1-4: Entwicklung der stationären Behandlungen wegen Alkohol (Diagnose F10.0) bei Jugendlichen nach Altersgruppen (Fälle pro 10.000)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, eigene Berechnungen.

Diese Altersverteilung entspricht in der Tendenz auch den Ergebnissen einer für das Jahr 2002 im Rahmen der Begleitung des Bundesmodellprogramms HaLT durchgeführten Analyse der Diagnose-Controllingdaten von 21 Kliniken aus dem gesamten Bundesgebiet.<sup>7</sup> In 2002 waren nach dieser Erhebung 70 Prozent der wegen Alkoholintoxikation behandelten Jugendlichen 15 Jahre und älter. 30 Prozent der behandelten Jugendlichen waren 14 Jahre und jünger, wobei Kinder im Alter von unter 13 Jahren lediglich Einzelfälle darstellten.

<sup>7</sup> Prognos AG 2004: Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms „Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen“, bundesweite Datenerhebung – Kurzanalyse.

Bei einem Vergleich mit älteren Altersgruppen zeigt sich, dass die Zahl der Behandlungen mit F10.0-Diagnosen bei den 15- bis 19-Jährigen mit Abstand am höchsten liegt (vgl. Tabelle 1-1). Die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen weist für die letzten Jahre zudem überproportionale Steigerungsraten bezüglich alkoholbedingter Behandlungen auf. Alkoholvergiftungen scheinen damit ein spezifisches Problem Jugendlicher zu sein. Erst die Altersgruppen ab 30 Jahren weisen ähnlich hohe Zahlen wie Jugendliche bei Behandlungen wegen Alkohol auf, wobei davon auszugehen ist, dass bei den älteren Gruppen ein Zusammenhang mit einer Abhängigkeit und dauerhaftem Missbrauch besteht.

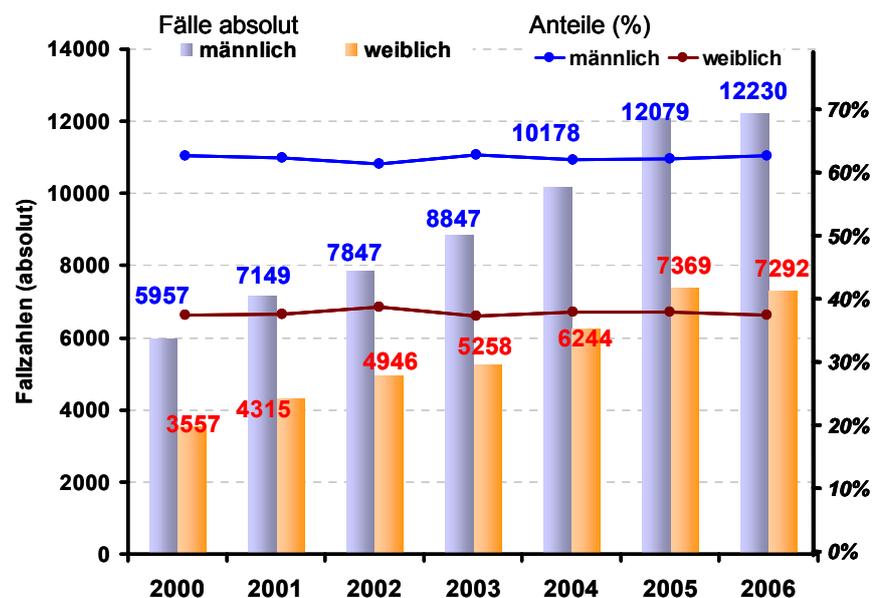
Tabelle 1-1: Alkoholintoxikationen nach Altersklassen 2005 (F10.0; beide Geschlechter)

Altersgruppe	15 bis 19 Jahre	20 bis 24 Jahre	25 bis 29 Jahre
Anzahl Fälle (Diagnose F10.0)	15.983	7.391	4.840
Anzahl Fälle pro 10.000 Einwohner	32,9	15,2	9,9

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, eigene Berechnungen.

Die nach dem Geschlecht differenzierte Auswertung zeigt, dass die Behandlungszahlen bei männlichen und weiblichen Jugendlichen mit der gleichen Intensität steigen und damit die Anteile der Jungen und Mädchen konstant bleiben.

Abbildung 1-5: Entwicklung der stationären Behandlungen wegen Alkohol (Diagnose F10.0) bei Jugendlichen im Alter von 10 bis 19 Jahren nach Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, eigene Berechnungen

Wie Abbildung 1-5 zeigt, nehmen die absoluten Fallzahlen (in der Grafik durch Säulen dargestellt) bei Jungen zwischen 2000 und 2006 von 5.957 auf 12.230 zu, bei den Mädchen im selben Zeitraum von 3.557 auf 7.292 Fälle.

Die geschlechtsspezifischen Anteile, dargestellt durch die blaue und rote Linie, bleiben dabei nahezu unverändert bei etwa 62 Prozent bei den männlichen Jugendlichen und 38 Prozent bei den weiblichen Jugendlichen. Es ist zu bemerken, dass dieses Verhältnis recht genau den geschlechtsspezifischen Binge Drinking-Gewohnheiten von Jungen und Mädchen entspricht (vgl. Abbildung 1-2 auf S. 9).

Während sich bei den männlichen Jugendlichen der Anstieg der Alkoholintoxikationsfälle wenn auch abgeschwächt auch bis 2006 fortgesetzt hat, ist die Zahl der Alkoholintoxikationen bei weiblichen Jugendlichen 2006 gegenüber 2005 erstmals wieder leicht rückläufig. Es ist allerdings nochmals darauf hinzuweisen, dass es sich für 2006 noch um vorläufige Daten handelt.

Die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)<sup>8</sup> ermöglichen es – wenn auch mit einem gewissen Unschärfefaktor –, die Entwicklung der stationären Behandlungen von Kindern und Jugendlichen regionalisiert zu betrachten. Anders als bei den oben dargestellten Daten des Statistischen Bundesamtes weist die GBE nur die Sammel-Diagnose F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol ohne weitere Untergliederung aus. Während die Diagnosecodes F10.0 und F10.1 für die akute Intoxikation bzw. den schädlichen Gebrauch stehen, bezeichnen die Diagnosen F10.2 bis F10.9 schwere Abhängigkeitserkrankungen, die bei Kindern und Jugendlichen allerdings eher selten – in deutlich unter 10 Prozent der Behandlungen wegen Alkohol – diagnostiziert werden.<sup>9</sup> Daher kann die Diagnosegruppe F10 bei Kindern und Jugendlichen als Näherungswert für Intoxikation und schädlichen Gebrauch herangezogen werden.

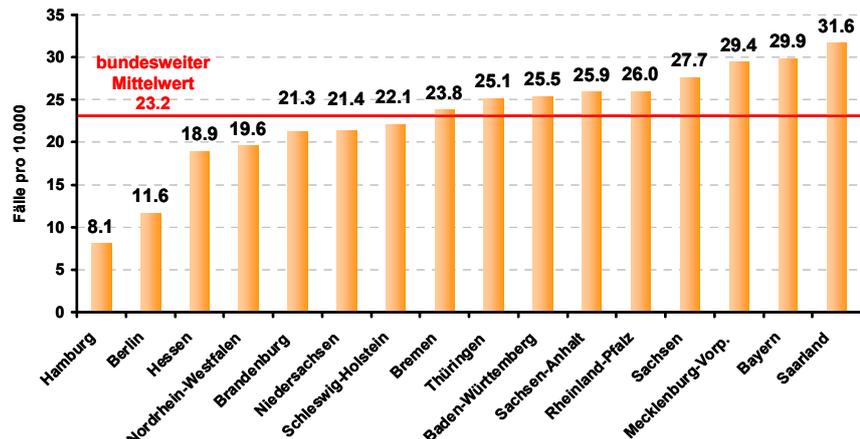
Zwischen den Bundesländern zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Behandlungshäufigkeit wegen Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen. Das Saarland, Bayern und Mecklenburg-Vorpommern weisen bei der Behandlungshäufigkeit deutlich höhere Werte als der Bundesdurchschnitt von 23,2 Behandlungsfällen pro 10.000 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 19 Jahren auf. Dagegen liegen die entsprechenden Werte der

<sup>8</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).

<sup>9</sup> Vgl. Gmel, G./Kuntsche, E. 2006: Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Eine Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (sfa/ispa) Lausanne.

Stadtstaaten Berlin und Hamburg erheblich unter dem Bundesdurchschnitt.

Abbildung 1-6: Stationäre Behandlungen wegen Alkohol (Diagnose F10) bei Jugendlichen im Alter von 10 bis 19 Jahren pro 10.000 Gleichaltrigen nach Bundesländern im Jahr 2005



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Berechnungen

Als ein Erklärungsansatz hierfür sind möglicherweise die spezifischen Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zu nennen. Die Ballungsregionen zeichnen sich insbesondere durch ein dichtes Netz einer 24 Std. Notfallversorgung aus. Insbesondere auf dem Land wird die Notfallversorgung durch die stationären Einrichtungen gewährleistet, so dass diese die zentrale Anlaufstation für Notfälle sind. Da sich die Auswertung der Fallzahlen auf stationäre Aufnahmen beschränken muss, erklärt sich die geringe Belastung der Berliner und Hamburger Kliniken mit alkoholintoxierten Kindern und Jugendlichen. In Brandenburg wird die stationäre Notfallversorgung teilweise durch entsprechende ambulante Strukturen ergänzt (Gesundheitszentren), die einen 24 Stunden-Notfalldienst sicherstellen.

### 1.1.3 Fazit der statistischen Analysen

Der riskante Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen stellt unvermindert eine hohe Herausforderung für die Suchtprävention dar. Der starke Trend zum Binge Drinking und als Folge die stationär behandelten Alkoholvergiftungen, die für die Jahre 2000 bis 2002 festgestellt werden konnten, hat sich bis 2005 unvermindert fortgesetzt. Zwischen 2000 und 2006 hat sich die Zahl der Behandlungen von Kindern und Jugendlichen wegen Alkoholintoxikationen mehr als verdoppelt (Anstieg um 105%). Riskanter Konsum und Alkoholvergiftungen zeigen sich sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Kindern und Jugendlichen, wobei bei weiblichen Jugendlichen die Häufigkeit von Binge Drinking und

Alkoholvergiftungen etwa ein Drittel unter der Häufigkeit bei ihren männlichen Altersgenossen liegt. Jugendliche ab 16 Jahren werden etwa viermal so häufig stationär mit Alkoholvergiftungen behandelt wie unter 16-Jährige und weisen eine deutlich höhere Behandlungshäufigkeit als junge Erwachsene zwischen 20 und 29 Jahren auf.

Die Ergebnisse der Analysen unterstreichen damit die Notwendigkeit von effektiven Präventionsangeboten, die auf riskant konsumierende Kinder und Jugendliche zugeschnitten sind.

## 2 Das Präventionskonzept Hart am Limit (HaLT)

Sowohl die WHO (Ministerkonferenz der WHO zu Jugend und Alkohol, Feb. 2001) als auch der EU Gesundheitsministerrat (Empfehlungen zum Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen, Juni 2001) widmeten sich im Jahr 2001 der zunehmenden Alkoholerfahrung unter Kindern und Jugendlichen und der starken Verbreitung des exzessiven Trinkens. Erklärte Ziele beider Organisationen sind:

- die Reduzierung der Verbreitung und Häufigkeit von mit hohen Risiken verbundenen Trinkgewohnheiten unter jungen Menschen;
- die bessere Aufklärung der Jugendlichen über Alkohol;
- die Schaffung eines stützenden Umfeldes (gemeindeorientiertes Setting).

Das Bundesmodellprogramm HaLT verfolgt diese Zielsetzungen in einem integrierten Ansatz.

Trotz des ausgebauten Suchtkrankenhilfesystems in Deutschland werden Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum und Suchtgefährdung durch bestehende Hilfen nur in geringem Umfang erreicht. Dabei ist eine frühzeitige Intervention von höchster Bedeutung: Je früher Alkoholmissbrauch erkannt wird und interveniert wird, umso höher und nachhaltiger sind die Erfolgchancen.

Ein adäquates Beratungs- und Hilfeangebot liegt über die rein medizinische Notfallversorgung hinaus bisher nicht vor. Angesichts des schwierigen Zugangs zu der jugendlichen Zielgruppe ist einer intensiven Kooperation der Hilfesysteme, etwa der Drogen- und Jugendhilfe, besondere Bedeutung zuzumessen.<sup>10</sup>

Insbesondere bei akuter Alkoholintoxikation muss die Chance zur Frühintervention möglichst bereits während des stationären Aufenthaltes genutzt werden, um die Betroffenen selbst und deren Angehörige über die Gefahren des Alkoholkonsums zu informieren und Beratung und Hilfe im Bedarfsfall anzubieten.

Parallel dazu ist es notwendig, auf das soziale Umfeld der Kinder und Jugendlichen einzuwirken, damit es seiner besonderen Verantwortung zur Verhütung von schädlichem und exzessivem Alkoholkonsum gerecht wird. Der Gesetzgeber hat dem durch besondere Vorschriften z.B. im Jugendschutzgesetz Rechnung getragen. Diese Vorschriften werden nicht selten aus Unwissen-

---

<sup>10</sup> Vgl. Hurrelmann, Klaus 2002: Riskanter Konsum im Jugendalter. Warum Jugendhilfe und Drogenhilfe kooperieren müssen; in: Netzwerke der Sucht- und Drogenhilfe, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg); Hannover.

heit und Gleichgültigkeit verletzt. Dies geschieht insbesondere bei Festen und Großveranstaltungen. Daher gilt es zur Prävention des exzessiven Trinkens, Vorsorge mit allen Beteiligten zu tragen, damit die Regelungen des Jugendschutzes offensiv eingehalten werden.

## 2.1 Wesentliche Elemente des HaLT-Konzepts

Das Bundesmodellprogramm HaLT – Hart am Limit verfolgt zwei grundlegende Zielbereiche:

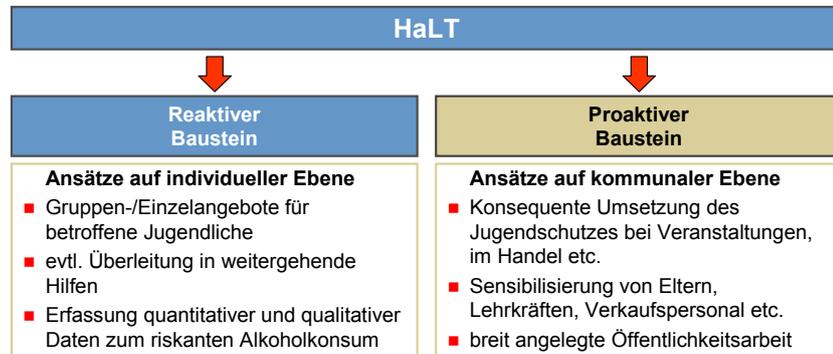
1. die frühe und präventive Begegnung von exzessivem Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen;
2. die Förderung des verantwortungsbewussten Umgangs mit Alkohol bei Jugendlichen und Erwachsenen auf kommunaler Ebene.

Gemäß diesen Zielsetzungen umfassen die HaLT-Projekte zwei Bausteine:

- einen **reaktiven Baustein**, der darauf abzielt, Kinder und Jugendliche mit riskanten Alkoholkonsummustern, insbesondere im Zusammenhang mit schweren Alkoholintoxikationen, frühzeitig innerhalb eines niedrighschwelligigen Angebots zur Reflexion dieser Konsumgewohnheiten zu bewegen. Im Rahmen eines Gruppenangebots sollen die Kinder und Jugendlichen zu einer Reflexion der Motive und Hintergründe des eigenen Trinkverhaltens gebracht werden. Erlebnispädagogische Angebote wie Tauchen oder Klettern sollen die Selbstwahrnehmung der Jugendlichen erhöhen und sind gleichermaßen für Mädchen wie für Jungen konzipiert. Falls notwendig, soll eine Überleitung in weiterführende Hilfen veranlasst werden.  
Anspruch des Projektes ist dabei, neuartige Zugangswege und Kontaktmöglichkeiten zu der Zielgruppe zu entwickeln und dafür vor allem Kooperationen mit Akteuren außerhalb des Suchthilfesystems zu nutzen.
- einen **proaktiven Baustein**, der auf eine Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen, auf Orientierung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol sowie auf eine konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes in Gaststätten, im Einzelhandel und bei öffentlichen Veranstaltungen und Schulfesten abzielt. Die Sensibilisierung speziell von Jugendlichen erfolgt im Rahmen von Informationsstunden an Schulen und durch Checklisten für Schulfeste. Gaststätten, Handel und Festveranstaltern werden Informations- und Aus-

hangmaterialien zur Verfügung gestellt und sie werden zu Selbstverpflichtungen angehalten, die teilweise über den gesetzlichen Jugendschutz hinausreichen.

Abbildung 2-1: Die Bausteine von HaLT



In der Fachliteratur ist zur Gliederung von Präventionsarten alternativ oder ergänzend zur zeitpunktbezogenen Unterscheidung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zunehmend die Unterscheidung in universelle, selektive und indizierte Prävention gebräuchlich. Universelle Prävention richtet sich an Gesamtpopulationen z.B. eines Landes, einer Schule oder einer Gemeinde. Selektive Präventionsansätze wählen spezifische Zielgruppen aufgrund von Risiko- oder Schutzfaktoren aus, z.B. Kinder aus suchtbelasteten Familien oder Jugendliche mit abgebrochener Berufsausbildung. Die indizierte Prävention richtet sich an Kinder und Jugendliche, die bereits wegen Suchtmittelkonsum auffällig geworden sind. Frühinterventionsansätze sind in dieser Systematik der indizierten Sekundärprävention zuzuordnen.

Ansätze der universellen Prävention werden aktuell mit Blick auf die Kosteneffizienz zunehmend hinterfragt, v.a. da nur ein kleiner Teil der erreichten Jugendlichen Risikofaktoren aufweist und somit hohe Streuverluste entstehen und die Wirksamkeit von Maßnahmen oft unklar bleibt.<sup>11</sup> Im Gegenzug gewinnen Ansätze der indizierten Prävention an Bedeutung, da hier die Präventionsbudgets gezielt für gefährdete Kinder und Jugendliche eingesetzt werden können und eine intensive, auf die Zielgruppen zugeschnittene Betreuung ermöglicht wird.

Die zentrale Herausforderung bei der indizierten Prävention besteht im frühzeitigen Erkennen und Erreichen der Zielgruppen. Um die Effizienz- und Kostenvorteile der indizierten Prävention nutzen zu können, muss zudem gewährleistet werden, dass der Aufwand für den Erstkontakt zur Zielgruppe möglichst minimiert wird.

11 Meili, Bernhard 2004: Indizierte Prävention bei gefährdeten Jugendlichen. In: Suchtmagazin Nr.6 / 2004. S. 21-25. Bern.

Das HaLT-Konzept setzt in seinem reaktiven Projektbaustein eine indizierte Präventionsstrategie um. Der frühzeitige und (kosten-)effiziente Zugang zur anvisierten Zielgruppe riskant konsumierender Jugendlicher wird über den Aufbau eines Kooperationsnetzwerks auf lokaler Ebene gewährleistet. In gleicher Weise tragen Kooperationen zur effizienten Umsetzung des proaktiven Projektbausteins bei.

Grundlegendes Element und entscheidendes Charakteristikum des HaLT-Konzepts ist daher die Kooperation und Vernetzung von Akteuren und Einrichtungen über die Grenzen des Suchthilfesystems hinaus, und zwar sowohl im reaktiven wie auch innerhalb des proaktiven Bausteins. Durch die Kooperationsbeziehungen und die Einbindung kommunaler Akteure jenseits der Grenzen des Suchthilfesystems kann eine hohe Effizienz und eine große Reichweite der präventiven Arbeit erreicht werden.

Die Zusammenarbeit der Kooperationspartner ist bei HaLT nicht formal vereinbart und geregelt, sondern beruht auf freiwilligem Engagement der Beteiligten. Insofern hängt der Erfolg der Zusammenarbeit wesentlich von dem persönlichen Engagement und den persönlichen Kompetenzen der Akteure vor Ort ab. Aufgrund dieser nicht formal geregelten Zusammenarbeit werden besonders hohe Anforderungen an das reibungslose Funktionieren der Schnittstellen und an einen begrenzten Aufwand für die Kooperationspartner gestellt.

Zwischen den Kooperationspartnern im proaktiven und reaktiven Baustein des Projektes bestehen teilweise Überschneidungen. Im Zentrum des lokalen Netzwerks steht jeweils als Impuls gebender und koordinierender Akteur die HaLT-Präventionseinrichtung.

## **2.2 Kooperationspartner und Schnittstellen im reaktiven Bereich**

Ziel der Kooperationen im reaktiven Bereich ist es, Zugang und Kontakt zu Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum zu gewinnen, um diese in ein sozialpädagogisches Hilfe-Angebot überleiten zu können. Die Kinder und Jugendlichen sollen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt in ihrer Suchtkarriere erreicht werden, um physische und psychische Schäden und Abhängigkeiten präventiv zu vermeiden. Insofern ist es notwendig, die Kooperationsbeziehungen über Suchthilfeeinrichtungen im engeren Sinn auszudehnen. Die Zusammenarbeit mit medizinischen Einrichtungen, um Kinder und Jugendliche zu erreichen, die wegen Alkoholkonsums ärztlich behandelt werden müssen, steht dabei im Zentrum. Weitere Vorfälle, bei denen eine Überleitung in das HaLT-Angebot angemessen erscheint, sind u.a.:

- Rauschtrinken bei Schulfesten oder anderen schulischen Veranstaltungen;
- Betrunkene im (Schul-)Unterricht;
- Schwere Verstöße gegen §9 Jugendschutzgesetz, z.B. wenn 12-jährige Kinder hochprozentigen Alkohol konsumieren;
- Gewaltdelikte und Sachbeschädigung unter Alkoholeinfluss;
- Auszubildende mit Alkoholproblemen.

Prinzipiell bieten sich sämtliche Personen und Einrichtungen für eine Zusammenarbeit an, die in regelmäßigem Kontakt zu Kindern und Jugendlichen stehen. Dies kann von Jugendgerichten und Jugendsachbearbeitern bei der Polizei über Sozialdienste und Streetworker bis hin zu Schulen und Ausbildungsbetrieben reichen. Eine breit angelegte Sensibilisierung und Information von Eltern kommt ebenfalls als ein Bereich in Frage, um gefährdete Kinder und Jugendliche möglichst früh zu erreichen.

Zentrale Kooperationspartner im reaktiven Bereich sind Krankenhäuser und Kliniken. Zweck dieser Kooperationen ist, Kinder und Jugendliche, die wegen Alkoholintoxikationen behandelt werden, in das HaLT-Angebot zu vermitteln. Die typischen Aufgaben für das Personal der Klinik – behandelnde Ärzte, Pflegepersonal oder Sozialarbeiter – im Rahmen der Zusammenarbeit sind dabei:

- die Information der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern über das Projekt und das Hilfe-Angebot von HaLT;
- das Einholen der Einwilligung der Jugendlichen bzw. ihrer Erziehungsberechtigten zur Entbindung des Klinikpersonals von der Schweigepflicht;
- die Benachrichtigung von HaLT-Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern, damit diese Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen aufnehmen können.

Für die Information der Kinder und Jugendlichen sowie der Erziehungsberechtigten stellt HaLT geeignete Materialien zur Verfügung. Bei bewilligter Schweigepflichtentbindung erfolgt eine umgehende Benachrichtigung der HaLT-Mitarbeitenden mit dem Ziel, so zeitnah wie möglich einen persönlichen Kontakt mit dem oder der Jugendlichen im Rahmen eines Brückengesprächs herzustellen. Idealerweise besteht hierbei auch am Wochenende eine Rufbereitschaft.

Weitere Kooperationspartner aus dem medizinischen Bereich können neben den Krankenhäusern Rettungsdienste und Sanitäter sein, die durch ihren Einsatz bei Festen ebenfalls direkt mit exzessiv trinkenden Jugendlichen in Kontakt kommen. Die Ausgestal-

tung der Schnittstellen lehnt sich dabei an das Verfahren in den Krankenhäusern an.

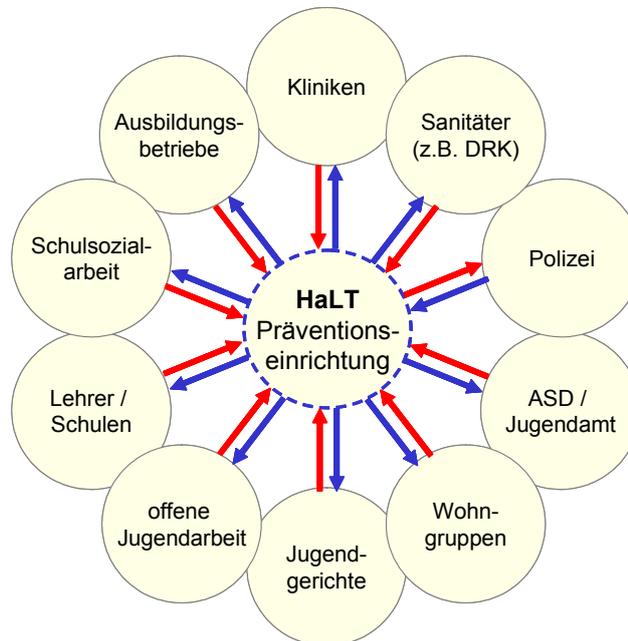
Als weiterer Zugangsweg zu Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum besteht die Möglichkeit, im Rahmen von Diversionsverfahren über die Jugendgerichtshilfe, Jugendgerichte oder Divisionsbüros zu kooperieren. Hintergrund ist hierbei, dass jugendliche Straffällige ihre Delikte oftmals alkoholisiert begehen und sich daher das reaktive HaLT-Angebot beispielsweise in Form eines Sozialen Trainingskurses als Bestandteil des Diversionsverfahrens eignet.

Als enge Kooperationspartner für den reaktiven – wie auch im proaktiven – Bereich bieten sich Schulen an, wobei als Kontaktpersonen sowohl (Vertrauens-, Beratungs- oder Drogenkontakt-)Lehrer als auch Schulsozialarbeiter eingebunden werden können. Zweck der auf den reaktiven Projektteil bezogenen Zusammenarbeit ist, im Schulalltag, auf Schulfesten oder Klassenfahrten auffällig gewordene Schüler in das reaktive Angebot von HaLT überzuleiten.

Die Schulen können darüber hinaus den organisatorischen Rahmen bilden, um Eltern über Erscheinungsformen und Anzeichen riskanten Alkoholkonsums aufzuklären und über die Hilfe-Angebote zu informieren.

Neben der Zusammenarbeit mit Schulen können Kooperationen mit Ausbildungsbetrieben und auch Jugendwohneinrichtungen sinnvoll sein, bei denen auffällig gewordene Jugendliche in die Hilfe-Angebote von HaLT vermittelt werden. Weitere Kooperationsmöglichkeiten im reaktiven Bereich bestehen gegenüber Einrichtungen der Straßensozialarbeit, dem Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes sowie der offenen Jugendarbeit.

Abbildung 2-2: Kooperationspartner im reaktiven Bereich



Quelle: Prognos AG

## 2.3 Das Interventions-Angebot

Ziel der sekundärpräventiven Tätigkeit im Rahmen von HaLT ist, Kinder und Jugendliche, die durch riskanten Alkoholkonsum aufgefallen sind, zu einer Reflexion ihres Trinkverhaltens zu bewegen d.h. darauf einzugehen, welchen subjektiven Sinn bzw. welche Funktion der Alkoholkonsum für die Betroffenen hat. Dies erfolgt im Rahmen von Einzel- und Gruppengesprächen, die in den meisten Standortprojekten durch erlebnispädagogische Angebote ergänzt werden.

In der Regel erfolgt in den Projekten nach der ersten Kontaktaufnahme ein weiteres Einzelgespräch. Ziel dieses Einzelgespräches ist die Reflexion des Vorfalls sowie eine Abklärung der Notwendigkeit einer Überleitung in weitergehende Hilfen.

Im Anschluss an die Einzelgespräche beinhalten die sekundärpräventiven Konzepte zumeist auf mehrere Tage verteilte Gruppenangebote. Ziel ist in erster Linie die Herbeiführung einer kritischen Reflexion der erlebten Alkoholvergiftung bzw. des eigenen riskanten Trinkverhaltens. Die betroffenen Jugendlichen sollen erkennen, welchen subjektiven Sinn der riskante Alkoholkonsum besessen hat bzw. welche Funktion er erfüllt hat. Im Zentrum steht dabei der Themenkreis Risikoanalyse und Risikobewusstsein, wobei insbesondere auf die Selbstwahrnehmung und die Eigenver-

verantwortlichkeit der Kinder und Jugendlichen eingegangen wird. Begleitend findet eine Vermittlung von Grundkenntnissen zu Suchtstoffen mit dem Schwerpunkt Alkohol sowie der Suchthematik allgemein statt.<sup>12</sup>

## 2.4 Kooperationen im proaktiven Baustein

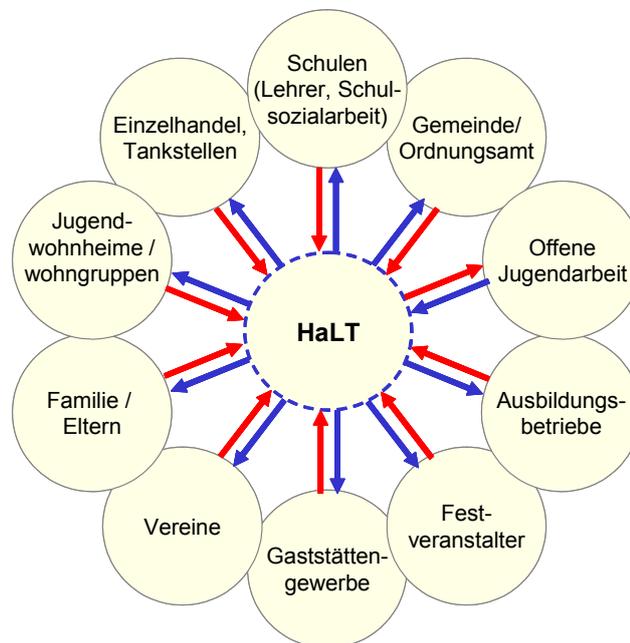
Innerhalb des proaktiven Bausteins, der auf die Durchsetzung des Jugendschutzes auf Gemeindeebene zielt, wird die HaLT-Präventionseinrichtung als Impulsgeber und in koordinierender Funktion aktiv. Idealerweise beschränkt sich die HaLT-Einrichtung auf die Rolle eines lokalen Kompetenzzentrums für Präventionsarbeit, welches Kooperationen initiiert und die Kooperationspartner fachlich sowie durch die Erarbeitung und Bereitstellung von Materialien als Dienstleister unterstützt. Die Idee ist, Partner in der Gemeinde dafür zu gewinnen, in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen präventiv tätig zu werden. Von selbst durchgeführten, personal- und kostenintensiven Präventionsaktionen kann dadurch in der Regel abgesehen werden. Das Kooperationsnetzwerk stellt daher auch für den proaktiven Baustein ein grundlegendes Element des HaLT-Konzepts dar, da hierdurch zugleich eine umfassende Reichweite auf kommunaler Ebene als auch eine hohe Effektivität und Effizienz der proaktiven Präventionsarbeit ermöglicht wird.

Während das Ziel des reaktiven Bausteins im HaLT-Konzept sehr konkret definiert ist, sind die Ziele und Methoden im proaktiven Teil vielfältig. Grundsätzlich soll eine Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen im lokalen Umfeld für die Suchtproblematik sowie eine konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes in Gaststätten, im Einzelhandel und auf öffentlichen und schulischen Veranstaltungen erreicht werden. Den Hintergrund bildet die Beobachtung, dass Jugendliche leicht an große Mengen auch harter Alkoholika gelangen<sup>13</sup> und beim Alkoholkonsum kaum soziale Kontrolle erfolgt. Ein Ziel von HaLT ist, dass überall dort, wo Alkohol in der Öffentlichkeit abgegeben wird, Erwachsene gegenüber Jugendlichen eine klare Position über den genussorientierten, unschädlichen Umgang mit Alkohol – und über dessen Grenzen – beziehen. Hierdurch soll lebensbedrohliches Rauschtrinken bereits im Vorfeld verhindert werden. Abbildung 2-3 stellt mögliche Kooperationspartner für den proaktiven Projektbaustein dar.

<sup>12</sup> Hintergründe, konzeptionelle Überlegungen und konkrete Ausgestaltung des Gruppenangebotes sind ausführlich beschrieben in: Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention 2007: Bundesmodellprojekt HaLT, Handbuch Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen. S.16-21.

<sup>13</sup> Vgl. hierzu Abbildung 5-11: Herkunft des Alkohols Brückengesprächsauswertung

Abbildung 2-3: Mögliche Kooperationspartner im proaktiven Bereich



Quelle: Prognos AG

Die wichtigsten Kooperationspartner für HaLT sind dabei Schulen, Veranstalter von Festen sowie Gaststätten und Einzelhandel.

#### 2.4.1 Schulen als Kooperationspartner

Die Präventionsarbeit an Schulen bildet innerhalb des proaktiven HaLT-Projektteils einen Schwerpunkt. Angebote für Lehrer/-innen und Schulsozialarbeiter/-innen können von Informationsveranstaltungen für Eltern, Lehrer und Schulsozialarbeiter über die Entwicklung von Unterrichtseinheiten bis zu Beratungen für die Durchführung von Klassenfahrten und Schulfesten reichen. Zudem bilden Schulen eine geeignete Plattform, um zielgruppenscharf auf Thema, Anlass und Angebot des Projektes aufmerksam zu machen und Sachinformationen zugänglich zu machen.

Wesentliche Elemente im Bereich der Sensibilisierung an Schulen bilden die Aufklärung von Lehrern und Eltern zu den Gefahren des Alkoholmissbrauchs, um der weit verbreiteten Bagatellisierung entgegenzuwirken. Vermittelt werden hierbei Informationen über Anzeichen für eine frühe Erkennung von riskantem Alkoholkonsum, Handlungsanweisungen bei Verdacht auf Suchtmittelkonsum sowie über adäquate Hilfe-Angebote. Für den Einsatz z.B. im Rahmen der Gesundheitsförderung in Schulen können Unterrichtseinheiten zum Thema Sucht (mit-)gestaltet werden. Ein weiterer Ansatzpunkt besteht in der Entwicklung und Verbreitung von konkreten Handlungsvorschlägen und Checklisten für Lehrer für den Umgang mit Alkoholausschank und –konsum auf Schulfesten und auf Klassenfahrten.

Schließlich können in Kooperation mit den Schulen die Eltern durch Informationsveranstaltungen oder Elternbriefe für das Thema sensibilisiert werden.

#### **2.4.2 Kooperationen mit Festveranstaltern**

Die Präventionsarbeit auf öffentlichen Festen und Veranstaltungen wie Stadtfesten, Karnevalsumzügen, Maifeiern usw. bildet einen weiteren Schwerpunkt des proaktiven Projektteils. Hierbei zielen die Projekte zum einen darauf ab, bereits im Vorfeld – in der Regel in Kooperation mit Kommune und Polizei – auf die Einhaltung des Jugendschutzes während der Veranstaltung hinzuwirken. Festveranstalter erhalten Unterstützung bei der Planung, ihnen werden Informations- und Aushangmaterialien zur Verfügung gestellt (es sind Aufkleber und Hinweiskarten gestaltet worden) auf denen erläutert wird, weshalb kein Alkoholverkauf an Kinder und Jugendliche stattfindet und die ein Signal für die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes darstellen. Zum Beispiel werden Ausschankständen Info-Karten für Kinder und Jugendliche zur Verfügung gestellt werden, auf denen die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes dargelegt sind und die Kindern und Jugendlichen beim Versuch, Alkohol zu kaufen, ohne weitere Diskussionen übergeben werden. Veranstalter werden zudem für Selbstverpflichtungen motiviert, die teilweise über den gesetzlichen Jugendschutz hinausreichen, z.B. den Verzicht auf den Verkauf von Alkopops.

Zum anderen sind die Projekte teilweise auf der Veranstaltung mit eigenen Aktionen präsent und werben dort für einen verantwortlichen Umgang mit Alkohol.

#### **2.4.3 Kooperationen mit Gaststätten und Einzelhandel**

Die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes und Werbung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol in Gaststätten, Diskotheken, Kiosken, Supermärkten und Tankstellen stellt ein drittes wichtiges Tätigkeitsfeld des proaktiven HaLT-Projektteils dar. In Abhängigkeit von der Mitwirkungsbereitschaft einzelner Betriebe und Verbände können unterschiedliche Aktionen umgesetzt werden.

Konkrete Maßnahmen bestehen in der Schulung von Auszubildenden im Einzelhandel, in Infokampagnen mit Befragungen sowie in der Verteilung von Plakaten, auf denen Bewirtungsbetriebe und Verkaufsstellen deutlich sichtbar auf die Jugendschutzbestimmungen hinweisen und deren Einhaltung ankündigen können.

Ein Ansatz zur Sensibilisierung von Betrieben besteht in Aktionen zur Überprüfung der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes durch Testkäufe (jünger aussehender) Jugendlicher und in der anschließenden öffentlichkeitswirksamen Kommunikation der Ergebnisse z.B. in lokalen Medien.

## 2.5 Der HaLT-Ansatz im Kontext der Präventionsstrategie der Europäischen Union

In zahlreichen Ländern der EU war in den vergangenen Jahren ein steigender Trend zu Alkoholexzessen bei jungen Menschen zu beobachten. Nach einer weltweiten Studie der Weltgesundheitsorganisation WHO<sup>14</sup> sinkt das Einstiegsalter für erste Erfahrungen mit Alkohol und auch für regelmäßigen Alkoholkonsum europaweit. Im Durchschnitt von 27 Europäischen Ländern gaben im Jahr 1999 rund 18 Prozent der Jugendlichen im Alter von 15 und 16 Jahren an, im Alter von 13 Jahren betrunken gewesen zu sein. Das Einstiegsalter in Bezug auf Alkoholkonsum ist aus zwei Gründen von Bedeutung:

Erstens wurde in einer Studie von 1997 festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit, im späteren Leben von Alkohol abhängig zu werden, umso größer ist, desto jünger ein Mensch anfängt Alkohol (regelmäßig) zu konsumieren.<sup>15</sup> Ein jüngeres Einstiegsalter erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit eines exzessiven Alkoholmissbrauchs im Alter von 17 und 18 Jahren.<sup>16</sup> Körperverletzungen oder Tod als Folge von Verkehrsunfällen, Stürzen, Verbrennungen oder Ertrinken treten häufiger im Zusammenhang eines unkontrolliert hohen Alkoholkonsums bei Personen mit jüngerem Einstiegsalter auf als bei ersten Alkoholerfahrungen im späteren Alter.<sup>17</sup>

Zweitens können Trends bzgl. des Einstiegsalters beim Alkoholkonsum als Indikator für allgemeine Konsummuster gewertet werden. Wenn nicht nur das „Experimentieren“ mit Alkohol, sondern auch dessen episodisch starker Konsum mit zunehmend jungem Alter beginnt, spiegelt dies sowohl ein gesamtgesellschaftliches Verhältnis zum Alkohol als auch eine Lücke im Jugendschutz wider.

Eine frühzeitige Prävention und Intervention ist sinnvoll und gesundheitspolitisch sowie wirtschaftlich ratsam. Wenn auf politischer sowie gesellschaftlicher Ebene sowohl die Risikosubstanz als auch Risikophasen, wie beispielsweise das Jugendalter, verharmlost werden, setzt sich schädlicher und riskanter Alkoholkonsum im Jugendalter häufig bis ins Erwachsenenalter fort.

---

14 David H. Jernigan 2001: Global Status Report, Young People and Alcohol. World Health Organisation. ULR: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.1.pdf).

15 Grant, BF/Dawson, DA 1997: Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*, 9: S.103-110.

16 Global Status Report 2001: S.3.

17 Hingson, R. et al. 2000: Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking. *Journal of the American Medical Association*, 284: S.1527-1533.

Dem Besorgnis erregenden Alkoholkonsumtrend bei jungen Menschen lässt sich allein durch ordnungspolitische Maßnahmen, die Ausschank und Verkauf von Alkoholika betreffen, nur zum Teil effektiv entgegenwirken. Vielmehr müssen Maßnahmen durch Kooperation einer sensibilisierten Bevölkerung unterstützt und getragen werden.

Der Europäische Rat sprach sich im Juni 2001 in seiner Empfehlung zum Alkoholkonsum von jungen Menschen und wiederholt in seiner Schlussfolgerung vom Juni 2004 dafür aus, „alle gesellschaftlichen Kreise – einschließlich der Eltern, Hersteller und Vertrieber alkoholischer Getränke, für die Gefahren des Alkoholmissbrauchs von Kindern und Jugendlichen“ zu sensibilisieren.<sup>18</sup> Der Rat empfiehlt Ansätze für die verschiedenen Umfeldler von Kindern und Jugendlichen wie Schulen, Sport- und Jugendverbände zu entwickeln.

Ziele einer Präventionsarbeit mit jungen Menschen sollten insbesondere

- die Reduzierung der Verbreitung und Häufigkeit von mit hohen Risiken verbundenen Trinkgewohnheiten unter jungen Menschen,
- die bessere Aufklärung der Jugendlichen über Alkohol sowie
- die Schaffung eines stützenden Umfeldes (gemeindeorientiertes ‚Setting‘) sein.

Der Europäische Rat forderte die EU-Kommission zunächst in der Empfehlung vom 5. Juni 2001, und dann wiederholt in seiner Schlussfolgerung vom Juni 2004 dazu auf, Vorschläge für eine umfassende Gemeinschaftsstrategie zur Minderung alkoholbedingter Schäden als Ergänzung der einzelstaatlichen Politik zu erarbeiten.<sup>19</sup> Die Europäische Kommission stellte dementsprechend ihren Bericht im Oktober 2006 vor.<sup>20</sup>

Obwohl der Start des Präventionskonzepts HaLT – Hart am Limit bereits vor dem Bericht der Kommission datiert, kann das Bundesmodellprojekt als gelungenes Beispiel der Anwendung der EU-Weisungen beschrieben werden.

<sup>18</sup> Empfehlung des Rates 2001.

<sup>19</sup> Schlussfolgerung des Rates vom 5. Juni 2001 zu einer Gemeinschaftsstrategie zur Minderung der schädlichen Wirkungen des Alkohols (ABl. C 175 vom 20.6.2001, S.1), [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2001/c\\_175/c\\_17520010620de00010002.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2001/c_175/c_17520010620de00010002.pdf); Schlussfolgerung des Rates zum Thema Alkohol und Jugendliche vom 1./2. Juni 2004, [http://ue.eu.int/ueDocs/cms\\_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf](http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf)

<sup>20</sup> Kommission der Europäischen Gemeinschaft 2006: Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden. S.7f. ULR: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006\\_0625de01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006_0625de01.pdf).

Im Folgenden werden die Aspekte des EU-Kommissionsberichts vom Oktober 2006 beschrieben, die als Zielgruppe der Präventions- und Interventionsarbeit Kinder und Jugendliche mit riskanten Alkoholkonsummustern fokussiert. In einem zweiten Schritt wird ausgeführt, inwieweit die Präventionsstrategie HaLT – Hart am Limit den Weisungen des EU-Kommissionsberichtes entspricht.

### **2.5.1 Die EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Prävention von übermäßigem Alkoholkonsum unter jungen Menschen**

In dem im Oktober 2006 präsentierten Bericht der Europäischen Kommission ist ausgeführt, was die Kommission und die Mitgliedstaaten bereits zur Verringerung alkoholbedingter Schäden unternommen und erreicht haben und welche weiteren Maßnahmen die Kommission treffen oder weiterführen könnte. Auch werden bewährte Verfahren vorgestellt, „die in den Mitgliedstaaten eingeführt wurden, und an denen sich ähnliche Maßnahmen auf einzelstaatlicher Ebene orientieren und Synergien ergeben könnten“.<sup>21</sup>

Für ihre Strategie hat die Kommission fünf Schwerpunktbereiche ermittelt:

1. Schutz von Jugendlichen, Kindern und des Kindes im Mutterleib.
2. Senkung der Zahl der Verletzungen durch alkoholbedingte Straßenunfälle.
3. Vorbeugung alkoholbedingter Schädigung bei Erwachsenen und Verringerung der negativen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz.
4. Information, Aufklärung und Bewusstseinsbildung in Bezug auf die Auswirkungen schädlichen und riskanten Alkoholkonsums und angemessene Konsummuster.
5. Aufbau und Aktualisierung einer gemeinsamen Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse auf EU-Ebene.

Von diesen fünf Schwerpunktbereichen zielt Punkt 1 im Wortlaut auf die Prävention riskanter Konsummuster von Kinder und Jugendlichen, während Punkt 4 als Ergänzung zur Prävention riskanter Konsummuster von Kindern und Jugendlichen ins Gewicht fällt, da Einstellung und Bewusstsein den Unterschied zwischen verantwortungsvollem und exzessivem Alkoholkonsum in vielen Fällen ausmachen. Des Weiteren zielt Punkt 2 zu besonderen Teilen auf die Gruppe stark trinkender Kinder und Jugend-

---

<sup>21</sup> EU KOM Bericht 2006: S. 8.

licher, da die Verletzungs- und Sterberisiken bei Jugendlichen unter starkem Alkoholeinfluss sehr hoch liegen.

Innerhalb des ersten Schwerpunktbereichs sind drei Ziele formuliert, mittels derer der Schutz von Jugendlichen, Kindern und dem Kind im Mutterleib gewährleistet werden soll. Das erste Ziel entspricht der in diesem Bericht fokussierten Problematik. Als Zielsetzung wird die „Eindämmung des Alkoholkonsums bei Minderjährigen“ sowie die „Verringerung des schädlichen und riskanten Alkoholkonsums bei jungen Menschen in Zusammenarbeit mit allen Akteuren“ genannt.<sup>22</sup>

Ihren Handlungsbedarf leitet die EU dabei aus der Tatsache ab, dass schädlicher Alkoholkonsum bei jungen Menschen „nachweislich nicht nur negative Folgen für die Gesundheit und das soziale Wohlergehen, sondern auch für den erreichten Bildungsstand“ hat.<sup>23</sup>

Als bewährte Verfahren nennt die Kommission in ihrem Bericht folgende Ansätze:

- Eine **Zusammenarbeit mit den Akteuren der Spirituosenindustrie und Einzelhändlern**: „Die Akteure der Spirituosenkette haben in den meisten Mitgliedstaaten aktiv an der Durchsetzung nationaler Vorschriften mitgewirkt und ihren Willen bekundet, eine aktivere Rolle bei der Durchsetzung von Regulierungs- und Selbstregulierungsmaßnahmen zu übernehmen“. So haben einige Mitgliedstaaten die Steuern auf Produkte erhöht, die ihrer Ansicht nach besonders bei Minderjährigen beliebt sind. Eine Sonderabgabe auf Produkte wie „Alkopops“ oder eine zwingend vorgeschriebene Kennzeichnung dieser Produkte wurde in Dänemark, Frankreich, Deutschland, Irland und Luxemburg eingeführt. Die Spirituosenindustrie und die Einzelhändler können eine wichtige Rolle dabei spielen, einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu steuern.
- Eine **Durchsetzung von Beschränkungen** des Verkaufs, der Verfügbarkeit und des Marketings, den junge Menschen beeinflussen können.
- Der **Aufbau von kommunalen Netzwerken**, durch die Aktionen auf lokaler Ebene angeregt und gesteuert werden können. Um Schäden und riskantem Verhalten vorzubeugen sollte die Auswahl der Kooperationspartner möglichst viel-

---

22 Ziel 2: Minderung des Schadens, den Kinder in Familien mit Alkoholproblemen erleiden; Ziel 3: Verminderung der Alkoholexposition in der Schwangerschaft und damit Senkung der Zahl der Kinder, die mit alkoholbedingter fötaler Schädigung geboren werden.

23 Horlings/Scoggins 2006: RAND: An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU.

fällig sein und Lehrer, Eltern, Akteure der Freizeitgestaltung und die jungen Menschen selbst einbeziehen<sup>24</sup>.

- Eine **Öffentlichkeitsarbeit**, die zum einen die ordnungspolitischen Neuerungen erklärend kommuniziert und zum anderen für das mit exzessivem Alkoholkonsum verbundene Risiko sensibilisiert. In dem Bericht der Kommission werden als Instrumente Medienkampagnen oder Lebenshilfeprogramme genannt.

Der Ansatz der Öffentlichkeitsarbeit ist eng verbunden mit dem vierten Schwerpunktbereich der EU-Präventionsweisung. In diesem Bereich wird die „Sensibilisierung der EU-Bürger für die Auswirkungen des schädlichen und riskanten Alkoholkonsums auf die Gesundheit, insbesondere für die Auswirkungen des Alkohols auf das ungeborene Kind, auf Minderjährige, auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und die Fahrtüchtigkeit“ als Ziel formuliert.

Die Kommission beschreibt Aufklärung und Bewusstseinsbildung als wesentliche Faktoren der Prävention, da in „jungen Jahren getroffene Entscheidungen über die Lebensführung (...) die Gesundheit des Erwachsenen“ bestimmen.<sup>25</sup> So werden Kinder und Jugendliche – ebenso wie ihre Eltern – als entscheidende Zielgruppe der Gesundheitserziehung und der Prävention identifiziert. In dem Kommissionsbericht wird betont, dass Medienkampagnen zur Bewusstseinsbildung politische Maßnahmen ergänzen können und zudem die Unterstützung der Bevölkerung für ordnungspolitische Maßnahmen generieren.<sup>26</sup>

### 2.5.2 Einordnung des Präventionskonzepts HaLT in die EU-Präventionsstrategie

Ein Vergleich der EU-Weisungen von 2006 mit dem Bundesmodellprogramm HaLT zeigt, dass die HaLT-Präventionsstrategie die von der EU verfolgten Zielsetzungen in einem integrierten Ansatz umsetzt. Die Übereinstimmung betrifft dabei nicht nur die durch die Präventionsstrategie anvisierte Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, sondern zeigt sich auch in den gesetzten Schwerpunkten und gewählten Methoden.

Durch die Elemente sowohl des proaktiven wie auch des reaktiven Bereichs des HaLT-Konzepts werden explizite Ziele der EU-Strategie wie auch als bewährte Verfahren beschriebene Ansätze

<sup>24</sup> Die Kommission hat die Jugendlichen in die Konsultation zu dieser Mitteilung und in Projekte, die durch das Programm im Bereich der öffentlichen Gesundheit kofinanziert werden, eingebunden. Das Europäische Jugendforum hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, um einen Beitrag zu den laufenden Arbeiten zu leisten.

<sup>25</sup> EU KOM Bericht 2006: S. 12.

<sup>26</sup> „Medienkampagnen – wie die von der Gemeinschaft finanzierte Kampagne „Euro-Bob“ gegen Alkohol am Steuer – können zur Aufklärung und Bewusstseinsbildung der Bürger eingesetzt werden und politische Maßnahmen ergänzen“ (EU KOM Bericht 2006: S. 12).

umgesetzt. Tabelle 2-1 und Tabelle 2-2 zeigen die EU-Ziele und empfohlenen Verfahren im Einzelnen und stellen deren Umsetzung im Rahmen von HaLT gegenüber.

*Tabelle 2-1: Gegenüberstellung von Schwerpunktbereich 1 der EU-Präventionsstrategie und dem HaLT-Ansatz*

<b>Schwerpunktbereich 1: Schutz von Jugendlichen, Kindern und dem Kind im Mutterleib</b>	
<b>EU-Weisung durch erklärte Ziele</b>	<b>HaLT-Strategie</b>
Zusammenarbeit mit den Akteuren der Spirituosenindustrie und Einzelhändlern	Aktionen zur Einhaltung des Jugendschutzes in Supermärkten und Tankstellen bilden ein zentrales Tätigkeitsfeld der Standortprojekte. Grundsätzlich appelliert der HaLT-Ansatz in diesem Zusammenhang an das Verantwortungsbewusstsein lokaler Akteure.
Durchsetzung von gesetzlichen Beschränkungen	Um eine Durchsetzung der gesetzlichen Beschränkungen, insbesondere den Jugendschutz zu gewährleisten, operiert die HaLT-Präventionsstrategie mit Akteuren des reaktiven und proaktiven Bereichs. Dadurch wird die gesellschaftliche Unterstützung generiert, derer es bedarf, um ordnungspolitische Maßnahmen durchzusetzen. Die HaLT-Erfahrungen belegen eine hohe Zielgenauigkeit und Effektivität, wenn die direkt am Alkoholausschank beteiligten Personen in eine Präventionsstrategie eingebunden sind.
Aufbau eines kommunalen Netzwerkes	Durch den Aufbau eines lokalen Netzwerkes, das durch die HaLT-Präventionsstelle koordiniert wird, wird Präventionsarbeit durch verschiedenste gesellschaftliche Akteure und Bereiche geleistet. Die proaktive Präventionsarbeit auf Festen und mit Veranstaltern hat sich als besonders effektiv erwiesen. Im Ergebnis ermöglicht das kommunale Netzwerk einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol, der als sozialer Konsens von allen Kooperationspartnern (vgl. Abbildung 5) vertreten wird, auch vom Einzelhandel, Tankstellen und Gaststätten. So wird sowohl die Reichweite als auch die Effizienz der Prävention optimiert.

EU-Weisung durch erklärte Ziele	HaLT-Strategie
Öffentlichkeitsarbeit	Das mediale Interesse an dem Projekt HaLT sowie an Aktionen der Standortprojekte war während der gesamten Projektlaufzeit anhaltend hoch. Die hohe Öffentlichkeitswirksamkeit von HaLT bietet die Chance, das Projekt im lokalen Umfeld weit reichend zu etablieren und begünstigt die Gewinnung von Kooperationspartnern. Des Weiteren erhöht insbesondere die kommunale Thematisierung der Gefahren von riskantem Alkoholkonsum den Handlungsdruck für die Akteure. Durch die Einbindung der Öffentlichkeit wird zudem eine Sensibilisierung verschiedenster Akteure des sozialen Kontexts von Kindern und Jugendlichen erreicht.

*Tabelle 2-2: Gegenüberstellung von Schwerpunktbereich 4 der EU-Präventionsstrategie und dem HaLT-Ansatz*

<b>Schwerpunktbereich 4: Information, Aufklärung und Bewusstseinsbildung in Bezug auf die Auswirkungen schädlichen und riskanten Alkoholkonsums und angemessene Konsummuster</b>	
EU-Weisung durch erklärte Ziele	HaLT-Strategie
Sensibilisierung der EU-Bürger für die Auswirkungen des schädlichen und riskanten Alkoholkonsums auf die Gesundheit, insbesondere für die Auswirkungen des Alkohols auf das ungeborene Kind, auf Minderjährige, auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und die Fahrtüchtigkeit	Innerhalb der HaLT-Strategie findet Aufklärung und Sensibilisierung gewissermaßen an „zwei Fronten“ statt. Auf der einen Seite geht es darum, Kinder und Jugendliche mit riskanten Alkohol-Konsummustern, insbesondere im Zusammenhang mit schwerer Alkoholintoxikation, frühzeitig ein niederschwelliges Angebot zur Reflexion dieser Konsumgewohnheiten zu machen. Um die Jugendlichen zu erreichen setzt die HaLT-Präventionsstrategie auf Kooperationen mit Akteuren im reaktiven Bereich wie Kliniken, Sanitäter, Schulen. Der Aufbau von Kooperationen dient zudem der Aufklärung und Sensibilisierung an „zweiter Front“. Insbesondere durch die Maßnahmen im proaktiven Bereich sensibilisiert die HaLT-Strategie verschiedene Akteure für einen verantwortungsvollen Konsum bzw. Verkauf von Alkohol. Die Sensibilisierung des lokalen Netzwerkes ist unerlässlich für eine effektive, zielgenaue Präventionsarbeit, die die Jugendlichen tatsächlich erreicht.

Durch die Netzwerke und Kooperationen im reaktiven und proaktiven Bereich kann die HaLT-Strategie als ganzheitliche Präventionsstrategie beschrieben werden. Dabei erfüllt sie die Europäischen Weisungen, während sie flexibel bleibt für kommunale Besonderheiten.

Der Erfolg der HaLT-Strategie liegt insbesondere in ihrer lokalen Verankerung und der Mobilisierung eines lokalen Netzwerkes, durch das sowohl regulative als auch sensibilisierende Aktionen durchgeführt werden. Prävention, die von der Bevölkerung als sozialer Konsens nicht nur getragen, sondern vielmehr auch mit umgesetzt wird, ist besonders vielversprechend. Wie sich durch die HaLT-Projekte gezeigt hat, ist eine kommunale Netzwerk-Präventionsarbeit auch effektiv und mit geringem finanziellem Aufwand realisierbar.

Somit erfüllt das Bundesmodellprojekt die Weisungen der Europäischen Kommission nicht nur, sondern geht über die europäisch erklärten Ziele hinaus, indem es sich an lokalen Problemspezifika orientiert und lokal integriert. Das Bundesmodellprojekt kann damit als gelungenes Beispiel der Anwendung der EU-Weisungen bezeichnet werden.

### 3 Die Umsetzung des Bundesmodellprogramms HaLT

Vor dem Hintergrund der Empfehlungen von WHO und EU-Gesundheitsministerrat wurde von Bund und Länder beschlossen, das Modellprogramm HaLT zur Verbesserung des Präventions- und Hilfeangebots für Jugendliche mit exzessiven Alkoholkonsummustern aufzulegen. Das Modellprogramm beruht auf dem von der Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention in Lörrach zuvor entwickelten HaLT-Konzept. Die Villa Schöpflin fungierte innerhalb des Modellprogramms als Pilotprojekt, welches formal im Juni 2003 startete.

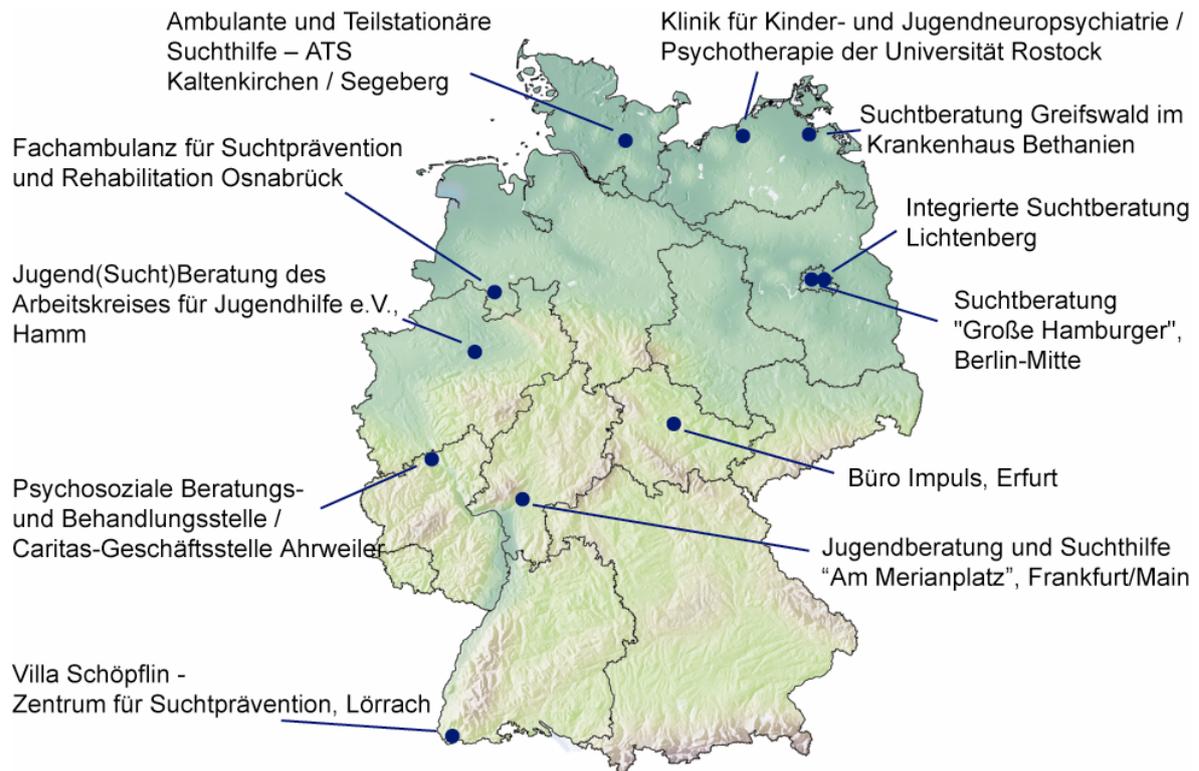
Zum einen aufgrund der außerordentlich erfolgreich verlaufenen Pilotphase des Lörracher Projekts, zum anderen aufgrund der im Rahmen der bundesweiten Diagnosedaten-Analyse gewonnenen Erkenntnis, dass es sich bei dem Anstieg von Alkoholintoxikationen riskanten Alkoholkonsums bei Minderjährigen um eine bundesweit verbreitete Entwicklung handelt und entsprechende Hilfsangebote notwendig sind, wurde beschlossen, HaLT in die Programmphase mit weiteren Standortprojekten zu überführen.

Für den Bewerbungs- und Auswahlprozess wurden auf Grundlage der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Pilotphase Kriterien definiert, anhand derer die Projektanträge bewertet wurden. Die Bekanntgabe des Bewerbungsverfahrens erfolgte über die Drogenbeauftragten der Bundesländer. Pro Bundesland sollte nach ursprünglichem Konzept ein Projekt gefördert werden. Für die Modellprojekte innerhalb des Bundesmodellprogramms wurde eine anteilige Finanzierung durch Bund, Länder und Träger vereinbart, wobei mit in der Regel 60% der überwiegende Teil der Projektkosten vom Bundesministerium für Gesundheit getragen wird. Da der Rest vor allem durch Landesmittel aufgebracht werden musste, war die Möglichkeit zur Teilnahme am Bundesmodellprogramm von der finanziellen Beteiligung der jeweiligen Bundesländer abhängig.

Der Prozess für die Teilnahmebewerbungen und die Auswahl der Modellprojekte erstreckte sich über das gesamte Jahr 2004.

An dem Bundesmodellprogramm beteiligten sich schließlich inklusive dem Pilotprojekt elf Standortprojekte in neun Bundesländern. In Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen nahm jeweils ein Projekt teil, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern sind mit jeweils zwei Projekten im Modellprogramm vertreten. Sechs Bundesländer beteiligten sich nicht an dem Modellprogramm. Abbildung 3-1 zeigt eine Übersicht der Standorte.

Abbildung 3-1: Übersicht der Standortprojekte des Bundesmodellprogramms HaLT



Das erste Standortprojekt der Programmphase startete im Juli 2004, die letzten Projekte nahmen ihre Tätigkeit zum Januar 2005 auf. Sämtliche Projekte wurden unabhängig von ihrem Startzeitpunkt zunächst bis zum 31.12.2006 finanziert. Im Anschluss wurden mit Ausnahme des Pilotprojekts in Lörrach sämtliche Standorte nochmals sechs oder zwölf Monate weiterfinanziert.

Tabelle 3-1 zeigt einen Überblick der beteiligten Einrichtungen, der Träger sowie der Standorte und Bundesländer. Die Projekte sind in der alphabetischen Reihenfolge der jeweiligen Bundesländer nummeriert.

Tabelle 3-1: Übersicht der Standortprojekte

Nr.	Einrichtung	Träger	Stadt / Bundesland
0.	Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention (Pilotprojekt)	Badischer Landesverband e.V.	Lörrach, Baden-Württemberg

1.	Suchtberatung "Große Hamburger", Berlin-Mitte	Caritasverband Berlin e.V.	Berlin
2.	Integrierte Suchtberatung Lichtenberg	Stiftung SPI – Suchtberatung Lichtenberg	Berlin
3.	Jugendberatung und Suchthilfe "Am Merianplatz"	Verein Jugendberatung und Jugendhilfe (JJ) e.V.	Frankfurt a.M., Hessen
4.	Suchtberatung Greifswald im Krankenhaus Bethanien gGmbH, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Johanna-Odebrecht-Stiftung Greifswald	Greifswald, Mecklenburg-Vorpommern
5.	Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie / Psychotherapie der Universität Rostock	Universität Rostock, Medizinische Fakultät	Rostock, Mecklenburg-Vorpommern
6.	Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation	Caritasverband für die Stadt und den Landkreis Osnabrück e.V.	Osnabrück, Niedersachsen
7.	Jugend(Sucht)Beratung des Arbeitskreises für Jugendhilfe e.V., Hamm	Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V., Hamm	Hamm, Nordrhein-Westfalen
8.	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle / Caritas-Geschäftsstelle Ahrweiler	Caritasverband für die Region Rhein-Mosel-Ahr e.V.	Bad Neuenahr-Ahrweiler, Rheinland-Pfalz
9.	Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe – ATS	Landesverein für Innere Mission in Schleswig Holstein	Kaltenkirchen, Segeberg, Schleswig-Holstein
10.	Büro Impuls, Erfurt	SiT - Suchthilfe in Thüringen gGmbH	Erfurt, Thüringen

Die Standortprojekte waren fast ausschließlich in Suchtberatungsstellen integriert. Die einzige Ausnahme bildete das Rostocker Projekt, welches an die Universitätsklinik angebunden war und von einer Ärztin betreut wurde.

Das Lörracher Pilotprojekt fungierte innerhalb des Bundesmodellprogramms als grundlegende Orientierungsvorgabe für die Standortprojekte. Im Wesentlichen sollten die Standortprojekte somit analog zu dem Lörracher Projekt aufgebaut und ausgestaltet werden. Als Ziel- und Strukturvorgaben für die Einzelprojekte wurden folgende Kriterien definiert:

1. Die Projekte umfassen einen reaktiven Projektteil, d.h. Angebote für durch riskanten Alkoholkonsum auffällig gewordene Kinder und Jugendliche und einen proaktiven Projektteil, der auf eine breite Sensibilisierung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zielt.
2. Als Zielgruppe richten sich die Aktivitäten sowohl des intervenierenden als auch des primärpräventiven Projekt-

teiles auf Kinder und Jugendliche zwischen zwölf und siebzehn Jahren.

3. In dem reaktiven Projektteil wird die gezielte Entwicklung und Optimierung von neuen Zugangswegen und Kontaktmöglichkeiten zu Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum über die Grenzen des Suchthilfesystems im engeren Sinne hinaus verfolgt. Die Organisation der Überleitungswege und der Schnittstellen zu den Kooperationspartnern ist damit ein wesentliches Element der Projekte.
4. Für auffällig gewordene Kinder und Jugendliche wird ein Interventions-Angebot entwickelt und umgesetzt.
5. Innerhalb des proaktiven Projektteils stehen ebenfalls Kooperationen mit Akteuren innerhalb und außerhalb des Suchthilfesystems im Mittelpunkt. Durch die Kooperationen soll eine hohe Wirksamkeit und eine verbesserte Zielgruppenansprache von Aktivitäten zur Sensibilisierung erreicht werden.

Es wurde allerdings keineswegs angestrebt, dass die Standortprojekte eine bis in Detail reichende Kopie des Lörracher Pilotprojektes umsetzen. Bei der Auswahl der Projekte wurde bewusst darauf geachtet, dass der HaLT-Ansatz unter verschiedenen Rahmenbedingungen (z.B. Großstadt – Stadt – ländlicher Raum) erprobt wird und unterschiedliche Schwerpunktsetzungen und neue Ideen innerhalb der Projekte bestehen. Ziel dabei war, Aufschlüsse darüber zu gewinnen, unter welchen Rahmenbedingungen das Konzept erfolgreich umgesetzt werden kann und welche Modifikationen in der konkreten Ausgestaltung möglich bzw. nötig sind. Letztlich sollte beurteilt werden, inwiefern das innerhalb der spezifischen Lörracher Bedingungen erfolgreich umgesetzte Konzept auch bundesweit einen Erfolg versprechenden Präventionsansatz bilden kann.

Eine unterschiedliche Ausgestaltung der Projekte war darüber hinaus notwendig, da gerade der Kooperationscharakter des Projektkonzeptes eine enge Ausrichtung der Projekte an der spezifischen lokalen Situation und am Bedarf und den Präferenzen der (potenziellen) Kooperationspartner erfordert.

Auf Basis von Zwischenergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung und insbesondere Erkenntnissen über Erfolgs- und Misserfolgskriterien wurde das HaLT-Konzept im Laufe des Modellprogramms weiter konkretisiert. Die zentralen Elemente des Konzepts wurden als „Leitplanken“ genannte Richtlinien formuliert und den Standortprojekten im April 2006 kommuniziert. Verbunden war damit die Aufforderung, zu prüfen, inwiefern die Kriterien bereits erfüllt werden und gegebenenfalls die Konzeption und Schwerpunkte der Standortprojekte entsprechend anzupassen.

Die Standortprojekte wurden während der Modellprogrammlaufzeit von Suchtpräventionseinrichtungen in der Regel mit zwei Präventionskräften mit im Durchschnitt 1,4 Vollzeitstellen umgesetzt. Die Kosten pro Projekt beliefen sich maximal auf ca. 90.000 Euro pro Jahr. Davon entfielen etwa 15 Prozent auf Sach- und Overheadkosten.

### 3.1 Verlauf des Modellprogramms

Bei dem Aufbau der Kooperationsnetzwerke durch die Projektstandorte wurde deutlich, dass die Etablierung einer funktionierenden Zusammenarbeit mit lokalen Partnern sowohl im reaktiven wie auch im proaktiven Bereich durchweg eine lange Anlaufphase benötigt. Insbesondere die Schnittstelle zu den Kliniken benötigte trotz zahlreicher Behandlungen wegen Alkoholintoxikationen zum Teil bis zu einem Jahr, bevor in nennenswertem Umfang betroffene Kinder und Jugendliche tatsächlich in das HaLT-Angebot vermittelt wurden. Diese lange Anlaufphase ist neben dem notwendigen Aufbau von Vertrauen zwischen Klinik und Suchtpräventionsstelle dadurch zu erklären, dass als Erfolgsbedingung alle relevanten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik über das Projekt und die von ihnen erwarteten Schritte (Gespräch mit Eltern wegen der Schweigepflichtentbindung, Kontaktierung der HaLT-Projekte) informiert sein müssen. Angesichts der zunächst ausbleibenden Überstellungen von Kindern und Jugendlichen konzentrierten sich mehrere Projekte auf alternative Schnittstellen und Kooperationspartner wie Schulen, Institutionen des Jugendstrafrechts oder der offenen Jugendarbeit. In drei der elf Projekte konnte bis zum Projektende keine wirklich funktionierende Zusammenarbeit mit Kliniken aufgebaut werden.

Auch im proaktiven Bereich erforderte der Aufbau von Kooperationen insbesondere mit suchtpreventions- bzw. jugend- und sozialarbeitsfernen Partnern erhebliche Initiative und längerfristiges kontinuierliches Engagement. Speziell bei Partnern aus der Privatwirtschaft, bei Festveranstaltern und bei im Rahmen von Festen Alkohol ausschenkenden Vereinen musste zu Beginn umfassende Überzeugungsarbeit geleistet werden. Es ist jedoch bemerkenswert, dass die Versuche zur Etablierung von Kooperationen auch hier in aller Regel erfolgreicher waren, so dass der Ansatz einer umfassenden Alkoholprävention im lokalen Umfeld in vielen Fällen verwirklicht werden konnte.

Der Übergang in eine dauerhafte Finanzierung der HaLT-Projekte im Anschluss an die Modellprogrammphase lag in der Verantwortung der einzelnen Standorte bzw. der jeweiligen Länder. Bei Berichtserstellung ist davon auszugehen, dass mindestens sieben der insgesamt elf Standortprojekte – mit unterschiedlichen Finan-

zierungsmodellen und in unterschiedlichem Umfang – weitergeführt werden. Zum Teil wurden dabei der Projektname HaLT geändert und das Leistungsspektrum modifiziert bzw. ergänzt (z.B. NachHaLT in Berlin und CariNavi in Osnabrück). Aufgrund der bewussten Variation bei der Auswahl der Modellstandorte hinsichtlich örtlichem Rahmenbedingungen und Organisationsformen muss die definitive Einstellung von mindestens drei der HaLT-Projekte keine grundlegende Schwäche des HaLT-Ansatzes bedeuten. Es verweist aber darauf, dass die Umsetzung des HaLT-Konzepts unter strukturell schwierigen Bedingungen durchaus Schwierigkeiten aufwerfen kann. Um die Erfolgchancen zu erhöhen, wurden auf Grundlage der Erfahrungen aus dem Modellprogramm „Leitplanken“ als Orientierungsrahmen für HaLT-Projekte formuliert, die im Anhang aufgeführt sind.

Es ist weiterhin anzumerken, dass, unterstützt durch den in 2007 durch das Bundesministerium für Gesundheit finanzierten und von den Mitarbeiterinnen des Pilotprojekts an der Villa Schöpflin aus Lörrach geleisteten bundesweiten Transfer, bereits vor Ende des Modellprogramms weitere HaLT-Projekte – z.B. in der Region Hannover – aufgebaut werden konnten.

## 3.2 Darstellung des Pilotprojektes und der Modellprojekte

Im Folgenden werden die elf Standortprojekte dargestellt, indem zuerst die Rahmenbedingungen und personelle Ausgestaltung dargelegt werden um anschließend die Umsetzung von HaLT in den beiden Bereichen zu beschreiben. Abgeschlossen wird die Beschreibung der einzelnen Standorte mit einem Ausblick.

### 0. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention, Lörrach

Die Villa Schöpflin in Lörrach – Zentrum für Suchtprävention entwickelte das HaLT-Konzept und erprobte das Konzept Pilotprojekt im Bundesmodellprogramm. Träger der Villa Schöpflin ist der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bwlv). Für die Umsetzung des proaktiven und reaktiven Bausteins wurden eine Diplompädagogin und eine Sozialpädagogin mit je 60 Stellenprozenten finanziert. Das Pilotprojekt startete am 1.6.2003. Die Modellprogrammförderung erfolgte bis Ende 2006.

Eine Weiterfinanzierung in reduziertem Umfang konnte über Krankenkassen, Kommunen und Land vorerst sichergestellt werden. Für die Finanzierung des reaktiven Bausteins konnten vor Ort tätige Krankenkassen gewonnen werden. Für die Aufwendungen im Rahmen des proaktiven Bausteins kommen für das Jahr 2007

die Stadt Lörrach und das Land Baden-Württemberg auf. Finanziert werden jeweils 20 Stellenprozente im reaktiven und proaktiven Tätigkeitsbereich. Im Jahr 2008 findet die Finanzierung weiterhin über Kommunen, Land, Krankenkassen sowie die Schöpflin-Stiftung statt. Es wird angestrebt, die großen Städte im Landkreis für eine Förderung in Höhe von 10 Cent pro Einwohner zu gewinnen. Hierzu wurden bereits entsprechende Vorgespräche geführt. Ab 2009 soll eine 60 bis 80 % Stelle über eine Leistungsvereinbarung mit dem Landkreis Lörrach fest finanziert werden.

Ab 2007 wurde die Villa Schöpflin außerhalb des Modellprogramms vom BMG mit dem Transfer des HaLT-Konzepts gegenüber interessierten Präventionseinrichtungen und Kommunen beauftragt.

Zu Beginn des Projektes lag der Schwerpunkt im reaktiven Bereich in der Zusammenarbeit mit Kliniken. Im Laufe des Projektes konnten weitere Kooperationspartner für die Schnittstellen gewonnen werden. Als erfolgreich erwies sich die Zusammenarbeit mit der Jugendberufshilfe und mit Schulen (Lehrer/-innen und Schulsozialarbeit), mit dem ASD/Jugendamt, mit dem Jugendmigrationsdienst, mit der Polizei, mit Jugendstaatsanwaltschaft bzw. –gericht sowie mit Kirchengemeinden.

Anknüpfend an das problematische Trinkverhalten wird ein 12-stündiges Gruppenangebot durchgeführt. Mit Hilfe von erlebnispädagogischen Elementen wie Tauchen oder Klettern wird ein Reflexionsprozess ausgelöst. Betreffend des sekundärpräventiven Angebotes unterscheidet die Villa Schöpflin zwei Zielgruppen:

- Jugendliche mit Alkoholvergiftung und ihre Freunde: indizierte Prävention
- Risikogruppe, z.B. junge Spätaussiedler, durch die Jugendberufshilfe vermittelte Jugendliche: selektive Prävention

Für Eltern werden parallel zum Gruppenangebot Beratungsgespräche angeboten.

Der Schwerpunkt der proaktiven Arbeit liegt in der engen Zusammenarbeit mit Festveranstaltern, dem Einzelhandel und der Polizei. Durch die mehrjährige enge Zusammenarbeit im proaktiven Bereich müssen die Mitarbeiterinnen der Villa Schöpflin nicht mehr persönlich an den Festen anwesend sein, um die Interessen von HaLT zu vertreten. Die funktionierende Schnittstelle zur Polizei führt dazu, dass die Polizei die Materialien bei der Villa Schöpflin abholt und an die Festveranstalter verteilt.

Als weiterer Schwerpunkt im proaktiven Bereich ist im Projektverlauf die Kontrolle und Verhinderung von sogenannten Flatrate-Partys hinzugekommen. Hierfür wurden die Ordnungsämter sämt-

licher größerer Städte im Landkreis Lörrach kontaktiert und eine gegenseitige Unterstützung und Information vorgeschlagen.

Außerdem steht die Kooperation mit Sportvereinen vermehrt im Vordergrund. So wurde in Zusammenarbeit mit Jugendleitern ein Leitfaden zur Prävention in Sportvereinen erstellt.

Der Bekanntheitsgrad und die Besonderheit des HaLT-Konzeptes in der Suchtmittelmissbrauchsbekämpfung werden durch die Einladungen zu internationalen Kongresse unterstrichen.

Das Pilotprojekt wurde im Jahre 2005 mit dem Oskar-Kuhn-Preis ausgezeichnet, der von der Bleib-Gesund-Stiftung für herausragende Projekte in Wissenschaft und Praxis der Gesundheitskommunikation verliehen wird. Gewürdigt wurden das innovative Konzept und der Vorbildcharakter des Projektes.

### **1. Suchtberatung „Große Hamburger“, Berlin-Mitte**

Das von der Suchtberatung „Große Hamburger“ in Berlin durchgeführte Standortprojekt war während der Modellprogrammphase im Großbezirk Berlin-Mitte tätig, der aus den ehemaligen Bezirken Mitte, Wedding und Tiergarten zusammgelegt wurde. Der Bezirk umfasst zahlreiche Wohnviertel mit Schulen, Freizeitangeboten für Jugendliche wie Jugendzentren und Kontaktläden sowie mehrere große Kliniken und ist durch eine hohe Dichte an Touristenzentren, Kultur- und Gastronomieangeboten gekennzeichnet. Die Suchtberatung „Große Hamburger“ befindet sich in Trägerschaft des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e.V. Das Projekt startete im Januar 2005, die Modellprogrammförderung lief nach einjähriger Verlängerung Ende 2007 aus.

Im reaktiven Bereich sind Kooperationen mit Kliniken, Schulen, mit der Bewährungshilfe, mit dem Verein für Straßensozialarbeit Gangway sowie mit der Wohnwerkstatt und mit Wohngruppen aufgebaut worden. Insbesondere die Kooperation mit Kliniken erforderte eine lange Anlaufphase, in der kaum Überleitungen aus den Kliniken stattfanden. Die Zusammenarbeit und die Überleitung riskant konsumierender Jugendlichen über die Straßensozialarbeit funktionierte dagegen von Beginn an gut.

Neben Beratungsgesprächen für Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum beinhalten die reaktiven Gruppenangebote erlebnispädagogische Elementen wie Klettern.

Im proaktiven Bereich stehen die Schulung von Multiplikatoren in Zusammenarbeit mit der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin sowie die Sensibilisierung an Schulen und in Jugendhilfeeinrichtungen im Vordergrund.

Für 2008 ist eine Sockelfinanzierung über den Integrierten Gesundheitsvertrag (IGV) für das Land Berlin bewilligt worden. Zusammen mit dem HaLT-Projekt in Berlin-Lichtenberg soll das reaktive Angebot berlinweit flächendeckend ausgeweitet werden. Neben den Kliniken als hauptsächlichem Zugangsweg zu Kindern und Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen bzw. riskantem Alkoholkonsum wird das Projekt mit Jugendgerichtshilfe, der offenen Jugendarbeit, Schulen und Ausbildungsbetrieben sowie Suchtberatungsstellen kooperieren. Aufgrund der leicht modifizierten Konzeption wurde der Projektname in „NachHaLT“ umbenannt.

## **2. Integrierte Suchtberatung Berlin-Lichtenberg**

Das Standortprojekt HaLT Lichtenberg wurde in dem Berliner Bezirk Lichtenberg-Hohenschönhausen angesiedelt, einem ehemaligen Arbeiterwohnbezirk im Osten der Stadt, der sich zahlreichen sozialen Problemen ausgesetzt sieht. Als Projektbüro wurde ein Bauwagen renoviert, der auf einer Baulücke in der Nähe des Fernbahnhofs Lichtenberg steht.

Das Projekt wurde organisatorisch an die Integrierte Suchtberatung Lichtenberg der Stiftung SPI angebunden. Für die Umsetzung des Projekts waren während der Modellprogrammphase ein Diplompädagoge und ein Diplomsozialpädagoge im Umfang von jeweils 24 Wochenstunden zuständig. Die Projektleitung lag bei einer Mitarbeiterin der Integrierten Suchtberatung Lichtenberg. Das Projekt startete im Januar 2005. Die Weiterfinanzierung und Ausweitung des Projekts über die Modellprogramm-Förderphase hinaus erfolgt wie auch beim Projekt Berlin-Mitte im Rahmen des Integrierten Gesundheitsvertrags (vgl. 3.1.1)

Nach einer längeren, durch Anlaufschwierigkeiten gekennzeichneten Startphase konnte eine äußerst gut funktionierende Zusammenarbeit mit Kliniken etabliert werden, in deren Rahmen zahlreiche Jugendliche in das HaLT-Angebot übergeleitet worden sind. Als weitere Kooperationspartner im reaktiven Bereich konnten Schulen (Schulsozialarbeit und Drogenkontaktlehrer in Lichtenberg), Suchtberatungsstellen, die Straßensozialarbeit Gangway, Jugendwohnheime sowie Jugendgerichtshilfe bzw. das Diversionbüro gewonnen werden.

Um bei Jugendlichen den gewünschten Reflexionsprozess über ihren Alkoholkonsum anzustoßen, gestaltete HaLT Lichtenberg den Einstieg über verschiedene Sportarten wie Klettern, Tauchen und Skaten. Es fanden außerdem Graffitiworkshops statt, an denen sich die Jugendlichen mit dem Thema Alkohol auseinandersetzen konnten.

Der Schwerpunkt im proaktiven Bereich lag in der Zusammenarbeit mit Schulen, dem Platzmanagement Alexanderplatz sowie

der Senatsverwaltung für Gesundheit. An Schulen führte HaLT Lichtenberg verschiedene Workshops zum Thema Alkohol und Sucht durch. Gemeinsam mit HaLT in Berlin-Mitte wurden Aktionen wie Cocktailstand oder Rauschbrillenfußball auf dem Alexanderplatz organisiert und durchgeführt.

Als besonders erfolgreich erwies sich ein von den HaLT-Mitarbeitern entwickelter Präventionscomic zum Thema Alkoholkonsum bei Jugendlichen, der u.a. den Drogenkontaktlehrern in Berlin als Material zur Verfügung gestellt wird. Ziel ist es, die Geschichte eines typischen HaLT-Jugendlichen, deren Anfang im Comic dargestellt wird, weiterzuerzählen bzw. zu zeichnen.

### **3. Jugendberatung und Suchthilfe am Merianplatz, Frankfurt/Main**

In Frankfurt/Main wurde das HaLT-Standortprojekt durch die Jugendberatung und Suchthilfe Am Merianplatz aufgebaut, die im Schnittstellenbereich zwischen Jugend- und Suchthilfe tätig ist. Im Rahmen der Modellprogrammförderung wurden ein Diplompsychologe und eine Diplompädagogin jeweils auf 50%-Stellen finanziert. Für das Projekt wird eine Weiterfinanzierung durch die Kommune angestrebt, eine entsprechende Beschlussvorlage für die Stadtverordnetenversammlung wurde eingebracht. Der Träger der Präventionseinrichtung, der Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., hat das HaLT-Konzept bereits an weiteren Standorten in Hessen implementiert.

Als wichtigste Schnittstelle im reaktiven Bereich erwies sich die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen am Bürgerhospital Frankfurt dar. Über diesen Zugangsweg gelangten die meisten Kinder und Jugendlichen zu HaLT. Darüber hinaus gelangten vor allem über die Jugendgerichtshilfe, über die Straßensozialarbeit in der Innenstadt sowie über Schulen Kinder und Jugendliche zu dem HaLT-Angebot.

Bei der insgesamt sehr gut funktionierenden Zusammenarbeit mit der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen stellte sich die Motivierung der Jugendlichen zur Wahrnehmung weiterführender Angebote heraus. Um die Teilnahmewahrscheinlichkeit zu erhöhen, wurde ein zusätzlicher, an Eltern gerichteter Info-Brief entwickelt, mit dem Eltern betroffener Jugendlicher von dem Projekt überzeugt werden sollen.

Im proaktiven Projektbaustein koordinierte das Frankfurter HaLT-Projekt seine Aktionen mit dem Präventionsrat der Stadt Frankfurt. Der Schwerpunkt der Aktivitäten lag auf Workshops in Schulen und Ausbildungsbetrieben, wobei die Information und Aufklärung über die Risiken des Alkoholkonsums, die Förderung des Risikobewusstseins und die Sensibilisierung hinsichtlich des eigenen Suchtverhaltens im Vordergrund standen. Darüber hinaus fanden

Aktionen an Frankfurter Großveranstaltungen und Plakataktionen in Gaststätten, Kiosken, Supermärkten und Tankstellen mit dem Motto „Wir machen mit! Kein Alkohol an Kinder und Jugendliche“ statt.

#### **4. Johanna-Odebrecht-Stiftung, Greifswald**

Das Projekt HaLT in Greifswald war integriert in das Sucht-Netzwerk des Krankenhauses Bethanien in Greifswald. Träger der Einrichtung ist der Suchtberatungs- und Behandlungsstellenverbund Johanna-Odebrecht-Stiftung. Das Einzugsgebiet des Projektes erstreckte sich von der Insel Rügen (Bergen) über Greifswald bis Usedom (Anklam, Wolgast). Während der Förderphase arbeiteten an dem im August 2004 gestarteten Projekt zwei Diplompsychologen im Umfang von jeweils 60 Stellenprozenten. Das Standortprojekt wurde bis Mitte 2007 im Rahmen des Modellprogramms gefördert und nach Ablauf der Förderung eingestellt. Seitens des Ministeriums für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern ist geplant, Elemente von HaLT in anderen, ggf. bereits bestehenden Strukturen weiter umzusetzen und auszuweiten.

Kooperationspartner im reaktiven Bereich waren Krankenhäuser der Region in Anklam, Wolgast und Bergen, Jugendämter, Bildungswerke, Polizei und (Berufs-)Schulen. Das Projekt versuchte über Patientinnen und Patienten mit Alkoholintoxikation hinaus Kinder und Jugendliche mit auffälligem und gefährlichem Konsumverhalten zu erreichen und zu betreuen, unter anderem im Rahmen der suchtbezogenen Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, die in Wohngruppen leben. Aufgrund des ländlichen und weitläufigen Gebietes stellte sich der Aufbau und die Pflege von Netzwerken, aber auch die zeitnahe Kontaktaufnahme mit auffällig gewordenen Kindern und Jugendlichen als äußerst schwierig heraus, da jeweils nur zeitlich begrenzte Präsenzzeiten an den verschiedenen Standorten geleistet werden konnten.

Im proaktiven Bereich fanden im Schwerpunkt suchtbezogen gestaltete Vormittage an Schulen – überwiegend Haupt- und Realschulen – statt. Ein weiterer, vom ursprünglichen HaLT-Konzept stark abweichender Schwerpunkt der proaktiven Arbeit lag auf der längerfristigen Begleitung von Wohngruppen, wofür eigens ein niederschwelliges Programm entwickelt wurde. Darüber hinaus war das Projekt an Aktionen des Präventionsrates der Hansestadt Greifswald beteiligt, der u.a. 2006 eine Präventionswoche mit Fotoausstellungen, Theateraufführungen, Veranstaltungen in Schulen ins Leben gerufen hat. Zudem war HaLT bei Präventionswochen und -tagen in anderen Landkreisen eingebunden.

#### **5. Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie / Psychotherapie der Universität Rostock**

Das Rostocker HaLT-Projekt war bei der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie / Psychotherapie der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock angesiedelt und wurde durch eine Ärztin betreut. Insofern stellte die Rostocker Organisationsform eine Besonderheit dar gegenüber den anderen Projekten, die von Suchtpräventionseinrichtungen durchgeführt wurden. Für die proaktive Projektstätigkeit war die Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung Mecklenburg-Vorpommern (LAKOST) in das Projekt eingebunden. Die Projektstätigkeit erstreckte sich über die Stadt Rostock hinaus auch auf den Kreis Güstrow. Das Projekt startete im August 2004 und endete mit Auslaufen der Programmförderung im Dezember 2007. Wie in dem Greifswalder Projekt wird eine Weiterführung von HaLT-Elementen in geänderter organisatorischer Form vom Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern erwogen.

Der reaktive Bereich von HaLT wurde durch die Uniklinik in Rostock abgedeckt. Durch die Klinikanbindung entfielen die typischen Schwierigkeiten der Meldung von bzw. Kontaktaufnahme zu betroffenen Jugendlichen. Als reaktives Angebot wurde eine Sprechstunde für stützende und aufklärende ärztliche Einzelgespräche mit Motivationsarbeit durchgeführt. Hierbei wurden Angebote für weiterführende medizinische und psychologische Diagnostik, die Erstellung von individuellen Hilfeplänen, zeitnahe begleitende Beratungsgespräche für Eltern, Lehrer und Vertrauenspersonen sowie Beratung und Hilfestellung bei sozialen Problemen sowie Vermittlung in weiterführende Versorgungssysteme unterbreitet. In Einzelfällen fand für interessierte Jugendliche in den Sommerferien ein Angebot auf einem Reiterhof statt, wobei die pädagogischen Inhalte Selbsterfahrung, Verhalten dem Tier gegenüber, Pflege der Tiere und Verantwortungsübernahme, Umgang mit der Angst sowie Regeln und Grenzen kennen lernen umfassten.

Der proaktive Bereich wurde von LAKOST abgedeckt. Die Schwerpunkte des proaktiven Projektbausteins lagen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie in der Multiplikatoren/innen- und Elternarbeit an Schulen. An Schulen erfolgte eine regelmäßige Projektarbeit mit Schülern zum Thema „Legale Drogen“ mit dem Schwerpunkt „Alkohol“. Als Maßnahme zur Sensibilisierung des Handels wurde u.a. ein Informationsschreiben an alle Tankstellenbetreiber in Mecklenburg-Vorpommern mit Hinweisen auf die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes geschickt.

## **6. Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation, Osnabrück**

In Osnabrück wurde das Projekt HaLT von der Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbands für die Diözese Osnabrück e.V. aufgebaut. Für die Umsetzung des im August 2004 gestarteten Projekts war während der Modellpro-

grammphase eine Suchtfachkraft im Umfang von 30 Wochenstunden zuständig, die Projektleitung lag bei den Beratungsstellenleitern. Der Einsatzbereich für die proaktive und reaktive Tätigkeit erstreckte sich auf die Stadt Osnabrück mit 165.000 Einwohnern; einbezogen wurden außerdem die Städte und Gemeinden im Umkreis der Stadt mit weiteren 265.000 Einwohnern. Das Projekt HaLT wurde bis Ende 2007 durch die Modellprogrammförderung finanziert und wird seit Anfang 2008 im Rahmen eines erweiterten, „CariNavi“ getauften und maßgeblich durch die Aktion Mensch finanzierten Projekts für drei Jahre weiterfinanziert. Für eine Anschlussfinanzierung besteht bereits eine Zusage durch den Landkreis Osnabrück. Zusätzlich ist der Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. vom Land Niedersachsen mit dem landesweiten Transfer des HaLT-Konzepts in die Fläche beauftragt worden. Hierfür wurde eine ganze Personalstelle für den Zeitraum vom 01.01.2008 bis 31.12.2008 bewilligt.

Im reaktiven Bereich konnten zahlreiche Kooperationen mit verschiedenen Krankenhäusern, aber auch Rettungsdiensten und Jugendeinrichtungen etabliert werden. Die Förderung des Projektes durch die Jugendämter und den Gesundheitsdienst der Stadt führte zusätzlich zu dem hohen Engagement der Kooperationspartner zu einer reibungslosen Umsetzung von HaLT im reaktiven Bereich.

Im Rahmen der proaktiven Arbeit organisierte HaLT in Osnabrück Informationsveranstaltungen gemeinsam mit dem Ordnungsamt und der Polizei für Vereine, Verbände und Schulen, die Veranstaltungen mit Alkoholausschank durchführen. An diesen Veranstaltungen wurden Checklisten ausgehändigt und erläutert. HaLT war darüber hinaus an verschiedenen Großveranstaltungen präsent, wobei hier z.B. Alternativangebote von alkoholfreien Getränken, aber auch Aktionen zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Alkoholkonsum im Mittelpunkt standen. Besonders öffentlichkeitswirksam war hierbei die Teilnahme am Osnabrücker Karnevalssumzug, wofür jeweils eigene Motto-Karnevalswagen unter Mitwirkung von Jugendgruppen gestaltet wurden. Die zahlreichen publikumswirksamen Aktionen trugen dazu bei, dass neue Kooperationspartner leichter gewonnen werden konnten.

## **7. Jugend(Sucht)beratung des Arbeitskreises für Jugendhilfe e.V., Hamm**

Das Projekt HaLT wurde in Hamm von der Jugend(sucht)beratung des Arbeitskreises für Jugendhilfe e.V., der Träger des vernetzten Drogenhilfesystems in Hamm und der umliegenden Region ist, umgesetzt. Für die Durchführung des im November 2004 gestarteten Projekts waren in Hamm über die Laufzeit der Modellprogrammförderung hinweg eine Vollzeit-Projektmitarbeiterin sowie eine Teilzeit-Präventionsfachkraft zuständig. Nach Auslaufen der Programmförderung Ende 2007 wird der reaktive Projektbaustein aufgrund der hohen Zahl an übergeleiteten Kindern und Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen sowie des ausgeprägten Interesses der Kooperationspartner trotz bislang ungeklärter Finanzierung weitergeführt. Angestrebt wird eine Abrechnung der reaktiven Angebote über die Krankenkassen vor Ort. Der proaktive Baustein wird aufgrund fehlender Finanzierungsperspektiven vorerst nicht weiter verfolgt.

Im reaktiven Bereich stellte die Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Evangelischen Krankenhauses Hamm den Schwerpunkt dar. Daneben gelangten in geringerem Umfang auch Kinder und Jugendliche über die Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, der Jugendgerichtshilfe, der Bewährungshilfe, der Jugendhilfe und Schulen zu HaLT. Bei den Gruppenangeboten verfolgte HaLT in Hamm geschlechtsspezifische Ansätze sowohl mit als auch ohne erlebnispädagogische Elemente. Teilweise sind die Gruppen projektübergreifend, d.h. auch Jugendliche aus anderen, z.B. auf Cannabis bezogenen Präventionsprojekten, nehmen am Angebot teil. Die meisten Jugendlichen nehmen jedoch eine individuelle Beratung in Anspruch.

Im Rahmen der proaktiven Arbeit wurde ein breites Spektrum an Sensibilisierungs- und Schulungsaktivitäten durchgeführt. Dies umfasste zum einen Aktionen zur konsequenten Umsetzung des Jugendschutzes bei Veranstaltungen, im Einzelhandel und bei Verkaufsstellen durch Informationen und Fortbildungen für Verkaufspersonal. Zum anderen wurde auf die Sensibilisierung von Eltern, Lehrkräften, Mitarbeitern der Jugendhilfe, Verkaufspersonal etc hingearbeitet. Konkrete Angebote bestanden dabei u.a. in Einzelberatungen von Lehrer/innen, Sozialpädagoge/innen und Gemeindemitarbeiter/innen zum Thema „Methoden der Alkoholprävention“ in Unterricht und Jugendarbeit. Zudem wurden mehrere Kurse zur „Motivierenden Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen“ durchgeführt. Zentrales Thema war das Thema Handlungskompetenz im Umgang mit Alkohol konsumierenden Jugendlichen. Auch Elternabende zum Thema „Alkohol und Pubertät“ sowie das Angebot zur kollegialen Beratung für Schulsozialarbeiter an Hauptschulen mit einem Schwerpunkt auf der Handlungskompetenz im Umgang mit Alkohol konsumierenden

Schüler/innen bildeten einen Bestandteil der Sensibilisierungsansätze.

Ein weiterer Schwerpunkt der proaktiven Tätigkeit lag auf der Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von Festveranstaltungen sowie durch Aktionstage und Ausstellungen zur Suchtprävention.

### **8. Caritas-Geschäftsstelle Ahrweiler / Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle, Ahrweiler**

Das Projekt HaLT war in Bad Neuenahr-Ahrweiler organisatorisch und räumlich an die Geschäftsstelle und die Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle des Caritasverbandes für die Region Rhein-Mosel-Ahr angebunden. Das im November 2004 gestartete Projekt wurde von einer Diplomsozialpädagogin in Vollzeit umgesetzt; die Projektleitung im Umfang von 10 Stellenprozenten liegt bei einem Diplompsychologen. Das Projekt wurde mit Auslaufen der Modellprogrammförderung eingestellt.

Im reaktiven Bereich konnte trotz kontinuierlichen Bemühungen und Kooperationsabsprachen letztlich keine funktionierende Schnittstelle zwischen HaLT und den Kliniken vor Ort etabliert werden. Überleitungen von Kindern und Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen blieben Einzelfälle. Weitere Absprachen zur Überleitung von Jugendlichen bestanden mit Einrichtungen der offenen Jugendarbeit, dem Jugendamt, der Schulsozialarbeit sowie der Jugendsachbearbeitung der Polizei und der Jugendgerichtshilfe.

Im Rahmen des proaktiven Projektteils fand Präventionsarbeit in der Schule u.a. durch Seminare und durch das Verteilen der Checkliste für Klassenfahrten statt. HaLT war zudem bei den Elternsprechtagen präsent. Für Jugendgruppenleiter fanden Suchtworkshops statt. Zur Karnevalszeit wurden Informationen über den Jugendschutz an die Karnevalsgesellschaften im Kreisgebiet verteilt. Zudem wurde darauf hingearbeitet, eine Ergänzung der von Ordnungsämtern erteilten Ausschankerlaubnis bei Festen um Informationen zum Jugendschutz kreisweit zu verbreiten.

Eine Besonderheit der proaktiven Arbeit stellte in Ahrweiler eine Aktion bei dem jährlich stattfindenden Open-Air-Konzert Rock am Ring dar, welche zuletzt sehr große Akzeptanz erfahren hat. Von HaLT Ahrweiler geschulte Peers sprachen hierbei jugendliche Open-Air-Besucher auf einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol an. Im Jahr 2007 wurden hierbei über 1.700 Jugendliche erreicht.

## **9. Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe (ATS), Kreis Segeberg**

Im dem stark ländlich geprägten Kreis Segeberg wurde das Projekt HaLT von der Ambulanten und Teilstationären Suchthilfe des Landesvereins für Innere Mission Schleswig-Holstein an zwei Standorten durchgeführt. Stützpunkte waren die ATS-Beratungsstellen in Bad Segeberg und Kaltenkirchen, in denen für die Dauer des Modellprogramms zwei Diplompsychologinnen mit je 50 Stellenprozenten sowie ein Sozialpädagoge und eine Fachärztin für Psychiatrie mit je 10 Stellenprozent tätig waren. Nach Auslaufen der Förderphase Ende 2007 wurde das Projekt beendet, eine Wiederaufnahme der Tätigkeit ist aufgrund eines erst zum Ende des Projekts hin deutlich gewordenen hohen Bedarfs seitens einer Kinderklinik in der Abklärung.

Im reaktiven Bereich wurden mit verschiedenen Kliniken im Kreis Segeberg Absprachen zur Überleitung getroffen. Allerdings blieb die Zahl der nach einer Alkoholintoxikation behandelten Kinder und Jugendlichen, die in das HaLT-Angebot übergeleitet wurden, recht gering. Ein Grund hierfür stellte der aufgrund der ländlichen Struktur und des großen Einzugsgebietes erhebliche zeitliche und organisatorische Aufwand für Aufbau und Pflege enger Kooperationen dar. Daher bildeten bei HaLT Segeberg alternative Zugangswege zu Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum den Schwerpunkt. Zu diesen Kooperationen gehörten die Schulen, das Jugendaufbauwerk und Sportvereine. Um russische Spätaussiedler in der Region besser zu erreichen, wurden die Informationsbroschüren ins Russische übersetzt.

Die Schwerpunkte der proaktiven Arbeit lagen in der Projektvorstellung in den Schulen und anderen Einrichtungen. Öffentlichkeitsarbeit in Form von Infoständen bei größeren Veranstaltungen und Aktionen im Rahmen von Festen bildeten einen weiteren Schwerpunkt von HaLT im Kreis Segeberg. Unterstützung erfuhr das Projekt hierbei von der Polizei, von den Jugendämtern, von den Erziehungsberatungsstellen, von den Rettungsdiensten, vom Jugendgericht, von den Migrationsbeauftragten, vom Verein für Handel und Gewerbe, von Stadtverwaltungen und von Ordnungsämtern. Darüber hinaus fanden zur Förderung der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes Tankstellenaktionen im Kreisgebiet statt, an denen „Sorry-Karten“ an das Verkaufspersonal in den Tankstellen verteilt wurden.

## **10. Büro Impuls der SiT – Suchthilfe in Thüringen gGmbH, Erfurt**

Das Büro Impuls, an dem das Projekt HaLT in Erfurt angebunden war, ist auf Kampagnen im Bereich Suchtprävention spezialisiert. Das im Juli 2004 gestartete Projekt wurde während der Modellprogrammlaufzeit von einer Diplompädagogin und einer Sozialpäda-

gogin mit 80% bzw. 70%-Stellen umgesetzt. Nach Auslaufen der Modellprogrammförderung wird das Projekt durch das Land weiterfinanziert, wobei hier der Transfer des HaLT-Ansatzes an Multiplikatoren in anderen Kommunen im Vordergrund steht.

Die Kooperation mit Kliniken im reaktiven Bereich gestaltete sich trotz Bedarf an Angeboten für Jugendliche mit Alkoholvergiftungen sehr schwierig und konnte letztlich nicht etabliert werden. Dagegen konnten alternative Zugangswege über die Träger der Jugendhilfe und den Arbeitskreis Sucht und Psychiatrie aufgebaut werden. Das Angebot von sekundärpräventiven Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum wurde von Schulen (Regelschulen und Gymnasien, Förderschulen) sehr gut angenommen.

Im proaktiven Bereich lagen die Schwerpunkte zum einen auf insbesondere in Kooperation mit dem Arbeitskreis Suchtprävention der Stadt Erfurt durchgeführten Aktionen zur Sensibilisierung und auf Kontrollen und Plakat-Aktionen zur besseren Einhaltung des Jugendschutzgesetzes. Eltern, Lehrer und in der Jugendarbeit tätige Personen wurden Kompetenzen für den Umgang mit auffällig konsumierenden Kindern und Jugendlichen in Schulungen vermittelt. Zum anderen wurde – auch über Erfurt hinaus – der Aufbau von kommunalen Netzwerken zur Alkoholprävention unter Einbeziehung der regionalen Vereine und Verbände, des Gaststättengewerbes, von Verkaufsstellen, Einrichtungen des psychosozialen Versorgungssystems (Ordnungsamt, Jugendamt, Beratungsstellen, Ärzteschaft, Kliniken, Krankenkassen, Polizei) unterstützt.

Augrund der Erfahrungen in der Arbeit mit der Zielgruppe entwickelte HaLT in Erfurt die interaktive Ausstellung „HaLT – Hart am Limit“ zum Thema Alkoholkonsum im Jugendalter. Für die Multiplikatoren aus Schulen, Jugendhäusern, Betrieben u.a. wurden eine Moderationsbroschüre geschrieben und spezielle Schulungen zur Umsetzung der Alkoholthematik mit der interaktiven Ausstellung durchgeführt.

## 4 Konzept und Instrumente der wissenschaftlichen Begleitung

Das Bundesmodellprogramm HaLT wurde während der Pilotphase und der anschließenden Programmphase mit insgesamt elf Standortprojekten wissenschaftlich begleitet. Die wissenschaftliche Begleitung war dabei im Wesentlichen auf drei Ziele hin angelegt:

1. Die Standortprojekte des Bundesmodellprogramms sollten hinsichtlich Praktikabilität, Effektivität und Effizienz bewertet werden. Durch den Vergleich der Standortprojekte sollten Erfolgs- und Misserfolgskriterien analysiert und in der Synthese der Erfolg des Modellprogramms als Ganzes bewertet werden. Die Begleitforschung beschränkte sich dabei im Wesentlichen auf Organisations- und Managementaspekte, auf die Kooperationsbeziehungen und Schnittstellengestaltung, denen aufgrund des Netzwerkansatzes von HaLT mit Kooperationen über die Grenzen des Suchthilfesystems hinaus die entscheidende Bedeutung zukommt. Eine Beurteilung der HaLT-Angebote aus psychologischer und suchtherapeutischer Perspektive fand im Rahmen der Begleitforschung nicht statt.
2. Im Sinne einer Handlungsforschung wurden Erkenntnisse zur konzeptuellen Weiterentwicklung und Optimierung der laufenden Prozesse innerhalb des Bundesmodellprogramms unmittelbar rückgekoppelt. Dies betraf zum einen die Systematisierung und Aufbereitung der im Rahmen der Begleitung des Pilotprojekts gewonnenen Erkenntnisse über Erfolgs- und Misserfolgskriterien, um diese den Standortprojekten als Richtlinien und Erfahrungsbasis zur Verfügung zu stellen. Zum anderen sollten ebenfalls Erkenntnisse aus der Begleitung der Standortprojekte zeitnah sämtlichen Projekten rückgespiegelt werden. Ziel der Begleitforschung war damit letztlich, HaLT zu einer tragfähigen Präventionsstrategie weiterzuentwickeln.
3. Ergänzend wurden Informationen zu Hintergründen und Erscheinungsformen exzessiven Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage der Kontakte der Standortprojekte gesammelt und analysiert.

Aufgrund dieser Zielsetzungen wurden bei der Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung die Schwerpunkte auf die Praxisorientierung, die Berücksichtigung des geplanten Verwendungszusammenhangs der Ergebnisse sowie die beratende Komponente gesetzt. Hierfür umfasste die Begleitforschung ein Informationsmanagement zum Erfahrungs- und Ergebnisaustausch zwischen den Standorten, ein kontinuierliches Monitoring der Stand-

ortprojekte sowie die Organisation einer standardisierten Erfassung der aufgrund einer Alkoholintoxikation in die sekundärpräventiven Angebote übermittelten Kinder und Jugendlichen.

## 4.1 Handlungsforschung / Monitoring

Zur Dokumentation der Projektfortschritte, aber auch um typische Probleme bei der Umsetzung zu erkennen, wurde ein halbjährliches Monitoring der Standorte durchgeführt. Hierfür wurde ein differenziertes Fragenraster entwickelt, welches den Einzelprojekten zur Ausfüllung bzw. zur Ergänzung zugeschickt wurde.

Zentrale Themen des Fragenrasters waren der Stand und die Planungen der Kooperationsbeziehungen im proaktiven wie im reaktiven Baustein. Detailfragen zielten auf den genauen Zweck und Hintergrund einzelner Kooperationen. Die Zahl der innerhalb der primär- und sekundärpräventiven Angebote betreuten Kinder und Jugendlichen wurde ebenso erfasst wie die Art der Überleitungswege und Schnittstellen, auf denen die Jugendlichen in das HaLT-Angebot vermittelt wurden.

Einen wesentlichen Bestandteil bildete zudem die Einschätzung und Beurteilung des Projektes und spezieller Aspekte davon durch die Projektverantwortlichen. Hierbei konnten besonders gut funktionierende Konstellationen identifiziert werden. Auf der andern Seite sollten typische Problemkonstellationen erkannt werden und Beratungsbedarfe erfasst werden. Das Monitoring beinhaltete zudem Fragen zu der Medienpräsenz des Projektes.

Im Einzelnen wurden dabei folgende Themenbereiche durch den Monitoringbogen abgedeckt:

- Allgemeine Angaben zum Projektstandort
- Reaktiver Bereich
  - Kooperationen
  - Erreichte Kinder und Jugendliche durch die Kooperationspartner
  - Kurzdarstellung des sekundärpräventiven Angebots
  - Stärken und Schwächen des reaktiven Bausteins
- Standardisierte Teildokumentation
  - Anzahl Brückengesprächsbogen
  - Möglicher Veränderungsbedarf
  - Vorgenommene Modifikationen

- Proaktiver Baustein
  - Schwerpunkte
  - Konkrete umgesetzte Maßnahmen
  - Kooperationspartner
  - Bewertung der Kooperationen
  - Probleme im Aufbau der Kooperationen
  - Entwickelte oder angepasste Materialien
- Allgemeine Einschätzung des Projektes
- Sonstiges, Medienberichte

Insgesamt wurden während der Modellprogrammphase sechs Monitoringläufe durchgeführt. Sofern Unklarheiten in der schriftlichen Dokumentation bestanden, wurden diese in telefonischen Nachfassaktionen geklärt.

Das Monitoring bildet die zentrale Grundlage für die Beurteilung von Praktikabilität, Effektivität und Effizienz des HaLT-Konzeptes. Das Fragenraster des Monitorings ist im Anhang aufgeführt.

## 4.2 Informationsmanagement

Das Informationsmanagement im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms umfasste im Wesentlichen drei Bestandteile:

- die Unterstützung während der Startphase der Programmphase, indem den Standortprojekten relevante Materialien zu Verfügung gestellt wurden;
- die Anregung eines direkten Austauschs zwischen den beteiligten Projekten;
- die Information der Projekte über Neuigkeiten aus dem Programm und Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Darüber hinaus wurden den teilnehmenden Projekten in einem laufenden Prozess Auskünfte, Hinweise und ggf. Ratschläge vermittelt.

### 4.2.1 Unterstützung während der Startphase

Die aus der Begleitung des Pilotprojekts in Lörrach gewonnenen Erkenntnisse wurden den hinzukommenden Modellprojekten im gesamten Bundesgebiet zugänglich gemacht. Die Basis hierfür bildeten in erster Linie die Ergebnisse des ersten Zwischen-

berichtes. Auf dieser Grundlage konnten den Standortprojekten konkrete Empfehlungen für die Planung ihrer Projektstätigkeit vermittelt werden. In Einzelfällen wurden Standortprojekte im Rahmen ihrer Auftaktworkshops persönlich beraten und durch die Übernahme von Moderationsaufgaben zusätzlich unterstützt.

Im Vorfeld wurde den Standortprojekten zudem ein „Digitaler Projektordner“ mit Materialien, die während der Pilotphase von der Villa Schöpflin entwickelt worden waren, zur Verfügung gestellt.

Die Materialien, die vor allem für den proaktiven, aber auch für den reaktiven Projektbaustein zum Einsatz gedacht waren, dienten den Standortprojekten als wichtige Anregungen bzw. unmittelbare Vorlagen für Materialien im eigenen Projekt.

#### **4.2.2 Austausch zwischen den Projektbeteiligten**

Um ein gegenseitiges voneinander Lernen der Standortprojekte zu ermöglichen wurde ein direkter Austausch zwischen den Verantwortlichen und Mitarbeitenden angeregt. Dies erfolgte vor allem im Rahmen von drei Workshops.

Am 1. Workshop vom 18./19. Mai 2005 in Kassel stand das gegenseitige Kennen lernen und der praxisbezogene Austausch im Zentrum. Die grundsätzliche Fragestellung war, wie das unter Lörracher Rahmenbedingungen entwickelte Konzept an anderen Standorten umgesetzt werden kann, welche Bestandteile unmittelbar aufgenommen werden können und wo Probleme auftreten. Das Treffen diente auch als Ideenbörse für Strategien und konkrete Aktionen.

Der 2. Workshop fand am 6./7. Dezember 2005 ebenfalls in Kassel statt. Im Zentrum des Workshops standen konkrete Ansätze für die Umsetzung der praktischen Präventionsarbeit an den einzelnen Standorten. Darüber hinaus diente der Workshop dem gemeinsamen Erfahrungsaustausch. Die Standortprojekte hatten die Möglichkeit ihre Tätigkeiten im Rahmen von HaLT auf Stellwänden vorzustellen.

Der Thematische Schwerpunkt des dritten Workshops am 22./23. Mai 2007, der wiederum im Kassel durchgeführt wurde, lag neben dem Erfahrungsaustausch auf der Entwicklung und Diskussion von Möglichkeiten zur Weiterfinanzierung der HaLT-Projekte im Anschluss an die Modellprogrammförderung.

Die Workshops wurden zudem vom BMG genutzt, ein unmittelbares Bild von der Umsetzung des Modellprogramms zu erhalten.

Die Workshops wurden von den Beteiligten als hilfreich und informativ erfahren. Interesse bestand vor allem an der Klärung von Detailfragen der praktischen Umsetzung, wofür allerdings der zeit-

liche Rahmen in der Regel zu eng gesteckt war. Der Workshop diente neben dem fachlichen Input auch dazu, das Zusammengehörigkeitsgefühl der am Modellprojekt Beteiligten und die Motivation der Programmbeteiligten zu stärken.

Um einen direkten Austausch zwischen den Beteiligten zu ermöglichen, wurde auf Anregung aus dem Kreis der Standortprojekte ein internetbasiertes Diskussionsforum realisiert. Die Nutzung dieses Forums blieb allerdings verhalten, so dass dieser Kommunikationsweg als nicht geeignet bewertet werden muss. Mögliche Gründe für die ausbleibende Nutzung trotz offensichtlichem Diskussionsbedarf können darin gesehen werden, dass ein Teil der Projektbeteiligten mit dem Medium Internetforum wenig vertraut ist oder eine persönliche und direkte Kommunikation bevorzugt. Möglicherweise ist auch der Teilnehmerkreis zu klein, um für Teilaspekte genügend Interessenten zu finden und aktuelle Diskussionen am Laufen zu halten. Ggf. hätte auch eine stärkere, aber damit auch zeitintensive Werbung für das Forum zu einer höheren Resonanz geführt.

#### **4.2.3 Information der Standorte**

Ein dritter Teil des Informationsmanagements bestand in der direkten und kontinuierlichen Information der Standorte über Neuigkeiten aus dem Projekt per E-Mail, im Rahmen eines projektinternen InfoLetters, durch die Übermittlung der Zwischenberichte und der „Leitplanken“ als Orientierungsrahmen sowie z.T. durch Vor-Ort-Termine.

Der projektinterne InfoLetter zielte darauf ab, in einer optisch und sprachlich ansprechenden Form Aktivitäten der am Modellprogramm teilnehmenden Projekte vorzustellen. Adressaten waren in erster Linie die Mitarbeitenden der Standortprojekte. Der InfoLetter diente aber ebenfalls zur Information von bestehenden und potenziellen Kooperationspartnern oder auch zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit. Der InfoLetter war zunächst als regelmäßiges Medium in etwa halbjährlichen Abständen geplant. Allerdings zeigten sich gerade im ersten Jahr der Programmphase nur langsame Fortschritte und nur geringfügige Neuerungen bei der Umsetzung der Standortprojekte, so dass zu wenig wirkliche Nachrichten für eine im beabsichtigten Turnus erscheinende Informationsschrift vorhanden waren. Insbesondere die erste Ausgabe des InfoLetters vom Oktober 2004 wurde von den Projekten im Sinne einer Informationsbroschüre über das Bundesmodellprogramm in großem Umfang eingesetzt.

### 4.3 Begleitforschung zu den Hintergründen exzessiven Alkoholkonsums

Ein dritter Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms lag darin, Erkenntnisse über die Hintergründe und die Begleitumstände des exzessiven Trinkens zu gewinnen. Hierdurch sollen nicht zuletzt Hinweise für adäquate Präventionsstrategien abgeleitet werden können. Zweck der Dokumentation war zudem, kommunizierbare Daten für die (präventionsbezogene) Öffentlichkeitsarbeit zu erzeugen. Die Kontakte zu betroffenen Kindern und Jugendlichen, welche die HaLT-Mitarbeitenden im Rahmen der reaktiven Projektstätigkeit erhalten, wurden für diesen Zweck systematisch genutzt. Den Rahmen hierfür bildete das Brückengespräch, also die erste Kontaktaufnahme zwischen Jugendlichen und HaLT-Mitarbeitenden, die typischerweise in der Klinik stattfindet.

Als Methode für die Erhebung von Hintergründen des riskanten Alkoholkonsums wurde ein leitfadengestütztes Vorgehen gewählt, welches standardisierte Dokumentationsteile umfasst. In Anbetracht der äußeren Begleitumstände der Befragung in der Klinik und der erlebten Klinikeinlieferung wegen einer Alkoholintoxikation erschien eine strikt standardisierte Methode nicht sinnvoll. Zudem sollte im Brückengespräch die Kontaktaufnahme zu den Jugendlichen und die Gewinnung für das HaLT-Angebot eindeutig Priorität besitzen. Insofern sollten die HaLT-Mitarbeitenden im Rahmen von offenen Gesprächen in der Klinik die gewünschten Informationen erfragen und im Anschluss an das Gespräch in einem teilweise standardisierten, teilweise auch offen gehaltenen Dokumentationsraster festhalten.

Eine nicht-standardisierte Befragungsmethode erschien nicht zuletzt auch notwendig, da zu den psychosozialen Auslösern und Motiven sowie zu spezifischen Gefährdungsmomenten für den riskanten Alkoholkonsum bei Jugendlichen bislang keine gesicherten wissenschaftlichen Erklärungen vorlagen. Daher war in besonderer Weise auf einen explorativen, ergebnisoffenen Ansatz für die Befragung zu achten wofür sich eine leitfadengestützte Methode anbot.

Für den konkreten Ablauf der Erhebung und Auswertung wurde Folgendes vereinbart: Die Mitarbeitenden der Standortprojekte dokumentierten die Brückengespräche - oder gegebenenfalls auch Folgegespräche - anhand des Bogens und übersandten die ausgefüllten Bögen an Prognos. Die EDV-Erfassung erfolgte ebenso wie die Auswertung durch Prognos.

Das Dokumentationsraster wurde auf Grundlage der Erfahrungen des Lörracher Pilotprojekts sowie eines Vorverständnisses entwickelt. Anregungen und Hinweise für die Weiterentwicklung des

Bogens durch die Standortprojekte waren ausdrücklich erwünscht, um zu gewährleisten, dass die Dokumentation dem jeweils aktuellen Erkenntnisstand entspricht. Das Raster wurde im Verlauf der Begleitforschung an einzelnen Stellen um Antwortkategorien bei bestehenden Fragen zum Ort der Alkoholintoxikation sowie zu den Alkoholarten erweitert.

Ein grundsätzliches Problem bei dem Einsatz des Dokumentationsrasters zeigte sich darin, dass die Fragen stark auf die Situation von Kindern und Jugendlichen, die in Kliniken behandelt werden, zugeschnitten waren. Wie sich im Laufe des Modellprogramms herausstellte, konnten mehrere Standortprojekte, anders als im Pilotprojekt, Kliniken nicht als zentrale Schnittstelle zur Erreichung von Jugendlichen nutzen. Für diese Fälle waren weite Teile des Bogens nicht sinnvoll einsetzbar. Von einer grundlegenden Modifikation des Dokumentationsinstruments wurde allerdings abgesehen, um die Kontinuität der laufenden Erhebungen zu gewährleisten. Den Standortprojekten wurde gleichzeitig die Verwendung des Dokumentationsrasters bei Jugendlichen, die nicht über die Klinik an HaLT übergeleitet wurden, freigestellt.

Das Formular der standardisierten Teildokumentation liegt im Anhang bei.

## 5 Auswertung der standardisierten Brückengesprächs-Dokumentationen

Neben den primär- und sekundärpräventiven Zielen verfolgt das Bundesmodell HaLT das Ziel, Erkenntnisse über die Hintergründe und die Begleitumstände des exzessiven Trinkens zu gewinnen. Hierfür wurden die (Erst-)Kontakte, welche die Projektmitarbeitenden im Rahmen der reaktiven Arbeit zu den betroffenen Kinder und Jugendlichen haben, systematisch genutzt. Eine Beschreibung und kurze Diskussion der Erhebungsmethode ist in Kapitel 4.3 dargestellt.

Die wesentlichen Themenbereiche der Begleitforschung sind:

- biografische und sozialstrukturelle Merkmale des Jugendlichen;
- die Situation, die zur komatösen Alkoholvergiftung führte und der Ablauf der Überstellung in die Klinik;
- das Gesundheits- und Risikoverhalten des/der Jugendlichen;
- das allgemeine Suchtverhalten des/der Jugendlichen;
- die Einschätzung der erlebten Alkoholintoxikation durch die Jugendlichen.

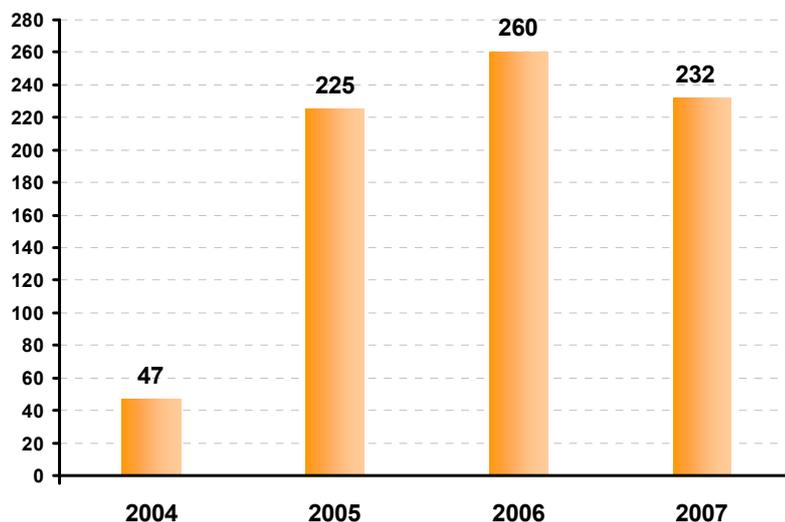
Der Brückengesprächsbogen ist sehr stark auf die Situation von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet, die in der Klinik wegen einer Alkoholintoxikation behandelt werden. Da jedoch an einigen Standorten keine oder nur wenige Kinder und Jugendliche über die Klinik zu HaLT gelangen, wurden durch die Projektmitarbeitenden zum Teil auch Kinder und Jugendliche erfasst, die über andere Zugangswege zu HaLT gelangt sind. Insgesamt stieg die Anzahl der erfassten Brückengesprächsbögen von 42 Bögen in 2004 – dem ersten Jahr der Evaluation – auf zwischen 225 bis 260 in den Jahren 2005 bis 2007. Da die Art des Zugangswegs nicht standardmäßig erfasst wurde, kann lediglich auf Grundlage von Zusatzbemerkungen auf dem Bogen oder anderen Variablen indirekt und mit Unsicherheiten auf den Anteil der Jugendlichen geschlossen werden, die nicht über die Kliniken zu HaLT gelangt sind. Dieser Anteil liegt maximal bei etwa einem Fünftel der dokumentierten Fälle.

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Auswertungen dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den soziodemografischen Hintergründen und individuell-biografischen Situationen der erreichten Kinder und Jugendlichen sowie auf den Umständen von Alkoholintoxikation und Klinikeinlieferung.

## 5.1 Zahl, Geschlecht und Alter der erreichten Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen

Bis zum 31.12.2007 sind aus acht Projektstandorten insgesamt 764 ausgefüllte Brückengesprächsbogen ausgewertet worden. Während im Jahr 2004, in dem abgesehen vom bereits früher gestarteten Lörracher Pilotprojekt die meisten Standortprojekte ihre Arbeit aufnahmen, insgesamt 47 Überleitungen dokumentiert wurden, wurden 2005 bereits 225 Brückengespräche geführt. Eindeutige Gründe für den Rückgang in 2007 gegenüber dem höchsten Wert in 2006 (232 gegenüber 260 Gesprächen) ließen sich nicht erkennen.

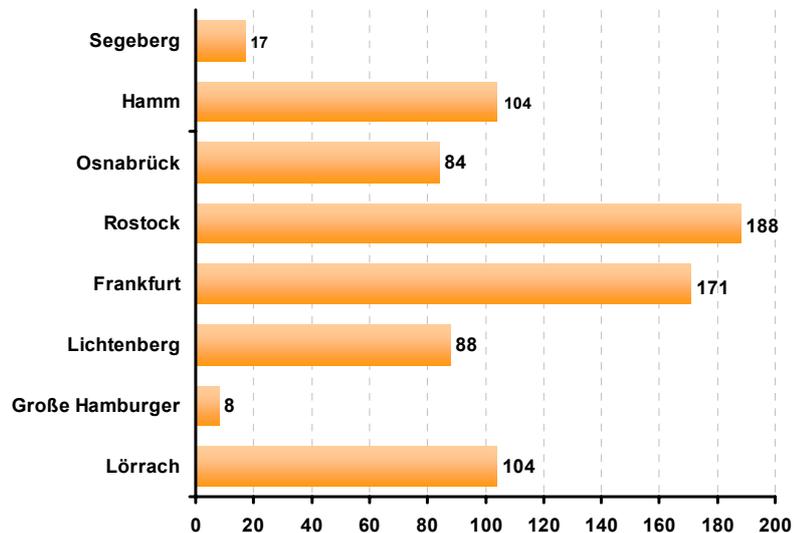
Abbildung 5-1: Dokumentierte Brückengesprächsbögen nach Jahr (N=764)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Die meisten Brückengespräche wurden mit 188 Kontakten im Rostocker Projekt geführt, das direkt an einer Klinik angesiedelt ist, sowie mit 171 Kontakten im Frankfurter Projekt. An den Standorten Lörrach, Lichtenberg, Osnabrück und Hamm fanden zwischen 80 und 110 Gespräche während des Modellprogramms statt. Abbildung 5-2 zeigt die Anzahl der dokumentierten Brückengespräche nach Projektstandort.

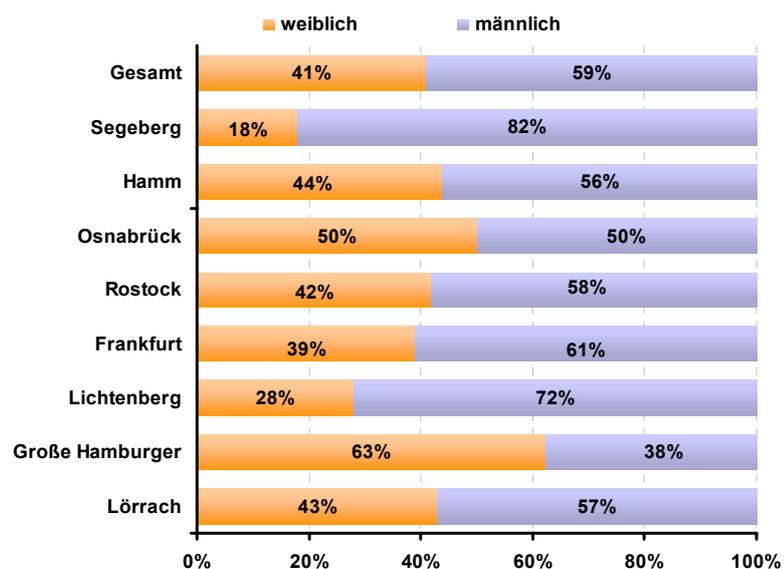
Abbildung 5-2: Dokumentierte Brückengesprächsbögen nach Projektstandort (absolute Werte, N=764)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Insgesamt sind 59% der durch HaLT erreichten Kinder und Jugendlichen männlich, 41% der Jugendlichen sind weiblich. Damit bestätigt sich das Bild, dass riskanter Alkoholkonsum kein auf männliche Jugendliche beschränktes Phänomen ist, sondern beide Geschlechter in ähnlichem Maße betrifft (vgl. Kapitel 1.1) In den meisten Projekten zeigt sich eine ähnliche Verteilung wie im Gesamtdurchschnitt (vgl. Abbildung 5-3).

Abbildung 5-3: Erreichte Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum nach Geschlecht (Prozentwerte, N=761)



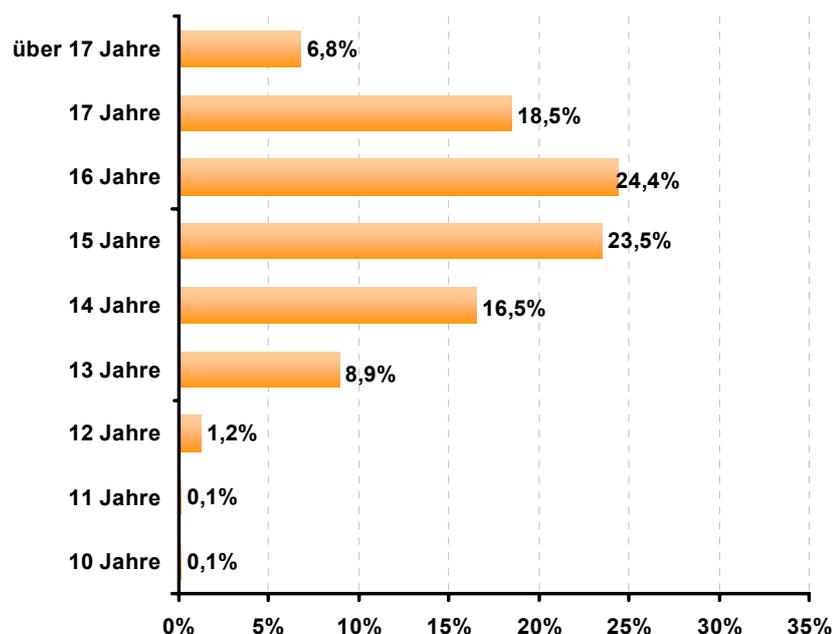
Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Deutliche Abweichungen von der Gesamtverteilung zeigen sich im Berlin-Lichtenberger Projekt, wo erheblich mehr männliche Kinder

und Jugendliche erreicht werden, sowie am Berliner Standort „Große Hamburger“, wo deutlich mehr Kontakte zu Mädchen als zu Jungen entstanden. Bei der Interpretation der geschlechtsspezifischen Verteilung in Berlin „Große Hamburger“ bzw. Segeberg ist zu berücksichtigen, dass dort mit 8 bzw. 17 vorliegenden Fällen die Datenbasis noch zu gering für Schlussfolgerungen ist. Als Erklärung für den hohen Anteil der männlichen Jugendlichen bei dem Projekt HaLT-Lichtenberg kann angeführt werden, dass hier zahlreiche Brückengespräche mit Jugendlichen geführt wurden, die nicht über die Kliniken in das reaktive Angebot vermittelt worden sind, sondern auf anderen, möglicherweise geschlechtsselektiven Zugangswegen.

Die Analyse der erreichten Jugendlichen nach Alter zeigt, dass die meisten Betroffenen Jugendliche im Alter von 15 und 16 Jahren sind (vgl. Abbildung 5-4). Im Schnitt sind die erreichten Jugendlichen 15,5 Jahre alt. Während Kinder mit 12 Jahren oder jünger nur in Einzelfällen durch riskanten Alkoholkonsum auffallen, sind bereits 9 Prozent der von HaLT erreichten Jugendlichen erst 13 Jahre. Mehr als ein Viertel der erreichten Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen sind 14 Jahre oder jünger. Ab einem Alter über 16 Jahren geht die Häufigkeit der riskant Konsumierenden und von HaLT erreichten Jugendlichen deutlich zurück; der entsprechende Anteil der Jugendlichen im Alter von 17 oder mehr Jahren liegt noch bei einem Viertel.

Abbildung 5-4: Alter der von HaLT erreichten Kinder und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum (N=763)



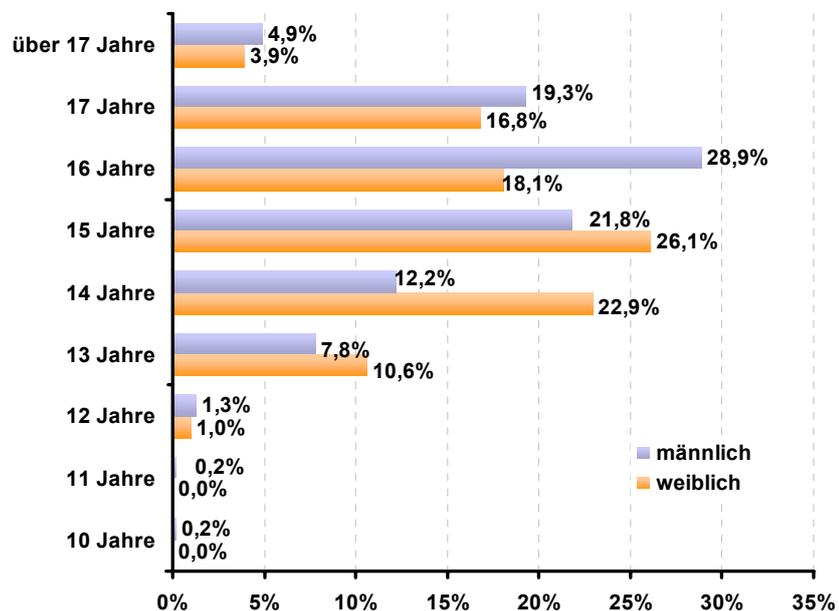
Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Die Altersverteilung der erreichten Kinder und Jugendlichen zeigt, dass HaLT den Anspruch einer frühzeitigen indizierten Prävention in der Praxis umsetzen kann, da drei Viertel der von HaLT erreichten Klienten 16 Jahre oder jünger sind. Im Wesentlichen entspricht diese Altersverteilung auch den bundesweiten Daten zu Alkoholin- toxikationen (vgl. Abbildung 5-5, 11), so dass bezogen auf das Alter von einer verzerrungsfreien Erreichung der Zielgruppe durch HaLT ausgegangen werden kann.

Bei einer kombinierten Betrachtung von Alter und Geschlecht wird deutlich, dass die in HaLT vermittelten Mädchen bei einer Betrachtung von Perzentilen durchgängig etwa ein Jahr jünger sind als die Jungen. Das Alter, in dem weibliche Jugendliche am häufigsten wegen riskantem Konsum in das HaLT-Angebot vermittelt werden, liegt bei 15 Jahren, während bei männlichen Jugendlichen die Häufigkeit mit 16 Jahren am höchsten ist.

Bei den 13- und 14-Jährigen liegen die Anteile der Mädchen deutlich höher als bei den Jungen, in den Altersjahrgängen ab 16 Jahren sind die Jungen dagegen häufiger vertreten (vgl. Abbildung 5-6).

Abbildung 5-6: Von HaLT erreichte Kinder und Jugendliche nach Alter und Geschlecht (N=760)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Im Abgleich mit den Ergebnissen einer im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführten bundesweiten Klinikdatenerhebung<sup>27</sup> weist die Analyse der Verteilung von Alter und Geschlecht der von HaLT erreichten Jugendlichen nur geringe

27 Vgl. Prognos 2004.

Abweichungen auf. Dies zeigt, dass das reaktive HaLT-Angebot die anvisierte Zielgruppe erreicht, ohne dass dabei wesentliche systematische Verzerrungen bemerkbar werden.

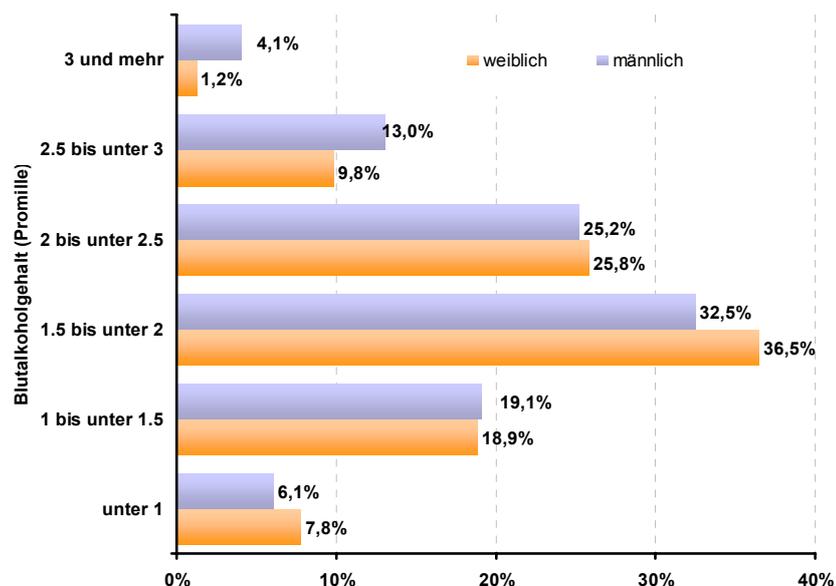
## 5.2 Situation und Umstände der Intoxikation

Die Dokumentation der Brückengespräche bietet die Chance, genauere Informationen über die unmittelbaren Umstände des Binge Drinkings zu erhalten. Hierzu umfasste das Dokumentationsraster Fragen zu Blutalkoholwerten, Anlass, Ort und Zeit der Alkoholintoxikation sowie zu den Bezugsquellen, von denen die überwiegend minderjährigen und oft unter 16 Jahre alten Kinder und Jugendlichen an Alkoholika gelangt sind.

### 5.2.1 Blutalkoholwerte

Die Blutalkoholwerte, die bei Kindern und Jugendlichen bei der Behandlung in der Klinik gemessen wurden, lagen in 60% der Fälle zwischen 1,5 und 2,5 Promille. Die gemessenen Blutalkoholwerte reichen bis zu 4‰ bei einem 16-jährigen Jungen 3,3‰ bei einem 15-jährigen Mädchen. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich nur geringfügige Unterschiede bei den Blutalkoholwerten (vgl. Abbildung 5-7).

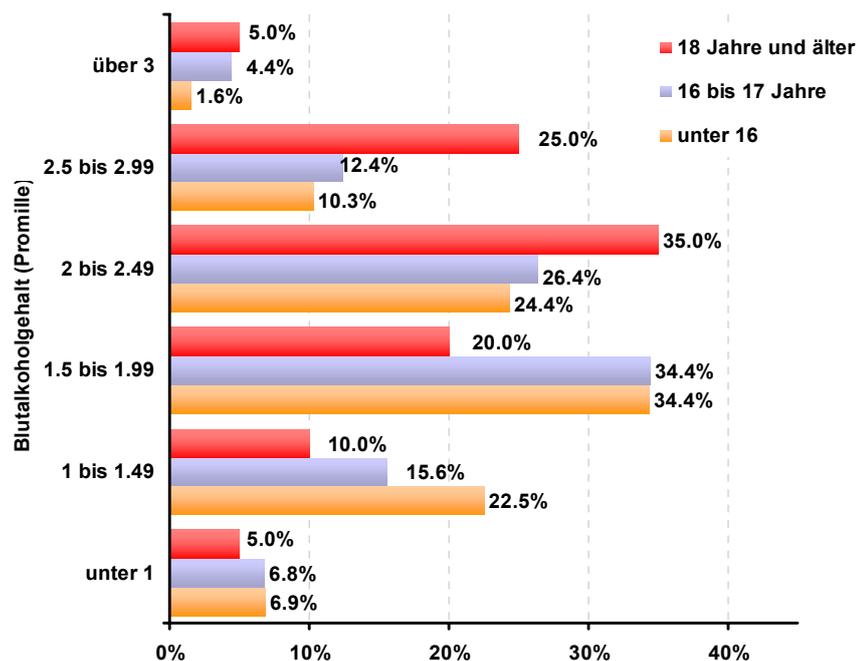
Abbildung 5-7: Festgestellter Blutalkoholwert nach Geschlecht (N=689)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Bei einer nach Altersgruppen differenzierten Analyse der Blutalkoholwerte zeigen sich bei den Gruppen der unter 16-Jährigen und bei den 16-17-Jährigen im Bereich der hohen Werte nur geringe Unterschiede. In beiden Gruppen wurden in knapp 40% der Fälle Werte über 2‰, in jeweils über 10% der Fälle gar über 2,5‰, gemessen. Deutliche Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen zeigen sich im Bereich zwischen einem und 1,5 Promille. Während bei den behandelten unter 16-Jährigen und 16-17-Jährigen mit jeweils 34% innerhalb beider Altersgruppen am häufigsten Werte zwischen 1,5‰ und 2,0‰ gemessen werden, sind die unter 16-Jährigen im Bereich zwischen 1,0‰ und 1,5‰ mit 23 Prozent deutlich häufiger vertreten als die 16 bis 17-jährigen (16 Prozent). Dies zeigt unter anderem, dass bei jüngeren Kindern und Jugendlichen eine medizinische Behandlungsnotwendigkeit bereits bei im Vergleich gesehen niedrigeren Blutalkoholwerten unter 1,5‰ besteht (vgl. Abbildung 5-8).

Abbildung 5-8: Kinder und Jugendliche mit Alkoholintoxikationen: Festgestellter Blutalkoholwert nach Alter (Prozentwerte, N=590)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Bei den behandelten Jugendlichen, die 18 Jahre oder älter sind, lagen die Blutalkoholwerte in über zwei Drittel der Fälle über 2‰ und in 30 Prozent der Fälle über 2,5‰.

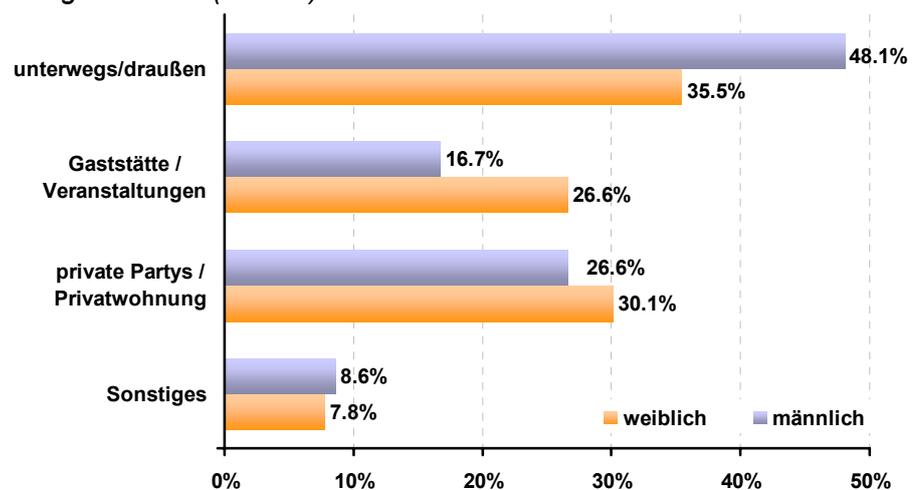
### 5.2.2 Ort und Zeit der Intoxikationen

Die häufigste Nennung zu dem Ort, an dem die mit riskantem Alkoholkonsum aufgefallenen Kinder und Jugendlichen exzessiv

Alkohol konsumiert haben, ist eher unspezifisch „unterwegs / draußen“. Über 40 Prozent der Intoxikationen finden im Freien zumeist ohne besonderen äußeren Anlass statt. Typische Orte sind dabei Parks und Spielplätze. Am zweithäufigsten findet mit 23% das Rauschtrinken zum Teil im Rahmen von Partys in privaten Wohnungen statt. Öffentliche Veranstaltungen – vor allem Karneval und Dorffeste – bilden in 16% der Fälle den Rahmen für den exzessiven Alkoholkonsum.

Zwischen den Geschlechtern zeigen sich deutliche Unterschiede beim Ort der Intoxikation (vgl. Abbildung 5-9). Der exzessive Alkoholkonsum findet bei Jungen (48%) deutlich öfter unterwegs bzw. draußen statt als bei Mädchen (36%). Dagegen trinken weibliche Kinder und Jugendliche (27%) deutlich häufiger als ihre männlichen Altersgenossen (17%) auf Veranstaltungen oder in Gaststätten so exzessiv, dass es zu einer stationären Behandlung führt. Auch Partys oder Treffen im privaten Raum sind bei Mädchen etwas häufiger als für Jungen der Ort für Rauschtrinken.

Abbildung 5-9: Ort der Intoxikation nach Geschlecht der Jugendlichen (N=677)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Über drei Viertel der Intoxikationen finden am Wochenende statt, davon 24% am Freitag und etwa 41% am Samstag und weitere 12% am Sonntag. Ein Viertel der Intoxikationen verteilt sich zu etwa gleichen Teilen auf die restlichen Wochentage. Im Jahresverlauf zeigt sich, dass es zu einer leichten Häufung der Alkoholintoxikationen in den wärmeren Monaten gegenüber den Wintermonaten kommt. Dies passt zu dem Ergebnis, dass die Intoxikationen am häufigsten im Freien stattfinden. Ausnahme ist der Fastnachtmonat Februar, der mit 10% der Intoxikationen wieder einen Anstieg verzeichnet. Am seltensten sind die Intoxikationen in den Monaten Dezember, Januar und März.

### **5.2.3 Typische Anlässe und Ursachen für das Rauschtrinken**

Die konkreten Intoxikationssituationen, d.h. die Anlässe, Ursachen, Motive und Auslöser für das Rauschtrinken, welches zur Behandlung in der Klinik führte, wurden ergänzend zu dem Ort der Intoxikationen als offene Fragen ohne Antwortvorgaben erfragt. Die HaLT-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dokumentierten die Erzählungen der Kinder und Jugendlichen jeweils stichwortartig.

In den vielfältigen Antworten lassen sich vier häufig auftretende Themen als Ursachen der Alkoholvergiftungen erkennen:

- exzessives Trinken als Zeitvertreib,
- Wetten und Trinkspiele,
- Trinken, um Probleme zu verdrängen sowie
- Naivität und Unwissenheit beim Umgang mit Alkohol.

Um ein genaueres Bild über die Hintergründe und Ursachen zu vermitteln, sind im Folgenden jeweils typische Beispiele aus den Dokumentationsbögen aufgeführt.

*Tabelle 5-1: Hintergründe und Ursachen der Alkoholintoxikationen (Beispiele)*

<b>Exzessives Trinken als Zeitvertreib</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haben sich im Park getroffen. Aus "Lust und Laune" getrunken in der Clique (Jungs u. Mädels). Hat Spass gemacht. Filmriss.</li> <li>- Traf sich mit Freund, tranken jeder "aus Langeweile" eine halbe Flasche Apfelkorn. Gingen danach in eine Kneipe, dort Bier. Brach auf dem Heimweg zusammen, Freund rief Rettung.</li> <li>- Ca. 5 Leute haben sich an der Schule getroffen. Man wollte sich betrinken, mit Wodka. Alle Jugendlichen waren unter 16 J. F. wollte zuerst nicht. Als er schon betrunken war, hat er den Ausstieg nicht geschafft.</li> </ul>
<b>Wetten und Trinkspiele</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf Hanse Sail Wein, Sekt mit Freunden geteilt, bei Wette 1 Flasche Klaren auf ex. Ist bewusstlos geworden. Notarzt wurde gerufen. Erinnerungslücke.</li> <li>- Bei Freunden gefeiert, wollte beweisen, wie viel er verträgt, trank 3/4 Fl. Wodka, ging dann auf die Strasse, brach, fiel um, Nachbarn riefen RTW.</li> </ul>
<b>Trinken, um Probleme zu verdrängen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutter hat Stress gemacht. Er packte Alkohol aus der Hausbar zusammen und hat ihn zusammen mit Freunden im H.-Center getrunken. Blackout.</li> <li>- Hatte Streit mit bester Freundin, dann auf Party, alles durcheinander getrunken, brach zusammen, Freunde riefen Krankenwagen.</li> <li>- Hat mit Freund das Schuljahresende gefeiert, wollte seine Probleme vergessen. Innerhalb von einer Stunde Fruchtw Wein, Bier und Apfelwein getrunken bis ihm schwindelig wurde.</li> </ul>
<b>Naivität und Unwissenheit beim Umgang mit Alkohol</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hat mit Freunden gut gelungene Mathearbeit gefeiert. Mixgetränke konsumiert, Menge unterschätzt.</li> <li>- Auf einer Geburtstagsparty zuerst Bier und dann Wodka getrunken. Wirkung kam überraschend. Vater brachte sie ins Spital.</li> <li>- Geburtstagsfeier: Ohne vorher zu essen ca. 7 bis 10 Gläser Wodka-Orangensaft in kurzer Zeit getrunken. Ohnmacht, Einlieferung ins Krankenhaus.</li> </ul>

Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

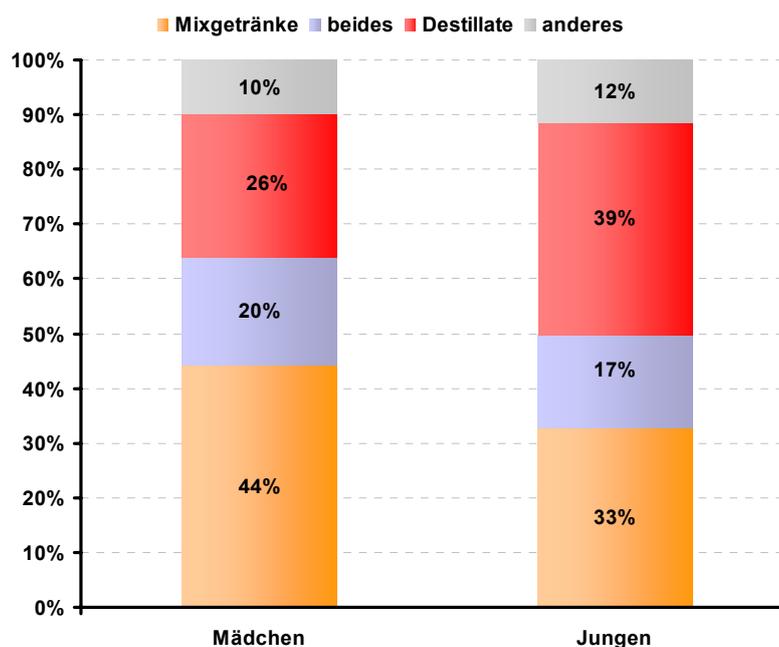
### 5.2.4 Art und Bezugsquellen der Alkoholika

Im Rahmen der standardisierten Dokumentation der Brückengespräche wurde erhoben, welche Art von Alkoholika bei der zur stationären Behandlung führenden Intoxikation getrunken wurde. Zudem wurde erhoben, wie die weit überwiegend minderjährigen Jugendlichen trotz der Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes an die Alkoholika gekommen sind.

In der Regel werden beim Rauschtrinken mehrere Alkoholarten getrunken. 55% der Jugendlichen gaben an, Bier oder Wein getrunken zu haben, 49% haben Mixgetränke mit Destillaten konsumiert, und 52% der Kinder und Jugendlichen tranken pure Destillate. Liköre u.ä., die von 7 Prozent der Jugendlichen bei der Intoxikation getrunken wurden, spielen eine untergeordnete Rolle.

Aufschlussreich wird die Analyse der getrunkenen Alkoholika bei einer Analyse der Kombinationen. Es zeigt sich, dass bei fast 90 Prozent der komatösen Alkoholvergiftungen Destillate entweder pur oder als Mixgetränke die Verursacher sind (vgl. Abbildung 5-10). Weibliche Kinder und Jugendliche trinken dabei deutlich häufiger Mixgetränke (64%) als Jungen (50%). Dagegen trinken Jungen häufiger reine Destillate (56%) als ihre Altersgenossinnen (46%). Überhaupt keine Destillate werden nur von 10% der Mädchen und 12% der Jungen bei Alkoholintoxikationen getrunken.

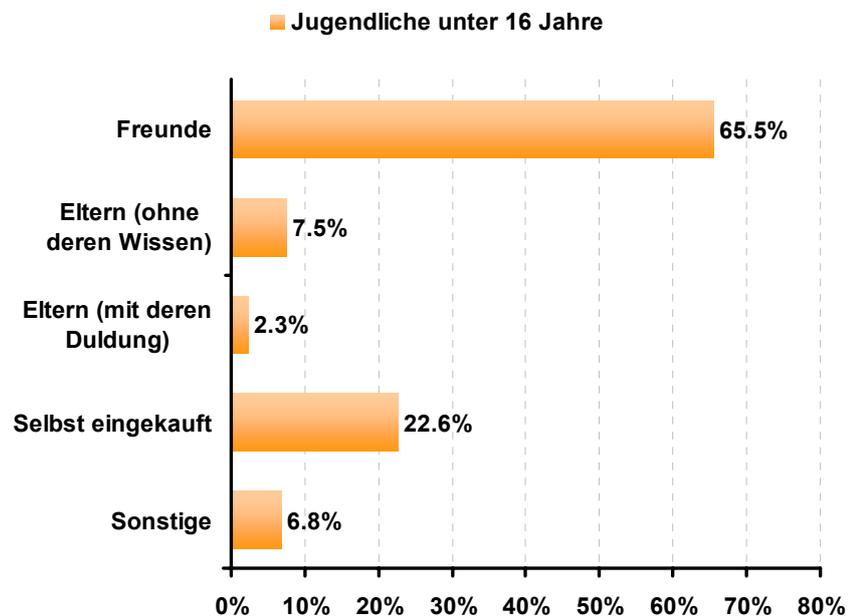
Abbildung 5-10: Bei der Alkoholintoxikation getrunkene Alkoholarten nach Geschlecht (N=694)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Als weitaus häufigste Bezugsquelle des Alkohols, der bei der komatösen Alkoholvergiftung konsumiert wurden, nennen die Jugendlichen ihre Freunde. Bei den unter 16-jährigen Kindern und Jugendlichen, an die gemäß Jugendschutzgesetz weder weiche noch hochprozentige Alkoholika verkauft werden dürfen, geben 72% an, den Alkohol von Freunden erhalten zu haben. Acht Prozent haben den Alkohol heimlich von den Eltern genommen, drei Prozent haben ihn von den Eltern mit deren Duldung – oft im Rahmen von Familienfeiern – erhalten. Immerhin ein 23 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren – und 37 Prozent der Jugendlichen unter 18 Jahren – geben an, den Alkohol selbst eingekauft zu haben (vgl. Abbildung 5-11).

Abbildung 5-11: Bezugsquellen des Alkohols bei der komatösen Alkoholvergiftung von Jugendlichen unter 16 Jahren (N=351)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation; Summe der Prozentwerte ungleich 100 aufgrund von Mehrfachnennungen

Bei der standortbezogenen Betrachtung wird ersichtlich, dass am Standort Lichtenberg der Anteil der unter 16-jährigen Selbsteinkäufer mit gut 70% am höchsten ist. Immerhin ca. 35% der unter 16-jährigen in Frankfurt und Osnabrück geben ebenfalls an, den Alkohol selber eingekauft zu haben, in Segeberg sind es sogar 50%. Diese Resultate weisen auf starke Defizite bei der Umsetzung der Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes hin und unterstreichen die Notwendigkeit entsprechender Aktionen im proaktiven Baustein der HaLT-Projekte.

### 5.2.5 Lebensbedrohende Risiken durch komatöse Alkoholvergiftungen

In diesem Bericht wurde bereits zu Beginn ausgeführt, dass risikanter Alkoholkonsum auf vielfache Weise eine Gefahr für die Gesundheit der Jugendlichen darstellen kann. Eine spätere Substanzabhängigkeit oder eine Belastung für die psychosoziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen stellen dabei nur einen Teil der Bedrohungen dar. Für Kinder und Jugendliche bestehen ebenfalls eine Reihe unmittelbarer, zum Teil lebensbedrohender Risiken bei exzessivem Alkoholkonsum, die in unmittelbarer Weise deutlich werden durch Erlebnisberichte in den Brückengesprächs-Dokumentationen. Typische Schilderungen in der Dokumentation beziehen sich auf massive Unterkühlung, Aussetzen lebenswichtiger Funktionen und organische Schäden sowie Verletzungen durch Unfälle und Gewaltdelikte.

*Tabelle 5-2: Erlebte Risiken durch komatöse Alkoholvergiftungen (Beispiele aus den HaLT-Gesprächsdokumentationen)*

<b>Lebensbedrohung durch Unterkühlung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Private Party. Klientin hat Zoff mit der Mutter und ihrem Freund. Hat 10 Drinks, 4 Bier und 1,5 Liter Wodka getrunken. Kam mit Unterkühlung in die Klinik, musste 2mal wiederbelebt werden.</li> <li>- Mit Freunden unterwegs, trank „harte Sachen“ (Bacardi etc.), brach auf Nachhauseweg zusammen, wurde unterkühlt von Polizei aufgefunden, diese brachte ihn ins Krankenhaus.</li> <li>- Hat Geburtstag eines guten Freundes gefeiert. Mixgetränke getrunken, dann starke Übelkeit und Erbrechen. Wurde auf Sportplatz bei 8° gefunden, war unterkühlt.</li> <li>- Jugendtreff. Ein Glas Kirschlikör, 1 Glas Apfelkorn, Mixgetränk. Übelkeit und Erbrechen, teilweise bewusstlos, unterkühlt.</li> </ul>
<b>Aussetzen lebenswichtiger Funktionen / organische Schäden</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geburtstagsfeier eines Bekannten. Konsum von hochprozentigem Alkohol pur. Zusammenbruch in der Wohnung. Herzstillstand während DRK vor Ort war. Wiederbelebung und Intensivstation.</li> <li>- Mit 2 Freundinnen auf Spielplatz getrunken, über älteren Jugendlichen Alkohol besorgt (Korn). Viel getrunken/erbrochen. Erbrochenes in Luftröhre gekommen, von älteren Freunden gefunden. Intensivstation, 8 Tage Krankenhaus. Eltern in Urlaub, war bei Freunden.</li> <li>- Mit Freunden getrunken. Straftat unter Alkoholeinfluss. Ohne Bewusstsein eingeliefert. Risse in Speiseröhre und Magen aufgrund von Alkoholkonsum.</li> </ul>

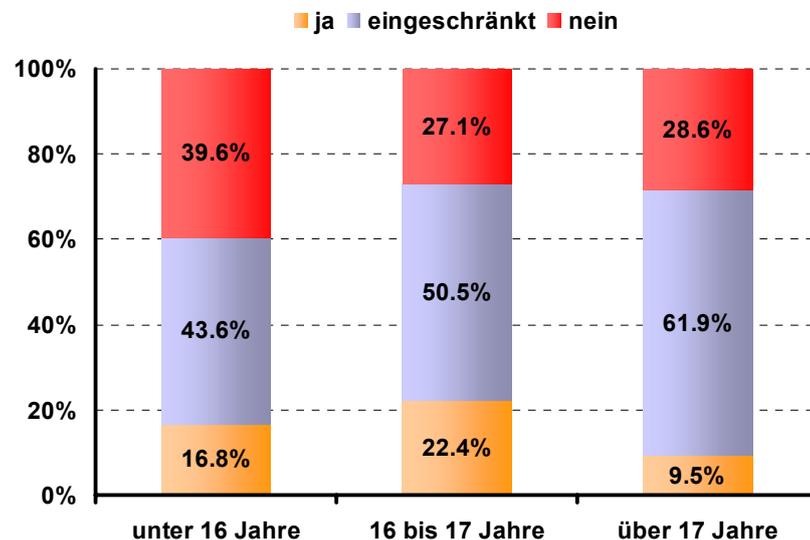
Fortsetzung Tabelle 5-2

<b>Verletzungen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf Friedhof Geb. gefeiert. Wollte eigentlich nicht trinken. Wodka war da, dann doch getrunken. Erinnerungslücken. Schürfwunden an Kopf und Armen. Ist auf der Straße aufgelesen worden; anderen sind weggegangen, dachten er spielt. 14jähr. dagebl., überfordert.</li> <li>- Hat mit Freunden Wodka getrunken. Wurde sehr schnell betrunken, Filmriss. Vollgekotzt und mit Urin durchnässt in die Klinik gekommen. Zahn war angeschlagen.</li> </ul>
<b>Gewalterfahrung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit Kumpels auf Sommerfest Selbstgemixtes getrunken. Jemand habe ihn in Magen beboxt, da er das Auto zerkratzt haben soll</li> <li>- War in Disko, hat Wodkalemon (0.5Liter) getrunken. Es kam zur Rangelei. Jemand schlug ihm auf die Nase – Fraktur.</li> <li>- Hatte Fußball gespielt u. dann mit Kumpels 4 Bier und 0.5 Flasche Likör getrunken. Habe sich nicht betrunken gefühlt. Es sei aber zur Schlägerei gekommen. Hat Kopfplatzwunde, die genäht wurde.</li> </ul>

*Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation*

Nur jeder Fünfte der Jugendlichen, die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert wurden, war sich dabei über die lebensbedrohenden Risiken exzessiven Alkoholkonsums im Klaren. 34% der Kinder und Jugendlichen hatten überhaupt kein Bewusstsein über die Gefahren, knapp 50% hatten ein eingeschränktes Risikobewusstsein. Bemerkenswert ist dabei, dass die Risikowahrnehmung mit zunehmendem Alter offensichtlich nicht steigt. Zwar zeigt sich die Gruppe der 16-17-Jährigen kompetenter als jüngere Altersgruppen. Das geringste Gefahrenbewusstsein im Vergleich der Altersgruppen ist allerdings bei den über 17-jährigen vorhanden (vgl. Abbildung 5-12)

Abbildung 5-12: Bewusstsein für Lebensgefahr durch exzessiven Alkoholkonsum vor der Intoxikation nach Alter (N=692)



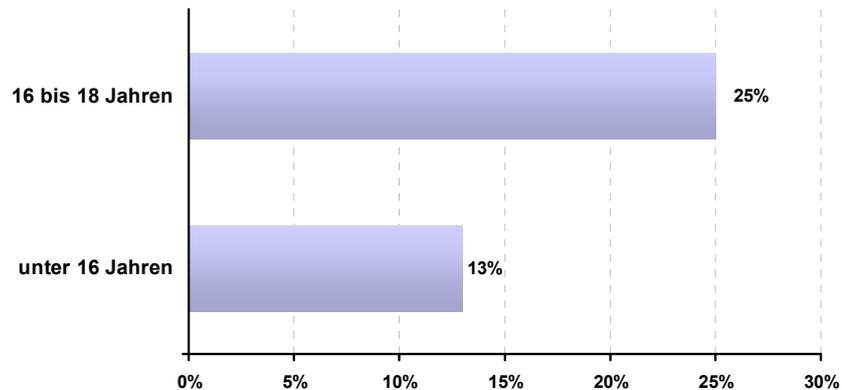
Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Das geringe Bewusstsein über die Gefahren exzessiven Alkoholkonsums verdeutlicht die Relevanz von geeigneten Aufklärungsmaßnahmen, wie sie im proaktiven HaLT-Baustein umgesetzt werden. Die geringe Kompetenz älterer Jugendlicher weist darauf hin, dass Informationsangebote nicht nur an jüngere Jahrgänge gerichtet sein sollten.

### 5.2.6 Mehrfachvergiftungen

Für über drei Viertel der von HaLT erreichten Kinder und Jugendlichen handelt es sich bei der Behandlung, die zur Überleitung in das HaLT-Angebot führte, um die erste komatöse Alkoholvergiftung. Dagegen wurden 22 Prozent der nach HaLT vermittelten Kinder und Jugendlichen bereits in der Vergangenheit einmal oder mehrmals wegen Alkoholvergiftungen behandelt. In der Altersgruppe unter 16 Jahren liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit wiederholten Alkoholvergiftungen bei 13%. Bei den 16 – 17-Jährigen berichten bereits ein Viertel der Jugendlichen von vorausgegangenen komatösen Alkoholintoxikationen (vgl. Abb. 5-13).

Abbildung 5-13: Kinder und Jugendliche mit wiederholten Alkoholvergiftungen (N=738)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Der hohe Anteil an Kindern und Jugendlichen mit wiederholter Alkoholintoxikation zeigt die Notwendigkeit eines effektiven Interventionsangebotes, da die Erfahrung der Alkoholvergiftung allein ohne Prävention in vielen Fällen offensichtlich zu keinem verantwortungsbewussteren Alkoholkonsum führt. Der mit dem Alter deutlich zunehmende Anteil von Jugendlichen mit mehrmaligen komatösen Alkoholvergiftungen unterstreicht zudem die Bedeutung einer möglichst frühen Intervention.

### 5.3 Sozioökonomischer und familiärer Hintergrund der Jugendlichen

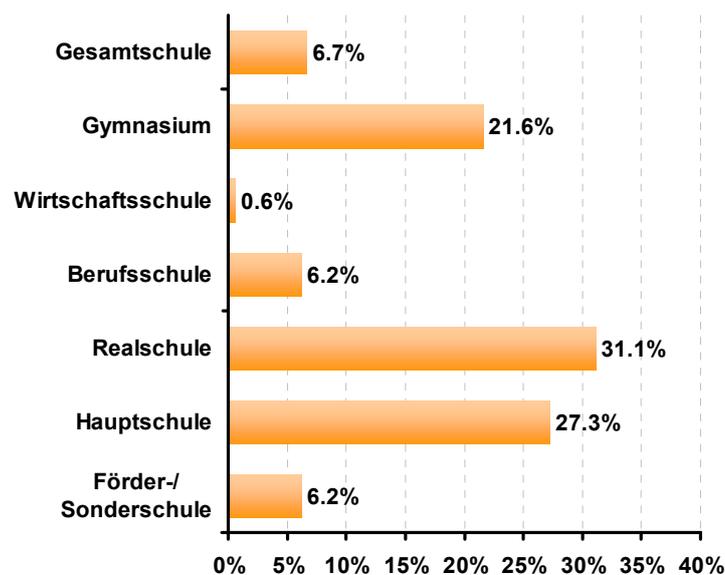
Über die Hintergründe riskanten Alkoholkonsums liegen bislang wenige Erkenntnisse vor. Als möglicher Einflussfaktor für exzessive Alkoholkonsummuster kann der sozioökonomische Hintergrund der Jugendlichen vermutet werden. So vermuten z.B. Richter e.a. (2004) eine zweifache Prädisposition von Jugendlichen aus unteren sozialen Schichten für missbräuchlichen Drogenkonsum, da zum einen die Wahrscheinlichkeit für belastende Faktoren aus dem Elternhaus höher ist, zum anderen die Ressourcen zur Lösung von Herausforderungen im Alltag geringer sind.<sup>28</sup> Vor diesem Hintergrund wurden innerhalb der standardisierten Dokumentation der Brückengespräche auch

<sup>28</sup> Richter, M./ Bauer, U. / Hurrelmann, K. (2004): Konsum psychoaktiver Substanz im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Ergebnisse der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 1-2/ 2004. S. 30-38.

Informationen zum sozialen Hintergrund der Jugendlichen erhoben. Aspekte waren dabei der – angestrebte – Schulabschluss der Kinder und Jugendlichen sowie die berufliche Qualifikation der Eltern. Gut 80% der Jugendlichen sind Schüler, 7% machen eine Ausbildung und 6% sind arbeitslos.

Über ein Viertel der Schüler und Auszubildenden, die von HaLT wegen riskantem Alkoholkonsum erreicht wurden, besuchen die Hauptschule bzw. haben sie als höchste Schulbildung absolviert. Gut sechs Prozent sind auf einer Förder- oder Sonderschule. Ein knappes Drittel der Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen besucht die Realschule und gut sechs Prozent eine Berufsschule. Der Anteil der Gymnasiasten beträgt 22%. Weitere 7 Prozent besuchen eine Gesamtschule (vgl. Abbildung 5-14).

Abbildung 5-14: Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum nach besuchter Schule bzw. Schulabschluss (Prozentwerte, N=675)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

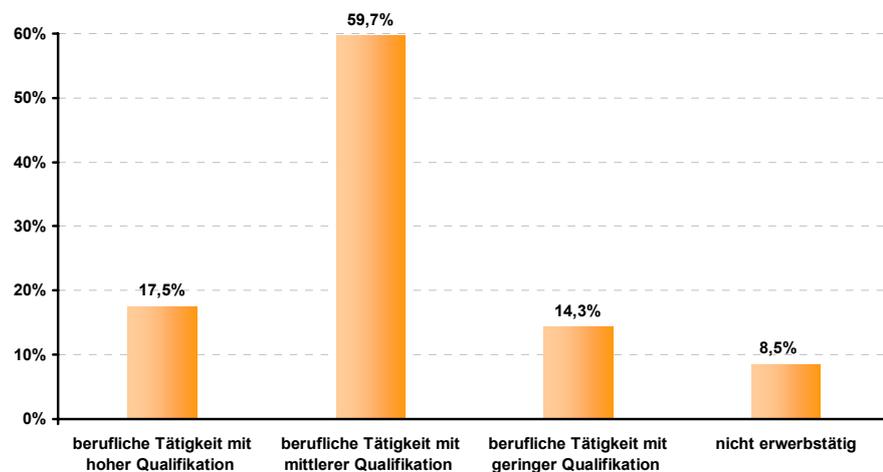
Es ist festzuhalten, dass sich riskante Alkoholkonsummuster bei Schülern aller Schulformen finden und sich das Risiko nicht auf Kinder und Jugendliche mit niedrigem Bildungsgrad beschränkt. Die Anteile der Haupt- und Realschüler, die wegen riskantem Alkoholkonsum in das HaLT-Angebot vermittelt wurden, entsprechen in etwa den Anteilen aller Schüler in den jeweiligen Bundesländern.<sup>29</sup> Lediglich die Gymnasiasten sind unterproportional betroffen: Während diese Gruppe gut 20 Prozent an den von HaLT erreichten Jugendlichen ausmacht, beträgt ihr Anteil an allen Schülern der Jahrgangsstufe 8 in den entsprechenden Bun-

29 Vgl. Statistisches Bundesamt (2006/07) [www.destatis.de](http://www.destatis.de).

desländern 33 Prozent. Somit sind Kinder und Jugendliche aus Gymnasien als Klienten der reaktiven HaLT-Angebote zwar unterrepräsentiert, stellen aber dennoch einen bedeutenden Anteil an den Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum.

Als weiteres Merkmal zum sozioökonomischen Hintergrund der durch riskanten Alkoholkonsum aufgefallenen Kinder und Jugendlichen wurde der berufliche Status der Eltern erfragt. Für die Auswertung wurde eine integrierte Variable gebildet, aus der der jeweils höhere Status von Mutter und Vater hervorgeht bzw. bei Alleinerziehenden dessen Status abbildet. Der mit knapp 60 Prozent weitaus größte Teil der Kinder und Jugendlichen mit Alkoholvergiftungen kommt aus Familien mit mittel qualifizierten Arbeitnehmern oder Selbständigen. In 18 Prozent der Elternhäuser sind Mutter oder Vater hoch- oder höherqualifizierte Erwerbstätige. Bei 14 Prozent der Jugendlichen sind die Eltern an- oder ungelernte Arbeiter, bei weiteren 9 Prozent sind die Eltern – in der Mehrzahl der Fälle allein erziehende Mütter – nicht erwerbstätig.

*Abbildung 5-15: Höchster beruflicher Status von Mutter oder Vater der Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum (Prozentwerte, N= 635)*



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Bei einem Vergleich der Elternhäuser der riskant konsumierenden Jugendlichen mit der Qualifikationsstruktur der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zeigt sich eine weitestgehende Übereinstimmung. Für das Jahr 2000 weist die Gesamtbildungsrechnung 30% Männer und Frauen ohne Berufsabschluss, 58% mit Lehr- oder Fachschulabschluss und 12% mit Hoch- oder Fachhoch-

schulabschluss aus.<sup>30</sup> Somit zeigt sich deutlich, dass Kinder aus Familien aus unteren sozialen Schichten nicht überrepräsentiert sind, sondern die Elternhäuser der aufgefallenen Kinder und Jugendlichen was den beruflichen Status betrifft einen repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt abbilden.

### 5.3.1 Familiäres Umfeld

Neben den Fragen zum beruflichen Status der Eltern wurde eine Reihe weiterer Aspekte zum familiären Hintergrund der Kinder und Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen erfasst. Hierzu zählen die ethnisch-kulturelle Herkunft der Eltern und die Wohnsituation.

Bei 80% der betroffenen Kinder und Jugendlichen sind beide Elternteile Deutsche, bei weiteren 7% hat ein Elternteil einen deutschen und der andere Elternteil einen nichtdeutschen Hintergrund. Bei 8% haben beide Elternteile einen Migrationshintergrund. Verglichen mit dem Anteil der Ausländer an der Wohnbevölkerung der entsprechenden Bundesländer von 8,8%<sup>31</sup> zeigt sich damit keine erhebliche Abweichung. Sechs Prozent der Kinder und Jugendlichen kommen aus Aussiedler-Familien.

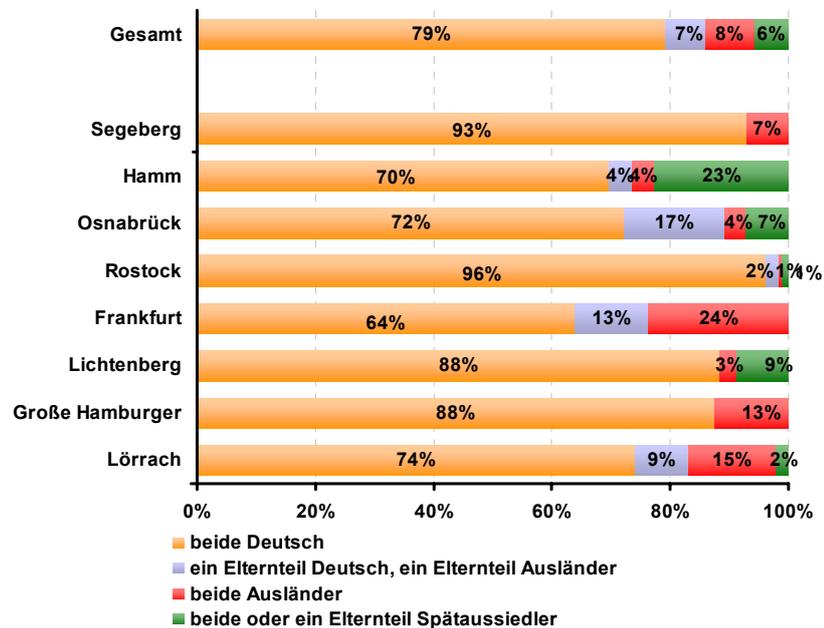
Die Verteilung der ethnisch-kulturellen Herkunft der Eltern ist an den Standorten höchst unterschiedlich. In Lichtenberg und in Rostock sind mit rund 90% bei nahezu allen Jugendlichen beide Elternteile Deutsche. Im Standortprojekt Hamm stammen knapp ein Viertel der erreichten Kinder und Jugendlichen aus Aussiedlerfamilien. Im Frankfurter HaLT-Projekt liegt der Anteil der Ausländer mit 24% am höchsten (vgl. Abb. 5-16).

---

30 Reinber A., Hummel M. (2003) : Steuert Deutschland langfristig auf einen Fachkräftemangel zu ? IAB-Kurzbericht Nr.9 2003.

31 Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Gebiet und Bevölkerung – Ausländische Bevölkerung zum 31.12.2006. [www.statistik-portal.de](http://www.statistik-portal.de).

Abbildung 5-16: Ethnisch-kulturelle Herkunft der Eltern betroffener Jugendlicher nach Standort (N=690)

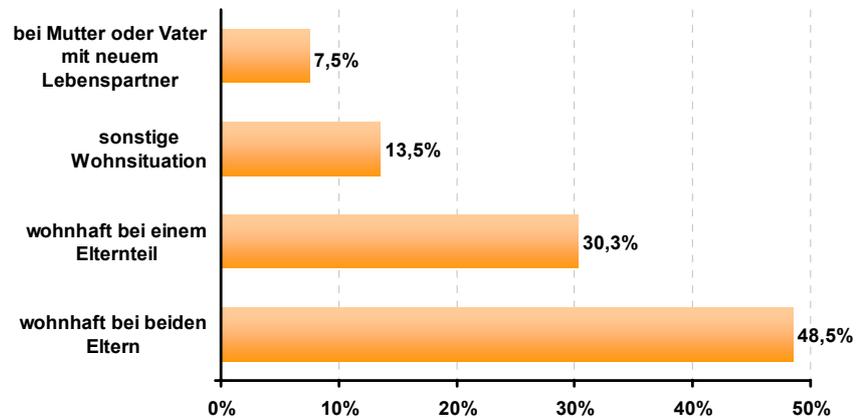


Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Knapp die Hälfte der betroffenen Kinder und Jugendlichen geben an, bei beiden Eltern zu wohnen. Weitere acht Prozent der Jugendlichen geben an, bei Mutter oder Vater mit neuem Lebenspartner zu wohnen. Damit leben 56% der Jugendlichen in einem Haushalt mit zwei Bezugspersonen. Rund 30% geben an, nur bei einem Elternteil zu leben. Gemäß Mikrozensus leben in Deutschland 15% der unter 18-jährigen bei einer allein erziehenden Mutter oder einem allein erziehenden Vater<sup>32</sup>. Somit sind Jugendliche, die bei einem Elternteil wohnen bei HaLT stark überproportional vertreten (vgl. Abb. 5-17).

32 Ergebnisse des Mikrozensus – Bevölkerung, 2006. www.destatis.de.

Abbildung 5-17: Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen (N=702)

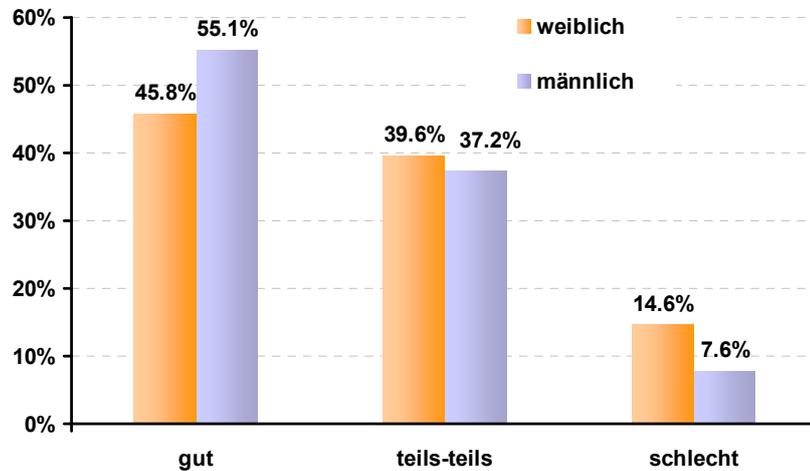


Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

## 5.4 Mögliche Belastungen und Konsum anderer Suchtmittel

Als möglicher auslösender oder begünstigender Faktor für exzessiven Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen wurde bei der Konzeption der Untersuchung ein zerrüttetes Verhältnis zur Familie diskutiert und eine entsprechende Frage in die Dokumentation aufgenommen. Die Ergebnisse zeigen, dass über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen ihr Verhältnis als gut bezeichnet. Nur etwa jeder zehnte Jugendliche beschreibt das Verhältnis zur Familie als schlecht. Dabei zeigen sich leichte geschlechtsspezifische Unterschiede, wobei die männlichen Kinder und Jugendlichen ihr Verhältnis zur Familie besser beurteilen als ihre Altersgenossinnen.

Abbildung 5-18: Kinder und Jugendliche mit Alkoholintoxikationen: subjektive Einschätzung des Verhältnisses zur Familie (Prozentwerte, N=707)

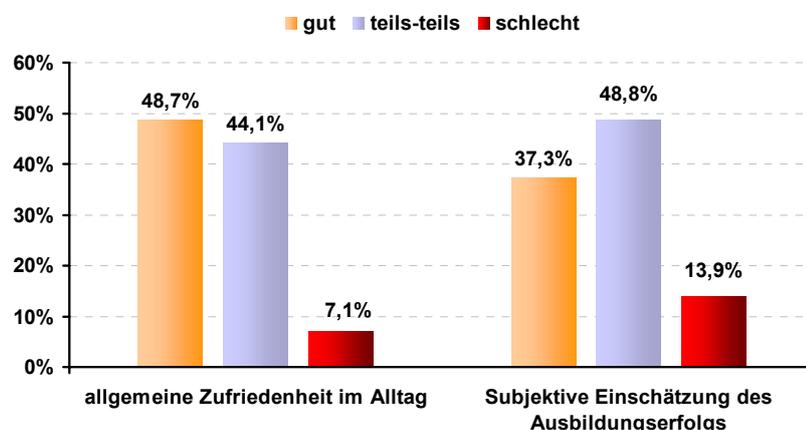


Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Ebenso wenig zeigen sich Auffälligkeiten bei der Einschätzung der allgemeinen Zufriedenheit im Alltag oder des Erfolgs der schulischen oder beruflichen Ausbildung. Knapp die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum spricht von einer guten Zufriedenheit im Alltag, weitere 44 Prozent beurteilen die Zufriedenheit als „teils-teils“, und nur acht Prozent sprechen dezidiert von einer Unzufriedenheit (vgl. Abbildung 5-19).

Ihren schulischen oder beruflichen Ausbildungserfolg schätzen nur 14% der mit riskantem Alkoholkonsum aufgefallenen Kinder und Jugendlichen als schlecht ein. Knapp die Hälfte beurteilt den Ausbildungserfolg unentschieden, und 37% beurteilen den Erfolg als gut.

Abbildung 5-19: Subjektive Einschätzung der Zufriedenheit im Alltag (N=715) und des Ausbildungserfolgs (N=699)



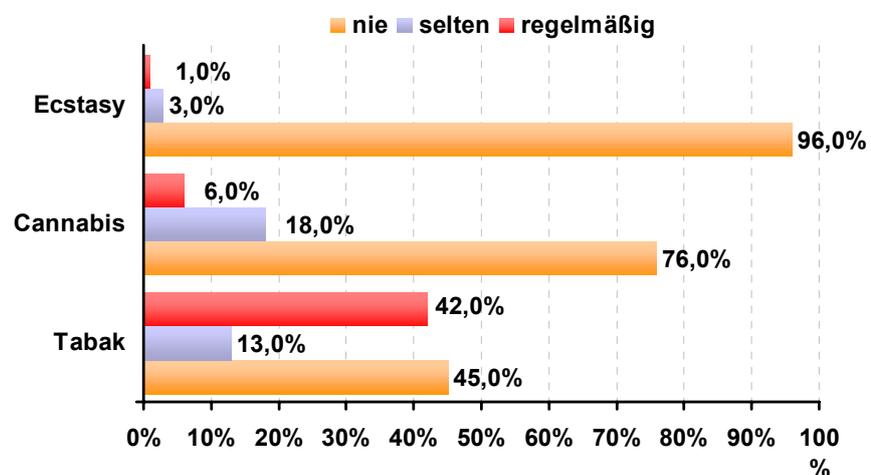
Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Somit zeigen sich weder bei der Einschätzung des Verhältnisses zur Familie noch bei der Bewertung der allgemeinen Zufriedenheit und des Ausbildungserfolgs Auffälligkeiten bei den riskant konsumierenden Kindern und Jugendlichen. Es ist allerdings anzumerken, dass diese Antworten auf subjektiven Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen ohne Vergleichsmaßstab beruhen und daher höchst vorsichtig interpretiert werden müssen.

### 5.4.1 Suchtmittelkonsummuster der Jugendlichen

Gut 40 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die durch riskanten Alkoholkonsum aufgefallen sind, geben an, regelmäßig zu rauchen (vgl. Abb. 5-20). Dieser Anteil liegt deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt der Altersgruppe der 12-17-jährigen, der im Drogen- und Suchtbericht 2007 mit 20% ausgewiesen wird. Cannabis wird von 76% der Jugendlichen nie und von 18% nur selten konsumiert. Ecstasy wird von 96% der Kinder und Jugendlichen überhaupt nicht genommen. Daraus kann abgeleitet werden, dass beim reaktiven Angebot des HaLT-Konzepts ein alkohol-spezifischer Schwerpunkt sinnvoll ist, ggf. mit Ergänzungen zum Thema Rauchen.

Abbildung 5-20: Kinder und Jugendliche mit Alkoholintoxikationen: Konsum anderer Suchtmittel (N=654)



Quelle: Prognos AG 2008, Auswertung der Brückengesprächsdokumentation

Bezüglich der Konsumhäufigkeit von Alkohol weisen die wegen einer Alkoholintoxikation auffällig gewordenen Kinder und Jugendlichen in einer detailliert altersspezifischen Betrachtung keine wesentlichen Unterschiede zu den von der BZgA repräsentativ ermittelten Trinkgewohnheiten Jugendlichen auf.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007

## 5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Brückengesprächsbogen

Die von HaLT zum größten Teil über Kliniken erreichten 764 Kinder und Jugendlichen spiegeln bezüglich Alter und Geschlecht die Struktur der Diagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes wider und entsprechen ebenfalls den Ergebnissen einer stichprobenartigen bundesweiten Klinikdatenanalyse von Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen. Somit kann festgehalten werden, dass das reaktive HaLT-Angebot die Zielgruppe ohne systematische Verzerrung erreicht.

59 % der Kinder und Jugendlichen mit Alkoholvergiftungen, die von HaLT erreicht wurden, sind männlich, 41 % sind weiblich.

Die meisten Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen sind zwischen 15 und 16 Jahren alt. Die wegen riskantem Alkoholkonsum aufgefallenen Mädchen sind dabei im Durchschnitt ein knappes Jahr jünger als die Jungen.

Die Auswertungen nach dem sozioökonomischen Status der Eltern der Jugendlichen zeigen deutlich, dass komatöse Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen keineswegs ein auf sozial schwache Schichten beschränktes Problem darstellt. Auch Fragen zum Verhältnis zur Familie, zur allgemeinen Zufriedenheit und zum Ausbildungserfolg legen keineswegs spezielle Problemlagen der Jugendlichen offen. Ein Präventionsansatz wie HaLT, bei dem der Schwerpunkt des reaktiven Angebots auf der Stärkung der Risikokompetenz und weniger – bzw. nur bei deutlich werdendem Bedarf – auf der Förderung von Ressourcen und der Verringerung von Belastungen liegt, erscheint daher angemessen.

23 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren und 37 Prozent der unter 18-Jährigen haben die Alkoholika für ihre komatöse Alkoholvergiftung selbst gekauft. Mit Blick auf den Umstand, dass bei nahezu 90 Prozent der Intoxikationen hochprozentige Alkoholika getrunken wurden, wird deutlich, dass die Bestimmungen des Jugendschutzes in unzureichendem Maße eingehalten werden.

Die Zahl der betroffenen Jugendlichen, die oft lebensbedrohenden Folgen der Intoxikationen und durchaus verbreitete wiederholte komatöse Alkoholvergiftungen unterstreichen die Notwendigkeit einer gleichzeitig frühinterventiv als auch proaktiv wirksamen Präventionsstrategie wie der HaLT-Konzeption.

## 6 Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms

Das wesentliche Merkmal der HaLT-Präventionsstrategie ist der Netzwerkansatz mit zahlreichen Kooperationen über die Grenzen des Suchthilfesystems hinaus. Der Erfolg des Konzepts hängt entscheidend vom Funktionieren der Schnittstellen zu den Kooperationspartnern ab. Daher konzentriert sich die wissenschaftliche Begleitung vor allem auf die Organisations- und Managementaspekte bei den Kooperationsbeziehungen und der konkreten Schnittstellenausgestaltung. Da in der Regel keine verbindlichen bzw. vertraglich geregelten Vereinbarungen zur Zusammenarbeit getroffen und die Leistungen der Kooperationspartner nicht finanziell vergütet werden können, werden besonders hohe Anforderungen an das reibungslose Funktionieren der Schnittstellen und an einen begrenzten Aufwand für die Kooperationspartner gestellt. Mit Blick auf die verfügbaren Ressourcen der Projekte ist ebenfalls der Aufwand für die Standortprojekte und die Effizienz der Kooperationsbeziehungen von entscheidender Bedeutung.

Der Netzwerkansatz ist sowohl für den reaktiven wie für den proaktiven Projektbaustein typisch. Im Folgenden werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung hinsichtlich der Eignung der Schnittstellen und Kooperationen für den reaktiven und den proaktiven Bereich getrennt dargestellt. Gleichwohl existieren hierbei in der Praxis zahlreiche Überschneidungen, so dass eine eindeutige Zuordnung von Kooperationsbeziehungen zu einem der beiden Bereiche z.T. kaum möglich ist.

### 6.1 Kooperationspartner und Schnittstellen im reaktiven Bereich

Der reaktive HaLT-Baustein zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche mit riskanten Alkohol-Konsummustern, insbesondere im Zusammenhang mit schweren Alkoholintoxikationen, frühzeitig innerhalb eines niederschweligen Angebots zur Reflexion dieser Konsumgewohnheiten zu bewegen. Hierfür wird die gezielte Entwicklung und Optimierung von neuen niedrigrschweligen Zugangswegen und Kontaktmöglichkeiten zu Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum über die Grenzen des Suchthilfesystems im engeren Sinne hinaus verfolgt.

Ziel dieses Interventionsansatzes ist es, Kinder und Jugendliche in einem sehr frühen Stadium einer (potenziellen) Suchtkarriere zu erreichen. Die Intervention soll grundsätzlich nur temporär und nicht dauerhaft erfolgen. Sofern notwendig, soll eine Überleitung

der Jugendlichen in weiterführende Hilfen – außerhalb von HaLT – veranlasst werden.

Wichtige Kooperationsbeziehungen innerhalb des reaktiven Projektbausteins wurden von den Standortprojekte mit Kliniken, Sanitätern, der Polizei, dem Jugendamt, Jugendwohngruppen, Jugendgerichten bzw. Diversionsbüros, der offenen Jugendarbeit, Lehrkräften an Schulen, der Schulsozialarbeit sowie Ausbildungsbetrieben bzw. –trägern geschlossen. Darüber hinaus wurden von einigen Projekten Kontakte zu Vereinen und Jugendgruppen aufgebaut, wobei diese Kooperationsbeziehungen typischerweise einen Schnittbereich von proaktiver und reaktiver Präventionstätigkeit bildeten. Tabelle 6-1 zeigt eine Übersicht der Kooperationen der Standortprojekte. Hierbei sind ausschließlich die bis Ende 2006 realisierten Kooperationen aufgeführt. Kooperationen, die sich in Planung oder Aufbau befinden, sind nicht berücksichtigt.

*Tabelle 6-1: Kooperationspartner der Standortprojekte im reaktiven Projektbaustein*

Standortprojekt	Kooperationspartner										
	Lörrach	Berlin-Mitte	Berlin-Lichtenberg	Frankfurt	Greifswald	Rostock	Osnabrück	Hamm	Ahrweiler	Segeberg	Erfurt
Kliniken	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Schulen	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•
Rettungsdienste, Sanitäter		•		•			•	•		•	
Jugendwohnheime, Wohngruppen		•	•		•		•				
Jugendgerichte, Diversionsbüros, Bewährungshilfe	•	•	•	•	•		•	•	•	•	
Ausbildungsträger, Jugendberufshilfe, Jugendaufbauwerk	•	•	•					•		•	
Offene Jugendarbeit		•	•	•	•		•	•	•	•	
Straßensozialarbeit		•	•	•							
Vereine, Jugendgruppen	•			•			•		•	•	
Suchtberatungsstellen		•	•	•		•					
Polizei	•					•		•	•	•	
sonstige Jugendhilfe-Einrichtungen			•		•		•	•	•	•	•

Für eine systematische Beurteilung der Funktionsfähigkeit und Eignung dieser Kooperationsbeziehungen und Schnittstellen werden für den reaktiven Projektteil die folgenden Kriterien herangezogen:

- Erreichung der anvisierten Zielgruppe mit den Aspekten
  - Erreichbarkeit: Inwiefern ist es durch die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Partnern – theoretisch und praktisch – möglich, einen frühen Zugang zu riskant konsumierenden Kindern und Jugendlichen zu bekommen?
  - Zielgenauigkeit / Zielgruppenschärfe: Wie zielgenau im Sinne der indizierten Prävention können betroffene Kinder und Jugendliche erreicht werden?
  - Reichweite: Welche Reichweite (bezogen auf potenziell betroffene Kinder und Jugendliche) wird durch den Kooperationspartner ermöglicht?
- Funktionsfähigkeit der Kooperation u.a. mit den Aspekten
  - Aufwand der Partner bei der praktischen Zusammenarbeit
  - Verbindlichkeit / Sicherstellung der Überleitung in das HaLT-Angebot
- Aufwand und Hindernisse beim Aufbau und Pflege der jeweiligen Kooperationsbeziehung
  - Notwendiger zeitlicher Aufwand zur Etablierung einer Kooperationsbeziehung
  - Strukturelle Hindernisse
  - Motivation der Partner für Kooperation
  - Aufwand für nachhaltige Aufrechterhaltung einer einmal etablierten Zusammenarbeit

### 6.1.1 Kliniken

Innerhalb der HaLT-Konzeption und des Lörracher Pilotprojektes bildet die Klinik den zentralen Überleitungsweg, auf dem Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum – in diesen Fällen nach einer Behandlung aufgrund einer Alkoholintoxikation – in das sekundärpräventive Angebot von HaLT vermittelt werden. Die Zusammenarbeit besteht darin, dass bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose Alkoholintoxikation die HaLT-Mitarbeitenden durch das Klinikpersonal informiert werden. Hierfür ist eine Entbindung der Ärzte von der Schweigepflicht durch die Jugendlichen bzw. ihre Eltern erforderlich. Die HaLT-Mitarbeitenden nehmen im Anschluss daran Kontakt zu den Patienten auf und wirken auf eine Überleitung in das HaLT-Angebot hin.

Die Kliniken als Kooperationspartner zeichnen sich dadurch aus, dass sie in hohem Grad eine Erreichung der Zielgruppe ermöglichen. Dies betrifft vor allem die Erreichbarkeit, d.h. es besteht ein Zugang zu Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum, als auch die Zielgenauigkeit, wodurch eine indizierte Prävention ermöglicht wird. In Abhängigkeit der regionalspezifischen me-

dizinischen Versorgungsinfrastruktur kann zudem die Reichweite einzelner Kliniken sehr hoch sein, d.h. eine oder mehrere Kliniken übernehmen die Behandlung eines großen Teils der betroffenen Jugendlichen. In diesen Fällen kann durch wenige Kooperationen eine hohe Abdeckung erreicht werden. Dies ist typischerweise in eher ländlichen oder durch Kleinstädte geprägten Regionen der Fall, in denen eine (Schwerpunk-)Klinik für ein größeres Gebiet die medizinische Notfallversorgung übernimmt. Auch in einigen Großstädten erfolgt z.T. eine Koordinierung bei der Einlieferung, so dass Kinder und Jugendliche mit entsprechenden Diagnosen hauptsächlich in eine Klinik gelangen.

Auf der anderen Seite zeigt sich in Großstädten auch eine begrenzte Reichweite der Kliniken als Kooperationspartner. Aufgrund der Vielzahl der Notfallkliniken und oft auch alternativer Angebote der Notfallversorgung führen Kooperationsvereinbarungen mit einzelnen Kliniken nach Erfahrung einiger Standortprojekte nur zu wenigen HaLT-Kontakten zu behandelten Kindern und Jugendlichen.

In über der Hälfte der Standortprojekte konnte eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen Kliniken und HaLT etabliert werden. Der bereits in der Pilotphase entwickelte Überleitungsweg, bei dem nach Entbindung von der Schweigepflicht eine umgehende Benachrichtigung der Präventionseinrichtung erfolgt, hat sich auch in den Standortprojekten als praktikabel erwiesen. Für das medizinische Personal an Kliniken bedeutet die Überleitung allerdings einen nicht abrechenbaren Aufwand, der zusätzlich zu der Behandlung erbracht werden muss. Für die HaLT-Mitarbeitenden entsteht nur geringer zeitlicher Aufwand, da sie ausschließlich bei tatsächlichem Bedarf an den Kliniken präsent sein müssen. Allerdings ist es entscheidend, dass möglichst unmittelbar nach der Schweigepflichtsentbindung Kontakt zu den betroffenen Kindern und Jugendlichen aufgenommen wird, bevor diese aus der Klinik entlassen werden. Von einigen Projekten wurde daher eine Rufbereitschaft für die Wochenenden eingerichtet.

Da die betroffenen Kinder und Jugendlichen wie auch deren Eltern unter dem unmittelbaren Eindruck der erlebten Alkoholintoxikation und der Behandlung stehen, ist die Akzeptanz des HaLT-Angebots hoch. Förderlich wirkt sich hierbei ebenfalls die ärztliche Empfehlung zur Wahrnehmung des HaLT-Angebots aus. Die Zahl der Eltern und Jugendlichen, die den Kontakt zu HaLT ablehnen, konnte nicht erfasst werden, ist laut Einschätzungen von Klinikpersonal und HaLT-Projektbeteiligten jedoch sehr gering.

Entscheidend für die Funktionsfähigkeit der Kooperation zwischen HaLT und Kliniken ist, dass HaLT vom Klinikpersonal als sinnvolle und qualitativ hochwertige Ergänzung der medizinischen Behandlung wahrgenommen und akzeptiert wird. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu Kliniken erfordert in der Praxis Zeit

und mehrfache Aktionen zur Sensibilisierung und vor allem zur Bekanntmachung des Angebots und Absprache der konkreten Überleitungsabläufe. In den Modellprojekten dauerte es z.T. über ein Jahr, in dem mehrfach Informationsveranstaltungen an den Kliniken durchgeführt wurden, bevor die Zusammenarbeit erfolgreich etabliert werden konnte. Zur Aufrechterhaltung einer etablierten Kooperation sind laufend Informationen und Schulungen von neuem Klinikpersonal notwendig.

Als motivierend für eine Mitwirkung an HaLT zeigten sich bei dem Klinikpersonal vor allem der beobachtete Anstieg von Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen und die Kenntnis der medizinischen Folgewirkungen. Hilfreich für die Akzeptanz des HaLT-Angebots bei dem ärztlichen Personal sind zudem Rückmeldungen, ob und wie die übergeleiteten Kinder und Jugendlichen die Präventionsangebote von HaLT angenommen haben.

Zusammengenommen zeigen die Erfahrungen der Programmphase des Modellprojekts, dass die Kliniken zentraler Partner für Kooperationen sein können und sein sollten. In der Praxis hat sich die Zusammenarbeit vielfach bewährt; der weitaus größte Teil der auffällig gewordenen Kinder und Jugendlichen gelangten über diese Schnittstelle in das frühinterventive HaLT-Angebot. Positiv hervorzuheben ist vor allem der effiziente und zielgenaue Zugang zu Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum, der durch diese Schnittstellen ermöglicht wird. Auch wenn in der Praxis in einigen Projekten innerhalb der Laufzeit des Modellprogramms keine – gemessen an der tatsächlichen Überleitung von Jugendlichen – funktionierenden Kooperationen zu Kliniken aufgebaut werden konnten, zeigen sich auf der anderen Seite auch keine strukturellen Hindernisse oder spezifischen Rahmenbedingungen, die eine erfolgreiche Zusammenarbeit grundsätzlich verhindern.

### **6.1.2 Schulen**

Die Zusammenarbeit mit Schulen bildet in sämtlichen Standortprojekten des Bundesmodellprogramms einen Schwerpunkt. Hauptsächlich erfolgt die Zusammenarbeit hierbei bei der proaktiven Präventionsarbeit. Zugleich werden die Kooperationsbeziehungen typischerweise auch genutzt, um durch riskanten Alkoholkonsum auffällig gewordene Kinder und Jugendliche in das HaLT-Angebot zu übermitteln.

Schulen eignen sich durch den engen und langfristigen Kontakt zu einer großen Anzahl von Kindern und Jugendlichen prinzipiell gut für Kooperationen im Rahmen von HaLT. Durch den engen Kontakt zwischen Lehrern und Schülern, der neben dem täglichen Unterricht auch Schulfeste, Klassenfahrten usw. umfasst, besteht die Chance, dass riskanter Alkoholkonsum der Kinder und Jugendlichen von Lehrkräften bemerkt wird und diese den Kontakt zu HaLT vermitteln können. Konkrete Anlässe für eine Überleitung

können z.B. Rauschtrinken bei Schulfesten oder Klassenfahrten sein, oder auch, wenn Schüler betrunken zum Unterricht erscheinen. Der Zugangsweg zu Jugendlichen über Lehrkräfte ist allerdings äußerst breit und wenig spezifisch, d.h. es besteht Kontakt zur breiten Masse der Schüler, dies aber nicht mit einem Fokus auf spezifische Risikogruppen. Für HaLT bedeutet dies, dass eine Vielzahl von Kooperationen mit Lehrkräften vereinbart werden muss, um tatsächlich an Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum zu gelangen.

Die konkrete Zusammenarbeit mit Lehrkräften innerhalb etablierter Kooperationsbeziehungen gestaltet sich nach Erfahrungen der Standortprojekte problemlos. Eine hohe Verbindlichkeit bei der Überleitung der Kinder und Jugendlichen in das HaLT-Angebot kann erreicht werden, wenn diese als disziplinarische Auflage bzw. als nachdrückliche Empfehlung erfolgt. Ebenso zeigt sich, dass die Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit problemlos funktioniert, und hier typischerweise eine besonders hohe Aufgeschlossenheit gegenüber dem HaLT-Ansatz vorliegt.

Der Aufbau von Kooperationsbeziehungen zu Schulen gestaltet sich in der Praxis als recht aufwändig, sofern nicht bereits bestehende Kontakte genutzt werden können. Bewährt hat sich bei der Gewinnung von Schulen eine Top-Down-Strategie, d.h. es sollten zunächst übergeordnete Stellen wie (Ober-)Schulämter, in jedem Fall aber die Schulleitungen angesprochen und für eine Mitwirkung sensibilisiert werden. Um funktionsfähige Schnittstellen einzurichten, sind in der Regel mehrere Informationsveranstaltungen an den Schulen notwendig. Als Multiplikatoren gegenüber den Lehrkräften kann ggf. auf Drogenkontaktlehrer, z.T. auch auf Schulsozialarbeiter zurückgegriffen werden. Wichtig für die Aufrechterhaltung und Vertiefung der Kooperationen sind regelmäßige Rückmeldungen an die Lehrkräfte, inwiefern die Kinder und Jugendlichen das HaLT-Angebot wahrgenommen haben.

Die Schulen können darüber hinaus den organisatorischen Rahmen bilden, um Eltern über Erscheinungsformen und Anzeichen riskanten Alkoholkonsums aufzuklären und über die Hilfe-Angebote zu informieren. Z.B. können wie in dem Erfurter Standortprojekt der SiT – Suchthilfe in Thüringen unter Einbezug der Schulleitungen Informationsbriefe an die Eltern der Schüler der Klassen sechs bis acht versendet werden. Ziel der Elterninformationen ist es, Eltern in die Lage zu versetzen, Alkoholmissbrauch bei ihren Kindern zu einem frühen Zeitpunkt zu erkennen und entweder selbst adäquat zu reagieren oder das sekundärpräventive Angebot der HaLT-Projekte zu nutzen.

Zusammengefasst sind Schulen im reaktiven Projektbaustein als praktikabler und wichtiger Kooperationspartner zu bewerten. Nach den Kliniken gelangen Kinder und Jugendliche am zweithäufigsten über die Vermittlung von Schulen in das HaLT-Angebot. Der

Nachteil von Schulen, nicht auf eine bestimmte Risikogruppe zu fokussieren, was zahlreiche Kooperationen notwendig macht, wird dadurch kompensiert, dass den Schulen auch im proaktiven Projektbaustein eine zentrale Rolle zukommt. Allein die Synergien aus beiden Projektteilen sichern die Effizienz dieser Schnittstelle und ermöglichen eine indizierte Prävention.

### **6.1.3 Rettungsdienste, Sanitäter**

Über Rettungsdienste, die bei Großveranstaltungen und Festen vor Ort tätig sind, können Jugendliche, die aufgrund von übermäßigem Alkoholkonsum behandelt werden müssen, grundsätzlich unmittelbar erreicht werden. Die praktische Ausgestaltung dieser Schnittstelle steht allerdings vor mehreren Problemen.

Um sämtliche Sanitäter vor Ort über das HaLT-Angebot zu informieren und mit dem Ablauf der Überleitung vertraut zu machen, ist ein außerordentlich hoher Aufwand nötig, der diese Schnittstelle unter dem Gesichtspunkt der Effizienz in Frage stellt. Typischerweise besteht bei den Rettungsdiensten eine geringe Kontinuität bei den für die Arbeit auf Festen eingesetzten Personen. Die Einteilung erfolgt ebenfalls oft kurzfristig, so dass von längerer Hand vorbereitete Schulungen nicht realisierbar sind. Zudem bleibt während der Notfallversorgung auf Festen wenig Zeit, innerhalb eines ruhigen Gesprächs mit den Jugendlichen in Kontakt zu treten und auf das HaLT-Angebot hinzuweisen. Außerdem verlassen die Jugendlichen die Sanitätsstationen in der Regel unmittelbar nach der Behandlung bzw. nachdem sie ihren Rausch ausgeschlafen haben. Aus diesen Gründen beschränkt sich die HaLT-Zusammenarbeit der Rettungsdienst oftmals darauf, den Jugendlichen HaLT-Informationsmaterial (z.B. Flyer) auszuhändigen oder in die Tasche zu stecken. Die Rettungsdienste zeigen sich dabei in aller Regel offen für eine Zusammenarbeit mit HaLT.

In der Praxis erscheint es z.T. sinnvoll, dass HaLT-Mitarbeitende selbst bei den Rettungsdiensten bei Festen anwesend sind und direkt mit Jugendlichen mit übermäßigem Alkoholkonsum Kontakt aufnehmen. Im Gegensatz zu den Sanitätern ist hier ein intensiveres Gespräch ohne Störung durch weitere Notfälle möglich. Allerdings ist die eigene Präsenz bei Veranstaltungen ressourcenintensiv, so dass sich dieses Vorgehen nur bei Anlässen eignet, bei denen mit einer hohen Zahl stark betrunkenen Jugendlicher gerechnet werden muss.

Aufgrund des hohen Aufwands für Information und Schulung der Sanitäter und der für Überleitungen in das HaLT-Angebot ungünstigen Rahmenbedingungen kommt den Kooperationen mit Rettungsdiensten im Modellprojekt eine untergeordnete Bedeutung zu. Allerdings gibt es hierbei gelungene Ausnahmen, wie z.B. die enge Kooperation des Osnabrücker Standortprojekts mit den Ret-

tungsdiensten bei einem großen Fastnachtsumzug, bei dem mehrere Jugendliche für das reaktive Angebot erreicht wurden.

#### **6.1.4 Jugendwohnheime und -wohngruppen**

Die Kooperation mit Jugendwohnheimen und –gruppen ist im reaktiven Projektbaustein vergleichbar mit der Zusammenarbeit mit Schulen. Aufgrund des engen Kontaktes der Erzieher mit den Jugendlichen besteht die Chance, riskante Konsummuster frühzeitig zu entdecken. Der Aufbau einer Schnittstelle zu betreuten Wohngemeinschaften ist nach den Erfahrungen aus dem Modellprogramm unproblematisch und mit wenig Aufwand möglich, da der Nutzen und das Interesse einer Zusammenarbeit mit HaLT aus Sicht der Betreuer hoch ist. Durch eine Vorstellung des Projektes und eine Vereinbarung, wie die Überleitung konkret ablaufen soll, kann die Zusammenarbeit bereits sichergestellt werden. Die Erzieher können zudem nachdrücklich darauf hinwirken, dass die betroffenen Jugendlichen das reaktive HaLT-Angebot wahrnehmen. Da die Intervention durch HaLT nicht unmittelbar im Anschluss an die Intoxikation erfolgen muss, entsteht für die HaLT-Mitarbeitenden keine außergewöhnliche zeitliche Belastung.

Die Schwächen von Kooperationen mit Jugendwohnheimen und –gruppen liegen in der beschränkten Reichweite und mangelnden Zielgruppenschärfe der Schnittstelle. Zum einen werden ausschließlich Kinder und Jugendliche in Heimen und Wohngruppen erreicht, zum anderen sind für HaLT ausschließlich die Kinder und Jugendlichen mit riskanten Alkoholkonsummustern relevant. Zwangsläufig kann es daher nur in Einzelfällen zu Überleitungen kommen.

Wegen der geringen Reichweite kommt den Kooperationen mit Wohngruppen nur eine untergeordnete Bedeutung innerhalb des HaLT-Ansatzes zu. Aufgrund des relativ geringen Aufwands bei Aufbau und Pflege der Schnittstelle, der hohen Verbindlichkeit bei der Überleitung und einer möglichen parallelen Nutzung innerhalb des proaktiven Bausteins bildet die Schnittstelle zu Jugendwohnheimen und Wohngruppen eine sinnvolle Ergänzung des HaLT-Netzwerks.

#### **6.1.5 Jugendgerichte, Diversionsbüros, Bewährungshilfe**

Bei Straftaten, die von Jugendlichen unter erheblichem Alkoholeinfluss begangen worden sind, kann das HaLT-Angebot Teil einer angemessenen Reaktion sein. Die Jugendstaatsanwaltschaft, Jugendgerichte und Diversionsbüros können grundsätzlich die Auflage erteilen, an sogenannten „Sozialen Trainingskursen“ (Sucht, Gewalt, etc.) teilzunehmen. Den Jugendlichen wird in Aussicht gestellt, bei erfolgreicher Teilnahme das Verfahren im Rahmen der Diversion einzustellen. Im Vordergrund steht dabei der erzieherische Gedanke des Jugendstrafrechts.

Im Rahmen der Suchthilfe existieren vor allem im Bereich illegaler weicher Drogen, bei denen Besitz, Konsum oder Handel selbst strafbar ist, entsprechende Angebote. Das reaktive HaLT-Angebot kann analog als ein auf Alkohol bezogener sozialer Trainingskurs bei Gewaltdelikten oder Sachbeschädigung unter Alkoholeinfluss durchgeführt werden.

Der Aufbau der Zusammenarbeit mit Jugendgerichtshilfe, Diversionbüro und auch Bewährungshilfe gestaltet sich nach den Erfahrungen der Standortprojekte unproblematisch, insbesondere wenn bereits eine Zusammenarbeit der Präventionseinrichtung im Bereich illegaler Drogen erfolgt. Wesentlich sind hierbei verbindliche Rückmeldungen von HaLT an die Einrichtungen der Jugendjustiz.

Bei den Standortprojekten existieren unterschiedliche Erfahrungen dazu, wie gut sich straffällig gewordene Jugendliche in das reaktive Gruppenangebot einfügen. Insbesondere bei Gewalttaten sehen einige Standortprojekte davon ab, den Reflexionsprozess im Rahmen einer Gruppe, in der auch Kinder und Jugendliche aus anderen Kontexten teilnehmen, anzustoßen und setzen stattdessen auf Einzelgespräche.

Die Kooperation mit Einrichtungen der Jugendjustiz hat sich grundsätzlich als funktionierende Schnittstelle innerhalb des Modellprogramms etablieren können. Insgesamt bleibt die Zahl der übermittelten Jugendlichen dabei allerdings gering.

#### **6.1.6 Weitere Kooperationspartner im reaktiven Bereich**

Die im Folgenden in kurzer Form dargestellten und bewerteten Kooperationsbeziehungen nehmen innerhalb des reaktiven Projektteils auf das Modellprogramm insgesamt bezogen eine untergeordnete Rolle ein, können je nach den konkreten Bedingungen vor Ort aber sinnvolle Ergänzungen des HaLT-Netzwerkes bilden. Hierzu zählt die Zusammenarbeit mit Ausbildungsträgern, der offenen Jugendarbeit, der Straßensozialarbeit, der Polizei,

#### **Ausbildungsträger, Jugendberufshilfe, Ausbildungsbetriebe**

Die Kooperationsbeziehungen mit Ausbildungsträgern, Einrichtungen der Jugendberufshilfe oder Berufsintegration sowie großen Ausbildungsbetrieben sind analog zu der Zusammenarbeit mit Schulen ausgestaltet. Begünstigend auf die Zusammenarbeit wirkt sich seitens der Ausbildungsträger deren auch wirtschaftliches Interesse an einem verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol ihrer Auszubildenden aus. Zudem können Ausbildungsträger Jugendliche zur Wahrnehmung des HaLT-Angebots verpflichten und hierdurch die Übermittlung sicherstellen. Insgesamt bleibt die Zahl der übermittelten Jugendlichen begrenzt, was auf die geringe Reichweite der Kooperationspartner zurückzuführen ist.

## **Offene Jugendarbeit, Jugendzentren**

Einrichtungen der offenen Jugendarbeit sind prinzipiell als Kooperationspartner für HaLT geeignet, da die Sozialarbeiter oftmals einen unmittelbaren Einblick in das Freizeitverhalten der Jugendlichen erhalten und ggf. von riskantem Alkoholkonsum Kenntnis erhalten. Die Sozialarbeiter sind in aller Regel hinreichend für die Problematik sensibilisiert, weshalb eine Zusammenarbeit ohne viel Informations- und Überzeugungsarbeit möglich ist.

Allerdings haben Sozialarbeiter in der offenen Jugendarbeit kaum Möglichkeiten, Kinder und Jugendliche, die mit riskantem Alkoholkonsum auffällig geworden sind, mit Nachdruck in das HaLT-Angebot zu übermitteln. Im Gegenteil besteht typischerweise die Befürchtung, dass bei expliziten Überzeugungsversuchen die Jugendlichen den Kontakt zur Jugendarbeit abbrechen könnten.

Insgesamt sind im Rahmen des Modellprogramms nur wenige Jugendliche aus der offenen Jugendarbeit in das HaLT-Angebot gelangt.

## **Straßensozialarbeit**

Insbesondere in Großstädten kooperieren die HaLT-Standortprojekte mit Einrichtungen der Straßensozialarbeit. Vereinbarungen und Absprachen zur Zusammenarbeit lassen sich nach den Erfahrungen der Projekte schnell und unproblematisch schließen. Grundsätzlich stellt sich hierbei die Frage, inwiefern durch Streetworker die eigentliche HaLT-Zielgruppe erreicht werden kann, nämlich Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum, die sich noch in einem frühen Stadium einer möglichen Suchtkarriere befinden. Bei Kindern und Jugendlichen, die von Straßensozialarbeitern vermittelt werden, stehen oftmals komplexe Problemlagen im Hintergrund, denen ein spezifisch auf riskanten Alkoholkonsum zugeschnittenes Präventionskonzept nicht gerecht werden kann. Es sollte bei diesen Kooperationen genau geprüft werden, ob die Kinder und Jugendlichen in das HaLT-Angebot oder direkt in weiterführende Hilfen vermittelt werden sollen.

In den Projekten in Berlin und Frankfurt sind während der Laufzeit des Bundesmodellprogramms mehrere Vermittlungen von Kindern und Jugendlichen durch die Straßensozialarbeit erfolgt.

## **Vereine und Jugendgruppen**

Der Einbezug von Vereinen und Jugendgruppen – z.B. Sportvereine, Jugendfeuerwehr, Landjugend, kirchliche Jugendarbeit, Fan-Gruppen – entspricht dem Ansatz eines kommunalen Settings in der Suchtprävention. Über Vereine ist eine frühzeitige Erreichung von riskant konsumierenden Jugendlichen möglich. Der Aufbau von Kooperationen mit Vereinen und Jugendgruppen ist allerdings

sehr zeitaufwändig, da zahlreiche Vereine angesprochen werden müssen um eine breite Abdeckung zu erhalten. Der Aufbau von Kooperationen wird durch die oftmals mangelnde Sensibilisierung der Verantwortlichen in den Vereinen erschwert.

In den Modellprojekten gelangen nur in Einzelfällen Jugendliche über Vereine oder Jugendgruppen zu HaLT. Eine enge Zusammenarbeit mit Vereinen ist dennoch anzustreben, allerdings hauptsächlich innerhalb des proaktiven Projektbausteins.

### **Suchtberatungsstellen**

Insbesondere an Standorten, an denen die HaLT-Präventionseinrichtung institutionell an eine Suchtberatungsstelle angebunden ist, existieren Kooperationsbeziehungen zwischen beiden Stellen. In Einzelfällen wurden hierbei auch Jugendliche in das HaLT-Angebot vermittelt. Ein systematischer Ausbau dieser Kooperationen erscheint allerdings nicht sinnvoll, da HaLT ein deutlich niedrigrschwelligeres und stärker auf Frühintervention ausgerichtetes Leistungsangebot beinhaltet als Suchtberatungsstellen. Denkbar ist dagegen die umgekehrte Vermittlungsrichtung, wenn bei entsprechendem Bedarf HaLT-Jugendliche in weiterführende Hilfen vermittelt werden sollen.

### **Polizei**

Zusätzlich zur Zusammenarbeit mit Jugendgerichten, Diversionenbüros und ähnlichen Stellen kooperieren mehrere Projekte direkt mit Jugendsachbearbeitern der Polizei. Die Möglichkeiten der Jugendsachbearbeiter beschränken sich hierbei auf freiwillige Überleitungswege, d.h. dass auffällig gewordenen Jugendlichen bzw. ihren Eltern die Wahrnehmung des HaLT-Angebots nahe gelegt wird. In Einzelfällen fanden hierbei Überleitungen statt. Eine enge Kooperation mit der Polizei ist zudem aufgrund der proaktiven Präventionstätigkeit sinnvoll.

### **Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe**

Weitere Kooperationsbeziehungen, die allerdings nur in Einzelfällen zu einer Überleitung von auffällig gewordenen Jugendlichen in das präventive Angebot von HaLT führten, wurden in einzelnen Projekten mit Erziehungsberatungsstellen, dem Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamts, dem Jugendmigrationsdienst, dem Jugendaufbauwerk sowie dem Gesundheitsamt geschlossen.

#### **6.1.7 Ausgestaltung des Interventions-Angebots**

Das Ziel der sekundärpräventiven Tätigkeit im Rahmen von HaLT ist, Kinder und Jugendliche, die durch riskanten Alkoholkonsum aufgefallen sind, zu einer Reflexion ihres Trinkverhaltens zu bewegen. Dies erfolgt im Rahmen von Einzel- und Gruppenger-

sprächen, die in den sieben der elf Standortprojekte durch erlebnispädagogische Angebote ergänzt werden. Neben Tauchkursen werden hierbei vor allem Kletterkurse durchgeführt.

Im Anschluss an die Erstkontakte beinhalten die sekundärpräventiven Konzepte zumeist auf mehrere Tage verteilte Gruppenangebote. Ziel ist in erster Linie die Herbeiführung einer kritischen Reflexion der erlebten Alkoholvergiftung bzw. des eigenen riskanten Trinkverhaltens. Begleitend findet eine Vermittlung von Grundkenntnissen zu Suchtstoffen mit dem Schwerpunkt Alkohol sowie der Suchtthematik allgemein statt. Analog zum Pilotprojekt beziehen sich die Angebote inhaltlich im Wesentlichen auf den Themenkreis Risikoanalyse und Risikobewusstsein, wobei insbesondere auf die Selbstwahrnehmung und die Eigenverantwortlichkeit der Kinder und Jugendlichen eingegangen wird.

Die erlebnispädagogischen Angebote werden von den betroffenen Jugendlichen als attraktiv empfunden und führen zu einer hohen Teilnahme- und Reflexionsbereitschaft. Aus Erfahrung der Standortprojekte erschweren die altersbezogene Heterogenität sowie die oftmals lange Zeitspanne, von der Kontaktaufnahme bis zur Erreichung der für ein Gruppenangebot erforderlichen Zahl die Durchführung der Angebote. Die Zweckmäßigkeit geschlechtsspezifischer Angebote wird unter den Projektmitarbeitenden kontrovers diskutiert.

Um eine häufigere und zeitnähere Durchführung der Angebote in homogeneren Gruppen zu ermöglichen, sind die Gruppenangebote in einigen Standortprojekten nahe an existierende soziale Trainingskurse – z.B. im Rahmen des FRED-Angebots – angelehnt. Dies ermöglicht die Aufnahme durch Konsum anderer Drogen aufgefallener Jugendlicher.

## 6.2 Kooperationen im proaktiven Bereich

Während das Ziel des reaktiven Bausteins im HaLT-Konzept klar umrissen ist, sind die Ziele und Methoden im proaktiven Teil eher übergreifend definiert. Erreicht werden soll eine Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen im lokalen Umfeld für die Suchtproblematik sowie eine konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes in Gaststätten, im Einzelhandel und auf öffentlichen und schulischen Veranstaltungen. Hierdurch soll auf die Verhinderung von lebensbedrohlichem Rauschtrinken bereits im Vorfeld hingewirkt werden. Ziel ist dabei insbesondere eine Stärkung der sozialen Kontrolle beim Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit, d.h. dass Jugendliche überall dort, wo Alkohol in der Öffentlichkeit verkauft und konsumiert wird, ein klares Feedback durch Erwachsene erhalten. Eine bereite Allianz vieler lokaler Partner soll Jugendlichen den Zugang zu Alkohol erschweren und gleichzeitig altersadäquat einen Rahmen für einen genussorientierten, unschädlichen Umgang mit Alkohol schaffen.

Angestrebt ist dabei, dass die Mitarbeiter der HaLT-Präventionseinrichtung nicht selbst im Rahmen von proaktiven Aktionen z.B. bei Festen präsent sind, sondern dass die Aktionen von zu schulenden Partnern (z.B. Personal am Ausschank, Veranstalter) durchgeführt werden, die ohnehin in anderer Funktion vor Ort sind. Die Einbindung zahlreicher Partner begünstigt darüber hinaus die Verbreitung einer „Kultur des Hinsehens“ im lokalen Umfeld.

Die HaLT-Präventionseinrichtung übernimmt hierbei die Funktion eines lokalen Kompetenzzentrums für die Präventionsarbeit, welches Kooperationen initiiert und die Kooperationspartner fachlich sowie durch die Erarbeitung und Bereitstellung von Materialien im Sinne einer Dienstleistungsfunktion unterstützt. Innerhalb eines lokalen Kooperationsnetzwerkes übernimmt die mit der Umsetzung von HaLT betraute Präventionseinrichtung zudem eine Impulsgeber- und zum Teil auch eine Koordinierungsrolle. Gegenstand der Kooperationen im proaktiven Bereich sind darüber hinaus die gegenseitige Unterstützung z. B. im Rahmen von Vorträgen sowie ein gemeinsames Auftreten und Koalitionen gegenüber Dritten zum Zweck der Prävention. Grundlegende Voraussetzung für das Ausfüllen dieser Funktionen ist, im lokalen Umfeld bekannt und fachlich akzeptiert zu sein.

Das Kooperationsnetzwerk ermöglicht eine umfassende Reichweite auf kommunaler Ebene als auch eine hohe Effektivität und Effizienz der proaktiven Präventionsarbeit. Hierin liegt die wesentliche Stärke des HaLT-Ansatzes im proaktiven Bereich. Je stärker die eigentliche präventive Arbeit an Kooperationspartner übertragen werden kann, desto effizienter kann sie erfolgen. Es ist in diesem Zusammenhang daran zu erinnern, dass die Effizienz generell eines der Hauptprobleme der universellen proaktiven Präven-

tion darstellt, und mit HaLT eine Strategie vorliegt, die an diesem Problem ansetzt.

Tabelle 6-2 zeigt eine Übersicht der Kooperationen der Standortprojekte bei der proaktiven Präventionsarbeit. Berücksichtigt sind hierbei ausschließlich Kooperationspartner, mit denen bereits konkrete Aktionen durchgeführt worden sind.

*Tabelle 6-2: Kooperationspartner der Standortprojekte im proaktiven Projektbaustein*

Standortprojekt	Kooperationspartner										
	Lörrach	Berlin-Mitte	Berlin-Lichtenberg	Frankfurt	Greifswald	Rostock	Osnabrück	Hamm	Ahrweiler	Segeberg	Erfurt
Ordnungsamt / Polizei	•						•	•		•	•
Festveranstalter, Stadtmarketing	•						•	•	•	•	•
Schulen	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Jugendwohnheime, Wohngruppen	•	•		•	•	•	•	•		•	
Jugend- und Gesundheitsämter, Kommunale Arbeitskreise	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Einzelhandel, Tankstellen, Einzelhandelsverbände	•			•		•	•	•		•	
Gaststätten, Gaststättenverbände	•									•	
Jugend-/Suchthilfe		•	•					•	•		•
Offene Jugendarbeit		•	•	•	•		•		•		•
Quartiersmanagement		•	•								
Ausbildungsbetriebe und -träger	•			•				•			
Vereine, Jugendgruppen	•	•		•			•	•	•	•	

Die Erfolgskriterien, unter denen die Kooperationen im proaktiven Bereich sinnvollerweise beurteilt werden, sind damit:

- die Reichweite von Kooperationen;
- die Zielgenauigkeit der Aktionen;
- der Aufwand und die Effizienz bei der Umsetzung der Kooperationen und Durchführung von proaktiven Aktionen.

Für die Beurteilung von Aufwand und Hindernissen bei Aufbau und Pflege der jeweiligen Kooperationsbeziehungen sind die identischen Kriterien wie bei der Bewertung der reaktiven Kooperationen heranzuziehen:

- Notwendiger zeitlicher Aufwand zur Etablierung einer Kooperationsbeziehung;
- Strukturelle Hindernisse für Kooperationen;
- Motivation der Partner für Kooperation;
- Aufwand für nachhaltige Aufrechterhaltung einer einmal etablierten Zusammenarbeit.

An mehreren Standorten konnten von den HaLT-Projekten umfassende Netzwerke nach dem Vorbild des Pilotprojekts aufgebaut werden. Dies betrifft insbesondere Kooperationen mit relevanten Stellen wie Gemeindeverwaltungen, der Polizei, Schulen, Vereinen und Festveranstaltern.

In etwa der Hälfte der Standortprojekte können die Netzwerkfunktionen im proaktiven Bereich von HaLT nicht umfassend wahrgenommen werden. Hierfür sind vor allem zwei Gründe zu nennen:

Zum einen existieren an einigen Standorten bereits vor HaLT Präventionsnetzwerke und Koordinationsstellen. Hier erscheint der Aufbau paralleler Strukturen im proaktiven Bereich eher hinderlich als zweckmäßig oder verspricht zumindest keinen zusätzlichen Nutzen. An einigen Standorten sind die Bausteine daher grundsätzlich konzeptionell getrennt, wie etwa in den beiden Projekten aus Mecklenburg-Vorpommern, bei denen die Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung (LAKOST) den proaktiven Baustein zu wesentlichen Teilen übernimmt.

Zum zweiten stoßen die Standortprojekte in ihrer im Modellprogramm vorgesehenen Dimensionierung in den Metropolen (Berlin und Frankfurt) sowie bei der Abdeckung zu großer Gebiete (Greifswald-Bergen-Wolgast) an ihre Grenzen. Hier reichen die Ressourcen der Projekte nicht aus, um eine vergleichbar systematische, zentrale und Impuls gebende Funktion wie unter den Bedingungen des Pilotprojekts einzunehmen. Möglich und sinnvoll ist dagegen die Zusammenarbeit mit bzw. der Anschluss an bestehende Organisationen: Beispielsweise orientiert sich die proaktive Tätigkeit in Frankfurt an Aktionen des Präventionsrates der Stadt. In den Berliner Projekten wird ebenfalls eine Integration der proaktiven Tätigkeit in die Präventionsarbeit auf Stadt(teil)ebene angestrebt. Zudem wird versucht, in Zusammenarbeit mit Schulen und mit Fokussierung auf einzelne Aktionen stadtweite Impulse zu setzen.

### 6.2.1 Präventionsarbeit auf Festen und Veranstaltungen

Die Präventionsarbeit auf öffentlichen Festen und Veranstaltungen wie Stadtfesten, Karnevalsumzügen, Maifeiern, Osterfeuern, Schützenfesten, Konzerten usw. bildet einen Schwerpunkt der proaktiven Projektteile. Hierbei zielen die Projekte darauf ab, bereits im Vorfeld auf die Einhaltung des Jugendschutzes während der Veranstaltung hinzuwirken. Zentrale Kooperationspartner sind dabei die Veranstalter und z.B. beteiligte Vereine sowie die kommunalen Ordnungsämter und die Polizei.

Für die Präventionsarbeit im Vorfeld der Veranstaltungen sind von den Standortprojekten auf Grundlage der in der Pilotphase entwickelten Materialien Checklisten erarbeitet worden, die beispielsweise Verantwortliche in den an der Veranstaltung beteiligten Vereinen und Verbänden unterstützen, jugendschutzrelevante Regeln bei der Gestaltung und Durchführung ihrer Feste und insbesondere beim Alkoholausschank einzuhalten. Zum Teil reicht die Mitwirkung bis hin zur konzeptionellen Unterstützung von Vereinen bei der Planung von Festveranstaltungen, z.B. für die Einhaltung bestimmter Regeln, für alkohol- und rauchfreie Kinder- und Jugendfeste oder für den Verzicht auf den Verkauf von Alcopops bei Festen.

Für Feste und Veranstaltungen werden von mehreren Projekten Materialien wie Plakate, Aufkleber und Hinweiskarten eingesetzt, auf denen erläutert wird, weshalb kein Alkoholverkauf an Kinder und Jugendliche stattfindet bzw. die ein Signal für die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes darstellen. Das Verkaufspersonal an den Alkoholausschankstellen wird nachdrücklich auf die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes hingewiesen. Die zur Verfügung gestellten Materialien unterstützen und bestätigen das Verkaufspersonal darin, sich gegenüber minderjährigen Kunden konsequent auf den Jugendschutz zu berufen.

Die Erfahrungen aus dem Modellprogramm zeigen vor allem eine hohe Zielgenauigkeit und eine hohe Effizienz der Strategie, die Veranstalter und die direkt am Alkoholausschank beteiligten Personen für die Präventionsarbeit einzubeziehen. Den Jugendlichen wird eine klare Orientierung über einen angemessenen Umgang mit Alkohol gegeben. Besonders glaubwürdig und verbindlich wird die Orientierung, da sie unmittelbar vom Verkaufs- und Ausschankpersonal und nicht von Dritten kommt.

Der Aufbau und die Pflege von Kooperationsbeziehungen erfordern je nach Partner einen höchst unterschiedlichen Aufwand. Zentrale Kooperationspartner für die Präventionsarbeit bei Festen sind zum einen die Veranstalter bzw. in die Veranstaltung eingebundene Vereine, zum anderen Ordnungsämter und Polizei.

Nach den Erfahrungen aus dem Modellprogramm erfolgt der Aufbau einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit Polizei und Ordnungsamt in hohem Maße unproblematisch. Polizei und Ordnungsämter sind in aller Regel hinsichtlich der alkoholbedingten negativen Begleiterscheinungen von öffentlichen Veranstaltungen sensibilisiert und besitzen ein starkes Eigeninteresse an einem ungestörten Ablauf der Veranstaltungen. Ordnungsamt und Polizei können im Rahmen der Genehmigung öffentlicher Veranstaltungen nachdrücklich auf die Verantwortlichen einwirken, sich an den Präventionsaktionen zu beteiligen. Bewährt hat sich in diesem Zusammenhang die Erarbeitung und Verbreitung einer „Checkliste Suchtprävention“, die von Festveranstaltern verbindlich unterschrieben wird und deren Einhaltung durch die Polizei kontrolliert wird. Die einmal etablierten Kontakte zu Ordnungsamt und Polizei können für sämtliche größeren Veranstaltungen innerhalb der Kommune genutzt werden.

Der Aufbau von Kontakten zu Festveranstaltern ist zu Beginn durch zahlreiche notwendige Informations- und Planungsgespräche äußerst zeitintensiv. Bei den Festveranstaltern treffen die HaLT-Projekte bei den ersten Kontakten und Informationen in der Regel auf Vorbehalte. Auch grundsätzlich aufgeschlossene Veranstalter verweisen oft auf ihre Unsicherheit bezüglich der Akzeptanz der Aktion bei den weiteren Beteiligten, z.B. den Pächtern von Ausschankstellen und auch den Besuchern. Bei der Überzeugungsarbeit hat sich als zielführend erwiesen, an das Eigeninteresse der Veranstalter an einem ungestörten Ablauf der Feiern zu appellieren. Wichtig ist dabei, dass deutlich wird, dass die HaLT-Aktionen nicht auf die grundsätzliche Ablehnung von Alkoholkonsum, sondern auf ein Werben für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol und eine bessere Feierkultur zielt.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen der HaLT-Präventionseinrichtung, Ordnungsamt, Polizei und Festveranstaltern konnte in fünf Standortprojekten realisiert werden. Strukturelle Probleme zeigten sich hierbei in den Metropolen Berlin und Frankfurt. Mit Blick auf die Größe der Stadtverwaltungen und der Vielzahl von Ansprechpartnern wird die Lancierung des HaLT-Angebotes erheblich erschwert. Zudem kümmern sich z.T. bereits andere Stellen um präventive Aktionen.

Bei den Standorten mit etablierten Kooperationen hat sich gezeigt, dass nach anfänglichen Vorbehalten und ersten erfolgreich durchgeführten Aktionen bei Veranstaltungen innerhalb kurzer Zeit eine vertrauensvolle und hoch effiziente Zusammenarbeit zwischen Präventionseinrichtungen und Veranstaltern entstehen kann. Zahlreiche Veranstalter berichten von positiven Erfahrungen mit einer konsequenten Einhaltung des Jugendschutzes und von dem Rückgang von alkoholbedingten Zwischenfällen. Besonders effizient gestaltet sich die Zusammenarbeit, wenn Veranstalter bereits

mit den Materialien und ihrem Einsatz vertraut sind und diese selbständig im Vorfeld der Feste anfordern.

Zusammengefasst ist die Zusammenarbeit mit Festveranstaltern, Ordnungsamt und Polizei im Vorfeld von Veranstaltungen als in hohem Maße praktikable, zielführende und effiziente Strategie zu bewerten. Mit der Einbindung der Festveranstalter und Ausschankstellen in das Präventionsnetzwerk wird effektiv eine Einhaltung des Jugendschutzgesetzes gewährleistet. Insbesondere aus mittel- und langfristiger Sicht können etablierte Kooperationen mit geringem Aufwand weitergeführt und gleichzeitig eine hohe Wirkung erzielt werden.

Über die Vorfeldarbeit bei Veranstaltungen hinaus sind mehrere Projekte mit Aktionen auf Festen und Veranstaltungen präsent. Hierzu zählen neben Plakataktionen und von HaLT-Mitarbeitern betriebenen Info-Ständen z.B. alkoholfreie Cocktailbars als Alternativangebot oder Aktionen, die zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Alkoholkonsum führen sollen. In anderen Projekten werden trinkende Jugendliche auf Veranstaltungen persönlich angesprochen, wofür zum Teil Peers extra geschult werden. In dem Projekt der Jugend(Sucht)Beratung des AKJ in Hamm sind während des Karnevals in Kooperation zwischen dem Jugendamt, dem Ordnungsamt, der Polizei und dem Rettungsdienst der Feuerwehr Tandemteams zur Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen in der Stadt unterwegs. Hierbei werden gezielt jüngere Jugendliche auf ihren Alkoholkonsum angesprochen; für Gespräche mit den meist wegen „Altersvergehen“ aufgefallenen Jugendlichen steht ein Container zur Verfügung.

Dem HaLT-Projekt in Ahrweiler ist es gelungen, die Unterstützung der Konzertagentur Marek Lieberberg als Veranstalter des mit rund 70.000 Besuchern größten deutschen Open-Air-Konzertfestivals für eine Peer-Aktion während der Veranstaltung zu gewinnen. Die eigens geschulten Peers sprachen bis zu 1.700 Konzertbesucher mit Wissenstests über Alkohol und Promillemessgeräte an. Prominente Unterstützung erhielt die Aktion zudem durch das örtliche Frauen-Fussballbundesliga-Team, deren Spielerinnen das Projekt nicht nur als Schirmherrinnen unterstützten, sondern auch selbst Konzertbesucher ansprachen und Alkoholtests durchführten.

Einige Aktionen richten sich dabei speziell auf eine hohe Öffentlichkeitswirksamkeit. Beispielsweise nimmt das Osnabrücker Projekt mit einem eigens gestalteten Karnevalswagen an einem Fastnachtsumzug mit etwa 120.000 Zuschauern teil und verteilte im vergangenen Jahr dabei 20.000 eigens entwickelte ‚Spucktüten‘. Die Tüten tragen den Aufdruck ‚wenn es Dir mal wieder hochkommt‘ und rückseitig die Logos von HaLT, Caritas, Stadt und

Landkreis. Die Tüten sollten die Besucher anregen den massiven Alkoholmissbrauch an diesem Tag kritisch zu hinterfragen und nach Möglichkeit zu begrenzen.

Auch wenn diese Aktionen bei Festen zu einem Teil in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren aus dem kommunalen Umfeld durchgeführt werden, verfolgen sie grundsätzlich nicht den HaLT-spezifischen Ansatz, durch Kooperationen gezielt Effizienzpotenziale zu erschließen. Entsprechend ressourcenintensiv gestalten sich diese Aktionen vor allem durch die notwendige Vor-Ort-Präsenz mehrerer HaLT-Mitarbeiter.

Unter gewissen Bedingungen kann die Durchführung einzelner eigener Aktionen im Rahmen des HaLT-Konzepts dennoch angemessen und sinnvoll sein. Dies ist insbesondere der Fall, wenn ein unmittelbarer Zugang zu Brennpunkten möglich ist, d.h. Situationen und Anlässen, in denen zahlreiche Jugendliche typischerweise viel Alkohol konsumieren und daher eine zielgruppenscharfe proaktive Prävention ermöglicht wird. Als Beispiel sind hier Jugendtreffpunkte zum 1. Mai zu nennen. Neben der proaktiven Präventionsarbeit können hierbei ggf. auch die reaktiven Ansätze umgesetzt werden, wenn durch exzessives Rauschtrinken auffällig werdende Jugendliche kontaktiert werden.

Aktionen mit hoher Öffentlichkeitswirksamkeit – insbesondere im lokalen Umfeld – sind in hohem Maße geeignet, potenzielle Kooperationspartner für die Problematik zu sensibilisieren, die Bekanntheit des HaLT-Projektes zu steigern, bestätigend auf bereits gewonnenen Netzwerkpartner zu wirken und dadurch die Netzwerkarbeit wesentlich zu begünstigen. Dennoch sollten selbständig durchgeführte Aktionen in keinem Fall einen Schwerpunkt der proaktiven Tätigkeit bilden, sondern mit Blick auf die Effizienz von HaLT nur in Einzelfällen stattfinden.

### **6.2.2 Präventionsarbeit an Schulen**

Die Präventionsarbeit an Schulen bildet bei sämtlichen Standortprojekten einen Schwerpunkt. Die entsprechenden Angebote umfassen ein breites Spektrum, welches von direkten Veranstaltungen für Schüler bis zur Entwicklung von Unterrichtseinheiten reicht. Von den Standortprojekten werden folgende Ansätze in Kooperation mit Schulen umgesetzt:

- Workshops oder Unterrichtseinheiten, die von HaLT-Mitarbeitern für Schüler durchgeführt werden;
- Informationsveranstaltungen für Eltern, Elternabende;
- Beratungen der Schule für die Durchführung von Klassenfahrten und Schulfesten;

- Information und Weiterbildung für Lehrer und Schulsozialarbeiter;
- Entwicklung von Unterrichtseinheiten und entsprechendem Material.

Der Aufbau von Kooperationen mit Schulen verlief in den HaLT-Standortprojekten weitgehend problemlos. Begünstigend für die Zusammenarbeit wirkt sich das hohe Informationsbedürfnis und Problembewusstsein der Lehrkräfte aus. Die Hilfestellungen von HaLT treffen als Serviceangebote auf hohe Resonanz. Eine besondere Sensibilität und Kooperationsbereitschaft besteht bei Drogenkontaktlehrern und Schulsozialarbeitern.

Unter dem Kriterium der Zielgruppenschärfe stellen sich Schulen im proaktiven Präventionsbereich als ideale Netzwerkpartner für HaLT dar. Keine andere Institution ist geeigneter, um Zugang zu spezifischen jugendlichen Altersgruppen zu erhalten. Die Reichweite und Effizienz der Kooperationen hängt dabei stark von dem gewählten Ansatz ab. Je direkter der Kontakt der HaLT-Mitarbeiter zu den Jugendlichen oder ihren Eltern ist, desto mehr Ressourcen werden von HaLT benötigt, und desto weniger Schülerinnen und Schüler können von HaLT erreicht werden. Dies spiegelt sich in den Erfahrungen mehrerer Standortprojekte, die berichten, den zahlreichen Anfragen durch Schulen nur zu einem Teil nachkommen zu können.

Im Sinne der HaLT-Strategie sind bei der Zusammenarbeit mit Schulen Multiplikatoren-Ansätze daher deutlich geeigneter, da sie eine weitaus höhere Effizienz und Reichweite der präventiven Tätigkeit ermöglichen. Als praktikabel haben sich hierbei in mehreren Projekten Fortbildungen für (Beratungs- und Vertrauens-) Lehrer und Schulsozialarbeiter erwiesen, die zum Teil in Zusammenarbeit mit weiteren Fachstellen für Suchtprävention entwickelt wurden. Inhalte dieser Fortbildungen sind u.a. die Bedeutung der Suchtprävention als Bestandteil der Gesundheitsförderung in der Schule, Belastungsfaktoren bei Kindern und Jugendlichen und Hinweise zum Umgang mit Entwicklungsbesonderheiten sowie praktische Übungen im Umgang mit auffälligen Kindern und Jugendlichen. Weitere inhaltliche Bestandteile der Fortbildungen sind Stoffkunde und rechtliche Grundlagen zum Umgang mit Alkohol und Drogen. Die Fortbildungen sind auch eine geeignete Gelegenheit, um das reaktive HaLT-Angebot und die Möglichkeit der Überleitung von Kindern und Jugendlichen vorzustellen.

Als Rahmen für Lehrkräfte-Weiterbildungen eignen sich auch Fachtagungen. Bei einer überregional konzipierten Veranstaltung zum Thema Alcopops erreichte das Rostocker HaLT-Projekt über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Neben Lehrkräften und Schulsozialarbeitern aus allgemeinbildenden Schulen und Berufsschulen wurde die Tagung von Ausbildern, Sozialpädagogen so-

wie Mitarbeitenden aus Suchtberatungsstellen und von kommunalen Ämtern besucht.

Neben der direkten Schulung von Lehrkräften und Schulsozialarbeitern hat sich die Erstellung und Verbreitung von Unterrichts- bzw. Workshopkonzepten und Materialien zum Thema riskanter Alkoholkonsum bewährt. Ein Beispiel ist die vom Lörracher Projekt entwickelte Methodenmappe Sucht, die von zahlreichen Lehrkräften zur Gestaltung eigener Unterrichtseinheiten nachgefragt wurde. Eine ähnliche Maßnahme stellt der vom Standortprojekt HaLT in Berlin-Lichtenberg entwickelte, von Ästhetik und Formsprache her für Jugendliche ansprechende Präventionscomic dar. In dem für den Einsatz an Schulen vorgesehenen Comic wird von einem Jugendlichen erzählt, der mit Freunden bis zur Bewusstlosigkeit trinkt und mitten auf der Straße zusammenbricht. An diesem Punkt bricht der Comic ab, und die Jugendlichen sollen auf weiteren leeren Seiten mit Zeichnungen, Collagen oder Texten die Geschichte zu Ende zu erzählen. Der Präventionscomic unterstützt Pädagogen und Sozialarbeiter dabei, Jugendliche mit dem Thema des riskanten Alkoholkonsums zu konfrontieren. Der Präventionscomic wurde an Berliner Schulen verteilt. Ein zusätzlicher Anreiz für Jugendliche, sich mit dem Comic auseinanderzusetzen, wurde durch einen stadtweiten Wettbewerb erreicht, bei dem die kreativsten Comics prämiert wurden.

Eine weitere Art der Kooperation mit Schulen richtet sich nicht auf die Gestaltung des Unterrichts, sondern auf die Unterstützung von Lehrkräften und Schulleitungen im Umgang mit Alkoholkonsum bei Schülern im Rahmen von Klassenfahrten und Schulfesten. Vom Pilotprojekt in Lörrach wurden Handreichungen für Schulfeste und Klassenfahrten entwickelt, die auch an den anderen Standorten zum Einsatz kamen. Die Handreichungen sind als Leitfäden für Schulen gedacht, die ihre Möglichkeiten der Alkoholprävention wahrnehmen möchten und beinhalten Checklisten und praktische Tipps für die Planungs-, Vorbereitungs- und Durchführungsphase. Diese Handreichungen werden von den Standortprojekten in ihren jeweiligen Regionen zum Teil flächendeckend an Schulen verteilt, wodurch entsprechend hohe Reichweiten erzielt werden. Als praktische Hilfestellungen sind sie zusätzlich eine Werbung für HaLT und erleichtern damit den Aufbau von Kooperationen mit Schulen.

Zusammengefasst stellen Schulen einen wichtigen Kooperationspartner im Rahmen der HaLT-Strategie dar. Mit Blick auf Effizienz und Reichweite bieten sich bei Kooperationen mit Schulen vor allem die Fortbildung von Multiplikatoren und die Verbreitung von Präventionsmaterialien als Schwerpunkte an. Aufgrund des hohen Interesses und Problembewusstseins bei Lehrkräften und der praktischen Unterstützung, die diese durch HaLT erfahren können, ist in der Regel ein problemloser Aufbau von Kooperationen möglich.

### 6.2.3 Einzelhandel, Tankstellen und Gaststätten

Aktionen zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes in Supermärkten und Tankstellen bilden ein zentrales Tätigkeitsfeld der Standortprojekte dar. Grundsätzlich appelliert der HaLT-Ansatz an das Verantwortungsbewusstsein der lokalen Akteure, und versucht, diese für eine Mitwirkung an der Präventionsarbeit zu gewinnen. Sensibilisierung ist dabei nicht bei den Betrieben selbst, sondern aus Effizienz auch auf Ebene regionaler (Einzelhandels-) Verbände und Industrie- und Handelskammern sinnvoll.

Die Erfahrungen mit der Sensibilität und Kooperationsbereitschaft von Einzelhändlern fallen höchst unterschiedlich aus. Zum Teil trafen die HaLT-Mitarbeitenden auf hohe Aufgeschlossenheit und Mitwirkungsbereitschaft, zum Teil aber auch auf Ablehnung und Ignoranz. In Abhängigkeit von der Mitwirkungsbereitschaft einzelner Betriebe und Verbände werden unterschiedliche Aktionen umgesetzt.

Ein Ansatz, der auf eine Kooperation mit den Betrieben abzielt, besteht in der Verteilung von Plakaten, auf denen Bewirtungsbetriebe und Verkaufsstellen deutlich sichtbar auf die Jugendschutzbestimmungen hinweisen und deren Einhaltung ankündigen. Damit zusammenhängend stellen einige Projekte den Verkaufsstellen Info-Karten für Kinder und Jugendliche zur Verfügung, auf denen die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes dargestellt sind und die Kindern und Jugendlichen beim Versuch, Alkohol zu kaufen, ausgehändigt werden. Die Einzelhändler können sich durch die Auslage des Präventionsmaterials gleichzeitig im lokalen Umfeld als verantwortungsbewusste Akteure präsentieren.

Eine hohe Reichweite und Effizienz gewährleisten in Verbindung mit Einzelhandelsverbänden durchgeführte Schulungen für Einzelhändler bzw. Auszubildende im Einzelhandel. Das Lörracher Projekt konnte mit von zwei Schulungen für Einzelhändler und neun Schulungen für Auszubildende im Einzelhandel an den Kaufmännischen Schulen insgesamt etwa 180 Personen erreichen.

Ein Ansatz, der von einer geringeren Mitwirkungsbereitschaft seitens der Betriebe ausgeht besteht in Aktionen zur Überprüfung der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes durch Testkäufe (jünger aussehender) Jugendlicher und in der anschließenden öffentlichkeitswirksamen Kommunikation der Ergebnisse. Schließlich werden in einigen Projekten auch die Verkaufsstellen, von denen die im reaktiven HaLT-Angebot betreuten Jugendlichen die Alkoholika erhalten haben, persönlich aufgesucht und mit den Folgen für die Betroffenen konfrontiert.

Gegenüber Gaststätten stellte sich die Zusammenarbeit ungleich schwieriger als gegenüber dem Einzelhandel dar. Die Gastgewerbeverbände wie etwa der DeHoGa zeigten sich durchaus aufge-

geschlossen. Allerdings zeigte sich, dass von Verbandsseite vor allem Kontakte zur (gehobeneren) Gastronomie bestehen und eher nicht zu Bars, Clubs und Lokalen mit vorwiegend jungem Publikum.

#### **6.2.4 Jugend-/Gesundheitsämter, Kommunale Arbeitskreise zur Suchtprävention**

Eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit Jugend- und Gesundheitsämtern bzw. kommunalen Arbeitskreisen zur Suchtprävention auf lokaler Ebene ist notwendig und wird von sämtlichen HaLT-Standortprojekten praktiziert. Die Zusammenarbeit läuft nach Erfahrung der Projekte problemlos. Der HaLT-Ansatz stößt insbesondere dann auf Akzeptanz, wenn deutlich gemacht werden kann, dass HaLT eine wichtige Ergänzung der bestehenden suchtpreventiven Angebote darstellt. Jugendämter und kommunale Arbeitskreise stellen in mehreren Projekten unter anderem in einer Türöffnerfunktion eine wichtige Unterstützung beim Aufbau von Kooperationen mit Dritten dar. Weitere Einrichtungen der Jugend- und Suchthilfe können sich hier ebenfalls als Partner anbieten.

Die enge Zusammenarbeit mit kommunalen Ämtern und Arbeitskreisen ist insbesondere in Großstädten eine Voraussetzung für die erfolgreiche Tätigkeit im proaktiven Projektbaustein. Hier ist es mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen der Projekte weder möglich noch sinnvoll, im proaktiven Bereich eine mit dem Pilotprojekt vergleichbare koordinierende und zentrale Funktion wahrzunehmen. Weit zielführender ist es hier, die Präventionstätigkeit konsequent in vorhandene Strategien anderer suchtpreventiver Aktionen einzupassen bzw. als Ergänzung zu konzipieren.

#### **6.2.5 Weitere Kooperationspartner im proaktiven Projektteil**

Weitere Kooperationen wurden von den HaLT-Standortprojekten zu Wohngruppen und der offenen Jugendarbeit aufgebaut. Das Interesse der Erzieher bzw. Sozialarbeiter an dem HaLT-Konzept war in der Regel hoch, entsprechend problemlos gestaltete sich der Aufbau der Kooperationen. Als effizient zeigten sich vor allem Aktionen, bei denen die Verantwortlichen der Einrichtungen über das HaLT-Angebot informiert und als Multiplikatoren geschult werden. Eigene proaktive Aktionen der HaLT-Projekte sind dagegen in der Regel zu ressourcenintensiv.

Angebote für Ausbildungsbetriebe und Ausbildungsträger stoßen bei den Partnern auf große Resonanz. Die Zusammenarbeit kann hierbei analog zu der Arbeit in Schulen erfolgen. Bei Ausbildungsträgern, die zum Teil gezielt benachteiligte Jugendliche fördern, können sich zudem selektive Präventionsansätze anbieten.

Auch Kooperationen mit (Sport-)Vereinen konnten trotz zu Beginn hohem Sensibilisierungsbedarf erfolgreich geschlossen werden. Die Gewinnung von Jugendleitungen und Trainern für HaLT erweist sich als zielführend, da die Verantwortlichen und Betreuenden einen direkten und erheblichen Einfluss auf Jugendliche und ganze Jugendgruppen ausüben können. Hier erscheinen Ansätze, die Verantwortlichen – z.B. Jugendtrainer in Sportvereinen – als Multiplikatoren zu schulen und mit Checklisten und Handreichungen bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen zu unterstützen.

### **6.2.6 Öffentlichkeitsarbeit**

Das mediale Interesse an dem Projekt war während der gesamten Projektlaufzeit anhaltend außerordentlich hoch. Über alle Projekte wurde bereits in der Startphase zum Teil ausgiebig in der lokalen Presse berichtet. Über sämtliche Standortprojekte wurde mehrmals jährlich in regionalen und lokalen Zeitungen berichtet. Darüber hinaus gab es zu einigen Projekten mehrfach Beiträge in überregionalen TV-, Radio- und Printmedien.

Die Presseresonanz der Standortprojekte bestätigt damit das Interesse der Öffentlichkeit am Thema Alkoholmissbrauch und –prävention bei Kindern und Jugendlichen, welches bereits bei dem Lörracher Pilotprojekt deutlich geworden war. Neben Berichten über exzessiv trinkende Kinder und Jugendliche stehen vor allem Aktionen der Standortprojekte bei Festen im Mittelpunkt des medialen Interesses.

Die hohe Öffentlichkeitswirksamkeit von HaLT bietet die Chance, das Projekt im lokalen Umfeld weit reichend zu etablieren und begünstigt die Gewinnung von Kooperationspartnern. Darüber hinaus führt sie dazu, dass die Verbreitung und die Gefahren riskanten Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen öffentlich thematisiert werden. Insbesondere durch die lokale Berichterstattung wird dabei ein unmittelbarer Bezug zur Kommune und ein entsprechender Handlungsdruck, aber auch eine Handlungslegitimation für die an HaLT beteiligten Akteure aufgebaut.

Zu einem bundesweiten Medienecho, welches auch einzelne Standortprojekte wiederum in die regionale und lokale Presse brachte, führte eine am 22. Mai 2007 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Sabine Bätzing durchgeführte Bundespresskonferenz. Hierbei wurde auf den dramatischen Anstieg der Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen aufmerksam gemacht und das HaLT-Konzept als adäquater und effektiver Präventionsansatz, um diesem besorgniserregenden Trend zu begegnen, vorgestellt. Im Rahmen der Pressekonferenz wurden Kommunen, aber auch Krankenkassen aufgefordert, sich an der Finanzierung einer flächendeckenden Umsetzung von HaLT-Projekten zu beteiligen.

## 7 Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Wie in Kapitel 5 gezeigt wurde, konnte im Rahmen des Modellprogramms der vom Pilotprojekt entwickelte und erfolgreich erprobte HaLT-Netzwerkansatz an mehreren Standorten umfassend oder zumindest in Teilen umgesetzt werden. Somit kann von einer grundsätzlichen Übertragbarkeit des HaLT-Ansatzes ausgegangen werden, der nicht nur innerhalb der spezifischen Lössbacher Rahmenbedingungen, sondern mit gewissen Einschränkungen und etwas geänderter Akzentsetzung auch in Großstädten funktionieren kann. Damit empfiehlt sich HaLT als effektive und effiziente Präventionsstrategie, die sich auf den Alkoholkonsum Jugendlicher richtet, für eine bundesweite Verbreitung.

Im Rahmen der Modellprogrammphase wurde an mehreren Standortprojekten allerdings auch deutlich, wo Grenzen, Misserfolgskriterien und Ineffizienzen bei der Umsetzung liegen können. Dies muss keineswegs gegen den HaLT-Ansatz sprechen: Beim Start des Bundesmodellprogramms und bei der Auswahl der Standortprojekte wurde bewusst eine große Bandbreite an Konzepten berücksichtigt, um – positive wie negative – Erfahrungen auch für vom Konzept des Pilotprojekts abweichende Gestaltungsvarianten gewinnen zu können. Auf dieser Grundlage können systematisch Erfolgs- und Misserfolgskriterien identifiziert werden, die bei der Umsetzung des Ansatzes als Orientierung herangezogen werden können.

Als praktikable Kooperationen, die eine effiziente indizierte Prävention bei Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum mit gleichzeitig hoher Reichweite ermöglichen, haben sich für den reaktiven Projektteil vor allem die Partnerschaften mit Kliniken und Schulen und ferner auch mit Institutionen der Jugendstrafjustiz erwiesen. Bei anderen Kooperationspartnern – z.B. Jugendwohngruppen oder offener Jugendarbeit – fällt der Aufwand zur Erreichung Jugendlicher mit riskanten Alkoholkonsummustern deutlich höher aus.

Im proaktiven Projektbaustein haben sich Kooperationen bei Festveranstaltungen sowie mit Schulen und dem Einzelhandel als effiziente Ansätze der Universalprävention bewährt, bei denen die HaLT-Mitarbeitenden die Präventionsaktionen gegenüber Jugendlichen nicht selbst durchführen, sondern dafür ihre Kooperationspartner fortbilden und diese konzeptuell und mit Materialien unterstützen. Besonders effizient sind hierbei die Zusammenarbeit mit Festveranstaltern, Ordnungsamt und Polizei bei der Planung und Gestaltung von Veranstaltungen zur Sicherstellung der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes, die Fortbildung und praktische Unterstützung von Lehrkräften an Schulen sowie die Schulung von Auszubildenden im Einzelhandel.

## 7.1 Stärken-Schwächen-Bewertung des HaLT-Konzepts

Innerhalb dieses Abschnittes ist eine zusammengefasste Bewertung der Stärken wie auch der Schwächen und Umsetzungsrisiken der HaLT-Strategie überblickartig zusammengestellt. Die Grundlage bilden die Detailbewertungen der Kooperationen und Schnittstellen in Kapitel 5.

Die Stärken des Ansatzes bestehen vor allem in:

- der hohen Effizienz und Reichweite durch die Nutzung von Kooperationsnetzwerken und die Einbindung kommunaler Akteure in die Präventionsarbeit;
- der frühzeitigen und niedrighwelligen Erreichung von Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum durch Kooperationen und attraktive Angebote im reaktiven Baustein, die eine indizierte Prävention mit hoher Reichweite ermöglicht;
- dem relativ geringen notwendigen Mitteleinsatz für die Präventionseinrichtung, da zahlreiche Aufgaben von Netzwerkpartnern übernommen werden und einmal etablierte Kooperationen mit niedrigem Aufwand nachhaltig weitergeführt werden können;
- der hohen Öffentlichkeitswirksamkeit, da Beispiele von Kindern und Jugendlichen, die wegen Alkoholvergiftungen medizinisch behandelt werden müssen, alarmieren;
- der hohen Glaubwürdigkeit der proaktiven Präventionsarbeit, zum einen, da der Verweis auf Kinder mit Alkoholintoxikationen eine eindeutige Positionierung gegenüber oft diffusen Vorstellungen zum angemessenen bzw. tolerierbaren Alkoholkonsum Jugendlicher ermöglicht, zum anderen, da Akteure aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen beteiligt sind, so dass der Präventionseinrichtung nicht die Rolle eines isolierten Mahners zufällt.

Als Schwächen und Umsetzungsrisiken des HaLT-Konzeptes sind vor allem folgende Aspekte anzuführen:

- Der Erfolg hängt wesentlich von der Mitwirkungsbereitschaft und dem Engagement von Partnern innerhalb freiwilliger und in der Regel informeller Kooperationen ab. Potenzielle Kooperationspartner, zu denen auch Alkoholverkaufsstellen und Ausschankstellen gehören, müssen für eine Beteiligung überzeugt werden; die Möglichkeiten, hierbei Druck auszuüben, sind innerhalb des HaLT-Konzeptes gering. Auch eine regelmäßige Mitarbeit z.B. von Klinikärzten kann nicht über die Projekte vergütet werden.

- Die Projekte benötigen typischerweise eine längere und arbeitsintensive Anlaufphase von einem Jahr und mehr zum Aufbau und zur Festigung von Kooperationen und Schnittstellen, ehe Erfolge sichtbar werden.
- Der Erfolg der Umsetzung hängt äußerst stark von den projektleitenden Persönlichkeiten vor Ort ab, da die HaLT-Arbeit nicht innerhalb formeller Strukturen erfolgt. Entsprechend vielfältig und anspruchsvoll gestaltet sich das Anforderungsprofil an die Projektleitungen.
- Der proaktive Baustein ist nur bedingt für Metropolen und wenig für einen sehr ländlichen Raum geeignet. In Großstädten reichen die Ressourcen der Projekte nicht aus, um eine zentrale Impuls gebende und koordinierende Funktion innerhalb der Kommune einzunehmen. Als grobe Orientierung kann auf Grundlage der Begleitung der Standortprojekte des Modellprogramms die Einschätzung getroffen werden, dass der proaktive Baustein des HaLT-Konzeptes in seiner eigentlichen Form vor allem für Kommunen mit höchstens 200.000 Einwohnern geeignet ist.  
In äußerst dünn besiedelten Gebieten sinkt die Effizienz des Netzwerkansatzes deutlich, da bei vergleichbarer Reichweite erheblicher Zeit-, Fahrt- und Koordinationsaufwand für Kooperationen, die oft zahlreiche und kurzfristige Kontakte erfordern, entsteht.

Deutlich wird, dass die Effizienz- und Effektivitätsvorteile der HaLT-Strategie ausschließlich innerhalb eines breiten, gut funktionierenden Netzwerks realisierbar sind. Beeinträchtigungen durch die Schwächen und Risiken des Konzepts können ebenfalls vor allem durch funktionierende Kooperationsbeziehungen vermieden werden. Der wesentliche erfolgskritische Faktor und gleichzeitig die zentrale Aufgabe der HaLT-Projekte bestehen daher im Netzwerkaufbau und –management. Der Netzwerkansatz bildet zudem ein Alleinstellungsmerkmal des HaLT-Konzepts, welches es zu einer sinnvollen Ergänzung bestehender Präventionsangebote im lokalen Umfeld macht. Die HaLT-Projekte sollten sich in diesem Sinne mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen konsequent auf die Stärken des Konzepts konzentrieren und auf die Umsetzung über das engere HaLT-Konzept hinausgehender Suchtpräventionsleistungen verzichten.

## 7.2 Beurteilung zentraler Elemente im HaLT-Konzept

Mit Blick auf die essentielle Bedeutung der Kooperationen muss eine Beurteilung der einzelnen Elemente von HaLT bzw. den in den Standortprojekten umgesetzten Varianten über Praktikabilitäts- und Effizienzaspekte hinaus, als wesentliches Kriterium berücksichtigen, inwiefern dadurch eine Netzwerkbildung unterstützt oder gehemmt wird. Im Folgenden werden daher die zentralen Elemente des HaLT-Konzeptes respektive der Variationen an den Standorten und dem Netzwerk-Gesichtspunkt diskutiert.

### 7.2.1 Tätigkeitsschwerpunkte der Projektarbeit

Aufgrund der übergeordneten Bedeutung der Netzwerkarbeit muss die zentrale Aufgabe der HaLT-Projekte im Netzwerkaufbau und -management bestehen. Sofern in der lokalen Suchtpräventionslandschaft bereits Netzwerkstrukturen bestehen, wie es in Großstädten in der Regel der Fall ist, muss der HaLT-Ansatz dort angemessen integriert werden, um Konkurrenzsituationen und Doppelpurigkeiten zu vermeiden.

Die konkreten Präventionstätigkeiten werden – insbesondere im proaktiven Bereich, aber auch beim Erstkontakt mit Betroffenen im reaktiven Bereich – von den Netzwerkpartnern durchgeführt. Insbesondere durch die Kooperationsbeziehungen mit Akteuren außerhalb des Suchthilfesystems können frühzeitige Interventionen und eine große Reichweite und Zielgerichtetheit der präventiven Arbeit ermöglicht werden. Es ist daher innerhalb des HaLT-Ansatzes weder notwendig noch zweckmäßig, Ressourcen für eigene universalpräventiv angelegte proaktive Aktionen einzusetzen. Diese Schwerpunktsetzung – Netzwerkmanagement statt unmittelbarer Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen – sollte sich auch im Selbstverständnis der mit der operativen Projektleitung betrauten Mitarbeitenden spiegeln.

Zum Netzwerkmanagement gehört auch die lokale Öffentlichkeitsarbeit, welche eine breite und dauerhafte Vernetzung fördert. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, dass HaLT als fassbares, klar abgegrenztes Projekt kommuniziert werden kann.

### 7.2.2 Schnittmengen und Synergien von proaktivem und reaktivem Projektbaustein

Durch den reaktiven und den proaktiven Projektbaustein werden zwei zentrale Perspektiven der kommunalen Alkoholpräventionsarbeit bei Kindern und Jugendlichen abgedeckt. Im HaLT-Konzept des Pilotprojekts werden beide Bausteine gleichbedeutend und parallel von einer Präventionseinrichtung umgesetzt. In mehreren Projekten lag dagegen ein deutlicher Schwerpunkt auf einem der

Bausteine. Es stellt sich daher die Frage, inwiefern die gleichzeitige und gleichberechtigte Umsetzung beider Projektbereiche notwendig bzw. vorteilhaft ist.

Die Vorteile der Erbringung beider Bausteintätigkeiten durch eine Einrichtung umfassen vor allem die folgenden Aspekte:

- Zum Teil existieren direkte Überschneidungen der proaktiven und reaktiven Tätigkeit bzw. sind Schnittstellen z.T. für beide Bausteine gleichermaßen relevant. Beispielhaft ist hier der Kontakt zu Lehrern zu nennen, die auf der proaktiven Seite bei der Durchführung von Schulfesten und Klassenfahrten Kooperationspartner sind und auf der reaktiven Seite aufgefallene Schüler/-innen zu HaLT überleiten können.
- Durch die Bündelung von reaktiver und proaktiver Tätigkeit erhöht sich die Öffentlichkeitswirksamkeit des Projektes, was wiederum die Chancen für proaktive Aktionen erhöht.
- In einem lokal und regional überschaubaren Umfeld wird die Positionierung als Kompetenzzentrum durch die Verknüpfung beider Bausteine erhöht, wodurch die Netzwerkbildung unterstützt wird.
- Der Verweis auf den reaktiven Baustein bietet argumentativen Rückhalt und eine hohe Glaubwürdigkeit bei der Ansprache und Überzeugung potenzieller Kooperationspartner.

Von einer gemeinsamen Durchführung beider Bausteine profitiert vor allem die Tätigkeit im proaktiven Baustein. Die durch die reaktive Tätigkeit erzielte hohe Glaubwürdigkeit, Erkennbarkeit und fachliche Akzeptanz bei Kooperationspartnern und im kommunalen Umfeld generell, eröffnet Präventionseinrichtungen deutlich größere Handlungs- und Kooperationspielräume als rein auf proaktive Tätigkeiten beschränkten Projekten. Der reaktive Baustein wird bei gemeinsamer Durchführung der Bausteine durch den höheren Bekanntheitsgrad und zusätzliche Kontakte im proaktiven Feld ebenfalls unterstützt, allerdings nicht in dem gleichen entscheidenden Maße, in dem der proaktive Baustein profitiert.

Hieraus ist abzuleiten, dass wo möglich die Durchführung beider Bausteine aus strukturellen Gründen sinnvoll und empfehlenswert ist. Sofern der Umsetzung des proaktiven Bausteins in der umfassenden Form Gründe entgegenstehen, ist eine alleinige Tätigkeit im reaktiven Bereich ebenfalls sinnvoll durchführbar. Eine Beschränkung auf den proaktiven Baustein würde wesentliche Nutzenpotenziale des HaLT-Ansatzes nicht ausschöpfen und ist daher nicht zu empfehlen.

### 7.2.3 Substanzfokussierung auf Alkohol

Im Zuge der praktischen Arbeit mit Jugendlichen im HaLT-Angebot stellte sich die Frage, inwiefern es zweckmäßig ist, die reaktive und proaktive Präventionsarbeit neben Alkohol auf weitere, auch illegale Suchtmittel – insbesondere Cannabis – auszudehnen. Inwiefern es sinnvoll ist, in die reaktiven Gruppenangebote auch Jugendliche aufzunehmen, die durch den Konsum anderer Suchtmittel aufgefallen waren, wurde unter den am Modellprogramm beteiligten Präventionsfachkräften kontrovers diskutiert.

Mit Blick auf die Netzwerkbildung und typische proaktive Ansätze wie etwa die Einhaltung des Jugendschutzes auf Veranstaltungen erscheint die Beschränkung auf Alkohol dagegen zwingend. Die Zusammenarbeit mit einem großen Teil der Kooperationspartner – insbesondere im proaktiven Bereich – macht nur Sinn bei der Beschränkung auf Alkohol als legalem Suchtmittel. Eine Ausweitung auf andere Suchtmittel würde das Konzept verwässern und seine Kommunikation gegenüber potenziellen Partnern und der Öffentlichkeit erschweren. Daher ist HaLT als ein substanzspezifischer, ausschließlich auf Alkohol gerichteter Präventionsansatz zu bewerten.

### 7.2.4 Ausgestaltung des reaktiven Projektteils

Für die konkrete Ausgestaltung des reaktiven Projektteils ergeben sich aus der Begleitung des Modellprogramms mehrere Hinweise auf Erfolgs- und Misserfolgskriterien.

#### **Beschränkung auf Kinder und Jugendliche mit riskantem Konsum und Nutzung des Netzwerks**

Aus Effizienzgründen ist es sinnvoll, dass sich HaLT im reaktiven Bereich ausschließlich an Kinder und Jugendliche richtet, die durch Alkoholvergiftungen bzw. offensichtlich riskanten Alkoholkonsum auffällig geworden sind. Die Erreichung dieser Zielgruppe wird über die im Rahmen des Netzwerks ausgestalteten Schnittstellen ermöglicht. Die eigene aufsuchende Arbeit ist – im Regelfall – zu ineffektiv, da die Zielgruppe schwer auffindbar und zugänglich ist. Der Einsatz der reaktiven Angebote zur universellen Prävention, z.B. erlebnispädagogische Angebote für nicht mit riskantem Alkoholkonsum aufgefallene Jugendliche und Jugendgruppen, ist mit Blick auf den hohen Aufwand und die geringe Zielgerichtetheit nicht sinnvoll. Methoden aus den Gruppenangeboten bieten sich allenfalls für selektive Präventionskonzepte an.

### **Zeitliche Befristung der Betreuung**

HaLT sollte als reaktives Angebot lediglich eine befristete, oft punktuelle Betreuung anbieten. Hierdurch werden Konkurrenzsituationen zu – möglicherweise als Kooperationspartner relevanten – Präventionsanbietern vor Ort vermieden. Zudem können mehr Ressourcen für die eigentliche HaLT-Arbeit eingesetzt werden. Bei erhöhtem Hilfebedarf sieht das Konzept vor, dass die Kinder und Jugendlichen in weiterführende Hilfen übermittelt werden.

### **Niedrigschwelligkeit des reaktiven Angebots durch erlebnispädagogische Elemente**

Wesentlich für die frühe Intervention im Rahmen des reaktiven Angebots ist seine Niedrigschwelligkeit. Da die Teilnahme für die Betroffenen auf Freiwilligkeit beruht, ist es wichtig, die Angebote für Jugendliche attraktiv auszugestalten. In besonderer Weise bieten sich dafür erlebnispädagogische Elemente wie Klettern oder Tauchen an, die nicht nur eine wirksame Methode zum Anstoßen des beabsichtigten Reflexionsprozesses bei den Klienten darstellen, sondern gleichzeitig das Angebot für Jugendliche reizvoll machen.

### **7.2.5 Ausgestaltung des proaktiven Projektteils**

Als erfolgsbegünstigender Faktor hat sich im proaktiven Projektteil, insbesondere mit Blick auf den Aufbau des kommunalen Netzwerks, eine Positionierung der HaLT-Einrichtung als Impulsgeber, Dienstleister, Unterstützer und Kompetenzzentrum erwiesen.

Das Kooperationsnetzwerk ermöglicht sowohl eine umfassende Reichweite auf kommunaler Ebene als auch eine hohe Effektivität und Effizienz der proaktiven Präventionsarbeit. Die Präventionseinrichtung konzentriert sich dabei auf ihre impulsgebende, unterstützende und ggf. koordinierenden Funktionen im Netzwerk. Die Dienstleistungsfunktion der Präventionseinrichtung im Netzwerk, z.B. das Entwickeln und Bereitstellen von Materialien und Know-how, macht HaLT für Kooperationspartner attraktiv. Ziel des Netzwerkaufbaus ist letztlich, dass im Vorfeld von Aktionen die Kooperationspartner an die Einrichtung herantreten – und nicht umgekehrt. Im besten Falle wird HaLT so zu einem Selbstläufer, bei dem mit minimalem Aufwand für die HaLT-Einrichtung eine umfassende Präventionswirkung erzielt wird.

### 7.3 Zur Wirksamkeit der HaLT-Präventionsstrategie

Eine Evaluation der Wirksamkeit der HaLT-Strategie im engeren Sinne war nicht Bestandteil des Auftrags an die wissenschaftliche Begleitforschung. Sowohl bezüglich des reaktiven als auch des proaktiven Bausteins würde eine – insbesondere kurzfristig angelegte – Wirksamkeitsforschung erhebliche methodische Probleme aufwerfen. Dennoch lassen sich auf Grundlage von Sekundärquellen und Metaanalysen durchaus Hinweise finden, welche die Effektivität der gewählten Strategie nahelegen. Diese Argumentationen werden im Folgenden für den proaktiven und den reaktiven Baustein getrennt dargelegt.

Die Ziele des **proaktiven** Bausteins sind die Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen, die Orientierung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol sowie die konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes. Durch ein regionales Netzwerk werden die Kontrollmöglichkeiten zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes erhöht.

Die Umsetzung des Jugendschutzgesetzes in Gaststätten und an Veranstaltungen führt dazu, dass die Jugendlichen nicht mehr so leicht oder gar nicht an Alkohol kommen. Bereits eine geringe Zunahme der Kontrollen reduziert den Verkauf von Alkohol an Kinder und Jugendliche im Jugendschutzalter (Grube, 1997; Wagenaar et al., 2000; in Babor et al., 2005). Ökonomische Analysen deuten außerdem darauf hin, dass der Nutzen einer verstärkten Durchsetzung des Jugendschutzgesetzes die anfallenden Kosten übersteigt (Levy D.T. & Miller T. R., 1995; in Babor et al., 2005). Somit kann von einer Wirksamkeit des proaktiven Bausteins auf den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen ausgegangen werden.

Der **reaktive Baustein** des HaLT-Konzeptes ist eine Kurzintervention, die als Frühintervention am Klinikbett ansetzt. Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen, die als Frühintervention dienen (also vor oder kurz nach dem Einsetzen alkoholbezogener Probleme beginnen), werden seit den 1980er Jahren erforscht. Die Ergebnisse sind in verschiedenen Literaturübersichten und Metaanalysen zusammengefasst<sup>34</sup>. Die Ergebnisse von randomisierten klinischen Studien belegen, dass klinisch signifikante Veränderungen im Trinkverhalten und bei alkoholbezogenen Problemen auf Kurzintervention zurückzuführen sind (Babor et al., 2005). Gemäß Babor et al. stellen Kurzinterventionen eine vorbeugende Maßnahme oder eine prophylaktische Behandlung vor bzw. kurz nach

---

34 Bien et al., 1993; Babor, 1994; Kahan et al., 1995; Wilk et al., 1997; Poikolainen, 1999.

dem Auftreten von alkoholbedingten Problemen dar. Sie nehmen nur sehr wenig Zeit in Anspruch, können von Ärzten und anderen Beteiligten in der Primärversorgung durchgeführt werden und richten sich vor allem an Hochrisikogruppen mit dem Ziel, den problematischen Alkoholkonsum zu reduzieren. Babor et al. weisen jedoch auch darauf hin, dass die Umsetzung der Kurzintervention in Arztpraxen schwierig ist, da die Hausärzte nicht bereit sind, die Methoden nachhaltig anzuwenden (Richmond et al., 1998; in Babor et al., 2005). Demnach sollen Interventionen auch von anderen Berufsgruppen wie Sozialarbeitern durchgeführt werden (Babor et al., 2005). Babor et al. weist auch darauf hin, dass die meisten der Angesprochenen nicht die diagnostischen Kriterien von Alkoholabhängigkeit erfüllen.

Neben den oben genannten Autoren und Studien, die die Kurzintervention bei übermäßigem Alkoholkonsum im Allgemeinen betrachten, richten Spirito et al. den Blick konzentriert auf die Kurzintervention bei Kindern und Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren, die aufgrund einer Alkoholvergiftung in eine Klinik eingeliefert wurden. Sie testeten, ob eine Kurzintervention<sup>35</sup> im Gegensatz zu einer normalen Behandlung im Krankenhaus einen Einfluss auf folgende vier Variablen hat: Anzahl Trinkepisoden pro Monat, Anzahl Getränke pro Trinkepisode, Häufigkeit von exzessivem Alkoholkonsum pro Monat und Anzahl der Alkoholvergiftungen. Die eingelieferten Kinder und Jugendlichen bekamen zufällig eine Kurzintervention oder eine normale Behandlung. Alle an der Studie teilnehmenden Kinder und Jugendlichen wurden nach drei, sechs und zwölf Monaten interviewt. Die Resultate dieser Studie zeigen, dass die Korrelation zwischen Kurzintervention und allen vier untersuchten Variablen positiv ist; d.h. die Kurzintervention hat eine Reduktion der Anzahl Trinkepisoden, der Anzahl Getränke pro Trinkepisode, der Häufigkeit von exzessivem Alkoholkonsum sowie der Anzahl von Alkoholvergiftungen zur Folge (Spirito et al., 2004).

Da die aufgeführten Studien (Studien zur Kurzintervention bei riskantem Alkoholkonsum) sowohl hinsichtlich der Zielgruppe als auch der Konzeption mit dem HaLT-Konzept vergleichbar sind, kann auf die Wirksamkeit des reaktiven Bausteins von HaLT geschlossen werden.

Seit Beginn von HaLT im Jahr 2003 wurden über 760 Kinder und Jugendliche, die mit einer Alkoholintoxikation in die Klinik eingewiesen wurden, neben dem eigentlichen Gespräch anhand des Brückengesprächsbogens von den HaLT-Mitarbeitenden befragt.

---

35 Folgende 6 Elemente sind Bestandteil der Kurzintervention bei Spirito et al.: Betonung der persönlichen Verantwortung für die Umstellung des Alkoholkonsums; Thematisierung der Trinkmotivation und der möglichen negativen Konsequenzen des Konsums; Bewertung des persönlichen Alkoholkonsummusters und des Risikos; Aufzeigen der unterschiedlichen Zukunftsaussichten, wenn sie ihr Verhalten ändern; Ziele setzen in Bezug auf den Alkoholkonsum; Aufstellung von Regeln um die Ziele zu erreichen.

Die Brückengesprächsbogen ermöglichen eine systematische Erfassung der Hintergründe und Begleitumstände der Intoxikation sowie der soziodemografischen Merkmale des Jugendlichen. Von den von HaLT erreichten Jugendlichen gab über eine Fünftel an, bereits schon einmal eine Alkoholvergiftung gehabt zu haben. Diese Zahl sagt jedoch nichts darüber aus, ob der Jugendliche bei der früheren Intoxikation Kontakt zu HaLT hatte oder nicht. Nach Aussage der Projektbeteiligten von HaLT treffen sie nur sehr selten zwei Mal auf denselben Jugendlichen, so dass davon ausgegangen werden kann, dass Jugendliche durch die Kurzintervention ihre Grenzen kennenlernen und verantwortungsbewusster mit Alkohol umgehen. Auch hierdurch werden die Ergebnisse der Metaanalysen und die Einschätzung der Beteiligten bestätigt, dass das HaLT-Konzept im reaktiven Bestandteil wirksam ist.

## 7.4 Optionen für eine (Weiter-)Finanzierung der HaLT-Projekte

Die Finanzierung der HaLT-Standorte war im Rahmen des Bundesmodellprogramms aufgrund der spezifischen Zuständigkeiten von Bund und Ländern von vornherein zeitlich befristet angelegt. Da im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms gezeigt werden konnte, dass HaLT einen effektiven und nach Etablierung der Netzwerke höchst effizienten Präventionsansatz darstellt, erscheint HaLT geeignet, um dem Auftrag der kommunalen Suchtprävention insbesondere unter dem Aspekt der Verhältnisprävention nachzukommen. Ein entsprechendes Interesse mehrerer Kommunen, Kreise und Bundesländer wurde bereits deutlich.

Insbesondere für den reaktiven Baustein ist eine Finanzierung von Maßnahmen über die Krankenkassen denkbar. Der HaLT-Ansatz wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen als grundsätzlich förderungswürdig anerkannt.

Aufgrund der Vielfalt von konkreten Gestaltungsmöglichkeiten des HaLT-Konzepts vor Ort – Kooperationsnetzwerke und Leistungsangebote können und sollten passgenau auf die kommunalen Rahmenbedingungen zugeschnitten werden – erscheint es zielführend, dass HaLT-Projekte individuelle Leistungsangebote mit Kommunen, Landkreisen und am Umsetzungsort vertretenen Krankenkassen vereinbaren und abrechnen.

### 7.4.1 Finanzierung über Kommunen

Vom HaLT-Pilotprojekt Lörrach wurde ein Finanzierungsansatz für den proaktiven Projektteil in Form eines Dienstleistungsangebotes

an Kommunen unter dem Titel „HaLT Kompakt“ entwickelt. Das Angebot umfasst Informationsgespräche und die Ausgabe von Planungshilfen und Materialien, die Beratung von Veranstaltern bei der Festplanung sowie die Ausstattung mit Materialien für präventive Aktionen (Plakate, Infokarten, Jugendschutzschilder etc.). Als Finanzierungsform wird die Einführung eines „Präventions-Cents“ vorgeschlagen: Eine Pauschale von zehn Cent pro Einwohner und Jahr reicht nach Berechnung von HaLT Lörrach aus, um diese proaktive Tätigkeit innerhalb bereits existierender Netzwerke zu finanzieren. Gegen Einzelabrechnung können darüber hinaus z.B. Schulen oder Sportvereine Beratungen bei der Planung von Klassenfahrten, Festen oder bei der Umsetzung von systematischen Präventionsmaßnahmen erhalten.

Die vorgestellte Finanzierung des proaktiven Projektteils über den Präventions-Cent erfordert allerdings bereits eingespielte Netzwerke. Zur Sensibilisierung der Akteure vor Ort und zum Aufbau von Kooperationen muss ein erheblich höherer Aufwand angesetzt werden. Für die Dauer der Aufbauphase ist je nach vorgefundenen Strukturen vor Ort von mindestens einem Jahr bis höchstens zwei Jahren auszugehen. Auf Grundlage der Erfahrungen aus der Begleitung des Modellprogramms kann als näherungsweise Angabe abgeleitet werden, dass der Aufbau eines proaktiven Präventionsnetzwerks ungefähr eine Vollzeitstelle pro 100.000 Einwohner im abgedeckten Gebiet erfordert. Bei einer Stadt mit 50.000 Einwohnern entspricht dies einer halben Stelle für die Etablierung proaktiver Netzwerke. Es ist zu betonen, dass dieser Wert eine Näherung darstellt, die in Abhängigkeit von bereits bestehender Kooperationsstrukturen und lokalen Rahmenbedingungen erheblich abweichen kann.

#### **7.4.2 Finanzierung über Krankenkassen**

Der HaLT-Präventionsansatz wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen als grundsätzlich förderungswürdig eingestuft. In einer gemeinsamen Erklärung im September 2007 sprachen sich die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing und der Vorstandsvorsitzenden des IKK-Bundesverbandes, Rolf Stuppardt, für eine bundesweite Verbreitung von HaLT aus. Nach § 20 Abs. 1 und 2 des SGB V besitzen Krankenkassen die Möglichkeit, Aktionen zur Prävention zu finanzieren. Die genauen Förderkriterien sind von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen in dem Leitfaden Prävention, Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006 definiert worden. Der Leitfaden beinhaltet sowohl Ansätze der Verhältnis-Prävention (Setting-Ansatz) als auch der auf das Individuum gerichteten Verhaltensprävention, die sich im

Idealfall ergänzen sollen. Weitere im Leitfaden Prävention angeführte Bedingungen für die Förderfähigkeit von Projekten sind hierbei:<sup>36</sup>

- eine schriftliche Fixierung von Aufbau, Zielen, Inhalten und Methoden der Einheiten im Trainermanual;
- ein nachvollziehbarer Zielgruppenbezug;
- ein Nachweis der Wirksamkeit des verwendeten Konzeptes im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation.

Da die Neuauflage 2008 des im Rahmen des HaLT-Bundestransfers von der Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention herausgegeben Handbuchs<sup>37</sup> zum Bundesmodellprojekt HaLT den Anforderungen an ein Trainermanual entspricht, können die im Leitfaden Prävention definierten Kriterien zur Förderung von HaLT als erfüllt angesehen werden. Eine detaillierte, mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmte Argumentation bezüglich der Förderfähigkeit ist in dem erwähnten Handbuch enthalten.

Die Kosten für ein typisches reaktives Angebot belaufen sich nach Berechnungen des Pilotprojekts Villa Schöpflin auf 360 Euro pro Jugendlichen. Hiervon entfallen je 60 Euro auf das etwa einstündige Brückengespräch und auf das ebenfalls etwa einstündige Gespräch mit den Eltern in der Klinik. Die Gruppenarbeit mit Risikochek wird mit 180 Euro angesetzt, das abschließende Gespräch mit dem Jugendlichen mit 60 Euro. Bei etwa 30 Jugendlichen pro Jahr entspricht der Aufwand den Kosten einer 20-Prozent-Stelle einer sozialpädagogischen Fachkraft.

Als praktikabler Weg erscheint, mit den vor Ort maßgeblich vertretenen Krankenkassen eine Übernahme der Kosten für die Intervention bei von den Kassen versicherten Kindern und Jugendlichen zu vereinbaren. Bei seltener vertretenen Krankenkassen kann auch ohne vorherige Absprache unter Verweis auf den konkreten Fall und die Wirksamkeit der Intervention um die Erstattung der Kosten gebeten werden. Gegebenenfalls ist es zielführend, die Krankenkassen in einem größeren Rahmen, z.B. auf Landesebene, über das HaLT-Präventionsangebot zu informieren. Mit Blick auf die unterschiedlichen Leistungsangebote der HaLT-Standorte sollten die Vereinbarungen zur Kostenübernahme aber jeweils projektindividuell ausgestaltet und getroffen werden. Hierfür ist

---

<sup>36</sup> Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006. Federführend für die Veröffentlichung: IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach.

<sup>37</sup> Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention: Bundesmodellprojekt HaLT - Handbuch für den Einsatz in der Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit. 2. Auflage 2008.

eine klare Definition und Kommunikation des jeweiligen Leistungsangebots durch die HaLT-Projekte erforderlich.

## 7.5 Fazit und Ausblick

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms konnte die Umsetzbarkeit und Übertragbarkeit des von der Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention in Lörrach entwickelten innovativen Präventionsansatzes HaLT – Hart am Limit nachgewiesen werden. HaLT stellt eine wirksame Präventionsstrategie für die aktuelle besorgniserregende Entwicklung der Zunahme von Binge Drinking und Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen dar.

Die besondere Stärke des HaLT-Ansatzes liegt in der außerordentlichen Effizienz, die durch einen systematischen Aufbau und Einbezug von Kooperationen erreicht wird. Dies ist von besonderer Bedeutung, da sowohl die indizierte Frühintervention als auch die universelle Prävention typischerweise vor einem Effizienzproblem stehen: bei der indizierten Prävention muss viel Aufwand für den Zugang zur Zielgruppe verwendet werden (und zwar je frühzeitiger die Intervention, desto mehr Aufwand), bei der unspezifischen universellen Prävention drohen hohe Streuverluste bei der Erreichung der anvisierten Zielgruppe. Bei HaLT ermöglichen die Kooperationen im reaktiven Teil einen breiten Zugang zu gefährdeten Kindern und Jugendlichen, die Kooperationen im proaktiven Teil ermöglichen durch die faktische Übertragung von der konkreten Präventionsarbeit auf Partner breit angelegte Aktionen und zugleich hohe Glaubwürdigkeit bei relativ geringem Aufwand.

Durch die Kombination zeitgemäßer, bewährter und nachweislich wirksamer Alkoholpräventionsansätze und -konzepte kann HaLT nicht nur als ein gelungenes Umsetzungsbeispiel der von der Europäischen Kommission formulierten Präventionsstrategie gelten, sondern entspricht in Teilen ebenfalls den von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs. 1 und 2 SGB V in dem Leitfadens Prävention definierten Kriterien.

Die wissenschaftliche Begleitung empfiehlt nachdrücklich eine bundesweite Verbreitung von HaLT. Bereits während der Modellprogrammphase ist ein hohes und konkretes Interesse von weiteren Kommunen und – auch zum Teil von nicht am Modellprogramm beteiligten – Bundesländern an der Einführung und breiten Umsetzung von HaLT deutlich geworden. Zusammen mit den mindestens sieben Modellprojektstandorten, von denen HaLT nach Auslaufen der Modellprogrammförderung weitergeführt wird, existiert damit eine erste Grundlage für die weitere

Verbreitung des Präventionsansatzes. Der vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2007 beauftragte und von der Villa Schöpflin durchgeführte bundesweite Know-how-Transfer zum HaLT-Konzept erscheint hierbei als äußerst geeignetes Mittel für die bundesweite Implementierung von HaLT.

## Literatur

Babor, Thomas et al. 2005: Alkohol - kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe.

Babor, Thomas 1994: Avoiding the "horrid and beastly sin of drunkenness:" Does dissuasion make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 1127-1140.

Bien Thomas H. et al. 1993: Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction* 88, 315-336

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2005: Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops. Eine Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007: Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Kurzbericht, Juni 2007.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).

Gmel, G./Kuntsche, E. 2006: Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Eine Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (sfa/ispa) Lausanne.

Grant, BF/Dawson, DA 1997: Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*, 9.

Grube Joel W. 1997; Preventing sales of alcohol to minors: results from a community trial. *Addiction* 92, 251-260S.

Hingson, R. et al. 2000: Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking. *Journal of the American Medical Association*, 284.

Horlings/Scoggins 2006: RAND: An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU.

Hurrelmann, Klaus 2002: Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim-Basel;  
Silbereisen, R./ Reese, A. 2001: Substanzgebrauch, Illegale Drogen und Alkohol. In: Raithel, J. (Hg): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention, Opladen.

Hurrelmann, Klaus 2002: Riskanter Konsum im Jugendalter. Warum Jugendhilfe und Drogenhilfe kooperieren müssen; in: Netzwerke der Sucht- und Drogenhilfe, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg); Hannover.

Jernigan, David H. 2001: Global Status Report, Young People and Alcohol. World Health Organisation.: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.1.pdf).

Kahan M. et al. 1995: Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. Canadian Medical Association Journal 152, 851-859.

EU Kommissionsbericht 2006: Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden.

[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006\\_0625de01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006_0625de01.pdf).

Levy David T., Miller Ted R. 1995: A cost-benefit analysis of enforcement efforts to reduce serving intoxicated patrons. Journal of Studies on Alcohol 56, 240-247.

Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006.

Meili, Bernhard 2004: Indizierte Prävention bei gefährdeten Jugendlichen. In: Suchtmagazin Nr.6 / 2004. S. 21-25. Bern.

Mikrozensus – Bevölkerung. 2006. [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

Poikolainen Kari 1999: Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. Preventive Medicine 28, 503-509.

Prognos AG 2004, Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms „Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen“, bundesweite Datenerhebung – Kurzanalyse.

Reinber A., Hummel M. (2003) : Steuert Deutschland langfristig auf einen Fachkräftemangel zu ? IAB-Kurzbericht Nr.9 2003.

Richter, M./ Bauer, U. / Hurrelmann, K. (2004): Konsum psychoaktiver Substanz im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Ergebnisse der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 1-2/ 2004. S. 30-38.

Richter, M./Settertobulte, W. 2003: Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer (Hg) 2003: Jugendgesundheitsurvey. Weinheim.

Europäischer Rat 2001: Schlussfolgerung des Rates vom 5. Juni 2001 zu einer Gemeinschaftsstrategie zur Minderung der schädlichen Wirkungen des Alkohols (ABl. C 175 vom 20.6.2001), [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2001/c\\_175/c\\_17520010620de00010002.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2001/c_175/c_17520010620de00010002.pdf);

Europäischer Rat 2004: Schlussfolgerung des Rates zum Thema Alkohol und Jugendliche vom 1./2. Juni 2004, [http://ue.eu.int/ueDocs/cms\\_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf](http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Gebiet und Bevölkerung – Ausländische Bevölkerung zum 31.12.2006. [www.statistik-portal.de](http://www.statistik-portal.de)

Statistisches Bundesamt 2006/07, [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention 2007: Bundesmodellprojekt HaLT, Handbuch Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen. (2., erweiterte Auflage 2008)

Wagenaar Alexander C. et al., 2000: Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. *Contemporary Drug Problems* 27, 681-733.

Wilk Alev I. et al. 1997: Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 12, 274-283.