Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 36 (2010)
Heft: 1

Artikel: HaLT : Präventiv gegen riskanten Alkoholkonsum
Autor: Kuttler, Heidi / Lang, Sabine
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800190

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

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

HaLT – Präventiv gegen riskanten Alkoholkonsum

Jugendliche «Komatrinker» sind in den letzten Jahren stark ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Das Bundesmodellprojekt «Hart am LimiT – HaLT» zielt seit 2003 auf die Prävention des riskanten Alkoholkonsums unter Jugendlichen ab. Es kombiniert einen individuellen Ansatz mit einer kommunal angelegten Präventionsstrategie mit vielen PartnerInnen. HaLT arbeitet evidenzorientiert und wird bereits in mehr als 100 Landkreisen und Städten in Deutschland erfolgreich umgesetzt.

Heidi Kuttler
Diplom-Pädagogin, Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention, Franz-Ehret-Strasse 7, D-79541 Lörrach, Tel. +49 (0)7621 914 909 0, heidi.kuttler@villa-schoepflin.de, www.villa-schoepflin.de

Sabine Lang
Diplom-Pädagogin, Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention, sabine.lang@villa-schoepflin.de

Einführung

Geschürt durch die kontinuierlich steigenden Zahlen alkoholbedingter Klinikaufenthalte von Teenagern in Deutschland steht das Thema Trinken bis zur Bewusstlosigkeit bei Jugendlichen in der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit zurzeit besonders stark im Fokus.

Der Präventionsansatz von HaLT strebt eine sachliche Einschätzung jugendlichen Alkoholmissbrauchs an und leitet daraus Konsequenzen ab. HaLT ist ein Akronym für *Hart am LimiT*, wobei HaLT in doppelter Bedeutung zu verstehen ist: Halt sagen und Halt geben. Der so genannte «reaktive Baustein» von HaLT umfasst eine zeitnahe sozialpädagogische Reaktion auf schwere Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen. Theoretische Grundlage ist das Konzept der Motivierenden und Lösungsorientierten Kurzintervention[1,2] mit dem Ziel, den betroffenen Jugendlichen Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol zu vermitteln. Dieser reaktive Baustein wird mit einem proaktiven Baustein verknüpft, einem breiten lokalen Bündnis zur Alkoholprävention, in dem sich viele PartnerInnen gemeinsam für eine systematische und abgestimmte Alkoholprävention und -politik engagieren. Beteiligt sind beispielsweise Verantwortliche in den Kommunen und Festveranstalter, Vereine und Einzelhandel, Jugendarbeit und Elterninitiativen, Polizei und Schulsozialarbeit. Die lokalen PartnerInnen sind von Anfang an eingebunden in die Konzeptentwicklung, in die Erstellung von Materialien (z.B. «Tipps für Festveranstalter», «Handreichungen für Schulfeste und Klassenfahrten»), als Verantwortliche bei der Umsetzung der Projektmassnahmen im jeweiligen Setting sowie bei der begleitenden Öffentlichkeitsarbeit.

Seit dem Projektstart – die 18-monatige Pilotphase in Lörrach begann im Juni 2003 – wissen wir mehr über die Hintergründe und Begleitumstände schwerer Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen. Durch die externe Begleitforschung des HaLT-Projektes, aber auch durch Übersichtsarbeiten auf nationaler[3] und internationaler Ebene[4] hat das Wissen um wirksame Präventionsansätze im Bereich der indizierten und selektiven Prävention zugenommen. Die bei HaLT wesentliche Verknüpfung einer Frühintervention mit einer im kommunalen Setting verankerten Präventionsstrategie, d.h. die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention, ist in ih-rer Wirksamkeit in den letzten Jahren durch eine Vielzahl von Studien bestätigt worden.[5,6,7]

Eine Kinderklinik schlägt Alarm

Im Juli 2002 machte die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Lörrach durch ein Presseinterview in der Badischen Zeitung auf ein neues Phänomen aufmerksam. Die daraufhin vorgenommene Analyse der statistischen Daten durch Präventionfachkräfte und Klinik zeigte: Die Zahl von 12- bis 17-Jährigen, die mit einer schweren Alkoholvergiftung in die Klinik eingeliefert wurden, hatte sich innerhalb weniger Jahre von 16 auf 56 mehr als verdreifacht, auffällig war der hohe Anteil an Mädchen.

Das Suchtpräventionszentrum Villa Schöpflin[8] entwickelte daraufhin gemeinsam mit der Klinik ein Konzept, um betroffene Jugendliche und ihre Eltern zu erreichen. Dessen Ziele waren, den Vorfall aufzuarbeiten, Motive und Auslöser zu erkennen und eine Wiederholung zu verhindern. Die Betroffenen sollten relevante Informationen und Verhaltensweisen kennen, welche ihnen zukünftig einen unschädlichen Umgang mit Alkohol ermöglichen sollten. Dabei geht es nicht immer um Abstinenz, sondern Jugendliche sollen sich Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol aneignen. In den ersten Gesprächen mit den Jugendlichen, meist noch in der Klinik, wurde schnell deutlich, dass sich die Problematik des komatösen Rauschtrinkens ausschliesslich durch einen individuellen oder familienorientierten Ansatz nicht nachhaltig lösen lässt. Viele Jugendliche erzählten, dass sie den Alkohol – ungeachtet der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen – problemlos erworben hatten. Einige waren sehr unerfahren im Umgang mit Alkohol, viele unterschätzten die Wirkung besonders von Spirituosen. Die ÄrztInnen berichteten zudem von einem besonders hohen Risiko der Einlieferung von intoxikierten Jugendlichen in die Klinik bei grossen Festveranstaltungen in der Region. Aus diesem Grund wurde das reaktive Angebot der Frühintervention um einen zweiten Baustein – eine kommunale Präventionsstrategie – ergänzt, die schwere Alkoholvergiftungen und schädlichen Alkoholkonsum bei Jugendlichen bereits im Vorfeld verhindern soll. Für die Entwicklung eines kommunalen Gesamtkonzeptes wurden die relevanten PartnerInnen im Landkreis bei der Konzeptentwicklung mit einbezogen und trugen durch ihre Erfahrung wesentlich zur Praxisnähe von HaLT bei.

Von der Pilot- zur Modellphase und zur bundesweiten Verbreitung

Nachdem bundesweite Zahlen zu stationär behandelten Alkoholvergiftungen unter Teenagern vorlagen, wurde deutlich, dass es sich bei der Lörracher Statistik nicht um einen regionalen «Ausrutscher» gehandelt hatte.[9] Die Villa Schöpflin erhielt daher vom Bundesministerium für Gesundheit BMG Anfang 2003 den Auftrag, das HaLT-Konzept in einer 18-monatigen Pilotphase zu erproben. Die Prognos AG wurde mit der externen Begleitforschung beauftragt. Als sich HaLT in der Pilotphase bewährte und die gesetzten Ziele erreicht wurden, schrieb das BMG im Jahr 2004 HaLT als Bundesmodellprojekt aus. Im Zuge eines Bewerbungsverfahrens wurden zehn weitere Standorte aus neun Bundesländern in die Modellphase einbezogen – gefördert durch das BMG und das jeweilige Bundesland.

Aufgrund der positiven Ergebnisse aus der Modellphase, kontinuierlich steigender Zahlen schwerer Alkoholvergiftungen unter Teenagern und damit einem hohen Interesse von Fachleuten, Medien und der breiten Öffentlichkeit erhielt die Villa Schöpflin vom BMG den Auftrag, die gewonnenen Erfahrungen in einem Transferprozess von 2007 bis 2009 interessierten Fachkräften und Kommunen in ganz Deutschland zur Verfügung zu stellen. Über Einführungs- und Vertiefungsseminare und ein Trainermanual wurden die Ziele, Inhalte und die methodische Vorgehensweise im HaLT-Projekt weitervermittelt.[10] Zu Beginn des Jahres 2010 setzen etwa 100 Landkreise in ganz Deutschland das HaLT-Konzept um, weitere stehen kurz vor der Einführung.

Das HaLT-Konzept

Indizierte Prävention durch die Zusammenarbeit von Medizin und Pädagogik

Die Modellphase zeigte, dass sich die Zielgruppe riskant konsumierender Jugendlicher über die systematische Zusammenarbeit mit Kliniken gut erreichen lässt. ÄrztInnen informieren – sobald die Eltern eine Schweigepflichtentbindung unterschrieben haben – die HaLT-Fachkraft, welche das so genannte Brückengespräch meist direkt in der Klinik führt. Dieses ist als motivierende Kurzberatung konzipiert. Dieses erste Gespräch dient u.a. dazu, bei den Jugendlichen Offenheit für eine vertiefte Auseinandersetzung mit ihrem riskanten Trinkverhalten im Rahmen eines eineinhalbtägigen Gruppenangebotes – dem Risiko-Check – zu schaffen.

Dieser Risiko-Check wird alle sechs bis acht Wochen angeboten, etwa sechs bis zwölf Jugendliche nehmen jeweils daran teil. Dabei haben sich folgende Inhalte und Botschaften als hilfreich erwiesen:

- Es geht um Risikoverhalten, nicht um Sucht. Dies soll auch der Name des Gruppenangebotes – Risiko-Check – verdeutlichen.
- Die Verantwortung des/der Jugendlichen und Möglichkeiten für positive Veränderungen werden betont.
- Ein integriertes erlebnispädagogisches Modul wie Klettern oder Tauchen nimmt dem Angebot das «Therapeutische», das Jugendliche schnell abschreckt. Zudem ist bekannt, dass Alternativen zu schädlichen Verhaltensweisen nur dann akzeptiert werden, wenn sie mit positiven, lustvollen Erlebnissen verbunden sind.[11]
- Die Jugendlichen können gemeinsam mit einem Freund oder einer Freundin teilnehmen, manchmal gemeinsam mit der ganzen Clique. Dadurch wird das Angebot niedrigschwelliger und wirkt gleichzeitig in das relevante soziale Umfeld der Jugendlichen hinein.
- Die Fachkraft kommuniziert, dass das Angebot (z.B. Brückengespräch und Risiko-Check) kostenlos ist.

Die Einbindung von weiteren Jugendlichen in das Projekt kann auch über andere Überleitungswege erfolgen, z.B. Jugendamt, Schulsozialarbeit oder Polizei. Die Erfahrung zeigt, dass die Überleitung in das HaLT-Angebot gut funktioniert, wenn die beteiligten Fachkräfte gemeinsam mit den KooperationspartnerInnen standardisierte Abläufe und Überleitungswege gestalten.

Besonders belastete Jugendliche, ca. ein Drittel der erreichten jungen PatientenInnen, benötigte weiterführende, umfassendere Hilfen. Hier dient das HaLT-Konzept dazu, (sucht-)gefährdete Jugendliche frühzeitig zu erreichen und in geeignete Angebote einzubinden.

Für eine gute und nachhaltige Zusammenarbeit ist es wichtig, dass ÄrztInnen und Pflegepersonal in regelmässigen Abständen informiert werden, ob die Überleitung und die Einbindung der Jugendlichen in das HaLT-Projekt erfolgreich verlaufen ist.

Kommunal verankerte Alkoholprävention

Ergänzend zu diesem Ansatz im Bereich der indizierten Prävention steht ein universalpräventiver bzw. Verhältnispräventiver Ansatz. Eine mit einer Vielzahl kommunaler PartnerInnen abgestimmte Präventionsstrategie hat zum Ziel, Alkoholexzesse bereits im Vorfeld zu verhindern. Die Befragung der betroffenen Jugendlichen in den Kliniken mittels eines teilstandardisierten Fragebogens durch die HaLT-Fachkräfte (Auswertung durch Prognos) zeigte beispielsweise, dass das Jugendschutzgesetz nur unzureichend eingehalten wird: fast ein Viertel der Unter-16-Jährigen hatte den Alkohol selbst eingekauft.[12]

Dabei wird darauf geachtet, dass nicht die HaLT-Fachkräfte in den unterschiedlichen Settings selbst aktiv werden, sondern die verschiedenen AkteurInnen werden als ExpertInnen in ihrem jeweiligen Bereich gesehen. So führen die Festorganisatoren nach einer HaLT-Schulung die Einweisung ihres Verkaufspersonals in Eigenregie durch, sie organisieren eigenverantwortlich systematische Einlass- und Alterskontrollen und den Einsatz der Projektmaterialien (Jugendschutzplakate, Infokarten für Jugendliche, Aushang Busverbindungen). Einmal etablierte Kooperationen sind durch die Mitverantwortung vieler PartnerInnen nachhaltig wirksam und werden zu Selbstläufern.

Massnahmen und Konzepte im kommunalen Setting sind z.B.:

- Vorstellung von HaLT in kommunalen Gremien mit dem Ziel eines positiven Votums und/oder der finanziellen Förderung.
- Selbstverpflichtungen von Kommunen im Umgang mit Alkohol, z.B. kein Alkohol am Arbeitsplatz, keine alkoholischen Präsente, kein Alkoholausschank bei Empfängen.
- Kombination von ordnungspolitischen und sozialpädagogischen Massnahmen bei problematischen Jugendtreffpunkten (Alkoholmissbrauch, Lärm, Gewalt etc.).
- Unterstützung von Schulen bei der Planung von Klassenfahrten und Schulfesten.
- Leitfaden für Sportvereine; Fortbildungen für JugendtrainerInnen.
- Planung von Festen mit Veranstaltern und der Polizei.
- Im Lehrplan integrierte Module zum Jugendschutz in der Ausbildung im Einzelhandel.
- Ansprache von Verkaufsstellen, wenn unkontrollierter Alkoholverkauf zu einer Klinikeinweisung führte.

HaLT in der Praxis – Landkreis Lörrach

«Es war verdammt knapp» – ein Fallbeispiel

Als Jan sich am Freitagabend am üblichen Treffpunkt mit seiner Clique trifft, sind alle bereits angetrunken. Er ist der einzige, der noch nüchtern ist. Um sich schnell in Stimmung zu trinken, nimmt er aus einer kreisenden Wodkaflasche einige Schlucke. Was danach kommt, weiss der 15-Jährige nur von Erzählungen, von seiner Clique und von den ÄrztInnen im Lörracher St. Elisabethen-Krankenhaus. Jan brach zusammen, verletzte sich beim Sturz und reagierte nicht mehr. Ein Mädchen aus der Clique alarmierte den

Kultur gefördert. Die Kinder lernen, was Komplimente sind, welche Arten es gibt, einander Komplimente zu machen und Komplimente anzunehmen bzw. darauf zu reagieren. Auch die Lehrpersonen werden dahingehend sensibilisiert, den Kindern regelmässig positive Aufmerksamkeit zu schenken. Das «Kind der Woche» hat während einer Schulwoche besondere Aufgaben und Privilegien inne und steht – je nach Stufe und Entwicklungsstand der Kinder – im Zentrum der Aufmerksamkeit. Es erhält von seinen MitschülerInnen und von der Lehrperson in der so genannten Komplimente-Runde Komplimente und erfährt so, dass es geschätzt wird und dass seine Fähigkeiten wahrgenommen werden. Die Kinder lernen auch, sich selber ein Kompliment zu machen. Ausgewählte Komplimente werden auf der so genannten Komplimente-Liste aufgeschrieben, die von den Kindern mit nach Hause genommen und von den Eltern ergänzt wird.

Selbstkontrolle

Im Bereich der Selbstkontrolle lernen die Kinder, dass es im Gegensatz zu Gefühlen inakzeptables Verhalten gibt und man sich demzufolge – v.a. bei unangenehmen und heftigen Gefühlen wie Wut, Ärger und Frustration – beruhigen und kontrollieren können muss. Die Kinder lernen daher konkrete Techniken kennen, wie sie sich selber beruhigen können und üben eine Methode besonders ein, um diese bei heftigen Gefühlen und in unangenehmen Situationen abrufen zu können. Diese Technik umfasst drei Schritte: In kritischen Situationen STOPP zu sagen und anzuhalten (1), tief zu atmen[12] (2) und dann mit sich selbst zu sprechen (3), um eine Art Standortbestimmung vorzunehmen: zu sagen, wie man sich fühlt und was das Problem ist. Das Atmen wird mit der Metapher eines Ballons verbunden, der, wenn man früh genug innehält, beim Ausatmen von unangenehmen Gefühlen geleert wird (und so später nicht aufgrund von zahlreichen heftigen, unangenehmen Gefühlen platzen muss). Kleineren Kindern hilft in entscheidenden Momenten ein Zaubervogel, der sie an die Beruhigungsschritte erinnert. Darüber hinaus setzen sich die Kinder immer wieder damit auseinander, welche Strategien es für Frust, Ärger oder Stress auslösende Situationen gibt und wie sie diese umsetzen können.

Problemlösekompetenzen

Da Probleme und Herausforderungen trotz einer zunächst besonnenen Reaktion häufig weiter bestehen, lernen die Kinder eine umfassende Strategie kennen, wie sie Probleme aktiv und kreativ angehen und bewältigen können. Die Strategie wird mit dem Symbol der Ampel und – je nach Alter der Kinder – der Schildkröte repräsentiert, die beide für die Drei-Schritte-Technik stehen: Nach dem Sich-Beruhigen (erster Schritt) tritt man in eine Phase des Nachdenkens ein (zweiter Schritt). Man sammelt Ideen, wie die Problemsituation gelöst werden könnte und berücksichtigt dann bei der Prüfung der Ideen die verschiedensten Aspekte wie beispielsweise die Fairness (Perspektivenübernahme), ob die notwendigen Informationen vorhanden sind, ob die Idee auch tatsächlich funktionieren kann und somit umsetzbar ist usw. Die beste Idee wird dann ausprobiert (dritter Schritt) und das Resultat anschliessend evaluiert. Dieser Dreischritt wird je nach Entwicklungsstand der Kinder unterschiedlich detailliert besprochen und ausgeführt. Das Problemlöseschema wird sowohl für Probleme angewendet, die einzelne Kinder betreffen, als auch für Probleme, die die Klasse gemeinsam angehen.

Umgang mit Freundschaften

Ein weiteres Thema in PFADE sind Freundschaften und Beziehungen, die für alle Kinder im Schulalter sehr wichtig sind und in Schulklassen auch zu grossen Spannungen führen können. Die Kinder setzen sich unter anderem damit auseinander:

- wie sie Kontakte aufnehmen und Freundschaften schliessen können,
- wie sie einander aktiv zuhören können,
- was Perspektivenübernahme und Fairness bedeuten,
- was sie tun können, wenn sie sich ausgeschlossen oder alleine fühlen,
- wie sie Konflikte lösen und sich wieder versöhnen können usw.[13]

Übergreifende Aspekte

Zu allen Schwerpunktthemen ist erstens zu ergänzen, dass die Kinder auch sprachlich stark gefördert werden. Denn die Sprache hängt eng mit der kognitiven Entwicklung zusammen und ist ein zentrales Medium, um das eigene Verhalten reflektieren und steuern zu können.

Zweitens liegt der Grundgedanke von PFADE darin, dass soziale Kompetenzen – wie kognitive Fähigkeiten oder fachliches Wissen – aktiv gefördert werden können. Es stellt u.E. eine grosse Chance dar, in Bezug auf die soziale Entwicklung von Kindern und ihre Verhaltensneigungen nicht passiv zu bleiben, sondern aktiv dazu beizutragen, dass sie lernen, ihr Verhalten zu steuern und Verantwortung mehr und mehr zu übernehmen. Für Schulhausteams liegt die Chance darin, über Konzepte, Instrumente, Prinzipien und eine Sprache zu verfügen, die im erzieherischen Bereich den Austausch und die gemeinsame Arbeit erleichtern und eine Basis für die Verfolgung gemeinsamer Ziele darstellen.

Drittens können die beschriebenen Konzepte auch uns Erwachsene anregen und uns in unserer Entwicklung weiterbringen. Nicht nur die Kinder werden in ihrer Entwicklung gefördert, sondern auch die Lehrpersonen setzen sich mit den Themen auseinander und treten so in einen Entwicklungsprozess, der für sie selbst und die Arbeit mit den Kindern fruchtbar ist.

Nicht zuletzt ist zu erwähnen, dass die Bedeutung des sozialen Lernens aktuell in den Schulen zunimmt. Denn durch die Integration von Kindern mit Lern- und Verhaltensschwierigkeiten in Regelklassen nimmt die Heterogenität in den Klassen zu. Je unterschiedlicher Menschen sind und sich verhalten, umso zentraler ist es, über soziale Fähigkeiten zu verfügen, um konstruktiv und befriedigend zusammen leben und arbeiten zu können. Es gilt, den sozialen Zusammenhalt innerhalb der Schulklassen zu stärken und von Seiten der Lehrpersonen, aber auch der Kinder, einen Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern zu finden. Hier ist das PFADE-Programm mit seinen Konzepten hilfreich.

Ein Programm zwischen Wissenschaft und Praxis

Das PFADE-Programm ist an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis angesiedelt und der evidenzbasierten Prävention verpflichtet.[14] Dies bedeutet, dass bei der Weiterentwicklung des Programms, der Ausbildung der Umsetzenden und der Anlage der konkreten Projekte in den Schulen neben Praxisaspekten laufend auch Erkenntnisse der Wissenschaft und aus Evaluationen einfliessen.

Aspekt der Wirksamkeit

Dazu gehört, dass kritisch auf die Wirkungen geschaut wird, die mit den Bemühungen erzielt werden. PFADE wurde für das oben genannte Forschungsprojekt in Zürich u. a. ausgewählt, weil es zu den weltweit am besten evaluierten universellen schulischen Präventionsprogrammen gehört und bisherige Evaluationen zeigen, dass es eines der ganz wenigen schulbasierten Präventionsprogramme ist, das Wirkungen zeigte.[15] Es ist eines der zwölf Modellprogramme, die vom «Center for the Study and Prevention of Violence» der Universität von Colorado empfohlen werden. In diesem Zentrum hat sich 1996 ein Gremium von sieben ExpertInnen der Evaluationsforschung zusammengetan, um aufgrund von strengsten Kriterien (Langfristigkeit, mehrere unabhängige Studien, Kontrollgruppendesign etc.) weltweit Präventionsprogramme zu identifizieren, die effektiv sind und zur Umsetzung empfohlen

Notarzt. Im Krankenhaus musste Jan in ein künstliches Koma versetzt werden, er hätte die Nacht fast nicht überlebt.
Am Samstagvormittag erhält eine Mitarbeiterin des Lörracher Präventionszentrums «Villa Schöpflin» einen Anruf auf ihrem Diensthandy. Die Klinikärzte haben mit Jan und seinen Eltern gesprochen, sie über das Präventionsprojekt HaLT informiert und eine Schweigepflichtentbindung unterschreiben lassen. Die Mitarbeiterin fährt gleich ins Krankenhaus und merkt im Gespräch, wie schockiert Jan und seine Eltern noch immer sind, weil Jan so leichtfertig sein Leben aufs Spiel gesetzt hat. Jan ist ein ganz normaler Junge aus einer ganz normalen Familie. Er macht nächstes Jahr den Realschulabschluss, ist begeisterter Fussballspieler. Seine Eltern sind wütend auf ihren Sohn und machen sich gleichzeitig Vorwürfe: Haben wir uns zu wenig gekümmert? Hätten wir strenger sein sollen?
Die Familie besucht mehrere Male die Villa Schöpflin. In den folgenden Gesprächen geht es darum, dass die Eltern und Jan mit Unterstützung der HaLT-Fachkraft offen über das Geschehene sprechen. Das verlorene Vertrauen der Eltern muss wieder wachsen. Aber auch Jan braucht – obwohl er «Mist gebaut» hat, wie er sagt – die Fürsorge und das Verständnis seiner Eltern. So gibt es keinen Hausarrest, aber es werden verbindliche Ausgehzeiten vereinbart, an die Jan sich künftig halten muss. Entscheidend ist, dass Jan sich mit den Ursachen für seinen Alkoholexzess auseinander setzt: Warum hat er sofort mitgetrunken? Warum hat er seine Grenzen nicht gespürt? Jan beginnt, sich Fragen zu stellen. Wodka ex aus der Flasche – ist das wirklich er? In der Clique wird ständig getrunken – will er das eigentlich? Deshalb nimmt er zwei Wochen später an einem Freitagnachmittag und Samstag am Gruppenangebot «Risiko-Check» in der Villa Schöpflin teil – gemeinsam mit sechs weiteren Jugendlichen mit ähnlicher Erfahrung. Deshalb sind alle sehr offen: es geht nicht um Moral, sondern darum, sich selbst gegenüber ehrlich zu sein. Jeder entwickelt für sich Regeln für seinen zukünftigen Umgang mit Alkohol. Am Samstagvormittag geht die Gruppe gemeinsam in den Klettergarten. Jetzt geht es um den anderen Kick, den Umgang mit Gruppendruck und die Gratwanderung zwischen Risiko, Spass und Sicherheit. Jans Fazit: «viel nachgedacht, viel über mich gelernt. Ich weiss jetzt, wie ich besser auf mich achten kann. Ich trinke zum Beispiel Alkohol nicht mehr «ex» und auch nicht mehr direkt der Flasche, weil ich so nicht weiss, wie viel ich trinke. Und das Verhältnis zu meinen Eltern ist irgendwie offener geworden.»
Jans Eltern wollen der Sache auf den Grund gehen. Wo war der Wodka her? – in Jans Clique ist noch keiner volljährig. Ein Freund erzählt, dass er den Wodka im örtlichen Supermarkt gekauft habe, kontrolliert wurde er nicht: «Ich sehe ja viel älter aus.»
Die HaLT-Mitarbeiterin informiert daraufhin ihre Kollegin, welche für den proaktiven Projekt-Baustein verantwortlich ist. Sie setzt einen Brief auf und verschickt ihn an den Filialleiter im genannten Supermarkt. Anonymisiert wird der Vorgang geschildert, bei dem ein 15-Jähriger fast zu Tode kam. Das Verkaufsdatum des Wodkas wird genannt und um eine Rekonstruktion und Erklärung gebeten. Am Ende des Briefs steht deutlich «Sollten wir von Ihnen innerhalb von 14 Tagen keine Antwort erhalten, geben wir die Informationen an die entsprechende Polizeidienststelle weiter.» Schon wenige Tage später erhält die HaLT-Mitarbeiterin einen Anruf von einem sichtlich schockierten Filialleiter. Man konnte den Vorgang rekonstruieren, die Geschichte habe alle aufgeschreckt. Eigentlich achte man systematisch auf die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes, aber da habe eine Kassiererin wohl nicht aufgepasst.
Die HaLT-Mitarbeiterin schlägt daraufhin – wie vorgesehen in solchen Fällen – eine Schulung für die Belegschaft der Filiale vor, eine Seminar-Stunde nach Feierabend. Ziel ist es, nochmals zu verdeutlichen, wie wichtig die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes ist, und das Verkaufspersonal für diese nicht einfache Aufgabe zu motivieren und zu stärken. Projekt-Plakate und Infokarten zur Weitergabe an Jugendliche sollen das Verkaufspersonal dabei unterstützen und werden kostenlos abgegeben.

Kleine HaLT-Statistik

Pro Jahr finden im Landkreis Lörrach etwa 50 Veranstaltungen für Verkaufspersonal, Auszubildende im Einzelhandel, für Festveranstalter, Lehrkräfte und JugendleiterInnen in Vereinen statt. Seit Projektstart im Jahr 2003 hat das HaLT-Team in Lörrach zudem mit fast 200 Jugendlichen nach stationär behandelter Alkoholintoxikation gearbeitet. Über die Arbeit mit den Cliquen der betroffenen Jugendlichen und über andere Zugangswege (z.B. Jugendberufshilfe, Schulsozialarbeit, ÄrztInnen) wurden nochmals etwa 500 weitere Jugendliche erreicht.

Die wissenschaftliche Bewertung von HaLT

Die Prognos-Evaluationsergebnisse

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung, bestehend aus einer Befragung von 764 Jugendlichen und einem projektbegleitenden Monitoring der Modellprojekte, flossen in die Formulierung der so genannten «HaLT-Standards» ein. Diese Standards wurden von Prognos als Voraussetzung für Akzeptanz, Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und Effizienz von HaLT identifiziert.[13]

Standard 1: *HaLT ist eine Kombination von HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv*

Studien belegen: Eine Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Angebote erhöht die Wirksamkeit.[14,15,16] Bei HaLT legitimieren und verstärken sich die beiden Bausteine gegenseitig. So motiviert der Verweis auf lebensbedrohliche Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen die Akteure im proaktiven Baustein, sich aktiv gegen Alkoholmissbrauch einzusetzen. Gleichzeitig verhindert dieser Ansatz die Reduktion der Problematik auf ein individuelles, rein jugendspezifisches Problemverhalten. Riskanter Alkoholkonsum kann durch HaLT-reaktiv und «Aufklärung von Jugendlichen» allein nicht beeinflusst werden. Um nachhaltig positive Veränderungen zu erreichen, bedarf es einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung.
Belegt wirkungsvolle Massnahmen im proaktiven Baustein von HaLT sind:

- Die Kontrolle des gesetzlichen Mindestalters für Kauf und Konsum. Auf die Einhaltung bestehender gesetzlicher Bestimmungen wird besonderes Augenmerk gelegt, da ihre systematische Umsetzung erwiesenermassen eine hohe Wirksamkeit zeigt.
- Die Einschränkung von Verkaufszeiten und -orten.[17,18]
- Kein Ausschank an betrunkene Gäste.[19]

Standard 2: *HaLT ist im reaktiven und proaktiven Baustein ein substanzspezifischer, auf Alkohol gerichteter Ansatz*

Eine eindeutige Ziel- und Zielgruppenorientierung erhöht sowohl im reaktiven als auch im proaktiven Baustein die Wirksamkeit. Die Begleitforschung durch Prognos belegt, dass von über 80 Prozent der Jugendlichen ausschliesslich Alkohol und keine anderen Drogen konsumiert werden.[20] Ausserdem lassen sich eindeutige Botschaften, Ziele und praktische Massnahmen zur Alkoholprävention klar kommunizieren und können von den Kooperationspartnern leicht umgesetzt werden. Allgemeine Appelle und Ziele zur Förderung von Lebenskompetenzen beispielsweise sind für Laien schwer in ihre Alltagspraxis zu integrieren.

Standard 3: *HaLT ist ein Netzwerkansatz, wobei die Kooperationen über die klassischen Netzwerke der Prävention hinausgehen*

So sind nicht nur Institutionen im sozialen und Bildungsbereich involviert, sondern (ehrenamtliche) Festorganisatoren, EinzelhändlerInnen, HausärzteInnen, Kliniken, Polizei und Ordnungsämter. Dadurch erzielt HaLT eine grosse und nachhaltige

Wirkung in unterschiedliche gesellschaftliche Bereiche hinein. Die Einbindung kommunaler EntscheidungsträgerInnen und vieler weiterer PartnerInnen erhöht zudem die Akzeptanz der Projektziele.

Standard 4: *HaLT reaktiv ist eine niedrigschwellige, zeitlich begrenzte Frühintervention*

Die Begleitung der Modellprojekte durch Prognos sowie eine aktuelle Studie an Münchener Kliniken bestätigen, dass durch die aufsuchende Arbeit in den Kliniken eine schwer erreichbare Zielgruppe systematisch erreicht werden kann.[21,22] Die Ansprache noch im Kliniksetting nutzt ein «sensibles Fenster», in dem schädlicher Alkoholkonsum offensichtlich ist. Die aufsuchende Arbeit in der Klinik sowie die zeitliche Begrenzung des HaLT-Angebotes verhindern eine Stigmatisierung und machen das Angebot niedrigschwellig.

Standard 5: *HaLT-Standorte verstehen sich als Kompetenzzentren, Impulsgeber und Unterstützer und sind als Dienstleister im kommunalen Setting klar erkennbar*

Die HaLT-Fachkräfte stellen konkrete unterstützende Angebote für ihre Projektpartner zur Verfügung, im proaktiven Baustein sind dies insbesondere Schulungen, Vorträge und Materialien. Im reaktiven Baustein erfahren die Kliniken durch den zeitnahen und aufsuchenden Ansatz deutliche Entlastung. Damit wird Alkoholprävention für Kliniken, aber auch für Festveranstalter, Kommunen, Vereine und Schulen attraktiv. Die Einbindung in das HaLT-Projekt wird dadurch mit Unterstützung und nicht mit Mehrarbeit assoziiert.

Frühintervention in der Klinik als grosse Chance

Lange Zeit wurde vermutet, dass das schockierende Erlebnis einer Alkoholvergiftung, die im Krankenhaus endet, bereits eine nachhaltige positive Veränderung im Konsumverhalten einleitet. Dass dies nicht der Fall ist, belegt eine aktuelle Studie der Gmünder Ersatzkasse.[23] Rund 17 Prozent der befragten Jugendlichen geben an, nach ihrem Klinikaufenthalt ihr Trinkverhalten beizubehalten oder sogar zu steigern. 83 Prozent der Jugendlichen trinken eigenen Angaben zufolge zwar weniger, konsumieren aber immer noch erheblich häufiger und mehr Alkohol als andere Jugendliche ihrer Altersgruppe.

Eine Evaluation an mehreren Münchener Kliniken über mittelgradige bis schwere Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen, kommt zu dem Ergebnis, dass auf riskante Konsummuster junger KomatrinkerInnen durch Kurzinterventionen im klinischen Setting wirkungsvoll reagiert werden kann.[24] Davon profitiert auch der Teil der Jugendlichen, die zu diesem Zeitpunkt bereits eine mögliche Suchtgefährdung aufweisen. Durch HaLT ist eine frühe Einbindung in das Hilfesystem möglich.

Vor allem die Babor-Studie weist darauf hin, dass Kurzinterventionen zu deutlichen Veränderungen im Trinkverhalten führen.[25] HaLT stützt sich auf evidenzbasierte Massnahmen zur Früherkennung bzw. zu Kurzintervention.[26,27] Zu beachten sind:

- Zeitpunkt und Zielgruppe: kurz nach Auftreten von alkoholbezogenen Problemen bei Personen mit schädlichen oder riskantem Alkoholkonsum
- Interventionskontext: medizinische Primärversorgung
- Inhalt: Motivational Interviewing MI nach Miller und Rollnick[28] und Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung TTM nach Prochaska und DiClemente[29]
- Screening: ggf. Alkohol-Kurztest RAFFT[30]
- Risikobewertung: Alkoholkonsum mit schwersten Vergiftungssymptomen gilt als Alarmsignal, auch wenn nicht automatisch eine Suchtgefährdung vorliegen muss[31]
- Dauer: kurze fokussierte Beratungseinheiten (drei bis fünf) à 30 bis 60 Minuten.

Eine randomisierte Studie zu Frühintervention mit stationär behandelten Jugendlichen mit Alkoholintoxikation – vom Alter und Setting mit HaLT vergleichbar – führte das Team um Anthony Spirito durch. Die positive Wirkung einer am Konzept der Motivierenden Gesprächsführung orientierten Kurzintervention wurde bei diesen Jugendlichen belegt: es sank sowohl die Anzahl der monatlichen Trinktage als auch die Trinkmenge. Dabei zeigte sich, dass insbesondere diejenigen Jugendlichen nachhaltig profitierten, die bereits im Vorfeld einen andauernden schädlichen Alkoholkonsum aufwiesen.[32]

HaLT wirkt! Studie am HaLT-Standort Rostock

Die Wirksamkeit des HaLT-Projekts am Modellstandort Rostock wurde 2008 durch eine zweiarmige Evaluationsstudie des Universitätsklinikums Rostock überzeugend bestätigt.[33]

Das Zusammenwirken der reaktiven und proaktiven Projektbausteine, eines der Herzstücke von HaLT, scheint die Anzahl neu auftretender Intoxikationen zu beeinflussen. Im proaktiven Teil wurden die Kernorte der Alkoholbeschaffung der stationär behandelten Jugendlichen ausfindig gemacht. Tankstellen, Supermärkte, kleinere Privatgeschäfte und Diskotheken wurden in der Projektregion im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern in enger Zusammenarbeit mit der Landesstelle für Suchtvorbeugung LAKOST angesprochen. Das Ziel dabei war es, Trinkgelegenheiten und Trinkexzesse dort zu bekämpfen, wo sie entstehen. Gleichzeitig wurden an ausgewählten Schulen Gespräche geführt und Infomaterial bereitgestellt.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass seit Beginn des Projekts im Jahr 2004 die Intoxikationsrate im Projektgebiet um 20 Prozent sank, während diese in der Vergleichsregion um 33 Prozent stieg.[34] Reis konstatiert, dass, «... die Kombination indizierter Prävention am Krankenbett und selektiver Maßnahmen in dort identifizierten Risikofeldern offenbar geeignet ist, die Häufigkeit akuter Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen zu senken.»[35]

Die Wirksamkeit der HaLT-Intervention in der Rostocker Klinik wurde ausserdem mit einem Gruppenvergleich ein Jahr nach der Alkoholvergiftung belegt. Auf allen Problemfeldern liegt die HaLT-Gruppe unter der Vergleichsgruppe, die keine vergleichbare Intervention erfahren hat. Insbesondere in den Bereichen Drogenkonsum und Psychische Belastung scheint die HaLT-Gruppe zu profitieren. Auch weitere Befunde aus den Befragungen der HaLT-Jugendlichen stimmen optimistisch. Die Jugendlichen, die eine HaLT-Intervention erhielten, waren insgesamt zufriedener mit dem Verhältnis zu ihren TherapeutInnen, gaben an, relevante Informationen über den Umgang mit Alkohol erhalten zu haben, reduzierten ihre Trinkmenge und gingen umsichtiger mit Alkohol um. Ausserdem gaben sie an, ein gebessertes Verhältnis zu ihren Eltern zu haben. Die Rostocker Studie schlussfolgert daher, dass die Familie als veränderungsrelevantes System in die Interventionen mit einbezogen werden sollte und dass die HaLT-Berater und -Beraterinnen wichtige Weichensteller sind, die auf eine positive Entwicklung im Familiensetting sowie auf das jugendliche Konsumverhalten einwirken können.[36]

Fazit und Ausblick

Die Forschung zur evidenzbasierten Prävention hat in den letzten zehn Jahren an Bedeutung gewonnen. Aufgrund einer Reihe von Studien wissen wir zunehmend mehr um Wirkungen von Massnahmen in der universellen, selektiven und indizierten Suchtprävention. Dabei geht es vor allem um Massnahmen, welche die Effekte auf das Konsumverhalten von Menschen und ihre Ressourcen und Risiken überprüfen und nicht, ob eine Sucht verhindert werden konnte.[37]

Angesichts des riskanten Alkoholkonsums unter Jugendlichen und der damit ausgelösten gesellschaftlichen Diskussion zum Umgang mit der «legalen Droge», steigt die Sensibilität in der Bevölkerung

bezüglich des selbstverständlichen Alkoholkonsums von Erwachsenen in seinem ritualisierten Gebrauch, z.B. auf Festen oder in Fussballstadien. Der Umgang mit Alkohol allgemein ist stärker ins Blickfeld der Öffentlichkeit und von politisch Verantwortlichen gelangt. Dies wird z.B. daran deutlich, dass im Bundesland Baden-Württemberg seit Ende des Jahres ein nächtliches Verkaufsverbot von Alkohol an Tankstellen eingeführt wurde. Ohne eine allgemeine Akzeptanz in der Öffentlichkeit und Politik wäre die Umsetzung des Gesetzes sicherlich nicht so schnell möglich gewesen.

Die besten Ergebnisse bei der Umsetzung von evidenzorientierten Massnahmen werden erzielt, wenn die AkteurInnen auf eine sorgfältige und manualgetreue Implementierung achten.[38] Das HaLT-Konzept bietet für die Projektumsetzung sowohl Standards als auch ein Trainermanual, damit die von Prognos ausgewiesene Effektivität und Effizienz erreicht werden können. Damit dies auf einer breiten Basis möglich wird, ist eine angemessene Förderung von HaLT durch die Kommunen und Landkreise notwendig und wünschenswert. Nur so gelingt eine nachhaltige qualitätsgesicherte Umsetzung. Und nur so kann HaLT seine volle Wirksamkeit entfalten.●

Literatur

Anderson, Peter/Baumberg, Ben (2006): Alkohol in Europa – Eine Public Health Perspektive. Zusammenfassung. Institute for Alcohol Studies. www.ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_de_en.pdf, Zugriff 15.12.2009.

Babor, Thomas/Caetano, Raul/Casswell, Sally/Edwards, Griffith/Giesbrecht, Norman/Graham, Kathryn/Grube, Joel/Gruenewald, Paul/Hill, Linda/Holder, Harold/Homel, Ross/Österberg, Esa/Rehm, Jürgen/Room, Robin/Rossow, Ingeborg (2005): Alkohol: Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Göttingen: Hogrefe.

Bühler, Anneke (2009): Was wirkt in der Suchtprävention? Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift, 9/2009, 134: 2388-2391.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008): Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms «HaLT-Hart am LimiT» – Forschungsbericht. Basel.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bühler, Anneke/Kröger, Christoph, Band 26, Köln.

Demmel, Ralf (2000): Voraussetzungen der Implementierung effektiver Kurzintervention. S. 79-84 in: Pittrich, Wolfgang (u.a.) (Hrsg), Kurzintervention und motivierende Gesprächsführung: Workshops; 19. – 21. September 2000 Schöppingen Münster: LWL, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung.

De Jong, Peter/Berg, Insoo Kim (2002): Lösungen [er]finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. Band 17, 5. Auflage. Dortmund.

GEK – Gmünder Ersatzkasse – Bereich Gesundheitsanalyse (2009): GEK-Report Krankenhaus 2009 – Schwerpunktthema: Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 69. Schwäbisch Gmünd.

Koller, G. (2009): Risflecting. Grundlagen, statements und Modelle zur Rausch- und Risikopädagogik. Ein Studien- und Lesebuch. www.risflecting.at/pdf/risflecting-Konzept.doc, Zugriff 15.12.2009.

Kuttler, Heidi/Lang, Sabine (2008): Das HaLT-Projekt in Rostock, Zusammenfassung der Evaluationsstudie des Universitätsklinikums Rostock. www.halt-pro-jekt.de/images/stories/pdf/rostockstudie%202008_zusammenfassung.pdf, Zugriff 15.12.2009.

Laging, Marion (2004): Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen: Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention. Hamburg: Kovac.

Lang, Sabine/Kuttler, Heidi (2009): HaLT-Trainermanual – Bundesmodellprojekt HaLT, Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen. www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/handbuch_halt_2009.pdf, Zugriff 15.12.2009.

Miller, William/Rollnick, Stephen (1999): Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.

Monti, M. Peter/O´Leary, Tracy/Borsari, Brian (2004/2005): Drinking among young adults. Screening, brief intervention, and outcome. www.pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh284/236-244.pdf, Zugriff 15.12.2009.

Müller, Stefanie/Pabst, Alexander/Kronthaler, Frederik/Grübl, Armin/Kraus, Ludwig/Burdach, Stefan/Tretter, Felix (2009): Akute Alkoholvergiftung bei Jugendlichen – Erste Ergebnisse eines Münchener Pilotprojekts. Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift 134(4): 1101–1105.

Prochaska, James, O./DiClemente, Carlo C./Norcross, John, C. (1992): In search of how people change: Applications to addictive behaviour. American Psychologist 47(9): 1102-1114.

Prognos (2004): Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms «Alkoholvergiftung bei Kindern und Jugendlichen», Bundesweite Datenerhebung – Kurzanalyse. Basel.

Reis, Olaf/Pape, Manuela/Häßler, Frank (2009): Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens. SUCHT 55(6): 347-356.

Spirito, Anthony/Monti, Peter/Barnett, Nancy/Colby, Suzanne/Sindelar, Holly/Rohsenow, Damaris/Lewander, William/Myers, Mark (2004): A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. The Journal of Pediatrics 145(3): 396-402.

Wagenaar, Alexander C./Toomey, Traci L./ Erickson Darin J.(2005): Preventing youth acces to alcohol: outcomes from a multicommunity time-series trial. Addiction 100(3): 335-345.

Wienberg, Günther (2008):Prävention von Alkoholproblemen. Was wirkt wirklich? www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/vortrag%20 dr.g.wienberg_bethel.pdf, Zugriff 15.12.2009.

World Health Organisation Europe (WHO) (2006): Framework for alcohol policy in the WHO European Region, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Endnoten

1 Vgl. Miller/Rollnick 1999.
2 Vgl. De Jong/Berg 2002.
3 Vgl. BZgA 2006.
4 Vgl. Babor et al. 2005.
5 Vgl. Anderson/Baumberg 2006.
6 Vgl. BZgA 2006.
7 Vgl. WHO 2006.
8 Die Villa Schöpflin wurde im Jahr 2002 als Zentrum für Suchtprävention durch eine Stiftung der Geschwister Schöpflin ins Leben gerufen. Als einer der Schwerpunkte hat sich die Arbeit mit solchen Jugendlichen entwickelt, die sich durch riskante oder gesundheitsschädliche Verhaltensweisen bereits Schaden zufügen, aber (noch) nicht abhängig sind. Ziel ist es, sie und ihre Eltern frühzeitig zu erreichen und den vorhandenen Erfahrungsschatz und die Fähigkeiten zur Selbsthilfe zu aktivieren. Viele der Angebote sind in umfassende Projekte integriert, in denen Verhaltens- und Verhältnisprävention eng miteinander verzahnt sind. Infos auch unter www.villa-schoepflin.de
9 Bundesweit war zwischen 2000 und 2002 bei Kindern und Jugendlichen ein Anstieg der stationären Behandlungen wegen Alkoholintoxikationen um 26 Prozent festzustellen. Vgl. Prognos 2004.
10 Vgl. Lang/Kuttler 2009.
11 Vgl. Koller 2009.
12 BMG 2008: 69.
13 Ebd.: 107.
14 Vgl. Anderson/Baumberg 2006.
15 Vgl. BZgA 2006.
16 Vgl. WHO 2006.
17 Vgl. Wagenaar et al. 2005.
18 Vgl. Babor et al. 2005.
19 Ebd.
20 BMG 2008: 72.
21 Vgl. Müller et al. 2009.
22 BMG 2008: 58-81.
23 GEK Report 2009: 100.
24 Müller et al. 2009: 1104.
25 Vgl. Babor et al. 2005.
26 Vgl. Spirito et al. 2004.
27 Vgl. Monti et al. 2004.
28 Vgl. Miller/Rollnick 1999.
29 Vgl. Prochaska/DiClemente 1992.
30 Vgl. Laging 2004. RAFFT steht als Akronym für 1. R-elax: Trinkst du manchmal, weil du entspannen oder du dich besser fühlen möchtest? 2. A-lone. Trinkst du manchmal, wenn du alleine bist? 3. F-riends: Trinkst du manchmal, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest? 4. F-amily: Hat jemand in der Familie ein Alkoholproblem? 5. T-rouble. Hattest du schon mal ernsthafte Probleme wegen deines Alkoholkonsums, z.B. schlechte Zensuren oder Ärger mit dem Gesetz? Der RAFFT-Kurztest bietet eine erste Einschätzung im Hinblick auf einen möglichen Risikostatus des Jugendlichen. Bei zwei oder mehr Zustimmungen liegt möglicherweise eine Gefährdung vor. Die Zustimmung bei 2. oder 5. ist besonders ernst zu nehmen. Der Test ist für Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren geeignet.
31 Vgl. Wienberg 2008.
32 Vgl. Spirito et al. 2004.
33 Reis et al. 2009: 347-356.
34 Ebd.: 347.
35 Ebd.: 354.
36 Vgl. Kuttler/Lang 2008.
37 Vgl. Bühler 2009
38 Ebd.: 2390.