

Jugend und Alkohol –

Eine Analyse der aktuellen Problemlage und der zielgerichteten Präventionsstrategien am Beispiel des Modellprojektes Hart am Limit „HaLT“ im Kontext kommunaler Alkoholpolitik

Bachelorarbeit zur Abschlussprüfung an der Hochschule Darmstadt,

Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit

vorgelegt von Janina-Kristin Nebel

Martikeldnummer: 734999

ErstreferentIn: Prof. Dr. rer. soc. Angelika Groterath

ZweitreferentIn: Herr Volker Weyel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	S. 1
2. Aktuelle Problemlage	S. 3
2.1 Jugendliche und die Entwicklung des Problems	S. 3
2.2 Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen	S. 6
2.2.1 Riskanter Konsum	S. 7
2.2.2 Binge-drinking	S. 8
2.2.3 Alkoholvergiftung	S. 10
2.3 Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken	S. 11
2.4 Verbreitung von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen	S. 15
2.4.1 Alkoholkonsum im Jahr 2014	S. 16
2.4.1.1 Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums	S. 17
2.4.1.2 Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums	S. 18
2.4.1.3 Verbreitung des Konsums gesundheitlich riskanter Alkoholmengen	S. 19
2.4.1.4 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens	S. 20
2.4.1.5 Häufiges Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen	S. 21
2.4.1.6 30-Tage-Prävalenz der subjektiven Alkoholrauscherfahrung	S. 22
2.4.2 Trends des Alkoholkonsums	S. 23
2.4.2.1 Alter des ersten Alkoholkonsums und des ersten Alkoholrauschs	S. 23
2.4.2.2 Behandlung aufgrund akuter Intoxikation	S. 24

3. Sucht- und Alkoholprävention	S. 26
3.1 Entwicklung der Suchtprävention in Darmstadt	S. 26
3.2 Alkoholprävention	S. 28
3.2.1 Begriffsbestimmung	S. 29
3.2.1.1 Prävention nach Zielgruppen	S. 29
3.2.1.2 Prävention nach Wirkungskreis	S. 30
3.2.2 Ziele	S. 32
4. Sucht- und Alkoholprävention auf kommunaler Ebene	S. 33
4.1 Suchtpräventionen als kommunale Aufgabe	S. 33
4.2 Präventionsstrategien der Wissenschaftsstadt Darmstadt	S. 35
4.3 Bundesmodellprojekt „HaLT – Hart am Limit“	S. 38
4.3.1 Entstehung	S. 38
4.3.2 Implementierung in Darmstadt	S. 40
4.3.3 Konzept	S. 41
4.3.3.1 Reaktiver Baustein	S. 42
4.3.3.2 Proaktiver Baustein	S. 44
5. Wirksamkeit	S. 47
6. Perspektiven und Herausforderungen	S. 50
7. Fazit	S. 51
Literaturverzeichnis	S. 55
Anhang	S. 59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums im Jahr 2014	S. 17
Abbildung 2: Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums im Jahr 2014	S. 18
Abbildung 3: Verbreitung des Konsums von für Erwachsene gesundheitlich riskante Alkoholmengen im Jahr 2014	S. 19
Abbildung 4: 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens im Jahr 2014	S. 20
Abbildung 5: Häufiges Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen im Jahr 2014	S. 21
Abbildung 6: 30-Tage-Prävalenz der subjektiven Alkoholrausch- erfahrung im Jahr 2014	S. 23
Abbildung 7: Alter des ersten Alkoholkonsums und des ersten Alkoholrauschs	S. 60
Abbildung 8: Behandlungen aufgrund akuter Intoxikation	S. 61
Abbildung 9: Krankenhäuser in Darmstadt: entlassene oder verstorbene vollstationäre Patienten nach Geschlecht; Diagnose: Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Akute Intoxikation (akuter Rausch) – Patienten bis 18 Jahren.	S. 49

Abkürzungsverzeichnis

BAK	Blutalkoholkonzentration
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
GastG	Gaststättengesetz
HaLT	Hart am Limit
HBSC	Studie Health Behaviour in School-aged
JuSchG	Jugendschutzgesetz
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
RR	Relatives Risiko
TOAM	tolerierbare obere Trinkmenge
WHO	Weltgesundheitsorganisation
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

1. Einleitung

Samstagabend in der Notaufnahme einer Uniklinik:

Die Sanitäter¹ haben einen bewusstlosen Jungen aus den Büschen gezogen und liefern ihn in der Notaufnahme der Uniklinik ab. Ein Alkoholfall. Es ist der erste für diesen Abend. Wodka in unbekannter Menge – der Verdacht liegt auf einer schweren Alkoholvergiftung. Der 14-jährige Junge kommt zur Notversorgung auf die Kinderstation. Er ist nicht der erste an diesem Wochenende. Erst in der Nacht zuvor wurde ein junges Mädchen eingeliefert, ebenfalls bewusstlos und in einem erbärmlichen Zustand. Die Ärzte berichten von einem klassischen Fall, bei dem die Jugendlichen meist von einem Passanten am Wegesrand aufgefunden werden. Die Freunde bekommen Angst und verlassen lieber den Ort des Geschehens. Thomas wurde an einer S-Bahn-Haltestelle gefunden. Er ist bewusstlos. Der Rettungswagen hat ihn in die Notaufnahme gebracht, denn auch seine Diagnose, mit 2,2 ‰² im Blut, lautet Alkoholvergiftung. Er droht völlig das Bewusstsein zu verlieren, seine Atmung verschlechtert sich. Deshalb wird er auf die Intensivstation verlegt. Am nächsten Morgen sagt Thomas, er habe nicht im Krankenhaus landen wollten. Es sei halt so gekommen, er habe übertrieben und seine Grenzen nicht gekannt. Ein 14-jähriges Mädchen mit 2,1 ‰, ein 14-jähriger Junge mit 2,4 ‰, ein 16-Jähriger mit 2,2 ‰. Die Ärzte führen Buch über das sogenannte Komasaufen bei Jugendlichen. Elf Jahre alt war ihr jüngster Patient und bis zu 3,8 ‰ wurden schon gemessen. Die wachsende Zahl pflegeintensiver, alkoholisierter Jugendlicher kostet in den Kinderkliniken zusätzlich Zeit und Kraft (Vgl. Aldehoff 2009). Diese Ausschnitte einer Fernsehreportage machen deutlich, wie gefährlich der exzessive Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen ist.

Alkohol war schon immer die Droge und das Problem Nummer eins. Er ist die am weitesten verbreitete, psychoaktive Substanz³ und die Belastung in der Bevölkerung durch vermeidbare Krankheitsfolgen liegt bei Alkohol ähnlich hoch, wie bei Tabak. Der Konsum von Alkohol hat eine jahrtausendealte Tradition.

¹ Hinweis zu Gender-Formulierung: Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form steht.

² ‰ = Promille. Promille meint die Menge an Alkohol die eine Person zum Zeitpunkt der Messung im Blut hat. 1 Promille = 1 Gramm Alkohol/ pro 1 Kilogramm Blut.

³ Eine psychoaktive Substanz ist ein die Psyche des Menschen beeinflussender Stoff.

Heute gibt es in unsere Gesellschaft kaum noch Begrenzungen, wenn es darum geht, sich Alkohol zu beschaffen. Hinderungsgründe dafür sind meist lediglich das Jugendschutzgesetz oder fehlende finanzielle Mittel (Vgl. Donath 2015, S. 168f). Doch längst nicht alle Ladengeschäfte halten den Jugendschutz ein. In den Medien wird über den Alkoholkonsum von Jugendlichen vor allem dann berichtet, wenn drastische Ereignisse und Entwicklungstrends Anlass zur Sorge geben. Wenn darüber diskutiert wird, geschieht dies teilweise recht emotional und das komplexe Thema wird allzu oft als Problem bei Jugendlichen effektiv präsentiert.

Angesichts der teils alarmierenden Nachrichten in den Medien über das Ausmaß und die Folgen des jugendlichen Alkoholkonsums ist in der Vergangenheit der Ruf nach Alkoholprävention lauter geworden. Doch häufig scheint in der Gesellschaft nach dem Motto „Problem benannt – Problem gebannt“ verfahren zu werden. Was in der Prävention wirklich geschieht, was tatsächlich umgesetzt wird, wo sie stattfindet und wie viel Geld sie kostet, interessiert meist nur noch die Fachöffentlichkeit und die Kommunalverantwortlichen, die in ihren Gemeinden und Städten den ausufernden Alkoholkonsum im öffentlichen Raum eindämmen müssen. Jedoch kann gesagt werden, dass aufgrund der schwerwiegenden gesundheitlichen Probleme, die die „Alltagsdroge“ Alkohol verursacht, alle Ebenen gefordert sind, mit den vielfältigen zur Verfügung stehenden Maßnahmen, den schlimmsten Folgen entgegenzuwirken (Vgl. Schlieckau 2015, S. 11-17).

Bei all den Schlagzeilen, die man über Jugendliche und ihr Trinkverhalten hört, kommt die Frage auf, ob die Lage aktuell immer noch so brenzlich ist oder ob es medial dramatischer dargestellt wird? Wie häufig konsumieren Jugendliche Alkohol und welche Menge nehmen sie dabei auf? Ist das Handeln dagegen exzessiven Alkoholkonsum immer noch relevant? Wie hat sich das Konsumverhalten in den letzten Jahren gewandelt?

Es ist Zeit für eine Bestandsaufnahme. Um eine adäquate Auseinandersetzung mit diesem Thema zu ermöglichen, ist es sinnvoll sich auf wissenschaftlicher Ebene damit auseinanderzusetzen. Ziel der folgenden Arbeit ist zu untersuchen, wie ausgeprägt die Problemlage zum Thema Jugend und Alkohol derzeit tatsächlich ist, mit welchen Präventionsstrategien darauf eingewirkt wird

und was die Wissenschaftsstadt Darmstadt auf kommunaler Ebene, am Beispiel des Modellprojektes Hart am Limit „HaLT“, umsetzt. „HaLT - Hart am Limit“ ist ein Präventionsprojekt für Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum.

Hauptuntersuchungsgegenstand der aktuellen Situation sind Daten aus dem Jahr 2014, da während der Erarbeitung dieser Bachelorarbeit noch kaum abgeschlossenen Berichte und Studien für das Jahr 2015 vorlagen. In den Institutionen werden für die Erhebung der Studien unterschiedliche Messdaten (Erhebungsmethoden, Altersgruppen, etc.) verwendet. Zur Übersichtlichkeit wird sich in der Arbeit auf Studien dreier Institute bezogen. In den Kapiteln die sich um bundesweite Thematiken drehen, werden hauptsächlich Studien des Statistischen Bundesamtes und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herangezogen. Dies ermöglicht einen besseren Vergleich zur Veränderung über die letzten Jahre. Ebenso werden die Ergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) häufig zitiert und genutzt, um Präventionsmaßnahmen zu planen und zu bewerten. Auf Landes- und kommunaler Ebene werden Statistiken des Hessischen Statistischen Landesamtes, welches der führende Anbieter für statistische Informationen in Hessen ist, ausgewertet.

Im Rahmen dieser Arbeit werden einleitend die Grundlagen der Problematik vorgestellt, um anschließend eine Analyse des aktuellen Standes des jugendlichen Alkoholkonsums vorzunehmen. Darauf folgt die Einführung in die Sucht- und Alkoholprävention, welche anhand des Modellprojektes „HaLT“ auf kommunaler Ebene vertieft dargestellt wird. Der Abschluss dieser Arbeit konzentriert sich auf die Wirksamkeit der Alkoholprävention bei Jugendlichen und welche Perspektiven und Herausforderungen zukunftsgerichtet bestehen.

2. Aktuelle Problemlage

2.1 Jugendliche und die Entwicklung des Problems

Dass Jugendliche Alkohol konsumieren ist nicht ausschließlich eine Erscheinung der Gegenwart. Bereits in sehr frühen Kulturen lässt sich der Genuss von Alkohol auch in jungen Altersgruppen nachweisen. Die biologisch-

anthropologische Forschung⁴ geht davon aus, dass jeder Mensch ein natürliches Rauschbedürfnis besitzt und somit der Wunsch nach Veränderung von Antrieb und Stimmung sowie der Steigerung von Erlebnisfähigkeit und die Erweiterung des Erfahrungshorizontes impliziert ist (Vgl. Grimm et al, 2013, S. 33). Besonders im Jugendalter scheint das Rauschbedürfnis sehr ausgeprägt zu sein. Die Jugend ist die Lebensphase zwischen der Kindheit und dem Erwachsensein.⁵ Dieser Übergangsprozess verläuft individuell sehr unterschiedlich. In der Jugend lösen sich die Menschen allmählich aus der Bindung zu den Eltern heraus. Jugendliche haben unter anderem ein natürliches Bedürfnis nach Grenzüberschreitung. Zu den Grenzüberschreitungen zählt oftmals auch der übermäßige Alkoholkonsum. In der Regel geschieht das zu einer Zeit, in der viele Eltern wenig Orientierung bieten, seltener Grenzen setzen und nicht mehr darauf achten, Rituale des Alkoholkonsums vorzuleben und zu vermitteln (Vgl. Schlieckau 2015, S. 132f). In Deutschland regelt das Jugendschutzgesetz den Schutz der Jugendlichen in der Öffentlichkeit. Um Jugendliche vor übermäßigem Alkoholkonsum zu schützen, bestimmt es den Verkauf, die Abgabe und den Konsum von Alkohol. Auch der Aufenthalt in Gaststätten und bei Tanzveranstaltungen wie beispielsweise in Diskotheken ist geregelt. Wesentliche Kernpunkte des Jugendschutzgesetzes in Bezug auf Alkohol sind folgend kurz zusammengefasst:

In Gaststätten, Verkaufsstellen und allgemein in der Öffentlichkeit gilt, dass der Verkauf und die Weitergabe von branntweinhaltigen Produkten (Spirituosen und branntweinhaltige Mischgetränke) an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren verboten ist. Auch der Verzehr darf ihnen nicht erlaubt werden. Alkoholische Getränke wie Bier, Wein und Sekt darf an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren nicht abgegeben und deren Verzehr nicht gestattet werden

⁴ Die biologische-anthropologische Forschung befasst sich speziell mit der Evolution des Menschen.

⁵ Die Bezeichnung „Jugendlicher“ wird in Deutschland nicht einheitlich verwendet und umfasst, je nach Gesetz, Bericht oder Studie, eine Alterspanne von 12 bis 27 Jahren. Im Jugendschutzgesetz wird als jugendliche Person definiert, „wer 14 Jahre, aber noch nicht 18 Jahre alt ist“. Personen unter 14 Jahren sind Kinder. Im Alter von 18 bis 21 Jahren wird von jungen Volljährigen gesprochen. Wenn in dieser Arbeit keine andere Alterspanne im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen angegeben wird, gilt die hier aufgeführte Definition.

(siehe S. 59 JuSchG) (Vgl. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2014).

In der Realität sieht das oft anders aus. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und des Bundesministeriums für Gesundheit mussten in Deutschland seit 2000 immer mehr Kinder und Jugendliche mit der Diagnose akute Alkoholvergiftung stationär behandelt werden. Im Jahr 2005 waren dies 3466 Kinder im Alter von zehn bis 15 Jahren und 15.983 Jugendliche im Alter von 15 bis 20 Jahren. Deutlich häufiger als im vergangenen Jahrhundert kamen Jugendliche nach einer starken Alkoholvergiftung zu Tode (Vgl. Rübenach 2007). 2009 erlangten die Zahlen der Behandlung aufgrund akuter Alkoholvergiftung von 10- bis 20-Jährigen, mit 26.428 vorerst ihren Höhepunkt. Vielfach fanden in den Jahren zuvor, 2000 bis 2008, Veranstaltungen mit „Flatrate Angeboten“ für alkoholische Getränke statt. Diese zielten erkennbar auf die Verabreichung von Alkohol an Betrunkene ab und provozierten geradezu das Rauschtrinken. Dies ist ein konkretes Beispiel dafür, wie der Jugendschutz in den meisten Fällen missachtet wurde. Nach geltendem Recht, § 20 GastG, sind solche Veranstaltungen unzulässig. Diesen Beschluss begrüßte 2007 die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung Sabine Bätzing-Lichtenthäler. Die Debatte über Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen wurde unter anderem im März 2007 durch den Tod eines 16-jährigen berliner Schülers ausgelöst, der nach einer Flatrate-Party gestorben war. Er soll dabei rund 50 Tequila getrunken haben und wurde mit einer Blutalkoholkonzentration von 4,8 ‰ ins Krankenhaus eingeliefert, wo er später verstarb (Vgl. Spiegel-online, 2007). 2011 wurde in einer Studie der BZgA von einem Wandel im Umgang mit Alkohol bei jungen Menschen in Deutschland gesprochen. Der Studie nach ist der wöchentliche Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen seit den 70er Jahren rückläufig. Konkret ist das in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen der Fall. Dort griffen im Jahr 2010 deutlich weniger regelmäßig zu Alkohol als noch vor einigen Jahren. Während bei einer Studie der BZgA aus dem Jahr 2004 noch 21 % dieser Altersgruppe angab mindestens ein Mal in der Woche Alkohol zu konsumieren, lag der Anteil im Jahr 2010 bei 13 %. Dennoch kann noch nicht von einem positiven Ergebnis gesprochen werden (Vgl. BZgA 2004; 2012).

Der Alkoholkonsum von Jugendlichen und dessen Veränderung wurde in vielen Medien skandalisiert. Wirft man einen Blick in die früheren Online-Ausgaben der Zeitungen liest man Schlagzeilen wie „Sucht nach dem Vollrausch“ (Spiegel-online, 2011) oder „Krankenkasse beklagt Komasauf-Boom“ (Spiegel-online, 2010). Mit solchen Überschriften erwecken Medien leicht den Eindruck, als befänden sich die Jugendlichen (heute) alle prinzipiell auf dem Weg in die Alkoholsucht. Die Jugend in Deutschland trinkt sich teilweise ins Koma, konsumiert aber insgesamt so wenig Alkohol wie nie. Dies zeigt eine aktuelle Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Vgl. BZgA 2012). Hierbei ist zu erwähnen, dass der Großteil der deutschen Jugendlichen einen unproblematischen Umgang mit Alkohol aufweist. Ein ernstzunehmender, aber in der Relation sehr viel kleinerer Anteil der Jugendliche weist jedoch missbräuchliche und risikoreiche Konsummuster auf. Deshalb ist der Umgang mit Alkohol und die Möglichkeiten dessen entgegen zu wirken, in der Fachwelt und Politik trotz rückläufiger Zahlen sehr präsent und ein gegenwärtiges Thema.

Der Rückblick über die Entwicklung des Alkoholkonsums von Jugendlichen zeigt, dass es keine neue Erscheinung ist. Als Entstehungsindikator der Problematik können die alkoholbedingten Einweisungen in Krankenhäuser festgemacht werden. Aufgrund der hohen Zahlen an Einweisungen ist die Gesellschaft und vor allem die Politik alarmierend darauf aufmerksam gemacht und zum Handeln gezwungen worden. Bevor anhand von aktuellen Studien die derzeitige Problemlage analysiert wird, werden im folgenden Kapitel hierfür relevante Begrifflichkeiten näher erläutert.

2.2 Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen

Alkohol gehört zu den in der Gesellschaft breit akzeptierten Rauschmitteln. Rauschtrinken ist bei Kindern und Jugendlichen kein unbekanntes Phänomen. Doch was ist Rauschtrinken genau? Rauschtrinken bezeichnet ein Trinkmuster von Alkohol, welches zum Rausch führen soll. Der Alkoholkonsum der bis zum Rauscherleben führt, gilt als Risikoverhalten, das vor allem im Jugendalter initiiert und ausgeübt wird (Vgl. HBSC Faltblatt 2015). Der Alkoholrausch kann begrifflich von einer kaum merklichen Beeinträchtigung, einem leichten „Schwips“ – über eine Berausung und einen starken Rausch, einen

Vollrausch – bis hin zur komatösen Bewusstlosigkeit reichen. Dies kann zu Problemen bei der Interpretation des Begriffes führen. Aus diesem Grund und für die in der Arbeit folgenden Studien ist es wichtig, einige Begrifflichkeiten die in diesem Kontext häufig verwendet werden zu definieren und zu unterscheiden.

2.2.1 Riskanter Konsum

„Als „riskanter Alkoholkonsum“ wird ein Trinkverhalten bezeichnet das sich negativ auf die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auswirken kann.

Als „Relatives Risiko“ (RR) wird das Mass für den Zusammenhang zwischen einem Risiko(-faktor) und dem Eintreten eines Ereignisses bezeichnet. Das „Relative Mortalitätsrisiko“⁶ ist harter Endpunkt des „riskanten Alkoholkonsums“.

Die „tolerierbaren oberen Alkoholtrinkmengen“ (TOAM) sind allgemeine Anhaltspunkte, ab wann eine erhöhte Gefährdung der Gesundheit besteht bzw. bis zu welcher Alkoholdosis eine Gefährdung unwahrscheinlich ist. Hier besteht allerdings die Gefahr, dass Alkoholkonsumenten den TOAM-Wert als risikofreien Anhaltswert für ihren täglichen Alkoholkonsum werten könnten“ (Schlieckau 2015, S. 29).

Untersuchungen des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums von reinem Alkohol (g/Tag) geben Auskunft über die Verbreitung von riskanten oder gefährlichen Trinkverhalten. Experten haben Grenzwerte vorgeschlagen, welche sich nach medizinisch relevanten Aspekten richten. Diese sollen als Orientierung für gesunde Erwachsene dienen. Auf Kinder und Jugendliche jedoch lassen sich diese Grenzwerte nicht anwenden. Um negative Auswirkungen ihrer Entwicklung zu verhindern sollten Kinder gar keinen Alkohol trinken und Jugendliche sollten diesen weitgehend meiden. Als TOAM oder auch Grenzwert der gesundheitlich unbedenklichen Menge Alkohol wird bei erwachsenen Frauen 12 g reinen Alkohol, das heißt etwa einem Standardglas Alkohol⁷ am Tag, angenommen. Für gesunde erwachsene Männer liegt diese Grenze bei weniger als 24 g Reinalkohol, das heißt zwei Standardgläser Alkohol am Tag.

⁶ Mortalitätsrisiko meint die Erhöhung der Sterblichkeit.

⁷ Ein Standardglas Alkohol enthält ungefähr 10 g reinen Alkohol. So viel ist z. B. in einem Glas Bier (0,25 l), einem Glas Wein (0,1 l), einem Glas Sekt (0,1 l) oder einem Schnaps (4cl) enthalten.

Die Verbreitung des Konsums von für Erwachsene gesundheitlich riskanten Alkoholmengen lag 2014 bei 1,8 % der männlichen 12- bis 15-Jährigen. Die männlichen 16- und 17-Jährigen erreichten einen Wert von 10,0 %, welcher der niedrigste dieser Gruppe im Zeitraum von 2001 bis 2014 ist. Bei den 18- bis 21-jährigen Männern tranken 19,6 % gesundheitlich riskante Alkoholmengen. Bei den weiblichen 12- bis 15-Jährigen ähnelt der Wert mit 1,2 % dem Wert der männlichen Vergleichsgruppe. Bei den 16- bis 17-Jährigen lag der Wert ebenso bei 10,0 %. Lediglich in der Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen zeigt sich ein deutlicher Unterschied zu der gleichaltrigen männlichen Gruppe. Hier lag der Wert „nur“ bei 10,7 %. (Vgl. DHS, 2010, S. 4; Orth et al. 2015, S. 41).

2.2.2 Binge-drinking

In den letzten Jahren haben sich unter Jugendlichen Trinkmuster entwickelt, bei denen der Rausch nicht dem bekannten alterstypischen Experimentieren mit Alkohol zuzuordnen ist. Vielmehr geht es darum, innerhalb kurzer Zeit hohe Mengen an Alkohol zu sich zu nehmen, meist um sich gezielt zu betrinken. Dieses Phänomen des episodisch starken Alkoholtrinkens lässt sich unter dem Begriff des Binge-drinking einordnen. Der Begriff stammt aus dem angelsächsischen Sprachgebrauch. Es gibt im Deutschen keine direkte Übersetzung, oftmals werden hierfür die Begriffe „Rauschtrinken“, „Besäufnis“ oder „Trinkgelage“ verwendet. In den Medien wird auch häufig das Wort „Komasaufen“ benutzt. Dieser Begriff wird allerdings undifferenziert angewendet. Zum einen beschreibt er tatsächlich Fälle, bei denen Kinder oder Jugendliche durch den Alkoholkonsum ins Koma gefallen sind, zum anderen wird er verwendet, um das Trinken einer großen Menge Alkohol in einer relativ kurzen Zeit zu beschreiben. Letzteres entspricht dem englischen Begriff Binge-drinking (Vgl. Schlieckau 2015, S. 25ff).

International werden hauptsächlich drei verschiedene Definitionen zur Beschreibung und Erfassung von Binge-drinking verwendet:

1. In Deutschland sowie in anderen Europäischen Ländern sind Definitionen mit einer genauen Mengenangabe an Gläsern in einem bestimmten Zeitraum zu finden. Um Binge-drinking zu charakterisieren, wird eine festgelegte Mindestanzahl konsumierter alkoholischer Getränke (mindestens 5 Standardgläser) bei einer Gelegenheit, benannt. „Binge-drinking bezeichnet ein

Trinkkonsummuster von Alkohol, bei dem in einer Episode fünf Gläser oder mehr (Trinkeinheiten) einer Alkoholsorte getrunken werden“ (Schlieckau 2015, S. 25).

In Deutschland spricht man also von Binge-drinking, wenn z.B. samstagabends mindestens 5 Gläser Bier oder 5 Gläser Wein oder 5 Gläser Spirituosen getrunken werden. Also insgesamt mindestens 60g reiner Alkohol bei einer Trinkgelegenheit (Episode).

Dies ist eine allgemein anerkannte und überwiegend gebräuchliche Definition, welche zum Teil jedoch unscharf ist. Ab welcher Anzahl von Gläsern von Binge-drinking gesprochen wird, ist in den Ländern unterschiedlich. Ein Glas enthält je nach dem, 10 g bis 12 g reinen Alkohol. In Großbritannien ist Binge-Drinking als Konsum von acht oder mehr Trinkeinheiten bei Männern und sechs oder mehr bei Frauen definiert. Eine Trinkeinheit entspricht dort 7,9 g Alkohol. Dies macht den Unterschied deutlich (Vgl. ebd., S. 25ff).

2. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) legt in ihrer Definition den Fokus auf die Absicht sich zu betrinken. Binge-drinking wird demnach als Konsum einer großen Menge Alkohol bezeichnet (Vgl. DHS 2009, S. 2).

3. Das National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) orientiert sich in seiner Definition am Blutalkohol. In diesem Zusammenhang wird von Bing-drinking gesprochen, wenn eine Alkoholmenge zu sich genommen wird, die einen Blutalkoholwert von 0,8 ‰ und mehr zur Folge hat. Für einen typisch Erwachsenen werden hier 5 oder mehr Drinks für Männer und 4 oder mehr Drinks für Frauen innerhalb von etwa zwei Stunden angegeben. Diese Definition erweist sich als problematisch, da der Blutalkoholwert in Verbindung mit einer Anzahl von Drinks genannt wird. Das Geschlecht, der Körperbau und die körperliche Verfassung sind hierbei nicht berücksichtigte Faktoren, die den Blutalkoholwert beeinflussen (Vgl. DHS 2009, S. 2).

Hier wird deutlich, dass die Definition von Binge-drinking nicht einheitlich ist, was zum einen für Verwirrung sorgt und zum anderen das Vergleichen von epidemiologischen Studien aus verschiedenen Ländern und Staaten erschwert. Da es keine einheitliche Definition gibt, ist auch ein systematischer Ländervergleich nicht möglich. In der folgenden Arbeit wird sich, wenn von Binge-drinking die Rede ist, auf die aufgeführte 1. Definition bezogen.

Jeder fünfte deutsche Jugendliche trinkt mindestens einmal im Monat 5 oder mehr Gläser Alkohol. Beim sogenannten Binge-drinking tritt unter Umständen nicht einmal ein Rausch auf. Erfahrene Trinker, die bereits eine gewisse Toleranz gegenüber Alkohol entwickelt haben, müssen nach 5 Gläsern keinen deutlichen Rausch verspüren. Besonders das Konsumieren von Spirituosen ist nicht zu unterschätzen. Anders als bei Bier oder Wein können diese dem Körper in einer erheblich größeren Menge zugeführt werden. Es kommt dann oft gar nicht zu den bekannten Ausfällen wie z.B. Reaktionsschwächen oder Übelkeit. Dieser Schutzmechanismus entfällt bei großen Mengen Spirituosen und eine Vergiftung tritt überraschend schnell sowie plötzlich ein (Vgl. Schlieckau 2015, S. 25ff).

2.2.3 Alkoholvergiftung

An diesem Punkt muss unterschieden werden: Während das Binge-drinking ein Trinkverhalten beschreibt, ist die Alkoholvergiftung, auch Alkoholintoxikation genannt, die auf den exzessiven Alkoholkonsum entsprechend folgende körperliche Reaktion. Alkohol ist ein Zellgift und eine Droge. Er wirkt bereits in kleinen Mengen und schädigt die Körperorgane und Nervenzellen. Unter Alkoholvergiftung versteht man eine reversible, körperlich begründbare, exogene Störung der Hirnfunktionen durch eine Überdosis Alkohol. Unter klinischen Gesichtspunkten betrachtet, wird eine Vergiftung schon bei einer geringen Blutkonzentration erreicht. Auch wenn sich hierfür kein genauer Grenzwert bestimmen lässt, können psychische und körperliche Ausfallerscheinungen schon bei 0,4 ‰ auftreten. Es gibt verschiedene Klassifikationen um den Schweregrad einer Vergiftung zu bestimmen. Eine bekannte Einteilung ist die Alkoholintoxikation in 4 Stadien. Der geringste Schweregrad ist in Stadium 1 bereits bei ersten Anzeichen der Alkoholwirkung erreicht (0,5 ‰ bis 1,5 ‰). Bei einer Blutalkoholkonzentration (BAK) von 1,5 ‰ bis 2,5 ‰ erfolgt in Stadium 2, eine Zunahme der neurologischen und motorischen Störungen. Im Alltagsverständnis gehen die meisten Menschen jedoch erst bei einer sehr hohen Dosierung bei etwa 3 ‰, von einer Alkoholvergiftung aus. Hier hat der Mensch schon das Stadium 3, die schwere Intoxikation erreicht. Bei einer BAK von 2,5 ‰ bis 3,5 ‰ spricht der Betroffene nur noch verwaschen, das Gehen ist durch den gestörten Gleichgewichtssinn

und die fehlende Koordination fast unmöglich. Es ist dringend medizinische Hilfe nötig. Bei einer BAK über 3,5 ‰ hat der Betroffene Stadium 4 erreicht. Ein nicht geübter Trinker ist in diesem Stadium komatös und in höchster Lebensgefahr. Tödlich verlaufende Alkoholvergiftungen sind bei einer BAK von 5 ‰ bis 8 ‰ zu erwarten. Allerdings sind auch schon bei einer niedrigeren BAK Todesfälle eingetreten (Vgl. DHS 2009, S. 2f).

Im Wesentlichen besteht ein Zusammenhang zwischen der aufgenommenen Menge an Alkohol und der Schwere der Alkoholintoxikation. Je mehr Alkohol vom Betroffenen getrunken wurde, umso schwerer die Alkoholvergiftung. Entscheidend für die individuelle Ausprägung sind zudem noch das Körpergewicht, das Geschlecht, die genetisch bedingte Alkoholtoleranz, die Persönlichkeitsstruktur sowie situative Einflüsse (Vgl. DHS 2009, S. 2f). Wichtig zu erwähnen ist, dass alle im Zusammenhang mit einer Klassifizierung von Intoxikationen genannten BAK-Werte, lediglich als Anhaltspunkte gesehen werden können (Vgl. DHS 2009, S. 2f).

Die Behandlung einer Intoxikation im Krankenhaus wird von der Schwere der Vergiftung bestimmt. Es kann in der Akutbehandlung erforderlich sein, eine Magenspülung vorzunehmen oder Infusionen mit Glukose- und Elektrolytlösungen durchzuführen, um den Flüssigkeitsverlust auszugleichen. Da der Körper mit einer großen Menge Alkohol fertig werden muss, wird es für ihn unmöglich den Alkohol aus eigener Kraft abzubauen. Ebenso ist die kontinuierliche Überwachung des Patienten auf einer Intensivstation notwendig, da die Patienten durch Ausfall der Schutzreflexe und die mögliche Stoffwechselentgleisung vital gefährdet sind (Vgl. ebd., S. 2f).

Die Beiden Begriffe Binge-drinking und Alkoholvergiftung/Alkoholintoxikation stehen in einem engen Zusammenhang, sind aber nicht gleich zu setzen und können demnach nicht synonym verwendet werden. Beide Begriffe spielen für die folgenden aktuellen Studien eine wesentliche Rolle.

2.3 Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken

Nach dem Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Rauschtrinken geklärt wurden, stellt sich die Frage, welche Motivation und Hintergründe haben Kinder und Jugendliche zu solchem exzessiven Alkoholkonsum. Um dieses

Trinkverhalten verstehen und effektiv entgegenwirken zu können, ist es von Bedeutung, Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zu kennen. Ebenso werden Faktoren für das gesundheitsschädigende Verhalten in aktuellen Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesprochen und einbezogen.

Es gibt viele unterschiedliche Ursachen für riskante Konsummuster. Sie werden im Zusammenspiel verschiedener genetischer, psychischer, sozialer und lebensweltlicher Faktoren gesehen. Im Rahmen der Studie der BZgA wurden Jugendliche gefragt, weshalb sie Alkohol trinken und was die dahintersteckenden Motive sind. Die Großzahl der Jugendlichen gab hierbei an, dass es vor allem soziale Faktoren sind, die sie dazu führen, Alkohol zu konsumieren. Sie trinken um Hemmungen zu überwinden, um weniger schüchtern zu sein und um Spaß zu haben. Ein weiterer entscheidender Punkt ist zudem das direkte soziale Umfeld der Jugendlichen. Je häufiger und mehr Alkohol im Freundeskreis konsumiert wird, desto höher ist der eigene Alkoholkonsum der jungen Menschen (Vgl. BZgA 2012, S. 88f). Um der Frage detaillierter nachzugehen, lassen sich die Einflussfaktoren auf den exzessiven Alkoholkonsum Jugendlicher systematisieren:

Einfluss familiärer Beziehungen

Im Hinblick auf die Schutzfaktoren⁸ hat die Familie eine wichtige Bedeutung. Sie wird meist darin gesehen, dass ein Gefühl der Zusammengehörigkeit Sicherheit vermittelt. Diese Sicherheit kann in Umbruchsituationen oder Krisenzeiten in jungen Jahren stabilisierend wirken. Die psychologische Präventionsforschung sieht in den Familienbeziehungen ebenso eine Kernursache für den Alkoholkonsum. Eine Studie ergab, dass Erziehungsunsicherheit, ein Mangel an Erziehungswilligkeit seitens der Eltern, sowie eine konflikthafte Eltern-Kind-Beziehung, Überbehütung oder Vernachlässigung das Risiko des Alkoholmissbrauchs bei Jugendlichen steigern. Andererseits können Kinder und Jugendliche durch einen konstruktiven Umgang mit Konflikten innerhalb der Familie soziale Kompetenzen und Konfliktbewältigungsfähigkeiten erwerben. Dies können hilfreiche Fähigkeiten sein, wenn es darum geht, dem Gruppendruck zu

⁸ Mit Schutzfaktoren sind Faktoren gemeint, von denen erwartet wird, dass sie die Widerstandskraft gegenüber Stressoren bei Kindern und Jugendlichen stärken.

widerstehen. Zusätzlich gelten sie als Faktor, der zur Vermeidung von destruktiven Problemlösungen wie Alkoholmissbrauch führen kann. Nicht zuletzt haben Eltern in engen Familienbeziehungen meist auch Kenntnis über die Zusammensetzung des Freundeskreises ihrer Kinder und können dadurch indirekt auf den Umgang mit Alkohol reagieren (Vgl. Grimm et al. 2013, S. 19ff).

Soziale Umwelt und Kontakte

Ein sozialer Schutzfaktor beinhaltet den Aspekt der guten Beziehung der Jugendlichen zu einer erwachsenen Person, welche gegebenenfalls auch von außerhalb der Familie kommt. Man geht davon aus, dass Erwachsene generell dann eine bedeutende Vorbildfunktion inne haben und ein positives Verhalten vorleben können, wenn sie eine gute Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen haben. Wichtig ist für den Jugendlichen, dass der Erwachsene ein liebender und wertschätzender Partner darstellt. Ein guter Kontakt bedeutet in erster Linie Sicherheit (Vgl. Grimm et al. 2013, S. 22).

Einfluss von Leistungsdruck

In Bezug auf den Einfluss von Schule und Ausbildung auf den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen liegen unterschiedliche Ergebnisse vor. Eine Studie aus England weist auf einen Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum Jugendlicher und schulischem Leistungsdruck auf. Dort wird davon ausgegangen, dass Alkohol vor allem zum Ausgleich von emotionalem Stress dient, der mit Versagenserlebnissen verbunden ist. Auch enttäuschte elterliche Erwartungen an die Schulleistungen aber auch an außerschulische Leistungen und daraus resultierende Konflikte spielen eine Rolle. Eine deutsche Studie des HBSC konnte dies nicht bestätigen und konnte nur schwache nicht eindeutige Zusammenhänge feststellen (Vgl. ebd., S. 23).

Einfluss von Freundeskreis und Peers⁹

Alle bisher genannten Einflüsse und Motive für den exzessiven Alkoholkonsum von Jugendlichen unterliegen dem normativen Einfluss, den die Gruppe von Gleichaltrigen auf das Verhalten von Jugendlichen hat. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, in der die Mitglieder häufig und exzessiv Alkohol konsumieren,

⁹ Peers = Gleichaltrige

führt dazu, dass Kinder und Jugendliche selbst ebenfalls zu diesem Verhalten neigen. Dies ist eines der Ergebnisse der Studie der BZgA. Mit zunehmendem Alter verliert die Familie für den Sozialisationsprozess¹⁰ an Bedeutung. Parallel dazu nimmt die Bedeutung der Freundesgruppe zu. Das ist Teil des normalen Ablösungsprozesses von den Eltern. Während der Findung der eigenen Identität und Bildung der Persönlichkeit sind Meinungen und Akzeptanz anderer Gleichaltriger bedeutsamer als die Bindung zur eigenen Familie. In dieser Phase schließen sich Jugendliche typischerweise in mehr oder weniger festen Gruppen zusammen, um erwachsenes Verhalten einzuüben. In einigen Gruppen wird ein normabweichendes Verhalten wie übermäßiger Alkoholkonsum auch genutzt, um ihre persönliche Unabhängigkeit und ihren Widerstand gegen Autorität auszudrücken. In der Studie wird deutlich, dass besonders die Peers und die soziale Umgebung, die Jugendlichen zum Konsumieren von Alkohol inspirieren und sich gegenseitig mitziehen.

Dieses Verständnis der Jugend ist für die Erklärung des Alkoholkonsums von Jugendlichen sehr wichtig. Gründe für den Konsum lassen sich in den Einflüssen durch Gruppendruck, in der Identitätsfindung, dem Protest gegen die Familie und dem Loslösen aus Abhängigkeitsverhältnissen, sowie dem Ausloten von Grenzen finden (Vgl. BZgA 2012; Grimm et al. 2013, S. 24).

Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von Alkohol

Ein weiterer Faktor der Einfluss auf das Trinken von großen Alkoholmengen nimmt, ist die Verfügbarkeit alkoholhaltiger Getränke. Während sich die oben genannten Punkte auf die Persönlichkeit und das soziale Umfeld der Jugendlichen beziehen, spielt hier die strukturelle Ebene eine Rolle. Eine hohe Dichte an Verkaufsstellen, lange Öffnungszeiten und leichter oder unbeschränkter Zutritt zu Verkaufsstellen erhöhen den Alkoholkonsum von Jugendlichen. Gesetzliche Bestimmungen allein sorgen noch nicht dafür, dass Jugendliche nicht an Spirituosen oder ähnliches gelangen. Die inkonsequente Durchsetzung der Regelungen trägt zu einer höheren Verfügbarkeit bei und bietet demnach Anreize für Jugendliche sich Alkohol zu besorgen und zu konsumieren. Neben der Verfügbarkeit von Alkohol, nimmt auch die Erschwinglichkeit einen Einfluss auf den Konsum. Da im europäischen

¹⁰ Unter dem Sozialisationsprozess versteht man die Schritt für Schritt vorgehende Eingliederung eines jungen Menschen in die ihn umgebende Gesellschaft.

Vergleich in Deutschland Preise und Steuern für alkoholische Getränke niedrig sind und sich das Einkommensverhältnis auf einem eher hohen Niveau befindet, ist Alkohol sehr erschwinglich. Das bedeutet, dass Alkohol in Deutschland relativ preiswert ist. Studien belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Erschwinglichkeit und dem Konsumverhalten gibt. Wird Alkohol erschwinglicher, führt dies zu einem Anstieg des Alkoholkonsums. Die Sensibilität, mit der Konsumenten auf Veränderungen der Erschwinglichkeit reagieren, ist bei Jugendlichen besonders stark (Vgl. DHS 2010, S. 9f).

2.4. Verbreitung des Alkoholmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt in regelmäßigen Abständen Untersuchungen zum Alkoholkonsum der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland durch. Hierdurch kann die aktuelle Situation beschrieben werden, sowie aufbauend auf vorhandene Studien, Trendverläufe dargestellt und mögliche Veränderungen im Alkoholkonsum beobachtet werden. Dabei liegt der Schwerpunkt auf dem Zeitraum von 2001 bis 2014. Die Studien der BZgA werden häufig zitiert und als Grundlage und Information für Präventionsprogramme genutzt. Die verwendete Studie aus dem Jahre 2014 ist die aktuellste Studie der BZgA und wird, um die derzeitige Problemlage zu analysieren, herangezogen. In der Studie wurde eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von 7.000 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren mit computergestützten Telefoninterviews im Zeitraum von Mai bis August 2014 durchgeführt (Vgl. Orth et al. 2015, S. 11). Eine weitere Grundlage bilden Statistiken des Statistischen Bundesamtes. Das Statistische Bundesamt ist der führende Anbieter qualitativ hochwertiger statistischer Informationen über Deutschland. Seit Jahren führen sie unter anderem Statistiken über die Behandlungen von Alkoholvergiftungen in der Bundesrepublik.

Die Darstellung beginnt mit der aktuellen Situation des Alkoholkonsums der 12- bis 21-jährigen Kinder und Jugendliche¹¹. Unterschieden werden das Alter und

¹¹ Die Eingrenzung bis 21 Jahren wurde vorgenommen, da sich diese Altersgrenze mit der unter Punkt 2.1 versuchten Definition, des Kinder- und Jugendalters, deckt.

das Geschlecht. Erkennbare Trends im Konsumverhalten werden unter Rückgriff auf frühere Studien der BZgA vorgestellt.

2.4.1 Alkoholkonsum im Jahr 2014

In diesem Abschnitt stehen Befunde und Daten zur aktuellen Verbreitung, Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums sowie zum Rauschtrinken und zur subjektiven Alkoholrauscherfahrung im Mittelpunkt. Hierfür wird folgendes herausgearbeitet:

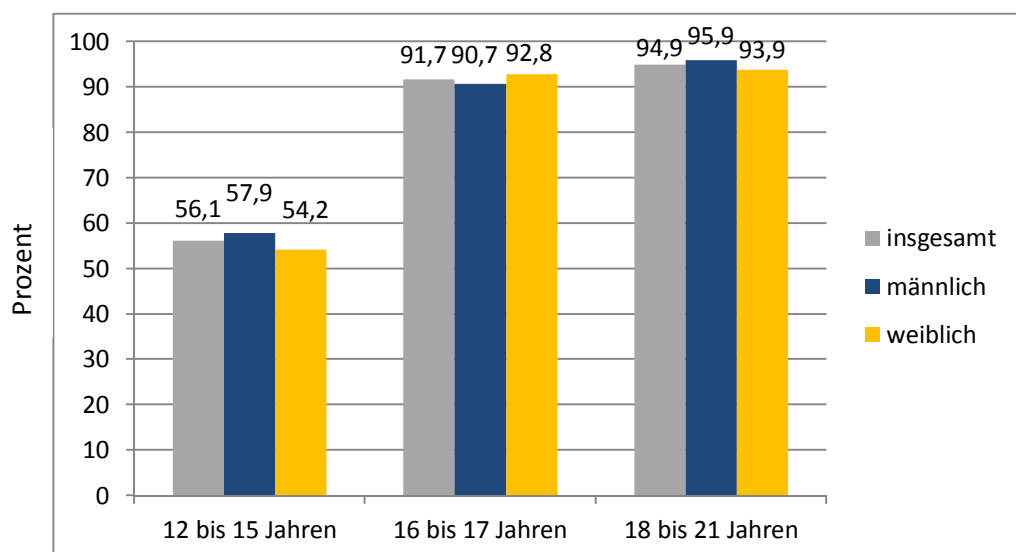
- Die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums. Der prozentuale Anteil der Kinder und Jugendlichen, die schon mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert haben. Unabhängig davon, wie oft und welche Menge an Alkohol getrunken wurde.
- Die Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums. Hier wird der mindestens wöchentliche Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten dargestellt.
- Die Verbreitung des Konsums riskanter Alkoholmengen. Die Häufigkeits- und Mengenangaben beziehen sich auf die letzten 12 Monate vor der Befragung. Wenn folgend von der Verbreitung gesundheitlich riskanter Alkoholmengen gesprochen wird, handelt es sich um die Überschreitung des unter Punkt 2.2.1 genannten Grenzwertes für Erwachsene.
- Die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens. Der Begriff Rauschtrinken steht in den Studien für den oben beschriebenen Begriff des Binge-drinking. Die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens ist der Anteil derjenigen, die an mindestens einem der letzten 30 Tage 5 (männlich) bzw. 4 (weiblich) Gläser Alkohol oder mehr hintereinander getrunken haben.
- Das häufige Rauschtrinken bildet den Anteil der Kinder und Jugendlichen ab, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung an 4 oder mehr Tagen, Rauschtrinken praktiziert haben.
- Die 30-Tage-Prävalenz der subjektiven Alkoholrauscherfahrung sind die Kinder und Jugendliche, die angegeben haben, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung einen Alkoholrausch erlebt zu haben. Was unter einem Alkoholrausch zu verstehen ist, unterliegt hierbei der subjektiven

Einschätzung der Befragten. Die Frage, die dazu gestellt wurde lautet: „Wann ist es Ihnen zuletzt passiert, dass sie so einen richtigen Alkoholrausch hatten?“ (Orth et al. 2015, S.20) (Vgl. Orth et al. 2015, S. 19f).

2.4.1.1 Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums

Von den 12- bis 15-jährigen Jugendlichen haben 56,1 % schon einmal in ihrem Leben Alkohol getrunken. Bei den Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren, sowie bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 21 Jahren liegt der Anteil derer, die in ihrem Leben schon einmal Alkohol getrunken haben, den 100 % sehr nahe. Bei den 16- und 17-jährigen sind es 91,7 % und bei den 18- bis 21-Jährigen sogar 94,9 %. Der Anteil der abstinent lebenden ist hier sehr gering. Männliche und weibliche Kinder und Jugendliche in allen Altersgruppen unterscheiden sich in der Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums statistisch nicht signifikant¹². Deutlich ist, dass der Anteil der Jugendlichen, die jemals Alkohol getrunken haben, ab dem 16. Lebensjahr mit über 90 % auf nahezu gleichem Niveau wie der Anteil der jungen Erwachsenen liegt. Über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 bis 15 Jahren hat bereits einmal Alkohol getrunken (Vgl. Orth et al. 2015, S. 22).

Abbildung 1: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums im Jahr 2014



Quelle: Orth et al. - BZgA 2015, Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends

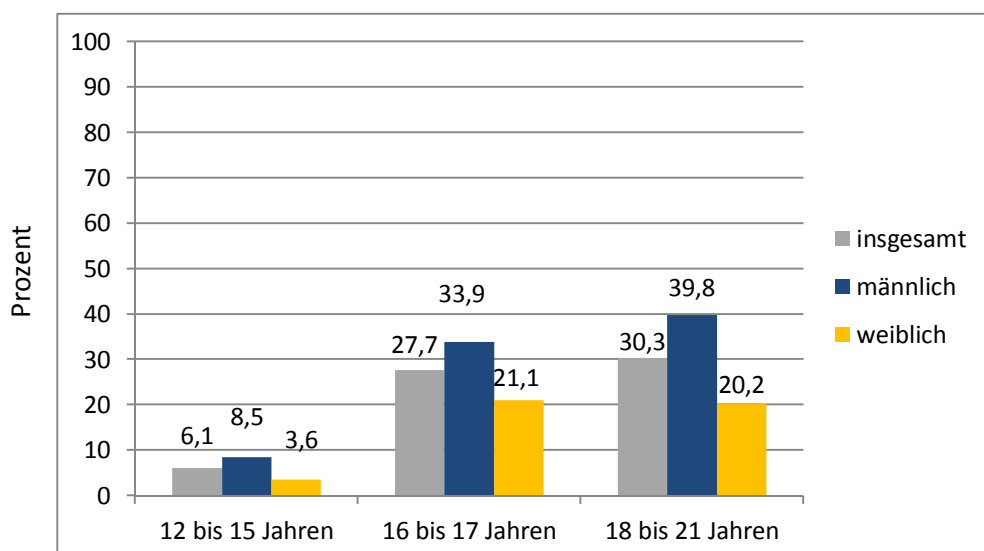
¹² Signifikant meint dass der gemessener Zusammenhang zwischen zwei Variablen in der Stichprobe nicht einfach zufällig auf getreten ist, sondern auch für die Grundgesamtheit zu trifft.

2.4.1.2 Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums

Der Anteil 12- bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher, die in den letzten 12 Monaten regelmäßig – also mindestens einmal pro Woche – Alkohol konsumiert haben, beträgt 6,1 %. Bei den Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren ist der regelmäßige Alkoholkonsum mit 27,7 % deutlich weiter verbreitet. Gleiches lässt sich von den 18- bis 21-Jährigen mit 30,3 % sagen.

In allen Altersgruppen zeigen sich signifikante Geschlechtsunterschiede. Bei den männlichen Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 15 Jahren ist der Anteil mit 8,5 % höher als bei den weiblichen Kindern und Jugendlichen dieser Altersgruppe (3,6 %). Deutlicher wird dies bei den 16- bis 17-Jährigen. Hier liegt der Anteil der männlichen Jugendlichen die einen regelmäßigen Alkoholkonsum aufweisen bei 33,9 %. Bei weiblichen Jugendlichen hingegen lediglich 21,1 %. Das trifft in diesem Alter bereits auf etwa jede fünfte zu. Von den jungen Männern im Alter von 18 bis 21 Jahren trinken 39,8 % regelmäßig Alkohol, bei den jungen Frauen sind es mit 20,2 % halb so viele. Aus der Statistik geht hervor, dass die Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums im Altersbereich von 12 bis 17 Jahren besonders deutlich ansteigt (Vgl. Orth et al. 2015, S. 22f).

Abbildung 2: Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums im Jahr 2014

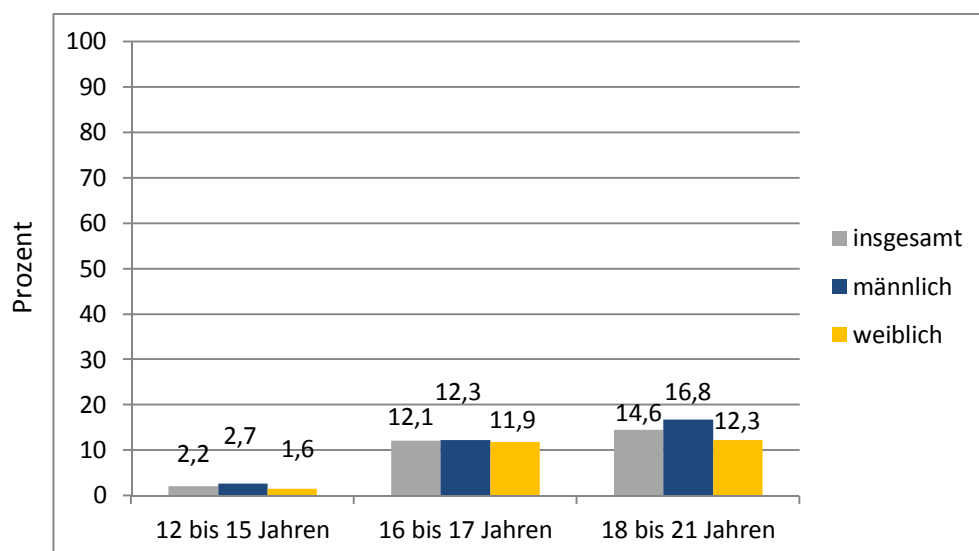


Quelle: Orth et al. - BZgA 2015, Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends

2.4.1.3 Verbreitung des Konsums gesundheitlich riskanter Alkoholmengen

Nachfolgend werden die Prozentanteile der Befragten, die für Erwachsene gesundheitlich riskante Alkoholmenge konsumieren, aufgezeigt. Rund 2,2 % der 12- bis 15-Jährigen konsumieren Alkoholmengen, die selbst für einen Erwachsenen gesundheitlich riskant sind. Bei den 16- und 17-Jährigen betrifft das 12,1 %. In der Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen ist der Konsum gesundheitlich riskanter Alkoholmengen, im Vergleich zu den anderen Altersgruppen, mit insgesamt 14,6 % am weitesten verbreitet. Statistisch nicht signifikant unterscheiden sich männliche und weibliche Kinder und Jugendliche in den beiden Altersgruppen von 12 bis 15 Jahren (männlich: 2,7 %; weiblich: 1,6 %) und 16 bis 17 Jahren (männlich: 12,3 %; weiblich: 11,9 %). Bei jungen Männern im Alter von 18 bis 21 Jahren fällt die Verbreitung des Konsums riskanter Mengen um knapp 4,5 % höher aus als bei den jungen Frauen in diesem Alter (männlich: 16,8 %; weiblich: 12,3 %). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in dieser Gruppe somit am größten (Vgl. Orth et al. 2015, S. 24).

Abbildung 3: *Verbreitung des Konsums von für Erwachsene gesundheitlich riskante Alkoholmengen im Jahr 2014*

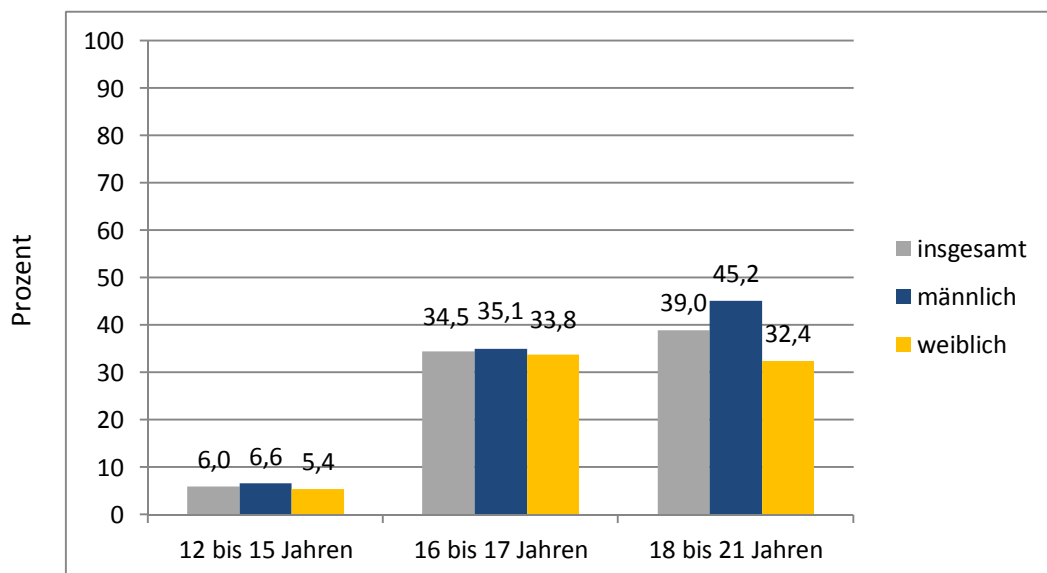


Quelle: Orth et al. - BZgA 2015, Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends

2.4.1.4 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung ist das Rauschtrinken bei 6,0 % der 12- bis 15-Jährigen und bei 34,5 % der 16- und 17-Jährigen vorgekommen. Bei den 18- bis 21-Jährigen beträgt der Anteil sogar 39,0 %. Ähnlich weit verbreitet ist das Rauschtrinken im Alter von 12 bis 15 Jahren (männlich: 6,6 %; weiblich: 5,4 %) und 16 bis 17 Jahren (männlich: 35,1 %; weiblich: 33,8 %). Betrachtet man alle Altersgruppen, findet sich der größte Unterschied zwischen den 12- bis 15-Jährigen und den 16- und 17-Jährigen. Mit 34,5 % ist die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens in der Gruppe der 16- und 17-Jährigen fast sechsmal so hoch wie in der der 12- bis 15-Jährigen. Geschlechtsunterschiede zeigen sich in der Altersgruppe der 18- bis 21-jährigen jungen Erwachsenen. Ein größerer Anteil junger Männer (45,2 %) als junger Frauen (32,4 %) hat in den letzten 30 Tagen 5 bzw. 4 Gläser Alkohol oder mehr hintereinander getrunken. Insgesamt kommt das Rauschtrinken bei den männlichen Befragten dieser Altersgruppe häufiger vor. Im Fall der weiblichen Befragten kommt es zwischen 16 und 21 Jahren zu keinem weiteren Anstieg (Vgl. Orth et al. 2015, S. 25f).

Abbildung 4: 30 Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens im Jahr 2014



Quelle: Orth et al. - BZgA 2015, Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trend

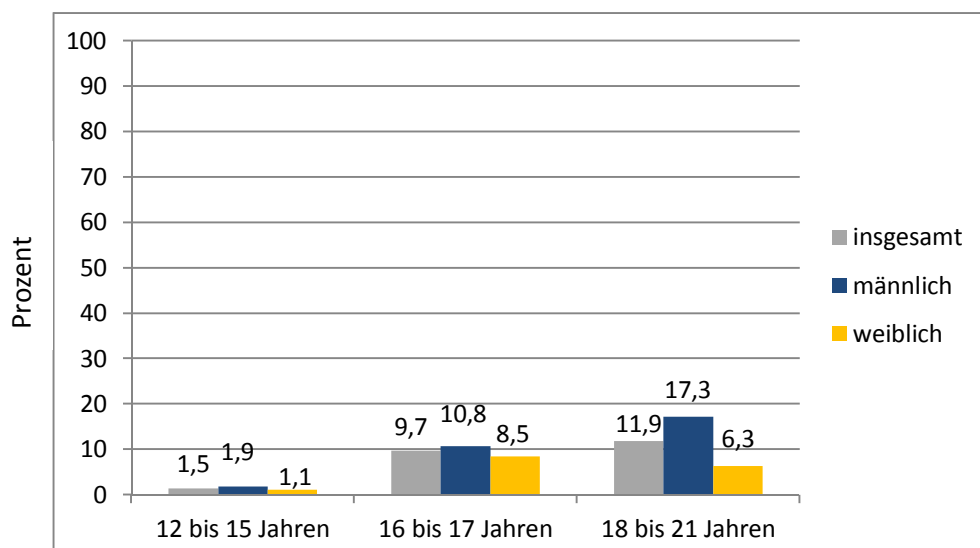
2.4.1.5 Häufiges Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen

Interessant ist im Zusammenhang mit der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens, wie oft es praktiziert wird und ob Unterschiede wahrgenommen werden können. Wo im vorherigen Punkt nach mindestens einem der letzten 30 Tage gefragt wurde, so spielt hier die Häufigkeit der Tage (min. 4) eine Rolle.

Insgesamt 1,5 % aller 12- bis 15-Jährigen haben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung an mindestens 4 Tagen Rauschtrinken praktiziert. In der Altersgruppe der 16- und 17-jährigen Jugendlichen waren dies 9,7 %. In beiden Gruppen zeigt sich kein statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied, aber bei den 18- bis 21-jährigen jungen Erwachsenen. Der Prozentwert der 18- bis 21-jährigen Männer (17,3 %) beträgt das Zweieinhalbfache des Prozentwertes der 18- bis 21-jährigen Frauen (6,3 %).

Mit insgesamt recht geringen Werten, folgen die gleichen Schlüsse wie bei der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens. Der größte Unterschied im häufigen Rauschtrinken wird zwischen den 12- bis 15-Jährigen und den 16- und 17-Jährigen deutlich. Im Übergang des Alters von 16 und 17 Jahren (10,8 %) zum Alter von 18 bis 21 Jahren (17,3 %) erhöht sich die Verbreitung des häufigen Rauschtrinkens bei männlichen Jugendlichen nochmals. Bei Frauen ist zu beobachten, dass mit steigendem Alter kein weiterer Anstieg erfolgt. Die 16- und 17-jährigen Befragten liegen mit 8,5 % leicht über dem Wert der 18- bis 21-jährigen jungen Frauen (6,3 %) (Vgl. Orth et al. 2015, S. 26f).

Abbildung 5: Häufiges Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen im Jahr 2014



Quelle: Orth et al. - BZgA 2015, Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends

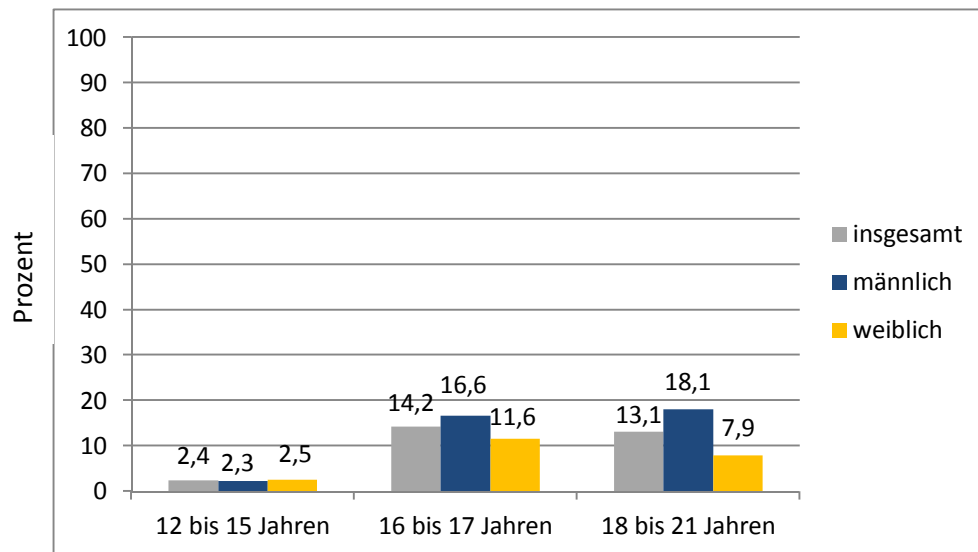
2.4.1.6 30-Tage-Prävalenz der subjektiven Alkoholrauscherfahrung

Eine andere Art um abzuschätzen, wie viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sich betrinken, ist die subjektive Alkoholrauscherfahrung. Diese beruht auf der Selbsteinschätzung der Befragten, ob sie subjektiv gesehen einen Alkoholrausch hatten.

Von den 12- bis 15-jährigen Kinder und Jugendliche geben 2,3 % für die letzten 30 Tage vor der Befragung eine Alkoholrauscherfahrung an. Die männlichen (2,3 %) und weiblichen Befragten (2,5 %) dieser Altersgruppe unterscheiden sich nur minimal. Jedoch ist hier der Anteil der weiblichen Befragten, unter den verwendeten Befunden, das einzige Mal höher als der Anteil der männlichen Befragten der gleichen Altersgruppe. Das ändert sich bei den 16 und 17 Jahre alten Jugendlichen wieder. Insgesamt geben 14,2 % eine subjektive Alkoholrauscherfahrung an, wovon 16,6 % männliche und 11,6 % weibliche Jugendliche sind. Im Gegensatz zum Rauschtrinken (siehe oben) treten in der 30-Tage-Prävalenz der subjektiven Alkoholrauscherfahrung der 16 und 17 Jahre alten Befragten statistisch signifikante Geschlechtsunterschiede auf. Der Anteil der männlichen Jugendlichen ist um 5% höher als der Anteil der weiblichen Jugendlichen. Beide Geschlechter erreichen das Niveau der 18- bis 21-Jährigen. In der Altersgruppe der 18- bis 21-jährigen jungen Erwachsenen (13,1 %) zeigen sich sehr deutliche Geschlechtsunterschiede. Mehr als doppelt so viele Männer (18,1 %) wie Frauen (7,9 %) in diesem Alter sagen, dass ihr letzter Alkoholrausch nicht länger als 30 Tage zurück liegt.

Aufgezeigt wird, dass die 30-Tage-Prävalenz der subjektiven Alkoholrauscherfahrung in allen Alters- und Geschlechtergruppen geringer ist als die des Rauschtrinkens zuvor (siehe 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens). Es gibt also viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die in den letzten 30 Tagen 4 bzw. 5 Gläser Alkohol oder mehr bei einer Gelegenheit getrunken haben, aber nicht finden, dass sie dadurch in den letzten 30 Tagen einen richtigen Alkoholrausch hatten (Vgl. Orth et al. 2015, S. 27f).

Abbildung 6: 30-Tage-Prävalenz der subjektiven Alkoholrauscherfahrung im Jahr 2014



Quelle: Orth et al. - BZgA 2015, Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends

2.4.2 Trends des Alkoholkonsums

2.4.2.1 Alter des ersten Alkoholkonsums und des ersten Alkoholrauschs

Die Abgabe von Alkohol an Jugendliche unter 16 Jahren ist nach dem Jugendschutzgesetz nicht gestattet. Trotzdem ist zu beobachten dass viele Jugendliche früher Alkohol trinken. Mit der Frage „Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal ein ganzes Glas Alkohol getrunken haben?“ (Orth et al. 2015, S.47), wurde in der Studie der BZgA das Alter des ersten Alkoholkonsums ermittelt. Mit einer ähnlichen Frage: „Wie alt waren Sie, als Sie Ihren ersten richtigen Alkoholrausch hatten?“ ist auch das Alter, in dem sie zum ersten Mal betrunken waren festgestellt worden. Mit Hilfe dieser Angaben kann ein Vergleich mit dem Erhebungsjahr 2004¹³ aufgestellt und ein Trend des ersten Alkoholkonsums und Alkoholrauschs erfasst werden.

2014 haben die 12- bis 25-Jährigen¹⁴, die schon einmal Alkohol getrunken haben, ihr erstes Glas Alkohol im Durchschnittsalter von 14,8 Jahren getrunken. Die weiblichen Befragten in diesem Alter trinken ihr erstes Glas Alkohol etwa zwei bis drei Monate später als männliche 12- bis 25-Jährige (männlich: 14,7

¹³ Das Jahr 2004 wurde gewählt, da dadurch ein Vergleich zehn Jahre später stattfindet.

¹⁴ Ein Wert für die bis 21-Jährigen konnte aus der Studie nicht einzeln herausgefiltert werden.

Jahre; weiblich: 14,9 Jahre). Im Vergleich mit dem Jahre 2004 hat sich das Erstkonsumalter der 12- bis 25-Jährigen um knapp ein dreiviertel Jahr nach hinten verschoben. 2004 lag das Erstkonsumalter bei 14,1 Jahren. Diese Veränderung kann bei beiden Geschlechtern der 12- bis 25-Jährigen festgestellt werden (Vgl. Orth et al. 2015, S. 47f).

Der Trend, dass Jugendliche zu einem späteren Zeitpunkt als vor zehn Jahren, das erste Mal Alkohol konsumieren, kann auch im Zusammenhang mit dem ersten Alkoholrausch beobachtet werden. Das Alter, in dem Jugendliche zum ersten Mal betrunken sind, hat sich erhöht. 2004 geben die 12- bis 25-Jährigen für die erste Alkoholrauscherfahrung ihres Lebens ein Durchschnittsalter von 15,5 Jahren an. 2014 liegt das Durchschnittsalter bei 16,2 Jahren. Der erste Alkoholrausch der weiblichen 12- bis 25-Jährigen findet ca. 3 Monate nach den männlichen 12- bis 25-Jährigen statt (männlich: 16,1 Jahre; weiblich: 16,4 Jahre) (siehe S. 60, Abb. 7) (Vgl. Orth et al. 2015, S. 47f).

2.4.2.2 Behandlungen aufgrund akuter Intoxikation

Das Statistische Bundesamt erfasst jährlich eine Krankenhausdiagnosestatistik. Demnach wurden insgesamt rund 19,6 Millionen Patienten vollstationär in einem Krankenhaus behandelt. 2014 waren die zweit häufigsten Gründe für einen stationären Krankenhausaufenthalt mit 340.500 Fällen, psychische Störungen und Verhaltensstörungen bedingt durch Alkohol. Hierunter fällt auch der akute Alkoholmissbrauch bzw. die akute Alkoholvergiftung. 2014 wurden insgesamt 118.562 Menschen mit der Diagnose akuter Rausch durch Alkohol im Krankenhaus behandelt. Davon waren 22.391 Personen, Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren. Das waren 3,8 % weniger als im Jahr 2013. Bezogen auf 100.000 Einwohner dieser Altersklasse sank ihre Zahl gegenüber dem Vorjahr von 296 auf 285. Bei Mädchen und jungen Frauen ging der entsprechende Wert um 3,3 % zurück. Das entspricht 244 je 100.000 Einwohner. Bei Jungen und jungen Männern verringerte er sich um 3,5 % (auf 324 je 100.000 Einwohner). 70 % der Kinder und Jugendlichen, die mit einer akuten Alkoholvergiftung behandelt werden mussten, waren noch keine 18 Jahre alt (Vgl. Statistisches Bundesamt 2015).

Ein Zehnjahresvergleich ist hier nicht möglich. Bestehende Statistiken des Statistischen Bundesamtes reichen lediglich ins Jahr 2005 zurück. 2005 wurden

19.449 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren mit einer akuten Alkoholvergiftung behandelt. Dies waren 2.942 Behandlungen weniger als im Jahr 2014 (siehe S. 61, Abb. 8) (Vgl. Statistisches Bundesamt 2015; Statistisches Bundesamt 2016).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die aufgeführte Studie der BZgA zeigt, dass der individuelle Konsum von Alkohol bei Kindern und Jugendlichen immer noch hoch ist. Nach wie vor ist Alkohol die Substanz die von Kindern und Jugendlichen am meisten konsumiert wird. Der Erstkonsum von Alkohol findet in Deutschland im Durchschnitt mit 14,7 Jahren statt. Zwei Drittel der 12- bis 15-Jährigen haben schon einmal Alkohol getrunken. Diese Zahl ist insofern besorgniserregend da das Risiko, später eine alkoholbezogene Störung zu entwickeln, größer ist, wenn der erste Rausch bereits zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr erfolgt. Betrachtet man jedoch die Entwicklung aller anderen erfragten Parameter des Alkoholkonsums, ist in der Regel ein Rückgang zu verzeichnen. So sind zum Beispiel seit dem Jahr 2004 der regelmäßige Alkoholkonsum und der Konsum täglicher riskanter Alkoholmengen zurückgegangen. Beruhigt kann man deshalb jedoch noch nicht sein, denn etwa jeder achte Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren trinkt eine Alkoholmenge, die auch für einen gesunden Erwachsenen als riskant gilt.

Vor dieser (unter Punkt 2.4 bundesweit beschriebenen) Problemlage sind auch das Bundesland Hessen und die Wissenschaftsstadt Darmstadt nicht gewahrt. Die Studie der BZgA ist auch auf die in Hessen bzw. Darmstadt lebenden Kinder und Jugendliche übertragbar. Ein Blick in die Krankenhausstatistik des Landes Hessen, bezogen auf die Einweisungen aufgrund akuter Alkoholintoxikation, bestätigen diese Zahlen.

Im Hinblick auf die Prävention geht aus den Studien zusammenfassend hervor, dass die alkoholbezogene Prävention bei 16- bis 17-Jährigen vor besonderen Herausforderungen steht und der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen allgemein weit verbreitet ist. Eine Aufgabe der Prävention sollte es deshalb sein, eine verantwortungsvolle Haltung gegenüber dem Alkoholkonsum und die Kommunikation darüber in diesen Altersgruppen zu fördern, um Verhaltensänderungen hin zu einem geringen Konsum zu

unterstützen. Doch welche Maßnahmen sind hierfür vorhanden? Welche Strategien wurden entwickelt?

Im folgenden Teil der Arbeit wird auf die Sucht- und Alkoholprävention sowie auf die Präventionsstrategien der Wissenschaftsstadt Darmstadt eingegangen und im Anschluss mögliche Perspektiven erörtert.

3. Sucht- und Alkoholprävention

3.1 Entwicklung der Suchtprävention in Darmstadt

1990 entstand in Deutschland aufgrund der vielen Drogentoten ein Bundesmodell mit dem Auftrag, ein Konzept zur Suchtprävention zu erstellen, um vorbeugend etwas dagegen zu unternehmen. Für dieses Bundesmodell wurden in jedem Bundesland Modellstellen ausgewählt. In Hessen gab es insgesamt 6 solcher Stellen. Die Stadt Darmstadt zählte nicht zu den Auserwählten. Zu dieser Zeit gab es in Darmstadt nur eine Jugend- und Drogenberatungsstelle und die Stadt beschloss ebenso ein Konzept für die Suchtprävention zu entwickeln. So entstand, unabhängig vom Bundesmodellprojekt, die erste Fachstelle für Suchtprävention in Hessen. Bei der Entstehung und Entwicklung des Konzepts wurde parallel und ergänzend zum Bundesmodellprojekt gearbeitet. Bis 1990 war die Suchtprävention kein Thema, selten wurde sie ernst genommen. Umso dringlicher war es, hierfür ein Konzept zu entwickeln. Hessenweit fand in der Suchtprävention ein Paradigmenwechsel statt. Gegenwärtig war fortan das Ziel aller präventiven Maßnahmen, protektive Faktoren, die einen späteren Suchtmittelmissbrauch verhindern, zu stärken. Die Suchtprävention war fortan ursachenorientiert und suchtmittelunspezifisch angesetzt, was eine ganzheitliche Vorgehensweise, die sowohl die Persönlichkeit der Einzelnen als auch seine Lebensbedingungen mit einbezieht, fordert. Für das Individuum bedeutet dies, dass deren Persönlichkeitsentwicklung durch die Prävention gefördert und gestärkt wird. Ebenso verstand man, auf dem Hintergrund der Lebensbedingungen darauf hinzuwirken, suchtfördernde gesellschaftliche Bedingungen zu erkennen und zu verändern (Vgl. Weyel 2016b, mdl. Mtt.).

1994/95 entstand ein Rauschmittelbekämpfungsplan. Die Stadt Darmstadt setzte sich zusammen mit den Modellstellen dafür ein, dass in diesem Plan die Rubrik Prävention verankert wurde. Dies war von großer Bedeutung, da

hierdurch die Prävention in Hessens Politik ein eigener Bereich wurde (Vgl. Weyel 2016b, mdl. Mtt.).

1995 startete die Landesförderung den Aufruf, in Hessen flächendeckend Fachstellen für Suchtprävention zu errichten. Nach und nach wurden diese in allen Landkreisen und kreisfreien Städten in Hessen erstellt. Grundlage hierfür war das Konzept, dass die Wissenschaftsstadt Darmstadt für ihre Fachstelle entwickelt hatte. Dieses hatte Vorbildcharakter für jede weitere Fachstelle in Hessen. Ebenso war die Fachstelle Darmstadt an der Weiter- und Fortbildung neuer Fachstellen beteiligt. Für das Engagement, für die hessenweite Etablierung der Suchtprävention wurde die Stadt im Jahr 2002 mit dem ersten Bundespreis für „vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ ausgezeichnet. Dies konnte die Suchtprävention in Darmstadt weiter verfestigen. Mit den aktuellen Fachstellen für Suchtprävention ist eine flächendeckende Versorgung aller 26 kreisfreien Städte und Landkreise in Hessen realisiert worden (Vgl. Weyel 2016b, mdl. Mtt.).

In der Erweiterung des drogenpolitischen Konzepts wurde 2003 von der Stadtverordnetenversammlung ein fachpolitisches Konzept zur Sucht- und Drogenpolitik der Wissenschaftsstadt Darmstadt beschlossen. Das Konzept der Sucht- und Drogenhilfe basiert im Kern auf 4 Säulen, wovon nunmehr eine die Prävention darstellt. Für die Stadt bedeutet dies, dass die Suchtprävention nicht mehr beliebig angeboten werden kann, sondern geleistet werden muss. Die Kommune hat den Auftrag Suchthilfe zu erbringen und zu steuern (Vgl. Weyel 2016b, mdl. Mtt.).

2010 wurde in der Stadt Darmstadt eine öffentliche Debatte zum Thema Jugend und Alkohol geführt. Der in erster Linie wie zur Selbstverständlichkeit gewordene Umgang von Kindern und Jugendlichen mit Alkohol wurde auch in der Wissenschaftsstadt als Problem wahrgenommen. Unter der Leitung von Volker Weyel, dem Leiter des Kommunalen Präventionsrates Darmstadt, entstand in diesem Zusammenhang das Fachpolitische Konzept „Jugend und Alkohol“. Das Thema Jugend und Alkohol wurde in den Bereichen der Sucht- und Drogenpolitik und dem Jugendschutz der Wissenschaftsstadt Darmstadt zum konzeptionellen Schwerpunkt. In diesem Konzept wurde erstmals eine neue Klassifikation der Suchtprävention Darmstadt veröffentlicht. Bis in die neunziger Jahre waren präventive Maßnahmen in Primär-, Sekundär- und

Tertiärprävention unterteilt. Die Kategorien bezogen sich sowohl auf den Zeitpunkt der Interventionen als auch auf deren Zielrichtung. Die neue Klassifikation welche die Wissenschaftsstadt Darmstadt übernommen hat, gliedert sich in universelle, selektive und indizierte Prävention und bietet eine inhaltliche Präzisierung in Bezug auf die Zielgruppen. Diese Klassifikation ist bis heute Standard (Vgl. Weyel 2010).

2011 startete die Stadt mit einem Alkoholpräventionsprojekt. Mit dem Projekt „Hart am Limit – HaLT“ wurde der Weg der suchtmittelunspezifischen Prävention verlassen. Durch die Spezialisierung der Präventionsaufträge kann dem Phänomen des jugendlichen Alkoholkonsums entgegen gewirkt werden (Vgl. Weyel 2016b, mdl. Mtt.).

Um dies zu verdeutlichen wird hierauf im weiteren Teil der Arbeit eingegangen.

3.2. Alkoholprävention

Die Prävention des Alkoholkonsums und dadurch entstehende Störungen bilden ein wichtiges Ziel der allgemeinen Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen. Eine aktuelle Studie der BZgA zeigt, dass der individuelle Suchtmittelkonsum bei Kindern und Jugendlichen groß ist. Nach wie vor ist Alkohol die Substanz, die von Jugendlichen am meisten konsumiert wird. Obwohl Prävention eben suchtmittelunspezifisch und ursachenorientiert wirkt, wie sie grundsätzlich in den Konzepten der Stadt Darmstadt seit 1990 definiert wird, gibt es dennoch für spezielle Gruppen suchtmittelspezifische Programme. Besondere Maßnahmen mit Substanzbezug, wie etwa zum Thema Alkohol, aber auch zu anderen Substanzen in der Prävention können hierzu erwähnt werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, im Vorfeld bedeutende Begriffe zu definieren. Je nachdem, an welchen Personenkreis die Prävention adressiert ist, wird zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden. Neben dieser Unterscheidung wird Prävention auch nach den Strategien der Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden (Vgl. Weyel 2010). Angesichts der schwerwiegenden gesundheitlichen Probleme die die Alltagsdroge Alkohol verursacht, und angesichts der Tatsache, dass bereits knapp 40 % der Kinder im Alter von 12 bis 13 Jahren Alkohol zumindest einmal probiert haben (Vgl. BZgA, 2015, S. 68) sind alle Ebenen gefordert, mit vielfältigen zur Verfügung stehend Maßnahmen den schlimmsten Folgen dieser

Entwicklung entgegenzuwirken. Eine große Anzahl von Risikofaktoren legt nahe, dass Präventionsmaßnahmen sich an verschiedene Adressaten richten sollten, beispielsweise an die Jugendlichen, an die Eltern und an die Schule. Im Weiteren wird auf die Ziele, welche die Alkoholprävention verfolgt eingegangen, um sich anschließend näher mit den Präventionsstrategien, die auch in der Umsetzung der Wissenschaftsstadt Darmstadt wiederzufinden sind, zu befassen.

3.1.1 Begriffsbestimmung

3.1.1.1 Prävention nach Zielgruppen

Abhängig davon, an welche Zielgruppe die präventive Maßnahme gerichtet ist, wird zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden. Die universelle Prävention wendet sich an die gesamte Bevölkerung bzw. Bevölkerungssegmente (z. B. an alle Jugendliche). Möglichst alle Mitglieder der Gesellschaft sollen über z. B. Aufklärungskampagnen¹⁵ oder Maßnahmen auf Gemeindeebenen erreicht und informiert werden.

Die selektive Prävention richtet sich an definierte Risikogruppen. Diese Menschen sind in der Regel gesund und unauffällig. Die Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung ist bei ihnen jedoch aufgrund empirisch bestätigter Risikofaktoren erhöht (z. B. bei Kinder aus alkoholbelasteten Familien). Die Methoden der universellen Prävention sind auch in der selektiven Prävention effektiv und wirksam. Daneben haben sich für diese Personengruppen unter anderem Selbstbehauptungstrainings, Veränderungen der normativen Einstellung¹⁶ oder die Festlegung von Zielen als erfolgreich erwiesen.

Maßnahmen der indizierten Prävention richten sich an Personen mit manifestem Risikoverhalten, bei denen die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeit jedoch (noch) nicht erfüllt sind. Mit den Maßnahmen der indizierten Prävention sollen soziale und persönliche Risikovariablen bei den Betroffenen mit flexiblen, maßgeschneiderten Interventionen beeinflusst werden. Beispiel einer solchen Zielgruppe sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die an Wochenenden exzessiv Alkohol trinken. Gefährdete

¹⁵ Bsp.: Alkohol – Kenn dein Limit. Eine Aufklärungskampagne der BZgA für Jugendliche.

¹⁶ Bsp.: zu lernen, dass die meisten Menschen in diesem Alter oder in der Peer-Gruppe den Konsum von Alkohol ablehnen.

Menschen werden in der Regel dann behandelnden Institutionen zugewiesen (Vgl. Weyel 2010, S. 4.).

Die Übergänge zwischen den verschiedenen Präventionstypen sind fließend. Universelle und indizierte Interventionen bauen aufeinander auf und ergänzen sich im Idealfall. Jugendliche die riskante Konsummuster aufweisen, werden mit universellen Präventionsmaßnahmen zwar erreicht, jedoch wenig spezifisch angesprochen. Selektive und indizierte Maßnahmen dagegen richten sich gezielt an die im Umgang mit Alkohol erfahrenen Kinder und Jugendliche. Die Risikogruppe erhält eine gezieltere Prävention, was für diese Gruppe ein größerer Nutzen sein kann. In der Praxis zeigt sich, dass es nicht einfach ist, Kinder und Jugendliche für selektive und indizierte Angebote zu identifizieren und zu motivieren. Es ist schwierig zu beurteilen, ob ein Jugendlicher „gefährdet“ ist oder nicht, da eine standardisierte Definition mit einheitlichen Kriterien zum problematischen Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen fehlt (Vgl. Weyel 2010, S. 4; Sucht Schweiz 2013).

3.1.1.2 Prävention nach Wirkungskreis

Eine andere, ebenfalls weit verbreitete Klassifikation unterscheidet danach, ob die eigentlichen Zielpersonen direkt angesprochen werden oder an den Umweltbedingungen und Strukturen angesetzt wird. Um den riskanten Alkoholkonsum entgegenzuwirken und die individuellen und gesellschaftlichen Folgen und Kosten zu verringern, muss die Prävention auf zwei Ebenen wirken. Eine dieser Ebenen ist die Verhaltensprävention. Sie richtet sich an den Konsumenten und versucht deren Konsummuster und das Verhalten positiv zu beeinflussen, sodass die riskanten Konsummuster ausbleiben. Damit sich Menschen für ein Verhalten entscheiden, das für ihre Gesundheit förderlich ist, brauchen sie neben den Informationen auch Kompetenzen zur Bewältigung von Problemen und zur Verarbeitung von Frustration. Auch die Stärkung des Selbstvertrauens, des Selbstwertgefühls und der Kommunikationsfähigkeit sind Anliegen der Verhaltensprävention. Um das Konsumverhalten, insbesondere das Trinkverhalten Jugendlicher zu beeinflussen, gibt es vielfältige Interventionsansätze. In Deutschland reicht das Maßnahmenspektrum von Frühintervention über Einzelberatungen in Krankenhäusern oder in Beratungsstellen, sowie über zielgruppenspezifische Alkoholprävention, bis hin

zu Aufklärungskampagnen. In einer Expertise der BZgA wurden suchtpreventive Maßnahmen und deren Wirkungen analysiert. Folgende Settings und Methoden wurden als am wirksamsten identifiziert:

- In der Familie: umfassende Maßnahmen, wie zum Beispiel kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings.
- In der Schule: interaktive, auf dem Modell des sozialen Einfluss oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme. Als weniger wirkungsvoll haben sich die alleinige Informationsvermittlung und alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Maßnahmen, erwiesen.
- Der Einsatz von Medienkampagnen als begleitende Maßnahmen, aber nicht als alleinige Maßnahme zur Verhaltensänderung.
- Gesetzgeberische Maßnahmen zur Beeinflussung des Preises von Substanzen und der legalen Altersgrenze des Konsums (siehe Verhältnisprävention) und als Abschreckungsmaßnahme (Vgl. Weyel 2010, S. 4f; DHS 2010, S. 10f).

Die andere Ebene ist die Verhältnisprävention. Sie richtet sich an die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Auf ordnungspolitischer Ebene, können über gesetzliche Bestimmungen solche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die sich auf das Konsumverhalten auswirken. Es ist belegt, dass ein Zusammenhang zwischen Alkoholpreisen und Konsummenge mit den damit verbundenen Schäden besteht: je niedriger der Preis für den Alkohol ist, desto höher ist der (riskante) Konsum vor allem bei Jugendlichen. Ebenso besteht ein Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit und dem Konsum von Alkohol. Je leichter, länger und weniger eingeschränkt Alkohol zu beschaffen ist, desto stärker treten riskante Verhaltensweisen bei Jugendlichen auf. Die Erschwinglichkeit und Verfügbarkeit können durch politische Entscheidungen beeinflusst werden. Diese Bereiche der Verhältnisprävention ermöglichen die größten unmittelbaren Erfolge hinsichtlich der Reduktion von alkoholbedingten Schäden. Alkoholpolitische Handlungsoptionen zur Verhältnisprävention können zum einen angebotsorientiert sein:

- eine Verringerung der Dichte von Verkaufsstellen über ein Lizenzierungsverfahren,
- die Begrenzung der Verkaufszeiten über Ladenschlussgesetze,

- die Festlegung eines höheren Mindestalter für den Erwerb alkoholischer Getränke.

Oder zum anderen nachfrageorientiert:

- Die Erhöhung der Alkoholpreise über die Preispolitik. Zum Beispiel Alkoholsteuern, zweckgebundene Zwangsabgaben, Mindestpreise, Verbot von Rabatten und Sonderangeboten.
- Die Regulierung der Alkoholwerbung und der kommerziellen Kommunikation von Alkoholproduzenten über gesetzliche Rahmenbedingungen.

Das eine schließt das andere nicht aus und die Handlungsoptionen können sowohl angebots- als auch nachfrageorientiert sein. Darüber hinaus muss die Einhaltung bestehender gesetzlicher Regulierungen, wie zum Beispiel die des Gaststättengesetzes oder des Jugendschutzes, besser gewährleistet werden (Vgl. DHS 2009, S. 7ff).

Eine Strategie, die beide Elemente der Verhaltens- und Verhältnisprävention in einem Policy Mix kombiniert, ist besonders wirksam. Die Präventionsansätze ergänzen und unterstützen sich gegenseitig und ergeben zusammen einen Mehrwert, der größer als die Summe der einzelnen Maßnahmen ist. Auch das europäische Regionalkomitee der WHO empfiehlt solch einen Policy Mix. Der Rat der Europäischen Union hat in Bezug auf verhältnispräventive Maßnahmen Empfehlungen herausgegeben. Diese sind in den Präventionsstrategien der Wissenschaftsstadt Darmstadt wiederzufinden. Die notwendige Koordination individueller (verhaltenspräventiver) und struktureller (verhältnispräventiver) Maßnahmen wird in den Konzepten der Fachstelle für Suchtprävention und dem Kommunalen Präventionsrat Darmstadt als Voraussetzung für Erfolg versprechende Präventionsmaßnahmen definiert (Vgl. DHS 2009, S. 7ff; Weyel 2010, S. 5f).

3.2.2 Ziele

Präventionsarbeit zielt drauf ab, Schäden vorzubeugen oder zu reduzieren. Damit diese wirksam und effektiv ist, muss sie auf fachlich bewährten und Erfolg versprechenden Ansätzen basieren. Durch wissenschaftliche

Evaluationen wurden in den vergangenen knapp zwei Jahrzehnten, wirksame Projekte, Programme und Maßnahmen der Präventionsarbeit identifiziert. Wirksame Prävention des Alkoholmissbrauchs im Kindes- und Jugendalter erfordert die Umsetzung von Elementen, die in ihrer Gesamtheit unter anderem dazu beitragen sollen,

- das soziale Umfeld und die Eltern in ihrer Funktion als positive Vorbilder für Kinder und Jugendliche zu stärken,
- Unterstützung für Kinder und Jugendliche bieten, alkoholfrei zu leben,
- den Konsumbeginn von Alkohol so lange wie möglich hinauszuzögern,
- die Interessen des Jugendschutzes deutlich zu vertreten und umzusetzen,
- die Konsummenge zu reduzieren bzw. ein risikoarmen Konsum zu schaffen
sowie
- bei (problematischen) Konsum von Alkohol fachlich angemessen und frühzeitig zu intervenieren (Vgl. Hallmann 2011, S. 2).

4. Sucht- und Alkoholprävention auf kommunaler Ebene

4.1 Prävention als politische Aufgabe

Eine gesetzliche Grundlage für die suchtpreventive Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bildet das SGB VIII KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz). Hier hat der Gesetzgeber den Schutz vor Gefahren für das Wohl von Kindern und Jugendlichen, die Schaffung positiver Lebensbedingungen, gesundheitliche Bildung, Befähigung zum Schutz vor gefährdenden Einflüssen und die Kooperation mit Stellen des (öffentlichen) Gesundheitsdienstes formuliert. Den Kommunen wird in Landesgesetzen für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention ein expliziter Gestaltungsauftrag zugewiesen. Eine wirksame Suchtprevention ist dabei nur durch das Ausschöpfen aller vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen möglich und muss daher eine Gemeinschaftsaufgabe von Bund, Ländern und Kommunen sein (Vgl. Deutscher Städtetag 2015, S. 4).

Die Kommunen im Bundesland Hessen engagieren sich schon seit längerem in der Suchtprevention. Zum Teil werden hierfür erhebliche finanzielle Mittel aufgewendet. Ein besonderer Schwerpunkt bildet die Alkoholprävention. Die

meisten kommunalen Maßnahmen setzen auf den Policy Mix, die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Notwendig für eine erfolgreiche Kooperationsarbeit ist eine institutions- und trägerübergreifende Vernetzung und Kooperation. Alle Akteure, innerhalb einer Kommunalverwaltung wie zum Beispiel das Jugend- oder Ordnungsamt oder Personen, Gruppen und Verbände außerhalb der Verwaltung sind wichtige Multiplikatoren und Partner. Die lokale Netzwerkarbeit innerhalb dieser Personenkreise ist eine bedeutende Aufgabe kommunaler Alkoholprävention. Um vorhandene Ressourcen effektiv einsetzen zu können, erfordert es eine koordinierte Abstimmung untereinander. Viele Kommunen setzen mit ihren präventiven Maßnahmen schon im frühen Kindesalter an. So wird das Thema Alkohol bereits in den Fortbildungen der Erzieherinnen und in den Schulen thematisiert. Die kommunale Familienhilfe kümmert sich vielerorts um suchtbelastete Familien, da Kinder von Eltern die alkoholkrank sind, ein erhöhtes Risiko haben, selbst abhängig zu werden (Vgl. Bätzing 2009, S.8).

Alkoholpräventive Maßnahmen werden in den Städten und Gemeinden meist gezielt für Jugendliche vorgesehen, bei denen das Risiko für einen schädlichen Alkoholkonsum besonders hoch erscheint bzw. der Konsum besonders hoch ist. Ein wichtiges Thema der kommunalen Alkoholprävention ist die Zusammenarbeit mit den örtlichen Vereinen. Gerade in kleineren und mittelgroßen Städten und Gemeinden besteht über die Vereine die Chance, Jugendliche aus den unterschiedlichsten sozialen Gruppen zu erreichen. Zum anderen sind Vereine aber auch der Ort, wo Jugendliche zum Beispiel bei Festen, Siegesfeiern oder Sportfreizeiten Alkohol, zum Teil in erheblichen Mengen, trinken. Ebenso ist der intensive Alkoholgenuss bei Veranstaltungen und Festen in den Städten und Gemeinden, zum Beispiel auf Weinfesten, Volksfesten oder Karnevalveranstaltungen, eine zentrale Herausforderung für die kommunale Alkoholpolitik. Die Veranstalter werden strikt auf die Einhaltung des Jugendschutzes hingewiesen und Mitarbeiter der Jugendämter kontrollieren zusammen mit Ordnungsämtern und/oder der Polizei die Einhaltung. Des Weiteren kümmern sie sich um die Kinder und Jugendlichen und bieten bewusst Alkoholalternativen an. Daneben liegt ein weiterer Schwerpunkt der kommunalen Maßnahmen in der Information der Gaststätten und des Einzelhandels über die Achtung des Jugendschutzes sowie in der

Aufklärung über die Folgen des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen. Kommunale Stellen sind vielfältig mit den Folgeproblemen jugendlichen Alkoholkonsums befasst. Es besteht daher ein erhebliches Interesse an präventiver Arbeit (Vgl. Bätzing 2009, S. 8).

4.2 Präventionsstrategien der Wissenschaftsstadt Darmstadt

Die Suchtprävention hat in der Sucht- und Drogenpolitik der Wissenschaftsstadt eine besondere und herausragende Bedeutung. Darmstadt versteht, dass Missbrauch und Abhängigkeit nicht erst aus dem Kontakt zu Alkohol entsteht. Die Verantwortlichen betrachten diese vielmehr als komplexe Phänomene mit vielschichtigen Ursachen. Neben dem Angebot und der Verfügbarkeit von Alkohol spielen vor allem Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren eine wichtige Rolle. Schon im Kindesalter und in alltäglichen Lebenszusammenhängen entstehen Einstellungen und Verhaltensweisen, die sich im späteren Jugend- und Erwachsenenalter als Suchtverhalten verfestigen können. Als erfolgsversprechende Prävention hat die Wissenschaftsstadt Darmstadt vor diesem Hintergrund gleichermaßen die Beeinflussung individuellen Handelns als Verhaltensprävention sowie die Verhältnisprävention im Blick. Die Prävention einer Kommune bzw. der Stadt Darmstadt ist nur dann effizient, wenn sie durch eine interdisziplinäre, institutionsübergreifende Zusammenarbeit gekennzeichnet ist. Sie muss frühzeitig einsetzen, langfristig angelegt sein und kontinuierlich durchgeführt werden (Vgl. Weyel 2011a, S. 3ff).

Voraussetzung für die aus diesem Verständnis resultierende Umsetzung ist die professionelle Koordination dieser Aufgaben für die Wissenschaftsstadt Darmstadt sowie ein aktives vorbeugendes Netzwerk. Diese Aufgabe übernehmen in Darmstadt die Fachstelle für Suchtprävention innerhalb der Koordinationsstelle für Sucht- und Drogenhilfe und der Kommunale Präventionsrat der Wissenschaftsstadt. Mit der Fachstelle für Suchtprävention ging Darmstadt in Hessen mit gutem Beispiel voran. Das Thema Jugend und Alkohol ist neben dem Bereich Internet- und Computersucht das ausgewiesene Schwerpunktthema der Fachstelle für Suchtprävention Darmstadt (Vgl. Weyel 2011a, S. 3ff).

Suchtpräventive Handlungsfelder der Stadt Darmstadt sind die Multiplikatorenarbeit, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsmanagement

und die Projektentwicklung. Multiplikatorenarbeit meint, vor allem in den Bereichen Kindergarten, Schule, Jugendarbeit, aber auch bei Vereinen und in der Gemeinwesen Arbeit Multiplikatoren zu beraten und zu schulen. Das ist wichtig, damit die Personen vor Ort bei den Kindern und Jugendlichen aufmerksam sind, aufklären und helfen können. So kann die Prävention frühzeitig einsetzen (Vgl. Weyel 2011a, S. 9f).

Mit Vernetzung ist die Initiierung, Konzeptentwicklung und Kooperation in regionalen Netzwerken in Darmstadt gemeint (Vgl. Weyel 2011a, S. 3). Hierzu entstand 1995 unter anderem für ein Präventionsnetzwerk in Darmstadt die Arbeitsgruppe „AG K.O.B.R.A.“. K.O.B.R.A. ist eine Arbeitsgemeinschaft von verschiedenen Trägern der Jugendhilfe in Darmstadt, welche institutionsübergreifend arbeitet. Der Verbund nutzt die verschiedenen Arbeitsfelder seiner Mitglieder, um sich konzeptionell zu ergänzen und um die Ressourcen der einzelnen Kooperationspartner besser nutzen zu können. Mit Hilfe dessen soll die Jugendarbeit sichtbar gemacht und Unterstützung präventiver Strategien in der Jugendförderung erreicht werden. Denn „Prävention ist Standard in der Jugendförderung – Jugendförderung ist Prävention!“ (Weyel 1995). Die AG K.O.B.R.A. hat in den letzten zwei Jahrzehnten mit Hilfe ihrer Mitglieder verschiedene Präventionsprojekte in der Wissenschaftsstadt Darmstadt gestartet und besteht derzeit immer noch erfolgreich (Vgl. Weyel 1995).

Mit einer guten Öffentlichkeitsarbeit wie mit Vorträgen, Präsentationen, Fachveröffentlichungen, Pressearbeit oder Interviews will die Stadt Darmstadt aufklären und informieren. Beispielsweise soll die Öffentlichkeit mittels Fachveranstaltungen sensibilisiert werden. Auch wird durch Vorträge auf Elternabenden, bei Vereinsversammlungen, Schulkonferenzen oder auch bei den politischen Entscheidungsträgern für die Belange der Suchtprävention geworben (Vgl. Weyel 2011a, S. 13f).

Durch das Qualitätsmanagement finden seitens der Stadt Bedarfserhebungen statt, Daten werden gesammelt und Berichte erstellt, um den Überblick über den aktuellen Stand und mögliche Probleme zu behalten. Zu allen Arbeitsfeldern der Suchtprävention in Darmstadt liegen ausführliche Konzepte und Handlungsleitlinien sowie detaillierte Statistiken und Dokumentationen vor.

Diese Dokumentationen, Konzepte und Statistiken werden stetig fortgeschrieben und der Öffentlichkeit jeder Zeit zur Verfügung gestellt. So wurde 2010 von der Wissenschaftsstadt Darmstadt unter anderem das Konzept „Jugend und Alkohol“ erstellt, welches die Arbeit und Prävention mit und von dieser Problemlage beschreibt. Ebenso tauscht man sich überregional aus und veranstaltet Supervisionen und Fortbildungen zum Thema Suchtprävention (Vgl. Weyel 2011a, S. 14f).

In der Praxis spielt die Projektentwicklung eine wichtige Rolle. Die Wissenschaftsstadt Darmstadt initiiert, berät und wirkt bei präventiven Projekten mit. Ein Darmstädter Modellprojekt zum Thema Jugend und Alkohol ist das Projekt „Flasche leer“ oder die Kampagne „Meine Abwehr steht“. Bei der Kampagne „Meine Abwehr steht“ handelt es sich um ein durch die AG K.O.B.R.A. und die Wissenschaftsstadt Darmstadt entstandenes Kooperationsprojekt mit dem Verein SV Darmstadt 98, welches 2010 startete. Ziel dieser Kampagne ist die Förderung von Schutzfaktoren und die Organisation von Vorbildfunktionen zum Umgang mit Suchtmittel. Diese alkoholpräventive Maßnahme richtet sich, wie bereits erwähnt, gezielt an Kinder und Jugendliche, deren Risiko für einen schädlichen Alkoholkonsum hoch erscheint. In diesem Fall überwiegend an benachteiligte Kinder und Jugendliche, denen im Elternhaus oder im sozialen Umfeld häufig Vorbilder oder Orientierungsmöglichkeiten fehlen (Vgl. Weyel 2009). Die Kampagne „Meine Abwehr steht“ ist ein Beispiel für selektive Präventionsarbeit und die Arbeit mit speziellen Zielgruppen.

Deutlich wird, dass Kooperation und Vernetzung zur effektiven Umsetzung präventiver Maßnahmen in der Wissenschaftsstadt Darmstadt bereits eine lange Tradition haben.

Ein weiteres Projekt, welches aktuell als Präventionsprojekt von Jugend und Alkohol in der Wissenschaftsstadt Darmstadt eingesetzt wird, ist das Bundesmodellprojekt „Hart am Limit - HaLT“. Im folgenden Kapitel soll das Projekt vorgestellt und die zielgerichteten Präventionsstrategien am Beispiel dieses Projektes genauer dargestellt werden.

4.3 Bundesmodellprojekt „HaLT – Hart am Limit“

Obwohl der Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen seit einigen Jahren insgesamt rückläufig ist, scheint beim komatösen Rauschtrinken noch keine beruhigende Trendwende in Sicht. Für diese Problemlage wurde das Projekt Hart am Limit ins Leben gerufen. HaLT ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Bundesmodellprojekt, das darauf abzielt, auf kommunaler Ebene durch Information und Prävention eine höhere Sensibilität beim Thema Jugend und Alkohol zu schaffen. Zugleich soll die Einhaltung des Jugendschutzes bei Festveranstaltungen, in Gaststätten und im Handel gewährleistet werden. Darüber hinaus werden Kinder und Jugendliche, die bereits durch exzessiven Alkoholkonsum aufgefallen sind, umfassend beraten (Vgl. Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009).

Zunächst wird auf die Entstehung des Projektes und des HaLT-Standortes Darmstadt eingegangen, um im Anschluss daran einen Blick darauf zu werfen, welches Konzept dahinter steckt und wie HaLT funktioniert.

4.3.1 Entstehung

Um die Jahrtausendwende wurde die Jugendsozialarbeit auf die Zunahme des exzessiven Rauschtrinkens unter Jugendlichen aufmerksam. 2002 wertete das Suchtpräventionszentrum Villa Schöpflin zusammen mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Lörrach die Daten zu stationär behandelten Alkoholvergiftungen im Landkreis Lörrach aus. Die Dokumentation deckte die beunruhigende Entwicklung auf, dass die Zahlen der Einweisungen enorm gestiegen sind. Die Zusammenarbeit der Villa Schöpflin und der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Lörrach machte es möglich, dass mit betroffenen Kindern, Jugendlichen und Eltern Gespräche geführt werden konnten. Erste Informationen zu Auslösern und Hintergründen des Rauschtrinkens konnten gesammelt werden (Vgl. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009, S. 7).

In der gemeinsamen Arbeit mit unterschiedlichen Institutionen als regionale Partner entwickelte die Villa Schöpflin zunächst für den Landkreis Lörrach ein Präventionsprojekt mit dem Namen „Hart am Limit – HaLT“. Aufgrund der alarmierenden Anzahl an Einweisungen, gab das Bundesministerium für

Gesundheit dem Suchtpräventionszentrum den Auftrag, dieses Konzept als Pilotprojekt durchzuführen. Neben der Kinderklinik waren von Beginn an auch Ordnungsämter und Schülervereine, die Präventionsbeauftragten an Schulen sowie die Polizei an der Arbeit beteiligt. Wissenschaftlich begleitet und bewertet wurde dieses Pilotprojekt durch die Prognos AG¹⁷. Im Jahr 2003 hat die Prognos AG parallel dazu eine bundesweite Erhebung der stationären Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen mit Alkoholvergiftungen durchgeführt und die Ergebnisse ausgewertet. Diese bestätigten den Trend aus Lörrach. Die Steigerungen der Fallzahlen zeigten sich in sämtlichen Bundesländern. Eine weitere Erhebung in ausgewählten Kliniken spiegelte ebenso eine drastische Zunahme der Behandlungsfälle zu dieser Zeit wieder (Vgl. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009, S. 7f).

Nach erfolgreicher Bewertung der 18-monatigen Pilotphase und als Konsequenz aus den positiven Resultaten, schrieb das Ministerium HaLT als Bundesmodellprojekt aus. Daraufhin nahmen zehn weitere Standorte in neun Bundesländern ihre Arbeit auf und implementierten das HaLT-Konzept in ihrer Region. Als erster Standort in Hessen beteiligte sich in dieser Phase die Stadt Frankfurt. Unterstützt und gefördert wurden die einzelnen Standorte durch das Bundesministerium für Gesundheit und das jeweilige Bundesland. Rahmenbedingungen und Schwerpunkte der Projektumsetzung wurden dabei bewusst weit gefasst, um Erkenntnisse für die Möglichkeiten der Anpassung an die jeweiligen regionalen Besonderheiten zu gewinnen. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den 11 Modellprojekten wurden ab 2007 in einer vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Transferphase interessierten Kommunen und Institutionen zur Verfügung gestellt. Ab diesem Zeitpunkt fand eine breite Umsetzung von HaLT im ganzen Bundesgebiet statt. Mit HaLT-Einführungsseminaren und Vorträgen für Fachkräfte in den Kommunen und mit auf das Bundesland zugeschnittenen Beratungen unterstützt die Villa Schöpflin in dieser Zeit die Einführung von HaLT in den jeweiligen Bundesländern (Vgl. ebd., S. 9f).

Das Suchtpräventionszentrum Villa Schöpflin hat geschafft, dass sich das Projekt mit den von ihm entwickelten und erprobten Konzepten und Materialien von einer regionalen Initiative zu einem Bundesmodellprojekt entwickelt hat.

¹⁷ Die Prognos AG ist eines der ältesten Wirtschaftsforschungs- und Beratungsunternehmen Europas.

Heute ist HaLT im gesamten Bundesgebiet in 15 Bundesländern, an ca. 170 Standorten verankert.

4.3.2 Implementierung in Darmstadt

Seit 2010 ist das Phänomen des komatösen Rauschtrinkens auch im Bundesland Hessen vermehrt aufgetreten. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen der unter 20-Jährigen hatte sich zu diesem Zeitpunkt im Vergleich zu 2000 von 800 Einweisungen auf 1800 Einweisungen, mehr als verdoppelt (Vgl. Hessisches Sozialministerium 2011). Diesem alarmierenden Trend wollte man auch in Hessen Einhalt gebieten. Daraufhin hat am 1. März 2011 der hessische Sozialminister, Stefan Grüttner, den Startschuss für eine hessenweite Einführung des Projektes „HaLT – Hart am Limit“ gegeben. Das Land Hessen unterstützte die Bemühungen, um der Entwicklung wirksam entgegen zu treten. Allen 26 hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten wurden Anschubfinanzierungen, um eine Teilnahme am Projekt zu ermöglichen, zugesichert. Die Laufzeit des Projektes ist auf 3 Jahre terminiert worden. Die Stadt Darmstadt hatte zu dieser Zeit in den Auswertungen des statistischen Landesamtes die wenigsten Krankenhauseinweisungen von Jugendlichen im hessenweiten Vergleich zu verzeichnen. Dies bestätigte die erfolgreiche Präventionsarbeit in Darmstadt, welche mit der Einführung des HaLT-Projektes in Darmstadt vertieft werden sollte. Aufgrund der Evaluation von HaLT hat sich die Wissenschaftsstadt Darmstadt dem Projekt angeschlossen. Bereits vor der offiziellen Zusicherung von Anschubfinanzierungen des Sozialministeriums hat Darmstadt mit der ersten HaLT-Maßnahme im Januar 2011 begonnen. Aus den Verhandlungen zuvor stellte sich bereits heraus, dass diese Anschubfinanzierungen gestattet werden würden. Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen wurde mit der Projektorganisation und Zertifizierung der Projektstandorte beauftragt. Sie ist Koordinationsstelle und dient als Ansprechpartner der Wissenschaftsstadt Darmstadt. Von Anfang an ist sie für die Qualifizierung, den Austausch und die Vernetzung zuständig, unterstützt Aktivitäten vor Ort in Darmstadt und stellt die Qualität des Projektes sicher (Vgl. Wissenschaftsstadt Darmstadt o.J.). Finanziert wird HaLT in Hessen durch Mittel des Hessischen Sozialministeriums, der teilnehmenden Landkreise und Kommunen sowie der

gesetzlichen Krankenversicherungen in Hessen. Eine Besonderheit stellt hierbei dar, dass die Finanzierung dieser Alkoholprävention aufgrund einer Landesweiten Vereinbarung erstmalig von Krankenkassen als Kooperationspartner getragen wird. Hessen ist somit das erste Bundesland, das sich mit allen Krankenkassen über eine Finanzierungsgrundlage einig wurde. Die Stadt Darmstadt wird somit 3 Jahre lang, mit 7.500 € jährlicher Anschubfinanzierung des Landes unterstützt (Vgl. Hessisches Sozialministerium 2011). Ebenso zahlt die Krankenkasse pro stattgefundener Frühintervention im Krankenhaus 50 €. Vertragspartner des HaLT-Projekts in Darmstadt ist die Wissenschaftsstadt Darmstadt. Regionaler Koordinator ist Herr Volker Weyel, der auch die Leitung des kommunalen Präventionsrates Darmstadt inne hält.

Nicht jede kreisfreie Stadt oder jeder Landkreis in Hessen ist an HaLT beteiligt. Kein Landkreis um Darmstadt herum hat sich dem Projekt angeschlossen. Alle anderen Landkreise und kreisfreien Städte in Hessen schon. Somit besteht für Darmstadt eine Besonderheit: Jeder Jugendliche, der aus den umliegenden Kreisen in Darmstadt eingeliefert wird, wird behandelt und kann Leistungen des Projektes in Anspruch nehmen (Vgl. Weyel 2016a, mdl. Mtt.).

4.3.3 Konzept

HaLT ist in der sozialpädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen der indizierten Prävention zuzuordnen. Da nur ein kleiner Teil der Jugendlichen und jungen Menschen, die mit legalen oder auch illegalen Drogen experimentieren, in ihrem späteren Leben ernsthafte Probleme entwickeln, hat das Konzept der indizierten Prävention immer mehr an Bedeutung gewonnen. Da eine exakt definierte Gruppe gezielt erreicht wird, können sich die Maßnahmen systematisch an die Stärkung individueller Ressourcen und Verminderung individueller Belastungen der auffälligen Jugendlichen richten. Alkohol dient dabei als Anknüpfungspunkt. Überall dort, wo Kinder und Jugendliche durch extremen Alkoholkonsum auffällig werden, wird HaLT wirksam und arbeitet mit den Betroffenen (Vgl. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009, S. 14f).

Das Suchtpräventionsprojekt besteht aus zwei unterschiedlichen Bausteinen, die sich gegenseitig ergänzen und verstärken. Ein besonderes Merkmal ist die

gemeinsame Arbeit in einem großen Netzwerk mit verschiedenen Institutionen in der Region Darmstadt. Die beiden primären Zielrichtungen des Projekts führen zu einem an der indizierten Prävention orientierten, reaktiven Baustein und zu einem an der universellen Prävention orientierten, proaktiven Baustein. Der reaktive Baustein bezieht sich auf die oben benannte Verhaltensprävention mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren. Der proaktive Baustein bezieht sich auf die Verhältnisprävention und kommunal verankerte Präventionsansätze mit den Zielgruppen Erwachsene, Öffentlichkeit und Politik. Beide Präventionsarten sind miteinander verknüpft. Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts hat gezeigt, dass nur wenn diese beiden Bausteine in Kombination umgesetzt werden, ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das HaLT-Projekt gegeben ist. Bei HaLT im reaktiven Baustein, handelt es sich um eine niedrigschwellige, zeitlich begrenzte Frühintervention (Vgl. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009, S. 14f).

4.3.3.1 Reaktiver Baustein

Der sogenannte reaktive Baustein bedeutet eine zeitnahe Reaktion auf komatöses Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen. Diese zeitlich begrenzte Frühintervention umfasst Einzelgespräche mit den Betroffenen, welche oftmals noch am Krankenbett geführt werden, sowie ein Gruppenangebot und die Beratung der Eltern. Hierbei geht es um die Verarbeitung dessen, was geschehen ist, um Informationsvermittlung und das Vermitteln von Risikokompetenzen. Eventuell kommt es bei Bedarf auch zur Überleitung in weitergehende umfassendere Hilfen. Kinder und Jugendliche, die einen missbräuchlichen Alkoholkonsum aufweisen, gelten als eine schwer erreichbare Zielgruppe, da Alkohol eine legale und zudem kulturell akzeptierte Droge darstellt. Durch HaLT und den reaktiven Baustein, ist es möglich, dass betroffene Jugendliche zeitnah adäquate sozialpädagogische Angebote erhalten und frühzeitig innerhalb eines niedrigschwelligen Angebots zur Reflexion dieser Konsumgewohnheiten bewegt werden (Vgl. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009, S. 15).

Um Kinder und Jugendliche, die wegen eines schädlichen Alkoholkonsums ärztlich behandelt werden, zu erreichen, steht die Zusammenarbeit und Kooperation mit medizinischen Einrichtungen im Zentrum. Für diesen Baustein

konnte die Wissenschaftsstadt Darmstadt die Kinderklinik Prinzessin Margaret Darmstadt als zentrales Zuweisungskrankenhaus der Region sowie das Suchthilfezentrum des Caritasverbandes als Kooperationspartner gewinnen. In einer Kooperationsvereinbarung zwischen der Stadt, der Kinderklinik und dem Suchthilfezentrum, ist die Grundlage für ein spezifisches Hilfsangebot für Kinder und Jugendliche formuliert, die mit einer Alkoholvergiftung in der Kinderklinik aufgenommen werden oder sich auf anderen Wegen melden (Vgl. Weyel 2011b).

Mediziner und pädagogische Fachkräfte haben in der Regel wenig Berührungspunkte für eine Zusammenarbeit. Die Überleitung von Kindern und Jugendlichen mit komatöser Alkoholvergiftung oder ein Gespräch mit den Betroffenen und Eltern sind für Ärzte Aufgaben, die neben dem aufreibenden Arbeitsalltag zusätzlich geleistet werden müssen. Viele Ärzte sind außerdem unsicher, wie sie mit Kindern und Jugendlichen über die Gründe ihrer Einlieferung, die Gefahren von Alkoholmissbrauch sowie das Risiko einer Suchtgefährdung sprechen können. Deshalb gibt es in Darmstadt ein eigens für diesen Zweck geschultes Team des Suchthilfezentrums Darmstadt, welches die sogenannten Brückengespräche meist noch am Krankenhausbett führt. Die Klinik selbst führt zuvor eine Risikoabschätzung durch, ermittelt ein Bedarf der projektbezogenen Leistungen und holt sich die Einwilligung der Kinder- und Jugendlichen bzw. ihrer Erziehungsberechtigten zur Entbindung des Klinikpersonals von der Schweigepflicht ein. Liegt diese vor, werden zertifizierte Berater des Suchthilfezentrums benachrichtigt, damit diese Kontakt zu den Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern aufnehmen können. Das Brückengespräch soll eine Brücke zu einem Termin in der Beratungsstelle schlagen. Es soll die Kinder, Jugendliche und Eltern über das Projekt und die Angebote informieren, erste Kontakte herstellen und die Hemmungen vor einem Treffen in der Beratungsstelle nehmen (Vgl. Weyel 2011b). Ebenso sind biografische und sozialstrukturelle Merkmale der Jugendliche Teil des Gesprächs. Aus einer Standardisierten Teildokumentation aus dem HaLT-Konzept werden Themenbereiche wie die Situation, die zur komatösen Alkoholvergiftung geführt hat, das Gesundheits- und Risikoverhalten, der Konsum von anderen Substanzen und die Einschätzung des Erlebten vorgegeben. Diese Themen sind Empfehlungen, welche jedoch nicht

systematisch im Gespräch abgearbeitet werden müssen (Vgl. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009, S.28).

Die Leistungen werden nur angefordert, wenn eine Entbindung der Schweigepflicht vorliegt. Das Suchthilfezentrum hat sich verpflichtet, im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychotherapie die von der Kinderklinik angeforderten beratenden Leistungen bei den Betroffenen zeitnah zu erbringen. Die Leistungen im Projekt HaLT stehen Kindern und Jugendlichen zur Verfügung, die in der Kinderklinik aufgenommen werden. Ebenso erhalten die Mitarbeiter der Kinderklinik nach Vereinbarung und Bedarf eine fundierte Schulung vom Suchthilfezentrum (Vgl. Weyel 2011b).

Prinzipiell bieten sich, neben einer Klinik und dem Suchthilfezentrum wie in Darmstadt, sämtliche Personen und Einrichtungen, die in regelmäßigen Kontakt zu Kindern und Jugendlichen stehen, für eine Zusammenarbeit an. Dies kann von Jugendgerichten und der Polizei über Sozialdienste und Streetworker bis hin zu Schulen und Ausbildungsbetrieben reichen. Ebenso eignet sich eine breite Information von Eltern, um mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen möglichst früh in Kontakt zu gelangen (Vgl. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009, S. 22).

Ziel der Kooperationen im reaktiven Bereich des Projektes ist es, Zugang und Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum zu gewinnen, damit diese in Hilfsangebote übergeleitet werden können. Sie können zu einem frühen Zeitpunkt angesprochen werden, physischen, sozialen und psychischen Schäden oder der Entwicklung einer Abhängigkeit kann vorgebeugt werden. Die Intervention soll grundsätzlich nur temporär und nicht dauerhaft erfolgen (Vgl. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009, S. 22).

4.3.3.2 Proaktiver Baustein

Wenn Jugendliche aufgrund einer schweren Alkoholvergiftung notärztlich behandelt werden müssen oder im Krankenhaus eingeliefert werden, ist meist schon einiges schief gegangen. Deshalb ist ein wesentliches Ziel von HaLT, das riskante Rauschtrinken im Vorfeld zu verhindern. Hierfür wurde der so genannte proaktive Baustein entwickelt. Kommunal verankerte

Präventionsmaßnahmen zielen auf die Verhinderung von Alkoholexzessen und einen bewussteren, unschädlichen Umgang mit Alkohol in der Gesellschaft ab. Neben einer gesellschaftlichen Orientierung für einen risikoarmen Alkoholkonsum von Jugendlichen bedarf es außerdem, einem klaren Feedback von Erwachsenen überall dort, wo Alkohol in der Öffentlichkeit abgegeben wird. Eine Herausforderung dieses Bausteines besteht darin, den Spagat, sich für eine Kultur des Hinsehens einzusetzen, ohne jedoch zu moralisieren oder als Spaßverderber Widerstände zu erzeugen, zu bewerkstelligen. Der große Teil der Bevölkerung praktiziert ganz selbstverständlich einen unproblematischen Umgang mit der legalen und kulturell akzeptierten Droge Alkohol. Jedoch brauchen Jugendliche ein deutliches Feedback, wenn sie während der Phase des Experimentierens Gefahr laufen, sich selbst zu schädigen. Viele betroffene Kinder und Jugendliche berichten, dass sie einerseits sehr leicht an große Mengen Alkohol gelangen und dass kaum soziale Kontrolle stattfindet, wenn sie diesen konsumieren. Ein großer Zusammenschluss vieler verschiedener Akteure in der Stadt soll Jugendlichen den Zugang zu Alkohol erschweren und gleichzeitig an vielen Orten im öffentlichen Raum einen Rahmen für einen genussorientierten Umgang mit Alkohol schaffen. Dies gelingt durch die Sensibilisierung breiter Bevölkerungsgruppen, Verantwortung und Vorbildverhalten von Erwachsenen sowie durch die Ausschöpfung aller möglichen, steuernden Maßnahmen kommunaler Alkoholpolitik (Vgl. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009, S. 16f, S. 29f).

Ebenso wichtig ist die konsequente Umsetzung des Jugendschutzes. Während sich der reaktive Baustein also der Zielgruppe der riskant Alkohol konsumierenden Jugendlichen zuwendet, spricht der proaktive Baustein vorwiegend Erwachsene an (Vgl. Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH 2009, S. 16f, S. 29f).

Die Wissenschaftsstadt Darmstadt hat eine klar definierte Zielgruppe für die Arbeit im proaktiven Bereich. In Darmstadt sollen Bürger, Veranstalter, die Gastronomie, Vereine, Jugendarbeit, Medien, die Geschäftswelt, sowie die Verwaltung, die Politik, die Ordnungsbehörden und Streetwork angesprochen werden. Der Schwerpunkt der proaktiven Präventionsarbeit in Darmstadt liegt darauf, einen aktiven Jugendschutz mit Hilfe von mobilen Teams und in Kooperation mit Alkoholverkaufsstellen und Veranstaltern im Rahmen von

Veranstaltungen zu betreiben. Ebenso findet im öffentlichen Raum und auffälligen Plätzen mobile Jugendsozialarbeit statt. Ein Beispiel für die mobile Jugendarbeit ist das Projekt „Meetingpoints“, welches 2014 im Rahmen von HaLT gestartet ist. Gegenstand dieses Projekts ist die Kooperation der Wissenschaftsstadt Darmstadt und der mobilen Praxis gem. GmbH in Eberstadt. Seit Jahren ist der Platz an der Modau im Stadtteil Eberstadt ein Konfliktpunkt zwischen den dort lebenden Bürgern und den Jugendlichen, die diesen öffentlichen Raum als Ort nutzen, um dort regelmäßig, meist am Wochenende in den späten Abendstunden, Alkohol zu konsumieren. Mit Hilfe des Projektes „Meetingpoints“ betreibt ein professionelles, mobiles Team kontinuierlich aufsuchende Soziale Arbeit im Sozialraum Eberstadt. Durch das Team findet eine proaktive Kommunikation mit allen Nutzergruppen im öffentlichen Raum in Darmstadt-Eberstadt statt (Vgl. Weyel 2013). Daneben gibt es, im Rahmen des kommunalen Präventionsrates, in Darmstadt stadtteilbezogene Arbeitsgruppen zum Thema Jugend und Alkohol auf öffentlichen Plätzen. Hierzu werden auch Öffentlichkeitsveranstaltungen und Anwohnerversammlungen organisiert, um zu informieren und um eine Kommunikationsstruktur für Anlieger und Bürger zu schaffen (Vgl. Weyel 2015). 2015 wurden innerhalb des proaktiven Präventionsbereichs noch weitere Maßnahmen in der Stadt Darmstadt umgesetzt. Im Vorfeld und während großer Veranstaltungen wie Fastnachtsveranstaltungen, des Heinerfestes oder des Weihnachtsmarktes fanden Informationsveranstaltungen, Kooperationen und Vereinbarungen mit Veranstaltern, Gastronomen und Schaustellern statt. Ebenso wurde auf eine gezielte mobile Ansprache und auf die Information von Alkohol konsumierende Jugendliche gesetzt. Alle Genehmigungen von Festen oder Veranstaltungen durch das Bürger- und Ordnungsamt Darmstadt werden mit dem Hinweis und der Empfehlungen zu Kooperation mit dem HaLT Projekt ausgesprochen (siehe S. 62 Festvereinbarung). Seit 2012 wird während den großen Abitur-Feierlichkeiten in der Innenstadt kein Alkohol mehr verkauft (Vgl. Weyel 2015).

Festveranstalter als Netzwerkpartner zu gewinnen, zielt darauf ab, bereits im Vorfeld auf die Einhaltung des Jugendschutzes während der Veranstaltung hinzuarbeiten. Um die Verfügbarkeit von Alkohol in Darmstadt weiter einzugrenzen, wurden Grundsatzgespräche mit den Verkaufsstellen in der

Stadt zum Thema Beschränkung der Alkoholverkaufszeiten geführt. Mit Unterstützung von vielen Kooperationspartnern, wie zum Beispiel dem Bürger- und Ordnungsamt, dem Deutschen Roten Kreuz, City Marketing Darmstadt, der Hochschule Darmstadt, dem SV Darmstadt 98, darmstädter Privatbrauereien und vielen mehr werden die Maßnahmen im proaktiven Baustein des HaLT Projekts entwickelt und umgesetzt. In Darmstadt herrscht eine gute Kooperation zwischen den einzelnen Netzwerkpartnern. Diese begründet sich auf die jahrelange gemeinsame Erfahrung und Zusammenarbeit, welche bereits vor HaLT im Rahmen des Kommunalen Präventionsrates und der Präventionsarbeit stattgefunden hat. Die dadurch entstandenen persönlichen Kontakte und Beziehungen erleichtern die Arbeit untereinander (Vgl. Weyel 2015). Was inhaltlich im proaktiven Baustein umgesetzt wird, ist nicht überall einheitlich. Die Maßnahmen und Angebote müssen auf die Region zugeschnitten werden. Die Villa Schöpflin stellt Materialien zur Verfügung, welche ausgewählt und übernommen werden können.

Der proaktive Baustein besteht aus einer breit angelegten Öffentlichkeitsarbeit, welche auch in der Wissenschaftsstadt Darmstadt von großer Bedeutung ist.

Die Präventionsarbeit hat in der Politik und der Öffentlichkeit in Darmstadt einen hohen Stellenwert und wird durch den Präventionsrat seit 1992 von den politischen Entscheidungsträgern wie dem Oberbürgermeister, Dezernenten und dem Polizeipräsidenten aktiv unterstützt (Vgl. Weyel 2015). Durch das Projekt HaLT wird die Verhaltens- und Verhältnisprävention in der Stadt Darmstadt noch besser verbunden und Jugendliche und Erwachsene werden gleichzeitig angesprochen. HaLT vermeidet dadurch eine Individualisierung jugendlichen Alkoholmissbrauchs und eine Zuschreibung der Verantwortung allein auf Jugendliche und ihre Eltern. Weiterhin bezieht HaLT den Kontext, in dem jugendlicher Alkoholmissbrauch entsteht, mit ein. Nachhaltige Lösungsansätze lassen sich daraus am effektivsten ableiten.

5. Wirksamkeit

Kommunale Suchtprävention durch HaLT ist eine komplexe Intervention, die in unterschiedlichen Bereichen der Kommune ansetzt und aktiv wird. Gerade im Bereich sozialpolitischer Maßnahmen, welche häufig mit hohem Einsatz an materiellen Ressourcen umgesetzt werden, taucht dabei meist die Frage der

Wirksamkeit auf. Man will letztlich wissen, welche Maßnahmen die besten Erfolge erzielen. Doch wie misst man den Erfolg? Kann Alkoholprävention schon als erfolgreich verzeichnet werden, wenn die Zahlen der Krankenhauseinweisungen rückläufig werden und Kinder und Jugendliche später beginnen Alkohol zu konsumieren? Im Vergleich zu Erwachsenen steht die Wirksamkeitsforschung bei jugendlichem Alkoholkonsum vor einer besonderen Herausforderung.

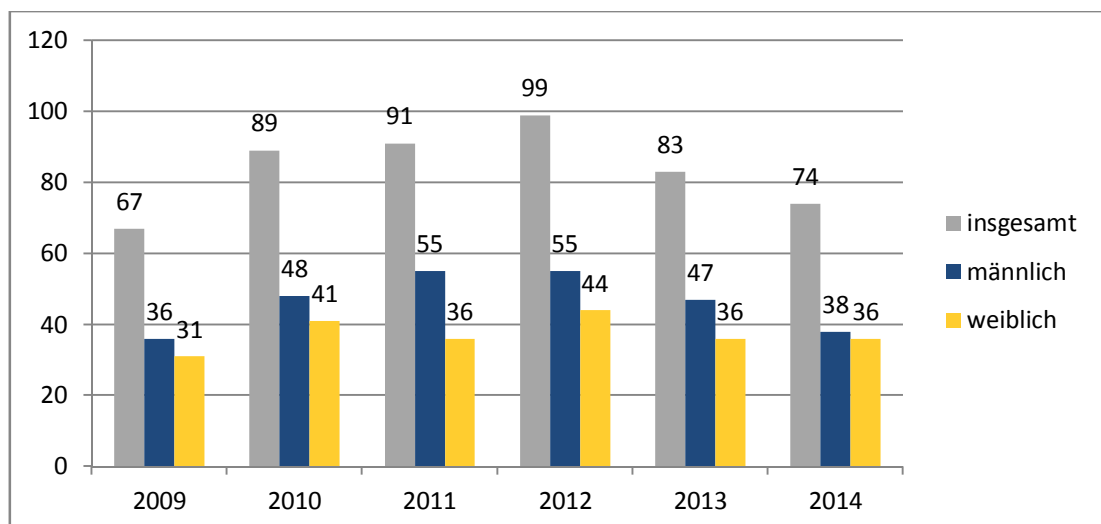
Eine verbreitete Entwicklung von Jugendlichen bringt mit sich, dass der Alkoholkonsum im Laufe des Jugendalters ansteigt. Abstinenz stellt gerade bei älteren Jugendlichen kein sinnvolles Präventionsziel dar. Deshalb kann eine Intervention auch dann als wirksam bezeichnet werden, wenn der individuelle Konsum gleich bleibt oder weniger stark zunimmt als ohne Intervention. Aufgrund dieses Alterseffektes können bei Jugendlichen, besonders in der indizierten Prävention, konsumbezogene Wirkungen nur mittels Längsschnittstudien mit Kontrollgruppen verlässlich überprüft werden. Solche Längsschnittstudien sind in der Praxis jedoch nur vereinzelt vorzufinden. Die Wirksamkeitsanalyse im sozialen Bereich befindet sich noch im Anfangsstadium (Vgl. Kirchner 2011).

An dieser Stelle wird es in besonderer Weise für die empirische Sozialforschung interessant. Sollen zum Beispiel sozialpolitische Maßnahmen wie bei HaLT nach ihren Erfolgen beurteilt werden, stellt sich in Bezug auf die Vermittlung von sozialen Ressourcen die Frage, wie Effekte und Wirkungszusammenhänge untersucht werden können. Der direkte Nutzen kann gerade in diesen Fällen nicht in Kennzahlen ausgedrückt werden. Vor allem bei Vernetzungs- bzw. Kooperationsprojekten liegt der Schwerpunkt auf Faktoren, die sich nur schwer anhand von Indikatoren vereinfachen lassen (Vgl. Kirchner 2011).

Generell besteht im komplexen sozialen Bereich das grundsätzliche Problem darin, dass man nicht messen kann, ob Veränderungen oder Ergebnisse von einem einzigen Faktor ausgehen. Im sozialen Kontext spielen für Veränderungen immer mehrere Faktoren eine Rolle. Eine soziale Entwicklung beispielsweise an einem einzigen Projekt fest zu machen, ist unrealistisch, da viele Dinge und Situationen das Individuum beeinflussen und zu Veränderungen beitragen. Wenn die Einzelursachen von Entwicklungen im

sozialen Verhalten überhaupt untersucht werden können, dann nur mit Längsschnittstudien. Die Beurteilung der Wirkungsweise einzelner Faktoren kann aufgrund der Vielzahl der Einflussfaktoren nur wage zugeordnet werden. Dieses Problem besteht auch im Zusammenhang mit der Wirksamkeit von HaLT. Die Zahlen der Krankenhauseinweisungen aufgrund einer akuten Intoxikation Jugendlicher bis 18 Jahren in Darmstadt sind seit 2012 rückläufig. Während von 2009 bis 2012 die Zahlen von 67 Einweisungen auf insgesamt 99 Einweisungen von Jugendlichen bis 18 Jahren anstiegen, nahmen sie danach wieder ab. 2014 wurden insgesamt 74 Kinder und Jugendliche in ein Darmstädter Krankenhaus eingeliefert. Zu beobachten ist, dass vor allem weniger männliche Patienten behandelt werden mussten (Vgl. Nagy 2016). In wie weit dies jedoch als Erfolg und der Wirksamkeit der Maßnahmen aus dem HaLT Projekt und der Präventionsarbeit in der Stadt Darmstadt zu verzeichnen ist, kann nicht belegt werden. Sicherlich wirken die Maßnahmen im reaktiven und proaktiven Bereich auf Kinder und Jugendliche ein, aber auch andere Faktoren können für den Rückgang der Zahlen verantwortlich sein.

Abbildung 9: Krankenhäuser in Darmstadt: entlassene oder verstorbene vollstationäre Patienten nach Geschlecht; Diagnose: Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Akute Intoxikation (akuter Rausch) –Patienten bis 18 Jahren.



6. Perspektiven und Herausforderungen

Das Bundesmodellprojekt HaLT war von Beginn an auf 3 Jahre terminiert. Nach den 3 Jahren, 2014 und 2015, verlängerte das Sozialministerium seine Anschubfinanzierungen jeweils um 1 Jahr. Ende 2016 läuft das Projekt mit den Finanzierungszuwendungen des Landes in Darmstadt jedoch endgültig aus. Auf kommunaler Ebene soll der reaktive Baustein weiter geführt werden, jedoch nicht mehr als Bundesinitiative. Derzeit laufen Verhandlungen mit den Krankenkassen, damit diese den reaktiven Baustein auch weiterhin finanziell unterstützen, um diesen Teil fest in den Präventionsstrategien der Wissenschaftsstadt Darmstadt zu verankern. Durch den proaktiven Baustein entstanden keine neuen Maßnahmen. Alle Maßnahmen und die Netzwerkarbeit waren bereits vor HaLT implementiert und wurden dafür übernommen und mit dem Projekt „HaLT“ betitelt. Deshalb können die bestehenden Kooperationen und Netzwerke weiterhin erfolgreich genutzt werden. Darmstadt wird 2017 kein offizieller HaLT-Standort mehr sein. Geplant ist aber, die vorhandenen Grundlagen, Ressourcen und Maßnahmen für die Zukunft zu übernehmen (Vgl. Weyel 2016b, mdl. Mtt.).

Alle Maßnahmen die fortgeführt werden, werden immer unter der Prämisse weiter laufen, dass sie beendet werden, sobald das Thema Jugend und Alkohol kein Problem mehr für die Stadt Darmstadt darstellt. Eine besondere Herausforderung besteht darin, zu beurteilen, wann sich die Lage entspannt hat und zu welchem Zeitpunkt dieses Thema nicht mehr als Problemlage bezeichnet wird. Hierfür gibt es keinen festen Grenzwert, keine Zahl von Krankenhauseinweisungen die erreicht werden muss. Die Kommune bzw. die Verantwortlichen in diesem Bereich müssen die Sachlage Jahr für Jahr erneut beurteilen. Perspektivisch kann deshalb immer nur jahresweise geplant werden. Festzumachen ist jedoch, dass das Thema Jugend und Alkohol auch im Jahr 2017 weiterhin ein Schwerpunkt der städtischen Prävention in Darmstadt sein wird (Vgl. Weyel 2016b, mdl. Mtt.).

Aus den Zielen der Prävention geht heraus, dass Präventionsarbeit Schäden vorbeugen und reduzieren soll. Beim Thema Jugend und Alkohol und generell in der Suchtprävention ist es jedoch oft so, dass die Prävention erst einsetzt, wenn das Problem bereits erschienen ist. Die Prävention des Komasaufens von Kindern und Jugendlichen hat erst eingesetzt, als die Zahlen der

Krankenhauseinweisungen auffällig hoch waren. Prävention im eigentlichen Sinne hätte jedoch bedeutet, dass man vorbeugend präventiv arbeitet, damit solch hohe Zahlen an Krankenhauseinweisungen erst gar nicht entstehen. In diesem Fall beugt die Prävention nicht vor, sondern reduziert Schäden und die weitere Ausbreitung des Phänomens. Erst wenn ein bestimmtes Problem besteht, wird mit der Prävention dessen begonnen und eine Finanzierungsgrundlage zugesichert. In den seltensten Fällen werden Kosten für eine Problemvermeidung übernommen, wenn dieses Problem noch nicht konkret besteht. Die Herausforderung der Suchtprävention liegt darin, dass sie den Phänomenen voraus sein muss und nicht erst einsetzt, wenn die ersten Probleme aufgetaucht sind. Dies benötigt aber auch ein Umdenken der Politik, um frühzeitige Prävention finanzieren zu können.

7. Fazit

Der Einstieg in den Alkoholkonsum erfolgt im Jugendalter und meist früher als es das Jugendschutzgesetz, zumindest ohne Begleitung einer sorgeberechtigten Person, vorsieht. Das erste Glas Alkohol wird mit ca. 15 Jahren getrunken und der erste Alkoholrausch mit 16 Jahren erlebt. Vom frühen bis ins späte Jugendalter steigt die Verbreitung des gesundheitlich bedenklichen Alkoholkonsums stark an. Dennoch ist im Vergleich zu den vergangenen 10 Jahren im Konsumtrend in allen Altersgruppen von 12 bis 21 Jahren eine positive Entwicklung zu beobachten.

Bei den 12- bis 15-jährigen Jugendlichen verläuft die Entwicklung im Sinne der Präventionsempfehlungen, in diesem Alter Alkohol zu meiden. Immer mehr 12- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche verzichten auf Alkohol. Auch die riskanten Formen des Alkoholkonsums sind in dieser Altersgruppe rückläufig. Der regelmäßige Alkoholkonsum und der Konsum von Alkoholmengen, die auch für die einen Erwachsenen schädlich sind, sowie das Rauschtrinken gehen langfristig zurück.

Bei den 16- und 17-Jährigen muss die Entwicklung männlicher und weiblicher Jugendlicher unterschieden werden. Der regelmäßige Alkoholkonsum, der Konsum riskanter Mengen und das Rauschtrinken der männlichen Jugendlichen in dieser Altersgruppe gingen im Zeitraum von 2010 bis 2014

zurück. Bei den weiblichen Jugendlichen in diesem Alter ist diese Entwicklung nicht zu verzeichnen.

Die unterschiedliche Entwicklung zwischen den Geschlechtern, lässt sich auch unter den jungen Männern und Frauen im Alter von 18 bis 21 Jahren feststellen. Bei jungen Männern ging der regelmäßige Alkoholkonsum seit 2011 zurück, bei jungen Frauen nicht. Auch der Konsum gesundheitlich riskanter Mengen der jungen Männer ist seit 2011 rückläufig. Bei jungen Frauen ist gegenüber 2011 ein Anstieg festzustellen. Das häufige Rauschtrinken nimmt bei jungen Männern seit 2011 ebenso ab, bei jungen Frauen verändert es sich nicht. Hier ist jedoch positiv festzuhalten, dass junge Frauen insgesamt deutlich weniger und seltener Alkohol konsumieren als ihre männlichen Altersgenossen.

Diese Entwicklungen zeigen sich auch in ähnlichen Studien wie der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD), der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) oder der Health Behavior in School-aged Children (HBSC) (Vgl. Orth et al. 2015, S. 68ff). Sie untersuchen ebenfalls den Alkoholkonsum junger Menschen in Deutschland. Die ähnlichen Ergebnisse anderer Studien zeigen, dass die Ergebnisse der BZgA aus dem Jahr 2014 durchaus ernst genommen werden können und kein zufälliges Produkt darstellen.

Man könnte die Vermutung anstellen, dass das sogenannte Komasaufen bei Jugendlichen aus der Mode kommt. Eine wirkliche Entwarnung stellt der verzeichnete Rückgang allerdings noch nicht dar. Der Alkoholkonsum bei jungen Menschen ist noch immer zu hoch. Die rückläufigen Zahlen des Alkoholkonsums sind eine erfreuliche Entwicklung, die festgestellt werden kann, jedoch ist Alkohol nach wie vor das Suchtmittel Nummer eins bei jungen Menschen. Deshalb darf der jetzige Stand nicht verharmlost, sondern muss weiter ernst genommen werden. Eines ist jedoch klar: Beileibe nicht alle Jugendlichen geraten in den Sog des Alkoholismus, dies betrifft nur einen Teil der heutigen Jugend.

Trotz des positiven Trends braucht es aber weiterhin zielgerichtete Kampagnen und präventive Maßnahmen, um dem Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen vorzubeugen. Ein zentrales Anliegen der kommunalen Prävention der Stadt Darmstadt ist es, an den Ursachen anzusetzen, die Wurzel des Übels festzumachen und nicht nur auf die Wirkung zu achten. Das ist meiner Meinung

nach ein wesentlicher Ansatz für das Gelingen von Präventionsmaßnahmen. Die Stadt möchte nicht nur die Schäden reparieren, sondern daraufhin wirken, dass diese erst gar nicht entstehen können. Mit HaLT wird ein Projekt geführt, welches individuumzentrierte Ansätze als Verhaltensprävention mit nachhaltigen Strukturen und Prozessen in einer Strategischen Netzwerkarbeit verbindet.

Durch die Nutzung von Kooperationsnetzwerken und die Einbindung verschiedener Akteure aus der Region Darmstadt in die Präventionsarbeit wird mit HaLT eine große Reichweite erzielt. Durch Kooperationspartner wie dem SV Darmstadt 98 wird eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit auf das Projekt und das Problem von Alkoholexzessen unter Jugendlichen erzielt. Der Erfolg hängt wesentlich von der Mitwirkungsbereitschaft von den Partnern ab. Jedoch ist die gut laufende Netzwerkarbeit mit den Kooperationspartnern in Darmstadt nicht erst durch den proaktiven Baustein in HaLT entstanden. Deshalb stellt dies für die Stadt keine Veränderung dar, da die Strukturen und die Zusammenarbeit vorher schon bestanden und HaLT für deren Entstehung keinen Beitrag leistete. Der reaktive Baustein ermöglicht eine frühzeitige und vor allem niedrigschwellige Erreichung von Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum. Dies steigert ebenso die Reichweite der indizierten Prävention. Man erreicht Jugendliche auf keiner anderen Ebene so gut wie in diesem hoch sensiblen Moment, wenn sie nach ihrem Alkoholexzess im Krankenhaus aufwachen und wahrscheinlich peinlich berührt von der Gesamtsituation sind. Ob sich alleinig durch die Frühintervention am Krankenbett das Trinkverhalten ändert, ist jedoch fragwürdig. Das Gruppenangebot mit betroffenen Kindern und Jugendlichen im reaktiven Baustein ist im Suchthilfezentrum in Darmstadt mit HaLT noch nicht zustanden gekommen. In Darmstadt sind die Zahlen der Einweisungen und geführten Brückengesprächen (2014: 13 Gespräche (Vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen o. J.)) zu gering, um zeitnah eine Gruppe Jugendlicher zusammen zu bekommen. Ebenso kommen nicht alle Jugendlichen, mit denen ein Brückengespräch geführt wurde, aus Darmstadt, so dass diese auch keine weitere Hilfe in Darmstadt in Anspruch nehmen. Die geringen Zahlen im Vergleich zu anderen Städten sprechen für die schon seit Jahren laufende Präventionsarbeit der Wissenschaftsstadt Darmstadt. Die bestehenden Netzwerke aus K.O.B.R.A. und dem proaktiven Baustein können

gegebenenfalls auch für andere künftige Problemlagen genutzt oder ausgebaut werden.

Im Blick auf den unveränderten oder steigenden Alkoholkonsum von jungen Mädchen und Frauen, kommt für die Zukunft die Frage auf, ob die Präventionsangebote verändert gestaltet werden müssen, damit sie den Geschlechtsunterschieden gerecht werden. Um auch bei ihnen einen positiven Trend zu erzeugen, sollte über spezielle Präventionsmaßnahmen für Mädchen und junge Frauen nachgedacht werden. Angebote wie „meine Abwehr steht“ erreichen meist mehr Jungen als Mädchen.

Abschließend lässt sich aus dieser Arbeit ableiten, dass das Problem des jugendlichen Komasaufens nicht mehr so brisant ist, wie noch vor 6 Jahren. Der Alkoholkonsum nimmt seit einigen Jahren kontinuierlich ab. Mehr Kinder und Jugendliche als zuvor sind abstinent. Das Alter des Erstkonsums verschiebt sich nach oben. Die Krankenhausbehandlungen aufgrund Alkoholintoxikationen gehen zurück. Die Zahlen sind rückläufig, jedoch ist die Lage immer noch nicht entspannt. Mit HaLT hat die Wissenschaftsstadt Darmstadt ein Konzept implementiert, welches in der Verhältnisprävention nicht unbedingt neue Strategien mit sich geführt hat. Es stellt aber eine effiziente Präventionsstrategie dar, um den Alkoholkonsum Jugendlicher einzugrenzen. Zusätzlich ist im reaktiven Baustein eine weitere wichtige Maßnahme entstanden.

Literaturverzeichnis

Aldenhoff, Kerstin (2009): Einer geht noch - Komasaufen statt Hausaufgaben. Aldenhoff, Kerstin (Regie). Sachsen: MDR Landesfunkhaus. Online verfügbar unter <https://www.youtube.com/watch?v=r1ZjBSFwRzw>, zuletzt geprüft am 20.02.2016.

Bätzing, Sabine (2009): Alkoholprävention in den Städten und Gemeinden. Hrsg. v. Deutscher Städte- und Gemeindebund. Online verfügbar unter http://www.dstgb.de/dstgb/Homepage/Publikationen/Dokumentationen/Nr.%2091%20-%20Alkoholpr%C3%A4vention%20in%20St%C3%A4dten%20und%20Gemeinden/Doku91_Alkoholpr%C3%A4vention.pdf, zuletzt geprüft am 17.03.2016.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. (Hrsg.) (2014): Jugendschutzgesetz. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/gesetze,did=5350>, zuletzt aktualisiert am 25.02.2016.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Alkohol. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/?sub=24>, zuletzt geprüft am 22.02.2016

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Alkohol. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/?sub=74>, zuletzt geprüft am 23.02.2016.

Deutscher Städtetag (Hrsg.) (2015): Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen in den Kommunen. Eine Handreichung für die Praxis. Positionspapier. Berlin und Köln. Online verfügbar unter http://www.staedtetag.de/imperia/md/content/dst/veroeffentlichungen/mat/20151002_positionspapier_alkoholpraevention.pdf, zuletzt geprüft am 15.03.2016.

DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2009): Factsheet. Bringe-Drinking und Alkoholvergiftungen. Online verfügbar unter http://www.tls-suchtfragen.de/wp-content/uploads/2013/02/Factsheet_bingdrinking.pdf, zuletzt geprüft am 21.02.2016.

DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage e.V. (2010): Factsheet. Alkohol und Jugendliche. Online verfügbar unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/100318_Factsheet_Alkohol_und_Jugendliche.pdf, zuletzt geprüft am 20.02.2016.

Donat, Carolin (2015): Binge Drinking unter Jugendlichen: Wie drängend ist das Problem? In: LENHARD, Wolfgang (Hrsg.): Psychische Störungen bei Jugendlichen. Ausgewählte Phänomene und Determinanten. Berlin Heidelberg: Springer Verlag. S.167-184.

Ginko Stiftung für Prävention; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2014): Kommunale Alkoholprävention. Dokumentation der Fachkonferenz am 29. und 30. Oktober 2013 in Düsseldorf. Online verfügbar unter http://www.ginkostiftung.de/download/Material/dokumentation_suchtpraevention_final_v07_1.pdf, zuletzt aktualisiert am 25.03.2016.

Grimm S.; Residori, C.; Joachim, P.; Decieux, J. P.; Willems, H. (2013): Lokale Netzwerkbildung als strategisches Konzept der Prävention. Evaluation einer Sensibilisierungskampagne zum Alkoholkonsum im Jugendalter. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hallmann, Hans-Jürgen (2011): Alkoholmissbrauch im Jugendalter. Strategien zur Prävention und Intervention in Städten und Gemeinden. Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW. Online verfügbar unter <http://www.gemeinsaminitiativ.de/download/Hallmann-M%C3%BClheim-13-9-11.pdf>, zuletzt geprüft am 14.03.2016.

HBSC-Studienverbund (2015): Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Binge Drinking/Rauschtrinken von Kindern und Jugendlichen“.

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (o. J.): HaLT in Hessen. Drei Jahresvergleich 2011-2013.

Hessisches Sozialministerium (01.03.2011): Hessen finanziert gemeinsam mit den Krankenkassen, den Landreisen und kreisfreien Städten Alkoholprävention. Wiesbaden.

Kirchner, Andreas (2011): Wirksamkeit im sozialen Bereich und Nutzwertanalysen. Online verfügbar unter <http://www.politische-bildung-schwaben.net/2011/07/wirksamkeit-im-sozialen-bereich-und-nutzwertanalysen/>, zuletzt geprüft am 27.04.2016

Nagy, Sabine (2016): E-Mail Auskunft zu Krankenhauseinweisungen von Kindern und Jugendlichen Kiakuter Intoxikation in Darmstadt, Hrsg. v. Hessisches Statistisches Landesamt, Sachbearbeiterin im Sachgebiet Gesundheitswesen, 19.04.2016.

Orth, B.; Töppich, J. (2015): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Rübenach, Stefan P. (2007): Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. Hrsg. v. Statistisches Bundesamt. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/AlkoholSterbefaelle.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 30.03.2016.

Schlieckau, Jürgen (2015): Kompendium der deutschen Alkoholpolitik. Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention. Auflage: 1. Disserta Verlag.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Diagnose Alkoholmissbrauch: 4% weniger Kinder und Jugendliche im Jahr 2014 stationär behandelt. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/11/PD15_417_231.html, zuletzt geprüft am 01.03.2016.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016): Behandlung aufgrund akuter Intoxikation (akuter Rausch durch Alkohol). Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Kranke/naeuser/Tabellen/DiagnoseAlkoholJahre.html>, zuletzt geprüft am 01.03.2016.

Spiegel-Online (2007): Alkoholmissbrauch: Schüler stirbt nach Flatrate-Party – Entsetzen in Berlin. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/alkoholmissbrauch-schueler-stirbt-nach-flatrate-party-entsetzen-in-berlin-a-474710.html>, zuletzt geprüft am 22.02.2016.

Spiegel-online (2010): Junge Alkoholiker: Krankenkassen beklagen Komasauf-Boom. Online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/junge-alkoholiker-krankenkasse-beklagt-komasauf-boom-a-736768.html>, zuletzt geprüft am 22.02.2016.

Spiegel-online (2011): Alkoholkonsum Jugendlicher: Sucht nach dem Vollrausch. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/alkoholkonsum-jugendlicher-sucht-nach-dem-vollrausch-a-743574.html>, zuletzt geprüft am 22.02.2016.

Sucht Schweiz (2013): Konzepte der Suchtprävention. Online verfügbar unter http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Konzepte-Suchtpraevention.pdf, zuletzt geprüft am 10.03.2016.

Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention gGmbH (2009): Bundesmodellprojekt HaLT Handbuch. Trainer-Manual und Projektdokumentation. Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen. 3. Auflage. Lörrach.

Weyel, Volker (1995): Konzept K.O.B.R.A. Wir machen was wir wollen. Hrsg. v. Wissenschaftsstadt Darmstadt.

Weyel, Volker (2009): Konzept "Meine Abwehr steht". Hrsg. v. Wissenschaftsstadt Darmstadt.

Weyel, Volker (2010): Konzept Jugend und Alkohol. Hrsg. v. Wissenschaftsstadt Darmstadt.

Weyel, Volker (2011a): Strategien zur Suchtprävention. Konzept und fortlaufende Statistik. Hrsg. v. Wissenschaftsstadt Darmstadt.

Weyel, Volker (2011b): Kooperationsvereinbarung. Modellprojekt HaLT „Hart am Limit“. Hrsg. v. Wissenschaftsstadt Darmstadt.

Weyel, Volker (2013): Kooperationsvertrag für das Projekt "Meetingpoints". Pro-aktive mobile Jugendarbeit im Rahmen des Präventionsprojekt HaLT. Hrsg. v. Wissenschaftsstadt Darmstadt.

Weyel, Volker (2015): Jahresbericht HaLT Darmstadt.

Weyel, Volker (2016a): mündliche Mitteilung vom 09.02.2016, Stadthaus Darmstadt.

Weyel, Volker (2016b): mündliche Mitteilung vom 24.3.2016, Stadthaus Darmstadt.

Wissenschaftsstadt Darmstadt (o. J.): Darmstadt wird Standort der Landesinitiative Hessen HaLT "Hart am Limit". Darmstadt.

Anhang:

Das Jugendschutzgesetz

§ 4 Gaststätten

(1) Der Aufenthalt in Gaststätten darf Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren nur gestattet werden, wenn eine personensorgeberechtigte oder erziehungsbeauftragte Person sie begleitet oder wenn sie in der Zeit zwischen 5 Uhr und 23 Uhr eine Mahlzeit oder ein Getränk einnehmen. Jugendlichen ab 16 Jahren darf der Aufenthalt in Gaststätten ohne Begleitung einer personensorgeberechtigten oder erziehungsbeauftragten Person in der Zeit von 24 Uhr und 5 Uhr morgens nicht gestattet werden.

(2) Absatz 1 gilt nicht, wenn Kinder oder Jugendliche an einer Veranstaltung eines anerkannten Trägers der Jugendhilfe teilnehmen oder sich auf Reisen befinden.

(3) Der Aufenthalt in Gaststätten, die als Nachtbar oder Nachtclub geführt werden, und in vergleichbaren Vergnügungsbetrieben darf Kindern und Jugendlichen nicht gestattet werden.

(4) Die zuständige Behörde kann Ausnahmen von Absatz 1 genehmigen.

§ 5 Tanzveranstaltungen

(1) Die Anwesenheit bei öffentlichen Tanzveranstaltungen ohne Begleitung einer personensorgeberechtigten oder erziehungsbeauftragten Person darf Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren nicht und Jugendlichen ab 16 Jahren längstens bis 24 Uhr gestattet werden.

(2) Abweichend von Absatz 1 darf die Anwesenheit Kindern bis 22 Uhr und Jugendlichen unter 16 Jahren bis 24 Uhr gestattet werden, wenn die Tanzveranstaltung von einem anerkannten Träger der Jugendhilfe durchgeführt wird oder der künstlerischen Betätigung oder der Brauchtumspflege dient.

(3) Die zuständige Behörde kann Ausnahmen genehmigen.

§ 9 Alkoholische Getränke

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

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

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

Quelle: <http://www.gesetze-im-internet.de/juschg/>

Abbildung 7: Alter des ersten Alkoholkonsums und des ersten Alkoholrauschs

		2004	2005	2007	2008	2010	2011	2012	2014
<i>12- bis 25-Jährige</i>									
Durchschnittliches	Gesamt	14,1*	14,2*	-	14,4*	14,6*	14,5*	14,7*	14,8
Alter beim ersten	Männlich	14,0*	14,0*	-	14,3*	14,5*	14,4*	14,5	14,7
Glas Alkohol	Weiblich	14,2*	14,3*	-	14,5*	14,6*	14,6*	14,8*	14,9
Durchschnittliches	Gesamt	15,5*	15,7*	-	15,7*	15,9*	15,9*	16,0*	16,2
Alter beim ersten	Männlich	15,5*	15,6*	-	15,6*	15,8*	15,8*	15,9*	16,1
Alkoholrausch	Weiblich	15,6*	15,9*	-	15,9*	15,9*	16,0*	16,1*	16,4
<i>12- bis 17-Jährige</i>									
Durchschnittliches	Gesamt	13,0*	13,1*	13,2*	13,4*	13,7*	13,6*	13,8	13,8
Alter beim ersten	Männlich	12,9*	13,0*	13,1*	13,4*	13,5*	13,5*	13,6	13,7
Glas Alkohol	Weiblich	13,1*	13,2*	13,2*	13,5*	13,8	13,8	14,0	13,9
Durchschnittliches	Gesamt	14,3*	14,4*	14,4*	14,6*	14,6*	14,9	14,9	15,0
Alter beim ersten	Männlich	14,2*	14,3*	14,4*	14,6*	14,6*	14,7*	14,9	15,0
Alkoholrausch	Weiblich	14,3*	14,4*	14,4*	14,5*	14,6*	15,1	14,9	15,0

Quelle: Orth et al. - BZgA 2015, Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends

Abbildung 8: Behandlungen aufgrund akuter Intoxikation (akuter Rausch durch Alkohol)

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol - Akute Intoxikation [akuter Rausch]										
Altersgruppen	Jahre									
von ... bis unter ... Jahre	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
- = Nichts vorhanden.										
Insgesamt	88 938	87 535	98 562	109 283	114 520	115 436	116 517	121 595	116 503	118 562
unter 1 Jahr	3	2	1	5	6	4	2	24	3	14
1 bis 5 Jahre	13	10	4	9	9	9	-	21	5	6
5 bis 10 Jahre	15	6	5	7	9	8	3	11	-	2
10 bis 15 Jahre	3 466	3 298	3 779	4 512	4 330	4 088	4 176	3 999	3 225	2 947
15 bis 20 Jahre	15 983	16 125	19 386	21 197	22 098	21 907	22 175	22 674	20 042	19 444
20 bis 25 Jahre	7 391	7 784	9 018	10 354	11 258	11 715	12 165	12 712	11 517	11 424

Quelle: Statistisches Bundesamt 2016



Für eine schöne Festkultur!

HaLT

Erklärung zur Durchführung von Festanlässen:

Wir haben diese Veranstaltung in Bezug auf Sicherheit und Wohlbefinden unserer Gäste sorgfältig geplant, deshalb gilt:

Wir halten das Jugendschutzgesetz (JuSchG) ein.

- Wir geben keinen Alkohol an unter 16-Jährige ab.
- Wir geben keine Spirituosen (Whisky, Rum, Wodka usw.) und branntweinhaltige Mixgetränke an unter 18-Jährige ab.
- Wir beachten die Altersgrenzen beim Einlass und im Festverlauf!

Wir bieten attraktive alkoholfreie Getränke an.

- Das günstigste Getränk ist ein attraktives alkoholfreies Getränk und wird auf der Preisliste besonders hervorgehoben.

Wir sorgen für die Sicherheit unserer Gäste.

- Wir beauftragen Festordner. Sie sind verantwortlich für die Sicherheit im gesamten Festbereich (z.B. auch Parkplätze).
- Wir führen Einlasskontrollen durch: Alterskontrollen; mitgebrachter Alkohol wird abgenommen; bei illegalen Drogen erfolgt eine Anzeige; Waffen aller Art sind verboten; kein Einlass von betrunkenen Personen.
- Wir informieren unsere Gäste über Busverbindungen und Taxidienste.
- Wir schenken keinen Alkohol an Betrunkene aus.

Wir übernehmen Verantwortung und sind Vorbild.

- Als Veranstalter und Ordner sind wir uns unserer Vorbildfunktion bewusst und bleiben nüchtern.
- Wir informieren die Polizei, wenn Jugendliche Alkohol mitbringen. Sie nimmt diesen den Alkohol ab.
- Wir bemühen uns um einen sicheren Heimweg für Gäste, die stark betrunken sind. Wir achten besonders auf Jugendliche: Wir sprechen Freunde an oder beauftragen ein Taxi.
- Bei Schwierigkeiten informieren wir das DRK oder die Polizei.

Praxiserprobte Tipps für Festveranstalter als PDF zum Runterladen unter <http://www.blv-suchthilfe.de/villa-schoepflin/Tipps.pdf>

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, Janina-Kristin Nebel, das ich die vorliegende Arbeit selbstständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit ich auf fremde Materialien, Texte oder Gedankengänge zurückgegriffen habe, enthalten alle Ausführungen vollständige und eindeutige Verweise auf die Urheber und Quellen. Alle weiteren Inhalte der vorgelegten Arbeit stammen von mir im urheberrechtlichen Sinn, soweit keine Verweise und Zitate erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch vorliegt, wenn die vorstehende Erklärung sich als unrichtig erweist.

Darmstadt, 07.05.2016

StudentIn

HauptreferentIn

Ich stimme der Aufnahme dieser Bachelorarbeit in die Bibliothek des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit zu.

☐ zu
☐ nicht zu
(bitte ankreuzen)

☐ zu
☐ nicht zu
(bitte ankreuzen)

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist
(3 Jahre) soll diese Bachelorarbeit ausleih-
bar in die Bibliothek eingestellt
werden.

☐ Ja
☐ Nein
(bitte ankreuzen)

Unterschrift StudentIn

Unterschrift HauptreferentIn